

MIR 2022

Examen comentado





MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

PRUEBAS SELECTIVAS MIR 2022

HOJAS DE RESPUESTAS

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

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	3	4	1	3	2	4	1	4	2
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
2	4	3	1	1	2	2	3	3	1
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
1	2	1	2	1	1	4	2	4	4
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
2	4	3	3	2	3	2	1	4	4
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
1	3	4	1	1	3	4	3	4	4
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
2	4	4	2	1	3	4	3	2	1
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130
3	1	4	2	4	3	4		4	3
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
4	1	3	3	2	1	3	1	3	2
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170
2	4	1	1	1	1	1	4	1	2
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190
3	1	3	2	1	4	4	3	2	3
201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
3	2	4	1	3	2	1	3	1	4

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	3	4	1		4	3	2	4	2
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
3	1	2	1	2	4	3	4	3	
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
4	3	2	2	3	1	4	3	2	3
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
2	4	1	2	4	2	3	3	2	1
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	1	4	3	3	2	1	2	4
111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
3	1	2	4	1	1	1	4	2	2
131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
2	3	4	3	2	2	3		2	2
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
1	2	3	4	2	3	1	2	3	1
171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
1	3	2	1	4	4	3	4	1	4
191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
2	1	3	3	4	4	2	1	3	1

SELLO DE LA MESA DE EXAMEN

DISTRIBUCIÓN DE ASIGNATURAS

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

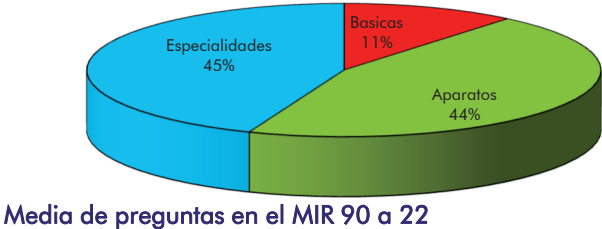
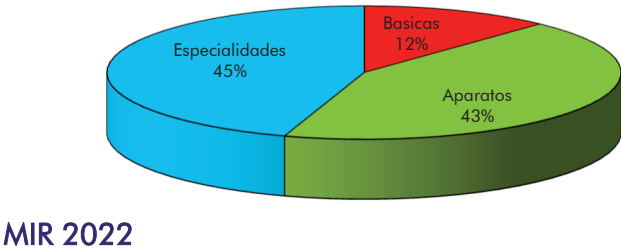
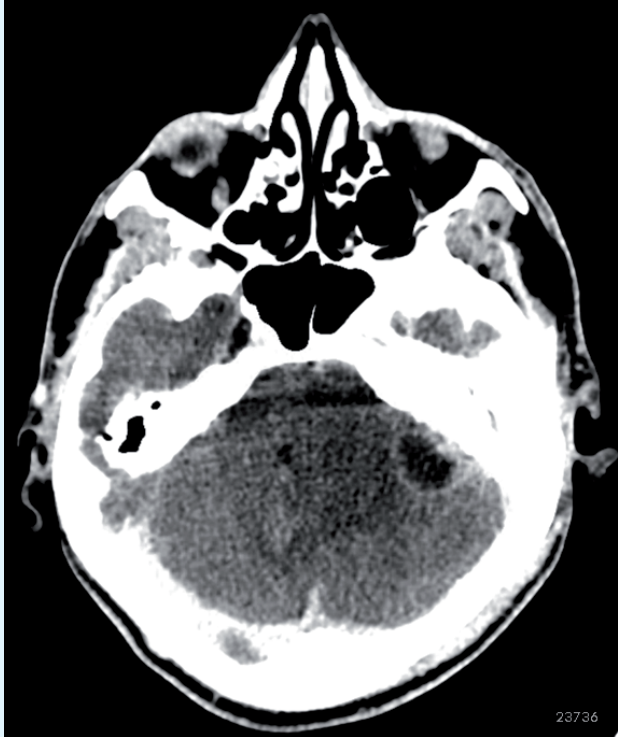


Figura 1. Distribución de preguntas por bloques de asignaturas en el examen MIR 2022

PREGUNTAS COMENTADAS

Pregunta (11990): (1) Pregunta asociada a la imagen 1. Varón de 45 años que, tras un cuadro de dos días de hiporexia, astenia leve, sensación distérmica y cefalea holocraneal, sin náuseas ni vómitos, acude a urgencias por inestabilidad en la marcha. Refiere otorrea fluctuante en oído izquierdo desde la infancia. Exploración neurológica: pares craneales normales, marcha con lateropulsión izquierda, ligera dismetría dedo-nariz con mano izquierda, Glasgow 15. En la otoscopia se observa otorrea purulenta y perforación timpánica con epitelio a nivel atical. En la analítica destaca leucocitos $12,8 \times 10^9/L$; 81 % neutrófilos. Se muestra imagen de TC craneal. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:



- 1. Vértigo periférico por laberinitis difusa purulenta.
- 2. Meningitis otógena izquierda.
- 3. Síndrome cerebeloso por absceso intraparenquimatoso otógeno izquierdo.
- 4. Trombosis de seno lateral por otitis media crónica colestomatosa izquierda.

300910 OTORRINOLARINGOLOGÍA Fácil 68% 23736 Solución: 3

Nos plantean el caso de un varón de 45 años con *clínica infecciosa y alteración del equilibrio*, con antecedente de *otitis media crónica izquierda con otorrea fluctuante, probablemente colestomatosa, con perforación timpánica con epitelio a nivel atical*. La *inestabilidad y dismetría* nos sugieren vértigo de origen central, no periférico como sería el caso de la **laberinitis purulenta** que además asociaría náuseas, vómitos y sordera de percepción (*respuesta 1 incorrecta*). El paciente de la pregunta no presenta la típica triada que nos debe hacer pensar en **meningitis**: fiebre alta, rigidez de nuca y cefalea. Además, *en la imagen del TC apreciamos una lesión ocupante de espacio que no encajaría con ese diagnóstico* (*respuesta 2 incorrecta*). En la imagen 1, un TC craneal con contraste intravenoso, podemos apreciar una *masa hipodensa que capta contraste en anillo y genera edema perilesional*. Este hallazgo cuadra perfectamente con el diagnóstico de **absceso intraparenquimatoso** que por localizarse **en cerebelo** explica la clínica de vértigo de origen central. La localización de la lesión y el antecedente de *otitis* hacen probable el **origen otógeno** (*respuesta 3 correcta*). En la imagen asociada no se observan defectos de repleción en **senos venosos cerebrales**, aunque la inclusión del diagnóstico correcto de **colestatoma izquierdo** en la opción de respuesta 4 nos haya podido liar (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta (11991): (2) Pregunta asociada a la imagen 2. Paciente de 80 años, con dislipemia, sin otros factores de riesgo vascular conocidos, con un cuadro de deterioro cognitivo de un año de evolución quien de manera brusca el día del ingreso presenta una hemiparesia derecha. Se activa código ictus y se traslada a su hospital de referencia, donde a su llegada se objetiva exploración neurológica con debilidad faciobraquiocrural derecha (escala NIHSS 8) y se realiza TC craneal que se muestra en la imagen. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

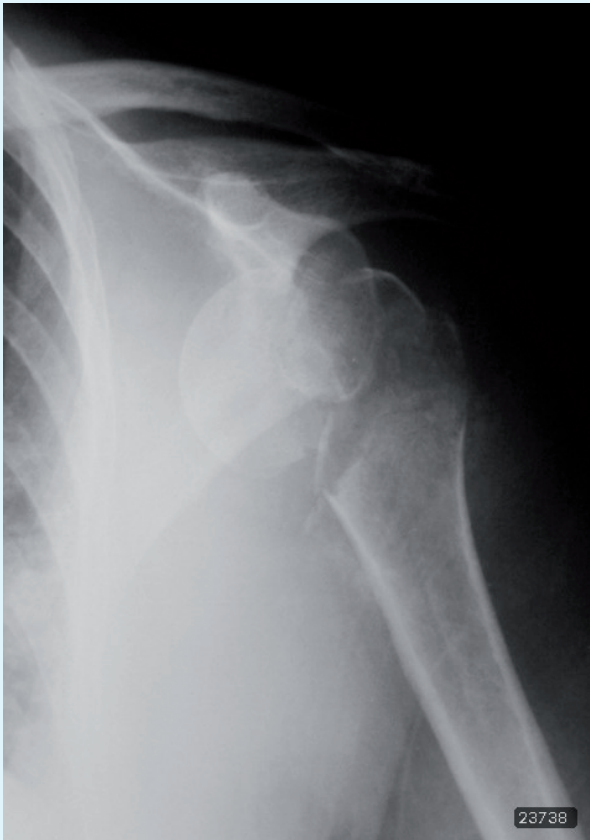


- 1. Infarto cerebral secundario a consumo de drogas tipo cocaína.
- 2. Hemorragia intraparenquimatosa profunda asociada a hipertensión no diagnosticada.
- 3. Hemorragia parietal lobar izquierda asociada a una posible angiopatía amiloide.
- 4. Hemorragia intraparenquimatosa asociada a una hemorragia subaracnoidea, por un posible traumatismo craneoencefálico.

300911 NEUROLOGÍA Normal 43% 23737 Solución: 3

En la imagen nos presentan un TC de cráneo sin contraste. Se observa una lesión hiperdensa parasagital izquierda en el lóbulo frontal izquierdo en relación con un hematoma **parenquimatoso lobar** (*respuestas 1, 2 y 4 incorrectas*). En un paciente de 80 años un hematoma en esta localización sugiere como causa una **angiopatía amiloide** (*respuesta 3 correcta*).

Pregunta (11992): (3) Pregunta asociada a la imagen 3. Mujer de 78 años, sin antecedentes médicos de interés, que presenta la fractura-luxación de húmero proximal mostrada en la imagen. ¿Cuál es el tratamiento más recomendable?:



- 1. Clavo trocantérico largo acerrojado proximal y distal.
- 2. Rehabilitación intensiva inmediata sin inmovilización.
- 3. Inmovilización con yeso braquial colgante de Caldwell.
- 4. Artroplastia glenohumeral.

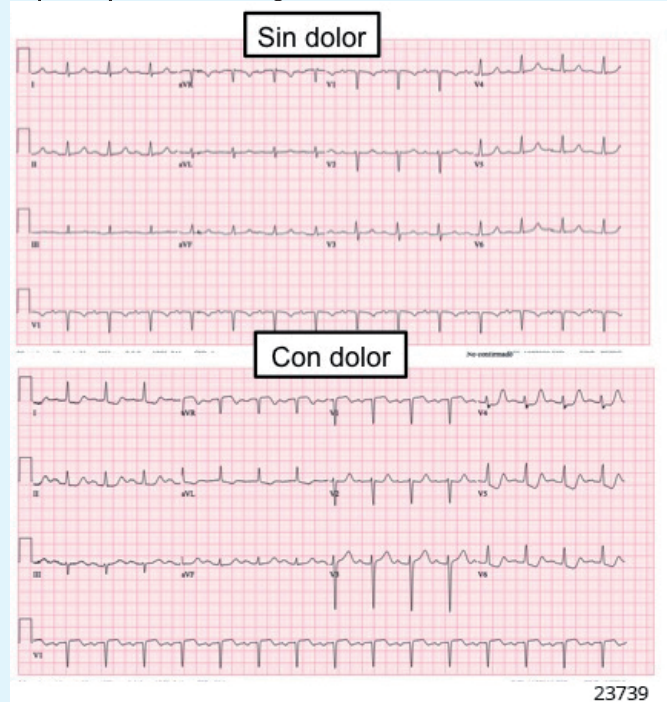
300912 TRAUMATOLOGÍA Normal 57% 23738

Solución: 4

Se trata de una **fractura de cuello anatómico de húmero asociada a una luxación anterior del hombro**. Este traumatismo tiene un **alto riesgo de producir una necrosis avascular** de la cabeza humeral. Son factores que favorecen la necrosis avascular entre otros: fractura del cuello anatómico + luxación + edad avanzada de la paciente. El tratamiento de elección de las **fracturas complejas (fractura luxación) y de las fracturas del cuello anatómico del húmero** en pacientes añosos es el implante de una **plastia glenohumeral** estándar o invertida (*respuesta 4 correcta*). El **clavo trocantéreo largo acerrojado proximal y distal** es el tratamiento quirúrgico de elección de las **fracturas diafisarias y metafiso-diafisarias** del húmero (*respuesta 1 incorrecta*). La **rehabilitación intensa inmediata sin inmovilización** estaría indicada en **fracturas estables y poco desplazadas** del cuello quirúrgico del húmero en especial en pacientes añosas con poca demanda funcional (*respuesta 2 incorrecta*). La **inmovilización con yeso braquial colgante de Caldwell** es un tratamiento alternativo al yeso en U en las **fracturas de la diáfisis** del húmero cuando están acortadas. Tiene un riesgo elevado de favorecer la pseudoartrosis de la diáfisis humeral (*respuesta 3 incorrecta*).

Fracturas no desplazadas	Cabestrillo durante 3 semanas + cabestrillo discontinuo 2 semanas + rehabilitación precoz
Fracturas con 2 fragmentos de cuello quirúrgico	Reducción cerrada y osteosíntesis
Fractura de cuello anatómico o de 3 y 4 fragmentos	Jóvenes: Reducción abierta y osteosíntesis. Ancianos: hemiprótosis
Fractura de troquín o de troquiter desplazada	Reducción abierta y osteosíntesis con tornillos
Epifisiolisis	Reducción y osteosíntesis

Pregunta (11993): (4) Pregunta asociada a la imagen 4. Mujer de 51 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo I e hipertensión arterial de larga evolución. En tratamiento sustitutivo renal mediante hemodiálisis desde hace 14 años como consecuencia de una enfermedad renal crónica estadio 5. Durante una de las sesiones de diálisis refiere dolor centrotorácico y disnea de aparición súbita. Las constantes hemodinámicas son normales. Se pauta nitroglicerina intravenosa para la corrección del dolor torácico, que cede en unos quince minutos. Se muestran los electrocardiogramas realizados con y sin dolor torácico. No hubo elevación posterior de enzimas de necrosis miocárdica. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha y la actitud a seguir?:



- 1. Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, de alto riesgo. Debe ingresar en una unidad con vigilancia electrocardiográfica continua con recomendación de coronariografía temprana (≤ 48 h).
- 2. Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, de riesgo moderado. Debe ingresar en una unidad con vigilancia electrocardiográfica continua, con recomendación inicial de coronariografía diferida (> 48 h).
- 3. Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, de bajo riesgo. Debe ingresar en planta de hospitalización convencional con recomendación de prueba de inducción de isquemia antes del alta hospitalaria y coronariografía diferida según resultado.
- 4. Los cambios electrocardiográficos no son diagnósticos de síndrome coronario agudo y se consideran secundarios a la hemodiálisis. No precisa ingreso hospitalario.

300913 CARDIOLOGÍA Difícil 20% 23739

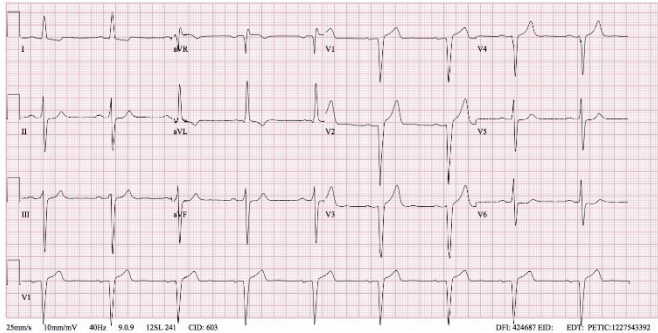
Solución: 1

Se trata de una paciente DM, HTA que presenta un cuadro de dolor torácico anginoso que cede con nitroglicerina. Nos aportan dos ECGs, en el que se realiza mientras la paciente presenta dolor se observa un descenso generalizado del ST (descenso en II, aVF, de V3-V6) que se normalizan en el ECG sin dolor. Nos preguntan el diagnóstico y la actitud a seguir. Se trata de un SCASEST ya que presenta dolor torácico típico (*respuesta 4 incorrecta*), sin elevación de troponina (Angina Inestable). Recuerda que para el diagnóstico de SCASEST es suficiente la clínica (sin necesidad de elevación de troponina o de cambios en el ECG).

Los SCASEST los vamos a clasificar según el riesgo trombótico y de acuerdo a ello vamos a elegir la estrategia terapéutica:

- Los pacientes de bajo riesgo (subsidiarios de estrategia conservadora - sin coronariografía de entrada) son aquellos que no presentan ningún factor de riesgo trombótico asociado (Primarios: troponina, cambios ECG; Secundarios: DM, Ins. Renal, FEVI < 40%, Angina post-IAM, ICP reciente, GRACE score de riesgo). La paciente que se presenta tiene cambios en el ECG, es DM y con Ins. Renal por lo que precisa coronariografía de entrada (respuesta 3 incorrecta).
- Los SCASEST de alto riesgo son aquellos que presentan cambios ECGs, Elevación de troponina o GRACE Score > 140. Precisan una coronariografía temprana (< 24h). Nuestra paciente presenta cambios ECGs por tanto está englobada en este grupo. // Aunque la opción 1 nos reflejan < 48h, es la opción más cierta //. (respuesta 1 correcta).
- Finalmente los pacientes de riesgo moderado son el resto de SCASEST. Precisan coronariografía < 72h (respuesta 2 incorrecta).
- Recuerda que también existen los pacientes de muy alto riesgo que precisan de coronariografía en < 2h. Son aquellos que tienen: Angina refractaria, insuficiencia cardíaca asociada, arritmias ventriculares, shock cardiogénico, cambios ECG severos y recurrentes.

Pregunta (11994): (5) Pregunta asociada a la imagen 5. Varón de 57 años, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos, que acude a su consulta aquejado disnea de esfuerzo estable de varios meses de evolución. Aporta electrocardiograma de 12 derivaciones (imagen) y en la exploración física se ausculta un soplo sistólico en borde paraesternal izquierdo, cuya intensidad y duración aumentan durante la maniobra de Valsalva. De entre las siguientes patologías cardíacas ¿cuál es el diagnóstico más probable?:



1. Insuficiencia tricuspídea.
2. Estenosis aórtica.
3. Miocardiopatía hipertrófica.
4. Insuficiencia mitral.

300914 CARDIOLOGÍA Fácil 82% 23740

Solución: 3

Presentan un paciente de 57 años con disnea de esfuerzo y soplo sistólico que aumenta con menor volumen ventricular (ej. tras maniobra de Valsalva). En el ECG presenta criterios de hipertrofia ventricular (Cornell S en V3 + R en aVL > 20mm en mujeres o > 28mm en hombres).

La insuficiencia tricuspídea presentaría dilatación de cavidades derechas (no hipertrofia VI) y soplo sistólico que aumenta con inspiración (con inspiración aumenta el volumen de cavidades derechas) (respuesta 1 incorrecta).

La estenosis aórtica sí que se asocia con hipertrofia del VI pero presenta un soplo sistólico que aumenta con mayor volumen ventricular y disminuye con menor volumen ventricular (ej. Valsalva) (respuesta 2 incorrecta).

La insuficiencia mitral, se asociaría con dilatación de cavidades izquierdas (no hipertrofia), y presenta un soplo sistólico que aumenta con mayor volumen ventricular y disminuye con menor volumen ventricular (ej. Valsalva) (respuesta 4 incorrecta).

La miocardiopatía hipertrófica, sí presenta hipertrofia ventricular y un soplo sistólico que aumenta con menor volumen ventricular, por ejemplo, Valsalva (respuesta 3 correcta). Recuerda que dos soplos aumentan con menor volumen ventricular (y disminuyen con mayor volumen) el de la Hipertrófica y el del Prolapso Mitral.

Pregunta (11995): (6) Pregunta asociada a la imagen 6. Varón de 39 años, fumador de 20 cigarrillos al día, con antecedentes de un infarto agudo de miocardio inferior a los 38 años. En el cateterismo se observó una lesión en la coronaria derecha proximal y se implantó un stent fármacoactivo. La FEVI era normal. Está en tratamiento con atorvastatina 80 mg/día, ácido acetilsalicílico 100 mg/día y bisoprolol 2,5 mg/día. Realiza dieta adecuada y ejercicio y está asintomático desde el punto de vista cardiovascular. Aporta analítica con lipoproteína (a) 380 nmol/L (valor normal hasta 125 nmol/L), colesterol total 238 mg/dL, HDL 45 mg/dL, LDL 132 mg/dL y TG 142 mg/dL. En la exploración física se observa el siguiente hallazgo (ver imagen). Además de insistirle en que deje de fumar ¿cuál de las siguientes recomendaciones es más adecuada?:



1. Para llegar a los objetivos de tratamiento de la dislipemia, añadir ezetimiba.
2. Añadir un inhibidor de la PCSK9 y solicitar un test genético de hipercolesterolemia familiar.
3. Enviarle al oftalmólogo para descartar una enfermedad de Wilson.
4. Añadir niacina para disminuir la lipoproteína (a).

300915 CARDIOLOGÍA Normal 43% 23741

Solución: 2

Varón joven con antecedentes de cardiopatía isquémica que a pesar de estar con tratamiento con estatinas de alta intensidad como la Atorvastatina 80, presenta niveles de colesterol LDL > 132.

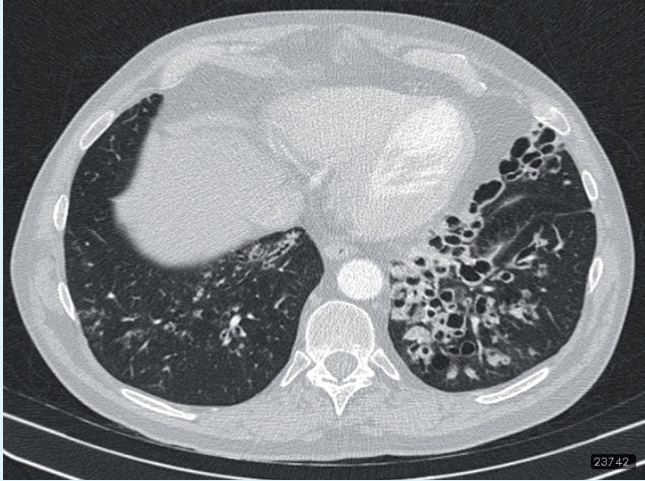
En la imagen nos presentan al paciente con "arco corneal" que es un anillo blando parcial o completo en la periferia del iris, signo de hipercolesterolemia (como pueden ser también los xantomas y los xantelasmas). En la enfermedad de Wilson lo que se ve es el anillo de Kayser Fleischer (respuesta 3 incorrecta).

El colesterol LDL objetivo en este paciente con muy alto riesgo cardiovascular (10% riesgo CV a 10 años, antecedentes de enfermedad aterosclerótica, DM con daño en órgano diana, Enfermedad renal crónica severa o hipercolesterolemia familiar con otro factor asociado) es < 55mg/dl. El objetivo en estos pacientes es, por tanto, disminuir el LDL, no actuar sobre la Lp(a) (respuesta 4 incorrecta).

Al presentar LDL por encima de 100 a pesar de estatina a dosis plenas, la asociación con ezetimiba no conseguiría el objetivo < 55 ya que se estima una reducción con ezetimiba del 20% (respuesta 1 incorrecta).

Al presentar un LDL tan lejos de objetivo es necesario usar iPCSK9 en el que se estiman descensos superiores al 60%, además al ser un paciente joven con signos externos de hipercolesterolemia es obligado descartar hipercolesterolemia familia (respuesta 2 correcta).

Pregunta (11996): (7) Pregunta asociada a la imagen 7. Varón de 60 años, fumador activo, que presenta tos y expectoración diaria de años de evolución, ocasionalmente hemoptoica. En los últimos meses se añade disnea progresiva. Presenta acropaquia y en la auscultación pulmonar destacan roncus y sibilantes teleinspiratorios en pulmón izquierdo. La TC pulmonar de alta resolución se muestra en la imagen adjunta. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:



1. Carcinoma quístico.
2. Enfisema pulmonar.
3. Tuberculosis cavitada.
4. Bronquiectasias.

300916 NEUMOLOGÍA Fácil 80% 23742

Solución: 4

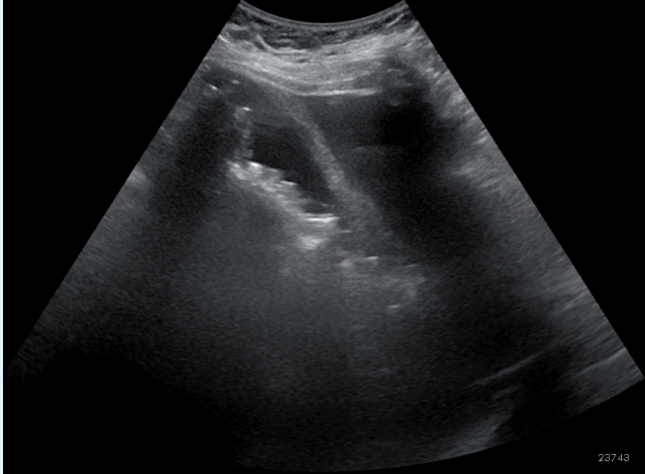
La imagen se corresponde con un **TAC torácico** que muestra dilataciones de las vías aéreas inferiores, compatible con **bronquiectasias**. Además, la clínica descrita (**hemoptisis, acropaquias y roncus** -producidos por un exceso de secreción mucosa-) es compatible con dicho diagnóstico (*respuesta 4 correcta*).

El **carcinoma** adenoideo **quístico** suele aparecer a nivel de las glándulas salivales. No obstante, se ha descrito un tipo específico de carcinoma adenoideo quístico a nivel pulmonar. En este caso, se trataría de una masa única con imagen quística en su interior (que no se corresponde con la tomografía mostrada en el enunciado) (*respuesta 1 incorrecta*).

Hablar de un **enfisema** en un paciente fumador es hablar de un enfisema centroacinar (salvo que exista un déficit de alfa-1-AT, que no se especifica en el enunciado de la pregunta). En este caso, el patrón enfisematoso estaría localizado a nivel apical (y no en las bases, como se muestra en la imagen). Además, la EPOC NO cursa con acropaquias (*respuesta 2 incorrecta*).

La **cavitación**, en contexto de **tuberculosis**, suele ser indicativa de enfermedad activa. En estos casos, la localización más frecuente es en campos superiores (a diferencia de la imagen). Esta patología podría justificar la hemoptisis, pero es compatible con la imagen mostrada (*respuesta 3 incorrecta*).

Pregunta (11997): (8) Pregunta asociada a la imagen 8. Mujer de 82 años que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal localizado en flanco derecho, irradiado a espalda y febrícula de 37,3 °C. Se realiza ecografía abdominal que en hipocondrio derecho muestra los resultados de la imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:



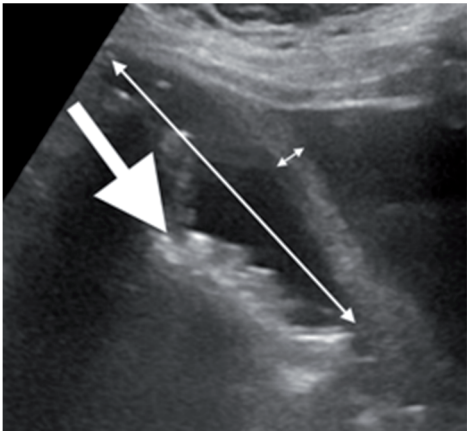
1. Colecistitis aguda.
2. Enfermedad de Caroli.
3. Vesícula en porcelana.
4. Cólico biliar.

300917 DIGESTIVO Normal 49% 23743

Solución: 1

En esta pregunta se muestra una imagen obtenida mediante ecografía que nos indican está recogida en el hipocondrio derecho; al no observar el hígado la localización anatómica es importante. En la imagen observamos una estructura en forma de saco que presenta un contenido anecogénico y en la parte más profunda y declive se observan unas imágenes hipercogénicas con sombra acústica posterior. En este contexto estamos observando la presencia de una coelitis en la vesícula biliar.

Entre los criterios radiológicos para el diagnóstico de colecistitis, además de la coelitis, deben darse el engrosamiento de las paredes de la vesícula más de 5mm, la dilatación de la vesícula más de 5cm o el signo ecográfico positivo. El engrosamiento de la pared se puede identificar en la imagen ecográfica y tenemos que suponer que el dolor está localizado sobre la vesícula ya que así nos lo comentan en el enunciado. De esta forma se realiza el diagnóstico de **colecistitis aguda** (*respuesta 1 correcta*).



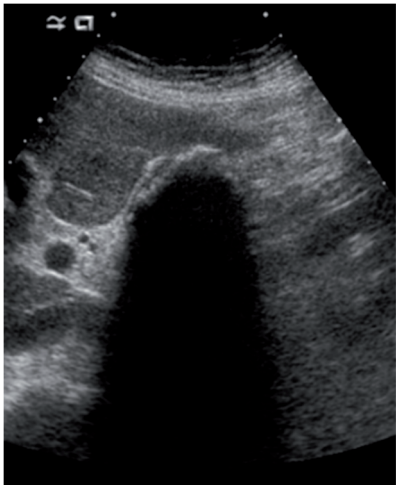
Recuerda: criterios radiológicos de colecistitis aguda, tres de los cuatro siguientes.

- Coelitis.
- Dolor en hipocondrio a la presión con el transductor (signo de Murphy ecográfico).
- Dilatación de la vesícula más de 5cm.
- Engrosamiento de la pared más de 5mm.

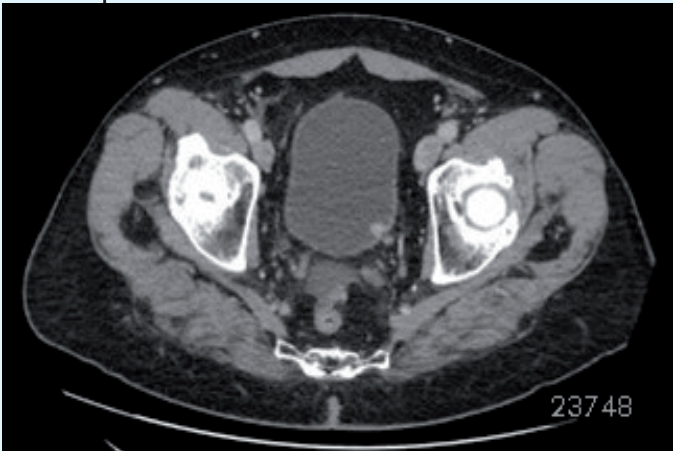
En la **enfermedad de Caroli** lo que predomina es la dilatación quística de los conductos pancreáticos por lo que deberíamos ver el signo del cañón de escopeta o el signo del anillo en el interior del hígado. Muchos de estos quistes presentan cálculos en su interior (*respuesta 2 incorrecta*).



En la **vesícula en porcelana** observaríamos toda la vesícula totalmente calcificada sin signos de inflamación (*respuesta 3 incorrecta*).
El **cólico biliar** se suele diagnosticar cuando el paciente presenta un dolor en hipocondrio derecho, sin clínica infecciosa y sin signos de colecistitis aguda en ecografía (*respuesta 4 incorrecta*).



Pregunta (11998): (9) Pregunta asociada a la imagen 9. En relación con la patología que se observa en la imagen, es correcto que:



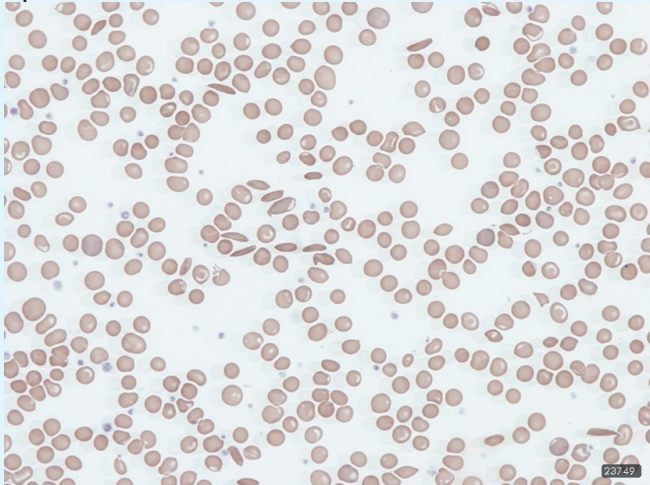
- 1. Su forma de debut más frecuente es un sangrado menstrual.
- 2. La citología no es útil en el diagnóstico pero sí en el seguimiento.
- 3. Es más frecuente en mujeres jóvenes.
- 4. Uno de los factores de riesgo más importantes es el tabaco.

300918 NEFROLOGÍA Normal 40% 23748

Solución: 4

En la siguiente pregunta asociada a imagen nos presentan un TAC pélvico con contraste donde podemos apreciar una masa vesical hipercaptante excrecente, que depende de la pared vesical, esto es altamente sugestivo de tumor vesical.
El principal factor de riesgo para el tumor vesical es el tabaco (*respuesta 4 correcta*).
La citología es útil para el seguimiento y diagnóstico (tumores de alto riesgo no visibles en cistoscopia por ser carcinomas in situ o encontrarse a otra altura de la vía urinaria) (*respuesta 2 incorrecta*).
El tumor vesical es más frecuente en hombres, en relación 3:1 con una media de edad de 70 años (*respuesta 3 incorrecta*).
La principal forma de debut es la hematuria monosintomática (*respuesta 1 incorrecta*).

Pregunta (11999): (10) Pregunta asociada a la imagen 10. Varón de 38 años de origen centroafricano que presenta el siguiente frotis. Respecto a la enfermedad que sospecha, señale la respuesta correcta:



- 1. La esplenomegalia es un hallazgo frecuente en los cuadros de larga evolución.
- 2. Puede producir episodios dolorosos por crisis oclusivas vasculares.
- 3. Es debida a un defecto congénito en las proteínas de la membrana eritrocitaria.
- 4. En el examen del frotis sanguíneo se observa trombopenia y numerosos esquistocitos.

300919 HEMATOLOGÍA Fácil 81% 23749

Solución: 2

En la drepanocitosis se producen **oclusiones vasculares importantes** a nivel sistémico, más llamativas a nivel óseo y articular, las cuales suelen ser muy **dolorosas y frecuentes** (*respuesta 2 correcta*).
Debido a esas oclusiones vasculares tan frecuentes, no es infrecuente la existencia de infartos de repetición en el bazo, por lo que la esplenomegalia no es frecuente en este caso (*respuesta 1 incorrecta*).
Esta enfermedad congénita, típica de raza negra del África central, está producida por una **alteración a nivel de las cadenas de globinas**, en las cuales hay un cambio de Timidina por Adenina en el codón 6 de las cadenas Beta de la hemoglobina (*respuesta 3 incorrecta*).
En el frotis que nos muestran, aparecen numerosos hematíes falciformados (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta (12000): (11) Pregunta asociada a la imagen 11. Varón de 32 años que está recibiendo profilaxis pre-exposición al VIH. Consulta por presentar desde hace dos días proctalgia intensa, afectación del estado general y fiebre. En la exploración se palpan adenopatías inguinales y se observan las lesiones cutáneas perianales que se muestran en la imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:



- 1. Viruela del mono.
- 2. Herpes genital.
- 3. Sífilis primaria.
- 4. Lesiones por primoinfección por VIH.

300920 INFECCIOSAS Fácil 84% 23750

Solución: 1

Nos hablan de un varón VIH+ con un cuadro general con fiebre, adenopatías inguinales y lesiones cutáneas perianales que se muestran en la imagen, en la que se ven numerosas lesiones pustulosas, algunas de ellas en fase de costra, con umbilicación central, compatibles con una infección por Viruela del Mono (Orthopoxvirus) (respuesta 1 correcta).

El herpes genital (VHS-2), en la primoinfección, puede producir un cuadro general con fiebre, asociado a adenopatías inguinales bilaterales típicamente dolorosas, igual que en la Viruela del Mono, pero las lesiones genitales características son vesículas agrupadas y dolorosas (respuesta 2 incorrecta).

En la sífilis primaria (Treponema Pallidum) encontramos un chancro único, de bordes indurados y no dolorosos, que puede asociar adenopatías bilaterales no dolorosas (respuesta 3 incorrecta).

El cuadro característico de la primoinfección por VIH es un cuadro tipo mononucleosis, con fiebre, adenopatías cervicales, exantema macular generalizado y megalias (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12001): (12) Pregunta asociada a la imagen 12. Varón de 54 años con antecedentes de asma bronquial. En una TC torácica de control se observan lesiones hepáticas calcificadas. Se completa el estudio con una TC abdominal donde se identifican 3 lesiones quísticas hepáticas. Se realiza enucleación de las 3 lesiones, que miden 8, 3 y 3 cm. En el estudio microscópico se observan membranas acelulares. Se muestra la macroscopia de una de las lesiones. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:



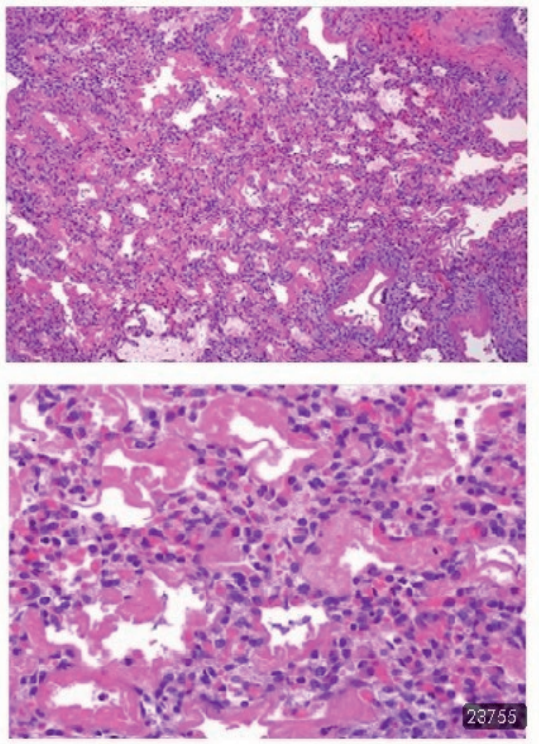
- 1. Hemangioma complicado.
- 2. Hepatocarcinoma calcificado.
- 3. Quiste hidatídico.
- 4. Metástasis hepática necrótica.

300921 ANATOMÍA PATOLÓGICA Fácil 88% 23751

Solución: 3

La hidatidosis se produce por la infestación por el *Echinococcus granulosus* un cestodo cuyos huevos se ingieren y en su ciclo vital puede acabar alojándose en el hígado, pulmones o hueso. Es una enfermedad de animales (perros, ovejas, zorros...) siendo el ser humano un huésped intermedio accidental. Muchas larvas se destruyen pero otras se enquistan siendo el 60% de los casos el hígado el lugar de asiento de los quistes. Los quistes con el paso del tiempo aumentan de tamaño pudiendo llegar en 5 años a un tamaño de más de 10 cm de diámetro. Pueden presentar calcificaciones detectables por técnicas de imagen (MIR). La imagen que acompaña a la pregunta es definitoria, es decir, capsula externa fibrosa, contenido opalescente y presencia de gran número de láminas delicadas acelulares (MIR), como si estuvieran hechas de muchas capas de gelatina.

Pregunta (12002): (13) Pregunta asociada a la imagen 13. Niña recién nacida pretérmino de 25 semanas con insuficiencia respiratoria grave en el postparto inmediato. Se inicia la reanimación, pero a los 30 minutos empeora y fallece. ¿Cuál es el diagnóstico histopatológico de la imagen?:

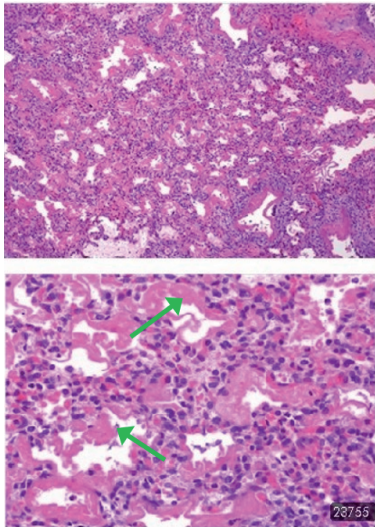


- 1. Aspiración de meconio.
- 2. Neumonía intraútero.
- 3. Malformación pulmonar.
- 4. Enfermedad de la membrana hialina.

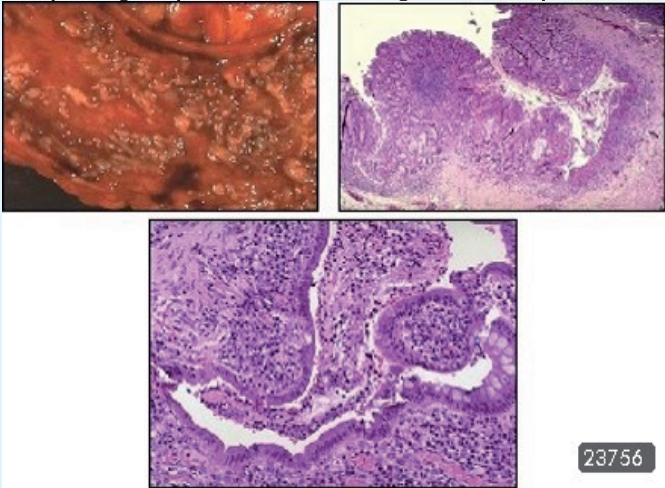
300922 ANATOMÍA PATOLÓGICA Fácil 93% 23755

Solución: 4

Existen muchas causas de dificultad (distrés) respiratorio en el recién nacido, sin embargo, la causa más frecuente es la conocida como enfermedad de las membranas hialinas. Se presenta en recién nacidos pretérmino (MIR) y frecuentemente hijos de madres diabéticas. El defecto fundamental de esta entidad es una deficiencia en la secreción por parte de un pulmón inmaduro de surfactante (producido por las células alveolares tipo II), principalmente dipalmitoil fosfatidilcolina, que actúa disminuyendo la tensión superficial en la barrera aire-liquido de los alveolos pulmonares. En esta situación los pulmones se distienden mal y tienen tendencia a colapsarse lo que lleva a una cadena de sucesos que producen un aumento de la permeabilidad de los capilares de la pared alveolar que producen un exudado rico en proteínas y fibrina con formación de membranas hialinas (flechas verdes). Estos depósitos dificultan en gran medida el intercambio gaseoso y es llamativo la escasez de celularidad inflamatoria asociada.



Pregunta (12003): (14) Pregunta asociada a la imagen 14. Ante estas imágenes del colon, con la mucosa desfleada y formaciones polipoides en la macroscopia y el estudio histopatológico que se muestra, el diagnóstico más probable es:



- 1. Enfermedad crónica inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa.
- 2. Colitis infecciosa parasitaria.
- 3. Poliposis intestinal.
- 4. Linfoma intestinal.

300923 ANATOMÍA PATOLÓGICA Fácil 81% 23756

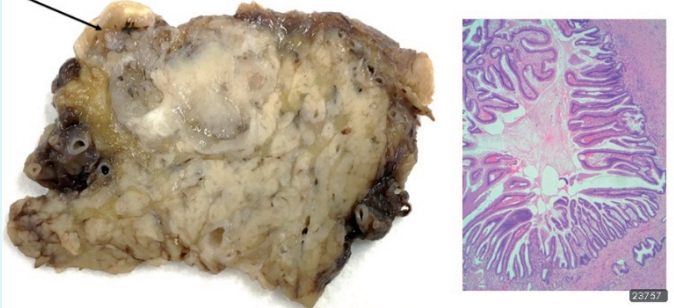
Solución: 1

Recordad:

- Colitis -> Colon.
- Mucosa en empedrado: imagen macro, primera a la izquierda.
- Afectación transmural: se intuye en la imagen superior-derecha
- Abscesos crípticos: imagen inferior.

La posibilidad de una colitis infecciosa parasitaria entra en el diagnóstico diferencial, la más común de todas es la Colitis pseudomembranosa por Clostridium difficile tras tratamiento con clindamicina, pero en la descripción del caso no consta este dato y la morfología es distinta a la presentada en las imágenes (respuesta 2 incorrecta). La imagen macro muestra una mucosa denudada, con escasos pólipos, no se observan el aumento enorme de pólipos que sería lo esperable en una poliposis intestinal y las imágenes micro los descartan enteramente (respuesta 3 incorrecta). Los linfomas intestinales muestran unas mucosas con un denso componente inflamatorio ocupando, distorsionando y destruyendo el epitelio de revestimiento y afectando a todas las capas de la pared; la imagen histológica lo descarta (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12004): (15) Pregunta asociada a la imagen 15. Mujer de 70 años con antecedente de oclusión intestinal por bezoar en 2019 y dilatación del colédoco y de la vía biliar intrahepática de causa desconocida. En una TC reciente se evidencia una lesión quística con áreas sólidas de 28 cm, localizada en la cabeza del páncreas, en conexión con el conducto de Wirsung sin condicionar dilatación del mismo. No hay signos de infiltración local ni metástasis a distancia. Se decide realizar una duodenopancreatectomía cefálica. Se muestra una imagen macroscópica y una imagen microscópica de la lesión. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:



- 1. Neoplasia mucinosa quística.
- 2. Neoplasia mucinosa papilar intraductal de rama secundaria.
- 3. Neoplasia sólida-pseudopapilar.
- 4. Neoplasia mucinosa papilar intraductal con componente invasivo de rama principal.

300924 ANATOMÍA PATOLÓGICA Difícil 0% 23757

ANULADA

Las neoplasias mucinosas quísticas de páncreas ocurren casi exclusivamente en mujeres, sin comunicación con el sistema ductal del páncreas y están compuestas de un epitelio columnar productor de mucina. La pregunta es sumamente retorcida, yo di como más probable la respuesta 4 por los datos del enunciado, pero la imagen micro no refleja, de forma evidente, que se tratase de una lesión mucinosa o al menos era difícil su interpretación, pero en las opciones se insistía que era mucinosa. La opción 3 la descarté ya que este tipo de lesiones se suele dar en mujeres mucho más jóvenes.

Pregunta (12005): (16) Pregunta asociada a la imagen 16. Varón de 40 años diabético e hipertenso que acude por presentar desde hace 3 meses lesiones eritematosas descamativas en las palmas y las plantas de entre 0,5 y 2 cm, asintomáticas. No tiene otras lesiones en el momento actual. ¿Ante este cuadro clínico, cuál de estas entidades sería la MENOS PROBABLE?:



- 1. Psoriasis.
- 2. Liquen plano.
- 3. Sífilis.
- 4. Gonorrea.

300925 DERMATOLOGÍA Difícil 7% 23758

Solución: 4

Tanto la psoriasis, como el liquen plano como sobre todo la sífilis secundaria pueden cursar con **lesiones eritematosas descamativas con localización palmoplantar**. Sin embargo, en el cuadro clínico de la **gonorrea** es distinto (varones, secreción uretral purulenta). En la infección gonocócica diseminada aparecen pústulas hemorrágicas dolorosas sobre bases eritematosas en zonas acrales, que difieren de las que nos muestran en la imagen (*respuesta 4 correcta*).

La **psoriasis palmoplantar** puede ocurrir como parte de la psoriasis en placas, más común, o puede afectar sólo las palmas de las manos y las plantas de los pies (*respuesta 1 incorrecta*). Rara vez el **liquen plano palmoplantar** debuta con la afectación exclusiva de las palmas y/o plantas. En tales casos, la clínica no es específica y sólo la biopsia permite el diagnóstico. Con poca frecuencia (pero es posible) las lesiones palmoplantares son la forma de comienzo del liquen plano, por lo que durante algún tiempo pueden ser la única manifestación de esta enfermedad (*respuesta 2 incorrecta*). En la **sífilis secundaria** encontramos máculas y pápulas de 0.5 a 1 cm, redondas a ovaladas; de color pardo rosado-rojo. El primer exantema siempre es maculoso y débil. Más tarde las erupciones pueden ser papuloescamosas, pustulosas o acneiformes. Con frecuencia, se desarrolla un salpullido en el cuerpo y, por lo general, incluye las palmas de las manos y las plantas de los pies (*respuesta 3 incorrecta*).

Pregunta (12006): (17) Pregunta asociada a la imagen 17. Mujer de 65 años que consulta porque en los últimos dos años ha ido notando pérdida del cabello en la línea anterior de implantación del cuero cabelludo (temporal y frontal), junto a la pérdida completa de las cejas. En la exploración de las mejillas y el mentón se aprecian pequeñas pápulas del color de la piel. Ante este cuadro clínico y la imagen que se muestra señale la respuesta correcta:

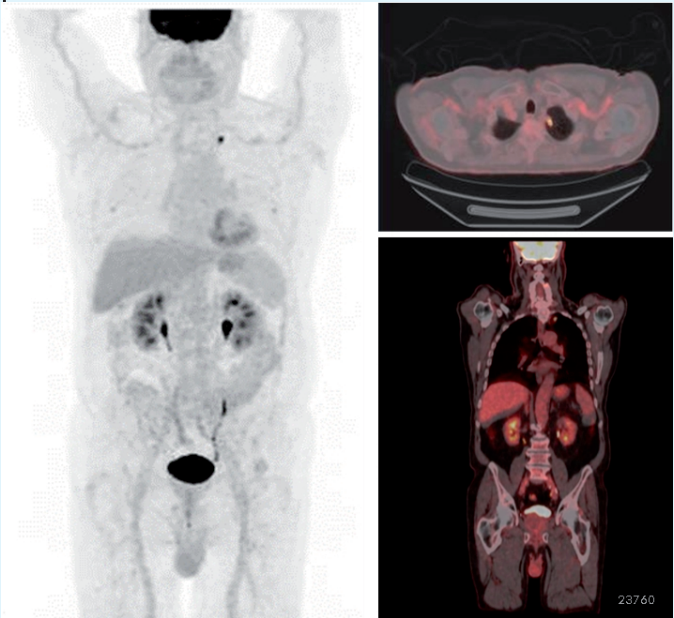


- 1. Se trata de una alopecia reversible.
- 2. Es más frecuente en hombres.
- 3. La histopatología es similar a la del liquen plano pilaris.
- 4. Es un tipo poco frecuente de alopecia androgénica.

300926 DERMATOLOGÍA Normal 48% 23759

Solución: 3
La **alopecia frontal fibrosante (AFF)** es un tipo de alopecia cicatricial primaria adquirida (respuesta 4 incorrecta) e irreversible (respuesta 1 incorrecta). Se caracteriza clínicamente por una recesión de la línea de implantación frontotemporal del cabello, acompañada frecuentemente por alopecia de las cejas. La AFF es más frecuente en mujeres, sobre todo postmenopáusicas (respuesta 2 incorrecta). Desde el punto de vista histopatológico los hallazgos son similares al liquen plano pilaris (respuesta 3 correcta), por lo que actualmente es considerada como una variante clínica de este último. La pérdida de las pestañas se observa en el aproximadamente el 25% de los pacientes. La afectación del vello facial, así como la presencia de pápulas faciales, se ha descrito en el 6-37% de los casos. Son pápulas foliculares monomorfas, no inflamatorias, de color piel, aspecto rugoso o áspero, y sin eritema ni descamación asociados.

Pregunta (12007): (18) Pregunta asociada a la imagen 18. Varón de 66 años, fumador, que es diagnosticado de carcinoma epidermoide de pulmón por biopsia de un nódulo pulmonar de 1 cm. Se realiza estudio de extensión con PET-TC tras la administración de 18F-FDG cuyas imágenes se muestran en proyección de intensidad máxima (MIP), corte axial y corte coronal a nivel del nódulo. ¿Cuál es la estadificación más probable?:

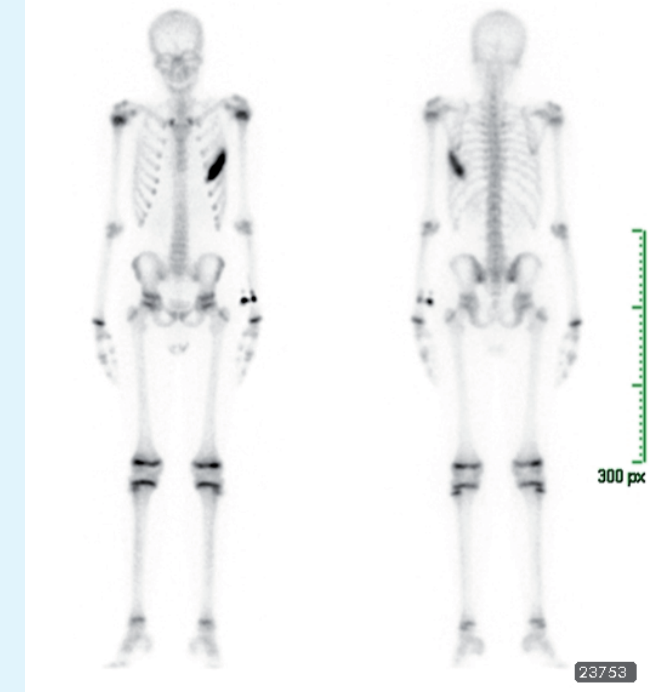


- 1. T1N1M0.
- 2. T1N0M0.
- 3. T1N0M1.
- 4. T2N0M0.

300927 NEUMOLOGÍA Fácil 67% 23760

Solución: 2
La imagen muestra un PET-TAC en el que se aprecia captación a nivel del tumor pulmonar y en vejiga y vías urinarias. El compuesto administrado para realizar el PET (**18F-FDG**) **se elimina por vía urinaria**. Por tanto, la captación a nivel de la vejiga (y resto de vías urinarias) se considera normal (no indica la existencia de metástasis en dicha localización). Según el estadije **TNM** del cáncer broncogénico, un tumor de **1 cm** se corresponde con un **T1** (respuesta 4 incorrecta). Al no existir captación más allá del tumor y de las vías excretoras urinarias, se descarta la presencia tanto de **ganglios** afectos (es decir, se trata de un **N0**) (respuesta 1 incorrecta) como de **metástasis** a distancia (por tanto, será **M0**) (respuesta 3 incorrecta). Por todo ello, se puede considerar que se trata de un **T1N0M0** (correspondiente a un Estadio IA (respuesta 2 correcta)).

Pregunta (12008): (19) Pregunta asociada a la imagen 19. Varón de 13 años en estudio por tumoración dolorosa en costado izquierdo. En la TC de tórax se confirma una lesión en el arco anterior de la 5ª costilla izquierda con masa de partes blandas y datos radiológicos de agresividad. La analítica no muestra alteraciones significativas. Se realiza biopsia ecoguiada, compatible con un tumor costal maligno con perfil inmunohistoquímico congruente con sarcoma de Ewing. Se realiza una gammagrafía ósea para estudio de extensión cuya imagen se muestra. Señale la afirmación correcta:



1. Es una gammagrafía ósea normal.
2. No está indicada la gammagrafía ósea en el estudio de extensión, ya que el sarcoma de Ewing no desarrolla metástasis óseas.
3. Existe afectación ósea metastásica diseminada.
4. El único hallazgo anormal es el acúmulo patológico del radiotrazador en el tumor costal conocido.

300928 TRAUMATOLOGÍA Normal 34% 23753

Solución: 4

El sarcoma de Ewing es un tumor maligno óseo. Es más frecuente en pacientes jóvenes, incluso niños. Es el 2º tumor óseo maligno más frecuente en sujetos jóvenes tras el osteosarcoma. Se localiza habitualmente en las diáfisis de los huesos largos pero también puede aparecer en otras localizaciones. La imagen radiológica tiene signos de destrucción ósea, de invasión de partes blandas y de reacción perióstica en "capas de cebolla". El sarcoma de Ewing puede presentar metástasis pulmonares o/y óseas.

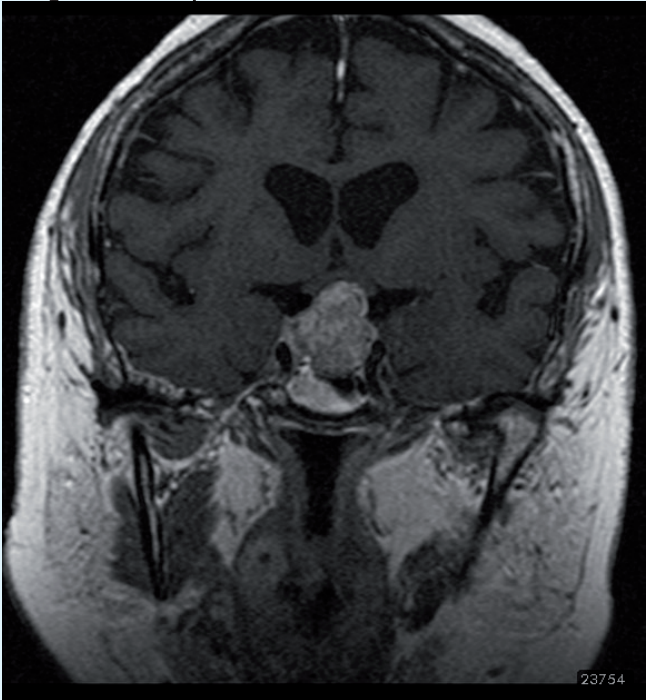
En la imagen de la gammagrafía puede apreciarse un **acúmulo de isótopo en el hemitórax izquierdo que es compatible con la lesión conocida** (Sarcoma de Ewing); asimismo pueden apreciarse **acúmulos de isótopo en otras partes del hueso con mayor actividad osteogénica (cartílagos de crecimiento)** (respuesta 4 correcta).

No puede considerarse una gammagrafía ósea normal (respuesta 1 incorrecta).

Como hemos comentado el Sarcoma de Ewing puede presentar metástasis pulmonares o/y óseas. Estén indicados los estudios de extensión (respuesta 2 incorrecta).

La afectación ósea está localizada en la 5ª costilla izquierda y no presenta afectación ósea diseminada (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (12009): (20) Pregunta asociada a la imagen 20. Mujer de 50 años con antecedentes de cáncer de mama libre de enfermedad, que refiere cefalea y alteraciones visuales de instauración progresiva, sin respuesta al tratamiento analgésico. Se le realiza la resonancia magnética que se muestra. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:



1. Glioblastoma multiforme.
2. Macroadenoma hipofisario.
3. Quiste aracnoideo.
4. Metástasis.

300929 NEUROLOGÍA Fácil 76% 23754

Solución: 2

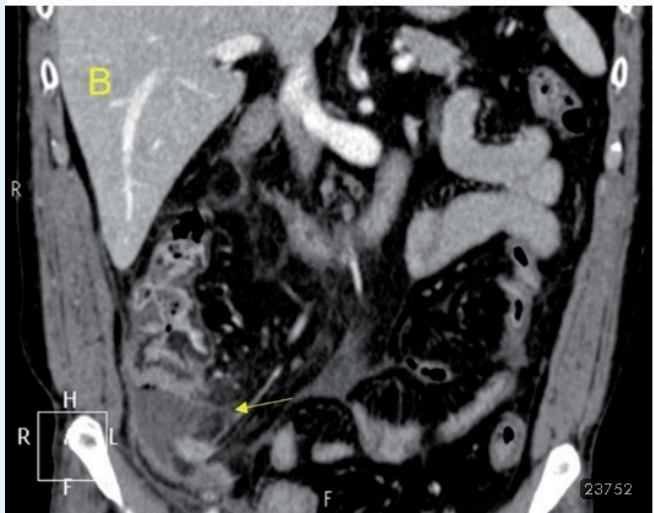
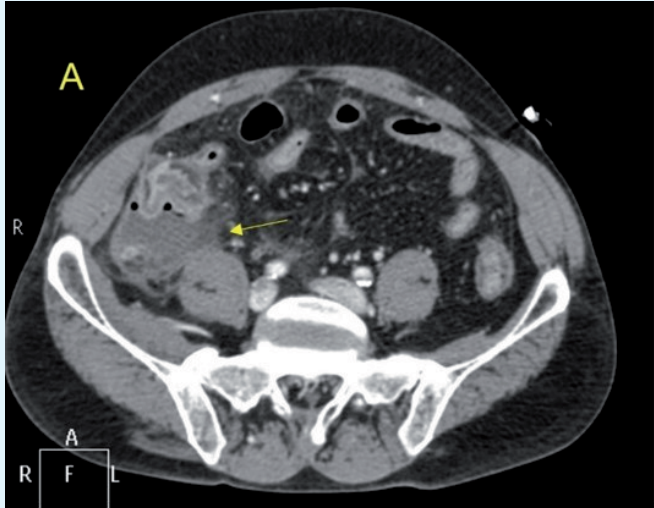
Imagen: RM secuencia T1 con contraste (la corteza es menos intensa que la sustancia blanca y se observa un aumento de señal por el contraste en senos venosos y algún vaso cortical). Se observa una masa selar (en la silla turca) levemente heterogénea y con moderada captación de contraste, con extensión supraselar contactando con el quiasma óptico. La lesión se ve estrechada por el diafragma selar en forma de número 8 o muñeco de nieve, y las hojas de dicho diafragma selar son desplazadas hacia arriba (algo que sugiere que la lesión se origina en la silla turca). Las carótidas internas intracraneales están desplazadas lateralmente sin englobarlas. Esta sería la imagen típica de un adenoma hipofisario (respuesta 2 correcta).

El glioblastoma multiforme no es una lesión que se presente en la glándula hipofisaria (respuesta 1 incorrecta).

El quiste aracnoideo en esta región, aunque infrecuente, podría entrar en el diagnóstico diferencial si fuera una lesión quística, que en T1 se vería predominantemente hipointensa en T1, similar al LCR (respuesta 3 incorrecta).

Las metástasis hipofisarias podrían presentarse en esta localización y su imagen podría ser similar. No obstante, su frecuencia es mucho menor que la de los macroadenomas hipofisarios (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12010): (21) Pregunta asociada a la imagen 21. Mujer de 26 años que desde hace 6 días presenta dolor en fosa iliaca derecha. La palpación es dolorosa en esa zona. La analítica muestra 17.000 leucocitos, con neutrófilos 88 %. Se muestra la TC de abdomen. ¿De los siguientes cuál es el diagnóstico más probable?:



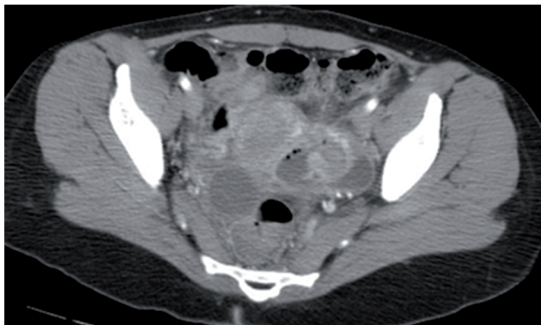
1. Ooforitis.
2. Apendicitis.
3. Diverticulitis.
4. Absceso de ciego.

300930 DIGESTIVO Normal 45% 23752

Solución: 2

La pregunta nos muestra dos imágenes de tomografía computerizada en el plano axial y sagital realizadas con contraste oral e intravenoso. El principal hallazgo de interés es una cierta cantidad de líquido libre que se encuentra situado en la fosa iliaca derecha y en la gotiera paracólica rodeando al ciego. Se asocia a la presencia de una alteración de la grasa local y a un engrosamiento de la pared del ciego, todo ello altamente sugestivo de proceso inflamatorio local.

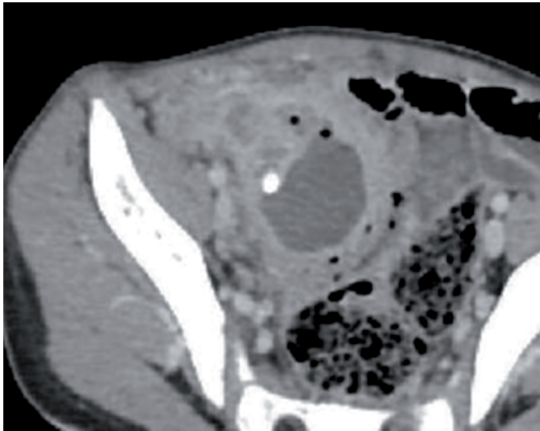
La **ooforitis**, dentro de la enfermedad inflamatoria intestinal, tiende a aparecer más localizada en la línea media y se asocia a engrosamiento de los ligamentos ureterosacros y presencia de líquido en el saco de Douglas. A pesar de que podría aparecer líquido en fosa iliaca derecha no es típico que sea tal lateral y localizada (respuesta 1 incorrecta).



La **diverticulitis** es una enfermedad inflamatoria que tiende a afectar al lado izquierdo con engrosamiento del colon sigmoideos y líquido en pelvis menor (respuesta 3 incorrecta).

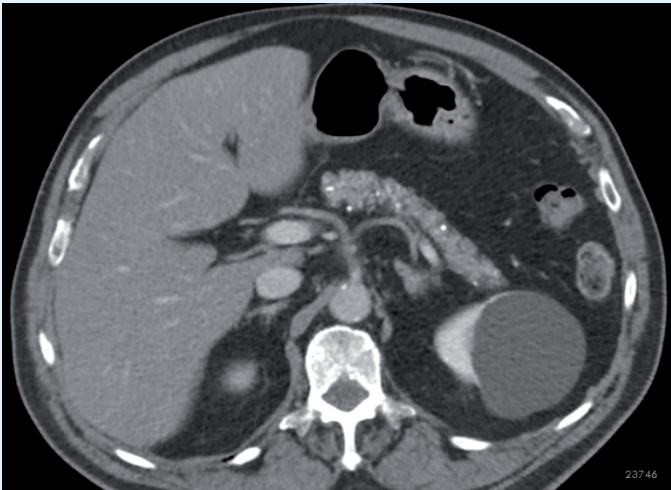


La clínica cuadra con un posible cuadro de apendicitis aguda. El hecho de que lleve 6 días con la clínica podría hacer sospechar que se hubiera formado un **absceso**, pero en ninguna de las imágenes que nos muestran identificamos signos radiológicos que sugieran un absceso: colecciones organizadas con captación de la pared asociadas (en ocasiones) a aire en su interior. Por lo que queda descartada la presencia de un absceso (respuesta 4 incorrecta).



Por lo anteriormente descrito el diagnóstico más probable es la de **apendicitis aguda** en fase de flemón inflamatorio (respuesta 2 correcta).

Pregunta (12011): (22) Pregunta asociada a la imagen 22. Varón de 75 años con dolor abdominal intermitente, dispepsia y pérdida de peso. Se realiza TC abdominal con contraste de la que se muestra una imagen. Además de la observación casual de un quiste renal izquierdo ¿cuál de los siguientes hallazgo se encuentra?:



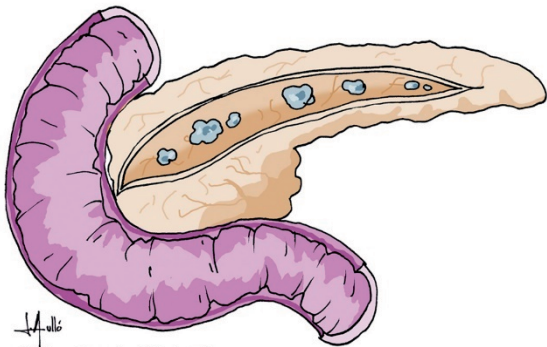
- 1. Tumoración en cola pancreática con calcificaciones e invasión tumoral de arteria esplénica.
- 2. Calcificaciones pancreáticas difusas en cuerpo y cola pancreática, indicativas de pancreatitis aguda.
- 3. Tumoración en cabeza pancreática con calcificaciones e invasión tumoral de arteria esplénica.
- 4. Calcificaciones pancreáticas difusas en cuerpo y cola pancreática, indicativas de pancreatitis crónica.

300931 DIGESTIVO Fácíl 85% 23746

Solución: 4

Nos presentan una imagen de un TC con contraste donde se visualizan unas **calcificaciones intrapancreáticas** (respuestas 1 y 3 incorrectas).

Además de presentar una clínica típica de dolor abdominal intermitente y la pérdida de peso debido a la esteatorrea, el hecho de detectar las calcificaciones intrapancreáticas en las pruebas de imagen nos confirma el diagnóstico de **pancreatitis crónica** sin necesidad de realizar ninguna otra prueba diagnóstica (respuesta 4 correcta). En la **pancreatitis aguda** podríamos ver una inflamación pancreática o perip pancreática, o incluso colecciones de líquido perip pancreático o áreas de necrosis si existiera alguna complicación local (respuesta 2 incorrecta).



© Curso Intensivo MIR Asturias

13054

Pregunta (12012): (23) Pregunta asociada a la imagen 23. Varón de 80 años, sin antecedentes de interés, que refiere dolor cervical progresivo e incapacitante que no cede con tratamiento analgésico. En la imagen de TC ¿cuál es el diagnóstico más probable y su posible origen?:



- 1. Espondilosis de origen degenerativo.
- 2. Espondilodiscitis de origen infeccioso.
- 3. Metástasis blásticas por un cáncer de próstata.
- 4. Metástasis líticas por un cáncer de pulmón.

300932 NEFROLOGÍA Normal 50% 23747

Solución: 3

En la siguiente pregunta se aprecian imágenes sugestivas de metástasis de tipo blástico en los cuerpos vertebrales de C5 y D2, estas imágenes se caracterizan por tener una densidad o radio opacidad aumentada con respecto al hueso (respuesta 3 correcta). No se aprecian imágenes líticas, que se caracterizarían por imágenes de disminución de radio opacidad o densidad (respuesta 4 incorrecta).

No se aprecian signos típicos de espondilosis, como osteofitos o disminución de la altura discal (respuesta 1 incorrecta) y en cualquier caso es poco probable que expliquen la clínica refractaria del paciente, y además no es el dato más relevante que se aprecia en el TC. Tampoco se aprecian signos de espondilodiscitis como destrucción de platillos vertebrales o abscesos paravertebrales o epidurales (respuesta 2 incorrecta) ni hay clínica que la sugiera.

Pregunta (12013): (24) Pregunta asociada a la imagen 24. Mujer de 36 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por molestias retroesternales con la deglución, sin fiebre ni clínica infecciosa. Refiere un cuadro de años de evolución de episodios intermitentes de detención alimentaria a nivel retroesternal tras la ingesta de sólidos y líquidos. Se acompaña de pérdida de peso progresiva. La analítica sanguínea es normal. En la radiografía de tórax se observa ensanchamiento mediastínico, por lo que se realiza la TC torácica con contraste intravenoso que se muestra en la imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:



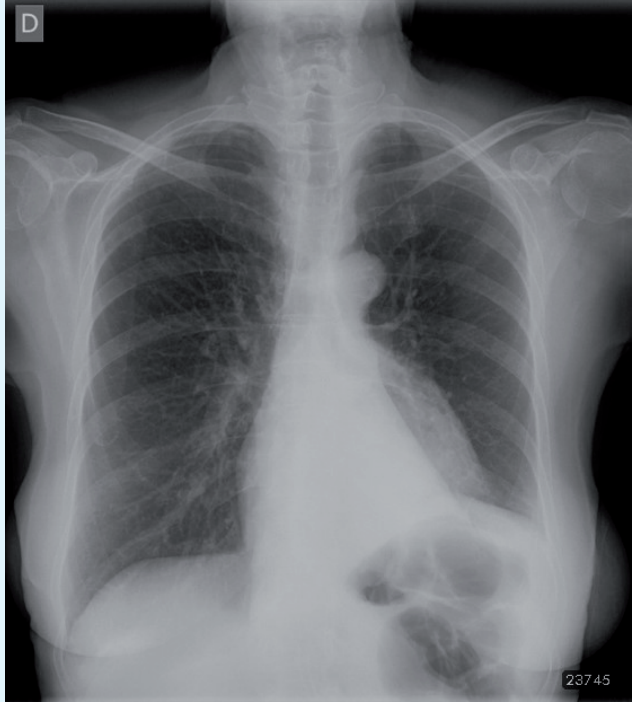
- 1. Acalasia.
- 2. Gran divertículo esofágico de Zenker.
- 3. Espasmo esofágico difuso.
- 4. Retención alimentaria por tumor submucoso (leiomioma) obstructivo en tercio distal esofágico.

300933 DIGESTIVO Dificil 31% 23744

Solución: 1

En esta preguntan nos muestran una mujer joven con una clínica de años de evolución de disfagia intermitente para líquidos y sólidos, todo ello compatible con un cuadro de acalasia. Además, en la imagen vemos una gran dilatación del esófago (megaesófago) debido a la falta de relajación del esfínter esofágico inferior y la pérdida de la peristalsis primaria; por lo que el diagnóstico más probable es una **acalasia** (respuesta 1 correcta). Recuerda que en los trastornos motores, la disfagia suele ser de comienzo para líquidos y sólidos. El **divertículo de Zenker** aparece habitualmente en varones mayores, donde la clínica cardinal es la regurgitación del contenido alimenticio acumulado en el divertículo. Además aparece en la cara posterior del tercio superior del esófago y no llega a tener el tamaño del megaesófago que vemos en la imagen (respuesta 2 incorrecta). El **espasmo esofágico difuso** da una clínica de dolor retroesternal cuando se producen las contracciones terciarias (vigorosas) y habitualmente no se asocia a la aparición de un megaesófago (respuesta 3 incorrecta). Un **leiomioma** obstructivo iniciaría primero una disfagia para sólidos y finalmente para líquidos (patrón obstructivo). Además no vemos en la imagen ningún crecimiento en la pared del tercio inferior del esófago que confirme este diagnóstico (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12014): (25) Pregunta asociada a la imagen 25. Mujer de 58 años con un cuadro de meses de evolución de tos, odinofagia y carraspeo, que consulta por presentar esputos hemoptoicos. No refiere fiebre ni disnea. Exfumadora hace más de 30 años (fumó durante 10 años 1 paq/día). La analítica es normal. Se muestra la radiografía de tórax pósterio-anterior. ¿Qué hallazgo se encuentra?:



- 1. Atelectasia de lóbulo inferior izquierdo.
- 2. Derrame pleural subpulmonar izquierdo.
- 3. Hernia de Bochdalek o defecto diafragmático posterior izquierdo.
- 4. Hiperinsuflación pulmonar derecha por bronquiectasias e impactos mucosos basales.

300934 NEUMOLOGÍA Normal 39% 23745

Solución: 1

La imagen muestra un aumento de densidad (densidad radiológica grasa) a nivel del borde cardíaco, en el pulmón izquierdo. Se trata de una **atelectasia del lóbulo inferior izquierdo** (respuesta 1 correcta), que podría deberse, dado el antecedente de tabaquismo, a un cáncer broncogénico. Un **derrame pleural subpulmonar izquierdo** debería producir una colección de líquido a nivel inferior, con una curva cóncava en el borde pulmonar (respuesta 2 incorrecta). La **hernia de Bochdalek** favorece el paso de vísceras abdominales a la cavidad torácica, a nivel del triángulo lumbocostal. En esta localización se aprecia la burbuja de gas típica del fundus gástrico (se aprecia una línea blanca por encima, que se corresponde con el diafragma; por tanto, no existe herniación de vísceras) (respuesta 3 incorrecta). No se aprecian imágenes compatibles con **bronquiectasias en el hemitórax derecho** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12015): (26) En un paciente con síndrome nefrótico es posible encontrar una de las siguientes alteraciones plasmáticas en el perfil lipoproteico:

- 1. Disminución de las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL).
- 2. Aumento de la apolipoproteína B-100.
- 3. Aumento de la apolipoproteína A-I.
- 4. Aumento de la actividad lipoproteinlipasa (LPL).

300935 BIOQUÍMICA Normal 47%

Solución: 2

El perfil lipídico del síndrome nefrótico es, mayoritariamente, de hiperlipemia.

El **colesterol total**, las **VLDL** (respuesta 1 incorrecta), las **LDL**, los triglicéridos totales y la **apoB plasmática** (respuesta 2 correcta) pueden estar elevados, particularmente **apoB-100** que es la que está presente en las citadas lipoproteínas.

La **apolipoproteína A1** está presente en las lipoproteínas HDL, que no se encuentran elevadas en esta patología (respuesta 3 incorrecta).

Uno de los motivos propuesto para el aumento de los triglicéridos plasmáticos y sus lipoproteínas es la disminución de la actividad de la lipoproteinlipasa (respuesta 4 incorrecta).

LIPO-PROTEÍNA	LÍPIDO PRINCIPAL	APOLIPO-PROTEÍNAS	ELECTRO-FORESIS	ORIGEN
Quilomi-crones	TGC exógenos	ApoB48, ApoC2, ApoE	Ausente	Intestino
VLDL	TGC endógenos	ApoB100, ApoC2, ApoE	Preβ	Hígado
IDL	Colesterol y TGC	ApoB100, ApoE	Preβ lenta	Hígado
LDL	Colesterol	ApoB100	β	Hígado
HDL	Colesterol	ApoA1, ApoA2	α	Ambos

Pregunta (12016): (27) En relación con el metabolismo de compuestos nitrogenados, el músculo esquelético es capaz de:

- 1. Sintetizar de forma limitada urea en situaciones de disfunción hepática para paliar la toxicidad del amoníaco.
- 2. Utilizar los alfa-cetoácidos derivados de los aminoácidos ramificados como fuente energética.
- 3. Producir alanina por transaminación a partir de piruvato y ácido aspártico, particularmente en determinadas situaciones de ayuno.
- 4. Elaborar creatina utilizando glicina, ATP y amoníaco para obtener creatin-fosfato como reserva energética y posibilitar su uso durante el ejercicio.

300936 BIOQUÍMICA Difícil 9%

Solución: 2

En el catabolismo muscular los **alfa-cetoácidos** obtenidos a partir de los aminoácidos ramificados (valina, isoleucina, leucina) pueden utilizarse como **fuerate energética** (a través de rutas glucogénicas -valina-, cetogénicas -leucina- o ambas -isoleucina-) (respuesta 2 correcta).

Durante el **ayuno**, asimismo, el músculo participa en el **ciclo de la alanina-glucosa**: en el catabolismo muscular, los aminoácidos presentes en el músculo, se **transaminan** y ceden su grupo amino al alfa-cetoglutarato, que se convierte en glutamato. El glutamato formado puede ceder su grupo amino (**transaminación**) al **piruvato**, quien se convierte en **alanina** (se forma por tanto a través de la transaminación en la que participan glutamato y piruvato, no aspartato -respuesta 3 incorrecta-). Esta alanina podrá salir del músculo y favorecer en el hígado rutas gluconeogénicas.

La síntesis de **urea** se da en el **hígado** (respuesta 1 incorrecta). Aunque la mayoría de **creatina** y su forma fosforilada, la creatina-fosfato, se encuentran primordialmente en el músculo, la síntesis se realiza en el **hígado, los riñones y en menor medida en el páncreas** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12017): (28) En la glucogenosis de tipo Ia (enfermedad de von Gierke) por déficit de glucosa-6-fosfatasa es característico:

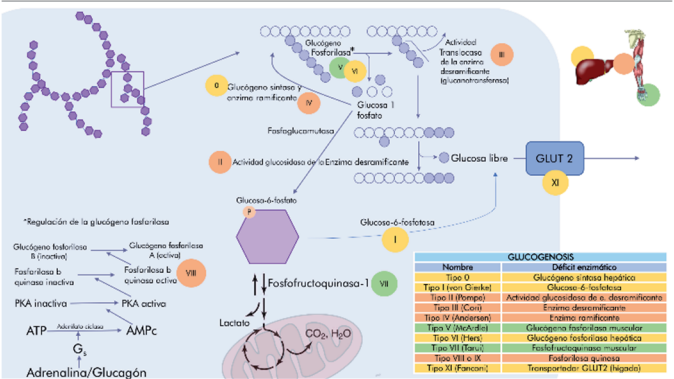
- 1. El aumento de glucógeno muscular.
- 2. La hipouricemia por reducción en la reabsorción renal de ácido úrico.
- 3. El aumento del lactato plasmático.
- 4. La disminución de la síntesis hepática de triglicéridos.

300937 BIOQUÍMICA Normal 42%

Solución: 3

Las glucogenosis son un grupo de enfermedades que provocan un aumento del depósito de glucógeno en los tejidos, estando éste en mayor cantidad de lo habitual o presentando una estructura anómala debido a diferentes déficits enzimáticos que condicionan el tipo de glucogenosis. Una de las glucogenosis más conocida es la **enfermedad de von Gierke** (tipo Ia), en la que el **hígado** (respuesta 1 incorrecta) carece de la enzima **glucosa-6-fosfatasa** (enzima encargada de desfosforilar la glucosa-6-fosfato para que ésta salga del hepatocito hacia el resto del organismo).

La glucosa-6-fosfato retenida en el hígado se dirige a rutas metabólicas como la **glucólisis**, dando lugar a un exceso de **ácido láctico** (respuesta 3 correcta) y acetil-CoA, que a su vez aumenta la síntesis hepática de **triglicéridos** (respuesta 4 incorrecta) y cuerpos cetónicos. También se encuentra más activa la vía de las pentosas fosfato, favoreciendo una mayor síntesis de nucleótidos y un aumento del **urato** (respuesta 2 incorrecta).



Pregunta (12018): (29) En relación con las presiones que originan el movimiento de entrada y salida de aire en los pulmones en una persona sana, señale la afirmación **INCORRECTA**:

- 1. La aspiración continua del exceso de líquidos hacia los conductos linfáticos mantiene una ligera presión negativa entre la superficie visceral del pulmón y la superficie pleural parietal de la cavidad torácica.
- 2. Durante la inspiración normal, la presión pleural se hace más negativa.
- 3. Durante la espiración normal, la presión alveolar disminuye con respecto al valor de la presión atmosférica.
- 4. La presión transpulmonar (presión alveolar menos presión pleural) tiende a colapsar los pulmones durante el ciclo respiratorio completo.

300938 FISIOLÓGIA Difícil 24%

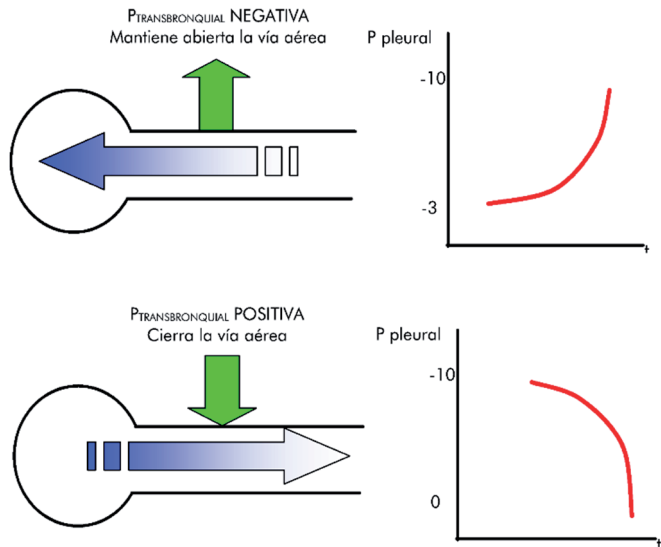
Solución: 3

En cada ciclo inspiratorio-espiratorio las vías aéreas están influenciadas por presiones ejercidas desde dentro y fuera de la vía.

Si la presión transpulmonar ($P_{alveolar} - P_{pleural}$) es negativa la vía se mantiene permeable, colapsándose cuando se hace positiva o es igual a 0; es decir, la **presión transpulmonar tiende a colapsar los pulmones** (respuesta 4 incorrecta).

La **presión pleural** tiende a ser **negativa**, lo que en condiciones estáticas mantiene la presión transpulmonar en negativo y la vía aérea permeable. La discreta **aspiración de los conductos linfáticos** de la pared torácica **contribuye** ligeramente a este mantenimiento de la presión negativa entre la pleural visceral y la parietal (respuesta 1 incorrecta).

En **inspiración**, la **presión pleural** se hace **más negativa** (respuesta 2 incorrecta), lo que permite la entrada de aire en la vía aérea. En la **espiración**, por contra, la **presión alveolar aumenta** respecto de la atmosférica (respuesta 3 correcta), lo que permite la salida del aire de la cavidad torácica. Se producen presiones positivas dentro de la vía, existiendo un punto en el que la presión transbronquial vale 0 (punto de igual presión). En este punto, que coincide con el volumen residual, se produce el colapso de la vía impidiendo la salida del aire.



Pregunta (12019): (30) El flujo sanguíneo turbulento tiende a aumentar en proporción directa a todos los siguientes factores EXCEPTO UNO. Señale cuál:

- 1. Viscosidad de la sangre.
- 2. Velocidad del flujo sanguíneo.
- 3. Diámetro del vaso sanguíneo.
- 4. Densidad de la sangre.

300939 FISIOLÓGÍA Difícil -16%

Solución: 1

El **número de Reynolds** es un valor sin dimensiones que se utiliza para predecir si el flujo sanguíneo será **laminar** o **turbulento**. Tiene en cuenta una serie de factores, como el diámetro del vaso, la velocidad media del flujo y la viscosidad de la sangre. De este modo;

Número de Reynolds = **(Densidad de la sangre x Diámetro del vaso sanguíneo x Velocidad del flujo sanguíneo) / viscosidad de la sangre**; (respuesta 1 correcta; 2, 3 y 4 incorrectas) siendo números bajos (< 2300) sugestivos de flujo laminar y números altos (>4000) sugestivos de flujo turbulento.

Pregunta (12020): (31) En relación con la regulación del intercambio de líquido y del equilibrio osmótico entre los líquidos intracelular y extracelular en una situación fisiológica, señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. La distribución del líquido entre los compartimentos intracelular y extracelular está determinada sobre todo por el efecto osmótico de los iones más pequeños.
- 2. Alrededor del 80 % de la osmolaridad total del líquido intersticial y del plasma se debe a los iones sodio y cloro.
- 3. Alrededor del 50 % de la osmolaridad en el líquido intracelular se debe a los iones calcio.
- 4. Cambios relativamente pequeños en la concentración de solutos no difusibles en el líquido extracelular pueden causar grandes cambios en el volumen celular.

300940 FISIOLÓGÍA Normal 60%

Solución: 3

La **distribución del líquido** entre los compartimentos intracelular y extracelular está determinada sobre todo por el efecto osmótico de los **iones más pequeños** (respuesta 1 incorrecta), de forma que **cambios** relativamente pequeños en la **concentración de solutos no difusibles** en el líquido extracelular pueden condicionar una **movilización de considerable líquido intracelular** (respuesta 4 incorrecta).

Mientras que el **80% de la osmolaridad extracelular** se debe a los iones **Na y Cl** (respuesta 2 incorrecta), el catión predominante en el medio intracelular es el potasio.

Otros iones como el **calcio** presentan **muy bajas concentraciones a nivel intracelular** (respuesta 3 correcta) en **comparación** con su concentración **extracelular**, lo que contribuye a la generación del **potencial de membrana**.

Pregunta (12021): (32) Señala la respuesta correcta respecto a la reabsorción renal de sodio:

- 1. En el asa ascendente de Henle se reabsorbe sodio, sin reabsorber agua.
- 2. En el túbulo colector se reabsorbe un 20 % del sodio.
- 3. La mayor reabsorción de sodio se produce en el túbulo distal.
- 4. La reabsorción de sodio en el túbulo proximal está mediada por la aldosterona.

300941 FISIOLÓGÍA Normal 53%

Solución: 1

En relación a la **reabsorción de sodio** a nivel **renal**, la **mayor** parte tiene lugar en el **túbulo proximal** (respuesta 3 incorrecta), donde la reabsorción de Na se acompaña de reabsorción de otras sustancias.

Mientras que la **rama descendente del asa de Henle** es **impermeable** al Na y permeable al agua y a la urea desde el intersticio hacia la luz (lo que contribuye al aumento de osmolaridad medular), la **rama ascendente** es **permeable** al Na (que se **reabsorbe a favor de gradiente** de concentración) e impermeable al agua (respuesta 1 correcta).

En el túbulo **distal** la reabsorción de Na está mediada por la **aldosterona** (respuesta 4 incorrecta) y en el túbulo **colector** la reabsorción de **agua libre** mediada por la ADH no compete al Na (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta (12022): (33) ¿Cómo se denomina el inicio progresivamente más precoz y el incremento de la gravedad de las manifestaciones clínicas de una enfermedad a lo largo de las sucesivas generaciones?:

- 1. Penetrancia variable.
- 2. Anticipación genética.
- 3. Anticipación alélica.
- 4. Penetrancia completa.

300942 GENÉTICA Fácil 92%

Solución: 2

El concepto **anticipación genética** hace referencia al inicio progresivamente más precoz e incremento de la gravedad de la clínica a lo largo de sucesivas generaciones debido a que se acumulan y aumentan en número las mutaciones dinámicas, se produce una expansión de tripletes (respuesta 2 correcta). No existe la **anticipación alélica** (respuesta 3 incorrecta).

La **penetrancia** hace referencia a la proporción de individuos con un genotipo que expresan el fenotipo (2MIR). La penetrancia puede ser **completa** si todos los que presentan el genotipo expresan el fenotipo incompleta o **variable** cuando algunos individuos con el genotipo no manifiestan el fenotipo (respuestas 1 y 4 incorrectas).

Pregunta (12023): (34) En relación con el papel de la inmunoglobulina A (IgA) en la defensa frente a patógenos, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. La IgA activa la vía clásica del complemento contribuyendo a la eliminación de bacterias extracelulares.
- 2. La IgA pasa de la madre al recién nacido durante la lactancia contribuyendo a la protección de las mucosas del neonato.
- 3. La IgA puede atravesar la barrera epitelial de las mucosas uniéndose al receptor poli-Ig (pIgR) siendo la inmunoglobulina más abundante en las mucosas.
- 4. El déficit selectivo de IgA es la inmunodeficiencia más frecuente (aproximadamente 1:400) y la mayoría de los casos son asintomáticos.

300943 INMUNOLOGÍA Fácil 73%

Solución: 1

La IgA NO es capaz de activar el **complemento**. IgG e IgM son los dos únicos isotipos de anticuerpos capaces de activar el complemento por la vía clásica (respuesta 1 correcta). Los dímeros de IgA, gracias al receptor **poli-Ig**, son capaces de atravesar la barrera epitelial y llegar a las **mucosas** y secreciones externas (leche, secreciones digestivas, secreciones bronquiales, ...). Aunque la IgA no es la única inmunoglobulina en las mucosas (también hay IgG en cantidades significativas), sí que es la predominante a dicho nivel (respuesta 3 incorrecta). Reseñar que la IgG es el isotipo predominante a nivel global y concretamente en suero y secreciones internas (humor acuoso, líquido amniótico, líquido cefalorraquídeo, ...). La principal función de la IgA es neutralizar a los patógenos en las mucosas e impedir su entrada en el organismo. La IgA de la **leche materna** cumple esa función en el tracto digestivo del neonato (respuesta 2 incorrecta). El **déficit selectivo de IgA** es la inmunodeficiencia primaria más frecuente. En ella lo único que está alterado es la producción de IgA que puede estar desde algo disminuida a completamente suprimida. Es un cuadro benigno, estando la mayoría de los paciente asintomáticos y siendo habitualmente un diagnóstico casual (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12024): (35) Entre las nuevas medidas de protección contra el COVID-19 se incluye el uso de terapias basadas en anticuerpos monoclonales frente la proteína S (spike) del SARS-CoV-2 (tixagevimab y cilgavimab). Este tratamiento:

- Es una forma de inmunización activa cuyo resultado depende de la activación de linfocitos memoria.
- Está indicado en pacientes inmunodeprimidos, como los pacientes con trasplante de órganos.
- Confiere protección durante un período de tiempo aproximado de dos años.
- Induce memoria inmunológica basada en la activación de linfocitos B.

300944 INMUNOLOGÍA Fácíl 72%

Solución: 2

El uso de anticuerpos monoclonales frente a un patógeno concreto (como SARS-CoV2, toxina tetánica, hepatitis B, citomegalovirus, ...) provoca una **inmunización pasiva** (respuesta 1 incorrecta), es decir, NO activa al sistema inmune del paciente, ni mucho menos genera **células memoria** (respuesta 4 incorrecta). La inmunización activa y generación de células memoria se logra con las vacunas.

Lo que se logra al usar anticuerpos monoclonales frente a un patógeno concreto es, o bien tratar una infección aguda, o bien proteger de forma temporal a determinados grupos pacientes (sobre todo los inmunodeprimidos) frente a dicha infección. La protección, lógicamente, dura sólo unos **pocos meses** (en torno a 6 para el caso de tixagevimab y cilgavimab) porque los anticuerpos administrados se irán degradando con el tiempo (respuesta 4 incorrecta).

La combinación de tixagevimab y cilgavimab (comercializada con el nombre de Evusheld) está actualmente indicada en España como terapia preventiva de COVID-19 en pacientes con **inmunosupresión de alto grado** (como trasplante de órgano sólido, trasplante de progenitores hematopoyéticos, terapias CAR-T, ...) (respuesta 2 correcta) que no se han podido vacunar o no han respondido a la vacunación frente a SARS-CoV-2.

Pregunta (12025): (36) Las células T reguladoras (CD4+, CD25+, FoxP3+) se encuentran con frecuencia en el infiltrado de tumores sólidos. Estas células:

- Se consideran marcadores de buen pronóstico en el desarrollo del tumor.
- Contribuyen a la defensa inmune antitumoral.
- Producen interferón gamma que contribuye a la activación de linfocitos citotóxicos.
- Producen interleucina-10 que contribuye a un microambiente tumoral inmunosupresor.

300945 INMUNOLOGÍA Normal 45%

Solución: 4

Los linfocitos T reguladores son una subpoblación de linfocitos T encargada de suprimir / finalizar la respuesta inmune, teniendo por tanto efectos **inmunosupresores** (respuesta 2 incorrecta) (respuesta 4 correcta), lo cual, en circunstancias normales, es útil para prevenir fenómenos autoinmunes y de hipersensibilidad. Para realizar su función los LT reguladores expresan el receptor inhibidor CTLA-4 y producen la citocina inmunosupresora **IL10** (respuesta 3 incorrecta) (respuesta 4 correcta). Consecuentemente, la presencia de una elevada cantidad de LT reguladores en el seno de un tumor sólido reducirá la eficacia de la respuesta inmune antitumoral, lo que conlleva un **mal pronóstico** (respuesta 1 incorrecta). Reseñar que hay distintas clasificaciones de los LT reguladores atendiendo a sus marcadores de superficie, siendo el fenotipo más frecuente y conocido el CD3+, CD4+, CD25+, FoxP3+ al que hace referencia esta pregunta.

Pregunta (12026): (37) El síndrome de hiper-IgM, una inmunodeficiencia primaria asociada a diferentes mutaciones en las moléculas CD40 o su ligando CD40L, se caracteriza porque:

- Los pacientes presentan niveles elevados de IgM mientras que mantienen niveles normales de IgG e IgA en suero.
- Presentan un defecto de la diferenciación de los linfocitos B en la médula ósea con aumento de linfocitos B inmaduros que expresan la cadena mu intracitoplasmática.
- Existe un defecto en el proceso de colaboración entre linfocitos T y B necesario para el cambio de isotipo de las inmunoglobulinas.
- Existe un defecto en el proceso de reordenamiento de los genes V de las inmunoglobulinas.

300946 INMUNOLOGÍA Normal 34%

Solución: 3

Los síndromes hiper-IgM son un grupo heterogéneo poco frecuente de inmunodeficiencias que se caracterizan por **niveles normales o elevados de IgM y DISMINUIDOS de IgG, IgA e IgE** (respuesta 1 incorrecta). Pueden ser primarias o bien secundarias (en relación a infecciones como la rubeola, fármacos como la fenitoína o neoplasias hematológicas).

Un grupo de síndromes hiper-IgM se deben a alteraciones exclusivas de los LB a nivel de los mecanismos de cambio de clase de anticuerpo y a veces también en los procesos de hipermutación somática, lo que dificulta la producción de anticuerpos distintos a la IgM y la mejora de la afinidad de los mismos. Un ejemplo sería las mutaciones en el gen AID (deaminasa de citosina inducida por activación). Se trata de inmunodeficiencias humorales puras, que presentan infecciones bacterianas de repetición (con clínica similar a la inmunodeficiencia común variable).

El otro grupo de síndromes hiper-IgM (como el de la presente pregunta) se deben a **alteraciones en la colaboración entre linfocitos T y B** a través del **CD40 ligando - CD40**. Dicha colaboración LT-LB es imprescindible para lograr el cambio de isotipo de inmunoglobulinas (respuesta 3 correcta). En este caso se trata de inmunodeficiencias combinadas graves, porque no solo hay defectos de la inmunidad humoral, sino también celular, siendo característico, además de infecciones bacterianas, las infecciones oportunistas como Pneumocystis jirovecii. Reseñar que lo más habitual es que el fallo este a nivel de CD40 ligando, que se sitúa en el cromosoma X, por lo que su herencia suele ser recesiva ligada al X.

El fallo en la **maduración de LB** en médula ósea define a la agammaglobulinemia ligada al X o enfermedad de Bruton no a los síndromes hiper-IgM (respuesta 2 incorrecta). La enfermedad de Bruton se caracteriza analíticamente por linfopenia B severa y agammaglobulinemia.

Los defectos en el **reordenamiento de los genes V** de las inmunoglobulinas se asocian a defectos similares en el TCR (el mecanismo de reordenamiento es el mismo), por lo que provocan inmunodeficiencias combinadas severas no un síndrome hiper-IgM (respuesta 4 incorrecta). Este subtipo de inmunodeficiencias combinadas se caracteriza por presentar alteraciones directas tanto en LT como en LB (lo habitual es que se alteren sólo los LT, siendo la alteración de LB secundaria al fallo de los LT cooperadores). Un ejemplo de estas inmunodeficiencias sería el Síndrome de Omenn.

Pregunta (12027): (38) Entre los avances en inmunoterapia antitumoral se incluye el uso de linfocitos T modificados para que expresen un receptor CAR (chimeric antigen receptor, receptor quimérico para el antígeno), denominados CAR-T. En relación con las células CAR-T para el tratamiento de linfomas y leucemias que expresan CD19, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. El elemento de reconocimiento del receptor CAR está basado en fragmentos variables de anticuerpos anti-CD19 (single-chain variable fragments, scFvs).
- 2. El receptor CAR posee un dominio intracelular responsable de la transmisión de señales.
- 3. Entre los efectos secundarios graves de este tratamiento se encuentra el síndrome de liberación de citocinas.
- 4. El reconocimiento del antígeno por el receptor CAR depende de las moléculas de histocompatibilidad (HLA) clase I en la célula tumoral.

300947 INMUNOLOGÍA Fácil 70%

Solución: 4

Las células CAR-T son linfocitos T cuyo TCR ha sido sustituido por un receptor antigénico quimérico (CAR). Dicho receptor posee un dominio extracelular (que es un fragmento variable de inmunoglobulina) que en el caso de los CART-CD19 reconoce CD19 (respuesta 1 incorrecta). CD19 es un marcador de clase de los linfocitos B, por lo que las células CART-CD19 lo que hacen es destruir selectivamente linfocitos B.

El receptor antigénico quimérico (CAR) posee también un dominio transmembrana y un dominio intracelular encargado este último de la transmisión de señales de activación al linfocito T (respuesta 2 incorrecta).

Aunque lo habitual es que los linfocitos T reconozcan su péptido antígeno en el contexto de moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad, las células CAR-T no poseen un TCR normal, sino un receptor quimérico formado por un fragmento de inmunoglobulina, lo que le permite reconocer al antígeno de forma libre (respuesta 4 correcta).

Las terapias CAR-T están indicadas en neoplasias hematológicas B. Uno de sus efectos secundarios más característicos es el síndrome de liberación de citocinas, que es un cuadro de inflamación sistémica que aparece a los pocos días de la infusión (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (12028): (39) Apicultor de 50 años que presenta reacciones sistémicas graves (anafilaxia) tras picaduras de abejas y en quien se demuestra positividad al veneno de Apis mellifera mediante pruebas cutáneas en intradermorreacción e IgE específica en suero. ¿Qué tratamiento etiológico está indicado?:

- 1. Entrenamiento del paciente en el empleo de autoinyectores de adrenalina.
- 2. Educación del paciente en el uso de antihistamínicos bucodispersables, broncodilatadores en aerosol presurizado y corticoides orales.
- 3. Inmunoterapia específica subcutánea con extracto de Apis mellifera al 100%.
- 4. Empleo de fármacos inmunomodulares tipo ciclosporina oral.

300948 ALERGOLOGÍA Fácil 66%

Solución: 3

Nos presentan el caso clínico de un apicultor de 50 años de edad diagnosticado de anafilaxia por alergia al veneno de abeja (Apis mellifera) y nos preguntan el tratamiento etiológico.

El tratamiento etiológico indicado en este paciente es la **inmunoterapia específica subcutánea con extracto de Apis mellifera al 100%** (respuesta 3 correcta); la inmunoterapia es el único tratamiento disponible capaz de modificar la progresión de la enfermedad alérgica y potencialmente prevenir su aparición al inducir tolerancia en el sistema inmunitario. Produce disminución y/o remisión de la clínica alérgica del paciente, produciendo una disminución en el consumo de medicación sintomática y mejora la calidad de vida del paciente.

Adrenalina, antihistamínicos, broncodilatadores y corticoides representan fármacos usados como tratamiento sintomático de la anafilaxia (respuestas 1 y 2 incorrectas).

Fármacos inmunomoduladores, como la **ciclosporina**, no son útiles para el tratamiento de la anafilaxia (respuesta 4 incorrecta).



Administración de inmunoterapia subcutánea

Pregunta (12029): (40) En relación con la esofagitis eosinofílica, señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. El diagnóstico de certeza se realiza mediante endoscopia digestiva alta y biopsia.
- 2. El tratamiento inicial es recomendar dieta de eliminación de aquellos alimentos en los que se demuestran reacciones positivas in vivo o in vitro.
- 3. La inflamación subyacente indica un mecanismo patogénico de hipersensibilidad Th1.
- 4. La inmunoterapia específica frente a los alérgenos respiratorios y alimentarios a los que se ha demostrado sensibilización es una práctica habitual.

300949 ALERGOLOGÍA Difícil 0%

ANULADA

La esofagitis eosinofílica es una enfermedad inflamatoria inmunoalérgica crónica del esófago, caracterizada por la presencia de eosinófilos en la mucosa esofágica. Está provocada principalmente por alérgenos alimentarios.

El diagnóstico de certeza se realiza mediante endoscopia digestiva alta y biopsia (respuesta 1 incorrecta); la endoscopia puede ser normal o mostrar alteraciones sugestivas, como múltiples anillos mucosos. La sospecha diagnóstica debe confirmarse tomando biopsias de esófago distal y proximal.

El tratamiento inicial es recomendar dieta de eliminación de aquellos alimentos en los que se demuestren reacciones positivas in vivo o in vitro (respuesta 2 incorrecta), ya que las dietas de exclusión alimentaria producen un 40-70% de remisión histológica.

La inflamación predominante en la fisiopatología de la esofagitis eosinofílica es de tipo Th2, predominando la IL-5 y los eosinófilos sobre otro tipo de respuesta Th1 (respuesta 3 correcta); se han observado concentraciones de eotaxín-3 incrementadas en la esofagitis eosinofílica por lo que en un futuro, la expresión de eotaxín-3 y su variación genética pueden ser marcadores prometedores para distinguir la esofagitis eosinofílica de otras causas de esofagitis.

La inmunoterapia específica frente a los alérgenos respiratorios y alimentarios a los que se ha demostrado sensibilización no es una práctica clínica habitual a realizar como tratamiento de esta patología (respuesta 4 correcta).

Por todo lo indicado anteriormente, en esta pregunta habría **2 opciones correctas** y por ello el Ministerio anuló esta pregunta.

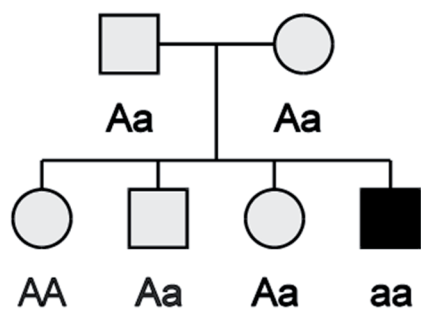
Pregunta (12030): (41) En una enfermedad genética con un patrón de herencia autosómico recesivo el riesgo de la enfermedad en una futura descendencia cuando ambos padres son portadores es:

- 1. 25 % en cada embarazo independiente del sexo de la descendencia.
- 2. 50 % en cada embarazo de un hijo varón.
- 3. 50 % en cada embarazo de una hija mujer.
- 4. 50 % en cada embarazo independiente del sexo de la descendencia.

300950 GENÉTICA Fácil 93%

Solución: 1

Cuando ambos progenitores son portadores de una enfermedad genética con un patrón de herencia autosómico recesivo el riesgo de que la descendencia padezca la enfermedad es de un **25% independientemente del sexo** como se puede ver en el árbol genealógico debajo (respuesta 1 correcta, respuestas 2, 3 y 4 incorrectas). Un 50% serían portadores sanos (respuesta 4 incorrecta) y otro 25% sanos homocigotos.



Herencia autosómica recesiva con ambos progenitores portadores sanos

Pregunta (12031): (42) En un determinado gen la secuencia de ADN se transcribe para formar el ARN maduro y este ARN maduro se traduce para formar la proteína. ¿A qué región (secuencia) de la estructura de un gen se denomina intrón?:

1. A la que inicia la transcripción para formar el ARN
2. A la que no está presente en el ARN maduro.
3. A la que se transcribe para estar presente en el ARN maduro y dar lugar a la proteína.
4. A la que regula la expresión del gen.

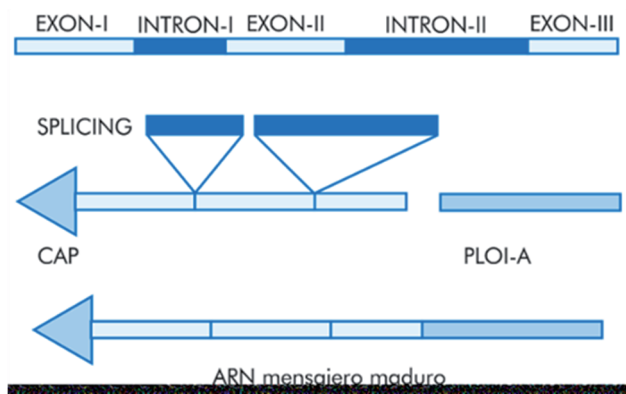
300951 GENÉTICA

Normal

43%

Solución: 2

El intrón es la secuencia de un gen que **no está presente en el ARN maduro** (respuesta 2 correcta). El exón es la secuencia que se transcribe, que **está presente en el ARN maduro y que codifican para nuevas proteínas** (respuestas 1, 3 y 4 incorrectas).



Transcripción de ADN a ARNm

Pregunta (12032): (43) Para establecer si el consumo habitual de alimentos ultraprocesados (e.g. embutidos) se asocia a mayor riesgo del síndrome de fragilidad en adultos mayores, se selecciona a 5.000 personas mayores de 70 años que viven en sus domicilios, se les pregunta por su dieta habitual y se identifica el consumo de ultraprocesados en cada uno de ellos. Se realiza un seguimiento durante 3 años para identificar quiénes desarrollan el síndrome de fragilidad por primera vez. Señale la respuesta correcta sobre el diseño de este estudio:

1. Es un estudio de cohortes, porque se sigue a sujetos clasificados según su exposición para identificar el riesgo de un problema de salud.
2. Es un ensayo de campo, porque se realiza con personas que no son pacientes.
3. Es un estudio ecológico, porque incluye a un grupo muy amplio de población.
4. Es un estudio de casos y controles, en el que los casos toman muchos alimentos ultraprocesados y los controles toman muy pocos.

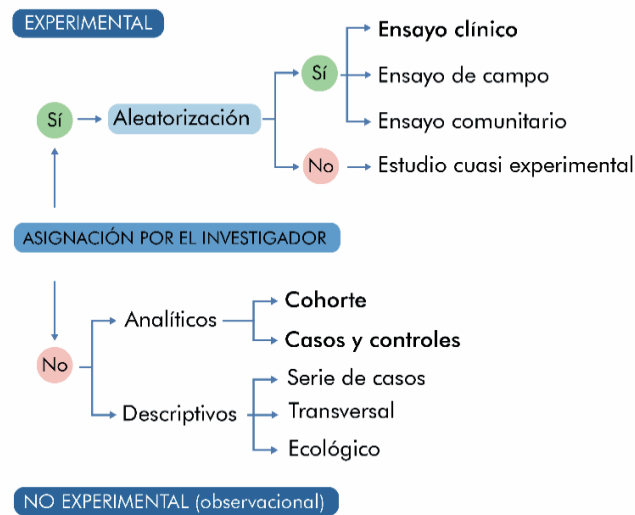
300952 MEDICINA PREVENTIVA

Fácil

96%

Solución: 1

Para clasificar los estudios epidemiológicos nos tenemos que fijar en 4 características: finalidad (descriptivo o analítico), seguimiento (transversal o longitudinal), asignación (observacional o experimental) y momento (prospectivo o retrospectivo). En esta pregunta se trata de un estudio que compara en función de la exposición a ultraprocesados (analítico), con seguimiento durante 3 años (longitudinal), estudia consumo habitual de los pacientes (observacional) y analiza casos nuevos (prospectivo). Esas 4 características se corresponden con un **estudio de cohortes** (respuesta 1 correcta). Los **ensayos de campo** son estudios experimentales en los que la intervención la asigna el investigador y en este caso se analiza el consumo de ultraprocesados que tenían previamente a hacer el estudio (respuesta 2 incorrecta). Los **estudios ecológicos** analizan grupos de población por criterios geográficos (como países o continentes) o temporales (respuesta 3 incorrecta). Los **estudios de casos y controles** crean los grupos de comparación según la presencia o ausencia de enfermedad, en este caso lo han hecho según el consumo de ultraprocesados y esa sería la exposición y no el desenlace (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (12033): (44) Sobre los errores sistemáticos en los estudios observacionales, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Se clasifican en sesgos de selección, de información y de análisis.
2. Se pueden evitar aumentando el tamaño muestral.
3. Pueden modificar la magnitud del efecto investigado.
4. Pueden afectar a la validez interna del estudio.

300953 MEDICINA PREVENTIVA

Fácil

80%

Solución: 2

Cuando hablamos de error en Epidemiología hay que diferenciar entre el error aleatorio o azar y el error sistemático o sesgo. La principal diferencia entre ambos tipos de error es que **los sesgos no se pueden evitar aumentando el tamaño muestral**, a diferencia del error aleatorio que sí que se reduce al aumentar la muestra (respuesta 2 correcta). Los **sesgos se pueden clasificar en varias categorías**, como sesgos de selección si afectan a la población incluida, de información si afectan a la información recogida y de análisis si se emplean métodos estadísticos incorrectos (respuesta 1 incorrecta). Un **sesgo puede alterar la asociación que existe entre dos variables**, pudiendo reducir o aumentar la medida de asociación obtenida, incluso puede llevar a asociación hacia el valor nulo y concluir que no existe asociación cuando sí existe realmente (respuesta 3 incorrecta). La validez interna de un estudio consiste en no cometer errores metodológicos de tal modo que los resultados obtenidos en ese estudio sean correctos. Por tanto, el **cometer sesgos o errores sistemáticos afectan a la validez interna** (respuesta 4 incorrecta).

No confundir...	con...
Error aleatorio	Error sistemático (sesgo)
- Se produce por azar. - No afecta a la validez del estudio. - Reduce la precisión de las estimaciones (intervalos de confianza más amplios). - Fuentes: variabilidad en el muestreo y en las mediciones. - Puede reducirse el error aleatorio aumentando el tamaño muestral (aumentando también la precisión de las estimaciones)	- Se produce de forma sistemática, en la misma dirección. - Afecta a la validez interna y/o externa. - No se modifica aumentando ni disminuyendo el tamaño muestral. - Existen: sesgos positivos, negativos y que cambien el sentido de la asociación (o diferencia). - El más importante es el sesgo de confusión.

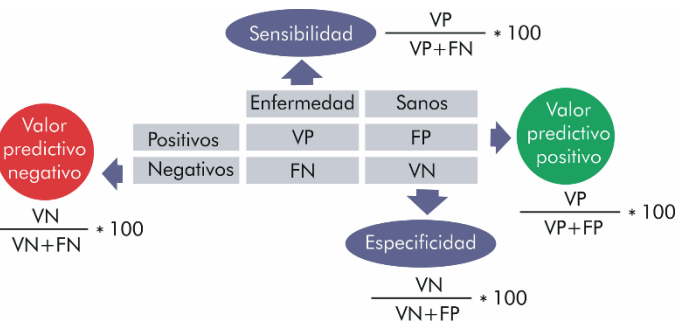
Pregunta (12034): (45) El valor predictivo negativo de una prueba diagnóstica es del 92 %. ¿Cómo debe interpretarse dicho resultado?:

- De cada 100 resultados negativos, 92 corresponderán a personas sanas.
- De cada 100 personas sanas, en 92 de ellos el resultado de la prueba será negativo.
- De cada 100 enfermos, en 8 de ellos el resultado de la prueba será negativo.
- De cada 100 resultados positivos, 8 de ellos corresponderán a enfermos.

300954 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 87%

Solución: 1

El valor predictivo negativo (VPN) se interpreta como la probabilidad que tiene una persona de estar sana tras obtener un resultado negativo o normal en una prueba diagnóstica. Por tanto, un VPN del 92% nos informa que **de cada 100 resultados negativos, 92 serán personas sanas** (respuesta 1 correcta). La especificidad es la capacidad de la prueba de detectar personas sanas, es decir, **de cada 100 personas sanas, en 92 se obtendría un resultado negativo** (respuesta 2 incorrecta). Los falsos negativos son **test negativos obtenidos en enfermos** (respuesta 3 incorrecta). El valor predictivo positivo es la probabilidad de estar enfermo tras obtener un resultado positivo o alterado en la prueba, es decir, **de cada 100 positivos cuántos serán verdaderos enfermos** (respuesta 4 incorrecta).



VP: verdadero positivo. FP: falso positivo. FN: falso negativo.
VN: verdadero negativo.

Pregunta (12035): (46) El motivo por el que una intervención tiene un grado de recomendación "fuerte" en una guía de práctica clínica es que:

- Tiene más beneficios que riesgos.
- Está basada en un alto nivel de evidencia.
- Tiene un bajo coste.
- Es la preferida por los pacientes.

300955 MEDICINA PREVENTIVA Normal 36%

Solución: 1

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 el grado o fuerza de recomendación.

El grado de recomendación en la evaluación de la evidencia no tiene que ver con el tipo de estudio, sino que expresa un **balance riesgo/beneficio**. La recomendación de clase I o recomendación fuerte, se aplica cuando hay evidencia y/o acuerdo general respecto a que el procedimiento/ tratamiento resulta beneficioso, útil y eficaz (respuesta 1 correcta)

El **nivel de evidencia** sí tiene en cuenta el tipo de estudios disponibles. Por ejemplo, cuando hablamos de un nivel de evidencia I es aquella que se obtiene a partir de ensayos clínicos o metaanálisis (respuesta 2 incorrecta).

Aunque el **coste de una intervención** es algo importante a considerar, de manera aislada un bajo coste no puede ser un motivo para dar un alto grado de recomendación en una guía de práctica clínica (respuesta 3 incorrecta).

Las **preferencias de los pacientes** también se tienen en cuenta, pero tiene más peso el balance riesgo/beneficio de la intervención de cara a recomendarla (respuesta 4 incorrecta).

Clases de recomendaciones	
Clase I	Hay evidencia y/o acuerdo general respecto a que el procedimiento/ tratamiento resulta beneficioso, útil y eficaz.
Clase II	Hay evidencia contradictoria y/o suscita opiniones divergentes respecto a la utilidad/eficacia de un procedimiento/ tratamiento.
Clase IIa	La evidencia/opinión es favorable a la utilidad y eficacia de un tratamiento o procedimiento.
Clase IIb	La utilidad/eficacia no está bien establecida por la evidencia/opinión.
Clase III	Hay evidencia y/o acuerdo general respecto a que el procedimiento/ tratamiento no es útil o eficaz, y que incluso puede ser perjudicial en algunos casos.

Pregunta (12036): (47) ¿En cuál de las siguientes enfermedades debemos aplicar precauciones de aislamiento por contacto y aire (aerosoles)?:

- Sarampión.
- Tuberculosis.
- Norovirus.
- Varicela.

300956 MEDICINA PREVENTIVA Normal 48%

Solución: 4

Las precauciones de aislamiento en enfermedades infectocontagiosas se basan en los mecanismos de transmisión (contacto, gotas o aislamiento aéreo).

La **varicela** requiere aislamiento de contacto por ser una infección cutánea muy contagiosa, pero también tiene transmisión por gotículas de pequeño tamaño o aerosoles, por lo que se recomienda aislamiento por aire (respuesta 4 correcta). El **sarampión y la tuberculosis** se transmiten por gotículas o aerosoles, se recomienda aislamiento por aire (respuestas 1 y 2 incorrectas).

El **norovirus** es un agente causante de infecciones entéricas, por lo que se recomienda aislamiento de contacto (respuesta 3 incorrecta).

Tipo de aislamiento	Microorganismos
Contacto	- Infecciones entéricas en niños incontinentes (Clostridium difficile, Norovirus, Rotavirus, virus de hepatitis A, Salmonella spp. y Shigella). - Infecciones cutáneas muy contagiosas (herpes simple neonatal o mucocutáneo, pediculosis, escabiosis, herpes zóster diseminado en inmunodeprimidos, varicela, piodermitis estreptocócica y estafilocócica, abscesos o drenajes de heridas, celulitis extensas, úlceras infectadas). - Fiebres hemorrágicas (ébola, fiebre de Lassa, etc.). - Conjuntivitis víricas (adenovirus). - Infecciones respiratorias (virus respiratorio sincitial, gripe, Parainfluenzae, enterovirus). - Rubéola congénita. - Infecciones o colonizaciones por gérmenes multirresistentes (Staphylococcus aureus resistente a la meticilina, Acinetobacter baumannii, enterococos, enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro ampliado, Pseudomonas aeruginosa).
Gotas	- Enfermedad estreptocócica (escarlatina, faringitis, neumonía). - Infecciones respiratorias víricas (gripe, rubéola, parotiditis, infecciones por adenovirus, rinovirus y parvovirus B19). - Enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae. - Enfermedad invasiva por Neisseria meningitidis. - Tos ferina (Bordetella pertussis). - Neumonía y bronquitis por Mycoplasma pneumoniae. - Difteria faríngea.
Aéreo (aerosoles)	- Tuberculosis pulmonar, laríngea o bronquial bacilífera. - Varicela. - Sarampión. - Herpes zóster diseminado o localizado en inmunodeprimidos Fiebres hemorrágicas (ébola, fiebre de Lassa, etc.). - SRAS.

Pregunta (12037): (48) En el diagrama de bosque (forest plot) que muestra los resultados de una revisión sistemática de estudios, el cuadrado que aparece al lado de cada estudio es:

1. El tamaño de cada estudio.

2. El estimador de interés (como el riesgo relativo) de cada estudio.

3. El intervalo de confianza del estimador de interés en cada estudio.

4. El peso de cada estudio cuando se realiza un metaanálisis de dichos estudios.

300957

MEDICINA PREVENTIVA

Difficil

-15%

Solución: 2

El forest plot o diagrama de bosque es el gráfico que representa los resultados de un metaanálisis. Normalmente se presentan como una lista situada a la izquierda con los nombres de cada uno de los estudios recogidos, seguida de unas figuras para cada estudio que incluyen unas barras laterales (intervalo de confianza) en torno a un pequeño cuadrilátero central. La **posición del cuadrado indica la medida de estimación puntual** (respuesta 2 correcta) **y el área del cuadrado representa el peso que tiene cada estudio en el metaanálisis** (respuesta 4 incorrecta). El peso de cada estudio en el metaanálisis no siempre se correlaciona con el tamaño muestral, pues el método de efectos aleatorios asigna un peso relativo mayor a estudios de pequeño tamaño.

El **tamaño de cada estudio** se suele indicar al lado del nombre del estudio en una lista con el número de participantes de cada estudio (respuesta 1 incorrecta). El **intervalo de confianza** del estimador de cada estudio se representa con una línea horizontal en torno a cada cuadrado (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (12038): (49) En la valoración del riesgo de sesgo de un estudio epidemiológico se considera uno de los siguientes criterios:

1. Insuficiente tamaño muestral.

2. La excesiva amplitud del intervalo de confianza del 95 % del principal resultado del estudio.

3. La falta de significación estadística de los resultados.

4. Errores de medida en alguna de las principales variables.

300958

MEDICINA PREVENTIVA

Fácil

71%

Solución: 4

Los sesgos o errores sistemáticos en Epidemiología se pueden producir por múltiples causas, como la mala selección de la población de estudio (sesgo de selección), **errores en la recogida de variables** (sesgo de información o clasificación) o la existencia de terceras variables que distorsionan la medida de asociación (sesgo de confusión) (respuesta 4 correcta). A diferencia del sesgo, el error aleatorio depende del tamaño muestral. Un **tamaño muestral insuficiente** hace que el estudio no tenga potencia estadística suficiente para medir el efecto que nos interesa y **dificulta alcanzar la significación estadística** (respuestas 1 y 3 incorrectas). La **amplitud del intervalo de confianza** nos informa de la precisión de la estimación, y estimaciones muy precisas con intervalos de confianza estrechos requieren un mayor tamaño muestral (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta (12039): (50) La mejor estrategia preventiva para ralentizar la progresión de la enfermedad en un fumador diagnosticado de EPOC es lograr el objetivo de cesación tabáquica. La siguiente medida NO se incluye en los protocolos actuales de primera elección para el tratamiento de refuerzo de la abstención tabáquica, porque faltan estudios demostrativos sobre su eficacia clínica y seguridad:

1. Parche cutáneo de nicotina.

2. Bupropión.

3. Vareniclina.

4. Cigarrillo electrónico.

300959

MEDICINA PREVENTIVA

Fácil

91%

Solución: 4

Tanto las intervenciones para el cambio de comportamiento como las farmacológicas son efectivas para dejar de fumar, siendo la mejor opción el combinarlas. Si usamos fármacos como la terapia sustitutiva con **nicotina**, el **bupropion** o la **vareniclina** podemos aumentar la tasa de éxito de abandono del tabaco comparado con placebo (respuestas 1, 2 y 3 incorrectas). El consumo de **cigarrillo electrónico** no ha demostrado su utilidad como herramienta para la cesación tabáquica (respuesta 4 correcta).

Pregunta (12040): (51) Las vacunas conjugadas:

1. Son vacunas de virus y bacterias combinadas para hacerlas menos inmunógenas y que provoquen menos efectos secundarios.

2. Son vacunas de virus enteros conjugadas con un polisacárido para poder combinarlas y hacer la trivalente o tetravalente vírica.

3. Son vacunas bacterianas conjugadas con un polisacárido para poder combinarlas y hacer vacunas penta o hexavalentes.

4. Son vacunas polisacáridas conjugadas con una proteína para hacerla dependiente de linfocitos T y lograr memoria inmunológica a largo plazo.

300960

MEDICINA PREVENTIVA

Fácil

71%

Solución: 4

Se denomina vacunas conjugadas a aquellas vacunas de polisacáridos que incorporan una proteína para potenciar la respuesta inmune y el efecto de memoria inmunológica. Por ejemplo para los microorganismos encapsulados como el Haemophilus, neumococo o meningococo, existen vacunas polisacáridas y vacunas conjugadas, siendo estas últimas las que se administran en el calendario vacunal infantil (respuesta 4 correcta).

Las vacunas combinadas son aquellas que asocian antígenos de distintas especies, disminuyendo los costes y facilitando la cobertura vacunal (respuesta 1 incorrecta).

Se diferencian de las vacunas polivalentes en que estas últimas incluyen varios antígenos de un mismo microorganismo. Son ejemplos de vacunas combinadas: difteria-tétanos-tos ferina (DTP) o la hexavalente (poliovirus, Haemophilus b, DTP y VHB) (respuestas 2 y 3 incorrectas).

Pregunta (12041): (52) Un ensayo clínico en el cual los participantes se asignan por azar a una de varias intervenciones clínicas se conoce como:

- 1. Ensayo doble ciego.
- 2. Ensayo controlado no aleatorizado.
- 3. Ensayo controlado aleatorizado.
- 4. Ensayo de superioridad.

300961 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 94%

Solución: 3

La aleatorización en un ensayo clínico consiste en asignar al azar a los participantes a una de las intervenciones que se está investigando (respuesta 3 correcta).

Cuando se enmascara la intervención que se está llevando a cabo para evitar un sesgo del observador, se puede hacer un ensayo doble ciego en el que ni el participante ni el investigador conocen la opción de tratamiento asignada (respuesta 1 incorrecta).

Cuando se asigna la intervención a dos o más grupos dentro de un ensayo pero no se hace al azar (por ejemplo, por motivos éticos o por emplear controles históricos) se considera un ensayo controlado no aleatorizado (respuesta 2 incorrecta).

Los ensayos de superioridad son los que comparan dos intervenciones para demostrar que una es mejor que la otra (respuesta 4 incorrecta).



La asignación de los individuos a los diferentes grupos del estudio ha de ser aleatorizada.

Pregunta (12042): (53) En el manejo de una mujer embarazada diagnosticada de trastorno bipolar. ¿Cuál de los siguientes fármacos es efectivo en esta enfermedad y se ha establecido como más seguro en el embarazo?:

- 1. Flufenazina.
- 2. Olanzapina.
- 3. Litio.
- 4. Carbamazepina.

300962 FARMACOLOGÍA Difícil 30%

Solución: 2

El litio es el tratamiento eutimizante más extendido entre los pacientes con trastorno bipolar. Debido a su teratogenia, al poder ocasionar defectos neurológicos, bradicardia o alteraciones tiroideas en el feto, está contraindicado sobre todo en el segundo y tercer trimestre del embarazo (respuesta 3 incorrecta). La carbamazepina también presenta categoría D de la FDA en el embarazo, por lo que no es el fármaco recomendado en esta población (respuesta 4 incorrecta).

Entre los antipsicóticos, los de primera generación se han asociado con un ligero aumento de la teratogenia en algunos estudios, mientras que en otros no. Son eficaces en el tratamiento del trastorno bipolar en el embarazo y pueden utilizarse como primera línea, pero en general se pueden considerar menos seguros que los de segunda generación como la olanzapina, que no se asocian a un aumento de la teratogenia y pueden utilizarse para el trastorno bipolar (respuesta 2 correcta, 1 incorrecta).

Pregunta (12043): (54) Paciente de 69 años diagnosticado de linfoma a quien se pauta un tratamiento intravenoso con metotrexato. Al tercer día de tratamiento presenta nefrotoxicidad y retraso en la eliminación renal del fármaco con pH urinario menor de 7. Teniendo en cuenta la naturaleza química del metotrexato (pKa entre 4 y 5,5). ¿Cuál de las siguientes actuaciones sería la más correcta para manejar la toxicidad?:

- 1. Administración intravenosa de suero fisiológico con cloruro amónico para facilitar la eliminación renal del metotrexato.
- 2. Administración intravenosa de solución de bicarbonato sódico para acelerar la diuresis del metotrexato.
- 3. Administración enteral de solución de bicarbonato sódico para reducir la absorción digestiva del metotrexato.
- 4. Administración intravenosa de furosemida en suero con pH neutro para provocar una diuresis forzada.

300963 FARMACOLOGÍA Normal 41%

Solución: 2

El metotrexato es un ácido débil (cuanto menor es la pKa, más fuerte es el ácido). Nos dicen que el paciente presenta una disminución de la eliminación del fármaco vía renal. Para favorecer que el fármaco se elimine, una estrategia eficaz es evitar su reabsorción tubular.

Para ello, debemos favorecer la forma ionizada del fármaco que le dificulte la permeabilidad tubular. En un fármaco ácido, el medio básico favorece que el compuesto libere protones y se ionice, por lo que con un pH urinario menor de 7, debemos alcalinizar la orina.

Para ello, debemos utilizar un fármaco alcalinizante como el bicarbonato sódico (respuesta 2 correcta) y no acidificante como el ClNH4 (respuesta 1 incorrecta).

Si la alteración a corregir es el parámetro farmacocinético de eliminación, actuar sobre la absorción del fármaco no es eficaz (respuesta 3 incorrecta).

Ante nefrotoxicidad por un fármaco, forzar diuresis con furosemida puede empeorar la función renal y perpetuar el cuadro (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12044): (55) ¿Cuál es el mecanismo por el que la ivabradina, actuando en las células del nodo sinoauricular, produce una disminución de la frecuencia cardíaca?:

- 1. Potencia la repolarización al activar corrientes de salida de potasio.
- 2. Modula los receptores beta-1 adrenérgicos.
- 3. Bloquea la corriente de marcapaso If.
- 4. Activa los receptores muscarínicos M2.

300964 FARMACOLOGÍA Normal 59%

Solución: 3

La ivabradina es un fármaco bradicardizante que actúa sobre la corriente de canales de entrada de Na (respuesta 1 incorrecta) If del nodo sinusal y está indicado en insuficiencia cardíaca con función reducida cuando el paciente está sintomático y no se consigue una FC=70lpm con betabloqueante (respuesta 3 correcta).

Los betabloqueantes modulan los receptores β1 (respuesta 2 incorrecta) y los receptores muscarínicos son activados por agonistas parasimpáticos como los inhibidores de la acetilcolinesterasa (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12045): (56) En un paciente con una úlcera duodenal y alto riesgo cardiovascular por cardiopatía isquémica, en caso de requerir tratamiento con un AINE, ¿cuál de los siguientes le recomendaría como más seguro?:

1. Naproxeno.
2. Celecoxib.
3. Ketorolaco.
4. Ibuprofeno.

300965 FARMACOLOGÍA Difícil 30% Solución: 1

El equilibrio entre el riesgo isquémico y hemorrágico son de gran importancia en la prescripción de AINEs en la práctica clínica habitual. Los AINE menos gastrolesivos (inhibidores de la ciclooxigenasa 2 como el **celecoxib**) suelen tener **peor perfil cardiovascular** (respuesta 2 incorrecta); mientras que el **ketorolaco** presenta un **mayor riesgo hemorrágico** (respuesta 3 incorrecta), lo que hace la elección del antiinflamatorio compleja. Así las cosas, se han elaborado documentos de consenso nacionales que recogen recomendaciones para la prescripción de AINEs estimando el riesgo cardiovascular y hemorrágico individual. En este caso en particular nos exponen un caso de **alto riesgo isquémico** (cardiopatía isquémica conocida) y medio hemorrágico (**úlceras duodenales**, que sería de alto riesgo si está o ha estado complicada). En este escenario, el **naproxeno** (respuesta 1 correcta) con un **inhibidor de la bomba de protones** es el **régimen posológico recomendado**, tomando el naproxeno 2 horas después del ácido acetilsalicílico (tratamiento habitual en pacientes con cardiopatía isquémica), ya que ha demostrado **mejor perfil cardiovascular** que el **ibuprofeno** (respuesta 4 incorrecta).

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE GASTROENTEROPATÍA POR AINES			
Riesgo cardiovascular	Riesgo gastrointestinal		
	Bajo AINE	Moderado AINE + iBP iCOX2	Alto iCOX2 + iBP Terapia alternativa si es posible Erradicar <i>H. pylori</i>
Bajo			
Alto	Naproxeno + iBP	Naproxeno + iBP	Terapia alternativa Erradicar <i>H. pylori</i>

Pregunta (12046): (57) Varón de 68 años con antecedentes de obesidad y diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con metformina. Ingresa por un primer episodio de insuficiencia cardíaca. Tiene una hemoglobina glicada de 8,5 %. Para optimizar el tratamiento de la diabetes al alta, ¿cuál de los siguientes fármacos está contraindicado?:

1. Linagliptina.
2. Canagliflozina.
3. Dulaglutide.
4. Pioglitazona.

300966 FARMACOLOGÍA Normal 59% Solución: 4

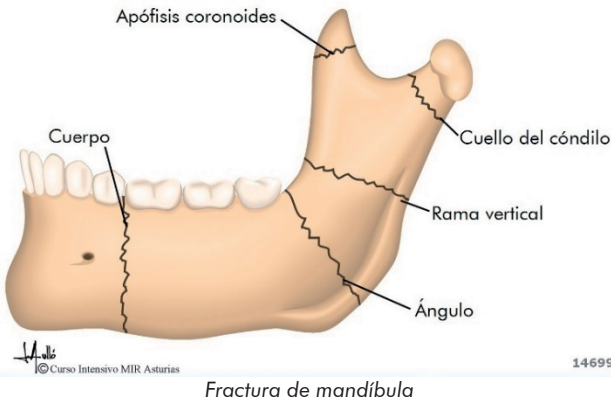
En los pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales (ADOs) que presentan insuficiencia cardíaca, los inhibidores de la SGLT2 como la **canagliflozina** (respuesta 2 incorrecta) se prefieren frente a otros. Los agonistas del receptor GLP-1 subcutáneos como la **dulaglutida** (respuesta 3 incorrecta) han demostrado disminución de eventos cardiovasculares en estos pacientes, por lo que también están indicados en estos pacientes. Los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 como la **linagliptina**, tienen muy buen perfil en pacientes con insuficiencia renal avanzada y son neutros desde el punto de vista cardiovascular (respuesta 1 incorrecta). Las **tiazolidinedionas** como la **pioglitazona** están **contraindicadas en pacientes con insuficiencia cardíaca** por haberse asociado a un aumento de eventos congestivos en esta población (respuesta 4 correcta).

Pregunta (12047): (58) Niño de 5 años que sufrió un accidente de bicicleta con traumatismo facial sin pérdida de conciencia, objetivándose en urgencias únicamente una herida en el mentón, realizándose sutura de la misma. Es remitido a consulta 5 días después del traumatismo por presentar limitación y desviación de la apertura bucal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

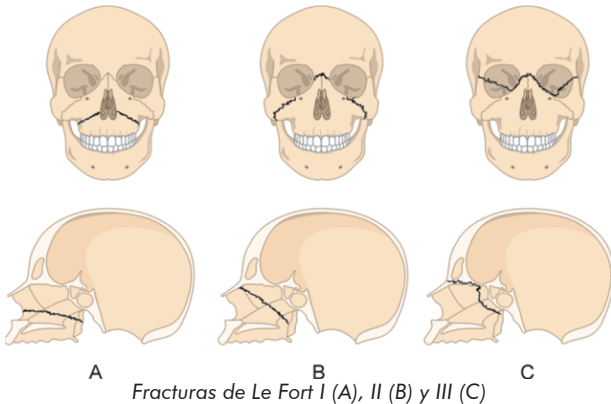
1. Fractura tipo LeFort.
2. Fractura combinada de mandíbula y maxilar superior.
3. Fractura de cóndilo mandibular.
4. Fractura de sínfisis y rama horizontal de la mandíbula.

300967 C. MAXILOFACIAL Fácil 93% Solución: 3

Las fracturas faciales que siguen en frecuencia a las nasales son las **fracturas de mandíbula**. Cursan con maloclusión (los dientes superiores e inferiores no "encajan como antes"). La posición llamada de «mordida abierta», significa que al cerrar la boca no coaptan adecuadamente las arcadas dentarias superior e inferior (3MIR), y se debe a la existencia de un contacto prematuro al cerrar la boca en los dientes de uno de los fragmentos desplazados por la fractura (MIR). Además pueden cursar con dolor, inflamación, movilidad anormal en el foco de fractura, palpación de escalón en el foco de fractura y, si hay lesión del nervio dentario inferior, anestesia del labio inferior. Según la localización del foco de fractura se clasifican en fracturas sínfisarias, **parasinfisarias**, de cuerpo (**rama horizontal de la mandíbula**), de ángulo, de rama ascendente (rama vertical de la mandíbula), de cóndilo y de apófisis coronoides (respuestas 2 y 4 incorrectas). En las **fracturas del cóndilo mandibular** (respuesta 3 correcta), **al abrir la boca el mentón se desvía hacia el lado lesionado** (4MIR), y no se palpa la movilidad normal del cóndilo (silencio condilar). Puede existir tumefacción preauricular, otorragia, y **limitación de la abertura bucal** (3MIR). Los niños que sufren este tipo de fractura pueden presentar secundariamente alteraciones del crecimiento mandibular (MIR), con asimetrías en la cara.



Las **fracturas de LeFort** pueden cursar con maloclusión, dolor, tumefacción y movilidad del maxilar superior. En fracturas Le Fort III puede aparecer alargamiento y aplanamiento de la cara (cara de plato). En las fracturas de Le Fort II-III, o del complejo fronto-naso-etmoidal, si hay afectación de lámina cribosa del etmoides puede existir rinoliquorrea (MIR) (respuesta 1 incorrecta).



Pregunta (12048): (59) De los siguientes tumores malignos que pueden afectar a la lengua, ¿cuál es el tipo más frecuente y dónde metastatiza habitualmente?:

- 1. El sarcoma y metastatiza en los ganglios linfáticos cervicales.
- 2. El carcinoma epidermoide y metastatiza en los ganglios linfáticos cervicales.
- 3. El sarcoma y metastatiza en tejido óseo a distancia.
- 4. El carcinoma epidermoide y metastatiza en tejido hepático.

300968 C. MAXILOFACIAL Fácil 93%

Solución: 2
El tumor maligno de lengua más frecuente es el carcinoma epidermoide, y metastatiza habitualmente en los ganglios linfáticos cervicales, no en tejido hepático (respuesta 2 correcta y respuesta 4 incorrecta).

Los tumores malignos de boca son más frecuentes en hombres, sobre los 60 años. Las localizaciones más frecuentes son el labio inferior (extrabucal), lengua (2MIR) y suelo de boca (intrabucal). El tipo histológico más frecuente de cáncer oral es el carcinoma epidermoide. Los factores pronósticos más importantes son la existencia o no de metástasis ganglionares cervicales (muy frecuentes), espesor tumoral especialmente en la lengua (a partir de 5 mm de espesor aumentan las metástasis ganglionares), extensión extranodal a nivel ganglionar y algunos marcadores tumorales. Suelen presentarse como una lesión ulcerada de bordes elevados e indurados (MIR), inicialmente indolora, con una zona de leucoplasia o eritroplasia alrededor. Pueden aparecer adenopatías metastásicas cervicales en el momento del diagnóstico. Si sí afecta a la mandíbula e infiltra el canal mandibular (nervio dentario inferior) puede provocar hipoestesia/anestesia en la zona del mentón (MIR). Más del 90% de los tumores malignos de la lengua son carcinomas epidermoides. Los restantes incluyen carcinomas verrucosos y adenocarcinomas ocasionales que se originan en glándulas salivales menores de la lengua. Los sarcomas son raros; incluyen los que provienen de fibroblastos, músculo esquelético, vainas neurales y endotelio vascular, y también linfomas hodgkinianos y no hodgkinianos, que representan el espectro total de tejido conjuntivo, elementos neuroectodérmicos y tejido linfoide de los cuales deriva la lengua (respuestas 1 y 3 incorrectas).



Carcinoma epidermoide de lengua: toda úlcera en la boca que tarde más de dos semanas en curar debe ser remitida para descartar cáncer



Carcinoma epidermoide lingual sobre una leucoeritroplasia

Pregunta (12049): (60) ¿Cuál de las siguientes descripciones define el estadio II de una úlcera por presión según el sistema de estadiaje del National Pressure Injury Advisory Panel?:

- 1. Eritema no blanqueable.
- 2. Pérdida de espesor total de la piel con exposición del tejido celular subcutáneo.
- 3. Pérdida de epidermis con exposición de la dermis.
- 4. Aparición de tejido de granulación en el lecho del defecto.

300969 C. PLÁSTICA Fácil 75%

Solución: 3
Las úlceras por presión son lesiones de la piel y los tejidos blandos que pueden desarrollarse en áreas sometidas a presión durante mucho tiempo (úlceras por decúbito en pacientes encamados o en parapléjicos por ejemplo). Además de la presión son agentes agravantes entre otros: comorbilidades, estados metabólicos alterados, problemas vasculares... A mediada que transcurre el tiempo se afectará la piel, el tejido celular subcutáneo, los músculos y por último huesos y articulaciones. Según el estadiaje del National Pressure Injury Advisory Panel las úlceras por presión se clasifican en 4 estadios:

- **Estadio I:** Afectación dermo-epidérmica sin solución de continuidad cutánea. Aparición de eritema que no desaparece con la presión (eritema no blanqueable) (respuesta 1 incorrecta).
- **Estadio II:** Afectación dermo-epidérmica con solución de continuidad. Exposición de la dermis (respuesta 3 correcta).
- **Estadio III:** Afectación más profunda con exposición del tejido celular subcutáneo (respuesta 2 incorrecta).
- **Estadio IV:** Afectación profunda con exposición y afectación del plano muscular. Puede haber exposición de hueso, articulaciones y otras estructuras nobles.

La aparición de tejido de granulación en el lecho puede acontecer en cualquier estadio en el que tengamos una solución de continuidad cutánea (Todos los estadios excepto el I) (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12050): (61) Con respecto a los injertos cutáneos, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. Unos de los lechos considerados injertables por su rica vascularización es el tejido de granulación.
- 2. Podemos clasificarlos en injertos de piel parcial (si presentan sólo la epidermis) o injertos de piel total (si presentan la epidermis y la dermis subyacente).
- 3. Suelen presentar un proceso de contracción, que aparece tanto a la hora de ser extraídos como después de haber sido injertados.
- 4. Dentro de las comorbilidades médicas asociadas a la pérdida del injerto podemos destacar la diabetes, el tabaquismo y la vasculopatía periférica.

300970 C. PLÁSTICA Difícil -25%

Solución: 2
Los injertos de piel son plastias cutáneas desprovistas de vascularización propia. Según su espesor se clasifican en:

- **Injertos libres de piel parcial (ILPP).** Son injertos delgados que incluyen la epidermis y el plano superficial de la dermis (respuesta 2 correcta) manteniendo en el lecho donante abundantes crestas epidérmicas y anejos cutáneos que permiten la epitelización espontánea del lecho. Los ILPP sufren poca contracción tras su obtención (contracción primaria) pero mucha durante el proceso de cicatrización (contracción secundaria).
- **Injertos libres de piel total (ILPT).** Son injertos gruesos que incluyen la epidermis y toda la dermis. Al no conservar anejos cutáneos no permiten la epitelización espontánea del lecho. Los ILPT sufren mucha contracción inicial (contracción primaria) pero poca contracción durante la cicatrización (contracción secundaria).
- **Injertos compuestos.** Incluyen además de la epidermis y dermis otros tejidos (grasa, músculo, hueso...)

Los injertos cutáneos al no tener vascularización propia necesitan nutrirse desde el lecho receptor. Este no debe estar contaminado y **debe tener una buena vascularización como ocurre con el tejido de granulación** (respuesta 1 incorrecta). Los injertos cutáneos presentan procesos de **contracción primaria y secundaria** (respuesta 3 incorrecta). Cualquier condición médica que se acompañe de un déficit de vascularización (**diabetes, tabaquismo, vasculopatías...**) **favorecen la pérdida de los injertos** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12051): (62) Mujer de 38 años que desde hace unas semanas nota en ambos ojos sensación de arenilla y quemazón, que empeora a lo largo del día, cuando hace viento y con el aire acondicionado. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

- 1. Conjuntivitis alérgica.
- 2. Epiescleritis.
- 3. Pinguécula.
- 4. Queratoconjuntivitis seca.

300971 OFTALMOLOGÍA Fácíl 89%

Solución: 4

La **conjuntivitis alérgica** no empeora a lo largo del día, ni tampoco lo hace en función de condiciones ambientales (respuesta 1 incorrecta). La **epiescleritis** suele ser un proceso unilateral, la mayor parte de las veces asintomática, y tampoco se manifiestas variaciones diarias o ambientales (respuesta 2 incorrecta). La **pinguécula** es un engrosamiento, localizado con mayor frecuencia en la conjuntiva bulbar, habitualmente no da síntomas (respuesta 3 incorrecta). La **queratoconjuntivitis seca** tiene un curso crónico, nos hablan de semanas de evolución, los síntomas son similares a otras conjuntivitis, sensación de arenilla, quemazón... pero las condiciones ambientales influyen de forma importante, empeora em ambiente de baja humedad, calefacción alta, aire acondicionado, y también a lo largo del día (respuesta 4 correcta).

Pregunta (12052): (63) Respecto del desprendimiento de vítreo posterior, señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. Los síntomas por los que generalmente consultan los pacientes son los fosfenos y las miodesopsias.
- 2. El anillo de Weiss es un signo característico en la exploración oftalmoscópica.
- 3. El signo de Shaffer o polvo de tabaco es un signo de buen pronóstico.
- 4. Se produce por la licuefacción del gel vítreo por la edad.

300972 OFTALMOLOGÍA Normal 38%

Solución: 3

En un **desprendimiento de vítreo posterior (DVP)** la clínica habitual es de "moscas volantes" o miodesopsias, o una "mancha móvil" que se aprecia en el campo visual, aunque no disminuye la visión, causada por vítreo desprendido y flotando en la cavidad posterior. Entre los antecedentes puede haber fosfenos que se originan en la tracción del vítreo al desprenderse de la retina (respuesta 1 incorrecta). Cuando el vítreo se desprende, al separarse del nervio óptico, en ocasiones nos deja ver una estructura en forma de anillo que corresponde a la inserción o anclaje peripapilar, el paciente lo puede ver como un círculo, o como una mancha grade, se conoce como **anillo de Weiss** (respuesta 2 incorrecta). El **signo de Shaffer** es el hallazgo en el vítreo anterior de una imagen como "polvo de tabaco" que corresponde a células pigmentadas. Es un signo de que puede haber un desgarro en la retina o un desprendimiento de retina, por lo que no sería un signo de buen pronóstico en el caso de un DVP, (respuesta 3 correcta). Las causas del DPV suelen relacionarse con alteraciones degenerativas del vítreo con la edad, como por ejemplo la licuefacción (respuesta 4 incorrecta).

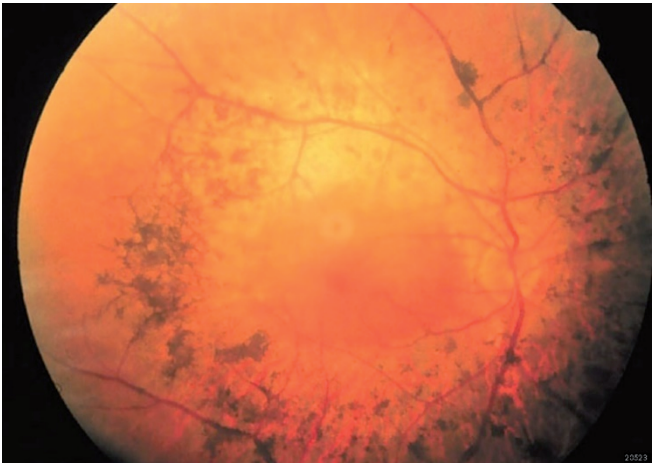
Pregunta (12053): (64) Varón de 25 años que refiere en los últimos meses una importante disminución de la visión nocturna y mala adaptación a la oscuridad. Está notando dificultad en la conducción, al bajar las escaleras y últimamente tropieza con los bordillos. Sin embargo, puede leer y ver la televisión. ¿Con cuál de las siguientes entidades relacionaría los síntomas de este paciente?:

- 1. Enfermedad de Stargardt.
- 2. Distrofia macular viteliforme de Best.
- 3. Retinosis pigmentaria.
- 4. Desprendimiento de retina.

300973 OFTALMOLOGÍA Fácíl 73%

Solución: 3

Nos plantean el caso de un varón de 25 años, con importante disminución de la visión nocturna y mala adaptación a la oscuridad, y además síntomas que se relacionan más con alteración de la visión periférica (dificultad para conducir, bajar escaleras, tropieza con los bordillos), que con alteración de la visión central (puede leer, ver televisión, es decir ve cuando fija la mirada en algo). Las respuestas 1 y 2 corresponden a alteraciones hereditarias que afectan a la mácula, y por tanto a la visión central. La **enfermedad de Stargardt** es autosómica recesiva, afecta a los fotorreceptores a nivel macular, suele debutar en la infancia, también en adultos jóvenes, (respuesta 1 incorrecta). La **distrofia viteliforme de Best** es autosómica dominante, hay una atrofia de fotorreceptores y epitelio pigmentario de la retina, cursa con pérdida de visión central y metamorfopsia, y además suele debutar en infancia o adolescencia (respuesta 2 incorrecta). La **retinosis pigmentaria** supone una degeneración que afecta inicialmente a bastones, es decir, afecta a la periferia de la retina, y con la evolución también puede afectar a conos. Los síntomas más frecuentes se relacionan con pérdida del campo visual periférico, hemeralopia o disminución de visión nocturna, con baja adaptación a la oscuridad. En el fondo de ojo se ven alteraciones pigmentarias con aspecto espiculado, esclerosis vascular y atrofia óptica, (respuesta 3 correcta). En un **desprendimiento de retina** se pierde la visión correspondiente al campo visual de la retina desprendida, o toda la visión si el desprendimiento es total, pero no hay alteración de todo el campo visual periférico, ni alteraciones de adaptación a la oscuridad, (respuesta 4 incorrecta).



Fondo de ojo en una Retinosis Pigmentaria

Pregunta (12054): (65) Un niño de 22 meses fue atendido por presentar una otitis media aguda bilateral que cursó con dolor, fiebre, otorrea e hipoacusia. Se instauró tratamiento antibiótico por vía oral y con gotas tópicas con lo que mejoró la sintomatología. A los doce días acude de nuevo a urgencias porque reaparece la fiebre y los padres han observado que el pabellón auditivo se ha desplazado hacia fuera y abajo y que la piel retroauricular está roja y edematosa. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. Otitis externa.
- 2. Mastoiditis.
- 3. Condritis.
- 4. Celulitis.

300974 OTORRINOLARINGOLOGÍA Fácil 93%

Solución: 2

Nos comentan el caso de un niño de 22 meses con OMA bilateral que 12 días tras mejorar al recibir tratamiento sufre una complicación infecciosa.

Una **otitis externa** se presenta como otalgia que aumenta al desplazar el pabellón auricular o presionar el trago, y no suele acompañarse de fiebre ni mucho menos de inflamaciones retroauriculares o ese desplazamiento del pabellón auditivo que nos describen (respuesta 1 incorrecta).

La **mastoiditis** es la complicación más frecuente de una OMA. Se presenta como un empeoramiento del estado general en la 1ª a 3ª semana del proceso, inflamación de la piel retroauricular suprayacente a la propia mastoidea infectada (hueso incluido, no solo mucosa) y, por efecto masa, desplazamiento de la oreja hacia fuera y abajo (respuesta 2 correcta).

La **condritis** aparece típicamente como una inflamación en el pabellón auricular (respetando el lóbulo, donde no hay cartilago) tras un otomastoidoma mal curado e infectado (respuesta 3 incorrecta).

Una **celulitis** aislada, además de ser una complicación rara de la OMA, no explicaría la separación del cráneo y la oreja típica de la mastoiditis (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12055): (66) Mujer de 40 años que presenta un cuadro de mareo acompañado de náuseas y vómitos, de unos veinte minutos de duración. No ha perdido el conocimiento y ha podido sujetarse a una pared para no perder el equilibrio. Ya le había ocurrido en ocasiones anteriores. Refiere haber presentado sensación de plenitud ótica, acúfeno e hipoacusia de oído derecho. En la exploración física se evidencia otoscopia normal, nistagmo horizonte-rotario a la izquierda grado II, Romberg positivo a la derecha y Untenberger con laterodesviación a la derecha. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. Vértigo posicional paroxístico benigno.
- 2. Neuritis vestibular.
- 3. Enfermedad de Ménière.
- 4. Síndrome de Ramsay-Hunt.

300975 OTORRINOLARINGOLOGÍA Fácil 83%

Solución: 3

Nos presentan el caso de una mujer de 40 años con episodios repetidos autolimitados de 20 minutos de duración con pérdida del equilibrio, sensación de plenitud ótica, acúfeno e hipoacusia de oído derecho, todo ello típico de la **enfermedad de Ménière** (respuesta 3 correcta).

El **Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB)** es la causa más frecuente de síndrome vertiginoso, pero tiene escasos segundos de duración y no asocia acúfenos ni hipoacusia (respuesta 1 incorrecta).

La **neuritis vestibular** persiste de 2 a 5 días y no asocia hipoacusia ni acúfenos (respuesta 2 incorrecta).

El **síndrome de Ramsay-Hunt** se debe a la afectación del ganglio geniculado (VII par) por el virus del herpes zoster. Se presenta con vértigo, sordera irreversible, otalgia muy intensa, parálisis facial y vesículas en pabellón auricular y pared posterior de CAE, no cuadrando por lo tanto con el caso clínico del enunciado (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12056): (67) La disfagia orofaríngea es la dificultad de trasladar el alimento desde la cavidad oral hasta el esófago proximal. Entre las causas de disfagia orofaríngea motora están las siguientes EXCEPTO:

- 1. Miastenia gravis.
- 2. Reflujo gastroesofágico.
- 3. Tétanos.
- 4. Dermatompolimiositis.

300976 OTORRINOLARINGOLOGÍA Fácil 88%

Solución: 2

Pregunta negativa en la que nos piden detectar cuál de las entidades ofertadas NO causa disfagia orofaríngea motora.

Puede resultar una pregunta complicada ya que no es un tema preguntado habitualmente en el MIR, y lo cierto es que todas las opciones pueden causar **disfagia orofaríngea**. La clave está en darse cuenta de que la **miastenia gravis**, el **tétanos** y la **dermatopolimiositis** pueden afectar de una u otra forma a los **músculos** orofaríngeos provocando dificultad en la deglución (respuestas 1, 3 y 4 incorrectas).

Sin embargo, el reflujo gastroesofágico (RGE) puede provocar una disfagia de causa **mecánica**, bien sea por la propia esofagitis o incluso por estenosis péptica, es decir, estrechamiento del diámetro del esófago debido al reflujo (respuesta 2 correcta).

Pregunta (12057): (68) En relación con las infecciones vulvovaginales, señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. La vaginosis bacteriana es habitualmente una infección monomicrobiana.
- 2. La vulvovaginitis candidiásica es la infección vulvovaginal más prevalente en Europa.
- 3. Se define como vulvovaginitis candidiásica recidivante cuando aparecen 4 o más episodios en un año.
- 4. La vaginosis bacteriana únicamente debe tratarse farmacológicamente cuando es sintomática.

300977 GINECOLOGÍA Normal 56%

Solución: 1

La vaginosis bacteriana es una enfermedad **polimicrobiana** que ocurre por un descenso de Lactobacillus y un aumento de bacterias patógenas anaerobias Gram negativas (respuesta 1 correcta).

Se tratan únicamente en **pacientes sintomáticas y pacientes que se vayan a someter a una intervención ginecológica invasiva**. Las pacientes gestantes sintomáticas se han de tratar, la evidencia para recomendar el tratamiento a gestantes asintomáticas es actualmente insuficiente (respuesta 4 incorrecta).

La **vulvovaginitis candidiásica** es la infección vulvovaginal más frecuente en Europa y en España (respuesta 2 incorrecta).

Se define como **vulvovaginitis candidiásica recidivante cuando aparecen 4 o más episodios anuales**, esas pacientes son candidatas al tratamiento inicial con azoles tópicos y orales seguido de un tratamiento de mantenimiento oral o vaginal (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (12058): (69) Referido al síndrome de ovario poliquístico, señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. Se presenta en mujeres jóvenes.
- 2. Clínicamente se caracteriza por la presencia de hirsutismo, acné y amenorrea u oligomenorrea.
- 3. Se asocia a obesidad y resistencia a la insulina.
- 4. Aumenta el riesgo de cáncer de ovario.

300978 GINECOLOGÍA Fácil 95%

Solución: 4

El Síndrome de Ovario Poliquístico **aparece en pacientes de edad fértil** (respuesta 1 incorrecta).

Se diagnostica por la presencia de 2 de 3 criterios de Rotterdam: **oligoanovulación (amenorrea u oligomenorrea), hiperandrogenismo clínico o bioquímico (hirsutismo o acné) y ovarios poliquísticos** (respuesta 2 incorrecta).

Se asocia con **obesidad y resistencia a la insulina**. La metformina se asocia al citrato de clomifeno para favorecer la ovulación en pacientes con insulinoresistencia o resistencia al citrato de clomifeno (respuesta 3 incorrecta).

El SOP en tanto que cursa con anovulación **no aumenta el riesgo del cáncer de ovario**. La ovulación incesante aumenta el riesgo de cáncer de ovario (respuesta 4 correcta).



Hirsutismo facial en ovario poliquístico

Pregunta (12059): (70) Mujer primigesta de 35 años que se encuentra en la segunda etapa del parto. Lleva analgesia epidural. ¿Cuándo estará indicada la aplicación de la ventosa para abreviar el periodo expulsivo?:

- 1. Cuando, tras 2 horas en completa, la presentación se queda en un II plano de Hodge con los pujos maternos.
- 2. Cuando presencia un inicio de sangrado vaginal abundante con repercusión fetal y la presentación se encuentra sobre el estrecho superior de la pelvis materna.
- 3. Cuando la presentación se queda en un IV plano y el punto guía es el mentón.
- 4. Cuando se produzca una bradicardia fetal que no se recupera tras el cese de la contracción y la fontanela menor se encuentra pasado el III plano de Hodge.

300979 GINECOLOGÍA Normal 65%

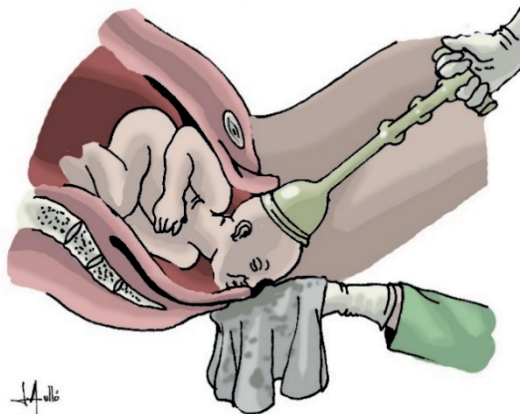
Solución: 4

La ventosa es un instrumento con apariencia de cazoleta que se coloca en la cabeza del feto y permite, tras hacer el vacío, realizar tracciones sincrónicas con el pujo materno para abreviar el expulsivo.

Para poder aplicarse la ventosa **la madre tiene que estar en dilatación completa (10 cm) con bolsa rota y el feto tiene que llegar en el pujo al III plano de Hodge** (a nivel de las espinas ciáticas) (respuesta 4 correcta).

La **presentación fetal por encima de III plano** es indicación de cesárea (respuestas 1 y 2 incorrectas)

La **presentación de cara fetal, que tiene como punto guía el mentón**, es una **contraindicación** para la aplicación de ventosa (respuesta 3 incorrecta).



Ventosa

Pregunta (12060): (71) Mujer de 41 años gestante de 13+2 semanas que tras realizarse la ecografía de la semana 12, presenta un riesgo combinado de cromosomopatías para la trisomía 21 de 1/30. ¿Cuál sería el consejo más adecuado?:

- 1. Adelantar la ecografía de la semana 20.
- 2. Realizar una prueba invasiva.
- 3. Tranquilizarle porque se trata de un riesgo combinado de bajo riesgo en todo caso.
- 4. Tranquilizarle porque se trata de un riesgo intermedio y está justificado por la edad materna.

300980 GINECOLOGÍA Fácil 77%

Solución: 2

La **ecografía de la semana 20** se usa para diagnosticar **malformaciones** fetales, que es el único defecto congénito que no requiere de prueba invasiva para ser diagnosticado (respuesta 1 incorrecta).

El cribado combinado del primer trimestre trata de detectar a fetos con riesgo de cromosomopatía midiendo criterios bioquímicos (PAPPA y bHCG), ecográficos (pliegue nuchal, hueso nasal, ductus venoso y válvula tricúspide) y la edad materna.

Un riesgo **>1/50 se considera un alto riesgo** en el cribado combinado y por ello es **indicación de prueba invasiva** (respuesta 2 correcta).

Un riesgo **1/50-1/250 se considera un riesgo intermedio** en el cribado combinado (respuesta 4 incorrecta) y podemos ofrecer a la gestante **una prueba invasiva, test de ADN fetal en sangre materna (preferente) o no hacer nada**.

Un riesgo **< 1/250 se considera un riesgo bajo** en el cribado combinado (respuesta 3 incorrecta) y realizaremos el seguimiento normal del resto del embarazo.

Cribado combinado del 1T	Trisomía 21	Trisomía 18	Trisomía 13
PAPP-A	↓	↓↓	↓
bHCG	↑	↓↓	↓
Traslucencia nuchal	>2 mm	>3 mm	

Pregunta (12061): (72) Primigesta de 26 semanas de gestación, con seguimiento dentro de la normalidad hasta la fecha. Acude a su centro de salud con un resultado en el test de O´Sullivan de 175 mg/dL. Ante esta situación, ¿cómo deberíamos proceder?:

- 1. Debe ser informada del riesgo de diabetes gestacional con riesgo fetal y remitida al servicio de urgencias hospitalarias.
- 2. Se indicará una sobrecarga oral de glucosa de 100 g solamente si tiene factores de riesgo para alteraciones del metabolismo de la glucosa.
- 3. Al ser un valor superior a 165 mg/dL se confirma el diagnóstico de diabetes gestacional.
- 4. Debe solicitarse una confirmación diagnóstica de diabetes gestacional mediante la realización de una sobrecarga oral de glucosa de 100 g.

300981 GINECOLOGÍA Fácil 89%

Solución: 4

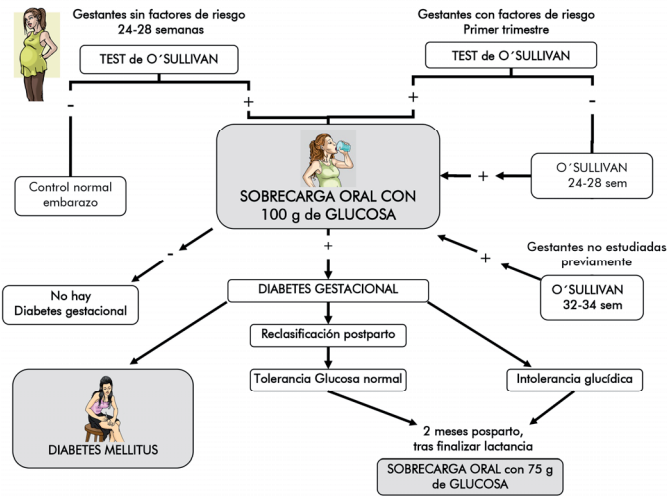
El cribado de la diabetes gestacional se lleva a cabo entre las semanas 24 y 28 de embarazo mediante el test de O´Sullivan, que consiste en administrar 50 g de glucosa y medir la glucemia de la paciente en 2 horas.

La presencia de **factores de riesgo de diabetes gestacional** (etnia de riesgo, antecedentes personales o familiares de diabetes, obesidad...) es indicación de realizar el cribado en el primer trimestre y, en caso de ser negativo, en el segundo trimestre, pero **no modifica la actitud a seguir con un cribado positivo** (respuesta 2 incorrecta).

Una **glucemia >140 mg/dl implica un cribado positivo, que ha de confirmarse de forma con una sobrecarga oral de 100 g de glucosa** (respuesta 4 correcta).

La sobrecarga oral de glucosa confirmatoria se debe hacer de **forma reglada y no constituye una urgencia** (respuesta 1 incorrecta).

La diabetes gestacional se puede diagnosticar sin necesidad de cribado y confirmación en pacientes con **2 glucemias basales =126 mg/dl** (respuesta 3 incorrecta) o una glucemia al azar > 200 mg/dl en paciente con síntomas de hiperglucemia.



Diagnóstico y clasificación de diabetes en gestación

Pregunta (12062): (73) Mujer de 36 años con antecedentes de 2 abortos de primer trimestre y preeclampsia grave que requirió cesárea por pérdida de bienestar fetal a las 33 semanas de gestación. El estudio analítico postparto es normal salvo por la presencia de anticuerpos antifosfolípido IgM e IgG, siendo el resto del estudio de trombofilia normal. La presencia de anticuerpos antifosfolípido fue confirmada a los 4 meses de la primera analítica. ¿Qué recomendación haríamos a esta paciente en caso de nueva gestación?:

1. Aspirina y heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas.
2. Vitaminas antioxidantes a dosis altas.
3. Intentar la gestación mediante diagnóstico genético preimplantacional.
4. Tratamiento según cribado de preeclampsia de primer trimestre con aspirina a dosis bajas si alto riesgo.

300982 GINECOLOGÍA Fácil 94%

Solución: 1

Nos presentan a una paciente que cumple criterios diagnósticos de síndrome antifosfolípido: 1 criterio clínico (pérdidas gestacionales, parto pretérmino por preeclampsia grave) y 1 criterio serológico (anticuerpos antifosfolípido).

Las gestantes que tienen **únicamente anticuerpos de síndrome antifosfolípido** y no presentan ningún criterio clínico pueden tratarse en el embarazo con aspirina, la aspirina sola también se usa en gestantes con cribado positivo para preeclampsia (respuesta 4 incorrecta).

Las gestantes que tienen **anticuerpos positivos de síndrome antifosfolípido** y cualquier criterio clínico concomitante (trombosis, pérdida gestacional, parto pretérmino por insuficiencia placentaria) necesita aspirina y heparina en el embarazo (respuesta 1 correcta).

Las **vitaminas antioxidantes** no se emplean para el tratamiento del síndrome antifosfolípido (respuesta 2 incorrecta) y el síndrome antifosfolípido **no es una patología subsidiaria de diagnóstico preimplantacional** (el diagnóstico preimplantacional se hace con una ICSI para diagnosticar en el embrión enfermedades monogénicas o alteraciones cromosómicas estructurales, también en abortos de repetición de etiología desconocida) (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12063): (74) Mujer de 54 años nuligesta que consulta por pérdidas de orina tras la percepción de urgencia miccional y por sensación de necesidad de orinar en la noche 3-4 veces. En la exploración ginecológica se evidencia un cistocele de primer grado y una atrofia vaginal moderada. ¿Cuáles serían las medidas iniciales a realizar?:

1. Corrección quirúrgica del cistocele.
2. Realización de diario miccional y reeducación vesical.
3. Indicación de flujometría y evaluación de la función uretral.
4. Prescripción de tratamiento oral con fármacos colinérgicos.

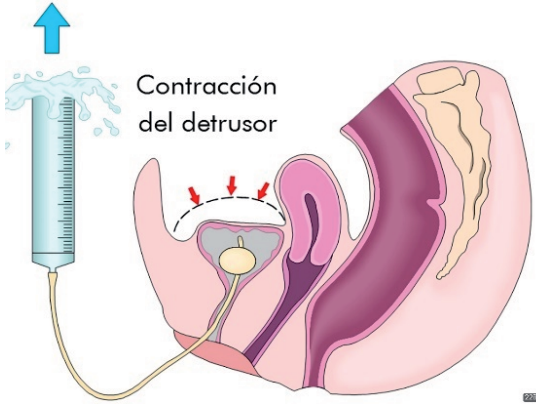
300983 GINECOLOGÍA Fácil 74%

Solución: 2

Se trata de una mujer con incontinencia urinaria de urgencia (pérdida de orina tras urgencia miccional y nicturia). En la exploración se aprecia un **cistocele muy discreto, de primer grado, por lo que no haría falta operarlo** (respuesta 1 incorrecta).

La **primera terapia a usar en pacientes con incontinencia de urgencia sería la terapia conservadora**: un diario miccional para averiguar los patrones de consumo de líquidos y micción de la paciente así como la reeducación vesical (respuesta 2 correcta). En caso de **fracaso de la terapia conservadora** pautaríamos **fármacos anticolinérgicos** (respuesta 4 incorrecta).

La **flujometría y función uretral se evalúan en la incontinencia de esfuerzo** (respuesta 3 incorrecta).



Pregunta (12064): (75) Primigesta de 29 años sin antecedentes de interés remitida a las 36,5 semanas de gestación por sospecha ecográfica de restricción de crecimiento. En la consulta presenta tensión arterial 125/75 mmHg y en la ecografía obstétrica se objetiva un peso fetal estimado compatible con un percentil 6 para la edad gestacional y un índice de pulsatilidad Doppler de arteria umbilical por encima del percentil 95. ¿Qué recomendación haría en esta situación?:

1. Finalización de la gestación de forma inmediata mediante una cesárea.
2. Controles semanales con monitorización fetal y ecografía obstétrica cada dos semanas hasta el inicio espontáneo del parto.
3. Controles semanales con monitorización fetal y ecografía obstétrica cada dos semanas hasta las 40 semanas de gestación.
4. Inducción del parto a partir de las 37 semanas de gestación.

300984 GINECOLOGÍA Fácil 8%

Solución: 4

A la gestante de la pregunta se le ha diagnosticado un crecimiento intrauterino restringido en la semana 36 + 5 días de embarazo. Son **criterios de CIR**: peso fetal.

Ante un **CIR con redistribución placentaria** (Doppler en arteria cerebral media indicativo de vasodilatación o p95 sin llegar a ser flujo reverso) y **según la gravedad se puede finalizar la gestación a partir de las 34+0 semanas** por inducción de parto. De las opciones presentadas, la más correcta sería **finalizar la gestación en cuanto alcanza el término** (el término ocurre entre las 37+0 y las 41+6 semanas, la paciente está de 36 semanas y 5 días) (respuesta 4 correcta).

No se recomienda finalizar el embarazo con cesárea inmediata (respuesta 1 incorrecta).

No se recomienda en CIR con redistribución cerebro-placentaria prorrogar el embarazo hasta las 40 semanas o esperar hasta el inicio espontáneo del parto (que puede ocurrir más allá de las 40 o 41 semanas de embarazo) dado que hasta ese momento puede empeorar ostensiblemente la insuficiencia placentaria (respuestas 2 y 3 incorrectas).



La ecografía es la técnica diagnóstica de CIR

Pregunta (12065): (76) Mujer de 35 años que consulta por amenorrea de 6 meses de evolución. En la anamnesis le dice que últimamente le cuesta dormir y se despierta por la noche con mucho calor. Menarquia a los 12 años. Tiene 2 hijas (partos eutócicos) y deseo genésico cumplido. Su madre tuvo la menopausia a los 41 años. La analítica de sangre muestra FSH 65,1 U/L (2-13,8), LH 12 U/L (2-13,8), estradiol < 0,05 pg/mL (fase folicular: 30-100; fase lútea: 50-150; pico ovulatorio: 100-400). Dos meses más tarde le repite la analítica con valores similares. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha y la actitud a seguir?:

- 1. Probablemente está menopáusica, pero hasta que no se cumplan los 12 meses de amenorrea no podrá iniciar ningún tratamiento.
- 2. Insuficiencia ovárica prematura. Inicia estudio con cariotipo e indica terapia hormonal sustitutiva.
- 3. Insuficiencia ovárica prematura. Le explica que son esenciales los hábitos de vida saludables: no fumar, ejercicio y adecuada ingesta de vitamina D. La terapia hormonal la deja como tratamiento de segunda línea.
- 4. Amenorrea hipotalámica. Precisa estudio con una RM craneal.

300985 GINECOLOGÍA Difícil 17%

Solución: 2

La paciente presenta amenorrea de 6 meses de evolución con gonadotropinas elevadas y estradiol bajo. Las hormonas que aparecen alteradas nos hacen pensar en un fallo a nivel ovárico (respuesta 4 incorrecta), dado que en el fallo hipotalámico o hipofisario estarían las gonadotropinas bajas.

Los antecedentes de menopausia precoz en la madre de la paciente unida a la analítica de la paciente repetida con 2 meses de diferencia y los síntomas vasomotores nos hacen pensar en un fallo ovárico prematuro, no tenemos que esperar 12 meses de amenorrea para iniciar el tratamiento (respuesta 1 incorrecta).

Debido a la edad de la paciente se recomienda iniciar la terapia hormonal sustitutiva inmediatamente, así como descartar anomalías de cariotipo (la disgenesia gonadal, las trisomías o los mosaicismos pueden causar fallo ovárico precoz; también el Síndrome del cromosoma X frágil, si bien no sería detectable por cariotipo) (respuesta 2 correcta).

El tratamiento hormonal en pacientes con menopausia precoz o yatrógena se considera de primera elección (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (12066): (77) ¿Cuál de las siguientes vacunas NO debe administrarse a un lactante de 9 meses que tiene una inmunodeficiencia primaria combinada?:

- 1. Vacuna antineumocócica conjugada 13- valente.
- 2. Vacuna antigripal.
- 3. Vacuna frente al rotavirus.
- 4. Vacuna antimeningocócica tipo B.

300986 PEDIATRÍA Fácil 69%

Solución: 3

Las recomendaciones de vacunación en niños con afecciones causantes de inmunosupresión ya sea de forma primaria o secundaria, varían según la enfermedad subyacente, el grado de inmunodeficiencia, el riesgo de exposición a enfermedades y la propia vacuna.

En cuadro de inmunodepresión (excepto por VIH) deben vacunarse en CN de:

- DTPa.
- Polio inactivada
- Hepatitis B.
- Antigripal (respuesta 2 incorrecta).

Están muy recomendadas incluso con posibilidad de dosis adicional:

- Antimeningococo B (respuesta 4 incorrecta).
- Haemophilus tipoB.
- Antineumocócica conjugada (respuesta 1 incorrecta).

Están contraindicadas:

- Vacuna contra el Rotavirus (respuesta 3 correcta).
- Triple vírica.
- Varicela.

Pregunta (12067): (78) Varón de 19 meses, correctamente vacunado para su edad. Previamente bien, inicia de forma brusca un cuadro clínico con fiebre alta de hasta 40 °C sin otra sintomatología, salvo irritabilidad. La exploración al día siguiente es normal, salvo por ligera hiperemia de mucosa oral y membrana timpánica, y microadenopatías laterocervicales. Al cuarto día desaparece totalmente la fiebre y aparece un exantema eritematoso morbiliforme, maculopapuloso de distribución en cara, tronco y extremidades. De los siguientes, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. Eritema infeccioso o quinta enfermedad.
- 2. Sarampión o primera enfermedad.
- 3. Roséola, exantema súbito o sexta enfermedad.
- 4. Escarlatina o segunda enfermedad.

300987 PEDIATRÍA Fácil 88%

Solución: 3

Se trata de una pregunta de diagnóstico diferencial de cuadro exantemático en un lactante, con todas las opciones posibles, pero sólo una es la más frecuente:

- El Eritema infeccioso, es una enfermedad típica de edad escolar, aguda, leve, producida por Parvovirus B19, que produce exantema generalizado morbiliforme en forma característica en "bofetada" y "cartográfico" sobre todo a nivel de pliegues, coincidiendo con síndrome febril (respuesta 1 incorrecta).
- El Sarampión o 1ª enfermedad es una enfermedad grave, rara en pacientes vacunados previamente, que produce exantema morbiliforme, escarlatiniforme, generalizado asociado a síndrome febril + enantema (manchas de Koplick) + tos + conjuntivitis (respuesta 2 incorrecta).
- La Roseola, es una enfermedad aguda, leve, típica de lactantes, caracterizada por aparición de síndrome febril elevado con duración aprox 72 horas, que coincide en su desaparición con la erupción de exantema morbiliforme generalizado. Se puede acompañar de dolor faríngeo y adenopatías suboccipitales (respuesta 3 correcta).
- La Escarlatina, es una enfermedad producida por la Toxina del Streptococo grupo B, que junto con el antecedente siempre de faringitis exudativa, asocia síndrome febril y exantema tenue, micropapuloso (respuesta 4 incorrecta).



Exantema morbiliforme generalizado no pruriginoso

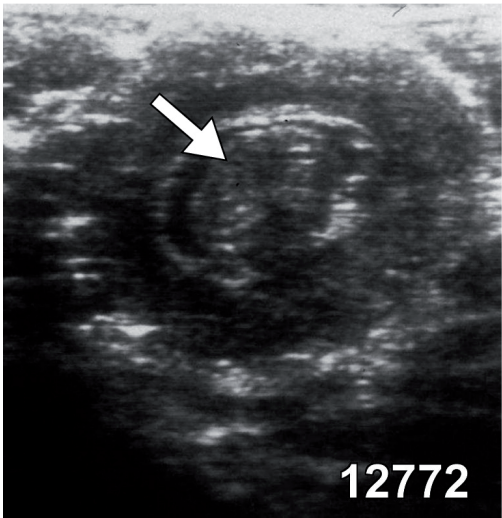
Pregunta (12068): (79) Lactante de 14 meses que acude a urgencias por un cuadro de irritabilidad en las últimas 12 horas y heces sanguinolentas con moco. En la exploración destacan episodios de llanto, con flexión de las extremidades inferiores. En la palpación abdominal se objetiva una masa cilíndrica mal definida, incrementándose el llanto del niño cuando se presiona en la parte derecha del abdomen. ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha y que prueba realizaría para confirmarlo?:

1. Apendicitis aguda. Ecografía abdominal.
2. Invaginación intestinal. Ecografía abdominal.
3. Apendicitis aguda. TC abdominal.
4. Invaginación intestinal. TC abdominal.

300988 PEDIATRÍA Fácíl 92%

Solución: 2

El cuadro clínico de **apendicitis aguda** es raro en menores de 5 años (< 5% casos) y **excepcional en < 3 años** (< 1% casos). El dolor abdominal asociado es de inicio periumbilical, progresivo, no paroxístico, y la sangre en heces es excepcional (*respuesta 1 incorrecta*). En el caso de sospecha, la **ecografía** es la herramienta de primera elección (*respuesta 3 incorrecta*). La **invaginación intestinal** es la causa más frecuente de obstrucción intestinal entre los 5 meses y los 3 años de edad, y la **urgencia abdominal más frecuente en menores de 2 años**. El cuadro clínico es de inicio súbito de dolor abdominal llamativo y llanto intenso. La sangre en heces suele aparecer en las primeras 12 horas. La palpación del abdomen revela una masa cilíndrica mal definida, que puede aumentar durante el episodio de dolor y llanto sobre todo en el abdomen superior derecho. Como prueba diagnóstica, si la exploración es sugestiva, suele realizarse **ecografía**: reduce la exposición a radiación con una sensibilidad y especificidad del 98-100% (*respuesta 2 correcta*) (*respuesta 4 incorrecta*).



Prueba diagnóstica: Ecografía: imagen en "donut" de la invaginación intestinal

Pregunta (12069): (80) Respecto a la gastroenteritis aguda (GEA) en pediatría, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Los rotavirus son una causa infrecuente de GEA en los niños a nivel mundial.
2. Los principales patógenos bacterianos que causan GEA son *Salmonella* no tifoidea, *Shigella*, *Campylobacter* y *Yersinia*.
3. La enfermedad por *Clostridioides difficile* puede ser tanto nosocomial como adquirida en la comunidad en los niños.
4. Entre los patógenos bacterianos que causan enfermedades vehiculadas por alimentos se incluyen *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens* y *Staphylococcus aureus*.

300989 PEDIATRÍA Fácíl 93%

Solución: 1

Se trata de pregunta sobre la etiología de la GEA en los niños, tema muy reiterado en últimos MIRs tanto en su etiología, diagnóstico y propuesta terapéutica. **Los Rotavirus son la causa más frecuente de GEA en los niños a nivel mundial** (*respuesta 1 correcta*). Los principales **patógenos bacterianos** que causan GEA son *Salmonella* no tifoidea, *Shigella*, *Campylobacter* y *Yersinia* (*respuesta 2 incorrecta*).

La enfermedad por **Clostridium** puede ser tanto nosocomial como adquirida en la comunidad en los niños (*respuesta 3 incorrecta*). Entre los **patógenos bacterianos** que causan enfermedades vehiculadas por alimentos debido a su capacidad de producir vómitos y/o enterotoxinas, se incluyen *Bacillus Cereus*, *Clostridium perfringens* y *S. Aureus* (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta (12070): (81) Entre las características clínicas siguientes relativas a la anorexia nerviosa, señale la afirmación correcta:

1. Una forma clínica se asocia a atracones y conductas purgativas.
2. Se distribuye por igual entre ambos sexos.
3. La amenorrea es un criterio diagnóstico necesario de enfermedad en mujeres.
4. Hay deseo de perder peso, pero con una percepción normal de la propia constitución.

300990 PEDIATRÍA Fácíl 83%

Solución: 1

Tema tratado no específicamente en asignatura de Pediatría, pero ampliamente estudiado en asignatura de Psiquiatría:

- **La Anorexia nerviosa** incluye en la definición como una valoración exagerada del volumen y la forma del cuerpo, con una búsqueda implacable de la delgadez que, en el **subtipo restrictivo**, combina el adelgazamiento voluntario excesivo con la práctica compulsiva de ejercicio. En el **subtipo purgativo** los pacientes pueden comer vorazmente de modo intermitente pero luego tratan de eliminar las calorías con vómitos o consumo de laxantes (*respuesta 1 correcta*).
- El cuadro se manifiesta en particular en mujeres a principios o mediados de la adolescencia (*respuesta 2 incorrecta*).

Los criterios de diagnóstico de anorexia nerviosa DSM-V son:

- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades.
- Miedo intenso a ganar peso o engordar y alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución.
- Influencia impropia del peso o constitución corporal en la autoevaluación (*respuesta 4 incorrecta*).

La **amenorrea** es una complicación de la enfermedad, pero ya **no se considera un criterio diagnóstico necesario** (*respuesta 3 incorrecta*).



Pregunta (12071): (82) En relación con la estenosis hipertrófica de píloro, señale la afirmación INCORRECTA:

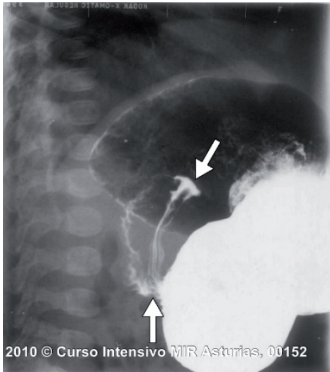
1. Afecta predominantemente a primogénitos varones.
2. Se ha encontrado mayor incidencia en hijas de madres tratadas con macrólidos durante el embarazo.
3. La alteración hidroelectrolítica típica es una acidosis metabólica hipoclorémica.
4. El tratamiento de elección es la piloromiotomía extramucosa de Ramstedt.

300991 PEDIATRÍA Fácíl 89%

Solución: 3

La EHP afecta unas 4-6 veces más a los **niños** que a las niñas (en especial a los primogénitos) (*respuesta 1 incorrecta*). La EHP se desconoce actualmente su causa y se ha relacionado con la GE eosinofílica, sdre. Zellweger y la trisomía 18, entre otros. Se ha observado una asociación variable entre el uso de **eritromicina** en los RN de alto riesgo cuando el fármaco se administra en las primeras 2 semanas de vida (*respuesta 2 incorrecta*).

La clínica se basa en vómitos de repetición en general desde la 3ª semana de vida; a medida que persisten, con pérdida progresiva de líquido, de iones hidrógeno y de cloruro conduce a **alcalosis metabólica hipoclorémica** (respuesta 3 correcta). El **procedimiento quirúrgico** de elección es la **piloromotomía**, con el procedimiento tradicional de Ramstead con incisión de corte transversal de la piel con sección longitudinal de la masa pilórica subyacente, sin cortar la mucosa, y posterior cierre (respuesta 4 incorrecta).



EHP: vómitos NO biliosos por estenosis pilórica

Pregunta (12072): (83) Para el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki clásica es necesaria la presencia de fiebre al menos cinco días y 4 de los principales signos de la enfermedad. De los siguientes, señale cuál NO SE CONSIDERA un signo principal:

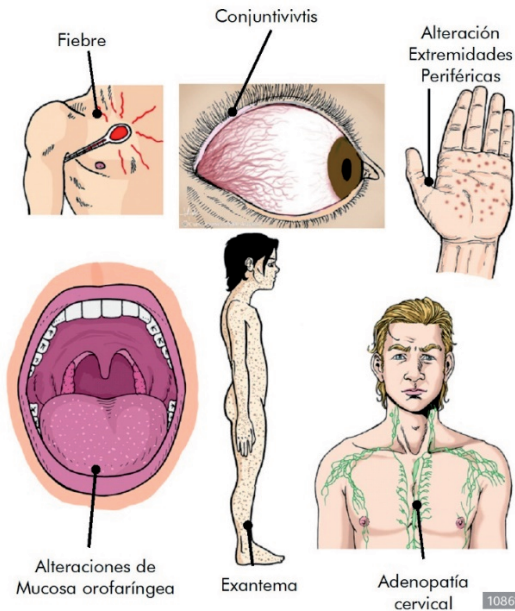
- 1. Eritema de las mucosas faríngea y oral con lengua en fresa y/o labios agrietados.
- 2. Exantema polimorfo.
- 3. Linfadenopatía cervical (> 1,5 cm de diámetro) generalmente unilateral.
- 4. Inyección conjuntival exudativa bilateral.

300992 PEDIATRÍA Difícil 5%

Solución: 4

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis que afecta sobre todo a arterias de calibre medio. Además de la fiebre alta y aguda que produce sin responder a antipiréticos, los **cinco criterios clínicos principales** son (sin necesidad de producirse de manera simultánea):

- 1. Inyección conjuntival bilateral sin exudado y con respecto límbico (respuesta 4 correcta).
- 2. Eritema de mucosas faríngea y oral con lengua aframbuesada y labios rojos y agrietados (respuesta 1 incorrecta).
- 3. Edema indurado y eritema de manos y pies.
- 4. Exantema polimorfo (respuesta 2 incorrecta).
- 5. Linfadenopatía cervical no supurativa, generalmente unilateral con un ganglio de > 1,5 cm (respuesta 3 incorrecta).



Enfermedad de Kawasaki: esquema de signos clínicos diagnósticos

Pregunta (12073): (84) En relación con las vacunas y los calendarios de vacunación en las comunidades autónomas españolas, señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. Las vacunas sistemáticas son aquellas que se administran de forma obligatoria a todos los niños según el calendario vacunal vigente en su comunidad autónoma.
- 2. Las vacunas no sistemáticas son aquellas que no se administran de forma universal en todas las comunidades autónomas.
- 3. El calendario vacunal se define como la secuencia cronológica de vacunas que se administra sistemáticamente en un país o área geográfica determinada.
- 4. Los calendarios vacunales deben actualizarse de forma permanente según el desarrollo de nuevas vacunas o el cambio de incidencia de enfermedades en un área geográfica determinada.

300993 PEDIATRÍA Normal 56%

Solución: 1

La vacunación es una de las medidas preventivas más beneficiosas para erradicar enfermedades: el objetivo es inmunizar a la población contra alguna enfermedad:

- de manera pasiva, mediante la administración de preparados que contienen anticuerpos;
- de manera activa administración de vacuna o toxoide para estimular la respuesta humoral y/o celular prolongada del sistema inmunitario.

El calendario vacunal se define como la secuencia cronológica de vacunas que se administran sistemáticamente en un país o área geográfica, y es muy variable, sobre todo en los países desarrollados (respuesta 3 incorrecta).

Cada país establece la pauta a seguir, y puede variar dentro de los mismos según extensión y zona geográfica, debiéndose actualizar de forma permanente según el desarrollo de nuevas vacunas o el cambio de incidencias de enfermedades en un área geográfica determinada (respuesta 4 incorrecta).

En nuestro país, **existen 2 tipos de vacunas:**

- **Vacunas sistemáticas:** se administran de manera universal a todas las CC.AA, bajo la premisa de que **en ningún caso es de carácter obligatorio**, pero sí altamente recomendable. (respuesta 1 correcta).
- **Vacunas no sistemáticas:** no se administran de manera universal y serán fijadas por la Consejería de Sanidad de cada CC.AA (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta (12074): (85) Paciente de 7 años ingresado desde hace varios días con diagnóstico de neumonía, tratado con antibióticos. Mantiene picos febriles por lo que se realiza una ecografía torácica en donde se observa derrame pleural con múltiples tabiques. Se hace una toracocentesis diagnóstica extrayéndose material purulento. ¿Qué se debe hacer a continuación?:

- 1. Drenaje cerrado con un tubo de tórax con instilación de fibrinolíticos.
- 2. Toracocentesis repetidas para extraer todo el derrame posible.
- 3. Decorticación quirúrgica.
- 4. Ampliación de la cobertura antibiótica.

300994 PEDIATRÍA Fácil 77%

Solución: 1

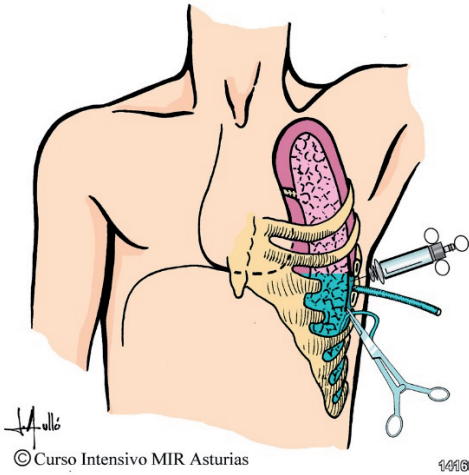
El **empiema** es una acumulación de pus en el espacio pleural y se suele asociar a neumonía por **S.Pneumoniae** y **S.Aureus**.

El objetivo del tratamiento es esterilizar el líquido con **antibióticos sistémicos y toracocentesis** y el drenaje con un **tubo de tórax inicialmente con un fibrinolítico** (respuesta 1 correcta).

Si no se produce mejoría, está indicada la **VATS** (cirugía videotorascópica), y si ambas no son eficaces está indicada la **decorticación abierta** (respuesta 3 incorrecta).

Si el empiema se diagnostica precozmente se puede conseguir la curación completa con tratamiento antibiótico y toracocentesis únicamente (respuesta 2 incorrecta).

La elección del antibiótico se debe basar en la sensibilidad in vitro del microorganismo responsable (respuesta 4 incorrecta).



Empiema: atbterapia + toracocentesis +/- colocación drenaje + con fibrinolíticos

Pregunta (12075): (86) Mujer de 13 años que acude a consulta por fiebre alta de 5 días de evolución, odinofagia, cefalea, dolor abdominal y astenia intensa que interfiere en su vida cotidiana. En la exploración se aprecian amígdalas rojas con membrana exudativa, maloliente. Se palpan adenopatías cervicales anteriores, posteriores, occipitales y epitrocleares. En el abdomen se palpa hígado a 1 cm y bazo a 3 cm del reborde costal. Ante esta clínica y exploración ¿qué estudio serológico pediría?:

- 1. Sarampión.
- 2. Rubeola.
- 3. Epstein-Barr.
- 4. Parvovirus B 19.

300995 PEDIATRÍA Fácíl 92%

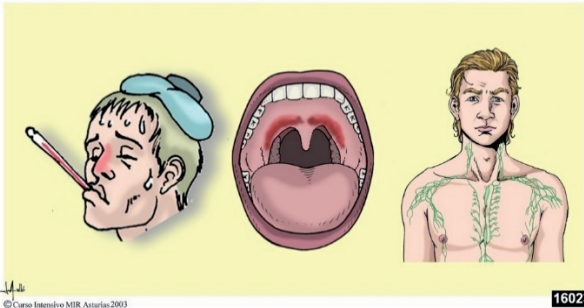
Solución: 3

El Sarampión es un cuadro agudo grave que cursa con síndrome febril asociado a **exantema generalizado morbiliforme + tos + conjuntivitis** sin dolor abdominal ni H-Esplenomegalia (respuesta 1 incorrecta).

La Rubeola es un cuadro exantemático agudo asociado a **síndrome febril + poliadenopatías**, sin faringitis asociada ni H-Esplenomegalia con principal complicación de poliartritis (respuesta 2 incorrecta).

La infección por VEB, con el cuadro clínico de mononucleosis infecciosa se manifiesta en un 30-50% en adolescentes-adultos con la triada clásica de **astenia intensa + faringitis y linfadenopatías generalizadas** (90% casos) **esplenomegalia** (50%) y **hepatomegalia** (10%) (respuesta 3 correcta).

La infección por Parvovirus B19 es una enfermedad aguda leve de escolares de corta edad que cursa con **exantema en "bofetada" y "cartográfico"** sobre todo en pliegues con síndrome febril sin faringitis ni H-Esplenomegalia (respuesta 4 incorrecta).



Triada clásica de Mononucleosis infecciosa por VEB

Pregunta (12076): (87) Indique que fármaco NO está indicado en el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar:

- 1. Litio.
- 2. Valproato.
- 3. Carbamazepina.
- 4. Clorazepato.

300996 PSIQUIATRÍA Fácíl 66%

Solución: 4

La elección del tratamiento farmacológico para los trastornos bipolares puede ser complicada. La selección debe basarse en el que previamente ha sido eficaz y bien tolerado en un paciente dado. Cuando no existe experiencia previa (o cuando se desconoce), la elección se basa en los antecedentes clínicos del paciente (versus los efectos adversos del estabilizador del estado de ánimo específico) y en la gravedad de los síntomas.

El esquema de tratamiento a seguir en el T. Bipolar sería el siguiente:

a. EPISODIO DEPRESIVO:

No se recomienda la monoterapia con antidepresivos, ya que el uso de antidepresivos supone un riesgo de viraje a la fase maniaca. El uso concomitante de eutimizantes o antipsicóticos hace menos probable el viraje a manía.

- Episodio leve o moderado: Litio.
- Episodio grave: Litio + QUETIAPINA u OLANZAPINA. Otras alternativas: Antidepresivos (ISRS) + Litio / Valproato / Antipsicótico Atípico.
- Lamotrigina, como eutimizante, si existen antecedentes de depresiones.

b. EPISODIO MANIACO:

En casos de episodios maníacos está contraindicada la terapia con antidepresivos, ya que empeoran los síntomas maníacos.

Ingreso necesario en el 75% de los casos.

- Episodio leve o moderado: Litio / Valproato / Antipsicóticos Atípicos
- Episodio grave: Antipsicóticos Atípicos + Litio / Valproato.
- TEC.

c. HIPOMANIA:

- Tratamiento de elección: Litio.
- En bipolares I puede ser el preludio de una fase maníaca grave por lo que puede estar indicada la adicción de antipsicótico atípico.

d. EPISODIOS MIXTOS:

Los antidepresivos deben evitarse.

- Tratamiento de elección: atípicos, carbamazepina o valproato.
- El litio es menos eficaz que en pacientes maníacos.
- Por su elevado riesgo autolítico los estados mixtos deben ser tratados en instituciones hospitalarias.

e. CICLADORES RÁPIDOS:

- El tratamiento de elección en ciclación rápida es: Litio / Valproato / Lamotrigina.
- En algunos casos puede ser necesaria la combinación de tratamientos de primera línea entre sí o con un antipsicótico atípico.
- Retirada gradual de antidepresivos (si los estaba tomando).

Una vez lograda la remisión, está indicado el tratamiento preventivo/mantenimiento con estabilizadores del estado de ánimo en todos los pacientes con trastorno bipolar I (Litio, Valproato, Carbamazepina) (respuesta 4 correcta; 1,2 y 3 incorrectas).

Pregunta (12077): (88) Varón de 26 años que ha presentado un primer episodio depresivo con remisión completa de la sintomatología con un primer antidepresivo en monoterapia. ¿Cuánto tiempo se recomienda mantener el tratamiento?:

- 1. En un primer episodio en pacientes jóvenes con buena respuesta se puede suspender el tratamiento al cabo de un mes.
- 2. Se recomienda mantener el tratamiento durante un mínimo de tres meses tras la remisión.
- 3. Se recomienda mantener el tratamiento durante un mínimo de seis meses tras la remisión.
- 4. Se recomienda mantener el tratamiento durante un mínimo de dos años para prevenir recaídas.

300997 PSIQUIATRÍA Fácíl 79%

Solución: 3

El pronóstico de la depresión depende de diversos factores. Por regla general, la depresión es una enfermedad crónica y, por tanto, quien ha sufrido un episodio depresivo tiene más riesgo de sufrir futuros episodios similares. Los factores que más van a influir en que la enfermedad no se cronifique son: un diagnóstico y un tratamiento tempranos.

La duración esperada de un episodio depresivo mayor es de varios meses, a pesar de que para realizar el diagnóstico solo sean necesarias dos semanas consecutivas de síntomas. Cuanto menos tiempo lleve la persona deprimida y antes se diagnostique la depresión, mejor respuesta puede tener al tratamiento. Por tanto, los pacientes que llevan unos pocos meses deprimidos cuando empiezan el tratamiento tienen mayor probabilidad de responder al tratamiento que los que llevan más de un año.

El tratamiento de la depresión se divide en dos fases: tratamiento de la fase aguda y tratamiento de mantenimiento o prevención de recaídas. El tratamiento de la fase aguda es variable y depende de la respuesta individual de cada persona al tratamiento y de la severidad de los síntomas. La fase de tratamiento agudo concluye cuando los síntomas remiten. En ese momento comienza la siguiente fase: tratamiento de mantenimiento o prevención de recaídas. Como decíamos, las recaídas en depresión son mucho más frecuentes cuanto más cerca nos encontremos del periodo sintomático de la enfermedad. Esto supone que los primeros meses tras la remisión del episodio depresivo sean los más delicados en cuanto al riesgo de recaída se refiere. Por este motivo, tras un primer episodio depresivo se recomienda mantener la medicación durante un periodo de entre seis y doce meses (respuesta 3 correcta; respuestas 1 y 2 incorrectas), a contar a partir de la remisión de los síntomas, no del inicio del tratamiento.

En las personas que ya han sufrido un segundo episodio depresivo, se recomienda mantener hasta dos años el tratamiento (respuesta 4 incorrecta). También se cuenta desde que se recuperaron los síntomas y no desde que se inició el tratamiento.

Por último, en personas que han sufrido tres o más episodios depresivos se considera una depresión recurrente y el riesgo de recaída es superior al 80 % en los siguientes 15 años. Por este motivo, en estos casos, se recomienda mantener la medicación durante un periodo mínimo de cinco años o, incluso, indefinidamente.

Pregunta (12078): (89) Varón de 71 años sin antecedentes psiquiátricos que presenta un cuadro de tres semanas de evolución caracterizado por déficit de memoria, inatención, insomnio, pérdida de peso, inquietud, angustia de predominio matutino e ideas delirantes de culpa y perjuicio. De los siguientes, el diagnóstico más probable es:

- 1. Catalepsia.
- 2. Esquizofrenia de inicio tardío.
- 3. Enfermedad de Alzheimer.
- 4. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

300998 PSIQUIATRÍA Fácíl 91%

Solución: 4

Nos presentan el caso de un varón de 71 años sin antecedentes psiquiátricos previos que comienza hace 3 SEMANAS con déficit de memoria, inatención, insomnio, pérdida de peso, inquietud, angustia de predominio matutino y, además, asocia síntomas psicóticos como delirios de culpa y perjuicio.

El paciente presenta síntomas depresivos durante más de 14 días, por lo que podemos diagnosticarlo de un episodio depresivo. Además, asocia síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo, lo que nos lleva a pensar que se trata de un episodio depresivo de los graves (respuesta 4 correcta).

En la esquizofrenia, como en el resto de trastornos psicóticos, también podrían aparecer ideas delirantes. Pero no debemos olvidar que el periodo de tiempo mínimo para poder realizar el diagnóstico de esquizofrenia es de 6 MESES mínimo (respuesta 2 incorrecta).

Respecto a la Enfermedad de Alzheimer, el primer síntoma generalmente será un déficit de la memoria (inicialmente alteración de la memoria reciente), pero la evolución de la enfermedad se caracteriza por ser más progresiva y lenta. Los síntomas psicóticos suelen aparecer tras años de evolución de la enfermedad (respuesta 3 incorrecta).

La catalepsia está categorizada como un trastorno del sistema nervioso central. Ésta se caracteriza porque la persona sufre una parálisis corporal, junto con un endurecimiento y tensión de los músculos, siendo incapaz de realizar ningún tipo de movimiento. Otro signo distintivo de la catalepsia es que la persona experimenta una reducción de la sensibilidad al dolor. Pero lo más llamativo de este trastorno es que la persona es absolutamente consciente de todo, llegando a escuchar o ver todo lo que ocurre a su alrededor (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta (12079): (90) La depresión mayor, especialmente si tiene carácter endógeno/melancólico, se caracteriza por una de las siguientes alteraciones:

- 1. Incremento del apetito.
- 2. Disminución de la secreción de cortisol.
- 3. Dificultad para despertarse por la mañana.
- 4. Empeoramiento matutino.

300999 PSIQUIATRÍA Normal 62%

Solución: 4

Se de depresión endógena se asocia con cambios del sistema nervioso autónomo y endocrino. Ocurre en ausencia de desencadenantes estresantes. Además, puede acompañarse del llamado **SÍNDROME SOMÁTICO** caracterizado por la presencia de al menos 4 de los siguientes síntomas:

SÍNDROME SOMÁTICO (depresión melancólica o endógena)
• Pérdida interés / anhedonia. • Descenso de la reactividad emocional. • Despertar precoz (2 horas antes) (respuesta 3 incorrecta). • Empeoramiento matutino (variación circadiana del estado de ánimo) (respuesta 4 correcta). • Inhibición / agitación psicomotriz. • Disminución del apetito/Pérdida de peso (5% en último mes). • Descenso de la libido.

Puede asociarse con incremento de la secreción del cortisol (respuesta 2 incorrecta). El incremento del apetito es más característico de la depresión ATÍPICA (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta (12080): (91) Indique cuál de los siguientes trastornos NO es un trastorno de ansiedad según el DSM-5:

- 1. Trastorno obsesivo-compulsivo.
- 2. Mutismo selectivo.
- 3. Fobia situacional.
- 4. Trastorno de pánico.

301000 PSIQUIATRÍA Dificíl 24%

Solución: 1

Las dos clasificaciones descriptivas y multiaxiales que se utilizan actualmente en psiquiatría son: DSM-5 y CIE-11.

- **DSM-5:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición. (Asociación Americana de Psiquiatría).
- Desde la aparición y el uso de la CIE-10 en 1990, más de 30 años han pasado de utilización de este recurso diagnóstico de la enfermedad mental. En 2018, la OMS publicó la nueva versión de clasificación de enfermedades (CIE-11), cuyo uso se implementa de manera global desde enero de 2022.

Uno de los cambios importantes que se puede observar en la actualización de estas clasificaciones es la reagrupación de los trastornos de ansiedad.

Según las últimas actualizaciones los trastornos relacionados con la ansiedad actualmente se clasificarían en 4 grupos:

1. **Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo:**
 - Agorafobia
 - Fobia específica (respuesta 3 incorrecta).
 - Trastorno de ansiedad social.
 - Trastorno de pánico (respuesta 4 incorrecta).
 - Trastorno de ansiedad generalizada.
 - Mutismo selectivo (respuesta 2 incorrecta).
 - Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
 - Trastorno de ansiedad por separación.
2. **Trastornos obsesivos-compulsivos y otros trastornos relacionados** (respuesta 1 correcta).
3. **Trastornos específicamente asociados con el estrés.**
4. **Trastornos disociativos.**

Pregunta (12081): (92) En psicogeriatría, cuando es preciso el uso de benzodiacepinas ¿cuál es de elección?:

1. Clorazepato.
2. Lorazepam.
3. Diazepam.
4. Las benzodiacepinas están contraindicadas.

301001 PSIQUIATRÍA Fácil 69%

Solución: 2

Las benzodiacepinas aumentan el riesgo de deterioro cognitivo, delirio, caídas y fracturas en las personas mayores, aún más si hay uso concomitante de otros fármacos. Para el tratamiento del insomnio en el paciente geriátrico las medidas no farmacológicas son el tratamiento de primera elección. No obstante, en caso de tener que usar fármacos como benzodiacepinas o inductores del sueño, son preferibles los de semivida corta, y no se tienen que utilizar más allá de cuatro semanas por los riesgos que comportan. El Diazepam y el Clorazepato son benzodiacepinas de vida media LARGA; >12h (respuestas 1 y 3 incorrectas), mientras que el Lorazepam en de vida media corta (respuesta 2 correcta).

En principio todas las benzodiacepinas se metabolizan a través de un paso hepático en el que, mediado por el citocromo p450, son oxidadas, para posteriormente ser conjugadas. Los metabolitos conjugados resultan altamente hidrosolubles, por lo que son, preferentemente, eliminados por vía renal. Estos metabolitos intermedios activos, en general prolongan la duración del efecto del fármaco original.

La velocidad a la que se produce este metabolismo es la que va a marcar las diferencias en cuanto a la vida media.

Otras BZD, requieren únicamente glucurono-conjugación para ser eliminadas, tal es el caso de lorazepam y oxazepam, evitando el primer paso hepático. Por lo tanto, son más seguras para su uso en ancianos.

Pregunta (12082): (93) En relación con los efectos secundarios de los antipsicóticos, señale la afirmación INCORRECTA:

1. La aparición de síndrome metabólico es más frecuente con el uso de antipsicóticos típicos.
2. La sedación es un efecto secundario frecuente con la mayoría de los antipsicóticos, más pronunciado al inicio del tratamiento.
3. La discinesia tardía es un trastorno del movimiento involuntario que afecta con mayor frecuencia a la región orofacial, aparece tras la administración prolongada de antipsicóticos y puede ser irreversible.
4. La acatisia es un efecto extrapiramidal para cuyo tratamiento puede estar indicada la adición de benzodiazepinas o el uso de betabloqueantes.

301002 PSIQUIATRÍA Normal 63%

Solución: 1

El uso de antipsicóticos / neurolepticos puede dar lugar a la aparición de diferentes efectos adversos. Entre ellos, los más importantes son los SÍNTOMAS EXTRAPIRAMIDALES, que aparecen a consecuencia del bloqueo de los receptores D2 en la vía dopaminérgica nigroestriatal, y son los siguientes:

1. DISTONÍA AGUDA



• CARACTERÍSTICAS:

Prevalencia: en el 10%. Más en:

- Varones jóvenes (raro en ancianos).
- Primera vez tomando APS.
- En los APS de elevada potencia.

Favorecido por: hipoparatiroidismo o hipocalcemia.

Inicio: aguda: en horas;

Clínica: **ESPASMOS MUSCULARES DE CARA Y CUELLO** (crisis óculo-giras, ojos fijos mirando hacia arriba, tortícolis, espasmo de faringe, dificultad para hablar, tragar). Más infrecuente en tronco y extremidades (incluso opístotonos).

• TRATAMIENTO:

ANTICOLINÉRGICOS

(Biperideno, Trihexifenidilo).

Vía IM en situación aguda grave (respuesta a los 10-20 min). Después vía oral.

2. PARKINSONISMO:



• CARACTERÍSTICAS:

Prevalencia: 20%. Más en:

- mujeres ancianas
- daño neurológico previo

Inicio: tras días-semanas o tras años de uso

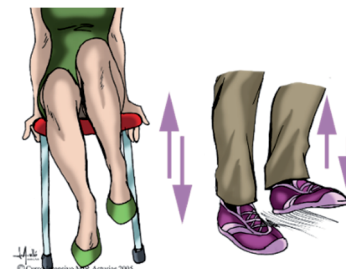
Clínica:

- **TEMBLOR-RIGIDEZ**
- **BRADICINESIA**
- **BRADIFRENIA**
- **SIALORREA**

• TRATAMIENTO:

- DISMINUIR LA DOSIS.
- CAMBIAR A APS ATÍPICO.
- ANTICOLINÉRGICO (Biperideno, Trihexifenidilo).

3. ACATISIA:



• CARACTERÍSTICAS:

Prevalencia: 25%

Inicio: tras horas-semanas.

Clinica: INQUIETUD SUBJETIVA CON NECESIDAD IMPERIOSA DE MOVERSE

- Movimiento de pies.
 - Cruzar y descruzar piernas.
- Se ha asociado a suicidio y a heteroagresividad.
No confundir con agitación psicótica.

- **TRATAMIENTO:**
 - DISMINUIR LA DOSIS.
 - CAMBIAR A APS ATÍPICO
 - **BENZODIACEPINAS** (loracepam, clonacepam).
 - **PROPANOLOL**.
 - Clonidina.
- Anticolinérgicos poco efecto (respuesta 4 incorrecta).

4. **DISCINESIA TARDÍA:**



- **CARACTERÍSTICAS:**

Prevalencia: 5% de pacientes por cada año de exposición a APS.

Factores de riesgo:

 - Altas dosis, cambios de APS, uso de anticolinérgicos.
 - Mujeres ancianas.
 - Comorbilidad con trastornos orgánicos, psiquiátricos u otros efectos extrapiramidales.
 - Casos raros con ISRS, litio, ...

Inicio: tras meses-años.

Clinica: amplia variedad de **MOVIMIENTOS ANORMALES OROFACIALES**. Generalmente:

 - Chupeteo.
 - Protusión de la lengua.
 - Movimientos coreiformes de las manos (tocar piano, pill rolling).

Los movimientos se agravan con el estrés.

Reversible sólo en el 50% de los casos (respuesta 3 incorrecta).
- **TRATAMIENTO:**
 - Suspender ANTICOLINÉRGICOS SI PRESCRITOS
 - DISMINUIR DOSIS DE APS
 - Tetrabenazina, agonistas DA, antiepilépticos
 - CAMBIAR A OTRO APS ATÍPICO
 - **Clozapina:** el APS que más probabilidades tiene de resolución

OTROS EFECTOS ADVERSOS DE LOS NEUROLÉPTICOS:
Síndrome neuroléptico maligno, hiperprolactinemia, alteraciones hematológicas, hipotensión ortostática, alteraciones cardiacas, efectos anticolinérgicos, sedación (más pronunciado al inicio del tratamiento; (respuesta 2 incorrecta)), disminución del umbral convulsivo, síndrome metabólico (más frecuente con el uso de antipsicóticos de segunda generación/atípicos; (respuesta 1 correcta)).

Pregunta (12083): (94) Acerca de la terapia combinada con psicofármacos y psicoterapia de los trastornos mentales, es cierto que:

1. Está indicada únicamente cuando han fracasado ambas formas de tratamiento por separado.
2. El alivio rápido de los síntomas de ansiedad gracias a la medicación disminuye la motivación para la psicoterapia.
3. Exige que un mismo profesional lleve a cabo las dos modalidades de tratamiento.
4. Los resultados de la terapia combinada son superiores a los de cada una utilizada por separado.

301003	PSIQUIATRÍA	Fácil	95%
Solución: 4			

Respecto al manejo terapéutico de los trastornos psiquiátricos es fundamental tener en cuenta que los resultados de la terapia combinada (psicofármacos + psicoterapia) son superiores a los de cada una utilizada por separado (respuesta 4 correcta, respuesta 1 incorrecta). Estas dos modalidades de tratamiento puede llevarlas a cabo un mismo profesional, pero en ningún caso esta premisa será obligatoria. Generalmente es el psiquiatra el que se encarga de la parte de la psicofarmacología y el psicólogo de la parte de la psicoterapia (respuesta 3 incorrecta). Hay que tener en cuenta que la mejoría de los síntomas que proporciona la medicación aumentará la motivación para la psicoterapia (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta (12084): (95) Dentro de los síndromes parkinsonianos primarios, la enfermedad de Parkinson se produce por:

1. Una degeneración neuronal que afecta especialmente al globo pálido, sustancia reticular y oliva inferior y produce un déficit de dopamina.
2. Una degeneración de los núcleos de la protuberancia, oliva inferior y el cerebelo.
3. Una degeneración celular en la sustancia negra que disminuye la tasa de dopamina a nivel del estriado, lo que provoca una actividad subtalámica y palidal excesiva.
4. Una degeneración neuronal progresiva a nivel cortical y de los ganglios basales.

301004	NEUROLOGÍA	Fácil	87%
--------	------------	-------	-----

Solución: 3

En la enfermedad de Parkinson tiene lugar una degeneración de las neuronas dopaminérgicas de la **sustancia negra** (pars compacta) con lo que se reduce la dopamina a nivel del estriado y aumenta la actividad subtalámica y palidal excesiva (respuesta 3 correcta, respuesta 1 incorrecta).
La degeneración **olivo-ponto-cerebelosa** es característica de una forma de atrofia multisistémica, otro tipo de alfa-sinucleinopatía (respuesta 2 incorrecta).
La degeneración neuronal progresiva a nivel **cortical y ganglios de la base** podría observarse, por ejemplo, en la enfermedad de Creudfeltz-Jakob (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12085): (96) Respecto a la exploración neurológica de una lesión en la vía córtico-espinal, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Se encuentra debilidad global en todos los grupos musculares de los miembros afectados.
2. El reflejo de Babinski está presente.
3. Presenta hipertonía tipo rigidez.
4. Existe hiperreflexia en los reflejos osteotendinosos rotulianos.

301005	NEUROLOGÍA	Difícil	18%
--------	------------	---------	-----

Solución: 3

La lesión de la vía cortico espinal se asocia a la presencia de debilidad en la región afectada, con aumento del tono, aumento de los reflejos osteotendinosos y aparece el signo de Babinski (reflejo cutáneo plantar extensor) (respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).
El aumento de tono es de características **espásticas**: tiene un punto máximo a partir del cual disminuye (como una navaja de las que tienen una hoja que se pliega). La **rigidez** es un aumento de tono característico de los síndromes parkinsonianos, y es continua a lo largo de todo el recorrido de la articulación (respuesta 3 correcta).

Pregunta (12086): (97) Varón de 52 años, diabético, que consulta por pie caído derecho indoloro. En la exploración hay debilidad del músculo tibial anterior y peroneos derechos, con reflejo rotuliano y aquileos preservados. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Radiculopatía S1 derecha.
2. Mononeuropatía del ciático poplíteo externo derecho.
3. Radiculopatía L5 derecha.
4. Amiotrofia diabética.

301006	NEUROLOGÍA	Normal	46%
--------	------------	--------	-----

Solución: 2

El paciente tiene un cuadro de pie caído derecho sin dolor ni afectación de los reflejos osteotendinosos. Las radiculopatías (tanto L5 como S1) suelen presentarse con un cuadro doloroso con irradiación en la dirección del nervio ciático. L5 puede se presenta sin afectación del reflejo aquileo ni rotuliano (S1 se acompaña de disminución del aquileo), pero presenta un déficit sensitivo claro en la parte lateral de la pierna y dorso del pie (respuestas 1 y 3 incorrectas). La amiotrofia diabética es un cuadro doloroso, con afectación motora proximal en ambas piernas. Aunque es una neuropatía su afectación no suele ser distal y entrar por tanto en el diagnóstico diferencial del pie caído (respuesta 4 incorrecta). La mononeuropatía del nervio peroneo o ciático poplíteo externo es una mononeuropatía frecuente en el miembro inferior, que afecta a la flexión dorsal del pie y de los dedos (no puedes caminar de talones), la afectación sensitiva es leve y se localiza en la región lateral del pie, y los reflejos están conservados (respuesta 2 correcta).

Pregunta (12087): (98) En un paciente con un síndrome parkinsoniano de dos años de evolución, señale cuál de las siguientes manifestaciones clínicas le harían dudar de un diagnóstico de enfermedad de Parkinson:

- 1. Disartria grave.
- 2. Ausencia de temblor.
- 3. Presencia de un trastorno de conducta del sueño REM.
- 4. Estreñimiento.

301007 NEUROLOGÍA Normal 44% Solución: 1

Los síntomas motores típicos de la enfermedad de Parkinson son bradicinesia, rigidez y temblor de reposo asimétricos, con buena respuesta a levoopa. Algunos de los síntomas no motores más frecuentes son anosmia, depresión, alteraciones del sueño como el trastorno del sueño REM o alteraciones autonómicas como el estreñimiento (respuestas 3 y 4 incorrectas). Aunque los pacientes con Parkinson pueden presentar hipofonía como una manifestación de la hipocinesia generalizada la disartria severa es un hallazgo atípico que debería hacernos pensar en otro tipo de parkinsonismo (respuesta 1 correcta). El temblor es uno de los hallazgos cardinales, pero no todos los pacientes desarrollan temblor. Hay hasta un 10% de pacientes donde este hallazgo clínico no ocurre (y algunos casos presentan temblor que no es de reposo, que es de actitud o postural) (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta (12088): (99) Un estudiante de 19 años sufre una primera crisis tónico-clónica generalizada mientras estaba tumbado en el sofá. La exploración neurológica es normal. En la anamnesis dirigida nos dice que esos días había dormido menos horas porque estaba de exámenes y que a veces, por las mañanas, tiene sacudidas en los brazos al coger la taza del desayuno. Su electroencefalograma muestra descargas de puntas y polipunta-onda generalizadas. Señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. Probablemente la RM craneal sea normal.
- 2. No iniciaría tratamiento por ser una primera crisis.
- 3. El diagnóstico más probable es una epilepsia mioclónica juvenil.
- 4. Iniciaría tratamiento con valproato.

301008 NEUROLOGÍA Fácil 66% Solución: 2

Paciente de 19 años que ha sufrido una crisis tónico clónica generalizada coincidiendo con disminuciones del sueño, y que además ha presentado previamente crisis mioclónicas matutinas. Esto sugiere una **epilepsia mioclónica juvenil** (respuesta 3 incorrecta), una patología que suele presentar resultados **normales** en las pruebas de imagen como la **RM** (respuesta 1 incorrecta) y siendo un varón una buena opción terapéutica sería el **Valproico** (respuesta 4 incorrecta). Aunque a veces tras una única crisis no se suele recomendar tratamiento antiepiléptico en el caso que nos ocupa el paciente presenta un EEG patológico (característico de la epilepsia mioclónica juvenil) y por ello se recomendaría empezar el tratamiento (respuesta 2 correcta).

Pregunta (12089): (100) Un varón de 21 años comienza con un cuadro psiquiátrico consistente en alucinaciones, alteraciones conductuales y episodios de catatonía. En unos días se añade al cuadro un déficit de memoria y discinesias orales y al décimo día comienza con crisis convulsivas. ¿Cuál de las siguientes pruebas daría más información para el diagnóstico?:

- 1. RM cerebral con espectroscopia.
- 2. EEG de larga duración con vídeo-EEG.
- 3. Realizar un ciclo de tratamiento con metilprednisolona a dosis altas para valorar respuesta.
- 4. Estudio en LCR y suero de autoanticuerpos autoinmunes específicos.

301009 NEUROLOGÍA Normal 36% Solución: 4

El paciente presenta un cuadro psiquiátrico, alteraciones motoras extrapiramidales (discinesias, catatonía...) y un cuadro encefalítico con crisis comiciales y alteraciones cognitivas. Este cuadro es característico de la encefalitis con AC anti receptor de NMDA, y se diagnostica con el hallazgo de este autoanticuerpo en suero y LCR (respuesta 4 correcta).

Pregunta (12090): (101) Mujer de 53 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por alteración del habla iniciada bruscamente una hora antes. En la exploración solo se objetiva una afasia motora. La TC craneal basal es normal. En la TC de perfusión hay un defecto de flujo en la región cortical frontal izquierda sin afectación en los mapas de volumen. En la angio-TC se objetiva un trombo en el segmento distal (M3-M4) de la arteria cerebral media izquierda. Señale cuál de los siguientes es el tratamiento más correcto:

- 1. Trombectomía mecánica.
- 2. Fibrinolisis endovenosa con rTPA.
- 3. Fibrinolisis endovenosa y, si no se consigue recanalización, trombectomía mecánica.
- 4. Anticoagulación con heparina sódica.

301010 NEUROLOGÍA Difícil 20% Solución: 2

El caso que nos presentan corresponde a un ictus isquémico con muy poco tiempo de evolución y estudios de imagen favorables (ASPECTS 10 y perfusión con todo el territorio salvable). Incluso sin necesidad de que el estudio de perfusión fuera normal (solo lleva 1 h de evolución, en este periodo no sería necesario) este paciente sería candidato a fibrinolisis con RTPA (respuesta 2 correcta). En el angioTC se identifica una oclusión distal (M3-M4), y aunque su clínica es importante en esta localización no hay evidencia científica sólida a favor de la eficacia de la trombectomía mecánica (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (12091): (102) En los pacientes con esclerosis tuberosa (enfermedad de Bourneville) señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. Con frecuencia presentan crisis epilépticas.
- 2. Suelen presentar angiofibromas faciales.
- 3. El tumor cerebral más frecuente es el astrocitoma gigantocelular subependimario.
- 4. Con frecuencia presentan neurinomas.

301011 NEUROLOGÍA Fácil 78% Solución: 4

La esclerosis tuberosa es una enfermedad autosómica dominante que se caracteriza por crisis, retraso mental, angiofibromas faciales y rabdomiomas cardíacos. A nivel cerebral suelen presentar nódulos subependimarios, túbers corticales y astrocitomas gigantocelulares subependimarios, no neurinomas (son frecuentes en la neurofibromatosis, no en la enfermedad de Bourneville) (respuesta 4 correcta).

Pregunta (12092): (103) Mujer de 64 años que presenta dolor en la cara en el territorio de la tercera rama del V par. Respecto al diagnóstico de la neuralgia del trigémino, señale la afirmación **INCORRECTA**:

- 1. Dolor lancinante de muy corta duración.
- 2. El dolor tiene un punto gatillo, asociándose a la estimulación táctil de la zona afecta.
- 3. El dolor puede desaparecer espontáneamente después de persistir semanas o meses.
- 4. Se asocia a hipoestesia de la cara.

301012 NEUROLOGÍA Fácíl 86%

Solución: 4
La presencia de **hipoestesia** en asociación con un cuadro de neuralgia orienta a una neuropatía del trigémino o a una lesión en su entrada en el tronco del encéfalo (en el fascículo), pero **no a una neuralgia del trigémino** que se caracteriza por la presencia sólo de dolor (respuesta 4 correcta).

Pregunta (12093): (104) Con respecto a las crisis epilépticas postraumáticas es cierto que:

- 1. Son comunes inmediatamente después del impacto.
- 2. Las lesiones penetrantes y la gravedad de la lesión son factores favorecedores.
- 3. Está indicado el tratamiento anticomitial profiláctico.
- 4. Tras un par de años de mayor riesgo los pacientes con lesiones graves tienen el mismo riesgo que la población general.

301013 NEUROLOGÍA Normal 46%

Solución: 2
Las lesiones penetrantes y la gravedad de la lesión son factores favorecedores de que el paciente pueda desarrollar crisis en el futuro (respuesta 2 correcta). Es falso que los pacientes con lesiones graves tras dos años tienen un riesgo similar que la población general. El riesgo de crisis se extiende toda la vida y es mucho más alto que la población general (17% vs < 1%) (respuesta 4 incorrecta). Las convulsiones son poco frecuentes inmediatamente después de un traumatismo craneal (respuesta 1 incorrecta). El tratamiento anticomitial depende de la situación, no es una indicación absoluta (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (12094): (105) Varón de 25 años que ingresa en UCI tras una intoxicación farmacológica indeterminada. Por disminución progresiva del nivel de conciencia, sin mejoría con naloxona ni con flumazenilo, se decide intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva. ¿Cuál de los siguientes fármacos **NO** utilizaría para realizar la intubación orotraqueal?:

- 1. Quetiapina.
- 2. Rocuronio.
- 3. Etomidato.
- 4. Fentanilo.

301014 ANESTESIOLOGÍA Difícil 26%

Solución: 1
Nos preguntan acerca de los fármacos a utilizar en una intubación orotraqueal en UCI o lo que sería similar, en una inducción anestésica. Los fármacos que utilizamos, por orden, serían:
• **Analgésicos: fentanilo.** Para contrarrestar el estímulo algésico tan intenso de la laringoscopia (respuesta 4 incorrecta).
• **Hipnóticos** para deprimir el nivel de conciencia: **Propofol o etomidato.** En situaciones de inestabilidad hemodinámica se prefiere utilizar etomidato por ser más estable. También se podría utilizar una benzodiacepina como es el **midazolam.** (respuesta 3 incorrecta).
• **Relajantes neuromusculares** para relajar las cuerdas vocales y facilitar la colocación del tubo endotraqueal. Existen dos tipos: despolarizantes (**succinilcolina**) y no despolarizantes (**rocuronio, cisatracurio,** etc.) (respuesta 2 incorrecta).
La **quetiapina (antipsicótico atípico)** **NO forma parte** de los fármacos a utilizar en una intubación endotraqueal/inducción anestésica (respuesta 1 correcta).

Pregunta (12095): (106) Varón de 50 años con neumonía por *Legionella* que precisa ingreso en la UCI por insuficiencia respiratoria aguda. Debe ser intubado orotraquealmente y conectado a ventilación mecánica invasiva. Se diagnostica un síndrome de distrés respiratorio agudo y se le coloca en decúbito prono. Respecto a esta técnica posicional, señale la afirmación **INCORRECTA**:

- 1. Se realiza para intentar aumentar la relación entre la presión parcial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno.
- 2. Se realiza por personal entrenado para evitar complicaciones.
- 3. La relación entre la presión parcial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno por debajo de la cual se recomienda es de 300 mmHg.
- 4. La posición en decúbito prono durante la ventilación mecánica invasiva precisa una sedación profunda.

301015 ANESTESIOLOGÍA Fácíl 72%

Solución: 3
La ventilación mecánica suele administrarse en decúbito supino. Cuando existe un deterioro constante de la oxigenación a pesar de la ventilación mecánica y **la relación entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspiratoria de oxígeno (PaFi) cae por debajo de 150** se recomienda la **ventilación en decúbito prono** (respuesta 3 correcta). Esto se debe que mejora la oxigenación, **aumentando la relación entre la presión parcial de oxígeno y la fracción inspiratoria de oxígeno**, al mejorar la relación ventilación/perfusión (perfunde áreas menos consolidadas), mejora de la presión transpulmonar y disminución de la compresión pulmonar (el corazón queda en posición inferior y no comprime los pulmones) (respuesta 1 incorrecta). Esto hace que tenga un claro efecto sobre la **disminución de la mortalidad en el paciente con distrés moderado-severo.** La **técnica no está exenta de complicaciones** (extubación accidental, úlceras por presión, compresiones nerviosas, arritmias, etc.) por lo que debe ser realizada por **personal entrenado y el paciente debe estar sedado de forma profunda y relajado neuromuscularmente** (respuestas 2 y 4 incorrectas).

Pregunta (12096): (107) Paciente de 58 años que sufre una neumonía por COVID 19 que precisa intubación con ventilación mecánica en UCI. A la semana se realiza una traqueostomía y sigue precisando ventilación mecánica. Se detecta un déficit motor en las cuatro extremidades con hiporreflexia generalizada. La orientación diagnóstica inicial y la actitud terapéutica a seguir serán:

- 1. Síndrome de Guillain-Barré. Confirmar el diagnóstico con pruebas complementarias.
- 2. Síndrome postCOVID. Rehabilitación respiratoria.
- 3. Miopatía del enfermo crítico. Corticoides y pruebas complementarias.
- 4. Miopatía del enfermo crítico. Rehabilitación respiratoria y motora intensivas.

301016 ANESTESIOLOGÍA Difícil 26%

Solución: 4
Cuando un paciente en estado crítico, está **intubado y con ventilación mecánica por más de 7 días**, debemos prestar especial atención al **deterioro de la función neuromuscular: miopatía y/o polineuropatía del paciente crítico.** Los factores de riesgo son **sepsis, SIRS y fallo multiorgánico.** La característica clínica de este síndrome es la **debilidad simétrica y flácida de las 4 extremidades y músculos respiratorios con hiporreflexia generalizada.** Generalmente se preservan los músculos oculares y faciales. Se suele asociar un fallo en el destete de la ventilación mecánica. El **Síndrome de Guillain-Barré o el Síndrome postCOVID**, aunque pueden compartir características clínicas con esta patología **NO** deben ser la orientación inicial en un cuadro tan característico del paciente crítico y que requiere una actuación precoz y enérgica (respuestas 1 y 2 incorrectas).

El **tratamiento** de la miopatía del paciente crítico consiste en **tratamiento agresivo del problema médico inicial** (en este caso neumonía), **minimizar la sedación**, el uso de **bloqueantes neuromusculares** que desgastan la placa y la **rehabilitación respiratoria y motora intensiva**. Se recomienda **suspender o al menos reducir los glucocorticoides** para evitar el deterioro muscular (*respuesta 3 incorrecta y respuesta 4 correcta*).

Pregunta (12097): (108) Varón de 55 años sin antecedentes de interés que tras realizar un esfuerzo nota dolor lumbar irradiado hacia el miembro inferior derecho por la parte anterolateral del muslo y cara anterior de la rodilla. Exploración: maniobra de Lasègue positiva a 40 º, reflejo rotuliano disminuido y dificultad para la marcha de talones. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. Hernia discal L2-L3 derecha.
- 2. Hernia discal L3-L4 derecha.
- 3. Hernia discal L4-L5 derecha.
- 4. Hernia discal L5-S1 derecha.

301017 TRAUMATOLOGÍA Normal 61% Solución: 3

RAIZ NERVIOSA	DOLOR Y ALTERACIONES SENSITIVAS	DEFICIT MOTOR	ALTERACIÓN DE LOS REFLEJOS
L3	Ingle. Cara interna del muslo.	Extensión de rodilla. Aproximación de cadera.	Rotuliano.
L4	Cara antero-externa del muslo. Anterior rodilla. Cara interna de la pierna.	Extensión de rodilla. Dorsiflexión del tobillo	Rotuliano.
L5	Cara postero-externa del muslo. Cara antero-externa de la pierna. Dorso del pie. 1-2-3 dedos.	Dorsiflexión del tobillo y de los dedos del pie.	Ninguno.
S1	Cara posterior del muslo. Cara posterior pierna y Aquiles. Planta del pie. 4-5 dedos.	Flexión de rodilla. Flexión plantar del tobillo.	Aquileo.

Según el esquema anterior **el paciente tiene una clínica que se corresponde con una compresión de la Raíz L4:**

- Dificultad para andar de talones (por parálisis del tibial anterior). Esta clínica motora también puede presentarla L5.
- Dolor lumbar que se irradia por la cara antero-lateral del muslo y cara anterior de la rodilla
- Abolición del reflejo rotuliano.

El problema lo tenemos cuando queremos localizar la hernia que comprime la raíz L4.

Las hernias discales pueden ser:

- Central o paracentral. Es lo más frecuente. En este caso se comprime la raíz inferior.
- Foraminal. En este caso se comprime la raíz del mismo nivel
- Extraforaminal. Es excepcional y puede comprimir una raíz superior.

Con este razonamiento **la raíz L4 puede ser comprimida por:**

- Hernia discal L3-L4 si es central (lo más frecuente).
- Hernia discal L4-L5 se es foraminal.
- Hernia discal L5-S1 si es extraforaminal.

Una hernia L2-L3 excepcionalmente afectará a L4 (*respuesta 1 incorrecta*).

Una hernia L3-L4 es poco frecuente y podría comprimir L4 (*respuesta 2 incorrecta*).

Una hernia L4-L5 es la segunda en frecuencia y aunque comprime con más frecuencia L5 también puede comprimir L4. La más probable (*respuesta 3 correcta*).

Una hernia L5-S1 es la más frecuente y excepcionalmente afectará a L5 (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta (12098): (109) Acude a urgencias un paciente de 5 años con fiebre de 48 horas de evolución, con mala respuesta a los antitérmicos y rechazo al apoyo del miembro inferior izquierdo. En la exploración física se observa limitación de la movilidad de la cadera. En la analítica aumento de la PCR y leucocitosis. ¿Qué prueba complementaria se debe solicitar en primer lugar?:

- 1. Radiografía de cadera.
- 2. Ecografía de cadera.
- 3. RM de ambas caderas.
- 4. Artrografía de cadera.

301018 TRAUMATOLOGÍA Normal 37% Solución: 2

Ante sospecha de patología inflamatoria/infecciosa de cadera en pediatría, la prueba de inicio es la ecografía (*respuesta 2 correcta*). Para afrontar una pregunta sobre patología de la cadera infantil **debemos fijarnos en la edad del paciente** (Ver cuadro adjunto).

En los niños en "edad media" entre los **3 y los 9 años las causas más frecuentes de patología de cadera son la coxitis transitoria y la enfermedad de Perthes.**

La **coxitis transitoria** es la causa más frecuente de consulta en ortopedia infantil. Es una patología de causa desconocida, pero se ha relacionado con antecedentes de infecciones banales (PCR alta y leucocitosis). Se caracteriza por dolor en la cadera, que a veces se refleja en la rodilla, y claudicación. Se evolución es hacia la resolución espontánea. Su principal interés es hacer un diagnóstico diferencial con otras patologías de la cadera más importantes como la enfermedad de Perthes.

La **ecografía** es una prueba de imagen muy útil en las patologías de la cadera. En la coxitis transitoria puede ser normal o evidenciar algunos signos inflamatorios o/y derrame articular (*respuesta 2 correcta*).

La **radiografía simple** es normal en la coxitis transitoria y sólo se altera en la necrosis avascular muy evolucionada (*respuesta 1 incorrecta*).

La **resonancia magnética** es la prueba de imagen para el diagnóstico precoz de la necrosis avascular. Sólo se indicaría ante una mala evolución o si hay una sospecha de enfermedad de Perthes (*respuesta 3 incorrecta*).

La **artrografía de cadera** es una prueba cruenta que tiene pocas indicaciones en patología articular infantil (*respuesta 4 incorrecta*).

PATOLOGÍA	EDAD
COXITIS SÉPTICA LACTANTE	RN
LUXACIÓN CONGÉNITA/DISPLASIA	< 2 AÑOS
COXITIS TRANSITORIA	3-8
ENFERMEDAD DE PERTHES	5-6
EPIFISIOLISIS FEMORAL	12-15

Pregunta (12099): (110) Mujer de 82 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva y cáncer de mama que consulta por una fractura de muñeca izquierda. La fractura es estable, no es conminuta ni presenta trazos intraarticulares. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más adecuado?:

- 1. Reducción cerrada y yeso antebraquial.
- 2. Artroplastia total de muñeca.
- 3. Osteosíntesis con placas dorsal y volar.
- 4. No inmovilizar, rehabilitación inmediata.

301019 TRAUMATOLOGÍA Fácil 80%

Solución: 1

La **fractura de muñeca más frecuente es la fractura de Colles**. Se produce por una caída sobre la palma de la mano habitualmente en mujeres con osteoporosis (82 años). Las comorbilidades insuficiencia cardíaca congestiva y cáncer de mama no son contraindicaciones para ningún tratamiento de una fractura.

Si la **fractura es estable tras la reducción, no es conminuta** (menor riesgo de desplazamiento secundario) **y no presenta trazos intrarticulares** se trata de forma conservadora: **reducción cerrada, yeso antebraquial** con la muñeca en flexión, pronación y desviación cubital durante 6 semanas con controles radiológicos frecuentes para detectar un posible desplazamiento secundario (*respuesta 1 correcta*).

La **artroplastia total de muñeca** se indica en el **tratamiento de una artrosis en sujetos más jóvenes que no tengan trabajos de fuerza**. No tiene indicación para el tratamiento agudo de las fracturas de muñeca (*respuesta 2 incorrecta*).
La **osteosíntesis con placas dorsal y volar** es la indicación de tratamiento quirúrgico para fracturas **muy desplazadas, inestables, irreductibles....** (*respuesta 3 incorrecta*).
Las **fracturas de Colles** deben **inmovilizarse siempre** porque el riesgo de desplazamiento secundario es importante (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta (12100): (111) Empleada de hogar de 35 años, sin antecedentes de interés, diestra, que refiere dolor en 5º dedo de mano izquierda y en cara interna de antebrazo izquierdo acompañado de acorchamiento y pérdida parcial de sensibilidad. ¿Cuál sería la primera sospecha diagnóstica?:

- 1. Síndrome del túnel carpiano.
- 2. Hernia discal cervical C3-C4.
- 3. Compresión cubital epitroclear.
- 4. Tendinitis de De Quervain.

301020 TRAUMATOLOGÍA **Fácil** **90%** **Solución: 3**

La **compresión del nervio cubital en el canal epitrocleolecraniano** del codo es la segunda causa más frecuente de compresión de un nervio periférico en el miembro superior. Puede ser idiopática o relacionarse con desviaciones en valgo del codo o epitrocleítis crónica. Produce **dolor y parestesias en el lado interno del codo reflejado hacia el 4º y 5º dedos de la mano**. Cuando se mantiene la compresión durante mucho tiempo pueden aparecer signos motores: paresia de músculos intrínsecos de la mano y atrofia de los espacios intermetacarpianos. El diagnóstico se confirma con un estudio neurofisiológico. El tratamiento cuando la lesión es importante consiste en la descompresión quirúrgica del nervio (*respuesta 3 correcta*).
El **Síndrome del túnel carpiano** es la causa más frecuente de compresión nerviosa del miembro superior. Es más frecuente en mujeres. Produce dolores y parestesias en los primeros dedos de la mano de preferencia nocturnos (*respuesta 1 incorrecta*).
Una **hernia discal cervical C3-C4** puede comprimir la raíz C4 que forma parte del plexo cervical. Se manifiesta por dolor y parestesias en la región occipital o/y nuca. No irradia hacia el miembro superior (*respuesta 2 incorrecta*).
La **tendinitis de De Quervain** es una tenosinovitis estenosante de la primera correa dorsal, por la que pasan el separador largo y el extensor del pulgar. Produce dolor en el lado radial de la muñeca que aumenta con la extensión contra-resistencia del pulgar (*respuesta 4 incorrecta*).

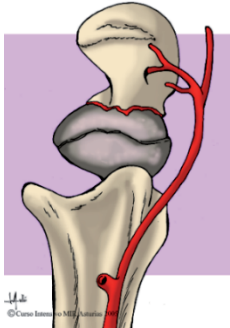
Pregunta (12101): (112) Respecto a la pseudoartrosis del escafoides, señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. Suele cursar con una necrosis del fragmento distal de la fractura.
- 2. Puede cursar de manera asintomática.
- 3. A largo plazo suele provocar una artrosis radiocarpiana.
- 4. En estadios iniciales el tratamiento de elección es la fijación de la fractura y aporte de injerto óseo.

301021 TRAUMATOLOGÍA **Normal** **42%** **Solución: 1**

La **pseudoartrosis de escafoides** es la ausencia definitiva de consolidación de una fractura que se localiza con más frecuencia en el cuello del hueso. La vascularización del escafoides llega fundamentalmente por su polo distal. La fractura y su consecuencia la pseudoartrosis interrumpen la vascularización intraósea del escafoides; por consiguiente, **aumentan el riesgo de provocar una necrosis avascular del polo proximal**, no del distal (*respuesta 1 correcta*).
Las pseudoartrosis **pueden ser asintomáticas** (*respuesta 2 incorrecta*) o producir dolor o/y movimiento patológico. Cuando se sospecha debe realizarse una radiografía simple en la que habitualmente puede verse el foco de pseudoartrosis y los desplazamientos de los fragmentos. Sólo de manera muy tardía podría diagnosticarse una necrosis avascular. Si tenemos dudas diagnósticas o vamos a realizar una cirugía pediremos un TAC (diagnóstico de pseudoartrosis) o una RNM (diagnóstico de pseudoartrosis y necrosis avascular).

Tras mucho tiempo de evolución la pseudoartrosis **puede ser causa de artrosis** primero radioescafoidea y posteriormente radiocarpiana (*respuesta 3 incorrecta*).
El tratamiento inicial de la pseudoartrosis consiste en **refracturar el foco, aportar tejido óseo (injerto o colgajo) y comprimir el foco (agujas o tornillos)** (*respuesta 4 incorrecta*).



Pregunta (12102): (113) Varón de 69 años, con índice de masa corporal 37 y gran obesidad central (abdominal) que aqueja dolor lumbar incapacitante que se extiende hasta ambas regiones glúteas, pero no irradia a miembros inferiores. Le impide permanecer de pie quieto y caminar más de 10 minutos, pero desaparece sentado y en la cama. La maniobra de Lasègue es negativa. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. Hernia discal a nivel L5-S1.
- 2. Estenosis de canal lumbar.
- 3. Hernia discal a nivel L4-L5.
- 4. Espondilodiscitis bacteriana.

301022 TRAUMATOLOGÍA **Fácil** **94%** **Solución: 2**

Cuando no enfrentamos a un dolor lumbar en una pregunta **debemos fijarnos en la edad** del paciente. Si se trata de un niño probablemente sea una espondilolisis, si se trata de un adulto una hernia discal y **si se trata de un sujeto añoso una estenosis del canal medular**.
La **estenosis del canal medular** provoca **lumbalgia** (sin irradiación a miembros inferiores), **lumbociatalgia** por compresión radicular (con irradiación a miembros inferiores), **claudicación neurógena** (dolor que cede al flexionar el tronco) (*respuesta 2 correcta*).
Una **hernia discal L5-S1** puede comprimir la raíz S1. Provoca dolor y alteraciones sensitivas que irradian por la cara posterior del miembro inferior y borde externo del pie, con dificultad para andar de punteras y disminución del reflejo aquileo (*respuesta 1 incorrecta*).
Una **hernia discal L4-L5** puede comprimir la raíz L5. Provoca dolor y alteraciones sensitivas por la cara externa del miembro inferior, dorso del pie y primer dedo del pie, con dificultad para andar sobre los talones y sin alteración del reflejo aquileo (*respuesta 3 incorrecta*).
La **espondilodiscitis bacteriana** es la localización más frecuente de la osteomielitis aguda del adulto. Produce dolor continuo que no desaparece o incluso aumenta por la noche acompañado de parámetros infecciosos (fiebre/febrícula, PCR o VSG aumentadas, Leucocitosis...) (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta (12103): (114) Ante una lesión diafisaria de húmero de carácter lítico que afecta a la totalidad del diámetro del hueso en un varón de 67 años con el antecedente de un cáncer de pulmón (supervivencia estimada superior a 2 años) y que le provoca dolor continuo mal controlado. ¿Cuál de las siguientes es la mejor actitud terapéutica?:

- 1. Actitud expectante, ya que se trata de un hueso sin carga, lo que reduce el riesgo de fractura.
- 2. Aplicación de morfínicos a dosis altas para controlar el dolor que le permitan realizar fisioterapia para recuperar la función.
- 3. Ajustar un yeso de forma correcta para disminuir el riesgo de fractura.
- 4. Colocación de un clavo endomedular acerrojado.

301023 TRAUMATOLOGÍA **Fácil** **79%** **Solución: 4**

Se trata de una metástasis lítica de un cáncer de pulmón de un paciente con supervivencia aceptable. Para determinar la necesidad de una osteosíntesis profiláctica para evitar una fractura patológica (es una diáfisis de hueso largo y la indicación más aceptada es el clavo endomedular acerrojado) **debemos usar los criterios de Mirells:**

	1	2	3
LOCALIZACIÓN	Miembro superior	Miembro inferior	Peritrocantérea
DOLOR	Leve	Moderado	Intenso
TENSIÓN	Blástica	Mixta	Lítica
TAMAÑO	< 1/3	1/3-2/3	> 2/3

Si el valor estimado es superior a 9 está indicado el tratamiento quirúrgico profiláctico. En nuestro caso: Lesión lítica (3) + Miembro superior (1) + Dolor intenso (3) + >2/3 del diámetro del húmero (3) = 10 puntos; por consiguiente, es indicación de tratamiento quirúrgico profiláctico (enclavado endomedular acerrojado) (respuesta 4 correcta). La actitud expectante puede ser una opción si la suma de los criterios es inferior a 9 (respuesta 1 incorrecta). La aplicación de mórficos a dosis alta es una opción para el control el dolor. La fisioterapia es innecesaria pues no nos dice que haya perdido función. En cualquier caso no disminuye el riesgo de fractura patológica inminente (respuesta 2 incorrecta). Ajustar un yeso puede disminuir el riesgo de fractura patológica pero no es una opción permanente (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (12104): (115) Varón de 29 años que acude por dolor lumbar y edema de las manos de varias semanas de evolución, junto a visión borrosa y ojos rojos. Ha tenido varias relaciones sexuales sin protección y en su familia hay casos de psoriasis. En la exploración física presenta temperatura 37,5 °C, inyección conjuntival bilateral e hinchazón de la parte distal de los dedos y de la muñeca de lado izquierdo, con maniobras sacroilíacas positivas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. Artritis reactiva.
- 2. Artritis psoriásica.
- 3. Artritis enteropática.
- 4. Espondilitis anquilosante.

301024 REUMATOLOGÍA Fácil 74%

Solución: 1
La **artritis reactiva** (respuesta 1 correcta) es una inflamación estéril de la membrana sinovial, el tendón y la fascia, desencadenada por una infección en un sitio distante, **por lo general genital** o gastrointestinal. **El grupo de 20 a 40 años de edad es el más afectado.** La artritis suele presentarse como oligoartritis aguda, **asimétrica**, no destructiva, de predominio en miembros inferiores, principalmente rodillas, tobillos y pies. Un 30% de los pacientes puede presentar una raquialgia inflamatoria por la **presencia de sacroilitis** y de compromiso de la columna lumbar. Las manifestaciones oculares se aparecen en el 30% de los pacientes. La **conjuntivitis** es la manifestación más común, suele ser bilateral, indolora, no purulenta, leve y transitoria, aunque tiende a recurrir.



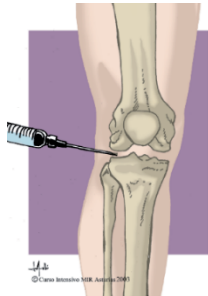
La **artritis psoriásica** (respuesta 2 incorrecta) no suele tener afectación ocular. No existe diarreas ni manifestaciones gastrointestinales para pensar una **artritis enteropática** (respuesta 3 incorrecta). La manifestación ocular de la **espondilitis anquilosante** (respuesta 4 incorrecta) suele ser la uveítis anterior aguda y su artritis periférica más frecuente afecta a miembros inferiores.

Pregunta (12105): (116) Varón de 55 años con antecedentes de hiperuricemia que acude a urgencias por presentar un primer episodio de dolor agudo muy intenso e invalidante en rodilla derecha acompañado de enrojecimiento, tumefacción e hinchazón. Febrícula de 37,5 °C. ¿Cuál de las siguientes es la actitud más recomendable a seguir?:

- 1. Realizar artrocentesis y enviar el líquido sinovial al laboratorio para evaluar presencia de cristales y gérmenes.
- 2. Empezar tratamiento con colchicina porque está sufriendo un episodio de gota.
- 3. Empezar tratamiento con un AINE y alopurinol para tratar el episodio de gota y la hiperuricemia.
- 4. Empezar tratamiento con un AINE, alopurinol y un antibiótico para tratar el episodio de gota, la hiperuricemia y la probable infección.

301025 REUMATOLOGÍA Fácil 95%

Solución: 1
El **estudio del líquido sinovial mediante artrocentesis** es la prueba diagnóstica más rentable en el estudio de las enfermedades reumatológicas y primera prueba a realizar ante una monoartritis aguda (respuesta 1 correcta), incluso antes que la realización de otras pruebas de imagen o instauración del tratamiento (respuestas 2, 3 y 4 incorrectas).

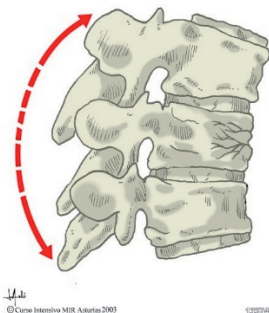


Pregunta (12106): (117) Mujer de 81 años asmática que utiliza los corticoides de forma frecuente para controlar los brotes de broncoespasmo y que consulta porque tiene un dolor agudo intenso en la región dorsolumbar después de caer en casa desde una silla. ¿Cuál de las siguientes es la actitud más recomendable a seguir?:

- 1. Solicitar de forma urgente radiografías de columna dorsal y lumbar y pautar tratamiento analgésico para el dolor.
- 2. Solicitar una RM de columna dorsal y lumbar y pautar tratamiento analgésico y reposo para el dolor.
- 3. Pautar tratamiento analgésico y empezar tratamiento antirreabsortivo.
- 4. Solicitar una densitometría, pautar tratamiento analgésico y empezar con tratamiento antireabsortivo, calcio y vitamina D.

301026 REUMATOLOGÍA Normal 50%

Solución: 1
Se recomienda valorar la **presencia de fracturas vertebrales** en el paciente con **riesgo alto de fractura** o con **osteoporosis**, cuando se objetiva cifosis o pérdida de altura significativa y ante **dorsalgia o lumbalgia de inicio reciente**. Las **radiografías de columna torácica y lumbar** (centradas en T7 y L3 respectivamente) son el método de elección para el diagnóstico de una fractura vertebral. El **tratamiento de elección de la fractura vertebral aguda** consiste en **reposo, analgesia** en escalada rápida para controlar el dolor y, en caso necesario, ortesis (respuesta 1 correcta) (respuestas 2, 3 y 4 incorrectas).



Pregunta (12107): (118) ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio para el diagnóstico de endocarditis infecciosa?:

- 1. Presencia de fenómenos embólicos arteriales mayores.
- 2. Un único hemocultivo positivo para *Coxiella burnetii*.
- 3. Al menos dos hemocultivos positivos extraídos con un intervalo > 12 horas de microorganismos compatibles con una endocarditis infecciosa.
- 4. Presencia de anemia hemolítica.

301027 CARDIOLOGÍA Fácíl 72% Solución: 4

Los criterios para el diagnóstico de Endocarditis Infecciosa son:

CRITERIOS MAYORES:

1. Hemocultivos:

- Dos hemocultivos independientes para microorganismos típicos (*E. Viridans*, *S. Bovis*, *HACECK*, *S. Aureus* o *Enterococos*) (respuesta 3 incorrecta).
- Dos hemocultivos con >12 horas de separación para microorganismos compatibles.
- Hemocultivo positivo único o Anticuerpos IgG en Fase I>1:800 (respuesta 2 incorrecta).

2. Técnicas de imagen:

- Ecocardiograma.
- M. Nuclear.
- TC.

CRITERIOS MENORES:

- Lesión predisponente o ADVP.
- Fiebre >38º.
- Fenómenos vasculares: embólicos (respuesta 1 incorrecta), aneurismas micóticos, hemorragias conjuntivales.
- Datos de afectación inmunológica (Factor reumatoide, nódulos de Osler, Manchas de Roth).
- Hemocultivos o datos serológicos que no alcanzan criterio mayor.

La anemia hemolítica, no es criterio de endocarditis (respuesta 4 correcta), de hecho, la anemia más frecuente que aparece en contexto de EI es la de trastornos crónicos.

Pregunta (12108): (119) ¿Cuál de los siguientes criterios se considera de alto riesgo en la estratificación de un síncope?:

- 1. Síncope producido al rotar la cabeza o presionar el seno carotídeo.
- 2. Síncope durante el esfuerzo o en decúbito supino.
- 3. Síncope después de una visión, sonido u olor desagradable.
- 4. Bloqueo aurículoventricular de segundo grado Mobitz I.

301028 CARDIOLOGÍA Normal 57% Solución: 2

La historia clínica es el elemento más importante para el estudio del síncope. Es importante estratificar el riesgo del síncope y por tanto, la posibilidad de un síncope de origen cardiogénico.

El síncope vasovagal es muy probable si se desencadena por dolor, miedo o por permanecer de pie, y se asocia con pródromos típicos progresivos (palidez, sudoración, náusea). (respuesta 3 incorrecta). Otro tipo de síndrome reflejo es el que se produce tras estimulación de seno carotídeo (respuesta 1 incorrecta).

La presencia de BAV de segundo grado Mobitz I es de buen pronóstico (respuesta 4 incorrecta).

El síncope que aparece durante el esfuerzo (no tras el mismo) o en supinación, sugieren un origen cardiogénico, por tanto de alto riesgo (respuesta 2 correcta).

Pregunta (12109): (120) Señale cuál de las siguientes taquicardias NO se explica por un mecanismo de reentrada:

- 1. Flutter o aleteo auricular.
- 2. Taquicardia ventricular polimórfica tipo *torsade de pointes*.
- 3. Taquicardia aurículo-ventricular recíproca en el síndrome de Wolff-Parkinson-White.
- 4. Taquicardias asociadas a defectos del tabique interauricular.

301029 CARDIOLOGÍA Normal 51% Solución: 2

Muchas de las arritmias se originan por un mecanismo de reentrada que requiere:

- Presencia de un circuito con dos ramas (ascendente y descendente) con diferentes propiedades.
- Los periodos refractarios de ambas ramas deben ser diferentes entre sí.
- Debe existir un bloqueo unidireccional en una de las vías.
- Debe existir un retraso en la conducción en alguna parte del circuito.

En el flutter típico se produce una macroreentrada a nivel de la aurícula derecha (respuesta 1 incorrecta).

En el Wolf-Parkinson-White, existe la presencia de una vía accesoria que permite la conducción habitualmente retrógrada del impulso desde ventrículo hacia aurícula, formando una reentrada (respuesta 3 incorrecta).

Las taquicardias asociadas a los defectos del tabique hacen que existan conexiones eléctricas aberrantes que generan mecanismos de reentrada (respuesta 4 incorrecta).

En el caso de la Torsada de Puntas se producen por actividad desencadenada por post-potenciales precoces. Son aquellos que se inscriben en la meseta o en la rama descendente del potencial de acción transmembrana, se asocia con incremento de las corrientes de entrada (Na⁺ Ca⁺⁺) o disminución de las de salida (K⁺) (respuesta 2 correcta).

Pregunta (12110): (121) Varón de 68 años portador de una válvula mecánica mitral, anticoagulado con acenocumarol, que presenta un INR de 9 en un control rutinario en su centro de salud. No tiene síntomas de sangrado en el momento actual. ¿Cuál de las siguientes es la actitud más correcta?:

- 1. Suspender el tratamiento con acenocumarol y administrar 10 mg de vitamina K en infusión intravenosa lenta, que se repetirá cada 12 horas si fuera necesario.
- 2. Suspender el acenocumarol y remitir al paciente a un centro hospitalario para vigilar la aparición de sangrado.
- 3. Suspender temporalmente el acenocumarol y reanudar la anticoagulación cuando se haya alcanzado el intervalo terapéutico, calculando de nuevo la dosis.
- 4. Iniciar la administración de concentrado de complejo de protrombina o plasma fresco congelado según el peso.

301030 CARDIOLOGÍA Difícil 31% Solución: 3

Se trata de un paciente portador de prótesis mecánica mitral con sobredosificación de sintrom. En los pacientes con INR>4.5 el riesgo de sangrado se incrementa exponencialmente, pero el manejo va a depender de la presentación clínica.

- En caso de hemorragia mayor potencialmente mortal o pacientes que requieren cirugía urgente, debe interrumpirse el tratamiento con antivitamina K y administrarse 10 mg de vitamina K en infusión intravenosa lenta, que se repetirá cada 12 h si fuera necesario. En este caso, en el enunciado especifican la ausencia de sangrado en el momento actual (respuesta 1 incorrecta).
- En pacientes con hemorragia potencialmente mortal o que requieran cirugía, además de la VitK iv, debe iniciarse la administración de concentrado de complejo de protrombina o plasma fresco congelado según el peso corporal y el INR previo (respuesta 4 incorrecta).
- En pacientes ASINTOMÁTICOS:
 - Si INR>10: suspender el antivitamina K, iniciar la administración de vitamina K oral (2,5-5 mg) y controlar el INR diariamente durante 2 semanas.
 - Si INR 4.5-10: suspender temporalmente los antivitamina K, (respuesta 3 correcta) y reanudar cuando se alcance INR objetivo. No precisando estar ingresado si el paciente se encuentra sin datos de sangrado (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta (12111): (122) En relación con el taponamiento cardíaco, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

- 1. Las manifestaciones ecocardiográficas y los cambios hemodinámicos se producen con anterioridad a la aparición de las manifestaciones clínicas.
- 2. Es típica la hipotensión, la taquicardia, la disminución de la presión venosa yugular y unos ruidos cardíacos atenuados.
- 3. El volumen de líquido pericárdico necesario para producir taponamiento es similar en una pericarditis aguda que en una pericarditis crónica.
- 4. El pulso paradójico es un dato de la exploración física característico que se define como un descenso de 5-10 mmHg en la tensión arterial sistólica durante la inspiración.

301031 CARDIOLOGÍA Normal 49%

Solución: 1

En el taponamiento cardíaco se produce una compresión extrínseca de las cavidades cardíacas derechas, habitualmente por acumulación de líquido en el espacio pericárdico. Cuando el líquido se acumula de manera aguda puede producirse taponamiento con bajos volúmenes (pero a alta presión), en cambio los pacientes con derrames crónicos pueden requerir de mucho volumen para que se produzca taponamiento (respuesta 3 incorrecta).

Al producirse un compromiso de cavidades derechas (por ser las cámaras cardíacas con presiones más bajas) se produce la clínica típica de fallo derecho, hipotensión (por bajo gasto cardíaco derecho), ruidos cardíacos atenuados (porque el derrame dificulta la transmisión del sonido) e INCREMENTO de la presión venosa yugular (al fallar el derecho, de manera retrógrada se incrementa la presión) (respuesta 2 incorrecta).

Es muy típico la presencia de pulso paradójico (>95% de los casos) que se define como un descenso de >10 mmHg de la TAS con la inspiración (respuesta 4 incorrecta).

Las manifestaciones ecocardiográficas y los cambios hemodinámicos se producen con anterioridad a la aparición de las manifestaciones clínicas. La clínica es consecuencia de los cambios hemodinámicos que se pueden observar en el ecocardiograma, por tanto es posterior a estas manifestaciones (respuesta 1 correcta).

Pregunta (12112): (123) Paciente de 71 años de edad, diabético, sin otras comorbilidades, diagnosticado previamente de estenosis aórtica grave. Ingresa por un síndrome coronario agudo sin elevación del ST, Killip I con un pico de troponinas ligeramente elevado. El cateterismo muestra enfermedad coronaria con lesiones proximales significativas de los tres vasos coronarios. Su función ventricular es normal. ¿Cuál de las siguientes estrategias terapéuticas es la más correcta?:

- 1. Tratamiento intervencionista con la implantación de stents coronarios en los 3 vasos e implantación simultánea de una bioprótesis aórtica transcáteter (TAVI).
- 2. Prótesis valvular aórtica mecánica quirúrgica, seguida de un tratamiento intervencionista percutáneo coronario en un segundo tiempo.
- 3. Prótesis aórtica biológica transcáteter (TAVI) y luego, de manera ambulatoria, tratar percutáneamente las arterias coronarias con stents.
- 4. Tratamiento quirúrgico simultáneo con recambio valvular y revascularización quirúrgica coronaria con bypass.

301032 CARDIOLOGÍA Fácil 73%

Solución: 4

Los pacientes diabéticos con enfermedad coronaria de tres vasos se benefician más de un tratamiento quirúrgico con bypass (respuesta 4 correcta).

En una cirugía cardíaca de un paciente con enfermedad coronaria y valvular, se pretende realizar todo en el mismo procedimiento (respuesta 2 incorrecta). La TAVI se reserva para pacientes con riesgo quirúrgico elevado o con edad mayor o igual a 75 años (respuestas 1 y 3 incorrectas).

Pregunta (12113): (124) Varón de 75 años que refiere disnea progresiva, con una tolerancia al esfuerzo cada vez menor. Refiere síncope en dos ocasiones en los últimos meses, coincidiendo con un esfuerzo moderado y refiere dolor torácico ocasional que aumenta con el esfuerzo. En la exploración destaca la presencia de pulso arterial de características *parvus et tardus* y un soplo mesosistólico. La analítica es normal excepto por una creatinina de 2,2 mg/dL. El cálculo de riesgo quirúrgico establece un riesgo intermedio. Señale cuál de las siguientes opciones terapéuticas es la más indicada:

- 1. Reemplazo quirúrgico de la válvula mitral.
- 2. Implante percutáneo de la válvula aórtica (TAVI).
- 3. Reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica.
- 4. Valvulotomía mitral percutánea.

301033 CARDIOLOGÍA Normal 64%

Solución: 2

Nos presentan un paciente con clínica de disnea y angina, con soplo *parvus et tardus* y soplo mesosistólico sugerente de estenosis aórtica grave. El tratamiento de la estenosis aórtica severa actualmente es:

- Mayor o igual a 75 años o riesgo quirúrgico alto (siempre que se pueda acceso transfemoral): TAVI.
- < 75 años y riesgo quirúrgico bajo (o inadecuado para TAVI transfemoral): Cirugía Valvular.

Pregunta (12114): (125) Mujer de 43 años, nadadora profesional, sin antecedentes de interés, que refiere hinchazón y pesadez de brazo derecho de 72 horas de evolución. En la exploración destaca edema de miembro superior derecho con presencia de venas dilatadas en región pectoral. En relación con el enfoque diagnóstico, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. El eco-Doppler color es de gran valor como primera prueba diagnóstica.
- 2. Debe realizarse una radiografía simple de tórax para detectar anomalías óseas.
- 3. La angio-TC permite el diagnóstico de confirmación.
- 4. Debe realizarse una flebografía para confirmar la presencia de trombosis venosa axilo- subclavia.

301034 C. VASCULAR Normal 47%

Solución: 4

El caso clínico es compatible con una **trombosis venosa profunda** del miembro superior derecho. Se trata de una localización poco frecuente (1-4% de todas las TVP), ya que la mayor parte de estas trombosis se encuentran en miembros inferiores. Al tratarse de una mujer joven deportista sin ningún otro antecedente, la primera sospecha es que se trata de un síndrome de Paget-Schroetter o síndrome del opérculo torácico, es decir, una trombosis primaria de la vena subclavia en la unión subclavio-axilar. Se produce por compresión de la vena subclavia al pasar por el triángulo formado por el músculo escaleno anterior, la primera costilla y el tendón y músculo subclavios.

Ante la sospecha, la primera prueba diagnóstica a realizar es la **ecografía Doppler** (respuesta 1 incorrecta). También pueden ser útiles el **angioTC** o la **angioRM** (respuesta 3 incorrecta).

Al existir obstrucción al flujo venoso, se recomienda realizar una **radiografía de tórax** en dos posiciones para investigar anomalías óseas obvias o causas de obstrucción extrínseca (respuesta 2 incorrecta).

La **flebografía** es una técnica en desuso que ha quedado relegada a segunda línea debido a que la mayoría pueden diagnosticarse con ecografía, por lo que no debería realizarse siempre para confirmar el cuadro (respuesta 4 correcta).

Pregunta (12115): (126) Varón de 72 años que acude a urgencias por fiebre, tos y expectoración purulenta de tres días de evolución. En la exploración está orientado y con buen nivel de conciencia. TA 110/75 mmHg, frecuencia respiratoria 32 respiraciones/min. En la auscultación pulmonar presenta crepitantes en campo medio del hemitórax derecho. La radiografía de tórax muestra un infiltrado alveolar en lóbulo medio. Señale la afirmación correcta sobre los criterios de gravedad recogidos en la escala CRB-65 y la actitud a seguir:

- 1. Puntuación de 0 puntos y sería tributario de alta y tratamiento ambulatorio.
- 2. Puntuación de 1 punto y sería tributario de alta y tratamiento ambulatorio dependiendo de criterio del médico.
- 3. Puntuación de 2 puntos y puede requerir ingreso hospitalario dependiendo del criterio del médico.
- 4. Puntuación de 3 puntos y requiere ingreso hospitalario.

301035 NEUMOLOGÍA FÁCIL 74% Solución: 3

La escala **CRB-65** es una escala que tiene en cuenta una serie de ítems para valorar la gravedad de las neumonías, así como la necesidad de ingreso en planta o en UCI.

C = Confusión.

R = Frecuencia Respiratoria ≥ 30 rpm.

B = Low Blood Pressure (PA < 90/60 mmHg).

65 = Edad ≥ 65 años.

En este caso, el paciente tiene 72 años (1 punto por ser ≥ 65 años) y una frecuencia respiratoria de 32 rpm (1 punto más por ser ≥ 30 rpm). No cumple los criterios de confusión (está orientado) ni de hipotensión arterial (tiene 110/75 mmHg). Por tanto, el paciente alcanza una **puntuación de 2 puntos en la escala CRB-65** (respuesta 3 correcta).

Sólo con este dato ya se puede responder la pregunta, dado que el resto de opciones muestran una puntuación diferente en la escala CRB-65 (respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).

Las puntuaciones 0 y 1 no suelen requerir ingreso hospitalario. Una puntuación de 2 puede necesitar un ingreso en planta y valores de 3 o superiores pueden precisar ingreso en UCI.

Pregunta (12116): (127) Varón de 67 años diagnosticado de EPOC con una categoría GOLD 1, fumador, que refiere disnea con esfuerzos intensos, sin exacerbaciones. ¿Cuál de las siguientes sería la recomendación terapéutica más correcta?:

- 1. Tratamiento regular con broncodilatadores muscarínicos de acción prolongada (LAMA).
- 2. Tratamiento regular con broncodilatadores betaadrenérgicos de acción prolongada (LABA).
- 3. Tratamiento con LABA más glucocorticoides inhalados.
- 4. Tratamiento no farmacológico.

301036 NEUMOLOGÍA DIFÍCIL -10% Solución: 4

La **GOLD** clasifica la **gravedad** de los pacientes en función del valor de FEV1 en **leve, moderado, grave y muy grave** (o 1, 2, 3 y 4, respectivamente).

Criterios GOLD para valorar la gravedad de la EPOC		
Etapas	Síntomas	Espirometría
I: Leve	Tos crónica o esputo	FEV ₁ /FVC < 0.7 y FEV ₁ $\geq$ 80%
II: Moderada		FEV ₁ /FVC < 0.7 y FEV ₁ 50–79%
III: Grave (MIR)		FEV ₁ /FVC < 0.7 y FEV ₁ 30–49%
IV: Muy grave		FEV ₁ /FVC < 0.7 y FEV ₁ < 30%

En términos espirométricos, **se considera normal un valor comprendido entre el 80% y el 120% del valor previsto** para las características del paciente (excepto el cociente FEV₁/FVC, cuyo punto de corte es 70%).

El enunciado de la pregunta habla de un paciente **GOLD 1** (por tanto, con un valor de **FEV₁ $\geq$ 80%**; es decir, normal).

La indicación de un fármaco, por parte de la FDA y la EMEA, para una patología concreta se aprueba tras haber demostrado un beneficio clínico en los estudios. Básicamente, estos beneficios pueden ser de 3 tipos: reducción de mortalidad, reducción de eventos adversos no mortales o aumento de la calidad de vida.

En general, cuando un fármaco aumenta la supervivencia, estará indicado SIEMPRE (salvo contraindicación específica para su uso). En el ámbito de la EPOC, ningún fármaco ha demostrado aumento de la supervivencia en monoterapia (sí parece haberla con la triple terapia combinada, en aquellos casos en los que está indicada). Los **broncodilatadores** y los **corticoides inhalados** han demostrado una **mejoría sintomática en pacientes con EPOC** (no un aumento de la supervivencia). Volviendo al paciente del enunciado, nos encontramos un caso de **EPOC GOLD 1 (FEV₁ $\geq$ 80%)**. Este tipo de pacientes muestran un valor de FEV₁ completamente normal y, por tanto, **no suelen tener síntomas**. Este es el motivo por el que la medicación farmacológica en la EPOC se administra a partir del estadio 2 (puesto que los pacientes GOLD 1 suelen ser asintomáticos y, en ellos, el tratamiento farmacológico no aporta un beneficio clínico) (respuesta 4 correcta) (resto de respuestas incorrectas).

Pregunta (12117): (128) Acude al servicio de urgencias un varón de 38 años diagnosticado de asma bronquial, sin otras comorbilidades. Refiere aumento de su disnea que le imposibilita para hablar y ortopnea. En la exploración se observa taquicardia de 125 lpm, sudoración y utilización de los músculos accesorios para respirar. Indique cuál de los siguientes es un signo de gravedad, de mala evolución y probablemente de indicación de ventilación mecánica:

- 1. Pulso paradójico.
- 2. Frecuencia respiratoria > 25 respiraciones/minuto.
- 3. Silencio pulmonar en la auscultación.
- 4. Cianosis.

301037 NEUMOLOGÍA DIFÍCIL 0% ANULADA

PREGUNTA ANULADA POR EL MINISTERIO. Inicialmente dieron como correcta la opción 4 (cianosis) y después se anuló.

Algunos autores proponen la **cianosis** como dato asociado a mala evolución y una mayor probabilidad de necesitar ventilación mecánica (aunque no implica necesariamente que haya que usarla) (respuesta 4 correcta).

Por otra parte, el **silencio auscultatorio** se considera dato de mal pronóstico (tal y como ya se ha preguntado en varias ocasiones en el examen MIR) (respuesta 3 correcta).

Tanto el pulso paradójico como la taquipnea con un número muy elevado de respiraciones por minuto también aparecen en casos graves. Sin embargo, no se relacionan directamente con la necesidad de ventilación mecánica (respuestas 1 y 2 incorrectas).

Viendo que hay 2 opciones válidas, el Ministerio optó por anular la pregunta

Pregunta (12118): (129) Mujer de 70 años ingresada por traumatismo craneoencefálico grave con hemorragia subaracnoidea secundaria. El segundo día de ingreso presenta episodio de disnea y dolor torácico. Se realiza angioTC de tórax que confirma el diagnóstico de tromboembolismo de pulmón. El tratamiento de elección es:

- 1. Heparina de bajo peso molecular.
- 2. Rivaroxaban.
- 3. Acenocumarol.
- 4. Filtro de vena cava inferior.

301038 NEUMOLOGÍA FÁCIL 82% Solución: 4

El tratamiento del tromboembolismo de pulmón requiere anticoagulación durante, al menos, 3 o 6 meses. La terapia inicial suele ser la Heparina, que se administra desde el mismo momento en el que se sospecha el cuadro clínico.

Algunos anticoagulantes de acción directa (como Rivaroxabán o Apixabán) se pueden administrar desde el día "1". Por el contrario, Dabigatrán y Edoxabán requieren al menos 5 días de heparina antes de su administración.

Sin embargo, el caso clínico tiene un condicionante fundamental: la existencia de un fenómeno hemorrágico grave (**hemorragia subaracnoidea traumática**). Ante un sangrado activo de tal categoría, **se considera contraindicada cualquier tipo de anticoagulación** (respuestas 1, 2 y 3 incorrectas). En este caso, la terapia indicada es el implante de un filtro de vena cava inferior (que no va a curar el tromboembolismo, pero sí evitará que crezca, como consecuencia de la migración de más fragmentos de trombo originados en el sistema venoso profundo de las piernas -TVP-) (respuesta 4 correcta).

Pregunta (12119): (130) Paciente de 71 años que consulta por ictericia con bilirrubina total 6 mg/dL (bilirrubina directa 4 mg/dL), transaminasas normales y elevación de GGT 349 U/L y fosfatasa alcalina 260 U/L. En la ecografía de abdomen se aprecia dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. No tiene dolor y refiere pérdida de peso de unos 5 kg en el último mes. Se le realiza una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica apreciándose una estenosis abrupta del colédoco distal. ¿Cuál es su primera sospecha diagnóstica?:

- 1. Colangitis esclerosante primaria.
- 2. Coledocolitiasis.
- 3. Cáncer de páncreas.
- 4. Hepatitis aguda.

301039 DIGESTIVO Fácil 83%

Solución: 3

Se trata de un paciente de 71 años con cuadro de pérdida de peso e ictericia. Nos faltaría la presencia de dolor (que en este momento no tiene) para tener la triada típica del cáncer de páncreas, aunque la pérdida de peso también nos pone en sospecha de un posible cuadro tumoral. La estenosis abrupta del colédoco distal puede ser debida a un crecimiento tumoral a nivel de la cabeza pancreática que está provocando el cuadro de colestasis y la dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, por lo que la primera sospecha diagnóstica es un **cáncer de páncreas** (respuesta 3 correcta).

La **colangitis esclerosante primaria** es un cuadro que cursa habitualmente con dolor en hipocondrio derecho y con fibrosis de la vía biliar, por lo que no tendría por qué aparecer la dilatación de vías biliares ni tampoco cuadraría demasiado la pérdida de peso (respuesta 1 incorrecta).

Una **coledocolitiasis** es una entidad benigna que se diagnostica habitualmente con una ecografía o, mejor aún, con una CPRE, confirmando la presencia de un cálculo en la vía biliar. Tampoco explicaría la pérdida de peso (respuesta 2 incorrecta).

No se trata de un cuadro de **hepatitis** ya que las transaminasas son normales; sólo están alteradas las enzimas de colestasis (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12120): (131) Varón de 58 años con cirrosis compensada Child A-5 secundaria a hígado graso no alcohólico, sin otros antecedentes. Refiere astenia sin anorexia ni pérdida de peso. En una ecografía abdominal de cribado y posteriormente en una TC toracoabdominal trifásica se detectan cuatro lesiones hepáticas (una de ellas de 6 cm), hipervasculares en fase arterial y con lavado en fase venosa, con invasión de vena porta y sin metástasis extrahepáticas. No se observa ascitis. ¿Cuál de los siguientes es el mejor tratamiento?:

- 1. Quimioembolización transarterial.
- 2. Sorafenib.
- 3. Trasplante hepático.
- 4. Ablación con radiofrecuencia.

301040 DIGESTIVO Fácil 75%

Solución: 2

Nos encontramos ante un paciente con un cáncer hepatocelular (CHC) diagnosticado mediante técnica de imagen dinámica (al menos un nódulo > 1 cm en el hígado de un paciente cirrótico con una imagen hipervascular en fase arterial y lavado en fase venosa). Se trata en este caso de un tumor multinodular (4 nódulos, 1 > de 6 cm) en un paciente Child A; pero como nos describen que presenta invasión de la vena porta, aunque no tenga metástasis, es un tumor extrahepático, por lo que se clasifica como un estadio C de la clasificación BCLC, por lo tanto, el tratamiento es con quimioterapia sistémica, en este caso, nos dan como opción el **Sorafenib** (respuesta 2 correcta).

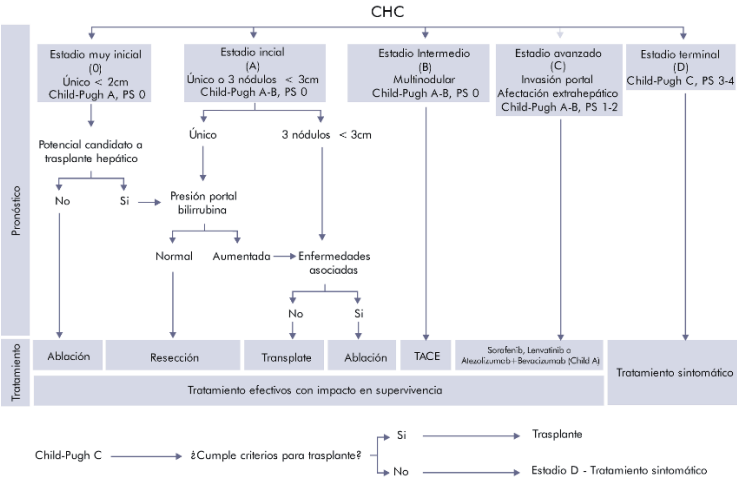
Hay que tener en cuenta que actualmente existen nuevas terapias sistémicas que son efectivas en CHC avanzado. En este caso, por ejemplo, según el estudio IMBRAVE 150, se ha demostrado que la combinación de Atezolizumab + Bevacizumab es más eficaz que el Sorafenib, aunque no nos dan esta opción en la pregunta...

El tratamiento con **quimioembolización transarterial** se daría en el caso de un estadio B de la BCLC (si no hubiera invasión vascular ni metástasis, siempre que fuera un ECOG 0) (respuesta 1 incorrecta).

El **trasplante hepático** sería una buena opción si fuera un estadio A de la BCLC (debería haber 1 sólo nódulo o 3 < de 3 cm) (respuesta 3 incorrecta).

La **ablación con radiofrecuencia** sería una buena opción como alternativa al trasplante en pacientes con contraindicaciones al mismo, igualmente en un estadio A de la BCLC (respuesta 4 incorrecta).

ALGORITMO TERAPÉUTICO BCLC (Barcelona-Clinic-Liver-Cancer)



Pregunta (12121): (132) ¿Cuál de los siguientes tipos de apendicitis aguda cursa más frecuentemente con signo del psoas positivo?:

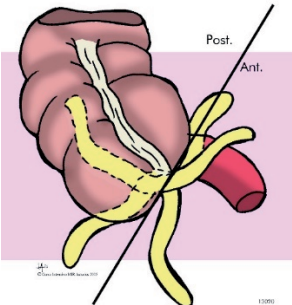
- 1. Apendicitis pélvica.
- 2. Apendicitis mesoceliaca.
- 3. Apendicitis retrocecal.
- 4. Apendicitis medioinguinal.

301041 DIGESTIVO Normal 62%

Solución: 3

El apéndice normal es muy móvil, de modo que puede inflamarse en cualquier punto de un círculo de 360º alrededor de la base del ciego. Debido a ello, puede variar el punto de máximo dolor y sensibilidad.

Durante la exploración física se puede provocar la irritación peritoneal, observándose una reacción de defensa voluntaria e involuntaria, percusión, o sensibilidad de rebote. Cualquier movimiento como la tos (**signo de Dunphy**) puede acentuar el dolor. También pueden observarse otros signos, como dolor en el cuadrante inferior derecho al palpar el cuadrante inferior izquierdo (**signo de Rovsing**) (**MIR 2013**), dolor durante la rotación interna de la cadera (**signo del obturador**, indica una posible **apendicitis pélvica**) (respuesta 1 incorrecta) y dolor durante la extensión de la cadera derecha (**signo del iliopsoas**, típico de la **apendicitis retrocecal**) (respuesta 3 correcta) (respuestas 2 y 4 incorrectas).



Apéndice. Localizaciones

Pregunta (12122): (133) Paciente de 45 años con un episodio de colecistitis hace tres meses en el que se encontró coledolitiasis por ecografía. Ahora presenta fosfatasa alcalina alta y en una nueva ecografía litiasis vesiculares de pequeño tamaño con vía biliar de 1 cm de diámetro. ¿Qué exploración de las siguientes realizaría antes de la intervención quirúrgica?:

- 1. Colangiografía retrógrada endoscópica.
- 2. Ecoendoscopia.
- 3. Colangiografía transparietohepática.
- 4. Colangiorresonancia.

301042 DIGESTIVO Difícil -8% Solución: 4

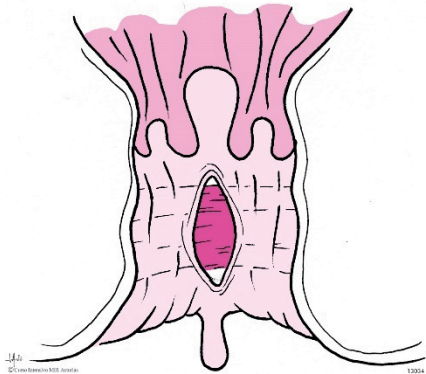
Pregunta difícil y quizá potencialmente impugnabile. Hay que tener en cuenta que la ecografía suele ser la primera prueba que se realiza y permite documentar la presencia de cálculos en la vesícula, así como medir el diámetro aproximado del colédoco. Un conducto dilatado (> 8 mm de diámetro) en la ecografía de un paciente con cálculos biliares, ictericia y dolor biliar debe hacernos pensar en la posibilidad de una coledocolitiasis. Aquí nos hablan de un paciente con un episodio previo de colecistitis y coledolitiasis, que acude ahora porque presenta además de la coledolitiasis, una fosfatasa alcalina elevada y la vía biliar dilatada. Todo ello nos pone en alta sospecha de que este paciente presente una coledocolitiasis. La CPRE es la prueba diagnóstica (y potencialmente terapéutica) de elección en los pacientes que pueden tener cálculos en el colédoco. En más del 90% de los casos se consigue canular la ampolla de Váter y realizar una colangiografía diagnóstica. El caso es que en esta pregunta no dan como opción correcta la CPRE, por eso sería potencialmente impugnabile. Dan como correcta la respuesta 4: colangiorresonancia. Si que es cierto, que en caso de dudas diagnósticas, por ejemplo porque la ecografía no detectara litiasis o el colédoco no estuviera dilatado (situaciones que no ocurren en este caso), sí que estaría indicado realizar una colangio-RM o una ecoendoscopia para confirmar el diagnóstico. La coledocolitiasis es bastante más frecuente en los pacientes con cálculos biliares y un colédoco dilatado que en aquellos con un conducto no dilatado. La única posible explicación sería debido a que la **colangio-RM** proporciona una imagen excelente de la anatomía biliar (con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 98% para los cálculos del colédoco), evita la necesidad de realizar una CPRE invasiva en más de la mitad de los pacientes, y puede utilizarse como prueba de cribado en los pacientes con riesgo bajo o moderado de cálculos en el colédoco antes de proceder a la CPRE. Por tanto, hay que tener en cuenta que este paciente tuvo un episodio de colecistitis y coledolitiasis (en el que no se hizo ningún tratamiento), donde pudo haber una coledocolitiasis en su momento, pero no se trató. En el momento actual lo que tenemos es una coledolitiasis sin dolor, sólo con FA elevada y colédoco levemente dilatado, pero no hay confirmación de que se trate de una coledocolitiasis (o ésta ya se habría podido resolver sola, pasando el cálculo a duodeno). En cualquier caso, aunque da la sensación de que puede haber una coledocolitiasis, ésta no está confirmada y su diagnóstico podría no estar del todo claro (colédoco sólo levemente dilatado, no se observan los cálculos en la vía biliar con la eco, no hay dolor...) y por tanto podría ser válido confirmar/descartar la coledocolitiasis con una colangio-RM y así ahorrarnos la CPRE (prueba invasiva) (respuesta 4 correcta, resto incorrectas).

Pregunta (12123): (134) Respecto a la fisura anal, señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. Consiste en un desgarro longitudinal de la piel que recubre la porción del canal anal distal a la línea dentada y origina un dolor intenso con la defecación.
- 2. Tiene dos formas típicas: la primaria o idiopática aparece en individuos sanos y no se asocia a ningún tipo de enfermedad; la secundaria se detecta en pacientes que sufren otro proceso.
- 3. La mayoría de las fisuras primarias se localizan en la comisura anterior, al ser ésta una zona del canal anal más susceptible al traumatismo y a la isquemia de la mucosa.
- 4. Las fisuras secundarias a otras enfermedades aparecen con frecuencia en posiciones más laterales.

301043 DIGESTIVO Fácil 71% Solución: 3

La fisura anal es una lesión muy frecuente. Consiste en un **desgarro longitudinal de la piel** que recubre la porción del canal anal distal a la línea dentada y origina un dolor intenso con la defecación (respuesta 1 incorrecta). Hay **dos formas típicas** de fisura anal: la primaria o idiopática aparece en individuos sanos y no se asocia a ningún tipo de enfermedad; la secundaria se detecta en pacientes que sufren otro proceso (respuesta 2 incorrecta). La mayoría de las fisuras primarias se localizan en la **línea media posterior** (90%), al ser una zona del canal anal más susceptible al traumatismo y a la isquemia de la mucosa (respuesta 3 correcta). Sólo algunas fisuras primarias (2% en los varones y 10% en las mujeres) se producen en la comisura anterior. Las **fisuras secundarias** a otras enfermedades (enfermedad de Crohn, proctitis, leucemia, carcinoma, tuberculosis, sífilis, infección por VIH, penetración anal) aparecen con frecuencia en posiciones más laterales (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (12124): (135) Mujer de 24 años intervenida hace un año de endometriosis tras presentar episodios de dolor abdominal intensos especialmente relacionados con el ciclo menstrual, acompañados ocasionalmente de náuseas y vómitos. A pesar de la intervención no ha apreciado ninguna mejoría, con progresivo empeoramiento y extensión del dolor a todo el cuerpo, junto con debilidad de extremidades. Los análisis rutinarios son normales, los anticuerpos antinucleares y el factor reumatoide son negativos, solo existe alguna analítica aislada con un Na de 132 mEq/L y alguna ALT (GOT) discretamente elevada. Ecografía abdominal y TC abdominopélvica recientes normales. Hace dos meses le diagnosticaron de depresión y fibromialgia. El tratamiento antidepressivo y analgésico con derivados opiáceos no parece tener ningún efecto. Lleva meses sin apenas levantarse de la cama. Nos piden una segunda opinión. Indica cuál de las siguientes pruebas diagnósticas deberíamos comprobar que ha sido realizada:

- 1. Estudio del gen MEFV.
- 2. Porfobilinógeno y ácido aminolevulínico en orina.
- 3. Anticuerpos antimitocondriales en sangre.
- 4. Calprotectina en heces.

301044 ENDOCRINOLOGÍA Normal 41% Solución: 2

El estudio del gen MEFV, es útil para la fiebre mediterránea familiar (respuesta 1 incorrecta).
Para el diagnóstico de la **porfiria aguda intermitente** (diagnóstico de la pregunta), donde es clave el dolor abdominal que se pone en relación con el ciclo menstrual y no debido a una endometriosis, se utiliza la determinación en orina del porfobilinógeno y ácido aminolevulínico en orina (PBG y ALA) (respuesta 2 correcta).
Los anticuerpos antimitocondriales se utilizan en el diagnóstico de la colangitis biliar primaria, aunque pueden emplearse para diagnóstico de otras entidades (respuesta 3 incorrecta).
Los niveles altos de calprotectina indican infecciones bacterianas, parasitarias, cáncer colorrectal o determinadas enfermedades que provocan inflamación del intestino (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12125): (136) Varón de 34 años, que acude a urgencias por disnea de tres semanas de evolución, junto a la presencia de orina roja intermitente en los últimos diez días. En la exploración física presenta: temperatura 36,6 °C, TA 132/72 mmHg, frecuencia respiratoria 16 rpm y cardiaca 88 lpm, junto a crepitantes finos diseminados en la auscultación pulmonar. Analítica de sangre: BUN 56 mg/dL, creatinina 5,8 mg/dL. Análisis de orina: hematíes 4+, proteínas 2+. Se realiza una biopsia renal que revela una glomerulonefritis difusa con semilunas. ¿Cuál de las siguientes pruebas confirmaría el diagnóstico?:

- 1. Concentración de complemento C3.
- 2. Títulos de anticuerpos antimembrana basal glomerular.
- 3. Títulos de antistreptolisina O.
- 4. Cultivo de heces para *Escherichia coli* O157:H7.

301045 NEFROLOGÍA Fácíl 86% Solución: 2

Nos presentan un paciente con afectación pulmón-riñón siendo la afectación renal, dada la presencal se semilunas, una GN proliferativa extracapilar. Por la edad del paciente podría sospecharse principalmente la tipo 1, que, sumando la afectación pulmonar, nos haría pensar por tanto en una vasculitis por anticuerpos antimembrana basal. Por tanto, con esa sospecha deberíamos solicitar anticuerpos antimembrana basal (respuesta 2 correcta).
Podría también tratarse de una vasculitis ANCA, pero no nos dan la opción de solicitar ANCA.
No encajaría la solicitud de anticuerpos antistreptolisinas porque no sospechamos una postestreptocócica por muchos motivos: la edad, la falta de cuadro infeccioso, la anatomía patológica no es proliferación endocapilar y no explicaría la afectación pulmonar (respuesta 3 incorrecta). Igualmente tampoco parece lógico pedir un coprocultivo dado que no hablan de diarrea, y además no nos cuentan datos de hemolítico-urémico donde la clínica cardinal es el fracaso renal junto a plaquetopenia y anemia con esquistocitos (respuesta 4 incorrecta).
Aunque algunas entidades con complemento bajo pueden producir síndrome de pulmón-riñón y además semilunas en la biopsia, es un cajón de sastre en las que el complemento en sí mismo no me confirmará el diagnóstico, que es lo que me pide el examinador. Sólo añadirá un dato más al caso clínico (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta (12126): (137) Paciente de 36 años que acude a urgencias por mal estado general. No tiene analíticas previas. Se detecta creatinina 10 mg/dL, Hb 6,5 g/L, ausencia de microalbuminuria, PTH 500 pg/ml, diuresis total conservada. Ecografía: riñones reducidos de tamaño. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable?:

- 1. Poliquistosis renal autosómica dominante.
- 2. Glomerulonefritis rápidamente evolutiva.
- 3. Nefropatía tubulointersticial crónica.
- 4. Nefropatía diabética.

301046 NEFROLOGÍA Fácíl 75% Solución: 3

Estamos ante un cuadro de aparente enfermedad renal crónica (riñones reducidos de tamaño con anemia e hiperparatiroidismo secundario) lo que permite descartar una glomerulonefritis aguda (respuesta 2 incorrecta).
La nefropatía diabética, si bien es causa de ERC, los riñones suelen tener tamaño preservado y además es esperable que haya albuminuria importante (respuesta 4 incorrecta).
La poliquistosis autosómica dominante si bien puede producir una ERC, en la ecografía se aprecian riñones de gran tamaño y además permite ver los quistes propios de la enfermedad que en el enunciado ni nombran (respuesta 1 incorrecta).
De las opciones la más pertinente a considerar es una nefropatía tubulointersticial crónica, que puede causar ERC y en la que, dado que la EPO se produce peritubular, el grado de anemia suele ser mayor a otras enfermedades renales, y además, dado que el daño no es glomerular, puede no detectarse albuminuria (respuesta 3 correcta).

Pregunta (12127): (138) Mujer de 32 años, embarazada de 10 semanas, que presenta en control rutinario bacteriuria asintomática. ¿Cuál de las siguientes medidas le parece más apropiada?:

- 1. Vigilancia estrecha y si aparecen síntomas iniciar tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina 7-10 días.
- 2. Tratamiento empírico con fosfomicina a dosis única de 3 g y, si persiste la bacteriuria, urocultivo para valorar la sensibilidad.
- 3. Tomar muestra para urocultivo y comenzar de inmediato tratamiento empírico con betalactámicos durante 4-7 días.
- 4. Ecografía para descartar complicaciones, urocultivo e iniciar tratamiento empírico con nitrofurantoína 5-7 días.

301047 NEFROLOGÍA Difícil 0% ANULADA

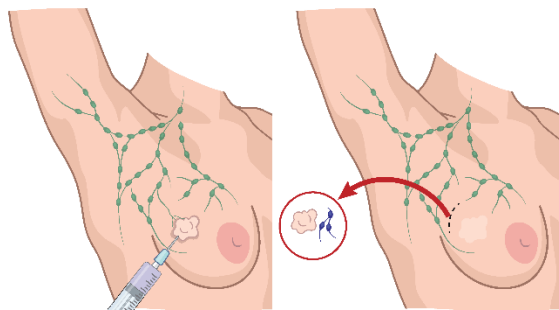
Pregunta impugnada por error de concepto, aunque podemos entender qué nos querían preguntar:
La bacteriuria asintomática en la embarazada tiene que ser tratada sin esperar a ser sintomática (Concepto repeMIR) (respuesta 1 incorrecta).
Al hallazgo de bacteriuria se llega mediante un urinocultivo de control positivo, al que suele acompañar un antibiograma, por tanto, no tendría sentido hablar de "tratamiento empírico" pues ya hemos hecho el cultivo y tenemos el resultado. Por tanto, tampoco tiene sentido volver a hacer el cultivo antes de iniciar tratamiento. Lo indicado en casos de urinocultivo de control positivo sería iniciar una terapia con un ciclo de antibióticos de 4 a 6 días (respuesta 3 menos incorrecta), es menos recomendable la administración de terapia monodosis de antibiótico (respuesta 2 incorrecta).
La realización de ecografía no sería necesaria en ausencia de síntomas que indiquen una infección complicada o infecciones de repetición (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12128): (139) Varón de 73 años que acude a urgencias por dolor en zona lumbosacra que irradia hacia ambos flancos e hipogastrio de dos semanas de evolución que no cede con ibuprofeno a dosis altas. Tiene antecedentes de hipertensión, aneurisma de aorta infrarrenal y hernia discal L5-S1. Refiere pérdida de 6 kg de peso en el último mes. Exploración: Regular estado general, palidez mucocutánea y puñopercusión renal dudosa bilateral, sin otros hallazgos. Analítica: Hb 8,2 g/dL, VCM 81 fL, leucocitos 6.330 (fórmula normal), glucosa 89 mg/dL, urea 228 mg/dL, creatinina 5,4 mg/dL, Na 134 mEq/L, K 5,1mEq/L, Ca 11,3 mg/dL, proteínas totales 8,2 g/dL, albúmina 3,0 g/dL, PCR 0,54 mg/dL. Orina: proteínas 30 mg/dL con proteinuria estimada 1,5 g/24h. Sedimento de orina: leucocitos 20-30/campo, eritrocitos >50/campo. ¿Qué diagnóstico le parece más probable como causa del fracaso renal?:

- 1. Nefropatía intersticial aguda por analgésicos.
- 2. Mieloma múltiple.
- 3. Pielonefritis aguda.
- 4. Progresión del aneurisma aórtico con afectación bilateral de las arterias renales.

301048 NEFROLOGÍA Fácíl 68% Solución: 2

La biopsia selectiva del ganglio centinela está indicada en pacientes de **ambos sexos** afectados por **cáncer de mama resecable** (no metastásico) cuando **no hay evidencia clínica**, a la exploración ni por imagen de **afectación tumoral de ganglios axilares** (respuestas 1, 2 y 4 incorrectas). Si es negativa **no necesita realizar cirugía axilar** evitando las secuelas de la linfadenectomía (respuesta 3 correcta).



Biopsia ganglio centinela

Pregunta (12133): (144) En relación con el tratamiento con radioterapia, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. Puede ser una alternativa de tratamiento curativo en diversas situaciones en oncología.
- 2. Se emplea también para determinadas patologías benignas.
- 3. Está contraindicada para el tratamiento de tumores pediátricos.
- 4. Tiene una demostrada utilidad en el control del dolor por metástasis óseas.

301053 ONCOLOGÍA Fácil 94%

Solución: 3

La radioterapia está indicada en el tratamiento curativo de diversos cánceres: cabeza y cuello, esófago, recto, mama, endometrio, cérvix, próstata y sarcoma de partes blandas (respuesta 1 incorrecta) y en cáncer irresecable de esófago (T4, N3) y pulmón (IIIA-N2, IIIB-C) en los que se combina con quimioterapia.

La radioterapia se emplea en patologías benignas oculares (oftalmopatía tiroidea, pseudo tumor orbitario, pterigium, DMAE); cutáneas (queloides, verrugas plantares, queratoacantoma, hemangiomas, nevus); osteoarticulares (bursitis, tendinitis, tumor desmoide, enfermedad de Peyronie, quiste óseo aneurismático, hemangioma vertebral, artrosis, entesopatía) y de otras localizaciones (respuesta 2 incorrecta).

La radioterapia también está indicada en algunos tumores infantiles cerebrales, sarcomas y linfomas entre otros (respuesta 3 correcta).

La radioterapia es útil en el tratamiento de complicaciones del cáncer como el dolor por metástasis, la compresión medular y las metástasis cerebrales (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12134): (145) Paciente con diagnóstico de glioblastoma multiforme. El informe de anatomía patológica refiere la presencia de metilación del promotor del gen MGMT (metil guanina metil transferasa). Con respecto al tratamiento de este paciente:

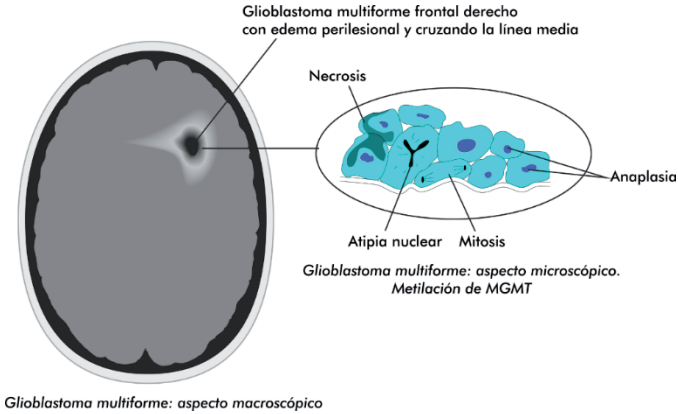
- 1. Esta información no es relevante.
- 2. La presencia de la metilación aumenta la supervivencia en pacientes tratados con temozolamida.
- 3. La presencia de la metilación contraindicaría el tratamiento con temozolamida.
- 4. La presencia de la metilación nos apoyaría la decisión de tratamiento con cisplatino frente al uso de un agente alquilante.

301054 ONCOLOGÍA Fácil 87%

Solución: 2

La presenciade metilación de MGMT en un glioblastoma multiforme es predictor de beneficio con temozolamida, agente alquilante, con **incremento de** la tasade respuestas, la supervivencia libre de progresión y la **supervivencia** global (respuesta 2 correcta y 1, 3 y 4 incorrecta).

La presencia de mutación de IDH es un factor de buen pronóstico.



Pregunta (12135): (146) La radioterapia en el tratamiento del cáncer de mama localmente avanzado y pronóstico molecular adverso:

- 1. Debe incluir las regiones ganglionares locorregionales.
- 2. Está contraindicada después de la mastectomía.
- 3. Está contraindicada después de la quimioterapia neoadyuvante.
- 4. Su mejor alternativa estética es la irradiación parcial de la mama.

301055 ONCOLOGÍA Fácil 81%

Solución: 1

En cáncer de mama, la radioterapia está indicada sobre:

- **Toda la mama** (respuesta 4 incorrecta) trastumorectomía incluyendo pacientes que han recibido neoadyuvancia (respuesta 3 incorrecta)
- **Ganglios regionales** (supra e infraclaviculares, mamaria interna, axilares) en caso de afectación ganglionar (N+), T3, T4 y en T2 con otros factores de riesgo (< 10 ganglios estudiados, alto grado, invasión linfovascular, receptores estrogénicos negativos) (respuesta 1 correcta).

La radioterapia está indicada **tras mastectomía** en: N+, T4 y en aquellos T2-3 o márgenes afectados con otro factor de mal pronóstico (=50 años, =T2, tumores triple negativos, alto grado e invasión linfovascular) (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta (12136): (147) Varón de 19 años, asintomático, que presenta en una analítica preoperatoria una trombopenia (plaquetas 43 x 10⁹/L) con niveles de hemoglobina y leucocitos normales. ¿Cuál de las siguientes actuaciones hay que realizar en primer lugar?:

- 1. Iniciar tratamiento con prednisona vía oral.
- 2. Realizar una biopsia de médula ósea para ver si la trombopenia es de origen central o periférico.
- 3. Realizar un examen morfológico del frotis sanguíneo para descartar la presencia de agregados plaquetarios inducidos por el anticoagulante.
- 4. Transfundir un concentrado de plaquetas para evitar un problema hemorrágico.

301056 HEMATOLOGÍA Fácil 86%

Solución: 3

Nos presentan el caso de un paciente joven con plaquetopenia aislada y asintomático. La causa más frecuente de una trombocitopenia aislada adquirida es una PTI, cuyo tratamiento inicial sería la **administración de prednisona vía oral**. Si bien es cierto lo anteriormente dicho, **en primer lugar deberíamos descartar una falsa trombocitopenia** o pseudotrombocitopenia de forma rápida y sencilla realizando un **frotis sanguíneo** buscando la presencia de agregados plaquetarios inducidos por el anticoagulante EDTA (respuesta 3 correcta, respuesta 1 incorrecta). Este concepto nos lo preguntaron en el MIR 17 (11051).

Aunque la trombopenia es importante (43.000), los **sangrados espontáneos** no suelen ser frecuentes hasta que las plaquetas no se acercan a una cifra de 20.000/microL. Un paciente con un recuento de plaquetas de menos de 10.000 (10 x 10⁹/L) requiere una transfusión, independientemente de si ese paciente muestra o no algún síntoma de trombocitopenia (respuesta 4 incorrecta).

Queda descartada la decisión de realizar una biopsia medular sin ni siquiera habernos asegurado previamente mediante pruebas no invasivas, la existencia de una trombocitopenia real (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta (12137): (148) Varón de 35 años, diagnosticado de hemofilia A desde la infancia, que recibe un trasplante hepático por hepatopatía crónica por virus de hepatitis C. Seis meses después del procedimiento presenta un estudio de coagulación normal con actividad de factor VIII del 100 %. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

- 1. La hemofilia se ha curado ya que el factor VIII se sintetiza en el hígado.
- 2. El tratamiento inmunosupresor ha solucionado el problema ya que estamos ante un cuadro autoinmune.
- 3. La larga vida media de los factores antihemofílicos usados en el trasplante hace que su efecto perdure varios meses.
- 4. Solo puede tratarse de un error o artefacto de laboratorio, ya que la hemofilia A es una enfermedad genética incurable hoy en día.

301057 HEMATOLOGÍA Difícil 9%

Solución: 1

El factor VIII no se sintetiza sólo en el hígado (también en los endotelios vasculares), pero sobre todo se sintetiza en el endotelio de los sinusoides hepáticos. El trasplante hepático no es el tratamiento de elección (ni siquiera habitual) de la Hemofilia...pero si, como nos explican en esta pregunta, al paciente se le trasplanta por una hepatopatía crónica secundaria al VHC, podría salir beneficiado con la curación de su hemofilia tal y como nos dan a entender en la pregunta. Es una pregunta difícil, diferente... pero correcta (respuesta 1 correcta, respuestas 2, 3 y 4 incorrectas).

Pregunta (12138): (149) Varón de 65 años que consulta por astenia progresiva y sensación de hormigueo en manos y pies. En la exploración física presenta tez amarillenta y disminución de la sensibilidad vibratoria y posicional en zonas distales. En el hemograma se observa VCM 120 fl con anisocitosis. Lo más probable es que padezca:

- 1. Mielopatía cervicoartrósica.
- 2. Mielitis necrosante subaguda.
- 3. Mielosis funicular.
- 4. Mielopatía crónica de la esclerosis múltiple.

301058 HEMATOLOGÍA Fácil 84%

Solución: 3

Un hombre con alteraciones neurológicas y un volumen corpuscular elevado (120 fl) ha de hacernos pensar primeramente en un déficit de B12. Se trataría de una degeneración combinada subaguda o mielosis funicular (respuesta 3 correcta). La macrocitosis asociada a la clínica neurológica nos hace descartar las otras tres opciones (respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).

Pregunta (12139): (150) Varón de 41 años ingresado en la UCI por neumonía grave que precisa intubación y administración de catecolaminas. A la exploración se observa sangrado alrededor de los lugares de venopunción. Sus resultados de laboratorio son: 15.500 leucocitos; Hb 10,4 g/dL; Hcto 32 %; 52.000 plaquetas; LDH 820 U (normal 110-210); recuento de reticulocitos 4 %. ¿Cuál de los siguientes resultados NO es de esperar en este paciente?:

- 1. Fibrinógeno bajo.
- 2. Concentración elevada de antitrombina y proteína C.
- 3. Tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina activada alargados.
- 4. Presencia de productos de degradación de la fibrina (dímero D).

301059 HEMATOLOGÍA Difícil 33%

Solución: 2

Nos comentan el cuadro clínico de un paciente ingresado en la UCI, séptico que parece que ha hecho una CID y por eso está sangrando por las zonas de venopunción. En la CID se presenta un descenso de fibrinógeno (respuesta 1 incorrecta), plaquetas y factores de la coagulación; con aumento de todos los tiempos (tanto de hemostasia primaria como secundaria: TP, TTPa) (respuesta 3 incorrecta) y consecuentemente con aumento de productos de degradación de la fibrina por activación simultánea de la fibrinólisis (respuesta 4 incorrecta). La antitrombina y la proteína C forman parte de distintos sistemas de anticoagulación, de forma de forma que si estuvieran aumentadas el paciente podría acompañarse de hemorragias. No se encuentran elevadas en la CID (respuesta 2 correcta).

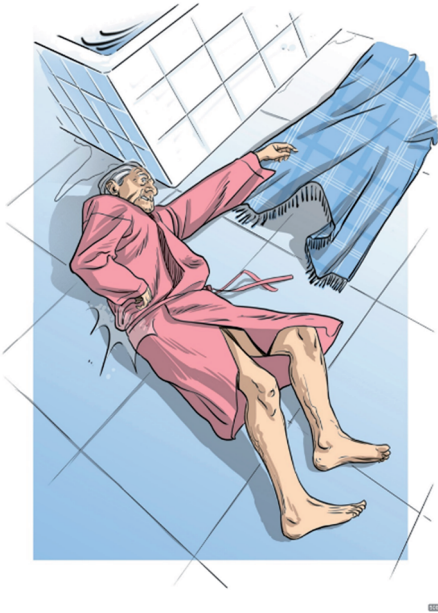
Pregunta (12140): (151) ¿Cuál de los siguientes factores NO se ha asociado específicamente a un mayor riesgo de caídas en personas mayores?:

- 1. Osteoporosis.
- 2. Déficit visual.
- 3. Artrosis.
- 4. Polifarmacia.

301060 GERIATRÍA Normal 44%

Solución: 1

Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos de vital importancia en dicha población; presentan una alta incidencia y prevalencia en los ancianos y producen relevantes consecuencias médicas, produciendo alteraciones significativas en la capacidad funcional. Pueden producir traumatismos, síndrome post-caída (miedo a nueva caída) y repercusiones en el ámbito social. Entre los factores que se han asociado específicamente a un mayor riesgo de caídas en personas mayores se encuentran la afectación del sistema visual (déficit de la agudeza visual) (respuesta 2 incorrecta), afectación del sistema auditivo, afectación del sistema nervioso, afectación del sistema músculo-esquelético (artrosis; sobre todo, la que afecta a las extremidades inferiores) (respuesta 3 incorrecta) y la polifarmacia (debido a las interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas) (respuesta 4 incorrecta). Sin embargo, la osteoporosis no se asocia a un mayor riesgo de caídas en la población geriátrica (aunque si el paciente se cae, si padece osteoporosis, tendrá más riesgo de fracturas) (respuesta 1 correcta).



Pregunta (12141): (152) El Short Physical Performance Battery (SPPB) es una prueba de rendimiento físico empleada para la valoración de la función física, de la fragilidad y del riesgo de caídas en los mayores. ¿Qué aspectos se evalúan en este test?:

- 1. El equilibrio, la velocidad de la marcha y la capacidad para subir y bajar escaleras.
- 2. El equilibrio, la velocidad de la marcha y la capacidad para levantarse y sentarse de una silla.
- 3. El equilibrio, la velocidad de la marcha y la resistencia de los miembros superiores.
- 4. El equilibrio, la capacidad para subir y bajar escaleras y la capacidad para levantarse y sentarse de una silla.

301061 GERIATRÍA Fácil 72%

Solución: 2

Los ancianos frágiles son personas mayores que residen en la comunidad y que se encuentran en un estado de equilibrio inestable que les acarrea un elevado riesgo de un incremento de cuidados y/o de requerir atención institucional. Se asocia a diferentes consecuencias, tales como caídas, inmovilidad, discapacidad, así como mayor tasa de ingresos hospitalarios, de institucionalización y de mortalidad.

Uno de los cuestionarios usados en la detección del anciano frágil es el Short Physical Performance Battery (SPPB), que se recomienda para el cribado inicial de la fragilidad o limitación funcional en las personas mayores en Atención Primaria y combina 3 factores: **Equilibrio, velocidad de la marcha y la capacidad para levantarse y sentarse de una silla** (respuesta 2 correcta).

Este cuestionario **no valora la capacidad para subir y bajar escaleras** (respuestas 1 y 4 incorrectas).

Tampoco valora la resistencia de los miembros superiores (respuesta 3 incorrecta).



Anciano frágil

Pregunta (12142): (153) Uno de los siguientes mecanismos NO se ha propuesto en la patogenia básica del delirium en el paciente mayor:

- 1. La neuroinflamación.
- 2. El estrés oxidativo.
- 3. La excesiva actividad colinérgica.
- 4. El exceso de dopamina.

301062 GERIATRÍA Normal 38%

Solución: 3

La fisiopatología del delirium no se conoce aún en profundidad, aunque puede definirse como un trastorno funcional cerebral causado por una o múltiples causas orgánicas que manifiestan un cuadro clínico común.

La inflamación se relaciona con muchos procesos patológicos de los mayores. Además, varias de las causas más frecuentes de delirium cursan con **inflamación**, lo que ha hecho pensar que existe alguna relación entre la inflamación y el delirium (**neuroinflamación**) (respuesta 1 incorrecta).

Asimismo, durante el delirium se ha demostrado que existe una reducción del flujo sanguíneo cerebral regional, que se normaliza tras la resolución del delirium, lo que sugiere que la hipoperfusión cerebral es un posible mecanismo productor de delirium.

El **estrés neurológico oxidativo** adicional que supone una alteración metabólica o una infección juega también un papel en la producción del delirium (respuesta 2 incorrecta). Se han identificado algunas regiones cerebrales específicas que intervienen en el delirium, como el córtex prefrontal, el tálamo y los ganglios basales, sobre todo del hemisferio no dominante. Existen cambios funcionales en un gran número de neurotransmisores: los más frecuentes y mejor estudiados son la **disminución de la función colinérgica** (respuesta 3 correcta) y el **aumento de la dopaminérgica** (respuesta 4 incorrecta) y gabaérgica, pero se han encontrado alteraciones en casi todos los sistemas neurotransmisores (serotoninérgico, noradrenérgico, glutaminérgico e histaminérgico).



Delirium en el anciano

Pregunta (12143): (154) Respecto a las prescripciones potencialmente inadecuadas en la persona mayor, es cierto que:

- 1. Las benzodiacepinas no aumentan el riesgo de caídas.
- 2. No existen criterios que faciliten la correcta prescripción de fármacos en este grupo de población.
- 3. Se recomienda la utilización de metformina en diabéticos con filtrados glomerulares menores de 30 ml/min.
- 4. Los estrógenos tópicos vaginales o el pesario con estrógenos están indicados para la vaginitis atrófica sintomática.

301063 GERIATRÍA Fácil 95%

Solución: 4

La deprescripción es “el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros”. En el ámbito europeo tienen especial relevancia los criterios STOPP/START. Los criterios STOPP incluyen ítems relacionados con la necesidad de suspender prescripciones potencialmente inadecuadas.

Las benzodiacepinas sí aumentan el riesgo de caídas en la persona mayor (respuesta 1 incorrecta); asimismo, son una de las causas farmacológicas precipitantes del delirium.

Sí existen criterios que facilitan la correcta prescripción de fármacos en este grupo de población (respuesta 2 incorrecta); los **criterios START** se refieren a la necesidad de introducir fármacos necesarios para un tratamiento adecuado.

No se recomienda la utilización de metformina en diabéticos con filtrados glomerulares menores de 30 ml/min, ya que habría riesgo de desencadenar una acidosis láctica; sería un **criterio STOPP** (respuesta 3 incorrecta).

Los estrógenos tópicos vaginales o el pesario con estrógenos están indicados para la vaginitis atrófica sintomática (respuesta 4 correcta).



Criterios STOPP-START

Pregunta (12144): (155) En relación con la valoración funcional del paciente mayor, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. Debe interpretarse como una medida global de la repercusión general de los problemas de salud en el paciente mayor.
- 2. Existe una jerarquía progresiva obligada tanto para la adquisición como para la pérdida de las actividades de la vida diaria (AVD), desde las instrumentales hasta las avanzadas.
- 3. En los pacientes mayores hospitalizados, se debe usar el estado funcional previo al ingreso hospitalario, para establecer así el plan de tratamiento y poner en marcha los objetivos realistas de la intervención.
- 4. Se suele medir con informes autorreferidos o notificados por una tercera persona, aunque en ocasiones, algunos miembros del equipo realizan una evaluación estructurada para medir la capacidad funcional real.

301064 GERIATRÍA Normal 61%

Solución: 2

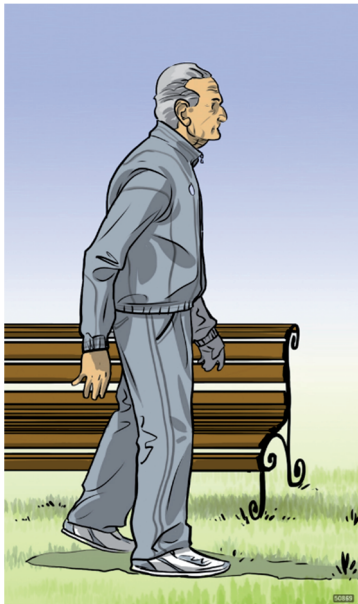
La valoración geriátrica integral es un método diagnóstico multidimensional e interdisciplinar, para determinar y cuantificar en un anciano los problemas médicos, psicológicos, sociales y su capacidad funcional al objeto de desarrollar un plan integral de tratamiento y seguimiento a largo plazo. Se obtiene un mayor beneficio en ancianos frágiles. Abarca 4 áreas: Clínica, funcional, psicológica y social.

La capacidad funcional o nivel de autonomía es un buen determinante de la situación vital del paciente y tipo de necesidades asistenciales; **se interpreta como una medida global de la repercusión general de los problemas de salud en el paciente mayor** (respuesta 1 incorrecta).

No existe una jerarquía progresiva obligada, ni para la adquisición ni para la pérdida de las actividades de la vida diaria (respuesta 2 correcta); las actividades básicas son imprescindibles para cubrir las necesidades elementales, pero son las últimas en perderse.

En los pacientes mayores hospitalizados, se debe usar el estado funcional previo al ingreso hospitalario (fundamental para realizar comparaciones), para **establecer así el plan de tratamiento y poner en marcha los objetivos realistas de la intervención** (respuesta 3 incorrecta).

La valoración funcional geriátrica **se suele medir con informes autorreferidos o notificados por una tercera persona, aunque en ocasiones, algunos miembros del equipo realizan una evaluación estructurada para medir la capacidad funcional real** (respuesta 4 incorrecta).



Valoración funcional del paciente geriátrico

Pregunta (12145): (156) Mujer de 79 años con antecedentes de HTA y gonartrosis bilateral, independiente para las actividades de la vida diaria, vive sola. Durante una visita al médico de familia se valora la sarcopenia. Realiza el test de levantarse de la silla para 5 elevaciones en 20 segundos, y el test Timed Up and Go en 26 segundos. Señale la respuesta correcta:

- 1. No presenta riesgo de caídas.
- 2. Tiene el diagnóstico de sarcopenia confirmada.
- 3. Si tuviera sarcopenia, ésta sería grave
- 4. No se sospecha sarcopenia.

301065 GERIATRÍA Difícil 7%

Solución: 3

El caso clínico nos describe a una mujer de 79 años con gonartrosis bilateral, a la cual se le valora la posible existencia de sarcopenia.

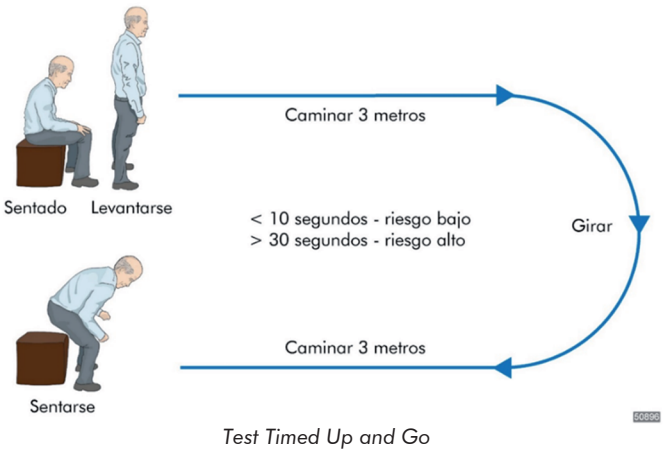
La sarcopenia se define como una enfermedad progresiva y generalizada del músculo esquelético, caracterizada por una pérdida de masa muscular, de forma aislada o acompañada de un aumento de la masa grasa, produciendo finalmente una disminución del rendimiento físico. Las personas con esta enfermedad suelen presentar sensación de debilidad, siendo habitual la dificultad para levantarse de una silla o una velocidad lenta para caminar, junto con caídas de repetición. También es frecuente una pérdida de peso reciente y la pérdida de masa muscular. No hay una única prueba para hacer el diagnóstico. Su diagnóstico implica la valoración de la masa muscular (bioimpedanciometría, densitometría de composición corporal), fuerza muscular (dinamómetro, test de sentarse y levantarse de una silla) y la funcionalidad o rendimiento físico (test de velocidad de la marcha, prueba de levantarse y andar, test de subir escaleras o la prueba de caminar 400 metros).

A esta paciente le realizan el test de levantarse de la silla (5 elevaciones en 20 segundos) (si la puntuación es superior a 15, ajustado a edad y sexo, indica riesgo de caídas) y el test Timed Up and Go (26 segundos) (esto indica riesgo de sarcopenia; >20, riesgo moderado y >30, riesgo alto).

Según los resultados de los tests realizados a la paciente, se puede afirmar que la paciente **tiene riesgo de caídas** (respuesta 1 incorrecta).

Muy posiblemente, la paciente tenga sarcopenia, ya que las pruebas de rendimiento físico están alteradas, pero no pueden obtenerse datos de sarcopenia con los datos aportados como para confirmar el diagnóstico o establecer su gravedad, ya que necesitaríamos datos de la masa muscular; **no hay confirmación diagnóstica de sarcopenia, pero sí sospecha** (respuestas 2 y 4 incorrectas).

En el caso de que la paciente tuviera sarcopenia, ésta sería grave, debido a las puntuaciones obtenidas en los tests realizados (respuesta 3 correcta).



Pregunta (12146): (157) Varón de 24 años con ginecomastia bilateral, vello corporal escaso, testes de 3 cc, firmes, testosterona total 257 ng/dL (N>350), LH 11 mUI/mL (N<10), FSH 24 mUI/mL (N<10). El siguiente paso en el diagnóstico es:

- 1. Cariotipo.
- 2. Biopsia testicular.
- 3. RM de hipófisis.
- 4. Estudio del receptor de FSH.

301066 ENDOCRINOLOGÍA Normal 85%

Solución: 1

Pregunta que hace referencia a un **hipogonadismo hipergonadotrópico** (testosterona baja y LH y FSH elevadas), que en un varón es sugerente de síndrome de Klinefelter.

El diagnóstico se realiza por cariotipo, determinando la presencia del cromosoma extra (respuesta 1 correcta).

No hay datos de malignidad en este paciente, por lo que tampoco tendría sentido el estudio histológico del testículo; ya que lo único que existe es atrofia testicular (respuesta 2 incorrecta).

Al ser un hipogonadismo hipergonadotrópico, primario, no es útil el estudio de la hipófisis por RMN u otras pruebas de imagen, igual que estudios hormonales a este nivel (respuestas 3 y 4 incorrectas).

Pregunta (12147): (158) En relación con la hiperprolactinemia, señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. La hiperprolactinemia puede estar ocasionada por fármacos.
- 2. El hipertiroidismo provoca elevación de prolactina.
- 3. El tratamiento médico de elección son los agonistas dopaminérgicos.
- 4. Causa amenorrea hipogonadotropa.

301067 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 79%

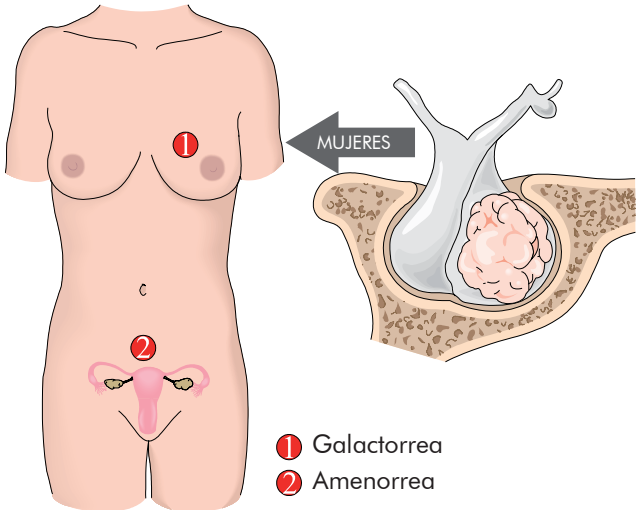
Solución: 2

La hiperprolactinemia, valores de prolactina > 20, puede estar provocada por fármacos: fenotiacinas, butirofenonas, metildopa... (respuesta 1 incorrecta).

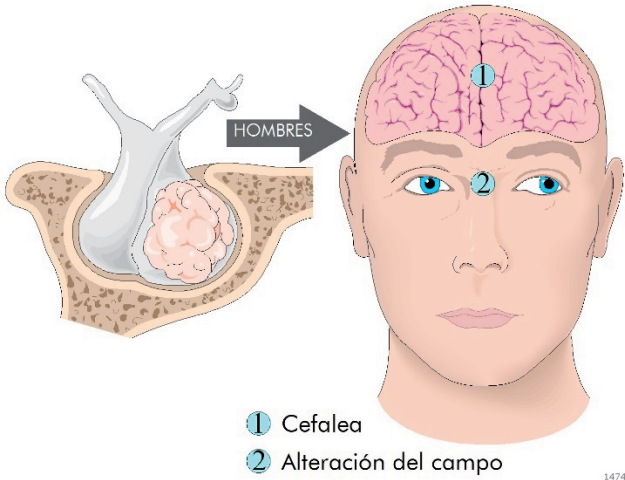
El **hipotiroidismo**, por la disminución de hormonas tiroideas, estimula la liberación de TRH y prolactina, por lo que es causa de hiperprolactinemia (respuesta 2 correcta). El hipertiroidismo no produce hiperprolactinemia.

La bromocriptina y la cabergolina que son agonistas dopaminérgicos, son el tratamiento de elección y primera opción terapéutica (respuesta 3 incorrecta).

El aumento de prolactina inhibe la hipotalámica GNRH por lo que genera una amenorrea hipogonadotrópica (respuesta 4 incorrecta).



- 1 Galactorrea
- 2 Amenorrea



- 1 Cefalea
- 2 Alteración del campo

Pregunta (12148): (159) Mujer de 63 años con diabetes mellitus tipo 2 de siete años de evolución, en tratamiento con metformina. HbA1c 7,6 %, índice de masa corporal 41,3 kg/m2. Para el tratamiento de la obesidad en esta paciente ¿cuál es la mejor opción de las siguientes?:

- 1. Pioglitazona.
- 2. Empagliflozina.
- 3. Semaglutida.
- 4. Alogliptina.

301068 ENDOCRINOLOGÍA Normal 56%

Solución: 3

Los inhibidores de DPP-4 (alogliptina) tiene efecto neutro sobre el peso (respuesta 4 incorrecta).

Las glitazonas (pioglitazona), produce aumento de peso igual que las sulfonilureas (respuesta 1 incorrecta).

Sobre el peso, los arGLP-1 y los iSGLT-2 en general no tienen diferencias significativas (respuesta 2 incorrecta). Los dos grupos favorecen el descenso de peso pero existe una reducción más significativa con semaglutida (respuesta 3 correcta).

Pregunta (12149): (160) Mujer de 24 años que consulta por odinofagia intensa de dos días de duración. Indica que tuvo mialgias y tos seca unos diez días antes, que se alivió la semana pasada. Se siente temblorosa y con sudoración. La exploración no muestra eritema o exudado faríngeo, pero sí dolor a la palpación en región anterior cervical baja, sin nódulos, masas ni adenopatías. En la exploración física tiene pulso 110 lpm, temperatura 38,2 °C y un ligero temblor en reposo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. Tiroiditis subaguda.
- 2. Tiroiditis linfocitaria focal.
- 3. Tiroiditis aguda o infecciosa.
- 4. Enfermedad de Graves-Basedow.

301069 ENDOCRINOLOGÍA Normal 65%

Solución: 1

La **tiroiditis subaguda de Quervain** cursa como un cuadro gripal con dolor intenso en la zona del tiroides, así como con clínica de tirotoxicosis (respuesta 1 correcta).

La tiroiditis linfocitaria focal, suele aparecer en el postparto y característicamente cursa sin dolor (respuesta 2 incorrecta).

La tiroiditis aguda o infecciosa cursa con dolor y manifestaciones sistémicas de infección y es frecuente en pacientes inmunodeprimidos o anomalías anatómicas (datos que no aparecen en la paciente de la pregunta) (respuesta 3 incorrecta).

La enfermedad de Graves, es típica de mujeres jóvenes, sin dolor en el tiroides pero sí con bocio, oftalmopatía y mixedema pretibial (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12150): (161) Mujer de 83 años ingresada desde hace 20 días por diverticulitis aguda complicada. Como parte de su tratamiento ha precisado una sigmoidectomía y recibe antibioterapia intravenosa con ertapenem desde hace 8 días. Presenta en los últimos días diarrea sin productos patológicos, ingestas del 25 % de lo recomendado y pérdida de 9 kg desde el momento del ingreso; actualmente pesa 75 kg y mide 1,55 m, IMC 31,2 kg/m2. Respecto a su estado nutricional ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. No presenta alteración del estado nutricional.
- 2. Desnutrición grave relacionada con la enfermedad aguda.
- 3. Fallo intestinal por síndrome de intestino corto.
- 4. Obesidad grado II.

301070 ENDOCRINOLOGÍA Dificil 28%
Solución: 2

Para responder a esta pregunta revisamos:

- CRITERIOS DE VALORACIÓN de la desnutrición. **CRITERIOS GLIM**
 - a. **Criterios fenotípicos:**
 - 1. Pérdida involuntaria de peso.
 - 2. Bajo IMC.
 - 3. Reducción de masa muscular.
 - b. **Criterios etiológicos:**
 - 4. Ingesta o asimilación reducida de nutrientes.
 - 5. Enfermedad/inflamación.
- EXISTE DESNUTRICIÓN: 1 criterio fenotípico + 1 criterio etiológico.
- EL GRADO DE SEVERIDAD DE MALNUTRICIÓN: Viene determinado por los criterios FENOTÍPICOS.

La paciente según estos criterios, claramente tiene alteración del estado nutricional (respuesta 1 incorrecta). Tiene desnutrición grave en base a los criterios expuestos e ingestas del 25% de lo recomendado y pérdida de 9 kg (respuesta 2 correcta). En el intestino corto existen datos de malabsorción (respuesta 3 incorrecta). Obesidad grado 2 se define desde 35 a 39,9 de IMC (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12151): (162) Varón de 37 años con diagnóstico de carcinoma medular de tiroides de 2,6 cm, sin datos de afectación ganglionar en el estudio preoperatorio, tratado mediante tiroidectomía total y linfadenectomía del compartimento central; estadiaje T2N0M0, estadio I. Para el abordaje correcto de la enfermedad, hay que tener en cuenta múltiples aspectos. Seleccione la respuesta correcta:

- 1. El carcinoma medular de tiroides es el segundo tipo histológico de cáncer de tiroides más frecuente y se puede encontrar en el contexto de un síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2.
- 2. En la mayoría de los casos es esporádico y para el seguimiento bioquímico de la enfermedad se pueden usar tanto la calcitonina, como el CEA o la tiroglobulina.
- 3. El tratamiento sustitutivo con levotiroxina debe ajustarse para conseguir una TSH suprimida.
- 4. Siempre está indicado el estudio genético del protooncogen RET, ya que se puede encontrar mutado tanto en los carcinomas medulares hereditarios como en los esporádicos.

301071 ENDOCRINOLOGÍA Dificil 25%
Solución: 4

El segundo tipo histológico de cáncer de tiroides es el folicular, y el medular sí que puede aparecer en el contexto de una MEN tipo 2 (respuesta 1 incorrecta). El cáncer medular de tiroides tiene como marcador la calcitonina y a veces el CEA, pero no la tiroglobulina; ya que ésta es el marcador tumoral del papilar y folicular por derivar de la célula folicular del tiroides que en su interior tiene la molécula de tiroglobulina (respuesta 2 incorrecta). El tratamiento con hormona tiroidea para conseguir TSH suprimida, se utiliza en el tratamiento del papilar y folicular (respuesta 3 incorrecta).

Siempre hay que realizar la determinación del protooncogen RET y tras detectarlo en el paciente realizar esta determinación en sus familiares con riesgo, para actuar tempranamente habitualmente evitando la aparición de un cáncer medular en edades tempranas, realizando tiroidectomía (respuesta 4 correcta).

Pregunta (12152): (163) En el manejo perioperatorio del control glucémico en un paciente diabético sometido a una artroplastia de cadera señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. El control glucémico intensivo en el periodo perioperatorio por lo común se acompaña de mejoría en los resultados.
- 2. Las cifras de glucemia deseadas se situarán entre 100 y 180 mg/100mL en el periodo perioperatorio.
- 3. Si el control glucémico es muy deficiente (HbA1c >9 %) debería intentarse su optimización antes de la cirugía.
- 4. La optimización del control glucémico perioperatorio reduce las infecciones y, en pacientes quirúrgicos críticos, puede reducir la mortalidad.

301072 ENDOCRINOLOGÍA Dificil -10%
Solución: 1

Pregunta dudosa con aparentemente dos respuestas incorrectas, aunque parece más incorrecta la respuesta 1 que la 2. Hay que **evitar el uso de terapias intensivas** con insulina por el alto riesgo de hipoglucemia durante el perioperatorio que puede dar lugar a un aumento de la mortalidad (respuesta 1 correcta). La insulino terapia para el tratamiento de la hiperglucemia debe iniciarse a un nivel de >180 mg/dl, recomendándose un **rango de 140-180 mg/dl en la mayoría de pacientes críticos y no críticos**. Incluso niveles más estrictos entre 110-140 mg/dl pueden ser apropiados en pacientes seleccionados, si se puede conseguir sin hipoglucemia significativa (respuesta 2 incorrecta...). Si hay un mal control previo a cirugía lo más apropiado es acercarlo lo más posible a la normalidad (respuesta 3 incorrecta). El buen control glucémico evita descompensaciones a cualquier nivel, reduciendo la morbilidad perioperatoria (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12153): (164) Varón de 80 años procedente de una residencia que presenta una sepsis de origen urinario que no ha respondido al tratamiento empírico con ceftriaxona. En los hemocultivos y urocultivos crece E. coli resistente a cefalosporinas. El laboratorio nos informa que es una cepa productora de betalactamasas de espectro extendido. ¿Qué antibiótico, entre los siguientes, debe utilizarse?:

- 1. Ertapenem.
- 2. Amoxicilina/clavulánico.
- 3. Tigeciclina.
- 4. Ceftazidima.

301073 INFECCIOSAS Fácil 67%
Solución: 1

Nos presentan a un varón de 80 años que presenta una sepsis de origen urinario por E. coli productor de betalactamasas de espectro extendido (BLEE). El tratamiento de elección de las cepas BLEE son los carbapenémicos, como el ertapenem (respuesta 1 correcta). Las cepas BLEE generan resistencia frente a todos los betalactámicos, a excepción de carbapenémicos, betalactámico + inhibidor de betalactamasas y cefamicinas (respuesta 4 incorrecta). Amoxicilina-clavulánico podría ser una alternativa, si bien hay escasa experiencia en infección sistémica, y resistencia en enterobacterias productoras de betalactamasa cromosómica AmpC (respuesta 2 incorrecta), siendo en cualquier caso de elección los carbapenémicos. La respuesta 3 también es incorrecta.

Pregunta (12154): (165) Varón que consulta por haber tenido, hace 48 horas, una relación sexual de riesgo sin protección, con eyaculación, con una persona con VIH que está en tratamiento antirretroviral y mantiene una carga viral indetectable desde hace años. La prueba de VIH hecha al paciente en ese momento en urgencias es negativa. ¿Cuál es la mejor recomendación que debemos darle?:

- 1. No debe hacer nada, ya que el riesgo de transmisión del VIH es insignificante.
- 2. Debe recomendarse gammaglobulina IV en las primeras 72 horas.
- 3. Debe hacer profilaxis postexposición frente al VIH durante 28 días.
- 4. Podría haber realizado profilaxis postexposición, pero ya es tarde para iniciarla.

301074 INFECCIOSAS Normal 43%

Solución: 1

La profilaxis postexposición frente al VIH está indicada en las primeras 72 horas (respuesta 4 incorrecta) con triple terapia durante 28 días (respuesta 2 incorrecta).

En la pregunta nos hablan de un paciente que ha tenido un contacto de riesgo con un paciente VIH+ con carga viral indetectable (< 50 copias/mL). Cargas virales < 1500 copias/mL hacen que la transmisión heterosexual sea improbable y el riesgo de que un paciente VIH en TAR con viremia < 200 copias/mL transmita la infección por el VIH en una relación sexual sin preservativo es muy cercano a cero. Según Harrison si la viremia del individuo de la pareja infectada desciende por debajo de niveles detectables con el tratamiento antirretroviral, no hay probabilidad de transmisión sexual a la persona no infectada de la pareja (respuesta 1 correcta, respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (12155): (166) Un paciente de 22 años presenta síntomas de proctitis, con moco, tenesmo rectal y fiebre. En la exploración se encuentra febril y presenta adenopatías inguinales bilaterales. La PCR del exudado rectal muestra Chlamydia trachomatis serovar linfogranuloma venéreo. ¿Cuál de los siguientes es el mejor tratamiento?:

- 1. Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 21 días.
- 2. Cloxacilina 500 mg cada 6 horas durante 7 días.
- 3. Ceftriaxona 0,5 g IM (una única dosis) y azitromicina 1 g VO (una única dosis).
- 4. Moxifloxacino 400 mg una vez al día durante 7 días.

301075 INFECCIOSAS Normal 62%

Solución: 1

Nos exponen un caso de Linfogranuloma Venéreo, producido por las serovariedades L1-3 de Chlamydia Trachomatis, en el que aparece un cuadro general con fiebre y proctitis, asociado a adenopatías inguinales bilaterales, que pueden supurar y doler, produciendo en ocasiones dolor abdominal bajo. En el Linfogranuloma Venéreo puede encontrarse también una úlcera genital, típicamente única y no dolorosa. El tratamiento de elección es la Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 21 días (respuesta 1 correcta). Son alternativas la eritromicina y la azitromicina 1g/semanal durante 1-3 semanas (respuestas 2, 3 y 4 incorrectas).

Pregunta (12156): (167) Varón de 34 años diagnosticado de otitis media 5 días antes, sin otros antecedentes, que comienza con fiebre de 39 °C, cefalea y rigidez de nuca. Se realiza una punción lumbar que es sugerente de meningitis bacteriana. Decide iniciar tratamiento empírico hasta recibir el cultivo y los resultados del antibiograma. ¿Cuál de los siguientes sería el mejor tratamiento?:

- 1. Ceftriaxona más vancomicina.
- 2. Cefotaxima más ampicilina.
- 3. Moxifloxacino más vancomicina.
- 4. Meropenem más ampicilina.

301076 INFECCIOSAS Fácil 92%

Solución: 1

Nos exponen un caso de un varón adulto de 34 años, que tras diagnosticarse de una otitis media aguda comienza con un cuadro compatible con meningitis aguda (fiebre de 39°C, cefalea y rigidez de nuca) de origen bacteriano. Nos preguntan por el tratamiento empírico. El tratamiento de elección de la meningitis aguda bacteriana en adultos de menos de 50 años, sin otros factores de riesgo, es la cefotaxima o ceftriaxona + vancomicina (respuesta 1 correcta, respuestas 3 y 4 incorrectas). Estaría indicado añadir la ampicilina en < 3 meses o en adultos > 50 años, alcohólicos e inmunodeprimidos, para cubrir la posibilidad de Listeria (respuesta 2 incorrecta).

RN y < 3 meses ⁽¹⁾	Cefotaxima + Ampicilina
Niños > 3 meses y Adultos < 50 años ⁽²⁾	Cefotaxima o ceftriaxona + Vancomicina
Adultos > 50 años, alcohólicos y personas debilitadas ⁽¹⁾	Cefotaxima o ceftriaxona + Ampicilina + Vancomicina
Forma intrahospitalaria, tras TCE o neurocirugía...	Ceftazidima + Vancomicina o Meropenem + Vancomicina

⁽¹⁾ En recién nacidos, ancianos e inmunodeprimidos asociamos ampicilina para cubrir la posibilidad de Listeria.

⁽²⁾ En niños inmunocompetentes y adultos añadimos vancomicina por la aparición de neumococos resistentes a penicilina y cefalosporinas

Pregunta (12157): (168) En las faringitis causadas por Streptococcus pyogenes del grupo A es cierto que:

- 1. El cuadro clínico es diagnóstico: fiebre elevada, malestar general, dolor de garganta y en ocasiones, adenopatías.
- 2. Los test de diagnóstico rápido presentan una elevada sensibilidad, por lo que si el resultado es positivo podemos establecer un diagnóstico definitivo.
- 3. La pauta de tratamiento de elección es amoxicilina-clavulánico 875 mg cada 8 horas durante 10 días.
- 4. El tratamiento antibiótico ha demostrado reducir la posibilidad de fiebre reumática pero no de glomerulonefritis postestreptocócica.

301077 INFECCIOSAS Normal 52%

Solución: 4

Nos preguntan por lo cierto de las infecciones causadas por S. pyogenes (Estreptococo beta hemolítico del grupo A), que es la causa más frecuente de faringoamigdalitis bacteriana (siendo más frecuentes las faringoamigdalitis virales globalmente). Además, las cepas faríngeas pueden producir escarlatina, y también hay cepas que tienen mayor tropismo cutáneo produciendo infecciones tipo celulitis o erisipela.

La faringoamigdalitis por S. pyogenes es de diagnóstico principalmente clínico (criterios Centor: fiebre elevada, exudados amigdalares, ausencia de tos y adenopatía laterocervical dolorosa) (respuesta 1 incorrecta), aunque el diagnóstico definitivo requiere de cultivo o test de diagnóstico rápido, que, siendo muy específicos, no son tan sensibles, encontrando un alto porcentaje de falsos negativos (respuesta 2 incorrecta).

El tratamiento de elección es la penicilina o amoxicilina, no siendo necesario añadir clavulánico ya que los estreptococos no son productores de betalactamasas, a diferencia de los estafilococos (respuesta 3 incorrecta).

Son complicaciones no supurativas, de mecanismo inmune y tardías, de las infecciones faríngeas por S. pyogenes, la fiebre reumática y la glomerulonefritis postestreptocócica. Las infecciones cutáneas pueden complicarse con glomerulonefritis pero no con fiebre reumática. El tratamiento antibiótico ha demostrado reducir la posibilidad de fiebre reumática, pero no de glomerulonefritis postestreptocócica (respuesta 4 correcta).

Pregunta (12158): (169) Paciente de 72 años, con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial, que presenta fiebre de tres semanas de evolución con malestar general, sin foco aparente aunque se intuía un soplo cardíaco por lo que es ingresado. Los hemocultivos fueron positivos para *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina con sensibilidad intermedia a vancomicina. Un ecocardiograma mostró una imagen compatible con vegetación sobre la válvula mitral. Se inició tratamiento con daptomicina 10 mg/kg IV una vez al día. Tras siete días de tratamiento sigue con fiebre y presenta ortopnea. En la exploración aparece un soplo sistólico 3/6 en ápex, irradiado a axila izquierda. La Rx de tórax muestra un infiltrado pulmonar bilateral hiliofugal alvéolo-intersticial. ¿Cuál de las siguientes es la actitud más adecuada?:

- 1. Indicar cirugía de recambio valvular urgente.
- 2. Añadir ceftarolina IV, diuréticos y control en cuidados intensivos.
- 3. Retirar daptomicina y pautar vancomicina a dosis altas y gentamicina, junto con diuréticos y control en cuidados intensivos.
- 4. Solicitar un nuevo ecocardiograma, administrar tratamiento diurético y control en cuidados intensivos.

301078 CARDIOLOGÍA Fácil 76% Solución: 1

Se trata de un paciente con Endocarditis sobre Válvula Mitral que desarrolla insuficiencia cardíaca, nos comentan que a pesar del tratamiento persiste con fiebre y además tiene soplo sistólico irradiado a axila (sugere por tanto de insuficiencia mitral) y edema agudo de pulmón.

Tiene criterio de cirugía urgente, tanto por la fiebre persistente como por la insuficiencia cardíaca secundaria a insuficiencia valvular (respuesta 1 correcta).

Aunque sería necesario probablemente ingresarlo en cuidados intensivos, el cambio de antibiótico no está indicado ya que en los casos que nos plantean (ceftarolina o vancomicina), se trataría de desescalar, ya que tienen menos acción que la daptomicina (respuestas 2 y 3 incorrectas).

Por supuesto que se realizaría nuevo ecocardiograma, pero sin duda lo prioritario es intervenir mediante cirugía (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12159): (170) Mujer de 67 años que sufrió dos meses antes de la consulta una infección por *Clostridioides difficile*. Acude por un nuevo cuadro compatible con una infección recurrente por el mismo germen. ¿Cuál es el tratamiento más eficaz para evitar recurrencias adicionales de la infección?:

- 1. Metronidazol.
- 2. Fidaxomicina.
- 3. Vancomicina.
- 4. Rifaximina.

301079 INFECCIOSAS Fácil 80% Solución: 2

La colitis pseudomembranosa es un cuadro de diarrea, generalmente nosocomial, producido por toxinas de *Clostridium difficile* por lo general en relación a la toma de antibióticos. Debe sospecharse en todo ingresado con diarrea. Clásicamente el tratamiento de elección ha sido el metronidazol (respuesta 1 incorrecta), pero en las últimas guías americanas y europeas se postula a la fidaxomicina como fármaco de primera elección, por ser el más eficaz en la prevención de recurrencias (respuesta 2 correcta).

En un documento reciente, la AEMPS se postula a favor de la fidaxomicina como tratamiento de elección en pacientes con alto riesgo de recurrencia o gravedad, pero recomienda la vancomicina en el resto de los casos, a pesar de que se ha demostrado superioridad de la fidaxomicina en la prevención de recurrencias (respuestas 3 y 4 incorrectas).

Pregunta (12160): (171) Mujer de 52 años con hipertensión arterial de difícil control que consulta por la aparición de lesiones eritematosas en las mejillas, el tórax y los brazos, junto a poliartralgias, tras iniciar tratamiento con hidralazina. Los análisis de autoinmunidad básica detectan positividad de los anticuerpos antinucleares de 1:160 (N < 1:80). Ante la sospecha de lupus inducido por fármacos, ¿cuál de los siguientes autoanticuerpos debe investigarse?:

- 1. Anticuerpos antihistona.
- 2. Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo.
- 3. Anticuerpos anticromatina.
- 4. Anticuerpos antifosfolípidos.

301080 REUMATOLOGÍA Fácil 95% Solución: 1

ANTICUERPOS	ENFERMEDAD
Anti-ADN nativo o de doble cadena (dc)	LES (muy específicos). Títulos altos se asocian con nefritis y actividad clínica
Anti DNAss (cadena simple)	LES (no específicos)
Anti-Sm	LES (el más específico)
Antihistonas (respuesta 1 correcta)	Lupus inducido por fármacos
Anticromatina (nucleosoma) (respuesta 3 incorrecta)	Actividad lúpica
Anti-Jo I	Polimiositis con enfermedad intersticial pulmonar
Anti-Ro/SS-A	Síndrome de Sjögren, LES (lupus neonatal, fotosensibilidad, lupus cutáneo subagudo)
Anti-La/SS-B	Síndrome de Sjögren, LES (bajo riesgo de nefritis)
Antitopoisomerasa I (Anti-Scl 70)	Esclerosis sistémica (el más específico)
Anticentrómero	Esclerosis sistémica (formas limitadas)
Anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) (respuesta 2 incorrecta)	Granulomatosis con poliangeitis, Granulomatosis eosinofílica con poliangeitis, Panarteritis microscópica
Anticoagulante lúpico (respuesta 4 incorrecta)	Síndrome antifosfolípido; LES
Anticardiolipina (respuesta 4 incorrecta)	Síndrome antifosfolípido, LES
Antib2-glicoproteína 1 (respuesta 4 incorrecta)	Síndrome antifosfolípido; LES

Pregunta (12161): (172) En una paciente diagnosticada recientemente de esclerodermia difusa, ¿cuáles son los controles que deben realizarse periódicamente durante los primeros meses de evolución?:

- 1. Ecocardiografía Doppler y electrocardiograma.
- 2. Índice de Rodnan (prueba del grosor de la piel) y capilaroscopia.
- 3. Función renal y presión arterial.
- 4. Pruebas funcionales respiratorias y TC de tórax.

301081 REUMATOLOGÍA Difícil 20% Solución: 3

La aparición de manifestaciones renales entraña un mal pronóstico. Habitualmente, la sintomatología se manifiesta durante los primeros meses de evolución de la enfermedad y su expresión varía desde una proteinuria o un sedimento patológico hasta el desarrollo de la grave crisis renal esclerodérmica, caracterizada por una insuficiencia renal rápidamente progresiva, hipertensión maligna con encefalopatía y retinopatía hipertensiva, acompañada a veces de una anemia hemolítica microangiopática (respuesta 3 correcta). Es más frecuente en la forma difusa y en los primeros años de evolución (respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).

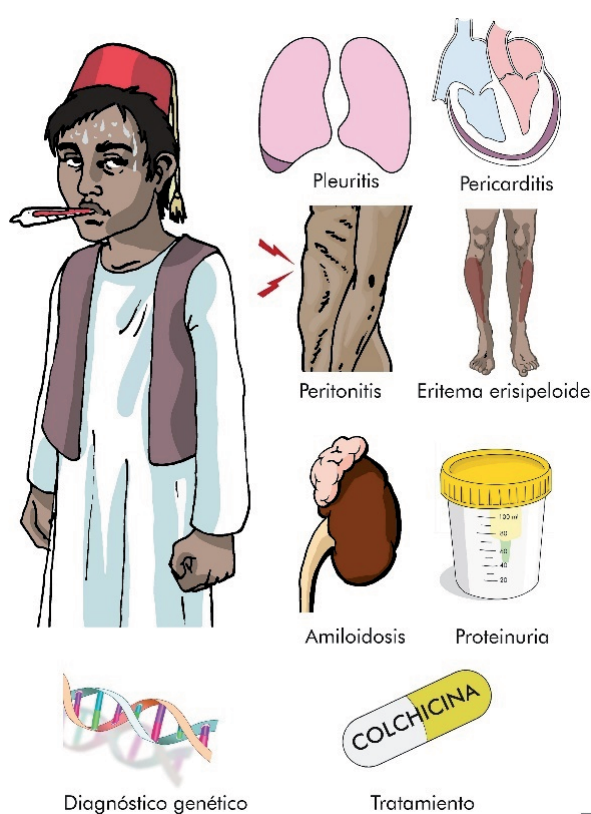
Pregunta (12162): (173) Varón de 23 años, de raza caucásica y natural de Zaragoza, sin antecedentes patológicos ni familiares destacables. Desde los cinco años presenta episodios autolimitados de fiebre hasta 39 °C, dolor abdominal difuso, mialgias generalizadas y lesiones eritematosas en la parte inferior de las piernas. A la edad de 10 años fue apendicetomizado, aunque en el apéndice no se evidenciaron signos inflamatorios. Los episodios duran unos 2- 3 días, mejoran con AINE y se repiten cada 1 o 2 meses. Durante los brotes febriles, en la exploración física destaca un dolor abdominal difuso con defensa a la palpación superficial y lesiones erisipeloides en la cara antero-lateral y distal de las piernas, y en los análisis una elevación de la proteína C reactiva de hasta 6 mg/dL (N <1 mg/dL), que se normalizan en periodos sin fiebre. ¿Cuál es el diagnóstico inicial más probable?:

- 1. Síndrome de Muckle-Wells (síndrome periódico asociado a criopirina).
- 2. Fiebre mediterránea familiar.
- 3. Síndrome de Blau (granulomatosis artrocutaneouveal).
- 4. Síndrome periódico asociado al receptor del factor de necrosis tumoral.

301082 REUMATOLOGÍA Fácil 81% Solución: 2

La **fiebre mediterránea familiar (FMF)** (respuesta 2 correcta) (respuestas 1, 3 y 4 incorrectas) comienza habitualmente en la **edad pediátrica** (80% antes de los 20 años). Los **episodios inflamatorios** son breves (24-72h) y **recurren cada 3-4 semanas**, estando separados por intervalos asintomáticos. Sus principales manifestaciones son:

- **Fiebre:** Presente en casi todos los pacientes, se instaura de forma brusca, pudiendo alcanzar los 39-40°C.
- Manifestaciones digestivas (91%): Son secundarias a una **peritonitis aséptica** que puede manifestarse como abdomen agudo.
- Dolor torácico (50%): Debido a pleuritis o pericarditis estéril.
- Manifestaciones articulares: secundarias a sinovitis estéril, que se manifiestan como artralgias o artritis.
- 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 (12163): (174) Mujer de 41 años con antecedentes de retraso del crecimiento durante la infancia sin alteración en los estadios del desarrollo. Refiere intolerancia al ejercicio desde la juventud que describe como falta de habilidad para los deportes. En los últimos 4 años refiere aumento del perímetro abdominal; una ecografía evidenció hepatomegalia leve, uniforme, sin datos ecográficos de cirrosis. Tras una infección leve por COVID-19 hace 8 meses desarrolla inestabilidad y debilidad simétrica generalizada y progresiva que le impide realizar las actividades de la vida diaria, con episodios de sudoración. Exploración física: fuerza muscular globalmente disminuida de forma simétrica. Discreta hepatomegalia no dolorosa. Análisis: pH arterial 7,38, PaO2 99 mmHg, PaCO2 39 mmHg, glucemia 49 mg/dL, ASAT/ALAT 63/71 U/L, lactato 14 mg/dL (N: 5- 20), amonio 25 µmol/L (N: 9-33), TSH: 4,6 mUI/L (N: 0,37-4,7), creatinina 500 U/L (N:<300), cetonuria ++. Un ecocardiograma evidenció ligera hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

- 1. Glucogenosis tipo III.
- 2. Síndrome post COVID-19.
- 3. Hipertiroidismo primario.
- 4. Alteración en la beta-oxidación de los ácidos grasos.

301083 BIOQUÍMICA Normal 59% Solución: 1

La tríada de **retraso del crecimiento**, **hepatomegalia** y **alteraciones de la regulación de la glucemia** debe alertarnos sobre posibles trastornos en el metabolismo del glucógeno. La coexistencia de signos de afectación hepática con alteraciones musculares nos deben hacer pensar en **glucogenosis** que afecten tanto a **hígado** como a **músculo**, como son las glucogenosis tipo II, III (respuesta 1 correcta), IV y VIII principalmente.

En la glucogenosis tipo III o enfermedad de Cori pueden encontrarse hipoglucemia, normolactacidemia y cetonuria, así como afectación miocárdica, tal y como se describe en el enunciado.

El **long-COVID** o **síndrome post-COVID** engloba un gran número de **síntomas** de varias esferas, incluyendo la pérdida de fuerza y episodios de sudoración, pero **no explican las alteraciones analíticas ni fenotípicas descritas** (respuesta 2 incorrecta).

El **hipertiroidismo primario** cursa con valores **suprimidos** de TSH (respuesta 3 incorrecta).

En los **trastornos en la beta-oxidación** de los ácidos grasos, los parámetros más alterados son la concentración de carnitina libre (disminuida) y acilcarnitina y ácidos grasos aumentados (respuesta 4 incorrecta).

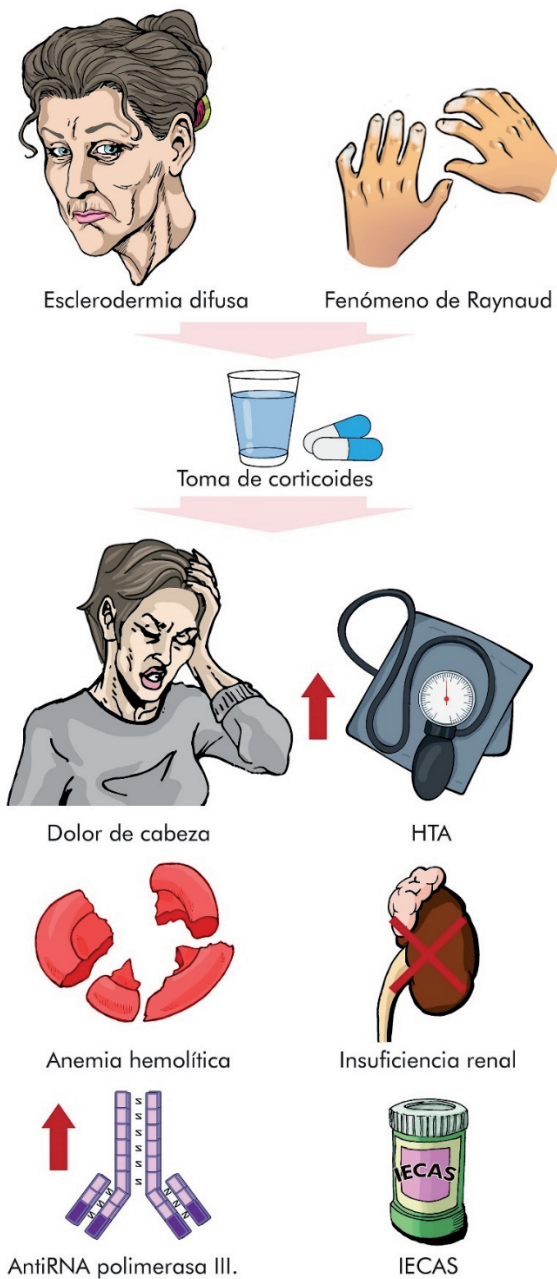
Pregunta (12164): (175) Mujer de 42 años que desde hace 4 años, con el frío, presenta cambio de coloración de los dedos de las manos con intensa palidez. Desde hace unos meses precisa tratamiento con omeprazol por sensación de ardor retroesternal ocasional y en la exploración se observa dificultad para pinzar la piel en el dorso de las manos. ¿Cuál de los siguientes autoanticuerpos consideramos esencial para su correcto seguimiento, por las consecuencias pronósticas que comportaría su positividad?:

- 1. Anti-ADN
- 2. Anti-proteinasa 3.
- 3. Anti-membrana basal glomerular.
- 4. Anti-ARN polimerasa III.

301084 REUMATOLOGÍA Fácil 85% Solución: 4

Caso clínico dónde se presenta una paciente mujer de edad media con sospecha de esclerodermia (fenómeno de Raynaud, afectación esofágica y fibrosis cutánea). La aparición de manifestaciones renales entrañan mal pronóstico. La presencia de **antiRNA-polimerasa III** se ha asociado a crisis renales esclerodérmicas por lo que su adecuado seguimiento es de vital importancia para la supervivencia de los pacientes (respuesta 4 correcta).

Los anticuerpos anti-DNA se suelen apreciar en los casos activos de LES (respuesta 1 incorrecta). Los anticuerpos anti-proteinasa 3 o C-ANCA son específicos de granulomatosis con poliangeitis (respuesta 2 incorrecta). Los anticuerpos anti-membrana basal glomerular aparecen en la enfermedad de Goodpasture o enfermedad anticuerpos antimembrana basal (respuesta 4 incorrecta).



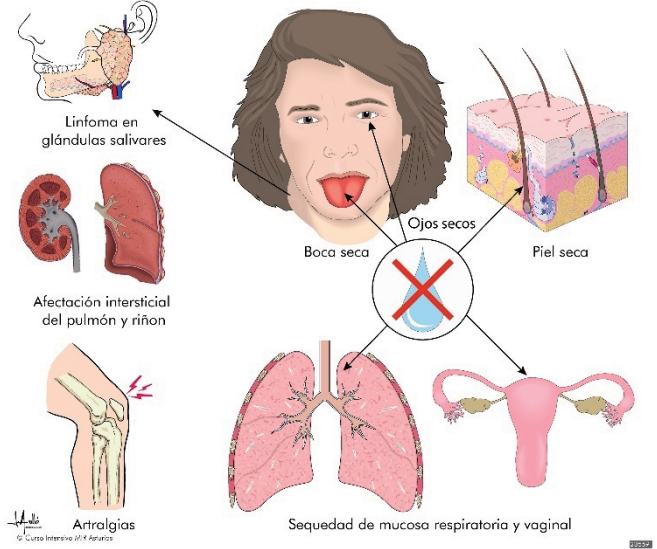
Pregunta (12165): (176) En el momento del diagnóstico de un síndrome de Sjögren, ¿qué factores se asocian a la posibilidad de desarrollar un linfoma B?:

- 1. Fiebre y adenopatías.
- 2. Anticuerpos anti-La y anti-Ro.
- 3. Esplenomegalia y pancitopenia.
- 4. Hipocomplementemia y crioglobulinemia.

301085 REUMATOLOGÍA Normal 62%

Solución: 4

Estudios recientes se han centrado en la identificación de los factores presentes en el momento del diagnóstico que se asocian a una peor evolución en el síndrome de Sjögren. Dentro de estos factores se incluyen la afección grave de las glándulas exocrinas, la vasculitis, la enfermedad pulmonar intersticial, la hipocomplementemia y la crioglobulinemia (respuesta 4 correcta, resto de opciones incorrectas). Estos pacientes conforman un subgrupo definido que requiere un estrecho seguimiento clínico y, posiblemente, la instauración temprana de medidas terapéuticas agresivas.



Pregunta (12166): (177) Varón de 45 años, no fumador y no consume alcohol, que consulta por disnea progresiva de dos meses de evolución. Exploración física: afebril, frecuencia respiratoria 19 rpm, frecuencia cardíaca 120 lpm, SatO2 93 %. Lesiones cutáneas de aspecto ulceroso en palmas y dedos de las manos; estertores crepitantes en ambas bases pulmonares; fuerza muscular normal. Análisis: CK 300 UI/L (N: <150) y aldolasa 12 UI/L (N: <6). Radiografía de tórax: patrón intersticial bibasal. Una biopsia muscular evidenció necrosis de células musculares, atrofia perifascicular e infiltrados inflamatorios perivasculares. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

- 1. Dermatomiositis asociada al autoanticuerpo anti-TIF1-gamma (transcription intermediary factor 1-gamma).
- 2. Miopatía inflamatoria idiopática asociada al autoanticuerpo anti-FHL-1 (Four and a half LIM domains 1).
- 3. Dermatomiositis asociada al autoanticuerpo anti-MDA-5 (melanoma differentiation-associated gen 5).
- 4. Miopatía miofibrilar asociada al anticuerpo anti-desmina.

301086 REUMATOLOGÍA Difícil 30%

Solución: 3

Los anticuerpos contra MDA5 se vinculan con la dermatomiositis amiofática caracterizada por exantema palmar intenso, úlceras digitales y enfermedad pulmonar intersticial de progresión rápida (respuesta 3 correcta).

La dermatomiositis paraneoplásica se correlacionan con los anticuerpos contra TIF1 (o p155) (respuesta 1 incorrecta).

La miopatía inflamatoria asociadas al autoanticuerpo anti-FHL-1 se asocia con atrofia muscular, disfagia, importante daño de fibras musculares y vasculitis (respuesta 2 incorrecta).

Las desminopatías son caracterizadas por miopatía esquelética y miocardiopatía (principalmente restrictiva) con arritmias o trastornos en la conducción (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12167): (178) Varón de 56 años, que acude para control de su diabetes mellitus tipo 2. En tratamiento con metformina 850 mg dos veces al día desde hace ocho semanas. Refiere encontrarse bien, sin poliuria ni polidipsia, con controles glucémicos entre 140- 180 mg/dL. Su última HbA1c fue 7,7 %. Exploración física: tensión arterial 137/86 mmHg y pulso 74 lpm. El fondo de ojo revela retinopatía proliferativa leve. En el sedimento urinario se observa microalbuminuria de 180 mg/g creatinina. ¿Cuál es el siguiente paso más adecuado?:

- 1. Estudio de orina de 24 horas para determinación de proteínas y creatinina.
- 2. Indicar una ecografía renal.
- 3. Iniciar tratamiento con antagonistas del calcio.
- 4. Iniciar tratamiento con IECAS.

301087 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 66%

Solución: 4

Los IECA son el tratamiento de elección en paciente diabético con HTA o mal control de la misma, por su acción antihipertensiva y antiproteinúrica, por lo que son los fármacos de elección en el caso clínico donde el paciente además tiene lesión microvascular (respuesta 4 correcta), el segundo paso terapéutico sería el uso de calcioantagonistas (respuesta 3 incorrecta). Pruebas como el estudio de orina de 24 horas o la ecografía, no serían útiles en este momento y sí lo podrían ser en el seguimiento tras el tratamiento anterior (respuestas 1 y 2 incorrectas).

Pregunta (12168): (179) Mujer de 65 años que consulta por hipercolesterolemia. Niega antecedentes personales o familiares de dislipemia. En la analítica destaca: colesterol total 500 mg/dL, colesterol LDL 350 mg/dL, HDL 38 mg/dL y triglicéridos 206 mg/dL. Resto de análisis y hormonas tiroideas normales, salvo proteínas totales 5,9 g/dL (N: 6,4-8,3) y albúmina 3 g/dL (N: 3,5-5). Orina elemental con relación albúmina/creatinina de 2.000 mg/g y proteinuria ++++. En el examen físico no hay xantomas ni arco corneal, sí discretos edemas maleolares. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Dislipemia secundaria a un síndrome nefrótico.
2. Hipercolesterolemia familiar heterocigota.
3. Hipercolesterolemia familiar homocigota.
4. Hipercolesterolemia familiar recesiva por afectación del gen LDLRAP1.

301088 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 82% Solución: 1

La hipercolesterolemia familiar heterocigótica se caracteriza por concentraciones elevadas de LDL, xantomas tendinosos, aterosclerosis y enfermedad cardiovascular prematura (respuesta 2 incorrecta). La hipercolesterolemia familiar homocigota se caracteriza por colesterol total > 500, xantomas y enfermedad cardiovascular arteroesclerótica prematura y progresiva (respuesta 3 incorrecta). La hipercolesterolemia familiar recesiva por afectación del gen LDLRAP1 se presenta con un fenotipo clínico similar a la HF homocigota clásica (respuesta 4 incorrecta). En el caso clínico de la pregunta, no aparecen los rasgos fenotípicos de la hipercolesterolemias familiares. La hipercolesterolemia de la pregunta está en relación al síndrome nefrótico descrito y como causas de hipercolesterolemias secundarias tenemos: DM, IRC, hipotiroidismo, cirrosis biliar primaria... (respuesta 1 correcta).

Pregunta (12169): (180) ¿Qué tipo de deseos del paciente NO pueden atenderse en una planificación anticipada de decisiones (o planificación compartida de la atención)?:

1. Rechazo de intervenciones con riesgo vital.
2. Donación de órganos.
3. Rechazo de intervenciones sin riesgo vital.
4. Instauración de intervenciones fútiles, sin indicación clínica.

301089 BIOÉTICA Fácil 75% Solución: 4

En nuestro país, el actual desarrollo del testamento vital, legalizado como documento de instrucciones previas o voluntades vitales anticipadas en la Ley 41/2002, básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, pretende asegurar el derecho a la toma autónoma de decisiones. El documento de voluntades anticipadas es el documento escrito, dirigido al médico responsable, en el que una persona mayor de edad, capaz y libremente expresa las instrucciones a tener en cuenta en una situación en la que no pueda expresar personalmente su voluntad (momentos finales de la vida o cualquier otra situación donde haya una grave limitación física o psíquica). El rechazo de ciertas intervenciones con y sin riesgo vital, así como la donación de órganos, Sí forman parte de dichas instrucciones y voluntad personal del paciente (respuestas 1, 2 y 3 incorrectas).

Pero existen una serie de excepciones a la aplicación de dicho documento: Que la voluntad expresada por el paciente implique una acción contra la legislación vigente; que las intervenciones médicas que el paciente desea recibir estén contraindicadas para su enfermedad (que sean contrarias a la Buena Práctica Médica) o que sean intervenciones fútiles, sin indicación clínica (respuesta 4 correcta) y que la situación que se anticipa en el documento sea distinta a la que se presenta en realidad.



Pregunta (12170): (181) Mujer de 89 años, institucionalizada en residencia desde hace 5 años por demencia tipo Alzheimer de 8 años de evolución. Es dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria y presenta deterioro cognitivo grave. No reconoce a sus familiares ni es capaz de emitir lenguaje. Ingres por un cuadro de infección respiratoria de mecanismo aspirativo. Tras completar un ciclo antibiótico evoluciona favorablemente pero al intentar reintroducir la ingesta oral persiste disfagia con riesgo alto de aspiración. El médico responsable propone a los hijos no iniciar estrategias de alimentación enteral por sondas, sino dejar la enfermedad a su evolución natural, realizando un tratamiento sintomático de eventuales complicaciones. ¿Qué concepto ético subyace a esta decisión clínica?:

1. Rechazo al tratamiento.
2. Eutanasia activa.
3. Limitación de esfuerzo terapéutico.
4. Obstinación terapéutica.

301090 BIOÉTICA Fácil 76% Solución: 3

Nos presentan el caso clínico de una mujer de 89 años de edad con demencia e institucionalizada, totalmente dependiente y con deterioro cognitivo grave. Ingres por una infección respiratoria broncoaspirativa. Tras tratamiento antibiótico, al intentar reintroducir la ingesta oral, persiste la disfagia. Debido a la situación basal y actual de la paciente, dado el mal pronóstico vital, el médico propone no realizar estrategias terapéuticas invasivas y dejar la enfermedad a la evolución natural, realizando únicamente un tratamiento sintomático. Esta decisión clínica está basada en la limitación del esfuerzo terapéutico. Según la nueva Ley de Eutanasia (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia) (LORE), el término correcto para responder a esta pregunta sería el de "Adecuación del esfuerzo terapéutico", que consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje, adaptando los tratamientos a la situación clínica del paciente. El término "limitación del esfuerzo terapéutico" es un término obsoleto y debería evitarse, ya que no se trata de ninguna limitación de tratamientos, sino de una adecuación de éstos (respuesta 3 correcta). El rechazo al tratamiento implicaría una manifestación de voluntad por parte del paciente (o, en este caso, de la persona en quien recae la responsabilidad de prestar consentimiento por representación) consistente en una negativa a prestar su consentimiento para iniciar o continuar un tratamiento concreto; en este caso, la propuesta parte del médico responsable, por lo que se descarta esta opción (respuesta 1 incorrecta).

Actualmente, los términos de eutanasia "activa" y "pasiva" se consideran términos obsoletos; actualmente, los términos que se utilizan son los de eutanasia y suicidio asistido. Tanto en la eutanasia como en el suicidio asistido se provoca la muerte para liberar el sufrimiento, mediante la administración de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida. La diferencia es que en la eutanasia, es el sanitario el que administra el fármaco de modo directo a petición del paciente y en el suicidio asistido es el propio paciente el que se administra el fármaco. Por lo descrito, en el caso presentado no se trata de la aplicación de **eutanasia** (respuesta 2 incorrecta).

La **obstinación terapéutica** consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, para así evitar la muerte en un paciente tributario exclusivamente de tratamiento paliativo (respuesta 4 incorrecta).

	Sedación	Eutanasia	Suicidio asistido
Intencio-nalidad	Aliviar síntomas refractarios	Provocar la muerte para liberar el sufrimiento	Provocar la muerte para liberar el sufrimiento
Proceso	Prescripción de fármacos ajustados a la respuesta del paciente	Administración de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida	Administración de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida
Agentes implicados	Equipo asistencial de acuerdo con paciente-familia	El sanitario administra el fármaco de modo directo a petición del paciente	El propio paciente se administra el fármaco. El sanitario facilita los medios
Resultados	Alivio del sufrimiento	Muerte	Muerte

Pregunta (12171): (182) Paciente de 48 años, diagnosticado de esclerosis lateral amiotrófica hace 3 años. Precisa ayuda para todas las actividades básicas de la vida diaria y sonda para mantener su alimentación. En el último año, ha tenido varios ingresos por infecciones respiratorias. Actualmente ingresa por una nueva infección respiratoria con insuficiencia respiratoria global asociada. El paciente requiere ventilación mecánica no invasiva como parte del tratamiento. Tras 5 días de ingreso, sin presentar mejoría clínica, el paciente manifiesta que está viviendo un sufrimiento intolerable, que no encuentra sentido a continuar viviendo en una situación así y solicita que se le retire la ventilación mecánica, aunque le provoque la muerte. Después de varias conversaciones, Vd. confirma con el paciente que este es su deseo y que su familia apoya la decisión. Esta se trata de una decisión de:

- 1. Rechazo de tratamiento.
- 2. Limitación del esfuerzo terapéutico.
- 3. Obstinación terapéutica.
- 4. Eutanasia.

301091 BIOÉTICA Difícil 24%

Solución: 1

Este caso clínico nos presenta a un paciente de 48 años diagnosticado de esclerosis lateral amiotrófica, totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria. Tras ingresar por insuficiencia respiratoria global y precisar ventilación mecánica durante 5 días, refiere un sufrimiento intolerable y **solicita que se le retire la ventilación mecánica**; se trata de una decisión de **rechazo de tratamiento** (respuesta 1 correcta). El rechazo al tratamiento implicaría una manifestación de voluntad por parte del paciente consistente en una negativa a prestar su consentimiento para iniciar o continuar un tratamiento concreto. En este caso, el paciente rechaza el tratamiento; no se trata de una **limitación** (el término más correcto, según la nueva Ley de Eutanasia, sería el de **adecuación del esfuerzo terapéutico**) (respuesta 2 incorrecta).

La **obstinación terapéutica** consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, para así evitar la muerte en un paciente tributario exclusivamente de tratamiento paliativo; totalmente lo contrario que solicita el paciente, que desea le retiren la ventilación mecánica (respuesta 3 incorrecta).

El paciente no solicita la **eutanasia**, en la cual el sanitario administra el fármaco de modo directo a petición del paciente (respuesta 4 incorrecta).

	Sedación	Eutanasia	Suicidio asistido
Intencio-nalidad	Aliviar síntomas refractarios	Provocar la muerte para liberar el sufrimiento	Provocar la muerte para liberar el sufrimiento
Proceso	Prescripción de fármacos ajustados a la respuesta del paciente	Administración de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida	Administración de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida
Agentes implicados	Equipo asistencial de acuerdo con paciente-familia	El sanitario administra el fármaco de modo directo a petición del paciente	El propio paciente se administra el fármaco. El sanitario facilita los medios
Resultados	Alivio del sufrimiento	Muerte	Muerte

Pregunta (12172): (183) Varón de 65 años traído al servicio de Urgencias intubado y sedado por un politraumatismo tras un accidente de tráfico. Tras la valoración inicial se objetiva una laceración esplénica que requiere intervención quirúrgica urgente. ¿Cómo se debería proceder con el proceso de consentimiento y la firma del formulario de consentimiento a la cirugía?:

- 1. No es posible realizar una intervención quirúrgica urgente cuando sólo se obtiene un consentimiento verbal de un representante del paciente.
- 2. Si no se pudiera contactar con ningún familiar o allegado del paciente no podría realizarse la intervención quirúrgica.
- 3. El médico responsable debe intentar contactar con los familiares del paciente y, tras explicar la situación, obtener de ellos el consentimiento para realizar la intervención.
- 4. Sin un documento de consentimiento informado firmado por los familiares del paciente no es posible realizar la intervención.

301092 BIOÉTICA Fácil 97%

Solución: 3

El caso clínico descrito corresponde a un paciente intubado y sedado por un politraumatismo, en el cual se objetiva una laceración esplénica que requiere cirugía urgente, la cual hay que realizar ya, sin demora, no siendo necesario en este caso el consentimiento informado, ya que es una urgencia vital y si hay retraso en el tratamiento puede haber riesgo de lesiones irreversibles o de fallecimiento.

El médico responsable debe intentar contactar con los familiares del paciente y, tras explicar la situación, obtener de ellos el consentimiento para realizar la intervención (respuesta 3 correcta); pero en el caso de no obtenerlo, la intervención se puede realizar ya que estaríamos ante una excepción a la obtención del consentimiento informado.

Los supuestos recogidos por la Legislación española que eximen de la obligatoriedad de contar con el consentimiento informado son:

- 1. "Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública" (no de una persona individual).
- 2. "Cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas".
- 3. "Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento" (ÉSTE SERÍA NUESTRO CASO CLÍNICO).

Al tratarse de una **cirugía urgente**, aunque no obtengamos el consentimiento informado (sea verbal o escrito), **podremos llevar a cabo ese tratamiento**, ya que estamos ante una excepción recogida por la Ley (respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).



Consentimiento informado

Pregunta (12173): (184) En relación con el tratamiento de la depresión mediante fármacos antidepresivos en pacientes con enfermedades terminales. ¿Cuál de las siguientes es la mejor opción?:

- 1. La dosis inicial de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina debe ser la misma que la utilizada en adultos sin enfermedad terminal.
- 2. Se recomienda evitar los antidepresivos tricíclicos, a menos que se utilicen como complementos en el tratamiento del dolor.
- 3. En pacientes en los que predominan síntomas como ansiedad o insomnio es preferible el uso de fluoxetina.
- 4. La trazodona, incluso cuando se emplea a dosis bajas, está contraindicada por sus frecuentes efectos adversos.

301093 C. PALIATIVOS Normal 63%

Solución: 2

Los **antidepresivos recomendados** de primera línea en pacientes con enfermedad terminal **son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina por presentar menos efectos secundarios que los antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos. Los antidepresivos tricíclicos pueden utilizarse como coadyuvantes en dolor neuropático** (respuesta 2 correcta). Los efectos adversos determinan con frecuencia cuál antidepresivo usar. En el caso de **trazodona las dosis empleadas en enfermos en fase final son 150 mg/día** (estándar 50-300 mg/d) teniendo en cuenta el **riesgo de hipotensión postural y priapismo** (respuesta 4 incorrecta). Los pacientes con cáncer u otra enfermedad terminal a menudo responden a **dosis de antidepresivos más bajas de lo habitual** (respuesta 1 incorrecta).

Debe escogerse el antidepresivo cuyo perfil de efectos adversos se ajuste al paciente. Por ejemplo, en pacientes con retraso psicomotor son más útiles las sustancias activadoras como metilfenidato o fluoxetina y en pacientes agitados y deprimidos, drogas más sedantes como nortriptilina, sertralina y paroxetina. En **ansiedad o insomnio** se emplean las **benzodiacepinas** cuyas dosis no difieren de las empleadas en la población general (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (12174): (185) En relación con el tratamiento del estreñimiento en los pacientes con enfermedades terminales, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. En presencia de tratamiento con opioides son recomendables los suplementos de fibra vegetal.
- 2. Los elementos fundamentales del tratamiento son los laxantes estimulantes y osmóticos, reblandecedores de heces, líquidos y enemas.
- 3. Para evitar el estreñimiento causado por los opioides se debe recurrir a la combinación de un laxante y un reblandecedor de heces.
- 4. Si no hay defecación tras varios días de tratamiento, se necesita el tacto rectal para extraer el material impactado.

301094 C. PALIATIVOS Normal 50%

Solución: 1

El **tratamiento del estreñimiento por morfina** se basa en **laxantes osmóticos o estimulante, un reblandecedor de heces**, asegurar la ingesta adecuada de líquidos, realizar ejercicio si fuera posible y administrar supositorios, enemas, o **laxantes rectales** (respuestas 2 y 3 incorrectas). Estos últimos deben **evitarse** en caso de trombocitopenia, leucopenia, mucositis, enfermos muy debilitados a causa del cáncer y su tratamiento.

En caso de **ausencia de defecación en días** se debe sospechar **impactación fecal** procediendo a **tacto rectal y extracción de las heces** (respuestas 4 incorrecta).

La fibra está contraindicada en el estreñimiento por morfina en pacientes terminales (respuesta 1 correcta). La fibra se asocia con cólicos y flatulencias por disminuir esta la peristalsis, requiere alta ingesta hídrica difícil de lograr en pacientes con cáncer y es poco eficaz en el estreñimiento grave o por opiáceos. Concepto repetido en 2012.

Pregunta (12175): (186) Varón de 95 años que ingresa en el servicio de urgencias del hospital con el antecedente de traumatismo craneal por caída casual en el domicilio y en una TC craneal se observa hematoma epidural agudo. Fallece poco tiempo después del ingreso en el propio servicio de urgencias. Desde el punto de vista legal, el facultativo responsable tiene la obligación de cumplimentar solo uno de los siguientes documentos:

- 1. Certificado ordinario de defunción.
- 2. Boletín estadístico de defunción con intervención judicial (muerte violenta).
- 3. Boletín estadístico de defunción.
- 4. Parte de lesiones.

301095 MEDICINA LEGAL Difícil -2%

Solución: 4

En el caso clínico presentado, el facultativo responsable tiene la obligación de cumplimentar el **parte de lesiones**, el cual es obligatorio realizar tras haber atendido a pacientes con lesiones producidas por agresiones o por mecanismos que se desconocen, para así informar de ello a la autoridad judicial (respuesta 4 correcta). Esto viene recogido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Hay que recoger datos de filiación del lesionado y realizar una descripción minuciosa de las lesiones, indicando tratamiento y pronóstico de las mismas.

Nos dicen que tras ingresar el paciente en Urgencias, fallece poco tiempo después. En el enunciado no nos dicen si el traumatismo craneal sufrido por el paciente fue por un accidente fortuito o provocado, en cuyo caso debe ser derivado al juzgado para la investigación de las causas por el médico forense; además, en este caso **será el médico forense** el encargado de cumplimentar tanto el **certificado de defunción** como el **boletín estadístico de defunción** (respuestas 1, 2 y 3 incorrectas).



Parte de lesiones

Pregunta (12176): (187) Si una persona que es menor de 18 años desea ser donante de órgano de vivo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

- 1. Si la persona tiene entre 16 y 18 años, la decisión corresponde a la persona menor si demuestra que es capaz de comprender el alcance del procedimiento. pero los padres o tutores deben ser consultados obligatoriamente.
- 2. Si la persona tiene entre 16 y 18 años, la decisión corresponde a los padres o tutores legales, pero la persona menor debe ser consultada si demuestra que es capaz de comprender el alcance del procedimiento.
- 3. En caso de conflicto entre el criterio del menor y el de sus padres o tutores legales, debe resolver un juez mediante la aplicación del principio del interés superior del menor.
- 4. Los menores de 18 años no pueden ser donantes de órganos de vivo, según la Ley. No hay excepciones.

301096 MEDICINA LEGAL Difícil -13%

Solución: 4

Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.

En su artículo 8 se recogen los requisitos para la obtención de órganos de donante vivo.

La obtención de órganos procedentes de donantes vivos para su ulterior trasplante podrá realizarse si se cumplen los siguientes requisitos:

- a) El donante debe ser mayor de edad, gozar de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado (respuesta 4 correcta).
- b) Debe tratarse de un órgano, o parte de él, cuya obtención sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura.
- c) El donante habrá de ser informado previamente de las consecuencias de su decisión, de los riesgos, para sí mismo o para el receptor, así como de las posibles contraindicaciones, y de la forma de proceder prevista por el centro ante la contingencia de que una vez se hubiera extraído el órgano, no fuera posible su trasplante en el receptor al que iba destinado. El donante debe otorgar su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y desinteresada. La información y el consentimiento deberán efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.
- d) El donante no deberá padecer o presentar deficiencias psíquicas, enfermedad mental o cualquier otra condición por la que no pueda otorgar su consentimiento en la forma indicada. Tampoco podrá realizarse la obtención de órganos de menores de edad, aún con el consentimiento de los padres o tutores (respuestas 1, 2 y 3 incorrectas).
- e) El destino del órgano obtenido será su trasplante a una persona determinada con el propósito de mejorar sustancialmente su pronóstico vital o sus condiciones de vida.



Donación de órganos

Pregunta (12177): (188) Respecto de la escabiosis o sarna, señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. Es una infestación cutánea muy contagiosa causada por el *Sarcoptes scabiei*.
- 2. Se trata de una erupción polimorfa en la que confluyen lesiones producidas por el propio ácaro que se localizan en los pliegues interdigitales y las muñecas, y en menor medida en las axilas, en las mamas y en el pene.
- 3. En los casos muy persistentes del adulto las lesiones suelen generalizarse por el tronco y la cara.
- 4. El análisis mediante dermatoscopia del final del trayecto de un surco puede poner en evidencia el ácaro, que se ve en forma de ala delta.

301097 DERMATOLOGÍA Difícil 31% Solución: 3

La sarna o escabiosis es la infestación epidérmica superficial por el ácaro *S. scabiei* variedad *hominis* (respuesta 1 incorrecta). Es muy contagiosa; la transmisión es por el contacto entre la piel y los fómites. Los ácaros pueden permanecer vivos durante más de dos días en las prendas de vestir o en la ropa de cama. Las personas con hiperinfestación desprenden muchos ácaros hacia su entorno todos los días y plantean un alto riesgo de infectar a quienes les rodean.

El exantema fluctúa desde ninguno hasta la eritrodermia generalizada. Las lesiones que aparecen en las zonas de infestación de los ácaros son los "surcos intraepidérmicos": rebordes del color de la piel de 0.5 a 1 cm de longitud lineales o serpiginosos, con vesículas diminutas o pápula al final del túnel. Cada ácaro hembra que infesta produce un surco. Estos surcos acarinos los encontramos en zonas con folículos pilosos escasos o nulos, por lo general donde el estrato córneo es delgado y blando, es decir, membranas interdigitales de las manos, muñecas, cuerpo del pene, codos, pies, glúteos y axilas (respuesta 2 incorrecta). En los lactantes, puede ocurrir infestación en la cabeza y el cuello, pero en los adultos es raro encontrarlo. En la sarna del adulto no se afecta típicamente ni la cabeza ni el cuello, excepto en la sarna noruega (respuesta 3 correcta).

El hallazgo dermatoscópico fundamental en la escabiosis consiste en la detección de estructuras triangulares de color marrón, que tienen correlación en el examen microscópico tradicional con la sección anterior pigmentada del ácaro. En continuidad con la base del triángulo, se aprecia generalmente una estructura lineal de morfología curva u ondulada que se corresponde con el surco acarino. Este signo ha recibido el nombre de "signo del ala delta" (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12178): (189) Mujer de 49 años, hiperfrecuentadora, que acude a consulta refiriendo precisar un parte de baja laboral, por llevar varios días sin acudir al trabajo al estar todo este tiempo con mareos. Tras una exploración completa y una anamnesis detallada Ud. detecta que está siendo víctima de violencia por parte de su pareja, situación que nunca antes ella le había comentado y que Ud. ha detectado. En qué nivel de prevención sitúa Ud. la actuación del médico:

- 1. Prevención primaria.
- 2. Prevención secundaria.
- 3. Prevención terciaria.
- 4. Prevención cuaternaria.

301098 MEDICINA PREVENTIVA Normal 62% Solución: 2

La prevención secundaria se basa en el cribado y la detección precoz de problemas. Tanto el cribado rutinario como la notificación precoz a las autoridades formarían parte de la prevención secundaria (respuesta 2 correcta).

La prevención primaria es aquella que actúa sobre los factores de riesgo responsables de un evento, intentando por tanto disminuir la exposición a ellos y así, reducir la incidencia o casos nuevos (respuesta 1 incorrecta). En el caso del maltrato contra las mujeres, la prevención primaria consistiría en actividades educativas en igualdad y corresponsabilidad para evitar conductas de riesgo y así evitar casos nuevos de violencia de género.

La prevención terciaria es la que está encaminada a la rehabilitación tras una enfermedad o un problema de salud. Las medidas de ayuda social o económica a las mujeres víctimas de maltrato sería un ejemplo de prevención terciaria (respuesta 3 incorrecta).

La prevención cuaternaria es la que intenta reducir los riesgos derivados de la atención sanitaria, la iatrogenia o el encarnizamiento terapéutico (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12179): (190) Varón de 50 años, sin antecedentes de interés salvo que es fumador de 20 cigarrillos al día. Realiza vida sedentaria y no toma medicación de forma crónica. A la exploración se observa: circunferencia abdominal 104 cm, presión arterial 136/89 mmHg. En la analítica destaca: triglicéridos 160 mg/dL, colesterol HDL 30 mg/dL y glucemia basal 88 mg/dL. Según los criterios diagnósticos de síndrome metabólico del ATPIII, 2001 (Adult Treatment Panel III. The National Cholesterol Education Program). ¿Cuántos criterios presenta?:

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

301099 ENDOCRINOLOGÍA Normal 41% Solución: 3

El paciente del caso clínico reúne: **4 de los 5 criterios de síndrome metabólico** (respuesta 3 correcta).

- **Perímetro abdominal > 102 varón y 88 cm mujer.**
- **Triglicéridos =150 mg/dL.**
- **Colesterol de alta densidad (HDL) Hombres < 40 mg/dL, mujeres < 50 mg/dL.**
- **TA=130/=85 mmHg.**

(respuestas 1, 2 y 4 incorrectas)

Pregunta (12180): (191) Paciente de 50 años que consulta por presentar una adenopatía localizada. ¿Qué localización de las siguientes debe hacer sospechar un mayor riesgo de malignidad?:

1. Retroauricular.
2. Supraclavicular.
3. Axilar.
4. Inguinal.

301100 ONCOLOGÍA **Fácil** **92%**

Solución: 2

Las adenopatías sugestivas de malignidad son indoloras, duras, adheridas a planos profundos, inmóviles y de bordes irregulares. Por localización, **las adenopatías supraclaviculares** son casi siempre patológicas, consecuencia de linfomas, metástasis de tumores intratorácicos o digestivos (ganglio de Virchow en zona supraclavicular izquierda) (respuesta 2 correcta). Tras las supraclaviculares, las que mayor riesgo tienen de ser malignas son las axilares (respuesta 3 incorrecta). El riesgo es menor en las de localización **inguinal** y menos aún en las **retroauriculares** (respuestas 1 y 4 incorrectas).

Pregunta (12181): (192) Varón de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, que consulta a su médico de familia tras ingreso reciente por insuficiencia cardiaca. Actualmente se encuentra asintomático, en tratamiento con enalapril, furosemida, atorvastatina y ácido acetilsalicílico. En la exploración física se observa frecuencia cardíaca 78 lpm, sin signos de insuficiencia cardiaca. En el ecocardiograma realizado durante el ingreso se observa hipertrofia ventricular izquierda y fracción de eyección del 30 %. ¿Cuál es la actitud terapéutica más adecuada?:

1. Añadir bisoprolol.
2. Añadir diltiazem.
3. Suspender enalapril e iniciar losartán.
4. Ningún cambio en la medicación.

301101 CARDIOLOGÍA **Fácil** **78%**

Solución: 1

Nos presentan un paciente con insuficiencia cardiaca con FEVI < 30%. Todo pacientes con disfunción sistólica (< 40%) tiene que tener tratamiento crónica con IECAS o Valsartán/Sacubitril, **Betabloqueantes**, inhibidores de la SGLT2, Antialdosterónicos. En este caso de las opciones que nos dan, debemos añadir el Bisoprolol (respuesta 1 correcta, respuesta 4 incorrecta). Los antagonistas del calcio están contraindicados en los pacientes con FEVI deprimida (respuesta 2 incorrecta). Los ARA-II no han demostrado ningún beneficio sobre los IECAS en el tratamiento de la IC, se reserva para los pacientes que no toleran IECAS por tos (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (12182): (193) Paciente de 50 años con diabetes mellitus en tratamiento con insulina. ¿Cuál es el objetivo recomendado para la concentración de glucosa plasmática capilar postprandial?:

1. < 126 mg/dL.
2. < 140 mg/dL.
3. < 180 mg/dL.
4. < 220 mg/dL.

301102 ENDOCRINOLOGÍA **Normal** **48%**

Solución: 3

El objetivo de glucemia postprandial debe ser < 180 mg/dl (respuesta 3 correcta). El objetivo de glucemia preprandial debe ser entre 30-130 mg/dl (respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).

Pregunta (12183): (194) En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento a largo plazo con el mismo fármaco, ¿cuál de los siguientes NO se asocia con una disminución de la probabilidad de complicaciones cardiovasculares?:

1. Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2).
2. Agonistas de los receptores de glucagón tipo 1 (arGLP1).
3. Insulina.
4. Metformina.

301103 ENDOCRINOLOGÍA **Difícil** **30%**

Solución: 3

Los **arGLP1** y **iSGLT2** han demostrado en la reducción de eventos CV (respuestas 1 y 2 incorrectas). Los arGLP1 subcutáneos (semaglutida, dulaglutida y liraglutida) reducen eventos CV mayores. Sólo semaglutida oral y liraglutida reducen la mortalidad CV y total. Se deben priorizar los arGLP-1 y/o en diabético independientemente del objetivo de HbA1c y del uso de metformina. Metformina sigue siendo primera terapia en el control de diabetes y ha demostrado disminución de complicaciones CV (respuesta 4 incorrecta). La insulina tiene efecto neutro sobre la disminución de probabilidad de complicación CV (respuesta 3 correcta).

Pregunta (12184): (195) Mujer de 14 años que es llevada a urgencias por sus padres tras haber ingerido 12 horas antes múltiples comprimidos de paracetamol (no saben concretar la cantidad). Está nauseosa, pálida y sudorosa. Se solicitan niveles de paracetamol en sangre que se encuentran en rango de probable toxicidad hepática. Las pruebas de función hepática y coagulación son normales. ¿Cuál será la actitud a seguir?:

1. Observación y repetición de niveles de paracetamol en 4 horas.
2. Iniciar tratamiento con N-acetilcisteína y mantenerlo durante 12 horas.
3. Observación y repetición de niveles de paracetamol, pruebas hepáticas y coagulación en 4 horas.
4. Iniciar tratamiento con N-acetilcisteína y mantenerlo en función de la evolución de los niveles de paracetamol, pruebas hepáticas y renales.

301104 URGENCIAS **Normal** **60%**

Solución: 4

La mayor parte de los pacientes que presentan una intoxicación por paracetamol, están asintomáticos dentro de las primeras 24 horas. No existen síntomas precoces que predigan la toxicidad del paracetamol. Se debe realizar una **cuantificación sérica de paracetamol para establecer la gravedad**. Los pacientes con **concentraciones séricas tóxicas de paracetamol** o con signos ya de hepatotoxicidad, **deben recibir el antídoto específico: N-acetilcisteína** (respuestas 1 y 3 incorrectas). El tratamiento con N-Acetilcisteína se debe mantener **en función de la evolución de los niveles de paracetamol y ajustado a las pruebas hepáticas y renales**. De hecho, existen dos protocolos utilizados habitualmente que consisten en la administración de N-Acetilcisteína durante 20 y 72h respectivamente según la evolución analítica (respuesta 4 correcta y 2 incorrecta). Otros tratamientos de la intoxicación por paracetamol incluyen, el soporte vital en caso de compromiso de la vía aérea o hemodinámica, la **descontaminación gastrointestinal en las primeras 4 horas tras la ingestión**, hemodiálisis para extracción del fármaco.

Pregunta (12185): (196) En el manejo inicial de un paciente con un shock séptico en urgencias, señale la afirmación INCORRECTA:

- 1. Se debe determinar el lactato sérico como un marcador de hipoperfusión tisular.
- 2. Se debe realizar una toma precoz (1ª hora) de muestra para cultivos e inicio de antibioterapia de amplio espectro.
- 3. La reposición del volumen se debe realizar con cristaloides dentro de las 3 primeras horas.
- 4. Se recomienda la dopamina como el vasopresor de primera elección.

301105 URGENCIAS Fácíl 92%

Solución: 4
La noradrenalina (efecto principal alfa-1: vasoconstricción) es el vasopresor de primera elección en un shock séptico. La dopamina (efecto alfa, beta, dopa según dosis) es un fármaco con utilización muy residual en el paciente crítico adulto y nunca como primera opción (respuesta 4 correcta).

La atención al paciente con shock séptico se caracteriza por una serie de medidas que hay que realizar dentro de la primera hora (Hora Dorada del paciente con shock séptico). Muy preguntadas en el examen:

- 1. Medición de los niveles de lactato como marcador de hipoperfusión tisular. >2 mmol/L es indicativo de shock (respuesta 1 incorrecta).
- 2. Obtención de hemocultivos antes de la antibioterapia (respuesta 2 incorrecta).
- 3. Antibioterapia empírica de amplio espectro (respuesta 2 incorrecta).
- 4. Administración de un bolo de 30 ml/kg de sueros cristaloides dentro de las 3 primeras horas para el tratamiento de la hipotensión (respuesta 3 incorrecta).
- 5. Administrar vasopresores si persiste la hipotensión para mantener una TAM>65, siendo la noradrenalina el vasopresor de primera elección (respuesta 4 correcta).

Pregunta (12186): (197) Varón de 70 años, sin hogar, expuesto durante horas a temperaturas elevadas, trasladado a urgencias por sospecha de golpe de calor. Presenta temperatura 40,5 °C, desorientación y disminución del nivel de conciencia. ¿Cuál de las siguientes es la actuación inicial más correcta?:

- 1. Medidas generales de soporte y baño por inmersión para reducir la temperatura corporal.
- 2. Medidas de soporte, enfriamiento con esponjas húmedas (a 15-20 °C) sobre la superficie corporal y asegurar una hidratación adecuada por vía intravenosa.
- 3. El uso de mantas de enfriamiento es la medida más eficaz para la rápida reducción de la temperatura corporal.
- 4. Medidas de soporte, enfriamiento con esponjas empapadas en alcohol aplicadas sobre la superficie corporal y antipiréticos.

301106 URGENCIAS Fácíl 84%

Solución: 2

Medidas para el tratamiento del golpe de calor:

- 1. Medidas generales de soporte vital. Si presenta un Glasgow < 8 se deberá intubar y aislar la vía aérea, arritmias, etc.
- 2. Se debe asegurar una correcta oxigenación e hidratación por vía intravenosa para mantener las constantes vitales y evitar descompensaciones.
- 3. El enfriamiento con esponjas húmedas (a 15-20 °C) es una de las medidas de más fácil aplicación y buenos resultados en el golpe de calor (respuesta 2 correcta).
- 4. El baño por inmersión es la medida más eficaz para la reducción rápida de la temperatura corporal pero su aplicación presenta riesgos graves (hipotensión grave, ahogamientos por disminución del nivel de conciencia) y se debe reservar para cuadros muy graves y como medida de rescate (respuestas 1 y 3 incorrectas).
- 5. Los antipiréticos NO tienen utilidad en el golpe de calor ya que no hay cambio en el ajuste hipotalámico de la temperatura, a diferencia del síndrome febril, y no causan efecto (respuesta 4 incorrecta).

- 6. Debe evitarse el alcohol en las esponjas porque podría absorberse en grandes cantidades por los vasos sanguíneos dilatados.
- 7. Hay otros métodos de enfriamiento como lavados pleurales, gástricos o peritoneales fríos, circulación extracorpórea, etc. Pero son muy invasivos.

Pregunta (12187): (198) El SOFA rápido o qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment), es un índice pronóstico en pacientes con infección. Si un paciente acude a urgencias de un centro de salud por un cuadro infeccioso y en la exploración presenta 15 puntos en la escala de Glasgow, frecuencia cardíaca 110 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, temperatura 38 °C y presión arterial sistólica de 92 mmHg. ¿Qué puntuación presenta si se utiliza el qSOFA?:

- 1. Un punto.
- 2. Dos puntos.
- 3. Tres puntos.
- 4. Cuatro puntos.

301107 URGENCIAS Normal 46%

Solución: 1

La escala qSOFA se utiliza para predecir el riesgo de progresión a shock séptico. Utiliza tres parámetros que si son positivos sumarán 1 punto.

- 1. Nivel de conciencia. Glasgow < 15.
- 2. Frecuencia respiratoria =o>22.
- 3. Tensión arterial sistólica =o< 100.

2 o más puntos suponen alto riesgo de progresión a sepsis.

En esta pregunta, únicamente sumaría un punto la tensión arterial sistólica inferior a 100 (respuesta 1 correcta) (respuestas 2, 3 y 4 incorrectas).

¡¡Ojo!! NO forma parte de la escala la temperatura. Suele ser un distractor muy potente en este tipo de preguntas.

Pregunta (12188): (199) Mujer de 65 años rescatada de un incendio de un almacén de envases de plástico y trasladada a urgencias con cuadro de cefalea, náuseas, vómitos y somnolencia tras inhalación de humo. De los siguientes, ¿cuál es el diagnóstico de sospecha y el tratamiento inicial más correcto?:

- 1. Intoxicación por cloro. Nebulización bicarbonatada (4 ml de suero salino 0,9% + 6 mL de bicarbonato sódico 1M) en las primeras 3 horas tras la exposición.
- 2. Inhalación de vapores nitrosos. Tratamiento sintomático y de soporte.
- 3. Intoxicación por monóxido de carbono y cianuro. Medidas de soporte junto con oxigenoterapia al 100 % e hidroxibalamina con una dosis de 5 g IV en 10 min.
- 4. Intoxicación por absorción cutánea de tóxicos. Medidas de soporte, oxigenoterapia, limpieza cutánea y atropina (1 mg IV) que se puede repetir cada 2-3 minutos hasta mejoría clínica.

301108 URGENCIAS Fácíl 90%

Solución: 3

Nos preguntan acerca de una intoxicación por humo. Los componentes tóxicos del humo son el monóxido de carbono y el cianuro (respuesta 3 correcta) (respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).

La intoxicación más frecuente es por monóxido de carbono. Produce un deterioro del transporte de oxígeno (desplaza a la izquierda la curva de disociación de la hemoglobina dando como resultado la no liberación de O2 hacia los tejidos) y de la utilización del mismo. El tratamiento consiste en medidas de soporte, O2 a altas concentraciones que van desde la oxigenoterapia de alto flujo a la cámara hiperbárica.

En toda inhalación de humo, se debe considerar la intoxicación por cianuro. La forma de sospecha es la aparición de acidosis metabólica con lácticos muy elevados (>8 habitualmente). El antídoto específico es la hidroxibalamina. Una dosis de 70 mg/kg suele ser suficiente para tratar las intoxicaciones por inhalación siendo este un fármaco muy seguro y eficaz.

Pregunta (12189): (200) Varón de 59 años, sin antecedentes personales, que consulta por astenia y disnea de esfuerzo de varios meses de evolución. En su historia clínica previa se observa que no acude a consulta desde hace más de diez años. En la exploración física se detecta palidez conjuntival, siendo el resto normal. El electrocardiograma es normal y en el hemograma destaca: Hb 10,6 g/dL, Hcto 31 %, VCM 75 fl, ancho de distribución eritrocitaria 22 %. ¿Cuál de los siguientes sería el paso inicial apropiado?:

1. Tacto rectal y programar colonoscopia.
2. Espirometría y programar broncoscopia.
3. Medir haptoglobina y realizar test de Coombs.
4. Medir vitamina B12 y programar biopsia de médula ósea.

301109 DIGESTIVO Fácil 70% Solución: 1

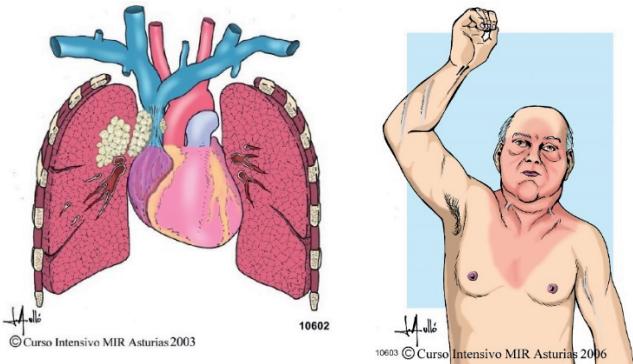
Nos preguntan por un paciente de 59 años que lleva diez años sin acudir al médico y que presenta astenia, disnea de esfuerzo y una anemia microcítica. La detección de una anemia ferropénica en este paciente sugiere la presencia de un cáncer colorrectal que esté provocando una pérdida crónica de sangre. Es por ello que la actuación más apropiada sería realizar un tacto rectal y programar una colonoscopia (respuesta 1 correcta, resto incorrectas). Al ser una anemia microcítica no sospechamos déficit de B12, y por otro lado, es poco probable que se trate de un cuadro hemolítico. Recordamos que actualmente en España en CCR es el tumor más frecuentemente diagnosticado (>40.000 casos nuevos por año), y una de sus formas de presentación más frecuente es la pérdida crónica de sangre. Este paciente, desde los 50 años debería haber seguido el screening poblacional del CCR mediante sangre oculta en heces bianual o sigmoidoscopia flexible cada 10 años.

Pregunta (12190): (201) Los pacientes oncológicos pueden presentar complicaciones cardiovasculares como el síndrome de vena cava superior. Señale en cuál de las siguientes neoplasias es más frecuente dicha complicación:

1. Linfoma.
2. Cáncer de mama.
3. Cáncer de pulmón.
4. Metástasis ganglionares mediastínicas de otros orígenes.

301110 NEUMOLOGÍA Fácil 87% Solución: 3

El **Síndrome de vena cava superior** constituye una urgencia oncológica que precisa tratamiento inmediato (mediante quimioterapia o radioterapia). Las 4 opciones de respuesta constituyen etiologías posibles del síndrome de vena cava superior. La causa más frecuente de síndrome de vena cava superior es el **carcinoma broncogénico** (respuesta 3 correcta), tal y como han preguntado en diferentes ocasiones a lo largo de la historia del MIR. Además del cáncer pulmón, también pueden producir síndrome de vena cava inferior (con una menor proporción de casos) los **linfomas** (respuesta 1 incorrecta), **metástasis mediastínicas o de cáncer de mama** (respuestas 2 y 4 incorrectas), timoma, mesotelioma, disgerminomas, mediastinitis, patologías autoinmunes o enfermedades infecciosas, entre otras.



Pregunta (12191): (202) Varón de 75 años que acude al hospital por insuficiencia renal rápidamente progresiva, anuria, mal estado general y fiebre. Los datos de laboratorio muestran ANCA positivos y Ac anti-MBG negativos. Se realiza biopsia renal. En la tinción de hematoxilina-eosina se observa glomerulonefritis necrotizante con reacción epitelial extracapilar y formación de semilunas en el 80 % de los glomérulos. Las técnicas de inmunofluorescencia directa para IgA, IgG, IgM, C3, C1q, kappa y lambda son negativas. ¿Cuál es el diagnóstico anatómopatológico?:

1. Glomerulonefritis postinfecciosa.
2. Vasculitis pauciinmunitaria.
3. Nefropatía IgA.
4. Síndrome de Goodpasture.

301111 NEFROLOGÍA Fácil 83% Solución: 2

La presencia de un FRA con semilunas, con inmunofluorescencia negativa, es característica de la vasculitis pauciinmunitaria / vasculitis ANCA (respuesta 2 correcta). Además la presencia de ANCA positivos en sangre refuerzan esta idea. El síndrome de Goopasture presenta semilunas, pero con inmunofluorescencia positiva de perfil lineal y además los anticuerpos anti-MBG son positivos (respuesta 4 incorrecta). La nefropatía IgA presenta proliferación mesangial con depósito de IgA (respuesta 3 incorrecta). La GN postinfecciosa presenta proliferación endocapilar (no extracapilar) con inmunofluorescencia granular positiva (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta (12192): (203) Varón de 30 años con antecedente de hemorragia digestiva alta hace 1 año. En la gastroscopia se observaron varias úlceras pépticas. Consulta por un episodio de cólico renal. En la analítica se objetiva calcio 11,1 mg/dL (N: 8,6-10,3 mg/dL), hormona paratiroidea 150 ng/L (N: 8-51 ng/L) con niveles normales de albúmina y 25-OH vitamina D. ¿Con qué síndrome se relacionan estos datos clínicos y analíticos?:

1. Complejo de Carney.
2. Síndrome poliglandular tipo 1.
3. Neoplasia endocrina múltiple tipo 2A.
4. Neoplasia endocrina múltiple tipo 1.

301112 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 68% Solución: 4

El complejo de Carney es una MEN que se caracteriza por nevos azules y lentiginosis (respuesta 1 incorrecta). El síndrome poliglandular tipo 1 agrupa candidiasis hipoparatiroidismo e insuficiencia suprarrenal (respuesta 2 incorrecta). La neoplasia endocrina múltiple 2A se caracteriza por: carcinoma medular de tiroides, feocromocitoma e hiperparatiroidismo (respuesta 3 incorrecta). La neoplasia endocrina múltiple tipo 1 se caracteriza por: hiperparatiroidismo, tumores de células insulares del páncreas y tumores hipofisarios. El paciente de la pregunta tiene cólicos renales por hipercalcemia y úlceras pépticas en posible relación a gastrinoma (tumor endocrino del páncreas) (respuesta 4 correcta).

Pregunta (12193): (204) El síndrome de lisis tumoral, frecuente en neoplasias hematológicas, se caracteriza por las siguientes complicaciones, EXCEPTO:

1. Hipercalcemia.
2. Hiperuricemia.
3. Hiperfosfatemia.
4. Uremia.

301113 ONCOLOGÍA Difícil 6% Solución: 1

Las principales alteraciones que ocurren en el síndrome de lisis tumoral son la **hipocalcemia** (respuesta 1 correcta), **hiperuricemia** (respuesta 2 incorrecta), **hiperpotasemia**, **hiperfosfatemia** (respuesta 3 incorrecta), y la **uremia** (respuesta 4 incorrecta). La **hiperuricemia**, **hiperpotasemia** e **hiperfosfatemia** se deben a la rápida liberación de urato, potasio y fósforo del interior de las células neoplásicas cuando estas son destruidas por la acción del tratamiento antineoplásico. Estas se agravan por la uremia y la insuficiencia renal. La **uremia** la causa la formación de cristales de ácido úrico secundario, la hiperuricemia, el depósito de fosfato de calcio, la infiltración tumoral en el riñón, la uropatía obstructiva asociada al tumor, la nefropatía asociada a medicamentos o por sepsis. El riñón inicialmente aumenta la excreción de fósforo y disminuye su reabsorción tubular. El mecanismo de transporte se satura y aparece hiperfosfatemia. Esto lleva a la insuficiencia renal por la precipitación de fosfato de calcio en los túbulos renales y en otros órganos lo que secundariamente causa **hipocalcemia** (respuesta 1 correcta).

Pregunta (12194): (205) Varón de 35 años que presenta desde hace 3 meses dolor e inflamación en la 2ª y 3ª articulaciones metacarpofalángicas derecha y en la 3ª y 4ª interfalángicas de la mano izquierda. En la exploración física se observan lesiones cutáneas descamativas en las zonas extensoras de los codos y en la rodilla derecha. Los primeros análisis muestran VSG 34 mm, PCR 1,8 mg/dL (N: 0- 0,5), factor reumatoide y anticuerpos anti péptidos cíclicos citrulinados negativos. Radiografías de manos: aumento de partes blandas sin erosiones. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?:

- 1. Artritis reumatoide.
- 2. Lupus eritematoso sistémico.
- 3. Artritis psoriásica.
- 4. Artrosis.

301114 REUMATOLOGÍA Fácíl 72%

Solución: 3

La **artritis psoriásica** es una forma de artritis seronegativa (**factor reumatoide y anticuerpos anti péptidos cíclicos citrulinados negativos**) que se manifiesta en **pacientes con psoriasis**. La artritis periférica puede ser mono-, oligo- o poliarticular, y la afección es generalmente **asimétrica**. Es muy característica la afección de las articulaciones interfalángicas distales y un **patrón de afección radial**, es decir, la participación de diversas articulaciones de un mismo dedo con preservación de otros dedos de manos o pies (respuesta 3 correcta).

La **artritis reumatoide** suele ser seropositiva y simétrica (respuesta 1 incorrecta). El **LES** no suele presentar factor reumatoide ni anticuerpos anti péptido pero su patrón es simétrico (respuesta 2 incorrecta). La **artrosis** no eleva parámetros inflamatorios (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12195): (206) Mujer de 20 años que presenta en los meses de invierno lesiones violáceas sobreelevadas en la zona distal de los dedos de los pies. Refiere picor y aparición ocasional de heridas en los dedos que cicatrizan en pocos días. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

- 1. Fenómeno de Raynaud.
- 2. Eritema pernio.
- 3. Acrocianosis.
- 4. Eritromelalgia.

301115 C. VASCULAR Normal 37%

Solución: 2

Nos presentan un caso clínico para hacer el diagnóstico diferencial entre los distintos **trastornos vasoespásticos**. Para ello, debemos fijarnos en qué factor desencadena el cuadro, el color que adoptan los dedos y si se producen heridas/úlceras o no. La paciente de la pregunta tiene la clínica con la exposición al frío (meses de invierno), aparecen lesiones moradas que no parece que cambien de color y se producen heridas. Esto es compatible con el **eritema pernio**, también conocido como **sabañón** (respuesta 2 correcta).

En el **fenómeno de Raynaud** nos hablarían de lesiones que cambian de color (pálido-morado-rojo) y probablemente nos dirían que la paciente presenta de base alguna enfermedad sistémica (respuesta 1 incorrecta). Sí podría llegar a producir heridas o úlceras y también se desencadena con el frío.

La **acrocianosis** se desencadena con el frío y presenta lesiones moradas igual que la paciente del caso clínico. Sin embargo, la acrocianosis no produce heridas/úlceras (respuesta 3 incorrecta).

La **eritromelalgia** es el único de estos trastornos que se desencadena por el calor y es más frecuente en varones (respuesta 4 incorrecta). Se asocia a síndrome mieloproliferativo y puede emplearse aspirina para aliviar el dolor.

Pregunta (12196): (207) Con respecto a las enfermedades torácicas relacionadas con la exposición al asbesto, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. La presencia de derrame pleural en paciente con exposición conocida a asbesto indica mesotelioma maligno.
- 2. Las opacidades lineales irregulares en bases pulmonares son los signos radiográficos característicos de asbestosis.
- 3. El cáncer pulmonar es la tumoración más frecuente relacionada con la exposición al asbesto.
- 4. Las placas pleurales indican que hubo tan sólo exposición, pero no afectación pulmonar.

301116 NEUMOLOGÍA Normal 38%

Solución: 1

La presencia de derrame pleural, en un paciente con exposición al asbesto, no implica que haya un mesotelioma maligno de base (respuesta 1 correcta). Actualmente se sabe que, entre un 30% y un 50% de los pacientes con derrame pleural benigno y exposición al asbesto desarrollarán, a largo plazo, un mesotelioma.

La asbestosis puede cursar con opacidades lineales irregulares en bases pulmonares (respuesta 2 incorrecta).

El tumor más frecuentemente asociado a la exposición al asbesto es el cáncer broncogénico (con una prevalencia superior a la del mesotelioma) (respuesta 3 incorrecta).

Las **"placas pleurales"** indican que ha habido exposición al asbesto (no son sinónimo de asbestosis ni de mesotelioma) (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (12197): (208) Varón de 68 años que presenta afectación del estado general de 4 días de evolución con fiebre y tos con expectoración. Exploración física: crepitantes bibasales. Radiografía de tórax: infiltrados con patrón alveolo intersticial periférico. PCR para SARS-CoV 2 positiva. Relación entre presión parcial de oxígeno en sangre arterial y fracción inspiratoria de oxígeno es 250. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

- 1. Hemorragia pulmonar secundaria a infección por SARS-CoV 2.
- 2. Neumonía bacteriana en paciente positivo a SARS-CoV2.
- 3. Neumonía por SARS-CoV 2 con síndrome de distrés respiratorio agudo.
- 4. Infección grave por SARS-CoV 2 con hipoventilación alveolar.

301117 INFECCIOSAS Fácíl 74%

Solución: 3

Nos presentan el caso de un varón de 68 años que presenta un cuadro general de 4 días de evolución, asociado a fiebre y tos, con crepitantes bibasales en la exploración física. Hasta aquí, parece un cuadro compatible con neumonía (respuesta 1 incorrecta). Nos dicen que la PCR para SARS-CoV2 fue positiva y en la radiografía de tórax se muestra el patrón típico de la neumonía viral por SARS-CoV2 (infiltrado alveolo-intersticial periférico) (respuesta 2 incorrecta).

Posteriormente, añaden que el cociente PaO2/FiO2 es de 250, siendo esto compatible con un Síndrome de Distrés Respiratorio (SDRA), que se puede encontrar en las fases 2 y 3 de las infecciones por SARS-CoV2 (fase 2: neumonía; fase 3: hiperinflamación), definido como un PaO2/FiO2 < 300 con infiltrados pulmonares bilaterales que no se justifican por una sobrecarga de fluidos (respuesta 3 correcta, respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (12198): (209) Varón de 56 años con hernia de hiato y rinitis persistente por sensibilización a arizónicas que consulta por empeoramiento en las últimas semanas, con aparición de bloqueo nasal, lagrimeo, tos, disnea de esfuerzo y sibilancias inspiratorias, que no mejora con su broncodilatador y corticoide inhalado habituales. Convive con un perro desde hace 5 años. Utiliza un humidificador desde hace 3 meses durante la noche por sequedad de garganta. Auscultación pulmonar: crepitantes finos en bases. Espirometría: FVC 2740 (68 %), FEV1 2530 (79 %), FEV1/FVC 0,92. TC tórax: infiltrados de localización subpleural con fino patrón reticular en ambos lóbulos inferiores y algunos de forma parcheada en lóbulos superiores. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable y la actitud a tomar?:

- 1. Neumonitis por hipersensibilidad. Se recomienda retirar humidificador y control evolutivo.
- 2. Tos relacionada con reflujo gastroesofágico. Se recomienda comenzar con inhibidores de la bomba de protones.
- 3. Crisis asmática en paciente con sensibilización al polen. Se recomienda añadir corticoides sistémicos.
- 4. Alergia al pelo de animales. Se recomienda realizar pruebas de sensibilización.

301118 ALERGOLOGÍA Normal 56%

Solución: 1

El caso clínico presenta a un varón con clínica respiratoria, tanto de vías respiratorias superiores (bloqueo nasal y lagrimeo), como de vías respiratorias inferiores (tos, disnea y sibilancias). La clínica referida junto a la auscultación pulmonar (crepitantes basales), espirometría (patrón restrictivo, con descenso de la capacidad vital forzada) y el TAC torácico (patrón reticular en lóbulos inferiores y algunos patrones de forma parcheada en lóbulos superiores) orientan al diagnóstico de una **neumonitis por hipersensibilidad, debido al uso del humidificador**.

El paciente usa el humidificador desde hace 3 meses y la clínica respiratoria se ha exacerbado en las últimas semanas. Habría que **retirar el humidificador y realizar control evolutivo** (respuesta 1 correcta).

A pesar del antecedente de hernia de hiato, no nos dan datos en el caso clínico de pirosis ni de regurgitación ni de disfagia para pensar en una **enfermedad por reflujo gastroesofágico** (respuesta 2 incorrecta).

Si se tratara de una **crisis asmática**, ésta mejoraría tras el uso de broncodilatadores y corticoides inhalados; sin embargo, el enunciado nos dice que no mejora con estos tratamientos (respuesta 3 incorrecta).

Aunque para confirmar la **alergia al epitelio del perro** se necesitaría la realización de pruebas cutáneas e inmunológicas frente a dicho alérgeno, la sospecha clínica sería baja, ya que el paciente convive con el perro desde hace 5 años y **las manifestaciones clínicas aparecieron poco después de comenzar a usar el humidificador** (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (12199): (210) Paciente de 62 años que consulta seis meses después de sufrir un infarto agudo de miocardio. Actualmente fuma 15 cigarrillos al día, tiene sobrepeso y hace vida sedentaria. Está en tratamiento con atorvastatina 80 mg/día y ramipril 5 mg/día. Aporta análisis con colesterol LDL 68 mg/dL, glucemia 115 mg/dL, Hb1Ac 5,7 %, ausencia de microalbuminuria, presión arterial en consulta de 140/85 mmHg. Señale la medida más eficaz, de las siguientes, para evitar un nuevo evento cardiovascular:

- 1. Optimizar el tratamiento de la hipertensión arterial, ya que está mal controlado.
- 2. Optimizar el tratamiento hipolipemiente, ya que está mal controlado.
- 3. Añadir un fármaco para la diabetes.
- 4. Abandonar el hábito tabáquico, caminar a diario y perder peso.

301119 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 71%

Solución: 4

En Medicina Preventiva, la **intervención en estilos de vida es siempre la medida más eficaz** cuando se compara con las intervenciones farmacológicas. Por eso, dejar de fumar, realizar ejercicio físico y la pérdida de peso serían las intervenciones más eficaces (respuesta 4 correcta).

El resto de las respuestas contemplan intervenciones farmacológicas exclusivamente (optimizar el **tratamiento de la hipertensión arterial**, el **tratamiento hipolipemiente** o añadir un **fármaco para la diabetes**) sin incidir en la importancia de los estilos de vida (respuestas 1, 2 y 3 incorrectas).



Conceptos clave **MIR 2022**

Conceptos clave MIR 2022

1. Un **absceso cerebral** capta contraste en anillo en el TC y genera edema perilesional.
2. En **pacientes mayores los hematomas lobares (corticales)** sugieren una angiopatía amiloidea como causa subyacente.
3. El **tratamiento de elección de las fracturas luxación de hombro** es la artroplastia glenohumeral.
4. Los **pacientes con SCASEST de alto riesgo** (Cambios en ECG, troponina o GRACE Score > 140), precisan coronariografía temprana (< 24h).
5. El **soplo de la Miocardiopatía Hipertrófica Obstructiva** aumenta con Valsalva (menor volumen ventricular).
6. El **objetivo de colesterol LDL** en **pacientes con antecedentes de IAM** es < 55.
7. **Patologías principales que cursan con acropaquias**: fístula AV, bronquiectasias, infección por anaerobios, fibrosis, cáncer broncogénico y mesotelioma pleural.
8. **Colecistitis aguda**: dolor en hipocondrio derecho + fiebre. Dx: ecografía con colelitiasis + dilatación de las paredes de la vesícula.
9. **Tumor vesical en TAC**: Masa hipercaptante excrecente, dependiente de la pared vesical.
10. La **drepanocitosis** se acompaña de episodios vasculares oclusivos agudos sistémicos.
11. **Viruela del mono (Orthopoxvirus)**: cuadro general con fiebre, linfadenopatías dolorosas, y lesiones cutáneas genitales (típicas las pústulas con umbilicación central).
12. La **presencia de lesiones calcificadas hepáticas** es altamente sugerente de quistes hidatídicos.
13. La **causa más frecuente de distrés respiratorio en el recién nacido** es la enfermedad de las membranas hialinas.
14. La **afectación de mucosa en empedrado y abscesos cripticos** es muy sugerente de colitis ulcerosa.
15. La **presencia de lesión pancreática con epitelio columnar** es sugerente de neoplasia mucinosa.
16. Tanto la **psoriasis**, como el **liquen plano** como sobre todo la **sífilis secundaria** pueden cursar con lesiones eritematosas descamativas con localización palmoplantar.
17. **Alopecia frontal fibrosante**: mujeres cicatricial, irreversible, con alopecia de cejas, párpelos faciales, histología de liquen plano.
18. El **compuesto empleado para el PET (18F-FDG)** se elimina por vía urinaria. Su captación en la vejiga no implica metástasis a dicho nivel.
19. El **sarcoma de Ewing** puede desarrollar metástasis pulmonares y óseas.
20. En **RM los macroadenomas hipofisarios** pueden mostrar un crecimiento hacia arriba y presentar un aspecto en muñeco de nieve o en 8 por el estrechamiento que produce el diafragma selar.
21. **Apendicitis aguda**: dolor en fosa ilíaca derecha, fiebre, leucocitosis.
22. La **detección de calcificaciones intrapancreáticas** es diagnóstica de pancreatitis crónica.
23. **Cáncer de próstata**: Imágenes metastásicas óseas blásticas.
24. **Acalasia**: disfagia para sólidos y líquidos. Megaesófago. Falta de relajación del EI y pérdida de la peristalsis primaria.
25. La **atelectasia** cursa con un aumento de densidad radiológica, sin broncograma aéreo en su interior.
26. **Síndrome nefrótico**: aumento de LDL, VLDL, IDL y por tanto de apoB-100.
27. Los **alfa-cetoácidos** son una fuente energética.
28. **Glucogenosis tipo Ia**: Aumento de ácido úrico, lactato, cuerpos cetónicos y triglicéridos.
29. En la **espiración**, la presión alveolar supera la presión atmosférica.
30. **Turbulencia del flujo sanguíneo**: inversamente proporcional a la viscosidad de la sangre.
31. **Concentración de calcio intracelular**: muy baja.
32. **Reabsorción de Na en rama ascendente del asa de Henle**: sin reabsorción de agua.
33. **Anticipación genética**: inicio más precoz e incremento de la gravedad clínica de una enfermedad en sucesivas generaciones.
34. **IgG e IgM** son los únicos isotipos de anticuerpos capaces de activar el complemento por la vía clásica.
35. La **inmunización con anticuerpos monoclonales** genera una protección pasiva temporal SIN activación del sistema inmune.
36. Los **linfocitos T** reguladores son inmunosupresores.
37. Los **síndromes hiper-IgM** se caracterizan por niveles normales/elevados de IgM y disminuidos del resto de inmunoglobulinas.

38. El **receptor antigénico quimérico (CAR)** está formado por un fragmento de inmunoglobulina, por lo que reconoce antígenos libres.
39. El **tratamiento etiológico** en un **apicultor** con **anafilaxia** por alergia al veneno de abeja es la inmunoterapia específica.
40. El **diagnóstico de certeza de la esofagitis eosinofílica** se realiza mediante endoscopia digestiva alta y biopsia.
41. **Enfermedad genética con patrón de herencia autosómico recesivo y ambos padres portadores:** riesgo de 25% de enfermedad en una futura descendencia **(4MIR+)**.
42. **Intrón:** secuencia genética que no está presente en el ARN maduro **(2MIR+)**.
43. El **estudio de cohortes** compara grupos en función de la exposición y analiza casos nuevos de enfermedad a lo largo del seguimiento.
44. El **sesgo o error sistemático** no se soluciona aumentando el tamaño muestral.
45. El **valor predictivo negativo** indica la probabilidad de estar sano tras haber obtenido un resultado negativo o normal en una prueba diagnóstica.
46. El **grado o fuerza de recomendación en la evaluación de la evidencia** expresa un balance riesgo/beneficio.
47. La **varicela** requiere aislamiento de contacto y aéreo (aerosoles).
48. El **cuadrado en el diagrama de bosque** informa de la estimación puntual de cada estudio (según su posición) y del peso de cada estudio (según su área).
49. **Los errores en la medida de variables** pueden producir sesgos de información o clasificación.
50. El **consumo de cigarrillo electrónico** no se recomienda como estrategia de ayuda para dejar de fumar.
51. Las **vacunas conjugadas** son las que combinan polisacáridos con proteínas para aumentar la respuesta y la memoria inmunológica.
52. **Ensayo clínico controlado aleatorizado** es aquél en el que se asigna al azar a los participantes a una de las intervenciones que se están investigando.
53. **Olanzapina (antipsicótico de 2ª generación):** más seguro en el embarazo.
54. **Disminuir reabsorción de ácido débil:** alcalinizar la orina.
55. **Ivabradina:** bloquea canales de entrada de Na por los canales If.
56. **Riesgo hemorrágico medio e isquémico alto:** naproxeno + IBP.
57. **Pioglitazona:** contraindicada en insuficiencia cardíaca.
58. En las **fracturas de cóndilo**, puede haber limitación para la apertura de la boca **(3MIR+)**. Al abrir la boca, esta se desvía hacia el lado lesionado **(4MIR+)**.
59. El **tumor maligno de lengua más frecuente** es el carcinoma epidermoide, y metastatiza habitualmente en los ganglios linfáticos cervicales.
60. Las **úlceras por presión** afectan de forma secuencial a la epidermis (I), dermis (II), tejido celular subcutáneo (III) y plano profundo (IV).
61. Los **injertos cutáneos de piel parcial** incluyen la epidermis y parte de la dermis.
62. Los **factores ambientales** influyen en la clínica de la queratoconjuntivitis seca.
63. **Signo de Shaffer** indica desgarro en retina o desprendimiento. Mal pronóstico verlo en desprendimiento de vítreo.
64. **Retinosis pigmentaria:** Pérdida de campo visual periférico y mala adaptación a la oscuridad.
65. La **mastoiditis** es la complicación más frecuente de la OMA. Puede desplazar el pabellón auricular hacia fuera y abajo.
66. La **enfermedad de Ménière** dura entre 10 minutos y 10 horas. Asocia vértigo paroxístico, acúfenos e hipoacusia.
67. **Myastenia gravis, tétanos y dermatopolimiositis** pueden dar disfagia orofaríngea motora. El RGE puede dar disfagia orofaríngea mecánica.
68. La **vaginosis bacteriana** es una enfermedad polimicrobiana.
69. **SOP:** cursa con anovulación, no aumenta el riesgo de cáncer de ovario.
70. La **ventosa** se puede aplicar a partir del III plano de Hodge.
71. Ante un **riesgo en el cribado combinado** >1/50 haremos una prueba invasiva.
72. El **O'Sullivan positivo** (>140 mg/dl) se confirmará con SOG 100 g.
73. Ante **gestante con anticuerpos antifosfolípido o anticardiolipina y mala historia obstétrica** administraremos AAS y heparina.
74. **Primer escalón de tratamiento en la IUU:** tratamiento conservador, si fracasa: fármacos anticolinérgicos.
75. **CIR** con redistribución cerebroplacentaria: finalizar la gestación a partir de las 37+0 semanas.

76. El **tratamiento de la insuficiencia ovárica prematura** es la terapia hormonal sustitutiva.
77. **Vacunación en inmunodepresión:** NO vacuna de virus vivos.
78. **Roseóla:** infección producida por VHS6: Lactante con sdre febril elevado + aparición posterior de exantema.
79. **Invaginación intestinal:** dolor abdominal paroxístico en lactante con sangre en heces. Prueba diagnóstica de elección: Ecografía: Donut.
80. **GEA niños:** causa más frecuente a nivel mundial Rotavirus.
81. **Anorexia nerviosa:** puede ser restrictiva o purgativa con alteración percepción corporal.
82. **EHP:** Vómitos de repetición desde la 3ª semana de vida aprox. con alcalosis metabólica hipoclorémica hipopotasémica.
83. **Enfermedad de Kawasaki:** fiebre +...exantema, adenopatías, conjuntivitis, edema EEs y alteraciones mucosa orofaríngea.
84. **Vacunas universales:** para todas las CC.AA de nuestro país, pero nunca de carácter obligatorio para la población.
85. **Empiema:** debe tratarse con antibiótico + toracocentesis + colocación tubo de torax con un fibrinolítico.
86. **Mononucleosis infecciosa:** producida por VEB con triada de astenia, faringitis y adenopatías.
87. El **tratamiento de mantenimiento en el Trastorno Bipolar** se realiza con estabilizadores del ánimo (Litio, Valproato, Carbamazepina).
88. **Tras un primer episodio depresivo** se recomienda mantener la medicación durante un periodo de entre seis y doce meses.
89. En el **Trastorno depresivo grave** pueden aparecer síntomas psicóticos (que suelen ser congruentes con el estado de ánimo).
90. La **depresión mayor/endógena** se caracteriza por un empeoramiento matutino.
91. **Desde la publicación del DSM-5** el TOC se incluye dentro del grupo de T. obsesivos-compulsivos y otros trastornos relacionados (independiente de los T. de ansiedad).
92. Para el **tratamiento del insomnio en el paciente geriátrico** las medidas no farmacológicas son el tratamiento de primera elección. No obstante, en caso de tener que usar fármacos como benzodiacepinas o inductores del sueño, son preferibles los de semivida corta.
93. El **síndrome metabólico** es un efecto adverso que aparece más frecuente con el uso de antipsicóticos ATÍPICOS.
94. En el **manejo terapéutico de los trastornos psiquiátricos** los resultados de la terapia combinada (psicofármacos + psicoterapia) son superiores a los de cada una utilizada por separado.
95. La **histología principal de la enfermedad de Parkinson** es la degeneración de neuronas dopaminérgicas de la pars compacta de la sustancia negra mesencefálica con inclusiones citoplasmáticas eosinófilas (cuerpos de Lewy).
96. **Lesión de primera motoneurona:** debilidad espástica, con aumento de tono y reflejos y aparición de reflejo cutáneo plantar extensor.
97. La **neuropatía del ciático poplíteo** externo suele asociar pérdida de fuerza en la dorsiflexión del pie y de los dedos del pie, sin dolor ni afectación de los ROT y con un déficit sensitivo leve en la región lateral del pie.
98. La **disartria severa** es un dato poco habitual en la enfermedad de Parkinson y debería hacer pensar en otro cuadro diferente.
99. **Tras una primera crisis epiléptica** no se suele empezar tratamiento antiepiléptico, salvo en situaciones de alto riesgo como la presencia de alteraciones en el EEG intercrítico o en estudios de imagen.
100. **Encefalitis anti NMDA:** alteraciones psiquiátricas, síntomas motores extrapiramidales y encefalitis. En mujeres frecuentemente paraneoplásico por un teratoma de Ovario. Diagnóstico: Auto anticuerpos.
101. **Ictus isquémico** con poco tiempo de evolución y TC normal: candidato de tratamiento recanalizador.
102. **Esclerosis tuberosa:** crisis, retraso mental y angiofibromas faciales, con túbers corticales, nódulos subependimarios y astrocitomas gigantocelulares subependimarios.
103. La **neuralgia del trigémino** no se asocia con hipoestesia de la hemicara o con alteración del reflejo corneal.
104. Los **traumatismos craneoencefálicos** más graves tienen más riesgo de crisis comiciales en el futuro.
105. Los **fármacos a utilizar en una intubación orotraqueal** son analgésicos (fentanilo), hipnóticos (propofol/etomidato) y relajantes neuromusculares (succinilcolina/rocuronio).
106. **Ventilación mecánica en decúbito prono** cuando la relación entre presión arterial de oxígeno y fracción inspiratoria esté por debajo de 150.
107. La **miopatía del enfermo crítico** requiere rehabilitación respiratoria y motora intensiva.
108. Una **compresión L4** produce afectación del reflejo rotuliano.
109. **Prueba de elección para valorar patología infecciosa/inflamatoria en la cadera:** ecografía.
110. **Tratamiento de fracturas estables de Colles** es la reducción e inmovilización con férula antebraquial.

111. La **compresión del nervio cubital en el codo** produce dolor y parestesias en 4º y 5º dedos de la mano.
112. Las **pseudoartrosis y las necrosis avasculares del polo proximal** son complicaciones habituales de la fractura del escafoides.
113. **Lumbalgia/lumbociatalgia + sujeto añoso + claudicación neurógena** = estenosis del canal lumbar.
114. **Más de 9 puntos de los criterios de Mirells** es indicación de tratamiento quirúrgico profiláctico de las metástasis óseas.
115. **La artritis reactiva es una entesitis con la tríada clásica de:** artritis, conjuntivitis y uretritis.
116. **Ante cualquier monoartritis** la primera maniobra a realizar es la artrocentesis.
117. **Ante la sospecha de fractura vertebral** se realiza Rx de columna y analgesia para el dolor.
118. Los **criterios Mayores de Endocarditis Infecciosa** son Microbiológicos y de Imagen.
119. El **síncope durante esfuerzo o en supino**, refleja alto riesgo.
120. La **Torsada de Puntas** se produce en pacientes con QT largo y es debido a post-potenciales precoces.
121. Los **pacientes portadores de prótesis mecánica mitral** tienen objetivo de INR 2.5-3.5.
122. El **pulso paradójico** se define como un descenso de >10 mmHg de la TAS con la inspiración.
123. **Enfermedad de tres vasos** - tratamiento quirúrgico.
124. La **primera opción terapéutica en Estenosis Aórtica Severa** con 75 años o más es TAVI.
125. **Sd Paget-Schroetter:** TVP de MMSS por ejercicio. Ecodoppler. Flebografía en desuso.
126. La **escala CRB-65** informa de la gravedad de la neumonía y de la necesidad de ingreso hospitalario.
127. El **tratamiento inicial en pacientes con EPOC leve (GOLD 1)** debe ser no farmacológico (los broncodilatadores y corticoides inhalados se emplean a partir del estadio GOLD 2).
128. El **silencio auscultatorio** se considera criterio de mal pronóstico en un paciente con una crisis asmática grave.
129. El **tratamiento de un paciente con TEP** que presenta un sangrado activo potencialmente mortal se realiza mediante implante de filtro de vena cava inferior
130. **Cáncer de páncreas:** pérdida de peso, dolor, ictericia. Cuadro de colestasis y dilatación de vía biliar si comprime el colédoco.
131. **Tratamiento del CHC estadio C de la BCLC:** quimioterapia sistémica (por ejemplo, Sorafenib).
132. El **signo del psoas** es típico de la apendicitis retrocecal.
133. La **colangio-RM** puede confirmar o descartar una coledocolitiasis con alta precisión, evitando así la realización de una CPRE.
134. La **mayoría (90%) de las fisuras anales primarias** se localizan en la pared posterior del canal anal.
135. El **dolor abdominal intenso** es el síntoma clínico inicial y más llamativo de la porfiria aguda intermitente
136. El **síndrome pulmón-riñón** debe hacernos sospechar vasculitis por anticuerpo antimembrana basal y vasculitis ANCA.
137. La **ERC** cursa con riñones reducidos de tamaño salvo DM, Poliquistosis, amiloidosis y nefropatía por VIH.
138. **Bacteriuria asintomática en embarazada:** Necesario tratamiento antibiótico.
139. La **presencia de síndrome constitucional, dolores óseos, hipercalcemia y deterioro de la función renal** justo a aumento de proteínas plasmáticas debe hacernos sospechar un mieloma múltiple.
140. **Hiponatremia con orina diluida** orienta a polidipsia primaria.
141. **Recidiva bioquímica en cáncer de próstata tras Prostatectomía:** PSA>0,2-0,4 en 2 determinaciones consecutivas al menos 6 semanas después de la cirugía.
142. **Cáncer de próstata con enfermedad localizada:** prostatectomía radical, radioterapia o vigilancia activa.
143. La **biopsia selectiva del ganglio centinela** está indicada en cáncer de mama resecable sin afectación clínica ni radiológica de ganglios axilares, si es negativa no necesita cirugía axilar **(4MIR+)**.
144. **Radioterapia, tratamiento de algunos:** cánceres, tumores benignos, tumores infantiles y del dolor por metástasis óseas.
145. **Glioblastoma, metilación de MGMT:** predictor de beneficio con temozolamida.
146. **Radioterapia en cáncer de mama:** tras tumorectomía (en mama), en N+ (en regiones ganglionares locorregionales) y tras mastectomía en N+, 4 y en T2-3 o márgenes afectados de alto riesgo.
147. **Ante una trombocitopenia asilada**, han de realizarse pruebas diagnósticas no invasivas (frotis) en el inicio de su diagnóstico.
148. El **trasplante hepático** es el tratamiento curativo de la Hemofilia A.
149. La **macrocitosis asociada al daño neurológico** nos hace sospechar de una Mielosis Funicular por déficit de Vitamina B12.
150. La **CID** se acompaña de descenso de factores de coagulación y plaquetas, con aumento de todos los tiempos de hemostasia primaria y secundaria; así como de los PDF.
151. Entre los **factores que se asocian a mayor riesgo de caídas en la población geriátrica**, se encuentran el déficit visual, la artrosis y la polifarmacia, pero NO la osteoporosis.

152. El **SPPB** evalúa el equilibrio, la velocidad de la marcha y la capacidad para levantarse y sentarse de una silla.
153. Entre los **mecanismos patogénicos del delirium en el paciente mayor** se encuentran la neuroinflamación, el estrés oxidativo, la disminución de la función colinérgica y el exceso de dopamina.
154. Los **estrógenos tópicos vaginales o el pesario con estrógenos** están indicados para la vaginitis atrófica sintomática.
155. **No existe una jerarquía progresiva obligada**, ni para la adquisición ni para la pérdida de las actividades de la vida diaria.
156. **No hay una única prueba para hacer el diagnóstico de sarcopenia**. Su diagnóstico implica la valoración de la masa muscular, fuerza muscular y la funcionalidad o rendimiento físico.
157. El **diagnóstico del Klinefelter** se realiza con el cariotipo (47XXY).
158. Los **agonistas dopaminérgicos** son el tratamiento de elección en la hiperprolactinemia.
159. **Semaglutida** reduce significativamente más el peso, por encima del resto de a-GLP-1 (que también lo disminuyen).
160. **Dolor en zona anterior del cuello y datos de tirotoxicosis** y clínica similar a cuadro gripal es característico de la tiroiditis subaguda.
161. Los **criterios GLIM** se utilizan para valorar la desnutrición hospitalaria.
162. La **calcitonina es marcador diagnóstico** y de seguimiento en el cáncer medular de tiroides.
163. El **buen control glucémico perioperatorio** evita aumento de la morbilidad.
164. **Tratamiento de elección de los BGN productores de BLEE**: carbapenémicos.
165. La **profilaxis postexposición frente al VIH** debe hacerse con triple terapia durante 28 días. Carga viral indetectable = VIH intransmisible.
166. **Tratamiento de elección de las infecciones por Chlamydia Trachomatis**: Doxiciclina.
167. **Tratamiento de elección de la meningitis bacteriana en adulto** < 50 años sin otros factores de riesgo: cefotaxima o ceftriaxona + vancomicina.
168. El **tratamiento antibiótico de las infecciones por S. pyogenes** ha demostrado reducir la posibilidad de fiebre reumática, pero no de glomerulonefritis postestreptocócica.
169. **Endocarditis + Insuficiencia Cardíaca** = Cirugía.
170. La **fidaxomicina es el tratamiento más eficaz** para evitar recurrencias de la colitis pseudomembranosa por toxinas de C. difficile.
171. En el **lupus farmacológico** es característico la presencia de anticuerpos antihistonas.
172. En los **primeros meses del inicio de la esclerodermia** hay que vigilar tensión arterial y función renal.
173. La **FMF** cursa con lesiones erisipeloides en miembros inferiores.
174. **Retraso del crecimiento, hepatomegalia y alteraciones de la regulación de la glucemia**: glucogenosis.
175. Los **anti-ARN polimerasa III** se correlacionan con la presencia de crisis renales esclerodérmicas.
176. La **hipocomplementemia y la crioglobulinemia** son marcadores de mal pronóstico en el síndrome de Sjögren.
177. La **dermatomiositis amiotópica** se asocia a la presencia de anti-MDA-5 y fibrosis pulmonar.
178. Los **IECA** son el tratamiento de elección en diabético con HTA.
179. En el **síndrome nefrótico** puede aparecer hipercolesterolemia de forma secundaria.
180. Existen **excepciones a la aplicación del documento de voluntades anticipadas**; una de las cuales sería la instauración de medidas fútiles, sin indicación clínica.
181. La **adecuación del esfuerzo terapéutico** consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje adaptando los tratamientos a la situación clínica del paciente.
182. El **rechazo del tratamiento** implicaría una manifestación de voluntad por parte del paciente (o de su representante legal) consistente en una negativa a prestar su consentimiento para iniciar o continuar un tratamiento concreto.
183. **Una de las excepciones a la obtención del consentimiento informado** es cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
184. **Antidepresivo en enfermedad terminal**: ISRS a dosis bajas, tricíclico en dolor neuropático.
185. **Estreñimiento por opioides**: laxantes estimulantes y osmóticos, reblandecedores de heces, líquidos y enemas, contraindicada la fibra (**2MIR+**).
186. Es **obligatorio realizar el parte de lesiones** tras atender a pacientes con lesiones producidas por agresiones o por mecanismos que se desconocen, para así informar de ello a la autoridad judicial.
187. Según la **Ley sobre extracción y trasplante de órganos**, los menores de 18 años no pueden ser donantes de órganos de vivo. No hay excepciones.

188. En la **sarna del adulto** no se afecta típicamente ni la cabeza ni el cuello.
189. La **prevención secundaria** se basa en el cribado o diagnóstico precoz.
190. En los **criterios del síndrome metabólico** no se incluye el valor de LDL colesterol.
191. **Adenopatías, mayor riesgo de malignidad:** supraclaviculares seguidas de axilares.
192. **Todo paciente con FEVI < 40%** tiene que estar en tratamiento con IECAS o Valsartán/Sacubitril, Betabloqueantes, iSGLT2, Antialdosterónicos.
193. El **objetivo de glucemia postprandial** debe ser < 180 mg/dl.
194. **Metformina** si no hay contraindicación, sigue siendo el primer tratamiento en el tratamiento de la diabetes junto con medidas higiénico dietéticas.
195. **Concentraciones séricas tóxicas de paracetamol** exigen administración de N-Acetilcisteína guiada por pruebas hepáticas y renales.
196. **Noradrenalina**, vasopresor de primera elección en el shock séptico.
197. El **tratamiento del golpe de calor** consiste en medidas de soporte vital, hidratación por vía intravenosa y enfriamiento con esponjas húmedas (sin alcohol) sobre la superficie corporal. NO son útiles los antipiréticos.
198. **Escala qSOFA de progresión a sepsis:** nivel de consciencia GCS < 15, frecuencia respiratoria ≥ 22 y tensión arterial sistólica ≤ 100 .
199. **Intoxicación por humo:** monóxido de carbono y cianuro. Tratamiento específico: O₂ a altas concentraciones (CO) e hidroxibalamina (cianuro).
200. La **anemia ferropénica** sugiere CCR, por lo que está indicado realizar una colonoscopia.
201. La **causa más frecuente de síndrome de vena cava superior** es el cáncer de pulmón.
202. La **presencia de semilunas, con inmunofluorescencia negativa y ANCA positivo** = vasculitis pauciimune ANCA.
203. **MEN tipo 1:** hiperparatiroidismo, tumores de células insulares del páncreas y tumores hipofisarios.
204. **Lisis tumoral por tratamiento antineoplásico, alteraciones iónicas:** hipocalcemia, hiperuricemia, hiperpotasemia, hiperfosfatemia y también, uremia.
205. La **artritis psoriásica** puede ser asimétrica con predominio en miembros superiores.
206. **Eritema pernio (sabañón):** exposición al frío, lesiones violáceas acras que pueden producir herida/úlceras.
207. El **30-50% de los pacientes con derrame pleural benigno y exposición al asbesto** acabarán desarrollando un mesotelioma maligno.
208. El **SDRA** puede aparecer en infecciones graves por SARS-CoV2 y se define como un PaO₂/FiO₂ < 300 con infiltrados pulmonares bilaterales que no se justifican por una sobrecarga de fluidos.
209. El **uso de un humidificador puede producir neumonitis por hipersensibilidad**, patología inducida inmunológicamente tras la inhalación reiterada de material antigénico diverso.
210. La **medida preventiva más eficaz** es la que se centra en fomentar hábitos y estilos de vida saludables.

Curso
INTENSIVO
MIR
A S T U R I A S