

EXAMEN COMENTADO MIR 2005-2006

Pregunta 1 *Subir*

Un paciente de 42 años de edad consulta por molestias faríngeas y cierta afonía de dos meses de evolución. NO es fumador ni tiene una profesión en que deba forzar la voz. Una exploración laríngea revela un ligero edema de las cuerdas vocales y un ligero eritema de la región interaritenoides. Interrogado el paciente no refiere pirosis ni regurgitación ácida. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. La presencia de mínimas lesiones laríngeas indican que muy probablemente el paciente tenga también lesiones de esofagitis y por tanto hay que indicar una endoscopia digestiva alta.
2. En ausencia de síntomas de broncoaspiración (tos y sibilancias), las molestias laríngeas no pueden ser atribuidas a enfermedad por reflujo gastroesofágico.
3. La ausencia de síntomas de reflujo (pirosis y regurgitación) no descarta la enfermedad por reflujo.
4. Puede averiguarse si la causa de los síntomas es una enfermedad por reflujo gastroesofágico con una prueba corta administrando ranitidina 150 mg al día durante dos semanas. La ausencia de mejoría sintomática descarta el reflujo como causa de los síntomas laríngeos.
5. Si un tránsito esófago-gástrico con bario muestra hernia hiatal, es altamente probable que los síntomas laríngeos.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

En la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la ausencia de clínica no puede descartar su existencia, especialmente en los casos sin esofagitis, hecho que ocurre en la mayoría de las ocasiones. La mayoría de las ocasiones con manifestaciones extraesofágicas cursan sin esofagitis y pueden presentarse independientes. El tratamiento de la ERGE es con IBPs no con antiH2.

Pregunta 2 *Subir*

Mujer de 52 años que consulta por presentar desde hace varios meses de dificultad para tragar tanto líquidos como sólidos, así como regurgitaciones de comida sin digerir. En el proceso diagnóstico se realiza una manometría esofágica con los siguientes hallazgos: ausencia de peristaltismo en el cuerpo esofágico, hipertonia y relajación incompleta del esfínter esofágico inferior tras la deglución. ¿Cuál es el diagnóstico?

1. Espasmo esofágico difuso.
2. Acalasia.
3. Peristalsis esofágica sintomática.
4. Esofagitis por reflujo.
5. Esclerodermia.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

La presencia de disfagia a líquidos y sólidos sugiere enfermedad motora y el diagnóstico de achalasia se obtiene al detectar relajación incompleta del EEI en la manometría.

Pregunta 3 *Subir*

Acude a la consulta del Centro de Salud un hombre de 69 años de edad, no fumador ni bebedor, que refiere molestia desde hace 4 meses. Ha tomado por su cuenta unas pastillas de Omeprazol que tenía en casa, sin mejorar. Para perfilar mejor el cuadro clínico le realizamos 5 preguntas, que se refieren a continuación. ¿Cuál de ellas es la menos relevante para establecer la sospecha de enfermedad orgánica?

1. ¿Ha perdido peso?.
2. ¿Tiene sensación de saciarse con poca cantidad de alimento?.
3. ¿Las molestias le despiertan por la noche?.

4. ¿Tiene vómitos?
5. ¿Mejora con antiácidos?

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La presencia de dispepsia de larga evolución y debut a edad avanzada obliga a excluir causa orgánica. La pérdida de peso, saciedad precoz sugieren neoplasia. Los vómitos neoplasia o lesión estenótica benigna. El ritmo del dolor de predominio nocturno sugiere ulcus péptico. Los antiácidos alivian tanto los procesos benignos como malignos de forma transitoria.

Pregunta 4 *Subir*

Un paciente diagnosticado de enfermedad celíaca no mejora clínicamente tras 5 meses de habersele indicado una dieta carente de gluten. Los estudios analíticos muestran persistencia de títulos altos de anticuerpos antiendomiso tipo IgA. ¿Cuál es la causa más probable de esa falta de respuesta a la dieta sin gluten?:

1. Que no sigue correctamente la dieta.
2. Que no es una enfermedad celíaca lo que padece ese enfermo.
3. Que se trata de un esprue colágeno.
4. Que la enfermedad celíaca se asocia con una inmunodeficiencia común variable.
5. Que ha desarrollado un linfoma.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

La primera causa de remisión incompleta o persistencia de los síntomas y títulos elevados de anticuerpos es el incumplimiento dietético. Sólo excluyendo esta causa cabría plantearse en segundo lugar, un linfoma.

Pregunta 5 *Subir*

¿Cuál de los siguientes hallazgos indica con mayor precisión la gravedad de enfermedad hepática asociada a infección por virus de la hepatitis C?:

1. Genotipo de virus infectante.
2. Concentración de RNA-VHC sérico.
3. Estudio histológico.
4. Edad de inicio temprana.
5. Niveles séricos de transaminasas.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La hepatitis por virus C, genotipo, cuantificación de RNA y edad de inicio son factores con poder pronóstico de respuesta al tratamiento antiviral. La gravedad viene determinada por la evolución histológica hacia la cirrosis o el grado de fibrosis hepática en general.

Pregunta 6 *Subir*

Un hombre de 32 años con el antecedente de una colitis ulcerosa de 3 meses de evolución, tratado con prednisona (40 mg/día) y mesalazina (4 g/día) acude al servicio de urgencias por empeoramiento de su estado general acompañado de un aumento en el número de las deposiciones (hasta 10 diarias, todas con sangre) y dolor abdominal cólico. Es ingresado instaurándose tratamiento con esteroides por vía intravenosa (1 mg/kg/día) y sueroterapia. A las 36 horas del ingreso se incrementa el dolor abdominal, aparece una distensión abdominal importante y ausencia de deposiciones. La exploración física muestra una temperatura corporal de 38,7° C; 124 latidos por minuto; abdomen distendido, doloroso y algo timpánico junto a signos de irritación peritoneal. En el hemograma la cifra de leucocito alcanza 17.000/dl. Los estudios

radiológicos realizados muestran un colon transverso dilatado de 8 cm sin existencia de aire libre peritoneal. El deterioro del paciente persiste tras 24 horas de observación. ¿Qué tratamiento le parece más adecuado?:

1. Infliximab.
2. Colectomía subtotal de urgencia.
3. Azatioprina.
4. Ciclosporina por vía intravenosa.
5. Salazopirina a dosis altas por vía oral.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

El caso clínico describe una complicación de la colitis ulcerosa. Tiene datos de brote grave y la distensión abdominal así como la dilatación del colon en la radiología dan el diagnóstico de megacolon tóxico. El tratamiento de megacolon tóxico es inicialmente médico, pero dado que presenta mala evolución en las primeras horas, está indicada la colectomía subtotal de urgencia.

Pregunta 7 *Subir*

En un paciente con colitis ulcerosa de 12 años de evolución, las biopsias seriadas demostraron la presencia de displasia grave en las muestras del área sigmoidea, ¿Qué actitud recomendaría?:

1. Resección del sigma.
2. Colectomía total.
3. Nueva toma de biopsias en 3 meses y resección de la lesión en caso de confirmarse.
4. Ecoendoscopia para evaluar la invasión de la pared intestinal.
5. Quimioterapia con 5-fluorouracilo y reevaluación en 6 meses.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

En la colitis ulcerosa los factores de riesgo más importante para el desarrollo de un cáncer de colon son la existencia de una pancolitis y la duración de la enfermedad más de 8 años. La presencia de displasia de alto grado o grave así como la de un cáncer son indicaciones de Proctocolectomía total.

Pregunta 8 *Subir*

Paciente de 62 años, diagnosticado de cirrosis por el virus de la hepatitis C y sin antecedentes de descompensación de su hepatopatía, en el que al efectuarse una fibrogastroscoopia se detectan varices esofágicas de gran tamaño. ¿Cuál es la actitud terapéutica que debería adoptarse?:

1. Administrar somatostatina.
2. Erradicar las varices con esclerosis endoscópica.
3. Administrar nitratos de acción prolongada.
4. Colocar una derivación portosistémica percutánea intrahepática.
5. Administrar betabloqueantes no selectivos.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La profilaxis primaria de sangrado por varices esofágicas es eficaz con la administración de betabloqueantes no cardioselectivos cuando se observan varices esofágicas en la endoscopia. Las técnicas endoscópicas pueden emplearse cuando está contraindicado el tratamiento farmacológico.

Pregunta 9 *Subir*

• **Mujer de 32 años con antecedentes personales de consumo de drogas vía parenteral hasta hace 4 años, que en una analítica de control se objetiva serología positiva para el virus C de la hepatitis y para el VIH negativas. Pareja estable en la actualidad. ¿Cuál de las siguientes medidas NO aconsejaríamos a esta paciente?:**

1. Vacunación de la hepatitis A.
2. La lactancia materna.
3. No compartir objetos de aseo personal.
4. Utilizar siempre métodos de barrera en las relaciones sexuales con su pareja.
5. No donación de sangre.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

A los enfermos con hepatitis C no se les prohíbe la lactancia (ausencia de riesgo de infección). No deben compartir objetos de higiene personal ni donar sangre por riesgo de infección. Se recomienda vacunación de VHA y VHB para prevenir sobreinfección o hepatitis crónica. El riesgo de transmisión sexual es bajo y en pacientes heterosexuales con pareja estable se les informa de ese bajo riesgo y queda a su elección, por tanto no es obligado el empleo de métodos de barrera en las relaciones sexuales.

Pregunta 10 *Subir*

• **En el diagnóstico diferencial de la peritonitis bacteriana espontánea del cirrótico con respecto a la peritonitis secundaria, ¿cuál de los siguientes datos puede hacer sospechar una peritonitis secundaria?:**

1. Presencia de dolor abdominal a la palpación.
2. Presencia de >250 neutrófilos por mm³ de líquido ascítico.
3. Flora monomicrobiana en la tinción de Gram.
4. Nivel de Glucosa en líquido ascítico menor que en plasma.
5. Baja concentración de proteínas en líquido ascítico.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Tanto la PBE como la PBS pueden cursar con dolor abdominal y neutrofilia. La etiología monomicrobiana y una escasa concentración proteica en el líquido ascítico sugiere PBE. Los niveles de glucosa bajos se observan con mayor frecuencia en la PBS.

Pregunta 11 *Subir*

• **Varón de 38 años de edad que en los últimos tres años ha presentado cifras moderadamente elevadas de transaminasas. Afirma beber una o dos cervezas los fines de semana. La exploración es normal, salvo peso 83 kg y talla 174 cm con Hb 14,5 g/dl. VCM 86 fl, resto de la hematimetría normal. ASAT 65 u.i., ALAT 87 u.i., triglicéridos 213 mg/dl, colesterol total 184 mg/dl, glucemia basal 114 mg/dl, ferritina 392 mg/ml. Bilirrubina, fosfatasa alcalina, cobre, ceruloplasmina, alfa-1-antitripsina, sideremia y CTF normales. Marcadores virales A, B y C y autoanticuerpos no organoespecíficos (ANA, AMA, ASMA, anti LKM) negativos. Señale la opción más razonable en este momento:**

1. El enfermo es homocigótico para la mutación C282Y del gen HFE.
2. Es necesario iniciar tratamiento con estatinas.
3. Es obligado realizar una biopsia hepática de inmediato.
4. El diagnóstico más probable en este enfermo es hígado graso no alcohólico.
5. El enfermo oculta que bebe alcohol en exceso de forma habitual.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Sideremia y CTF normal excluyen hemocromatosis. No se describen macrocitosis ni marcadores bioquímicos como predominio de GOT (ASAT) sobre GPT (ALAT), ni GGT que sugiera etiología alcohólica oculta. Presenta IMC elevado, aumento de triglicéridos por lo que el diagnóstico más probable es enfermedad hepática por depósito graso no alcohólico. Es coherente con este diagnóstico la hiperglucemia. El tratamiento requiere reducción de peso y si fuese necesario fibratos, no estatinas.

Pregunta 12 Subir

- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con relación al hemangioma hepático es cierta?:
1. Afecta al 1% de la población.
 2. Se denomina gigante si sobrepasa los 10 cm de diámetro.
 3. No es una neoplasia sino una malformación vascular.
 4. Suelen ser sintomáticos.
 5. Cuando sobrepasan los 6 cm está indicada la cirugía exéretica aunque no produzcan sintomatología.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:
El hemangioma hepático es una malformación vascular; es muy frecuente y asintomática. Excepcionalmente requiere tratamiento.

Pregunta 13 Subir

- Al leer el resultado de una ecografía abdominal, que usted ordenó por infecciones urinarias de repetición, comprueba que la mujer de 67 años que tiene sentada en su consulta tiene cálculos en la vesícula biliar, son otros hallazgos significativos. La paciente niega haber presentado cólicos o ninguna otra complicación relacionada con la coledocistitis. Su única queja digestiva es la distensión abdominal postprandial. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones le dará usted?:
1. La distensión postprandial indica que debe ser sometida a una colecistectomía de urgencia.
 2. No está indicado el tratamiento quirúrgico porque se trata de una coledocistitis asintomática.
 3. Debe ser sometida a una colecistectomía abierta y no laparoscópica para prevenir un cáncer de vesícula.
 4. La colecistectomía profiláctica está indicada por tratarse de una mujer.
 5. Debe someterse a una esfinterotomía endoscópica para prevenir un coledocolitiasis.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:
La coledocistitis asintomática, en general no tiene indicación de tratamiento quirúrgico, sólo se acepta y recomienda colecistectomía "profiláctica" en algunas situaciones especiales tales como:

- Cálculos de gran tamaño (>2,5 cm).
- Anomalías congénitas de la vía Biliar.
- Anemia Falciforme.
- Colelitiasis incidental: concomitante con otras cirugías digestivas incluida la cirugía bariátrica (de obesidad morbida).
- Vesícula en porcelana.

Pregunta 14 Subir

- La prueba de función pancreática de mayor sensibilidad para valorar el grado de insuficiencia pancreática exocrina es:
1. Quimotripsina en las heces.
 2. Consumo de aminoácidos tras la inyección de secretina/pancreozimina.
 3. Comida de prueba de Lundh.
 4. Secretina-pancreozimina.
 5. Prueba de dilaurato de fluoresceína.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:
Para el diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina la prueba más sensible (detecta los casos más leves) y

específica es el test secretina-pancreozimina. Usualmente en la práctica se emplean pruebas de menor sensibilidad pero no invasivas como el dilaurato de fluoresceína o la quimotripsina fecal.

Pregunta 15 *Subir*

Una paciente de 42 años ingresó hace 6 días con un cuadro de pancreatitis aguda de origen biliar. La mala evolución obliga a determinar si presenta necrosis pancreática. ¿Qué prueba diagnóstica solicitaría?:

1. Ecografía abdominal con contraste endovenoso.
2. Colangio-Resonancia magnética.
3. Radiografía simple de abdomen.
4. Colangio pancreatografía retrograda endoscópica.
5. Tomografía computerizada con contraste endovenoso.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

En las pancreatitis agudas con criterios de gravedad se precisa evaluar la presencia de necrosis pancreática como forma de correlación. La prueba para demostrar necrosis es el TC abdominal con contraste.

Pregunta 16 *Subir*

Mujer de 75 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal cólico difuso y vómitos alimentarios y biliosos. Se diagnostica cólico biliar y se pauta tratamiento espasmolítico, pero la paciente empeora clínicamente, apareciendo febrícula, distensión abdominal y disminución del peristaltismo. En la radiografía de abdomen se observa: asas de intestino delgado dilatadas con distribución en patrón "en escalera" y niveles hidroaéreos, pequeña imagen de densidad calcio en cuadrante inferior derecho y aire en la vía biliar. Su sospecha diagnóstica es:

1. Íleo biliar.
2. Colangitis.
3. Colecistitis enfisematosa.
4. Trombosis de la vena mesentérica.
5. Apendicitis aguda.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Se trata de una paciente que asocia síntomas típicos de cólico biliar con un cuadro posteriormente de obstrucción intestinal, tanto clínico como radiológico. La presencia de imagen cálcica en la fosa iliaca derecha (íleon terminal) asociada a niveles hidroaéreos por la obstrucción y la aerobilia hacen que el cuadro más probable sea el íleo biliar, es decir, la obstrucción intestinal por un cálculo biliar impactado en íleon terminal, que ha conseguido pasar al tubo digestivo por una fístula colecistoduodenal.

Pregunta 17 *Subir*

La causa más frecuente de abdomen agudo por oclusión mecánica de intestino delgado es una de las siguientes:


1. Plastrón apendicular.
2. Hernia inguinal incarcerada.
3. Hernia crural incarcerada.
4. Adherencias o bridas de intestino delgado consecuencia de laparotomías previas.
5. Neoplasia de colon derecho.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

La causa más frecuente de obstrucción intestinal de intestino delgado son las adherencias o bridas como consecuencia de laparotomías previas. En pacientes sin cirugía abdominal previa la causa más frecuente de oclusión de ID son las hernias.

Pregunta 18 Subir

 Paciente que acude a Urgencias por dolor abdominal localizado en fosa ilíaca izquierda. La historia clínica sugiere una diverticulitis. ¿Cuál de las siguientes exploraciones NO debe utilizarse para estadificar la gravedad de la enfermedad o evaluar la evolución de la misma?:


1. Exploración física.
2. Recuento de leucocitos.
3. Ecografía abdominal.
4. TAC con contraste.
5. Colonoscopia.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

En fase aguda de diverticulitis "aguda" el diagnóstico es fundamentalmente clínico siendo el TAC abdominal la mejor prueba de imagen para valorar la gravedad y la presencia de complicaciones. En fase aguda deben excluirse pruebas que supongan un posible aumento de presión intraluminal en el colon por lo que deben evitarse tanto el enema opaco como la colonoscopia que aumentarían el riesgo de perforación.

Pregunta 19 Subir

 Un paciente de 56 años acude a la consulta por dolor anal de comienzo súbito tras un episodio de estreñimiento. No tiene conductas sexuales de riesgo, no presenta fiebre y se queja de que cuando va a hacer deposición siente un dolor como "si le cortara". A la exploración, no se observan alteraciones externas pero la intentar hacer un tacto rectal existe un aumento del tono del esfínter y es imposible hacer progresar el dedo por las quejas del paciente. De entre los siguientes, el diagnóstico más probable y la opción terapéutica es:


1. Trombosis de una hemorroide externa - incisión y drenaje del coagulo.
2. Fisura anal aguda - tratamiento conservador con baños de asiento, analgésicos y fibra.
3. Proctitis aguda - metronizadol.
4. Proctalgia fugax - aminotriptilina.
5. Tumor del canal anal - radioterapia.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

El dolor anal intenso se debe generalmente a fisura anal, absceso perianal generalmente asociado a fiebre y tumefacción fluctuante perianal) o hemorroide complicada (prolapso hemorroidal agudo o trombosis hemorroidal externa). En este caso, el factor desencadenante es el estreñimiento, que produce un herida en el ano. La hipertonia del esfínter y el dolor intenso que impide la exploración son sugestivas de fisura anal aguda. El tratamiento de la fisura anal aguda es conservador, con baños de asiento, laxantes u otras medidas para evitar el estreñimiento. Cuando este tratamiento fracasa y la fisura anal es crónica se recomienda la esfinterotomía interna, ya sea química o quirúrgica.

Pregunta 20 Subir

 En las oclusiones del colon izquierdo causadas por una neoplasia en el recto-sigma es cierto que:

1. El dolor suele ser intenso y de tipo claramente cólico.
2. Los vómitos suelen ser poco abundantes y tardíos.
3. La distensión abdominal suele ser poco importante.
4. El cierre intestinal completo es poco habitual.
5. No resulta posible una oclusión de asa cerrada.


La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

La causa más frecuente de obstrucción a nivel de colon es la presencia de un cáncer colorrectal, con mayor frecuencia recto y sigma. Suele instaurarse de forma lenta, por lo que un dolor intenso y cólico es poco frecuente. Los síntomas fundamentales son el dolor abdominal difuso, progresivo y no cólico acompañado de distensión abdominal, vómitos y estreñimiento, con incapacidad para la expulsión de heces y gases. Los vómitos suelen ser tardíos, más aún si existe una obstrucción en asa cerrada por la competencia de la válvula ileocecal.

Pregunta 21 *Subir*

.

 La literatura científica demuestra que el único beneficio de la profilaxis antibiótica en cirugía electiva de aparato digestivo es:

1. Reducir el riesgo de peritonitis difusa postoperatoria.
2. Prevenir la formación de abscesos intraabdominales.
3. Reducir la tasa de infecciones postoperatorias de las heridas quirúrgicas.
4. Prevenir las infecciones urinarias por enterobacterias.
5. Reducir la tasa de dehiscencia de anastomosis en cirugía cólica.


La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La profilaxis antibiótica en cirugía electiva sólo ha demostrado reducir tasa de infección de la herida quirúrgica sin haberse observado beneficios en la formación de abscesos intraabdominales ni otras infecciones postoperatorias como las infecciones urinarias o neumonías.

Pregunta 22 *Subir*

.

 Una paciente de 34 años de edad presenta un cuadro de cirrosis descompensada con ascitis y encefalopatía. Se detecta virus de la hepatitis C y un hepatocarcinoma de 3 cm en el lóbulo hepático derecho. ¿Cuál es el tratamiento de elección?:

1. Resección del lóbulo hepático derecho.
2. Resección limitada del tumor.
3. Interferón.
4. Trasplante hepático.
5. Derivación posto-sistémica.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

El tratamiento del hepatocarcinoma en pacientes no cirróticos o con cirrosis estadio A de Child es la extirpación quirúrgica. En pacientes con cirrosis estadios B o C de Child, con hepatocarcinomas menores de 5 cm sin enfermedad extrahepática, está indicado el trasplante hepático, dado que la reserva funcional hepática en estos pacientes supondría una insuficiencia hepática postoperatoria en caso de que hiciéramos una resección hepática.

Pregunta 23 *Subir*

.

 Señale cuál de las siguientes afirmaciones en relación con la presión central es FALSA:

1. La vena más apropiada para realizar una estimación correcta de la presión venosa central es la yugular interna.
2. Los pacientes con presión venosa central elevada deben ser examinados con el tronco en posición horizontal para observar mejor la onda de pulso venoso.
3. Se considera que la presión venosa está elevada cuando la distancia vertical entre el ángulo esternal y la parte superior de la columna venosa oscilante es mayor de 3 cm.
4. La causa más frecuente de presión venosa elevada es el aumento de presión diastólica del

ventrículo derecho.

5. En las fases precoces de la insuficiencia cardíaca puede ser útil la prueba del reflejo hepatoyugular para evidenciar un aumento de la presión venosa.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Si se examina en posición horizontal al tener elevada la PVC por la teoría de "vasos comunicantes" no lograremos ver el punto de máxima oscilación de la columna venosa no pudiendo por tanto realizar la medida. En las opciones 1,3, 4, 5 se hace referencia a los principales aspectos fisiopatológicos de la presión venosa yugular.

Pregunta 24 *Subir*

Un paciente de 65 años, diagnosticado de insuficiencia cardíaca de etiología isquémica, en estadio avanzado (grado funcional III de la NYAH), consulta por empeoramiento de su disnea. En el último año ha sufrido dos episodios de Edema Agudo de Pulmón y a raíz del último fue dado de alta con dieta pobre en sal, inhibidores de la Enzima convertidora de la angiotensina (IE-CAs), furosemida, espironolactona y aspirina (150mg/día). En el momento de la exploración es paciente no tiene disnea, está en ritmo sinusal, con una frecuencia cardíaca normal en reposo, tiene crepitantes en ambas bases y su tensión arterial es de 115/75. En la radiografía de tórax hay signos de hipertensión postcapilar, sin imágenes de condensación ni derrame pleural. ¿Cuál sería su recomendación terapéutica?:

1. Iniciar tratamiento con antagonistas del calcio y nitritos orales.
2. Sustituir la Aspirina por Clopidogrel.
3. Hacer una broncoaspiración y cultivo del material aspirado.
4. Añadir Digoxina oral.
5. Iniciar tratamiento gradual con betabloqueantes.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

El empleo de betabloqueantes mejora el pronóstico de pacientes con severa disfunción ventricular sistólica incluso en fases avanzadas de la enfermedad CF III-IV con la condición de que el paciente se encuentre eurolémico, por lo que está indicado su empleo en estos pacientes fuera de las descompensaciones.

Pregunta 25 *Subir*

¿Cuál de los siguientes parámetros NO es de mal pronóstico en el paciente con insuficiencia cardíaca crónica?:

1. Consumo máximo de oxígeno <10 ml/kg por minuto.
2. Disfunción ventricular izquierda <25%.
3. Hiponatremia.
4. Valores de BNP (péptido natriurético tipo B) disminuidos (<100 pg/ml).
5. Extrasistolia ventriculares frecuentes.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

La IC se caracteriza por presentar una marcada activación neurohormonal con elevación, entre otros marcadores, del BNP. No es esperable en estos paciente que su valor sea normal ni disminuido sino elevado en respuesta al aumento de presión intraventricular.

Pregunta 26 *Subir*

La etiología más frecuente de insuficiencia tricúspide orgánica es:

1. Infarto de miocardio.

2. Carcinoide.
3. Endocarditis.
4. Prolapso.
5. Congénita.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La etiología más frecuente de IT orgánica es la endocarditis por afectación de los velos o de incluso el aparato subvalvular por los gérmenes, típicamente en adictos a drogas por vía parenteral. No obstante, la afectación que con más frecuencia produce IT es la hipertensión pulmonar, que origina dilatación del anillo tricuspideo y de las cavidades derechas, pero en ese caso es funcional y no por enfermedad orgánica valvular.

Pregunta 27 *Subir*

Se trata de un paciente de 78 años, ingresado en la Unidad Coronaria, en el tercer día de evolución de un infarto agudo de miocardio inferior que había cursado sin complicaciones. De forma súbita el paciente pierde la conciencia y presenta severa hipotensión y falta de pulso, con persistencia de complejos QRS en el monitor. En la exploración física aparecen cianosis e ingurgitación yugular. ¿Cuál sería su sospecha diagnóstica?:

1. Shock hipovolémico agudo por hemorragia interna (seguramente gastrointestinal).
2. Reinfarto de miocardio.
3. Ruptura de músculo papilar de la válvula mitral.
4. Ruptura del tabique interventricular.
5. Ruptura de pared libre y taponamiento.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La clínica de la rotura cardíaca aguda consiste en una disociación electromecánica brusca (pérdida de pulso y mantenimiento de la actividad eléctrica).

Pregunta 28 *Subir*

La actitud indicada en un síndrome coronario agudo con elevación de ST es:

1. Monitorización electrocardiográfica.
2. Seguimiento de marcadores de daño miocárdico.
3. Test de esfuerzo.
4. Scan de perfusión.
5. Terapia de reperfusión.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

En un SCA con ascenso del ST la actitud prioritaria, que puede modificar la historia natural de la enfermedad es la reperfusión (mediante angioplastia primaria o farmacológica con fibrinolíticos.)

Pregunta 29 *Subir*

Paciente de 22 años, fumador de 1/2 paquete al día y diagnosticado de soplo cardíaco en la adolescencia. Acude al hospital por dolor torácico y disnea. En la auscultación se detecta un soplo sistólico en mesocardio que aumenta con la maniobra de Valsalva. En el ECG está en fibrilación auricular rápida, tiene signos de crecimiento ventricular izquierdo y ondas q en DI y aVL. La Rx de tórax demuestra la existencia de insuficiencia cardíaca y silueta normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Estenosis aórtica congénita.
2. Infarto lateral alto.

3. **Miocardopatía dilatada.**
4. **Angina inestable.**
5. **Miocardopatía hipertrófica obstructiva.**

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La bipedestación y la maniobra de Valsalva sólo aumentan el soplo en dos enfermedades (PVM y MHO). El resto de datos, especialmente la hipertrofia ventricular, facilita el diagnóstico de esta entidad.

Pregunta 30 *Subir*

El tratamiento con sulfato magnésico en el infarto agudo de miocardio se indica en situación de:

1. **Insuficiencia renal.**
2. **Hiperpotasemia.**
3. **Hipercalcemia.**
4. **Taquicardia ventricular con QT alargado.**
5. **Bloqueo A-V.**

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

En el contexto de un IAM solo se justifica el empleo de magnesio si aparece una TV en torsión de puntos con QT prolongado. Este fármaco se utiliza además en los episodios de torsadas secundarias a QT largo de otro origen (farmacológico, hipocalcemia, ...) con eficacia variable.

Pregunta 31 *Subir*

Un joven de 18 años acude a nuestra consulta por cifras elevadas de la presión arterial. Está asintomático desde el punto de vista cardiovascular. En la exploración física destaca un clic de eyección en mesocardio y foco aórtico, sin soplo y una marcada disminución de la amplitud del pulso en extremidades inferiores. ¿Cuál de los siguiente diagnósticos es más probable?:

1. **Insuficiencia aórtica por válvula aórtica bicúspide.**
2. **Estenosis valvular aórtica de grado moderado.**
3. **Coartación de aorta.**
4. **Miocardopatía hipertrófica.**
5. **Disección aórtica.**

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La coartación de aorta se caracteriza por una disminución de la amplitud del pulso en EEII con respecto a los superiores, además de un soplo en mesocardio. La HTA es un signo clave, de forma que debe descartarse la coartación ante todo hipertenso con una exploración simultánea de los pulsos en extremidades superiores e inferiores.

Pregunta 32 *Subir*

¿Cuál es el antihipertensivo de elección en una mujer de 60 años, asmática, con crisis de gota, TA: 158 mmHg/90 mmHg, y estenosis de arteria renal sobre riñón único?:

1. **Diurético.**
2. **Betabloqueante.**
3. **Calcioantagonista.**
4. **Inhibidor de la enzima convertora de la angiotensina.**
5. **Antagonista del receptor de la angiotensina.**

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La estenosis renal sobre riñón único contraindica el empleo de IECA o ARA II, el asma el empleo de betabloqueantes y la crisis gotosa aconseja no emplear diuréticos puesto que aumentan la uricemia. Por la comorbilidad asociada de la paciente la repuesta razonable es un calcio antagonista.

Pregunta 33 *Subir*

La disección aguda de la aorta torácica tipo B de Stanford se caracteriza por los siguientes hallazgos anatómicos:

1. Disección que afecta la raíz de la aorta y la válvula aórtica, pero preservando el resto de la aorta ascendente.
2. La disección solamente afecta el cayado o arco aórtico.
3. Disección que afecta a toda la aorta ascendente.
4. Disección de la aorta descendente distal a la arteria subclavia izquierda.
5. Disección de toda la aorta torácica.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

La disección distal tipo B de Stanford se define como una disección de la aorta torácica descendente distal al origen de la arteria subclavia izquierda. En principio, el manejo de esta es conservadora, salvo en caso de que se complique (rotura, progresión), estando entonces indicada la cirugía.

Pregunta 34 *Subir*

Los paciente en estado de choque presentan un marcado descenso de la presión arterial sistémica. Según la causa que motiva el estado de choque, la hipotensión arterial es debida a alteraciones en el gasto cardiaco y/o alteraciones las resistencias vasculares sistémicas. Entre las siguientes, señale la respuesta correcta:

1. En el choque de origen séptico, el gasto cardiaco y las resistencias vasculares se hallan incrementadas.
2. En el choque hemorrágico, el gasto cardiaco está elevado y las resistencias vasculares se hallan incrementadas.
3. En el choque de origen cardiaco, el gasto cardiaco está reducido y las resistencias vasculares se hallan incrementadas.
4. En el choque causado por una crisis tireotóxica, el gasto cardiaco está reducido y las resistencias vasculares se hallan incrementadas.
5. En el choque causado por una insuficiencia hepática, el gasto cardiaco está reducido y las resistencias vasculares se hallan incrementadas.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Los tipos de shock no son demasiado relevantes en el MIR, pero en esta ocasión plantean una pregunta sobre su diagnóstico diferencial. El shock cardiogénico implica una disfunción cardíaca en su tarea habitual de bombear sangre, por lo que habrá un descenso del gasto cardiaco. También habrá aumento de las resistencias periféricas por la descarga catecolaminérgica que le acompaña, de ahí que la correcta sea la 3.

Pregunta 35 *Subir*

Hombre de 50 años, infarto anterior extenso. En el ecocardiograma se aprecia depresión severa de la función ventricular, insuficiencia aórtica severa y no se aprecian alteraciones en aorta ascendente. Presenta hipotensión importante y cuadro compatible con edema agudo de pulmón, y ha presentado varias crisis de angor postinfarto durante el ingreso en la unidad coronaria. ¿Cuál de las siguientes actuaciones NO sería correcta?:

1. Iniciar tratamiento con dopamina.
2. Realizar cateterismo cardiaco urgente.
3. Iniciar tratamiento con furosemida.
4. Introducción de balón de contrapulsación aórtico.
5. Introducción de catéter de termodilución para monitorización de gasto cardiaco y presiones endocavitarias.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

El BCIAo se contraindica en los síndromes aórticos agudos y en la insuficiencia aórtica severa. En esta última, al inflarse el balón en diástole se aumentaría la regurgitación aórtica previa. Las demás opciones son parte del amplio abanico terapéutico de un shock cardiogénico.

Pregunta 36 *Subir*

Un hombre de 50 años de edad acude al servicio de urgencias con dolor e hinchazón de la pierna derecha en los últimos dos días. Fuma 2 paquetes de cigarrillos al día y está algo obeso. Recuerda que se dio un golpe en la pierna contra una mesa 3 días antes y se hizo una herida. La temperatura es 38° C y la pierna derecha está visiblemente hinchada hasta la ingle con moderado eritema. Los pulsos son normales y el signo de Homans es negativo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. La ausencia de un cordón palpable y un signo de Homans negativo hacen el diagnóstico de trombosis venosa profunda poco probable.
2. La fiebre y eritema hacen el diagnóstico de trombosis venosa poco profunda muy improbable.
3. El paciente debe comenzar con anticoagulantes con heparina inmediatamente.
4. Dado que no hay evidencia de tromboembolismo pulmonar, el paciente puede comenzar con anticoagulación oral (acenocumarol) sola.
5. Debe realizarse una flebografía intravenosa en 24 horas.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Este paciente presenta una trombosis venosa profunda (signos inflamatorios en miembro inferior y una serie de factores de riesgo trombótico, como son la obesidad, el tabaco y el antecedente de traumatismo). La ausencia de signo de Homans positivo en absoluto descarta el diagnóstico. En esta situación, debe iniciarse de inmediato tratamiento anticoagulante.

Pregunta 37 *Subir*

Paciente varón de 29 años, jugador activo de baloncesto. Al exploración física destaca pectus excavatum y arnodactilia. Su padre falleció por muerte súbita a la edad de 47 años. En un estudio ecocardiográfico se detecta insuficiencia aórtica severa con diámetro telediastólico del VI de 75 mm y una fracción de eyección de 0.40. La aorta ascecente tiene un diámetro de 5 cm. ¿Qué actitud recomendaría en dicho paciente?:

1. Recambio valvular aórtico aislado en ese momento.
2. Tratamiento médico con calciantagonistas hasta que aparezcan los síntomas.
3. Tratamiento médico con betabloqueantes hasta que aparezcan los síntomas.
4. Control ecocardiográfico anual hasta que aparezcan los síntomas.
5. Recambio de la válvula aórtica y la aorta ascendente con tubo valvulado (Operación de Bentall).

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Se trata de un paciente con síndrome de Marfan con insuficiencia aórtica severa, FEVI moderadamente deprimida y Ao torácica aneurismática. La opción quirúrgica aconsejable es una operación de Bentall, con colocación de tubo valvulado y reimplante de coronarias a la prótesis.

Pregunta 38 Subir

- La cianosis central sólo se debe a:
1. Aumento del volumen minuto cardiaco.
 2. Aumento de la masa eritrocitaria.
 3. Aumento del valor hematocrito.
 4. Aumento de la hemoglobina reducida.
 5. Aumento de la carboxihemoglobina.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

La cianosis (coloración azulada) de la piel puede ser central o periférica. Las centrales se caracterizan por tener alto la Hb reducida como ocurre en enfermedad de origen pulmonar, cardíaca o hipoventilación.

Pregunta 39 Subir

- Un día en que la presión atmosférica es de 705 mmHg, un paciente de 40 años se presenta en la sala de urgencias con una presión arterial de oxígeno de 37 mmHg, una presión de anhídrido carbónico de 82 mmHg y un Ph de 7.22. Calculamos la presión alveolar de oxígeno, que resulta ser 39 mmHg. Entre las causas de insuficiencia respiratoria mencionadas más abajo. ¿Cuál será la más probable?:
1. Una embolia de pulmón.
 2. Es una insuficiencia respiratoria crónica reagudizada en un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
 3. Tiene una crisis asmática grave.
 4. Una neumonía extensa.
 5. Una sobredosis de morfina.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Típica pregunta del MIR sobre insuficiencia respiratoria. Recuerda que un aumento de pCO₂ implica estado de hipoventilación y si estos se acompañan de D (A-a)o₂ normal (PAO₂ 39 - Pa O₂ 37 = D (A-a)o₂ = 2). El paciente presenta una enfermedad no pulmonar.

Pregunta 40 Subir

- Un paciente de 58 años de edad, no fumador, con disnea y tos, es enviado al neumólogo. La historia clínica revela catarros invernales prolongados, con tos y expectoración, desde hace 10 años. La situación funcional ha sido muy buena hasta hace unos seis meses. En este período ha aparecido disnea progresiva, que en la actualidad es de pequeños esfuerzos. La tos es improductiva. En la exploración se aprecian cianosis central, acropaquias, disminución de la movilidad respiratoria, sibilancias espiratorias y prolongación del tiempo espiratorio. En la misma consulta se realiza una espirometría que muestra los siguientes resultados: Capacidad vital 40% del valor teórico, volumen respiratorio máximo en 1 segundo (FEV₁) 70% del valor teórico, el FEV₂₅₋₇₅ es 66% del teórico. ¿Cuál, entre las que se enumeran a continuación es la siguiente prueba a realizar que mejor podría aclarar la alteración funcional encontrada?:
1. Radiografía de tórax, PA y lateral.
 2. Citología de esputo.
 3. Medición de volúmenes pulmonares por pletismografía.
 4. Espirometría con broncodilatadores.
 5. Hemograma, bioquímica sérica, estudio inmunológico.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Nos presenta clínicamente a un paciente con enfermedad pulmonar crónica con defectos de la espirometría. Pero los datos espirométricos son contradictorios, ya que presenta un IT alto (FEV₁/CVF), luego necesitan conocer el VR para diferenciar obstrucción con atrapamiento aéreo frente a restricción pulmonar.

Pregunta 41 Subir

Enfermo diagnosticado de asma que no está recibiendo tratamiento. En la historia clínica refiere episodios de desnea sibilante en 4 ocasiones en el curso de una semana, ocasionalmente se despierta por la noche con síntomas de asma y tiene un FEV1 que es el 80% del teórico. ¿Cómo debería ser tratado inicialmente este enfermo?:

1. Una dosis baja-moderada de corticoides inhalados más un beta-antagonista.
2. Deber evitar alérgenos y utilizar un corticoide inhalado a demanda.
3. Un beta agonista solo.
4. Una combinación de tofilinas con corticoides inhalados y beta agonistas.
5. Un ciclo inicial de corticoides orales combinado con beta agonistas.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Esta pregunta plantea un problema: se trata de una errata, puesto que la opción 1 dice "beta-antagonistas" cuando debería decir "beta-agonistas", por lo que se trataría de una pregunta equívoca. La opción correcta sería la 1 si en vez de antagonistas dijese "agonistas". Probablemente se trate de un error de transcripción por parte del Ministerio, puesto que las otras cuatro opciones no son correctas.

Pregunta 42 Subir

Un paciente de 68 años con EPOC fue dado de alta en el hospital en tratamiento con oxígeno domiciliario. Dos meses más tarde acude a consulta refiriendo disnea con medianos esfuerzos. Ha dejado de fumar y sigue tratamiento correctamente con broncodilatadores inhalados. Presenta saturación de oxígeno de 85% respirando aire ambiente y hematocrito de 49%. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la oxigenoterapia domiciliar es correcta?:

1. Debe interrumpirse por tener hematocrito normal.
2. Debe continuar, pero no más de 12 horas al día.
3. Debe administrarse mediante gafas nasales con flujo del, al menos, 10 litros/minuto.
4. Debe mantenerse a largo plazo, pues se ha demostrado que alarga la supervivencia en pacientes como éste.
5. Debe mantenerse mientras el paciente permanezca sintomático.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Se trata de un paciente que ya está en tratamiento con oxigenoterapia crónica domiciliar, y la respuesta 4 que dice que hay que mantenerla porque se ha demostrado que aumenta la supervivencia es correcta porque cumple los requisitos de estabilidad, medicación broncodilatadora completa y porque sigue con saturación O₂ por debajo del 88%, lo que representa pO₂ por debajo de 55 mmHg.

Pregunta 43 Subir

Un paciente de 30 años habitante de un pueblo de Cantabria, no fumador, que trabaja por las mañanas en una cantera de granito y por las tardes ayuda en su casa al cuidado del ganado vacuno, acude al médico por disnea de esfuerzo y un patrón intersticial. La TAC torácica confirma el patrón intersticial y además objetiva imágenes de vidrio esmerilado de tipo mosaico. El diagnóstico más probable es de:

1. Neumonitis por hipersensibilidad.
2. Proteínosis alveolar.
3. Sarcoidosis.
4. Silicosis.
5. Silicatosis.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Pregunta básica de enfermedades intersticiales. Los síntomas y la imagen del TAC apoyan el diagnóstico de enfermedad intersticial, y el contacto con el ganado vacuno nos da la clave de neumonitis por hipersensibilidad (respuesta 1). No hay síntomas de sarcoidosis, la proteinosis alveolar da un patrón perihiliar y no suele dar síntomas, y está expuesto a sílice (granito) pero es demasiado joven (30 años) como para que haya dado tiempo a que se produzca. Tampoco aparecen las típicas placas pleurales.

Pregunta 44 Subir

En el síndrome de apnea del sueño hay hipoxia, hipercapnia y acidosis y puede asociarse con las siguientes alteraciones EXCEPTO:

1. Hipertensión arterial.
2. Hipertensión pulmonar.
3. Hipoventilación alveolar.
4. Bradicardia.
5. Aumento de las fases de ondas lentas del sueño profundo.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La dificultad de esta pregunta deriva de no ser un tema habitual del MIR y de que las preguntas previas se centran en el tratamiento. Se puede sacar por descarte. El SAOS se asocia a HTA (aunque no se ha demostrado asociación a HTA crónica). Condiciona hipoventilación alveolar e HTP secundaria a hipoxia alveolar. Se acompaña de bradicardia durante las pausas y habitualmente taquicardia posterior. La desestructuración del sueño por las pausas afecta principalmente al sueño de ondas lentas, que es el reparador.

Pregunta 45 Subir

Un paciente de 60 años de edad acude a la consulta por habersele descubierto un patrón de tipo intersticial en la radiografía de tórax. Refiere ser fumador de 40 paquetes/año y haber trabajado como montador de tuberías. En la tomografía axial computerizada se observa el mencionado patrón y un engrosamiento pleural. El diagnóstico en que pensará es:

1. Fibrosis pulmonar.
2. Neumoconiosis.
3. Bronquiolitis respiratoria.
4. Asbestosis.
5. Silicosis.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Pregunta fácil de un tema recurrente en el MIR. La exposición a asbesto per se, se asocia a placas pleurales (engrosamiento de la pleura parietal de contornos bien definidos y por lo general irregulares), pero la presencia de enfermedad intersticial es definitiva de asbestosis. En este caso, la exposición al asbesto está camuflada en las fibras de aislamiento de las tuberías.

Pregunta 46 Subir

Una mujer de 55 años, fumadora durante años consulta por síntomas derivados de un síndrome de vena cava superior. En la Rx de tórax hay marcado ensanchamiento mediastínico. ¿Cuál es la patología más frecuente?:

1. Carcinoma microcítico pulmonar.
2. Carcinoma químico.
3. Enfermedad de Hodgkin.
4. Linfoma folicular.
5. Carcinoma tiroideo anaplásico.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Se describe una paciente con un síndrome de vena cava superior. La causa más frecuente es el carcinoma broncogénico, y en concreto, el carcinoma microcítico. Por lo tanto, la respuesta correcta es la 1.

Pregunta 47 *Subir*

● Hombre de 65 años de edad que presenta de forma aguda disnea, dolor torácico pleurítico derecho y hemoptisis moderada. Una gammagrafía pulmonar de ventilación- perfusión se interpreta como de alta probabilidad de embolismo pulmonar. Una radiografía de tórax muestra un derrame pleural derecho que ocupa menos de un tercio del hemotórax derecho. La toracocentesis demuestra que se trata de un derrame sero-hemorrágico. ¿Cuál de los siguientes sería el tratamiento correcto para este paciente?:

1. Colocar un tubo de drenaje torácico e iniciar anticoagulación.
2. Iniciar anticoagulación con heparina sódica y colocar un filtro de vena cava inferior.
3. Tratar con heparina sódica en bomba de infusión a dosis plenas.
4. Evitar la anticoagulación y colocar un filtro en vena cava inferior.
5. Realiza un arteriografía y después iniciar anticoagulación.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Se describe un paciente con un TEP. El tratamiento de elección es la heparina (respuesta correcta la 3). La presencia de hemoptisis moderada NO es una contraindicación para anticoagular, ya que además está provocada por la patología que se quiere tratar con la heparina (la respuesta 4 no es correcta).

Pregunta 48 *Subir*

● Las radiografía de tórax de un paciente de 62 años, con dolor torácico de algunas semanas de evolución, demuestran una lesión focal, bien definida, periférica, de contorno nítido, convexa hacia el pulmón, con diámetro cráneo-caudal mayor que el transversal, con ángulos obtusos con respecto a la pared torácica y que se acompaña de una lesión osteolítica costal. ¿Cuál, entre los siguientes, es el diagnóstico más probable?:

1. Mesotelioma pleural.
2. Derrame pleural encapsulado.
3. Carcinoma de pulmón.
4. Tumor fibroso pleural.
5. Plasmocitoma.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Las preguntas sobre lesiones mediastínicas han aumentado de frecuencia en este último examen. Recuerda que pocas enfermedades generan osteólisis en las costillas. Estas suelen ser de origen hematológico (opción 5). El mesotelioma se observa como un engrosamiento pleural (opción 1).

Pregunta 49 *Subir*

● Un paciente con un carcinoma broncogénico en lóbulo inferior izquierdo es sometido a una mediastinoscopia de estadificación en donde se confirma mediante estudio anatomopatológico una adenopatía positiva en región paratraqueal baja derecha (4R). Según la clasificación TNM. ¿Qué implica este hallazgo en la estadificación?:

1. T4.
2. N1.
3. N2.


- 4. N3.
- 5. M1.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Una vez más la estadificación del cáncer de pulmón ha caído en el MIR. Es importante que recuerdes que N1 son ganglios perihiliares y peribronquiales, N2 los subcarínicos y mediastínicos ipsilaterales, y N3 los contralaterales y supraclaviculares (opción 4).

Pregunta 50 *Subir*

 Mujer de 64 años ingresada por neumonía en lóbulo inferior derecho, en tratamiento con antibiótico empírico. Presenta una evolución tórpida los días posteriores al ingreso con persistencia de la fiebre, disnea y dolor de características pleuríticas en hemitórax derecho. La radiografía de tórax presenta veladura de la mitad inferior del hemitórax derecho compatible con derrame pleural. Se realiza toracocentesis diagnóstica obteniéndose un líquido claro de aspecto seroso, con un pH 6,95, LDH 200, glucosa 30 y e Gram del líquido es negativo. ¿Cuál de las siguientes sería la actitud correcta a seguir en este momento?:


1. Mantener el mismo tratamiento antibiótico y nueva toracocentesis diagnóstica en 24 horas.
2. Cambiar el tratamiento antibiótico empíricamente a la espera de los cultivos del líquido pleural.
3. Colocación de un tubo de drenaje pleural.
4. Solicitar una broncoscopia urgente para toma de muestras y cultivo microbiológico de las mismas.
5. Las características del líquido son compatibles con un trasudado por lo que debería iniciarse tratamientos con diuréticos ante la sospecha de una insuficiencia cardíaca.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Se trata de una pregunta asequible en la cual se debe conocer los datos bioquímicos que nos hacen sospechar la presencia de un empiema, que en este caso es el pH < 7, ya que el Gram es -. La presencia de empiema en líquido pleural es indicación absoluta de drenaje pleural además de los antibióticos que ya tiene el paciente pautados.

Pregunta 51 *Subir*

 En el neumotórax espontáneo primario, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?:


1. La causa más importante es la rotura de "blebs" subpleural.
2. Entre 1/3 y la mitad de los pacientes presentan recurrencias de la enfermedad.
3. Se da con más frecuencia en pacientes fumadores.
4. El tratamiento depende del volumen del neumotórax, que sea primer episodio o haya tenido con anterioridad más, y en algunos casos de la profesión del paciente.
5. Se da con más frecuencia en pacientes mayores de 50 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Los neumotórax (aire en cavidad pleural) pueden tener diferentes etiologías. Pueden ser espontáneos, traumáticos, hipertensivos y catameniales. Los espontáneos pueden ser primarios si no tienen enfermedad pulmonar previa o secundarios cuando sí la presentan (EPOC). Espontáneo primario es típico de paciente fumador joven, alto y flaco, que presentan habitualmente burbuja o "blebs" pleurales (opción 5 correcta).

Pregunta 52 *Subir*

 Mujer de 25 años que acude al Centro de Salud muy alarmada por que al mirarse en el espejo se ha visto la boca torcida. Ese mismo día durante la comida ha notado que los líquidos le resbalaban por la comisura labial. De entre las siguientes, señale la respuesta correcta:

1. El comienzo súbito nos orienta a una parálisis facial distinta a la de Bell.
2. La ausencia o disminución del reflejo palpebral es un dato diagnóstico muy específico para diferenciar la parálisis de origen periférico de las de origen central.
3. La parálisis facial periférica idiopática no es frecuente que se acompañe de ageusia y de hiperacusia.
4. La presencia de otros síntomas, como disfagia o diplopía, es compatible con el diagnóstico de parálisis facial periférica idiopática.
5. En éste, como en todos los casos de parálisis facial, está indicada la realización de un EMG.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

La parálisis facial es periférica cuando existe una afectación de los músculos faciales inervados por la rama superior de nervio facial (asimetría de arrugas frontales y cierre incompleto del párpado con el signo de Bell) y pueden añadirse síntomas por afectación de fibras motoras del músculo del estribo (hiperacusia) y de sensibilidad gustativa de los dos tercios anteriores de la lengua (ageusia), que también van en el nervio facial. La EMG predice la posible regeneración del nervio paralizado, por ello es útil para establecer el pronóstico, tras unas semanas de instaurarse, en los casos de mala evolución. La asociación de otros pares craneales afectados orientaran a origen central y no idiopática.

Pregunta 53 *Subir*

 En la enfermedad oclusiva del Sistema Arterial Vértebro-Basilar ¿cual de los siguientes signos NO es característico?:

1. Menenginismo.
2. Debilidad de Miembros.
3. Ataxia de la marcha.
4. Parálisis oclomotora.
5. Disfunción orofaríngea.

La respuesta correcta es: 1


COMENTARIO:

La oclusión del sistema arterial vertebrobasilar produce signos de disfunción del tronco del encéfalo (Manual CTO tema 4, (4.1), pag. 19).

Estos signos de disfunción pueden ser:

- Debilidad de miembros (opción 2): paresia por lesión de la vía piramidal en su camino descendente desde corteza hacia médula (Manual CTO, tema 1 (1.4), pag. 7)
- Ataxia de la marcha: por lesión cerebelosa y de pedúnculos cerebelosos (opción. 3), irrigados por las arterias cerebelosas que dependen de la circulación posterior (vertebrobasilar).
- Parálisis oculomotora: por lesión de PPCC oculomotores (opción 4) en protuberancia y mesencéfalo.
- (Opción 5). Disfunción orofaríngea: por lesión de los pares craneales bajos (disfagia, disfonía...) que se encuentran el bulbo.

Pregunta 54 *Subir*

 Un paciente de 62 años presenta de forma brusca una hemihipoestesia termo-algésica del hemicuerpo derecho, así como hipoestesia de la hemicara izquierda, hemiataxia izquierda y debilidad de los músculos de la masticación. ¿Donde localizaremos la lesión?:


1. Mesencéfalo lateral derecho.
2. Mesencéfalo medial izquierdo.
3. Protuberancia lateral izquierda.
4. Protuberancia medial derecha.
5. Bulbo medial derecho.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

El paciente presenta un síndrome cruzado con afectación de la sensibilidad de hemicuerpo D y la hemicara I, el dado afectado nos lo da el par craneal (V p.c. en este caso), así que estamos en troncoencéfalo izquierdo (Eso nos descarta las opciones 1, 4 y 5). El paciente además presenta hemiataxia ipsilateral, por lesión de pedúnculos cerebelosos (situados entre bulbo y protuberancia) y cerebelo, y debilidad de los músculos de la masticación (lesión del V p.c. motor situado en la protuberancia). De manera que nos encontramos en protuberancia lateral izquierda.

Pregunta 55 *Subir*

 **Hombre de 32 años que hace 2 años fue diagnosticado de esclerosis múltiple. Acude urgente porque desde hace 4 días presenta paraparesia severa y progresiva que le dificulta el caminar. ¿Que actitud terapéutica adoptaría en ese momento?:**


1. Inmunoglobulinas intravenosas.
2. Pulsos intravenosos de 1 gramo de Metilprednisolona.
3. Plasmaféresis.
4. Rehabilitación motora intensa.
5. Copolímero I.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

El paciente del caso clínico presenta un brote de esclerosis múltiple. Dentro del tratamiento de esta enfermedad, el tratamiento sintomático del brote son corticoides i.v. a altas dosis (metilprednisolona 1 gr./día durante 3-5 días).

Pregunta 56 *Subir*

 **Mujer de 24 años diagnosticada de esclerosis múltiple hace 2 años, después de sufrir un brote inicial de neuritis óptica retrobulbar. Señale cuál es el síntoma o el signo que NO esperaría encontrar en la paciente:**

1. Disartría.
2. Incontinencia urinaria.
3. Fatiga Crónica.
4. Afasia.
5. Importante sensibilidad anómala al calor.


La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

En una esclerosis múltiple no esperaríamos encontrar afasia (opción 4), que es un signo de afectación cortical, y hay que recordar que en la EM se produce afectación de la sustancia blanca, produciendo una variedad de síntomas:

- Disartría: aparece típicamente en los brotes cerebelosos (es muy característica de la EM la disartria escandida).
- Incontinencia urinaria: muy característica de los brotes medulares.
- Fatiga crónica: frecuentemente asociada a la E.M., sobre todo con el ejercicio.
- Intolerancia al calor, que suele ser causa de los llamados "pseudobrotos".

Pregunta 57 *Subir*

 **Hombre de 70 años que consulta por un trastorno de la marcha y un deterioro cognitivo sabagudo. Nos indican que el diagnóstico de presunción del paciente es hidrocefalia a presión normal. En este caso, ¿cuál de los siguientes datos NO esperaría encontrar?:**

1. Una hidrocefalia comunicante con acueducto de Silvio permeable en la resonancia cerebral.
2. Un trastorno de la marcha tipo apráxico.
3. Un LCR con leve elevación de la presión de apertura y con un aumento de células y proteínas.

4. Larealización de una punción lumbar evacuadora (30 ml de LCR) puede mejorar la marcha del paciente.
5. Ausencia de signos de atrofia cortical cerebral.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La hidrocefalia crónica del adulto, hidrocefalia normotensiva o hidrocefalia a presión normal es un tipo de hidrocefalia comunicante o no obstructiva que en la mayoría de los casos es idiopática, si bien puede ser secundaria a otros trastornos. En el caso de la idiopática, como en el caso de esta pregunta, afecta a personas mayores, a partir de los 60 años. Tiene una clínica muy característica de apraxia de la marcha (síntoma más frecuente y el primero que suele aparecer), demencia y trastornos esfinterianos. En las pruebas de imagen se visualiza un aumento del tamaño de todas las cavidades ventriculares; a diferencia de la hidrocefalia "ex vacuo" o secundaria a atrofia cerebral, este tipo de hidrocefalia suele presentar hipodensidad periventricular, abombamiento de astas frontales y compresión de los surcos de la convexidad. El diagnóstico se complementa con un registro continuo de presión intracraneal, en el que se observa un aumento de la presión y/o la presencia de ondas patológicas de Lundberg, un test de infusión, en el que se evidencia un aumento de la resistencia a la salida de líquido cefalorraquídeo, y una prueba de evacuación de líquido cefalorraquídeo, en la que se comprueba una mejoría clínica del paciente ante la extracción de una pequeña cantidad del mismo. El tratamiento suele consistir en la colocación de una derivación ventriculoperitoneal.

Pregunta 58 *Subir*

.



Debe dudar de un diagnóstico de enfermedad de Parkinson si en la exploración se encuentra:

1. Temblor de reposo.
2. Temblor postural.
3. Parpadeo aumentado.
4. Micrografía.
5. Reflejos de estiramiento muscular hiperactivos.

La respuesta correcta es:

COMENTARIO:

Nos haría dudar una enfermedad de Parkinson la presencia de parpadeo aumentado, ya que la bradinesia se manifiesta de forma muy frecuente con disminución franca de la velocidad de parpadeo, contribuyendo a la típica expresión del parkinsonismo llamada "cara de poker". También nos haría dudar la presencia de reflejos miotáticos hiperactivos, que sugieren piramidismo, y por tanto otras formas de parkinsonismo (atrofia sistémica múltiple, parkinsonismo vascular...)

Pregunta 59 *Subir*

.



Un hombre de 77 años es traído a la consulta por su esposa para evaluación. Ella refiere que durante los últimos seis meses su marido ha experimentado fuertes alucinaciones visuales y auditivas e ideas delirantes paranoides. Asimismo, durante el último año los déficits cognitivos progresivos se han vuelto cada vez más evidentes para ella y para otros miembros de la familia. Estos déficits, todavía en una fase leve, implican la memoria, las habilidades matemáticas, la orientación y la capacidad de aprender nuevas habilidades. Aunque se han observado fluctuaciones en la capacidad cognitiva día a día o semana a semana, es aparente un curso declive definido. El paciente no ha estado tomando ningún medicamento. El examen físico revela un temblor en reposo de la rigidez en rueda dentada. La marcha del paciente se caracteriza por pasos cortos que los arrastra y una disminución del balanceo de los brazos. ¿Que síndrome clínico es más compatible con los síntomas de este hombre?:

1. Enfermedad de Parkinson.
2. Demencia de Creutzfeldt-Jacob.
3. Demencia con cuerpos de Lewy.
4. Demencia vascular.
5. Demencia del lóbulo frontal.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

El paciente presenta un cuadro clínico caracterizado por la triada de deterioro cognitivo, alucinaciones visuales y parkinsonismo, con fluctuación importante. Este cuadro clínico es típico de la demencia con cuerpos de Lewy.

Pregunta 60 Subir

Un hombre de 30 años acude a su consulta por presentar debilidad muscular y diplopia fluctuantes, de un mes de evolución, que usted objetiva con la exploración física. ¿Cuál de las siguientes pruebas NO le parecería oportuno solicitar:

1. Electromiografía de fibra muscular.
2. Electromiografía con estimulación repetitiva.
3. Estudio de función autonómica.
4. Determinación de anticuerpos anti-receptor de acetilcolina.
5. TAC torácico.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

El paciente tiene una sintomatología que nos debe hacer pensar en miastenia gravis, como 1ª posibilidad, incluyendo en su estudio:

- EMG de fibra muscular aislada más estimulación repetitiva, buscando datos de fatigabilidad.
- Determinación de Ac anti-R de acetilcolina (es una enf. Autoinmune, y podemos determinar los Ac. en laboratorio)
- TC torácico: buscando timoma, frecuentemente asociado a M. Gravis. No sería necesario realizar estudio de la función autonómica, que no se altera en la M. Gravis.

Pregunta 61 Subir

Un episodio caracterizado por sensación epigástrica que asciende hacia el tórax, seguido por dificultad para conectar con el entorno, movimientos de masticación, distonia de una mano y falta de respuesta, de un minuto de duración, con amnesia postcrítica, es una crisis:

1. Parcial simple.
2. Parcial secundariamente generalizada.
3. Parcial compleja.
4. Ausencia típica.
5. Ausencia atípica.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Se trata de una crisis parcial compleja: la clínica característica es: desconexión con el medio que puede estar precedido por un aura (en este caso malestar epigástrico ascendente), movimientos automáticos (chupeteo, masticación y breve periodo post-crítico).

Pregunta 62 Subir

Un paciente de 62 años presenta una historia de cervicalgia irradiada a hombros. Desde hace 1 año presenta dificultad progresiva para caminar añadiéndose dolor en brazo derecho. A la exploración presenta un reflejo bicipital abolido y unos reflejos osteotendinosos policinéticos en piernas.

1. Creo que tiene un tumor medular y le solicitaría una RNM cervical.
2. Creo que tiene una hernia discal con espondilosis y le solicitaría RNM cervical.
3. Probablemente tiene una siringomielia y le solicitaría una RNM.
4. Creo que tiene espondilosis cervical y le solicitaría un TAC de columna cervical.
5. Creo que un estudio radiológico simple de columna y un tratamiento con AINES es lo adecuado.

La respuesta correcta es: 2


COMENTARIO:

En el tratamiento de la migraña, diferenciamos: Tratamiento sintomático durante el episodio:

- Triptanes: en caso de dolor moderado severo.
- Ergotamina: como alternativa a los triptanes.
- AINES (naproxeno, por ej) en caso de dolor leve moderado.

Tratamiento preventivo si hay > 2 episodios/mes, con distintos fármacos, entre ellos la flunaricina (antagonista del calcio), y el propranolol (beta-bloqueante). La ergotamina no es un tratamiento profiláctico, de manera que no está indicado su uso diario como tal. La opción 1 en la que pone "tomar triptanes durante todos los ataques", sería correcta si todos los ataques son de intensidad leve moderada.

Pregunta 63 *Subir*

 **Mujer de 34 años diagnosticada de migraña sin aura que consulta por episodios de sus cefaleas habituales en número de 4-5 al mes. ¿Cuál de estos tratamientos NO estaría indicado?:**

1. Tomar triptanes durante todos los ataques.
2. Utilizar dosis bajas diarias de ergotamina.
3. Administrar como profilaxis propranolol.
4. Tratar todos los ataques agudos con naproxeno.
5. Utilizar como profilaxis flunaricina.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:


En el tratamiento de la migraña, diferenciamos:

Tratamiento sintomático durante el episodio:

- Triptanes: en caso de dolor moderado severo.
- Ergotamina: como alternativa a los triptanes.
- AINES (naproxeno, por ej) en caso de dolor leve moderado.

Tratamiento preventivo si hay > 2 episodios/mes, con distintos fármacos, entre ellos la flunaricina (antagonista del calcio), y el propranolol (beta-bloqueante). La ergotamina no es un tratamiento profiláctico, de manera que no está indicado su uso diario como tal. La opción 1 en la que pone "tomar triptanes durante todos los ataques", sería correcta si todos los ataques son de intensidad leve moderada.

Pregunta 64 *Subir*

 **Un paciente de 73 años sufrió un accidente de tráfico con traumatismo craneal del que se recuperó. A los tres meses inicia de forma progresiva alteración de funciones superiores, incontinencia urinaria ocasional y su caminar es torpe. Probablemente presenta:**

1. Hematoma intraparenquimatoso cerebral tardío.
2. Hemorragia subaracnoidea.
3. Hidrocefalia arreasortiva.
4. Atrofia cerebral postraumática.
5. Tumor cerebral.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La hidrocefalia postraumática se trata de una de las complicaciones tardía de un traumatismo craneoencefálico. Un 4% de los traumatismos craneoencefálicos severos presenta este trastorno. No es más que uno de los tipos secundarios de hidrocefalia crónica del adulto que veíamos en la pregunta 57. La clínica, el diagnóstico y el tratamiento es similar a lo comentado en la pregunta 57. En la pregunta se hace referencia a la hidrocefalia arreasortiva, ya que en el test de infusión se evidencia una disminución de la reabsorción o un aumento de la resistencia a la salida de líquido cefalorraquídeo.

Pregunta 65 *Subir*

Una de las siguientes afirmaciones NO es correcta con respecto al cáncer diferenciado de tiroides:

1. El carcinoma papilar es un tumor derivado del epitelio folicular generalmente encapsulado, y con alta frecuencia de diseminación hematológica.
2. El carcinoma folicular es un tumor diferenciado de tiroides, habitualmente unicéntrico y en el que la afectación de los ganglios linfáticos es poco frecuente.
3. El carcinoma papilar es el cáncer más frecuente del tiroides y su pronóstico es mejor que el de carcinoma folicular.
4. La PAAF permite diagnosticar el carcinoma papilar de tiroides pero no suele ser de utilidad en el diagnóstico del carcinoma folicular de tiroides.
5. El carcinoma papilar de tiroides es más frecuente en zonas ricas en yodo mientras que el carcinoma folicular de tiroides es más frecuente en zonas con déficit del mismo.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Esta pregunta resulta sencilla conociendo las características generales de los tumores malignos de tiroides. El carcinoma papilar es el más frecuente y benigno. Deriva del epitelio folicular, suele estar encapsulado y en raras ocasiones produce metástasis a distancia. La diseminación hematológica es poco frecuente y aparece con más incidencia en zonas ricas en yodo. El carcinoma folicular presenta peor pronóstico, aunque suele ser unicéntrico con escasa afectación linfática, siendo más frecuente su aparición en zonas deficitarias en yodo. Recordad que la PAAF es poco útil para el diagnóstico del carcinoma folicular, siendo precisa la realización de una biopsia.

Pregunta 66 *Subir*

.

Señale la respuesta FALSA referido a la Tiroiditis subaguda (de Quervain):

1. Los Antiinflamatorios no esteroideos son un pilar del tratamiento.
2. Los B-bloqueantes son útiles si existe tireotoxicosis.
3. Cuando existen síntomas importantes, locales o sistémicos, es útil añadir corticoides.
4. El Propiltiouracilo y otros antitiroideos deben usarse si existe tireotoxicosis.
5. La velocidad de sedimentación globular es característicamente normal.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

En esta pregunta existen 2 opciones incorrectas. La tiroiditis de De QUERVAIN, se caracteriza clínicamente por síntomas de hipertiroidismo con dolor a la palpación en la glándula tiroidea, asociando fiebre habitualmente. Analíticamente, se confirma el hipertiroidismo primario, y es típica la elevación de la VSG (opción 5 falsa). Sin embargo, dado que el hipertiroidismo de este cuadro se produce por destrucción glandular, los antitiroideos, que inhiben la síntesis de hormonas tiroideas, no son de utilidad. Por ese motivo, la opción 4 es también falsa. El resto de opciones no ofrecen ninguna duda.

Pregunta 67 *Subir*

.

Respecto a la insuficiencia suprarrenal primaria NO es cierto que:

1. La infección por citomegalovirus afecta habitualmente a las glándulas suprarrenales produciendo la llama adrenalitis "necrosante".
2. La insuficiencia suprarrenal de los pacientes con SIDA se manifiesta frecuentemente en forma de insuficiencia suprarrenal aguda grave.
3. La astenia es el síntoma principal.
4. Afecta igualmente a ambos sexos.
5. Cuando la destrucción de las glándulas es rápida, como en la hemorragia suprarrenal bilateral, no suele haber hiperpigmentación.

La respuesta correcta es:

COMENTARIO:

Esta pregunta ofrece varias respuestas que son falsas. Por un lado, es cierto que el CMV puede producir adrenalitis necrotizante, pero esta afectación es muy infrecuente (opción 1 falsa) como causa de insuficiencia suprarrenal primaria. Por otro lado, la crisis suprarrenal aguda en pacientes con SIDA es una forma de

presentación bastante infrecuente, luego la opción 2 también es falsa. Finalmente, aunque en la última edición del Harrison aparece que la incidencia de esta enfermedad es similar en ambos sexos, en cualquier tratado de Endocrinología figura que es más frecuente en mujeres (opción 4 falsa).

Pregunta 68 *Subir*

En relación con el hiperaldosteronismo primario ¿cuál de estas afirmaciones NO es correcta?:

1. Ocasionalmente son tumores bilaterales.
2. Es característica la presencia de hipertensión e hipokalemia.
3. El tratamiento médico se realiza con espironolactona.
4. A pesar de su condición benigna, el tratamiento ideal es quirúrgico independientemente del tamaño o de que la lesión sea unilateral o bilateral.
5. La relación entre la aldosterona y la renina está alterada.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Pregunta sencilla en relación al hiperaldosteronismo primario. Este cuadro se caracteriza clínicamente por la existencia de hipertensión con hipopotasemia, sin edemas. La causa más frecuente es la existencia de un tumor productor de aldosterona (SD. CONN), aunque puede deberse a hiperplasias suprarrenales uni o bilaterales. Para el diagnóstico se emplea el cociente ALD/ARP, que se encuentra aumentado. En relación al tratamiento, la cirugía es de elección en el caso del adenoma, mientras que en la hiperplasia bilateral se prefiere el tratamiento farmacológico, con espironolactona (opción 4 falsa).

Pregunta 69 *Subir*

En el diagnóstico del síndrome de Cushing endógeno:

1. La ACTH debe estar elevada para confirmar el diagnóstico.
2. Debe confirmarse una falta de supresión del cortisol tras dexametasona.
3. El cortisol mantiene su ritmo circadiano pero a un nivel más alto que el normal.
4. El cortisol libre en orina es menos útil para el diagnóstico que el cortisol basal en sangre.
5. El tamaño normal de las glándulas suprarrenales en una TAC abdominal descarta el diagnóstico.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Pregunta muy sencilla en relación al SD. CUSHING endógeno. La respuesta 2 es correcta, ya que sabéis que la confirmación del diagnóstico requiere la ausencia de supresión del cortisol tras administrar dexametasona (Test supresión 2 mgr). En el Cushing endógeno, la ACTH puede estar elevada (origen central o ectópico) o suprimida (origen suprarrenal). Es característica la ausencia del ritmo de cortisol y solemos emplear el CLU 24h como test de despistaje. Por último, aunque en el Cushing ACTH dependiente podemos encontrar aumento de tamaño de las suprarrenales, la no existencia del mismo no descarta en absoluto la existencia de este síndrome.

Pregunta 70 *Subir*

¿Cuál de los siguientes enunciados NO corresponde al feocromocitoma?:

1. Tratamiento de la crisis hipertensa con nitroprusiato.
2. Fallo cardiaco sin causa aparente durante una gestación.
3. Crisis hipertensa desencadenada por fármacos hipotensores.
4. Flushing, diarreas y 5HIAA elevado en orina.
5. Metanefrinas en orina de 24 h. elevadas.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Esta pregunta hace referencia a un tema muy explicado en clase como es el feocromocitoma. Esta patología se

caracteriza por la existencia de un tumor productor de catecolaminas. Clínicamente se caracteriza por la existencia de crisis hipertensivas con síntomas adrenérgicos asociados; que pueden ser desencadenadas por fármacos hipotensores (alfa-metildopa). En gestantes con fallo cardíaco se debe incluir en el diagnóstico diferencial, aunque esta forma de presentación sea extraordinaria. Su diagnóstico se realiza confirmando la elevación de catecolaminas y metanefrinas en orina de 24 h. La elevación del 5-HIAA junto a la aparición de flushing y diarreas es típico del Sd. Carcinoide (opción 4 falsa).

Pregunta 71 *Subir*

.



La retinopatía diabética proliferativa:

1. Solo se presenta en pacientes con diabetes tipo 1.
2. Es la forma de la retinopatía en pacientes diabéticos mal controlados.
3. Es frecuente que provoque hemorragias de vítreo.
4. Se caracteriza por la presencia de microaneurismas.
5. Suele aparecer después de los 60 años de edad.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La retinopatía diabética proliferativa constituye la fase final de esta enfermedad, y aparece tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2. Ante la isquemia la retina secreta algunos factores de crecimiento que favorecen la aparición de los neovasos. Por lo tanto es la presencia de neovasos, y no de microaneurismas lo que define esta fase de la enfermedad. La presencia de neovasos da lugar a muchas complicaciones. Recuerda que las más importantes son el hemovítreo, el desprendimiento de retina traccional y el glaucoma neovascular. El factor más importante que determina su aparición, es el tiempo de evolución de la enfermedad, pero no puede establecerse una determinada edad frontera, entre otras cosas, porque dependerá del momento de aparición de la diabetes.

Pregunta 72 *Subir*

.



En la relación a la diabetes tipo 2:

1. Los anticuerpos anti-decarboxilasa del ácido glutámico son un marcador precoz de la enfermedad.
2. Los virus son capaces de iniciar el proceso de destrucción de la célula beta propio de la enfermedad.
3. No existe alteración en la secreción de la insulina.
4. Existe un aumento en la producción hepática de glucosa en ayunas y postingesta.
5. No existe resistencia a la insulina.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Pregunta muy sencilla en relación con la patogenia de la diabetes mellitus tipo 2. La posible relación entre las infecciones virales y el desencadenamiento de la destrucción de las células-beta, junto a la positividad de los anticuerpos anti-GAD caracteriza a la diabetes mellitus tipo 1. En la diabetes tipo 2 existe habitualmente resistencia insulínica y un defecto en la secreción de la misma. Es típica en esta patología el aumento de la neoglucogénesis hepática, como figura en la opción 4.

Pregunta 73 *Subir*

.



Varón de 70 años que acude al Hospital de Día de Endocrinología tras hallazgo en analítica de control de una glicemia de 456. El paciente refiere polidipsia y poliuria así como pérdida de 15 kg de peso en los últimos 3 meses. Presenta un IMC de 22kg/m². La actitud inicial que deberíamos tomar es:

1. Repetir la glucemia en ayunas o realizar test tolerancia oral o la glucosa para confirmar el diagnóstico.
2. Iniciar tratamiento con sulfonilureas y reevaluar en 6 meses.
3. Lo ideal es empezar un tratamiento combinado con acarbosa y metformina a dosis plena.

- 4. Inicialmente debemos pautar tratamiento dietético y ejercicio físico, valorando añadir algún fármaco según la evaluación posterior.**
- 5. En este momento lo más adecuado es iniciar insulino terapia junto con tratamiento dietético y modificación en el estilo de vida.**


La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Caso clínico relacionado con el tratamiento de la diabetes mellitus. Los datos que deben orientar a la respuesta correcta son la existencia de hipoglucemia severa junto a síntomas cardinales importantes, en especial la pérdida de peso, que sugieren que el paciente presenta insulinopenia. Aunque el diagnóstico más probable sea el de diabetes mellitus tipo 2, tanto la hiperglucemia como la clínica severa, hacen recomendable iniciar de momento un tratamiento con dieta, modificación del estilo de vida e insulino terapia (opción correcta 5).

Pregunta 74 *Subir*

.

-  La vida media de la albúmina es de:
1. 8 días.
 2. 2 días.
 3. 20 días.
 4. 10 días.
 5. 1 mes.


La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Pregunta difícil, dado que puede pasarse por alto, aunque viene reflejada claramente en el manual. Para la valoración del estado nutricional empleamos diversas proteínas. Dentro de las proteínas de vida media larga encontramos la albúmina (20 días) y transferrina (10 días). Entre las de vida media corta aparece la prealbúmina (2 días) y la proteína ligada al retinol (10 horas).

Pregunta 75 *Subir*

.

-  Un paciente de 76 años es ingresado con una masa pulmonar y una cifra de calcio sérico de 16mg/dl. ¿Cuál es la primera medida terapéutica a adoptar?:
1. Pamidronato intravenoso
 2. Alendronato oral.
 3. Furosemida.
 4. Suero salino.
 5. Calcitonina.


La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Pregunta muy sencilla en relación al tratamiento de la hipercalcemia grave. La primera medida a tomar en estos pacientes, muy recalado en las clases, es la hidratación abundante con suero salino. Después de la hidratación, emplearemos fármacos que resultan de utilidad como la furosemida y los bifosfonatos intravenosos. Los glucocorticoides tardan en actuar y sólo son de utilidad en las hipercalcemias tumorales y las producidas por exceso de vitamina D.

Pregunta 76 *Subir*

.

-  En un hombre de 28 años operado y curado hace 3 años de acromegalia, en el que se detecta hipercalcemia, con fosforemia baja y PTH elevada y la gammagrafía con Setamibi a los 150 minutos (2ª fase de la prueba, tras el lavado de la actividad tiroidea) demuestra captación positiva en 3 puntos de la región anterocervical, el diagnóstico más probable es:
1. Carcinoma medular de tiroides.

2. Osteomalacia.
3. Insuficiencia renal crónica.
4. Neoplasia endocrina múltiple.
5. Bocio multinodular tóxico.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

En esta pregunta nos presentan un caso clínico de un varón joven diagnosticado de acromegalia y de hiperparatiroidismo primario por una hiperplasia paratiroidea. Esta asociación, claramente descrita en el manual y muy remarcada en clase, se presenta en la neoplasia endocrina múltiple tipo 1. Además estos pacientes suelen asociar tumores pancreáticos (respuesta correcta 4).

Pregunta 77 *Subir*

¿Cuál de las siguientes alteraciones NO es un criterio para el diagnóstico del Síndrome metabólico?:

1. Nivel de triglicéridos mayor de 149mg/dl
2. Nivel de HDL-Colesterol menor de 40 mg/dl en varones.
3. Tensión arterial de 130/85 mm Hg o superior.
4. Glucosa en ayunas mayor de 109mg/dl.
5. Nivel de LDL-Colesterol mayor de 130mg/dl.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Pregunta muy difícil en relación al concepto de Sd. Metabólico. Lo primero a señalar, es que el concepto del síndrome es distinto en algunos detalles según los criterios que empleemos (NECP u OMS), y al no especificarse en la pregunta, creemos que puede ser impugnada. Es cierto que las cifras LDL no se emplean en la definición en ninguna de estas 2 clasificaciones, y sería pues la opción "más incorrecta". Si empleáramos los criterios de la OMS, las opciones 3, 4 y 5 serían falsas. Según los de la NECP, no habría dudas y la opción 5 sería la falsa.

Pregunta 78 *Subir*

¿Cuál de las siguientes sustancias produce mayor elevación de las lipoproteínas de alta densidad transportadoras de colesterol (HDL-col):

1. Ácido nicotínico.
2. Estatinas.
3. Fibratos.
4. Inhibidores de la reabsorción.
5. Resinas.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Pregunta muy difícil en relación a los fármacos hipolipemiantes. El ácido nicotínico, que actúa inhibiendo la movilización de los ácidos grasos y la síntesis de VLDL, es rara vez empleado en la clínica habitual por sus efectos secundarios. Su principal indicación es la hipertrigliceridemia y característicamente, es el fármaco que más aumenta la concentración de HDL. Los fibratos, que se emplean con mucha frecuencia en la hipertrigliceridemia, también elevan las HDL, aunque en menor medida que el ácido nicotínico. Las estatinas, resinas y los inhibidores de la absorción, tienen escaso efecto sobre las HDL.

Pregunta 79 *Subir*

¿Cuál de los siguientes fármacos se considera hoy en día de elección en el tratamiento de la artritis reumatoide?:

1. Sales de oro.


2. **Metrotexate.**
3. **D-panicilamina.**
4. **Ciclosporina.**
5. **Glucocorticoides.**

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

La medida más trascendente en el manejo de la artritis reumatoide es el "tratamiento de fondo" y entre los mencionados en la pregunta el de elección por eficacia, comodidad y seguridad es hoy en día sin duda el metotrexate. Las sales de oro, D-penicilamina y la ciclosporina son fármacos cuyo uso actualmente se ha abandonado en la AR. Los corticoides no se consideran "modificadores de la enfermedad", se utilizan para obtener control de los síntomas hasta que los tratamientos de fondo ejercen su efecto y lo deseable es utilizarlos el menor tiempo posible y a la menor dosis eficaz.

Pregunta 80 *Subir*

 **Hombre de 80 años que en una análisis se le detectan unas fosfatasa alcalinas aumentadas. Vd. piensa en una enfermedad ósea de Paget. ¿Que prueba es la más óptima para darnos la idea de la extensión de la enfermedad?:**

1. **Resonancia holocorporal.**
2. **Gammagrafía ósea con Tc 99.**
3. **Rx seriada ósea.**
4. **Gammagrafía con emisión de positrones.**
5. **Hidroxirolinuria en orina de 24 horas.**

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Para el diagnóstico de la enfermedad de Paget la radiología simple es suficiente ya que identifica los cambios característicos (aumento del tamaño del hueso, engrosamiento de la cortical, trabéculas groseras y coexistencia de lesiones líticas y blásticas). Sin embargo, dado que la enfermedad a menudo es asintomática para conocer la extensión de la enfermedad debemos realizar una técnica más sensible (aunque menos específica) como la Gammagrafía ósea. La hidroxirolina urinaria refleja la presencia de reabsorción ósea pero no es útil para cuantificar la extensión de la enfermedad.

Pregunta 81 *Subir*

 **Todas las siguientes son manifestaciones de la espondilitis anquilosante (anquilopoyética) EXCEPTO:**

1. **Dolor lumbar y rigidez de más de 3 meses que mejora con el ejercicio pero no con el reposo.**
2. **Sacroileitis radiológica bilateral.**
3. **Uveitis aguda anterior.**
4. **Insuficiencia aórtica.**
5. **Vasculitis de pequeños vasos.**

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La pregunta describe las principales características de la enfermedad. Su principal manifestación clínica (dolor y rigidez lumbar de carácter inflamatorio), su ineludible hallazgo radiológico (sacroileitis, habitualmente bilateral), y dos de sus manifestaciones extrarticulares, la más frecuente (uveitis anterior aguda) y la insuficiencia aórtica. Es sustrato anatomopatológico de la enfermedad no es la inflamación vascular.

Pregunta 82 *Subir*

• **Mujer de 42 años de edad que presenta desde hace 6 meses, en relación con el frío, episodios de palidez en los dedos seguida de enrojecimientos, refiere artralgias en los dedos de las manos, tirantez de la piel en brazos y cara con disfagia frecuente con los alimentos sólidos. Así mismo refiere tos seca, disnea y crepitantes en bases pulmonares. Respecto al cuadro clínico de la paciente es FALSO que:**

1. El fenómeno de Raynaud es la manifestación inicial en el 100% de las formas limitadas y en más del 70% de las difusas.
2. La aparición de anticuerpos antitopoisomerasa I (anti-Scl-70) predispone a un aumento de la fibrosis dérmica.
3. Los bloqueantes del calcio son eficaces en el tratamiento del Fenómeno de Raynaud.
4. Las pruebas de función respiratoria muestran un patrón restrictivo con disminución de la difusión de CO.
5. El esófago se afecta en el 75-90% de los pacientes, con hipomotilidad del esfínter y de los dos tercios inferiores del esófago.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

La descripción permite identificar una esclerosis sistémica progresiva y el hecho de que se afecte la piel de los antebrazos (proximal a los dedos por lo tanto) y la presencia de síntomas respiratorios sugestivos de fibrosis (crepitantes) nos indica que se trata de una forma con afectación cutánea difusa. El fenómeno de Raynaud es prácticamente constante en la forma limitada y suele estar presente desde años antes del comienzo de la clínica cutánea. En cambio en la forma difusa el Raynaud es algo menos frecuente y de reciente aparición por lo que en estas formas es menos común que el fenómeno de Raynaud sea la manifestación inicial de la enfermedad. Los anticuerpos antitopoisomerasa se asocian a las formas con afectación cutánea difusa (y por lo tanto a las formas con afectación cutánea mas extensa) sin embargo la manifestación visceral a la que se asocian es a la fibrosis pulmonar. Las demás opciones no ofrecen dudas ya que los calcioantagonistas son fármacos útiles frente al fenómeno de Raynaud, la afectación pulmonar provoca alteraciones de las pruebas de función respiratoria como la difusión del CO, y tras la piel el órgano más frecuentemente afectado es el esófago.

Pregunta 83 *Subir*

• **Una mujer de 70 años, previamente bien, consulta al médico por una pérdida aguda de visión del ojo derecho, siendo diagnosticada de neuritis óptica isquémica anterior. Se recoge en su historia la existencia de una hipertensión bien controlada y un cuadro de cefalea parietal en las últimas semanas. Una semana antes, un estudio analítico mostraba una VSG de 100 mm a la 1ª hora. Indique la conducta inmediata más correcta:**

1. Solicitar una tomografía axial computarizada cerebral.
2. Comenzar con tratamiento con Clopidogrel y controlarlo a los 3 meses.
3. Administrar heparina de bajo peso molecular, mientras se llega a un diagnóstico definitivo.
4. Administrar prednisona, al menos 1 mg/kg de peso, hasta concluir el diagnóstico.
5. Realizar una retinografía de urgencia.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

La cefalea es la manifestación más frecuente y la neuritis óptica isquémica es la manifestación más grave de la Arteritis de la Temporal. La edad avanzada de la paciente y la marcada elevación de la VSG permiten identificar el cuadro clínico sin problemas. Dada la presencia de afectación ocular es necesario instaurar tratamiento lo antes posible (corticoide a dosis altas- prednisona 1 mg/kg/día). Posteriormente habrá que confirmar el diagnóstico mediante una biopsia de arteria temporal, que habría que realizar lo antes posible, ya que el tratamiento con corticoides negativizará los hallazgos anatomopatológicos en 1-2 semanas.

Pregunta 84 *Subir*

• **Un hombre de 30 años, sufre un cuadro gripal, acompañado de lesiones cutáneas, nodulares de coloración rojo-violácea, en cara anterior de ambos miembros inferiores. Tratado con paracetamol, las lesiones ceden parcialmente. A los tres meses vuelve a la consulta con un cuadro de poliartralgias, junto con fiebre de hasta 38°C y empeoramiento de sus nódulos cutáneos. Ante la existencia de una elevación de la velocidad de sedimentación y de la Proteína C reactiva, inicia tratamiento con aspirina y a la semana sufre una parálisis facial derecha, periférica. ¿Cuál entre los siguientes, sería el diagnóstico más probable?:**

1. Fiebre botonosa mediterránea.
2. Brucelosis.
3. Fiebre recurrente.
4. Enfermedad de Lyme.
5. Sarcoidosis.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La presencia de eritema nodoso, fiebre y poliartralgias se vuelve muy sugestiva de sarcoidosis al añadirse a la clínica la parálisis facial. No obstante la duda podría presentarse con la enfermedad de Lyme en la que aparecen fiebre, lesiones cutáneas y parálisis facial. La patocronia y el tipo de lesiones cutáneas no son propias de la enfermedad de Lyme.

Pregunta 85 *Subir*

Para el tratamiento de un ataque de gota aguda se pueden utilizar todos los siguientes fármacos EXCEPTO:

1. La indometacina.
2. Los glucocorticoides.
3. El naproxeno.
4. El alopurinol.
5. La colchicina.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

En la artritis gotosa aguda el tratamiento se realiza con reposo de la articulación afectada, AINEs a dosis altas y lo antes posible en el curso de la enfermedad, Colchicina y si la articulación es lo suficientemente grande corticoides intrarticulares. La regla de oro en el manejo de la artritis gotosa aguda es no modificar la uricemia, de forma que si se trata del primer episodio no hay que iniciar tratamiento con alopurinol y si el paciente ya estaba tomando alopurinol hay que mantenerlo sin modificar la dosis.

Pregunta 86 *Subir*

Paciente de 45 años de edad acude a consulta por un cuadro de 5 meses de evolución de secreción nasal purulenta, tos con expectoración hemoptoica y lesiones ulceradas en encías. En el control analítico destaca un creatinina de 2,3 mg/dL, y ANCA's positivos. ¿Que tratamiento sería el más adecuado para nuestro paciente?:

1. Metilprednisola endovenosa a dosis de 1mg/kg de peso hasta mejoría clínica.
2. Mantener en observación sin tratamiento.
3. Ciclofosfamida y prednisona.
4. Azatioprina y prednisona.
5. Clasmaféresis y ciclofosfamida.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

El enunciado menciona todos los hallazgos típicos del Wegener (afectación de la vía aérea superior con secreción nasal purulenta, afectación pulmonar con hemoptisis, y deterioro de la función renal. Además la presencia de c-ANCA apoya aún mas el diagnóstico de la enfermedad. La medida terapéutica que más ha modificado favorablemente el pronóstico del Wegener es la administración de Ciclofosfamida que se complementa con corticoides (p. ej prednisona) a dosis altas.

Pregunta 87 *Subir*

Un paciente de 7 años de edad, ingresado en traumatología desde hace 6 horas tras haber reducido ortopédicamente una fractura supracondílea de húmero, avisa quejándose de dolor intenso en el miembro, parestesias en la mano y dificultad para movilizar los dedos. Ante este cuadro, lo primero que debemos realizar es:

1. Una radiografía de codo.
2. Retirar la escayola.
3. Una analítica con iones.
4. Administrar un analgésico.
5. Sujetar el brazo con una charpa.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

El aumento de presión en un compartimento osteofascial condiciona una clínica de dolor intenso, parestesias distales y dificultad para movilizar los dedos de la extremidad. En niños, la causa más frecuente para el desarrollo de un síndrome compartimental es la fractura supracondílea de húmero. El primer gesto terapéutico a realizar ante la sospecha clínica en estos casos es la retirada de vendajes o yesos, manteniendo la extremidad afecta elevada para evitar el aumento del edema. Si el cuadro no cede, es necesaria la apertura quirúrgica urgente del compartimento o compartimentos afectados mediante fasciotomías.

Pregunta 88 *Subir*

Si un paciente presenta imposibilidad para la flexión aislada del cuarto dedo, imposibilidad para la abducción/adducción de los dedos segundo a quinto e hipotesia de cara volar de 4° y 5° dedos, siendo el resto normal. ¿Que estructuras anatómicas sospecharemos que estarán lesionadas?:

1. N. mediano y flexor profundo de 4° dedo.
2. N. mediano y flexor superficial de 4° dedo.
3. N. cubital y flexor de 4° dedo. 4° N. radial y flexor superficial de 4° dedo.
5. N. radial y flexor profundo de 4° dedo.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Nos presentan el caso clínico de una lesión nerviosa y tendinosa. Para responder correctamente cuál es la lesión nerviosa hay que atender a dos puntos: la alteración sensitiva y la alteración motora. El nervio cubital inerva sensitivamente al 5° dedo y a la mitad cubital del 4°, motoramente a nivel de la mano inerva la mayor parte de la musculatura intrínseca, ésta es la encargada de realizar la abducción y adducción de los dedos. La lesión tendinosa que presenta el paciente evita que haga una flexión aislada del 4° dedo. Este movimiento lo realiza el flexor superficial del 4° dedo, que se explora manteniendo los dedos adyacentes en extensión y pidiendo al paciente que realice una flexión del dedo libre. Sin el bloqueo de los dedos adyacentes la flexión puede realizarse a expensas del flexor profundo de los dedos.

Pregunta 89 *Subir*

Un hombre de 45 años, cuyos únicos antecedentes son una hipercolesterolemia sin control y una ingesta de aproximadamente 100 gramos de alcohol diarios, consulta por dolor muy intenso en el muslo de inicio brusco hace 2 semanas, sin antecedente traumático. El paciente camina a duras penas con marcada cojera y ayudándose de 2 muletas. El diagnóstico más probable es:

1. Osteoporosis transitoria.
2. Coxartrosis.
3. Fractura por estrés del cuello femoral.
4. Espondilitis anquilosante con afectación monoarticular.
5. Necrosis isquémica de la cabeza femoral.


La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La necrosis avascular (no traumática) de la cabeza femoral en el adulto es un cuadro de presentación típica en varones de edad entre los 35 y los 50 años. La presentación clínica combina el dolor intenso en el muslo (irradiado desde la región inguinal) con cojera y limitación dolorosa de la movilidad de la cadera (especialmente

la rotación interna). Los factores de riesgo más frecuentes a investigar en la historia clínica son el consumo de alcohol, el tratamiento con corticoides, hemoglobinopatías, pancreatitis, collagenopatías, gota e hiperuricemia, enfermedades metabólicas, hipercolesterolemia, etc. Hasta en un 20% de los casos la necrosis es idiopática. El tratamiento es quirúrgico realizándose perforaciones (forages) en estadios iniciales (cabeza femoral no deformada) o prótesis en estadios más avanzados (cabeza femoral deformada). El diagnóstico diferencial debe incluir la osteoporosis transitoria de cadera, casi siempre en mujeres y asociada al embarazo, que se resuelve sin necesidad de cirugía.

Pregunta 90 *Subir*

 Un paciente de 25 años sufre un giro brusco en su rodilla durante un partido de fútbol, forzando la rotación interna de la pierna. Nota un crujido articular y presenta dolor inmediato así como un derrame abundante a los pocos minutos del accidente. El diagnóstico más probable será:


1. Rotura del ligamento lateral interno de la rodilla.
2. Rotura del menisco externo.
3. Rotura del cuerno posterior del menisco interno.
4. Rotura del ligamento cruzado anterior.
5. Rotura del ligamento cruzado posterior.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Presentan el caso clínico de un traumatismo indirecto de la rodilla. Para responder este tipo de caso clínico hay que prestar atención siempre a tres puntos. El mecanismo de producción, el derrame articular y la exploración clínica. En este caso, sólo nos indican el mecanismo de producción (un giro brusco) y el derrame articular (intenso y de rápida aparición). La lesión del ligamento cruzado anterior puede producirse tanto por un mecanismo de hiperextensión de la rodilla como por un giro forzado, normalmente asociado a valgo. El giro forzado de la rodilla también puede producir una lesión meniscal. El derrame en la lesión del ligamento cruzado anterior es de aparición rápida (normalmente una o dos horas) y abundante, a diferencia del derrame producido por patología meniscal que es escaso y de aparición tardía (18-24 horas). Las lesiones de los ligamentos colaterales no cursan con derrame articular.

Pregunta 91 *Subir*

 A la consulta nos traen una niña de 7 años de edad porque su abuela le ha apreciado un arco plantar excesivo. Al explorarle apreciamos en ambos pies, efectivamente, un arco plantar longitudinal excesivo con apoyo exclusivo en talón y cabezas de metatarsianos, así como un leve varo de retropié. ¿Cuál debería ser nuestra siguiente actitud?:


1. Exploración neurológica detallada.
2. Es la actitud normal del pie a esa edad.
3. Resonancia magnética y/o TAC para descartar coaliciones tarsales.
4. Yesos progresivos para corregir la deformidad.
5. Plantillas con cuña de base medial para el varo de retropié y soporte del arco longitudinal.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

El caso clínico es el de un pie cavo infantil que se caracteriza por una elevación de la bóveda plantar. El punto más importante a tener en cuenta en el diagnóstico de un pie cavo infantil es que más de un 50% de los casos están asociados a alteraciones neurológicas, siendo la más frecuente la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth. En cualquier niño con un pie cavo debería realizarse un electromiograma como estudio inicial, considerando que un pie cavo tiene una etiología neurológica mientras no se demuestre lo contrario.

Pregunta 92 *Subir*

 Una de las siguientes afirmaciones referida a las osteomielitis y artritis sépticas causadas por *Staphylococcus aureus* NO es correcta:

1. La osteomielitis por *S aureus* puede ser resultado de diseminación hematológica, traumatismos o

infección estafilocócica sobreyacente.

2. En los niños, la diseminación hematógena suele afectar las metáfisis de los huesos largos, un área de crecimiento óseo muy vascularizada.

3. En los adultos la osteomielitis hematógena suele afectar a las vértebras, y rara vez aparece en los huesos largos.

4. La evidencia radiográfica de osteomielitis es previa al inicio de los síntomas clínicos.

5. El absceso de Brodie es un foco aislado de osteomielitis estafilocócica en el área metafisaria de los huesos largos.


La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Las osteomielitis y artritis sépticas causadas por *Staphylococcus aureus* pueden tener un origen diverso. En ocasiones son el resultado de una diseminación hematógena desde un foco distinto al hueso, de la infección de una herida, o de una fractura abierta. Respecto de la localización de la afectación, es típica en el niño la afectación metafisaria por ser las metáfisis las regiones más vascularizadas del hueso en crecimiento y la afectación vertebral en el adulto por la abundante vascularización vertebral. El caso de osteomielitis metafisaria puede desarrollarse un foco aislado de osteomielitis que conocemos con el nombre de absceso de Brodie. Lo que es evidente en esta pregunta es que la evidencia radiográfica de la osteomielitis NUNCA es previa al inicio de los síntomas clínicos. Al contrario, los cambios radiológicos aparecen como mínimo unas dos semanas después del inicio de la clínica. Este hecho de hallazgos radiológicos un tiempo después de la clínica también lo recordamos característico de las fracturas de fatiga o de estrés, y de algunas patologías como la enfermedad de Perthes.

Pregunta 93 *Subir*

.

 Una espondilolistesis grave tipo IV de L5 en un enfermo de 16 años, ¿Que expresión clínica puede producir, entre las siguientes, con mayor probabilidad?:

1. Paraplejía.

2. Deformidad cifótica lumbo-sacra.

3. Lordosis torácica.

4. Parálisis Cuadriceps.

5. Pérdida fuerza del pie.


La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La espondilolistesis es el desplazamiento de una vértebra respecto a la adyacente. Existen varios tipos: displásica, istmica, traumática, degenerativa, y patológica. El caso que nos ocupa es una espondilolistesis istmica que afecta generalmente a varones jóvenes y se debe a una espondilolisis (fractura de la pars articular). El grado de desplazamiento se valora según la escala de Meyerding: grado I (<25%), II (25-50%), III (50-75%), y IV (>75%). La presentación clínica depende del grado. El grado I y II suele cursar con dolor episódico local, y el grado III y el IV cursa con un dolor duradero y mantenido acompañado de deformidad del tronco, con pérdida o inversión de la lordosis lumbar (respuesta 2 correcta), alteración de la marcha y contractura de isquiotibiales. En los grados III y IV, el dolor radicular y el compromiso neurológico son muy infrecuentes, si no coexisten con otras patologías como una hernia discal concomitante.

Pregunta 94 *Subir*

.

 La evaluación neurológica inicial de un paciente con traumatismo craneoencefálico revela que solo abre los ojos ante un estímulo doloroso y emite sonidos incomprensibles, pero localiza el dolor. Señale su puntuación en la Escala de Coma de Glasgow:

1. 6 puntos.

2. 4 puntos.

3. 3 puntos.

4. 9 puntos.

5. 12 puntos.

La respuesta correcta es: 4


COMENTARIO:

La escala de Glasgow se utiliza para valorar el nivel de conciencia de un paciente que ha sufrido un

traumatismo craneoencefálico, si bien se ha hecho extensiva para graduar todo trastorno de conciencia provocado por cualquier causa. Valora la respuesta verbal, ocular y motora del paciente. En función de la puntuación en la escala de Glasgow, los traumatismos craneoencefálicos se clasifican en leves (14-15 puntos), moderados(9-13 puntos) y graves(3-8 puntos). Por definición, el coma es tener una puntuación, según esta escala, entre 3 y 8 puntos. El paciente de la pregunta presenta un nivel de conciencia de 9 puntos (motor: 5; ocular: 2; verbal:2)

Pregunta 95 *Subir*

.

 **Indique el hallazgo más indicativo de síndrome nefrítico agudo, en el análisis de orina:**

1. Cilindros hialinos.
2. Cilindros leucocitarios.
3. Cilindros hemáticos.
4. Cilindros granulados.
5. Lipiduria.


La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

El síndrome nefrítico se define por la presencia de hematuria, proteinuria y reducción del filtrado glomerular con oliguria, insuficiencia renal y retención de agua y sal. El sedimento puede contener cilindros hemáticos (hallazgo exclusivo en las hematurias de origen en la nefrona).

Pregunta 96 *Subir*

.

 **Un hipertenso de 45 años, hasta entonces con buen control, experimenta cefalea intensa, disminución de la visión, malestar profundo y marcado ascenso de las cifras tensionales a 240/140. En la exploración física presenta edema de papila, hemorragias en llama y estertores húmedos en las bases pulmonares. En el curso de una semana la urea ha aumentado a 150 mg/dl y en la orina se detecta microhematuria. Este cuadro tiene una lesión histológica vascular característica.**

Señalela:

1. Hipertrofia de la capa media de arterias y arteriolas.
2. Necrosis fibrinoide.
3. Panarteritis exudativa.
4. Hialinosis de la media.
5. Fibrosis de la íntima.


La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

La necrosis fibrinoide de las arteriolas, con obliteración de la luz por endarteritis (infiltración leucocitaria), es característica de la HTA maligna o una HTA acelerada cuando afecta a los niños. En la HTA maligna hay edema de papila.

Pregunta 97 *Subir*

.

 **Le consultan por un paciente de 60 años con trastornos de la conciencia de pocos días de evolución que tiene una hiponatremia de 120mEq/l. No vómitos ni edemas. No ha realizado tratamiento alguno. ¿Cuál es la posibilidad diagnóstica más frecuente?:**

1. Insuficiencia cardíaca.
2. Síndrome de secreción inadecuada de ADH.
3. Síndrome nefrótico.
4. Hipertensión portal.
5. Insuficiencia renal aguda.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Sin otros datos que orienten a otras causas de hiponatremia (vómitos, diuréticos, etc.) y en ausencia de edemas (que excluyen una hiponatremia dilucional), lo razonable es pensar en un SIADH - ¿neoplásico? ó ¿idiopática? u ¿otras causas?...

Pregunta 98 *Subir*

Un hombre de 38 años de edad con función renal previa normal presenta síntomas gripales e inicia tratamiento con Ibuprofeno 600mg cada 12 horas. Pasados 5 días consulta por persistencia de fiebre, artralgias y aparición de una erupción cutánea eritematosa pruriginosa. En la analítica presenta creatinina de 3,2 mg/dl, urea 126mg/dl, eosinofilia, proteinuria 0,5g/24h, sedimento urinario con 8-12 leucocitos por campo y cilindros hialinos. ¿Cuál es la etiología más probable de la insuficiencia renal aguda?:

1. Necrosis tubular aguda.
2. Necrosis cortical por antiinflamatorios no esteroideos.
3. Nefritis intersticial aguda.
4. origen prerrenal por vasoconstricción de la arteriola aferente glomerular por antiinflamatorios no esteroideos.
5. Glomerulonefritis aguda postinfecciosa.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Un cuadro de insuficiencia renal aguda asociada a clínica de alergia y eosinofilia y con el antecedente de la toma de un fármaco, obliga a pensar en un cuadro de nefropatía intersticial aguda por fármacos, también llamada por hipersensibilidad.

Pregunta 99 *Subir*

Un paciente con insuficiencia renal crónica (filtrado glomerular 20 ml/min/1.73 m2) con anemia en tratamiento con dosis estables de eritropoyetina sin suplementos de hierro, presenta en la última revisión hemoglobina 10.7g/dl, hematocrito 32.4%, ferritina 56 ng/ml, índice de saturación de la transferrina del 12%, sin evidencia de sangrado. ¿Que actitud terapéutica es aconsejable?:

1. Aumentar solo la dosis de eritropoyetina.
2. Administrar hierro y mantener la misma dosis de eritropoyetina.
3. Suspender la eritropoyetina y administrar hierro.
4. Aumentar la dosis de eritropoyetina y administrar hierro.
5. No modificar el tratamiento.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

La eritropoyetina necesita un buen depósito de hierro para poder corregir la anemia. Antes de darla al enfermo hay que demostrar que el enfermo tiene buena ferritina.

Pregunta 100 *Subir*

Un enfermo de 50 años, diabético conocido desde hace 30 años, sin retinopatía proliferativa ni alteraciones urinarias conocidas, presenta edemas de instauración rápida, proteinuria nefrótica y microhematuria. El aclaramiento de creatina es de 120 ml/min. El complemento es normal y no se detectan anticuerpos. el cuadro se ha mantenido estable en los últimos seis meses. El diagnóstico sería:

1. Nefropatía diabética.
2. Nefropatía mesangial.
3. Glomerulonefritis membrano-proliferativa.
4. Nefropatía membranosa.
5. Glomerulonefritis proliferativa extracapilar.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

En este paciente que ha permanecido estable sin retinopatía ni alteraciones urinarias previas, la aparición de un cuadro de instauración rápida de proteinuria nefrótica y microhematuria (y a la edad de cincuenta años) nos tiene que hacer pensar en una nefropatía membranosa.

Pregunta 101 *Subir*

¿Cuál de los siguientes síntomas o signos NO son propios de la presencia de un rechazo agudo en el trasplante renal?:

1. Fiebre.
2. Dolor en el área del injerto.
3. Aumento tamaño injerto renal.
4. Poliuria.
5. Eosinofilia.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

En el rechazo agudo del trasplante renal puede aparecer fiebre, dolor en el injerto, aumento del tamaño por el edema y eosinofilia. No aparece poliuria, sí puede aparecer oliguria.

Pregunta 102 *Subir*

En relación a la bacteriuria asintomática durante el embarazo, señale la afirmación INCORRECTA:

1. La pielonefritis aguda durante el embarazo es más frecuente en el tercer trimestre.
2. La incidencia de pielonefritis clínica aguda en las mujeres embarazadas con bacteriuria aumenta significativamente respecto a las mujeres no embarazadas.
3. La prevalencia de bacteriuria hallada en screening de mujeres embarazadas es significativamente superior a la hallada en mujeres no embarazadas.
4. El desarrollo de pielonefritis aguda durante el embarazo aumenta el riesgo de prematuridad.
5. Las mujeres embarazadas con bacteriuria tienen riesgo alto de sufrir bacteriuria recurrente.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La PNA durante el embarazo es más frecuente en el 3er. Trimestre debido a una mayor dilatación fisiológica de la vía urinaria durante este período, debido al efecto compresivo del propio feto. La incidencia de la PNA clínica durante el embarazo es superior en la mujer no gestante por lo descrito anteriormente en la respuesta nº 1. La prevalencia de bacteriuria en mujer embarazada es similar a la mujer no embarazada, sin embargo existe un potencial riesgo de que esta origine cuadros clínicos con afectación del tracto urinario superior (Pielonefritis). La PNA en embarazada se asocia con un aumento del riesgo de prematuridad y mortalidad perinatal. Las mujeres embarazadas con bacteriuria tienen alto riesgo de sufrir bacteriuria recurrente por existir factores predisponentes a la aparición de esta. No obstante, este hecho ocurre de igual forma en la bacteriuria que se produce en mujer no gestante.

Pregunta 103 *Subir*

Varón de 57 años de edad, fumador, que consulta por hematuria terminal, polaquiuria, urgencia y dolor miccional. Presenta citologías urinarias positivas de carcinoma urotelial y el estudio anatómico patológico tras la Resección Transuretral es de carcinoma "in situ" difuso, con intensa inflamación crónica. El tratamiento estándar será:

1. Instalación del bacilo de Calmette y Guérin.
2. Cistectomía radical.
3. Instilaciones con Mitomicina.

4. Quimioterapia con Cisplatino.

5. Antiinflamatorios no esteroideos más quinolonas durante seis meses.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

El carcinoma in situ urotelial se caracteriza por ser una enfermedad difusa y con alta tendencia a la recidiva. Este hecho, se ve favorecido por la alta indiferenciación celular que presentan estos tumores. Se considera por tanto, un tumor de alto grado de malignidad. Su diagnóstico se ve dificultado al afectar difusamente la mucosa urotelial sin crecer hacia la luz de la vía urinaria. El tratamiento aceptado son las instilaciones endovesicales con bacilo de Calmette Guerin que induce una reacción inmunológica sobre el urotelio afectado. El fracaso de la terapia con BCG en estos tumores con afectación vesical obligaría a la cirugía radical (cistectomía).

Pregunta 104 Subir

.

Los pacientes con enfermedades intestinales inflamatorias que requieren amplias resecciones intestinales, con relativa frecuencia presentan litiasis renal recidivante. ¿A que trastorno metabólico se suele asociar este tipo de litiasis?:

- 1. Hiperuricosuria.**
- 2. Hiperoxaluria.**
- 3. Cistinuria.**
- 4. Hiperparatiroidismo.**
- 5. Hipercalciuria.**

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Todos aquellos factores que induzcan una malabsorción de ácidos grasos ocasionan un aumento en la absorción del oxalato y secundariamente hiperoxaluria. La causa más frecuente de hiperoxaluria es precisamente la malabsorción de AG. Debido al alto poder de precipitación que presenta el oxalato, finalmente se producen litiasis de oxalato cálcico en estas pacientes. Son causas de malabsorción de AG: déficit de enzimas pancreáticas exocrinas, afectación ileal como por ejemplo Enf. de Crohn, resecciones ileales que produzcan un síndrome de intestino corto....

Pregunta 105 Subir

.

Un hombre de 45 años, tiene un carcinoma de células renales extendido. Los niveles de GOT, fosfatasa alcalina, LDH y alfa-2globulina son elevados y el tiempo de protombina alargado. El hígado aparece difusamente agrandado pero no existen defectos focales de infiltración intrahéptica. La explicación etiológica más probable para estos hallazgos será:

- 1. Los efectos hepato-tóxicos de tumor.**
- 2. Metástasis hepática.**
- 3. Amiloidosis.**
- 4. Trombosis tumorales que obstruyen la vena hepática.**
- 5. Hepatitis vírica aguda.**

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

El adenocarcinoma renal también llamado "tumor del internista" se caracteriza por la potencialidad para producir numerosos cuadros clínicos. Entre ellos, es capaz de inducir un efecto tóxico a nivel hepático con aparición de alteraciones en el perfil hepático, sin la necesidad de que existan metástasis a este nivel (Sind. De Stauffer).

Pregunta 106 Subir

.

● Paciente de 66 años intervenido de Prostatectomía Radical hace 3 años por Adenocarcinoma de Próstata Gleason 8 (pT2b N0M0). Presenta en el momento actual una cifra de PSA sérico de 12 ng/ml. Señale cuál de las siguientes afirmaciones le parece correcta:

1. La supervivencia media en el momento actual es menor de 1 años.
2. La cifra de PSA está en rango normal ya que existen otras fuentes de producción del mismo.
3. El paciente puede tener una recidiva local o bien metástasis a distancia.
4. La utilización de bloqueo hormonal en este caso no es una opción de tratamiento posible.
5. En caso de tratarse de una recidiva local estaría indicado realizar cirugía de rescate para extirpar dicha masa.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

El PSA es una proteína específica de tejido prostático. En clínica se utiliza para el diagnóstico del adenocarcinoma prostático, así como para el seguimiento de los enfermos diagnosticados de este tipo de tumores. Tras la prostatectomía radical (PR) el PSA debe ser indetectable, dado que hemos extirpado todo el tejido prostático. En el seguimiento de estos enfermos el PSA debe permanecer indetectable y su aumento nos obliga a investigar si se produce por recidiva local o por metástasis a distancia. Este enfermo presenta a los 3 años de PR un PSA claramente patológico. La supervivencia de este enfermo en principio es muy superior a 1 año de vida. La utilización de bloqueo hormonal es una de las mejores opciones terapéuticas para este enfermo. Si se tratase de recidiva local no estaría indicado cirugía de rescate y sí se podría valorar la irradiación del lecho quirúrgico.

Pregunta 107 *Subir*

● Un hombre de 31 años de edad consulta por la presencia de una masa palpable en el testículo derecho, de un mes de evolución, no dolorosa. Su urólogo le realiza una ecografía testicular, en la que se evidencia una lesión hipoecoica, bien delimitada, intratesticular. Los marcadores tumorales alfa-fetoproteína y beta HCG son negativos. La actitud más correcta de entre las siguientes sería:

1. Dado que los marcadores tumorales son negativos, se descarta neoplasia testicular y requiere observación.
2. Repetir la ecografía testicular en un plazo de tres meses.
3. Realización de una tomografía axial computarizada tóraco-abdomino-pélvica.
4. Biopsia transescrotal del testículo.
5. Orquiectomía radical y esperar resultado del patólogo.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La aparición de una masa palpable en un testículo de un paciente adulto joven, debe de hacernos sospechar de existencia de tumor testicular. Se hace mandatoria en estos casos la realización de una ecografía escrotal. De confirmarse ecográficamente estos hallazgos y pese a ser los marcadores tumorales testiculares negativos (un 30% de los tumores de testículo no elevan marcadores), la 1ª actitud terapéutica debe ser la extirpación de ese testículo. La realización de biopsia transescrotal se encuentra proscrita por la posibilidad de diseminación tumoral y por la dificultad que entraña el obtener una correcta cantidad de tejido procedente de la pulpa testicular.

Pregunta 108 *Subir*

● Paciente de 63 años en tratamiento a demanda con Citrato de Sildenafil por presentar disfunción eréctil de años de evolución. Señale cuál de los siguientes fármacos NO asociaría en ningún caso a su tratamiento:

1. Amiodarona.
2. Verapamilo.
3. Digoxina.
4. Indapamida.
5. Mononitrato de Isosorbide.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Para tratamiento de la disfunción eréctil existen varias opciones terapéuticas . Hoy en día el uso de los inhibidores de la S-fosfodiesterasa vía oral es la más extendida. Para la prescripción de este tipo de fármacos debemos descartar el uso concomitante de nitratos, pues el mecanismo de acción de ambos es vasodilatación. Los antecedentes personales del enfermo deben ser también valorados pues haber padecido IAM, I. Cardíaca y otras patologías cardiológicas pueden ser causa de la no utilización de este tipo de terapia. Estas patologías deben ser valoradas por un cardiólogo pues no siempre contraindica el uso de este grupo de fármacos.

Pregunta 109 Subir

Un sujeto de 70 años diagnosticado de artritis reumatoide consulta por clínica de síndrome anémico desde hace 6 meses. Se realiza un hemograma que muestra: Hb:8,5g/dl; VCM:69 fl; leucocitos 7,5.10⁹/l y plaquetas 220.10⁹/l, sideremia 30 y/dl (N: 50-150), ferritina: 520 ng/ml (N<400). Señale cual es el diagnóstico más probable:

1. Anemia de enfermedad crónica.
2. Anemia ferropénica.
3. Anemia por déficit de Ac. Fólico.
4. Anemia por déficit de B 12.
5. Anemia perniciososa.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

La anemia de enfermedad crónica puede ser normocítica o, como en este caso clínico, microcítica. En el paciente existe además antecedente de una enf. Crónica como la A.R. Bioquímicamente se caracteriza por hiposideremia, como la ferropenia, pero a diferencia de esta última la ferritina sérica se encuentra elevada, por la falta de utilización de los depósitos de hierro .

Pregunta 110 Subir

Los niveles de B12 por debajo de los 300-350 pg/ml identifican mal los enfermos con carencia de B12. Para paliar esta coyuntura se debe cuantificar sus metabolitos (homocisteína y ácido metil-malónico), pero para su valoración es importante conocer su relación. ¿Cuál de las siguientes relaciones es la correcta?:

1. Ambos metabolitos se encuentran elevados en el déficit de folatos y ambos normales en el déficit de cobalaminas.
2. Ambos metabolitos se encuentran elevados en el déficit de cobalaminas y ambos normales en el déficit de folatos.
3. Homocisteína y metil-malónico se encuentran elevados en el déficit de cobalaminas y homocisteína elevada en el déficit de folatos.
4. Homocisteína elevada en el déficit de cobalaminas y homocisteína y metil-malónico elevado en el déficit de folatos.
5. Homocisteína elevada, metilmalónico normal en déficit de cobalaminas y metilmalónico elevado y homocisteína normal en déficit de folatos.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Los niveles séricos de B12 y folato pueden encontrarse dentro de límites normales en paciente con deficiencia orgánica de estas sustancias. La medición de niveles plasmáticos de homocisteína y metilmalónico son más fiables para identificar carencia en el organismo de B12 y folato, pero mientras ambas sustancias están elevadas en la deficiencia de B12, en la de folato sólo se incrementa la homocisteína.

Pregunta 111 Subir

Niño de 8 años diagnosticado de leucemia mieloblástica aguda, sometido a trasplante alogénico de una hermana HLA idéntica tras acondicionamiento con Ciclofosfamida e irradiación corporal total. El día+26 postraplante comienza con diarreas acuosas frecuentes acompañadas de

dolor abdominal, presenta un eritema en palmas, antebrazos y tórax y en la analítica se detecta un aumento de transaminasas discreto con elevación importante de la bilirrubina. ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Enfermedad injerto contra huésped aguda.
2. Enfermedad Venoclusiva hepática.
3. Enfermedad por Citomegalovirus.
4. Enfermedad por Citomegalovirus.
5. Enfermedad injerto contra huésped crónica.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

La EICH aguda aparece en los primeros 100 días tras el trasplante alogénico y se caracteriza por afectación preferente de piel, tracto gastrointestinal con diarrea, náuseas y vómitos y lesión hepática con patrón bioquímico de citolisis y colestasis. La infección por CMV suele presentarse más tardíamente (1-3 meses) y se presenta fundamentalmente como neumonía. La enf. Venoclusiva hepática se presenta con hepatomegalía dolorosa, ascitis e ictericia. La EICH crónica produce manifestaciones más allá de los tres meses posttrasplante.

Pregunta 112 *Subir*

.

El diagnóstico más probable de un paciente que presenta anemia crónica desde hace varios años, con episodios hemolíticos agudos en infecciones, ferropenia crónica y episodios de trombosis venosas repetidos, en el que se demuestra una hemoglobina de 9,3 g/dL, reticulocitos=18x10⁹/L, Leucocitos=2,8x10⁹/L, neutrofilos=0,75x10⁹/L, neutrofilos=0,75x10⁹/L y haptoglobina=indetectable, es:

1. Anemia aplásica por tóxicos químicos.
2. Anemia de Fanconi.
3. Betatalasemia mayor.
4. Hemoglobinuria paroxística nocturna.
5. Anemia de Balckfan-Diamond.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

La HPN se caracteriza por hemólisis intravascular, con la consiguiente hemoglobinuria y hemosiderinuria que pueden ocasionar ferropenia, episodios trombóticos venosos y ocasionalmente diversas citopenias en el hemograma. El resto de respuestas no son causa de trombosis y las enfermedades aplásicas no son causa de proceso hemolítico.

Pregunta 113 *Subir*

.

Un paciente de 35 años acude a Urgencias con cuadro de cefaleas y disminución del nivel de conciencia, asociado a un cuadro de petequias y equimosis. En las pruebas analíticas se objetiva una anemia con criterios de hemólisis microangiopática con una Hb de 8 gr/dl y Plaquetas de 30.000 mm³ junto con datos de insuficiencia renal. El diagnóstico de sospecha es una púrpura trombótica trombocitopénica. En su opinión ¿cuál de las siguientes sería la actitud terapéutica más idónea en este paciente?:

1. Realizar diálisis renal pues la evolución del cuadro renal marca la evolución de este proceso.
2. Dada la cifra de Hb y de Plaquetas, junto con el cuadro hemorrágico florido, el tratamiento de elección es la transfusión inmediata de hematíes y plaquetas.
3. Los esteroides y los antiagregantes plaquetarios son el tratamiento de elección.
4. La realización de recambio plasmático con plasmaféresis diaria es el tratamiento de elección.
5. Se ha de iniciar cuanto antes el tratamiento con inmunosupresores.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

El cuadro clínico de la PTT se caracteriza por una péntada consistente en trombopenia, hemólisis microangiopática, fiebre, insuficiencia renal y trastornos neurológicos. El mejor tratamiento es el recambio plasmático con plasmaféresis.

Pregunta 114 *Subir*

En cuál de las siguientes subvariedades de la clasificación de las Leucemias aguda mieloides de la FAB se da de forma característica una translocación que afecta a los genes PML y RAR alfa (receptor alfa del ácido retinoico) determinado el gen híbrido PML-RAR alfa:

1. LAM M1.
2. LAM M3.
3. LAM M5.
4. LAM M6.
5. LAM M7.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

La t (15;17) de la LAM-M3 ocasiona el gen de fusión PML/RAR receptor del ac. Retinoico, que es causa de la incapacidad de maduración de las células leucémicas. Esta anomalía se corrige con el Tto. con ATRA, propio de esta forma de leucemia, asociado a quimioterapia.

Pregunta 115 *Subir*

¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación a la Leucemia Mieloide Crónica es correcta?:
1. El cromosoma Ph se produce a partir de una translocación recíproca entre los cromosomas 15 y 17.

2. El cromosoma Ph aparece en precursores granulocíticos, eritroides, megacariocíticos, linfoides y fibroblastos medulares.
3. El cromosoma Ph es una alteración del cariotipo útil como marcador diagnóstico de la LMC pero sin relación con la patogenia de la enfermedad.
4. El oncogén BCR-ABL codifica una proteína (p210) con actividad tirosinquinasa aumentada.
5. El mesilato de imatinib es un fármaco citotóxico alquilante utilizado en la fase crónica de la enfermedad.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

El cromosoma Filadelfia presenta el gen de fusión BCR/ABL, material genético productor de la P-210 que es la culpable de la malignización celular, favoreciendo la proliferación celular e impidiendo la apoptosis. El tratamiento con Mesilato de Imatinib impide esta acción oncogénica, por lo que es el fármaco de elección para el tratamiento de la enfermedad.

Pregunta 116 *Subir*

En la Leucemia Aguda Linfoblástica, la identificación de factores pronósticos ha permitido reducir la toxicidad relacionada con el tratamiento a los pacientes considerados de bajo riesgo. Son factores que mantienen valor pronóstico favorable.: Edad de 1 a 9 años, cifra de leucocitos inicial <25.000, ausencia de alteraciones citogenéticas de mal pronóstico, así como:

1. Sexo masculino.
2. Cuando la cifra de plaquetas es inferior a $5 \times 10^9/L$.
3. La presencia de fiebre de más de $39^\circ C$ al diagnóstico.
4. Si el porcentaje de blastos en sangre periférica supera el 50%.
5. La rapidez de la respuesta al tratamiento inicial (<10% de blastos en la médula realizada el día 14 después de comenzado el tratamiento).

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La rapidez en la respuesta al tratamiento es mejor factor pronóstico que los datos clínicos o biológicos en la LAL.

Pregunta 117 Subir

Un paciente de 63 años presenta adenopatías laterocervicales, axilares e inguinales. La biopsia de una adenopatía axilar muestra la presencia de células pequeñas hendidas y células grandes no hendidas con un patrón modular, CD19 y CD20 positivas, CD5 negativas, presentando la translocación t(14; 18). En relación a la enfermedad que presenta la paciente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

1. En el momento del diagnóstico la mayor parte de los pacientes se hallan en un estadio avanzado (III o IV).
2. Desde el punto de vista clínico es un linfoma generalmente indolente.
3. La curación de los enfermos es muy improbable, sobre todo para los de estadio avanzado.
4. La mayoría de los enfermos no presentan síntomas B al diagnóstico.
5. Su transformación histológica a un linfoma agresivo es muy infrecuente.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La t (14: 18) es propia del linfoma folicular, constituido por células pequeñas de núcleo hendido (centrocitos) y células grandes de núcleo no hendido (centroblastos) , que histológicamente presenta nódulos o foliculos tumorales en los ganglios linfáticos. Se trata de una neoplasia de células B (marcadores CD 19 y CD 20), que no presentan el CD 5 propio de la LLC-B y el LMF. Es un linfoma indolente, habitualmente extendido al diagnóstico, con pocas posibilidades de curación y frecuente evolución a linfoma agresivo.

Pregunta 118 Subir

De los siguientes enunciados, señale la respuesta verdades respecto a lugar en el que se encuentra la alteración patogénica principal en los Síndromes Mielodisplásicos.

1. En el microambiente de la médula ósea.
2. En la célula germinal pluripotencial ó célula "stem cell".
3. En los mecanismos de depósito de hierro en la médula ósea.
4. En alguna de las células "comprometidas" hacia una línea celular concreta.
5. La alteración principal es en los receptores de los factores de crecimiento celular (citoquinas).

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Los SMD son mielopatías clonales como la HPN, los SMPC y las leucemias agudas, por lo tanto enfermedades de células pluripotenciales (panmielopatías).

Pregunta 119 Subir

Ante un paciente de 60 años, diagnosticado de Mieloma Múltiple y que se mantiene asintomático:

1. No está justificado comenzar con tratamiento quimioterápico antitumoral.
2. Interesa comenzar precozmente el tratamiento poco agresivo con Melfalán y prednisona.
3. Se debe comenzar tratamiento con poli quimioterapia tipo VBMCP.
4. Tratamiento con poli quimioterapia y consolidar con trasplante autólogo.
5. Tratamiento con pulsos de dexametasona.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Como otras neoplasias hematológicas en fases asintomáticas (LLC, LNH indolentes, macroglobulinemia) es correcto, dadas las escasas posibilidades de curación actualmente, no realizar tratamiento en esta etapa, demorando su inicio para fase sintomática.

Pregunta 120 *Subir*

Una mujer de 68 años con antecedentes de ACVA isquémico derecho, cardiopatía isquémica (angina crónica estable), hipertensión arterial bien controlada y diabetes mellitus tipo 2, consulta por un episodio de AIT (ataque isquémico transitorio). En la tomografía axial computarizada no se observan cambios en la imagen cerebral previa y en el electrocardiograma se confirma la existencia de una fibrilación auricular, con respuesta ventricular normal, cuya reversión a ritmo sinusal, tanto eléctrica como farmacológica, había fracasado previamente. En la ecografía se observa la existencia de una aurícula izquierda aumentada de tamaño. Los días antes del último episodio seguía tratamiento con aspirina (150 mg diarios). ¿Cuál sería su consejo terapéutico?:

1. Iniciaría tratamiento con acenocumarol como terapia inicial o tras el empleo de heparina de bajo peso molecular.
2. Sustituiría la aspirina por clopidogrel.
3. Añadiría clopidogrel a la aspirina.
4. Duplicaría la dosis de aspirina.
5. Antes de retirar la aspirina intentaría una nueva reversión farmacológica.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

La paciente con FA de la pregunta presenta varios factores de riesgo embólico: cardiopatía, embolia previa, HTA y DM. No hay duda de la indicación de anticoagulación oral permanente. Las restantes alternativas son claramente inferiores en cuanto a prevención de riesgo embólico.

Pregunta 121 *Subir*

Ante un caso de Endocarditis infecciosa, todo lo siguiente es cierto, EXCEPTO:

1. Los criterios de Duke para el diagnóstico de endocarditis se basan en hallazgos clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos.
2. En ausencia de tratamiento antibiótico previo, es improbable que la endocarditis por *Enterococo* o *Stafilococo aureus* se presente con cultivo negativo.
3. La ecografía transtorácica detecta vegetaciones en más del 90% de los pacientes con endocarditis infecciosa clínicamente confirmada.
4. No se debe administrar tratamiento antibiótico empírico inicial a pacientes con endocarditis subaguda hemodinámicamente estable sobre todo a los que hubieran recibido tratamiento antibiótico en las dos semanas previas.
5. La endocarditis por estafilococo aureus sensible a Meticilina, no complicada y limitada a la válvula tricúspide podría tratarse con tal sólo 2 semanas de Oxacilina y Gentamicina.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La sensibilidad de la ETE para el diagnóstico de endocarditis es mayor que la ETT. De modo que si la sospecha clínica de endocarditis es alta (por ejemplo por hemocultivos positivos sin focalidad infecciosa) un ETT normal no descarta endocarditis y se debe hacer ETE.

Pregunta 122 *Subir*

Ante los hallazgos que cabe esperar del análisis del líquido cefalorraquídeo en un cuadro de meningitis bacteriana, NO se encuentra:

1. Glucosa <40 mgr/dL.
2. Abundantes hematíes.
3. Proteínas >45 mgr/dL.
4. Cultivo positivo en el 40% de los casos.
5. Presión de apertura >180 cm de H₂O.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

En la meningitis aguda bacteriana no tiene por qué haber hematíes en el LCR, salvo que la punción lumbar sea traumática. La presencia de hematíes es más sugestiva de meningoencefalitis herpética.

Pregunta 123 Subir

Aspergillus fumigatus puede estar implicado en una amplia variedad de cuadros clínicos. De las siguientes ¿cuál NO es una manifestación clínica habitualmente causada por este microorganismo?:

1. Neumonía en granulopénicos.
2. Salpingitis.
3. Otitis aspergilar de colonización.
4. Colonización de cavernas tuberculosas.
5. Asma alérgico.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Aspergillus es un hongo que se adquiere por inhalación. No produce habitualmente infección genital. Coloniza la vía aérea. Produce neumonía en neutropénicos, infección ORL en inmunodeprimidos, aspergiloma y aspergilosis broncopulmonar alérgica.

Pregunta 124 Subir

¿Qué dos enfermedades no supuradas pueden aparecer después de una infección local producida por Streptococcus pyogenes (estreptococo b-hemolítico del grupo A)?:

1. Escarlatina y erisipela.
2. Erisipela y fiebre reumática.
3. Glomerulonefritis aguda y fiebre reumática.
4. Carditis y erisipela.
5. Erisipela y glomerulonefritis aguda.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La glomerulonefritis y la fiebre reumática son complicaciones de la infección por Streptococcus del grupo A mediadas por un mecanismo inmunológico. La erisipela y la escarlatina son directamente producidas por la bacteria.

Pregunta 125 Subir

Hombre de 35 años, cazador, no viajero, que refiere cuadro febril de tres meses de evolución, en forma de agujas vespertinas y presenta una gran hepatoesplenomegalia, pancitopenia e hipergammaglobulinemia policlonal >3g/dL. El diagnóstico que sugieren estos datos es:

1. Fiebre tifoidea.
2. Paludismo.
3. Brucelosis.
4. Tularemia.
5. Leishmaniasis visceral.


La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La asociación de pancitopenia visceromegalias e hipergammaglobulinemia es característica de la infección por Leishmania.

Pregunta 126 Subir

.

-  Acerca de la neumonía por *Legionella pneumophila*, indique la respuesta correcta:
1. Afecta casi siempre a pacientes inmunocomprometidos.
 2. Se adquiere por inhalación de las gotitas de Pflügge a partir de pacientes que tosen o estornudan.
 3. Tiene una mortalidad global que supera el 70%.
 4. Puede originar brotes epidémicos, pero puede ser también causa de neumonía en casos esporádicos.
 5. Afecta raramente a personas sanas.


La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

La infección por *Legionella* se adquiere por inhalación de aerosoles. Aunque aparece fundamentalmente en forma de brotes epidémicos también puede haber casos esporádicos, principalmente en verano y otoño.

Pregunta 127 Subir

.

-  Señale la afirmación correcta:
1. Las gastroenteritis por *Shigella* suelen darse en áreas hiperendémicas y tienen una incidencia estacional.
 2. La preparación adecuada de los alimentos no permite prevenir las infecciones por *Yersinia enterocolitica*.
 3. Las salmonelas causantes de fiebres tifoidea y paratífica son mantenidas por portadores humanos.
 4. Los signos y síntomas clínicos de la shigelosis aparecen pocas horas después de la ingestión de los bacilos, dada la resistencia de un microorganismo al pH ácido del estómago.
 5. Las cepas de *Escherichia coli* enteroinvasivas producen una diarrea acuosa, sin sangre ni leucocitos en las heces.


La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

El ser humano actúa como reservorio de la infección por *Salmonella typhi* y *paratyphi*, al quedar estas bacterias acantonadas en la vesícula biliar y ser liberadas a través de las heces.

Pregunta 128 Subir

.

-  ¿Cuál de los siguientes parásitos es transmitido al hombre por mosquitos?:
1. *Dracunculus medinensis*.
 2. *Loa Loa*.
 3. *Onchocerca volvulus*.
 4. *Wuchereria bancrofti*.
 5. *Toxocara canis*.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Wuchereria bancrofti se transmite por picadura de mosquito. *Loa loa* y *Onchocerca volvulus* se transmiten por picadura de mosca. Los otros dos no lo hacen a través de vectores.

Pregunta 129 Subir

Un hombre de 32 años acudió a urgencias tres días después de volver de su viaje de luna de miel en Vietnam, por presentar fiebre elevada de cuatro días de duración con mialgias graves y cefalea intensa. El mismo día de su visita a urgencias comenzó a presentar un exantema maculopapuloso pruriginoso. El examen de la sangre mostró los siguientes datos: Valor hematocrito 38%, Leucocitos 3700 p.mm³ con 82% neutrófilos y 12% linfocitos. Plaquetas 115.000 p.mm³. Placa de tórax normal. El paciente fue dado de alta con el diagnóstico de cuadro viral, en tratamiento con paracetamol y antihistamínicos para el picor. A las 48 horas volvió a urgencias con muy mal aspecto: estaba afebril, tenía confusión mental, se observaban petequias en antebrazos y piernas, edema en pies, TA 85/70. Pulso 110 l.p.min. de amplitud pequeño. En los nuevos exámenes de la sangre destacaban: Valor hematocrito 46%, leucocitos 3600 p.mm³ sin cambios en la fórmula y plaquetas 65.000 p.mm³. Glucosa 106 mg.p. dl. Creatinina 1,8 mg.p.dl. Sodio 126 mEq/l. Potasio 4,2 mEq/l. La placa de tórax mostraba un pequeño derrame pleural bilateral. ¿Cuál es, entre los siguientes, el diagnóstico más probable?:

1. Malaria por Plasmodium Falcipararum.
2. Dengue.
3. Meningoencefalitis bacteriana.
4. Fiebre tifoidea.
5. Neumonía por Legionella Neumophila.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Paciente procedente del Sudeste Asiático con fiebre y mialgias ("fiebre quebrantahuesos"), exantema cutáneo y complicación en forma de lesiones hemorrágicas petequiales y trombopenia. Este cuadro clínico es muy característico del Dengue.

Pregunta 130 Subir

Un paciente HIV positivo y antecedentes de diversas infecciones oportunistas sistémicas se presenta con un cuadro de tres semanas de evolución de trastornos visuales. La RM craneal muestra lesiones occipitales hipointensas en secuencias T1 e hiperintensas en secuencias T2 que no captan gadolinio ni tienen efecto de masa. El diagnóstico más probable es:

1. Toxoplasmosis cerebral.
2. Linfoma cerebral primario.
3. Tuberculoma cerebral.
4. Encefalitis herpética.
5. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

En un paciente con infección VIH y focalidad neurológica de evolución subaguda junto con lesiones en RM que no captan contraste y no tienen efecto masa, sugiere fuertemente el diagnóstico de Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva.

Pregunta 131 Subir

Paciente con infección por VIH y última determinación conocida de linfocitos CD4 de 234 cél/mL. Durante los últimos 6 meses no ha realizado tratamiento, ni seguimiento médico. Acude a consulta por presentar fiebre, tos y disnea de una semana de evolución. En la gasometría arterial se aprecia hipoxemia, la placa de tórax muestra un infiltrado alveolo-intersticial bilateral y en una muestra de lavado bronco-alveolar la tinción con plata-metenamina es positiva. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes es correcta?:


1. Deberíamos administrar cotrimoxazol por vía intravenosa.
2. Deberíamos indicar una biopsia transbronquial para confirmar el diagnóstico.
3. Los corticoides están contraindicados por el riesgo de inmunodepresión.
4. Tiene una infección pulmonar por CMV.
5. En caso de alergia a sulfamidas, podríamos tratarle con pentamidina inhalada.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Paciente infectado por VIH sin control en los últimos 6 meses y entonces ya con cifras cercanas a los 200 linfocitos CD-4 totales; presenta neumonía intersticial con hipoxemia y se visualizan microorganismos con la tinción de Plata. El cuadro es muy característico de infección por *Pneumocystis jirovecii* (antes *carinii*). El tratamiento de elección es cotrimoxazol. Pentamidina inhalada sólo para profilaxis.

Pregunta 132 *Subir*

 Hombre de 35 años, con antecedentes de infección por VIH, que acude al servicio de urgencias por presentar fiebre, tos y esputos manchados de sangre de varias semanas de evolución. En una determinación reciente la cifra de linfocitos CD4 era de 166 cel./mL. La placa de tórax muestra un infiltrado en el LID y en la tinción de esputo se observan bacilos ácido-alcohol resistentes. Al valorar este paciente, ¿cuál de las siguientes respuestas le parece correcta?:


1. Al tratarse de un paciente inmunodeprimido, precisa tratamiento con 4 drogas antituberculosas independientemente de la incidencia de resistencias a isoniacida en la comunidad.
2. La elección del tratamiento antiretroviral no afecta al tratamiento antituberculoso.
3. La afectación de lóbulos inferiores hace más probable la infección pulmonar por *Mycobacterium Avium* (MAC).
4. Se debería esperar el resultado del cultivo de micobacterias para iniciar tratamiento.
5. Es muy probable que la infección pulmonar coincida con alguna afectación extrapulmonar.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

El cuadro clínico sugiere neumonía tuberculosa en un paciente infectado por VIH. Por su grado de inmunosupresión es frecuente que presente simultáneamente afectación extrapulmonar.

Pregunta 133 *Subir*

 Una mujer de 60 años consulta por presentar durante las últimas 3 semanas astenia, febrícula vespertina, cefalea global y, durante los últimos días, le han notado confusión intermitentes y somnolencia progresiva. A la exploración se observa una temperatura de 38°C, somnolencia, dudosa rigidez de nuca y paresia de VI par derecho. La placa de tórax muestra un discreto engrosamiento pleural apical derecho. El hemograma es normal y el perfil bioquímico básico son normales. Tras realizar punción lumbar se observan los resultados siguientes en el LCR: presión de apertura 170mmHg, proteínas 140 mg/dL, glucosa 42 mg/dL, 270 células (70% mononucleares), tinción de gram, de Zielhl-Nielsen, así como investigación de antígenos bacterianos son negativos. ¿Cuál, entre los siguientes, es el diagnóstico más probable?:

1. Meningitis bacteriana.
2. Meningitis vírica.
3. Meningitis tuberculosa.
4. Encefalitis herpética.
5. Metástasis al SNC.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Meningitis de evolución maligna, con parálisis del VI par craneal y esas características del LCR sugiere fuertemente la posibilidad de meningitis tuberculosa.

Pregunta 134 Subir

Los microorganismos del género *Chlamydia* pueden implicarse en todos los cuadros que se mencionan, EXCEPTO uno:

1. Conjuntivitis neonatal.
2. Conjuntivitis de inclusión del adulto.
3. Infecciones urogenitales.
4. Linfogranuloma venéreo.
5. Chancro blando.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

El chancro blando es producido por *Haemophilus ducreyi*.

Pregunta 135 Subir

Un paciente de 58 años presenta cuadro clínico de ictericia indolora. Las exploraciones realizadas muestran que padece un colangiocarcinoma extrahepático confinado al conducto biliar y dos adenopatías en el hilio hepático, pero no tiene metástasis a distancia. ¿Qué estadio presenta?:

1. I A.
2. I B.
3. II A.
4. II B.
5. IV.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

La clasificación TNM para el colangiocarcinoma extrahepático define como:

- T1: el tumor restringido a la vía biliar.
- N1: metástasis en los ganglios linfáticos regionales.

La presencia de un tumor T1 N1 M0 como el descrito en el caso clínico se clasifica como estadio IIB según la clasificación TNM del comité estadounidense conjunto sobre el cáncer.

Pregunta 136 Subir

En una paciente intervenida a los 40 años de cáncer de colon, su historia familiar revela que una tía por vía materna y su abuela materna padecieron la misma enfermedad a los 52 y 64 años respectivamente, y un tío también por vía materna fue intervenido de un adenocarcinoma gástrico a los 45 años de edad. ¿Cuál de las siguientes determinaciones genéticas sería útil realizar para un adecuado consejo genético a la familia?:

1. Determinación del gen MSH2.
2. Determinación de los genes BCRA 1 y 2.
3. Determinación del gen p53.
4. Sobreexpresión del oncogen Ha-Ras.
5. Determinación del gen p16.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

En esta pregunta nos plantean el caso de una paciente con un cáncer de colon hereditario no asociado a poliposis. Dentro de este grupo de cáncer colorrectal hereditario distinguimos dos grandes síndromes, el síndrome de Lynch tipo II, en el que además del colon, existe el riesgo de tumores en otras localizaciones como en endometrio, estómago y vías urinarias. El gen mutante que más frecuentemente se encuentra afectado es el Hmsh2 y el hMHL1, implicados en la reparación del ADN, aunque se han descrito otras mutaciones.

Pregunta 137 Subir

Señale cuál es, entre los siguientes, el tratamiento antiemético más adecuado en la obstrucción intestinal maligna completa refractaria:

1. Octreótido.
2. Metoclopramida.
3. Domperidona.
4. Cisaprida.
5. Enema de limpieza.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

El octreotide es un análogo de la somatostatina que puede servir como antiemético al disminuir las secreciones digestivas a varios niveles. No puede emplearse domperidona, cisaprida ni metoclopramida por ser procinéticos (observa que se trata de una obstrucción intestinal refractaria), ni tampoco un enema de limpieza. Si se emplease un procinético, aumentaría el peristaltismo de forma muy marcada al haber distalmente una obstrucción...

Pregunta 138 Subir

¿Cuál de las siguientes situaciones corresponde a la fase terminal de la enfermedad?:

1. Cáncer de mama con metástasis óseas, ganglionares, hepáticas y pulmonares que sólo ha recibido hormonoterapia.
2. Cáncer de pulmón intervenido hace un año con recaída local y metástasis hepáticas tratadas con radioterapia y dos líneas de quimioterapia sin respuesta.
3. Paciente con cirrosis hepática y episodios de encefalopatía intermitentes en el tiempo.
4. Paciente con demencia senil y neumonía aguda que produce insuficiencia respiratoria.
5. Enfermo con EPOC infección bronquial que condiciona insuficiencia respiratoria global e ingreso en cuidados intensivos.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Pregunta moderadamente difícil sobre el paciente terminal. En esta ocasión, debes elegir el que peor pronóstico tenga, de forma que pueda hablarse de "fase terminal". El peor de ellos es, claramente, el de la opción 2 (refractario a radioterapia y a dos líneas de quimioterapia, sin respuesta...). El resto de las opciones muestra problemas donde aún no se han agotado las armas terapéuticas disponibles hoy día.

Pregunta 139 Subir

¿Con cuál de los siguientes tests puede valorarse el grado de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria en un paciente de 85 años cuya situación clínica le impide desplazarse al centro de salud por su propio pie?:

1. Lawton-Brody.
2. Fargeström.
3. Pfeiffer.
4. Goldberg.
5. Barthel.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Pregunta sin importancia para el MIR. La escala de Barthel es la única que cumple esta condición. Recuerda que la de Fageström podrías haberla descartado, pues aparece en el Manual de Preventiva y valora la dependencia tabáquica.

Pregunta 140 Subir

- Respecto a los tratamientos habituales o hábitos de un paciente programado para una intervención quirúrgica bajo anestesia general, una de las siguientes respuestas siguientes es correcta:
1. Los bloqueantes beta adrenérgicos deben mantenerse durante todo el período preoperatorio.
 2. Los antiparkinsonianos deben suspenderse 48 horas antes.
 3. La heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas se asocia a hemorragia intraoperatoria significativa.
 4. La ticlopidina no se asocia a riesgo de hemorragia intraoperatoria significativa.
 5. La evitación de fumar cigarrillos durante las 24 horas previas carece de beneficio intraoperatorio.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Pregunta sobre estudios preoperatorios a la que no debes conceder excesiva importancia. La opción correcta es la 1 porque no existe indicación, en general, de retirar esta medicación antes de una intervención quirúrgica. El resto de las opciones dicen lo contrario a la verdad, y podrían ser intuitivas o deducidas a partir de conocimientos de otras asignaturas.

Pregunta 141 Subir

- En relación con la valoración preoperatoria de un paciente para cirugía programada, la consulta preanestésica tiene por finalidad:
1. La modificación de la técnica anestésica prevista.
 2. La variación del procedimiento quirúrgico previsto.
 3. El rellenar un cuestionario sobre los antecedentes anestésico-quirúrgicos.
 4. La prescripción de un fármaco ansiolítico para reducir la ansiedad generada por la próxima cirugía.
 5. El establecer la presencia de enfermedades diagnosticadas o no, que pueden determinar el riesgo de complicaciones del procedimiento quirúrgico previsto.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

En la actualidad es habitual que los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica programada pasen primero por una consulta de Preanestesia, donde se establece y se estudia la patología previa del paciente que puede condicionar complicaciones del procedimiento quirúrgico. Otras finalidades son la información al paciente sobre los riesgos del procedimiento anestésico y programar la medicación previa a la intervención en caso de que la requiera.

Pregunta 142 Subir

- Hombre de 76 años portador de virus C y diabético desde hace 10 años, que presenta lesiones ampollosas de contenido serohemorrágico en extremidades superiores e inferiores, y erosiones a nivel de la mucosa bucal. La biopsia cutánea muestra una ampolla subepidérmica, se realiza inmunofluorescencia directa que muestra la presencia de depósitos de IgG a nivel de la membrana basal. El diagnóstico más probable es:
1. Eritema multiforme.
 2. Dermatitis herpetiforme.
 3. Penfigoide ampolloso.
 4. Toxicodermia ampollosa.
 5. Porfiria cutánea tarda.

La respuesta correcta es: 3


COMENTARIO:

Caso clínico en el que desde el comienzo te hablan de ampollas, tanto en extremidades como en mucosa bucal. Debes orientar por tanto el diagnóstico dentro del grupo de las enfermedades ampollosas. El hecho de que te digan que se da en un paciente con hepatitis C no es más que un dato para "despistar", y que asocies las

ampollas a la porfiria cutánea tarda. A continuación nos suministran datos definitivos para el diagnóstico, y que se exponen con claridad en la tabla 14 que se encuentra en el tema 15 del Manual de Dermatología. El primer dato es la afectación de la mucosa bucal, que limita el posible diagnóstico diferencial a cuatro entidades (eritema multiforme, pénfigo vulgar, penfigoide ampoloso y gingivostomatitis herpética). El nivel de la ampolla (subepidérmica) y la edad del paciente (76 años) prácticamente nos confirma el diagnóstico (penfigoide ampoloso). Para darnos todavía más facilidades también nos informan sobre la presencia de depósitos de IgG a nivel de la membrana basal. En definitiva, pregunta fácil que se explica en clase y en el Manual con claridad.

Pregunta 143 *Subir*

.

 Paciente de 45 años que desde hace 1 mes presenta debilidad a nivel de cintura escapular y pelviana. En la piel se objetiva edema palpebral y coloración eritematoviolácea periorbitaria y lesiones eritematodescarnativas sobre prominencias ósea de dorso de manos. El diagnóstico sería:

1. Lupus eritematoso sistémico.
2. Artritis reumatoide.
3. Dermatomiositis.
4. Eritema polimorfo.
5. Esclerodermia.


La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La presencia de debilidad muscular proximal aunque no nos mencionen elevación de enzimas musculares es propia de las miopatías inflamatorias. El eritema en heliotropo y las papulas de Gottron que describen permiten confirmar el diagnóstico de dermatopolimiositis. Las otras opciones no son en absoluto dudosas.

Pregunta 144 *Subir*

.

 Acude a consulta una mujer de 19 años que presenta, lesiones eritematoescamosas, edema y alguna vesícula en la cara, escote, dorso de las manos y antebrazos. Las lesiones tienen 12 horas de evolución y han aparecido tras una excursión al campo. Entre los antecedentes personales destaca acné vulgar en tratamiento con retinoides tópicos y doxiciclina oral. El diagnóstico más probable es:

1. Erupción lumínica poliforma.
2. reacción fototóxica.
3. Urticaria solar.
4. Eritrodermia por fármacos.
5. Fotodermatosis por hipersensibilidad.


La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Paciente que presenta lesiones en áreas fotoexpuestas, y por lo tanto es obvio pensar en que la exposición solar tiene mucho que ver con el cuadro. Para incidir más en esta pista, nos dicen que las lesiones aparecen tras una excursión al campo. El paciente está en tratamiento para su acné con retinoides tópicos y doxiciclina oral. Uno de los efectos secundarios característicos de las tetraciclinas es la fotosensibilidad. En el capítulo de farmacología de habla de él en el apartado de reacciones adversas de las tetraciclinas. En cuanto a los retinoides tópicos, acentúan la reacción fototóxica que producen las tetraciclinas. De hecho, se suele evitar pautar retinoides en pacientes que se exponen al sol de manera habitual para evitar este efecto.

Pregunta 145 *Subir*

.

 Un paciente de 23 años acude a consulta con un brote intenso de dermatitis atópica que afecta a la mayor parte de la superficie corporal y es muy pruriginoso. El tratamiento que debe evitar es:

1. Antihistamínicos tópicos.
2. Tacrólimus Tópico.


3. Ciclosporina oral.
4. Corticoides orales.
5. Corticoides Tópicos.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

La dermatitis atópica es la enfermedad infantil más frecuente en la infancia, y como tal el tratamiento queda expuesto con claridad en el Manual de Dermatología. Todas las opciones que te indican en el examen se enuncian en el Manual. Tacrolimus tópico; indicado en los eccemas resistentes a los corticoides tópicos. Ciclosporina oral; para el eccema atópico severo en adultos (como el caso clínico de la pregunta). Tanto los corticoides orales como tópicos son tratamientos clásicos del eccema atópico, oralmente están indicados en brotes intensos, como el caso clínico de la pregunta. Los antihistamínicos orales están indicados para aliviar el prurito, pero nunca tópicos. En el tema 1 del capítulo de Dermatología (página 7) te explicamos que los antihistamínicos se utilizan siempre por vía sistémica y debe evitarse su empleo por vía tópica, ya que producen fotosensibilidad.

Pregunta 146 Subir

 Paciente de 75 años que consulta por una mácula pigmentada heterocroma, de contorno irregular, de unos 2 x 3 cm de diámetro, localizada en mejilla derecha, que ha experimentando un crecimiento muy lento en los últimos años. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:


1. Melanoma lentiginoso acral.
2. Lentigo maligno.
3. Carcinoma Basocelular pigmentado.
4. Nevus de Ota.
5. Eritema fijo pigmentario.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Ante una mácula pigmentada de contorno irregular que va creciendo progresivamente evidentemente debemos pensar en una lesión tumoral maligna. De las opciones que te plantean rápidamente debes descartar la opción 1, ya que nos dicen que el paciente la presenta en la mejilla. La opción 4 también tiene poco sentido, ya que se trata de una lesión benigna que se presenta en sujetos jóvenes en zonas inervadas por la 1ª y 2ª rama del trigémino, y afecta casi siempre al ojo. Menos sentido tiene la opción 5, ya que se trata de una lesión que no presenta las características clínicas que te explican en el enunciado y además es una toxicodermia, y en el enunciado no te hablan en ningún momento del antecedente de la toma de un fármaco. La descripción clínica del tumor coincide de forma prácticamente literal con la que te hacemos en el Manual (Tema 24. Melanoma Maligno) para el léntigo maligno-melanoma. Es un tumor que aparece en personas de edad avanzada (75 años), que se caracteriza por una mancha pardonegruzca discrómica, de bordes irregulares, que crece de forma lenta, en cuestión de años. Por lo explicado en el Manual y por lo visto en clase no debe haber ninguna duda en que el diagnóstico correcto es el léntigo maligno.

Pregunta 147 Subir

 Uno de los siguientes signos o síntomas NO esperarías encontrar en una uveítis anterior aguda o iridociclitis:

1. Hiperemia ciliar o pericorneal.
2. Depositos celulares sobre el endotelio corneal.
3. Depositos sobre la membrana Bowman.
4. Células en humor acuoso.
5. Sinequias posteriores.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La uveítis anterior aguda, entra dentro del diagnóstico diferencial del ojo rojo doloroso, junto con el glaucoma agudo y la queratitis. Recuerda que tanto en la uveítis como en la queratitis, la pupila está en miosis, contrariamente a lo que sucede en el glaucoma agudo, en el cual la pupila está en midriasis. En el ojo rojo doloroso, la inyección suele tener un componente ciliar o periquerático (es más marcada en la proximidad de la córnea), al contrario de lo que sucede en la conjuntivitis, en la cual es más marcada en los fondos de saco. Lo que define la uveítis es la presencia de células flotando en cámara anterior (fenómeno de Tyndall). Después de cierto tiempo de evolución pueden aparecer sinequias posteriores (el iris inflamado se adhiere a la superficie

anterior del cristalino) y depósitos de células inflamatorias sobre la superficie posterior de la córnea (depósitos endoteliales), pero en ningún caso sobre la superficie anterior como se afirma en la opción número 3.

Pregunta 148 Subir

.

- ¿En cuál de las siguientes afecciones no se produce edema de papila?:
1. Meningioma de la vaina del nervio óptico.
 2. Neuritis óptica por esclerosis múltiple.
 3. Intoxicación por alcohol metílico.
 4. Hipertensión intracraneal.
 5. Atrofia óptica hereditaria dominante.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La presencia de edema de papila es un signo neurooftalmológico que puede aparecer en variadas situaciones y que obliga a llevar a cabo un amplio diagnóstico diferencial:

1. Hipertensión intracraneal: en este caso el aumento de presión dificulta el transporte axoplasmático y conduce a la aparición de un edema de papila, que por definición es bilateral y recibe el nombre de papiledema. 2. Tumores de la vaina del nervio óptico, por un mecanismo similar al de la hipertensión intracraneal, pero en este caso el edema de papila será unilateral. 3. La HTA en su fase maligna. 4. Las neuritis independientemente de su etiología (inflamatoria, tóxica o isquémica), siempre y cuando sean anteriores.

En esta pregunta la opción número 2 puede resultar un poco confusa, pues la neuritis desmielinizante que aparece en el contexto de la esclerosis múltiple suele ser retrobulbar y por eso lo habitual es que no exista edema de papila. Sin embargo un porcentaje pequeño son anteriores y por ello la opción falsa es la número 5.

Pregunta 149 Subir

.

- Entre las manifestaciones del glaucoma crónico simple (glaucoma primario de ángulo abierto), usted NO espera encontrar:
1. Alteraciones de la papila o cabeza del nervio óptico.
 2. Alteraciones del campo visual.
 3. Cifras elevadas de presión intraocular.
 4. Ausencia de fluctuación o variación diurna de la presión intraocular.
 5. Ausencia de sintomatología en los estadios iniciales.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

El glaucoma crónico es la neuropatía óptica más frecuente, y tal como expresa la opción número 1, el factor de riesgo más importante es el aumento de presión intraocular. Este aumento de PIO daña de forma progresiva el nervio óptico y produce un aumento de la excavación papilar, y la correspondiente pérdida de campo visual (opciones 1 y 2 correctas). Como la parte central del campo visual se afecta en etapas tardías, el paciente no es consciente de su enfermedad y por ello esta enfermedad debe ser sometida a programas de screening, y lo expresado en la opción número 5 es correcto. La opción incorrecta es la número 4, en el paciente glaucomatoso, como en el no glaucomatoso, existe un ritmo circadiano en la presión intraocular, y estas variaciones pueden dificultar la detección de la hipertensión intraocular.

Pregunta 150 Subir

.

- A una mujer de 30 años se le diagnostica una neuritis óptica retrobulbar. ¿Qué enfermedad sistémica debe sospecharse por su mayor frecuencia de asociación a esta patología oftalmológica?:
1. Esclerosis múltiple.
 2. Artritis reumatoide.
 3. Diabetes mellitus.

- 4. Espondilitis anquilopoyética.
- 5. Aneurisma cerebral.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

La neuritis retrobulbar aparece habitualmente en mujeres, durante la edad media de la vida. Su mecanismo es desmielinizante, y por ello existe una asociación muy fuerte con la esclerosis múltiple. El resto de las enfermedades que nos presentan, pueden tener manifestaciones oftalmológicas, pero no se asocian a la aparición de neuritis. Recuerda que la artritis reumatoide se asocia a la aparición de ojo seco y escleritis. La espondilitis es la causa más frecuente de uveitis anterior aguda no idiopática, y la diabetes en un porcentaje de los pacientes da lugar a la aparición de retinopatía diabética. Los aneurismas cerebrales pueden producir patología oftalmológica por comprometer los nervios oculomotores (recuerda que el aneurisma de la comunicante posterior es la causa más frecuente de parálisis compresiva del III par craneal).

Pregunta 151 *Subir*



En cuanto a los tumores de glándulas salivares, cite lo correcto:

1. El 80% de los mismos se dan en la parótida, el 80% de los cuales son malignos.
2. El adenoma pleomórfico es la neoplásia más frecuente de las glándulas salivares mayores, siendo de crecimiento lento y generalmente asintomático.
3. El tumor de Warthin es casi exclusivo de la submaxilar, nunca bilateral y más frecuente en mujeres.
4. El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente.
5. La parálisis del nervio facial es signo de benignidad.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Globalmente los tumores de glándulas salivares:

- El 70% son benignos y 30% malignos.
- El 75-80% en parótida, 10% submaxilares, 10% en glándulas salivares menores.
- A mayor tamaño de la glándula, mayor porcentaje de tumores benignos (parótidas 80% benignos)

De los tumores benignos de glándulas salivares en parótida el más frecuente es el Adenoma pleomorfo (tumoración indolora, de crecimiento lento) seguido del tumor de Whartin o Cistoadenolinfoma (puede ser bilateral en el 15% , indoloro, de crecimiento lento, consistencia quística en cola de parótida) De los tumores malignos el más frecuente es el carcinoma mucoepidermoide y el carcinoma epidermoide a diferencia de otros neoplásicos de cabeza y cuello es infrecuente. Los tumores malignos de parótidas tienen crecimiento rápido, invasión de la piel o planos profundos, dolor, trismus y parálisis facial, a diferencia de los tumores benignos.

Pregunta 152 *Subir*



Mujer de raza blanca, de 38 años, que manifiesta episodios de otorrea desde la infancia: ha presentado seis episodios de otorrea en el oído derecho, en los últimos 20 meses, sin otalgia, con hipoacusia de oído derecho desde la infancia. A la exploración por micro-otoscopia, se aprecia una perforación marginal pósterio-superior y atical amplia con restos de supuración y osteitis del reborde óseo. Se confirma una Hipoacusia transmisiva del oído derecho. Rinne negativo en oído derecho , Weber lateraliza a la derecha. ¿Que diagnóstico considera más acertado?

1. Otitis externa crónica.
2. Otitis media crónica colesteatomatosa.
3. Otitis media tubárica secretora crónica.
4. Otosclerosis.
5. Timpanosclerosis.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Las otitis medias crónicas a diferencia de las otitis media y externa aguda, se manifiestan por otorrea crónica persistente con hipoacusia de transmisión progresiva por daños tímpano-osciculares que producen, sin otalgia. El colesteatoma es una forma de otitis media crónica con capacidad de producir osteitis y produce perforaciones

timpánicas marginales sobre todo a nivel atical en la parte flácida. La otitis media secretora o serosa y la otosclerosis, no producen otorrea ni perforación timpánica. La timpanosclerosis es una complicación de las otitis medias crónicas simples con formación de placas de calcio alrededor de la cadena osicular y membrana timpánica.

Pregunta 153 *Subir*

 Hacemos referencia a los tumores malignos de laringe. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es ERRONEA?


1. El cáncer laríngeo más frecuente es el carcinoma epidermoide.
2. Los tumores subglóticos son los de localización más frecuente y sintomatología más precoz.
3. En los tumores supraglóticos el primer síntoma puede ser una adenopatía en la región laterocervical del cuello.
4. En los tumores glóticos el primer síntoma suele ser la disfonía persistente y progresiva.
5. En los tumores supraglóticos la disnea puede presentarse antes de la disfonía.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

El tipo histológico más frecuente de los tumores malignos de laringe es el carcinoma epidermoide, siendo excepcionales los de la estirpe histológica. La localización más frecuente en los países anglosajones es la glotis y en los países mediterráneos, la supraglótica. Los tumores subglóticos son muy raros (<5% de los de laringe). La clínica de presentación de los supraglóticos es poco específica, inicialmente pueden dar síntomas muy parecidos a una faringitis crónica y al ser muy linfógeno debutar como adenopatía laterocervical. Inicialmente el crecimiento es en el compartimento supraglótico y puede manifestarse con obstrucción laringea sin afectar a la glotis, por lo tanto, con disfonía por lesión de cuerdas. Los tumores subglóticos en estadios iniciales son asintomáticos, manifestándose en estadios avanzados por clínica de disnea y disfonía.

Pregunta 154 *Subir*

 Un paciente de 25 años ha sufrido una caída de la bicicleta golpeándose en el mentón, limitación dolorosa de la apertura bucal con desviación hacia el lado derecho y maloclusión dentaria consistente en falta de contacto a nivel de los molares del lado izquierdo. ¿Qué fractura facial sospecharía y qué prueba solicitaría para diagnosticarla?:

1. Cóndilo mandibular izquierdo/Tomografía axial computerizada (TAC) .
2. Fractura malar/ Tomografía emisión positrones (TEP).
3. Cóndilo mandibular derecho/ Ortopantomografía.
4. Cóndilo mandibular derecho/ resonancia magnética nuclear (rmn)
5. Fractura etmoides / Gammagrafía ósea.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

El traumatismo sobre la región anterior de la mandíbula, el mentón, puede provocar una fractura en el cóndilo mandibular. La fractura del cóndilo mandibular derecho provoca un desplazamiento del arco mandibular hacia ese lado por el efecto de los pterigoideos insertados en la rama mandibular, lo que se pone de manifiesto por una maloclusión dentaria sobre todo en el lado izquierdo donde se pierde el contacto entre los molares superiores e inferiores.. El diagnóstico radiológico se realiza con una ortopantomografía, aunque la TC también es útil.

Pregunta 155 *Subir*

 Uno de los siguientes trastornos NO implica obligatoriamente la derivación desde atención primaria al servicio de Salud Mental para tratamiento especializado:

1. Varón de 25 años con trastorno de pánico y agorafobia de 6 años de evolución.
2. Mujer de 30 años con cuadro psicótico secundario a consumo de cocaína.
3. Varón de 59 años con ideas delirantes de celos de 10 años de evolución.

4. Varón de 27 años que presenta intento de suicidio tras ruptura sentimental.
5. Mujer de 48 años con trastorno adaptativo tipo depresivo, secundario a conflictividad laboral.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

No figura "literal en el manual. Se trata de aplicar el sentido común y ordenar los diagnósticos del más grave (psicosis, suicidios) al más leve (adaptativo).

Pregunta 156 *Subir*

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sería INCORRECTA en el seguimiento de un paciente tratado con sales de litio?:

1. Precisa para su control de determinaciones de litemia.
2. Si el paciente desarrollase hipertensión arterial la primera medida a tomar sería la supresión gradual del litio y la introducción de otro fármaco (p. ej. Lamotrigina)
3. Es preciso controlar la función tiroidea y renal.
4. El litio puede producir efectos antiagresivos independientes de su acción desestabilizante.
5. Ninguna evidencia respalda una teoría de deficiencia de litio en el trastorno bipolar.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

¡Otra vez el litio! Las opciones 1,3 y 5 son básicas (y ciertas) con las dos restantes es fácil razonar.

Pregunta 157 *Subir*

Los trastornos psiquiátricos que con mas frecuencia se diagnostican en Atención Primaria son:

1. Trastornos depresivos.
2. Trastornos de ansiedad.
3. Alcoholismo.
4. Psicosis.
5. Demencias.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Otra pregunta de ATENCION PRIMARIA que no viene literal en el manual, aunque si se comenta algo. En clase sí se explica.

Pregunta 158 *Subir*

Mujer de 58 años, vive sola, con antecedentes de HTA y artritis reumatoide, con buen control farmacológico. Presenta alucinaciones auditivas y cenestésicas, con ideas delirantes de perjuicio con los vecinos y de contenido místico-religioso de 4 meses de evolución. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:

1. Demencia frontal.
2. Síndrome confusional agudo.
3. Depresión delirante.
4. Esquizofrenia de inicio tardío.
5. Psicosis psicógena.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

El primer Caso Clínico. Fácil. Alucinaciones auditivas y delirios de perjuicio sugieren esquizofrenia sea cual sea la edad sobre todo cuando no nos comentan otros síntomas.

Pregunta 159 Subir



¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto al suicidio es INCORRECTA?:

1. El riesgo de suicidio es mayor en los familiares de pacientes depresivos que en familiares de pacientes con manía o esquizofrenia.
2. Las tasas de suicidio son más altas en las zonas urbanas que en las rurales.
3. Un período de menor riesgo al suicidio en pacientes esquizofrénicos son los meses siguientes al alta hospitalaria.
4. En los ancianos, los intentos de suicidio son menos frecuentes, pero el éxito es mayor.
5. Los varones deprimidos son más proclives al suicidio que las mujeres.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Un "clásico": el suicidio. Las opciones 2,4 y 5 son evidentes (y ciertas). La correcta viene literal en el MANUAL.

Pregunta 160 Subir



Todas las siguientes, EXCEPTO una, son indicaciones de ingreso psiquiátrico en pacientes con trastorno de Personalidad Límite. Señale la INCORRECTA:

1. Peligro inmediato para otros.
2. Impulsividad suicida o intentos suicidas serios.
3. Episodio psicótico transitorio con impulsividad.
4. Crisis en el tratamiento con repercusiones en la vida y el entorno del paciente.
5. Episodio depresivo.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

De nuevo hay que razonar y ordenar de más grave a menos grave las complicaciones que se nos dan. No viene literal en ningún libro.

Pregunta 161 Subir



En las pacientes con anorexia nerviosa que llevan más de un año con amenorrea es necesario practicar:

1. Una densitometría ósea.
2. Una determinación de niveles séricos de cortisol.
3. Una determinación de los niveles de prolactina.
4. Un electroencefalograma.
5. Un test de supresión con dexametasona.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Un tema "de moda" (ALIMENTACION) y una complicación bien conocida (osteopenia secundaria al hipoestrinismo debido a la malnutrición). En clase se insiste en ello.

Pregunta 162 Subir

Una adolescente de 16 años acude a la consulta contando que lleva cerca de un año sintiéndose más cansada, con poco apetito y dificultades para concentrarse en los estudios. Cuando se le pregunta comenta también que sale menos con las amigas y se muestra pesimista respecto de su futuro. El diagnóstico más probable sería:

1. Anorexia.
2. Distimia.
3. Depresión mayor.
4. Trastorno de ansiedad.
5. Agorafobia.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Segundo Caso Clínico. Clínica depresiva de cerca de 1 año de evolución en adolescente. Según la DSM para el diagnóstico de DISTIMIA en adolescentes es necesario "al menos 1 año" de evolución; según la CIE sería un EPISODIO DEPRESIVO. Desde este punto de vista temporal, la pregunta sería impugnada, no obstante, el cuadro clínico es más compatible con distimia que con episodio depresivo.

Pregunta 163 *Subir*

Señalar cuál de los siguientes trastornos NO parece relacionado con el espectro de la patología obsesivo-compulsiva:

1. El trastorno dismórfico corporal.
2. La amnesia psicógena.
3. La hipocondría.
4. Los tics.
5. La cleptomanía.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

No viene "literal" en el MANUAL pero por referencias y parecidos clínicos se puede identificar el diagnóstico que menos pega. El "espectro obsesivo" lo forman distintas enfermedades psiquiátricas afines al TOC: hipocondría, dismorfofobia, tics, control de impulsos.

Pregunta 164 *Subir*

Un paciente psicótico, en tratamiento con medicación neuroleptica, refiere sensación subjetiva de inquietud. A la exploración, se ve que es incapaz de relajarse, va y viene por la consulta alterna entre sentarse y levantarse, y cuando está de pie, se balancea de pierna a pierna. El cuadro descrito sería compatible con el siguiente trastorno inducido por fármacos:

1. Parkinsonismo.
2. Síndrome neuroleptico maligno.
3. Síndrome de piernas inquietas.
4. Disonía aguda.
5. Acatisia.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Tercer Caso Clínico. Este muy fácil. Inquietud secundaria al tratamiento con antipsicóticos es la definición de ACATISIA. Básico, básico.

Pregunta 165 *Subir*

Los siguientes hallazgos ecográficos se consideran actualmente marcadores de cromosomopatía EXCEPTO uno:

1. Ausencia del tabique nasal.
2. Ectasia piélica.
3. Flujo invertido en el ductus venoso.
4. Acortamiento de la longitud del fémur.
5. El retardo en la fusión del amnios y el corion.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Pregunta comentada en clase y cuyas respuestas están incluidas en el Manual. De las respuestas que nos dan, la 2 y la 4 son marcadores del segundo trimestre y la 1 y la 3 del primer trimestre. El retardo en la fusión del amnios y el corion no se relaciona con ninguna cromosomopatía ni retraso del crecimiento y sólo representa, en algunos casos, una pequeña dificultad en la realización de la amniocentesis.

Pregunta 166 *Subir*

.

En relación con la sífilis en el embarazo sólo una de las siguientes afirmaciones es correcta:

1. En embarazadas alérgicas a penicilina el tratamiento de elección son las tetraciclinas.
2. Las lesiones de sífilis congénita, se desarrollan en general antes del cuarto mes de gestación.
3. La reacción de Jarisch-Herxheimer en el embarazo desencadena el parto prematuro.
4. todas las embarazadas deben someterse a una prueba no treponémica en el primer control del embarazo, incluso en las zonas con escasa prevalencia de sífilis prenatal.
5. El riesgo de infección fetal a partir de una madre con sífilis precoz no tratada es inferior al 25%:

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Pregunta difícil y poco esperada, ya que es la primera vez que se pregunta sobre la sífilis congénita. Aunque la respuesta correcta está recogida en el manual puedes dudar entre las opciones 2 y 3. Los fetos infectados antes de la 18 semanas, no desarrollan signos debido a su inmunoincompetencia. La reacción de Jarisch-Herxheimer aparece en el 40% de los pacientes tratados, y el 30% desarrollan contracciones regulares que generalmente ceden a las 24 horas de tratamiento. En pacientes alérgicos a penicilina se deben realizar pruebas cutáneas para confirmarla y proceden a una desensibilización debido a que no existe alternativa a la Penicilina durante el embarazo. El riesgo de infección fetal en una sífilis precoz no tratada es del 50-80%.

Pregunta 167 *Subir*

.

Una mujer de 25 años consulta por un retraso menstrual de 3 semanas y metrorragia escasa desde hace 24 horas. Su estado general es bueno, no tiene dolor, y la exploración ginecológica no muestra alteraciones excepto el sangrado escaso procedente de la cavidad uterina. el test de embarazo es positivo y la determinación de beta hCG en plasma es del 600 mUI/ml. Por ecografía transvaginal se observa un útero normal con un endometrio homogéneo de aspecto secretor de 12 mm de espesor. En el ovario derecho hay una formación que parece un cuerpo lúteo normal No hay líquido libre en la cavidad abdominal. ¿Cuál de las siguientes es la indicación más correcta?:


1. Repetir seriadamente cada 2-3 días la ecografía y la beta-hCG.
2. Reposo absoluto y repetir la ecografía a las 2-3 semanas.
3. Legrado uterino.
4. Tratamiento con Metotrexato por vía sistémica.
5. Laparoscopia.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Caso clínico incluido en el manejo diagnóstico de las metrorragias del primer trimestre de gestación. En este caso se debe hacer el diagnóstico diferencial entre una gestación incipiente, una gestación ectópica o un aborto completo. En esta pregunta la determinación seriada cada 2-3 días de los niveles sanguíneos de BHCG nos permitirá diagnosticar una gestación ectópica si no se duplica. Niveles en sangre de BHCG superiores a 1.000 mUI/ml. Permiten ver el saco gestacional intrauterino, por tanto, la ecografía también sería imprescindible.

Pregunta 168 Subir

 Paciente de 34 semanas de gestación, que acude a urgencias por presentar contracciones uterinas con la sospecha de amenaza de parto pretérmino. Se realiza registro cardiotocográfico fetal, comprobándose la existencia de 2 contracciones en 20 minutos y una longitud cervical medida por ecografía de 3 cm. ¿Cuál sería la actitud correcta?:

1. Ingresar a la paciente y dejar evolucionar, pues el feto ya está maduro bajo el pjnto de vista pulmonar.
2. Dejar que se desplace nuevamente a su domicilio advirtiéndole que realice reposo y que acuda de nuevo a urgencias si la dinámica se hace más frecuente.
3. Ingresar a la paciente y administrar le tocolíticos para frenar la dinámica.
4. Ingreso en la sala de expectantes repitiendo, si sigue la dinámica, la ecografía vaginal para ver si existe modificación del cervix.
5. Ingreso y administración de tocolíticos y corticoides para la maduración pulmonar.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Pregunta de dificultad intermedia debido a que todos los datos clínicos expuestos se encuentran en el límite por decidir la decisión de tratar o no a la paciente. El tratamiento tocolítico y maduración pulmonar con corticoides está indicado entre las 24 y 34 semanas. Entre las 34 y 37 semanas no se recomienda debido al escaso beneficio fetal obtenido. Por tanto, aunque realmente este paciente presenta una amenaza de parto prematuro, debido a su edad gestacional y a las escasas modificaciones cervicales, la conducta más adecuada sería dar de alta a la paciente para realizar reposo domiciliario y advertirle que vuelva si presenta mayor dinámica ya que si se inicia la fase activa del parto se debería ingresar a la paciente y dejar evolucionar espontáneamente el parto.

Pregunta 169 Subir

 ¿Cuál de las siguientes es la causa más frecuente de coagulación intravascular diseminada durante el embarazo?:


1. Diabetes gestacional.
2. Placenta previa.
3. Hipertensión arterial crónica asociada al embarazo.
4. Desprendimiento precoz de placenta.
5. Aborto incompleto.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Pregunta fácil que ha aparecido varias veces en exámenes previos. La respuesta aparece en el manual. El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta es la causa más frecuente de desarrollo de una coagulación intravascular diseminada y constituye la causa más frecuente de trastornos de la coagulación en el embarazo. Otras causas menos frecuentes son el feto muerto intraútero y el aborto complicado.

Pregunta 170 Subir

 Gestante de 38 semanas que ingresa con trabajo de parto. Durante el período de dilatación presenta cuadro de dolor brusco. A la exploración usted objetiva metrorragia escasa y aumento del tono uterino a la palpación abdominal que resulta muy doloroso. ¿Cuál sería su diagnóstico?: 1-

- 1- Rotura uterina.
2. Placenta previa.
3. Desprendimiento de placenta.
4. Crioamnionitis hemorrágica.
5. Rotura de vasos previos.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Pregunta sencilla y la respuesta correcta aparece en el manual. Se debe hacer el diagnóstico diferencial entre las metrorragias del tercer trimestre y el punto clave es el aumento de tono uterino y claramente doloroso a la palpación característico del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta o abruptio placentae. En la rotura uterina además de la metrorragia, cursa con dolor abdominal intenso, pero no se detecta aumento del tono uterino y se palpan las partes fetales.

Pregunta 171 *Subir*

La infección por estreptococo del Grupo B en el recién nacido puede prevenirse administrando antibióticoterapia profiláctica a las embarazadas portadoras o a las que presentan factores de riesgo. Respecto a este problema, señale la afirmación INCORRECTA:

1. La profilaxis se realiza durante el parto.
2. En las gestante salérgicas a penicilina puede utilizarse eritromicina.
3. La vía más frecuente de infección fetal es transplacentaria.
4. El cribado en las embarazadas se realiza entre las semanas 35-37 de gestación.
5. La incidencia de infección neonatal por estreptococo B proporcionalmente es mayor entre recién nacidos prematuros que entre recién nacidos a término.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Pregunta fácil, preguntada en múltiples ocasiones y reflejada en el Manual. La vía de infección del recién nacido es por transmisión vertical en el momento del parto y no vía transplacentaria.

Pregunta 172 *Subir*

Una mujer de 38 años consulta por una secreción vaginal anormal con mal olor, como a "pescado podrido", que se hace más intenso después del coito. No tiene prurito genital. En la exploración se observa una abundante secreción blanco-grisácea, que no se adhiere a las paredes vaginales. Al mezclar una muestra de la secreción con una gota de hidróxido potásico al 10% se aprecia claramente el mal olor referido. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento de elección?:

1. Amoxicilina con Ácido Clavulánico por vía oral.
2. Clotrimazol por vía intravaginal.
3. Doxiciclina por vía oral.
4. Clindamicina por vía intravaginal.
5. Fluconazol por vía oral.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Pregunta fácil en la que debes hacer el diagnóstico diferencial entre las tres causas más frecuentes de vulvovaginitis, la Gardnerella vaginalis, la Cándida albicans y la Trichomona vaginalis. Los datos clínicos son la leucorrea blanco-grisácea, el olor característico a pescado en descomposición y la prueba de las aminas. El tratamiento de elección es la vía local con clindamicina o metronidazol.

Pregunta 173 *Subir*

¿Cuál sería el primer cambio hormonal de la pre-menopausia?. Señale la respuesta correcta:

1. FSH y LH disminuidas.
2. FSH y LH aumentadas.
3. FSH normal y LH aumentadas.
4. FSH aumentada y LH normal.
5. FSH aumentada y LH disminuida.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Pregunta sencilla contestada claramente en el Manual. Los cambios endocrinológicos observados en la época de la premenopausia se caracterizan por la bajada de la inhibina-g al no existir retroacción negativa se produce aumento de la gonadotropina FSH, que es la modificación endocrina más precoz del climaterio. La LH está normal o aumentada.

Pregunta 174 Subir



En relación con la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, señale la opción INCORRECTA:

1. La esterilización tubárica (ligadura tubárica) disminuye el riesgo de Enfermedad Inflamatoria Pélvica.
2. La laparoscopia es el método más específico para establecer el diagnóstico de salpingitis aguda.
3. El tratamiento puede hacerse de forma ambulatoria mediante una combinación antibiótica que posea amplio espectro de actividad.
4. Si la paciente es portadora de DIU es necesario retirarlo previamente al inicio de cualquier tratamiento antibiótico.
5. Las pacientes con un diagnóstico dudoso de Enfermedad Inflamatoria Pélvica deben ser tratadas, ya que es preferible el tratamiento precoz al objeto de evitar las secuelas.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Pregunta de dificultad intermedia aunque puede responderse correctamente con la información recogida en el manual. De manera lógica una oclusión tubárica disminuirá las posibilidades de extensión de la infección hacia tronco y pelvis. El método más específico para el diagnóstico continua siendo la laparoscopia aunque en la mayoría de las ocasiones no sea necesario realizarla ya que se llega fácilmente al diagnóstico con los criterios clínicos. El tratamiento antibiótico de amplio espectro puede hacerse de manera ambulatoria si la EIP es leve o moderada. Ante dudas en el diagnóstico es preferible instaurar tratamiento debido a la baja incidencia de efectos adversos de la antibioterapia y la alta tasa de secuelas de EIP no tratadas. Aunque está indicada la retirada del DIU en pacientes portadores de ese método anticonceptivo, lo deseable es realizarla después de la instauración del tratamiento antibiótico, para evitar que la manipulación del DIU favorezca la infección ascendente.

Pregunta 175 Subir



Una mujer de 65 años consulta por metrorragias escasas desde hace tres meses. La exploración ginecológica es normal. En una ecografía transvaginal se observa un útero de 7 x 3 x 4 cm. con un endometrio de 14 mm. de espesor, y unos ovarios atroficos. La citología cérvicovaginas informa de un frotis atrofico sin otras alteraciones celulares. En una biopsia endometrial realizada por aspiración con una cánula flexible de tipo Cornier o Pipelle (microlegrado) se informa de escaso material endometrial de tipo atrofico, insuficiente para un diagnóstico endometrial adecuado. ¿Cuál de las siguientes indicaciones es la más adecuada?:

1. Tratamiento hemostático con estrógenos + progestágenos, seguido de progestágenos cíclicos cada mes durante 6 meses.
2. Histerectomía.
3. Repetición de la biopsia se vuelve a sangrar, y en caso contrario repetición de la ecografía a los 4-6 meses.
4. Histeroscopia.
5. Completar el estudio con determinación de marcador tumoral CA 12,5 y otras pruebas de imagen com RNM o TAC.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Pregunta fácil. Se debe sospechar un cáncer de endometrio ante toda metrorragia en una paciente peri o postmenopáusica, como es el caso clínico de esta pregunta. Es imprescindible por el diagnóstico de cáncer de endometrio la biopsia endometrial dirigida mediante histeroscopia, por tanto la respuesta correcta es la nº 4. No se debe esperar a que vuelva a sangrar para repetir la biopsia, sobre todo, teniendo en cuenta que por ecografía el grosor endometrial es mayor de 5mm.

Pregunta 176 Subir

Las pacientes con síndrome de ovarios poliquísticos presentan un aumento de riesgo a largo plazo para los siguientes procesos EXCEPTO:

1. Diabetes mellitus tipo 2.
2. Hipertensión arterial.
3. Osteopenia.
4. Dislipemia.
5. Coronariopatía.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Pregunta de baja dificultad. Se ha demostrado las pacientes con SOP hay una insulino resistencia que produce un aumento en los niveles de insulina y por tanto se estimula la actividad cromatasa en las células de la granulosa que convierten los andrógenos en estrógenos. Por tanto estas pacientes no presentan osteopenia y sí un riesgo elevado de padecer diabetes mellitus tipo 2 acompañado de HTA, dislipemia y por tanto un riesgo mayor de coronariopatía en la edad adulta.

Pregunta 177 Subir

Que afirmación es INCORRECTA respecto a las variables pronósticas del cáncer de mama:

1. El tamaño del tumor y el estado de los ganglios linfáticos axilares son factores de valor pronóstico probado.
2. La recidiva del cáncer de mama es más probable en los tumores que poseen receptores hormonales de estrógenos y de progesterona.
3. La sobreexpresión del gen c-erbB-2 (HER-2/neu) puede ser indicativa de resistencia/sensibilidad a determinados tratamientos.
4. Elevadas concentraciones de PCNA (Ki67) indican peor pronóstico.
5. La presencia de un número elevado de microvasos en el tumor se acompaña de un peor pronóstico.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Dentro de las pregunta que se han hecho sobre los factores pronósticos del cáncer de mama es una de las más sencillas. El más importante es el número de ganglios afectados por tanto la nº 1 es falsa. La presencia de receptores estrogénicos predice buena respuestas a la terapia hormonal, por lo que su ausencia es signo de mal pronóstico. Actualmente se dispone de un tratamiento específico.

Pregunta 178 Subir

La menopausia tardía aumenta el riesgo de desarrollar un cáncer de mama:

1. Si hay antecedentes familiares de cáncer de mama.
2. En mujeres sometidas a Terapia Hormonal Sustitutiva (THS).
3. En casos de menarquia precoz.
4. En todas las mujeres.
5. En multíparas.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Pregunta muy fácil y reflejada en el Manual. Existen múltiples factores de riesgo como el factor genético (BRCA-1, BRCA-2), sobre todo en etapas anteriores a la menopausia. La menopausia tardía aumenta el riesgo en todas las mujeres por el efecto que ejercen los estrógenos sobre el tejido mamario a lo largo del tiempo, independientemente de otros factores que se puedan añadir.

Pregunta 179 Subir

.

- En relación con el cáncer de endometrio ¿cuál de las siguientes respuestas es la verdadera?:
1. El cáncer de endometrio es más frecuente en mujeres premenopáusicas.
 2. La contracepción oral durante más de tres años es un factor de riesgo.
 3. El tratamiento con tamoxifeno es un factor de riesgo.
 4. La multiparidad es un factor de riesgo.
 5. Es menos frecuente que el cáncer de ovario.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Pregunta muy fácil y con mención directa en el Manual. El tamoxifeno pertenece a los moduladores selectivos, de los receptores de estrógenos y tiene acción estrogénica sobre el endometrio.

Pregunta 180 Subir

.

- Una niña de 6 años, diagnosticada de coartación de aorta consulta por talla baja. En la exploración física se observa talla en Percentil 3 para su edad y pterigium coli. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable y que exploración realizaría para confirmarlo?:
1. Déficit de GH y determinación de IGF-1 sérica.
 2. Síndrome de Turner y cariotipo.
 3. Hipocondroplasia y radiografías de esqueleto óseo completo.
 4. Hipotiroidismo y determinación de TSH y T4 séricas.
 5. Disgenesia gonadal pura y cariotipo.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Caso clínico muy sencillo. Ante una niña que asocie la existencia de talla baja, coartación de aorta y pterigium coli, se debe sospechar siempre la existencia de un síndrome de Turner. El diagnóstico de este síndrome frecuente, se realiza con el cariotipo que demostrará la existencia en la mitad de los casos de la anomalía 44X. El resto de las opciones pueden cursar con talla baja pero no asocian las anomalías cardíacas y el pterigium coli.

Pregunta 181 Subir

.

- Todas las siguientes son causa de retraso en la eliminación del meconio EXCEPTO:
1. Fibrosis quística.
 2. Drogadicción materna.
 3. S. del colon izquierdo pequeño.
 4. Aganglionosis rectal.
 5. Hipotiroidismo congénito.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Esta es una pregunta directa, bastante asequible. Recuerda que se define el retraso en la evacuación de meconio como la no eliminación del mismo en las primeras 48 horas de vida. Sus causas principales son seis: colon izquierdo hipoplásico (respuesta 3), fibrosis quística (respuesta 1), aganglionosis rectal (respuesta 4), drogadicción materna (respuesta 2), prematuridad y tratamiento materno con sulfato de magnesio. La respuesta falsa es la número 5. El hipotiroidismo congénito a estreñimiento, pero no a trastornos meconiales.

Pregunta 182 Subir

.

● Niña de 7 años que presenta pubarquia grado II-III sin telarquia asociada. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

1. La aparición precoz de pubarquia es mucho más frecuente en niñas que en niños.
2. En esta paciente está incrementando el riesgo de Hiperandrogenismo ovárico e Hipoerinsulinismo en la adolescencia, por lo que es recomendable realizar seguimiento.
3. El que se asocien axilarquia y aumento del olor corporal no implica un cambio de actitud.
4. Está indicado realizar una radiografía de muñeca y una determinación basal de DHEA y 17-OH-progesterona.
5. Esta situación conduce en la mayoría de las ocasiones a un crecimiento acelerado y desarrollo puberal completo, disminuyendo la talla final.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Pregunta bastante complicada. La paciente presenta un desarrollo prematuro de una característica puberal de forma aislada. A este cuadro se le denomina pubarquia o adrenaquia precoz, y se incluye dentro de la pubertad precoz verdaderamente incompleta. Es típico que estos pacientes no requieran ningún tratamiento y que tengan el desarrollo puberal en el momento esperado (respuesta 5 falsa). Es mucho más frecuente en niños y parece asociarse a un riesgo de hiperandrogenismo en la adolescencia. La realización de radiografía de muñeca y determinación hormonal es útil en el diagnóstico diferencial.

Pregunta 183 *Subir*

● En el diagnóstico de laboratorio de intolerancia-malabsorción de Lactosa todas las pruebas son útiles EXCEPTO:

1. Determinación de cuerpos reductores en heces.
2. Análisis de H₂ en aire espirado.
3. Test de ureasa en la biopsia. intestinal.
4. Determinación de pH fecal.
5. Determinación de ácido láctico en heces.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Esta es una pregunta directa, en la que se pregunta sobre las medidas diagnósticas de la malabsorción de lactosa. En esta entidad, los cuerpos reductores en heces dan positivo, al ser la lactosa un azúcar reductor (R: 1). Cuando la lactosa se malabsorbe, éste es fermentada por la flora saprofita del colon. La fermentación da lugar a sustancias ácidas (R 4 y 5) y gas (R 2). El diagnóstico de certeza se establece a través de la biopsia intestinal con cuantificación de la actividad de lactasa, no de ureasa. Por eso, la opción 3 es falsa.

Pregunta 184 *Subir*

● Niña de 9 años con padres obesos que consulta desde los 6 años ha aumentado excesivamente de peso aunque el aumento de talla ha sido importante. Refieren un buen apetito y una ingesta consecuente de alimento y una tendencia a la inactividad. A la exploración física los datos más relevantes con un índice de Masa Corporal de 158% con telarquia 2/4 bilateral y un vello pubiano 3/6 con inicio de vello axilar. Enumero los posible diagnósticos y que pruebas complementarias solicitaría:

1. Diagnóstico: Pubertad precoz idiopática. Solicitaría una determinación de FSH y LH para distinguir si es central o periférica.
2. Diagnóstico: Pubertad precoz secundaria a la obesidad. Solicitaría FSH LH y 17 beta estradiol y si los valores son elevados iniciaría tratamiento con andrógenos.
3. Diagnóstico: Obesidad y adelanto puberal secundaria. Solicitaría FSG, LH y 17 beta estradiol y maduración esquelética para comprobarlo. Iniciaría en el momento restricción calórica y valoración a los 6 meses.
4. Diagnóstico: Adelanto puberal y obesidad como problemas independientes. Tras un estudio de la función tiroidea y de los niveles de FSH y LH, iniciaría tratamiento con progestágenos para retrasar la pubertad.
5. Diagnóstico: Obesidad, adelanto puberal, ambas por un posible hipotiroidismo. Solicitaría FT4 y TSH y aunque los valores fueran normales si la maduración esquelética está atrasada iniciaría tratamiento sustitutivo.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Pregunta relacionada con las consecuencias clínicas de la obesidad en la infancia. En este caso nos presentan a una niña con obesidad severa, confirmándose con la exploración física un adelanto puberal (presenta telarquia y pubarquia asociados). Este hecho está relacionado con el aumento de las hormonas sexuales por el tejido adiposo y el tratamiento de elección sería la pérdida de peso. Sería apropiado realizar un estudio hormonal completo y valorar la edad ósea, que en estos niños suele estar aumentada.

Pregunta 185 *Subir*

● Niño de 2 años que presenta fiebre elevada de 4 días de evolución, con afectación del estado general, y ligera irritabilidad. A la exploración destaca la presencia de un exantema maculopapuloso discreto en tronco e hiperemia conjuntival bilateral sin secreción. Presenta además enrojecimiento bucal con lengua aframbuesada e hiperemia faríngea sin exudados amigdalares, además de adenopatías laterocervicales rodaderas de unos 1,5 cm de tamaño. Ha recibido 3 dosis de Azitromicina. ¿Cuál, entre los siguientes, es el diagnóstico más probable?:

1. Exantema súbito.
2. Síndrome de Kawasaki.
3. Escarlatina.
4. Rubeola.
5. Mononucleosis infecciosa.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Esta pregunta expone, en forma de caso clínico, la historia de un paciente con enfermedad de Kawasaki. Esta entidad se diagnostica a través del cumplimiento de sus criterios diagnósticos. Además de la fiebre, aquí aparecen 4: exantema, conjuntivitis bilateral no purulenta, cambios en la mucosa oral (eritema labial, lengua aframbuesada) y adenopatías.

Pregunta 186 *Subir*

● Lactante de 2 meses de edad que hace tres días comenzó con mocos nasales acuosos, tos y estornudos. Desde ayer presenta taquipnea con 60 rpm, tiraje intercostal con aleteo nasal. En urgencias observan distrés respiratorio con sibilancias inspiratorias y espiratorias y algunos crepitantes bilaterales. Una Rx de tórax muestra hiperinsuflación bilateral con una atelectasia laminar y corazón pequeño. Presenta: pH 7,24; pCO₂: 58 mmg; CO₃H: 21 mEq/L. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:


1. Bronconeumonía bilateral.
2. Crisis asmática de origen infeccioso.
3. Miocarditis con insuficiencia cardíaca congestiva.
4. Neumonitis intersticial.
5. Bronquiolitis.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Una nueva pregunta en forma de caso clínico, perteneciente esta vez al bloque de respiratorio. Recuerda que la bronquiolitis es el primer episodio de dificultad respiratoria sibilante y de causa infecciosa en un niño de menos de dos años. Aquí tienes todos los elementos para acertar su diagnóstico: 2 meses de edad, antecedente de catarro de vías altas, evolución tórpida, aparición de problemas respiratorios (taquipnea, distrés) y exploración compatible (sibilancias difusas). Las pruebas complementarias engalanan el caso, pero no aportan nada (hiperinsuflación en la Rx tórax, acidosis respiratorias).

Pregunta 187 *Subir*

 Lactante varón de 10 meses de edad al que en un examen rutinario de salud se le descubre una masa en flanco izquierdo, dura, que sobrepasa línea media. En la ecografía abdominal dicha masa se corresponde con un tumor sólido localizado en la glándula suprarrenal izquierda. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:


1. La edad inferior al año empeora el pronóstico.
2. Si presentara metástasis hepáticas estaría contraindicado el tratamiento quirúrgico.
3. Debe realizarse un aspirado de médula ósea como parte del estudio de extensión.
4. El tumor que presenta es más frecuente en pacientes con hemihipertrofia.
5. El empleo de la gammagrafía con metayodobencilguanidina ha sido abandonado por técnicas más específicas.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Esta pregunta ilustra un caso clínico correspondiente a un neuroblastoma de la suprarrenal izquierda. La opción 1 es falsa, pues la edad inferior a un año es uno de los factores pronósticos favorables. La presencia de metástasis en hígado, piel o M.O. no contraindica la resección del tumor primario, pues responden bien a quimioterapia coadyuvante (R2). El tumor de Wilms se asocia hemihipertrofia, no el neuroblastoma (R4). La gammagrafía con MIBG sigue empleándose como técnica diagnóstica (R5). La opción correcta es la número 3. En todo neuroblastoma hay que verificar si hay afectación de M.O.

Pregunta 188 *Subir*

 Un niño de 7 meses deshidratado, con vómitos, diarrea y fiebre nos llega la siguiente analítica: Hb 11.6 gr%; Hto: 39%; Leucocitos: 14.900 mm³ (Neutrófilos: 63%; Linfocitos: 30%; Monocitos: 7%); Plaquetas: 322.000 mm³; Osmolaridad: 295 mOs/L; Na: 137 mEq/L; K: 5.6 mEq/L; Ca iónico: 1,2 mmol/L; pH: 7,20; pCO₂: 25 mmHg; CO₃H: 11 mEq/L; E.B.: - 19 mEq/L; Lactato: 5.3 mmol/L, Creatinina: 4.2 mgr%. ¿Cuál es la valoración metabólica de esta deshidratación?:


1. Deshidratación isotónica con acidosis mixta.
2. Deshidratación hipotónica con acidosis meta bólica.
3. Deshidratación isotónica con acidosis metabólica.
4. Deshidratación hipertónica con acidosis metabólica.
5. Deshidratación isotónica con acidosis respiratoria.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Esta pregunta es muy asequible. Simplemente has de valorar una analítica general en un paciente pediátrico. Este niño tiene acidosis (pH<7.35) metabólica (bicarbonato menor de 20); por otro lado, como tiene un Na comprendido entre 135 y 145, su deshidratación es isotónica o normonatémica.

Pregunta 189 *Subir*

 Niño de 3 años de edad que tras un golpe en el colegio presenta una lesión hemorrágica que cicatriza mal. El paciente había acudido antes en diversas ocasiones a Dermatología por eccema en cara y brazos, y a Pediatría por infecciones respiratorias. El hemograma indica leucocitos y eritrocitos normales, pero plaquetas escasas y pequeñas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Edema angioneurótico hereditario.
2. Síndrome de Wiskott-Aldrich.
3. Hemofilia A.
4. Púrpura trombopénica inmune.
5. Dermatitis atópica.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

En un niño pequeño la presencia de eczemas, trombopenia e infecciones de repetición es muy sugestivo de Síndrome de Wiskott-Aldrich.

Pregunta 190 Subir

- **Todo lo que sigue acerca del síndrome nefrótico en el niño es cierto, EXCEPTO:**
1. Colesterol sérico elevado.
 2. El 85% se debe a la forma histológica de enfermedad de cambios mínimos.
 3. Reabsorción reducida de sodio por el riñón.
 4. Triglicéridos séricos elevados.
 5. La hipoalbuminemia es la causa de la hipoproteinemia.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

En el síndrome nefrótico la aparición de edemas deplecciona el volumen de líquido intravascular lo que produciría la elevación de renina y aldosterona. Ello conlleva el aumento de reabsorción de sodio y agua en el túbulo proximal.

Pregunta 191 Subir

- **En relación con la fístula traqueoesofágica congénita, refiera cuál de las complicaciones siguientes al tratamiento quirúrgico es la más frecuente:**
1. Fístula anastomótica.
 2. Estenosis esofágica.
 3. Fístula traqueoesofágica recidivante.
 4. Reflujo gastroesofágico.
 5. Traqueomalacia.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

La atresia de esófago es una entidad quirúrgica que cuyo tratamiento acarrea muy diversas complicaciones, entre las cuales la más frecuente es el reflujo gastroesofágico (R 4) por mala motilidad del esófago. Con menos frecuencia aparecen traqueomalacia (R5), estenosis (R2) o refistulización (R 1 y 3).

Pregunta 192 Subir

- **Una niña de 2 años se ha encontrado bien hasta hace aproximadamente 12 horas, momento en que empezó con un cuadro de letargia, vómitos y episodios de llanto intermitente con un estado de dolor visible. Coincidiendo con los episodios, retrae las piernas hacia el abdomen. En la consulta emite una deposición de color rojo oscuro; el abdomen muestra plenitud y un discreto dolor a la palpación. El diagnóstico más probable es:**
1. Estenosis hipertrófica de píloro.
 2. Apendicitis.
 3. Infección urinaria.
 4. Invaginación
 5. Enfermedad ulcerosa péptica.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Esta es una pregunta clásica en Pediatría, que ilustra una historia compatible con invaginación intestinal. ¿Por qué? Muy fácil. La edad del paciente está comprendida entre 3 meses y 6 años de edad, que es la edad en la que suele aparecer la invaginación. Tiene episodios de llanto paroxístico con encogimiento de piernas, que alternan con otros de letargia, que son los síntomas cardinales de esta entidad. Además ha emitido una deposición "en jalea de grosella", que suele acompañar a las invaginaciones intestinales. Simplemente había que formular el diagnóstico de presunción.

Pregunta 193 Subir

En un ensayo clínico se comparan 3 tratamientos (p.e. placebo, tratamiento establecido y un tratamiento nuevo). La variable respuesta es continua (p.e. nivel de glucosa en sangre). ¿Si la variable no tiene una distribución normal, el test correcto para comparar la respuesta es?:

1. La t de Student.
2. El test de Wilcoxon.
3. Análisis de la varianza.
4. El test de Krusal-Wallis.
5. El test ji-cuadrado.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Las pruebas no paramétricas son las adecuadas cuando las variables no siguen una distribución normal. En este ensayo clínico la variable 1 es cualitativa (3 tratamientos) y la variable 2 cuantitativa (glucemia), así que el test que se debe utilizar es: Kruskal-Wallis.

Pregunta 194 Subir

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación a la estadística?:

1. La estadística tiene entre sus funciones la corrección de los errores y sesgos de una mal diseño.
2. Ante un estudio con sesgos nos podemos fiar de los resultados si el valor de significación encontrado es razonablemente pequeño, por ejemplo $p < 0,0001$.
3. La significación estadística es un criterio objetivo por lo que puede suplir la objetividad del juicio clínico.
4. La mejor manera de investigar consiste en la obtención del mayor número p posibles, guiándonos por los resultado obtenidos.
5. El valor de la significación nos orienta sobre cuál es la probabilidad de que la diferencia observada sea debida exclusivamente al azar.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

El objeto de la Estadística es determinar cuál es la probabilidad de que los resultados obtenidos en un estudio se puedan explicar por el azar. Esta probabilidad se corresponde con el grado de significación.

Pregunta 195 Subir

¿Cuál de las siguientes es una característica tanto de los estudios epidemiológicos de cohorte como de los ensayos clínicos controlados?:

1. Pueden ser retrospectivos.
2. En el análisis de sus resultados se compara la variable resultado entre los sujetos con y sin el factor de exposición.
3. El investigador decide qué pacientes serán expuestos al factor en estudio.
4. Forman parte de los llamados estudios de tipo transversal.
5. La existencia de un grupo control permite mejorar la validez externa del estudio.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Tanto en los estudios de cohortes como en los ensayos clínicos hay un grupo de expuestos (a un factor de riesgo y a un tratamiento respectivamente) y un grupo de no expuestos.

Pregunta 196 Subir

• Tenemos interés en estudiar la relación que pueda existir entre la utilización de determinado medicamento antiasmático y las muertes por asma. Para ello, disponemos de los datos de los últimos 10 años de la mortalidad por asma en determinada Área de Salud, y del consumo de este medicamento en el mismo ámbito. Con estos datos, ¿qué tipo de diseño de estudio podría realizarse?:

1. Estudio de cohorte retrospectivo.
2. Estudio de caso-control anidado.
3. Estudio cuasi-experimental.
4. Estudio de tendencias temporales.
5. Ensayo de campo.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

En los estudios ecológicos de tendencias temporales la unidad de análisis son grupos de individuos, no individuos. En este estudio que nos describen precisamente sólo disponemos de datos poblacionales, no individuales acerca de la mortalidad por asma y del consumo de cierto medicamento.

Pregunta 197 *Subir*

• Se cree que un neuroléptico produce hiperprolactinemia. Para averiguarlo, se diseña un estudio en el que se recogen pacientes diagnosticados de hiperprolactinemia y se aparean con pacientes de su misma edad y sexo, diagnosticados de EPOC, enfermedad cardiovascular y fracturas traumáticas, recogiendo de su historia clínica si han consumido o no el fármaco. Estamos ante un estudio con un diseño, ¿de qué tipo?:

1. Cohortes con grupo control.
2. Casos y controles.
3. Cohorte retrospectivo.
4. Ensayo clínico.
5. Casos y controles anidados.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Comenzamos este estudio con un grupo de personas que padecen hiperprolactinemia (enfermedad de estudio) y otras que no. Buscamos el antecedente de consumo de un neuroléptico (factor de estudio). Se trata de un estudio de casos y controles.

Pregunta 198 *Subir*

• Respecto al análisis de los resultados de un estudio epidemiológico de cohorte mediante el riesgo relativo es cierto que:


1. Se calcula dividiendo la incidencia de enfermedad en lo no expuestos entre la incidencia de la enfermedad en los expuestos.
2. Carece de unidades.
3. Es una medida del efecto absoluto del factor de riesgo que produce la enfermedad.
4. En los estudios de cohorte tiene el mismo valor que el "odds ratio".
5. Su límite inferior es 1.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

El riesgo relativo es el cociente entre la incidencia en expuestos y la incidencia en no expuestos y carece de unidad. Oscila entre cero y + infinito.

Pregunta 199 *Subir*


-  Respecto al ensayo clínico controlado, indique cuál de las siguientes afirmaciones es cierta:
1. Es un método experimental.
 2. Su característica fundamental es el enmascaramiento del estudio.
 3. Es un método observacional.
 4. Debe incluir como mínimo 100 pacientes.
 5. Debe durar como mínimo una semana.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Se trata de una pregunta directa acerca de las características de diseño de un ensayo clínico. Los estudios epidemiológicos se pueden dividir como bien sabéis en dos grupos: descriptivos y analíticos. Estos últimos, se subdividen en observacionales (cuyos dos representantes más importantes son el estudio de casos y controles y el estudio de cohortes) y experimentales. El diseño experimental por excelencia es el ENSAYO CLÍNICO (opción 1 correcta y opción 3 incorrecta). Aprovechemos para recordar las tres características propias de un diseño experimental: - introducción del factor de estudio por parte del investigador (el investigador es activo). - asignación aleatoria de los participantes a los distintos grupos de estudio. El enmascaramiento es una técnica para controlar los sesgos en la medición de la variable resultado. Si utilizamos este procedimiento decimos que el ensayo clínico es ciego (simple, doble o triple). Sin embargo, no todos los ensayos clínicos son ciegos. Según nuestro enunciado no podemos asumir que el nuestro lo sea (opción 2 incorrecta). Tan solo sabemos que contaba con un grupo control (ensayo clínico controlado, tampoco todos los ensayos clínicos lo son). Con respecto a las opciones 4 y 5 que también son incorrectas hemos de decir que no existe un mínimo de duración o de tamaño muestral. Estos aspectos están condicionados por el objetivo del estudio y la variable utilizada. Por eso, se hace la predeterminación del tamaño muestra.

Pregunta 200 *Subir*


-  Un estudio en el que se seleccionan sujetos libre de enfermedad que son clasificados según el nivel de exposición a posibles factores de riesgo y son seguidos para observar la incidencia de enfermedad a lo largo del tiempo es un:
1. Estudio de casos y controles.
 2. Ensayo clínico.
 3. Estudio de una serie de casos.
 4. Estudio transversal.
 5. Estudio de cohortes.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Se trata de una pregunta sencilla y clásica. Casi todos los años caen preguntas de este tipo. Nos dan información sobre el diseño de un estudio epidemiológico y nos piden que identifiquemos con cuál se corresponde. Vemos que se trata de un estudio analítico, el investigador pretende estudiar la relación entre distintos factores de riesgo y la aparición de enfermedad. Esto nos permite descartar estudios descriptivos (opciones 3 y 4). Vemos que si bien el investigador desempeña un papel pasivo, ya que no ha decidido a qué factores de riesgo se van a exponer los participantes ni el nivel de exposición. Tan solo se limita a observar lo que ocurre a lo largo del tiempo. Es, por tanto, un estudio de tipo observacional (opción 2 incorrecta). Una vez llegados a este punto, solo nos queda fijarnos en el criterio utilizado para la selección de los sujetos. En relación a esto vemos que se han seleccionado en función del factor de riesgo, estando todos sanos al inicio del estudio. En el seguimiento se pretende estudiar la aparición de enfermedad. La pregunta no está describiendo claramente un diseño de cohortes (opción 5 correcta).

Pregunta 201 *Subir*

-  En un ensayo clínico aleatorizado, doble-ciego y controlado con placebo, se evaluó el efecto sobre la mortalidad de un nuevo fármaco en pacientes con hiperlipidemia y sin antecedente de cardiopatía isquémica. Después de un seguimiento medio de cinco años se encontró una mortalidad del 10% en el grupo placebo y del 5% en el grupo de tratamiento (diferencia estadísticamente significativa con $p < 0.05$). Calcule en NNT, que se define como el número de pacientes que tenemos que tratar con el nuevo fármaco durante 5 años para evitar una muerte:
1. 5%.
 2. 20.
 3. 0.5.

4. 50%.
5. 1.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Es la única pregunta de este apartado en la que han pedido un cálculo numérico. Nos preguntan directamente el cálculo del NNT, uno de los índices utilizados en el análisis de los resultados de un ensayo clínico. Simplemente no tenemos que limitar a aplicar la fórmula. Esta pregunta ha caído todos los años en las últimas 3 o 4 convocatorias. Este año no se han molestado ni en cambiar los números. El NNT (número de pacientes a tratar para evitar un evento) se deriva de la REDUCCIÓN ABSOLUTA DEL RIESGO. La reducción absoluta del riesgo es la diferencia de incidencias del evento en el grupo sometido al tratamiento experimental y el grupo control. En nuestra pregunta la mortalidad en el grupo placebo es del 10% y en el grupo experimental 5%. Por tanto, la RAR es del 5%. Esto quiere decir gracias al tratamiento evitamos 5 muertes por cada 100 pacientes tratados. Por tanto, deberemos tratar a 20 pacientes con el nuevo fármaco para evitar una muerte (opción 2 correcta).

Pregunta 202 *Subir*

 Respecto a la utilización del placebo como grupo control en los ensayos clínicos, señale la respuesta INCORRECTA:


1. La comparación con placebo es la única forma de evaluar la eficacia absoluta de un fármaco.
2. el uso del placebo puede presentar problemas éticos cuando existe un tratamiento de eficacia probada para la enfermedad que se evalúa.
3. El uso de placebo podría estar justificado cuando la enfermedad tiene carácter banal.
4. El uso de placebo está justificado si no existe un tratamiento de referencia de eficacia demostrada o éste presenta efectos adversos muy graves.
5. En los ensayos clínicos controlados con placebo no se debe informar al paciente de que puede recibir placebo porque se rompería en enmascaramiento.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Se trata de una pregunta acerca del uso de placebo. Es la segunda vez que preguntan sobre este aspecto. Hemos de tener en cuenta los grupos control de un ensayo clínico pueden ser de muy distinto tipo. Entre ellos, se encuentra el placebo, que es el único que permite valorar la eficacia absoluta del tratamiento. El resto de controles (históricos, otro fármaco o una intervención no farmacológica como el tratamiento quirúrgico o la educación sanitaria) solo nos pueden informar de la eficacia relativa, esto es, en comparación con otra medida. El uso de placebo plantea problemas de índole ética ya que no es lícito negar un tratamiento de eficacia demostrada. Lo más importante en relación con este aspecto queda recogido en las opciones 2, 3 y 4 que son ciertas. Es importante tener en cuenta que es más fácil encontrar diferencias si comparamos con placebo que si comparamos con otro fármaco. La respuesta incorrecta es la 5, y esto es precisamente lo que preguntaron en el MIR. En el documento del consentimiento informado queda recogida la información relevante acerca del diseño y objetivo del estudio en el que se le propone participar. En caso de que sea un estudio controlado con placebo el paciente debe conocer que entre las alternativas de tratamiento que podría llegar a recibir tras la aleatorización está el placebo (sustancia inactiva). Esto no afecta al enmascaramiento porque es una información proporcionada antes de la asignación y de que el individuo de su consentimiento.

Pregunta 203 *Subir*

 Estamos planeando hacer un ensayo clínico para comparar la eficacia de dos antibióticos para el tratamiento de la neumonía. ¿Cuál de los siguientes datos NO es útil para calcular el tamaño de la muestra?:

1. El número de pacientes que ingresan con diagnóstico de neumonía en nuestro centro, que es de 5 a la semana.
2. El porcentaje de pacientes que se curan con el fármaco de referencia, que en los estudios publicados es un 85%.
3. La probabilidad de obtener un resultado falso positivo (error tipo 1), que la fijamos en un 5%.
4. La proporción de pérdidas de pacientes previstas, que en otros estudios similares de la literatura era de un 10%.
5. La diferencia mínima clínicamente relevante entre los dos fármacos, que la consideramos de un 10%.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

La predeterminación del tamaño muestral es también un tema clásico que se ha preguntado en las 3 últimas convocatorias. Para contestar esta pregunta lo primero que tenemos que analizar es el tipo de estudio o diseño que nos plantean. Como se trata de un ensayo clínico sabemos que comportará una comparación de los grupos de tratamiento. Así sabemos que tenemos que tener en cuenta:

- Objetivo del estudio y la variable principal.
- Magnitud del efecto que queremos detectar.
- Variabilidad de la variable principal.
- Errores tipo I y II.
- Poder o potencia estadística.
- Proporción de pacientes en ambos grupos.
- Pérdidas esperadas.
- Tipo de contraste.

Con esto fácilmente podemos deducir que la respuesta a la pregunta es la opción 1, ya que esto no está en nuestra lista. Este aspecto hace referencia a las dificultades que podemos encontrar en el reclutamiento. Si nuestro Hospital atiende muchas neumonías dicho reclutamiento será más fácil. Por último un breve comentario en relación a la magnitud del efecto. En condiciones ideales lo mejor sería ser capaces con nuestro diseño de detectar cualquier diferencia que pudiera haber entre los tratamientos por pequeña que esta fuera. En la práctica hay que llegar a un equilibrio entre esto (haría necesario grandes tamaños muestrales, incrementando los costes) y las diferencias que son clínicamente relevantes y por tanto, pueden modificar nuestra actitud. Por eso, la magnitud del efecto que queremos detectar se hace corresponder con la diferencia que consideramos relevante desde el punto de vista clínico.

Pregunta 204 *Subir*

¿Cuál sería el diseño más adecuado para evaluar el efecto sobre la morbimortalidad cardiovascular de un fármaco antagonista de los receptores de angiotensina (eprosartán) y de la vitamina E y de su combinación en pacientes de alto riesgo?:

1. Un estudio aleatorizado y doble-ciego, con diseño paralelo de tres brazos, de tal forma que los pacientes se asignan aleatoriamente a recibir tratamiento con eprosartán, vitamina E o placebo.
2. Un estudio aleatorizado y doble-ciego, con diseño cruzado en el que los pacientes primero son tratados con eprosartán o placebo durante 1 año y después son tratados con vitamina E o placebo durante otro año.
3. Un estudio de cohortes en el que los pacientes que tienen una dieta rica o pobre en vitamina E se asignan aleatoriamente a ser tratados con eprosartán o placebo.
4. Un ensayo clínico paralelo con diseño factorial de 2x2 en el que cada paciente se asigna aleatoriamente a recibir, por un lado eprosartán o placebo, y por otro lado vitamina E o placebo.
5. Es mejor hacer dos ensayos clínicos separados, uno para eprosartán y otro para vitamina E, cada uno de ellos con un diseño paralelo, aleatorizado, doble-ciego y controlado con placebo.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

De nuevo nos preguntan acerca de distintas variantes de diseño del ensayo clínico. La palabra clave para contestar correctamente esta pregunta está en el enunciado. Necesitan un diseño en el que los tratamientos se puedan comparar administrados solos y en combinación. El único que permite esto es el diseño factorial. En la siguiente tabla se muestra cómo serían los grupos de tratamiento para este enunciado.

	Eprosartán	Placebo
Vitamina E	Eprosartán + Vit E	Vit E
Placebo	Eprosartán + placebo	Placebo

Pregunta 205 *Subir*

- ¿Cuál de los siguientes objetivos NO se puede evaluar en los ensayos clínicos de fase I?:
1. Seguridad y tolerabilidad del fármaco y búsqueda de la dosis máxima tolerada.
 2. Farmacocinética en dosis única y en dosis múltiple.
 3. Farmacodinámica.
 4. Dosis más eficaz para el tratamiento de una patología concreta.
 5. Biodisponibilidad y bioequivalencia.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Los ensayos clínicos (EC) en humanos tienen 4 fases. La fase I evalúa la dosis tóxica del fármaco, la farmacocinética y la farmacodinamia. La fase II valora la dosis/respuestas, dando una información preliminar sobre la eficacia del fármaco. La fase III valora la eficacia de un nuevo fármaco. La fase IV hará referencia a la farmacovigilancia, realizando el seguimiento postcomercialización del fármaco. En consecuencia, la opción falsa es la 4.

Pregunta 206 *Subir*

Si en los resultados de un ensayo clínico se especifica que se ha realizado un análisis por intención de tratar ¿qué población se incluye en dicho análisis?:

1. Todos los pacientes aleatorizados, aunque no hayan completado el estudio.
2. Todos los pacientes que no han abandonado el estudio por acontecimientos adversos.
3. Todos los pacientes que han completado el seguimiento previsto.
4. Todos los pacientes que han completado el tratamiento del estudio.
5. Todos los pacientes que han recibido más del 80% del tratamiento y que han completado el seguimiento hasta la última visita.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

A la hora de realizar el análisis de los resultados en un ensayo clínico (EC) podemos realizar dos tipos: -Análisis por protocolo donde se incluyen sólo a aquellos pacientes que han cumplido los requisitos de protocolo y /o han finalizado el estudio. -Análisis por intención de tratar donde se incluyen a todos los pacientes aunque no hayan finalizado el estudio o hayan cambiado de grupo. Por lo tanto la opción correcta es la 1.

Pregunta 207 *Subir*

Debemos evaluar los resultados de 3 medicamentos (A, B Y C) en el tratamiento de pacientes con déficit cognitivo ligero. Los diseños implementados en los tres casos han sido muy similares y se ha usado placebo como grupo control en los tres casos. Se han observado los siguientes resultados de significación estadística y de porcentaje de reducción absoluta en la progresión a demencia en las comparaciones contra placebo: A versus Placebo: 3%, $p < 0,001$; B versus Placebo: 8%, $p = 0,041$; C versus Placebo 1% $p = 0,021$. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se puede concluir a partir de los presentes resultados?:

1. El valor de p demuestra que el medicamento con un efecto de mayor magnitud es del A.
2. El valor de significación nos indica que el medicamento con un efecto de menor magnitud es el B.
3. El medicamento B es el que muestra un efecto de mayor magnitud frente a placebo.
4. El medicamento C es mejor que el B ya que es más significativo.
5. El valor de significación nos indica que el medicamento con un efecto de menor magnitud es el A.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

En esta pregunta nos hablan de 2 conceptos: porcentaje de reducción absoluta de riesgo y el nivel de significación estadística. El nivel de significación estadística hace referencia a la probabilidad de equivocarnos, mientras que la reducción adherente de riesgo (es reducción absoluta de riesgo) es una medida que implica la magnitud del efecto. Como las 3 comparaciones son significativas, el medicamento que muestra un efecto de mayor magnitud será aquel en la que el porcentaje de reducción absoluta sea mayor, opción 3.

Pregunta 208 *Subir*

Acabamos de finalizar un estudio cuyo objetivo era evaluar cual de los dos protocolos de actuación en nuestro centro hospitalario es mejor. Se ha obtenido un resultado no estadísticamente significativo ($p > 0,05$) en nuestro contraste de hipótesis. ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta?:

1. Debemos seguir explorando los datos dividiendo nuestra muestra en diferente subgrupos para ver si en alguno de los grupos encontramos algún valor de p significativo.
2. Nos hemos de plantear si el tamaño de muestra es suficiente, si pensamos que no lo era continuaremos añadiendo más casos a nuestro estudio hasta obtener un resultado estadísticamente significativo.
3. Si el tamaño de muestra era insuficiente, utilizaremos la información del presente estudio para el diseño de uno nuevo revisando nuestras hipótesis de trabajo y la predeterminación del tamaño de la muestra.
4. Acabaremos concluyendo que los dos protocolos son iguales, al no haberse detectado diferencias significativas.
5. Nos hemos dado cuenta de la existencia de un sesgo que no habíamos tenido en cuenta ni en el diseño ni en la ejecución, por tanto, debemos utilizar un método estadístico más sofisticado que permita la corrección del mismo para seleccionar el protocolo mejor sin la menor duda.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

El resultado del estudio es no significativa, es decir, que no existe suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula. Esto puede ser porque el tamaño de la muestra es insuficiente. Aunque el presente estudio no ha encontrado diferencias significativas nos puede servir este estudio para realizar uno nuevo en el que se pueda predeterminar mejor el tamaño muestral.

Pregunta 209 *Subir*

Los resultados que aporta un ensayo clínico con un nuevo tratamiento para la hiperplasia benigna de próstata, comparado con un alfa-bloqueante, se basan en la variable principal fosfatasa ácida. Se observa una disminución de la misma con el nuevo tratamiento comparativamente con el de referencia de 30% (IC 95%=27-32.5%), siendo estadísticamente significativa. ¿Recomendaría cambiar a este nuevo tratamiento a sus pacientes?:

1. No, porque el tratamiento elegido como referencia no es el adecuado.
2. Si, porque el intervalo de confianza es muy estrecho.
3. Si, ya que los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas.
4. No, ya que la variable principal utilizada no es relevante.
5. No, porque la reducción obtenida de la fosfatasa ácida no es suficientemente importante.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

En este estudio se comparan 2 tratamientos y se observan como con un tratamiento nuevo se observa una reducción significativa en las fosfatasa ácida para la HBP. Sin embargo, aunque la reducción es significativa, la variable principal no es relevante y por tanto no se puede recomendar el cambio de tratamiento.

Pregunta 210 *Subir*

Respecto a los sesgos que pueden aparecer en un ensayo clínico, se pueden tomar distintas medidas para evitarlos. Señale la respuesta INCORRECTA:

1. Para evitar el sesgo de selección (diferencias sistemáticas en los dos grupos de comparación) se debe ocultar la secuencia de aleatorización.
2. Para evitar diferencias sistemáticas en los cuidados recibidos por los dos grupos de comparación (sesgo de cointervención) se debe comparar con un control histórico.
3. Para evitar una distribución no homogénea de los principales factores predictores, conocidos o no, de la variable de resultado, se asigna aleatoriamente a los participantes a cada grupo de tratamiento.
4. Para evitar diferencias sistemáticas en los abandonos, pérdidas o cumplimiento terapéutico entre los dos grupos de comparación (sesgo de atrición), se realiza un análisis por intención de tratar.

5. Para evitar el sesgo de información (diferencias sistemáticas en la evaluación de las variables de resultado entre los dos grupos de comparación), se realiza un enmascaramiento de la intervención.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Los sesgos, errores sistemáticos nos pueden invalidar el resultado de un estudio. Para evitar el sesgo de selección, debemos aleatorizar. La opción 2 es falsa, puesto que cuando utilizamos un control histórico (grupo de similares características pero de una época anterior), lógicamente los cuidados recibidos no van a ser igual, al comparar grupos de épocas distintas. En consecuencia, para evitar este sesgo, debemos comparar grupos concurrentes. El análisis por intención de tratar es el mejor análisis porque valora a todos los pacientes independientemente de si han finalizado o no el estudio o si se han cambiado de grupo.

Pregunta 211 *Subir*



¿Qué es un ensayo clínico secuencial?:

1. Un ensayo para cuya realización es necesario conocer los resultados de estudios previos más básicos.
2. Un ensayo en que la decisión de reclutar al siguiente paciente, par de pacientes o bloque de pacientes depende de la diferencia entre tratamientos obtenido hasta ese momento.
3. Un ensayo en que la fecha de comienzo y finalización es distinta para cada paciente, dependiendo de la disponibilidad de sujetos con los criterios de selección pertinentes.
4. Un ensayo con ventajas éticas ya que en caso de empate entre tratamientos es el azar el que decide a que grupo se asigna cada nuevo paciente, mientras que en caso de que hasta el momento haya un tratamiento aparentemente superior, es ese precisamente el que reciben los nuevos pacientes.
5. Un ensayo que está perfectamente incardinado dentro del programa de desarrollo de un nuevo tratamiento.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Un ensayo clínico secuencial se caracteriza por no conocer a priori el tamaño muestral. Por tanto, es un estudio en el que los pacientes son incluidos en el estudio "secuencialmente". El ensayo finalmente se detendrá cuando el tamaño muestral que se ha ido sumando progresivamente sea tal, que consigamos una significación estadística (p. Ej. $P < 0,05$).

Pregunta 212 *Subir*



Tenemos que evaluar los resultados de un ensayo clínico que compara un nuevo antihipertensivo respecto a otro considerado desde el punto de vista clínico como un buen estándar, y donde la reducción de la presión arterial diastólica (TAD) se predefinió como la variable principal. Suponemos que tanto el diseño como la ejecución del estudio son correctos. Los resultados indican que el nuevo tratamiento es más efectivo ya que reduce más la TAD, concretamente en media (intervalo confianza al 95% bilateral) reduce 0,5 (0,2 a 0,7) mmHg más que el grupo control, con $p=0,001$. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. El valor de p (0.001) encontrado demuestra con una probabilidad nula de equivocarnos que el nuevo tratamiento es mejor.
2. En base al valor observado de p (0.001) se puede concluir que la magnitud de la reducción de TAD del nuevo medicamento en relación al control es de gran relevancia clínica.
3. Si yo acepto que el tratamiento nuevo es el mejor, me equivocaré sólo con una probabilidad de 0,001.
4. La reducción de TAD es mayor con el nuevo tratamiento, pero la mejoría que en promedio ofrece en relación al tratamiento control no sobrepasaría 0.7 mmHg en mejor de los casos, teniendo en cuenta un error alfa o tipo I del 5% bilateral.
5. La estimación puntual y los intervalos de confianza no aportan información de la magnitud del efecto de la comparación entre ambos tratamientos.

La respuesta correcta es: 4


COMENTARIO:

Se plantea un contraste de hipótesis con las variables: Dos tipos de tratamiento y 2. Reducción de TAD. Los

resultados alcanzan la significación estadística, para una diferencia entre tratamientos de 0,5. El intervalo de confianza oscila (0,2-0,7), 95% de confianza. Por tanto, en el mejor de los casos para ese nivel de significación, la mayor diferencia previsible entre los tratamientos es 0,7.

Pregunta 213 *Subir*

.

-  Señale cuál de los siguientes NO está incluido entre los 4 principios básicos de la bioética:
1. Autonomía o respeto por las personas.
 2. Beneficiencia.
 3. No maleficencia.
 4. Justicia, entendido como justicia distributiva.
 5. Confidencialidad.


La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La confidencialidad no es un principio básico como tal, ya que está incluido dentro de otro más amplio, que es el de la autonomía o respeto por las personas.

Pregunta 214 *Subir*

.

-  ¿Cuál de las siguientes técnicas del Sistema Español de Farmacovigilancia se conoce como "tarjeta amarilla"?:
1. Ensayos clínicos postcomercialización.
 2. Estudios de cohortes.
 3. Estudios de casos y controles.
 4. Notificación espontánea.
 5. Monitorización intensiva intrahospitalaria.


La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Una vez que se encuentra un fármaco en el mercado (ha pasado la fase 3), todavía puede aparecer efectos adversos bien infrecuentes, bien que aparecen a lo largo plazo, que deben ser detectados en la fase 4 o de farmacovigilancia, la notificación de éstos efectos se notifica a la agencia de medicamentos a través de unos formularios conocidos como "tarjetas amarillas".

Pregunta 215 *Subir*

.

-  En relación con el valor predictivo de una prueba diagnóstica, señale la respuesta correcta:
1. El valor predictivo no depende de la prevalencia de enfermedad.
 2. Cuando la prevalencia de la enfermedad es baja es improbable que el paciente con una prueba con resultado positivo tenga realmente la enfermedad.
 3. Cuando la prevalencia de la enfermedad es baja es probable que el paciente con una prueba con resultado positivo tenga realmente la enfermedad.
 4. Cuando la prevalencia de la enfermedad es alta es probable que el paciente con un resultado positivo no tenga la enfermedad.
 5. Cuando la prevalencia de la enfermedad es baja no hay aumento de falsos positivos.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

El VPP se refiere a la probabilidad que tiene un sujeto, de habiendo sido positivo en el test que queremos validar, resulta ser en efecto un enfermo. Por tratarse de un parámetro de validez externa, depende de la prevalencia, si la prevalencia es baja habrá más sujetos falsos positivos, por lo que en esta situación, el valor predictivo positivo disminuirá. ($VPP = VP / (VP + FP)$).

Pregunta 216 Subir

De los siguientes, que aspecto debe tenerse en cuenta en último lugar a la hora de interpretar los resultados de un ensayo clínico:

1. Las pérdidas de pacientes y los motivos de las mismas.
2. La significación estadística de los resultados.
3. Un diseño adecuado para evitar posibles sesgos.
4. Características de los pacientes incluidos.
5. La variable de medida utilizada y a cuanto tiempo se evalúa.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Un ensayo clínico es un estudio en el que se debe determinar a priori el tamaño de la muestra, el tipo de la muestra a utilizar, cuales son las características de las variables, así como cuantos pacientes es previsible perder. Una vez realizado esto, el estudio se pone en marcha (suponemos que sin sesgos y con n apropiado) que determinen si hay diferencias significativas habitualmente entre dos fármacos.

Pregunta 217 Subir

En el momento actual, España y la Región Europea han sido declaradas libres de polio desde el 21 de junio del 2002. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. En el momento actual en España no se recomienda ya la vacunación antipoliomielítica.
2. En el momento actual en España solo se vacuna frente a la poliomiélitis con vacuna atenuada.
3. En el momento actual en España solo se vacuna frente a la poliomiélitis con vacuna inactivada.
4. Desde el año 2002 en España no se vacuna frente a la poliomiélitis.
5. En el momento actual en España se vacuna frente a la poliomiélitis con un procedimiento secuencial, primero con vacuna inactivada y luego con vacuna atenuada.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Existen dos tipos de vacuna frente a la polio. Por una parte, la oral o Sabín, por otra la inactiva, parenteral o Salk. Tradicionalmente se administraba la Salk a los sujetos inmunocomprometidos, pero debido al riesgo potencial de polio por la vacuna Sabín, en la actualidad se vacuna a todos los sujetos con la inactiva.

Pregunta 218 Subir

En cuanto a las infecciones hospitalarias de la herida quirúrgica, señale lo cierto:

1. Son las infecciones hospitalarias más frecuentes.
2. Los microorganismos responsables provienen en su mayor parte del quirófano.
3. La profilaxis antibiótica es eficaz cuando se administra justo antes de la intervención.
4. Generalmente se presentan en forma de epidemias.
5. El grado de riesgo de infección quirúrgica no guarda relación con el tipo de procedimiento quirúrgico realizado.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La infección de la herida es una causa frecuente de infección en los servicios quirúrgicos pero no supone la infección hospitalaria más frecuente. La probabilidad de infección de la herida viene determinada por el tipo de operación realizada. En cirugía limpia no es necesaria la profilaxis antibiótica por el bajo riesgo de infección. Sin embargo, en cirugía limpia contaminada y contaminada, sí se utiliza la profilaxis antibiótica. La profilaxis antibiótica se inicia en la inducción anestésica y no se debe prolongar más de 48 horas.

Pregunta 219 Subir

¿En qué tipo de análisis de evaluación económica, el análisis incremental es de elección a la hora de analizar e interpretar los resultados?:

1. Análisis de minimización de costes.
2. Análisis coste-beneficio.
3. Análisis coste-efectividad.
4. Análisis coste-consecuencia.
5. Estudios de coste de la enfermedad.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

El análisis incremental es de elección a la hora de analizar e interpretar los resultados en el análisis coste-efectividad (identificar y cuantificar los costes de procedimientos alternativos para alcanzar un objetivo cuyos resultados vienen expresados por unidad de efecto o efectos por unidad de coste).

Pregunta 220 Subir

En un análisis de evaluación económica, los costes derivados de las horas/días de trabajo perdidos por absentismo laboral se denominan:

1. Costes médicos directos.
2. Costes no-médicos directos.
3. Costes indirectos.
4. Costes intangibles.
5. Costes sociales.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Los costes derivados de las horas/días de trabajo perdidos por absentismo laboral se denominan costes indirectos.

Pregunta 221 Subir

Una de las afirmaciones referidas a fármacos antivíricos es FALSA:

1. El aciclovir posee acción selectiva contra los herpesvirus que codifican una timidina cinasa.
2. El aciclovir es especialmente eficaz en las infecciones por virus del herpes simple, como encefalitis, herpes diseminado y otros cuadros graves.
3. El ganciclovir tiene una actividad significativa sobre citomegalovirus,
4. La azidotimidina, un análogo de la timidina, inhibe la transcriptasa inversa del VIH.
5. La amantidina y la rimantidina, análogos de los nucleósidos, se administran en forma de aerosol para el tratamiento de los niños con bronquiolitis grave por el virus sincitial respiratorio.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Pregunta sobre fármacos antivirales. El grado de dificultad es bajo. Se recoge en el Manual y hay una pregunta específica en al 1ª vuelta (test farma). El Aciclovir es el antiviral más preguntado en el MIR y su eficacia en Herpes Virus está contrastada. La indicación del ganciclovir para citomegalovirus es también fácil. La azidotimidina es más conocida como zidovudina o AZT. Es el 1er antiretroviral, inhibidor de la transcriptasa inversa. La Amantidina y rimantidina son fármacos cuya indicación como antivirales es la infección por Influenzae A.

Pregunta 222 Subir

¿Cuáles de las siguientes son manifestaciones clínicas típicas de la intoxicación aguda por un opioide agonista m puro?:

1. Midriasis, activación generalizada, convulsiones.
2. Miosis, depresión respiratoria y coma.
3. Depresión respiratoria, hipertensión arterial y miosis.
4. Midriasis, hipotermia, hipotensión, bradicardias.
5. Depresión respiratoria, hipertermia y taquiarritmias.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Pregunta fácil sobre la intoxicación por opiáceos. Se explica en clase. La combinación de Miosis y depresión respiratoria y neurológica es clásica.

Pregunta 223 *Subir*

¿Cuál de los siguientes antibióticos antibacterianos no actúa inhibiendo la síntesis de la pared celular?:

1. Cefalosporinas.
2. Carbopenems.
3. Macrólidos.
4. Vancomicina.
5. Penicilinas.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Es una pregunta fácil sobre el mecanismo de acción de los antibióticos. Además preguntan sobre familias importantes de los mismos: Betalactámicos, Macrólidos, Vancomicina. Se explica específicamente en clases, 1ª y 2ª vuelta y se recoge en el manual.

Pregunta 224 *Subir*

¿Cuál de las siguientes situaciones NO favorece la aparición de interacciones clínicamente importantes?:

1. Cuando se utilizan fármacos con estrecho margen terapéutico.
2. En pacientes ancianos.
3. Si la unión a proteínas plasmáticas es escasa.
4. Si existen modificaciones de pH sanguíneo u urinario.
5. Si existe polimedicación.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Pregunta de dificultad media sobre farmacocinética y en concreto interacciones medicamentosas. Las premisas 1, 2 y 5 son fáciles de descartar. La dificultad surge de elegir entre la 3 y la 4. Sin embargo las modificaciones del PH sanguíneo y urinario puede alterar la eliminación de forma importante por lo cual surgen interacciones. Si la unión a proteínas plasmáticas es escasa hay menos probabilidad de que otros fármacos influyan sobre el efecto terapéutico. También es menor la posibilidad de que estados patológicos como la desnutrición o hipoalbuminemia modifiquen la concentración libre del fármaco que es la activa farmacológicamente.

Pregunta 225 *Subir*

¿Cuál de las siguientes características NO es propia de los aminoglucósidos?:

1. Algunos fármacos de esta familia presentan buena actividad frente a *Mycobacterium tuberculosis*.
2. La actividad bactericida depende de las concentraciones alcanzadas, por lo que pueden

administrarse en dosis única diaria.

3. Todos los fármacos presentan buena actividad frente a bacilos Gram negativos.

4. La toxicidad producida por los fármacos de este grupo se relaciona con el mantenimiento de una concentración mínima (concentración previa a una dosis) elevada.


5. Cuando existe inflamación meníngea resultan muy útiles en el tratamiento de las infecciones bacterianas localizadas en el sistema nervioso central, especialmente las producidas por bacterias Gram negativas.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Pregunta fácil sobre aminoglucósidos ya que una de las cosas importantes de las mismas es que no atraviesan la barrera hematoencefálica y que si fuera necesario su uso en infecciones de SNC, hay que administrarles por vía intratecal. Se explica en manual y en clase.

Pregunta 226 *Subir*

•  Todas las siguientes afirmaciones referidas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), excepto una, son correctas. Señale la respuesta INCORRECTA:

1. La proteína CD4 de la superficie de las células T es el receptor para el virus.

2. Los pacientes infectados por el virus producen anticuerpos frente a las glicoproteínas (gp 120 y gp 41) de la envuelta y el antígeno interno grupo específico (p24).

3. La prueba de Western blot es más específica que el ELISA para diagnosticar la infección por el virus.

4. Un problema importante para estudiar los anticuerpos frente al VIH es su reactividad cruzada con el virus linfotrópico I de células T humanas.


5. Existe una importante diversidad antigénica en las glicoproteínas de la envoltura del VIH.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Las pruebas serológicas para el diagnóstico de la infección por VIH no presentan habitualmente problemas de reacciones cruzadas. La variación antigénica de las proteínas de la envoltura es la razón de la dificultad en el desarrollo de una vacuna frente a este virus.

Pregunta 227 *Subir*

•  ¿Cuál de los siguientes microorganismos infecta principalmente las células del endotelio vascular?:

1. Salmonella Typhi.

2. Rickettsia Typhi.

3. Haemophilus Influenzae.

4. Coxiella Burnetti.

5. Streptococcus Agalatae.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Las rickettsias tienen tropismo por el endotelio vascular. Esto justifica el exantema y otras manifestaciones graves de estas infecciones como el edema pulmonar o cerebral.

Pregunta 228 *Subir*

•  En la malaria, la forma de plasmodio transmitida del mosquito al hombre es el:

1. Esporozito.

2. Gametocito.

3. Merozoito.

- 4. Hipnozoito.
- 5. Taquizoito.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

La picadura del mosquito Anopheles inocula esporozoitos del Plasmodium que se dirigen al hígado del sujeto infectado.

Pregunta 229 *Subir*

¿Cuál de los siguientes tipos de microorganismos NO es un parásito intracelular obligado y puede crecer en medios de cultivo artificiales?:

- 1. Chlamydia.
- 2. Mycoplasma.
- 3. Coxiella.
- 4. Adenovirus.
- 5. Rickettsia.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Mycoplasma es una bacteria que puede tardar hasta 2 semanas en crecer en medios artificiales, por lo que no se utiliza de manera rutinaria en clínica, pero no es un parásito intracelular obligado.

Pregunta 230 *Subir*

¿Cuál es el agente causal de infección urinaria más frecuente en una mujer sin enfermedades generales o locales de base?:

- 1. Proteus Mirabilis.
- 2. Klebsiella Pneumoniae.
- 3. Corynebacterium Urealiticum.
- 4. Escherichia Coli.
- 5. Staphylococcus Saprophyticus.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

E. Coli es la causa más frecuente de infección urinaria.

Pregunta 231 *Subir*

Un granuloma epiteliode está constituido por:

- 1. Macrófagos transformados en células epitelioides.
- 2. Células epiteliales.
- 3. Linfocitos, histiocitos xantomatosos y células epiteliales.
- 4. Acúmulos leucocitarios de apariencia epitelial.
- 5. Linfocitos y células gigantes multinucleadas de tipo Langhans.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

En esta pregunta se nos interroga sobre la estructura del granuloma epiteliode. El granuloma epiteliode es de estructura típica de la inflamación crónica. En ellos aparecen típicamente macrófagos transformados en células epitelioides (opción A) y células gigantes multinucleadas tipo Langhans (respuesta 5) rodeadas de una corona de linfocitos.

Pregunta 232 Subir

.

¿Cuál de los siguientes rasgos morfológicos NO es propio de la colitis ulcerosa?:

1. Microabscesos cripticos.
2. Formación de pseudopólipos.
3. Displasia epitelial.
4. Engrosamiento mural.
5. Lesión mucosa crónica.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

Esta pregunta podrías haberla deducido... La colitis ulcerosa afecta solamente a la mucosa, por lo que difícilmente producirá engrosamiento mural, que es una característica más propia del Crohn.

Pregunta 233 Subir

.

En algunas enfermedades neurodegenerativas se produce acúmulo intracelular de proteínas anormales. Una de estas enfermedades, la enfermedad de Alzheimer, se caracteriza por el depósito intracelular de:

1. Sinucleína.
2. Tau hiperfosforilada.
3. Huntingtina.
4. Ataxina.
5. Proteínas priónica.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

En los ovillos neurofibrilares que aparecen típicamente en la histología de la enf. de Alzheimer, se identifican 2 proteínas: Ubiquitina y Taurina hiperfosforilada (opción 2).

Pregunta 234 Subir

.

En la esclerosis lateral amiotrófica, la lesión se localiza en:

1. Corteza entorrinal.
2. Núcleo Caudado.
3. Sustancia Negra.
4. Corteza cerebelosa.
5. Asta anterior de la médula.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La esclerosis lateral amiotrófica es la forma más frecuente de enfermedad progresiva de la neurona motora. La lesión se puede localizar en asta anterior de la médula.

Pregunta 235 Subir

.

El estudio microscópico de un nódulo tiroideo muestra nidos y trabéculas de células poligonales y fusiformes inmersos en un estroma con sustancia amiloide. ¿Qué diagnóstico realizaría?:


1. Carcinoma papilar.
2. Carcinoma folicular.
3. Carcinoma anaplásico.
4. Carcinoma de células de Hürthle.
5. Carcinoma medular.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

Pregunta sencilla en relación a la anatomía patológica en el cáncer de tiroides, En la pregunta se describe la existencia de células parafoliculares y sustancia amiloide, hecho que caracteriza al carcinoma medular.

Pregunta 236 *Subir*

 Es muy importante el conocimiento de las variaciones anatómicas de la arteria cística en la cirugía de la vesícula biliar. ¿Cuál es el origen más frecuente de la arteria cística?:

1. Arteria hepática derecha.
2. Arteria hepática izquierda.
3. Arteria hepática común.
4. Tronco celíaco.
5. Arteria mesentérica superior.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

Pregunta sin importancia que no debe preocuparte. La estructura de la pregunta invita a elegir una de las tres primeras opciones, dado su parecido, aparte de que el tronco celíaco y la mesentérica superior están algo alejadas... En este caso, es la hepática derecha, conclusión a la que podrías haber llegado por su mayor contigüidad anatómica a la vesícula que las otras dos.

Pregunta 237 *Subir*

 ¿Donde desemboca el conducto torácico?:

1. En la aurícula derecha.
2. En la vena cava superior.
3. En la vena subclavia izquierda, en su confluencia con la vena yugular interna izquierda.
4. En la vena yugular derecha.
5. En el tronco venoso braquiocefálico derecho.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Recuerda que el conducto torácico recoge el contenido linfático procedente de la cavidad abdominal, drenándolo en la vena subclavia izquierda. Este elemento anatómico ha sido preguntado alguna vez en el MIR.

Pregunta 238 *Subir*

 Uno de los siguientes hiatos NO se encuentra en el diafragma:

1. Hiato de Bochdalek.
2. Hiato esofágico.
3. Hiato de Winslow.
4. Hiato aórtico.
5. Hiato de Mogagni.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

El hiato de Winslow no forma parte del diafragma, sino que es la puerta de entrada a la transcavidad de los epiplones, encontrándose junto al pedículo hepático.

Pregunta 239 Subir

.



¿Cuántos bronquios segmentarios tiene cada pulmón?:

1. Diez cada uno.
2. Doce el derecho y diez el izquierdo.
3. Diez el derecho y ocho el izquierdo.
4. Doce cada uno.
5. Diez el derecho y nueve el izquierdo.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

El pulmón izquierdo, a diferencia del derecho, tiene ocho segmentos. Esto se debe a que su lóbulo superior se forma solamente de dos (en vez de tres) y el lóbulo de la língula tiene solamente uno (al revés que el lóbulo medio del pulmón derecho, que tiene dos).

Pregunta 240 Subir

.



Con respecto a la embriología del tiroides y glándulas paratiroides, una de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

1. Las células C producen calcitonina y surgen de la 4ª bolsa faríngea, emigran desde la cresta neural hacia los lóbulos laterales del tiroides.
2. El tiroides tiene su origen embriológico en células situadas en la línea media del suelo de la faringe y su origen es endodérmico.
3. Todos los componentes de la glándula tiroidea adulta (células foliculares y parafoliculares) tienen origen endodérmico.
4. Las Glándulas Paratiroides Superiores provienen de la 4ª bolsa faríngea junto con el componente tiroideo lateral y las inferiores de la 3ª faríngea junto con el timo.
5. Teniendo en cuenta la embriología del tiroides, cualquier tejido tiroideo en compartimentos laterales del cuello se considera actualmente como metástasis de cáncer bien diferenciado de tiroides.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La opción falsa es la 3, puesto que existen células en el tiroides que son procedentes de la cresta neural.

Pregunta 241 Subir

.



Un recién nacido puede experimentar sintomatología transitoria de la enfermedad materna si la madre padece cualquiera de las siguientes patologías EXCEPTO:

1. Miastenia gravis.
2. Hipertiroidismo primario.
3. Penfigo vulgar.
4. Herpes gestacional.
5. Enfermedad celiaca.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La pregunta hace referencia a enfermedades que sufridas por la madre pueden debutar clínicamente en el recién nacido. Las opciones 1, 2, 3 y 4 presentan formas neonatales, la explicación fisiopatológica de las mismas es el paso de anticuerpos de clase Ig G producto de estas enfermedades a través de la placenta hacia

el feto. Para el desarrollo de la Enfermedad Celíaca, opción 5, sí es necesario que el paciente incluya el gluten en la dieta por lo que típicamente debuta a los 6 meses de vida.

Pregunta 242 Subir

Los anticuerpos que desaparecen pocos meses después de la infección permiten detectar una enfermedad actual o muy reciente. Este tipo de anticuerpos pertenece a la clase:

1. Ig G2.
2. Ig E e Ig G3.
3. Ig A e Ig M.
4. Ig D.
5. Ig G4 e Ig D.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Se nos pregunta sobre la posibilidad de detectar infecciones recientes mediante la detección de Ig específicas frente al microorganismo culpable de la misma. En la actividad clínica actual se usa la determinación de Ig M específica para el diagnóstico de infecciones recientes o actuales (Respuesta primaria). No es útil para diferenciar infecciones recientes de crónicas la detección de Ig A específica. Pregunta impugnable.

Pregunta 243 Subir

¿Cuál de las siguientes citocinas es reconocida por un anticuerpo monoclonal que se utiliza con éxito para el tratamiento de la artritis reumatoide?:

1. Interleucina 7 (IL-7).
2. Interferón gamma (IF-g).
3. Factor de necrosis tumoral alfa (TNF-a).
4. Factor de crecimiento transformante beta (TGF-b).
5. Interleucina 4 (IL-4).

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Esta es una pregunta que enlaza la Inmunología básica con la clínica, en particular con la reumatología. En la actualidad dentro de los fármacos que se usan en la terapia de la artritis reumatoide se incluyen, los denominados, biológicos. Entre ellos destacan el Infliximab y el Etarnecept, cuya diana terapéutica es el TNF-alfa, que han demostrado un enlentecimiento en la progresión de la enfermedad y una mejoría de los síntomas.

Pregunta 244 Subir

Sobre los fenómenos de rechazo en los trasplantes alogénicos de órganos sólidos, señale la respuesta FALSA:

1. Los linfocitos T-CD4 del receptor pueden reconocer las moléculas HLA-II alogénicas expresadas en las células presentadoras de antígeno del donante.
2. Los linfocitos T-CD4 del receptor pueden reconocer fragmentos de moléculas HLA-II y HLA-I alogénicas expresadas en las células presentadoras de antígeno del receptor.
3. El rechazo hiperagudo se debe a la presencia de anticuerpos en el receptor (formados previamente) que frecuentemente van dirigidos contra moléculas HLA.
4. En el trasplante hepático el rechazo hiperagudo es infrecuente.
5. A menor expresión de moléculas B7 sobre las células presentadoras de antígeno del donante, mayor es la tasa de rechazo agudo.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

En el trasplante alogénico (entre individuos diferentes genéticamente) se puede producir un tipo de rechazo

denominado agudo, cuyo mecanismo inmunológico es celular, mediado por linfocitos T. La subpoblación de linfocito T CD4 reconoce específicamente antígenos HLA de clase II mientras que los T CD8 interactúan con clase I. La respuesta nº 2 es cierta porque las células presentadoras de antígenos del receptor pueden presentar fragmentos de clase I del donante en sus moléculas HLA de clase II que serían reconocidas por sus T CD 4. La respuesta nº 5 es totalmente falsa porque la molécula B7 (CD80/CD86) es una molécula de coestimulación, cuya presencia es totalmente necesaria para la activación completa del linfocito T, de forma que a menor expresión de esta molécula obtendremos una menor respuesta celular del linfocito T.

Pregunta 245 Subir

La deficiencia de adhesión leucocitaria 1 está causada por mutaciones en el gen que codifica para la beta integrina CD18. ¿Cuál de los siguientes es el método más apropiado para diagnosticarla?:

1. Cultivo mixto de linfocitos.
2. Nefelometría cinética.
3. Respuesta a mitógenos.
4. Microscopía electrónica.
5. Citofluorometría de flujo.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

El déficit de adhesión leucocitaria (LAD) se debe a alteraciones en la molécula CD18, una integrina fundamental para el correcto desarrollo del proceso de la quimiotaxis. Esta molécula se expresa como proteína de la superficie o de membrana en el neutrófilo. Para el estudio de los marcadores celulares como el CD4, CD8, CD19, etc, la técnica de referencia es la citometría de flujo, que nos permite de una forma rápida y exacta detectar deficiencias en esas moléculas.

Pregunta 246 Subir

La enzima 1-alfahidroxilasa, que actúa sobre el 25-hidroxicolecalciferol (25-OH-D) para transformarlo en 1-25 -dihidroxicolecalciferol (1-25-OH₂D) se encuentra en:

1. El hígado.
2. En las paratiroides.
3. En el riñón.
4. En el corazón.
5. En el pulmón.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Esta pregunta hace referencia a la fisiología de la vitamina D. El coleciferol (vit D₃) se produce en la piel por la acción solar y se metaboliza a 25(OH) VITD₃ en el hígado. Posteriormente se metaboliza en el riñón a 1,25 (OH)₂ VITD₃, llamada calcitriol, que es el metabolito más activo.

Pregunta 247 Subir

¿Qué función tiene el factor von Willebrand?:

1. Estabiliza la unión de las plaquetas con el colágeno.
2. Interviene directamente en la adhesión entre las plaquetas.
3. Estimula la producción de prostaciclina endotelial.
4. Inhibe la activación del factor VIII.
5. Inhibe la unión de la trombina con las plaquetas.

La respuesta correcta es: 1

COMENTARIO:

El factor vW participa en la adhesión plaquetaria al subendotelio vascular alterado, uniendo la plaqueta a través de la GP-Ib de su membrana al colágeno subendotelial.

Pregunta 248 Subir



En el ciclo cardíaco normal ¿cuál de las siguientes respuestas es la cierta?:

1. La onda v del pulso venoso coincide con la sístole auricular.
2. El cierre de la válvula aórtica precede al de la pulmonar, especialmente durante la inspiración.
3. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo es superior a 0,85.
4. La contracción auricular activa, puesta de manifiesto por la onda P del ECG, es diastólica precoz
5. Cuando la frecuencia cardíaca es superior a 100 l.p.m., el espacio Q-T del ECG es 0,46 segundos.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

El orden de cierre de las válvulas semilunares es el mencionado en la opción 2 (primero la válvula aórtica y después la pulmonar), especialmente durante la inspiración ya que aumenta el retorno venoso a cavidades derechas, retrasándose por tanto algo más el cierre de la pulmonar.

Pregunta 249 Subir



En relación con los mecanismos normales de la digestión y absorción de los alimentos, una de las afirmaciones siguientes es FALSA:

1. La lipasa se inactiva en medio ácido.
2. La absorción de calcio está facilitada por la vitamina D.
3. La Vitamina B12 se absorbe en el íleon terminal.
4. Los ácidos grasos de cadena media son componentes constantes de la dieta vegetariana.
- 5 Las sales biliares facilitan la absorción de la grasa.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

La lipasa pancreática en combinación con las sales biliares actúa en la digestión de las grasas; la lipasa se activa con la acidez. Los ácidos grasos de cadena media no son componentes de la dieta vegetariana. La vitamina B12 se absorbe en el íleon terminal y la absorción de calcio intestinal está potenciada por la vitamina D.

Pregunta 250 Subir



En condiciones de presión atmosférica de 760 mm Hg y humedad relativa del aire del 100%, ¿qué fórmula utilizaría para calcular la Presión alveolar de oxígeno (PAO₂)?:

1. PAO₂ = Presión arterial de CO₂ (PaCO₂) - Presión arterial de O₂ (PaO₂)/3.
2. PAO₂ = 100 - 1,25 x PaO₂/3.
3. PAO₂ = 150 - 1,25 x PaCO₂.
4. PAO₂ = 125 - 1,25 x PaO₂/3.
5. PAO₂ = PaO₂ - 1,25 x PaCO₂.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

La clave de esta pregunta es aplicar la fórmula del gradiente alveolo-arterial de O₂ (D (A-a)O₂), es decir, presión Alveolar (PAO₂) – presión arterial (PaO₂); la PaO₂ nos la da la gasometría, luego hay que calcular la PAO₂, mediante la fórmula

$$PAO_2 = FiO_2 \times (Pat - PH_2O) - PCO_2/0,8$$

Si la presión atmosférica (Pat) es normal, es decir 760 mmHg, y la humedad relativa es 100%, que implica que la PH₂O es 47, y respirando aire ambiente (FiO₂ 0,21), el resultado de la primera parte de la fórmula es 150 (0,21 x (760-47)). Por otro lado, PCO₂/0,8 es lo mismo que 1,25 x PCO₂. Por eso, la respuesta correcta es la 3.

Pregunta 251 Subir

Un paciente de 46 años sin antecedentes clínicos de interés acude al servicio de urgencias por realizar en las 8 horas previas dos deposiciones de aspecto melánico. En las últimas 48 horas refiere haber tenido molestias vagas en hemiabdomen superior. En las anamnesis no describe ingesta previa de fármacos potencialmente gastroerosivos. ¿Cuál le parece la causa más probable de la hemorragia digestiva alta en este paciente?:

1. Desgarro esofágico de Mallory-Weiss.
2. Esofagitis erosiva.
3. Varices esofágicas.
4. Úlcera péptica.
5. Neoplasia gástrica.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

La causa más probable de HDA en paciente no alcohólico es la úlcera péptica siendo la duodenal la más frecuente.

Pregunta 252 Subir

Un paciente de 67 años con antecedentes de insuficiencia cardiaca crónica en tratamiento con analapril, carvedilol, furosemida y espironolactona acude a urgencias por sensación de mareo en las últimas 48 horas. Su tensión arterial es de 85/40 mmHg. En la exploración física no se objetivan signos de congestión. El ECG demuestra un bloqueo de rama izquierda a 65 lpm ya conocido previamente. Los valores de creatinina, hemoglobina e iones son normales ¿cuál de las siguientes actitudes le parece más adecuada?:

1. Disminuir dosis de carvedilol.
2. Disminuir dosis de furosemida.
3. Disminuir dosis de enalapril.
4. Disminuir dosis de espironolactona.
5. Añadir al tratamiento nitratos transdérmicos.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Los diuréticos se emplean en la IC para lograrse alivio sintomático. Si el paciente se encuentra euvolémico están de más y son prescindibles. Ante el mareo del paciente parece razonable retirar primero los diuréticos antes que un fármaco que suponga mejoría pronóstica.

Pregunta 253 Subir

Una mujer de 72 años con enfermedad mitral consulta por disnea en situación de insuficiencia cardiaca congestiva. En la Rx de tórax se observa cardiomegalia, derrame pleural bilateral e imagen nodular a nivel de lóbulo medio. ¿Cuál es la causa más común de este nódulo?:

1. Neumonía lobar.
2. Derrame cisural.
3. Atelectasia del lóbulo medio.
4. Embolismo pulmonar.
5. Fístula arterio-venosa.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Pregunta fácil cuando se tiene experiencia clínica. Nos describen una insuficiencia cardíaca con derrame pleural bilateral. Una presentación atípica del derrame es la formación de imágenes nodulares, cuyo diagnóstico definitivo se obtiene con la evolución radiológica tras la depleción de volumen.

Pregunta 254 *Subir*



Respecto a la enfermedad de Graves-Basedow NO es cierto que:

1. Su frecuencia es diez veces menor en los varones.
2. El 30% de los casos comienza en la infancia.
3. La dermatopatía es una manifestación extratiroidea de esta enfermedad y está mediada por la activación inmunológica de los fibroblastos.
4. El tratamiento con radioyodo puede empeorar la enfermedad ocular.
5. Las tasas máximas de remisión se alcanzan a los 18-24 meses de tratamiento con antitiroideos.

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

Pregunta muy sencilla en relación a la enfermedad de Graves. Esta enfermedad es característica de mujeres jóvenes, siendo muy rara (<5%) en niños (opción 2 falsa). La manifestación extratiroidea más frecuente es la oftalmopatía, siendo la dermatopatía bastante infrecuente. El tratamiento se suele realizar con antitiroideos durante un periodo de tiempo prolongado (18-24m) para alcanzar la remisión de la enfermedad. El radioyodo, que suele ser la 2ª opción terapéutica, puede empeorar la enfermedad ocular.

Pregunta 255 *Subir*



La aparición de un osteosarcoma en una persona de 65 años de edad nos haría pensar en la existencia previa de uno de los siguientes antecedentes:

1. Traumático.
2. Mucopolisacaridosis.
3. Enfermedad de Paget.
4. Displasia fibrosa.
5. Corticoterapia.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

El osteosarcoma primario aparece fundamentalmente en pacientes jóvenes, en torno a 30 años. La aparición en pacientes de edad avanzada debe hacernos sospechar que ha surgido sobre hueso pagético. La enfermedad de Paget afecta hasta al 10% de las personas de más de 80 años. La degeneración sarcomatosa del hueso pagético ocurre en el 10 % de los casos o que hace que la enfermedad de Paget sea una causa frecuente de osteosarcomas en ancianos.

Pregunta 256 *Subir*



El pediatra visita a un niño de 5 años cuyo padre acaba de ser diagnosticado de tuberculosis pulmonar bacilífera. La prueba de la tuberculina del niño es negativa. ¿Cuál es la actitud correcta en este caso?:


1. Al ser la prueba de la tuberculina negativa, el niño no ha sido infectado. Tranquilizar a la familia y no tomar ninguna medida.
2. Iniciar quimioprofilaxis primaria con isoniacida.
3. Iniciar quimioprofilaxis secundaria con isoniacida porque seguro que el niño se ha infectado y la prueba de la tuberculina no tiene valor en este caso.
4. No hacer nada de momento y volver a repetir la prueba de la tuberculina 8-10 semanas después.
5. Tratar al niño durante 6 meses con tres fármacos (isoniacida, rifampicina y piracinamida).

La respuesta correcta es: 2

COMENTARIO:

En niños en contacto con un sujeto bacilífero está indicado iniciar tratamiento con isoniacida aunque el Mantoux sea negativo. Pasados 2 ó 3 meses se debe repetir el Mantoux y actuar en consecuencia.

Pregunta 257 Subir

 **Mujer de raza blanca, de 48 años, que manifiesta en los últimos tres años, cinco crisis de vértigos rotatorios de entre una y tres horas de duración, con náuseas y vómitos, sudor frío, plenitud de oído. Nistagmo. Acúfenos en el oído izquierdo que preceden a las crisis vertiginosas. Hipoacusia del oído izquierdo que se confirma con la audiometría de tipo neurosensorial con mayor pérdida en las frecuencias graves. A la exploración por micro-otoscopia, se aprecian conductos auditivos externos y tímpanos normales. La Resonancia Magnética cerebral con contraste es normal. ¿Qué diagnóstico considera más acertado?:**

1. Neuronitis vestibular izquierda.
2. Vértigo Postural Paroxístico Benigno.
3. Neurima Vestibular izquierdo.
4. Enfermedad de Menière.
5. Otosclerosis.

La respuesta correcta es: 4

COMENTARIO:

La clínica que presenta la paciente corresponde sin ninguna duda a una enfermedad de Ménière o hidrops endolinfático idiopático. Esta enfermedad se caracteriza por presentar crisis recortadas (entre una y varias horas) de vértigo con características de periférico (inicio brusco, sensación de giro de objetos y síntomas vegetativos), plenitud ótica, acúfeno e hipoacusia en el oído afecto. La hipoacusia es de origen coclear, por lo tanto es neurosensorial con mala inteligibilidad y reclutamiento. Es característico que las frecuencias graves se vean más afectadas (curva de la audiometría tonal ascendente). La exploración otoscópica y radiológica, incluyendo RM, debe ser normal para su diagnóstico. En la neuritis vestibular no hay hipoacusia ni acúfeno y la crisis de vértigo es única aunque con reagudizaciones en su inicio. El VPPB se desencadena con los cambios de posición y no presentan hipoacusia ni acúfeno. El neurinoma se caracteriza en el 90% de los casos por hipoacusia perceptiva unilateral y acúfeno continuo de larga evolución, sin crisis vertiginosas. La RM con gadolinio lo diagnostica. En la otosclerosis la hipoacusia tiene componente transmisivo en el 85% de los casos.

Pregunta 258 Subir

 **Señale la respuesta correcta en relación con la Fiebre Mediterránea Familiar:**

1. Presenta un patrón de herencia autonómico dominante.
2. Está ligada a una mutación del gen que codifica el receptor tipo 1 de factor de necrosis tumoral-alfa.
3. Junto a los episodios de fiebre recurrente y dolor abdominal, la mayoría de los pacientes presentan intensas mialgias migratorias tanto asociadas a la fiebre como en reposo.
4. Las manifestaciones oculares (edema periorbitario y uveítis) se presentan frecuentemente en el subgrupo de pacientes menores de 20 años.
5. Las manifestaciones cutáneas se suelen presentar en forma de eritema erisipeloides localizado en miembros inferiores.

La respuesta correcta es: 5

COMENTARIO:

La fiebre mediterránea familiar se caracteriza por episodios recurrentes de fiebre y serositis. Se trata de una enfermedad autonómica recesiva ligada a un defecto en el cromosoma 16. Provoca algún tipo de déficit relacionado con la susceptibilidad a los episodios de inflamación. La clínica articular suele ser mono u oligoartritis migratoria y no necesariamente se asocia a los episodios de serositis. La afectación cutánea consiste en zonas eritematosas y dolorosas de tumefacción, habitualmente localizadas en parte inferior de las piernas. En caso de presentar afectación ocular lo típico son los cuerpos coloides en fondo de ojo.

Pregunta 259 Subir

En un estudio sobre la prevención secundaria de accidentes cerebrovasculares con ácido acetil salicílico se encontró que la proporción de eventos en el grupo control fue 0,07 y en grupo que recibió el antiagregante fue 0,09, lo que supuso una reducción de -29% del riesgo relativo. Los límites del intervalo de confianza al 95% de dicha reducción fueron -100% y +43%. ¿Cuál es la interpretación de este resultado?:

1. Es igualmente probable que el fármaco doble el riesgo, que lo aumente en un 29% o que lo reduzca en un 43%, por lo que es estudio no aclara si el fármaco es eficaz.
2. Se puede concluir que los pacientes que recibiesen el fármaco tendrían un riesgo de un 29% mayor.
3. El 95% de los estudios iguales a éste mostraría una reducción del riesgo relativo de -100% a +43%, aunque serían más frecuentes los valores más próximos a -29% que los más próximos a -100% o a +43%. Por tanto, el estudio no ha sido concluyente.
4. Para poder interpretar estos resultados es imprescindible conocer el número de pacientes que se incluyeron en el estudio.
5. Dada la gran amplitud del intervalo de confianza, lo más probable es que en este estudio se haya cometido un error de tipo I.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

Un intervalo de confianza al 95% de una reducción del RR de -100% y +43 se interpretad como sigue: El 95% de los estudios iguales a éste mostraría una reducción del riesgo relativo de -100% a +43%, así que, al incluir al 0 el estudio no ha sido concluyente.

Pregunta 260 *Subir*

Uno de los tumores citados a continuación, de conducta benigna, es frecuente en mediastino anterior:

1. Linfoma.
2. Seminoma.
3. Timoma.
4. Ganglioneuroma.
5. Quiste broncogénico.

La respuesta correcta es: 3

COMENTARIO:

No olvides que en mediastino anterior son frecuentes los timomas (opción 3), linfomas, teratomas y el tumor de tiroides.