

MIR 2020

Examen comentado





MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

PRUEBAS SELECTIVAS MIR 2020

HOJAS DE RESPUESTAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

181	182	183	184	185
4	2	3	4	1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SELLO DE LA MESA DE EXAMEN

DISTRIBUCIÓN DE ASIGNATURAS

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

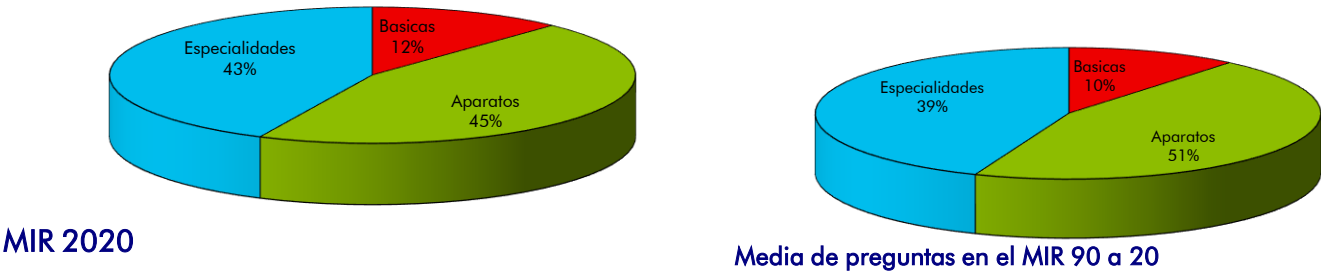


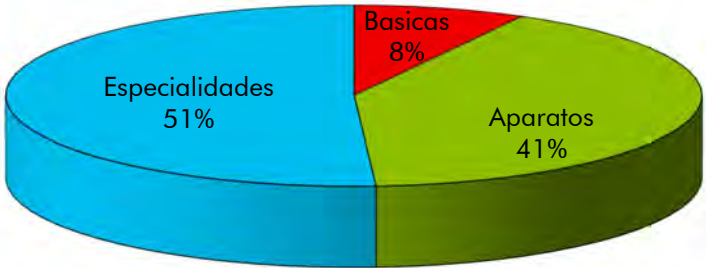
Figura 1. Distribución de preguntas por bloques de asignaturas en el examen MIR 2020

PREGUNTAS REPETIDAS POR ASIGNATURAS

ASIGNATURA	Número	Código de Pregunta	Código de Pregunta años anteriores
1. Medicina Preventiva	4	11639 (22 MIR) 11644 (12 MIR) 11646 (3 MIR) 11648 (12 MIR)	11439, 11295, 11150, 10416, 9943, 9708, 9473, 9239 / 9244, 9005 / 9013, 8476, 8219, 7954, 7696, 7177 / 7178, 6696, 6410, 3805, 3563 9720, 9485, 9254, 7713, 6142, 5368 / 5386, 5112, 3569/3570, 3136 9960, 5880 11293, 10822, 10660, 9946, 8750, 8220, 7702, 7186, 6937, 6138, 5876
2. Digestivo y C. General	5	11746 (4 MIR) 11747 (11 MIR) 11748 (3 MIR) 11749 (2 MIR) 11750 (2 MIR)	10501, 7994, 3384 10278, 9504, 8794, 6812, 5819, 5012, 3956, 2322, 2240, 772 10776, 7516 2018 2017
3. Infecciosas y Microbiología	4	11610 (5 MIR) 11612 (6 MIR) 11687 (7 MIR) 11718 (3 MIR)	11054, 7010, 5279 , 4208 11060, 10358, 9875, 7625 11518, 11233, 10455, 8407, 7757, 6781 9876, 8689
4. Cardiología y C. Cardíaca	6	11616 (2 MIR) 11617 (6 MIR) 11722 (5 MIR) 11723 (8 MIR) 11724 (3 MIR) 11731 (5 MIR)	9301 10931, 10241, 7528, 5469, 3380 9575, 9343, 5985, 3379 11502, 9850, 9574, 6760, 5706, 4427, 4163 9855, 9576 7022, 6242, 5201, 688
5. Neumología y C. Torácica	4	11735 (13 MIR) 11737 (4 MIR) 11738 (18 MIR) 11775 (5 MIR)	11080, 9595, 8590, 8326, 7798 / 8019, 6752, 5683, 5191, 4642, 4631, 3621 6294, 5910, 3667 11542, 10935, 10114, 9821, 9641, 9118, 8588, 8069, 7885, 6045, 5444, 5189, 4934, 3897, 3629, 2520 ,1403 11169, 8841, 7542, 3264
6. Pediatría	4	11667 (5 MIR) 11668 (3 MIR) 11671 (3 MIR) 11675 (4 MIR)	6655, 6386, 5121, 344 5151, 3150 10685, 9058 2907, 2202, 213
7. Nefrología	4	11611 (8 MIR) 11760 (3 MIR) 11761 (8 MIR) 11762 (13 MIR)	9885, 7596, 5307, 5133, 3465, 1967, 1760 6598, 2414 11485, 10953, 7338, 5813, 5667, 1342, 1215 11310, 10840, 10582, 10334, 8897, 8117, 7601, 6597, 6078, 3043, 1997, 1444
8. Endocrino y C. Endocrina	2	11754 (7 MIR) 11773 (14 MIR)	11031, 10578, 10325, 4705, 2277, 966 10465, 8866, 8254, 6276, 6393, 4987, 3213, 1761, 1067, 870 / 938, 697, 14
9. Ginecología y Obstetricia	4	11609 (6 MIR) 11658 (2 MIR) 11662 (2 MIR) 11664 (5 MIR)	10500, 4413, 1961, 1463, 92 6397 11339 8197, 6639, 3793, 2873
10. Reumatología	3	11709 (12 MIR) 11710 (6 MIR) 11715 (3 MIR)	10898, 10015, 9602 / 9620, 8882, 8361, 8104, 7063, 4668, 4469, 3423 11589, 11062, 9694, 9433, 9187 11585, 8360

ASIGNATURA	Número	Código de Pregunta	Código de Pregunta años anteriores
11. Hematología	3	11599 (2 MIR) 11766 (5 MIR) 11767 (8 MIR)	9626 11270, 9857, 5024 , 1548 11566, 10312, 9600, 8388, 7869 ,7609, 3411
12. Psiquiatría	2	11678 (2 MIR) 11679 (2 MIR)	5335 4719
13. Traumatología	5	11613 (6 MIR) 11700 (4 MIR) 11702 (5 MIR) 11704 (4 MIR) 11774 (8 MIR)	10495, 9451, 8731, 5613, 2452 10737, 3340, 2454 10902, 9873, 2251, 1394 11374, 6797, 5772 11546, 9319, 7328, 5524, 5251, 3009, 2252
14. Anatomía Patológica	1	11597 (5 MIR)	11591, 10076, 9767, 8772
15. Otorrinolaringología	2	11596 (4 MIR) 11656 (2 MIR)	9692, 7390, 6358 8433
16. Genética	1	11627 (2 MIR)	3065
17. C. Vascular	3	11607 (19 MIR) 11729 (6 MIR) 11733 (7 MIR)	10461, 9852, 9349, 8574, 6507 / 6534, 5477, 5216, 4686, 4440, 4177, 3916, 3645 / 3654, 2391, 1956, 894, 352 10770, 10243, 9851, 9584, 2392 7532, 4958, 3314, 1955, 518, 114
18. Inmunología	1	11629 (5 MIR)	10995, 10515, 9976, 712
19. C. Maxilofacial	1	11653 (4 MIR)	11286, 8954, 8173
20. Bioquímica	1	11620 (3 MIR)	1785, 220
21. Fisiología	1	11624 (3 MIR)	4610, 3841

Total de preguntas repetidas: 61



MIR 2020

Figura 2. Distribución de preguntas repetidas por asignaturas en el examen MIR 2020

PREGUNTAS COMENTADAS

Pregunta 11595: (1) Pregunta asociada a la imagen 1. Paciente miope que consulta por pérdida de visión en ojo derecho. La exploración del fondo de ojo se observa en la imagen. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a este paciente?:



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

300485 OFTALMOLOGÍA Difícil -15% 19852

Solución: 1
La imagen muestra un desprendimiento de retina (DR) superior, con una bolsa que llega a la mácula y un desgarro. La opción 2 es un potente distractor, nos cuenta la clínica de un DR, pero para ser correcta tendría que referirse a la zona inferior del campo visual, ya que el DR es superior (respuesta 2 incorrecta). Este cuadro precisa cirugía ya que si no conseguimos aplanar la retina no se puede rodear el desgarro con láser. El láser se emplea como profilaxis cuando hay un desgarro o agujero retiniano sin DR, o con el DR aplicado, ... y el láser empleado es el argón, no el YAG (respuesta 3 incorrecta). La **opción 1 es la más correcta**, y aunque lo comentado no es la clínica habitual, podría justificarse basándonos en que la retina podría aplicarse algo de forma espontánea al estar acostado por la noche; y al despertar, por efecto de la gravedad, el líquido subretiniano iría empujando la bolsa hacia abajo, y por tanto empeorando la visión... pero la realidad es que los pacientes no suelen referir esta variación en la clínica.

Pregunta 11596: (2) Pregunta asociada a la imagen 2. Profesora de educación infantil que consulta por disfonía y fonastenia de 6 meses de evolución relacionada con el esfuerzo vocal. Durante la semana la voz empeora y en el fin de semana mejora parcialmente. De los siguientes, ¿cuál es el diagnóstico de sospecha más probable con la imagen de la laringoscopia que se aporta?:

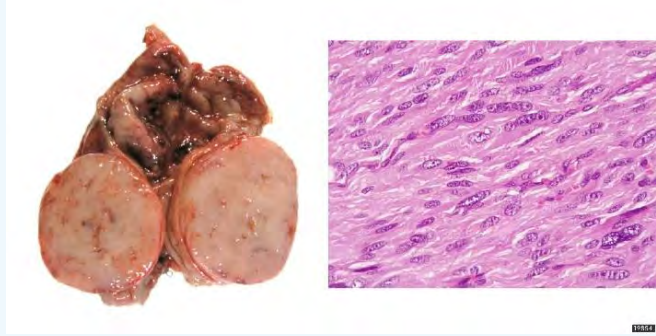


- 1. Pólipos vocales.
- 2. Carcinoma de cuerdas vocales.
- 3. Nódulos vocales.
- 4. Quistes vocales.

300486 OTORRINOLARINGOLOGÍA Fácil 86% 19853

Solución: 3
La imagen muestra dos **nódulos vocales**, que son lesiones lisas, de pequeño tamaño, **no** pediculadas (al contrario que los **pólipos vocales**), que se localizan en la unión del tercio anterior y los dos tercios posteriores de AMBAS cuerdas vocales. Son lesiones de **sobreesfuerzo** vocal, y su tratamiento es la REHABILITACIÓN DE VOZ (respuesta 3 correcta). Además, los nódulos son típicos de pacientes que usan de forma profesional su voz (profesores...), como el caso de la pregunta. El **pólipo vocal** es una lesión benigna, generalmente única, que suele estar más pediculada y de mayor tamaño que un nódulo (respuesta 1 incorrecta). Su tratamiento suele ser quirúrgico. Un **carcinoma de cuerdas vocales** es una lesión más rugosa e hiperqueratósica o leucoplásica. **No** es bilateral y simétrica, al contrario que la imagen de la pregunta. **No** presentan fases de mejora durante los fines de semana (un carcinoma no "mejora" al final de la semana, sino que provoca una disfonía constante) (respuesta 2 incorrecta). Si en una pregunta nos describen una disfonía de más de dos semanas de evolución en un adulto (frecuentemente fumador), es imprescindible hacer una laringoscopia para descartar carcinoma. Los **quistes vocales** son lesiones congénitas. Típicamente vemos un paciente que tiene una disfonía "de toda la vida". Puede tener un curso fluctuante (a veces está mal y, cuando "fuerza la voz", está peor). A veces la laringoscopia no muestra nada llamativo. Otras veces puede verse una zona engrosada, lisa, no hiperqueratósica. Su tratamiento es quirúrgico (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11597: (3) Pregunta asociada a la imagen 3. Mujer de 60 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acude al hospital por pirosis. Durante el proceso diagnóstico se observa en un TC toracoabdominal una lesión nodular de 3 cm en la pared posterior de la región cardinal, por lo que se realiza una resección gástrica atípica. Se muestran dos imágenes, una macroscópica y otra microscópica. Las tinciones inmunohistoquímicas de la lesión son positivas para c-KIT y DOG1, y negativas para citoqueratinas, actina, desmina y S100. ¿Cuál es el diagnóstico anatomopatológico de la lesión gástrica?:



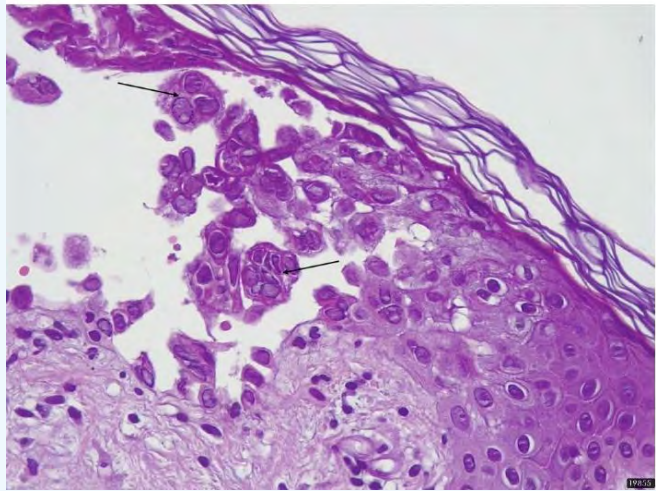
1. Leiomioma.
2. Tumor del estroma gastrointestinal.
3. Schwannoma.
4. Adenocarcinoma poco diferenciado.

300487 ANATOMÍA PATOLÓGICA Fácil 91% 19854

Solución: 2

El contexto clínico ayuda un poco ya que es la localización clásica de los GIST. Macroscópicamente es una lesión nodular, bien circunscrita que orienta en el mismo sentido y microscópicamente está formado por haces de fibras fusiformes de patrón fasciculado y apariencia mesenquimal lo cual es concordante. La inmunohistoquímica es la que corresponde con un GIST; es decir, queratina (-), c-Kit(+) (muy específico de esta entidad y DOG-1(+)) este último marcador de reciente incorporación en el diagnóstico de los GIST.

Pregunta 11598: (4) Pregunta asociada a la imagen 4. Hombre de 68 años que consulta al dermatólogo por lesiones cutáneas ulceradas perianales. El dermatólogo se plantea dentro del diagnóstico diferencial un pioderma gangrenoso, una enfermedad ampollosa y una etiología infecciosa. Realiza una biopsia para estudio histológico y solicita también estudio de inmunofluorescencia directa. La inmunofluorescencia directa es negativa y se muestra la histología de la lesión. ¿Cuál es el diagnóstico anatomopatológico de la lesión cutánea perianal?:



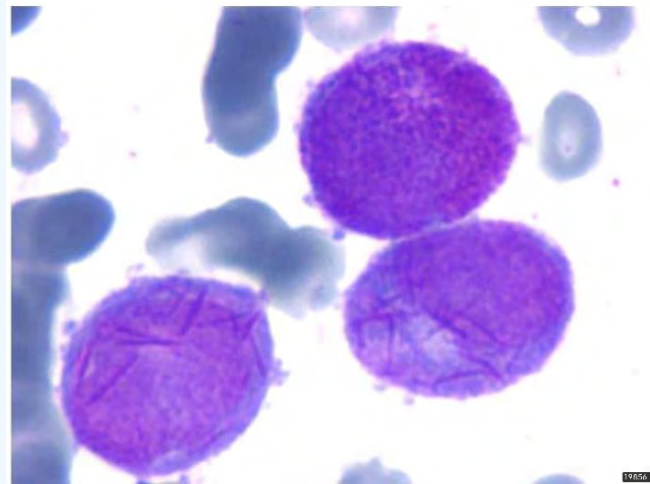
1. Pioderma gangrenoso.
2. Pénfigo vulgar.
3. Infección micótica.
4. Infección por el virus del herpes simple.

300488 ANATOMÍA PATOLÓGICA Fácil 71% 19855

Solución: 4

Lo más significativo del contexto clínico que nos plantean es el dato de la inmunofluorescencia directa negativa; esto nos indica que, al menos, podemos descartar una enfermedad ampollosa, en este caso el pénfigo vulgar cosa que se ve reforzada por la presencia de acantosis ya desde la membrana basal, cosa que no ocurre en el pénfigo en el que la acantosis es -suprabasal-. La imagen no parece presentar ni hifas ni esporas por lo que también se descarta una infección micótica. El pioderma gangrenoso son lesiones ulceradas y con un componente inflamatorio agudo acusado de y de afectación profunda; lo cual no se aplica a la imagen, que presenta unas **INCLUSIONES INTRANUCLEARES**, marcadas (por si no sabes que tienes que ver y valorar) que te orientan de forma precisa a una enfermedad vírica, en este caso el herpes.

Pregunta 11599: (5) Pregunta asociada a la imagen 5. Las células indiferenciadas (blastos) de la imagen son típicas, por sus granulaciones en forma de bastones alargados, de:



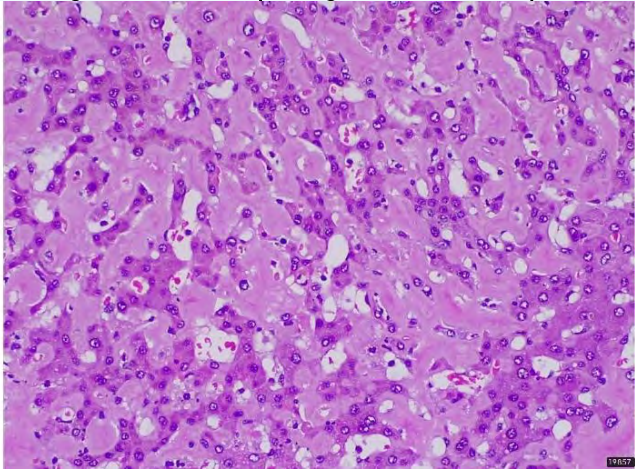
1. Mieloma secretor de IgA leucemizado.
2. Linfoma folicular leucemizado.
3. Leucemia aguda mieloide.
4. Leucemia aguda linfóide.

300489 HEMATOLOGÍA Fácil 92% 19856

Solución: 3

En la imagen podemos observar unas granulaciones alargadas en forma de "palillos", al igual que hemos visto en clase, que pueden tratarse de Bastones de Auer o bien de astillas citoplasmáticas. Los Bastones de Auer son típicos de las **leucemias agudas de estirpe mieloide**; pero si los hemos interpretado como astillas citoplasmáticas, que son características de la leucemia promielocítica o M3, también habríamos acertado la pregunta (**respuesta 3 correcta**).

Pregunta 11600: (6) Pregunta asociada a la imagen 6. Hombre de 55 años, fumador y con hábito enólico hasta hace 3 meses. Ingresa por deterioro del estado general e ictericia. En la exploración física se palpa hepatomegalia y en la analítica se constata fracaso renal con una creatinina de 4,6 mg/dl. Durante el ingreso presenta shock séptico por Staphylococcus aureus y abdomen agudo que se atribuye a isquemia entérica secundaria al shock séptico, por lo que se indica laparotomía exploradora donde se aprovecha para realizar una biopsia hepática. ¿Cuál es el diagnóstico anatomopatológico de la lesión hepática?:

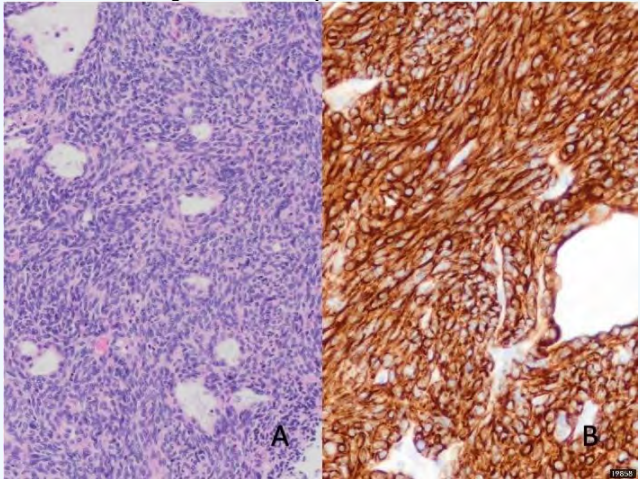


- 1. Cirrosis.
- 2. Infiltración por carcinoma.
- 3. Amiloidosis.
- 4. Hepatitis alcohólica.

300490 ANATOMÍA PATOLÓGICA Normal 34% 19857 Solución: 3

La historia clínica aporta unos datos muy poco definitivos, únicamente función hepática y renal alteradas. En los últimos exámenes de MIR, se repite esta tendencia, es decir, el diagnóstico debe basarse en la imagen histológica; a partir de ella podemos descartar la cirrosis ya que no se observa ningún tipo de fibrosis, la hepatitis alcohólica se descarta al no observar componente inflamatorio crónico destacable; lo mismo podemos decir de un proceso metastásico dado que en la imagen únicamente son evidentes las trabéculas hepáticas y lo que es importante, un material hialino y homogéneo que se encuentra entre ellas y que a falta de más datos hace la muestra sugestiva de acumulación de amiloide.

Pregunta 11601: (7) Pregunta asociada a la imagen 7. Varón de 58 años con masa mediastínica. El estudio microscópico muestra los hallazgos de la figura 1A. En la figura 1B, tinción para citoqueratinas. El diagnóstico más probable sería:

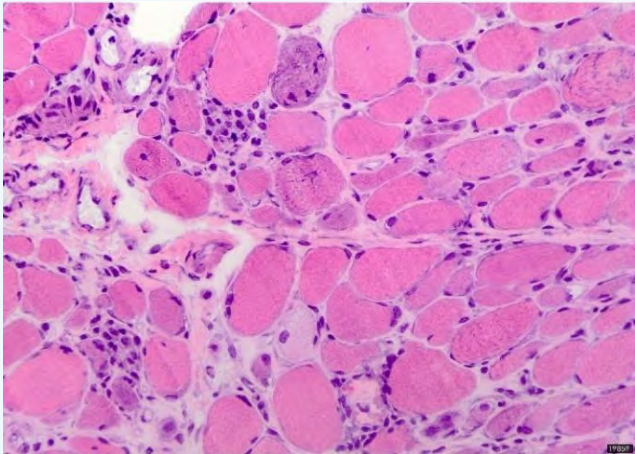


- 1. Metástasis mediastínica de carcinoma sarcomatoide.
- 2. Sarcoma de nervio periférico.
- 3. Schwannoma.
- 4. Timoma.

300491 ANATOMÍA PATOLÓGICA Difícil 25% 19858 Solución: 4

La pregunta es complicada ya que los datos clínicos son poco significativos; podría ayudar si nos dicen en qué parte del mediastino está la lesión, pero esta información no la indican. La imagen, que es de lo que disponemos, presenta una tumoración de apariencia epitelial por la presencia de placas cohesivas y por el dato de la queratina(+) que descartan tanto el Schwannoma como el sarcoma de nervio periférico ambos queratina (-). Por otra parte la imagen no parece señalar un proceso metastásico ya que la población celular parece homogénea no observándose dos poblaciones distintas lo que, por otra parte, sugiere un proceso primario tímico; es decir, un timoma.

Pregunta 11602: (8) Pregunta asociada a la imagen 8. Mujer de 47 años con debilidad muscular proximal progresiva de extremidades superiores e inferiores de 7 meses de evolución. Sin antecedentes familiares de interés. Toma arroz rojo para tratar una dislipemia. Exploración física: fuerza en psoas 3/5, cuádriceps 4/5 y deltoides 4/5. CK de 3675 UI/L (normal <150 UI/L). Se solicitó un análisis inmunológico y se practicó una biopsia en el músculo deltoides derecho (figura). Marque la opción correcta:



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

300492 ANATOMÍA PATOLÓGICA Difícil 0% 19859 Solución: 4

Esta es una pregunta muy difícil, a mi modo de ver. No voy a hablar de la miopatía necrosante inmunomediada, ya que, aunque pueda ser interesante su estudio, opino que lo interesante es buscar las pocas pistas que nos pueden llevar a la respuesta verdadera. La historia clínica hace mención de la toma de un determinado alimento (arroz rojo) por lo que inferimos que algo tiene que ver con el proceso. Los anticuerpos que se nombran en las diferentes opciones tampoco ayudan mucho (estarán bien, pero tienes que saber mucho para valorarlos y aquí sabemos lo que sabemos). Vamos con la descripción microscópica: en la primera opción hablan de cuerpos de inclusión y eso, evidentemente no tenemos en la imagen (respuesta 1 descartada); en la segunda opción hablan de células "en anillo" y yo no veo nada que se le parezca ni remotamente (respuesta 2 descartada); en la opción 3 y la 4 curiosamente tienen LA MISMA DESCRIPCIÓN que podría cuadrar con la imagen... Por lo que o es la opción 3 o es la opción 4... Ufff!... que lio... Aquí puedes optar por el "pinto, pinto, gorgorito..." o bien considerar que el "arroz rojo" no le está sentando bien y decidirte por la opción 4 que habla de un asunto inmunomediado; que es lo que hice yo cuando me tocó comentar esta pregunta.

Pregunta 11603: (9) Pregunta asociada a la imagen 9. Mujer de 85 años, trabajadora del campo jubilada, que presenta desde hace un año y medio en la nariz una lesión papulosa, redondeada y brillante que le sangra con facilidad y crece lentamente. De entre las opciones señaladas, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:



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

300493 DERMATOLOGÍA Fácil 94% 19860

Solución: 2

El **carcinoma basocelular** se presenta en forma de una tumoración perlada (papulosa, redondeada y brillante) habitualmente con telangiectasias en superficie, que puede presentar o evolucionar con ulceración, o sangrar con facilidad y presentar costras en su superficie. Afecta predominantemente a la cara de ancianos, aunque pudiera aparecer prácticamente en cualquier zona de la superficie cutánea y presenta un lento crecimiento durante años (respuesta 2 correcta). El **queratoacantoma** son lesiones de rápido crecimiento con un tapón córneo central (respuesta 1 incorrecta). Las **queratosis actínicas** suelen ser más pequeñas y costrosas y suelen tener forma de cuerno cutáneo (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11604: (10) Pregunta asociada a la imagen 10. Varón de 45 años, diabético e hipertenso que acude porque desde hace 3 meses presenta placas eritematosas con descamación blanca en cuero cabelludo, tronco, rodillas y codos (ver imagen), con afectación de 4 uñas de las manos. Refiere prurito y decaimiento. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas es la más adecuada?:



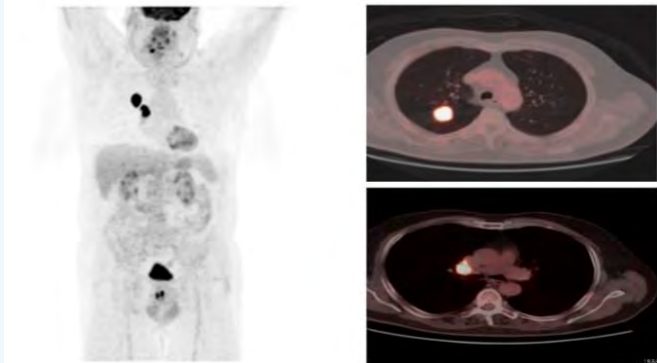
- 1. Prednisona oral.
- 2. Leflunomida.
- 3. Adalimumab.
- 4. Rituximab.

300494 DERMATOLOGÍA Normal 45% 19861

Solución: 3

Nos están describiendo y enseñando la clínica típica de la **psoriasis vulgar**: placas eritematosas bien delimitadas, con descamación plateada en superficie, localizadas en superficies de extensión. De las opciones que nos presentan, el único tratamiento que puede estar indicado en formas graves de psoriasis es el **adalimumab** (anticuerpo monoclonal humano anti-TNF) (respuesta 3 correcta). La **prednisona oral** está contraindicada en la psoriasis (respuesta 1 incorrecta). La **leflunomida** está indicada en la artritis reumatoide activa y en la artritis psoriásica, pero no en la forma cutánea (respuesta 2 incorrecta). El rituximab no tiene indicación en la psoriasis (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11605: (11) Pregunta asociada a la imagen 11. Varón de 71 años, fumador importante activo (IPA >60), sin otros antecedentes de interés, en estudio por disnea. Se realiza TC torácica que muestra un nódulo sólido de bordes irregulares en LSD y adenopatías hiliares ipsilaterales. Con estos datos y la prueba de imagen que se muestra (PET-TC con 18F-FDG), ¿qué diagnóstico es el más probable?:



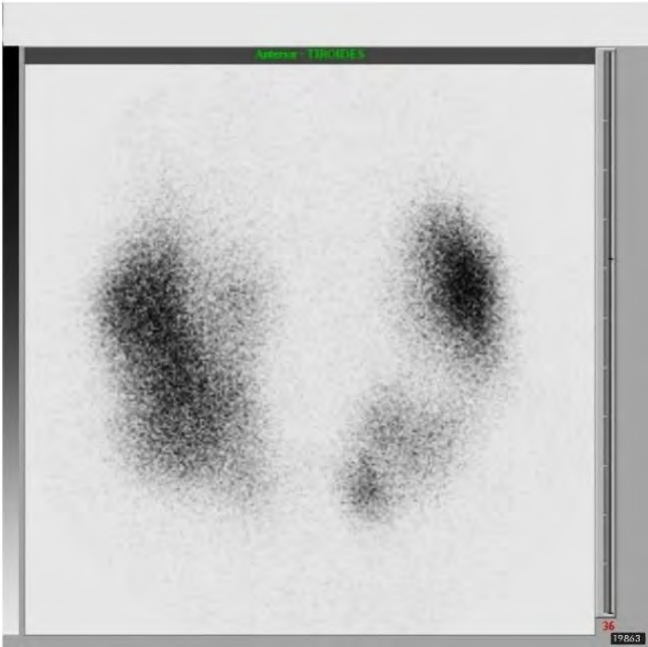
- 1. Neoplasia pulmonar con metástasis ganglionares ipsilaterales.
- 2. Neoplasia pulmonar avanzada con metástasis extratorácicas.
- 3. Hamartomas pulmonares.
- 4. Tuberculosis pulmonar y ganglionar.

300495 NEUMOLOGÍA Fácil 74% 19862

Solución: 1

La imagen muestra una **fusión de PET con TAC** en la que brillan 2 estructuras intratorácicas: un **tumor broncogénico** y un **paquete adenopático hilar ipsilateral** (respuesta 1 correcta). Como factor distractor, se muestra un **aumento de captación del PET a nivel de la vejiga**. Este hecho podría hacernos pensar en la existencia de metástasis extratorácicas. Sin embargo, no es así. La **captación del PET a nivel vesical es fisiológica**. La eliminación del 18F-FDG se realiza por vía urinaria y, en ausencia de una hidratación agresiva, diuréticos o cateterización urinaria, siempre se apreciará captación a nivel vesical. Por tanto, **no se puede hablar de metástasis extratorácicas en este caso** (respuesta 2 incorrecta). Los **hamartomas pulmonares** son neoplasias "benignas" o "de baja malignidad" y **no es habitual que presenten adenopatías mediastínicas** asociadas (respuesta 3 incorrecta). La **tuberculosis pulmonar y ganglionar** pueden mostrar una captación en el PET con 18F-FDG. Sin embargo, nos preguntan por el diagnóstico "**más probable**". Teniendo en cuenta el contexto clínico (paciente de 71 años y fumador con un IPA >60), se considera mucho más probable el diagnóstico de la neoplasia broncogénica que el de la tuberculosis (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11606: (12) Pregunta asociada a la imagen 12. Varón de 83 años en quien se detecta de forma casual un aumento del tamaño del tiroides al hacerse una TC para estudio de extensión de un cáncer vesical. En el estudio diagnóstico destaca: TSH <0,005 µUI/mL (VN 0,4 - 4,5), T4 libre 3,49 ng/dl (0,70 - 1,90), T3 libre 9,56 pg/mL (2,27 - 5,06), anticuerpos anti-receptor TSH <0,8 IU/l (0 - 1,75), anticuerpos antiperoxidasa 8 UI/mL (5 - 34). Ecografía: glándula tiroidea aumentada de tamaño, parénquima ocupado por múltiples nódulos preferentemente sólidos. La imagen asociada corresponde a una gammagrafía tiroidea. Con estos resultados morfológicos y funcionales el diagnóstico más probable es:



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

300496 ENDCORINOLOGÍA Fácil 80% 19863

Solución: 3

La tiroiditis autoinmune, generalmente de Hashimoto, es un estado de tirotoxicosis sin hiperfunción tiroidea, por lo que no hay captación en la gammagrafía (respuesta 4 incorrecta). El cáncer folicular de tiroides, es la única neoplasia que puede producir hormona tiroidea en el tejido metastásico, pero no habría hipercaptación, debido a que el tiroides no es hiperfuncionante (respuesta 2 incorrecta).

La enfermedad de Graves, es un estado de tirotoxicosis con hiperfunción tiroidea, con hipercaptación en la gammagrafía, pero el bocio es característicamente homogéneo, no nodular ni multinodular (respuesta 1 incorrecta).

El bocio multinodular tóxico es típico de ancianos que cursa con tirotoxicosis e hiperfunción tiroidea, por lo que capta en la gammagrafía (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11607: (13) Pregunta asociada a la imagen 13. Mujer de 50 años, hipertensa, que acude a urgencias porque, estando previamente bien, presentó un dolor súbito muy intenso en región torácica interescapular y en epigastrio, irradiado en cinturón. No refiere otra patología asociada. Ante el corte sagital con contraste de TC que se adjunta, ¿cuál de los siguientes diagnósticos sospecha?:



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

300497 C. VASCULAR Fácil 95% 19864

Solución: 1

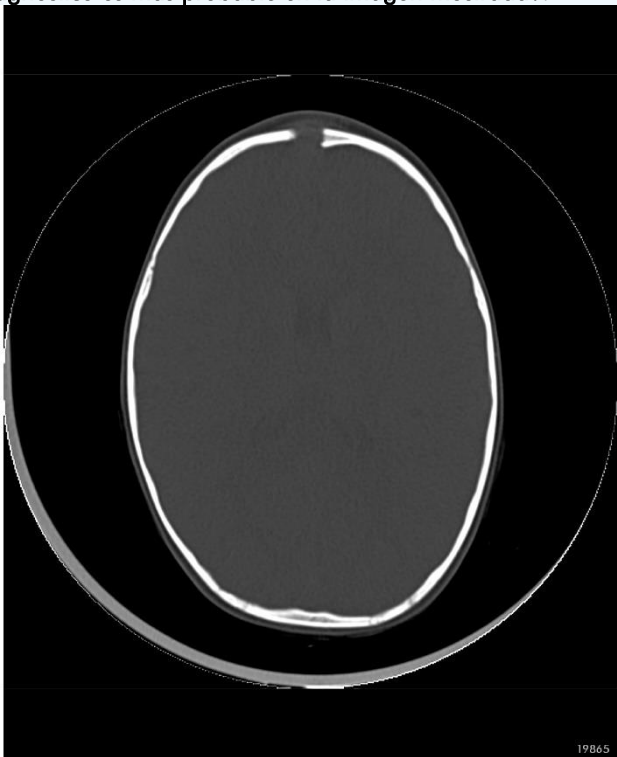
La imagen muestra un corte sagital de un angioTC torácico con contraste en el que se aprecia un **flap sugestivo de disección aórtica**, con presencia de contraste en la luz verdadera y en la falsa luz (respuesta 1 correcta).

La **rotura de aorta** supone una emergencia vital y supone la muerte de la paciente de forma muy rápida (no tendría tiempo de llegar a urgencias). Además, apreciaríamos **extravasación de contraste** fuera del vaso (respuesta 2 incorrecta).

En el **hematoma intramural** se vería un engrosamiento de la pared del vaso ligeramente hiperdenso respecto a la luz en el angioTC sin contraste y **ligeramente hipodenso** respecto a la luz en el angioTC con contraste (respuesta 3 incorrecta).

La **úlcera penetrante** mostraría una **lesión más localizada** en la pared de la aorta, visualizándose mejor en cortes axiales del vaso (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11608: (14) Pregunta asociada a la imagen 14. Niña de 3 años de edad que presenta aparición de una tumoración frontal dolorosa a la palpación sin antecedente traumático ni otras manifestaciones clínicas o radiológicas asociadas. ¿Qué diagnóstico es más probable en la imagen mostrada?:

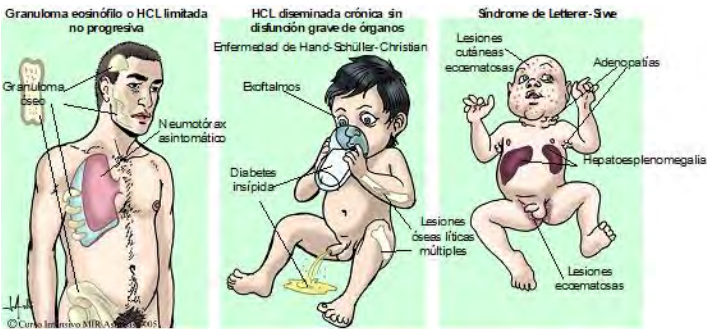


- 1. Histiocitosis de células de Langerhans.
- 2. Rabdomiosarcoma.
- 3. Linfoma.
- 4. Quiste dermoide.

300498 PEDIATRÍA Difícil 11% 19865

Solución: 1

Se trata de caso clínico de niño de 3 años con tumefacción frontal dolorosa sin otra sintomatología ni alteraciones radiográficas relevantes. La histiocitosis de células de Langerhans en una enfermedad monostótica que puede afectar a piel, hígado y otros órganos. La enfermedad monostótica hay que distinguirlas de las formas con peor pronóstico como las variantes de Hand-Schüller-Christian o Letterer-Siwe. Aparece habitualmente en las primeras tres décadas de la vida y es más frecuente en niños de 3 a 10 años. Afecta con más frecuencia al cráneo y la clínica suele ser dolor local y tumefacción. Es habitual el dolor a la palpación y el aumento de temperatura local (respuesta 1 correcta).



En la imagen se aprecia lesión radiotransparente con bordes nítidos con expansión del hueso afectado y formación de hueso nuevo perióstico.

El rabdomiosarcoma puede estar en cualquier localización, pero habitualmente es en cabeza y cuello; sin embargo, la clínica es la de una masa dolorosa que produce desplazamientos u obstrucciones de estructuras normales con visión en las radiografías de una masa con signos de erosión ósea (respuesta 2 incorrecta). El linfoma se suele manifestar con adenopatías supraclaviculares indoloras con posible afectación mediastínica y hepatoesplenomegalia detectable clínicamente (respuesta 3 incorrecta). EL quiste dermoide o teratoma quístico maduro contiene tejido maduro de origen ectodérmico (piel, pelo...) mesodérmico (músculo, hueso, cartílago...) y endodérmico (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11609: (15) Pregunta asociada a la imagen 15. Mujer de 51 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor continuo en hipogastrio y fosa iliaca derecha desde hace 20 días, no irradiado. En la analítica básica únicamente destaca PCR 6 mg/L (normal 0-5). Se realiza una ecografía abdominal, pero al radiólogo le plantea dudas y decide realizarle TC abdominal con contraste intravenoso. ¿Cuál es el diagnóstico que sugiere la imagen mostrada?:



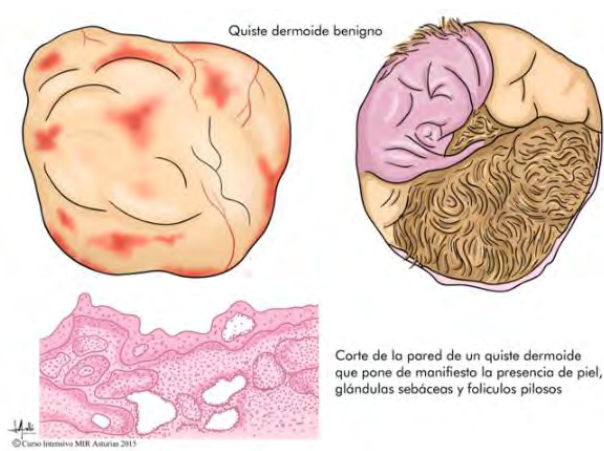
- 1. Absceso pélvico secundario a apendicitis.
- 2. Litiasis ureteral derecha con formación de urinoma.
- 3. Tumor desmoide mesentérico.
- 4. Teratoma ovárico maduro.

300499 GINECOLOGÍA Normal 42% 19866

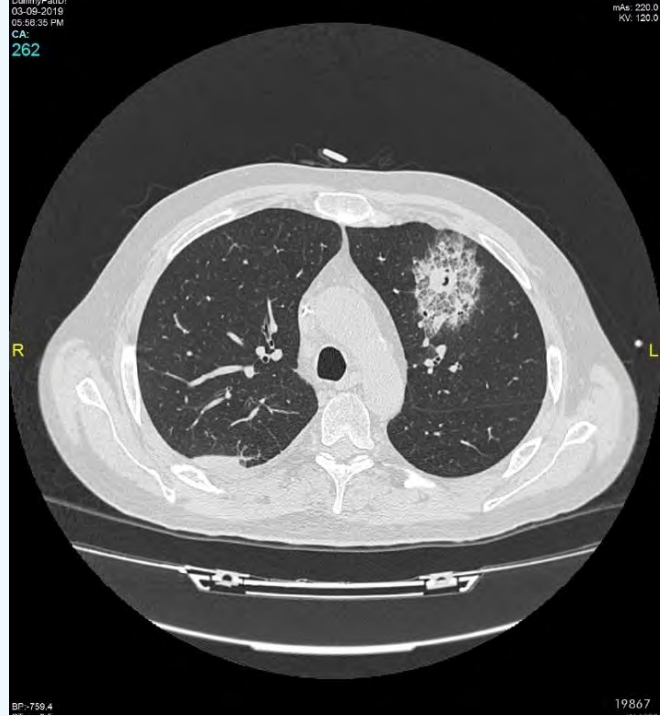
Solución: 4

El teratoma quístico maduro del ovario es un tumor germinal benigno, siendo el tumor de ovario más frecuente (10 al 15%). Histológicamente contiene tejido maduro ectodérmico, mesodérmico y endodérmico. El 60% son asintomáticos, pudiendo presentar complicaciones como la torsión del teratoma (16%) o malignidad (3%). Su rotura provoca el vertido del material sebáceo a la cavidad abdominal, irritando el peritoneo y provocando una inflamación aguda o crónica. La ecografía tiene una sensibilidad del 58% y una especificidad del 99% para su diagnóstico. Su mayor utilidad es confirmar la presencia de una masa, identificando el órgano de origen y las estructuras internas, y utilizar doppler para evaluar el flujo. TC tiene una sensibilidad del 93-98% para su diagnóstico gracias a la detección de la grasa y las calcificaciones típicas acompañantes (respuesta 4 correcta).

El resto de diagnósticos diferenciales no se acompañan decalcificaciones (absceso pélvico, tumor desmoide o urinoma) (respuestas 1, 2 y 3 incorrectas).



Pregunta 11610: (16) Pregunta asociada a la imagen 16. Mujer de 43 años con diagnóstico de leucemia aguda linfoblástica T en tratamiento de inducción con aplasia tras inicio de prefase con cifra de neutrófilos $<0,5 \times 10^9/L$ que presenta síndrome febril sin focalidad infecciosa aparente y sin respuesta a tratamiento antibiótico, por lo que se realiza TC torácica. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos sospecha en primer lugar ante los hallazgos de la TC?:



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

300500 INFECCIOSAS Fácil 88% 19867

Solución: 2

De cuantas opciones se ofertan la Aspergilosis invasiva (opción 2) resulta la que cabe elegir en primer lugar ante los hallazgos de la TC y la falta de respuesta al tratamiento antibiótico. Puede ser inicialmente asintomática y ser sospechada por la imagen. Son lesiones sugestivas de la misma, como en esta paciente: las imágenes nodulares con o sin halo de atenuación alrededor ("signo del halo" consistente en una imagen de vidrio esmerilado alrededor de un nódulo como consecuencia de un infarto hemorrágico), las cavitaciones y el signo del menisco aéreo o de la media luna.

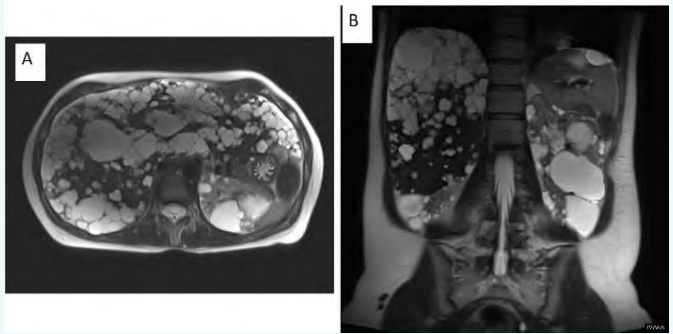
Los pacientes hematológicos como los que padecen leucemia aguda linfoblástica y neutropenia con síndrome febril sin focalidad representan el 60% de los casos de aspergilosis invasora en distintas series.

La mortalidad es muy elevada, alrededor del 60% y supera el 80% en pacientes muy inmunodeprimidos. Son fármacos de primera elección en su terapia Voriconazol e Isavuconazol, pudiendo también emplearse Anfotericina B liposómica.

La Neumonía por *Pjirovecii* (opción 1) suele aparecer en pacientes que muestran una imagen radiológica característica con patrón en "vidrio deslustrado" en ambos campos pulmonares, y recuentos de CD4 inferiores a 200/uL.

Las otras dos opciones: Toxicidad pulmonar por fármacos (opción 3) y Afectación neoplásica del pulmón (opción 4) representan diagnósticos menos probables.

Pregunta 11611: (17) Pregunta asociada a la imagen 17. Paciente de 40 años, con hipertensión detectada a los 37 años como único antecedente de interés, que consulta por distensión abdominal sin otra sintomatología acompañante. La analítica de sangre y orina resultan estrictamente normales. En el contexto de la paciente, ¿qué enfermedad le sugieren las imágenes?:



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

300501 NEFROLOGÍA Fácil 77% 19868

Solución: 1

La imagen proporciona lesiones líquidas/quísticas distribuidas en hígado y riñones, en un adulto (40 años), lo que es característico de la poliquistosis renal autosómica dominante (respuesta 1 correcta).

La poliquistosis renal autosómica recesiva es propia de niños (edades muy precoces) y no se acompaña de quistes hepáticos sino de fibrosis hepática (respuesta 2 incorrecta).

Los angiomiolipomas renales son tumores benignos sólidos (no quísticos) de densidad grasa, de localización renal (no hepática) (respuesta 3 incorrecta).

El cáncer renal es un tumor maligno sólido (no quístico) de bordes irregulares (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11612: (18) Pregunta asociada a la imagen 18. Paciente de 38 años que acude a urgencias por fiebre, tos con expectoración purulenta y dolor pleurítico en el costado izquierdo. En la exploración física está consciente y orientado, la frecuencia respiratoria es de 34 rpm y la presión arterial sistólica de 85 mmHg. Se auscultan crepitantes en el campo medio y superior del hemitórax izquierdo. La urea es de 38 mg/dl y en la radiografía de tórax se observa una condensación alveolar con broncograma aéreo en el lóbulo superior izquierdo. Se establece el diagnóstico de neumonía. ¿Cuál de las siguientes opciones sería la correcta?:



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

300502 INFECCIOSAS Normal 47% 19869

Solución: 2

La escala CURB-65 de gravedad de la neumonía toma su denominación del acrónimo "Confusion-Urea-Respiratoryrate-Blood pressure-Age=65 years". Los criterios que integra son los siguientes:

- Confusión (1 punto).
- Urea =43 mg/dL (1 punto).
- Frecuencia Respiratoria >30respiraciones/min (1 punto).
- Presión sanguínea =90 mm Hgsistólica o < 60 mm Hg diastólica (1 punto).
- Edad =65 años (1 punto).

Una potencial fuente de confusión reside en que si se adopta el criterio del "Nitrógenoureico-BUN-"el punto de corte para otorgar 1 punto en la escala a partir de 19mgrs/dl.

En este paciente la puntuación en la referida escala es de 2: 1 punto por la frecuencia respiratoria y 1 punto por la presión arterial sistólica. Tal y como se indica en el texto de referencia con una puntuación de 2 se recomienda ingreso hospitalario.

De manera complementaria resulta evidente la necesidad de iniciar el tratamiento del cuadro neumónico adquirido en la comunidad de modo inmediato y con la pauta indicada en la opción 2, que es la correcta; sin esperar a los resultados de los cultivos (la opción 3 es falsa).

Pseudomonas aeruginosa (opción 4) no es el microorganismo más probable.

Pregunta 11613: (19) Pregunta asociada a la imagen 19. Niño de 8 años y medio que acude a urgencias por dolor inguinal izquierdo y claudicación de la marcha tras accidente deportivo jugando al fútbol (impacto con un contrario con posterior caída sobre cadera izquierda). Los padres relatan algún episodio previo similar que mejoró con reposo y tratamiento médico, sin llegar a haber acudido a urgencias. Es un apasionado deportista que juega al fútbol y otros deportes, aunque como dicen los padres últimamente ha debido parar en más de una ocasión. ¿A la vista de la imagen radiográfica cuál sería su diagnóstico clínico?:



19870

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

300503 TRAUMATOLOGÍA Fácil 80% 19870

Solución: 4

La patología de la cadera de los niños es muy edad dependiente. Podemos afirmar:

- Recién nacido: Artritis séptica de cadera
- < 24 meses: luxación congénita/displasia de cadera
- 3-9 años: coxitis transitoria/enfermedad de Perthes
- 12-15 años: epifisiolisis femoral

Nuestro niño está incluido en el tercer grupo de edad. La coxitis transitoria cursa con dolor y claudicación que dura unas semanas, se resuelve espontáneamente y las pruebas de imagen son normales. A esa edad una patología crónica es compatible con la osteonecrosis idiopática de la cabeza femoral o **enfermedad de Perthes**. El diagnóstico de confirmación se hace con una RNM como la de la imagen. (respuesta 4 correcta). La **fractura/epifisiolisis traumática** se producen en traumatismos de alta energía. El niño no puede caminar. El diagnóstico de imagen se hace mediante una Rx simple. (respuestas 1 y 2 incorrectas). La **artritis séptica** es característica del recién nacido. Es secundaria a una onfalitis por estafilococos o enterobacterias. En la clínica habría datos que hacen sospechar una infección (aumento de temperatura, Leucocitosis, reactantes de fase aguda...) (respuesta 3 incorrecta).

PATOLOGÍA	EDAD	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
COXITIS SÉPTICA LACTANTE	RN	Onfalitis Estafilococo	ECO	Antibiótico. Punción
LUXACIÓN CONGÉNITA/DISPLASIA	< 2 AÑOS	• < 3 meses: Ortolani/Barlow • 3-12 meses: Dificultad separación caderas • >12 meses: Trendelenburg	• < 4-6 meses: ECO • >4-6 meses: Rx simple	• < 6 meses: ortesis • >6 meses: tenotomía aductores • >12 meses: osteotomías
COXITIS TRANSITORIA	3-8	Dolor Cojera	Exclusión ECO	Reposo AINES
ENFERMEDAD DE PERTHES	5-6	Dolor Cojera	RNM (precoz) Rx (Tardío)	Conservador: • Descarga • Bifosfonatos Quirúrgico: • No colapso: tunelizaciones con/sin injerto óseo • Colapso: prótesis
EPIFISIOLISIS FEMORAL	12-15	Dolor Cojera Obesidad Es el único trastorno de la cadera infantil con una pérdida importante de la rotación interna con la cadera en flexión.	Rx AP y axial (inicial) RNM (descartar necrosis avascular)	Atornillamiento (puede ser preventivo)

Pregunta 11614: (20) Pregunta asociada a la imagen 20. ¿Cuál es el tratamiento de elección para una paciente de 96 años que presenta la fractura de la imagen?:



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

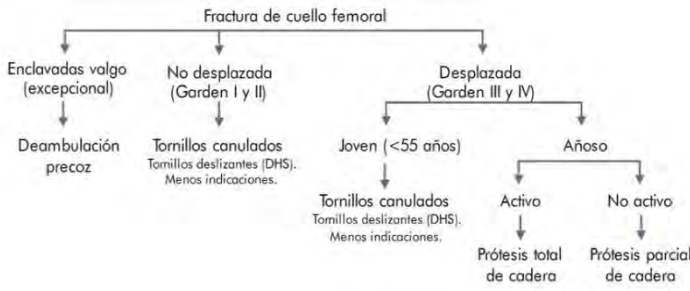
300504 TRAUMATOLOGÍA Dificil -14% 19871

Solución: 1
La imagen representa una **fractura trocantérea del fémur izquierdo**. El tratamiento (salvo contraindicación por patología concomitante grave o si el paciente previamente no camina) es siempre quirúrgico. **La primera indicación es un clavo deslizante (DSH).** En las fracturas subtrocantéreas también puede indicarse un clavo largo. (respuesta 1 correcta).

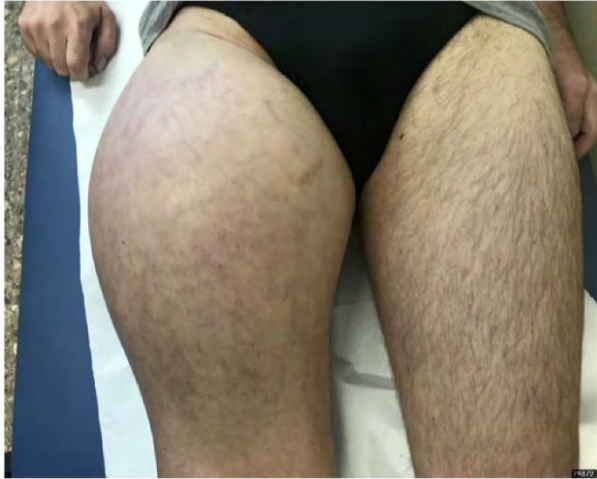
Las **prótesis de cadera** están indicadas en las fracturas del cuello del fémur (no en fracturas trocantéreas) de sujetos añosos y fracturas graves. (respuesta 2 incorrecta).

La **osteosíntesis con tornillos canulados** está indicada en las fracturas de cuello de fémur de sujetos jóvenes y fracturas menos graves (respuesta 3 incorrecta).

No operar esta fractura lleva de forma irremediable a la no deambulación y se asocia con muerte precoz. Esta indicación sólo se mantiene en sujetos con contraindicación quirúrgica por enfermedad concomitante graves, enfermos terminales o si previamente no deambulaban. (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta 11615: (21) Pregunta asociada a la imagen 21. Paciente de 44 años con lesión (16x8x12 cm) de crecimiento rápido que interesa las partes blandas del tercio proximal del muslo derecho. Refiere que ha empezado a notar la masa, que tiene una consistencia dura y está adherida a planos profundos, en los últimos 6 meses. Previamente hacía deporte habitualmente, llegando a haber terminado alguna maratón. Se observa a la exploración circulación colateral, pero no se palpan adenopatías inguinales derechas. Tras la biopsia se confirma que se trata de un sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grado, que en los estudios de imagen se encuentra proximal al trocánter menor. La TC de extensión es negativa. ¿Cuál sería su actitud terapéutica?:



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

300505 TRAUMATOLOGÍA Dificil -1% 19872

Solución: 4

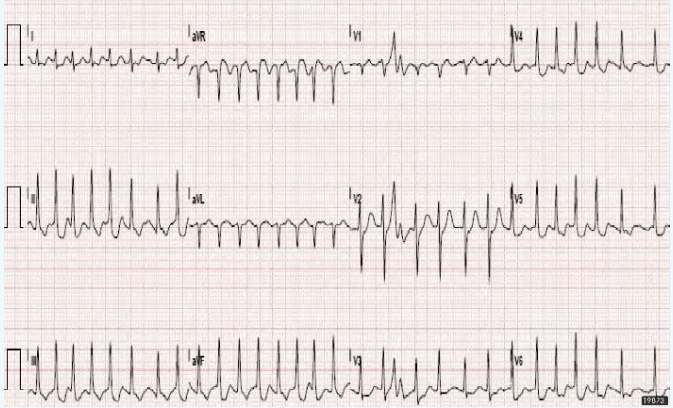
El tratamiento actual de los sarcomas se decide en comités hospitalarios multidisciplinares. **El tratamiento de elección del sarcoma pleomórfico indiferenciado es la cirugía**, si es posible preservando la extremidad. Aunque hay estudios contradictorios se le puede ofrecer al paciente **tratamiento neoadyuvante**: sólo radioterapia, sólo quimioterapia o radioquimioterapia. **La quimioterapia incluye la ifosfamida pero no el tamoxifeno** (respuesta 2 incorrecta). El objetivo del tratamiento neoadyuvante es disminuir el tamaño de la masa tumoral para permitir una cirugía menos agresiva. Nos dan pocos detalles sobre la localización del tumor (localización compartimental) y la proximidad o no al paquete vascular del miembro. Estas informaciones son muy importantes a la hora de decidir el tipo de tratamiento quirúrgico. **La cirugía inicial, si es posible, consiste en resección del tumor con un margen mínimo de 3 a 5 centímetros.** Si no es posible por su tamaño o localización la siguiente elección es una **hemipelvectomía interna que permite preservar el miembro**.

Existen dos tipos de hemipelvectomía:

- 1. Hemipelvectomía externa. Se realiza amputación del miembro inferior incluyendo la hemipelvis. Hay una variante que se denomina hemipelvectomía externa modificada que conserva parte del iliaco.
- 2. Hemipelvectomía interna. Permite preservar el miembro inferior. Puede realizarse o no una reconstrucción para facilitar la deambulación.

En nuestra opinión esta pregunta no tiene una respuesta válida.

Pregunta 11616: (22) Pregunta asociada a la imagen 22. Paciente de 60 años que acude a urgencias por sensación de mareo y sudación de media hora de evolución. ¿Qué alteración encontramos en su electrocardiograma?:



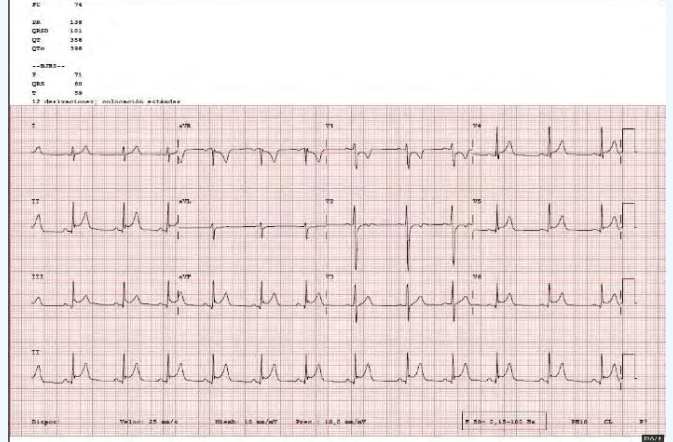
- 1. Taquicardia sinusal.
- 2. Flutter auricular.
- 3. Extrasístoles auriculares frecuentes.
- 4. Fibrilación auricular.

300506 CARDIOLOGÍA Dificil 32% 19873

Solución: 4

Se trata de un ECG que muestra una taquicardia de QRS estrecho e IRREGULAR por lo que es una fibrilación auricular (respuesta 4 correcta). En la taquicardia sinusal observaríamos ritmicidad y los complejos QRS se preceden de onda P procedente del ritmo sinusal (positiva en II, III, avF y V3-V6) (respuesta 1 incorrecta). En las extrasístoles auriculares se observaría un ritmo regular sobre el que acontecen latidos estrechos que se adelantan y se sigue de pausa auricular compensadora (respuesta 3 incorrecta). En el Flutter Auricular habitualmente es rítmico con QRS a 150lpm y ondas auriculares F en forma de diente de sierra (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11617: (23) Pregunta asociada a la imagen 23. Mujer de 25 años que acude a urgencias por dolor torácico de 2 días de evolución asociado a febrícula termometrada de hasta 37,6°C. Este dolor se localiza a nivel precordial, no se modifica con el ejercicio físico y empeora con el decúbito supino. Análíticamente destaca una proteína C reactiva discretamente elevada y leucocitosis moderada. El electrocardiograma se muestra en la imagen. Con respecto al tratamiento de esta patología señale la respuesta correcta:



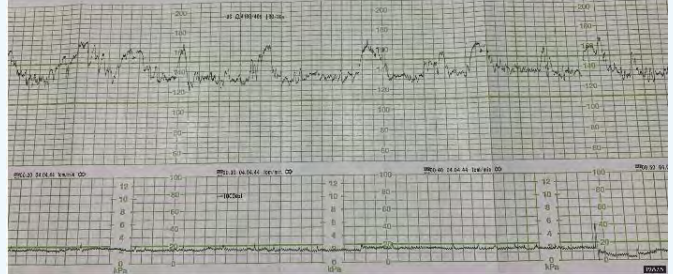
- 1. Lo más probable es que se trate de un infarto agudo de miocardio. Avisaría a Cardiología para realización de coronariografía urgente.
- 2. Los fármacos más utilizados son los AINEs.
- 3. La colchicina está contraindicada en esta patología.
- 4. Lo más correcto sería iniciar tratamiento antibiótico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

300507 CARDIOLOGÍA Fácil 95% 19874

Solución: 2

Se trata de un ECG de pericarditis aguda que presenta elevación generalizada del ST con descenso en el PR. La clínica y analítica también nos indican que se trata de una pericarditis aguda (respuesta 1 incorrecta). Los fármacos de elección son los AINES (respuesta 2 correcta) y la colchicina (respuestas 3 y 4 incorrectas).

Pregunta 11618: (24) Pregunta asociada a la imagen 24. ¿Cuál sería el manejo obstétrico en una mujer secundigesta de 34 semanas tras el diagnóstico ecográfico de feto pequeño para edad gestacional, asintomática y que presenta el registro cardiotocográfico externo que aparece en la imagen?:



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

300508 GINECOLOGÍA Normal 64% 19875

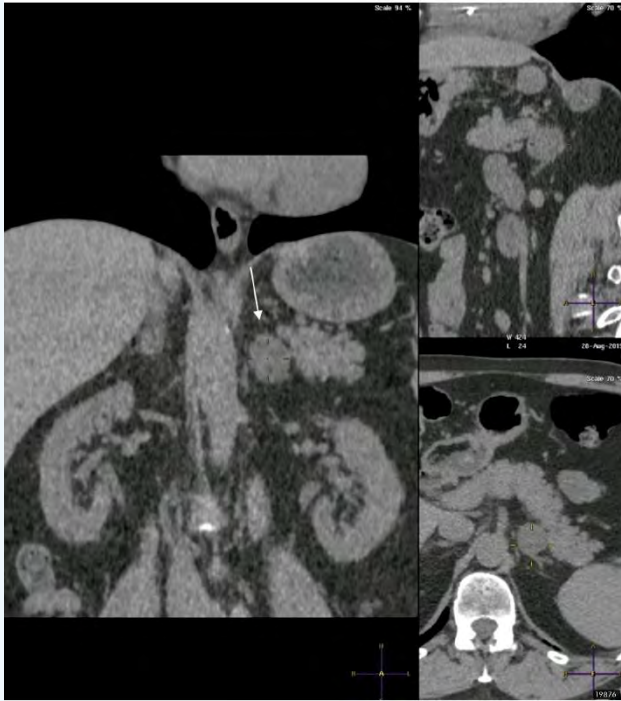
Solución: 3

Según la etiología podemos clasificar los fetos PEG en varios grupos:

- 1. Pequeño para edad gestacional constitucional (80-85%): sin alteraciones estructurales, líquido amniótico normal, Doppler de la arteria umbilical normal y velocidad de crecimiento normal
- 2. Pequeño para edad gestacional anómalo (5-10%): con anomalías genéticas, estructurales o secundarias a infección.

3. Crecimiento intrauterino restringido (CIR) (10-15%): son aquellos que presentan una función placentaria alterada, identificada por Doppler anómalo de la arteria umbilical o reducción de la velocidad de crecimiento
- Por definición, el PEG no presenta una restricción patológica del crecimiento y, por tanto en estos fetos, se puede esperar al inicio espontáneo del parto (*respuestas 1, 2 y 4 incorrectas, respuesta 3 correcta*).

Pregunta 11619: (25) Pregunta asociada a la imagen 25. Varón de 59 años que consulta por hipertensión arterial de al menos 5 años de evolución, actualmente en tratamiento con valsartán/hidroclorotiazida y amlodipino a dosis plenas. Aporta cifras de presión arterial ambulatoria de 143/88 mmHg. Con motivo de un episodio de diverticulitis le habían realizado una TC abdominal hace un mes donde llama la atención la imagen adjunta. Con estos datos clínicos y radiológicos, señale la respuesta correcta:



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

300509 ENDOCRINOLOGÍA FÁCIL 75% 19876

Solución: 2

Nos presentan el cuadro de un paciente joven con diagnóstico de hipertensión arterial, relativamente reciente. Cualquier causa de HTA podría entrar en el diagnóstico diferencial pero ante la imagen de una suprarrenal como la del examen, la primera causa que habría que considerar es el hiperaldosteronismo primario.

Hay que hacer screening en este caso de la pregunta, al ser un paciente con HTA con cifras de HTA > 140/90 estando tratado a dosis plenas con tres fármacos (*respuesta 1 incorrecta*).

La prueba inicial de screening es el cociente aldosterona/actividad de renina plasmática, que con valores > 50 es casi diagnóstica de hiperaldosteronismo primario (*respuesta 2 correcta*). Confirma el diagnóstico la falta de supresión de aldosterona en la prueba de sobrecarga salina oral o i.v (*respuesta 3 incorrecta*). La hipopotasemia y la alcalosis metabólica orientan al diagnóstico analítico de hiperaldosteronismo (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11620: (26) La adaptación metabólica al inicio del ayuno intermedio (por encima de 24 horas) va acompañado de un aumento en la proteólisis y la liberación de aminoácidos desde el músculo. En esta situación, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. Los aminoácidos ramificados son degradados en el hígado.
2. La alanina liberada es captada por el hígado para su uso como sustrato gluconeogénico.
3. La glutamina es transformada en los enterocitos en alanina, generándose amonio y arginina.
4. Los aminoácidos son utilizados en gran parte en el hígado para la síntesis de proteínas plasmáticas.

300510 BIOQUÍMICA Normal 34%

Solución: 2

Durante el **ayuno intermedio** comienza la degradación de proteínas en el músculo. El **catabolismo** de los **aminoácidos** en el músculo termina en la síntesis de alanina por parte de este órgano. La alanina llega al hígado, donde se transamina a piruvato, que entra en el **ciclo gluconeogénico** (*respuesta 2 correcta*), **no en rutas anabólicas** como la síntesis de proteínas plasmáticas (*respuesta 4 incorrecta*). Es lo que se conoce como ciclo de la glucosa-alanina.

Los aminoácidos **ramificados** se degradan principalmente en el **músculo** (*respuesta 1 incorrecta*). La **glutamina** se comporta de forma similar a la alanina. Es generada por los tejidos principalmente **no musculares**. Llega al hepatocito y se transamina, cediendo el grupo amino a la urea y obteniéndose **glutamato** (*respuesta 3 incorrecta*).

Pregunta 11621: (27) El 2,3-BPG (2,3-bisfosfoglicerato) es un compuesto orgánico que modula la unión de oxígeno a la hemoglobina. Este metabolito es sintetizado en los hematíes a través de una derivación de la vía glicolítica. Señale la respuesta FALSA:

1. La concentración de 2,3-BPG en los eritrocitos (normalmente cercana a 5 mM) aumenta en situaciones de hipoxia, anemia grave y de adaptación a altitudes elevadas.
2. La presencia de 2,3-BPG apenas influye en la oxigenación de la hemoglobina a nivel de los capilares pulmonares en condiciones fisiológicas.
3. La adición de 2,3-BPG a la sangre almacenada para transfusiones es ineficaz.
4. La hemoglobina fetal tiene mayor afinidad por el 2,3-BPG que la hemoglobina A1.

300511 BIOQUÍMICA DIFÍCIL -6%

Solución: 4

El 2-3-BPG en los eritrocitos aumenta en situaciones de hipoxia, anemia y entrenamiento en altas altitudes (*respuesta 1 incorrecta*).

El aumento de este compuesto favorece la cesión de la hemoglobina en los tejidos, disminuyendo la afinidad por la hemoglobina. Este efecto es **ineficaz cuando se utiliza en sangre almacenada** (*respuesta 3 incorrecta*).

Sin embargo, debido a la conformación sigmoidea de la curva de disociación de la hemoglobina (casi plana a altas concentraciones de oxígeno), **apenas afecta a la oxigenación de la hemoglobina a nivel de los capilares glomerulares** (*respuesta 2 incorrecta*).

La **hemoglobina fetal (HbF)** tiene menos afinidad por el 2,3-BPG que la HbA (*respuesta 4 correcta*). Esto favorece que su hemoglobina sea más afín por el oxígeno en circunstancias de menor disponibilidad de oxígeno (como puede ser el intercambio gaseoso fetoplacentario).

Pregunta 11622: (28) En cuanto a las interrelaciones entre la presión, el flujo y la resistencia de los vasos sanguíneos, señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. La resistencia es directamente proporcional a la diferencia de presión e inversamente proporcional al flujo.
- 2. En el flujo laminar, la velocidad del flujo en el centro del vaso es mayor que en los bordes exteriores.
- 3. Cambios pequeños en el diámetro de un vaso provocan cambios importantes en su conductancia.
- 4. Si se añaden vasos sanguíneos en paralelo en un circuito, aumenta la resistencia vascular total.

300512 FISIOLÓGIA Normal 41%

Solución: 4

Pregunta negativa de modo que las respuestas incorrectas son verdaderas.

Un fluido se desplaza en el interior de un vaso cuando la presión en el inicio es superior a la existente al final del vaso. El flujo depende directamente del gradiente o diferencia de presión entre esos dos puntos (a más diferencia de presión más flujo) e inversamente de la resistencia (a más resistencia menos flujo) (respuesta 1 incorrecta).

$\text{Flujo} = \text{Diferencia de presión} / \text{Resistencia} \Rightarrow \text{Resistencia} = \text{Diferencia de presión} / \text{Flujo}$

La resistencia mide las fuerzas de rozamiento entre las propias moléculas del fluido y entre éstas y la pared del vaso. Ello explica que en flujo laminar o en capas (mayoritario en circunstancias fisiológicas) la velocidad del flujo es mayor en la zona centro del vaso frente a los bordes (respuesta 2 incorrecta). Aunque la conductancia suele emplearse en circuitos eléctricos, se puede asimilar a fluidos como la facilidad para el paso de un fluido a través de un sistema vascular; Así, las pequeñas modificaciones en el diámetro del vaso influyen de forma importante en la resistencia y en la conductancia (respuesta 3 incorrecta). Ello deriva de la ecuación de Poiseuille en la que:

$\text{Flujo} = (\text{Diferencia de presión} \cdot \pi \cdot r^4) / 8 \cdot \text{Viscosidad} \cdot \text{Longitud}$

Si asumimos en los vasos sanguíneos una viscosidad y longitud relativamente constantes vamos el peso que tiene el diámetro en el valor final del flujo (radio elevado a la cuarta potencia).

En relación con todo lo anterior, si en un circuito cerrado añadimos vasos en paralelo estaremos aumentando el área vascular total y con ello reduciremos la resistencia (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11623: (29) En relación con la autorregulación de la filtración glomerular (FG) y del flujo sanguíneo renal (FSR) en condiciones fisiológicas señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. Los valores de FG y FSR se mantienen relativamente constantes a pesar de cambios acentuados en la presión arterial sistémica.
- 2. Se autorregulan en paralelo, pero en ciertas condiciones es más eficiente la autorregulación del FSR.
- 3. La reducción del cloruro de sodio en la mácula densa dilata las arteriolas aferentes y aumenta la liberación de renina.
- 4. La angiotensina II ejerce una acción vasoconstrictora preferente sobre las arteriolas eferentes renales.

300513 FISIOLÓGIA Difícil 8%

Solución: 2

Pregunta negativa de modo que las respuestas incorrectas son verdaderas.

La autorregulación renal asienta sobre mecanismos para controlar el filtrado glomerular (FG) y el flujo plasmático renal (FSR). Ambos parámetros se mantienen relativamente constante a pesar de las modificaciones en la presión arterial precisamente por mecanismos de autorregulación (respuesta 1 incorrecta). La función renal más importante a preservar es el FG para lo cual, ante hipotensión arterial se produce reflejo miógeno de la arteriola aferente; si persiste la hipoperfusión, la mácula densa sentirá escaso sodio y cloro y con ello inducirá mayor vasodilatación de la arteriola aferente y liberación de renina (respuesta 3 incorrecta); la renina liberada activará el sistema renina-angiotensina que producirá vasoconstricción preferente de la arteriola eferente (respuesta 4 incorrecta). En definitiva, la autorregulación renal se centra sobre todo en mantener el FG mediante autorregulación que busca la vasodilatación de la arteriola aferente y vasoconstricción de la arteriola eferente.

Precisamente por este motivo, aunque la regulación de FG y FSR vayan en paralelo, es más eficiente la dedicada al FG (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11624: (30) En una persona sana y en posición erguida, en relación con el cociente ventilación-perfusión, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. La ventilación alveolar es mayor en áreas pulmonares superiores.
- 2. El flujo capilar es menor en áreas pulmonares superiores.
- 3. La ventilación alveolar es ligeramente menor que el flujo capilar en áreas pulmonares inferiores.
- 4. La ventilación alveolar es mayor que el flujo capilar en áreas pulmonares superiores.

300514 FISIOLÓGIA Normal 63%

Solución: 1

Pregunta negativa de modo que las respuestas incorrectas son verdaderas.

En bipedestación la ventilación es mayor en las bases pulmonares (respuesta 1 correcta). En decúbito, la ventilación es mayor en las zonas declives. El flujo sanguíneo es mayor en las zonas basales y dorsales, y por tanto menos en las zonas superiores (respuesta 2 incorrecta). La relación entre ambos parámetros viene medida por la relación ventilación/perfusión. En bipedestación, la distribución de la ventilación y la perfusión no son homogéneas (zonas de West). Por efecto gravitacional, en los vértices la ventilación es mayor que la perfusión (respuesta 4 correcta) y lo contrario ocurre en las bases (respuesta 3 correcta). En las zonas intermedias ambos son similares.

Pregunta 11625: (31) El resultado de la gasometría arterial de un paciente es: pH: 7,40, PaCO2 60 mmHg; bicarbonato 36 mM/L. ¿Cuál es la alteración que presenta?:

- 1. Ninguna, el pH es normal.
- 2. Acidosis respiratoria.
- 3. Acidosis respiratoria y alcalosis metabólica.
- 4. Alcalosis metabólica.

300515 FISIOLÓGIA Fácil 82%

Solución: 3

El paciente presenta trastorno de los parámetros gasométricos aunque el pH esté normal (respuesta 1 incorrecta). Dado que el pH es normal, con bicarbonato y CO2 alterado, debemos suponer que NO se trata de una compensación, sino de un trastorno mixto de signo opuesto; uno produce acidosis y el otro alcalosis, quedando el pH normalizado pero no por compensación. Así, si bien la CO2 es elevada no estamos en una acidosis respiratoria dado que, en ese caso, el bicarbonato se elevaría pero el pH estaría en zona patológica (7,33-7,34) (respuesta 2 incorrecta). Tampoco se trata de una alcalosis metabólica porque en ese caso se produciría una elevación leve de CO2 y el pH quedaría en zona patológica (7,46-7,47) (respuesta 4 incorrecta). En realidad, se trata de dos trastornos que coinciden en el mismo paciente, uno produce acidosis y otro alcalosis, y el resultado es que el pH queda "normalizado" pero no es una compensación. Concretamente estamos ante una acidosis respiratoria (CO2 60 mmHg) y alcalosis metabólica (bicarbonato 36 mmol/l) (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11626: (32) ¿Cuál de las siguientes consecuencias puede tener una mutación del nucleótido G por el nucleótido A en el primer nucleótido de un intrón?:

- 1. Al ser una mutación intrónica no tiene ninguna repercusión.
- 2. Al ser una transición (los dos nucleótidos tienen la misma estructura) no tiene ninguna repercusión.
- 3. Aunque es una mutación intrónica produce la exclusión de todos los exones que están situados detrás de la mutación.
- 4. La mutación en este nucleótido puede afectar a la maduración del ARN (splicing) y cambiar la estructura del ARN y, por consiguiente de la proteína.

300516 GENÉTICA Normal 62%

Solución: 4

La mutación en un nucleótido que implica a dos bases del mismo tipo en este caso 2 bases púricas (A, G) se conoce como transición. La mutación que se produce en un intrón puede generar un sitio de corte y empalme (splicing) alternativo que compita con los sitios de splicing normales durante el procesamiento del ARN. Esta mutación daría lugar a la formación de ARN mensajero maduro con secuencias intrónicas, es decir, con cambios en su estructura lo que repercute en la proteína. Por tanto, **la mutación en el nucleótido G puede afectar a la maduración del ARN (splicing), cambiar la estructura del ARN y, por consiguiente, de la proteína (respuesta 4 correcta y 1 y 2 incorrectas).**

En la respuesta 3 nos hablan del concepto de mutación sin sentido (nonsense), una mutación puntual en una secuencia de ADN que provoca la aparición de un codón de terminación prematuro, codón sin sentido, en el ARNm transcrito. Esto conduce a un producto proteico truncado, incompleto y por lo general no funcional, con **la exclusión de todos los exones que están situados detrás de la mutación (respuesta 3 incorrecta).**

Pregunta 11627: (33) Cuando un mismo cuadro clínico (o con pequeñas modificaciones) está causado por mutaciones diferentes de un mismo gen nos referimos a la:

- 1. Heterogeneidad de locus.
- 2. Heterogeneidad alélica.
- 3. Heterogeneidad genética.
- 4. Impronta parental.

300517 GENÉTICA Normal 40%

Solución: 2

Heterogeneidad del locus: mutaciones producidas en genes que se encuentran en diferentes loci cromosómicos dando lugar al mismo fenotipo (respuesta 1 incorrecta).

Heterogeneidad alélica: diferentes mutaciones localizadas en el mismo gen en un cromosoma causan el mismo fenotipo (respuesta 2 correcta).

Heterogeneidad genética: diferentes mecanismos genéticos están involucrados en fenotipos similares (respuesta 3 incorrecta).

Improntaparental: ciertos genes son expresados de un modo específico que depende del sexo del progenitor (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11628: (34) El SARS-CoV-2 es un virus de ARN de hebra sencilla. Entre los mecanismos que participan en la respuesta inmune innata frente a virus de ARN, como el SARS-CoV-2, se encuentra:

- 1. La producción de interferones tipo I tras el reconocimiento del ARN vírico por receptores de reconocimiento de patrón como los Toll-like receptors (TLR) o los RIG-like receptors (RLR).
- 2. La producción de interferón gamma por los linfocitos CD4+ Th1 tras el reconocimiento de péptidos víricos en las células presentadoras de antígeno.
- 3. La producción de anticuerpos neutralizantes tipo IgG producidos en respuesta a las proteínas víricas.
- 4. La actividad citotóxica mediada por linfocitos T CD8+ tras el reconocimiento de péptidos víricos en las células infectadas.

300518 INMUNOLOGÍA Normal 62%

Solución: 1

Pregunta básica de diferencias entre el sistema inmune innato y el adaptativo, el hecho de que salga específicamente el SARS-CoV-2 es indiferente, se podría sustituir por cualquier otro virus y la respuesta correcta seguiría siendo la misma.

Los **linfocitos T**, bien sean cooperadores (CD4), bien sean citotóxicos (CD8), forman parte del sistema inmune **adaptativo** (respuestas 2 y 4 incorrectas), al igual que los **linfocitos B** y sus **anticuerpos** (respuesta 3 incorrecta). Los **interferones** y los **receptores de reconocimiento de patrones** sí que forman parte del sistema inmune **innato** (respuesta 1 correcta).

Reseñar que una respuesta óptima frente a virus requiere de una estrecha colaboración entre ambos sistemas inmunes. Inicialmente el sistema inmune innato reconoce que hay una infección vírica de forma inespecífica a través de los receptores de reconocimiento de patrones, comenzando la producción de sustancias antivirales como los interferones y activándose los linfocitos

natural killers. Si la infección no se controla se activa al sistema inmune adaptativo, por un lado a los linfocitos T citotóxicos para que eliminen a las células infectadas y por otro lado a los linfocitos B para que produzcan anticuerpos específicos para que neutralicen al virus e impidan que siga infectando al organismo.

Pregunta 11629: (35) Los receptores para los fragmentos Fc de las diferentes clases de inmunoglobulinas (Ig) se pueden expresar en distintos tipos de células que llevan a cabo funciones efectoras. Indique cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- 1. La IgG se une al receptor III para Fc-gamma (Fcgamma-RIII) en las células NK activando la citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos (ADCC).
- 2. La IgA se une al receptor poli-Ig (pIgR) del epitelio intestinal para llegar a la luz intestinal.
- 3. La IgM se une al receptor Fc neonatal (FcRn) en el sincitiotrofoblasto para atravesar la placenta.
- 4. La IgE se une al receptor para Fc-epsilon (Fcepsilon-R) en mastocitos e induce su desgranulación.

300519 INMUNOLOGÍA Fácil 93%

Solución: 3

Pregunta farragosa de leer, pero que hace referencia a un concepto sencillo y muy preguntado. La **IgG** es la **UNICA** inmunoglobulina que es capaz de **atravesar la placenta** a través del receptor neonatal para el Fc (FcRn) (respuesta 3 incorrecta). El resto de opciones son correctas.

La IgG posee múltiples receptores: los Fcgamma-RI (de alta afinidad) en neutrófilos y macrófagos; los Fcgamma-RIIA (de baja afinidad) en neutrófilos y monocitos; los Fcgamma-RIIB (de baja afinidad) en algunas células mieloides y en linfocitos B; y los **Fcgamma-RIII** (de baja afinidad) en **células NK** (respuesta 1 correcta).

El receptor **poli-Ig** es un receptor específico para la IgA e IgM que permite que dichos anticuerpos atraviesen las células epiteliales intestinales y lleguen a la luz intestinal (respuesta 2 correcta).

La IgE posee dos tipos de receptores, los más importantes los **Fcepsilon-RI** presentes en mastocitos, basófilos y **eosinófilos** (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11630: (36) La vacuna neumocócica de polisacáridos PPSV23 genera una respuesta inmunitaria de tipo timoindependiente frente a 23 subtipos de neumococos. La inmunización con dosis repetidas de PPSV23:

- 1. Está indicada en niños menores de dos años en situación de riesgo.
- 2. Induce una respuesta secundaria con altos niveles de IgG específica.
- 3. Inducen maduración de la afinidad de los anticuerpos generados.
- 4. No genera memoria inmunológica.

300520 INMUNOLOGÍA Fácil 71%

Solución: 4

La característica fundamental de las respuestas humorales **T-independientes** es que **NO generan MEMORIA** (respuesta 4 correcta) ni maduración de la afinidad de los anticuerpos (respuesta 3 incorrecta) y solo en raras ocasiones provocan cambio de clase de anticuerpo, siendo fundamentalmente de tipo IgM (respuesta 2 incorrecta). Por tanto las vacunas puras de polisacáridos producen un buen título de anticuerpos, pero no células memoria, por lo que la respuesta decae en el tiempo. Para resolver esto se desarrollaron las vacunas conjugadas (como la PCV13), que unen el polisacárido a un antígeno T-dependiente, generando así una respuesta T-dependiente, ahora sí con desarrollo de células memoria.

La vacuna antineumocócica no conjugada (PPSV23) está indicada en mayores de 65 años, y en personas de 2 a 64 años con comorbilidades. En menores de 2 años la indicada es la conjugada (PCV13) (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta 11631: (37) En relación con la inmunoterapia basada en linfocitos T con receptores antigénicos quiméricos (chimeric antigen receptor, CAR) que reconocen CD19 (CART19:

- 1. Está aprobada para el tratamiento de leucemia mieloblástica aguda refractaria o en recaída.
- 2. Un efecto secundario grave de esta terapia es el síndrome de liberación de citoquinas.
- 3. El receptor CAR reconoce CD19 de forma restringida por el HLA.
- 4. Se asocia a hipergammaglobulinemia permanente por activación crónica de linfocitos B CD19+.

300521 HEMATOLOGÍA Normal 52%

Solución: 2

Aunque se trate de una pregunta novedosa en el examen MIR, como insistimos en clase, la terapia con células T CAR constituye una nueva forma de inmunoterapia contra el cáncer que ha supuesto un avance significativo en el campo de la oncohematología. Las células TCAR son linfocitos T ("células T") que han sido modificados genéticamente para que sean capaces de reconocer y atacar a las células tumorales de una forma específica y efectiva. Ello se consigue mediante la introducción en estos linfocitos de un gen exógeno que codifica un CAR ("Chimeric Antigen Receptor"), un receptor quimérico antigénico (artificial) que se expresa en la superficie del linfocito y le permite reconocer de forma específica un antígeno. Según la especificidad del CAR que se introduzca, las células T CAR reconocerán uno u otro antígeno diana.

Dos efectos adversos característicos de este tratamiento son:

- **Síndrome de liberación de citocinas:** ocurre en los siguientes días a la infusión (mediana de inicio 2 días, mediana de duración 7 días). Se trata de un cuadro de inflamación sistémica, que puede cursar con fiebre, hipotensión, hipoxia, taquicardia... y que puede ser grave hasta en un 15% de los pacientes (respuesta 2 correcta).
- **Neurotoxicidad:** reversible. Los síntomas o signos más frecuentes son: encefalopatía, temblor, afasia, delirio... pueden ser graves hasta en un 30% de los pacientes.

Pregunta 11632: (38) Paciente de 72 años de edad que acude a urgencias por presentar aparatoso e importante angioedema lingual. No presenta urticaria asociada ni refiere antecedentes de alergia a fármacos o alimentos. Entre sus antecedentes personales destacan diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, hipertensión arterial, hipotiroidismo y enfermedad de Parkinson. En tratamiento habitual con metformina, simvastatina, enalapril, tiroxina y levodopa. ¿Cuál de los siguientes fármacos es con mayor probabilidad el fármaco causal del cuadro clínico descrito?:

- 1. Enalapril.
- 2. Simvastatina.
- 3. Metformina o levodopa por igual.
- 4. Levodopa.

300522 FARMACOLOGÍA Fácil 79%

Solución: 1

El **angioedema** es un efecto adverso que puede darse entre los IECA, en particular con el **enalapril** (respuesta 1 correcta). Las estatinas tienen entre sus efectos adversos típicos mialgias (respuesta 2 incorrecta), las biguanidas alteraciones gastrointestinales (respuesta 3 incorrecta) y la L-dopa hipotensión ortostática (respuesta 4 incorrecta), pero no se relacionan con el desarrollo de angioedema.

Pregunta 11633: (39) ¿Cuál de los siguientes criterios diagnósticos es considerado como criterio mayor para realizar el diagnóstico de mastocitosis sistémica?:

- 1. Triptasa sérica total superior a 20 ng/ml.
- 2. Infiltrados densos multifocales de mastocitos (> 15 mastocitos por agregado) en médula ósea u otros tejidos extracutáneos.
- 3. Fenotipo superficial de mastocitos anómalos con expresión de CD25 o CD2 o ambos.
- 4. Morfología alterada de los mastocitos (fusiformes, núcleo excéntrico bilobulado o multilobulado, citoplasma hipogranulado).

300523 ANATOMÍA PATOLÓGICA Fácil 79%

Solución: 2

Dentro de las alteraciones mediadas por mastocitos se incluyen: mastocitoma solitario, la urticaria pigmentosa en más del 50% de los casos en niños, la telangiectasia eruptiva macular perstans y la mástocitosis sistémica (entre otras variedades).

Criterios mayores para esta última es, efectivamente.

- Presencia de agregados de al menos 15 mastocitos identificados en biopsia de médula ósea u otros órganos extra-cutáneos con tinción paratriptasa.

Criterios menores:

- Presencia de más del 25% demastocitos de morfología atípica en frotis de médula ósea (fusiformes, de granulados y/o multinucleados) (opción 4).
- Mastocitos de inmunofenotipo aberrante con expresión frecuente de marcadores no mastocitarios (CD25 y/o CD2) (opción 3).
- Presencia de una mutación puntual en el codón 816 del gen KIT en médula ósea, en sangre periférica u otros órganos extra-cutáneos.
- Nivel elevado de triptasa sérica >20 ngr/ml (opción 1).

Pregunta 11634: (40) Recibo una llamada de un compañero de promoción que trabaja en otro hospital. Me solicita información sobre un paciente ingresado en mi hospital para el que le han pedido una interconsulta de su especialidad. Como conozco e identifico al médico que me pregunta, la actuación más correcta es:

- 1. Consultar el historial médico del paciente y darle la información que me pide.
- 2. Decirle que yo no tengo nada que ver con el paciente y terminar la conversación.
- 3. Transmitir al médico responsable del paciente la pregunta de mi colega y ponerles en contacto.
- 4. Mandarle un informe escrito del paciente para evitar dar información por teléfono.

300524 MEDICINA LEGAL Fácil 87%

Solución: 3

La **Ley de Autonomía del paciente** (ley 41/2002) regula todo lo concerniente sobre la historia clínica, desde el contenido del mismo hasta las condiciones de acceso. El **artículo 18** de dicha norma se refiere a los **derechos de acceso a la historia clínica**. El **artículo 19** de la Ley de Autonomía del paciente indica que *el paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas*. La historia clínica debe conservarse al menos durante un mínimo de **5 años** contados desde la fecha de alta de cada **proceso asistencial**.

En este caso, se alude directamente al acceso de la historia clínica por parte de un profesional sanitario que, según el enunciado de la pregunta, no está implicado de forma directa en la asistencia del paciente por el que se pregunta. Si no soy el médico responsable del paciente, legal (y éticamente) **no estoy autorizado a acceder a su historia clínica** sin su consentimiento (Ley 41/2002 de autonomía del paciente), y **mucho menos a transmitírsela a un tercero** (respuestas 1 y 4 incorrectas). Sin embargo, tenemos el **deber ético y deontológico de facilitar la tarea de nuestros colegas** (respuesta 2 incorrecta) y de no interferir con la atención de los pacientes a su cargo (artículo 39 del Código de Deontología), por lo que la actitud más razonable es **poner en contacto a mi colega consultor con el médico responsable del paciente, que sí está autorizado a proporcionarle información clínica** (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11635: (41) En un paciente terminal la omisión o la interrupción de tratamientos médicos vitales, para permitir a la persona que fallezca (interrupción de los tratamientos que permiten conservar la vida) se denomina:

- 1. Eutanasia activa voluntaria.
- 2. Eutanasia activa involuntaria.
- 3. Eutanasia pasiva.
- 4. Suicidio asistido por un médico.

300525 BIOÉTICA Fácil 83%

Solución: 3

Clásicamente se entiende la **eutanasia** como la acción (u omisión) que tiene por objetivo acortar la vida de un paciente terminal con el fin de ahorrarle dolor y sufrimiento. Se puede clasificar en directa e indirecta. La directa busca acortar la vida del paciente, ya sea de forma **activa** (fármacos letales) (respuestas 1 y 2 incorrectas) o **pasiva** (respuesta 3 correcta) (omisión de un tratamiento necesario para mantener al paciente con vida, como puede ser un respirador de ventilación mecánica). Por otra parte, el término **suicidio asistido** hace referencia a proporcionar de forma intencional y con conocimiento a una persona los medios o procedimientos o ambos necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos letales o su suministro (respuesta 4 incorrecta). Aunque el supuesto que presenta el enunciado de la pregunta corresponde a lo que tradicionalmente se conocía como "eutanasia pasiva" (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*), en la actualidad este concepto se ha excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia, tal como recoge en su Preámbulo la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (la cual entra en vigor el 25 de junio de este año, y limita el término eutanasia a aquellas actuaciones que se producen de manera activa y directa). Deberíamos hablar, con más propiedad, de "limitación del esfuerzo terapéutico". No obstante, de las 4 opciones de respuesta que la pregunta plantea, la que más se ajusta al enunciado de la pregunta es la 3.

Pregunta 11636: (42) ¿Cuál de las siguientes respuestas NO es cierta en relación con el tratamiento del dolor en el paciente con cáncer?:

1. El fentanilo transmucoso (oral o nasal) es el fármaco de elección en el tratamiento del dolor irruptivo oncológico.
2. Los ensayos clínicos demuestran diferencias en la eficacia y tolerabilidad entre los diferentes opioides mayores.
3. La rotación de opioides o la analgesia raquídea son medidas de tratamiento del dolor refractario.
4. La eficacia de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es del 80-90 %.

300526 C. PALIATIVOS Difícil 2%

Solución: 2
Las respuestas 1, 3 y 4 contienen un comentario cierto sobre los opioides y escalera analgésica de la OMS:

El fentanilo transmucoso (oral o nasal) es el fármaco de elección en el tratamiento del dolor irruptivo oncológico y el único aprobado para dicho tipo de dolor por su rapidez de acción (respuesta 1 incorrecta).

Las alternativas terapéuticas para el manejo del dolor refractario comprenden: una cuidadosa revaloración del dolor, la adecuación e intensificación de fármacos coadyuvantes, técnicas anestésicas intervencionistas, cambio de vía de administración, por ej. **analgesia raquídea**, otras terapias como la radioterapia analgésica o la **rotación de opioides** (respuesta 3 incorrecta).

El método terapéutico propuesto en 'La escalera analgésica de la OMS' se considera eficaz en un **80-90% de los enfermos con cáncer y en más del 75% de los pacientes en fase terminal** (respuesta 4 incorrecta).

El comentario recogido en la respuesta 2 es controvertido porque, aunque **los ensayos clínicos no han podido encontrar diferencias estadísticamente significativas en eficacia y tolerancia entre opioides mayores**, en práctica clínica si se ven diferencias clínicas y algunos tienen mejor perfil eficacia/toxicidad para pacientes concretos (buprenorfina en insuficiencia renal) (respuesta 2 correcta-nos pregunta la que NO es cierta).

En UpToDate se recoge literalmente este texto:

Los ensayos aleatorizados y las revisiones sistemáticas no han podido demostrar la superioridad de la morfina sobre cualquier otro opioide agonista mu (hidromorfona, oxicodona, oximorfona, fentanilo o metadona) en términos de eficacia o tolerabilidad. Sin embargo, existe una gran variación intraindividual y no se puede predecir si un paciente tendrá un perfil más favorable entre analgesia y efectos secundarios cuando se le administre morfina o uno, a menos que una respuesta previa a un fármaco específico ayude a orientar la elección del agente.

En base a la limitada evidencia y experiencia clínica disponible, es razonable concluir que los opioides de acción mixta (unión al receptor mu y bloqueo de la recaptación de monoaminas, serotonina y norepinefrina), tramadol (opioide menor) y tapentadol (opioide mayor), podrían utilizarse para tratar el dolor oncológico sin ninguna ventaja en la selección de uno u otro sobre los opioides agonistas mu puros.

Buprenorfina (agonista parcial del receptor mu) puede ser especialmente útil en el paciente oncológico con insuficiencia renal y dolor moderado o grave escenario en el que el resto de los opioides están contraindicados o deben manejarse con precaución.

Pregunta 11637: (43) En una intoxicación por insecticidas organofosforados, señale la respuesta correcta:

1. No existe absorción a través de la piel.
2. Es común el fallecimiento al cabo de unos minutos.
3. Se inicia con síntomas nicotínicos.
4. Su acción selectiva es anticolinesterásica.

300527 URGENCIAS Normal 60%

Solución: 4

Los insecticidas organofosforados **se absorben muy bien a través de la piel** (respuesta 1 incorrecta), los pulmones y el tracto gastrointestinal. **Se unen selectivamente a la enzima acetilcolinesterasa e inhiben su función** (respuesta 4 correcta) produciendo un aumento de acetilcolina en las sinapsis neurales y unión neuromuscular.

Para la mayoría de los agentes se producen **signos o síntomas dentro de las 3 horas** tras la exposición mientras que los síntomas por **absorción dérmica pueden dilatarse hasta 12 horas** (respuesta 2 incorrecta).

La toxicidad se presenta con síntomas muscarínicos (bradicardia, miosis, lagrimeo, salivación, broncoespasmo) (respuesta 3 incorrecta). A veces podríamos encontrar síntomas nicotínicos (miđriasis, taquicardia) ya que los ganglios simpáticos también tienen este tipo de receptor. La debilidad neuromuscular (receptores nicotínicos) es muy rara como síntoma inicial.

Pregunta 11638: (44) ¿En cuál de las siguientes intoxicaciones por plantas nos debemos plantear una etiología accidental por uso intencionado con fines recreativos?:

1. *Taxus baccata* (tejo).
2. *Thevetia peruviana* (adelfa amarilla).
3. *Atropa belladonna* (escopolamina).
4. *Aconitum napellus* (acónito).

300528 URGENCIAS Normal 51%

Solución: 3

Nos preguntan por una intoxicación de etiología accidental (sobredosis) por uso intencionado de una planta con fines recreativos (alucinógenos, sedativos, eufóricos, etc; no fines medicinales u homicidas). De las siguientes, únicamente a la **atropa belladonna** se le describen **fines recreativos** (respuesta 3 correcta, respuesta 1, 2 y 4 incorrectas). Describimos a continuación las principales características de todas ellas:

- ***Taxus baccata* (tejo):** es uno de los vegetales más tóxicos, predominantemente toxicidad cardiaca. Se describen muertes por preparaciones medicinales con hojas de tejo o con intención suicida. Muy poco documentado su uso recreativo (respuesta 1 incorrecta).
- ***Thevetia peruviana* (adelfa amarilla):** familia de la digital (efectos cardíacos). La intoxicación proviene de ser confundidas sus hojas en infusiones herbales. **No se le conocen fines recreativos** (respuesta 2 incorrecta).
- ***Atropa belladonna* (escopolamina):** acción anticolinérgica. Se utiliza con fines recreativos como **alucinógeno** siendo la intoxicación accidental frecuente (respuesta 3 correcta).
- ***Aconitum napellus* (acónito):** posee una de las neuro-cardiotoxinas más potentes, pocos gramos ocasionan la muerte. Sus raíces utilizada con **fines homicidas**. No existe uso recreativo (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11639: (45) Para conocer si el consumo habitual de una dieta de tipo mediterráneo se asocia a menor riesgo de infarto de miocardio no fatal se selecciona un grupo de sujetos, se averigua el grado de adherencia a dicha dieta y se les sigue durante 5 años para identificar los casos nuevos de infarto de miocardio. Señale la respuesta correcta sobre el diseño de este estudio:

- 1. Es un ensayo clínico porque puede orientar la prevención en la clínica.
- 2. Es un estudio de cohortes, porque se sigue a sujetos clasificados según su exposición para identificar el riesgo de una enfermedad.
- 3. Es un estudio ecológico porque se sigue a un grupo de sujetos.
- 4. Es un estudio transversal porque la adherencia a la dieta mediterránea se valora en un momento concreto en el tiempo (al inicio del seguimiento).

300529 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 95% Solución: 2

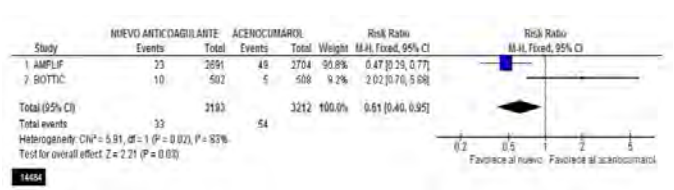
Nos presentan un estudio que analiza la asociación entre la dieta mediterránea - exposición - y el infarto de miocardio - el desenlace -. Este estudio es de tipo observacional, analítico, prospectivo y longitudinal. Estas cuatro características se corresponden con un **estudio de cohortes** (respuesta 2 correcta). El **ensayo clínico** es un estudio experimental, en el que el investigador es que el asigna la exposición de los participantes a un grupo u otro del estudio (respuesta 1 incorrecta). El **estudio ecológico** es un tipo de estudio observacional que analiza grandes grupos de población - países, continentes, ciudades - para extraer conclusiones de manera agregada (respuesta 3 incorrecta). En los **estudios transversales** no hay seguimiento, analizan a la vez la exposición y el desenlace (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11640: (46) Un forest plot o diagrama de bosque es:

- 1. Un tipo de representación gráfica de los resultados (por ejemplo, estimadores de efecto) de un metaanálisis de ensayos clínicos.
- 2. Un tipo de histograma que se usa en las revisiones sistemáticas de la literatura.
- 3. Una forma de presentar las modas de una distribución no normal.
- 4. El diagrama de flujos de los artículos en una revisión de la literatura.

300530 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 94% Solución: 1

El **forest plot o gráfico de bosque** es la manera de representar gráficamente los resultados de un metaanálisis (respuesta 1 correcta). Los histogramas se emplean para representar la distribución de una variable de tipo cuantitativo (respuesta 2 incorrecta). Ejemplo de forest plot en el que se muestran, a la izquierda los estudios incluidos en el metaanálisis, a la derecha cada una de las estimaciones de los estudios (cuadrados y líneas horizontales) y la medida combinada o resultado final del metaanálisis (rombo).



Pregunta 11641: (47) Las guías de práctica clínica:

- 1. Son de obligado cumplimiento para todos los médicos.
- 2. Todo su contenido ha de estar basado en la evidencia científica.
- 3. Solo deben tener en cuenta los beneficios de salud de los pacientes (por tanto, no debe considerar el coste de las intervenciones clínicas).
- 4. Son recomendaciones que el médico debe adaptar a la situación clínica de cada paciente.

300531 GESTIÓN CLÍNICA Fácil 86% Solución: 4

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son recomendaciones que se desarrollan de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones para decidir la atención más apropiada en unas condiciones clínicas específicas (p.ej. GPC de reflujo gastroesofágico RGE). Es importante su carácter de recomendación (respuesta 4 correcta) a diferencia del obligado cumplimiento y rigidez que se asocia a otros documentos como los protocolos (respuesta 1 incorrecta). Para la elaboración de una GPC se requiere una revisión sistemática de la evidencia científica disponible, pero la guía puede contener recomendaciones en las que no exista evidencia suficiente (respuesta 2 incorrecta), si bien es importante que cada una de las recomendaciones que contiene la guía esté asociada a un nivel de evidencia identificable por sus usuarios. P.ej. si la guía establece la recomendación de tratar el RGE con omeprazol, de acuerdo con una fuerte recomendación de evidencia científica basada en meta-análisis de ensayos clínico, debe indicarlo, pero si también incluye la recomendación de que el omeprazol se tome preferentemente por la mañana, por consenso del grupo que elabora la guía, pero sin suficiente evidencia científica detrás, también debe indicar de manera transparente la débil evidencia que puede haber detrás de esa recomendación. Entre las características importantes de una GPC, que se evalúan con un instrumento específico de valoración llamado AGREE, debe incluirse su validez, fiabilidad, reproducibilidad, flexibilidad, claridad, multidisciplinariedad en su elaboración..., y también la consideración del coste-efectividad de las intervenciones clínicas propuestas (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11642: (48) Los ensayos clínicos en fase II tienen como objetivo:

- 1. La estimación inicial de la seguridad y tolerancia.
- 2. Demostrar el efecto terapéutico.
- 3. Obtener información sobre la eficacia.
- 4. Evaluar la aparición de efectos secundarios.

300532 MEDICINA PREVENTIVA Difícil 20% Solución: 3

Los ensayos clínicos en fase II suelen tener un tamaño muestral pequeño (entre 100 y 200 participantes) y tienen por objetivo dar una **información preliminar sobre la eficacia del fármaco** (respuesta 3 correcta) describir una relación dosis-respuesta y ampliar datos de seguridad y tolerancia que se obtuvieron en la fase I. La **información inicial sobre seguridad y tolerancia** se obtiene en la fase I de los ensayos (respuesta 1 incorrecta). El **demostrar el efecto terapéutico** de un fármaco es un objetivo propio de la fase III de los ensayos, que cuentan con un tamaño muestral suficiente para demostrar dicho efecto y son por ello los ensayos de registro que llevan a la aprobación de nuevo fármaco (respuesta 2 incorrecta). Los **efectos secundarios** de un fármaco se pueden evaluar en casi cualquier fase de los ensayos, aunque generalmente se describen en fases precoces - fase I - o cuando el fármaco ya está comercializado - fase IV - (respuesta 4 incorrecta).

FASE I	TOLERANCIA, seguridad, farmacocinética	Voluntarios sanos (n=20-80). No suele haber grupo de comparación.
FASE II	Eficacia preliminar, DOSIS-respuesta.	N= 100-200 pacientes enfermos. Preferentemente controlado.
FASE III	EFICACIA, comparar frente a alternativas (placebo).	N amplia. Controlado y aleatorizado.
FASE IV	Efectos secundarios, nuevas indicaciones.	Post-comercialización.

Pregunta 11643: (49) ¿Cuál de las siguientes enfermedades alcanza mayor letalidad?:

- 1. Ictus.
- 2. COVID-19.
- 3. Infarto agudo de miocardio.
- 4. Encefalopatía espongiforme bovina.

300533 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 74%

Solución: 4

La letalidad de una enfermedad se define como la proporción de personas que fallecen del total de individuos enfermos. De las 4 enfermedades que nos presentan, la **encefalopatía espongiforme bovina** es una enfermedad rápidamente degenerativa del SNC causada por priones que ocasiona el fallecimiento en prácticamente el 100% de los individuos que la contraen (respuesta 4 correcta).

Para el resto de opciones la letalidad es muy variable en función de otros condicionantes - edad, causa, acceso a atención sanitaria -. De un modo aproximado, la letalidad del **ictus** puede oscilar entre 10-20% (respuesta 1 incorrecta), la de **COVID-19** entre 5-7% (respuesta 2 incorrecta) y la del **infarto agudo de miocardio** entre un 15% en población menor de 60 años y hasta un 60% en mayores de 80 años (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11644: (50) Respecto a las características de una prueba diagnóstica, indique la respuesta correcta:

- 1. Los valores predictivos dependen de la probabilidad a priori de tener la enfermedad.
- 2. La especificidad es la capacidad de la prueba de clasificar correctamente, con un resultado negativo, a los enfermos.
- 3. La especificidad es la capacidad de la prueba de clasificar correctamente, con un resultado positivo, a los enfermos.
- 4. El valor predictivo positivo indica la probabilidad de que un paciente con un resultado positivo no tenga la enfermedad.

300534 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 84%

Solución: 1

Los valores predictivos indican la probabilidad que tiene un individuo de tener o no la enfermedad habiendo obtenido un resultado positivo o negativo respectivamente en una prueba diagnóstica. Los valores predictivos pertenecen a la validez externa y se ven influenciados por la prevalencia de la enfermedad. Esta **prevalencia se conoce como probabilidad a priori o probabilidad pre-test** de tener la enfermedad (respuesta 1 correcta).

La **especificidad** es la capacidad de la prueba de clasificar correctamente, con un resultado negativo, a los sanos (respuestas 2 y 3 incorrectas).

El **valor predictivo positivo** indica la probabilidad de que un paciente con un resultado positivo tenga la enfermedad (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11645: (51) Respecto a la clorhexidina señale la respuesta correcta:

- 1. Es una sustancia del mismo tipo químico que las biguanidas.
- 2. Carece de actividad frente a los hongos.
- 3. No se debe utilizar como antiséptico.
- 4. En mucosas y heridas se utiliza concentrada al 5 % en solución acuosa.

300535 MEDICINA PREVENTIVA Difícil -24%

Solución: 1

La clorhexidina es uno de los antisépticos más empleados y pertenece a la familia de las **biguanidas** (respuesta 1 correcta). Tiene actividad antibacteriana principalmente, aunque también inhibe el crecimiento de Candida, por lo que **tiene actividad frente a los hongos** (respuesta 2 incorrecta).

En la piel sana se emplea en concentración al 5% en solución acuosa, mientras que **en las heridas y en mucosas suele tener una concentración del 0.1 - 0.5%** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11646: (52) Sobre los cocientes de probabilidad o razones de verosimilitud de una prueba diagnóstica, indique la respuesta INCORRECTA:

- 1. El cociente de probabilidades se configura como el índice que engloba la sensibilidad y especificidad y sus complementarios.
- 2. Las pruebas diagnósticas con cocientes de probabilidad próximos al valor 1 no tienen utilidad, pues sus resultados no cambiarán la probabilidad previa.
- 3. El cociente de probabilidades del resultado positivo de una prueba nos indica cuántas veces más probable es que la prueba sea positiva en una persona que no tenga la enfermedad que en una que sí la tenga.
- 4. Los cocientes de probabilidad indican hasta qué punto un resultado determinado de un examen diagnóstico aumentará o disminuirá la probabilidad preexamen de un trastorno objetivo.

300536 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 82%

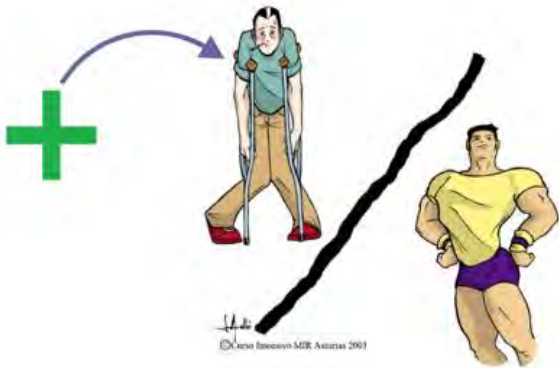
Solución: 3

Los cocientes de probabilidad o razones de verosimilitud permiten relacionar la probabilidad a priori (prevalencia) de una prueba diagnóstica con la probabilidad a posteriori (valores predictivos). Pueden ser cocientes de probabilidad positiva o de probabilidad negativa y **en su cálculo se emplean la sensibilidad, la especificidad y sus complementarios** (respuesta 1 correcta).

Como son cocientes, **si se aproximan al valor 1** indican que la prueba que realicemos no cambiará la probabilidad de enfermedad que conocíamos a priori a través de la prevalencia y por tanto la prueba no aportaría nueva información (respuesta 2 correcta).

El cociente de probabilidades positivo indica **cuántas veces es más probable obtener una prueba positiva en un enfermo que en un sano** (respuesta 3 incorrecta).

Sirven para cuantificar cuánta información diagnóstica nos aporta el realizar un test o una prueba, es decir, **en cuánto aumenta o disminuye la probabilidad a priori que tiene un paciente de estar enfermo o sano cuando le sometemos a dicha prueba** (respuesta 4 correcta).



La razón de verosimilitud positiva expresa el número de veces que es más probable que un resultado positivo provenga de un enfermo (Sensibilidad) respecto a la probabilidad de que venga de un sano (1- Especificidad).

Pregunta 11647: (53) Mujer de 42 años que acude a consulta de su médico de familia por gonalgia. De forma oportunista se aprovecha la consulta para valorar estilos de vida, especialmente el tabaquismo. Si se quiere seguir la estrategia de educación para la salud basada en el modelo de las cinco "aes", ¿cuál de las siguientes NO se incluye en esta estrategia?:

- 1. Averiguar: preguntar sobre los factores y las conductas de riesgo (preguntar a la paciente si fuma).
- 2. Aumentar: incrementar la percepción de riesgo para facilitar el cambio (explicar las consecuencias del tabaquismo).
- 3. Aconsejar: dar consejos claros, específicos y personalizados (aconsejar el abandono del tabaco).
- 4. Acordar: pactar colaborativamente los objetivos de cambio (valorar la disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar).

300537 MEDICINA PREVENTIVA Normal 52%

Solución: 2

La mayoría de las recomendaciones internacionales proponen que las intervenciones conductuales y de consejo se basen en la **estrategia de las 5 Aes** del U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF):

- **Averiguar:** Preguntar sobre los factores y las conductas de riesgo, así como acerca de los aspectos que afectan a la elección o el cambio de la conducta (*respuesta 1 incorrecta*)
- **Aconsejar:** Dar consejos claros, específicos y personalizados, e incluir información sobre los riesgos/beneficios personales (*respuesta 3 incorrecta*).
- **Acordar:** Pactar colaborativamente los objetivos y los métodos más apropiados, basados en los intereses y en la capacidad para el cambio de la persona (*respuesta 4 incorrecta*).
- **Ayudar:** Usar técnicas de modificación de la conducta (autoayuda o asesoramiento) para ayudar a la persona a conseguir los objetivos pactados adquiriendo las habilidades, la confianza y el apoyo social/ambiental que favorece el cambio, junto con los tratamientos farmacológicos cuando sean adecuados.
- **Asegurar:** Fijar (asegurar) visitas de seguimiento (en el centro o telefónicas) para ayudar/apoyar y para ajustar el plan terapéutico como se necesite, incluida la derivación a unidades especializadas cuando sea necesario. **'Aumentar'** no forma parte del modelo de las 5 "aes" (*respuesta 2 correcta*).

Pregunta 11648: (54) Mujer de 86 años de edad en quien se ha detectado una fibrilación auricular no valvular. Tiene una puntuación CHADS2 de 3 puntos. En la bibliografía, pacientes similares en tratamiento con Warfarina tienen un riesgo de ictus del 2,2 % frente al 5,2 % en los pacientes sin warfarina. ¿Cuál sería el número necesario a tratar (NNT) para prevenir un ictus embolígeno con el tratamiento anticoagulante?:

1. 3.
2. 19,2.
3. 33,3.
4. 49,5.

300538 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 88%

Solución: 3

El número necesario para tratar (NNT) se calcula con la fórmula del inverso del riesgo atribuible a expuestos (RAE) o reducción absoluta del riesgo (RAR), según se trate de una intervención de riesgo o una intervención terapéutica o preventiva, respectivamente. La RAR se calcula como la diferencia de incidencias entre ambos grupos: en este caso $5,2\% - 2,2\% = 3\%$ (0.03 sobre 1). Luego el NNT sería $1/0.03 = 33.3$ (*respuesta 3 correcta*).

repeMIR

El **número necesario para... (NNT)** expresa el número de personas a las que se debe aplicar un tratamiento una medida preventiva para evitar un solo caso de enfermedad o desenlace. Se calcula como el inverso de la diferencia absoluta o RAE (**7MIR**).

Pregunta 11649: (55) A la hora de valorar las distintas alternativas farmacoterapéuticas para un paciente con dolor, ¿qué parámetro farmacológico considera que determinará la eficacia máxima del analgésico?:

1. Su potencia.
2. Su actividad intrínseca.
3. Su índice terapéutico.
4. Su afinidad por el lugar diana de acción.

300539 FARMACOLOGÍA Difícil -16%

Solución: 2

La **potencia** del fármaco hace relación a la **dosis necesaria para producir un efecto** (mayor potencia cuanto menor sea la dosis necesaria para ejercer el efecto) (*respuesta 1 incorrecta*).

La **actividad intrínseca** hace referencia a la **eficacia máxima** que puede producir el fármaco (en el caso de un agonista puro, ésta es del 100%) (*respuesta 2 correcta*).

El **índice terapéutico** hace referencia a la **diferencia de concentración entre la dosis mínima eficaz y dosis mínima tóxica** (*respuesta 3 incorrecta*).

La **afinidad** por la diana o el receptor es independiente de la actividad intrínseca, hace referencia a la **capacidad para unirse a ese receptor**. Por ejemplo, un antagonista puro puede tener mucha afinidad por un receptor pero tendrá una actividad intrínseca o efecto máximo de 0% (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11650: (56) La capacidad de un medicamento de producir el efecto deseado en condiciones ideales de uso es lo que llamamos:

1. Efectividad.
2. Eficacia.
3. Potencia farmacológica.
4. Afinidad intrínseca.

300540 GESTIÓN CLÍNICA Fácil 96%

Solución: 2

La **eficacia** es el resultado de una intervención sanitaria en condiciones ideales de uso (*respuesta 2 correcta*), es decir, la "eficacia" se produce en "teoría", como sucede p.ej. en un ensayo clínico en condiciones específicas y población seleccionada, que no refleja la situación de la práctica clínica habitual. La **efectividad**, en cambio, es el resultado en condiciones habituales o reales, "efectividad rima con realidad" (*respuesta 1 incorrecta*). La **potencia farmacológica** de un medicamento es una medida de la actividad del fármaco expresada en términos de la cantidad de dosis requerida para producir un efecto de intensidad dada (*respuesta 3 incorrecta*) y la **afinidad intrínseca** es un concepto que NO se utiliza en farmacología, una cosa es la "actividad intrínseca" que puede considerarse un concepto equivalente al de eficacia y otra cosa es la "afinidad" (sin añadir "intrínseca"), que es la capacidad que posee el fármaco para unirse con el receptor específico al que va destinado (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11651: (57) ¿Cuál de las siguientes situaciones NO es una indicación de los anticoagulantes orales de acción directa?:

1. Portador de prótesis valvular aortica mecánica.
2. Tratamiento del tromboembolismo pulmonar.
3. Profilaxis de la trombosis venosa en el postoperatorio de prótesis de rodilla.
4. Prevención de ictus en fibrilación auricular no valvular.

300541 FARMACOLOGÍA Fácil 72%

Solución: 1

Los anticoagulantes orales de acción directa pueden utilizarse en el tratamiento del tromboembolismo pulmonar (*respuesta 2 incorrecta*), en la profilaxis de la tromboembolia venosa (*respuesta 3 incorrecta*) durante periodos de inmovilización y del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular (*respuesta 4 incorrecta*).

Aunque los últimos estudios arrojan resultados favorables al uso de la anticoagulación con estos fármacos en pacientes con prótesis biológicas que tengan otra causa de anticoagulación, **no pueden utilizarse** para anticoagular a pacientes con **prótesis mecánicas** (*respuesta 1 correcta*).

Pregunta 11652: (58) Ante un paciente que presenta una lesión úlcerovegetante en la encía mandibular a nivel de la región de los molares de 5 meses de evolución, la aparición de hipoestesia en la región mentoniana requiere DESCARTAR:

1. Una neuropatía paraneoplásica.
2. El diagnóstico de sarcoidosis con parálisis facial "en báscula".
3. Infección por virus herpes en paciente inmunodeprimido.
4. El diagnóstico de carcinoma con infiltración del canal mandibular.

300542 C. MAXILOFACIAL

Solución: 4

Ante una **lesión úlcerovegetante en la encía**, de 5 meses de evolución se debe sospechar un **carcinoma epidermoide de la mucosa oral** como primera posibilidad diagnóstica. En el enunciado nos indican que la neoplasia está en la región molar mandibular, y en dicha localización puede invadir la mandíbula e **infiltrar el nervio alveolar inferior (que viaja por el canal mandibular)**, rama de la tercera rama del trigémino (V3), provocando un **déficit sensitivo en la región mentoniana ipsilateral** (*respuesta 4 correcta*).

A pesar de que un **síndrome paraneoplásico** podría provocar una **neuropatía**, esta posibilidad es una causa mucho más remota como diagnóstico en el caso descrito en el enunciado (*respuesta 1 incorrecta*).

La **sarcoidosis** es una enfermedad inflamatoria granulomatosa sistémica de origen desconocido. Su diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos y radiológicos junto con el hallazgo histológico característico de la enfermedad: granulomas epitelioides no necrosantes. Los órganos más frecuentemente afectados son los pulmones, los ganglios linfáticos, los ojos y la piel, y hasta un tercio de los pacientes presentan síntomas de afectación general, como fatiga, pérdida de peso y fiebre. Cuando afecta a la cabeza y el cuello, su localización más frecuente es la glándula parótida y los ganglios cervicales del cuello. La implicación de la cavidad oral es extremadamente rara en la sarcoidosis. La afectación de la parótida puede provocar una **parálisis facial** (síndrome de Heerfordt o fiebre uveoparotidea), pero **no** produce lesiones úlcerovegetantes en la encía ni anestesia en el mentón (*respuesta 2 incorrecta*).

No esperaríamos encontrar lesiones vegetantes en la encía en un paciente **inmunodeprimido con infección por herpes** (*respuesta 3 incorrecta*).

Pregunta 11653: (59) Ante un paciente de 9 años de edad que ha sufrido recientemente un traumatismo directo sobre el mentón y que presenta dificultad para la apertura de la boca y maloclusión dental, debemos descartar como diagnóstico más probable:

1. Fractura tipo Lefort-1.
2. Fractura conminuta de ambas ramas horizontales mandibulares.
3. Fractura de cóndilo mandibular.
4. Fractura en tallo verde de región sinfisaria mandibular.

300543 C. MAXILOFACIAL Fácil 85%

Solución: 3

Las **fracturas mandibulares** son las segundas fracturas más frecuentes de la cara, tras las nasales. Sus síntomas más frecuentes son:

- **Maloclusión** (los dientes superiores e inferiores no "encajan como antes", **3MIR**). Se debe a la existencia de un contacto prematuro al cerrar la boca en los dientes de uno de los fragmentos desplazados por la fractura (**MIR**).
- Dolor, inflamación, movilidad anormal en el foco de fractura, palpación de escalón en el foco de fractura, y anestesia del labio inferior si hay lesión del nervio dentario inferior.
- En **fracturas del cóndilo**, al abrir la boca el mentón se desvía hacia el lado lesionado (**3MIR**), y no se palpa la movilidad normal del cóndilo (silencio condilar). Puede existir tumefacción preauricular, otorragia, y **limitación de la apertura bucal** (**2MIR**) (*respuesta 3 correcta*). Los niños que sufren este tipo de fractura pueden presentar secundariamente alteraciones del crecimiento mandibular (**MIR**), con asimetrías en la cara.
- Una **fractura conminuta de ambas ramas horizontales mandibulares** y una **fractura en tallo verde de región sinfisaria mandibular**, son menos probables tras un traumatismo directo en el mentón en un niño, y aunque podrían cursar con maloclusión dental, **no** tendrían por qué provocar dificultad para la apertura de la boca (*respuestas 2 y 4 incorrectas*).

Las **fracturas de tercio medio facial** pueden clasificarse en Le Fort I, II y III. La **fractura de Le Fort I** es una fractura del proceso alveolar maxilar superior, que podría provocar maloclusión, pero **no** limitación de la apertura de la boca (*respuesta 1 incorrecta*).

Pregunta 11654: (60) En cuanto a la anatomía de la pared abdominal en relación con la cirugía reconstructiva es FALSO que:

1. La inervación de los músculos rectos abdominales procede de nervios que discurren entre el músculo transversal abdominal y el músculo oblicuo interno.
2. Tras la disección y rotación de un colgajo TRAM (*transversus rectus abdominis musculus*) se produce una debilidad de la pared abdominal especialmente por encima de la línea arcuata.
3. La irrigación del músculo recto abdominal proviene principalmente de los vasos epigástricos inferiores y superiores profundos.
4. El músculo recto abdominal puede utilizarse para reconstrucción de defectos mediastínicos.

300544 C. PLÁSTICA Difícil 28%

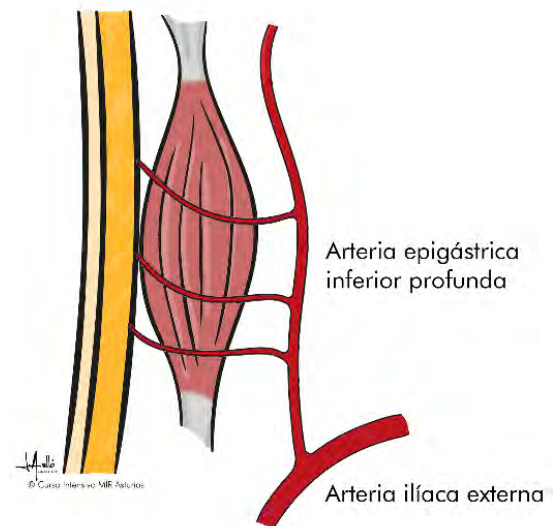
Solución: 2

El músculo recto anterior del abdomen está rodeado de fascia en su parte superior. En la inferior la fascia posterior se convierte en anterior. Al sitio donde la fascia posterior se convierte en anterior se le denomina línea arcuata o arco de Douglas. El **colgajo TRAM** es una plastia músculo-cutánea que incluye el músculo recto anterior, las fascias por debajo del arco de Douglas y la piel infraumbilical. Es por ello que cuando se utiliza la pared abdominal **queda debilitada por debajo** de la línea arcuata (*respuesta 2 incorrecta*).

La **inervación del músculo recto anterior** corresponde a ramos nerviosos que discurren entre el oblicuo interno y el transversal abdominal (*respuesta 1 correcta*).

La **vascularización del músculo recto anterior** se realiza a través de los vasos epigástricos superiores (continuación de los mamarios internos) y los vasos epigástricos inferiores profundos (ramos colaterales de los ilíacos externos). (*respuesta 3 correcta*)

El músculo recto anterior basado en su pedículo superior puede ser usado para **reconstrucción de defectos mediastínicos**. (*respuesta 4 correcta*).



Pregunta 11655: (61) ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de sufrir un glaucoma primario de ángulo abierto?:

1. Tomar anticonceptivos orales.
2. Tener hipermetropía.
3. Ser de raza negra.
4. Que los hermanos estén diagnosticados de glaucoma.

300545 OFTALMOLOGÍA Fácil 68%

Solución: 2

FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLAR GLAUCOMA:

1. **PIO elevada**, aumenta el riesgo de desarrollar glaucoma, y en pacientes glaucomatosos la lesión y el riesgo de progresión aumentan a medida que se eleva la PIO. El aumento de la fluctuación diaria de la PIO es otro factor de riesgo independiente de la cifra de PIO.
2. **Edad avanzada**.
3. **Factores vasculares**: diabetes, historia de migraña y vasoespasmos, cardiopatía isquémica, Sd. Apnea del sueño. No la HTA.

4. **Pacientes con familiares afectados en primer grado** (se considera herencia poligénica). Se investiga mucho en la identificación de estos genes y ya hay alguno caracterizado como el gen MYOC o el gen OPTN (*respuesta 4 incorrecta*).
5. **Espesor corneal central fino**. Se ha demostrado recientemente que es un potente factor de riesgo.
6. **Miopía elevada** (*respuesta 2 correcta*).
7. Reducción de presión de perfusión ocular, que equivale a presión arterial menos PIO, por lo que descensos nocturnos de la presión arterial se han correlacionado con progresión del glaucoma.
8. Raza (más frecuente en población de color) (*respuesta 3 incorrecta*).
9. Enfermedades retinianas como la oclusión de la vena central de la retina, el desprendimiento regmatógeno de retina y la retinosis pigmentaria.

Pregunta 11656: (62) Acude a urgencias un niño de 3 años con sus padres porque el niño ha presentado de manera aguda y brusca fiebre alta, escalofríos, estridor, disnea, voz apagada y babeo. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica más probable?:

1. Laringotraqueítis aguda.
2. Edema angioneurótico de la laringe.
3. Amigdalitis aguda.
4. Epiglotitis.

300546 OTORRINOLARINGOLOGÍA Fácil 92%

Solución: 4

La **epiglotitis** aguda es una infección generalmente bacteriana (antiguamente por *Haemophilus influenzae*), que produce fiebre, disfagia, dolor de garganta, disnea, estridor y babeo, y voz en patata caliente. La disnea suele ser rápidamente progresiva, y puede evolucionar al fallecimiento del paciente en unas horas si no se trata (*respuesta 4 correcta*).

La **laringotraqueítis aguda** es una infección (frecuentemente vírica) típica de niños entre 1 y 3 años. El síntoma típico es la tos perruna, que puede acompañarse de estridor (*respuesta 1 incorrecta*).

El **edema angioneurótico** es un cuadro con edema que puede afectar distintas zonas (cara, boca, lengua, laringe...), cuya causa puede ser familiar por déficit de C1 inhibidor, alérgico o secundario al uso de IECAs (inhibidores del enzima convertidor de angiotensina). **No** se acompaña de fiebre (*respuesta 2 incorrecta*).

La **amigdalitis aguda** es generalmente de causa bacteriana, por estreptococo beta hemolítico del grupo A. Cursa con odinofagia y disfagia intensas, fiebre y malestar general. **No** suele cursar con disnea ni con estridor, y tampoco es típico el babeo (*respuesta 3 incorrecta*).

Pregunta 11657: (63) Mujer de 56 años que consulta por presentar, desde hace 6 meses, habla entrecortada, con altibajos, como estrangulada, y temblor en la voz. Después de la exploración endoscópica laríngea, del análisis acústico de la voz y del habla, la sospecha diagnóstica es una distonía laríngea o disfonía espasmódica adductora. ¿Cuál de las siguientes propuestas de tratamiento está indicada?:

1. Sección del nervio laríngeo inferior o recurrente.
2. Extirpación del músculo tiroaritenoides.
3. Tratamiento logopédico y administración de relajantes musculares.
4. Inyección de toxina botulínica en el músculo de la cuerda vocal.

300547 OTORRINOLARINGOLOGÍA Normal 37%

Solución: 4

La pregunta describe una paciente con **disfonía espástica**, que es una distonía focal idiopática de la laringe. El 90% de casos son espasmos **en aducción**, y el 10% **en abducción**.

La **disfonía espástica en aducción** produce una voz "estrangulada" y entrecortada (porque los espasmos cierran más la glotis). La paciente descrita en la pregunta tiene una disfonía espástica en aducción (aproximación).

La **disfonía espástica en abducción** provoca una voz "aérea" porque el espasmo separa las cuerdas y el flujo aéreo se escapa sin producir vibración.

Aunque la sección del nervio laríngeo recurrente (rama del X par) **fue** utilizado con éxito en el tratamiento de las disfonías espásticas (*respuesta 1 incorrecta*), el tratamiento actual habitual es la **inyección de toxina botulínica: en el músculo tiroaritenoides** (músculo de la cuerda vocal) **para las aductoras** (*respuesta 4 correcta*) y en el músculo **cricoaritenoides posterior** en el caso de las **abductoras**.

La **logopedia** puede tener algún papel auxiliar pero **no** es el tratamiento de elección (*respuesta 3 incorrecta*).

La **resección del músculo vocal** (tiroaritenoides) **no** está indicada en la disfonía espástica, porque produciría una voz aérea permanente (*respuesta 2 incorrecta*).

Pregunta 11658: (64) De los siguientes elementos, ¿cuál actuaría como factor protector frente al cáncer de endometrio?:

1. Menopausia tardía.
2. Implante de etonorgestrel.
3. Síndrome de ovario poliquístico.
4. Endometriosis ovárica.

300548 GINECOLOGÍA Fácil 69%

Solución: 2

Se sabe que en pacientes con hiperestrogenismo secundario a anovulación crónica, el consumo de anticonceptivos hormonales y el uso de gestágenos en forma depot o de liberación continua local con DIU de levonorgestrel ejercen una función protectora sobre el riesgo de desarrollar un cáncer de endometrio (*respuesta 2 correcta*).

Sor Endometria



© Curso Intensivo MIR Asturias 2004

Pregunta 11659: (65) Acude a la consulta una mujer de 15 años con dolor intenso en el inicio de las menstruaciones. El dolor se localiza en hipogastrio y se irradia a la zona lumbar. Asocia en numerosas ocasiones náuseas y diarrea; a veces no puede ir al instituto. La clínica desaparece con el fin de la menstruación. El resultado de la exploración ginecológica es normal al igual que los valores analíticos. Señale la respuesta correcta:

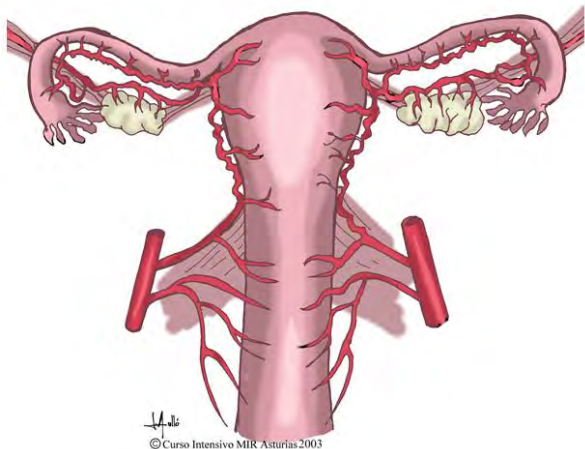
1. Se trata de una dismenorrea secundaria a un problema digestivo.
2. Le pauta anticonceptivos hormonales, pero no AINES por la clínica digestiva.
3. Le pauta AINES y le explica que los anticonceptivos hormonales en su caso no están indicados por su edad.
4. Le pauta AINES y, si no mejora, le podría pautar anticonceptivos hormonales.

300549 GINECOLOGÍA Fácil 94%

Solución: 4

Dismenorrea primaria, llamada también esencial o funcional, es aquella en la que no se encuentra ninguna anomalía o enfermedad pélvica y no se vincula a ninguna patología orgánica específica (*respuesta 1 incorrecta*). Los anticonceptivos hormonales orales combinados pueden ser de elección en chicas que desean anticoncepción. Los estrógenos de dosis media ($>35 \mu\text{g}$) y progestágenos de 1ª y 2ª generación, son los que muestran mayor efectividad en comparación con el placebo para reducir el dolor menstrual, y no se evidencian efectos adversos significativos (*respuesta 2 incorrecta*). La farmacoterapia específica de la dismenorrea primaria se establecerá según si la joven desea o no anticoncepción, y la elección de entrada puede estar entre un inhibidor de la síntesis de PGs o un anticonceptivo hormonal combinado (*respuesta 3 incorrecta*).

Los antiprostaglandínicos más indicados son los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES). Deberán de respetarse las contraindicaciones a los AINES, como antecedentes de úlceras gastroduodenales, enfermedades hepáticas no aclaradas y enfermedades alérgicas como el asma (respuesta 4 correcta).



La dismenorrea se asocia a isquemia uterina

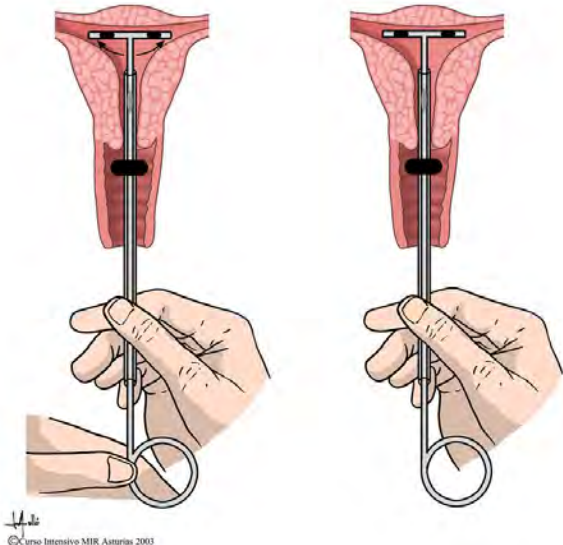
Pregunta 11660: (66) ¿Cuál sería el método anticonceptivo más aconsejable en una mujer de 37 años sin antecedentes de interés cuyo parto fue hace 4 meses, ha reiniciado sus ciclos menstruales y mantiene lactancia materna?:

- 1. Ninguno; la lactancia materna, a través de la liberación de oxitocina, impide la gestación.
- 2. Dispositivo intrauterino con levonorgestrel.
- 3. Preparados hormonales combinados con 20 microgramos de etinilestradiol.
- 4. Preparados hormonales combinados con gestágenos de tercera generación.

300550 GINECOLOGÍA Normal 43%

Solución: 2

El método MELAS sólo es efectivo los primeros 6 meses y si la paciente se mantiene en amenorrea (respuesta 1 incorrecta). DIU-LGN: se puede recomendar su empleo en las primeras 48 horas tras el parto (categoría 2) o bien más allá de las 4 semanas (categoría 1) siempre y cuando no existe sospecha o antecedentes de sepsis/endometritis puerperal (respuesta 2 correcta). De forma general, se puede decir que el uso de AHC está desaconsejado en las mujeres con lactancia materna durante las primeras 6 semanas por la posibilidad de disminuir el volumen de leche materna, así como por la excreción de esteroides en la misma (categoría 4). Entre las 6 semanas y los 6 meses, no es recomendable el uso de AHC por la misma razón (categoría 3). En casos de lactancia mixta o cuando no exista posibilidad de otro método anticonceptivo eficaz, se podrían considerar los AHC (respuestas 3 y 4 incorrectas).



Inserción de DIU

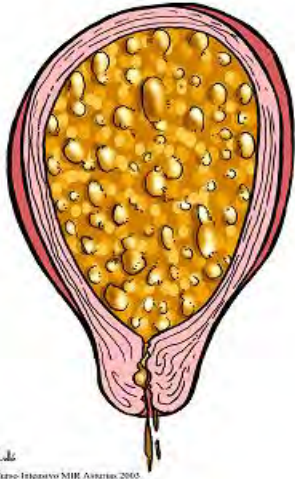
Pregunta 11661: (67) Una mujer de 26 años, con antecedente de un embarazo a los 24 años finalizado en aborto espontáneo en la semana 12ª que no requirió legrado, acude a la consulta presentando sangrado vaginal diario de un mes de evolución, sin fiebre ni dolor. En la ecografía se observa un aumento de la línea endometrial, con una imagen intracavitaria de aspecto polipoideo. La biopsia endometrial muestra proliferación del trofoblasto intermedio. ¿Qué diagnóstico es el correcto?:

- 1. Tumor del lecho placentario.
- 2. Hiperplasia endometrial atípica.
- 3. Pólipo endometrial.
- 4. Coriocarcinoma.

300551 GINECOLOGÍA Normal 40%

Solución: 1

El tumor trofoblástico del lecho placentario suele aparecer en pacientes jóvenes 12-18 meses tras una gestación a término. Se localiza en el cuerpo del útero. Tiene un Ki67 10-30% y presenta un comportamiento invasivo. Macroscópicamente presenta un crecimiento expansivo o infiltrativo. A nivel histopatológico se observa la presencia de trofoblasto intermedio en el lecho de implantación placentario así como una atipia citológica moderada o intensa y la necrosis es rara (respuesta 1 correcta). El pólipo endometrial o la hiperplasia endometrial atípica no presentan células trofoblásticas (respuestas 2 y 3 incorrectas). El coriocarcinoma presenta a nivel histopatológico citotrofoblasto, sincitiotrofoblasto así como trofoblasto intermedio vellositario, puede ir precedida de gestación a término o mola hidatidiforme. Tiene un Ki67 del 90% y presenta una atipia así como una necrosis intensa (respuesta 4 incorrecta).



Mola completa con aspecto de racimo en uvas

Pregunta 11662: (68) Acerca de la terapia hormonal en la menopausia, señale la respuesta correcta:

- 1. Los estrógenos vaginales son un tratamiento farmacológico eficaz para los síntomas urogenitales.
- 2. Las dosis de estrógenos administrados en la terapia hormonal deben alcanzar niveles plasmáticos similares o superiores a los alcanzados en un ciclo menstrual normal.
- 3. La tibolona es un fármaco indicado en mujeres con antecedentes de cáncer de mama y clínica vasomotora intensa.
- 4. En mujeres con útero, está indicada la terapia hormonal sistémica con sólo estrógenos.

300552 GINECOLOGÍA Fácil 75%

Solución: 1

Los estrógenos locales constituyen la medida más eficaz para el alivio de los síntomas urogenitales al normalizar el pH, aumentar la vascularización y la lubricación de la vagina, y mejorar la respuesta sexual. Por otro lado, la mejora del trofismo y pH vaginales aumenta la proliferación de lactobacilo y con ello disminuye la susceptibilidad y frecuencia de las infecciones urogenitales (respuesta 1 correcta). Debido a las variaciones en la biodisponibilidad según el fármaco e interindividual de cada mujer para alcanzar el efecto deseado no existe una dosis única válida universal. Es imprescindible individualizar cada caso, buscando la dosis necesaria para aliviar la sintomatología y prevenir las consecuencias a largo plazo del hipoestronismo.

Se considera dosis estándar la que obtiene cifras de estrógeno equivalentes biológicamente a 50 pg/ml de 17-β-estradiol circulante (*respuesta 2 incorrecta*).

Aunque la tibolona no tiene efecto en la densidad mamográfica o la frecuencia de las mamografías anormales que requieren un seguimiento, los datos de los estudios sobre el cáncer de mama fueron contradictorios. Es por esto que la tibolona no se recomienda en mujeres con antecedentes de cáncer de mama (*respuesta 3 incorrecta*).

La TH con estrógenos sin oposición gestagénica aumenta el riesgo de cáncer de endometrio, siendo este riesgo mayor en función de la dosis y tiempo de uso del tratamiento (*repuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11663: (69) ¿Cuál de los siguientes datos NO es útil para la determinación de la reserva ovárica?:

1. Progesterona sérica basal.
2. Hormona antimülleriana sérica basal.
3. Recuento ecográfico de folículos antrales.
4. Hormona folículo estimulante sérica basal.

300553 GINECOLOGÍA Normal 52%

Solución: 1

La determinación de la reserva ovárica podría ser útil por varios motivos: nos permitiría asesorar acerca de su pronóstico reproductivo y podría ayudar a decidir si se lleva a cabo un ciclo de tratamiento e individualizarlo de acuerdo con un pronóstico de respuesta del ovario a un determinado protocolo o dosis de fármaco, ayudando así a optimizar los resultados y minimizar sus riesgos.

Para la estimación de la reserva ovárica se utilizan pruebas bioquímicas y estudios ecográficos del ovario. Las pruebas bioquímicas pueden ser basales, como la medición de los niveles séricos de FSH (*respuesta 4 correcta*), estradiol, inhibina B y AMH (*respuesta 2 correcta*), y pruebas de provocación, como el test de clomifeno.

El estudio ecográfico del ovario se lleva a cabo mediante la medición de su volumen y el recuento de folículos antrales (*respuesta 3 correcta*).

La progesterona se usa para determinar si ha habido ovulación (*respuesta 1 incorrecta*).

Pregunta 11664: (70) ¿Cuál de los siguientes factores NO aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama?:

1. Consumo moderado de alcohol.
2. Obesidad.
3. Mastopatía fibroquística.
4. Menopausia tardía.

300554 GINECOLOGÍA Normal 36%

Solución: 3

La menarquia precoz y la menopausia tardía aumentan el riesgo de cáncer de mama, si bien de forma leve (*respuesta 4 correcta*). El sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de cáncer de mama en la postmenopausia, por un incremento los estrógenos circulantes (*respuesta 2 correcta*).

El consumo de alcohol está claramente relacionado con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama (*respuesta 1 correcta*). Dentro de la mastopatía fibroquística sólo determinadas lesiones atípicas aumentan al riesgo de cáncer de mama (*respuesta 3 incorrecta*).

Pregunta 11665: (71) Mujer de 31 años que acude a la consulta de su médico de familia a comunicarle que está embarazada. No tiene antecedentes de interés. Se le recomienda que se haga la prueba de cribado de la diabetes gestacional. ¿En qué período debería realizarse?:

1. Entre las semanas 12 y 16 de gestación.
2. Entre las semanas 16 y 20 de gestación.
3. Entre las semanas 24 y 28 de gestación.
4. Entre las semanas 32 y 38 de gestación.

300555 GINECOLOGÍA Normal 63%

Solución: 3

En la primera visita se realizará el test de O'Sullivan a todas las gestantes con factores de riesgo de diabetes gestacional ya que, excluidas las diabetes pregestacionales no conocidas, son las que mayor riesgo de resultados perinatales adversos presentan, aun habiendo recibido el tratamiento oportuno.

Factores de riesgo son la edad > 35 años, obesidad, antecedentes personales de diabetes gestacional o alteraciones del metabolismo de la glucosa, recién nacido macrosómico previo, historia de DM en familiares de primer grado o grupos étnicos de riesgo.

El test de O'Sullivan se realizará en el segundo trimestre (24-28 semanas de gestación) a todas las gestantes no diagnosticadas previamente (*respuesta 3 correcta, respuestas 1, 2 y 4 incorrectas*). Cuando la prueba de O'Sullivan resulte positiva, se procederá a la confirmación diagnóstica mediante la práctica de SOG de 100 g.

El estudio en el tercer trimestre se lleva a cabo en gestantes que no han sido estudiadas en el segundo trimestre y en aquellas que, aunque el estudio resultara negativo, posteriormente desarrollan complicaciones que característicamente se asocian a la DG (macrosomía fetal o polihidramnios). En estos casos se obviará la prueba de cribado y se acudirá directamente a la realización de una SOG.

Pregunta 11666: (72) En relación con la gestación en el lupus eritematoso sistémico, es cierto que:

1. La fertilidad no se ve afectada.
2. Durante la gestación los brotes suelen ser más frecuentes y graves.
3. En el puerperio, la enfermedad no suele reactivarse.
4. Una paciente con anticuerpos anti-Ro y bloqueo AV fetal tiene menos riesgo de presentar el bloqueo AV fetal en la siguiente gestación.

300556 GINECOLOGÍA Normal 33%

Solución: 1

La fertilidad no se ve afectada en el LES (*respuesta 1 correcta*). Durante el embarazo y el puerperio (6 semanas a partir del parto), las mujeres con LES presentan más frecuentemente agudizaciones de la enfermedad que las no embarazadas en el mismo período de tiempo (*respuesta 3 incorrecta*). Los brotes suelen ser leves y fácilmente controlables (*respuesta 2 incorrecta*). La frecuencia de exacerbación de la actividad durante el embarazo puede llegar a ser del 60%, sobre todo en las pacientes con enfermedad activa en el momento de la concepción.

El BAV se produce por la presencia de autoanticuerpos dirigidos contra los antígenos Ro/SSA y La/SSB presentes en las células del miocardio y, sobre todo, en el sistema de conducción. Los anticuerpos atraviesan la barrera placentaria y alcanzan la circulación fetal > 16 semanas de gestación. El riesgo de BAV en gestantes portadoras de estos autoanticuerpos es de un 1,5-2%, en caso de antecedente de lupus neonatal no cardíaco de hasta un 15% y en caso de un hijo previo con BAV del 20% (riesgo que asciende hasta el 40-45% tras dos hijos previos afectos). El BAV completo puede condicionar la aparición de hidrops en un 40-60% de los casos, con un riesgo de mortalidad perinatal que se estima en un 45-50% y la necesidad de marcapasos postnatal de > 80%. La frecuencia de lupus neonatal es del 3-5% (*respuesta 4 incorrecta*).



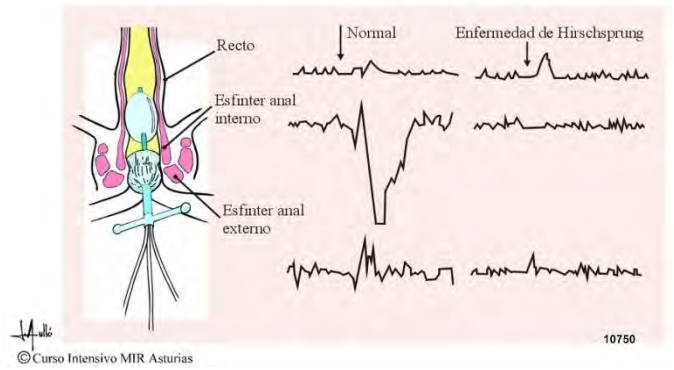
La preeclampsia es frecuente en pacientes con LES

Pregunta 11667: (73) En el megacolon agangliónico congénito (enfermedad de Hirschsprung) se dan todas las características siguientes, EXCEPTO una. Señálela:

- 1. En la zona afectada existe una concentración aumentada de acetilcolinesterasa.
- 2. Está ausente el reflejo inhibitorio recto-anal.
- 3. Las pruebas diagnósticas de referencia son las biopsias rectales por succión.
- 4. Es frecuente la presencia de encopresis o incontinencia fecal.

300557 PEDIATRÍA Normal 34% Solución: 4

El megacolon congénito aganglionico se caracteriza por ausencia de plexos parasimpáticos en segmento intestinal que ocasiona segmento estenótico hipertónico. Las pruebas histológicas revelan la ausencia de plexos de Meissner y Auerbach, y unos fascículos nerviosos hipertrofiados con concentraciones altas de acetilcolinesterasa entre las capas musculares y la submucosa (respuesta 1 incorrecta). Como método diagnóstico, la manometría anorrectal demuestra como el esfínter anal interno no se relaja con la distensión rectal (respuesta 2 incorrecta).



Como prueba de referencia para diagnóstico de la enfermedad son las biopsias rectales por succión (respuesta 3 incorrecta). La clínica asociada suele diagnosticarse en periodo neonatal por cuadro de distensión abdominal, no expulsión de meconio y vómitos de repetición. En pacientes de más edad, hay dificultad en la defecación en el que el fallo de Medro no es infrecuente. No suele haber incontinencia fecal, urgencia para defecar ni conductas de retención fecal (respuesta 4 correcta).

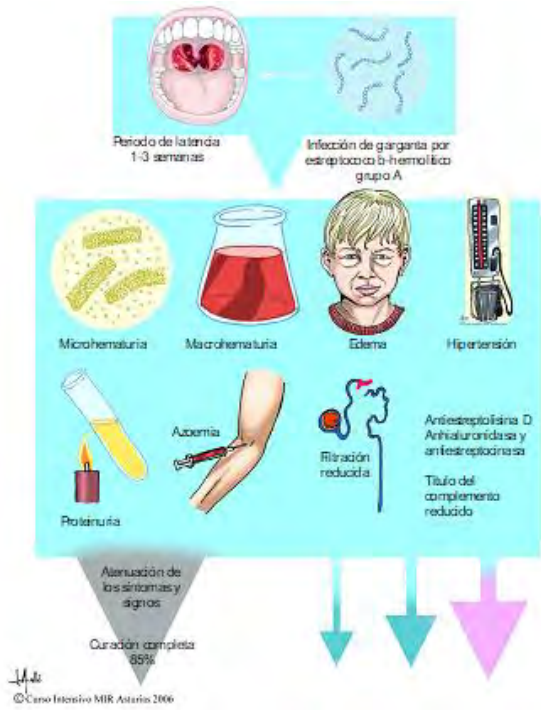
Pregunta 11668: (74) Varón de 9 años que consulta por hematuria macroscópica, cefalea y astenia, sin dolor abdominal ni edemas. Antecedente de infección faringoamigdalal 1-2 semanas antes. Niveles de C3 sérico descendidos. De las siguientes opciones diagnósticas indique la más probable por su frecuencia y presentación clínica:

- 1. Glomerulopatía membranosa.
- 2. Nefropatía por inmunoglobulina A (nefropatía de Berger).
- 3. Glomerulonefritis membranoproliferativa o mesangiocapilar.
- 4. Glomerulonefritis aguda postinfecciosa.

300558 PEDIATRÍA Fácil 94% Solución: 4

La nefropatía membranosa es una causa poco frecuente de síndrome nefrótico en los niños, y la mayoría de las ocasiones es secundaria asociada a otras enfermedades sistémicas identificables o medicamentos (respuesta 1 incorrecta). La nefropatía de Berger presenta típicamente hematuria macroscópica, que se suele observar 1-2 días después del inicio de una infección de las vías respiratorias superiores o de una infección gastrointestinal, y lo que es más importante es que los niveles séricos de C3 son normales (respuesta 2 incorrecta).

La glomerulonefritis membranoproliferativa es más frecuente en la segunda década de la vida sin infección interrecurrente previa asociada; la clínica puede ser síndrome nefrótico/nefritico o hematuria microscópica persistente asintomática y proteinuria. En la mayoría de las ocasiones los niveles séricos de C3 son bajos (respuesta 3 incorrecta). LA GNF. pOSTstp es más frecuente en niños de 5-12 años, y rara antes de los 3 años. El paciente típico desarrolla un síndrome nefrítico agudo, con instauración repentina de hematuria macroscópica, edema, HTA, e insuficiencia renal, 1-2 semanas después de haber presentado una faringitis estreptocócica (respuesta 4 correcta).



	GNF PostSTP	NEFROPATIA IgA	NEFROPATIA MEMBRANOSA	GNF. MEMBRANOPROLIFERATIVA
EDAD	3-12 AÑOS	Niños (varones)	2ª década vida (tb puede lactantes)	2ª década vida
Infección previa	Si, faringitis 2-3 semanas previas	Si, 1-2 días antes	NO	NO
CLINICA	Nefritico	Nefritico	Nefritico	Nefritico/nefritico
Nivel C3	Bajo	Normal	Normal	Bajo
AP	Jorobas subepiteliales	Depósitos IgA mesangiales	Engrosamiento difuso mb. basal.	Tipo I y II con depósitos densos mesangiales

Pregunta 11669: (75) ¿Cuál de los siguientes criterios NO es característico de una convulsión febril simple en un niño?:

- 1. Crisis primaria generalizada.
- 2. Duración inferior a 15 minutos.
- 3. Recurrencia en las primeras 24 horas.
- 4. No hay focalidad neurológica.

300559 PEDIATRÍA Fácil 85% Solución: 3

Las crisis febriles son aquellas que se producen entre los 6 y los 60 meses de edad (pico a los 12-18 meses) con una temperatura de 38°C o más, que no se deben a infección del SNC o a ningún desequilibrio metabólico y que se producen sin antecedentes de crisis afebriles previas. Una crisis febril simple es un episodio primario generalizado (respuesta 1 incorrecta), por lo general tónico-clónico, asociado a fiebre, con una duración máxima de 15 minutos (respuesta 2 incorrecta), que no recidiva en un periodo de 24 horas (respuesta 3 correcta), sin focalidad neurológica asociada (respuesta 4 incorrecta). Una crisis febril compleja es más prolongada de 15 minutos y/o es focal y/o se repite en un periodo de 24 horas.

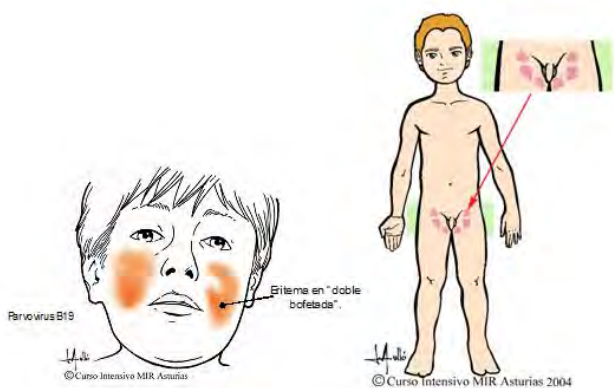
	TÍPICA	ATÍPICA
PRESENTACIÓN	Niño > 3 meses - < 5 años (3 MIR)	< 3 meses o > 5 años
ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD NEUROLÓGICA	- Antecedentes familiares de convulsiones febriles (MIR) (gen de las crisis febriles en 19p y 8q13-21)	+
TEMPERATURA	> 38,5º C (2 MIR)	< 38,5º C
DURACIÓN	< 10-15 minutos (2 MIR)	> 15' minutos
POSTCRISIS	Somnolencia leve. Sin parálisis ni profundamente dormidos	Con parálisis transitoria (parálisis de Todd) o profundamente dormidos
CRISIS	Motoras: Tónicas, tónico-clónicas, atónicas GENERALIZADAS (2 MIR)	Parciales o asimétricas
RIESGO DE RECURRENCIA	30% No recurre en las primeras 24 horas de fiebre	50% 2 o más episodios en las primeras 24 horas de fiebre
RIESGO POSTERIOR DE EPILEPSIA	1% (como la población general)	10%

Pregunta 11670: (76) Niña de 7 años que acude a consulta porque los padres le notan la cara roja desde el día anterior y en las últimas horas le han notado manchas rojas en el cuerpo. En la exploración está afebril, con amígdalas y oídos sin alteraciones, auscultación cardiopulmonar normal. Presenta un exantema maculo papuloso confluyente en ambas mejillas, respetando el labio superior, semejando cara de “bofetón”. En el tórax presenta un exantema reticular, en encaje, no pruriginoso. ¿Cuál es el diagnóstico clínico más probable?:

1. Varicela.
2. Rubeola.
3. Eritema infeccioso o 5ª enfermedad.
4. Exantema súbito o 6ª enfermedad.

300560 PEDIATRÍA Fácíl 87% Solución: 3

La varicela suele comenzar 14-16 días después de la exposición. La hipertermia asociada suele ser moderada con persistencia de los síntomas sistémicos durante los 2-4 primeros días desde la aparición del exantema. El exantema son máculas eritematosas my pruriginosas, que se convierten en pápulas y luego en vesículas (respuesta 1 incorrecta). La rubeola presenta cuadro prodrómico de febrícula, dolor ocular, cefalea...y sobre todo comienza con linfadenopatía, en los que los ganglios retroauriculares, suboccipitales y cervicales son los más marcados (respuesta 2 incorrecta). EL eritema infeccioso o 5ª enfermedad está producida por parvovirusB19. El dato clínico característico es un exantema que cursa inicialmente con rubefacción facial eritematosa con un aspecto de "mejilla abofeteada" y posteriormente se produce aclaramiento central de las lesiones maculares y se da al exantema un aspecto reticulado, en encaje (respuesta 3 correcta).



El Exantema súbito o 6ª enfermedad (o roséola del lactante) está producida por VHS-6. y es característico de la primera infancia o la lactancia cursando con fiebre elevada, con desaparición brusca en 2-3 días y aparición posterior de exantema en tronco morbiliforme de color rosado no pruriginoso (respuesta 4 incorrecta)

Pregunta 11671: (77) Lactante de 4 meses que acude a urgencias por vómitos y letargia. En la exploración llama la atención disminución importante del nivel de conciencia con incapacidad para despertar a pesar de estímulos. En los exámenes complementarios destaca la presencia de anemia, hemorragias retinianas en el fondo de ojo, hematoma subdural en la TC craneal y fractura en parte posterior de tercera costilla. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos considera más probable como responsable de estas lesiones?:

1. Maltrato físico.
2. Politraumatismo por caída de la cuna.
3. Traumatismo torácico en lactante con alteración de la coagulación.
4. Leucemia promielocítica aguda tras realizar aspirado de médula ósea.

300561 PEDIATRÍA Fácíl 97% Solución: 1

El maltrato y abandono infantil puede manifestarse de muchas maneras; las que conllevan un alto riesgo de que un niño sea maltratado son:

- Hematomas: son la manifestación clínica más frecuente. Suelen ser múltiples en distintos estadios de evolución.
- Fracturas: sobretodo metafisiarias clásicas, fracturas costales posteriores, de esternón, de escápula y las apófisis espinosas.
- Las hemorragias retinianas son un marcador destacado de maltrato infantil: son muy sospechosas las múltiples, afectan a más de una capa de la retina y se extienden a la periferia.

El resto de opciones pueden ser posibles, aunque no relacionan todo lo expuesto anteriormente y se limitan a la zona afecta. Por supuesto, en orden de frecuencia, todas estas opciones son muy excepcionales.

Pregunta 11672: (78) Referida a la parotiditis epidémica en la infancia, señale la respuesta FALSA:

1. El virus de la parotiditis solo presenta un inmutipo y el ser humano es el único huésped natural.
2. La vacuna de la parotiditis está incluida en la vacuna triple vírica y en la tetravírica y precisa dos dosis.
3. La orquitis como complicación es más frecuente en la infancia más temprana.
4. La pancreatitis puede producirse en la parotiditis con o sin afectación clínica de las glándulas parotídeas.

300562 PEDIATRÍA Difícil 22% Solución: 3

El virus de la parotiditis pertenece a la familia Paramyxoviridae. Está dotado de ARN monocatenario. El virus solo presenta un serotipo con hasta 12 genotipos conocidos, y el ser humano es el único huésped natural (respuesta 1 incorrecta) La inmunización es el método principal de prevención y se administra formando parte de la pauta de dos dosis de la vacuna SRP, a los 12-15 meses y a los 4-6 años de edad. (respuesta 2 incorrecta) Las complicaciones más frecuentes son la meningitis, con o sin encefalitis, y la afectación gonadal. En varones adolescentes y adultos, la orquitis es el segundo hallazgo más frecuente en la parotiditis por detrás únicamente del aumento de tamaño de la glándula parótida. La afectación de niños prepúberes es excepcional (respuesta 3 correcta) La pancreatitis puede producirse con o sin afectación de la glándula parótida (respuesta 4 incorrecta) pero la presencia de fiebre, dolor epigástrico y vómitos es sugestiva.

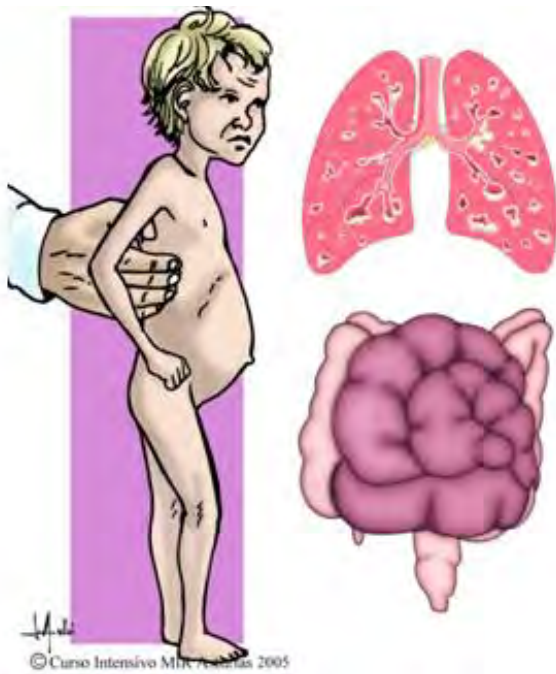
Pregunta 11673: (79) Señale la respuesta FALSA con respecto a la clínica, diagnóstico y tratamiento de la fibrosis quística:

- 1. La colonopatía fibrosante es consecuencia de la diarrea crónica por dosis insuficientes de enzimas pancreáticos.
- 2. La hepatopatía es independiente del genotipo, aunque sí se asocia más a insuficiencia pancreática e ileo meconial.
- 3. La determinación de elastasa 1 fecal es la prueba más útil para el diagnóstico de insuficiencia pancreática.
- 4. En el lactante puede manifestarse con una alcalosis metabólica hipoclorémica.

300563 PEDIATRÍA Dificil -5%

Solución: 1

La fibrosis quística es un trastorno multisistémico hereditario de niños y adultos (AR). Es responsable de graves alteraciones metabólicas, problemas respiratorios que son los que condicionan el pronóstico vital del paciente y problemas gastrointestinales. Respecto a éstos últimos, existe afectación hepática, pancreática e intestinal; la hepatopatía, que puede desembocar en cirrosis biliar, es independiente del genotipo, y suele coexistir en los pacientes con insuficiencia pancreática e íleo meconial (respuesta 2 incorrecta). La insuficiencia pancreática provoca pérdida de vitaminas liposolubles y diarrea crónica esteatorreica asociada. Para el diagnóstico de malabsorción pancreática se utiliza la cuantificación de elastasa-1 en una muestra de heces reciente con un ensayo de enzimoimmunoabsorción específico para la elastasa humana (respuesta 3 incorrecta) Respecto a la alteración metabólica característica es la alcalosis metabólica hipoclorémica por la pérdida excesiva de sal con el sudor.(respuesta 4 incorrecta) El tratamiento de dicha enfermedad es básicamente sintomático y prevención de infecciones respiratorias. Es necesario el aporte de enzimas pancreáticas en los pacientes con disfunción moderada, sin embargo, la administración de una dosis excesiva se ha relacionado con colonopatía fibrosante y estenosis colónica (respuesta 1 correcta).



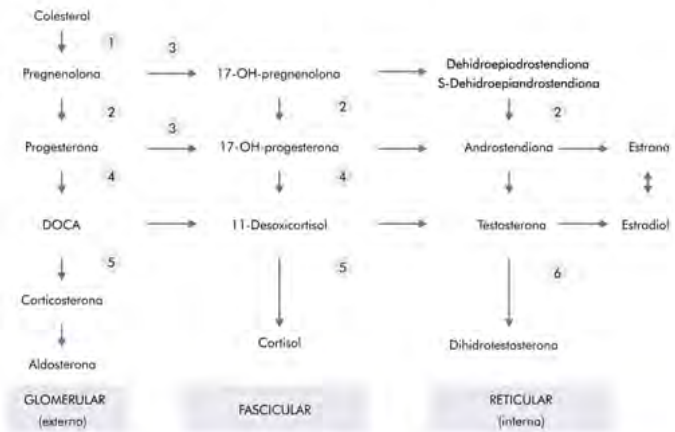
Pregunta 11674: (80) En la hiperplasia suprarrenal congénita debida a la forma clásica de déficit de 21-hidroxilasa, señale la respuesta correcta:

- 1. Existe un defecto en la síntesis de androstendiona.
- 2. Suele manifestarse ya en el periodo neonatal con síndrome pierde-sal y virilización en niñas.
- 3. El tratamiento de mantenimiento con hidrocortisona en monoterapia es suficiente para controlar la pérdida salina.
- 4. Los niveles de 17-OH-progesterona se encuentran disminuidos.

300564 PEDIATRÍA Normal 49%

Solución: 2

Más del 90% de los casos de hiperplasia suprarrenal congénita son debidos al déficit de 21 alfa-hidroxilasa.



Como se muestra en el esquema metabólico, existe un defecto en la síntesis de cortisol y aldosterona, con aumento asociado de andrógenos (respuesta 1 incorrecta) El metabolito aumentado por el déficit enzimático, es el inmediatamente superior, que es la 17-OH progesterona (respuesta 4 incorrecta) La forma clásica es la predominante, con manifestación temprana de síntomas por déficit de cortisol y aldosterona, y tendencia a virilización en el periodo neonatal. (respuesta 2 correcta) El tratamiento se basa en corrección de genitales ambiguos, y suplir el déficit metabólico con tratamiento con corticoides y aldosterona (respuesta 3 incorrecta).

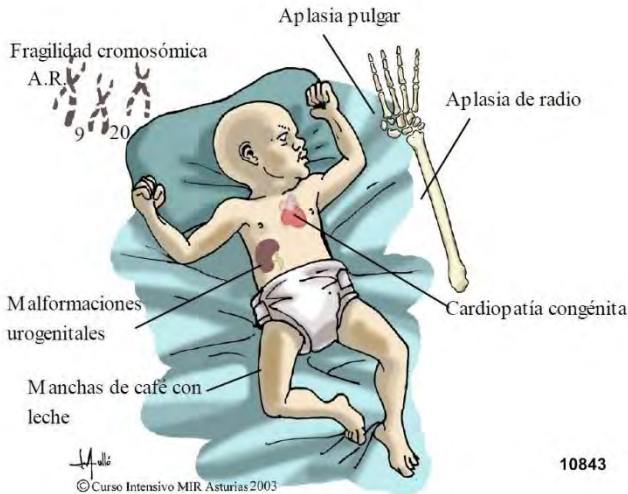
Pregunta 11675: (81) En relación con la anemia de Fanconi indique la respuesta INCORRECTA:

- 1. La anemia aplásica suele estar ya presente en los primeros meses de vida.
- 2. Son típicas las malformaciones esqueléticas.
- 3. El trasplante de progenitores hematopoyéticos es el tratamiento curativo, pero no hace desaparecer el riesgo de cáncer.
- 4. Los andrógenos suelen producir una respuesta favorable pero transitoria.

300565 PEDIATRÍA Normal 58%

Solución: 1

La anemia de Fanconi es un trastorno infrecuente hereditario multisistémico que da a lugar a la aparición de insuficiencia medular, con predisposición a neoplasias malignas, como mielodisplasia, leucemia mieloide aguda y cánceres epiteliales.



10843

ANEMIA APLÁSICA DE FANCONI	
Edad comienzo	6-8 años
Manifestaciones hematológicas	Pancitopenia (MIR), HbF
Malformaciones asociadas	Hipo-aplasia de pulgar y radio (2 MIR), cardiopatía congénita (MIR), malformaciones urogenitales (MIR), manchas café con leche, hipoprecimiento (MIR), retraso mental, fragilidad cromosómica (MIR), hipofunción endocrina múltiple
Diagnóstico diferencial	DISQUERATOSIS CONGÉNITA CON PANCITOPENIA (lesiones cutáneas, ausencia de malformaciones esqueléticas, renales o de otro tipo)
Pronóstico	Desfavorable (posible transformación leucémica) (MIR)
Tratamiento	Transplante alogénico de médula ósea. Andrógenos + corticoides

Las malformaciones congénitas más frecuentes son esqueléticas (respuesta 2 incorrecta). La insuficiencia medular aparece progresivamente, habitualmente en la primera década de la vida (respuesta 1 correcta). El TPH (Trasplante precursores hematopoyéticos) es el único tratamiento curativo de las alteraciones hematológicas observadas en los pacientes con Anemia de Fanconi (respuesta 3 incorrecta). Los andrógenos (oximetodona y danazol) producen una respuesta aprox. En el 70% de los casos. Después de observarse la respuesta inicial, los recuentos pueden seguir mejorando a lo largo de muchos meses hasta que se alcanza una respuesta máxima (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11676: (82) Un lactante de 1 mes se encuentra hospitalizado y a dieta absoluta. Utilizando el método del peso corporal para el cálculo del volumen diario de líquido de mantenimiento a este paciente le corresponderá:

- 30 ml/kg/día.
- 60 ml/kg/día.
- 80 ml/kg/día.
- 100 ml/kg/día.

300566 PEDIATRÍA Difícil -21% Solución: 4

Los líquidos intravenosos de mantenimiento se usan en los niños que no pueden ser alimentados por vía enteral. Es esencial saber cuándo es necesario empezar a administrarlos y en qué cantidad. El método del peso corporal para el cálculo del volumen diario de líquido de mantenimiento es un sistema de cálculo de dosis según el peso del paciente; este sistema hace hincapié en los altos requerimientos de agua en los pacientes de menor tamaño y menos maduros. Este planteamiento es muy fiable, recordando que el límite superior son de 2,4 litros/24 horas en pacientes detalla adulta.

PESO CORPORAL	LIQUIDO AL DÍA
0-10 Kgs	100 ml/Kg
11-20 Kgs	1000 ml + 50 ml/Kg por cada Kg > 10 Kgs.
> 20 Kgs	1500 ml + 20ml/kg por cada Kg > 20 Kgs.

(Respuesta 4 correcta). Como se puede comprobar pregunta numérica muy difícil.

Pregunta 11677: (83) Respecto al tratamiento profiláctico con litio en el trastorno bipolar, señale la respuesta correcta:

- El margen entre las dosis terapéuticas y tóxicas es estrecho.
- Su uso es seguro durante el embarazo.
- Los nuevos antipsicóticos han hecho que su uso quede prácticamente obsoleto.
- Los diuréticos tiazídicos pueden disminuir su tasa sanguínea y por tanto su eficacia.

300567 PSIQUIATRÍA Fácil 92% Solución: 1

El litio es el tratamiento de elección en el Trastorno bipolar. El rango terapéutico del litio es estrecho (mantenimiento 0.6-1.2 mEq/l). Los niveles por encima de 1.5 mEq/L son considerados tóxicos. Antes de iniciar tratamiento con litio es preciso realizar ECG, BQ sanguínea (función renal, tiroidea, ionograma, glucemia basal, hemograma), TA y peso. También se debe descartar embarazo, pues es teratígeno (Sd. De Ebstein, polidramnios, prematuridad, diabetes insípida, "floppy baby síndrome") (respuesta 2 incorrecta). Los diuréticos tiazídicos, al igual que los diuréticos ahorradores de potasio, IECAs y AINEs se asocian con un incremento de la litemia (respuesta 4 incorrecta). Los antipsicóticos atípicos se asocian al litio en el tratamiento de los episodios maniacos del T. Bipolar, pues tienen efecto más rápido que el litio, pero se usan en combinación (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11678: (84) ¿En cuál de los siguientes antipsicóticos es necesario realizar hemogramas de control durante el tratamiento por presentar un mayor riesgo de agranulocitosis?:

- Olanzapina.
- Quetiapina.
- Clozapina.
- Risperidona.

300568 PSIQUIATRÍA Fácil 94% Solución: 3

De los 4 antipsicóticos de segunda generación (atípicos) que aparecen en las respuestas el que se relaciona con mayor riesgo de agranulocitosis es la Clozapina (respuesta 3 correcta). El riesgo de agranulocitosis es del 1%. Por ese motivo la Clozapina no debe usarse en pacientes con un recuento leucocitario < 3.500, antecedentes de médula ósea o agranulocitosis.

Pregunta 11679: (85) En un paciente de 85 años con deterioro cognitivo y un episodio depresivo, señale el tratamiento antidepresivo que se debe EVITAR:

- Amitriptilina.
- Sertralina.
- Vortioxetina.
- Venlafaxina.

300569 PSIQUIATRÍA Fácil 82% Solución: 1

Nos preguntan por el tratamiento para la depresión en un paciente anciano con deterioro cognitivo. La sertralina se trata de un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina, siendo el grupo más seguro para los pacientes de estas características por sus escasos efectos adversos (respuesta 2 incorrecta). La Vortioxetina es un modulador de la transmisión serotoninérgica (agonista 5-HT1A, agonista parcial 5-HT1B y antagonista de 5-HT1D, 5HT-3 y 5HT7). Además, inhibe a los transportadores de serotonina. Está indicado en la depresión mayor en adultos, presentando además una mejoría de la sintomatología cognitiva de estos pacientes (respuesta 3 incorrecta). La venlafaxina es un inhibidor selectivo de la serotonina y la NA, por lo que se contraindica en cardiopatías graves y pacientes con HTA de difícil control (respuesta 4 incorrecta). La Amitriptilina es un Antidepresivo tricíclico. Es un inhibidor no selectivo de la recaptación de 5HT y NA. Se relaciona con múltiples efectos adversos (anticolinérgicos, alteraciones en ECG, náuseas y vómitos) y por ese motivo se debe evitar en este tipo de pacientes (respuesta 1 correcta).

Pregunta 11680: (86) En relación con la hipomanía señale cuál de las siguientes características es INCORRECTA:

- La hipomanía casi nunca es motivo de consulta y debe buscarse en la anamnesis de los episodios depresivos.
- El antecedente de hipomanía en un paciente con episodio depresivo mayor modifica el diagnóstico de trastorno depresivo e influye en la decisión terapéutica.
- Los pacientes con hipomanía pueden sentirse más activos y sociables, aunque generalmente su comportamiento resulta algo inapropiado.
- Estos pacientes presentar síntomas psicóticos, como ideas delirantes de grandiosidad.

300570 PSIQUIATRÍA Fácil 88% Solución: 4

Un episodio hipomaniaco es un periodo de tiempo en el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y es claramente distinto del estado a ánimo habitual. Al contrario que en los episodios de Manía, el episodio NO es lo suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización. En la hipomanía NO hay síntomas psicóticos (respuesta 4 correcta). Entre un 5-15% de los pacientes con episodio hipomaniaco acabarán presentando un episodio maniaco. El antecedente de hipomanía en un paciente con episodio depresivo mayor modifica el diagnóstico de trastorno depresivo e influye en la decisión terapéutica, ya que deberíamos plantearnos si pudiera existir un trastorno bipolar subyacente.

	MANÍA	HIPOMANÍA
Ánimo elevado, expansivo o irritable	1 semana	4 días
Deterioro sociolaboral importante u hospitalización o síntomas psicóticos	SI	NO

Pregunta 11681: (87) Un paciente con una recaída psicótica que ha empezado tratamiento con un antipsicótico al que mostró buena respuesta en el episodio anterior acude a consulta por presentar sensación de inquietud motora que le obliga a moverse constantemente y le impide permanecer sentado. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento más adecuado?:

1. Reducir la dosis del antipsicótico y añadir bromocriptina.
2. Añadir β -bloqueantes.
3. Añadir dantroleno.
4. Añadir un anticolinérgico.

300571 PSQUIATRÍA Difícil -11%

Solución: 2

La ACATISIA es un efecto adverso extrapiramidal del tratamiento con antipsicóticos causado por el bloqueo de los receptores D2 en la vía dopaminérgica nigroestriatal. Su prevalencia es del 25%. Suele aparecer tras horas-semanas de iniciar el fármaco. Clínicamente los pacientes pueden presentar inquietud subjetiva con necesidad imperiosa de moverse (movimiento de pies, cruzar y descruzar las piernas...). Se ha asociado a suicidio y a heteroagresividad. Las opciones de tratamiento son las siguientes: Disminuir la dosis de antipsicótico, cambiar a antipsicótico atípico, benzodicepinas, propranolol (respuesta 2 correcta) o clonidina. Los anticolinérgicos tienen poco efecto sobre la acatisia. Los agonistas dopaminérgicos no están indicados en la acatisia, pero sí en la discinesia tardía y en el Síndrome neuroléptico maligno.

Pregunta 11682: (88) Según el DSM 5, el trastorno dismórfico corporal pertenece al grupo de:

1. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.
2. Trastornos de ansiedad.
3. Trastornos psicósomáticos.
4. Trastornos del estado de ánimo.

300572 PSQUIATRÍA Difícil 14%

Solución: 1

Los pacientes con trastorno dismórfico corporal presentan una preocupación excesiva (pero no delirante) por alguna característica o defecto imaginario en el aspecto físico. No existe déficit cognitivo. Generalmente se centra en los rasgos faciales de un individuo aparentemente normal. La preocupación es claramente excesiva. La parte del cuerpo en la que se centra la preocupación puede ser siempre la misma o variar. En el 90% de los casos se observan episodios depresivos mayores a lo largo de la vida, el 70% trastornos ansiosos y el 30% trastornos psicóticos. Desde la publicación del DSM-5 este trastorno está incluido dentro de los trastornos obsesivos compulsivos por presentar similitudes con éste (respuesta 1 correcta).

Pregunta 11683: (89) Para tratar el dolor neuropático periférico se podría utilizar uno de los siguientes fármacos antiepilépticos:

1. Etosuximida.
2. Vigabatrina.
3. Gabapentina.
4. Levetiracetam.

300573 FARMACOLOGÍA Fácil 96%

Solución: 3

Los **adyuvantes** en el tratamiento del dolor se utilizan combinados con analgésicos no esteroideos o esteroideos para mejorar el control del dolor. Un ejemplo de ellos son los antiepilépticos. Para el dolor neuropático tiene indicación la **gabapentina** (respuesta 4 correcta; 1, 2 y 4 incorrectas).

Pregunta 11684: (90) Hombre de 59 años, casado, sin antecedentes psiquiátricos, que de forma progresiva a lo largo de los dos últimos años presenta importante irritabilidad y apatía. Ha faltado varias veces a su trabajo y su rendimiento ha disminuido notablemente. Le han amonestado en el mismo, por insultar a varios clientes o por ausencias injustificadas. En los fines de semana es monitor de tiempo libre con adolescentes, donde refieren que bromea excesivamente con los chicos y una monitora se ha quejado de que le ha hecho insinuaciones inapropiadas. Hasta el presente, nunca habían ocurrido comportamientos de este tipo. Su esposa está muy preocupada porque dice cosas raras y está pensando en separarse. Su médico de familia le ha practicado un test cognitivo Minimental que está dentro del rango normal y en el que no se aprecian déficit significativos de memoria. ¿Cuál es el diagnóstico MENOS probable?:

1. Esquizofrenia de inicio tardío.
2. Episodio maniaco de inicio tardío.
3. Enfermedad de Alzheimer.
4. Demencia frontotemporal.

300574 PSQUIATRÍA Fácil 69%

Solución: 3

Nos presentan el caso de un varón de 59 años con un cuadro progresivo de irritabilidad, apatía y comportamiento inapropiado, pero con un test cognitivo Minimental dentro de la normalidad. Además, en la pregunta dejan bien claro que el paciente no presenta alteraciones de la memoria.

La enfermedad de Alzheimer es una demencia cortical. Su alteración principal es el trastorno de memoria, que suele ser la manifestación inicial. El factor de riesgo más importante para su desarrollo es la edad avanzada, entre otros. Por este motivo, la enfermedad de Alzheimer no sería muy probable en un varón de 59 años que además no presenta alteración de la memoria (respuesta 3 correcta).

Las otras 3 opciones podrían plantearse en el diagnóstico diferencial. La DFT es una demencia cortical de inicio más temprano (media de 53 años) y curso rápido (mortal en < 4 años). La esquizofrenia y la manía suelen debutar a edades más tempranas, pero existen casos en los que comienzan más tardíamente.

Pregunta 11685: (91) Indicar cuál de los siguientes estudios mediante TC puede diferenciar, en un ictus del despertar, el área cerebral en riesgo de isquemia potencialmente recuperable del área de infarto ya establecido irrecuperable:

1. AngioTC.
2. TC de difusión.
3. TC de perfusión.
4. TC sin contraste.

300575 NEUROLOGÍA Fácil 71%

Solución: 3

El AngioTC permite ver oclusiones de gran vaso. Podría mostrar tejido infartado, igual que el TC simple, pero no el tejido en isquemia recuperable (respuesta 1 incorrecta).

El TC de difusión no existe, "emosido engañado" (respuesta 2 incorrecta). La secuencia de difusión de la RM permite detectar el core infartado, no la penumbra.

El TC de perfusión permite distinguir las zonas con perfusión normal, las zonas isquémicas recuperables (penumbra), y las zonas ya infartadas (core de infarto) (respuesta 3 correcta).

El TC sin contraste no permite ver la zona en riesgo de isquemia, solo las zonas ya infartadas (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11686: (92) Señale cuál de las siguientes manifestaciones clínicas le harían dudar de un diagnóstico de enfermedad de Parkinson:

- 1. Edad de inicio a los 55 años.
- 2. Caídas dentro de los dos primeros años de sintomatología.
- 3. Presencia de un trastorno de conducta durante el sueño REM.
- 4. Ausencia de temblor.

300576 NEUROLOGÍA Normal 41%

Solución: 2

La presencia de caídas precoces orienta a otros parkinsonismos primarios como una parálisis supranuclear progresiva, no es habitual en la enfermedad de Parkinson hasta estadios más avanzados (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11687: (93) Paciente de 65 años con antecedentes de consumo habitual de alcohol que es atendido en urgencias por cuadro clínico de 24 horas de evolución de fiebre, cefalea, rigidez de nuca y progresivo deterioro del nivel de conciencia. Se realiza una TC craneal que es normal y seguidamente una punción lumbar que muestra un LCR con pleocitosis (1500 células/ μ l), hiperproteínorraquia (325 mg/dl) e hipoglucoorraquia (< 10 mg/dl). El tratamiento antibiótico empírico inicial más correcto de entre los siguientes es:

- 1. Cefotaxima y ampicilina.
- 2. Cefotaxima y vancomicina.
- 3. Cefotaxima, vancomicina y ampicilina.
- 4. Cefotaxima y tuberculostáticos.

300577 INFECCIOSAS Fácil 91%

Solución: 3

El cuadro nos sitúa ante una meningitis de probable etiología bacteriana (pleocitosis, hiperproteínorraquia e hipoglucoorraquia) que constituye una emergencia médica al requerir un diagnóstico y tratamiento urgentes. Las manifestaciones fundamentales de la enfermedad son fiebre (95%), cefalea (85%), rigidez de nuca (85%) y alteración del estado mental (75%), que acontecen en nuestro paciente. En la meningitis aguda los síntomas tienen una duración < 1 día en casi el 50%. En pacientes adultos > 55 años o pacientes con alcoholismo (como en el presente caso clínico) o enfermedades de base (diabetes...) según el texto de referencia el tratamiento de elección es:

Ampicilina 2g IV cada 4h + Ceftriaxona 2 g IV cada 12h + Vancomicina 15 a 20 mg/kg IV cada 8 a 12 h, con dosis máxima de 2 g/12h o dosis diaria total de 60 mg/kg.

Por ello la opción 3 es la correcta.

Resulta de ayudar comentar que en función de los potenciales agentes etiológicos implicados la meningitis por *S. pneumoniae* se tratará con la combinación de ceftriaxona y vancomicina. La meningitis por *N. meningitidis* puede tratarse con ceftriaxona, pero si cuando se disponga del antibiograma la cepa es sensible a penicilina (CMI < 0,1 μ g/mL) debe utilizarse penicilina o ampicilina. La meningitis por *Listeria monocytogenes* se trata con ampicilina. El tratamiento antibiótico específico de la meningitis por *S. agalactiae* es la penicilina o la ampicilina; el de la meningitis por *H. influenzae* es la ceftriaxona; de la meningitis estafilocócica es la cloxacilina si se trata de cepas sensibles a la meticilina o la vancomicina en los casos producidos por cepas meticilina resistentes; y el de las meningitis por bacilos Gram negativos son ceftriaxona, cefotaxima o cefepima, excepto cuando se trata de meningitis por *Pseudomonas aeruginosa* que se empleará ceftazidima, cefepima o meropenem.

El tratamiento antibiótico específico sustituirá al empírico una vez se disponga de la identificación del patógeno y se modificará de nuevo en caso necesario cuando se disponga del antibiograma.

Pregunta 11688: (94) Mujer de 55 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y ansiedad que acude a urgencias porque esa tarde de forma súbita comenzó con dificultad para la emisión del lenguaje ("quería decir mesa pero no me salía") y movimientos incontrolables "como sacudidas" en el brazo y en la pierna derechos. Pasados dos minutos, los movimientos cesaron y hablaba con normalidad. Ella en todo momento fue consciente de la situación. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. Crisis focal compleja.
- 2. Accidente isquémico transitorio en territorio carotideo derecho.
- 3. Crisis de ansiedad.
- 4. Crisis focal simple.

300578 NEUROLOGÍA Normal 55%

Solución: 4

La semiología de la crisis orienta a un foco frontal izquierdo con movimientos paroxísticos y afectación probablemente del área de Broca. No pierde el conocimiento, no hay movimientos del otro hemisferio y no hay alteración de la conexión con el medio ni periodo postcrítico (respuesta 1 incorrecta).

Todo esto es sugestivo de una crisis focal simple frontal izquierda (respuesta 4 correcta).

La presencia de movimientos paroxísticos de la mano va más a favor de una crisis parcial que de un AIT (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11689: (95) Hombre de 64 años que consulta por presentar desde hace un año alteración progresiva del lenguaje consistente en dificultad para encontrar las palabras. Usa muchos términos ómnibus y circunloquios. Entiende perfectamente y el lenguaje es relativamente fluido salvo por las pausas anómic. En la exploración llama la atención la dificultad para repetir frases largas. No tiene alteración de la memoria ni problemas de conducta evidentes. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. Variante no fluente de la afasia progresiva primaria probablemente por demencia frontotemporal.
- 2. Variante logopénica de la afasia progresiva primaria, probablemente por enfermedad de Alzheimer.
- 3. Demencia por cuerpos de Lewy difusos.
- 4. Disnomia inespecífica del paciente mayor.

300579 NEUROLOGÍA Difícil 16%

Solución: 2

El paciente es menor de 65 años y presenta un cuadro progresivo de alteración del lenguaje sin otros déficits aparentes en funciones superiores. Esto orienta a un cuadro de **afasia progresiva primaria (APP)**, cuadros de deterioro cognitivo que comienzan por alteraciones del lenguaje.

Los tres más frecuentes son:

- APP variante **agramática** o **no fluente**: habla escasa con fallos en la sintaxis y dificultada para comprender frases con estructuras sintácticas complejas (respuesta 1 incorrecta). Suele estar relacionada con la demencia frontotemporal.
- APP variante **logopénica**: dificultades para la nominación de conceptos u objetos (con abundantes circunloquios y uso de palabras generales para saltarse esas dificultades nominativas) y dificultada para la repetición de frases largas (respuesta 2 correcta). Suele estar relacionada con la Enfermedad de Alzheimer.
- APP variante **semántica**: los pacientes pierden la habilidad para decodificar el significado de las palabras. Suele relacionarse con la demencia frontotemporal.

La demencia de cuerpos de **Lewy** suele respetar el lenguaje más que otras funciones superiores (respuesta 3 incorrecta).

Con la edad pueden aparecer dificultades en recordar el nombre de un objeto, pero en el caso que nos ponen el paciente solo tiene 63 años y no son fallos esporádicos sino un cuadro más florido con dificultad incluso para repetir frases (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11690: (96) Mujer de 75 años que consulta por un cuadro de dolor lancinante que recorre el labio y el ala nasal derecha. No es capaz de lavarse la cara o los dientes por el dolor que le produce, que describe como una descarga eléctrica. No refiere dolor al dormir. Escoja la respuesta correcta:

- 1. El cuadro corresponde a una hemicránea paroxística.
- 2. El tratamiento de elección es la fenitoína.
- 3. La causa más probable es una compresión del VII par en su trayecto cisternal.
- 4. Puede tratarse con radiocirugía, pero con riesgo de recurrencia.

300580 NEUROLOGÍA Fácil 83%

Solución: 4

El cuadro clínico es un ejemplo de **neuralgia del trigémino** (respuesta 1 incorrecta), cuyo tratamiento de elección es **carbamecepin** (respuesta 2 incorrecta), y en su forma clásica es frecuente encontrar un asa vascular en contacto con el nervio **trigémino** (respuesta 3 incorrecta).

En los casos en los que falla la carbamecepin pueden utilizarse distintos tratamientos. El más eficaz es la microdescompresión vascular del nervio en los casos que se asocian a compresión por un asa vascular. También se pueden usar técnicas de **radiocirugía**, que pueden presentar recurrencias (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11691: (97) Tras un accidente de tráfico usted atiende a un herido. El paciente abre los ojos a la llamada, pero únicamente emite palabras que son inapropiadas. En la exploración motora localiza el dolor en extremidades derechas pero extiende al estimular las extremidades izquierdas. ¿Cómo describiría su situación según la escala de coma de Glasgow?:

- 1. E3V2M4.
- 2. E3V3M5.
- 3. E2V3M4.
- 4. E2V4M5.

300581 NEUROLOGÍA Fácil 69%

Solución: 2

Escala de Glasgow:

- OCULAR (E) Abrir los ojos a la llamada: 3 puntos.
- VERBAL (V) Palabras inapropiadas: 3 puntos.
- MOTORA (M) Puntuamos el que tenga un valor más alto: localiza el dolor con extremidades derechas: 5 puntos (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11692: (98) ¿Cuál de los siguientes NO es un rasgo principal de la demencia frontotemporal?:

- 1. Habla estereotipada o ecolalia.
- 2. Desinhibición (sexual, locuacidad).
- 3. Rápido inicio y progresión de la enfermedad.
- 4. Pérdida de la higiene personal.

300582 NEUROLOGÍA Difícil 29%

Solución: 3

La demencia frontotemporal presenta distintos subtipos, el más frecuente de ellos es la variante conductual con cambios severos en la conducta que suelen incluir **desinhibición** y pérdida de la **higiene personal** (respuestas 2 y 4 incorrectas).

La alteración del lenguaje en la demencia frontotemporal es muy variable. En la variante conductual puede aparecer un habla estereotipada (palabras o conceptos que el sujeto repite frecuentemente) (respuesta 1 incorrecta), pero en las variantes de afasia progresiva primaria semántica y logopénica los cambios en el lenguaje no suelen incluir estos síntomas.

La DFT no es rápidamente progresiva como por ejemplo una demencia por priones. La esperanza de vida desde el diagnóstico suele estar en torno a los 7 años. Las formas asociadas a enfermedad de motoneurona pueden tener una evolución rápida (menos de 2-3 años de esperanza de vida).

Pregunta 11693: (99) En relación con el síndrome de piernas inquietas en el paciente mayor, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. Existe una forma familiar.
- 2. La deficiencia de hierro se considera un factor de riesgo para su aparición.
- 3. Su prevalencia aumenta a partir de los 70 años.
- 4. Es más frecuente en los varones que en las mujeres.

300583 NEUROLOGÍA Normal 51%

Solución: 4

El síndrome de piernas inquietas suele ser de tipo esporádico pero puede haber formas familiares (respuesta 1 incorrecta).

Suele estar relacionado con déficits de hierro o fólico, siempre deben determinarse ante la sospecha de este síndrome (respuesta 2 incorrecta).

Su prevalencia es mayor con la edad (respuesta 3 incorrecta) y es más frecuente en mujeres (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11694: (100) Un paciente de 73 años con antecedente de enfermedad renal crónica que presenta un cuadro de 5 días de fiebre, cefalea y confusión, acompañado de una crisis epiléptica tónico-clónica. El estado clínico en el momento de la evaluación es bueno y la exploración física es normal. En los análisis destaca leucocitosis de 18.000/μl con neutrofilia del 92 %, serie roja y plaquetas normales; creatinina 2,3 mg/dl, eFG 32 ml/min y PCR 15 mg/L (VN<5). La TC craneal no muestra alteraciones. El LCR muestra un líquido claro con 200 leucocitos/μl (60 % linfocitos), glucosa 80 mg/dl, proteínas 85 mg/dl (VN<50), ADA 25 UI/l (VN<15); la tinción de Gram del LCR no muestra microorganismos. ¿Qué tratamiento recomendaría en este momento?:

- 1. Aciclovir.
- 2. Aciclovir más isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida.
- 3. Aciclovir más metilprednisolona IV.
- 4. Vancomicina, ampicilina y ceftriaxona IV.

300584 NEUROLOGÍA Difícil -8%

Solución: 1

Paciente con un cuadro subagudo sugestivo no ya de meningitis sino de encefalitis: además de la fiebre y cefalea presenta somnolencia y crisis.

El LCR es linfocitario, con proteínas elevadas, no hay consumo de glucosa pero el ADA está elevado. En sangre hay leucocitosis y el paciente tiene una insuficiencia renal. Como respuesta correcta el ministerio da Aciclovir (respuesta 1 correcta). La realidad es que es un líquido inespecífico, y lo correcto sería pensar que puede ser una encefalitis por herpes por la clínica y el líquido es compatible (respuesta 1 correcta).

¿Puede ser una meningitis tuberculosa y entonces estaría indicado corticoides y antituberculosos (RIPEX2 y RI x10)? Pues yo creo que sí, que al menos le pediría una PCR y posiblemente empezaría con la medicación anti tbc. El ministerio cree que no (respuesta 2 incorrecta). Correspondencia a Paseo del Prado 18.

¿Puede ser una meningitis bacteriana aguda? Normalmente no suele provocar un líquido de meningitis linfocitaria salvo que estuviera parcialmente tratado con antibióticos. A veces la listeria (tiene 75 años e IRC) puede dar líquidos similares, así que no vería un disparate ponerle una pauta de antibiótico (ampicilina por listeria, cefa de 3ª y vancomicina por si hay neumococo multiresistente). En Paseo del Prado 18 dicen que tampoco (respuesta 3 incorrecta), se lo juegan todo al Aciclovir. Y corticoides no, que no es una tuberculosa ni una bacteriana aguda (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11695: (101) Varón de 15 años de edad, ingresado tras haber sido atropellado en la vía pública, resultando despedido. Ingresa consciente y orientado, con intenso dolor en hemitórax izquierdo y disnea. En la exploración física se halla tensión arterial 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca 130 lpm, saturación basal de oxígeno 90 %, frecuencia respiratoria 35 rpm. Hay hipofonesis completa en el hemitórax izquierdo y matidez a la percusión. En la radiografía de tórax se ven múltiples fracturas costales izquierdas y derrame pleural ipsilateral masivo. Se indica la colocación de un drenaje pleural, con salida de 1700 cc de líquido hemático. ¿Cuál es la decisión que se debe tomar?:

- 1. Instaurar ventilación mecánica no invasiva y solicitar transfusión sanguínea.
- 2. Analgesia, oxigenoterapia, solicitar transfusión sanguínea e indicar una intervención quirúrgica urgente.
- 3. Intubación orotraqueal, solicitar transfusión sanguínea y observación para, en caso de empeoramiento, indicar la intervención quirúrgica.
- 4. Intubación orotraqueal y realización de una TC urgente para valoración exacta de las lesiones.

300585 URGENCIAS Normal 56%

Solución: 2
El enunciado nos describe de forma estricta el manejo del **traumotorácico grave**. Ante la sospecha de un hemotórax con compromiso respiratorio y hemodinámico se debe indicar la colocación de un tubo de tórax para drenaje, si este es **más de 1500ml de sangre se considera hemotórax masivo** y se hade indicar **intervención quirúrgica urgente**, así como comenzar con la reanimación adecuada (oxigenoterapia, transfusión sanguínea y analgesia) (respuesta 2 correcta). Ante esta situación de compromiso vital extremo NO se puede considerar dejar al paciente en observación o realizar pruebas de imagen que supongan una demora en la cirugía. (respuestas 1, 3 y 4 incorrectas).

Pregunta 11696: (102) En un paciente en situación de shock séptico con un foco infeccioso abordable, ¿cuál de los siguientes enunciados es cierto?:

- 1. El control del foco solo se intentará una vez el paciente haya alcanzado la estabilidad hemodinámica y no dependa de vasopresores.
- 2. El control del foco se realizará tras al menos la administración de dos dosis de antibiótico.
- 3. El control del foco se realizará tan pronto como sea posible.
- 4. Si la situación de shock séptico lleva más de 12 horas de evolución el control del foco ya no será beneficioso para el paciente.

300586 URGENCIAS Fácil 68%

Solución: 3
Las guías Surviving Sepsis Campaign, referencia mundial en este campo son taxativas en ello: el control del foco se realizará tan pronto como sea posible (respuesta 3 correcta). Se deberá controlar el foco independientemente de la situación hemodinámica (respuesta 1 incorrecta), de las dosis de antibiótico administradas o no administradas (respuesta 2 incorrecta) o del tiempo de evolución del shock (respuesta 4 incorrecta). Hay que recordar que también deberá ser tan pronto como sea posible y en el plazo máximo de una hora el inicio del tratamiento antibiótico.

Pregunta 11697: (103) Un paciente de 56 años es encontrado en coma en su domicilio. Tiene antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus. No tiene hábitos tóxicos ni ninguna otra enfermedad crónica. Está en tratamiento con irbesartan y empaglifozina. No presenta signos de desnutrición. Presenta una presión arterial de 110/60 mmHg, una frecuencia cardíaca de 110 lpm, una SatO2 del 90 %, una glucosa capilar de 120 mg/dl y una frecuencia respiratoria de 7 rpm. ¿Qué actitud terapéutica inicial le parece la más correcta?:

- 1. Administrar naloxona, flumazenilo y tiamina.
- 2. Administrar naloxona, flumazenilo y glucosa hipertónica.
- 3. Administrar naloxona y flumazenilo.
- 4. Administrar tiamina y glucosa hipertónica.

300587 URGENCIAS Difícil 31%

Solución: 3

Se nos presenta un paciente coma, que a tenor de las respuestas entendemos que es farmacológico. En este tipo de pacientes el tratamiento empírico inicial consiste en el denominado **"coma cocktail"**, conjunto de reversiones farmacológicos específicos de las sustancias más comunes. Como norma general siempre estarán presentes **flumazenilo y naloxona** y elegiremos tiamina y/o glucosa en función de la historia clínica:

- ABC. Oxígeno. Pacientes con GCS< 8 intubación endotraqueal.
- Pacientes hipotensos, expansión de volumen con fluidoterapia.
- Antídotos farmacológicos:
 - **Flumazenilo**. Antídoto benzodiacepinas.
 - **Naloxona**. Antídoto opioides.
 - **Tiamina**. No se recomienda si no es en pacientes con malnutrición o alcoholismo crónico (respuestas 1 y 4 incorrectas).
 - **Glucosa**. Sólo si hay hipoglucemia (respuesta 2 y 4 incorrectas). De necesitarla según cifras de glucemia, siempre tras la tiamina.

Pregunta 11698: (104) Un varón de 34 años sufre un accidente de tráfico y es atendido en el lugar del accidente. El personal sanitario objetiva que está pálido, sudoroso, tiene pulso filiforme con una presión arterial de 90/50 mmHg, una frecuencia cardíaca de 127 lpm, una frecuencia respiratoria de 28 rpm y una saturación de oxígeno de 92 %. Se le infunden 20 ml/kg de cristaloideos. Durante su traslado al hospital los signos vitales mejoran transitoriamente y después se deterioran a su llegada al hospital. Señale la respuesta correcta:

- 1. Requiere transfusión de sangre tipo-específica.
- 2. Requiere transfusión de sangre de emergencia (O Rh negativo).
- 3. Debe prepararse una posible transfusión de sangre con pruebas cruzadas.
- 4. Debe probarse la infusión de nuevo de otros 20 ml/kg de cristaloideos.

300588 URGENCIAS Difícil -25%

Solución: 1
Paciente de 34 años tras accidente de tráfico que presenta signos de **shock** (pálido, sudoroso, pulso filiforme, hipotenso 90/50 con frecuencia cardíaca elevada y trabajo respiratorio). Un paciente politraumatizado que esté en shock se considerará siempre **de tipo hemorrágico** hasta que no se demuestre lo contrario. La reanimación inicial consiste en administrar 1L de suero isotónico en pacientes adultos o 20 ml/kg en pacientes pediátricos que pesen menos de 40kg. La mejoría y el posterior deterioro encajan al paciente como **respondedor transitorio**, en el que existe una hemorragia activa y por lo tanto **debemos transfundir sangre** (respuesta 3 y 4 incorrectas). Las pruebas cruzadas requieren 1h aproximadamente, lo que sería útil en los respondedores rápidos (aquellos que se estabilizan ya permanentemente tras bolo inicial) y pudiera ser en los respondedores transitorios. En este caso, **el examinador considera** que aunque el paciente se deteriore a causa de la hemorragia y presente criterios de inestabilidad hemodinámica, puede esperar el tiempo necesario para realizar la transfusión de sangre tipo-específica (respuesta 1 correcta; respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11699: (105) Una mujer de 24 años con antecedentes de migraña, en tratamiento con propranolol y anticonceptivos orales, que acude por disnea intensa, ronquera, erupción cutánea, náuseas y vómitos 30 minutos después de la toma de metamizol. Presenta una presión arterial de 90/40 mmHg y una SatO2 de 90 %. El tratamiento inicial más correcto sería administrar:

- 1. Adrenalina.
- 2. Adrenalina y dexclorfeniramina.
- 3. Adrenalina, dexclorfeniramina y metilprednisolona.
- 4. Adrenalina, dexclorfeniramina y glucagón.

300589 URGENCIAS Normal 49%

Solución: 4

Nos presentan una paciente con cuadro de anafilaxia (erupción cutánea, náuseas y vómitos) con signos de gravedad como son el compromiso de la vía aérea (disnea intensa, ronquera, SatO₂ de 90%) e inestabilidad hemodinámica (TA 90/40). En esta situación el tratamiento consiste en la **administración** emergente de **adrenalina**, oxígeno, maniobras de apertura de la vía aérea, eliminar la causa desencadenante y administrar líquidos intravenosos.

Al estar presente la adrenalina en todas las opciones debemos buscar un factor que nos ayude a decidir la opción correcta. En este caso el examinador ha elegido el tratamiento previo con betabloqueantes como clave. Debemos conocer que en un paciente con **cuadro de anafilaxia** que sea refractario a la adrenalina y **tome betabloqueantes, debemos administrar glucagón** para tratar de incrementar la frecuencia y la fuerza de contracción miocárdica (*respuesta 4 correcta; respuestas 1, 2 y 3 incorrectas*).

Los anti-H₁ (dexclorfeniramina), anti-H₂ (famotidina) y glucocorticoides (metilprednisolona) también forman parte del tratamiento del shock anafiláctico.

Pregunta 11700: (106) Una paciente de 65 años sufrió hace tres semanas una caída con fractura-luxación anterior de hombro que fue reducida en urgencias. Le fue colocado un cabestrillo y se recomendó su retirada a las 3 semanas. Al retirar la inmovilización se observa una zona de disestesia circunscrita a la región lateral del hombro. La paciente puede realizar abducción, pero solo alcanza 15°. Dispone de un estudio de resonancia magnética en el que el manguito de los rotadores está indemne. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha más probable?:

1. Tendinopatía del redondo mayor.
2. Capsulitis adhesiva.
3. Neuropatía del nervio supraescapular.
4. Lesión del nervio axilar.

300590 TRAUMATOLOGÍA Fácil 73% Solución: 4

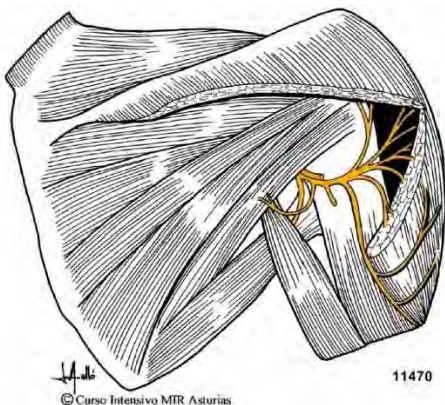
CONCEPTO REPETIDO

La complicación neurológica más frecuente de la luxación anterior de hombro es la **lesión del nervio axilar**. La lesión del nervio axilar produce dificultad para realizar la separación del hombro más allá de los 60° por la parálisis del deltoides (el inicio de la separación del hombro la realiza el músculo supraespinoso) y alteraciones sensitivas en la piel que cubre el músculo (*respuesta 4 correcta*).

El **músculo redondo mayor** se inserta en el vértice de la escápula y en la corredera bicipital. Realiza rotación interna y aproximación del hombro. Su inflamación crónica (tenopatía) produce dolor crónico de hombro que aumenta al presionar sobre la corredera bicipital y con los movimientos de rotación interna y aproximación (*respuesta 1 incorrecta*).

La **capsulitis adhesiva** es la retracción de las estructuras periarticulares del hombro provocando una limitación muy importante de todos los movimientos del hombro, tanto activos como pasivos. Es una patología crónica. (*respuesta 2 incorrecta*)

El **nervio supraescapular** inerva los músculos supraespinoso e infraespinoso. No da inervación sensitiva cutánea. Su lesión provoca la parálisis de dichos músculos que se identifica como una dificultad para iniciar la separación del hombro (parálisis de supraespinoso) y de la rotación externa (ambos músculos). (*respuesta 3 incorrecta*)



Pregunta 11701: (107) En la patología de la mano, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la enfermedad de Dupuytren es INCORRECTA?:

1. Afecta con mayor frecuencia a los dedos anular y meñique.
2. El tratamiento conservador con fisioterapia es poco eficaz.
3. Es un engrosamiento y retracción de la aponeurosis palmar.
4. Es más frecuente en trabajadores manuales.

300591 TRAUMATOLOGÍA Difícil -10% Solución: 4

La enfermedad de Dupuytren es la **retracción de la aponeurosis palmar media de la mano** (*respuesta 3 correcta*). Afecta con más frecuencia al **4º y 5º radios de la mano** (*respuesta 1 correcta*). El tratamiento consiste en la rotura o exéresis de las bridas retráctiles. Esto puede conseguirse mediante cirugía (aponeurectomía o fasciectomía), sección de la brida con aguja percutánea o infiltración con collagenasa. El **tratamiento conservador con fisioterapia**, si bien puede ser útil para mantener la función de la mano en las fases iniciales, se considera como poco eficaz. (*respuesta 2 correcta*).

Durante mucho tiempo se ha considerado que era más frecuente en trabajadores manuales siendo publicados muchos estudios epidemiológicos que así lo ha demostrado. Se considera que factores etiológicos como la herencia, el género (más frecuente en varones) y el alcoholismo son más importantes en el desarrollo de la enfermedad. No se ha demostrado que las micro-roturas que se pueden producir durante los trabajos manuales tengan una clara intervención en el desarrollo de la enfermedad. **La Comisión del Examen MIR 2020 ha considerado que no es más frecuente en trabajadores manuales** (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11702: (108) En una luxación posterior de la cadera, señale la respuesta INCORRECTA:

1. El miembro inferior se encuentra en flexión, rotación externa y abducción.
2. Hay que realizar una reducción de urgencia.
3. Una de sus complicaciones posibles es la necrosis de la cabeza femoral.
4. Una vez reducida, son infrecuentes las recidivas.

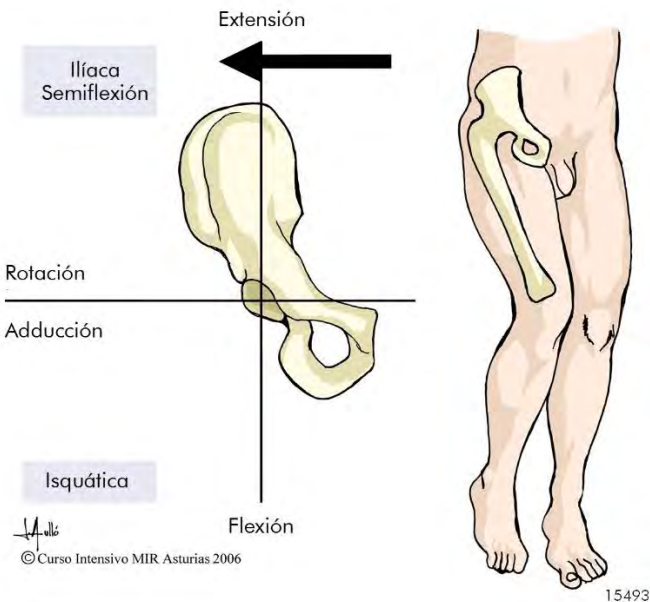
300592 TRAUMATOLOGÍA Fácil 77% Solución: 1

CONCEPTO REPETIDO.

En la luxación posterior de cadera el paciente adopta la posición del bañista sorprendido: Semiflexión, rotación interna y aproximación del muslo (*respuesta 1 incorrecta*).

El tratamiento debe ser la reducción urgente, habitualmente bajo anestesia general (*respuesta 2 correcta*).

La complicación más frecuente (en todas las luxaciones) es la necrosis avascular de la cabeza femoral (*respuesta 3 correcta*). Tras la reducción se inicia el tratamiento rehabilitador pero debe evitarse la flexión de más de 90° durante 6 semanas para evitar la re-luxación de la cadera (*respuesta 4 correcta*).



Pregunta 11703: (109) Un niño sufre, en un accidente deportivo, una epifisiolisis distal de tibia. Al informar a los padres sobre el pronóstico, ¿cuál de los siguientes factores NO influye en el riesgo de deformidad futura?:

- 1. Edad y género del niño.
- 2. Fractura intraarticular.
- 3. Tipo de Salter y Harris.
- 4. Actividad deportiva.

300593 TRAUMATOLOGÍA Normal 58%

Solución: 4

En la evolución de la epifisiolisis distal de la tibia influyen entre otros factores:

- 1. **Edad:** Cuanto más próximo esté el paciente al cierre del cartilago de crecimiento menor será la posibilidad de deformidad residual. (respuesta 1 correcta).
- 2. **Fractura intrarticular** (epifisiolisis tipo III y IV de Salter y Harris). La lesión intrarticular aumenta el riesgo de desarrollar una artrosis en el futuro (respuesta 2 correcta).
- 3. **Tipo de Salter y Harris.** Las epifisiolisis tipo I-II tiene mejor pronóstico que las tipo III-IV y V. (respuesta 3 correcta).
- 4. Una vez tratada la epifisiolisis se permitirá una reanudación progresiva de la actividad. **El ejercicio físico no influye en la deformidad futura** (respuesta 4 incorrecta)

Pregunta 11704: (110) Paciente de 45 años que presenta un primer episodio de lumbalgia de 3 semanas de evolución que le impide realizar su vida normal. No refiere traumatismo ni otra patología subyacente. En la exploración física no hay déficit neurológico. ¿Qué prueba de imagen estaría indicada?:

- 1. Al ser el primer episodio de lumbalgia, únicamente una radiografía simple de columna lumbar.
- 2. Resonancia magnética, que aporta más información sobre partes blandas y posibles herniaciones.
- 3. TC, para valorar mejor la estructura ósea y las posibles fracturas.
- 4. No hay indicación de prueba de imagen.

300594 TRAUMATOLOGÍA Fácil 69%

Solución: 4

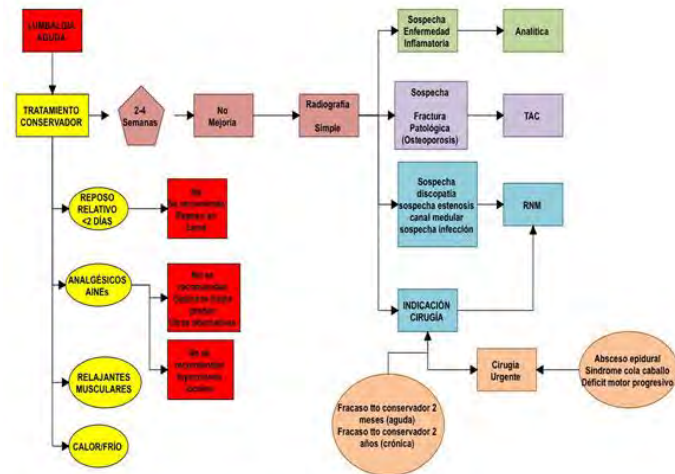
CONCEPTO REPETIDO.

La Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física recomienda **no hacer pruebas de imagen en el dolor lumbar agudo sin signos de alarma**. Tenemos un paciente Joven, con un primer episodio de dolor lumbar de menos de 4 semanas de evolución (no consta si ha recibido tratamiento), sin otros signos de alarma (respuesta 4 correcta).

Se solicita Rx si tras 4 semanas de tratamiento conservador no hay mejoría o el paciente tiene otros signos de alarma. (respuesta 1 incorrecta).

La **RNM** está indicada cuando no hay mejoría tras más de 6 semanas de tratamiento conservador o/y se sospecha estenosis lumbar o discopatía. (respuesta 2 incorrecta).

La **TAC** está indicada si no hay mejoría o/y se sospecha fractura o enfermedad ósea. (respuesta 3 incorrecta).



Pregunta 11705: (111) Un paciente de 40 años comienza a sentir molestias en la nalga derecha tras un viaje prolongado en coche. Desde ese momento no tolera la sedestación prolongada por reaparición del dolor. Ocasionalmente siente entumecimiento en el miembro inferior derecho que desaparece al levantarse. Dispone de estudio de resonancia magnética y radiografía de cadera en los que no se informan anomalías. El examen de la sensibilidad y los reflejos osteotendinosos no muestra alteraciones. Las maniobras de rotación externa y la abducción resistidas, con la cadera en 90º de flexión, reproducen el dolor. El diagnóstico más probable es:

- 1. Síndrome de choque fémoro-acetabular.
- 2. Síndrome del tensor de la fascia lata.
- 3. Radiculopatía S1.
- 4. Síndrome del piramidal.

300595 TRAUMATOLOGÍA Difícil 21%

Solución: 4

El **síndrome piramidal** es una neuropatía por compresión del nervio ciático por hipertrofia o contractura del músculo en su salida de la pelvis al pasar entre el músculo **piramidal** y el músculo gémico superior. Produce dolor en la región glútea y que recorre la cara posterior del muslo sin sobrepasar la rodilla acompañado de hormigueo. Aumenta el dolor el permanecer mucho tiempo de pie o sentado. Las maniobras de rotación externa y abducción resistidas con la cadera a 90º de flexión desencadenan el dolor (respuesta 4 correcta).

El **síndrome de choque fémoro-acetabular** produce dolor y limitación de la rotación interna y la aproximación de la cadera. Se diagnostica con RNM (respuesta 1 incorrecta).

El **síndrome del tensor de la fascia lata** produce dolor en la cara externa de la rodilla (respuesta 2 incorrecta).

La **radiculopatía S1** se acompaña de dificultad para ponerse de puntas, dolor y hormigueos que descienden por la cara posterior del miembro inferior, región aquilea y borde externo del pie con debilidad del reflejo aquileo. (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11706: (112) Sobre la fiebre mediterránea familiar es **FALSO** que:

- 1. La gran mayoría de los pacientes presentan fiebre alta de forma brusca.
- 2. Los episodios inflamatorios son breves y recurrentes, con intervalos asintomáticos.
- 3. Las manifestaciones digestivas son poco frecuentes.
- 4. Pueden presentar dolor torácico por pleuritis y/o pericarditis estéril.

300596 REUMATOLOGÍA Fácil 79%

Solución: 3

La **fiebre mediterránea familiar** comienza habitualmente en la edad pediátrica (50% en la primera década; 80% antes de los 20 años). Los **episodios inflamatorios son breves (24-72 horas) y recurren cada 3-4 semanas, estando separados por intervalos asintomáticos** (respuesta 2 incorrecta). Sus principales manifestaciones son:

- **Fiebre.** Presente en casi todos los pacientes, **se instaura de forma brusca**, pudiendo alcanzar los 39-40ºC (respuesta 1 incorrecta).
- **Manifestaciones digestivas.** Presentes en un porcentaje muy alto de pacientes (91%) (respuesta 3 correcta). Son secundarias a una peritonitis aséptica, manifestándose como dolor abdominal de intensidad variable. Asimismo, son frecuentes las náuseas, los vómitos y el estreñimiento
- **Dolor torácico:** **Se debe a pleuritis y/o pericarditis estéril** (respuesta 4 incorrecta) que se manifiesta como poliartalgias o artritis, habitualmente monoarticulares y afectando a grandes articulaciones.
- Manifestaciones cutáneas. Son muy diversas, siendo la más típica el eritema erisipeloides localizado en la parte anterior de la pierna y el dorso del pie.

Pregunta 11707: (113) ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraarticulares NO es característica de la artritis reumatoide?:

- 1. Pleuritis.
- 2. Nódulos subcutáneos.
- 3. Glomerulonefritis proliferativa.
- 4. Enfermedad pulmonar intersticial.

300597 REUMATOLOGÍA Fácil 74%

Solución: 3

Algunas de las manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide son:

- **Nódulos reumatoides** (respuesta 2 incorrecta): Se localizan a nivel subcutáneo en zonas de roce como el olécranon, el dorso de las manos y el tendón de Aquiles. Son indolores y de consistencia firme. Se detectan en un 30% de ellos pacientes, siendo más frecuentes en formas seropositivas e identifican una enfermedad más grave.
- **Manifestaciones pulmonares:** Pueden observarse en el 10-20% de los casos y no siempre se acompañan de sintomatología clínica. La **pleuritis** (respuesta 1 incorrecta) se caracteriza por un derrame pleural con características de exudado y típicamente con glucosa muy baja; puede resolverse de manera espontánea. La **enfermedad pulmonar intersticial** (respuesta 4 incorrecta) es probablemente más frecuente de lo que se pensaba. Se observa más frecuentemente en varones, con historia de tabaquismo y presencia de anticuerpos antipéptidos citrulinados.
- **Manifestaciones renales en forma de amiloidosis renal o nefropatía membranosa** (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11708: (114) Sobre la fibromialgia, señale la respuesta correcta:

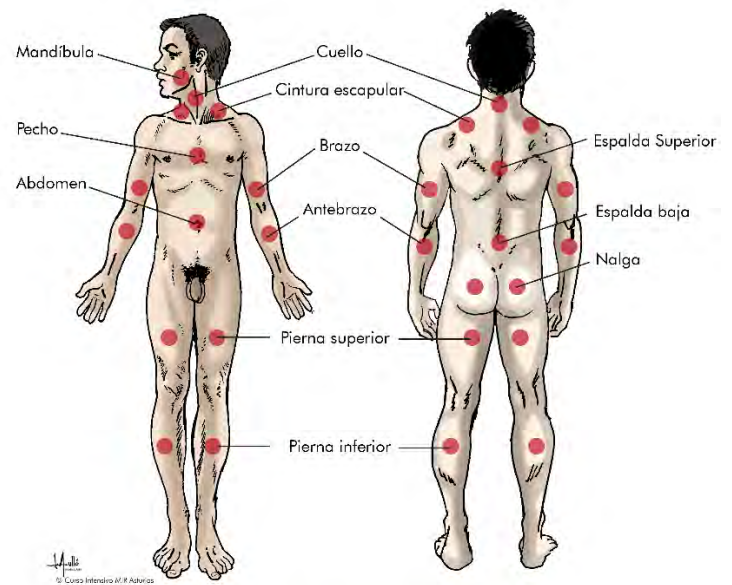
- 1. Tiene una prevalencia en la población general de entre un 5 y un 10 %.
- 2. La edad más frecuente de aparición es por encima de los 50 años.
- 3. Existen múltiples fármacos aprobados para su tratamiento.
- 4. La fatiga es un síntoma muy común, por encima del 70 % de los pacientes.

300598 REUMATOLOGÍA Normal 55%

Solución: 4

La **fibromialgia** predomina en el sexo femenino (80-90%). La **edad habitual de aparición se sitúa entre los 30 y 50 años** (respuesta 2 incorrecta).

Se estima una **prevalencia del 2-4%** (respuesta 1 incorrecta). El dolor crónico generalizado caracteriza el padecimiento. Otros síntomas definitorios son las parestesias, la **fatiga profunda** y el sueño no reparador que puede **estar presente en dos tercios de los pacientes con fibromialgia** (respuesta 4 correcta). Existe una variación individual en las respuestas a los medicamentos, **a la par que existen pocos fármacos aprobados para ello** (respuesta 3 incorrecta).



Cintura escapular derecha	Pierna inferior derecha
Cintura escapular izquierda	Pierna inferior izquierda
Brazo superior derecho	Mandíbula derecha
Brazo superior izquierdo	Mandíbula izquierda
Brazo inferior derecho	Pecho (tórax)
Brazo inferior izquierdo	Abdomen
Brazo nalgas derecha	Cuello
Brazo nalgas izquierda	Espalda superior
Pierna superior derecha	Espalda inferior
Pierna superior izquierda	

1 punto para cada localización

Pregunta 11709: (115) Sobre la gota, es FALSO que:

- 1. El tratamiento hipouricemiente debe iniciarse durante el ataque de gota, tan pronto como sea posible.
- 2. El fármaco de elección es el alopurinol comenzando con dosis bajas.
- 3. Como norma general, la hiperuricemia asintomática no debe ser tratada.
- 4. Alrededor del 50 % de los casos se manifiestan como monoartritis inflamatoria aguda de la primera articulación metatarsofalángica.

300599 REUMATOLOGÍA Fácil 96%

Solución: 1

El **tratamiento hipouricemiente de la gota no debe iniciarse durante un ataque de gota**, ya que puede prolongarlo. Habría que iniciarlo dos o tres semanas tras la resolución es suficiente (respuesta 1 correcta). El **fármaco de elección hipouricemiente es el alopurinol a dosis bajas de 50 o 100mg/día** para escalar cada 10 días hasta alcanzar la uricemia deseada (respuesta 2 incorrecta). Como norma general, **la hiperuricemia asintomática no debe ser tratada** (respuesta 3 incorrecta), aunque ahora se discute si en ocasiones debería hacerse ya que niveles superiores a 8mg/dl puede ocasionar depósitos de cristales en articulares y aumentar ligeramente el riesgo cardiovascular. La **artritis gotosa se manifiesta, en la mitad de los casos, como una inflamación aguda en la articulación metatarsofalángica del dedo gordo del pie** (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta 11710: (116) Entre los siguientes fármacos para el tratamiento de la osteoporosis, ¿cuál de ellos NO causa osteonecrosis mandibular o fractura atípica de fémur como efecto adverso?:

- 1. Zolendronato.
- 2. Denosumab.
- 3. Alendronato.
- 4. Teriparatida.

300600 REUMATOLOGÍA Fácil 93%

Solución: 4

- Entre los **efectos indeseables de los bifosfonatos** se encuentra:
- Molestias digestivas, cuadro pseudogripal, **osteonecrosis de maxilar, fractura femoral subtrocantérea atípica** (respuestas 1 y 3 incorrectas).
- Entre los **efectos indeseables del denosumab** se encuentra:
- Infecciones, cataratas, ciáticas, **osteonecrosis de maxilar, fractura femoral subtrocantérea atípica** (respuesta 2 incorrecta).
- Entre los **efectos indeseables de la teriparatida** se encuentra:
- Hipercalcemia, anemia, dislipemia, depresión, mareo, vértigo, hipotensión, disnea, náuseas, hernia de hiato, reflujo gastroesofágico, calambres, dolores musculares (respuesta 4 correcta).

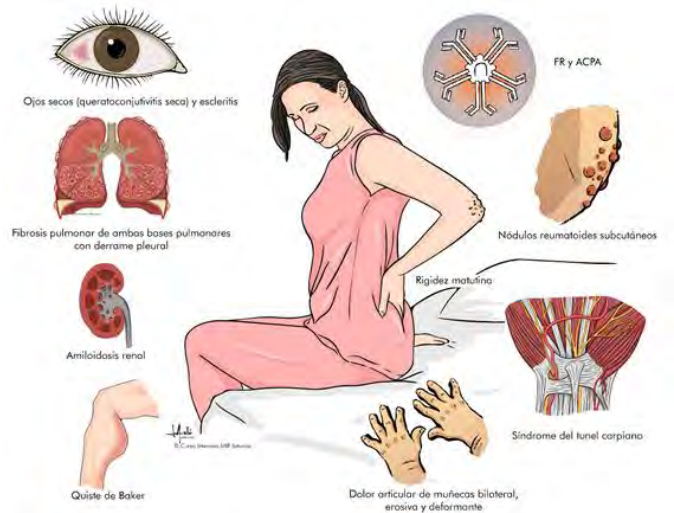
Pregunta 11711: (117) ¿Cuál de los siguientes es un objetivo prioritario en la estrategia terapéutica de la artritis reumatoide?:

- 1. Evitar cambios frecuentes del tratamiento y evitar combinaciones de fármacos.
- 2. Evitar tratamientos innecesarios en pacientes que a pesar de tener síntomas, pueden mantener una actividad diaria aceptable.
- 3. El tratamiento debe ser temprano e intensivo.
- 4. Debe aplicarse en todos los pacientes el mismo protocolo.

300601 REUMATOLOGÍA Fácil 75%

Solución: 3

Las **bases generales de la estrategia terapéutica actual en la artritis reumatoide** incluyen un diagnóstico y un tratamiento precoz e intensivo con FAME, ya que la instauración precoz e intensiva de una terapia efectiva permite obtener resultados clínicos más favorables y evitar la progresión de la enfermedad (respuesta 3 correcta, respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).



Pregunta 11712: (118) En la esclerodermia, con objeto de diagnosticar en fases tempranas la afección pulmonar, es recomendable la realización de:

- 1. Pruebas funcionales respiratorias y TC de alta resolución cada año.
- 2. Ecocardiograma Doppler y pruebas funcionales respiratorias, solo si el paciente presenta signos de insuficiencia respiratoria y/o cardíaca.
- 3. Pruebas funcionales respiratorias y ecocardiograma Doppler, ambas con periodicidad anual.
- 4. Pruebas funcionales respiratorias y prueba de la marcha de caminar 6 minutos.

300602 REUMATOLOGÍA Normal 52%

Solución: 3

El cribado de la afección pulmonar en las conectivopatías se realiza mediante pruebas funcionales respiratorias (habitualmente capacidad de difusión de CO) y ecocardiografía con periodicidad anual en:

- Conectivopatías sintomáticas con clínica de afección pulmonar.
- **Esclerodermia independientemente de la presencia o no de síntomas** (respuesta 3 correcta, respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).

En aquellos pacientes donde se evidencia hallazgos compatibles con hipertensión pulmonar, es prioritario la realización de un cateterismo derecho para su confirmación.

Pregunta 11713: (119) Una paciente de 45 años con antecedentes de reflujo gastroesofágico presenta desde hace un año episodios de palidez en algunos dedos de las manos con la exposición al frío. Recientemente se le había prescrito prednisona a dosis de 20 mg/día por dolor articular e induración cutánea en manos y brazos. Presenta desde hace 48 horas malestar general y cefalea intensa, por lo que acude a urgencias. En la exploración destaca únicamente una taquicardia rítmica a 100 lpm, no se aprecia focalidad neurológica. La presión arterial es de 200/110 mmHg. En la analítica destaca únicamente una creatinina de 2,5 mg/dl. Indique cuál de los siguientes autoanticuerpos se relaciona mejor con el proceso descrito:

- 1. Anticuerpos anti-RNA polimerasa III.
- 2. Anticuerpos anti-centrómero.
- 3. Anticuerpos anti-proteinasa 3.
- 4. Anticuerpos anti-PM-Scl.

300603 REUMATOLOGÍA Difícil 32%

Solución: 1

Caso clínico donde se presenta una paciente mujer de edad media con sospecha de esclerodermia y **crisis renal esclerodérmica** debido a la ingesta de corticoides a dosis media. La crisis renal esclerodérmica suele cursar como un cuadro de hipertensión arterial maligna, anemia hemolítica microangiopática e insuficiencia renal. La crisis renal esclerodérmica se ha asociado a la presencia de anticuerpos **antiRNA-polimerasa III**, siendo un criterio diagnóstico de la enfermedad (respuesta 1 correcta).

MARCADORES INMUNOLÓGICOS DE ESCLERODERMIA

- ANA+ (90%)
- **Marcadores específicos:**
- **Antitopoisomerasa I** (20% de todos los pacientes y en el 40% de las formas difusas): Ac más específicos de la ES. Se asocian con neumonitis intersticial.
- **Anticentrómero:** la mayoría en formas limitadas (70-80%). También en pacientes sólo con Raynaud (puede indicar posterior aparición de afectación cutánea limitada)
- **Ac antinucleolares** (20-30%),
- **AntiRNA polimerasa III: (forma difusa):** En relación con la rápida progresión cutánea, crepitación de tendones, contracturas articulares, ectasia vascular antral gástrica, cáncer de ovario y linfomas. **El 50% de los pacientes con crisis renales esclerodérmicas presentan estos anticuerpos.**
- **U3-RNP (antifibrilarina): (forma difusa):** Muy específico de ES. En relación con la hipertensión pulmonar, afectación intersticial pulmonar y afectación musculoesquelética.
- **Th/To: (forma limitada):** Hipertensión pulmonar y afectación intersticial pulmonar.
- **PM/Scl: (forma limitada):** Calcinosis cutánea, afectación intersticial pulmonar, síndromes de superposición con miositis.
- **Ku: (en ambas):** Lupus eritematoso sistémico y miositis.

Los **anticuerpos anti-centrómeros** se suelen apreciar en la mayoría de formas limitadas de esclerodermia o síndrome de CREST (respuesta 2 incorrecta). Los **anticuerpos anti-proteinasa 3 o C-ANCA** son específicos de granulomatosis con poliangeitis (respuesta 3 incorrecta). Los **anticuerpos anti-PM-Scl** aparecen en la esclerodermia asociada a polimiositis (respuesta 4 incorrecta)

Pregunta 11714: (120) Recién nacido de 2 semanas, cuya madre durante el embarazo presentó poliartalgias no filiadas y que tras la primera exposición solar desarrolla lesiones cutáneas eritematosas policíclicas que asemejan las del lupus eritematoso cutáneo subagudo. ¿Cuál de los siguientes autoanticuerpos debe investigarse?:

- 1. Anticuerpos anti-ADN en el recién nacido.
- 2. Anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) en la madre.
- 3. Anticuerpos anti-Ro/SS-A en la madre.
- 4. Anticuerpos anti-Sm en el recién nacido.

300604 REUMATOLOGÍA Fácil 85%

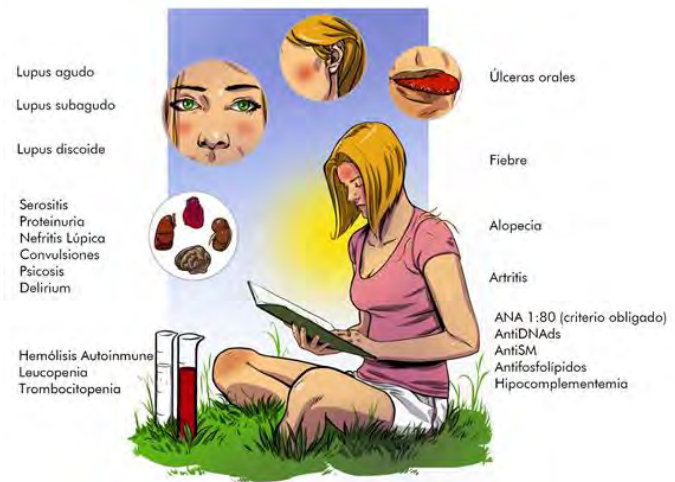
Solución: 3
Nos encontramos ante un caso de posible **lupus neonatal**. El **lupus neonatal** hace referencia a la presencia de neonatos de madres con **LES y anti-Ro/SSA** (respuesta 3 correcta) que en el primer trimestre de vida desarrollan lesiones de lupus subagudo en relación con el paso transplacentario de los anticuerpos. Los **anticuerpos antiDNA** son anticuerpos relacionados con la actividad lúpica y la nefritis del lupus sistémico (respuesta 1 incorrecta). Los **ANCA**s guardan relación con la granulomatosis de Wegener (respuesta 2 incorrecta). El **anticuerpo antiSM** es el anticuerpo más específico del lupus sistémico (respuesta 4 incorrecta)

Pregunta 11715: (121) Mujer de 27 años de raza negra que consulta por la aparición de edemas en miembros inferiores, disminución de diuresis, fiebre y un rash malar en alas de mariposa de 20 días de evolución. Análíticamente destaca creatinina 3 mg/dl, leucopenia, hemoglobina 10,5 g/dl (normocrítica normocrómica), PCR 9 mg/dl y VSG 60 mm. Respecto a la patología que presenta esta paciente, señale la respuesta correcta:

- 1. Los anti-Sm no son específicos de esta patología.
- 2. Los anticuerpos anticentrómero se detectan en el 90 % de los casos.
- 3. Los ANA (anticuerpos antinucleares) se detectan en el 50 % de los casos.
- 4. Los anti-ADN bicatenario o nativo se correlacionan con el riesgo de nefritis.

300605 REUMATOLOGÍA Fácil 87%

Solución: 4
Pregunta con concepto clave repetido del pasado examen MIR 2019. Estamos ante un caso de **lupus sistémico** por la presencia de afección renal en forma de oliguria, fiebre, exantema malar, leucopenia, anemia y elevación de parámetros inflamatorios. Los **anticuerpos anti-Sm** son los anticuerpos más específicos del Lupus Sistémico (respuesta 1 incorrecta). Los **anticuerpos anticentrómeros** no guardan relación con el LES, apareciendo en 70-80% de las formas limitadas de esclerodermia (respuesta 2 incorrecta). Los **ANA** (anticuerpos antinucleares) se detectan en el 95% de los casos de LES (respuesta 3 incorrecta). Los **anti-DNA de doble cadena, bicatenario o nativo** se correlacionan con el riesgo de nefritis lúpica o actividad de la enfermedad (respuesta 4 correcta).



Pregunta 11716: (122) Varón de 75 años, hipertenso en tratamiento con enalapril (20 mg/día), que consulta por deterioro del estado general, cefalea bitemporal y claudicación mandibular de 3 semanas de evolución. Además, en las últimas horas, refiere dos episodios de amaurosis fugaz del ojo izquierdo. En la exploración física destaca engrosamiento y ausencia de pulso de la arteria temporal izquierda. Análisis: PCR 6 mg/dl (VN <1); hemoglobina 10,5 g/dl; VSG 92 mm. Radiografía de tórax normal. Teniendo en cuenta el diagnóstico más probable, marque la opción correcta en cuanto al tratamiento:

- 1. Debe administrarse rituximab, puesto que los glucocorticoides han quedado relegados a un tratamiento de segunda línea debido a sus efectos secundarios.
- 2. El tocilizumab se ha mostrado eficaz en reducir las recidivas y la dosis acumulada de prednisona en más del 50 % de los pacientes.
- 3. En presencia de clínica isquémica, y para no empeorar el riesgo vascular del paciente, se debe evitar el uso de glucocorticoides a dosis superiores a 30 mg/día.
- 4. Junto con bolos de glucocorticoides de 1 g/día, el infliximab debe utilizarse como fármaco de primera línea para la inducción a la remisión.

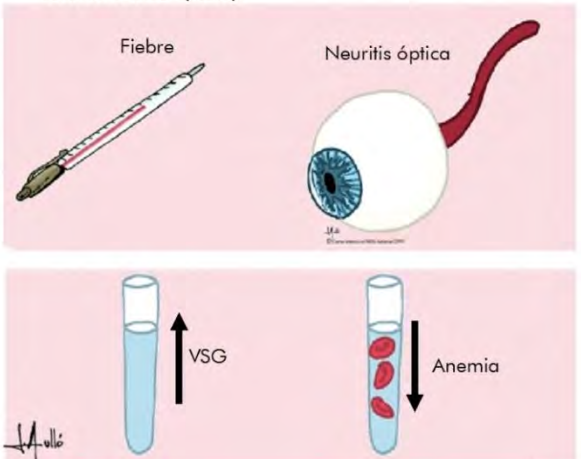
300606 REUMATOLOGÍA Fácil 84%

Solución: 2
Nos presentan el caso clínico de una **arteritis de células gigantes**. El **tratamiento de elección inicial** lo constituyen los **glucocorticoides** (respuesta 1 incorrecta). En la **arteritis de la temporal o de células gigantes** se instaura una dosis inicial de **40-60mg/día de prednisona** (respuesta 4 incorrecta). Debe prevenirse la osteoporosis por glucocorticoides con aporte de calcio (1.000mg/día), vitamina D (800UI/día) y bifosfonatos. Más de la mitad de los pacientes sufren recurrencias que obligan a incrementar la dosis de prednisona. La **administración de tocilizumab** en dosis de **165mg sc/1-2 semanas** se ha mostrado eficaz en reducir las recidivas y la dosis acumulada de prednisona en **más del 50% de los pacientes** (respuesta 2 correcta). El metotrexate (oral o subcutáneo) en dosis de 15mg/semana puede ayudar también a reducir la dosis de prednisona. Los **antiTNF** no han mostrado eficacia manifiesta (respuesta 4 incorrecta)



Arteritis de células gigantes en arterias de mediano y gran calibre (afectación segmentaria de ramas carotídeas, sobre todo arteria temporal).

Afecta mujeres de edad avanzada. La cefalea de reciente aparición es el síntoma más frecuente.



© Curso Intensivo MIR Asturias 2003

16288

Pregunta 11717: (123) Una mujer consulta por haber sufrido una agresión sexual hace 3 horas. En cuanto a la profilaxis postexposición al VIH señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. La duración debe ser 28 días.
- 2. Debe hacerse una serología frente al VIH al inicio y al terminar la profilaxis.
- 3. La evidencia de la utilidad de este tratamiento no está basada en ensayos clínicos.
- 4. El tratamiento es tenofovir y emtricitabina.

300607 INFECCIOSAS Dificil 7%

Solución: 4

La respuesta incorrecta es la reflejada en la opción 4, ya que en la actualidad las guías clínicas de los CDC y las OMS entre otras organizaciones recomiendan una pauta con 3 antirretrovirales, basado en la eficacia de este régimen en los pacientes infectados con VIH, en su buena tolerabilidad y en su seguridad. El resto de respuestas recogen aspectos veraces y son correctas.

La estrategia recomendada con más frecuencia y en la se acumula más experiencia incluye dos inhibidores de la transcriptasa inversa (análogos de nucleósidos o nucleótidos) más un inhibidor de la integrasa, de la proteasa potenciado (en la actualidad con cobicistat9 o un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos). Las pautas con inhibidores de la integrasa son las preferentes en la mayoría de las guías clínicas.

Además esta recomendación de triple terapia se efectúa independientemente de la carga vírica.

Se ha aprobado el uso de fármacos antirretrovirales (emtricitabina/tenofovir) como profilaxis pre-exposición (cabe advertir que en esta pregunta se alude a profilaxis postexposición) para la prevención del VIH por vía sexual en pacientes adultos con prácticas de riesgo.

Pregunta 11718: (124) Un paciente de 45 años fue diagnosticado de infección VIH hace tres meses, presentando en ese momento CD4 45 linfocitos/μl y una carga viral de VIH- 1 de 500.000 copias/ml. En ese momento presentaba un Mantoux negativo. Comenzó tratamiento con un inhibidor de integrasa y dos inhibidores de transcriptasa inversa, y al mes presentaba 25.000 copias y los CD4 habían subido a 80/μl. Consulta por presentar un cuadro de adenopatías cervicales y fiebre de dos semanas de evolución. La punción de una de las adenopatías muestra bacilos ácido-alcohol resistentes aislados y granulomas epitelioides:

- 1. Se trata de una tuberculosis ganglionar relacionada con una incompleta recuperación inmunológica.
- 2. Presenta fracaso al tratamiento y se trata de una infección oportunista.
- 3. Se trata de una infección oportunista desenmascarada en el seno de un cuadro de reconstitución inmune.
- 4. El hecho de presentar una prueba de Mantoux negativa descarta la tuberculosis.

300608 INFECCIOSAS Fácil 80%

Solución: 3

El cuadro nos sitúa ante una infección oportunista que se manifiesta en el contexto de un cuadro de reconstitución inmune. El proceso inflamatorio asociada con un proceso infeccioso que puede haber sido diagnosticado previamente o no (como ocurrió en este caso) y que empeora de forma paradójica al iniciar el tratamiento antirretroviral. La disminución de la carga viral y el aumento de linfocitos CD4 indican una buena respuesta al tratamiento y descartan las respuestas 1 y 2, y refuerzan que la 3 es la respuesta correcta (ya que son criterios de síndrome inflamatorio de reconstitución inmune). Una prueba de Mantoux negativa no descarta la tuberculosis (la opción 4 es incorrecta) y mucho menos ante una inmunodeficiencia celular.

Pregunta 11719: (125) Con respecto a la meningitis bacteriana grave por *Streptococcus pneumoniae*, ¿cuál de las siguientes es FALSA?:

- 1. En nuestro medio más del 50 % de los *S. pneumoniae* causantes de meningitis son resistentes a penicilina.
- 2. La mortalidad de la meningitis por *S. pneumoniae* que requiere ingreso en UCI supera el 30 %.
- 3. La precocidad en el inicio del tratamiento es básica para el buen pronóstico.
- 4. El uso de dexametasona mejora el pronóstico funcional y vital.

300609 INFECCIOSAS Dificil 15%

Solución: 1

En esta pregunta se retoma la temática de la pregunta 93 (meningitis bacteriana) centrando la cuestión en su forma "grave". Las afirmaciones 2, 3 y 4 reflejan aspectos verdaderos sobre la misma.

La mortalidad de la meningitis bacteriana con tratamiento antibiótico oscila entre el 3 al 20%. Las meningitis por neumococo y *L.monocytogenes* ocasionan las mayores mortalidades, que en el caso de *S pneumoniae* supera el 30% (opción 2). La existencia de "shock" o coma en la valoración que motiva el ingreso, así como la presencia de convulsiones son factores que agravan su evolución. Entre el 10% y el 20% de los pacientes pueden desarrollar secuelas neurológicas permanentes. En los adultos el enteltecimiento en la función cognitiva es la más frecuente. Otras secuelas son pérdida de memoria, hipoacusia, convulsiones y marcha inestable.

El tratamiento antibiótico precoz disminuye la mortalidad y las secuelas, por lo que resulta básico para su buen pronóstico (opción 3). Las series actuales aconsejan el empleo inicial de cefotaxima en pautas elevadas (75mg/kg) cada 6horas, potencialmente asociada a vancomicina.

Se aconseja administrar 10 mg de dexametasona 20 minutos antes de la primera dosis de antibióticos, o si no ha sido posible, simultáneamente con los antibióticos para disminuir la producción de citoquinas inflamatorias (IL-1β y TNF-α) en el espacio subaracnoideo. Posteriormente se administrará la misma dosis de dexametasona cada 6 horas durante 4 días, lo que mejora el pronóstico funcional y vital, tal y como recoge la opción 4.

En los casos de aislados de *S pneumoniae* a partir de cuadros de meningitis los criterios de puntos de corte de la sensibilidad penicilina mantienen como sensible a las cepas con una CMI igual o inferior a 0,06 mg/L y se consideran como resistentes las cepas con CMI superior o igual a 0,12 mg/L (desaparece el concepto de sensibilidad intermedia), el sistema de vigilancia europeo estima que en España el 22% de las cepas de *Spneumoniae* en 2017 presentaron sensibilidad disminuida a la Penicilina (muy alejado de lo que erróneamente recoge la opción 1).

Resulta de utilidad retener adicionalmente en cuanto a su etiología que la mayoría de los casos de meningitis aguda bacteriana comunitaria están causados por un número limitado de bacterias: *S.pneumoniae* (50-60%), *N. meningitidis* (15-25%), *Streptococcus agalactiae* (casi el 15%) y *Listeria monocytogenes* (2-8%). *H. influenzae* es una causa menos frecuente de meningitis debido a la vacunación en la infancia. La etiología de las meningitis depende de la edad del paciente. En los neonatos *Escherichia coli* y *S. agalactiae* son las principales causas. En ancianos predominan *S. pneumoniae* y *L. monocytogenes*.

Las meningitis nosocomiales, con frecuencia asociadas a procesos neuroquirúrgicos, están producidas principalmente por bacilos gramnegativos (*E. coli* y *Klebsiella spp*), *Staphylococcus aureus*, estreptococos y estafilococos coagulasa negativo.

Pregunta 11720: (126) La monitorización de las concentraciones plasmáticas de fármaco se realiza con frecuencia en la práctica clínica para ajustar la pauta posológica de:

- 1. Digoxina.
- 2. Pioglitazona.
- 3. Acenocumarol.
- 4. Carbimazol.

300610 CARDIOLOGÍA Fácil 79%

Solución: 1
La digoxina requiere de medir sus concentraciones plasmáticas para el ajuste de dosis, es necesario valores en torno a 2 (respuesta 1 correcta). En el caso del acenocumarol, lo que se mide es el tiempo de protrombina no los niveles plasmáticos del fármaco (respuesta 3 incorrecta). Tanto la pioglitazona o el carbimazol no requieren monitorización (respuestas 2 y 4 incorrectas). Digoxina: niveles en torno a DOS

Pregunta 11721: (127) La aparición de torsades de pointes, por alargamiento del intervalo QT en el electrocardiograma, puede aparecer con más probabilidad en el curso de un tratamiento antiarrítmico con fármacos del grupo:

- 1. Ia (por ejemplo, procainamida).
- 2. Ib (por ejemplo, lidocaína).
- 3. II (por ejemplo, bisoprolol).
- 4. IV (por ejemplo, diltiazem).

300611 CARDIOLOGÍA Normal 64%

Solución: 1
Los fármacos del grupo Ia (Procainamida), del grupo Ic y del grupo III alargan el QT (respuesta 1 correcta). Los fármacos del grupo Ib lo pueden acortar (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11722: (128) Señale qué característica corresponde a la insuficiencia cardiaca con función sistólica conservada:

- 1. Es más frecuente en varones jóvenes.
- 2. Las arritmias auriculares son bien toleradas.
- 3. El pronóstico a 1 año es bueno, con una mortalidad menor del 5 %.
- 4. La hipertensión arterial es la patología más asociada.

300612 CARDIOLOGÍA Normal 52%

Solución: 4
La IC con FEVI disminuida es más frecuente en varones jóvenes con cardiopatía isquémica (respuesta 1 incorrecta), mientras que la IC con FEVI conservada es más frecuente en mujeres mayores con hipertensión arterial (respuesta 4 correcta). Tiene una mortalidad que puede ser similar a la IC deprimida (respuesta 3 incorrecta) y las arritmias auriculares son mal toleradas por la disfunción diastólica que presentan (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11723: (129) Un varón de 40 años consulta por disnea de esfuerzo lentamente progresiva desde hace un año. No tiene hábitos tóxicos ni antecedentes de interés. No ha tenido dolor torácico. Presenta un soplo sistólico rudo en foco aórtico, irradiado a ápex cardiaco y carótidas. El ECG en ritmo sinusal muestra criterios de hipertrofia ventricular izquierda y en la Rx de tórax es evidente una raíz de aorta dilatada. Con estos datos, ¿qué diagnóstico es el más probable?:

- 1. Válvula aórtica bicúspide estenótica.
- 2. Comunicación interventricular perimembranosa.
- 3. Insuficiencia aórtica degenerativa.
- 4. Miocardiopatía restrictiva.

300613 CARDIOLOGÍA Fácil 92%

Solución: 1
Presentan un paciente con soplo sistólico irradiado a carótidas lo que sugiere una estenosis aórtica, además se trata de un paciente joven (< 70años) y asocia dilatación de aorta ascendente por lo que debemos pensar en una válvula aórtica bicúspide (respuesta 1 correcta).

Pregunta 11724: (130) Un varón de 66 años, diabético y fumador sufre un infarto de miocardio anterior con elevación de segmento ST. La coronariografía urgente muestra una lesión única con oclusión aguda en la arteria descendente anterior proximal, implantándose un stent recubierto. Al alta, su electrocardiograma está en ritmo sinusal con bloqueo de rama izquierda (QRS 150 ms). La fracción de eyección es de 32 %. Dos meses más tarde acude a revisión. A pesar de cumplir un tratamiento óptimo, su clase funcional es III de la NYHA y la fracción de eyección del 30 %. ¿Qué tratamiento debe ofrecerle en ese momento?:

- 1. Implantarle un desfibrilador automático y resincronizador cardiaco.
- 2. Repetir la coronariografía por sospecha de trombosis del stent implantado.
- 3. Añadir digoxina y diuréticos de asa y esperar en 6 meses la mejoría de la fracción de eyección.
- 4. Remitirle a una unidad de trasplante para ser incluido en lista de espera.

300614 CARDIOLOGÍA Fácil 82%

Solución: 1
Paciente con disfunción ventricular, QRS ancho debemos colocar una terapia de resincronización cardiaca (REPEMIR) y además un desfibrilador para evitar la muerte súbita (respuesta 1 correcta). La trombosis aguda de un stent se manifiesta de manera aguda en forma de infarto con elevación del ST (respuesta 2 incorrecta). La digoxina se reserva para pacientes con fibrilación auricular rápida e insuficiencia cardiaca aguda (respuesta 3 incorrecta). Antes de valorar la posibilidad de trasplante cardiaco hay que optimizar todo el tratamiento previo como por ejemplo el uso de TRC (terapia de resincronización cardiaca), (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11725: (131) Una mujer de 28 años sin antecedentes cardiológicos ingresa por síncope. No toma fármacos ni consume tóxicos. No presenta alteraciones hidroelectrolíticas. Su electrocardiograma muestra un bloqueo auriculoventricular completo con un frecuencia ventricular a 30 lpm que requiere el implante de un marcapasos definitivo. Con estos datos, ¿cuál de las patologías siguientes debe sospecharse?:

- 1. Una valvulopatía reumática con estenosis mitral.
- 2. Una embolia de pulmón con infarto pulmonar.
- 3. Una enfermedad infiltrativa o inflamatoria sistémica.
- 4. Una trombosis de vena cava inferior.

300615 CARDIOLOGÍA Fácil 71%

Solución: 3
Una enfermedad infiltrativa o inflamatoria sistémica como puede ser el lupus eritematoso sistémico se puede asociar a bloqueo auriculo-ventricular por afectación del tejido de conducción cardiaco (respuesta 3 correcta). La alteración electrocardiográfica más frecuente en un paciente con estenosis mitral es el desarrollo de fibrilación auricular (respuesta 1 incorrecta). La manifestación más frecuente en un paciente con TEP es la presencia de S1Q3T negativa en III con Bloqueo completo de rama derecha, no la presencia de BAV completo (respuesta 2 incorrecta). La trombosis de cava inferior es una patología infrecuente sin que asocie una alteración electrocardiográfica específica.



BAV completo

Pregunta 11726: (132) En relación con los aneurismas de arteria poplítea:

- 1. Cuando se sospechan por palpación de un pulso poplíteo amplio la ecografía es la prueba diagnóstica de elección.
- 2. El riesgo de rotura aneurismática es alto.
- 3. El edema por compresión de la vena poplítea es la manifestación más frecuente.
- 4. Son más frecuentes en mujeres que en varones en una proporción 2:1.

300616 C. VASCULAR Normal 41%

Solución: 1

La **ecografía** es la prueba diagnóstica de elección en los aneurismas poplíteos por tratarse de **una técnica sencilla, no invasiva y sin radiación** para el paciente (*respuesta 1 correcta*).

Los aneurismas de arteria poplítea **rompen con poca frecuencia** (*respuesta 2 incorrecta*).

Cuando producen síntomas, es **más frecuente la isquemia** de la pierna debida a trombosis o embolismo distal antes que el edema por compresión de la vena poplítea (*respuesta 3 incorrecta*).

Los aneurismas poplíteos son mucho **más frecuentes en varones** por encima de los 60 años, **pudiendo ser bilaterales** en casi el 50% de los pacientes y **asociándose a aneurismas** a otros niveles, sobre todo de aorta torácica abdominal (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11727: (133) Varón de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial, síndrome de Sjögren y revascularización ilio-femoral izquierda (tromboendarterectomía). Presenta pérdida de peso de 10 kg y dolor abdominal grave tras la ingesta. La angioTC abdominopélvica muestra estenosis grave de tronco celíaco y de arteria mesentérica superior. Señale la respuesta FALSA:

- 1. La exploración física revela frecuentemente signos de malnutrición y un soplo abdominal.
- 2. El tratamiento consiste en tromboembolectomía con sonda de Fogarty.
- 3. La ecografía Doppler (*duplex*) es una exploración no invasiva útil para el diagnóstico.
- 4. La angioplastia con stent de los troncos viscerales es una opción terapéutica con una tasa de éxito del 80 %.

300617 C. VASCULAR Normal 47%

Solución: 2

Paciente diagnosticado de **isquemia crónica intestinal** por afectación de dos vasos según el angioTC. El intestino no recibe suficiente flujo de sangre y **puede producirse malnutrición** y pérdida de peso. Además, se podría auscultar **soplo abdominal** por estrechamiento de la luz de dichas arterias (*respuesta 1 incorrecta*).

La **tromboembolectomía con sonda de Fogarty** es el tratamiento de elección para la **isquemia aguda**, producida por una trombosis o un embolismo a nivel de dichas arterias. Sin embargo, la **isquemia crónica es producida por placas de aterosclerosis** que reducen la luz del vaso (*respuesta 2 correcta*).

En el diagnóstico de la isquemia crónica **puede emplearse ecografía doppler**, así como el angio TC o la arteriografía (*respuesta 3 incorrecta*).

El tratamiento de elección de la isquemia crónica a este nivel consiste en la **angioplastia e implante de stent**. En caso de no ser posible, puede realizarse **cirugía de bypass** con resultados similares (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11728: (134) Mujer de 53 años de edad con antecedentes personales de obesidad y migraña. En repetidas ocasiones se le ha tomado la presión arterial en la consulta médica y de enfermería presentando cifras inferiores a 140/90 mmHg. Sin embargo, se ha comprado un aparato homologado para la toma de la presión arterial y se le ha enseñado a utilizarlo correctamente. Acude mostrando registros de presión arterial tomados en su domicilio a lo largo de varias semanas con valores superiores a 140/90 mmHg. Señale la respuesta correcta:

- 1. Presenta una hipertensión arterial secundaria.
- 2. Presenta una hipertensión arterial enmascarada.
- 3. Presenta una hipertensión clínica aislada.
- 4. Presenta una hipertensión arterial refractaria.

300618 CARDIOLOGÍA Fácil 76%

Solución: 2

La hipertensión arterial secundaria se debe sospechar ante un mal control de tensión o signos y síntomas asociados a otra patología (*respuesta 1 incorrecta*). La hipertensión refractaria es aquella que persiste con cifras elevadas a pesar de tres fármacos, siendo uno de ellos diurético (*respuesta 4 incorrecta*). La hipertensión arterial enmascarada se caracteriza por presentar valores normales en consulta (< 140/< 90) y cifras elevadas con la monitorización ambulatoria (*respuesta 2 correcta*) que es lo contrario a la HTA clínica aislada (también llamado a bata blanca).

Pregunta 11729: (135) Paciente de 64 años, fumador de 1 paquete al día, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia, que acude a consulta refiriendo dolor en la pantorrilla derecha cuando camina 200 metros y que mejora con el reposo. ¿Qué prueba le realizaría en primer lugar?:

- 1. Índice tobillo brazo.
- 2. Eco Doppler de miembros inferiores.
- 3. Radiografía de columna lumbar.
- 4. TC abdominal.

300619 C. VASCULAR Fácil 93%

Solución: 1

Ante un paciente con clínica de **claudicación intermitente** en el que sospechemos **enfermedad arterial periférica**, la primera prueba a realizar consiste en determinar el **índice tobillo brazo o índice de Yao** (*respuesta 1 correcta*). Se considera patológico por debajo de 0,90.

El **eco doppler** de miembros inferiores sería la **primera prueba de imagen** a realizar, pero en cualquier caso después del índice tobillo brazo (*respuesta 2 incorrecta*).

La **radiografía de columna lumbar no está indicada** en este caso, ya que el paciente presenta una clínica compatible con isquemia en miembros inferiores (*respuesta 3 incorrecta*).

De realizar un **TC**, éste se plantearía a nivel de los miembros inferiores para **evaluación anatómica** de las lesiones y para **guiar el tratamiento** en caso de ser preciso. Se realizaría después del ITB y del eco doppler (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11730: (136) De entre las diferentes maniobras exploratorias del corazón, ¿cuál es la que presenta menor rentabilidad diagnóstica (sensibilidad y especificidad)?:

- 1. Inspección del precordio.
- 2. Palpación del área precordial.
- 3. Percusión cardíaca.
- 4. Auscultación cardíaca.

300620 CARDIOLOGÍA Normal 46%

Solución: 3

De las maniobras exploratorias la percusión cardíaca es la de menor rentabilidad diagnóstica ya que salvo casos raros de neumomediastino siempre se apreciará una percusión mate (*respuesta 3 incorrecta*). La palpación nos puede dar información sobre el desplazamiento de la punta cardíaca o impulso apical que orienta hacia cardiomegalia (*respuesta 2 incorrecta*). La auscultación es la herramienta principal en la semiología cardíaca (*respuesta 4 incorrecta*). Inspeccionar el precordio también nos puede dar información sobre la etiología (por ejemplo si nos encontramos un cuchillo clavado en el pecho) (*respuesta 1 incorrecta*).

Pregunta 11731: (137) Todas las siguientes terapias han demostrado aumentar la supervivencia en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo deprimida EXCEPTO una. Señale cual:

- 1. IECA o ARA 2.
- 2. Digoxina.
- 3. DAI (desfibrilador automático implantable) o resincronizador.
- 4. Betabloqueantes.

300621 CARDIOLOGÍA Fácil 94%

Solución: 2
En todo paciente con disfunción sistólica el ventrículo izquierdo debe recibir tratamiento crónico con IECAS /ARA2 y Betabloqueantes (respuestas 1 y 4 incorrectas). El DAI es fundamental para evitar la muerte súbita en pacientes con disfunción ventricular y la resincronización como tratamiento de la IC en pacientes con QRS ancho (respuesta 3 incorrecta). La digoxina se reserva para los pacientes con insuficiencia cardiaca AGUDA y fibrilación auricular rápida que queramos controlar su frecuencia cardiaca.

Pregunta 11732: (138) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto al infarto de ventrículo derecho es FALSA?:

- 1. El infarto del ventrículo derecho puede producir signo de Kussmaul.
- 2. La elevación del segmento ST en V4 es la presentación más frecuente en el electrocardiograma.
- 3. El tratamiento incluye la expansión de volumen para conservar la precarga del ventrículo derecho.
- 4. Con la ecocardiografía podemos observar hipocinesia y dilatación del ventrículo derecho.

300622 CARDIOLOGÍA Fácil 78%

Solución: 2
El infarto de Ventrículo derecho aparece en contexto de infarto inferior cuando se afecta el segmento proximal de la coronaria derecha dominante. La manifestación más frecuente es la presencia de hipotensión con PVC alta en un paciente con IAM inferior y para confirmarlo debemos observar elevación del ST en derivaciones derechas (no presentes en el ECG habitual de 12 derivaciones; V3R y V4R) (respuesta 2 correcta) y alteración en la contractilidad del ventrículo derecho (respuesta 4 incorrecta). Como otras causas de disfunción derecha puede presentarse con signo de Kussmaul que se trata de la elevación de la PVC con la inspiración (respuesta 1 incorrecta) y el tratamiento incluye el aumento de la volemia para optimizar el funcionamiento del VD (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11733: (139) Respecto a la tromboangitis obliterante (enfermedad de Buerger) señale la respuesta correcta:

- 1. Predomina en el sexo femenino.
- 2. La presencia de reactantes de fase aguda determina el pronóstico.
- 3. La evolución de las lesiones depende fundamentalmente de la supresión del hábito tabáquico.
- 4. Se caracteriza por ser una trombosis inflamatoria segmentaria, ateromatosa, que afecta a arterias y venas de mediano y pequeño calibre.

300623 C. VASCULAR Fácil 90%

Solución: 3
La tromboangeitis obliterante es una enfermedad que predomina en **hombres muy fumadores** (respuesta 1 incorrecta). Aunque los **reactantes de fase aguda** como PCR y VSG **pueden estar elevados** de forma inespecífica por la reacción inflamatoria vascular, éstos **no se consideran factores pronósticos** de la misma (respuesta 2 incorrecta). La **medida más importante** que se debe adoptar para evitar la evolución de las lesiones y detener la progresión es el **abandono del tabaco** (respuesta 3 correcta). La enfermedad de Buerger produce una **reacción inflamatoria** a nivel de las paredes de las **arterias y venas de pequeño y mediano calibre**, generando trombos a este nivel. Sin embargo, el sustrato patológico **no es la ateromatosis** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11734: (140) Varón de 54 años con persistencia de cifras altas de colesterol a pesar de recibir tratamiento con atorvastatina 40 mg (no toleró la dosis de 80 mg por mialgias) y haber asociado ezetimiba. No refiere antecedentes de hipertensión arterial ni diabetes. Aporta analítica reciente con los siguientes resultados: colesterol total 302 mg/dl, LDL-colesterol 270 mg/dl, HDL-colesterol 32 mg/dl y triglicéridos normales. Destaca en la exploración física un IMC de 29 y un engrosamiento a nivel de los tendones de Aquiles. Con respecto a la sospecha diagnóstica y tratamiento, señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. El diagnóstico puede realizarse mediante un análisis genético.
- 2. En caso de confirmarse la entidad en el paciente, debemos realizar estudio genético a todos los familiares de primer grado.
- 3. Podría beneficiarse de iniciar tratamiento con un fármaco inhibidor de PCSK9.
- 4. Es fundamental el control de todos los factores de riesgo cardiovascular debido a la asociación de esta patología con eventos cardiovasculares precoces.

300624 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 74%

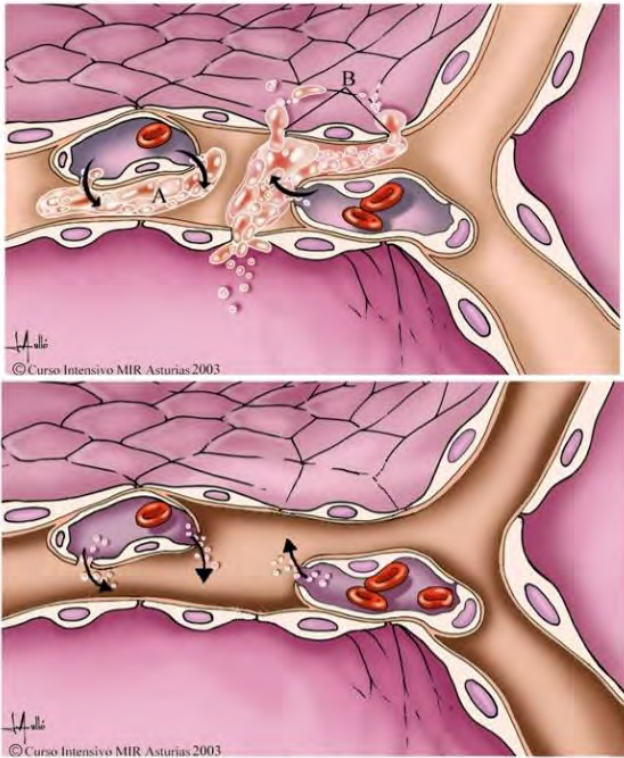
Solución: 2
Se trata de un cuadro de hipercolesterolemia familiar, donde el diagnóstico genético es fundamental, demostrando la existencia de una mutación en el gen del receptor del LDL (respuesta 1 correcta). El tratamiento fundamental son las estatinas (inhibidores de la HMG-CoA-reductasa), se puede unir el ezetimibe que potencia el efecto de las estatinas. los individuos en quienes persiste la hipercolesterolemia, se incluye en el tratamiento los IPCSK9 (respuesta 3 correcta). La detección en un paciente obliga al estudio genético de todos los familiares de primer grado (**por lo que esta pregunta que se intentó impugnar, tenía a nuestro juicio todas las opciones correctas, incluyendo la respuesta 2, que han dado como incorrecta**). Es fundamental realizar control de todos los FRCV debido al aumento de eventos cardiovasculares, en general en edades tempranas (aterosclerosis precoz) (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11735: (141) En el síndrome de distrés respiratorio del adulto es cierto que:

- 1. El edema de pulmón se debe a una elevación de la presión capilar pulmonar.
- 2. El edema de pulmón se debe a una lesión de la membrana alveolocapilar.
- 3. La lesión pulmonar se debe a una presión pleural muy negativa.
- 4. La lesión pulmonar se debe fundamentalmente a una broncoaspiración.

300625 NEUMOLOGÍA Fácil 80%

Solución: 2
El Síndrome del Distrés Respiratorio del Adulto (SDRA) muestra un **edema agudo de pulmón** que se produce por una **lesión en la membrana alveolo-capilar**, la cual facilita la salida de líquido hacia el intersticio y los alvéolos (respuesta 2 correcta). A diferencia del edema agudo de pulmón cardiogénico, **en el SDRA la presión de enclavamiento pulmonar no está elevada** (respuesta 1 incorrecta). Está descrito que **la broncoaspiración puede generar un SDRA** (se denomina Síndrome de Mendelson). Sin embargo, **no es la causa principal del SDRA**. Por tanto, no es del todo correcto que la lesión pulmonar se deba "fundamentalmente" a una broncoaspiración (respuesta 4 incorrecta). **Las presiones negativas de la pleura no condicionan la aparición de un SDRA** (respuesta 3 incorrecta).



15173

Pregunta 11736: (142) En un paciente con carcinoma microcítico de pulmón la radioterapia torácica:

- 1. Está contraindicada en quimio-resistencia.
- 2. Solo se emplea en el síndrome de vena cava superior.
- 3. Es más eficaz después de la quimioterapia.
- 4. Se recomienda de forma simultánea con los dos primeros ciclos de quimioterapia.

300626 NEUMOLOGÍA Fácil 75%

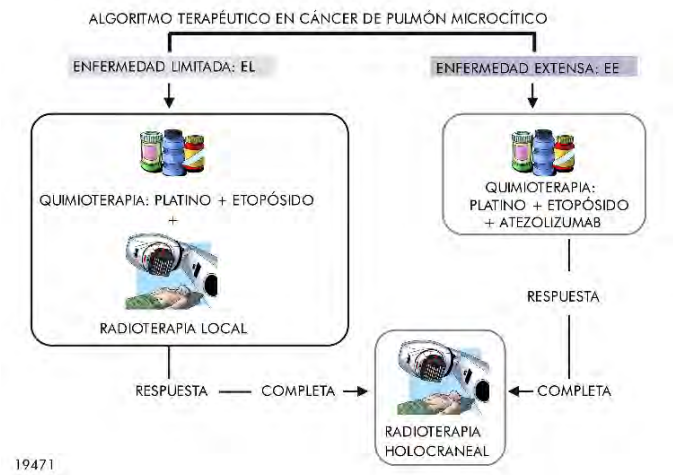
Solución: 4

En el carcinoma microcítico de pulmón la radioterapia se recomienda administrar de forma simultánea con los 2 primeros ciclos de quimioterapia (respuesta 4 correcta).

En caso de "quimio-resistencia" no se administrará quimioterapia, pero **sí radioterapia torácica** (respuesta 1 incorrecta).

La opción 2 se puede descartar por técnicas de test, al haber una palabra categórica (sólo). **No es cierto que el síndrome de vena cava superior sea la única indicación** (respuesta 2 incorrecta).

La radioterapia es más eficaz si se administra de forma simultánea a la quimioterapia en los primeros ciclos, **no después de la quimioterapia** (respuesta 3 incorrecta).



Pregunta 11737: (143) Al mes de tratamiento estándar por una tuberculosis pulmonar, un paciente presenta hiperuricemia en una analítica de control, con un valor de 12 mg/dl (límite alto de la normalidad 7 mg/dl). Está asintomático. ¿Cuál sería su actitud?:

- 1. Retirar toda la medicación.
- 2. Continuar con el mismo tratamiento.
- 3. Retirar la isoniacida.
- 4. Retirar la pirazinamida.

300627 NEUMOLOGÍA Fácil 70%

Solución: 2

Ante una **hiperuricemia asintomática**, no está indicado **suspender la medicación** (respuesta 2 correcta).

Además, la **hiperuricemia asintomática no precisa tratamiento** (es un concepto repeMIR).

En caso de que exista hiperuricemia "antes del tratamiento" no se debe iniciar la Pirazinamida; pero si la desarrolla "después de ponerlo" y la hiperuricemia es asintomática, no precisa retirar el fármaco.

La opción de **retirar toda la medicación** no se debe realizar, puesto que favorecería la aparición de resistencias al tratamiento farmacológico (respuesta 1 incorrecta).

La indicación de **retirar la Isoniacida o la Pirazinamida** aparece ante la elevación de las transaminasas 5 veces (o más) por encima del límite superior (respuestas 3 y 4 incorrectas).

Pregunta 11738: (144) Mujer de 84 años, diagnosticada de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tratamiento con oxigenoterapia domiciliar. Acude a urgencias por empeoramiento de su estado general, fiebre de 39°C, tos y expectoración purulenta de 5 días de evolución. En la exploración física se halla una tensión arteria de 90/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 125 lpm, saturación basal de oxígeno 86 % y frecuencia respiratoria 35 rpm. En la auscultación hay hipofonesis basal izquierda. La analítica muestra 30.000 leucocitos (85 % neutrófilos). En la radiografía de tórax se detecta un gran infiltrado pulmonar apical izquierdo y un derrame pleural moderado ipsilateral. Se realiza una toracocentesis que obtiene un líquido pleural purulento, del que se solicita cultivo. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha y la actitud terapéutica inicial?:

- 1. Neumonía adquirida en la comunidad. Se debe solicitar antigenuria de neumococo y pautar cobertura antibiótica de amplio espectro.
- 2. Derrame pleural a estudio. Se debe realizar una cobertura antibiótica y controles radiológicos seriados.
- 3. Neumonía adquirida en la comunidad y derrame paraneumónico izquierdo. Se debe realizar cobertura antibiótica y esperar a los resultados del cultivo del líquido pleural para valorar la colocación de un drenaje pleural.
- 4. Neumonía adquirida en la comunidad y empiema pleural paraneumónico izquierdo. Se debe realizar cobertura antibiótica, solicitar antigenuria de neumococo y colocar un drenaje pleural izquierdo urgente.

300628 NEUMOLOGÍA Normal 50%

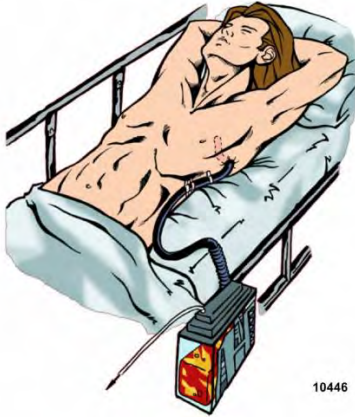
Solución: 4

Se trata de una pregunta repeMIR.

Ante una neumonía con derrame pleural purulento y persistencia de la fiebre tenemos que sospechar que se trata de un **empiema**. El **tratamiento** del empiema consiste en administrar **antibioterapia intravenosa** y colocar un **tubo torácico de drenaje con sello de agua**. Además, en este caso se trata de un paciente con EPOC, cuyas infecciones más frecuentes son por *Haemophilus*, *Neumococo* y *Moraxella*. Por tanto, estaría indicado **solicitar el antígeno de neumococo en orina** (respuesta 4 correcta).

No se debe esperar al resultado del cultivo del líquido pleural para empezar el tratamiento (respuesta 3 incorrecta), puesto que puede tardar más de 48 horas en ser positivo. El tratamiento del empiema se debe realizarlo más precoz posible para mejorar el pronóstico del paciente.

En las opciones 1 y 2 se administra **tratamiento antibiótico; falta el drenaje con tubo intratorácico** y sello con agua (respuestas 1 y 2 incorrectas).



Pregunta 11739: (145) En un paciente asmático con bronquiectasias centrales y sospecha de aspergilosis broncopulmonar alérgica, ¿qué prueba complementaria apoyaría el diagnóstico de esta entidad?:

1. Test del sudor.
2. IgE específica frente a *Aspergillus fumigatus*.
3. IgE específica frente a *Aspergillus niger*.
4. Broncoscopia.

300629 NEUMOLOGÍA

Fácil 85%

Solución: 2

Se trata de una pregunta repeMIR.

La **Aspergilosis Bronco-Pulmonar Alérgica (ABPA)** es una patología producida por *Aspergillus fumigatus*.

Existen una serie de criterios mayores y menores para el diagnóstico de la ABPA. El diagnóstico se realiza por la presencia de 5 criterios mayores o 4 mayores y 2 menores.

Entre los **mayores** están:

- Asma.
- Eosinofilia.
- Eritema
- Ig E específica para *Aspergillus fumigatus*.
- Infiltrados pulmonares por eosinófilos.
- **Reacción inmediata frente al *Aspergillus fumigatus*** (respuesta 2 correcta).
- Bronquiectasias centrales.
- Precipitinas séricas.

Los criterios **menores** son:

- Cultivo de *Aspergillus*.
- Tapones mucosos en el esputo.
- Reacción cutánea semirretardada al *Aspergillus*.

El agente asociado a la ABPA es el *Aspergillus fumigatus*, no el *Aspergillus niger* (respuesta 3 incorrecta).

La **broncoscopia** no aporta datos diferenciales para el diagnóstico de esta entidad (respuesta 4 incorrecta).

El **test del sudor** se emplea para el diagnóstico de la mucoviscidosis, no para la ABPA (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta 11740: (146) Paciente de 59 años procedente del África subsahariana, con episodios frecuentes de disminución de conciencia por enolismo crónico. Consulta por sudación nocturna, tos y fiebre de varias semanas de duración. En la radiografía y en la TC de tórax se observa una lesión cavitada de 3,5 cm de diámetro con un nivel hidroaéreo en lóbulo inferior derecho. ¿Cuál sería la respuesta INCORRECTA?:

1. Es preciso analizar muestras de esputo inducido para descartar tuberculosis.
2. Se debe iniciar un tratamiento empírico con metronidazol.
3. Si en el esputo no se aísla un patógeno específico se presupone la presencia de gérmenes anaerobios.
4. Si sospecha compromiso inmunitario debe realizar de forma inmediata broncoscopia con biopsia o aspiración con aguja guiada por TC.

300630

NEUMOLOGÍA

Normal

42%

Solución: 2

El tratamiento de las infecciones respiratorias por anaerobios se realiza con Amoxicilina-Clavulánico o Metronidazol (es un concepto repeMIR).

Sin embargo, el enunciado de esta pregunta no deja claro que se trate de una **infección por anaerobios**. Efectivamente esa es una opción posible, pero no es la única. También podría tratarse de una **tuberculosis**. Por ese motivo, **no se debe iniciar un tratamiento empírico con Metronidazol hasta no tener claro el diagnóstico** (respuesta 2 correcta).

Ante un cuadro subagudo (semanas) de malestar general, tos, sudoración nocturna y fiebre **hay que descartar tuberculosis**. Para ello se pueden **pedir muestras de esputo inducido** (respuesta 1 incorrecta).

En el caso de que no se aislara un patógeno específico en el esputo se presupondría la existencia de gérmenes anaerobios (respuesta 3 incorrecta).

En pacientes inmunodeprimidos está indicada la realización de una broncoscopia con biopsia o una aspiración con aguja guiada por TAC para llegar al diagnóstico etiológico con mayor celeridad, dada la gravedad del cuadro en este tipo de pacientes (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11741: (147) El cáncer de páncreas localmente avanzado:

1. Es una presentación clínica infrecuente (menor del 10 %).
2. Tiene una supervivencia mediana inferior a 3 meses.
3. Es candidato a quimio-radioterapia neoadyuvante.
4. Es mínimamente sintomático.

300631

DIGESTIVO

ANULADA

La supervivencia a los 5 años en el cáncer de páncreas se sitúa en torno al 5%. Según la extensión del tumor, la supervivencia media es:

- Tumor localizado resecado quirúrgicamente (< 20% de los casos): 12-20 meses.
- **Tumor localmente avanzado (40% de los casos): 6-10 meses** (respuestas 1 y 2 incorrectas).
- Tumor metastásico (30-40% de los casos): 3-6 meses.

El cuadro clínico puede incluir colestasis obstructiva, dolor epigástrico intenso irradiado en cinturón o hacia la espalda, náuseas, astenia, anorexia y pérdida de peso (respuesta 4 incorrecta).

Los tumores localmente avanzados (estadio III) en principio no son resecables: se realiza tratamiento quimioterápico con gemcitabina con o sin radioterapia (respuesta 3 incorrecta).

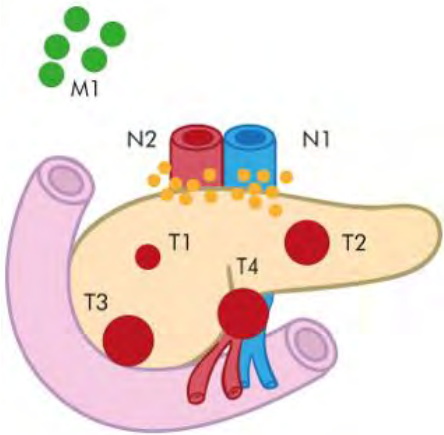
Por tanto, al ser las 4 respuestas incorrectas, anularon la pregunta.

En inicio dieron como válida la opción 3, ya que probablemente preguntaban sobre tumores **border line**.

En los tumores **border line** se realiza quimiorradioterapia para reducir la masa tumoral y valorar posteriormente la resecabilidad quirúrgica. Podría ser que quien realizó esta pregunta se refería como "localmente avanzado" a un tumor **border line**.

Estadio 0	Tis	N0	M0	Tumor in situ
Estadio IA	T1	N0	M0	Tumor intrapancreático < 2 cm
Estadio IB	T2	N0	M0	Tumor intrapancreático > 2 cm
Estadio IIA	T3	N0	M0	Tumor extrapancreático sin afectación de tronco celiaco ni arteria mesentérica
Estadio IIB	T1/T2/T3	N1	M0	Presencia de 1-3 metástasis ganglionares regionales
Estadio III	T4	Cualquier N	M0	Invasión de tronco celiaco o arteria mesentérica superior (TUMOR IRRESECABLE) (MIR)
	T1/T2/T3	N2	M0	Metástasis ≥ 4 ganglios.
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1	Metástasis a distancia

Tumor primario (T)	
T1	Tumor intrapancreático ≤ 2 cm
T2	Tumor intrapancreático 2-4 cm
T3	Tumor > 4 cm
T4	Tumor que afecta al TC, AMS o AHC
Ganglios linfáticos (N)	
N0	Sin afectación ganglionar
N1	Metástasis en 1-3 ganglios
N2	Metástasis en ≥ 4 ganglios
Metástasis a distancia (M)	
M0	Sin metástasis
M1	Existen metástasis



ESTADIO LOCALIZADO (< 20%)	I - II	RESECABLE
ESTADIO LOCALMENTE AVANZADO (40%)	III	IRRESECABLE
ESTADIO METASTÁSICO (30-40%)	IV	IRRESECABLE

TUMOR BORDERLINE (5%): son aquellos cuya extensión local no permite realizar una resección inicialmente, pero sí potencialmente tras tratamiento con RT/QT.
Contactan con AMS = 180°.
Envuelven o comprimen la Arteria Hepática sin alcanzar el tronco celiaco.
Ocluyen el tronco venoso mesentérico-portal en un segmento corto.

Pregunta 11742: (148) Mujer de 72 años sin antecedentes de interés. Tras un cólico renal complicado se encuentra casualmente en la TC abdominal una lesión quística en cola de páncreas de 2 cm, junto con múltiples lesiones quísticas renales bilaterales. La ultrasonografía endoscópica muestra una lesión poliquística formada por múltiples vesículas con calcificación central en cola de páncreas sin conexión con el conducto de Wirsung. El análisis del líquido es compatible con un cistoadenoma seroso. De las siguientes, ¿cuál es la actitud más correcta con respecto al manejo de esta paciente?:

1. Resección quirúrgica (pancreatectomía corporocaudal).
2. Punción guiada mediante ultrasonografía endoscópica y etanolización de la misma.
3. Seguimiento de la lesión mediante RM.
4. Trasplante de riñón-páncreas.

300632 DIGESTIVO Difícil 26%

Solución: 3

El cistoadenoma seroso es una lesión quística benigna de crecimiento lento que afecta mayoritariamente a mujeres (75% de los casos) entre la quinta y la sexta décadas de la vida y se localiza en el cuerpo o cola del páncreas (50-70% de los casos). El 90% son microquísticos, formados por múltiples quistes milimétricos, con una calcificación central, que asemeja un “panal de abeja”. Dado su carácter benigno, no está indicada su resección quirúrgica, a no ser que cause síntomas (respuesta 3 correcta, resto incorrectas).

Pregunta 11743: (149) El diagnóstico del síndrome de intestino irritable es principalmente clínico y se basa en síntomas compatibles y la ausencia de signos o síntomas de alarma. ¿Cuál de los siguientes NO se considera un signo o síntoma de alarma?:

1. Edad de aparición de los síntomas por encima de los 50 años.
2. Pérdida de peso.
3. Sangre oculta en heces positiva.
4. Urgencia defecatoria.

300633 DIGESTIVO Fácil 86%

Solución: 4

Entre los síntomas o signos de alarma que nos harían pensar en una patología orgánica en lugar de en un intestino irritable encontramos:

- Aparición de los síntomas en paciente > 50 años (respuesta 1 incorrecta).
- Cambio del curso clínico (curso progresivo).
- Fiebre.
- Pérdida de peso (respuesta 2 incorrecta).
- Hemorragia gastrointestinal (respuesta 3 incorrecta).

En estos casos debe realizarse una analítica desangre y una colonoscopia.

El aumento de la frecuencia deposicional, disminución de la consistencia de las heces y/o la urgencia defecatoria o incluso incontinencia, son síntomas frecuentes en el síndrome de intestino irritable de predominio diarreico (respuesta 4 correcta).

CRITERIOS DE ROMA IV INTestino IRRITABLE
Dolor abdominal recurrente (que es el síntoma predominante) al menos 1 día por semana (en promedio) en los últimos 3 meses, asociado a dos o más de los siguientes criterios:

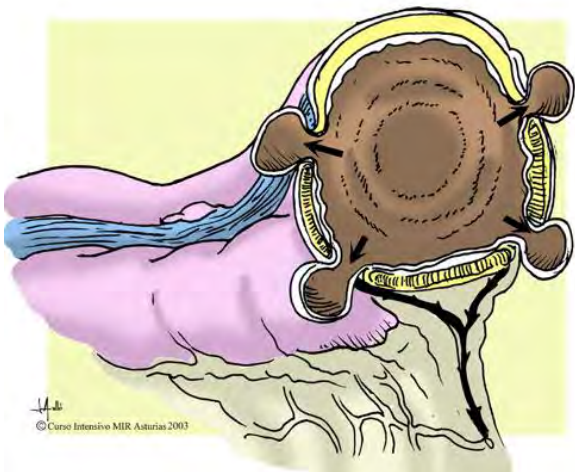
1. Relacionado con la defecación.
 2. Asociado a cambio en frecuencia de las heces.
 3. Asociado a cambios en la consistencia de las heces.
- Los síntomas deben estar presentes durante los últimos 3 meses y haber comenzado al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Pregunta 11744: (150) Varón de 83 años que consulta por un cuadro recurrente de dolor abdominal en fosa iliaca izquierda, acompañado de diarrea de hasta 6 deposiciones al día sin productos patológicos, de 10-15 días de evolución. No refiere fiebre ni afectación del estado general. En una analítica reciente no se observa leucocitosis y presenta una sangre oculta en heces negativa. En la exploración se observa leve dolor a la palpación de fosa iliaca izquierda sin irritación peritoneal. Tiene realizada una colonoscopia hace tres años en la que se informa de divertículos a lo largo de todo el colon, más numerosos en colon izquierdo, sin otras lesiones asociadas. De las siguientes, ¿cuál sería la mejor actitud a seguir?:

- 1. Realizar un tratamiento empírico con antibióticos.
- 2. Solicitar una colonoscopia preferente.
- 3. Solicitar una ecografía abdominal urgente.
- 4. Derivar a cirugía para valorar sigmoidectomía.

300634 DIGESTIVO Dificil 32%

Solución: 1
Nos están describiendo un caso de un paciente de 83 años con un episodio de **diverticulitis aguda**. Se trata de un paciente con enfermedad diverticular que comienza con un episodio agudo de dolor en fosa iliaca izquierda, sin repercusión grave en el estado general (por lo que se descarta complicación del proceso: absceso, peritonitis, etc.). Al ser una persona de edad, la clínica es más insidiosa, y puede estar ausente la fiebre o le leucocitosis. **El tratamiento de elección de un episodio de diverticulitis aguda es la dieta absoluta y antibioterapia (respuesta 1 correcta, 4 incorrecta).**
Ante un episodio de diverticulitis aguda **está contraindicado realizar una colonoscopia (respuesta 2 incorrecta)**. En caso de necesitar un estudio de imagen para confirmar la enfermedad, **la mejor técnica es la TC abdominal (respuesta 3 incorrecta).**



Divertículos de colon

Pregunta 11745: (151) Varón de 43 años sin antecedentes de interés que consulta por un cuadro de diez días de evolución de ictericia de piel y mucosas, coluria y acolia. No refiere dolor abdominal, pérdida de peso ni otra clínica, salvo prurito generalizado. Niega consumo de alcohol. No toma medicación salvo ibuprofeno ocasional por dolores musculares tras actividad deportiva. La analítica muestra una bilirrubina aumentada a expensas de directa. Una ecografía urgente muestra un hígado normal, colesterosis vesicular y ausencia de dilatación de vía biliar, sin otras alteraciones de interés. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. Colangitis aguda por barro biliar.
- 2. Hepatitis tóxica por ibuprofeno.
- 3. Colangiocarcinoma.
- 4. Síndrome de Gilbert.

300635 DIGESTIVO Dificil 14%

Solución: 2
En esta pregunta nos describen un paciente joven con una ictericia por aumento de bilirrubina a expensas de la directa. Por lo tanto, ya podemos descartar un **Síndrome de Gilbert**, que cursa con aumento de bilirrubina indirecta (respuesta 4 incorrecta).

En la ecografía realizada no se ve nada destacable; no presenta dilatación de la vía biliar ni colelitiasis, por lo que podríamos descartar la **colangitis por barro biliar y el colangiocarcinoma (respuestas 1 y 3 incorrecta)**. Además, no presenta clínica compatible con estas patologías: la colangitis suele ir acompañada de dolor y fiebre (la Tríada de Charcot: dolor + fiebre + ictericia), mientras que el colangiocarcinoma podría ir asociado a dolor, pérdida de peso o antecedentes de colangitis esclerosante primaria, por ejemplo.

Esto hace que, teniendo en cuenta los antecedentes de consumo de ibuprofeno que tiene el paciente, el diagnóstico más probable sea una **hepatitis tóxica por ibuprofeno (respuesta 2 correcta)**. El ibuprofeno está demostrado que puede causar un cuadro de hepatitis o hepatitis asociada a colestasis (hepatocanalicular).

Pregunta 11746: (152) Mujer de 79 años hipertensa en tratamiento con olmesartán que acude a consulta por diarrea acuosa de 4 a 6 deposiciones al día desde hace dos meses. Hace tres meses recibió tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos durante 3 semanas por lumbociática. Se realizó gastroscopia y colonoscopia, ambas sin alteraciones macroscópicas. Las biopsias duodenales fueron normales, mientras que en las biopsias de colon se observa un infiltrado inflamatorio crónico de la lámina propia con una banda irregular de colágeno inmediatamente por debajo del epitelio de superficie de la mucosa con un grosor mayor a 10 mm y un número de linfocitos intraepiteliales >20 por cada 100 células epiteliales. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. Colitis microscópica.
- 2. Enteropatía por AINEs.
- 3. Enteropatía asociada a olmesartán.
- 4. Síndrome de intestino irritable.

300636 DIGESTIVO Fácil 71%

Solución: 1
La colitis colágena y la colitis linfocítica son dos entidades incluidas bajo el término genérico de **colitis microscópica**, que describe una forma de enfermedad inflamatoria intestinal con curso crónico y recidivante caracterizada por la tríada:
1. Diarrea acuosa sin sangre, crónica o recidivante.
2. Mucosa colónica macroscópicamente normal.
3. Hallazgos histopatológicos característicos de la mucosa del colon:
a. **COLITIS COLÁGENA:** presencia de una banda irregular de colágeno inmediatamente por debajo del epitelio de superficie de la mucosa del colon, con grosor igual o mayor a 10 µm en la tinción contricrómico (respuesta 1 correcta, resto incorrectas).
b. **COLITIS LINFOCÍTICA:** un número de linfocitos intraepiteliales > 20 por cada 100 células epiteliales y ausencia de engrosamiento de la banda colágena subepitelial (< 10 µm).

Pregunta 11747: (153) Paciente diagnosticado de diverticulitis aguda, tratado con amoxicilina/clavulánico. Al cabo de 5 días comienza con fiebre y diarrea. Se le diagnostica de colitis por Clostridium difficile, se suspende la amoxicilina/ clavulánico y se pauta metronidazol. A los 4 días no ha respondido al metronidazol, pero se encuentra clínicamente estable. El siguiente paso del tratamiento es:

- 1. Cambiar el metronidazol por vancomicina oral (125 mg, cuatro veces al día durante 10 días).
- 2. Cambiar el metronidazol por piperacilina/ tazobactam (4 g de piperacilina/0,5 g de tazobactam cada 8 horas).
- 3. Indicar una colectomía subtotal.
- 4. Realizar una ileostomía en asa con lavado anterógrado de polietilenglicol.

300637 DIGESTIVO Fácil 86%

Solución: 1
La infección intestinal por *C. difficile* produce una diarrea que suele estar relacionada con la asistencia sanitaria (80% de casos). Su incidencia va en aumento sobre todo en el medio hospitalario. La cepa de *C. difficile* BI/NAP1/027 hipervirulenta ha ocasionado gran número de casos de infecciones graves en diversos países. La infección se transmite por ruta fecal-oral.

El principal factor de riesgo para su desarrollo es el uso de antibióticos, como en el presente caso clínico, (sobre todo ampicilina, amoxicilina, clindamicina, cefalosporinas y fluoroquinolonas), seguido de la edad avanzada, la hospitalización y la existencia de una enfermedad grave. Otros factores de riesgo son la cirugía gastrointestinal, la alimentación enteral, la obesidad, la quimioterapia antineoplásica, el trasplante de células madre hematopoyéticas y el contacto con un portador de la infección. El papel de los fármacos inhibidores de la secreción de ácido gástrico es controvertido. El espectro clínico abarca desde formas asintomáticas o diarreas leves hasta cuadros graves con fiebre, dolor abdominal, megacolon tóxico, deshidratación, pérdida de proteínas, hipotensión, leucocitosis, acidosis láctica e insuficiencia renal, que pueden causar la muerte del paciente. El diagnóstico de la infección intestinal por *C.difficile* debe sospecharse ante toda diarrea, o en algunos casos de íleo, en un paciente que ha recibido antibióticos. Inicialmente suele utilizarse pruebas de enzimoinmunoanálisis para detectar antígeno GDH (un enzima presente en cepas toxigénicas y no toxigénicas de *C.difficile*, cuya determinación es muy sensible y económica, aunque poco específica) y toxinas A y B. Reservando las pruebas de PCR para casos discordantes. Sin embargo, en algunos centros se realizan directamente pruebas de PCR, que tienen mayor sensibilidad, aunque algunos casos positivos podrían corresponder a portadores asintomáticos. El cultivo en heces y la demostración de que se trata de una cepa toxigénica constituye el método de referencia, pero requiere cultivo anaeróbico y no se realiza habitualmente en la práctica clínica. El diagnóstico puede establecerse también mediante colonoscopia si se observa una colitis pseudomembranosa en los casos más graves. La diarrea por *C. difficile* requiere la supresión de los antibióticos que se estaban utilizando y el tratamiento con metronizadol, vancomicina o fidaxomicina. Lo indicado como afirma la opción 1, que es la que cabe elegir por ser el siguiente paso en el tratamiento, es suprimir los antibióticos que recibía el paciente y utilizar Vancomicina a dosis de 125 mg por vía oral cada 6 horas durante diez días. Cabría la administración de la misma si no es viable la vía oral, a través de enemas. Esta pauta es válida para pacientes como el que se expone con bajo riesgo de recurrencia. En recurrencias múltiples pueden ser de utilidad la Vancomicina seguida de Rifaximina o Fidaxomicina o trasplante de microbiota fecal. El Bezlotoxumab (Ac. monoclonal frente a toxina B) representa una nueva alternativa.

Pregunta 11748: (154) Hombre de 82 años que acude a urgencias por cuadro de estreñimiento junto con gran distensión abdominal. En la radiología simple de abdomen se observa el signo de grano de café y en el enema opaco el signo de pico de pájaro. El tratamiento, si no existen signos de gangrena o peritonitis, consistirá en primer lugar en:

- 1. Detorsión endoscópica.
- 2. Colectomía segmentaria y Hartmann.
- 3. Colectomía segmentaria y anastomosis colorrectal laparoscópica.
- 4. Detorsión quirúrgica y pexia de sigmoides.

300638 DIGESTIVO Fácil 90%

Solución: 1

La clínica del paciente nos orienta hacia una obstrucción intestinal. Ante una sospecha de obstrucción intestinal, una de las pruebas principales a realizar es la radiografía simple de abdomen: cuando en esta prueba podemos ver la típica imagen en “grano de café” nos encontramos ante un vólvulo de sigma que está provocando la obstrucción.

El tratamiento inicial del vólvulo de sigma es la detorsión endoscópica mediante sigmoidoscopia flexible (respuesta 1 correcta). La descompresión exitosa causa liberación súbita de gas y líquido con evidencia de disminución de la distensión abdominal, lo que permite que la corrección definitiva quirúrgica se lleve a cabo de manera programada (respuestas 2, 3 y 4 incorrectas).

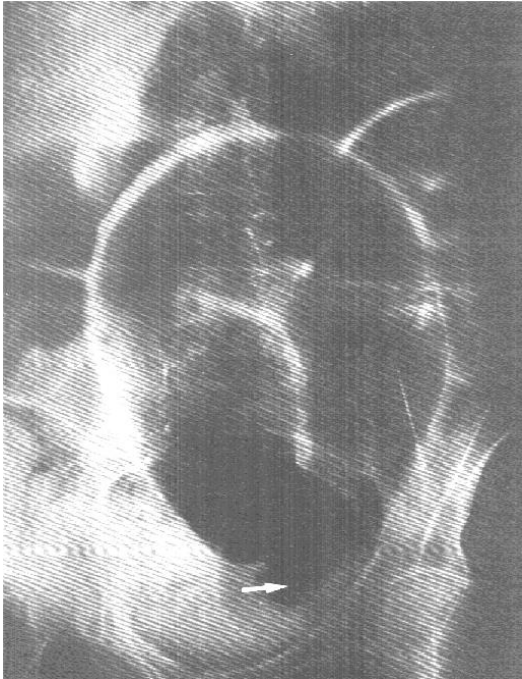
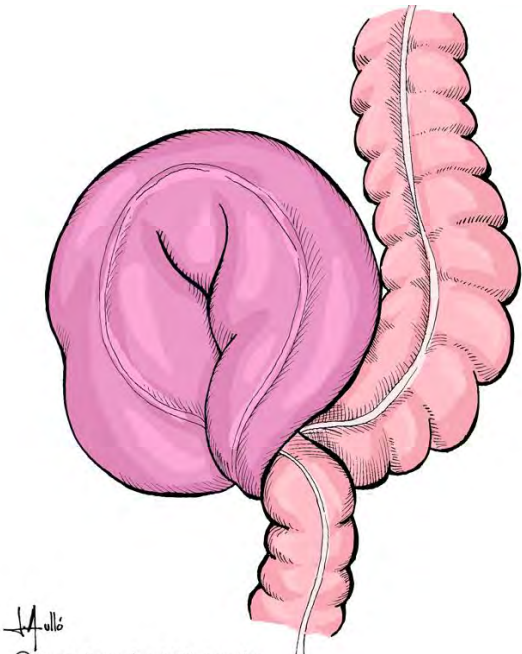


Imagen en “grano de café”



© Curso Intensivo MIR Asturias

Vólvulo de sigma

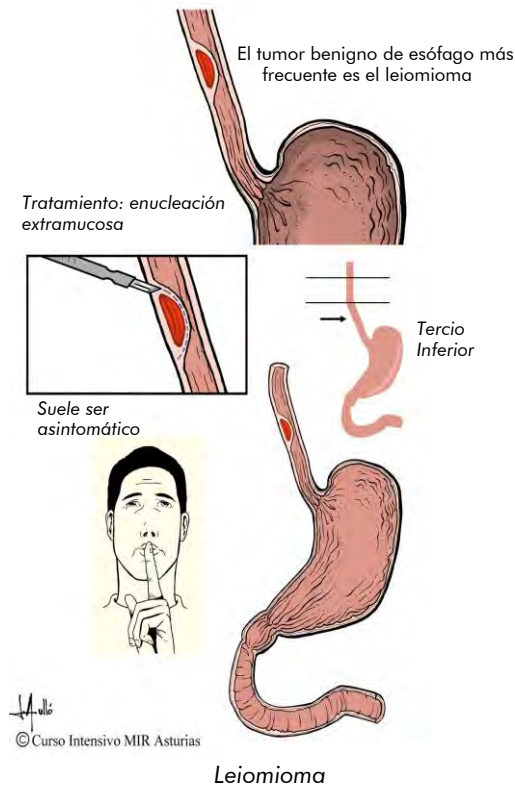
Pregunta 11749: (155) Los tumores benignos más frecuentes del esófago son:

- 1. Los pólipos fibrovasculares.
- 2. Los leiomiomas.
- 3. Los papilomas escamosos.
- 4. Los hemangiomas.

300639 DIGESTIVO Fácil 87%

Solución: 2

Los **leiomiomas** son, con gran diferencia, los tumores benignos más frecuentes del esófago (respuesta 2 correcta, resto incorrectas). Son tumores submucosos que crecen a partir de la capa muscular circular del esófago y que, habitualmente, no provocan síntomas. A veces se manifiestan con disfagia y dolor torácico, sobre todo aquellos con un tamaño superior a 5 cm. En el 80% de los casos se sitúan en el esófago distal. El diagnóstico se realiza mediante examen radiológico y endoscopia. La TC y la ecoendoscopia pueden ser de utilidad. La mayoría de estos tumores benignos no precisan tratamiento: la intervención quirúrgica es necesaria cuando la disfagia es intensa. El tratamiento quirúrgico consiste en la enucleación de la tumoración a través de una toracoscopia, laparoscopia o toracotomía, según su localización.



Pregunta 11750: (156) Paciente de 46 años intervenido hace un año de gastrectomía Bilroth II por úlcera péptica. Presenta un cuadro de dolor epigástrico y hemorragia digestiva alta. En la endoscopia se detectan úlceras tanto en estómago como en intestino delgado. Tras realizar estimulación con secretina IV no se aprecia aumento significativo de gastrina sérica. El cuadro corresponde muy probablemente a:

1. Gastrinoma.
2. Síndrome de antro retenido.
3. Síndrome de asa aferente.
4. Carcinoma de muñón gástrico.

300640 DIGESTIVO Difícil 25%

Solución: 2

En esta pregunta nos describen una recidiva de una enfermedad ulcerosa tras un tratamiento quirúrgico y debemos señalar cuál de las opciones es la causa de dicha recidiva. Como la prueba de estimulación con secretina es negativa, descartamos que se trate de un **gastrinoma** (respuesta 1 incorrecta). El **síndrome del asa aferente** no es causa de recidiva ulcerosa, sino que cursa con un cuadro de dolor abdominal, vómitos biliosos e incluso sobrecrecimiento bacteriano (respuesta 3 incorrecta). El **cáncer del muñón gástrico** es una entidad que puede aparecer a partir de los 15-20 años tras la cirugía, no tras una cirugía reciente (respuesta 4 incorrecta). Dentro de las causas frecuentes de recidiva ulcerosa se encuentran la vagotomía incompleta o el **síndrome del antroretenido** (resección incompleta del antro) (respuesta 2 correcta).

ESTUDIO DE LA HIPERGASTRINEMIA			
SECRECIÓN ACIDA	GASTRINA ALTA		
	Ayunas	Secretina IV	Alimentos
HIPERSECRECIÓN			
Úlcera duodenal (MIR)	N (< 150ng/L)	SC/↓ (MIR)	↑
Sd ZE (MIR)	↑↑↑	↑↑↑ (3MIR)	SC
Hiperplasia células G (MIR)	↑	SC / ↑	↑↑↑
Sd antro retenido (MIR)	N / ↑	↓ (2MIR)	
HIPOSECRECIÓN			
Anemia perniciosa... (MIR)	↑	SC	↑

N: Normal; SC: sin cambios.

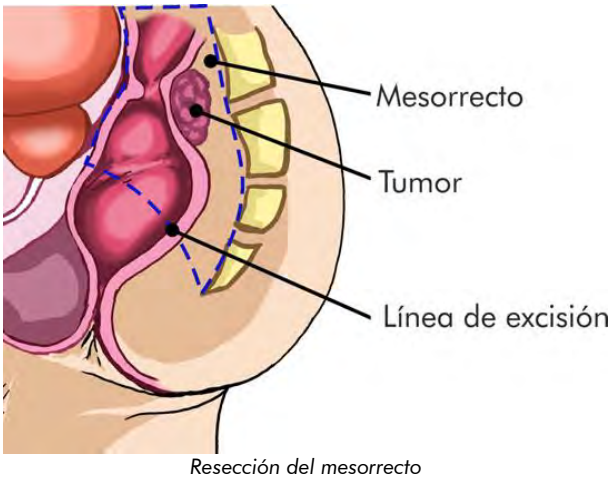
Pregunta 11751: (157) La escisión mesorrectal total junto con resección anterior de recto en el tratamiento del cáncer de recto medio-bajo pretende:

1. Realizar una anastomosis con mayor facilidad.
2. Realizar una anastomosis más baja.
3. Disminuir el número de recurrencias locales.
4. Disminuir el intervalo libre de enfermedad.

300641 DIGESTIVO Fácil 84%

Solución: 3

Cuando el cáncer afecta la mitad inferior del recto, hay que extirpar todo el mesorrecto (que contiene los canales linfáticos que drenan el lecho tumoral) contiguo al recto. Esta técnica, la extirpación mesorrectal total, determina una resección completa del paquete intacto del recto con su mesenterio adyacente, envuelto dentro de la fascia pélvica visceral con márgenes circunferenciales intactos. El uso de la técnica de la **extirpación mesorrectal total** se acompaña de una prolongación significativa de las tasas de supervivencia a 5 años (50-75%), **descenso de las tasas de recidiva local** (del 30 al 5%) y disminución de la incidencia de impotencia y disfunción vesical (del 85% hasta menos del 15%) (respuesta 3 correcta, resto incorrectas).



Pregunta 11752: (158) Mujer de 52 años histerectomizada años atrás por mioma uterino, que consulta por presentar estreñimiento distal y abultamiento en cara posterior vaginal que se incrementa durante las maniobras defecatorias, debiendo introducir un dedo en la vagina para conseguir la defecación. En la exploración se observa rectocele grado III. En la resonancia magnética se observa descenso de la cúpula vaginal junto con el rectocele. El tratamiento quirúrgico más adecuado es:

1. Colporrectosacropexia con malla.
2. Intervención de reforzamiento del tabique rectovaginal por vía transanal (técnica de Khubchandani).
3. Intervención transperineal con colocación de malla en el tabique recto-vaginal.
4. Esfinteroplastia anterior.

300642 DIGESTIVO Normal 38%

Solución: 1

El **rectocele** se trata de la protrusión de la cara anterior del recto sobre la pared posterior de la vagina, que a su vez se prolapsa, en grado variable, hacia el exterior(extroversión). El rectocele se estadifica en la exploración vaginal en grados, de acuerdo con la Sociedad Internacional de Incontinencia, y se considera potencialmente patológico a partir del II grado, es decir, cuando el punto Bp, normalmente situado 3 cm proximal al himen, desciende hasta el nivel del himen o < 1 cm distal a éste (en el grado III éste protruye > 1 cm distal al himen, y el grado IV lo constituye la eversión vaginal completa).

Tratamiento del rectocele asociado a prolapso del compartimiento central vaginal (como es el caso de esta pregunta):

- a) las pacientes con útero e histerocele mayor de un grado II, con rectocele y cistocele, se tratan con histerectomía vaginal y colporrafias anterior y posterior, con o sin TVT. Es importante realizar una plastia de McCall y fijar el vértice vaginal a los ligamentos uterosacros para evitar el descenso de cúpula vaginal posteriormente. En grados menores de histerocele, o en mujeres que desean conservar el útero, se puede preservar el órgano realizando con laparoscopia una (histero) con colpopexia al sacro, sujetando los parametrios a una malla que se fija en el fondo del tabique recto vaginal tras disecarlo completamente; se asocia, simultáneamente, la cirugía que se precise para el compartimiento anterior;
- b) en pacientes histerectomizadas (como es nuestro caso), el defecto del compartimiento central supone el descenso de la cúpula vaginal, que puede llegar a la eversión vaginal completa, y es el rectocele algo secundario. Se prefiere la vía abdominal, mediante colposacropexia laparoscópica con colocación de una malla (respuesta 1 correcta), a la vaginal que se reserva para mujeres afeosas, asociando la cirugía que se precise para el compartimiento anterior.

En caso de rectocele aislado, se puede realizar la reparación vía transvaginal, transanal o transperineal (respuestas 2 y 3 incorrectas).

La esfinteroplastia no es el tratamiento del rectocele (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11753: (159) El tratamiento quirúrgico de elección de la compresión vascular del duodeno, conocida también como síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie, es:

1. La división del ligamento de Treitz.
2. La duodenoyeyunostomía.
3. El cambio de la posición del duodeno.
4. El bypass de la arteria mesentérica superior.

300643 DIGESTIVO Difícil -3% Solución: 2

La compresión vascular del duodeno, conocida también como Síndrome de la arteria mesentérica superior o Síndrome de Wilkie, es un trastorno raro caracterizado por la compresión de la tercera porción duodenal por la arteria mesentérica superior a su paso sobre esta porción duodenal. Los síntomas consisten en náuseas y vómitos profundos, distensión abdominal, adelgazamiento y epigastralgia postprandial. El adelgazamiento suele ocurrir antes de que se manifiesten los síntomas y contribuye al síndrome.

El síndrome afecta más a deportistas jóvenes, sobre todo a mujeres. El diagnóstico se establece mediante una serie baritada del tramo alto del tubo digestivo.

El tratamiento inicial es conservador; el tratamiento quirúrgico de elección es la duodenoyeyunostomía (respuesta 2 correcta, resto incorrectas).

Pregunta 11754: (160) La diabetes insípida central se caracteriza por:

1. Adipsia y orinas hipotónicas.
2. Hipotonicidad plasmática y urinaria, polidipsia y poliuria con nicturia.
3. Respuesta inapropiada a la administración de vasopresina.
4. Natremia en valores altos de la normalidad con hipotonicidad urinaria.

300644 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 72% Solución: 4

La diabetes insípida es una entidad que se caracteriza por la ausencia de ADH (hormona que concentra la orina y diluye el plasma), por lo que el efecto en la orina sería una osmolaridad baja y como compensación aparece un ligero aumento de sodio en plasma (respuesta 4 correcta y 2 incorrecta).

Al realizar el test de Miller para el diagnóstico diferencial de la diabetes insípida con otras entidades, la administración i.v de ADH produce una adecuada respuesta por el relleno de los receptores para la ADH (respuesta 3 incorrecta).

Se caracteriza clínicamente por poliuria y polidipsia, orinas hipotónicas y no adipsia (inapetencia por beber) (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta 11755: (161) La insuficiencia suprarrenal central debida a la supresión del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal por la administración de corticoides:

1. Es la causa más frecuente de insuficiencia suprarrenal.
2. La dosis y la duración de la corticoterapia no se asocian directamente con el riesgo de insuficiencia adrenal tras su suspensión.
3. La administración de corticoides suprime la secreción de ACTH pero no afecta la secreción de CRH.
4. La resolución de la insuficiencia suprarrenal tras corticoterapia crónica se produce 24-48 horas tras la retirada del fármaco.

300645 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 81% Solución: 1

La causa más frecuente de inhibición del eje corticosuprarrenal es debido a la administración de corticoides por vía exógena (respuesta 1 correcta), siendo su uso prolongado y a altas dosis la que por inhibición permanente del eje lleva a una situación de insuficiencia suprarrenal importante (respuesta 1 incorrecta). La administración de corticoides por vía exógena afecta a todo el eje, o sea, al hipotálamo y a la hipófisis, es decir, a la secreción de ACTH y CRH (respuesta 3 incorrecta). La administración crónica de corticoides, por inhibición del eje, hace que la recuperación de la secreción endógena tarde en producirse (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11756: (162) Una vez confirmado un síndrome de Cushing por criterios clínicos y bioquímicos, ¿cuál es la prueba fundamental para averiguar su causa?:

1. Determinación de ACTH plasmática matutina.
2. Prueba de supresión de cortisol con dosis altas de dexametasona.
3. Muestreo de seno petroso inferior y cateterismo venoso selectivo.
4. Resonancia magnética de la región hipotálamo-hipofisaria.

300646 ENDOCRINOLOGÍA Difícil -12% Solución: 1

En el diagnóstico etiológico del Síndrome de Cushing, la primera prueba a realizar es la determinación de ACTH (respuesta 1 correcta), y posteriormente cuando esa hormona está elevada diferenciamos entre origen hipofisario o ectópico con la supresión fuerte con dexametasona entre otras pruebas (respuesta 2 incorrecta).

El muestreo de seno petroso inferior y cateterismo venoso selectivo se utiliza para el diagnóstico de adenoma hipofisario productor de ACTH, cuando por pruebas convencionales de imagen no se ha logrado encontrar, como por ejemplo por RMN hipotálamo hipofisaria (respuestas 3 y 4 incorrectas).

Pregunta 11757: (163) La apoplejía hipofisaria es habitualmente una urgencia endocrinológica. Señale la respuesta correcta:

1. Cursa con sintomatología compresiva, hipopituitarismo e hiperprolactinemia por sección del tallo hipofisario.
2. La oftalmoplejía por afectación de pares craneales remite espontáneamente.
3. En pacientes sin alteración del campo visual es preciso realizar de forma urgente cirugía transesfenoidal descompresiva.
4. El déficit hormonal más frecuente es el de hormona antidiurética.

300647 ENDOCRINOLOGÍA Difícil -12% Solución: 2

La apoplejía hipofisaria es un fenómeno hemorrágico que ocurre en los adenomas hipofisarios, cursando con hipo o panhipopituitarismo, incluyendo el déficit de prolactina (respuesta 1 incorrecta). Según algunas series la oftalmoplejía por afectación de pares craneales es frecuente y en algunos casos revierte espontáneamente (respuesta 2 correcta), pero no todos los autores consideran esta afirmación tan tajante como la de la respuesta 2, por lo que fue una pregunta con posible impugnación, no aceptada.

La alteración leve del campo visual no requiere cirugía sino tratamiento con corticoides a altas dosis (respuesta 3 incorrecta). El déficit hormonal más frecuente es el de gonadotropinas (79%), seguido de ACTH (76%) y TSH (50%). (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11758: (164) En un paciente con diabetes mellitus mal controlada e insuficiencia renal crónica (TFGe 52 ml/min) está recomendado añadir por su beneficio cardiovascular, tras metformina:

1. Sulfonilurea.
2. Insulina basal.
3. Glitazona.
4. Inhibidor de SGLT2.

300648 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 87%
Solución: 4

Las últimas guías en el tratamiento de la diabetes establecen como fármacos que tienen beneficio cardiovascular, en paciente diabético con insuficiencia renal, son los ISGLT2 (respuesta 4 correcta). No hay datos de beneficio cardiovascular para sulfonilurea ni insulina (respuestas 1 y 2 incorrectas). La pioglitazona está además contraindicada en insuficiencia cardíaca (respuesta 3 incorrecta). Dentro de los nuevos fármacos antidiabéticos, la alogliptina y la saxagliptina también estarían contraindicados en insuficiencia cardíaca.

Pregunta 11759: (165) Mujer de 66 años diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 desde hace tres meses. Tiene un IMC de 31 Kg/m2 y presenta mal control glucémico a pesar de realizar un programa de medidas no farmacológicas (alimentación saludable, ejercicio). ¿Cuál de los siguientes fármacos hipoglucemiantes se asocia a aumento de peso y deberíamos evitar en esta paciente?:

1. Metformina (biguanida).
2. Pioglitazona (tiazolidindiona).
3. Canagliflozina (inhibidor del cotransportador 2 de sodio-glucosa- iSGLT2).
4. Liraglutida (agonista del receptor para GLP-1).

300649 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 67%
Solución: 2

La pioglitazona en una tiazolidindiona que favorece el aumento de peso como las sulfonilureas (respuesta 2 correcta). La metformina, primer escalón farmacológico junto con las medidas higiénico-dietéticas en el tratamiento de la diabetes y que tiene efecto anorexígeno (respuesta 1 incorrecta). Los análogos de GLP-1 y los ISGLT2, son nuevos fármacos para el control de la diabetes que tienen efecto sobre la bajada de peso. Siendo liraglutide uno de los fármacos autorizados en el tratamiento de la obesidad (respuesta 3 y 4 correcta).

Pregunta 11760: (166) Paciente de 18 años que consulta por edemas. Se realiza analítica completa que muestra proteinuria de 8 g/día sin microhematuria, hipoalbuminemia e hipercolesterolemia con función renal normal. Se le administran de forma empírica corticoides. Al cabo de un mes, el cuadro clínico ha desaparecido completamente. ¿Cuál es su hipótesis diagnóstica?:

1. Amiloidosis.
2. Nefropatía IgA o enfermedad de Berger.
3. Síndrome de Alport.
4. Nefropatía con cambios mínimos.

300650 NEFROLOGÍA Fácil 93%
Solución: 4

Paciente con un síndrome nefrótico que responde a corticoides, característico de la enfermedad de cambios mínimos (respuesta 4 correcta). El único dato que puede hacernos dudar es la edad del paciente dado que la enfermedad de cambios mínimos es característica de niños de 2 a 6 años. Sin embargo, ocurre en otras edades incluso en ancianos. Si bien la amiloidosis produce síndrome nefrótico, no responde a corticoides (respuesta 1 incorrecta), y no existe ningún dato en el caso clínico que nos haga sospechar amiloidosis primaria (discrasia de células plasmáticas) o amiloidosis secundaria (enfermedad inflamatoria crónica no controlada).

La nefropatía IgA o el síndrome de Alport no se caracterizan por producir síndrome nefrótico ni por responder al tratamiento con corticoides (respuesta 2 y 3 incorrectas).

Pregunta 11761: (167) Ante un paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERC G4, FGe 20 ml/min) conocida, que acude a urgencias por debilidad general y se le detecta una hiperpotasemia grave (K 7 mEq/l) con alteraciones electrocardiográficas. ¿Cuál sería la primera medida a tomar?:

1. Administración de resinas de intercambio catiónico.
2. Colocación de un catéter para iniciar diálisis.
3. Administración de gluconato cálcico endovenoso.
4. Administración de furosemida oral.

300651 NEFROLOGÍA Fácil 94%
Solución: 3

El tratamiento de elección como "primera a medida a tomar" ante una hiperpotasemia grave (potasio > 6 mEq/l) o con cambios en el ECG es el gluconato cálcico para reducir la posibilidad de arritmias malignas (respuesta 3 correcta). Dicho tratamiento no modifica el nivel de potasio en sangre. Para este segundo objetivo, a posteriori y como segundas medidas a tomar se utiliza tratamiento con glucosa + insulina, beta 2 agonistas y bicarbonato; estas medidas pretenden reducir el potasio en sangre al introducirse en el espacio intracelular. Además, se procura hidratación abundante, diuréticos del asa (respuesta 4 incorrecta), eliminar fármacos o alimentos que eleven el potasio, y resinas de intercambio catiónico (respuesta 1 incorrecta). Si a pesar de las medidas previas la hiperpotasemia persiste será necesario dializar (respuesta 2 incorrecta). Por tanto, todas las medidas se pueden usar para el tratamiento de una hiperpotasemia grave, pero la primera a instaurar es el gluconato cálcico intravenoso.

Pregunta 11762: (168) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es propia de una nefritis intersticial aguda?:

1. Frecuentemente está causada por fármacos.
2. La proteinuria suele ser de rango nefrótico.
3. Es frecuente la leucocituria estéril.
4. El diagnóstico definitivo se establece por biopsia renal.

300652 NEFROLOGÍA Fácil 83%
Solución: 2

La nefritis intersticial aguda es un cuadro de fracaso renal agudo muy característico. Suele deberse a una reacción alérgica a nivel del intersticio renal por exposición a algún fármaco (respuesta 1 incorrecta). Cursa con cuadro de fiebre, exantema, artralgias, FRA con eosinofilia en sangre y eosinofilia en orina (leucocituria) (respuesta 3 incorrecta). La inflamación tubulointersticial puede producir oliguria o diuresis preservada. Si bien el diagnóstico se suele hacer por el contexto clínico, el diagnóstico definitivo lo aporta la biopsia renal con la demostración del infiltrado tubulointersticial leucocitario con predominio eosinófilo (respuesta 4 incorrecta). El tratamiento consiste en retirar el fármaco que lo ha producido y corticoides. Esta enfermedad, si bien puede presentar cierto grado de proteinuria, esta será discreta, y dado que no afecta predominantemente al glomérulo, la proteinuria no debería ser nefrótica (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11763: (169) ¿Cuál de los siguientes iones urinarios favorece la formación de litiasis urinaria?:

1. Citrato.
2. Magnesio.
3. Sodio.
4. Sulfato.

300653 NEFROLOGÍA Difícil -27%
Solución: 3

El citrato, el magnesio o la proteína de Tamm Horsfall son sustancias endógenas protectoras frente a la formación de litiasis (respuestas 1 y 2 incorrectas). Hasta tal punto que se utiliza el citrato oral como parte del tratamiento preventivo de formación de litiasis en determinados pacientes. El papel del sulfato como sustancia protectora está en discusión, pero no favorece las litiasis (respuesta 4 incorrecta).

El sodio en sí mismo no produce litiasis, pero el exceso de sodio en la ingesta se acompaña de elevado sodio a nivel urinario. En el túbulo distal, si bien no comparte transporte con el calcio, tienen una reabsorción competitiva, de manera que el exceso de sodio, al reabsorberse, favorece que no se reabsorba el calcio y aparezca hipercalcemia. Este mecanismo explica la hipercalcemia de los diuréticos del asa. Por ello, la dieta rica en sodio suele llevar asociado un incremento en la calciuria y riesgo de litiasis (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11764: (170) En una de las siguientes condiciones, la bacteriuria asintomática NO requeriría ser tratada:

- 1. Niños menores de 5 años con reflujo vesicoureteral.
- 2. Pacientes mayores dependientes institucionalizados.
- 3. Pacientes neutropénicos.
- 4. Pacientes a los que se les ha de realizar una exploración endoscópica o quirúrgica de la vía urinaria.

300654 NEFROLOGÍA Fácíl 85%

Solución: 2

Según las recomendaciones, la bacteriuria asintomática no debería ser tratada (ni buscada) en aquellos pacientes en los que la colonización bacteriana es muy probable y el tratamiento de esta aumentaría el riesgo de resistencias a antibióticos, especialmente en mujeres post menopáusicas, pacientes portadores de catéteres urinarios y pacientes mayores dependientes institucionalizados (respuesta 2 correcta).

Como norma general, se suele tratar a aquellos pacientes con bacteriuria asintomática donde, de producirse una infección por estas bacterias colonizadoras, tendría altas probabilidades de convertirse en una infección complicada, como, por ejemplo: pacientes embarazadas, neutropénicos (respuesta 3 incorrecta), pacientes que van a ser sometidos a una exploración o cirugía en la que se cortará el ureter (respuesta 4 incorrecta). En niños con reflujo el tema es controvertido; aunque se deben evitar infecciones urinarias en niños con reflujo vesico ureteral, no está del todo claro que en el seguimiento de esta enfermedad haya que realizar cultivos seriados para tratar detectar colonizaciones y tratarlas (respuesta 1 incorrecta). En cualquier caso, si bien esta opción puede ser dudosa, existe consenso amplio en que NO debe tratarse la bacteriuria asintomática en ancianos y pacientes sondados, y por tanto debe primar esta opción (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11765: (171) La causa más frecuente de neutropenia grave (<500 neutrófilos/microlitro) es:

- 1. Secundaria a enfermedades autoinmunes.
- 2. Primaria por leucemia aguda.
- 3. Iatrogénica por administración de medicamentos.
- 4. Debida al hiperesplenismo desarrollado en las infecciones.

300655 HEMATOLOGÍA Fácíl 75%

Solución: 3

La neutropenia se define por un recuento de granulocitos neutrófilos en sangre inferior a $1,5 \times 10^9/L$ ($1,8 \times 10^9/L$ según la OMS).

Según la intensidad pueden clasificarse como:

- Leve: 1000 a 1500 (1 a $1,5 \times 10^9/L$)
- Moderado: 500 a 1000 ($0,5$ a $1 \times 10^9/L$)
- Grave: < 500 (< $0,5 \times 10^9/L$)

Pueden clasificarse etiológicamente en congénitas y adquiridas (las más frecuentes), y estas últimas a su vez en primarias y secundarias.

La causa más frecuente de neutropenias graves adquiridas son los fármacos (respuesta 3 correcta). Son de comienzo brusco y provocan una desaparición selectiva y prácticamente absoluta de los neutrófilos de la sangre, acompañándose con frecuencia de infecciones de mucosas.

Otras causas dentro de las adquiridas son: infecciones, déficit nutricional, inmune, asociada a enfermedades metabólicas, tumorales, hiperesplenismo...

Pregunta 11766: (172) Una mujer de 19 años, con antecedentes familiares de anemia, presenta datos de anemia hemolítica crónica, Coombs directo negativo. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:

- 1. Esferocitosis hereditaria.
- 2. Déficit de piruvatoquinasa eritrocitaria.
- 3. Betatalasemia mayor.
- 4. Hemoglobinuria paroxística nocturna.

300656 HEMATOLOGÍA Fácíl 70%

Solución: 1

Nos hablan de una chica joven con anemia no inmune y antecedentes familiares, por lo que deberíamos de pensar en alguna causa congénita. Por ese motivo deberíamos de descartar la hemoglobinuria paroxística nocturna, que es adquirida (respuesta 4 incorrecta). El resto de las opciones son enfermedades congénitas.

La Betatalasemia mayor es la anemia hemolítica más grave, con sintomatología muy florida que comienza a los pocos meses del nacimiento por lo que no sería una opción a sospechar inicialmente (respuesta 3 incorrecta).

El déficit de piruvatoquinasa es una enfermedad muy muy muy muy muy infrecuente y por lo tanto es difícil de escoger esta opción, salvo que ninguna de las otras coincida con el caso clínico (respuesta 2 incorrecta). Además, es de herencia recesiva por lo que no esperamos que presente familiares con la enfermedad.

La Esferocitosis hereditaria es la anemia hemolítica congénita más frecuente no esferocítica en países desarrollados (respuesta 1 correcta). Se hereda habitualmente de forma autosómica dominante y casi siempre se presenta de forma asintomática o con leve clínica de anemia poco llamativa +/- mínima esplenomegalia +/- subictericia.

Pregunta 11767: (173) Mujer de 70 años que acude a urgencias por astenia. En el examen físico destaca palidez cutáneomucosa con subictericia conjuntival y un soplo pansistólico audible en todos los focos. Analíticamente destaca hemoglobina 8 g/dl, VCM 100 fl, LDH 900 U/L, haptoglobina indetectable y bilirrubina total 3.5 mg/dl. Se solicitó la determinación de una prueba inmunohematológica. Señale la respuesta correcta:

- 1. El diagnóstico más probable es el de saturnismo; debemos solicitar plomo en orina de 24 horas.
- 2. Se trata de una anemia hemolítica; para determinar su naturaleza debemos solicitar una electroforesis de hemoglobinas.
- 3. Se trata de una anemia hemolítica; debemos solicitar un test de Coombs directo, que determina la presencia de IgG y/o la fracción C3 del complemento sobre la membrana del hematíe.
- 4. Se trata de una anemia hemolítica; debemos solicitar un test de Coombs directo, que determina la presencia de IgG libre en plasma.

300657 HEMATOLOGÍA Fácíl 77%

Solución: 3

El cuadro clínico y analítico nos hace sospechar sin lugar a duda de una anemia hemolítica: anemia, LDH y bilirrubina elevadas con haptoglobina indetectable por lo que el siguiente paso a seguir es solicitar el test de Coombs para saber si se trata de una hemólisis inmune o no inmune (respuestas 1 y 2 incorrectas). Si este es positivo, podemos determinar el test directo que determina la presencia de anticuerpos sobre la membrana de los hematíes o el indirecto, que determina si dichos anticuerpos se encuentran libres en plasma sin adherirse a la superficie de los hematíes (respuesta 3 correcta y 4 incorrecta).

Pregunta 11768: (174) Una de las siguientes consecuencias NO se puede atribuir directamente al síndrome de inmovilidad en el paciente mayor:

- 1. Insuficiencia cardíaca.
- 2. Hipotensión ortostática.
- 3. Impactación fecal.
- 4. Neumonía aspirativa.

300658 GERIATRÍA Fácíl 77%

Solución: 1

El síndrome de inmovilidad en el paciente mayor puede acarrear una serie de consecuencias: Alteraciones del metabolismo (balance cálcico y nitrogenado negativo, alteración de la tolerancia a la glucosa y modificaciones farmacocinéticas), alteraciones cardiopulmonares (alteración de reflejos vasculares, disminución del volumen plasmático predisponiendo a **hipotensión postural**, tromboflebitis, tromboembolismo pulmonar y **neumonía por aspiración**) (respuestas 2 y 4 incorrectas), alteraciones gastrointestinales y genitourinarias (estreñimiento, **impactación fecal**, incontinencia urinaria y/o fecal) (respuesta 3 incorrecta). La **insuficiencia cardíaca** (respuesta 1 correcta) NO se puede atribuir directamente a dicho síndrome de inmovilidad.

Pregunta 11769: (175) Un varón de 75 años, en buen estado de salud y que podría ser considerado como robusto, consulta para solicitar información sobre la utilización de algún tipo de tratamiento para mantenerse con buen estado de salud y físico. ¿Cuál sería la mejor recomendación para este paciente?:

- 1. Hormona de crecimiento.
- 2. Testosterona.
- 3. Vitamina D.
- 4. Ejercicio físico regular.

300659 GERIATRÍA Fácil 99%

Solución: 4

NO HAY DUDAS. MENOS PASTILLA Y MÁS ZAPATILLAS - EJERCICIO FÍSICO REGULAR (respuesta 4 correcta). Según el PAPPS (recomendaciones para la prevención de caídas en la población geriátrica), se aconseja la **práctica de ejercicio físico de modo grupal o individual**, trabajando sobre todo el **balance muscular y el equilibrio**. Asimismo, según el PAPPS, la administración de la **vitamina D** (respuesta 3 incorrecta) tiene una efectividad desconocida, aunque podría ser útil si hay niveles bajos de vitamina D. En el paciente de este caso clínico, no tendría ninguna utilidad la administración de **hormona de crecimiento** (respuesta 1 incorrecta) ni de **testosterona** (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11770: (176) Una mujer de 25 años acude a urgencias acompañada de una amiga relatando que ha sido víctima de una agresión sexual hace 4 horas. La paciente se encuentra muy afectada, contestando a sus preguntas de forma incongruente, con lentitud y sin ser capaz de recordar cómo se ha producido la agresión. Sus constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura) son normales. ¿Cuál de las siguientes actuaciones sería INCORRECTA?:

- 1. Contactar con el juzgado de guardia.
- 2. Realizar de inmediato una exploración ginecológica con toma de citología cervical.
- 3. Administrar 500 mg de ceftriaxona intramuscular, 1 g de azitromicina vía oral y 2 g de tinidazol vía oral en dosis únicas.
- 4. Administrar 1500 mg de levonorgestrel vía oral en dosis única.

300660 MEDICINA LEGAL

ANULADA

El término violencia doméstica o violencia de género define las agresiones que se producen en el ámbito privado y en el que el agresor mantiene o ha tenido una relación de pareja con la víctima. Es un importante problema de salud, con intensa repercusión social. El caso clínico descrito corresponde a una mujer joven que ha sido víctima de agresión sexual hace 4 horas. Se debería **administrar ceftriaxona, azitromicina y tinidazol** (respuesta 3 incorrecta) para hacer cobertura preventiva de ETS, administrar **Levonorgestrel** vía oral en dosis única (anticonceptivo oral de emergencia), pero la dosis establecida de Levonorgestrel en todos los protocolos es de **1,5 mg; no 1500 mg**, según ficha técnica del producto (la dosis que oferta la opción 4 es totalmente desproporcionada) (respuesta 4 correcta) y asimismo realizar **un parte judicial** (respuesta 1 incorrecta). Sería adecuado realizar **con posterioridad (no de forma inmediata) una exploración ginecológica con toma de exudado vaginal** (respuesta 2 correcta). Por todo ello, al haber 2 respuestas correctas, la pregunta fue anulada.

Pregunta 11771: (177) En la TC de abdomen con contraste intravenoso realizada para estudio de pancreatitis crónica, ¿cuál de los siguientes hallazgos es típico de esta enfermedad?:

- 1. Ensanchamiento del marco duodenal.
- 2. Áreas focales de necrosis pancreática.
- 3. Aumento en el realce glandular en fase arterial.
- 4. Dilatación de conducto pancreático.

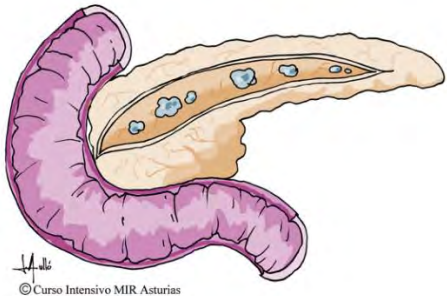
300661 DIGESTIVO Difícil 17%

Solución: 4

Las alteraciones que se describen en las pruebas de imagen en la pancreatitis crónica son:

- Calcificaciones parenquimatosas difusas.
- Calcificaciones ductales.
- Lobularidad del parénquima.
- Atrofia glandular.
- **Dilatación del conducto principal y ramas secundarias** (respuesta 4 correcta, resto incorrectas).
- Estenosis o irregularidad del conducto principal.

Los hallazgos más específicos son las calcificaciones parenquimatosas y ductales difusas, y la dilatación irregular del conducto principal y de las ramas secundarias.

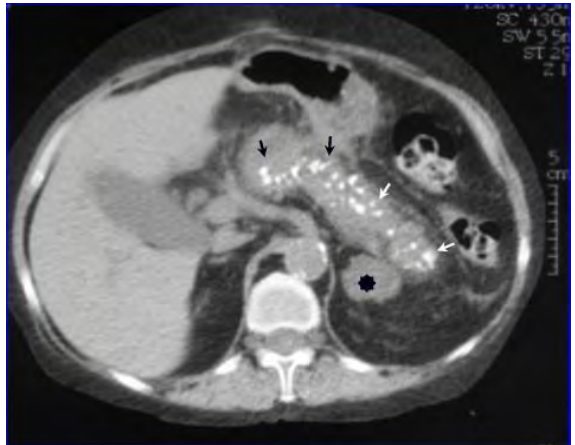


© Curso Intensivo MIR Asturias

Pancreatitis crónica



Pancreatitis crónica, con dilatación del conducto de Wirsung y pseudoquistes de cabeza



TC abdominal de un paciente con pancreatitis crónica. El páncreas está engrosado y presenta numerosas calcificaciones en su interior (flechas). Incidentalmente se observa un nódulo suprarrenal izquierdo (asterisco).

Pregunta 11772: (178) En relación con la encefalitis por anticuerpos antirreceptor de N-metil-D-Aspartato (NMDAR) señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. En adolescentes predominan las manifestaciones psiquiátricas.
- 2. En algunos casos puede ocurrir tras una infección por virus herpes simple 1.
- 3. No afecta a niños menores de 1 año de edad.
- 4. El diagnóstico se establece al demostrar la presencia de anticuerpos anti-NMDAR en el LCR y el suero.

300662 NEUROLOGÍA Fácil 69%

Solución: 3

La encefalitis por anticuerpo antiNMD suele afectar a mujeres jóvenes, que comienzan el cuadro por alteraciones psiquiátricas, seguidas por movimientos anormales y posteriormente cuadro encefalítico. Hay múltiples casos escritos después de una infección por VHS-1 y el diagnóstico se establece con la presencia de Ac antiNMDA en LCR o suero en casos compatibles (respuesta 1,2 y 4 incorrectas).
Puede afectar también a menores de un año, aunque no es una edad frecuente (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11773: (179) Mujer de 32 años con síndrome de neoplasia endocrina múltiple de tipo 2A (MEN-2A) y portadora de una mutación en RET. En una ecografía de cuello se identifica un nódulo hipocogénico de 6 mm con calcificaciones en su interior. Se decide tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar cervical. En el estudio macroscópico se identifican un total de tres nódulos, dos en el lóbulo derecho de 5 y 6 mm, y uno en el lóbulo izquierdo de 4 mm. En el estudio microscópico las tres lesiones están constituidas por una proliferación uniforme de células redondeadas que se disponen con un patrón sólido y se acompañan de calcificaciones y de depósitos de amiloide. Los núcleos no son claros, ni muestran hendiduras, ni pseudoinclusiones. La tinción inmunohistoquímica para sinaptofisina es positiva. En el vaciamiento ganglionar cervical se identifican metástasis. ¿Cuál es el diagnóstico anatomopatológico de las lesiones identificadas en la tiroidectomía total?:

- 1. Carcinoma medular multifocal.
- 2. Carcinoma papilar multifocal.
- 3. Carcinoma folicular.
- 4. Hiperplasia de células parafoliculares.

300663 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 93%

Solución: 1

Dentro de los tumores de tiroides, el asociado a la mutación RET es el medular, en el que además es característica la presencia de sustancia amiloide (respuesta 1 correcta).
El carcinoma papilar es el cáncer de tiroides más frecuente y con mejor pronóstico, que cuando aparece en pacientes que han tenido radiación por otro motivo en la zona tiroidea, suele ser multifocal y que además tiene como características las células de Annie (respuesta 1 incorrecta).
Las variantes con células de Hurle es característica del cáncer folicular de tiroides (respuesta 3 incorrecta).
La hiperplasia de células foliculares es una entidad precursora del cáncer medular de tiroides, y en la pregunta que nos plantean no es posible por la clínica que nos relatan de un claro cáncer medular de tiroides (respuesta 4 incorrecta).

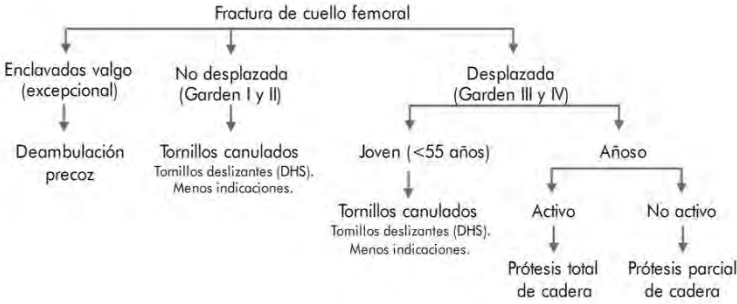
Pregunta 11774: (180) Paciente de 25 años de edad, que sufre un accidente de moto un viernes por la noche. Es trasladado a urgencias y diagnosticado de traumatismo abdominal (eco-fast negativa), un traumatismo craneal leve (Glasgow = 14) y una fractura intracapsular desplazada de cadera derecha. Hemodinámicamente está estable. ¿Cuál sería el tratamiento de elección?:

- 1. Reducción, abierta si se precisa, y osteosíntesis de la fractura en las primeras 24-36 horas.
- 2. Artroplastia total de superficialización de la cadera el lunes de forma programada.
- 3. Esperar a que mejore del traumatismo craneal y programar la semana siguiente una cirugía reglada consistente en la reducción y osteosíntesis de la fractura.
- 4. Ante el riesgo de no consolidación de estos tipos de fractura le implantaría de urgencias una hemiarthroplastia bipolar de cadera.

300664 TRAUMATOLOGÍA Fácil 86%

Solución: 1

CONCEPTO REPETIDO.
El tratamiento de elección de una fractura desplazada de cuello de fémur en un sujeto joven es la reducción y osteosíntesis con tornillos canulados habitualmente. El tratamiento debe realizarse en las primeras 48 horas si no hay contraindicación para la cirugía (respuesta 1 correcta) (respuesta 2 incorrecta).
La artroplastia total de cadera está indicada en sujetos añosos activos y también debe realizarse en las primeras 48 horas. (respuesta 2 incorrecta).
La hemiarthroplastia bipolar de cadera se indica en sujetos añosos con poca demanda funcional. (respuesta 4 incorrecta).



CAPÍTULO	RECOMENDACIÓN	REFERENCIAS
FRATURAS CADERA	No demorar la cirugía de la fractura de cadera del anciano más de 48 horas en ausencia de contraindicación médica formal.	Año: 2016. Sociedad Española de Traumatología y Cirugía Ortopédica (SECOT)

Pregunta 11775: (181) Una paciente de 33 años, no fumadora, con antecedentes de neumotórax en dos ocasiones, acude a la consulta por disnea progresiva. La Rx de tórax muestra un derrame pleural izquierdo que ocupa 1/3 del hemitórax y múltiples imágenes quísticas distribuidas de forma regular por ambos pulmones. En la espirometría presenta un FEV1/FVC del 64 % y un test de difusión con una TLCO del 50 %. Señale el diagnóstico más probable:

- 1. EPOC.
- 2. Histiocitosis X.
- 3. Malformación adenoide quística.
- 4. Linfangioleiomiomatosis.

300665 NEUMOLOGÍA Fácil 81%

Solución: 4

El diagnóstico de EPOC requiere la presencia de síntomas y el antecedente de tabaquismo. Se necesita un consumo elevado (IPA >10) para que se desarrolle esta entidad. El enunciado de la pregunta muestra una **mujer no fumadora** por lo que no puede aceptarse dicho diagnóstico (respuesta 1 incorrecta).
La **Histiocitosis X** es típica de varones (respuesta 2 incorrecta).

La **malformación adenoide quística** es una anomalía del desarrollo pulmonar caracterizado por la dilatación anormal de las estructuras terminales que dan origen a quistes. Esta entidad no justificaría la presencia de derrame pleural (respuesta 3 incorrecta).

La **linfangioleiomiomatosis** es una patología exclusiva de mujeres que cursa con neumotórax y quilotórax de repetición. Se trata de una patología intersticial con volúmenes conservados y puede aparecer con patrón obstructivo y/o restrictivo (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11776: (182) Una recomendación de clase I en una guía de práctica clínica significa que:

- 1. Está basada en evidencias científicas procedentes de ensayos clínicos.
- 2. Hay evidencia o acuerdo de que seguir la recomendación tiene más beneficios que perjuicios para los pacientes.
- 3. Todos los pacientes en que se siga la recomendación van a mejorar su nivel de salud.
- 4. Que la intervención recomendada tiene alto coste.

300666 MEDICINA PREVENTIVA Dificil 9%

Solución: 2

En la Medicina basada en la evidencia, a la hora de clasificar la calidad de la evidencia disponible sobre una intervención, se valoran por un lado el nivel de la evidencia y por otro la clase o fuerza de recomendación. La clase de recomendación en la evaluación de la evidencia no tiene que ver con el tipo de estudio, sino que expresa un balance riesgo/beneficio.

El nivel de evidencia sí tiene en cuenta el tipo de estudios disponibles. Cuando hablamos de un nivel de evidencia I es aquella que se obtiene a partir de **ensayos clínicos** o metaanálisis (respuesta 1 incorrecta).

En cambio, la **recomendación de clase I** se aplica en trastornos en los que hay evidencia y/o acuerdo general respecto a que el procedimiento/ tratamiento resulta beneficioso, útil y eficaz (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11777: (183) Varón de 37 años presenta astenia, febrícula (37,6°C) y pérdida de peso de unos 5 kg de 2 meses de evolución. En las 2 últimas semanas se añaden parestesias urentes e hipoestesia en las cuatro extremidades, así como lesiones purpúricas palpables no dolorosas en ambas piernas y pies. La presión arterial, la función renal y el sedimento de orina son normales. ¿Cuál sería la prueba complementaria para confirmar el diagnóstico más probable?:

- 1. Una ecografía-Doppler de las arterias renales para el diagnóstico de una arteritis de Takayasu.
- 2. Una biopsia cutánea tipo "punch" (sacabocados) para el diagnóstico de una poliarteritis nodosa.
- 3. La detección de crioglobulinas circulantes para el diagnóstico de una vasculitis crioglobulinémica.
- 4. Una biopsia renal para el diagnóstico de una vasculitis por IgA.

300667 REUMATOLOGÍA Dificil 4%

Solución: 3

La **vasculitis crioglobulinémica** (respuesta 3 correcta) es una enfermedad caracterizada por la presencia de crioglobulinas circulantes. Las manifestaciones clínicas consisten en **púrpura palpable**, artralgias o artritis y astenia, que ocurren en el 90-100% de los pacientes. La **neuropatía periférica** clínicamente manifiesta o subclínica se halla presente en el 50-70% de los casos. En un 40-80% de los pacientes existe una glomerulonefritis membranosa proliferativa difusa, con depósitos de crioglobulinas y complemento, con frecuencia leve, pero que puede conducir a la insuficiencia renal. La afección gastrointestinal y pulmonar es rara, pero potencialmente grave. La **arteritis de Takayasu** no suele dar manifestaciones cutáneas (respuesta 1 incorrecta). La ausencia de afectación renal hace improbable el diagnóstico de **vasculitis IgA** (respuesta 4 incorrecta). La **poliarteritis nodosa** suele cursar con hipertensión arterial y afectación renal (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11778: (184) A un paciente ingresado por una micosis sistémica oportunista se le prescribe un fármaco antifúngico de índice terapéutico estrecho. La forma activa del fármaco se excreta sin metabolizar por orina en un 60 %. El paciente sufre una insuficiencia renal grave, con un aclaramiento de creatinina de 20 ml/min. Si la pauta de dosificación habitual del antifúngico es de 40 mg/kg/10 h, ¿cuál de las siguientes pautas es más adecuada?:

- 1. 40 mg/kg/10 h (no se requiere ajuste de dosificación).
- 2. 30 mg/kg/10 h (solo se reduce la dosis a 30 mg/kg).
- 3. 30 mg/kg/20 h (se reduce la dosis a 30 mg/kg y se alarga el intervalo interdosis a 20 h).
- 4. 40 mg/kg/20 h (solo se alarga el intervalo interdosis a 20 h).

300668 FARMACOLOGÍA Dificil -4%

Solución: 4

El régimen posológico descrito en la pregunta se asemeja al que presenta la **flucitosina**. Conociendo ese dato, se trata de un antifúngico que **se ajusta a función renal alargando el intervalo interdosis** (respuesta 4 correcta).

Con otros antifúngicos **no se requiere ajuste de dosis** como con la **caspofungina** (respuesta 1 incorrecta), con otros se **reduce la dosis** como con la **anfotericina** (respuesta 2 incorrecta) y con **otros ambas estrategias** son posibles (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11779: (185) En un paciente de quien se conoce que tenía hace unos años un Mantoux negativo se produce un viraje del mismo. La primera reacción:

- 1. Es un verdadero negativo.
- 2. Es un falso negativo.
- 3. Es un verdadero positivo.
- 4. Es un falso positivo.

300669 NEUMOLOGÍA Dificil 14%

Solución: 1

El **viraje** del Mantoux se refiere a un paciente con resultado positivo que, previamente, tenía un resultado negativo.

En el "**fenómeno de Booster**" (positivización del Mantoux 7 – 10 días después de un resultado negativo) el primer resultado (negativo) es un falso negativo.

Sin embargo, en este enunciado no se especifica el tiempo de separación entre el primer resultado (negativo) y el segundo (positivo). Por tanto, se presupone que hablamos de una "**verdadera seroconversión**" (o un viraje ocurrido meses o años después del resultado previo (no de un efecto Booster)).

Por tanto, el primer Mantoux (negativo) será un **verdadero negativo** (respuesta 1 correcta, 2, 3 y 4 incorrectas) y el segundo (positivo) un **verdadero positivo**.

El enunciado de la pregunta debería aportar el dato del tiempo de separación entre ambas pruebas para que no hubiera ningún tipo de duda acerca de la respuesta.



Conceptos clave MIR 2020

1. El **láser** utilizado en los desgarros retinianos es el argón.
2. Los **nódulos vocales**, son lesiones lisas, de pequeño tamaño, no pediculadas, que se localizan en la unión del tercio anterior y los dos tercios posteriores de AMBAS cuerdas vocales. (4MIR+)
3. El **tumor GIST** expresa c-KIT y DOG1. (5MIR+)
4. En la **infección por VHS** aparecen inclusiones intranucleares víricas. (2MIR+)
5. Los **bastones de Auer** son típicos de las leucemias agudas de estirpe mieloide. (2MIR+)
6. El **amiloide** es un material hialino y homogéneo.
7. El **timoma** tiene componente epitelial que se tiñe con tinción para citoqueratinas.
8. La **miopatía necrosante inmunomediada** cursa con Ac anti-HMG-CoA+ tras la toma de arroz rojo.
9. **Carcinoma basocelular** = pápala perlada con telangiectasias en superficie y crecimiento lento.
10. **Psoriasis en placas** = placas eritematosas bien delimitadas, con descamación plateada en superficie, localizadas en superficies de extensión.
11. En el estudio de las **neoplasias broncogénicas**, el PET demuestra un aumento de la captación a nivel del tumor, en las adenopatías, las metástasis y la vejiga (esta última, por eliminación del radiofármaco).
12. El **bocio tóxico multinodular** es un estado de tirotoxicosis con hiperfunción tiroidea.
13. **Dissección aórtica**: dolor súbito retroesternal + flap en angioTC con contraste. (19MIR+)
14. El **granuloma eosinófilo** es una lesión monostótica con afectación craneal con dolor y tumefacción local.
15. **Teratomas**: derivan de las 3 hojas blastodérmicas. Puede contener cualquier tejido. La mayoría están calcificados. Se localizan en ovario o mediastino anterior. (6MIR+)
16. El **signo del halo, las cavitaciones y el signo del menisco aéreo o media luna** son característicos de la aspergilosis invasiva. (5MIR+)
17. Adulto con lesiones quísticas múltiples a nivel renal y hepático = poliquistosis del adulto. (8MIR+)
18. La **puntuación CURB-65** tiene en cuenta la confusión, la urea, la frecuencia respiratoria, la presión sanguínea y la edad. (6MIR+)
19. **Patología de cadera + 3-9 años** = coxitis transitoria o enfermedad de Perthes. (6MIR+)
20. **Fractura troncantérea de fémur** = tornillo deslizante o clavo largo.
21. Tratamiento de los **sarcomas de partes blandas**.
22. Ante una **taquicardia IRREGULAR** hay que sospechar FIBRILACIÓN AURICULAR. (2MIR+)
23. **Elevación generalizada del ST con descenso del PR** - Pericarditis Aguda. Tratamiento: AINES + Colchicina. (6MIR+)
24. **PEG anómalo o PEG normal**: no requieren inducción precoz.
25. La **falta de supresión de la aldosterona** durante la expansión de volumen es una prueba fundamental en el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario.
26. En el **ayuno intermedio**, los aminoácidos degradados en los tejidos extrahepáticos se utilizan en la gluconeogénesis. (3MIR+)
27. La **HbF** es menos afín al 2,3-BPG que la HbA.
28. El **aumento de los vasos sanguíneos** en paralelos en un circuito vascular reduce la resistencia global.
29. La **autorregulación de FG y FSR** discurren en paralelo, pero predomina al del FG. (4MIR+)
30. La **ventilación alveolar** es mayor en las bases pulmonares (áreas inferiores). (3MIR+)
31. La **alteración de CO₂ y bicarbonato con un pH normal** nos debe hacer sospechar un trastorno mixto de signo opuesto y no un proceso de compensación.
32. **Mutación de G por A en el 1º nucleótido de un intrón**: puede afectar a la maduración del ARN (splicing), cambiar su estructura y la de la proteína.
33. **Heterogeneidad alélica**: diferentes mutaciones localizadas en el mismo de gen de un cromosoma causan el mismo fenotipo. (2MIR+)
34. Los **receptores de reconocimiento de patrones** forman parte del sistema inmune innato. Linfocitos B, linfocitos T y anticuerpos forman parte del sistema inmune adaptativo.
35. La **IgG** es la ÚNICA inmunoglobulina capaz de atravesar la placenta. (5MIR+)
36. Las **respuestas humores T independientes** NO generan memoria inmunológica.
37. Un **efecto secundario relevante de la terapia CART** es el síndrome de liberación de citoquinas.
38. **Efecto adverso de los IECA (más frecuente con enalapril)**: angioedema.
39. Los **infiltrados multifocales de mastocitos en MO o tejidos** son un criterio mayor de mastocitosis sistémica. (2MIR+)
40. **Ley de Autonomía del paciente (ley 41/2002)**: Regula todo lo concerniente a la historia clínica.
41. **Eutanasia pasiva (término antiguo)** = Limitación del esfuerzo terapéutico (término nuevo).
42. Los **ensayos clínicos** NO demuestran diferencias significativas en eficacia y tolerabilidad entre opioides mayores.
43. Los **insecticidas organofosforados** ejercen acción anticolinesterasa.
44. La **atropa belladonna** se utiliza con fines recreativos como alucinógeno. Su intoxicación accidental es frecuente.
45. Los **estudios de cohortes** son observacionales y crean los grupos a comparar en función de la exposición. (22MIR+)

46. **Forest plot o gráfico de bosque:** gráfico de resultados en el metaanálisis.
47. Las **Guías de Práctica Clínica** son recomendaciones.
48. **Fase II de los ensayos clínicos:** ofrecen información preliminar sobre la eficacia de un fármaco.
49. La **letalidad** de la **encefalopatía espongiiforme bovina** es del 100%.
50. Los **valores predictivos** dependen de la prevalencia o probabilidad a priori de enfermedad. (12MIR+)
51. La **clorhexidina** es un antiséptico de la familia de las biguanidas.
52. **Razón de verosimilitud positiva:** cuántas veces es más probable obtener una prueba positiva en un enfermo que en un sano. (3MIR+)
53. **Modelo de las 5 aes de intervención conductual:** averiguar, aconsejar, acordar, ayudar y asegurar.
54. **NNT**= inverso de la diferencia de incidencias. (12MIR+)
55. La **actividad intrínseca de un fármaco** hace referencia a la eficacia máxima del mismo.
56. **Eficacia:** capacidad de un medicamento de producir un efecto deseado, en condiciones ideales. (2MIR+)
57. **Anticoagulación de válvulas proteicas mecánicas:** antivitamina K.
58. Ante una **lesión úlcero-vegetante en la encía**, de 5 meses de evolución se debe sospechar un carcinoma epidermoide de la mucosa oral. Si asocia anestesia en el mentón puede existir una infiltración tumoral del nervio alveolo dentario inferior, en el canal mandibular.
59. En las **fracturas de cóndilo**, puede haber limitación para la apertura de la boca. Al abrir la boca, esta se desvía hacia el lado lesionado. (4MIR+)
60. El **colgajo TRAM** debilita la pared abdominal inferior.
61. La **hipermetropía** se relaciona con el glaucoma agudo.
62. La **epiglotitis aguda** es una infección generalmente bacteriana, que produce fiebre, disfagia, dolor de garganta, disnea, estridor y babeo, y voz en patata caliente. (2MIR+)
63. La **disfonía espástica en aducción** se trata con inyección de toxina botulínica en la masa muscular de la cuerda vocal.
64. Los **anticonceptivos combinados o sólo gestágenos** disminuyen el cáncer de endometrio. (2MIR+)
65. **Dismenorrea primaria:** tratamiento según deseo anticonceptivo (AINES o ACH).
66. **Lactancia:** se recomienda anticonceptivo sólo gestágeno.
67. **Tumor trofoblástico del lecho placentario:** a nivel histológico se observa trofoblasto intermedio.
68. **Estrógenos locales:** tratamiento de elección en la atrofia menopáusica. (2MIR+)
69. La **progesterona** se usa para medir la ovulación.
70. El **alcohol** aumenta el riesgo de cáncer de mama. (5MIR+)
71. **Cribado de DG con O'Sullivan:** 24-28 semanas de embarazo. (2MIR+)
72. El **LES** aumenta el riesgo de aborto o parto pretérmino pero no de fertilidad.
73. **Megacolon congénito:** clínica principal estreñimiento. Es muy infrecuente incontinencia fecal y conductas retencionistas. (5MIR+)
74. **La GNF. PostStp** presenta niveles séricos C3 descendidos con clínica de síndrome nefrítico. (3MIR+)
75. **Crisis febril típica:** generalizada, no recurrencia en primeras 24 horas, con duración menor de 15 minutos y sin focalidad neurológica.
76. **Exantema infeccioso:** exantema en bofetada y parcheado "cartográfico". (2MIR+)
77. **Maltrato infantil:** alta sospecha con hematomas múltiples, hemorragias retinianas y fracturas costales posteriores. (3MIR+)
78. **Parotiditis:** complicación orquitis muy infrecuente en época prepuberal.
79. **Fibrosis quística:** complicación estenosis colónica por exceso de enzimas pancreáticas.
80. Déficit 21 alfa Hx: forma de hiperplasia SR más frecuente que cursa con virilización y pérdida de corticoides y aldosterona. (10MIR+)
81. **Anemia de Fanconi:** alteraciones esqueléticas con fallo medular asociado en la primera década de vida. (4MIR+)
82. El **método del peso corporal** para el cálculo del volumen diario de líquido de mantenimiento es un sistema de cálculo de dosis según el peso del paciente.
83. **Rango terapéutico del litio:** 0.6-1.2 mEq/L. (7MIR+)
84. **CLOZAPINA:** Riesgo de agranulocitosis (1%). (2MIR+)
85. **ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS:** Efectos adversos anticolinérgicos. (2MIR+)
86. **HIPOMANÍA:** No síntomas psicóticos. (4MIR+)
87. **ACATISIA:** Tratamiento con B-bloqueantes. (5MIR+)
88. **Trastorno dismórfico corporal:** Incluido dentro del grupo del TOC.
89. La **gabapentina** es un antiepiléptico que se utiliza en el tratamiento del dolor neuropático. (3MIR+)
90. **Enfermedad de Alzheimer:** Su alteración principal es el trastorno de memoria.
91. El **TC de perfusión** permite distinguir penumbra isquémica de las zonas normales y de las ya infartadas.
92. Las **caídas precoces** no son habituales en la Enfermedad de Parkinson. Pueden aparecer en estadios más avanzados de la enfermedad.
93. El **tratamiento empírico de meningitis en pacientes alcohólicos** es ampicilina + ceftriaxona + vancomicina. (7MIR+)
94. En la **crisis focal** simple NO hay alteración de la conexión del medio.
95. Las **afasias primarias progresivas** pueden relacionarse con la enfermedad de Alzheimer y con la demencia frontotemporal.
96. El **tratamiento de elección** en la **neuralgia del trigémino** es la Carbamacepina. (5MIR+)
97. En **cada ítem** de la **escala de Glasgow** si hay asimetría se tiene en cuenta el lado que tenga una puntuación mayor.

98. La **demencia frontotemporal** no es rápidamente progresiva.
99. El **síndrome de piernas inquietas** suele relacionarse con déficit de hierro o ácido fólico. (4MIR+)
100. La **encefalitis herpética** se trata con Aciclovir. (9MIR+)
101. **Trauma torácico grave**. Un hemotórax >1500ml indica cirugía urgente.
102. El **control del foco en un shock séptico** se realizará tan pronto como sea posible.
103. En un **paciente en coma farmacológico** se administrará glucosa si está hipoglucémico y tiamina si malnutrición o alcoholismo.
104. Hasta que no se demuestre lo contrario, el **shock de un paciente politraumatizado** será de tipo hemorrágico.
105. **Anafilaxia**. Paciente a tratamiento con betabloqueantes y refractario a adrenalina, tratamiento con glucagón.
106. La **complicación neurológica más frecuente** de la **luxación de hombro** es la lesión del nervio axilar.
107. Los **factores etiológicos** más importantes de la **enfermedad de Dupuytren** son la herencia, el género y el alcoholismo.
108. En la **luxación posterior de cadera** el miembro inferior toma la actitud del "bañista sorprendido": semiflexión, rotación interna y aproximación. (5MIR+)
109. Tras una **epifisiolisis** la edad y el grado de Salter y Harris influyen en el pronóstico.
110. **No** indicar **prueba de imagen** en un dolor lumbar agudo sin signos de alarma. (4MIR+)
111. El **síndrome piramidal** es la compresión del nervio ciático en la región glútea.
112. La **manifestaciones digestivas** en la **FMF** son muy frecuentes (90%).
113. La **glomerulonefritis proliferativa** NO es una manifestación extrarticular frecuente en la AR. (3MIR+)
114. La **fatiga** es un síntoma muy común de la fibromialgia junto con el dolor generalizado.
115. El **tratamiento hipouricemiante de la gota** NO debe iniciarse en el brote articular agudo. (6MIR+)
116. La **teriparatida** NO provoca osteonecrosis de maxilar ni fracturas atípicas. (6MIR+)
117. El **tratamiento de la AR** debe ser temprano e intensivo.
118. El **cribado de afección pulmonar temprana** en la **esclerodermia** es mediante DLCO y ecocardiografía anual.
119. Los **anticuerpos antiRNA polimerasa III** se asocian a crisis renales esclerodérmicas.
120. El **lupus neonatal** se asocia con anticuerpos antiRo/SSA de la madre. (5MIR+)
121. Los **antiDNA bicatenarios** se asocian con la actividad del LES y la nefritis lúpica. (3MIR+)
122. El **tocilizumab (antiIL-6)** reduce las recidivas y la dosis de corticoides en los pacientes con ACG. (19MIR+)
123. La **profilaxis pre-exposición al VIH** se puede realizar mediante tenofovir+emtricitabina.
124. Una **prueba de Mantoux negativa** no descarta la tuberculosis. (3MIR+)
125. En nuestro medio el 22% de las **cepas de S. pneumoniae** presentan sensibilidad disminuida a la penicilina.
126. Los **niveles plasmáticos de digoxina** se deben monitorizar para ajustarlos en torno a dos. (2MIR+)
127. **Fármacos antiarrítmicos** del **grupo Ia/ Ic y III** alargan el QT. (2MIR+)
128. **IC Diastólica** típico de mujeres mayores e hipertensas. **IC sistólica**: hombres varones con C. Isquémica. (5MIR+)
129. **Causa más frecuente de Estenosis Aórtica en JÓVENES**: Válvula Aórtica BICÚSPIDE. (8MIR+)
130. **FEVI baja + QRS ancho**= TRC+DAI. **FEVI baja+QRS estrecho**= DAI (sin TRC). (3MIR+)
131. **BAV completo en jóvenes**: sospechar enfermedad infiltrativa o sistémica como LES.
132. **Aneurisma poplíteo**: varones, diagnóstico por eco, isquemia, poca rotura.
133. **Isquemia crónica intestinal**: malnutrición, tratamiento con angioplastia o cirugía.
134. **HTA en casa y no en consulta**: HTA enmascarada.
135. **Enfermedad arterial periférica**: primera prueba el índice tobillo brazo. (6MIR+)
136. La **Auscultación cardíaca** es la maniobra semiológica más útil en la patología cardíaca.
137. **DIGOXINA**: insuficiencia cardíaca aguda y fibrilación auricular rápida. (5MIR+)
138. **IAM inferior con hipoTA + Aumento PVC**= IAM VD. Tratamiento: Líquido. (3MIR+)
139. **Buerger**: varones fumadores, inflamación no ateromatosa. Dejar de fumar. (7MIR+)
140. El **diagnóstico** de la **hipercolesterolemia familiar** es genético. (3MIR+)
141. El **SDRA** se debe a una lesión en la membrana alveolo-capilar. Cursa con presiones de enclavamiento normales. (13MIR+)
142. El **tratamiento del carcinoma microcítico de pulmón localizado** se realiza con radioterapia torácica simultánea a la quimioterapia en los 2 primeros ciclos. (3MIR+)
143. La **hiperuricemia asintomática** no precisa tratamiento. (6MIR+)
144. **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. (18MIR+)
145. **Criterios mayores de Aspergilosis Bronco-Pulmonar Alérgica (ABPA)**: Asma, Eosinofilia, IgE elevada, infiltrados intersticiales por Eosinófilos, bronquiectasias centrales y aumento de precipitinas. (9MIR+)
146. **Cuadro subagudo (semanas) de tos, fiebre, sudoración nocturna y malestar general, junto con una lesión cavitada en el pulmón**: sospecha de TBC.

147. En los **tumores borderline de páncreas** se realiza quimiorradioterapia para reducir la masa tumoral y valorar posteriormente la resecabilidad quirúrgica.
148. **Cistoadenoma seroso**: lesión quística benigna, no resección quirúrgica si no causa síntomas.
149. Son **síntomas frecuentes** de **intestino irritable** la urgencia defecatoria y el aumento de la frecuencia deposicional.
150. El **tratamiento de elección** de la **diverticulitis aguda** es la dieta absoluta y antibioterapia. **(3MIR+)**
151. El **ibuprofeno** puede ocasionar hepatitis o hepatitis asociada a colestasis.
152. La **colitis colágena** presenta una banda irregular de colágeno por debajo del epitelio de superficie. **(4MIR+)**
153. En caso de **fracaso terapéutico con Metronidazol** en la **colitis pseudomembranosa** debe utilizarse Vancomicina. **(11MIR+)**
154. El **tratamiento inicial del vólvulo de sigma** es la detorsión endoscópica mediante sigmoidoscopia flexible. **(3MIR+)**
155. Los **leiomiomas** son, con gran diferencia, los tumores benignos más frecuentes del esófago. **(2MIR+)**
156. Dentro de las **causas frecuentes de recidiva ulcerosa** se encuentran la vagotomía incompleta o el síndrome del antro retenido (resección incompleta del antro). **(2MIR+)**
157. La **escisión mesorrectal total y la resección anterior de recto** pretende disminuir las recurrencias locales en el cáncer de recto medio-bajo.
158. La **colposacropexia laparoscópica** con colación de malla es el tratamiento del rectocele asociado a prolapso del compartimiento central vaginal en pacientes histerectomizadas.
159. El **tratamiento quirúrgico de elección** del **síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie** es la duodenoyeyunostomía.
160. La **diabetes insípida** cursa con ausencia de ADH. **(7MIR+)**
161. La **administración crónica de corticoides** produce inhibición de todo el eje corticosuprarrenal endógeno.
162. La **primera prueba** a determinar en el **diagnóstico etiológico del Cushing** es la cuantificación de la ACTH.
163. El **panhipopituitarismo** es característico de la apoplejía hipofisaria.
164. Se ha demostrado en **diabético con ERC** el beneficio cardiovascular con el uso de ISGLT2.
165. **Liraglutide** es un análogo de GLP-1, que se utiliza para el tratamiento de la obesidad.
166. **Síndrome nefrótico que responde a corticodes** = enfermedad de cambios mínimos. **(3MIR+)**
167. La **primera medida terapéutica** en una **hiperpotasemia grave** es el gluconato cálcico. **(8MIR+)**
168. La **nefritis intersticial aguda** no produce proteinuria nefrótica. **(13MIR+)**
169. El **exceso de sodio urinario** se acompaña del exceso de calcio urinario y con ello riesgo de litiasis.
170. No debe tratarse la **bacteriuria asintomática** en pacientes ancianos o con sondaje crónico. **(2MIR+)**
171. La **causa más frecuente** de **neutropenias graves adquiridas** son los fármacos.
172. La **Esferocitosis hereditaria** es la anemia hemolítica congénita más frecuente no esferocítica en países desarrollados. **(5MIR+)**
173. El **test de Coombs directo** determina la presencia de anticuerpos sobre la membrana de los hematíes. **(8MIR+)**
174. **Consecuencias de la inmovilidad**: Hipotensión postural, neumonía por aspiración e impactación fecal. NO la insuficiencia cardiaca.
175. Según el **PAPPS**, la mejor recomendación para la prevención de caídas en la población geriátrica, es el ejercicio físico regular.
176. **Caso de violencia de género**: Realizar parte judicial, dar cobertura antibiótica (prevenir ETS), Levonorgestrel vía oral (dosis: 1,5 mg).
177. La **dilatación del conducto pancreático** es característico de la pancreatitis crónica.
178. La **encefalitis por anticuerpo antiNMD** suele afectar a mujeres jóvenes, que comienzan el cuadro por alteraciones psiquiátricas, seguidas por movimientos anormales y posteriormente cuadro encefalítico.
179. La **presencia de sustancia amiloide** es característica del cáncer medular de tiroides. **(14MIR+)**
180. La **cirugía de una fractura de cadera** no debe retrasarse más de 48 horas salvo si hay una contraindicación para la cirugía. **(8MIR+)**
181. **Linfangioleiomiomatosis**: mujer joven con neumotórax y quilotórax de repetición. Cursa con patrón intersticial con volumen pulmonar conservado o aumentado. **(5MIR+)**
182. **Recomendación de clase I**: hay evidencia de que el beneficio supera al riesgo en una intervención.
183. La **vasculitis crioglobulinémica** cursa con púrpura palpable, artralgias y neuropatía periférica.
184. La **flucitosina** se ajusta a función renal alargando el intervalo interdosas.
185. El **viraje del Mantoux** hace referencia a un resultado positivo, después de tener uno negativo. Si el negativo se obtuvo hace muchos años, lo más probable es que se trate de un Verdadero Negativo.

Curso
INTENSIVO
MIR
ASTURIAS