

EXAMEN MIR

2024

COMENTADO

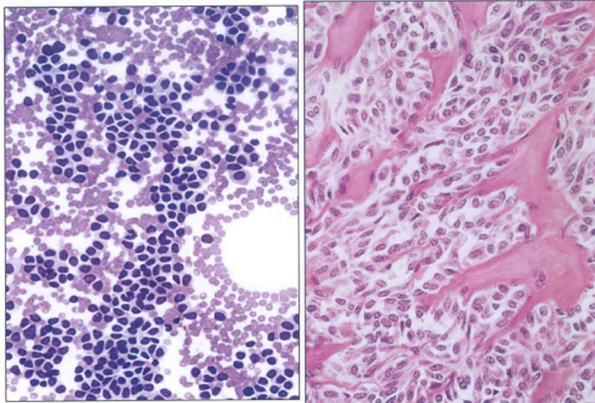
VERSIÓN

0

**Mediplus**  
formación para llevar

## MIR 2024 Endocrinología

### 1. Pregunta asociada a la imagen 1.



Hombre de 56 años con un tumor palpable en el lado izquierdo del cuello móvil a la deglución. Se acompaña de disfagia y disfonía. Tiene historia familiar de tumores endocrinos. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico anatomopatológico más probable de la lesión que aparece en la imagen?:

1. Carcinoma papilar de tiroides.
2. Carcinoma medular de tiroides.
3. Linfoma difuso de célula grande.
4. Sarcoma sinovial.

### ✓ Respuesta correcta: 2

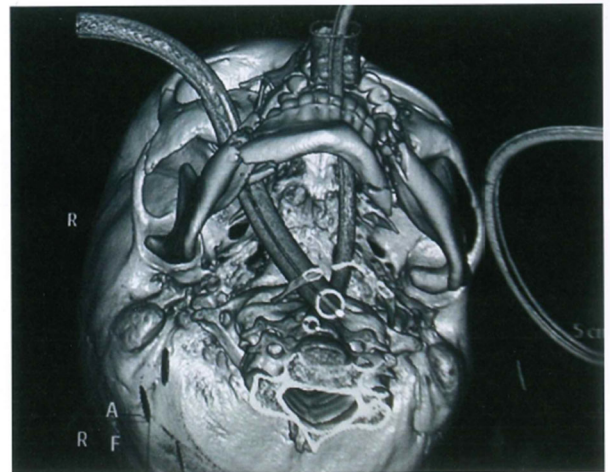
**i** La imagen 1 muestra células tumorales con un patrón de disposición en nidos o formaciones amiloideas en el estroma, lo cual es característico del carcinoma medular de tiroides. Este tipo de carcinoma a menudo se asocia con síndromes hereditarios, lo que se correlaciona con la historia familiar de tumores endocrinos del paciente. El carcinoma medular de tiroides también puede presentar síntomas como disfagia y disfonía, especialmente si el tumor es palpable y está localizado de tal manera que pueda afectar estructuras asociadas a la deglución y la producción vocal.

- Carcinoma papilar de tiroides: Este tipo de carcinoma típicamente muestra células tumorales con núcleos órficos o "en vidrio esmerilado". Aunque el carcinoma papilar puede presentarse con un tumor palpable en el cuello, la morfología de las células y la ausencia de formaciones amiloideas en la imagen no son consistentes con este diagnóstico.
- Linfoma difuso de célula grande: Esta condición se caracterizaría por la presencia de una población difusa de células linfoides grandes con núcleos prominentes y varios nucleolos. La estructura celular en la imagen no coincide con la apariencia de las células B grandes que se verían en un linfoma.

- Sarcoma sinovial: Este tipo de sarcoma se caracteriza por la presencia de células fusiformes y espacios pseudoglandulares. No se observa este patrón en la imagen y no es coherente con los síntomas descritos ni con la historia familiar de tumores endocrinos.

## MIR 2024 Otorrinolaringología

### 2. Pregunta asociada a la imagen 2.



Paciente que ha sufrido un accidente de bicicleta con traumatismo facial directo sobre la región anterior de la mandíbula. Se realiza la tomografía computarizada (TC) de la imagen que confirma una:

1. Fractura panfacial tipo Lefort I.
2. Fractura panfacial tipo Lefort II.
3. Fractura mandibular bicondílea inestable.
4. Fractura mandibular bilateral en ramas horizontales inestable.

### ✓ Respuesta correcta: 4

**i** La tomografía computarizada (TC) proporciona una imagen clara de la anatomía ósea del paciente. En la imagen proporcionada, se pueden observar las discontinuidades en las ramas horizontales de la mandíbula, que son características de las fracturas mandibulares bilaterales en las ramas horizontales. Además, la clasificación como inestable se apoya en la evidencia de desplazamiento de los segmentos fracturados, lo que sugiere una falta de continuidad ósea que compromete la estabilidad mecánica de la mandíbula. Este tipo de fractura puede ser consecuencia de un trauma directo en la región anteroinferior de la cara, como el que se describe en el escenario del paciente que sufrió un accidente de bicicleta.

- Fractura panfacial tipo Lefort I: Este tipo de fractura se caracteriza por una línea de fractura que se extiende transversalmente por encima de los dientes superiores y por debajo de las fosas nasales, separando el maxilar superior del resto del cráneo. No hay evidencia de tal línea de fractura en la imagen proporcionada.
- Fractura panfacial tipo Lefort II: La fractura de Lefort II se manifiesta como una fractura piramidal que involucra el maxilar, las órbitas y el puente nasal, creando una separación del maxilar medio de la base del cráneo. La imagen no muestra evidencia de fracturas que involucren estas áreas.
- Fractura mandibular bicondílea inestable: Las fracturas bicondíleas se refieren a fracturas que involucran ambos cóndilos mandibulares, ubicados en la parte posterior de la mandíbula. Aunque la imagen muestra una fractura mandibular, no hay una visualización clara de los cóndilos en la imagen proporcionada, lo que hace que esta opción sea menos probable que la opción 4, que sí corresponde a las características visibles en la imagen.



### Respuesta correcta: 2

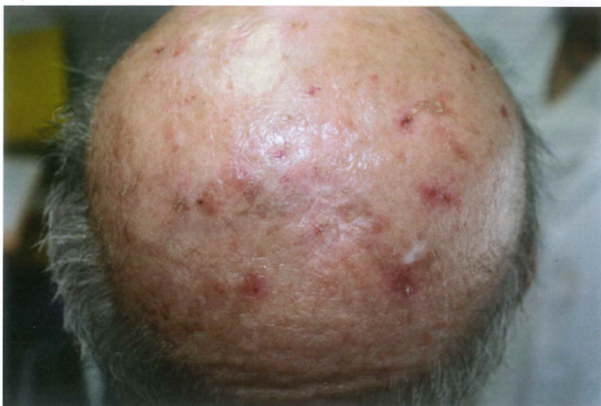


La queratosis actínica es una lesión precancerosa que ocurre en áreas de la piel expuestas crónicamente al sol, como el cuero cabelludo en personas calvas. En la imagen proporcionada, se observan múltiples placas eritematosas con un aspecto descamativo y áspero, características que concuerdan con la queratosis actínica. La exposición al sol prolongada durante su vida laboral como agricultor y la cronología de la aparición de estas lesiones apoyan este diagnóstico.

- Dermatitis seborreica: Esta condición suele presentar placas eritematosas con escamas grasas y amarillentas, comúnmente en áreas con una mayor densidad de glándulas sebáceas, como el cuero cabelludo, la cara y el tórax. Las lesiones en la imagen no tienen las características típicas de grasa y amarillentas de la dermatitis seborreica.
- Liquen nitidus: Esta condición se caracteriza por la presencia de pequeñas pápulas brillantes, planas y del color de la piel, que suelen ser uniformes en su distribución y tamaño. La presentación clínica en la imagen no coincide con este patrón.
- Psoriasis: Aunque la psoriasis también puede presentar placas eritematosas con descamación, estas suelen ser más gruesas y con escamas plateadas. Además, la psoriasis tiende a presentarse en otras áreas como codos y rodillas, y a menudo es simétrica, lo que no se describe en la historia clínica del paciente. La ausencia de estas características típicas hace que la psoriasis sea menos probable.

## MIR 2024 Dermatología

### 3. Pregunta asociada a la imagen 3.



**Hombre de 75 años, sin antecedentes personales de interés, agricultor jubilado, que acude a la consulta refiriendo que en los últimos 10 años ha notado la aparición progresiva en cuero cabelludo (es calvo desde hace años) de pequeñas placas eritematosas, muchas de ellas con descamación y rasposas al tacto, siendo la mayoría asintomáticas, si bien alguna le molesta al tacto. Ante este cuadro clínico y la imagen ¿cuál de los siguientes sería el diagnóstico?:**

1. Dermatitis seborreica.
2. Queratosis actínica.
3. Liquen nitidus.
4. Psoriasis.

## MIR 2024 Dermatología

### 4. Pregunta asociada a la imagen 4.



Hombre de 25 años sin antecedentes personales de interés que acude a la consulta de dermatología porque desde hace 4 semanas nota la aparición de unas pápulas aterciopeladas en la zona perianal (imagen), asintomáticas, que van aumentando en número poco a poco. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable?:

1. Condiloma lata.
2. Molluscum contagiosum.
3. Condiloma acuminado.
4. Liquen plano.

### ✓ Respuesta correcta: 3

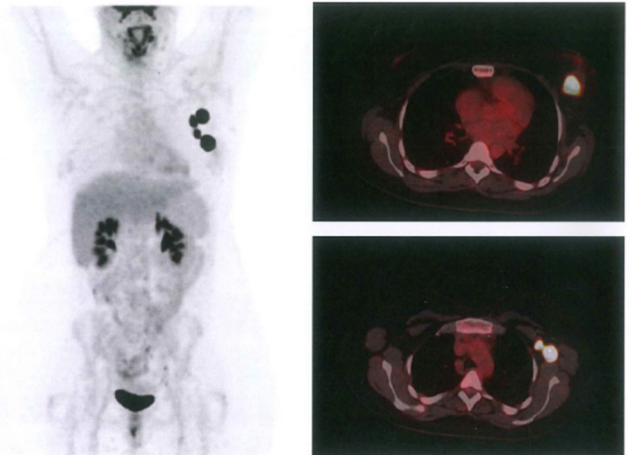
**i** El condiloma acuminado, causado por el virus del papiloma humano (VPH), se presenta típicamente como pápulas aterciopeladas, exofíticas y verrugosas, como las que se observan en la imagen. La localización perianal y la apariencia de las lesiones en este paciente joven son consistentes con esta enfermedad. El condiloma acuminado es una enfermedad de transmisión sexual, y la aparición y el aumento gradual en el número de lesiones también son características de esta afección.

- Condiloma lata: Es una manifestación de la sífilis secundaria y se presenta como lesiones planas, húmedas y amplias. Las pápulas en la imagen no tienen esta apariencia plana y húmeda que caracteriza al condiloma lata.
- Molluscum contagiosum: Esta infección viral se manifiesta con lesiones elevadas, de color carne, con un centro umbilicado o indentado. Aunque las pápulas pueden parecer similares a las del molluscum contagiosum, las lesiones en la imagen no muestran el centro umbilicado típico.

- Liquen plano: El liquen plano se caracteriza por pápulas poligonales planas, a menudo pruriginosas, con una superficie brillante y estrías finas blancas llamadas estrías de Wickham. Estas no son características observables en la imagen presentada.

## MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

### 5. Pregunta asociada a la imagen 5.



Mujer de 32 años con diagnóstico reciente de carcinoma ductal infiltrante G3 de mama izquierda, fenotipo triple negativo. Se muestran las imágenes de la PET-TC con 18F-FDG con proyección de intensidad máxima (MIP) y cortes axiales a nivel de mama y axila. De las siguientes afirmaciones, señale la correcta:

1. El tratamiento electivo de inicio es tumorectomía y biopsia selectiva de ganglio centinela.
2. El tratamiento electivo de inicio es mastectomía y biopsia selectiva del ganglio centinela.
3. Se visualiza afectación en mama izquierda y axilar ipsilateral.
4. Se visualiza afectación en mama izquierda, axila izquierda y metástasis a distancia.

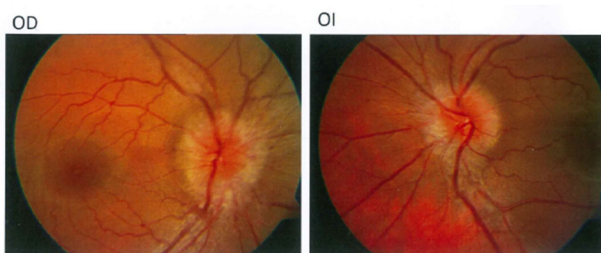
### ✓ Respuesta correcta: 3

**i** La PET-TC con 18F-FDG es una técnica de imagen que permite visualizar áreas de alta captación de glucosa, lo que puede indicar actividad metabólica aumentada típica de células tumorales. En la imagen MIP (proyección de intensidad máxima), así como en los cortes axiales, se observa una captación aumentada en la región de la mama izquierda y en la región axilar ipsilateral, lo que sugiere la presencia de actividad tumoral tanto en el sitio primario (la mama izquierda) como en los ganglios linfáticos regionales, consistentes con afectación axilar ipsilateral.

- El tratamiento electivo de inicio es tumorectomía y biopsia selectiva de ganglio centinela: Esta opción de tratamiento es una posibilidad para ciertos casos de cáncer de mama, pero la afirmación no puede ser confirmada o descartada basada únicamente en las imágenes de la PET-TC, ya que la elección del tratamiento depende de múltiples factores clínicos y patológicos, no solo de la presencia o ausencia de afectación ganglionar.
- El tratamiento electivo de inicio es mastectomía y biopsia selectiva del ganglio centinela: Al igual que con la opción 1, la elección del tratamiento quirúrgico depende de una evaluación clínica completa y no puede ser determinada solo por la PET-TC.
- Se visualiza afectación en mama izquierda, axila izquierda y metástasis a distancia: En las imágenes proporcionadas, no se evidencian claras áreas de captación anormal que sugieran metástasis a distancia, por lo que no es posible confirmar la presencia de enfermedad metastásica solo con esta información.

## MIR 2024 Neurología y Neurocirugía

### 6. Pregunta asociada a la imagen 6.



Mujer de 27 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por episodios transitorios de pérdida de visión bilateral de 15 segundos de duración, cefalea al despertarse y acúfenos de unas semanas de evolución. Tiene un IMC de 29. La RM craneal descarta lesiones ocupantes de espacio. Con la clínica referida y la imagen de fondo de ojo. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. La pérdida de peso no es eficaz en esta situación.
2. La acetazolamida y la furosemida son fármacos empleados habitualmente.
3. Se debe realizar una punción lumbar antes de la prueba de imagen.
4. Los corticoides orales se usan ampliamente en el manejo de esta entidad.



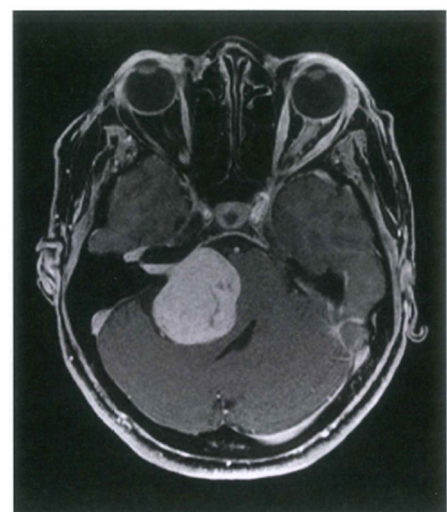
**Respuesta correcta: 2**

**i** La paciente presenta síntomas clásicos de hipertensión intracraneal idiopática (también conocida como pseudotumor cerebri), como son los episodios transitorios de pérdida de visión, la cefalea matutina y los acúfenos. El hallazgo en el fondo de ojo, aunque no se describe explícitamente, puede sugerir papiledema, el cual es compatible con esta condición. La acetazolamida, un inhibidor de la anhidrasa carbónica, y la furosemida, un diurético, son medicamentos que reducen la producción de líquido cefalorraquídeo y son comúnmente usados en el manejo de la hipertensión intracraneal idiopática.

- La pérdida de peso no es eficaz en esta situación: La pérdida de peso podría ser beneficioso en ciertos casos de migraña, especialmente si hay otros factores como apnea del sueño relacionados con el peso. En este caso la pérdida de peso no es el foco principal del manejo de la cefalea.
- Se debe realizar una punción lumbar antes de la prueba de imagen: La realización de una punción lumbar es parte del diagnóstico y manejo de la hipertensión intracraneal, pero generalmente se realiza después de excluir lesiones ocupantes de espacio mediante una prueba de imagen, como la RM craneal, para evitar el riesgo de herniación cerebral.
- Los corticoides orales se usan ampliamente en el manejo de esta entidad: Aunque los corticoides pueden ser utilizados en algunos casos, no son el tratamiento de primera línea para la hipertensión intracraneal idiopática debido a sus efectos secundarios, especialmente en el largo plazo.

## MIR 2024 Neurología y Neurocirugía

### 7. Pregunta asociada a la imagen 7.



Mujer de 57 años que consulta por hipoacusia derecha neurosensorial progresiva y acúfenos. En

relación con la imagen mostrada, indique de qué exploración se trata y el diagnóstico más probable:

1. RM sin contraste. Meningioma.
2. TC con contraste. Tumor epidermoide.
3. RM con contraste. Tumor glial.
4. RM con contraste. Schwannoma vestibular.

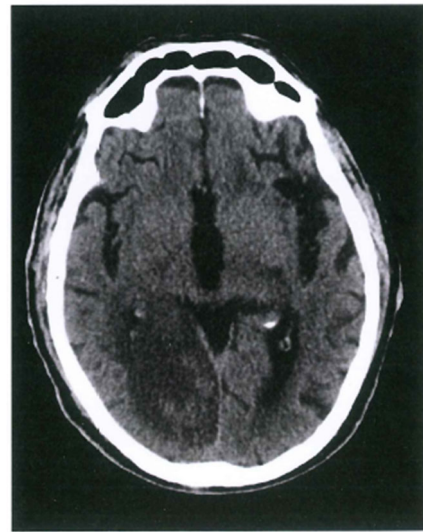
✓ **Respuesta correcta: 4**

**i** Pregunta difícil. La imagen muestra una resonancia magnética (RM) con contraste, como se puede deducir por la presencia de realce de las meninges en comparación con el tejido cerebral circundante. El diagnóstico más probable es un schwannoma vestibular, también conocido como neurinoma del acústico o neurinoma vestibular, que es un tumor benigno del nervio que conecta el oído con el cerebro (nervio vestibulococlear). La hipoacusia neurosensorial progresiva y los acúfenos son síntomas característicos de esta patología, y la localización y las características de la lesión en la RM son típicas de un schwannoma vestibular. RM sin contraste.

- Meningioma: Los meningiomas pueden aparecer en cualquier localización donde haya meninges, pero la imagen muestra una lesión con realce post-contraste, lo que no se vería en una RM sin contraste. Además, la localización y la morfología de la lesión son menos típicas para un meningioma.
- TC con contraste. Tumor epidermoide: La imagen es una RM, no una TC. Los tumores epidermoides suelen presentar una apariencia diferente en la TC y no suelen mostrar el mismo patrón de realce que se observa en la RM. Además, su presentación clínica puede diferir de la descrita en el caso.
- RM con contraste. Tumor glial: Los tumores gliales suelen localizarse dentro del parénquima cerebral y no en el ángulo pontocerebeloso, que es el lugar más común para los schwannomas vestibulares. La presentación clínica de hipoacusia neurosensorial no es típica de los tumores gliales primarios.

**MIR 2024 Neurología y Neurocirugía**

8. Pregunta asociada a la imagen 8.



**Hombre de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia e infarto agudo de miocardio. Acude a urgencias por deterioro cognitivo rápidamente progresivo, amnesia, inestabilidad para la marcha y hemianopsia homónima izquierda. Se le realiza la siguiente TC craneal. Señale cuál es el diagnóstico más probable ante el hallazgo mostrado:**

1. Absceso cerebral secundario a otitis media aguda derecha.
2. Trombosis venosa del seno sigmoide derecho.
3. Infarto isquémico agudo en territorio de arteria cerebral posterior derecha.
4. Neoplasia cerebral de origen glial con edema perilesional asociado.

✓ **Respuesta correcta: 3**

**i** La TC craneal muestra una zona de hipodensidad que afecta al territorio de la arteria cerebral posterior en el hemisferio derecho, sin evidencia de masa o realce que sugiera una neoplasia o absceso. Esta área hipodensa es indicativa de un déficit de perfusión sanguínea, consistente con un infarto isquémico. Además, la hemianopsia homónima izquierda se alinea con el compromiso del lóbulo occipital derecho, donde se localiza la corteza visual y que es irrigado por la arteria cerebral posterior. El perfil del paciente, con antecedentes de factores de riesgo cardiovascular, refuerza la posibilidad de un evento isquémico.

- Absceso cerebral secundario a otitis media aguda derecha: Un absceso cerebral se presentaría como una masa con realce en anillo post-contraste, y

generalmente estaría acompañado de síntomas de infección como fiebre, lo que no se menciona.

- Trombosis venosa del seno sigmoide derecho: La trombosis venosa cerebral típicamente muestra un aumento de la densidad del seno afectado en TC sin contraste (signo del cordón), y el patrón de edema suele ser bilateral y simétrico debido a la congestión venosa.
- Neoplasia cerebral de origen glial con edema perilesional asociado: Una neoplasia típicamente causaría una masa con efecto de masa y posible realce con contraste, que no es lo que se observa en la imagen.



**Respuesta correcta: 1**



Hay un distractor en esta pregunta: al paciente se le ha realizado una gastrostomía digestiva meses atrás, lo que lleva a considerar que la obstrucción intestinal podría estar causada por migración e impactación de la sonda. Sin embargo, la imagen de TC abdominopélvica con contraste intravenoso muestra una imagen “en manzana” sugestiva de un tumor. Además, en el contexto de un paciente con antecedentes de carcinoma de cavidad oral, la presencia de una neoplasia estenosante de colon descendente como causa de obstrucción intestinal es una posibilidad diagnóstica relevante, especialmente si el carcinoma primario tiene potencial metastásico o si existe la posibilidad de un segundo tumor primario, que no es infrecuente en pacientes oncológicos.

- Obstrucción intestinal de causa extrínseca por carcinomatosis peritoneal: La carcinomatosis peritoneal suele causar una obstrucción intestinal difusa y no una obstrucción con un punto claro de transición.
- Obstrucción intestinal por migración e impactación de la sonda de gastrostomía: Si bien la migración de la sonda de gastrostomía puede causar obstrucción, la imagen no muestra evidencia de la sonda en el intestino ni signos de impactación.
- Obstrucción funcional o íleo pseudoobstructivo por fármacos: Aunque los fármacos pueden causar íleo, esto generalmente resulta en dilatación difusa del intestino sin un punto de transición claro, y la historia clínica no menciona el inicio reciente de medicamentos que típicamente causen íleo.

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

### 9. Pregunta asociada a la imagen 9.



Hombre de 72 años con diagnóstico de carcinoma de cavidad oral intervenido hace tres meses con resección completa, en tratamiento con quimioterapia, portador de gastrostomía endoscópica percutánea profiláctica, que acude a urgencias por dolor y distensión abdominal de tres días de evolución, intolerancia oral y ausencia de deposiciones. Se realiza la TC abdominopélvica con contraste intravenoso que se muestra en la imagen. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Obstrucción intestinal secundaria a neoplasia estenosante de colon descendente.
2. Obstrucción intestinal de causa extrínseca por carcinomatosis peritoneal.
3. Obstrucción intestinal por migración e impactación de la sonda de gastrostomía.
4. Obstrucción funcional o íleo pseudoobstructivo por fármacos.

## MIR 2024 Infectología

### 10. Pregunta asociada a la imagen 10.




Hombre de 61 años, que recibió un trasplante alogénico haploideéntico hace 20 meses por linfoma no

Hodgkin T, en respuesta completa, que consulta por un síndrome febril desde hace 72 horas con tos y expectoración blanquecina y disnea progresiva a moderados esfuerzos. Refiere astenia desde hace un mes y medio. Se realiza la TC torácica que se muestra en la imagen. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Neumonía por Mycobacterium tuberculosis.
2. Neumonía por Aspergillus.
3. Neumonía por Streptococcus pneumoniae.
4. Neumonía por Pneumocystis jirovecii.

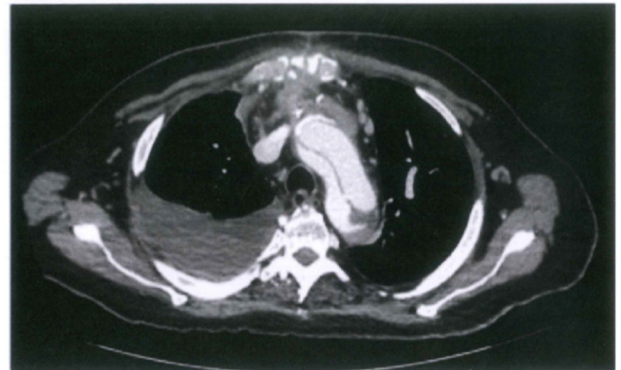
 **Respuesta correcta: 4**

 La TC torácica muestra extensas áreas de vidrio deslustrado bilaterales con un patrón de distribución perihiliar, lo cual es típico de la neumonía por Pneumocystis jirovecii (PCP), especialmente en un paciente inmunocomprometido como lo es un receptor de trasplante de médula ósea. El patrón de vidrio deslustrado es menos común en las neumonías bacterianas típicas y en la tuberculosis. Además, el síndrome febril junto con tos y disnea en un paciente inmunocomprometido sugiere una infección oportunistas, siendo PCP una de las más comunes en este grupo.

- Neumonía por Mycobacterium tuberculosis: Aunque la tuberculosis puede presentar un patrón de vidrio deslustrado, típicamente se asocia con otras características radiológicas como cavitaciones, nódulos y consolidaciones en los ápices pulmonares, que no son prominentes en esta imagen.
- Neumonía por Aspergillus: En un paciente inmunocomprometido, la aspergilosis suele presentar signos radiológicos como el signo del halo o lesiones nodulares, lo cual no se observa claramente aquí.
- Neumonía por Streptococcus pneumoniae: Generalmente causa una consolidación lobar o segmentaria, con broncograma aéreo, y no el patrón difuso de vidrio deslustrado que se observa en la imagen.

**MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular**


11. Pregunta asociada a la imagen 11.



Hombre de 52 años que consulta por dolor centrotorácico desgarrador de 30 minutos de duración. A la exploración está inquieto y sudoroso. La tensión arterial es de 190/110 mmHg en ambos brazos. A la auscultación no hay soplos cardiacos ni estertores crepitantes. El electrocardiograma está en ritmo sinusal a 90 latidos por minuto sin alteraciones de la repolarización. En la angioTC torácica se observa la imagen que se adjunta. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Hematoma intramural.
2. Úlcera penetrante arteriosclerótica.
3. Pseudoaneurisma de aorta.
4. Disección de aorta tipo A de Stanford.

 **Respuesta correcta: 4**

 La angioTC muestra una disección de la aorta, caracterizada por la presencia de una falsa luz creada por la entrada de sangre entre las capas de la pared aórtica. La clasificación de Stanford se basa en la participación o no de la aorta ascendente, independientemente del sitio de inicio de la disección. Una disección tipo A involucra la aorta ascendente, la cual parece estar afectada en este caso. El dolor centrotorácico desgarrador, la hipertensión arterial y la ausencia de alteraciones en el electrocardiograma son clásicos de la disección aórtica aguda. El manejo de este tipo de disección es una emergencia médica y, a menudo, requiere intervención quirúrgica urgente.

- Hematoma intramural: Si bien un hematoma intramural puede presentar un aspecto similar en la TC, se caracteriza por la ausencia de una luz falsa y suele ser una presentación más sutil de la patología aórtica.
- Úlcera penetrante arteriosclerótica: Aunque puede ser confundida con una disección, la úlcera penetrante se presenta como una lesión aterosclerótica focal que

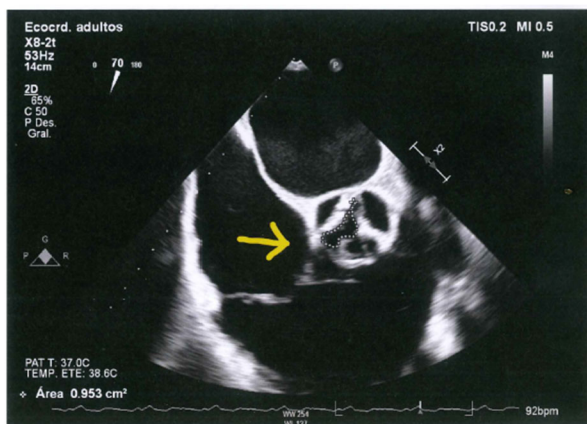


erosiona la íntima aórtica, generalmente sin la formación de una luz falsa extensa.

- Pseudoaneurisma de aorta: Un pseudoaneurisma se caracteriza por un ensanchamiento localizado de la pared arterial que no implica todas las capas de la pared y no suele tener una apariencia de dos luces como en una disección.

## MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular

### 12. Pregunta asociada a la imagen 12.



Hombre de 75 años sin factores de riesgo cardiovascular. Acude a su centro de salud por disnea de moderados esfuerzos de un año de evolución, que en las últimas semanas aparece ante pequeños esfuerzos. En la exploración física se ausculta en el 2º espacio intercostal derecho un soplo sistólico rudo, irradiado a carótidas con borramiento del 2º tono cardíaco. Se practica un ecocardiograma que muestra una función biventricular normal y un engrosamiento de una de las válvulas cardiacas que presenta un área de 0,95 cm<sup>2</sup> (imagen). ¿Cuál es el diagnóstico más probable y la actitud terapéutica a seguir?:

1. Estenosis valvular aórtica grave con indicación de recambio valvular.
2. Estenosis valvular aórtica moderada con indicación de seguimiento clínico ambulatorio.
3. Estenosis mitral grave con indicación de recambio valvular.
4. Estenosis mitral moderada con indicación de seguimiento clínico ambulatorio.



**Respuesta correcta: 1**



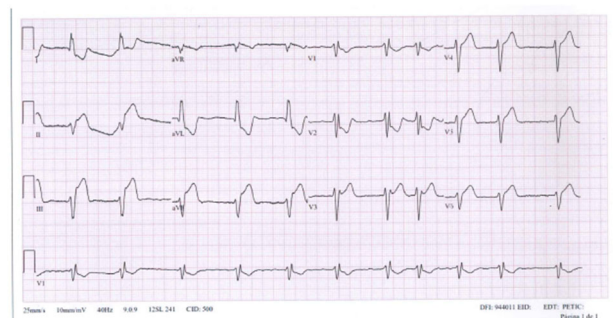
El ecocardiograma muestra un área valvular aórtica de 0.95 cm<sup>2</sup>, lo cual es indicativo de estenosis

valvular aórtica grave, ya que un área valvular menor de 1 cm<sup>2</sup> en adultos se considera crítica. El paciente presenta disnea de esfuerzo, que es un síntoma clásico de estenosis aórtica grave, junto con un soplo sistólico rudo irradiado a carótidas, y el borramiento del segundo tono, típico de este diagnóstico. La indicación de recambio valvular está dada por la presencia de síntomas y la severidad de la estenosis confirmada por ecocardiografía.

- Estenosis valvular aórtica moderada con indicación de seguimiento clínico ambulatorio: La estenosis sería considerada moderada con un área valvular aórtica de 1 a 1.5 cm<sup>2</sup>, y este no es el caso, además, el paciente es sintomático, lo que indica intervención más que solo seguimiento.
- Estenosis mitral grave con indicación de recambio valvular: Aunque la estenosis mitral puede presentar síntomas similares, el soplo descrito y la irradiación a carótidas son más típicos de la patología aórtica y no mitral. Además, la imagen muestra claramente la válvula aórtica.
- Estenosis mitral moderada con indicación de seguimiento clínico ambulatorio: De nuevo, el soplo y los síntomas no se alinean con la estenosis mitral, y la imagen ecocardiográfica no corresponde con la válvula mitral.

## MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular

### 13. Pregunta asociada a la imagen 13.




**En relación con el electrocardiograma de 12 derivaciones que se muestra, señale la descripción INCORRECTA:**

1. Ritmo auricular desorganizado con frecuencia ventricular irregular muy sugestiva de fibrilación auricular.
2. Alteración del sistema de conducción cardíaca con bloqueo bifascicular (bloqueo completo de rama derecha y hemibloqueo anterosuperior izquierdo del haz de His).
3. Alteración del sistema de conducción cardíaca con episodios de bloqueo aurículo-ventricular de alto grado o completo.

- Elevación significativa del segmento ST en derivaciones inferiores muy sugestiva de isquemia miocárdica aguda.

 **Respuesta correcta: 3**


 El electrocardiograma (ECG) no muestra evidencia de bloqueo auriculoventricular (AV) de alto grado o completo, lo que estaría reflejado por pausas o ausencia de complejos QRS que siguen a las ondas P y en resumen una disociación total entre aurículas y ventrículos. Lo que se observa en el ECG es una actividad auricular desorganizada sin ondas P, consistente con fibrilación auricular. Además, hay un patrón de rR' en V1 y un ensanchamiento del QRS que sugiere un bloqueo de rama derecha. No hay evidencia en el ECG de una relación auriculoventricular disociada que indicaría un bloqueo AV de alto grado.

- Ritmo auricular desorganizado con frecuencia ventricular irregular muy sugestiva de fibrilación auricular: Esta descripción es correcta. Ausencias de ondas P e irregularidad de los intervalos RR confirman la presencia de fibrilación auricular.
- Alteración del sistema de conducción cardiaca con bloqueo bifascicular (bloqueo completo de rama derecha y hemibloqueo anterosuperior izquierdo del haz de His): La descripción corresponde a los hallazgos en el ECG. El bloqueo de rama derecha se indica por el patrón rR' en V1 y el ensanchamiento del QRS, mientras que el hemibloqueo anterosuperior izquierdo se sugiere por el eje izquierdo del QRS.
- Elevación significativa del segmento ST en derivaciones inferiores muy sugestiva de isquemia miocárdica aguda: La elevación del ST en las derivaciones inferiores II, III y aVF es indicativa de un evento isquémico agudo en el territorio inferior del miocardio.

**biliares y no tiene otra comorbilidad relevante. En la imagen se muestran los hallazgos de la ecografía (izquierda modo B y derecha con contraste IV). De las siguientes, señale la afirmación correcta:**

- A pesar de que nunca ha tenido síntomas de origen biliar está indicada la colecistectomía como prevención del cáncer de vesícula biliar.
- Dado que está asintomático y no tiene riesgo aumentado de cáncer de vesícula biliar no se recomienda la colecistectomía y no es preciso seguimiento por este motivo.
- La imagen no es suficientemente concluyente como para tomar una decisión terapéutica. Sería necesario ampliar el estudio con RM y/o PET/TC.
- No está indicada la colecistectomía por estar asintomático, pero sí el seguimiento periódico.

 **Respuesta correcta: 1**

 En la ecografía con contraste intravenoso, se observa una lesión polipoidea en la vesícula biliar que no se defiende con el contraste. Esto sugiere la presencia de un pólipo de vesícula biliar. Los pólipos de gran tamaño se consideran de riesgo para desarrollar cáncer de vesícula biliar, sobre todo si muestran crecimiento en sucesivas ecografías. La presencia de una lesión polipoidea de gran tamaño justificaría una colecistectomía profiláctica para prevenir el desarrollo de cáncer de vesícula biliar, incluso en un paciente asintomático y sin cólicos biliares previos.

- Dado que está asintomático y no tiene riesgo aumentado de cáncer de vesícula biliar no se recomienda la colecistectomía y no es preciso seguimiento por este motivo: Esta afirmación es incorrecta, ya que los pólipos vesiculares mayores de 10 mm aumentan el riesgo de cáncer de vesícula biliar y están indicados para colecistectomía profiláctica.
- La imagen no es suficientemente concluyente como para tomar una decisión terapéutica. Sería necesario ampliar el estudio con RM y/o PET/TC: Aunque en algunos casos puede ser necesario realizar estudios adicionales, la ecografía con contraste es una técnica suficientemente sensible y específica para identificar lesiones polipoideas en la vesícula biliar con indicación quirúrgica.
- No está indicada la colecistectomía por estar asintomático, pero sí el seguimiento periódico: El seguimiento periódico puede ser una opción en pólipos menores de 10 mm, pero en lesiones de mayor tamaño, la colecistectomía profiláctica es la indicación más segura para prevenir el cáncer de vesícula.

**MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología**

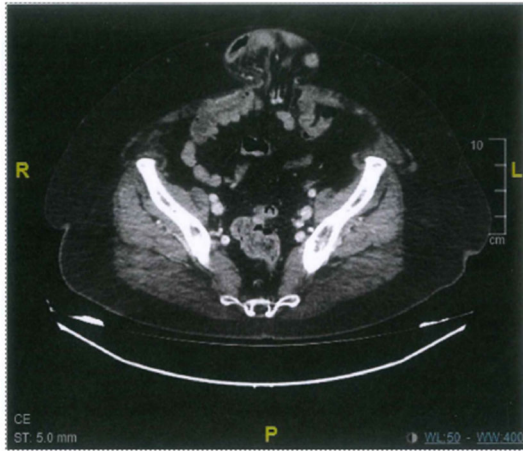
**14. Pregunta asociada a la imagen 14.**



**Paciente de 54 años que acude a realizarse una ecografía abdominal como control de una enfermedad de Crohn. Nunca ha presentado cólicos**

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

### 15. Pregunta asociada a la imagen 15.



Mujer de 63 años, con antecedentes de obesidad, diabetes mellitus, tabaquismo, hipercolesterolemia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Intervenciones quirúrgicas previas: mastectomía izquierda por cáncer de mama hace 12 años y pancreatometomía distal por tumor neuroendocrino de páncreas hace 2 años. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso de reciente aparición, distensión abdominal, vómitos y estreñimiento. Analítica sanguínea con leucocitosis y desviación a la izquierda, sin alteraciones hidroelectrolíticas. Pruebas bioquímicas y de coagulación normales. Tras realización de la TC abdominal que se muestra en la imagen ¿cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Neoplasia de colon.
2. Eventración abdominal.
3. Perforación de víscera hueca.
4. Isquemia mesentérica.

#### ✓ Respuesta correcta: 2

**i** La TC abdominal muestra una herniación de contenido abdominal que parece atravesar la pared abdominal anterior, lo cual es consistente con una eventración abdominal. La eventración se refiere a la protrusión de las vísceras abdominales a través de un área debilitada de la pared abdominal, que a menudo es secundaria a una cirugía previa, como en este caso donde la paciente ha tenido intervenciones quirúrgicas anteriores. La eventración puede presentarse con dolor abdominal, distensión y vómitos debido a la compresión y obstrucción de las vísceras herniadas.

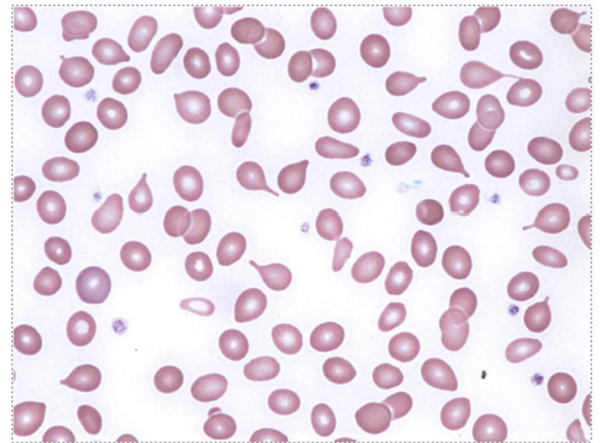
- Neoplasia de colon: Aunque el paciente tiene antecedentes de neoplasias, no hay evidencia en la

imagen de una masa o lesión que sugiera una neoplasia de colon primaria o metastásica.

- Perforación de víscera hueca: La perforación de una víscera hueca suele presentarse con signos de aire libre en el abdomen, que no se observan claramente en la imagen proporcionada.
- Isquemia mesentérica: La isquemia mesentérica puede presentarse con dolor abdominal y leucocitosis, pero típicamente se asocia con alteraciones en las pruebas de coagulación y con hallazgos de TC que pueden incluir edema de la pared intestinal, neumatosis intestinal, o ausencia de realce de la mucosa.

## MIR 2024 Hematología

### 16. Pregunta asociada a la imagen 16.



En la mielofibrosis primaria se observan en el frotis sanguíneo (ver imagen) unos hematíes con una forma característica denominados:

1. Dacriocitos.
2. Piropoiquilocitos.
3. Esquistocitos.
4. Acantocitos.

#### ✓ Respuesta correcta: 1

**i** Los dacriocitos, también conocidos como células en lágrima, son hematíes con forma de lágrima y son característicos de la mielofibrosis primaria, entre otras patologías de la médula ósea. Estos eritrocitos aparecen como resultado de la fibrosis medular y la hematopoyesis extramedular que se produce en la mielofibrosis. El frotis de sangre periférica mostrado revela eritrocitos con deformidades en forma de lágrima, lo que concuerda con la morfología de los dacriocitos.

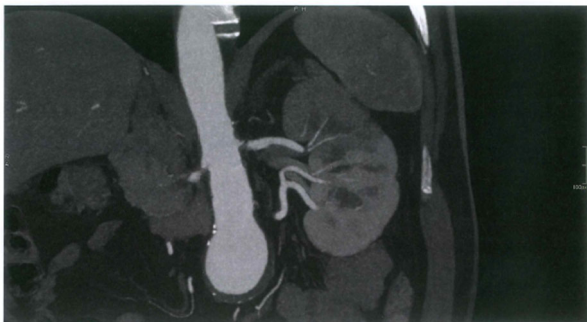
- Piropoiquilocitos: Son células que se observan típicamente en pacientes con anemia de células

falciformes y otras hemoglobinopatías, pero no son característicos de la mielofibrosis.

- Esquistocitos: Son fragmentos de eritrocitos típicamente asociados con anemia hemolítica microangiopática, como en la púrpura trombocitopénica trombótica o el síndrome urémico hemolítico, no con la mielofibrosis.
- Acantocitos: Son eritrocitos con proyecciones irregulares en su superficie y están más asociados con enfermedades del hígado y abetalipoproteinemia, no con la mielofibrosis.

## MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular

### 17. Pregunta asociada a la imagen 17.



Hombre de 63 años, fumador de 15 cigarrillos al día como único antecedente de interés, que consulta por cefalea. Se detecta presión arterial de 180/110 mmHg, iniciándose tratamiento con enalapril 10 mg. Se realiza analítica donde no hay ningún parámetro fuera de rango. A la semana se objetiva un buen control de la presión arterial y una creatinina de 3 mg/dL correspondiente a un FGe (filtrado glomerular estimado) de 22 ml/min. En la exploración física se detecta un soplo abdominal. Se realiza una angioTC abdominal (figura). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es más probable?:

1. Tiene una estenosis unilateral de la arteria renal y la administración de enalapril ha provocado una caída del FGe por la pérdida de vasoconstricción de la arteriola eferente.
2. Tiene una nefritis intersticial por enalapril.
3. Tiene una estenosis bilateral de las arterias renales y la administración de enalapril ha provocado una caída del FGe por la pérdida de vasoconstricción de la arteriola eferente.
4. Tiene una insuficiencia renal aguda debida a la crisis hipertensiva.

✓ Respuesta correcta: 3

**i** La angioTC abdominal muestra una imagen compatible con estenosis bilateral de las arterias renales, una de ellas claramente estenosada y la otra con una estenosis parcial. En el MIR ante un paciente que inicia tratamiento con IECAs y que presenta un fracaso renal agudo hay que sospechar el origen vascularrenal de su hipertensión, es decir, que tenga una estenosis bilateral en las arterias renales o bien unilateral en paciente monoreno. La presencia de un soplo abdominal en la exploración física es sugestivo de una estenosis significativa. Los IECAs como el enalapril, pueden provocar una caída del filtrado glomerular en presencia de estenosis bilateral de las arterias renales al disminuir la presión de perfusión postestenótica, debido a la vasodilatación de la arteriola eferente que ellos provocan. Esto es particularmente relevante en casos de estenosis bilateral, ya que ambas arterias renales están afectadas y el riñón depende de la vasoconstricción de la arteriola eferente para mantener la presión de filtración.

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

### 18. Pregunta asociada a la imagen 18.



Mujer de 45 años con proctalgia en relación con la deposición de 12 semanas de evolución. En la exploración en posición genupectoral se observa la siguiente imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Fisura anal anterior crónica.
2. Fisura anal aguda.
3. Fístula ano-vaginal.
4. Úlcera anal por enfermedad de Crohn.

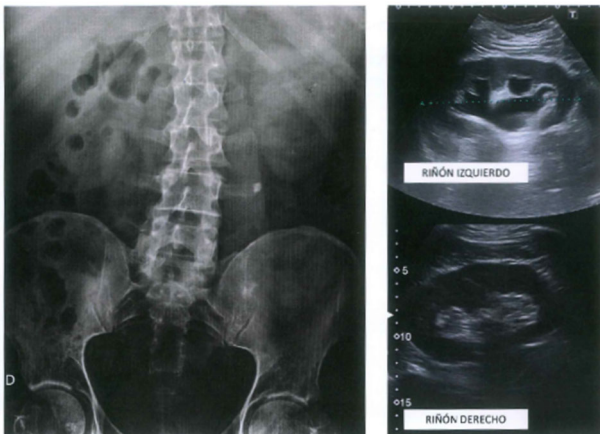
✓ Respuesta correcta: 1

**i** La imagen muestra una lesión lineal en la región anterior del margen anal, lo que sugiere una fisura anal anterior. La fisura parece tener bordes bien definidos y algo elevados, lo que indica que se ha convertido en una lesión crónica; las fisuras agudas suelen ser más recientes y tienen bordes más irregulares y no cicatrizados. La fisura anal anterior es menos común que la fisura posterior, pero puede ocurrir, especialmente en mujeres.

- Fisura anal aguda: Una fisura aguda generalmente presenta bordes más frescos y sangrantes. Dado que la paciente ha tenido síntomas durante 12 semanas, es menos probable que la fisura sea aguda.
- Fístula ano-vaginal: Una fístula ano-vaginal generalmente se manifiesta como un trayecto que conecta el ano con la vagina y puede presentar drenaje. No hay evidencia de un trayecto fistuloso en esta imagen.
- Úlcera anal por enfermedad de Crohn: Las úlceras anales asociadas con la enfermedad de Crohn suelen ser más irregulares y pueden estar acompañadas de otras manifestaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal, como enfermedad perianal compleja. La presentación clínica de la úlcera en la imagen no es típicamente la vista en la enfermedad de Crohn.

## MIR 2024 Urología

### 19. Pregunta asociada a la imagen 19.



Hombre de 57 años que refiere que hace 7 días comenzó de forma súbita con dolor en flanco izquierdo con irradiación anterior, náuseas y vómitos, que ha acudido cuatro veces a urgencias por este motivo. Hoy acude nuevamente, ya que el dolor no se controla con la analgesia pautada. Se objetiva tensión arterial media de 63 mmHg, temperatura 38,5 °C y obnubilación. En la analítica sanguínea destacan 3.300 leucocitos/mm<sup>3</sup> con 80 % segmentados, creatinina 1,4 mg/dl y proteína C reactiva 7,5 mg/dl (<0,5 mg/dl). Sedimento urinario con pH 5, nitritos,

leucocituria, microhematuria y bacteriuria. Se solicitan radiografía simple de abdomen y ecografía abdominal (imágenes). Ante estos hallazgos ¿cuál de las siguientes es la actitud más adecuada?:

1. Antibioticoterapia, sueroterapia, analgesia y alcalinización intravenosas y un alfa-bloqueante vía oral y observación en urgencias hasta control sintomático.
2. Antibioticoterapia y sueroterapia intravenosas y derivación urgente de la vía urinaria mediante catéter doble jota o nefrostomía percutánea, con tratamiento diferido del agente causal.
3. Antibioticoterapia, sueroterapia, analgesia intravenosas y un alfa-bloqueante vía oral e ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.
4. Antibioticoterapia y sueroterapia intravenosas y litotricia extracorpórea por ondas de choque o ureterorrenoscopia.



**Respuesta correcta: 2**

**i** El paciente presenta signos de urosepsis, con dolor en flanco, fiebre, hipotensión (tensión arterial media de 63 mmHg), y alteraciones analíticas como leucocitosis con desviación a la izquierda, leucocituria, y bacteriuria. La imagen radiológica muestra una calcificación que sugiere un cálculo ureteral izquierdo con hidronefrosis secundaria en la ecografía, lo que indica una obstrucción. La obstrucción urinaria con infección es una emergencia urológica que requiere tratamiento antibiótico y descompresión inmediata de la vía urinaria para prevenir el deterioro de la función renal y sepsis severa. El tratamiento del cálculo puede ser diferido una vez que el paciente esté estabilizado.

- Antibioticoterapia, sueroterapia, analgesia y alcalinización intravenosas y un alfa-bloqueante vía oral y observación en urgencias hasta control sintomático: Este manejo sería insuficiente y podría ser peligroso en un paciente con signos de urosepsis y obstrucción del tracto urinario, ya que no aborda la necesidad inmediata de descompresión.
- Antibioticoterapia, sueroterapia, analgesia intravenosas y un alfa-bloqueante vía oral e ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos: Aunque el ingreso en UCI puede ser necesario por la gravedad del cuadro, no se menciona la descompresión urgente de la vía urinaria, que es el paso crucial en el manejo.
- Antibioticoterapia y sueroterapia intravenosas y litotricia extracorpórea por ondas de choque o ureterorrenoscopia: La litotricia o ureterorrenoscopia sin descompresión previa en un paciente con infección y obstrucción urinaria puede aumentar el riesgo de sepsis y no está indicada como primera línea de tratamiento en este escenario clínico.

## MIR 2024 Neurología y Neurocirugía

### 20. Pregunta asociada a la imagen 20.



Ante esta imagen en un paciente con un trastorno motor en miembros inferiores, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Debemos buscar una malformación de Chiari.
2. En algunos casos se asocia a hidrocefalia.
3. Se caracteriza por una pérdida de la sensibilidad táctil y vibratoria con preservación de la sensación térmica y dolorosa.
4. Puede producirse tras traumatismos o infecciones.

#### ✓ Respuesta correcta: 3

**i** La imagen de la resonancia magnética (RM) muestra una anomalía en la región cervical de la columna vertebral. La afirmación incorrecta sobre este hallazgo es que se caracteriza por una pérdida de la sensibilidad táctil y vibratoria con preservación de la sensación térmica y dolorosa. Esta descripción corresponde a la disfunción del cordón posterior de la médula espinal y no es típica de la mielopatía que se observa en la imagen, que puede ser una mielitis transversa, espondilosis con mielopatía o incluso una lesión compresiva como un tumor o hernia discal, que afectarían diferentes tramos y tipos de fibras nerviosas.

- Debemos buscar una malformación de Chiari: La malformación de Chiari puede causar compresión del tronco cerebral y la médula espinal y presentarse con síntomas neurológicos, por lo que es una consideración relevante en pacientes con trastornos motores.
- En algunos casos se asocia a hidrocefalia: La hidrocefalia puede ser una complicación de la malformación de Chiari o de otras condiciones que afectan el flujo del líquido cefalorraquídeo.
- Puede producirse tras traumatismos o infecciones: Las lesiones de la médula espinal pueden ser secundarias

a traumatismos, infecciones o procesos inflamatorios como la mielitis transversa.

## MIR 2024 Traumatología y Cirugía Ortopédica

### 21. Pregunta asociada a la imagen 21.



Un paciente de 27 años, tras sufrir una caída de un caballo, presenta un traumatismo en el miembro inferior izquierdo con una actitud del mismo en flexión, aducción y rotación interna. Tras realizarle la radiografía anteroposterior de pelvis que se muestra, señale cuál es el diagnóstico:

1. Fractura pertrocantérea de fémur izquierdo.
2. Fractura subcapital de fémur izquierdo.
3. Luxación anterior de cadera, con fractura de pared anterior de acetábulo.
4. Luxación posterior de cadera, con fractura de pared posterior de acetábulo.

#### ✓ Respuesta correcta: 4

**i** La radiografía anteroposterior de la pelvis muestra una discontinuidad de la línea articular de la cadera izquierda, con la cabeza femoral desplazada posteriormente respecto al acetábulo, lo que indica una luxación posterior de la cadera. La actitud en flexión, aducción y rotación interna es típica de este tipo de lesión. Además, se observa una posible fractura en la región del acetábulo, que podría corresponder a una fractura de la pared posterior, que es común en las luxaciones posteriores de cadera.

- Fractura pertrocantérea de fémur izquierdo: Una fractura pertrocantérea mostraría una línea de fractura a través del trocánter, que no se observa claramente en esta radiografía.
- Fractura subcapital de fémur izquierdo: Una fractura subcapital implicaría una línea de fractura justo debajo

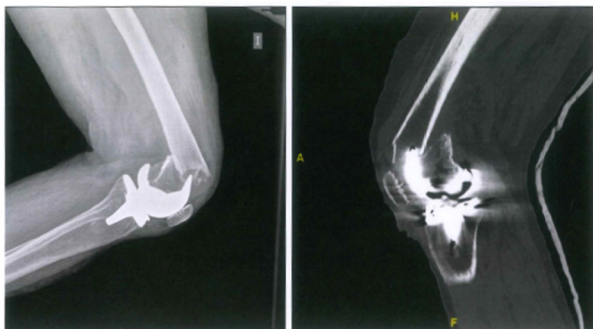
de la cabeza del fémur, y la cabeza del fémur permanecería dentro del acetábulo.

- Luxación anterior de cadera, con fractura de pared anterior de acetábulo: En la luxación anterior de cadera, la cabeza femoral se desplaza hacia adelante, lo cual no es lo que se observa en la imagen.

opción de tratamiento adecuada ya que proporciona estabilidad angular y permite el manejo de la fractura en un hueso con una prótesis previa, que puede no ser adecuado para una fijación intramedular debido a la presencia de la prótesis.

## MIR 2024 Traumatología y Cirugía Ortopédica

### 22. Pregunta asociada a la imagen 22.



Mujer de 75 años, autónoma y activa, que sufre una caída en su domicilio y acude a urgencias con dolor, impotencia funcional y deformidad alrededor de la rodilla izquierda. Había sido intervenida quirúrgicamente de esta rodilla hacía 2 años por gonartrosis mediante una artroplastia total de rodilla cementada postero-estabilizada. Los pulsos distales están conservados. Existe una movilidad patológica de la rodilla izquierda sin apreciarse déficit neurológico en la pierna afectada. Se realizan la radiografía y la TC que se muestran en las imágenes. ¿Cuál de las siguientes sería la actitud terapéutica en esta situación?:

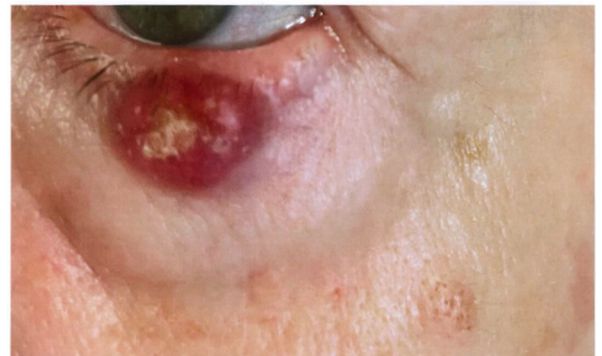
1. Placa condílea de ángulo fijo a 95 grados con tornillos de compresión interfragmentaria.
2. Placa condílea de fémur bloqueada de fijación angular.
3. Clavo de fémur retrógrado acerrojado largo.
4. Clavo anterógrado cérvico-cefálico de fémur para proteger todo el fémur.

### ✓ Respuesta correcta: 2

**i** La radiografía y la TC muestran una fractura periprotésica de la rodilla izquierda en una paciente con una artroplastia total de rodilla previa. Este tipo de fractura ocurre alrededor de los componentes de una prótesis y puede ser compleja debido a la presencia del implante y la calidad ósea a menudo disminuida. La placa condílea de fémur bloqueada de fijación angular es una

## MIR 2024 Dermatología

### 23. Pregunta asociada a la imagen 23.



Mujer de 84 años que consulta a su médico de familia por la lesión en el párpado inferior de 2 meses de evolución que aparece en la imagen. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?:

1. Carcinoma basocelular ulcerado.
2. Blefaritis.
3. Orzuelo externo.
4. Dermatitis eccematosa.

### ✓ Respuesta correcta: 1

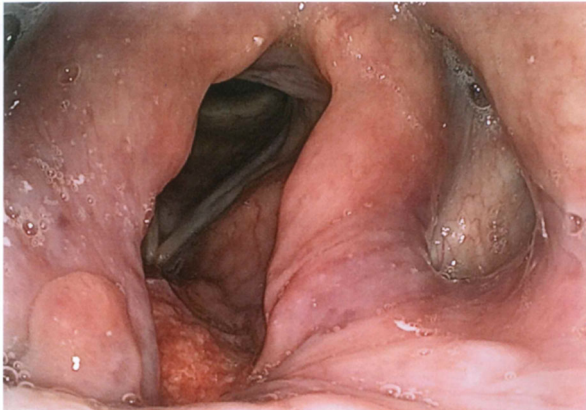
**i** La imagen muestra una lesión nodular ulcerada con bordes perlados en el párpado inferior, lo cual es característico del carcinoma basocelular (CBC), el tipo más común de cáncer de piel. El CBC frecuentemente se presenta en áreas expuestas al sol como la cara, y la morfología de la lesión en la imagen, junto con la edad del paciente y la localización, es muy sugestiva de este diagnóstico.

- Blefaritis: La blefaritis se caracteriza por enrojecimiento e inflamación crónica del borde del párpado, generalmente sin formación de una lesión nodular ulcerada.
- Orzuelo externo: Un orzuelo es una infección aguda de las glándulas sebáceas de Zeiss o las glándulas sudoríparas de Moll en el párpado, que se presenta como una lesión elevada rojiza y dolorosa, pero no tiene la apariencia ulcerada ni los bordes perlados típicos del CBC.

- Dermatitis eczematosas: La dermatitis se manifiesta con eritema, edema, y a veces vesículas o descamación, pero no suele presentar una lesión nodular ulcerativa como se observa en la imagen.

## MIR 2024 Otorrinolaringología

### 24. Pregunta asociada a la imagen 24.



**Paciente que consulta porque se ha notado "bultos" cervicales bilaterales y molestias faríngeas de meses de evolución, incluso con leve dificultad para tragar. No refiere disnea ni disfonía, pero observamos una voz engolada. Ha perdido 3 Kg de peso recientemente. No es fumador pero sí ha sido bebedor importante. Después de explorar la cavidad oral y orofaringe sin hallar alteraciones, se realiza la videofibroscopia de vía aerodigestiva superior, una de cuyas imágenes se muestra. ¿Cuál de las siguientes descripciones es correcta?:**

1. Lesión que respeta las cuerdas vocales sugestiva de carcinoma de supraglotis.
2. Lesión transglótica sugestiva de carcinoma de laringe T2.
3. Lesión en seno piriforme sugestiva de carcinoma de hipofaringe.
4. Lesión en amígdala palatina derecha sugestiva de carcinoma de orofaringe T2.

### ✓ Respuesta correcta: 1

**i** La videofibroscopia muestra una lesión que se encuentra en la región supraglótica, que es la parte de la laringe situada por encima de las cuerdas vocales. La lesión parece no afectar directamente a las cuerdas vocales, lo que es coherente con un carcinoma de supraglotis. La historia clínica del paciente, con la presencia de adenopatías cervicales, pérdida de peso y molestias

faríngeas sin afectación de la voz, también es compatible con esta localización del cáncer laríngeo.

- Lesión transglótica sugestiva de carcinoma de laringe T2: Una lesión transglótica involucraría tanto la región supraglótica como la glótica (las cuerdas vocales), lo cual no parece ser el caso aquí.
- Lesión en seno piriforme sugestiva de carcinoma de hipofaringe: El seno piriforme es una estructura de la hipofaringe, y la lesión que se ve en la imagen está situada más arriba, en la laringe.
- Lesión en amígdala palatina derecha sugestiva de carcinoma de orofaringe T2: No hay evidencia en la imagen de una lesión en la amígdala palatina, la cual se encuentra en la orofaringe.

## MIR 2024 Reumatología

### 25. Pregunta asociada a la imagen 25.




**Mujer de 57 años sin antecedentes de interés que consulta por presentar desde hace 2 meses sensación disneica, que en la última semana se ha hecho de mínimos esfuerzos. No presenta fenómeno de Raynaud, fiebre ni ortopnea. A la exploración física destacan las lesiones cutáneas que se observan en la imagen. No presenta edemas, la auscultación cardíaca es normal y la auscultación respiratoria muestra crepitantes secos en ambas bases pulmonares. La radiografía de tórax muestra un índice cardiorácico normal y un discreto patrón intersticial basal derecho. En la analítica destaca únicamente una VSG de 75 mm, hemograma normal, AST, ALT, CK, creatinina y ionograma con valores normales. ¿Cuál de las siguientes actitudes diagnósticas es la más apropiada?:**

1. Determinar la presencia de anticuerpos anti-PL7, anti-PL12 y anti-Jo1.
2. Determinar la presencia de anticuerpos anti-centrómero.



3. Determinar la presencia de anticuerpos anti-MDA5.
4. Solicitar una TC torácica de alta resolución.

 **Respuesta correcta: 3**

 La imagen muestra lesiones cutáneas compatibles con dermatomiositis, una enfermedad del tejido conectivo que se caracteriza por rash cutáneo y debilidad muscular. Los anticuerpos anti-MDA5 se han asociado con una forma de dermatomiositis que cursa con manifestaciones pulmonares graves, como neumonitis intersticial rápida y progresiva, y menos frecuentemente con debilidad muscular. La presencia de disnea, crepitantes pulmonares y patrón intersticial en la radiografía en un paciente con lesiones cutáneas compatibles con dermatomiositis sugiere fuertemente esta asociación.


- Determinar la presencia de anticuerpos anti-PL7, anti-PL12 y anti-Jo1: Estos anticuerpos se asocian con la síndrome antisintetasa, la cual típicamente presenta fenómeno de Raynaud, artralgias y fenómenos mecánicos en manos, que no se mencionan en este caso.
- Determinar la presencia de anticuerpos anti-centrómero: Estos están asociados con la esclerodermia y el síndrome de CREST, no con la dermatomiositis.
- Solicitar una TC torácica de alta resolución: Aunque la TCAR es importante para evaluar la extensión y la gravedad de la afectación pulmonar, el paso inicial debería ser la detección de anticuerpos específicos para guiar el diagnóstico y manejo.

**MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología**

**26. En relación con el metabolismo del hierro y su control mediado por hepcidina, es cierto que:**

1. La caída en la presión parcial de oxígeno promueve la activación del factor inducible por hipoxia (HIF), que aumenta la expresión de hepcidina.
2. El aumento de hierro sérico o la inflamación estimulan la síntesis de hepcidina en el hígado, que regula negativamente la función de la ferroportina.
3. La hepcidina disminuye la absorción intestinal de hierro a través de la inactivación del transportador de metales bivalentes 1 (DMT1).
4. En la hemocromatosis hereditaria de tipo 1, las mutaciones en la proteína de la hemocromatosis humana (HFE) causan un aumento de la producción de hepcidina.

 **Respuesta correcta: 2**


 La hepcidina es una hormona peptídica sintetizada en el hígado que juega un papel central en la regulación del hierro. Funciona inhibiendo la exportación de hierro al unirse a la ferroportina, la proteína encargada del transporte de hierro hacia fuera de las células, y promoviendo su degradación. Así, cuando los niveles de hierro sérico aumentan o hay un estado inflamatorio, la producción de hepcidina se incrementa, lo que a su vez disminuye la disponibilidad de hierro en la circulación. La caída en la presión parcial de oxígeno activa el HIF, que en realidad disminuye la expresión de hepcidina para aumentar la absorción de hierro y su liberación desde los macrófagos y hepatocitos en respuesta a la hipoxia. La hepcidina actúa inhibiendo la ferroportina, no el DMT1, que es otro transportador de hierro involucrado en la absorción intestinal del hierro. En la hemocromatosis tipo 1, las mutaciones en HFE llevan a una disminución en la producción de hepcidina, no a un aumento.

**MIR 2024 Endocrinología**

**27. ¿Cuál de las siguientes alteraciones bioquímicas se observa en el reordenamiento metabólico de la diabetes mellitus?:**

1. La disminución de la traslocación de los transportadores de glucosa GLUT2 y GLUT4 desde las vesículas de almacenamiento intracelular a la membrana plasmática.
2. El aumento de la producción de urea por una mayor degradación nucleotídica.
3. El incremento de la síntesis hepática de triglicéridos.
4. El aumento de la síntesis hepática de glicerol como sustrato gluconeogénico.

 **Respuesta correcta: 3**

 En la diabetes mellitus, la resistencia a la insulina o su deficiencia lleva a un aumento de la lipólisis en el tejido adiposo y una mayor disponibilidad de ácidos grasos libres en el hígado. Estos ácidos grasos son esterificados a triglicéridos en el hígado, incrementando su síntesis y contribuyendo a la dislipidemia observada en la diabetes. La disminución de la traslocación de los transportadores de glucosa GLUT2 y GLUT4 ocurre en la diabetes, pero no se asocia directamente con el reordenamiento metabólico relacionado con la síntesis de triglicéridos. No hay un aumento en la producción de urea asociada directamente con la diabetes; la hiperuricemia puede ser una consecuencia de la resistencia a la insulina, pero no se relaciona con una mayor degradación nucleotídica. El glicerol puede aumentar en la diabetes debido a la lipólisis


aumentada, pero no es el sustrato gluconeogénico que se incrementa. La gluconeogénesis hepática se intensifica principalmente debido a la disponibilidad aumentada de precursores como el lactato y aminoácidos.

## MIR 2024 Nefrología

28. Una persona sana sufre una deshidratación tras realizar ejercicio físico intenso a altas temperaturas sin ingerir líquidos. Respecto a la activación del sistema renina-angiotensina- aldosterona en esas condiciones, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Los cambios de presión arterial se acompañan de cambios proporcionales en la filtración glomerular.
2. Se produce vasoconstricción de las arteriolas eferentes.
3. Aumenta la actividad de los núcleos hipotalámicos supraóptico y paraventricular.
4. Aumenta la secreción renal de potasio.

 Respuesta correcta: 1

 En condiciones de deshidratación, aunque la presión arterial pueda disminuir, los mecanismos de autoregulación renal trabajan para mantener la filtración glomerular (FG) relativamente constante hasta un cierto punto. Si la presión arterial disminuye significativamente, puede afectar la FG, pero no de manera proporcional, gracias a la autoregulación que mantiene el flujo sanguíneo y la presión de filtración. Se produce vasoconstricción de las arteriolas eferentes, lo que es correcto, ya que ayuda a mantener la FG al aumentar la presión hidrostática en los glomérulos. Aumenta la actividad de los núcleos hipotalámicos supraóptico y paraventricular, que están involucrados en la síntesis de la hormona antidiurética, una respuesta adecuada a la deshidratación. Aumenta la secreción renal de potasio, que es un efecto del sistema renina-angiotensina-aldosterona que promueve la reabsorción de sodio a cambio de la secreción de potasio.


## MIR 2024 Traumatología y Cirugía Ortopédica

29. De las siguientes afirmaciones relacionadas con las estructuras anatómicas que forman el manguito de los rotadores, señale la correcta:

1. Los músculos que forman el manguito de los rotadores son el subescapular, el supraespinoso, el infraespinoso y el redondo mayor.
2. Los tendones de los músculos del manguito refuerzan la cápsula fibrosa de la articulación escapulo-humeral.

3. El músculo infraespinoso rota el brazo en dirección interna.
4. El músculo supraespinoso ayuda a la aducción (aproximación) del brazo.

 Respuesta correcta: 2


 Los tendones de los músculos del manguito rotador (supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular) se fusionan con la cápsula articular del hombro, proporcionando refuerzo y estabilidad a la articulación. El redondo mayor no es parte del manguito de los rotadores. El músculo infraespinoso es un rotador externo, no interno. El músculo supraespinoso es principalmente un abductor del brazo, no un aductor.

## MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular

30. ¿Cuál de las siguientes características de la anatomía del esófago es la que facilita la realización de la ecocardiografía transesofágica?:

1. El cayado aórtico contacta con el esófago a la altura de la 4ª vértebra dorsal y lo proyecta hacia delante.
2. El segmento torácico del esófago discurre por la cara posterior de aurícula y ventrículo derechos.
3. El esófago recorre la cara posterior de la aurícula izquierda.
4. La existencia de un segmento del esófago más dilatado entre la estrechez aórtica y la estrechez diafragmática.

 Respuesta correcta: 3

 El esófago se encuentra anatómicamente próximo a la cara posterior de la aurícula izquierda, lo que permite que la ecocardiografía transesofágica (ETE) proporcione imágenes detalladas del corazón, en particular de las estructuras de la aurícula izquierda y de las válvulas mitral y aórtica. Se realiza ETE para descartar trombos en la orejuela de la aurícula izquierda, endocarditis o disección de aorta. La proximidad al esófago es un detalle anatómico muy importante. Por eso, por ejemplo, en la estenosis mitral, que tiene dilatación típica de la aurícula izquierda produce una clínica de disfagia muy frecuente. El cayado aórtico está en relación con el esófago, pero no facilita la ecocardiografía transesofágica. El esófago no discurre por la cara posterior de la aurícula y el ventrículo derechos. No hay relevancia clínica en la existencia de un segmento más dilatado del esófago para la realización de la ecocardiografía transesofágica.

## MIR 2024 Neumología y Cirugía Torácica

31. Una persona joven y sana se encuentra en posición anatómica erguida. En relación con el flujo sanguíneo a través de los pulmones y su distribución, señale la respuesta INCORRECTA:

1. En situación de reposo, el flujo en los vértices pulmonares es habitualmente intermitente.
2. El ejercicio aumenta el flujo sanguíneo en todas las regiones pulmonares.
3. El aumento del gasto cardiaco durante el ejercicio intenso es asumido por la circulación pulmonar sin grandes aumentos en la presión arterial pulmonar.
4. Una disminución significativa de la concentración de O<sub>2</sub> en los alveolos provoca una vasodilatación de los vasos adyacentes.



**Respuesta correcta: 4**



Desde el punto de vista fisiológico, la respuesta 4 es incorrecta ya que establece que una disminución significativa de la concentración de oxígeno (O<sub>2</sub>) en los alvéolos provoca una vasodilatación de los vasos adyacentes. En situaciones normales, cuando la concentración de oxígeno en los alvéolos disminuye, como ocurre en altitudes elevadas o en condiciones de hipoxia, se desencadena una vasoconstricción de los vasos sanguíneos pulmonares en lugar de una vasodilatación. Este fenómeno se conoce como la respuesta de hipoxia pulmonar. La vasoconstricción pulmonar en respuesta a la hipoxia ayuda a redirigir el flujo sanguíneo hacia áreas mejor ventiladas de los pulmones para optimizar la oxigenación de la sangre arterial y mantener una presión arterial pulmonar adecuada. Por lo tanto, la respuesta correcta es que una disminución significativa de la concentración de O<sub>2</sub> en los alvéolos provoca una vasoconstricción de los vasos adyacentes.

- Opción 1: "En situación de reposo, el flujo en los vértices pulmonares es habitualmente intermitente." Esta afirmación es correcta. En situaciones de reposo, la perfusión pulmonar en los vértices pulmonares puede ser intermitente debido a la influencia de la gravedad.
- Opción 2: "El ejercicio aumenta el flujo sanguíneo en todas las regiones pulmonares." Esta afirmación es correcta. Durante el ejercicio, se produce una mayor demanda de oxígeno, lo que lleva a un aumento del flujo sanguíneo en todas las regiones pulmonares para garantizar una oxigenación adecuada de los tejidos.
- Opción 3: "El aumento del gasto cardiaco durante el ejercicio intenso es asumido por la circulación pulmonar sin grandes aumentos en la presión arterial pulmonar." Esta afirmación es correcta. Durante el ejercicio intenso, el corazón aumenta su gasto cardiaco para satisfacer las necesidades metabólicas del cuerpo. La circulación pulmonar puede adaptarse para

acomodar este aumento del gasto cardiaco sin experimentar grandes aumentos en la presión arterial pulmonar debido a su capacidad de distensión.

## MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular

32. En relación con el potencial de acción cardiaco, señale la afirmación correcta:

1. Las células automáticas tienen un potencial de acción lento y calciodependiente.
2. El potencial de reposo de las células automáticas es más negativo que el de las células del miocardio ventricular.
3. Las células automáticas tienen canales rápidos de sodio.
4. Los canales If se sitúan predominantemente en las células del miocardio ventricular.



**Respuesta correcta: 1**



En el sistema de conducción cardiaca, las células automáticas, como las del nodo sinusal y el nodo atrioventricular, tienen propiedades especiales en cuanto a su potencial de acción. La afirmación de la opción 1 es correcta en varios aspectos:

- Potencial de acción lento: Las células automáticas tienen un potencial de acción más lento en comparación con las células miocárdicas contráctiles. Esto se debe a la presencia de canales iónicos específicos, como los canales If (corriente marcapasos), que permiten una entrada gradual de sodio, lo que resulta en una despolarización lenta.
- Calciodependiente: La fase de despolarización en las células automáticas está influenciada por la entrada de calcio (Ca<sup>2+</sup>). La apertura de canales de calcio juega un papel fundamental en la generación del potencial de acción en estas células.
- Potencial de reposo menos negativo: A diferencia de las células miocárdicas ventriculares, las células automáticas tienen un potencial de reposo menos negativo, lo que las hace más propensas a alcanzar el umbral de despolarización.
- Opción 2: "El potencial de reposo de las células automáticas es más negativo que el de las células del miocardio ventricular." Esta afirmación es incorrecta. Como se mencionó anteriormente, las células automáticas tienen un potencial de reposo menos negativo en comparación con las células miocárdicas ventriculares.
- Opción 3: "Las células automáticas tienen canales rápidos de sodio." Esta afirmación es incorrecta. Las

células automáticas tienen canales lentos de sodio (If) que contribuyen a su despolarización gradual y lenta.

- Opción 4: "Los canales If se sitúan predominantemente en las células del miocardio ventricular." Esta afirmación es incorrecta. Los canales If se encuentran principalmente en las células automáticas del nodo sinusal y del nodo atrioventricular, no en las células miocárdicas ventriculares.

## MIR 2024 Inmunología y Genética

33. Una de las siguientes enfermedades se produce por hipermetilación de una expansión de tripletes CGG en la región promotora:

1. Enfermedad de Huntington.
2. Ataxia de Friedreich.
3. Síndrome del cromosoma X frágil.
4. Distrofia miotónica tipo 1.



**Respuesta correcta: 3**



El síndrome del cromosoma X frágil es una enfermedad genética causada por una expansión de tripletes CGG en la región promotora del gen FMR1 (Fragile X Mental Retardation 1) en el cromosoma X. Esta expansión conlleva a una hipermetilación de la región promotora del gen, lo que resulta en la inactivación del gen FMR1 y una deficiencia en la proteína FMRP (Fragile X Mental Retardation Protein). La proteína FMRP es esencial para el desarrollo normal del sistema nervioso, y su deficiencia está asociada con discapacidad intelectual y trastornos del espectro autista, entre otros síntomas. Por lo tanto, la opción 3 es la respuesta correcta.

- Opción 1: "Enfermedad de Huntington." La enfermedad de Huntington es causada por una expansión de tripletes CAG en el gen HTT en el cromosoma 4, no está relacionada con una expansión de tripletes CGG en el cromosoma X.
- Opción 2: "Ataxia de Friedreich." La ataxia de Friedreich es causada por una expansión de tripletes GAA en el gen FXN en el cromosoma 9, no está relacionada con una expansión de tripletes CGG en el cromosoma X.
- Opción 4: "Distrofia miotónica tipo 1." La distrofia miotónica tipo 1 es causada por una expansión de tripletes CTG en el gen DMPK, no está relacionada con una expansión de tripletes CGG en el cromosoma X.

## MIR 2024 Inmunología y Genética

34. Un rasgo que aparece en todas las generaciones, tanto en varones como en mujeres, pero los varones no lo

transmiten a sus hijos varones, se corresponde con uno de los siguientes patrones de herencia:

1. Autosómica dominante.
2. Ligada al sexo dominante.
3. Ligada al sexo recesiva.
4. Mitocondrial.



**Respuesta correcta: 2**



El patrón de herencia "ligada al sexo dominante" se caracteriza por la presencia de un rasgo que aparece en todas las generaciones, tanto en varones como en mujeres, pero los varones no lo transmiten a sus hijos varones. En este patrón de herencia, las mujeres portadoras transmiten el rasgo a la mitad de sus hijos, independientemente de su sexo, mientras que los varones afectados transmiten el rasgo a todas sus hijas pero no a sus hijos varones. Esto se debe a la herencia de los cromosomas sexuales X y Y. Un ejemplo clásico de una enfermedad con herencia ligada al sexo dominante es el síndrome de Rett. En este síndrome, las mutaciones dominantes en el gen MECP2, ubicado en el cromosoma X, causan la enfermedad. Las niñas afectadas heredan la mutación de sus madres portadoras, y los niños varones que heredan una copia mutada del gen MECP2 generalmente no sobreviven.

- Opción 1: "Autosómica dominante." En la herencia autosómica dominante, el rasgo afecta a todas las generaciones, y un solo alelo mutado en uno de los padres puede causar la expresión del rasgo en la descendencia. No se cumple la característica de que los varones no transmiten el rasgo a sus hijos varones en este patrón de herencia.
- Opción 3: "Ligada al sexo recesiva." En la herencia ligada al sexo recesiva, las mujeres portadoras no manifiestan el rasgo, y los varones afectados transmiten el rasgo a todas sus hijas y no a sus hijos varones. Esto no coincide con la descripción dada en la pregunta.
- Opción 4: "Mitocondrial." La herencia mitocondrial se caracteriza por la transmisión de genes a través de las mitocondrias y no sigue el patrón descrito en la pregunta.


## MIR 2024 Inmunología y Genética

35. Las células tumorales desarrollan diferentes mecanismos dirigidos a evitar la activación de la respuesta inmunitaria antitumoral. Entre las inmunoterapias antitumorales dirigidas a contrarrestar estos mecanismos de evasión destaca:

1. La inoculación intratumoral de células T reguladoras específicas frente a antígenos tumorales.

2. La inoculación de células de la inmunidad innata con capacidad antitumoral como las células reguladoras de origen mieloide (myeloid-derived suppressor cells, MDSC).
3. El uso de citocinas como el TGF-beta o la IL-10 que frenan el crecimiento tumoral.
4. El uso de anticuerpos monoclonales inmunomoduladores frente a PD-1 o los ligandos de PD-1.

 **Respuesta correcta: 4**

 En el contexto de la inmunoterapia contra el cáncer, una de las estrategias más destacadas para contrarrestar los mecanismos de evasión de las células tumorales es el uso de anticuerpos monoclonales dirigidos contra PD-1 (programmed cell death protein 1) o sus ligandos. PD-1 es una proteína de superficie celular que está involucrada en la regulación negativa de la respuesta inmunitaria. Las células tumorales a menudo aprovechan esta vía para evitar la detección y eliminación por parte del sistema inmunológico. Los anticuerpos monoclonales inmunomoduladores bloquean la interacción entre PD-1 en las células T y sus ligandos en las células tumorales. Esto revierte la supresión inmunológica y permite que las células T reconozcan y ataquen las células tumorales. Este enfoque ha demostrado ser efectivo en varios tipos de cáncer y ha llevado a respuestas duraderas en algunos pacientes.


- Opción 1: "La inoculación intratumoral de células T reguladoras específicas frente a antígenos tumorales." Esta estrategia no es ampliamente utilizada en la inmunoterapia del cáncer. La inoculación de células T reguladoras podría tener el efecto contrario al deseado, ya que estas células suprimen la respuesta inmunitaria.
- Opción 2: "La inoculación de células de la inmunidad innata con capacidad antitumoral como las células reguladoras de origen mieloide (myeloid-derived suppressor cells, MDSC)." Las células reguladoras de origen mieloide suelen tener un efecto inmunosupresor y no se utilizan en la inmunoterapia para activar la respuesta inmunitaria contra el cáncer.
- Opción 3: "El uso de citocinas como el TGF-beta o la IL-10 que frenan el crecimiento tumoral." Aunque el TGF-beta y la IL-10 pueden estar involucrados en la regulación del crecimiento tumoral, su uso como inmunoterapia no es una estrategia principal en la actualidad. Además, estas citocinas pueden tener efectos secundarios negativos en la respuesta inmunitaria.

**MIR 2024 Inmunología y Genética**

36. **En relación con el mecanismo inmunológico implicado el rechazo de órganos sólidos trasplantados, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. El rechazo agudo mediado por linfocitos T puede ser controlado mediante el uso de fármacos como la ciclosporina A o los corticoides.
2. La presencia en el receptor de anticuerpos específicos contra el donante (DSA) previa al trasplante es una contraindicación para el mismo.
3. El rechazo crónico o lesión crónica del injerto se asocia al daño del endotelio mediado por anticuerpos anti-HLA.
4. El rechazo hiperagudo es mediado por linfocitos T citotóxicos contra antígenos del donante presentes en el receptor.

 **Respuesta correcta: 4**

 El rechazo hiperagudo en el trasplante de órganos sólidos es una respuesta inmediata y devastadora que ocurre cuando el receptor tiene anticuerpos preexistentes (generalmente anticuerpos IgG) contra antígenos específicos del donante. Estos anticuerpos desencadenan una cascada de eventos que incluyen la activación de linfocitos T citotóxicos y la destrucción rápida del órgano trasplantado. Es una reacción mediada principalmente por anticuerpos y no por linfocitos T. Por lo tanto, la opción 4 es correcta.

- Opción 1: "El rechazo agudo mediado por linfocitos T puede ser controlado mediante el uso de fármacos como la ciclosporina A o los corticoides." Esta afirmación es correcta. El rechazo agudo mediado por linfocitos T se puede controlar con fármacos inmunosupresores como la ciclosporina A y los corticoides.
- Opción 2: "La presencia en el receptor de anticuerpos específicos contra el donante (DSA) previa al trasplante es una contraindicación para el mismo." Esta afirmación es correcta. La presencia de anticuerpos específicos contra el donante antes del trasplante aumenta el riesgo de rechazo y es una contraindicación en muchos casos.
- Opción 3: "El rechazo crónico o lesión crónica del injerto se asocia al daño del endotelio mediado por anticuerpos anti-HLA." Esta afirmación es correcta. El rechazo crónico está relacionado con daño endotelial causado en parte por anticuerpos anti-HLA.


**MIR 2024 Inmunología y Genética**

37. **La vacunación utilizando ARN mensajero de la proteína S (Spike) del SARS-CoV-2 va dirigida a la**

**protección de la población frente a la COVID-19. En relación con la respuesta a esta vacuna señale la afirmación INCORRECTA:**

1. La respuesta no requiere la colaboración de los linfocitos T, al ser un antígeno timo- independiente.
2. Un elevado porcentaje de pacientes inmunodeprimidos, como aquellos con trasplante de órganos o con inmunodeficiencia, tienen un defecto en la respuesta a esta vacuna.
3. Es una forma de inmunización activa cuyo resultado se asocia al cambio de isotipo de los anticuerpos.
4. Induce memoria inmunológica basada en la activación de linfocitos B.


 **Respuesta correcta: 1**

 La vacunación utilizando ARN mensajero de la proteína S (Spike) del SARS-CoV-2 es una estrategia que involucra la respuesta inmunológica del organismo para protegerse contra la COVID-19. A diferencia de algunas vacunas que requieren la colaboración de linfocitos T para generar una respuesta inmunológica efectiva, la vacuna basada en ARN mensajero puede activar directamente a los linfocitos B sin la necesidad de la activación de linfocitos T. Esto se debe a que el ARN mensajero codifica la proteína S del virus, que es un antígeno timo-independiente capaz de estimular directamente a los linfocitos B y desencadenar la producción de anticuerpos.

- Opción 2: "Un elevado porcentaje de pacientes inmunodeprimidos, como aquellos con trasplante de órganos o con inmunodeficiencia, tienen un defecto en la respuesta a esta vacuna." Esta afirmación es correcta. Los pacientes inmunodeprimidos pueden tener una respuesta reducida a la vacuna debido a su sistema inmunológico comprometido.
- Opción 3: "Es una forma de inmunización activa cuyo resultado se asocia al cambio de isotipo de los anticuerpos." Esta afirmación es correcta. La vacuna estimula la producción de anticuerpos, y el cambio de isotipo es un evento normal en la respuesta inmunológica.
- Opción 4: "Induce memoria inmunológica basada en la activación de linfocitos B." Esta afirmación es correcta. La vacuna induce memoria inmunológica, lo que significa que el sistema inmunológico "recuerda" cómo combatir el virus si se encuentra nuevamente en el futuro.

1. La presencia de anticuerpos frente al receptor de las hormonas tiroideas T3 y T4 se asocia a la enfermedad de Graves.
2. La presencia de autoanticuerpos anti- desmogleína se asocia al pénfigo vulgar.
3. La miastenia gravis se asocia a la presencia de anticuerpos frente al receptor de la acetilcolina.
4. El síndrome de Goodpasture se asocia a la presencia de anticuerpos frente a la membrana basal glomerular renal y pulmonar.

 **Respuesta correcta: 1**

 La enfermedad de Graves es una enfermedad autoinmune que afecta a la glándula tiroides. En esta enfermedad, el sistema inmunológico produce anticuerpos contra el receptor de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) en la superficie de las células tiroideas. Estos anticuerpos estimulan la glándula tiroides de manera excesiva, lo que resulta en una producción aumentada de hormonas tiroideas T3 y T4. Por lo tanto, la presencia de anticuerpos frente al receptor de las hormonas tiroideas T3 y T4 está asociada a la enfermedad de Graves.

- Opción 2: "La presencia de autoanticuerpos anti-desmogleína se asocia al pénfigo vulgar." Esta afirmación es correcta. Los autoanticuerpos anti-desmogleína están implicados en el pénfigo vulgar, una enfermedad autoinmune que afecta a la piel y las mucosas.
- Opción 3: "La miastenia gravis se asocia a la presencia de anticuerpos frente al receptor de la acetilcolina." Esta afirmación es correcta. La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune en la que se producen anticuerpos contra los receptores de la acetilcolina en la unión neuromuscular.
- Opción 4: "El síndrome de Goodpasture se asocia a la presencia de anticuerpos frente a la membrana basal glomerular renal y pulmonar." Esta afirmación es correcta. El síndrome de Goodpasture es una enfermedad autoinmune en la que se producen anticuerpos contra la membrana basal glomerular renal y pulmonar.

### MIR 2024 Inmunología y Genética

**39. En el asma bronquial son numerosas las células que participan en la inflamación de la vía aérea. En relación con las diferentes poblaciones linfocitarias y las citocinas que liberan ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:**


1. Los linfocitos B son los responsables de la coordinación de la respuesta inflamatoria.
2. En el asma bronquial hay un predominio de fenotipo linfocitario TH1.

### MIR 2024 Inmunología y Genética

**38. En relación con las enfermedades asociadas al mecanismo de hipersensibilidad tipo II, señale la respuesta INCORRECTA:**

3. Las citocinas IL4 e IL13 son las favorecedoras de la síntesis de IgE.
4. La población de linfocitos T reguladores (CD4+ y CD25+) está aumentada.

 **Respuesta correcta: 3**

 En el asma bronquial, las citocinas IL4 e IL13 desempeñan un papel clave en la respuesta inflamatoria. Estas citocinas promueven la síntesis de IgE por parte de los linfocitos B. La IgE es un anticuerpo implicado en las reacciones alérgicas y desempeña un papel importante en la inflamación de la vía aérea en el asma. Por lo tanto, la afirmación de que las citocinas IL4 e IL13 favorecen la síntesis de IgE es correcta.


- Opción 1: "Los linfocitos B son los responsables de la coordinación de la respuesta inflamatoria." Esta afirmación es incorrecta. Si bien los linfocitos B participan en la respuesta inmunológica y producen anticuerpos, no son los responsables de la coordinación de la respuesta inflamatoria en el asma bronquial.
- Opción 2: "En el asma bronquial hay un predominio de fenotipo linfocitario TH1." Esta afirmación es incorrecta. En el asma bronquial, suele haber un predominio de fenotipo linfocitario TH2 en lugar de TH1. Los linfocitos TH2 están asociados con respuestas alérgicas e inflamación de la vía aérea.
- Opción 4: "La población de linfocitos T reguladores (CD4+ y CD25+) está aumentada." Esta afirmación es incorrecta. En el asma bronquial, generalmente hay una disminución en la población de linfocitos T reguladores, lo que contribuye a la inflamación crónica de la vía aérea.

**MIR 2024 Dermatología**

40. **En un paciente de 16 años de edad que presenta desde hace varios meses, importante sequedad de la piel lesiones eccematosas en zonas de flexión, fundamentalmente en las fosas cubital y poplíteas, de carácter muy pruriginoso que inducen al rascado, y que cursa con exacerbaciones y remisiones, el diagnóstico clínico más probable es:**

1. Dermatitis alérgica de contacto.
2. Dermatitis atópica.
3. Dermatitis seborreica.
4. Dermatitis dishidrotica.

 **Respuesta correcta: 2**

 El paciente presenta síntomas de sequedad en la piel, lesiones eccematosas en zonas de flexión (fosas cubital y poplíteas), prurito intenso y exacerbaciones con remisiones. Estos son síntomas característicos de la dermatitis atópica, que es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel. La dermatitis atópica es común en adolescentes y adultos jóvenes y suele manifestarse en zonas de flexión, como las mencionadas. Además, la aparición de lesiones eccematosas y prurito son hallazgos típicos de esta enfermedad.


- Opción 1: "Dermatitis alérgica de contacto." Si bien la dermatitis alérgica de contacto puede presentar síntomas similares, esta enfermedad suele ser el resultado de una exposición a alérgenos específicos en la piel, mientras que la dermatitis atópica es una condición crónica y multifactorial.
- Opción 3: "Dermatitis seborreica." La dermatitis seborreica a menudo se manifiesta como escamas grasas en áreas como el cuero cabelludo, cejas y áreas grasas de la piel, pero no coincide completamente con la descripción de los síntomas del paciente.
- Opción 4: "Dermatitis dishidrotica." La dermatitis dishidrotica se caracteriza por la aparición de ampollas en las manos y los pies, y no se ajusta completamente a los síntomas del paciente descritos en la pregunta.

**MIR 2024 Dermatología**

41. **Mujer de 63 años en tratamiento con sulfamidas (trimetoprim-sulfametoxazol) vía oral por una infección de vías urinarias bajas. Acude a urgencias por presentar lesiones cutáneas y en mucosas (oral, conjuntival y genital). Las lesiones cutáneas tienen forma de máculas irregulares oscuras, con desprendimiento cutáneo y afectan a más del 30 % de la superficie corporal. Se interpreta como una posible reacción farmacológica grave. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable?:**

1. Eritema multiforme.
2. Síndrome de Stevens-Johnson.
3. Necrólisis epidérmica tóxica.
4. Síndrome de hipersensibilidad inducido por fármacos.

 **Respuesta correcta: 3**

 El paciente presenta lesiones cutáneas con forma de máculas irregulares oscuras, desprendimiento cutáneo y afectación de más del 30% de la superficie corporal. Estos son síntomas característicos de la necrólisis epidérmica tóxica (NET), que es una reacción grave a medicamentos. La NET se caracteriza por el

desprendimiento extenso de la epidermis y afectación de las mucosas, lo que coincide con la descripción del caso clínico.

- Opción 1: "Eritema multiforme." Aunque el eritema multiforme puede presentar lesiones cutáneas similares, generalmente no causa un desprendimiento cutáneo extenso ni afecta mucosas de la misma manera que la NET.
- Opción 2: "Síndrome de Stevens-Johnson." Si bien el síndrome de Stevens-Johnson comparte algunas características con la NET, generalmente se considera una forma más leve y menos extensa de reacción adversa a medicamentos en comparación con la NET.
- Opción 4: Esta opción es demasiado genérica y no específica de las características clínicas presentadas en el caso.

2. La enfermedad que se detecta mediante el cribado debe ser relevante desde el punto de vista de salud pública.
3. La enfermedad que se detecta mediante el cribado debe ser tratable en la etapa presintomática y el daño potencial de la intervención debe ser inferior al del tratamiento en la etapa sintomática.
4. Se debe disponer de recursos suficientes para la implementación de la estrategia a medio / largo plazo.



**Respuesta correcta: 1**



En la implementación de un programa de cribado poblacional de cáncer, es fundamental que exista una prueba adecuada y eficaz para la detección temprana de la enfermedad. La aceptabilidad de la prueba dentro de la población es fundamental para que su implantación pueda ser exitosa, lo que hace que la respuesta 1 sea claramente falsa.

- Opción 2: "La enfermedad que se detecta mediante el cribado debe ser relevante desde el punto de vista de salud pública." Esta afirmación es correcta. La enfermedad objetivo del cribado debe ser relevante desde el punto de vista de salud pública para justificar la implementación de un programa de cribado.
- Opción 3: "La enfermedad que se detecta mediante el cribado debe ser tratable en la etapa presintomática y el daño potencial de la intervención debe ser inferior al del tratamiento en la etapa sintomática." Esta afirmación es correcta. La detección temprana de la enfermedad debe llevar a un tratamiento efectivo que mejore el pronóstico en comparación con el tratamiento en etapas avanzadas de la enfermedad.
- Opción 4: "Se debe disponer de recursos suficientes para la implementación de la estrategia a medio / largo plazo." Esta afirmación es correcta. Es esencial contar con los recursos necesarios para mantener y administrar un programa de cribado poblacional de manera efectiva a lo largo del tiempo.

## MIR 2024 Inmunología y Genética

42. Un paciente acude a consulta recientemente diagnosticado de esofagitis eosinofílica y tras exponerle las opciones de tratamiento prefiere hacer tratamiento dietético con dieta de exclusión de dos alimentos. ¿Cuáles son los alimentos que tendría que retirar de la dieta?:

1. Huevo y trigo.
2. Leche de vaca y pescado.
3. Legumbres y leche de vaca.
4. Leche de vaca y trigo.



**Respuesta correcta: 4**



El paciente ha sido diagnosticado con esofagitis eosinofílica y ha optado por un tratamiento dietético con dieta de exclusión de dos alimentos. La esofagitis eosinofílica a menudo se asocia con alergias alimentarias y puede mejorar con una dieta de exclusión de alimentos a los que el paciente sea alérgico. La opción 4, que incluye la leche de vaca y el trigo, son dos de los alimentos más comunes asociados con alergias alimentarias que pueden desencadenar esofagitis eosinofílica.

## MIR 2024 Epidemiología y Estadística

43. En relación con las condiciones necesarias para la implementación de un programa de cribado poblacional de cáncer, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Debe existir una prueba adecuada para la detección, independientemente de la aceptabilidad de la prueba en la población.

## MIR 2024 Epidemiología y Estadística

44. ¿Qué tipo de estudio epidemiológico NO PERMITE calcular un riesgo relativo?:

1. Un ensayo clínico aleatorizado.
2. Un estudio de cohortes retrospectivo.
3. Un estudio de cohortes prospectivo.
4. Un estudio de casos y controles.



**Respuesta correcta: 4**



**i** Un estudio de casos y controles es el único tipo de estudio epidemiológico que no permite calcular un riesgo relativo. En este tipo de estudio, los casos (individuos con la enfermedad o resultado de interés) se comparan con controles (individuos sin la enfermedad o resultado) para evaluar la asociación entre la exposición y la enfermedad, pero no se calcula un riesgo relativo, ya que no se sigue a una cohorte de individuos a lo largo del tiempo para determinar la incidencia de la enfermedad.

- Opción 1: "Un ensayo clínico aleatorizado." Los ensayos clínicos aleatorizados permiten calcular el riesgo relativo al comparar dos grupos de manera prospectiva y aleatoria.
- Opción 2: "Un estudio de cohortes retrospectivo." Los estudios de cohortes retrospectivos permiten calcular el riesgo relativo al evaluar la exposición y el resultado en una cohorte previamente establecida.
- Opción 3: "Un estudio de cohortes prospectivo." Los estudios de cohortes prospectivos permiten calcular el riesgo relativo al seguir a una cohorte de individuos a lo largo del tiempo y evaluar la incidencia de la enfermedad en función de la exposición.

## MIR 2024 Epidemiología y Estadística

45. Al aumentar el tamaño muestral de un estudio transversal (o de prevalencia) aumenta:

1. La representatividad de la muestra.
2. La validez del estudio.
3. La reproducibilidad del estudio.
4. La precisión del estudio.

**✓ Respuesta correcta: 4**

**i** Cuando se aumenta el tamaño muestral de un estudio transversal (o de prevalencia), aumenta la precisión del estudio. La precisión se refiere a la capacidad del estudio para proporcionar estimaciones más exactas y representativas de la población en estudio. Un tamaño muestral más grande reduce la variabilidad en las estimaciones y, por lo tanto, aumenta la precisión del estudio.

- Opción 1: "La representatividad de la muestra." Aumentar el tamaño muestral puede mejorar la representatividad de la muestra, pero esta no es la razón principal para aumentar el tamaño muestral en un estudio transversal.
- Opción 2: "La validez del estudio." Aumentar el tamaño muestral no necesariamente aumenta la validez del estudio, ya que la validez está relacionada con la calidad de la medición y el diseño del estudio, no solo con el tamaño muestral.

- Opción 3: "La reproducibilidad del estudio." Aumentar el tamaño muestral puede mejorar la reproducibilidad de las estimaciones, pero este no es el objetivo principal de aumentar el tamaño muestral en un estudio transversal.

## MIR 2024 Epidemiología y Estadística

46. En un estudio sobre la validez de una prueba diagnóstica, para resumir la relación entre la sensibilidad y la especificidad de la prueba se puede usar:

1. El índice de Kappa.
2. La curva ROC (receiver operating characteristics).
3. El coeficiente de correlación intraclase.
4. El gráfico de Altman y Bland.

**✓ Respuesta correcta: 2**

**i** Para resumir la relación entre la sensibilidad y la especificidad de una prueba diagnóstica, se utiliza la curva ROC (receiver operating characteristics). La curva ROC es una representación gráfica que muestra cómo varía la sensibilidad en función de la especificidad para diferentes valores de corte de la prueba diagnóstica. Esta curva es útil para evaluar y comparar la capacidad diagnóstica de diferentes pruebas y determinar el punto de corte óptimo para maximizar la sensibilidad y la especificidad.

- Opción 1: "El índice de Kappa." El índice de Kappa se utiliza para medir la concordancia entre dos observadores o métodos de medición y no se centra en la sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica.
- Opción 3: "El coeficiente de correlación intraclase." El coeficiente de correlación intraclase se utiliza para medir la concordancia entre observadores o métodos de medición y no se enfoca en la sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica.
- Opción 4: "El gráfico de Altman y Bland." El gráfico de Altman y Bland se utiliza para representar la concordancia entre dos métodos de medición y no se utiliza para resumir la relación entre la sensibilidad y la especificidad de una prueba diagnóstica.


## MIR 2024 Epidemiología y Estadística

47. Para establecer si la exposición a radiaciones ionizantes de los trabajadores de una mina influye en la aparición de muertes por cáncer de pulmón se decide en el año 2010 realizar un estudio. Los investigadores recopilan información del registro de

exposición a radiaciones en la empresa minera, con datos sobre las radiaciones acumuladas por cada trabajador desde el año 1980 al 2000, año en que se cierra la mina. Y también recogen información sobre las muertes por cáncer de pulmón en esos trabajadores desde el año 1980 al año 2008, a partir de los registros de mortalidad existentes. Finalmente, comparan la mortalidad por cáncer de pulmón entre los trabajadores con mayor y menor exposición a las radiaciones ionizantes. ¿Qué tipo de diseño epidemiológico es éste?:

1. Estudio de casos y controles retrospectivo.
2. Estudio de casos y controles prospectivo.
3. Estudio de cohortes retrospectivo.
4. Estudio de cohortes prospectivo.

 **Respuesta correcta: 3**

 El diseño epidemiológico descrito en la pregunta, en el cual se recopila información sobre la exposición a radiaciones ionizantes de los trabajadores de una mina desde 1980 hasta 2000 y se compara con la aparición de muertes por cáncer de pulmón hasta 2008, corresponde a un estudio de cohortes retrospectivo. En este tipo de estudio, se identifica una población inicial (cohorte) retrospectivamente y se evalúa la exposición y los resultados posteriores en función de los datos históricos.


- Opción 1: "Estudio de casos y controles retrospectivo." Aunque este tipo de estudio involucra retrospectiva, no se ajusta al diseño descrito, ya que en un estudio de casos y controles se seleccionan casos (individuos con la enfermedad) y controles (individuos sin la enfermedad) en función de su estado de enfermedad actual, no de una cohorte inicial.
- Opción 2: "Estudio de casos y controles prospectivo." Este tipo de estudio implica la selección de casos y controles en el futuro en función de su estado de enfermedad. No coincide con el diseño descrito.
- Opción 4: "Estudio de cohortes prospectivo." En un estudio de cohortes prospectivo, se sigue a una cohorte de individuos desde el inicio y se recopilan datos a medida que ocurren. No coincide con el diseño retrospectivo descrito en la pregunta.

**MIR 2024 Psiquiatría**

48. Un hombre de 52 años se está recuperando de una dependencia al alcohol y solicita apoyo farmacológico para prevenir la recaída y mantenerse abstinentes. ¿Cuál de los siguientes medicamentos está indicado como tratamiento complementario para mantener la abstinencia en el marco de un programa de tratamiento de pacientes desintoxicados que han sido dependientes de alcohol?:

1. Vareniclina.
2. Nalmefeno.
3. Acamprosato.
4. Tiamina.

 **Respuesta correcta: 3**

 El Acamprosato es un medicamento indicado como tratamiento complementario para mantener la abstinencia en el marco de un programa de tratamiento de pacientes desintoxicados que han sido dependientes de alcohol. Ayuda a reducir el deseo de beber alcohol y a mantener la abstinencia en personas que han dejado de beber alcohol.

- Opción 1: "Vareniclina." La Vareniclina se utiliza como ayuda para dejar de fumar (tratamiento del tabaquismo), no para tratar la dependencia del alcohol.
- Opción 2: "Nalmefeno." El Nalmefeno se utiliza para reducir el consumo excesivo de alcohol en personas con dependencia del alcohol, pero no es el tratamiento complementario para mantener la abstinencia en personas desintoxicadas.
- Opción 4: "Tiamina." La Tiamina (vitamina B1) se puede usar en el tratamiento de personas con dependencia del alcohol para prevenir la deficiencia de tiamina relacionada con el alcohol, pero no es el tratamiento principal para mantener la abstinencia.

**MIR 2024 Epidemiología y Estadística**

49. Un artículo describe un ensayo clínico aleatorizado en fase IV en una muestra de adultos obtenida de 42 centros sanitarios de 16 países distintos que recibieron un fármaco en estudio y un placebo durante 12 semanas. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el contexto de esta investigación atendiendo a estas características?:

1. Al ser una investigación aleatorizada, el número de hombres en cada uno de los grupos experimentales (fármaco o placebo) debe ser el mismo que el de mujeres.
2. El fármaco que se investiga en este ensayo ya se encuentra aprobado para su prescripción en otras indicaciones o situaciones clínicas.
3. Este ensayo clínico trata de analizar en personas sanas y enfermas las dosis terapéuticas de un fármaco experimental en comparación con un placebo.
4. Este tipo de ensayo se denomina metaanálisis al incluir pacientes de distintos centros sanitarios y países.

 **Respuesta correcta: 2**

**i** La descripción del ensayo clínico aleatorizado en fase IV en el que se investiga un fármaco en adultos de diferentes países sugiere que el fármaco en estudio ya se encuentra aprobado para su prescripción en otras indicaciones o situaciones clínicas. La fase IV de los ensayos clínicos generalmente se refiere a estudios posteriores a la aprobación del fármaco, donde se busca obtener más información sobre su seguridad y eficacia en poblaciones más amplias o en nuevas indicaciones.

- Opción 1: si se trata de un ensayo aleatorizado, será fundamental que exista un número de hombres igual entre los distintos grupos, y un número de mujeres igual en los distintos grupos, pero eso no implica que exista el mismo número de mujeres que de hombres.
- Opción 3: la fase IV generalmente se enfoca en poblaciones clínicas en la práctica clínica habitual. Para establecer la dosis terapéutica se realizarán ensayos clínicos anteriores que permiten titular la dosis en la fase II
- Opción 4: La descripción se refiere a un ensayo clínico aleatorizado en fase IV, no a un metaanálisis, que es un análisis de estudios previamente realizados.

## MIR 2024 Epidemiología y Estadística

50. **Un ensayo clínico cuyo objetivo fundamental es obtener datos preliminares de eficacia terapéutica y establecer la relación entre las dosis y la eficacia para determinar un intervalo de dosis adecuadas, es un:**

1. Estudio preclínico.
2. Ensayo clínico fase I.
3. Ensayo clínico fase II.
4. Ensayo clínico fase III.

**✓ Respuesta correcta: 3**

**i** Un ensayo clínico cuyo objetivo fundamental es obtener datos preliminares de eficacia terapéutica y establecer la relación entre las dosis y la eficacia para determinar un intervalo de dosis adecuadas corresponde a un ensayo clínico fase II. En esta fase, se evalúa la eficacia del fármaco en un grupo más grande de pacientes que en la fase I, y se busca determinar las dosis más apropiadas para la fase III.

- Opción 1: "Estudio preclínico." Los estudios preclínicos se realizan en el laboratorio y en animales antes de los ensayos clínicos en humanos.
- Opción 2: "Ensayo clínico fase I." La fase I se enfoca en la evaluación de la seguridad y tolerabilidad de un fármaco en un pequeño número de participantes.

- Opción 4: "Ensayo clínico fase III." La fase III implica estudios más grandes y controlados para evaluar la eficacia y seguridad de un fármaco antes de su aprobación.

## MIR 2024 Epidemiología y Estadística

51. **Para la detección de reacciones adversas a medicamentos poco frecuentes (<1/10.000) el método de farmacovigilancia más adecuado es:**

1. Notificaciones espontáneas.
2. Monitorización intensiva hospitalaria.
3. Estudios de cohorte.
4. Metaanálisis.

**✓ Respuesta correcta: 1**

**i** Para la detección de reacciones adversas a medicamentos poco frecuentes (<1/10.000), el método de farmacovigilancia más adecuado es el de notificaciones espontáneas. Este método implica que los profesionales de la salud y los pacientes informen de forma voluntaria cualquier reacción adversa que experimenten con un medicamento, lo que permite identificar eventos raros que pueden no haberse observado en ensayos clínicos más grandes.

- Opción 2: "Monitorización intensiva hospitalaria." Aunque la monitorización intensiva hospitalaria puede detectar reacciones adversas, puede no ser suficiente para identificar eventos extremadamente raros que pueden ocurrir fuera del entorno hospitalario.
- Opción 3: "Estudios de cohorte." Los estudios de cohorte pueden ser útiles para detectar reacciones adversas, pero generalmente requieren un seguimiento a largo plazo y pueden no ser la opción más eficiente para eventos muy raros.
- Opción 4: "Metaanálisis." Los metaanálisis se utilizan para combinar datos de múltiples estudios previamente realizados, pero no son un método de detección activa de reacciones adversas.


## MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

52. **Uno de los siguientes fármacos, además de su efecto analgésico, posee un efecto relajante de fibra muscular lisa:**

1. Diclofenaco.
2. Paracetamol.
3. Ketorolaco.

4. Metamizol.

 **Respuesta correcta: 4**

 El metamizol, además de su efecto analgésico, posee un efecto relajante de la fibra muscular lisa. Es conocido por tener propiedades espasmolíticas, lo que significa que puede aliviar los espasmos y relajar los músculos lisos, incluyendo los músculos del tracto gastrointestinal. Por lo tanto, el metamizol se utiliza en algunos casos para tratar el dolor abdominal asociado con espasmos en el tracto digestivo. <

### MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

53. La hipertermia maligna NO se relaciona con:

1. Succinilcolina.
2. Desflurano.
3. Propofol.
4. Sevoflurano.

 **Respuesta correcta: 3**

La hipertermia maligna es una reacción anestésica rara pero potencialmente letal, caracterizada por un rápido aumento de la temperatura corporal y rigidez muscular, entre otros síntomas. Esta condición se asocia principalmente con ciertos agentes anestésicos, específicamente los agentes halogenados inhalatorios y la succinilcolina. La hipertermia maligna es causada por una alteración en la regulación del calcio en el músculo esquelético, que conduce a una hipermetabolismo muscular excesivo. El propofol, que es la opción correcta, no está asociado con la inducción de hipertermia maligna. Es un agente anestésico intravenoso ampliamente utilizado debido a su perfil de seguridad y eficacia. El propofol actúa a nivel del sistema nervioso central, potenciando la inhibición mediada por el ácido gamma-aminobutírico (GABA). No tiene efectos directos significativos sobre el metabolismo del calcio en el músculo esquelético, que es el mecanismo subyacente de la hipertermia maligna. Por lo tanto, se considera seguro para su uso en pacientes susceptibles a esta condición o con antecedentes de hipertermia maligna. La succinilcolina está relacionada con la hipertermia maligna. Es un relajante muscular despolarizante utilizado a menudo durante la inducción de la anestesia general.

- La succinilcolina puede desencadenar hipertermia maligna en individuos susceptibles debido a su capacidad para inducir una liberación masiva y sostenida de calcio en las células musculares. Esto se debe a una mutación en el receptor de rianodina, que

regula la liberación de calcio del retículo sarcoplásmico en el músculo esquelético.


- Desflurano es un agente anestésico volátil halogenado que también se relaciona con la hipertermia maligna. Al igual que otros agentes inhalatorios halogenados, el desflurano puede desencadenar una reacción de hipertermia maligna en individuos susceptibles, debido a su efecto sobre la regulación del calcio en el músculo esquelético.
- Sevoflurano, otro agente anestésico volátil halogenado, también se asocia con la hipertermia maligna. Tiene un mecanismo de acción similar al desflurano y otros halogenados en términos de su capacidad para desencadenar esta reacción en individuos susceptibles.

### MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

54. Según la clasificación del estado físico preoperatorio del paciente establecida por la ASA (Sociedad Americana de Anestesiología), un paciente con hipertensión arterial mal controlada correspondería a un grado:

1. IV
2. III
3. II
4. I

 **Respuesta correcta: 2**

 Según la clasificación del estado físico preoperatorio del paciente establecida por la ASA (Sociedad Americana de Anestesiología), un paciente con hipertensión arterial mal controlada correspondería al grado III. El grado III se refiere a pacientes con limitación funcional y ejemplos incluyen diabetes y/o hipertensión mal controlada, enfermedad pulmonar obstructiva, obesidad mórbida con IMC sobre 40, hepatitis activa, dependencia o abuso al alcohol, disminución en la fracción de eyección, insuficiencia renal en diálisis, presencia de marcapaso, stent, antecedente de infarto de más de 3 meses de evolución, entre otros.

- Opción 1: "IV." El grado IV es un paciente con enfermedad severa en constante riesgo vital y los ejemplos son: infarto reciente menos de 3 meses, isquemia miocárdica actual, accidente vascular, severa disminución de la fracción de eyección, disfunción valvular severa, sepsis, insuficiencia renal avanzada sin diálisis.
- Opción 3: "II." El grado II es un paciente con leve enfermedad sin limitación funcional, como por

ejemplo, paciente fumador, bebedor social, obeso con índice de masa corporal (IMC) entre 30 y 40, diabético o hipertenso bien controlado, leve enfermedad pulmonar.

- Opción 4: "I." El grado I es un paciente sano, que no fuma y no bebe o tiene mínimo consumo de alcohol.

## MIR 2024 Otorrinolaringología

### 55. El carcinoma adenoide quístico:

1. Es el tumor maligno más frecuente de las glándulas salivares.
2. Nunca afecta las glándulas salivares menores a nivel del paladar.
3. Puede asociarse con parálisis facial debido a su neurotropismo.
4. Se debe tratar con radioterapia como primera opción terapéutica.



#### Respuesta correcta: 3



El carcinoma adenoide quístico es un tipo de tumor maligno que puede afectar las glándulas salivares y tiene una tendencia al neurotropismo. Esto significa que puede infiltrar y dañar los nervios cercanos, lo que puede resultar en parálisis facial en algunos casos.

- Opción 1: "Es el tumor maligno más frecuente de las glándulas salivares." El carcinoma adenoide quístico no es el tumor maligno más frecuente de las glándulas salivares, aunque es relativamente raro. El más frecuente es el mucoepidermoide.
- Opción 2: "Nunca afecta las glándulas salivares menores a nivel del paladar." El carcinoma adenoide quístico puede afectar tanto a las glándulas salivares mayores como a las menores en diferentes ubicaciones.
- Opción 4: "Se debe tratar con radioterapia como primera opción terapéutica." El tratamiento del carcinoma adenoide quístico puede variar y no necesariamente se limita a la radioterapia. El enfoque terapéutico depende de varios factores, incluida la ubicación y el estadio del tumor.

## MIR 2024 Otorrinolaringología

### 56. Respecto al cáncer de lengua:

1. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma basocelular y su tratamiento primario es habitualmente radioterápico.
2. Se relaciona con factores etiopatogénicos como la irradiación solar y el virus del papiloma humano.
3. Rara vez provoca metástasis por vía linfática.

4. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide y su tratamiento quirúrgico asocia habitualmente disección ganglionar cervical.



#### Respuesta correcta: 4



El cáncer de lengua es más frecuentemente de tipo histológico carcinoma epidermoide (también conocido como carcinoma de células escamosas) en la mayoría de los casos. El tratamiento principal para el cáncer de lengua suele incluir la cirugía, que puede asociarse a la disección ganglionar cervical para evaluar y tratar posibles metástasis linfáticas en los ganglios cervicales.

- Opción 1: "El tipo histológico más frecuente es el carcinoma basocelular y su tratamiento primario es habitualmente radioterápico." El carcinoma basocelular es más común en la piel y no está relacionado con el cáncer de lengua.
- Opción 2: "Se relaciona con factores etiopatogénicos como la irradiación solar y el virus del papiloma humano." El cáncer de lengua está más relacionado con el tabaquismo y el consumo de alcohol que con la irradiación solar o el virus del papiloma humano (VPH).
- Opción 3: "Rara vez provoca metástasis por vía linfática." El cáncer de lengua puede propagarse a los ganglios linfáticos cervicales a través de metástasis linfáticas, lo que hace importante la evaluación y posible disección ganglionar cervical en su tratamiento.

## MIR 2024 Dermatología

### 57. ¿Cuál de los siguientes colgajos NO PODRÍA ser utilizado para realizar la reconstrucción de un defecto en la región cervical posterior?:

1. Colgajo anterolateral fasciocutáneo de muslo, pediculado.
2. Colgajo libre de músculo dorsal ancho con isla cutánea.
3. Colgajo pediculado de trapecio (musculocutáneo).
4. Colgajo libre SCIP (derivado del sistema circunflejo ilíaco superficial).



#### Respuesta correcta: 1



El colgajo anterolateral fasciocutáneo de muslo es un colgajo que se utiliza comúnmente en muchas áreas. Los colgajos pediculados son aquellos que se mantienen unidos a su sitio de origen a través de un pedículo vascular, lo que permite que el colgajo reciba flujo sanguíneo mientras se traslada a la zona de reconstrucción. Por tanto, es una opción imposible utilizar de manera pediculada para la reconstrucción cervical.

- Opción 2: "Colgajo libre de músculo dorsal ancho con isla cutánea." Este tipo de colgajo se basa en el músculo dorsal ancho y se utiliza en cualquier área del cuerpo siendo una opción útil.
- Opción 3: "Colgajo pediculado de trapecio (musculocutáneo)." El colgajo pediculado de trapecio se utiliza en la reconstrucción de la región cervical posterior y es una opción válida siendo una de las opciones más frecuentes.
- Opción 4: "Colgajo libre SCIP (derivado del sistema circunflejo ilíaco superficial)." El colgajo libre SCIP se utiliza en diversas áreas, y aunque no es una opción típica en la región cervical posterior puede ser una opción interesante para conseguir un resultado más fino.

- Hiperemia ciliar y turbidez en la cámara anterior observada con la lámpara de hendidura, lo que sugiere inflamación en la parte frontal del ojo.


La queratitis herpética previa del paciente es un factor de riesgo importante para el desarrollo de uveítis, ya que las infecciones herpéticas del ojo pueden causar inflamación recurrente y complicaciones secundarias, como la uveítis hipertensiva. En cuanto a la justificación de descartar de las opciones incorrectas, el glaucoma maligno, también conocido como glaucoma por cierre angular maligno, es una forma rara y severa de glaucoma que se caracteriza por un aumento súbito y extremo de la presión intraocular, dolor intenso y una disminución rápida de la visión. No se presenta típicamente con inflamación uveal o turbidez en la cámara anterior como en este caso. El glaucoma neovascular se asocia con la formación de nuevos vasos sanguíneos en el iris y el ángulo de la cámara anterior, a menudo debido a enfermedades como la retinopatía diabética o la oclusión de la vena central de la retina. Aunque puede presentar aumento de la presión intraocular y dolor, el hallazgo clave de neovascularización no se menciona en el caso clínico. En cuanto a la queratitis epitelial herpética, aunque el paciente tiene antecedentes de queratitis herpética, los síntomas y hallazgos actuales no son consistentes con una reactivación típica de la queratitis epitelial herpética. La queratitis epitelial se presentaría con defectos epiteliales que se tiñen con fluoresceína, lo cual es negativo en este caso. Además, la queratitis epitelial herpética no causa un aumento significativo en la presión intraocular como se observa aquí.

## MIR 2024 Oftalmología

**58. Hombre de 45 años con antecedentes de queratitis herpética de repetición en ojo izquierdo (OI). Consulta por dolor, hiperemia y visión borrosa en OI de un día de evolución. A la exploración presenta una agudeza visual con su corrección de 1,0 en OD y 0,6 en OI, la presión intraocular es de 18 mmHg en OD y 35 mmHg en OI. La exploración con lámpara de hendidura en OD es normal y en el OI presenta hiperemia ciliar, turbidez en cámara anterior, ligero leucoma corneal y un test de fluoresceína negativo. ¿Con cuál de las siguientes patologías relacionaría este cuadro clínico?:**

1. Uveítis hipertensiva.
2. Glaucoma maligno.
3. Glaucoma neovascular.
4. Queratitis epitelial herpética.

 **Respuesta correcta: 1**

 La uveítis hipertensiva es una inflamación del tracto uveal del ojo (que incluye el iris, el cuerpo ciliar y la coroides) asociada con un aumento de la presión intraocular. El caso clínico presentado es consistente con una uveítis hipertensiva. Los síntomas y hallazgos clave que apoyan este diagnóstico incluyen:


- Dolor y hiperemia ocular, que son indicativos de inflamación.
- Visión borrosa en el ojo afectado (OI), lo que puede ser consecuencia de la inflamación y el aumento de la presión intraocular.
- Aumento significativo de la presión intraocular en el OI (35 mmHg) en comparación con el OD (18 mmHg). Este aumento de presión puede ser secundario a la inflamación del tracto uveal.

## MIR 2024 Oftalmología

**59. Mujer de 57 años que consulta para una revisión rutinaria. En la exploración oftalmológica presenta una agudeza visual (AV) sin corrección de 1,0 en OD y 0,5 en OI, la AV con agujero estenopeico es de 1,0 en ambos ojos y la presión intraocular es de 16 mmHg en ambos ojos. ¿Cuál de las siguientes sería la actitud a seguir más correcta?:**

1. Realizar un estudio refractivo para valorar un defecto de refracción.
2. Realizar un campo visual para descartar un déficit visual periférico en OI.
3. Realizar un estudio de fondo de ojo para valorar una patología macular en el OI.
4. Hacer un seguimiento en un año para valorar la evolución de la AV.

 **Respuesta correcta: 1**

 La situación descrita en la pregunta indica una paciente con una disminución de la agudeza visual

(AV) en el ojo izquierdo (OI) sin corrección, que mejora a la normalidad (1,0) con el uso de un agujero estenopeico. La mejora de la AV con un agujero estenopeico es indicativa de un defecto de refracción, como miopía, hipermetropía o astigmatismo. El agujero estenopeico funciona al eliminar los rayos de luz que entran en el ojo en ángulos extremos, lo que reduce el círculo de confusión en la retina y mejora la nitidez de la imagen.

En este caso, la paciente tiene una AV normal en el ojo derecho (OD) y una AV disminuida en el OI que se corrige completamente con el agujero estenopeico. Esto sugiere que el problema en el OI es probablemente debido a un error refractivo no corregido. Por lo tanto, realizar un estudio refractivo para valorar y corregir este defecto es el enfoque más adecuado. Un estudio refractivo incluirá pruebas como la retinoscopia y la refracción subjetiva para determinar la prescripción óptica precisa para corregir la visión del paciente.


En cuanto a las razones de descarte de las opciones incorrectas, la opción 2 es claramente incorrecta porque aunque el campo visual es importante para evaluar el déficit visual periférico, especialmente en el contexto del glaucoma, no hay indicación en este caso que sugiera un problema periférico. El principal problema aquí es la disminución de la AV que se corrige con el agujero estenopeico, lo que apunta a un defecto refractivo. La opción 3 se descarta porque aunque la patología macular podría causar una disminución de la AV, no se esperaría que la visión mejorara con el agujero estenopeico si ese fuera el caso. Además, la presión intraocular normal y la ausencia de otros síntomas sugieren que una patología macular no es la causa principal aquí. Por último, en el caso de la opción 4, si bien el seguimiento es importante, en este caso, es evidente que existe un problema actual (defecto refractivo) que requiere una intervención inmediata en lugar de una observación pasiva. El enfoque correcto sería corregir el defecto refractivo para mejorar la calidad de vida del paciente.

## MIR 2024 Oftalmología

60. El defecto campimétrico asociado a una lesión en la cintilla óptica derecha es:

1. Hemianopsia homónima izquierda.
2. Hemianopsia heterónima bitemporal.
3. Cuadrantanopsia homónima izquierda.
4. Cuadrantanopsia homónima derecha.

 **Respuesta correcta: 1**

 Una lesión en la cintilla óptica derecha causaría una hemianopsia homónima izquierda. En este tipo de defecto campimétrico, la mitad izquierda del campo visual

está afectada en ambos ojos debido a la interrupción de las fibras de la cintilla óptica derecha que cruzan hacia el lado izquierdo.


- Opción 2: "Hemianopsia heterónima bitemporal." Este tipo de hemianopsia afectaría las mitades externas (temporales) del campo visual en ambos ojos y no se relaciona con una lesión en la cintilla óptica derecha.
- Opción 3: "Cuadrantanopsia homónima izquierda." Una cuadrantanopsia afectaría solo un cuarto del campo visual en uno o ambos ojos y no es el resultado típico de una lesión en la cintilla óptica derecha.
- Opción 4: "Cuadrantanopsia homónima derecha." Una cuadrantanopsia en el lado derecho no sería el resultado de una lesión en la cintilla óptica derecha.

## MIR 2024 Otorrinolaringología

61. Hombre de 40 años que presenta un cuadro vertiginoso de varias horas de evolución. No presenta hipoacusia, acúfenos ni sensación de taponamiento ótico. En la exploración se observa un nistagmo espontáneo. ¿Qué características del nistagmo orientarán hacia un vértigo periférico?:

1. Nistagmo horizontal, unidireccional, que aumenta de intensidad cuando se dirige al lado de la fase rápida.
2. Nistagmo vertical, unidireccional, que no se suprime con la fijación de la mirada.
3. Nistagmo horizontal, con componente rotatorio, que cambia de dirección cuando se dirige al lado de la fase lenta.
4. Nistagmo horizontal, con componente rotatorio que no se suprime con la fijación de la mirada.

 **Respuesta correcta: 1**

 Las características del nistagmo que aumenta de intensidad cuando se dirige al lado de la fase rápida sugieren un vértigo periférico. En el vértigo periférico, el nistagmo suele ser horizontal, unidireccional y se intensifica cuando se dirige hacia el lado de la fase rápida (fenómeno de Alexander). Esto se debe a la desinhibición de la actividad del sistema vestibular periférico.

- Opción 2: "Nistagmo vertical, unidireccional, que no se suprime con la fijación de la mirada." Este tipo de nistagmo puede sugerir un vértigo central y no periférico.
- Opción 3: "Nistagmo horizontal, con componente rotatorio, que cambia de dirección cuando se dirige al lado de la fase lenta." Este patrón de nistagmo no es típico del vértigo periférico.


- Opción 4: "Nistamo horizontal, con componente rotatorio que no se suprime con la fijación de la mirada." La falta de supresión de nistagmo con la fijación de la mirada también puede indicar un vértigo central.

## MIR 2024 Dermatología

62. Las siguientes enfermedades sistémicas pueden cursar con síntomas otorrinolaringológicos. Señale aquella que puede afectar con mayor frecuencia (aproximadamente 70-80 % de los casos) a la cavidad nasal, la cavidad bucal y la orofaringe, y que en la mitad de los casos puede existir también afectación laríngea:

1. Penfigoide.
2. Policondritis recidivante.
3. Sarcoidosis.
4. Pénfigo.

### Respuesta correcta: 4

 El pénfigo es una enfermedad autoinmune que afecta la piel y las mucosas, incluyendo la cavidad nasal, la cavidad bucal y la orofaringe. En aproximadamente el 70-80% de los casos, puede afectar a estas áreas, y en la mitad de los casos, también existe afectación laríngea. Por lo tanto, el pénfigo es la enfermedad que más frecuentemente afecta estas regiones en comparación con las otras opciones mencionadas.

- Opción 1: "Penfigoide." El penfigoide es una enfermedad autoinmune relacionada pero tiende a afectar más la piel que las mucosas.
- Opción 2: "Policondritis recidivante." La policondritis recidivante es una enfermedad autoinmune que afecta principalmente el cartílago y no se asocia comúnmente con afectación mucosa.
- Opción 3: "Sarcoidosis." Aunque la sarcoidosis puede afectar diversas áreas, incluyendo la cavidad nasal, no es tan frecuente como el pénfigo en la afectación de estas regiones.


## MIR 2024 Otorrinolaringología

63. Hombre de 48 años, profesor universitario, que refiere sufrir problemas con la voz desde hace varios años, que han empeorado progresivamente y que consisten en voz áspera y forzada, con posibles cambios de tono, cansancio y fatiga al hablar. En la exploración fibrovideoscópica faringolaríngea no se observan lesiones orgánicas en las cuerdas vocales, pero sí una disminución del diámetro

anteroposterior del vestíbulo laríngea durante la fonación. El diagnóstico más probable del trastorno vocal que padece este paciente es:

1. Parálisis abductora laríngea.
2. Disfonía espasmódica.
3. Distonía de la musculatura extrínseca laríngea.
4. Disfonía por tensión muscular.

### Respuesta correcta: 4

 Los síntomas del paciente, que incluyen una voz áspera y forzada, con cambios de tono, cansancio y fatiga al hablar, son consistentes con una disfonía por tensión muscular. Este trastorno vocal suele estar relacionado con la tensión excesiva de los músculos implicados en la producción de voz, lo que resulta en una voz forzada y cansancio vocal. No se observan lesiones orgánicas en las cuerdas vocales, lo que respalda este diagnóstico.

- Opción 1: "Parálisis abductora laríngea." Este diagnóstico implicaría una parálisis de las cuerdas vocales y no se corresponde con los síntomas descritos.
- Opción 2: "Disfonía espasmódica." La disfonía espasmódica se caracteriza por espasmos involuntarios de los músculos de las cuerdas vocales y no necesariamente por cambios en el diámetro anteroposterior del vestíbulo laríngea.
- Opción 3: "Distonía de la musculatura extrínseca laríngea." La distonía laríngea es una condición que afecta a los músculos laríngeos y puede causar disfonía, pero no está relacionada con los síntomas específicos descritos en el paciente.

## MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

64. ¿En cuál de las siguientes pacientes NO estaría indicada la realización de una histeroscopia diagnóstica como primera línea de estudio?:

1. Mujer de 32 años con estudio ecográfico normal, episodios de dismenorrea grave y esterilidad primaria.
2. Mujer de 70 años con metrorragia postmenopáusica de 1 mes de evolución.
3. Mujer de 45 años con hemorragia uterina anormal cíclica de 6 meses de evolución.
4. Mujer de 43 años con hemorragia uterina anormal acíclica y sospecha ecográfica de mioma tipo 2 de la FIGO.

### Respuesta correcta: 1



**i** En la paciente de la opción 1 se menciona que tiene episodios de dismenorrea grave y esterilidad primaria. Dado que el estudio ecográfico es normal, es posible que tenga una obstrucción en las trompas de Falopio u otra causa de esterilidad que requiera una salpingografía como parte de la evaluación inicial.

- Opción 2: "Mujer de 70 años con metrorragia postmenopáusica de 1 mes de evolución." En una mujer postmenopáusica con metrorragia, se necesita una evaluación más específica, como una histeroscopia, para descartar posibles causas graves, como el cáncer de endometrio.
- Opción 3: "Mujer de 45 años con hemorragia uterina anormal cíclica de 6 meses de evolución." La hemorragia uterina anormal también puede requerir una histeroscopia para evaluar la causa, especialmente si es de larga duración.
- Opción 4: "Mujer de 43 años con hemorragia uterina anormal acíclica y sospecha ecográfica de mioma tipo 2 de la FIGO." En este caso, la sospecha de un mioma podría justificar una histeroscopia como parte de la evaluación de la causa de la hemorragia uterina anormal.

**i** La paciente presenta amenorrea secundaria, niveles bajos de FSH, LH y estradiol, lo que sugiere una amenorrea central hipotalámica funcional. Dado que no hay signos de insuficiencia ovárica prematura y la paciente estaba entrenando en un centro deportivo de alto rendimiento, es importante descartar otras patologías mediante una resonancia magnética cerebral. La amenorrea central hipotalámica funcional a menudo está relacionada con factores de estrés, ejercicio intenso y otros trastornos relacionados con el hipotálamo.

- Opción 1: "Fallo ovárico prematuro, por lo que le pauta terapia hormonal sustitutiva y control en 3 meses." Los niveles de FSH y LH son bajos, lo que no es consistente con un fallo ovárico prematuro.
- Opción 2: "Síndrome de Asherman, por lo que indica una histeroscopia." El síndrome de Asherman no suele causar amenorrea central hipotalámica.
- Opción 3: "Amenorrea central hipofisaria (síndrome de Sheehan), por lo que solicita resonancia magnética cerebral para confirmar el diagnóstico y pautar tratamiento sustitutivo." El síndrome de Sheehan se asocia a una insuficiencia hipofisaria posterior al parto y no es la causa más probable en esta paciente.

## MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

65. **Mujer de 17 años que consulta porque no tiene la menstruación desde hace 7 meses. No refiere antecedentes de interés ni otra sintomatología. No ha acudido antes porque estaba entrenando en un centro deportivo de alto rendimiento. Tuvo la menarquia a los 13 años, ciclos muy irregulares, sin dismenorrea y una interrupción legal del embarazo a los 16 años. La analítica muestra hemograma normal, FSH <0,1 U/L, LH <0,1 U/L, estradiol <5,0 pg/mL, TSH 1,56 mU/L. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable y la actitud a seguir?:**

1. Fallo ovárico prematuro, por lo que le pauta terapia hormonal sustitutiva y control en 3 meses.
2. Síndrome de Asherman, por lo que indica una histeroscopia.
3. Amenorrea central hipofisaria (síndrome de Sheehan), por lo que solicita resonancia magnética cerebral para confirmar el diagnóstico y pautar tratamiento sustitutivo.
4. Amenorrea central hipotalámica funcional, por lo que solicita resonancia magnética para descartar otras patologías.

**✓ Respuesta correcta: 4**

## MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

66. **A una de sus pacientes, primigesta, se le ha practicado una ecografía de rutina a las 20 semanas de gestación que ha detectado un mioma en su útero que parece haber crecido bastante respecto a las previas. Está muy preocupada por las posibles secuelas que este tumor pueda tener en el resultado de su embarazo. Usted le informa de que todas las siguientes complicaciones pueden ocurrir en el embarazo como consecuencia de los miomas uterinos, EXCEPTO:**

1. Necrosis y degeneración de los miomas.
2. Malposición fetal.
3. Progresión a leiomiocarcinoma.
4. Parto pretérmino.

**✓ Respuesta correcta: 3**

**i** Las complicaciones de los miomas uterinos pueden incluir necrosis y degeneración de los miomas, malposición fetal y parto pretérmino. Sin embargo, la progresión a leiomiocarcinoma, que es un tipo de cáncer uterino maligno, es una complicación extremadamente rara de los miomas. Por lo tanto, la opción 3 es la única que no es una complicación común de los miomas y menos aún que malignizara durante el embarazo. El resto sí son complicaciones que pueden aparecer.

## MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

67. **Mujer de 35 años sin antecedentes de interés, nuligesta, que acude a urgencias por sangrado entre reglas en cantidad moderada que afecta a su calidad de vida. Además refiere que últimamente tiene reglas mucho más abundantes. El hemograma y la coagulación son normales. En la ecografía ginecológica se observa útero en ante, regular, de 58x35 mm, con endometrio en fase proliferativa, nódulo hipoecoico en cara anterior uterina con Doppler periférico de alta resistencia (sin Doppler central) de 28x29 mm compatible con un leiomioma tipo 1 (clasificación de la FIGO 2011), anejos normales, no líquido libre en Douglas. Señale la actitud más correcta:**

1. Le explica los hallazgos y descarta que el leiomioma, dada la localización, sea la causa de sus sangrados.
2. Le explica que el leiomioma es probablemente la causa de los sangrados y la deriva a la consulta de histeroscopias.
3. Le explica que el leiomioma es probablemente la causa de los sangrados y la deriva a la consulta de ginecología para programar una miomectomía por laparoscopia.
4. Dados los hallazgos ecográficos, solicita resonancia magnética preferente, pauta un análogo de la GnRH y revisión en consulta.



**Respuesta correcta: 2**



Dado que la paciente presenta sangrado entre reglas y tiene un leiomioma uterino (mioma) detectado en la ecografía, es probable que el mioma sea la causa de los sangrados. Por lo tanto, la actitud más adecuada es explicarle esto a la paciente y derivarla a la consulta de histeroscopias para evaluar y tratar adecuadamente el leiomioma.

## MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

68. **Gestante de 16 semanas con antecedente de parto prematuro a las 33 semanas en una gestación anterior, que actualmente presenta una longitud cervical de 28 mm. ¿Cuál es la intervención más eficaz para la prevención de la recurrencia del parto prematuro?:**

1. Reposo relativo, antibioticoterapia y nifedipino vía oral.
2. Progesterona natural micronizada vía vaginal.
3. Cerclaje profiláctico.

4. Pesario cervical.



**Respuesta correcta: 2**



La progesterona natural micronizada vía vaginal es una intervención eficaz para la prevención de la recurrencia del parto prematuro en mujeres con antecedentes de parto prematuro. Es una opción terapéutica ampliamente aceptada y respaldada por evidencia científica.

- Opción 1: "Reposo relativo, antibioticoterapia y nifedipino vía oral." El reposo y la antibioticoterapia no son intervenciones eficaces para prevenir la recurrencia del parto prematuro. El nifedipino es un tocolítico que puede utilizarse, pero la progesterona vaginal se considera una opción más eficaz en este contexto.
- Opción 3: "Cerclaje profiláctico." El cerclaje cervical se utiliza en casos específicos de insuficiencia cervical, pero no es la intervención más eficaz en todas las situaciones de parto prematuro previo.
- Opción 4: "Pesario cervical." El pesario cervical también se utiliza en algunos casos de insuficiencia cervical, pero no es la intervención más eficaz en todas las situaciones de parto prematuro previo.

## MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

69. **Mujer de 29 años sin antecedentes de interés que acude por deseo gestacional de más de dos años. Refiere reglas regulares de 4 días de duración con dismenorrea que le impide su actividad habitual, dolor a la defecación y dispareunia. ¿Cuál de las siguientes es la sospecha diagnóstica?:**

1. Endometriosis.
2. Insuficiencia ovárica prematura.
3. Síndrome del ovario poliquístico.
4. Esterilidad de origen tubárico.



**Respuesta correcta: 1**




Los síntomas de la paciente, que incluyen reglas regulares con dismenorrea, dolor a la defecación y dispareunia, son altamente sugestivos de endometriosis. La endometriosis es una condición en la cual el tejido similar al endometrio crece fuera del útero y puede causar síntomas como dolor pélvico, dolor menstrual intenso y otros síntomas mencionados.

## MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

70. Acude al servicio de urgencias una puérpera de 32 años (con un parto eutócico hace 2 meses e instauración adecuada de lactancia materna) que presenta dolor, enrojecimiento y calor en la mama derecha, junto con malestar general y un pico febril único de 38 °C. ¿Cuál de las siguientes es la actitud más apropiada?:

1. Retirada de la lactancia con cabergolina y administrar probióticos orales, como el *Lactobacillus fermentum*, durante 1 mes.
2. Antibioticoterapia oral, junto con el vaciado adecuado de la mama.
3. Retirada de la lactancia con cabergolina y antibioticoterapia oral.
4. Antibióticos locales, junto con lavados de la mama con antisépticos.

 **Respuesta correcta: 2**

 Los síntomas de dolor, enrojecimiento, calor en la mama derecha, junto con malestar general y un pico febril, son indicativos de una mastitis, que es una infección de la mama común en mujeres lactantes. La actitud más apropiada es iniciar una antibioticoterapia oral para tratar la infección y asegurar un adecuado vaciado de la mama, lo que puede lograrse mediante la continuación de la lactancia materna o mediante el uso de un extractor de leche. La retirada de la lactancia no suele ser necesaria, y el uso de probióticos no es la intervención principal en este caso.

- Opción 1: "Retirada de la lactancia con cabergolina y administrar probióticos orales, como el *Lactobacillus fermentum*, durante 1 mes." La retirada de la lactancia no es necesaria en la mayoría de los casos de mastitis, y el uso de cabergolina y probióticos no es la primera línea de tratamiento.
- Opción 3: "Retirada de la lactancia con cabergolina y antibioticoterapia oral." La retirada de la lactancia no suele ser necesaria, y la antibioticoterapia oral es apropiada, pero no es necesario el uso de cabergolina en este contexto.
- Opción 4: "Antibióticos locales, junto con lavados de la mama con antisépticos." El tratamiento local con antibióticos y antisépticos no es la primera línea de tratamiento y generalmente se reserva para casos graves o cuando la infección no responde al tratamiento oral.


## MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

71. Gestante de 37 semanas, fumadora, que acude a urgencias por sangrado vaginal similar a la regla, sin otros síntomas. No tiene antecedentes de interés salvo

una cesárea. No se ha controlado la gestación. A la exploración se objetiva un sangrado constante, activo y brillante. El registro cardiotocográfico muestra un patrón activo reactivo, línea de base de 140 latidos por minuto, variabilidad a corto plazo normal, sin dinámica. Señale la afirmación correcta:

1. Ante la sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, indica cesárea urgente.
2. Ante la sospecha de placenta previa oclusiva total, indica finalización de la gestación mediante cesárea.
3. Ante la sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, indica finalización mediante parto vaginal dado que el monitor es tranquilizador.
4. Ante la sospecha de una rotura uterina, indica cesárea urgente.

 **Respuesta correcta: 2**


 Los síntomas de sangrado vaginal constante y activo en una gestante de 37 semanas pueden ser indicativos de una placenta previa oclusiva total, que es una complicación grave en la que la placenta cubre completamente el orificio cervical interno. En este caso, la cesárea es la intervención de elección para finalizar la gestación de manera segura, ya que el parto vaginal podría ser peligroso debido al riesgo de hemorragia masiva.

## MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

72. Gestante de 29 semanas remitida por sospecha de crecimiento intrauterino restringido (CIR). En la ecografía se observa un peso fetal estimado en el percentil 1 con Doppler de la arteria umbilical con onda de velocidad de flujo con diástole revertida. ¿En qué momento se aconseja la finalización de la gestación?:

1. Se trata de un feto pequeño para la edad gestacional: finalización a las 40 semanas.
2. Se trata de un feto CIR tipo 1: finalización a las 37 semanas.
3. Se trata de un feto CIR tipo 2: finalización a las 34 semanas.
4. Se trata de un feto CIR tipo 3: finalización a las 30 semanas.

 **Respuesta correcta: 4**

 El crecimiento intrauterino restringido (CIR) se clasifica en varios tipos según la gravedad. En el caso de un feto CIR tipo 3, que se caracteriza por una


restricción severa del crecimiento y hallazgos anormales en el Doppler de la arteria umbilical, se aconseja la finalización de la gestación a las 30 semanas para minimizar los riesgos asociados con la restricción del crecimiento fetal. No es apropiado esperar hasta las 40 semanas en un caso de CIR tipo 3 debido al riesgo significativo para el feto.

## MIR 2024 Pediatría

73. En relación con la tos ferina producida por la *Bordetella pertussis* señale la afirmación correcta:

1. En la exploración clínica de la tos ferina es habitual la presencia de sibilancias en la auscultación pulmonar.
2. La azitromicina es el antibiótico de elección para el tratamiento en todos los grupos de edad.
3. El "gallo" (esfuerzo inspiratorio masivo) se produce fundamentalmente en los niños menores de 2 meses de edad.
4. Los vómitos posteriores al episodio paroxístico de tos son extremadamente raros.

 **Respuesta correcta: 2**


 La azitromicina es el antibiótico de elección para el tratamiento de la tos ferina en todas las edades. Es eficaz en el tratamiento de la infección por *Bordetella pertussis* y se utiliza para reducir la duración y la gravedad de los síntomas, así como para prevenir la transmisión de la enfermedad. La tos ferina no suele asociarse con sibilancias en la auscultación pulmonar (opción 1 incorrecta). El "gallo" puede ocurrir en diferentes grupos de edad, no se limita a los niños menores de 2 meses (opción 3 incorrecta). Los vómitos después de los episodios paroxísticos de tos son comunes en la tos ferina debido a la intensidad de la tos (opción 4 incorrecta).

## MIR 2024 Infectología

74. Paciente de 3 años que acude a urgencias de un hospital. En el triángulo de evaluación pediátrica muestra alteración de 2 lados: apariencia y circulatorio. En la exploración destaca una presión arterial de 60/30 mmHg y un exantema eritematoso macular generalizado. Los exámenes complementarios muestran elevación de urea y creatinina, alargamiento del tiempo de protrombina, fibrinógeno bajo, plaquetas 50.000/mm<sup>3</sup> y elevación de transaminasas. En el hemocultivo se aísla estreptococo del grupo A. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Fascitis estreptocócica.
2. Glomerulonefritis postestreptocócica.
3. Shock tóxico estreptocócico.
4. Escarlatina.

 **Respuesta correcta: 3**


 Los hallazgos de presión arterial baja, exantema eritematoso macular generalizado, elevación de urea y creatinina, alargamiento del tiempo de protrombina, fibrinógeno bajo, plaquetas bajas, elevación de transaminasas y la presencia de estreptococo del grupo A en el hemocultivo son consistentes con el diagnóstico de shock tóxico estreptocócico. Esta es una enfermedad grave causada por la toxina producida por algunas cepas de *Streptococcus pyogenes* y puede llevar a una insuficiencia multiorgánica.

## MIR 2024 Pediatría

75. Acerca de la bronquiolitis aguda en la infancia, señale la respuesta correcta:

1. El virus respiratorio sincitial (VRS) es la segunda causa de bronquiolitis aguda y neumonía vírica en menores de 1 año.
2. Se recomienda la administración de palivizumab para proteger a niños con riesgo alto contra las complicaciones graves de la enfermedad por el VRS.
3. La bronquiolitis se produce por obstrucción y colapso de las vías respiratorias de mediano y gran calibre durante la espiración.
4. El tratamiento se basa en aerosoles de suero salino hipertónico, adrenalina y/o beta-2 agonistas según la gravedad.

 **Respuesta correcta: 2**


 El virus respiratorio sincitial (VRS) es una causa importante de bronquiolitis en la infancia y puede ser grave en ciertos grupos de riesgo, como prematuros y aquellos con enfermedades pulmonares crónicas. El palivizumab es un anticuerpo monoclonal que se utiliza para la profilaxis del VRS en niños con alto riesgo de complicaciones graves. Es una medida preventiva recomendada para proteger a estos niños. La bronquiolitis afecta a las vías respiratorias de menor calibre, no a las de mediano y gran calibre.

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

76. Niña de 10 años que presenta en un análisis una importante elevación de transaminasas, que persiste en controles posteriores. Entre los estudios complementarios destaca la presencia en sangre de anticuerpos antimicrosómicos de hígado-riñón tipo 1 (anti-LKM-1). El cuadro que presenta tiene todas las características siguientes, EXCEPTO una de las siguientes:

1. Hipogammaglobulinemia.
2. En la biopsia hepática presentará una típica hepatitis de interfase.
3. Es más frecuente en el sexo femenino.
4. Se trata de una hepatitis autoinmune tipo 2.

 **Respuesta correcta: 1**


 La niña presenta elevación de transaminasas, anticuerpos antimicrosómicos de hígado-riñón tipo 1 (anti-LKM-1) y probablemente una hepatitis autoinmune tipo 2. En la biopsia hepática presentará una típica hepatitis de interfase (opción 2 correcta). La hepatitis autoinmune es más común en mujeres, por lo que esta afirmación 3 es correcta. La opción 4 es también correcta.

## MIR 2024 Pediatría

77. Paciente de 2 años con fiebre, conjuntivitis, rinorrea y tos repetitiva. Su estado vacunal es desconocido. En la exploración presenta en la mucosa oral, a la altura de los premolares, puntos de color blanco azulado rodeados de un halo eritematoso. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

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

 **Respuesta correcta: 4**

 Los síntomas de fiebre, conjuntivitis, rinorrea, tos repetitiva y la presencia de puntos de color blanco azulado rodeados de un halo eritematoso en la mucosa oral (manchas de Koplik) son característicos del sarampión. Este es un virus altamente contagioso que puede causar una serie de síntomas, incluyendo el exantema que se describe. La enfermedad de Kawasaki (síndrome de los ganglios linfáticos mucocutáneos) provoca la hinchazón de los ganglios y de las membranas mucosas dentro de la boca, la nariz, los ojos y la garganta. Los niños que la padecen pueden tener fiebre alta, manos y pies hinchados con


descamación de la piel, y ojos y lengua rojos. La escarlatina presenta una erupción cutánea parecida a una quemadura por el sol y se siente como papel de lija. Generalmente comienza en la cara o en el cuello y se extiende al tronco, los brazos y las piernas. La lengua generalmente se ve de color rojo y abultada. La rubeola puede causar síntomas similares, pero no suele presentar puntos de color blanco azulado en la mucosa oral.

## MIR 2024 Reumatología

78. Niña de 18 meses procedente de un país africano que acaba de ser adoptada y es atendida en consulta para un examen de salud. En la analítica se observan unos niveles de vitamina D muy bajos. Respecto a este hallazgo ¿cuál es el dato exploratorio menos probable?:

1. Persistencia de fontanela anterior.
2. Ensanchamiento de muñecas y rodillas.
3. Hepatomegalia.
4. Genu valgo.

 **Respuesta correcta: 3**


 Los niveles bajos de vitamina D pueden estar relacionados con una variedad de condiciones médicas, pero la hepatomegalia es menos probable como resultado directo de la deficiencia de vitamina D. La persistencia de fontanela anterior, el ensanchamiento de muñecas y rodillas, y el genu valgo pueden estar relacionados con la deficiencia de vitamina D en niños.

## MIR 2024 Pediatría

79. La puntuación de Apgar es un método práctico en la valoración del recién nacido. Incluye todos los siguientes signos EXCEPTO uno. ¿Cuál?:

1. Frecuencia cardíaca.
2. Frecuencia respiratoria.
3. Tono muscular.
4. Color.

 **Respuesta correcta: 2**

 La puntuación de Apgar es un sistema de evaluación utilizado para evaluar la salud de un recién nacido inmediatamente después del parto. Consiste en cinco signos diferentes que se puntúan en una escala de 0 a 2, y luego se suman para obtener una puntuación total. Estos signos son: esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, tono


muscular, respuesta a las gesticulaciones (muecas), reflejo de irritabilidad, que es un término que describe la respuesta a la estimulación, como un leve pinchazo, y color de la piel.

## MIR 2024 Nefrología

**80. Niño de 8 años, atendido por dolor abdominal de 2 días de evolución. La noche anterior presentó una deposición con sangre. Esta mañana se ha levantado con dolor en ambos tobillos, no quiere andar y le han visto unas manchas en las piernas. A la exploración presenta buen estado general, auscultación normal, abdomen doloroso a la palpación sin signos irritación peritoneal. En la esfera ORL solo se aprecia una faringe roja. Presenta lesiones petequiales y equimosis en ambas piernas con inflamación de ambos tobillos. El diagnóstico clínico más probable con los datos aportados es:**

1. Púrpura de Schönlein-Henoch.
2. Sarampión.
3. Enfermedad de Kawasaki.
4. Escarlatina.

 **Respuesta correcta: 1**


 Los hallazgos clínicos descritos, incluyendo dolor abdominal, deposición con sangre, dolor en ambos tobillos, lesiones petequiales y equimosis en las piernas, inflamación de ambos tobillos y faringe roja, son consistentes con la púrpura de Schönlein-Henoch. Esta es una vasculitis sistémica que afecta principalmente a niños y se caracteriza por los síntomas mencionados.

## MIR 2024 Nefrología

**81. El síndrome hemolítico-urémico es una de las causas más frecuentes de insuficiencia renal aguda en niños pequeños. Se caracteriza típicamente por todo lo siguiente, EXCEPTO:**

1. Anemia hemolítica microangiopática.
2. Trombocitopenia.
3. Alargamiento de los tiempos de coagulación (TPTA y protrombina).
4. Puede desencadenarlo una infección previa por *Streptococcus pneumoniae*.

 **Respuesta correcta: 3**

 El síndrome hemolítico-urémico (SHU) es una enfermedad grave que afecta principalmente a niños pequeños y es una de las causas más comunes de insuficiencia renal aguda en esta población. Se caracteriza por tres hallazgos clínicos principales:

- Anemia hemolítica microangiopática: La destrucción de los glóbulos rojos en pequeños vasos sanguíneos da como resultado una anemia hemolítica. Esta anemia se manifiesta como disminución de los niveles de hemoglobina y hematocrito en el análisis de sangre, y puede llevar a síntomas como fatiga, palidez y debilidad.
- Trombocitopenia: El SHU causa una disminución en el número de plaquetas en la sangre, lo que se denomina trombocitopenia. Esto aumenta el riesgo de sangrado y puede manifestarse como moretones fácilmente, sangrado de encías y petequias (puntos rojos en la piel).
- El SHU a menudo se asocia con infecciones previas, especialmente por la bacteria *Escherichia coli* (*E. coli*) productora de toxina Shiga, pero también puede ser causado por otras bacterias, incluyendo *Streptococcus pneumoniae*.


El SHU generalmente no se caracteriza por alargamiento de los tiempos de coagulación, como el tiempo de protrombina (TPT) y el tiempo de tromboplastina parcial activada (TPTA). En cambio, se manifiesta como una tendencia al sangrado debido a la trombocitopenia, pero no afecta directamente a los factores de coagulación.

## MIR 2024 Psiquiatría

**82. Sobre el tratamiento farmacológico de la manía aguda en el trastorno bipolar, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. El litio es igual o ligeramente más eficaz que el valproato.
2. Los antipsicóticos son efectivos tanto en monoterapia como en asociación con eutimizantes.
3. El litio muestra una eficacia similar a los antipsicóticos, aunque con un inicio de acción más rápido.
4. No existe un antipsicótico de elección en el tratamiento.

 **Respuesta correcta: 3**

 El tratamiento farmacológico de la manía aguda en el trastorno bipolar es un área compleja y en constante evolución de la psiquiatría. Las opciones terapéuticas incluyen litio, antipsicóticos, valproato y otros estabilizadores del estado de ánimo. La respuesta 3 es incorrecta porque afirma que el litio muestra una eficacia

similar a los antipsicóticos, aunque con un inicio de acción más rápido, lo cual no es correcto.

## MIR 2024 Psiquiatría

83. Con respecto a la epidemiología de la esquizofrenia, señale la afirmación correcta:

1. Su edad máxima de aparición es a los 40 años.
2. El inicio precoz es más frecuente en varones.
3. Al tratarse de una enfermedad del neurodesarrollo, la importancia de los factores psicosociales en su aparición es despreciable.
4. Las personas que la padecen tienen una probabilidad de 2 a 3 veces menor de morir prematuramente que la población general.



**Respuesta correcta: 2**



El inicio precoz de la esquizofrenia es más frecuente en varones, una afirmación que se sostiene en el ámbito de la psiquiatría y la neurociencia. La esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por una variedad de síntomas cognitivos, emocionales y conductuales. Los estudios epidemiológicos han demostrado consistentemente que el inicio de la esquizofrenia tiende a ocurrir a una edad más temprana en los varones en comparación con las mujeres.

## MIR 2024 Psiquiatría

84. Médico de 50 años que con frecuencia acumula retraso de 2 horas en la consulta, creando algún conflicto, aunque es el que tiene menor cupo de pacientes. Empieza su jornada laboral antes de la hora para planificar y adelantar su trabajo, pero siempre es el último en salir. Explica: “no soporto dejar algo a medias, soy muy perfeccionista, tengo muchas cosas que hacer además de las visitas (burocracia, papeleos) y no tengo tiempo para nada más. No sé cómo lo hacen mis compañeros que tienen familia, aficiones... Yo no tengo tiempo ni para ir al gimnasio. Los fines de semana me quedo en casa, descansando. No tengo vida social.” A la exploración se aprecia una preocupación por los detalles, el orden y las normas, una incapacidad para discernir lo que es urgente y prioritario de lo que no lo es, una conducta inflexible y una incapacidad para delegar. ¿Cuál de las siguientes sería la orientación diagnóstica?:

1. Trastorno esquizoide de la personalidad.
2. Trastorno narcisista de la personalidad.

3. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
4. Trastorno de la personalidad no especificado.



**Respuesta correcta: 3**



Pregunta que ha dado lugar a conflicto por su formulación. Atendiendo únicamente al trastorno mencionado en la respuesta, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOC de la personalidad) se caracteriza por una preocupación excesiva por los detalles, el orden y las normas, así como por una tendencia a la inflexibilidad y la incapacidad para delegar responsabilidades (opción 3 correcta). El trastorno esquizoide de la personalidad se caracteriza por la falta de interés en las relaciones sociales y la preferencia por la soledad. El sujeto de la pregunta sí tiene preocupación por las relaciones interpersonales, aunque estén afectadas por su tendencia obsesiva, por lo que esta opción se descarta (opción 1 incorrecta). El trastorno narcisista de la personalidad se caracteriza por la grandiosidad, la necesidad de admiración y la falta de empatía hacia los demás (opción 2 incorrecta). El trastorno de la personalidad no especificado es una opción demasiado inespecífica para ser la orientación diagnóstica concreta.

## MIR 2024 Psiquiatría

85. La base neurobiológica fundamental de la bulimia nerviosa, en que se apoya también su tratamiento farmacológico habitual, consiste en una disfunción de la neurotransmisión:

1. Serotoninérgica.
2. Dopaminérgica.
3. Histaminérgica.
4. Colinérgica.



**Respuesta correcta: 1**



La base neurobiológica fundamental de la bulimia nerviosa se relaciona principalmente con una disfunción de la neurotransmisión serotoninérgica en el sistema nervioso central. La serotonina es un neurotransmisor que regula el estado de ánimo, el apetito y el control de impulsos. En individuos con bulimia nerviosa, se ha observado una disminución de los niveles de serotonina, lo que puede contribuir a la aparición de episodios de atracones y purgas característicos de esta enfermedad. En consecuencia, el tratamiento farmacológico habitual para la bulimia nerviosa a menudo implica medicamentos que aumentan la disponibilidad de serotonina en el cerebro, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Estos medicamentos ayudan a regular el apetito, el control de impulsos y el estado


de ánimo, lo que puede ser beneficioso en el tratamiento de la bulimia nerviosa.

### MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

86. **Mujer de 87 años que padece una enfermedad de Alzheimer en grado moderado e hipertensión arterial. Sufre también una incontinencia de orina que se ha ido agravando en las últimas semanas, para la que se le ha prescrito recientemente un fármaco anticolinérgico (oxibutinina). ¿Qué problema puede desencadenar con más frecuencia la toma de este fármaco?:**

1. La aparición de delirium.
2. La aparición de bloqueo aurículo-ventricular.
3. La aparición de crisis hipertensivas.
4. La aparición de un síndrome de Sjögren.

 **Respuesta correcta: 1**


 La oxibutinina es un anticolinérgico que se utiliza para tratar la incontinencia urinaria. Sin embargo, en pacientes ancianos, especialmente aquellos con enfermedades como el Alzheimer y la hipertensión arterial, los fármacos anticolinérgicos pueden tener efectos secundarios graves, como la inducción de delirium (también conocido como síndrome confusional agudo). El delirium se caracteriza por un deterioro agudo y fluctuante del estado mental, confusión, desorientación, alucinaciones y cambios en la atención y el pensamiento. Los pacientes ancianos son particularmente susceptibles al delirium cuando se exponen a medicamentos anticolinérgicos debido a su vulnerabilidad y a la posibilidad de interacciones con otras condiciones médicas.

### MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

87. **Valoramos en urgencias a una persona adulta que se encuentra irritable, bostezando, con quejas de dolor muscular y calambres. Está nauseosa y tiene lagrimeo llamativo. Las pupilas están midriáticas. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:**

1. Intoxicación por benzodiazepinas.
2. Abstinencia de opiáceos.
3. Intoxicación por cannabis.
4. Abstinencia de alcohol.

 **Respuesta correcta: 2**


 Los síntomas descritos, incluyendo irritabilidad, bostezos, dolor muscular, calambres, náuseas, lagrimeo llamativo y pupilas midriáticas, son consistentes con la abstinencia de opiáceos. La abstinencia de opiáceos es un conjunto de síntomas que ocurren cuando una persona que ha estado usando opiáceos de manera crónica deja de consumirlos o reduce bruscamente su consumo. Estos síntomas pueden ser muy incómodos y, en algunos casos, graves. La intoxicación por benzodiazepinas suele presentar síntomas como sedación excesiva, confusión y disminución del nivel de conciencia.

### MIR 2024 Psiquiatría

88. **Los criterios DSM-5 para el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor requieren la presencia de al menos uno de dos de los síntomas principales de la enfermedad. ¿Cuál de los siguientes es uno de esos síntomas principales?:**

1. Agitación.
2. Insomnio.
3. Anergia.
4. Anhedonia.

 **Respuesta correcta: 4**

 Dentro de los criterios DSM-5 para el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, uno de los síntomas principales requeridos es la anhedonia, que se refiere a la incapacidad de experimentar placer o interés en actividades que antes eran gratificantes. Es un síntoma característico de la depresión. La agitación, insomnio y anergia pueden ser síntomas de la depresión en algunos casos, pero no son unos de los síntomas principales requeridos para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor según el DSM-5.

### MIR 2024 Psiquiatría


89. **Hombre de 33 años, soltero, vive en pareja desde hace 10 años. Operario de profesión. Muy buena relación con su familia de origen, cierta dependencia emocional de la madre. Desde hace un año presenta un aumento de preocupación por cualquier aspecto de su vida y está muy inquieto y en ocasiones irritable. Se siente agotado, tenso y enfermo, por lo que el último año ha acudido un par de veces a urgencias. Además, tiene sensación de falta de control, rumiaciones, ansiedad anticipatoria, tristeza y apatía. El cuadro clínico se inició cuando la empresa en la**



que trabaja inició un expediente de regulación de empleo. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Trastorno distímico.
2. Trastorno de ansiedad generalizada.
3. Episodio depresivo mayor.
4. Trastorno por somatización.

 **Respuesta correcta: 2**


 El cuadro clínico descrito en el caso del hombre de 33 años es consistente con el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), que se caracteriza por preocupación excesiva, inquietud, irritabilidad, fatiga, sensación de falta de control, rumiaciones, ansiedad anticipatoria y síntomas somáticos. El estrés relacionado con la situación laboral puede contribuir al desarrollo o exacerbación de los síntomas.

## MIR 2024 Neurología y Neurocirugía

90. Dentro de la exploración neurológica el término astereognosia hace referencia a:

1. La incapacidad de reconocer la forma, el tamaño, el peso y la textura de un objeto por la palpación a ciegas, siendo normales las sensibilidades básicas.
2. La incapacidad de localizar en el cuerpo un estímulo táctil superficial.
3. La pérdida de la capacidad sensitiva de discriminación entre dos estímulos simultáneos que habitualmente se reconocen como independientes.
4. La situación que se da cuando se estimula de manera simultánea en dos puntos simétricos y solo se percibe uno de los estímulos.

 **Respuesta correcta: 1**

 La astereognosia se refiere a la incapacidad de reconocer la forma, el tamaño, el peso y la textura de un objeto por la palpación a ciegas, mientras que las sensibilidades básicas, como el tacto y la percepción de la temperatura y el dolor, son normales. Es una función sensorial específica que se evalúa en la exploración neurológica y puede indicar disfunción en áreas específicas del cerebro, como la corteza parietal.


## MIR 2024 Neurología y Neurocirugía

91. Adolescente de 15 años que comienza con crisis mioclónicas, sobre todo en los brazos, más frecuentes al despertar, que suelen aparecer tras la privación del

sueño o la ingesta de alcohol. Tras las mioclonías presenta algunas veces una crisis convulsiva generalizada. En el EEG se objetivan complejos de punta-onda y polipunta-onda con gran fotosensibilidad. De los siguientes ¿cuál sería el fármaco antiepiléptico más indicado para comenzar el tratamiento?:

1. Clonazepam.
2. Carbamazepina.
3. Etosuximida.
4. Ácido valproico.

 **Respuesta correcta: 4**


 El paciente presenta crisis mioclónicas, sobre todo en los brazos, que son más frecuentes al despertar y que a veces se acompañan de crisis convulsivas generalizadas. Además, en el EEG se observan complejos de punta-onda y polipunta-onda con gran fotosensibilidad. Estos hallazgos son consistentes con el diagnóstico de epilepsia mioclónica juvenil (EMJ). El fármaco antiepiléptico de elección en el tratamiento de la EMJ es el ácido valproico debido a su eficacia en el control de las crisis mioclónicas y su capacidad para tratar las convulsiones generalizadas asociadas.

## MIR 2024 Neurología y Neurocirugía

92. Mujer de 50 años que refiere dificultad para conciliar el sueño por intraquietud y parestesias en las piernas. La exploración física y neurológica es normal. Su tratamiento NO debería incluir:

1. Metilfenidato.
2. Suplementos de hierro, en caso de ferropenia.
3. Agonistas dopaminérgicos.
4. Pregabalina.

 **Respuesta correcta: 1**

 La paciente refiere dificultad para conciliar el sueño, intraquietud y parestesias en las piernas. Estos síntomas son consistentes con el síndrome de piernas inquietas (SPI). El tratamiento del SPI generalmente no incluye metilfenidato, que es un estimulante del sistema nervioso central utilizado en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El tratamiento del SPI suele involucrar suplementos de hierro en caso de deficiencia de hierro, agonistas dopaminérgicos y, en algunos casos, pregabalina.

## MIR 2024 Infectología

93. Niño de 7 años que acude a urgencias por un cuadro de 12 horas de evolución de fiebre, cefalea, rigidez de nuca y petequias en tronco y piernas, con importante afectación del estado general. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. Es esperable encontrar diplococos grampositivos en el líquido cefalorraquídeo.
2. La etiología mas probable es el neumococo.
3. Será necesario hacer quimioprofilaxis en las personas que hayan estado en contacto íntimo con el paciente.
4. El tratamiento empírico inicial más apropiado es el aciclovir.



**Respuesta correcta: 3**



El cuadro clínico descrito en el niño con fiebre, cefalea, rigidez de nuca y petequias en tronco y piernas es altamente sugestivo de una posible meningitis bacteriana, que puede ser causada por diferentes bacterias, incluyendo *Neisseria meningitidis* (meningococo). En casos de meningitis bacteriana meningocócica, es esencial realizar la quimioprofilaxis para las personas que hayan estado en contacto íntimo con el paciente, ya que esta infección puede ser altamente contagiosa y potencialmente mortal. El tratamiento de elección para la meningitis bacteriana es un antibiótico, no un antiviral.

## MIR 2024 Neurología y Neurocirugía

94. Hombre de 67 años con deterioro brusco del nivel de conciencia, encontrándose obnubilado. Presenta alteración visual, con ptosis y midriasis del ojo derecho asociados a pérdida de visión en ojo derecho, sólo cuenta dedos con ojo izquierdo. La TC craneal muestra una lesión hemorrágica que agranda y deforma la silla turca, con cierta extensión supraselar. En relación con este cuadro clínico, señale la respuesta INCORRECTA:

1. El tratamiento quirúrgico por vía endoscópica transnasal urgente podría mejorar el pronóstico visual y de afectación de pares.
2. Suele cursar con hiperfunción hormonal.
3. Este cuadro clínico puede aparecer también en mujeres tras el parto.
4. Suele producirse cuando de base hay una tumoración previa.



**Respuesta correcta: 2**



En el caso descrito, se menciona que el paciente presenta ptosis y midriasis del ojo derecho, asociados a una pérdida de visión en el ojo derecho. Estos síntomas son característicos de un síndrome de compresión del quiasma óptico debido a una lesión en la silla turca, que puede ser causada por un adenoma hipofisario que agranda y deforma la silla turca. Al comprimir la glándula puede producir hipofunción hormonal.

## MIR 2024 Neurología y Neurocirugía

95. Mujer de 45 años que presenta un dolor de características lancinantes en hemicara derecha. El dolor se despierta al tocarse, lavarse o cepillarse los dientes. No le duele por la noche. Señale la respuesta INCORRECTA:

1. El tratamiento más efectivo es la descompresión quirúrgica si existe contacto neurovascular.
2. La carbamazepina sigue siendo el tratamiento de elección.
3. Tanto la radiocirugía como los procedimientos ablativos (p.ej. radiofrecuencia) tienen riesgo de recidiva.
4. Es frecuente la pérdida de sensibilidad asociada al dolor.



**Respuesta correcta: 4**




La respuesta 4 es incorrecta. La pérdida de sensibilidad no es un síntoma típico de la neuralgia del trigémino. La neuralgia del trigémino es una afección caracterizada por episodios recurrentes e intensos de dolor facial en uno de los lados de la cara, en este caso, en hemicara derecha. Los pacientes con neuralgia del trigémino experimentan dolor extremo en la zona afectada, pero generalmente no presentan pérdida de sensibilidad en la piel o en otras áreas faciales. Más bien, el dolor es desencadenado por estímulos táctiles o movimientos faciales y puede ser extremadamente debilitante. El resto de opciones son correctas.

## MIR 2024 Psiquiatría

96. ¿Cuál de los siguientes fármacos se asocia a una reducción del delirium en las unidades de cuidados intensivos?:

1. Cisatracurio.
2. Dexmedetomidina.
3. Midazolam.
4. Venlafaxina.

 **Respuesta correcta: 2**


 La dexmedetomidina es un fármaco que se ha asociado a una reducción del delirium en las unidades de cuidados intensivos (UCI). El delirium es una alteración aguda y fluctuante del estado mental que puede afectar a los pacientes críticamente enfermos en la UCI. La dexmedetomidina es un agonista alfa-2 adrenérgico que se utiliza como sedante y ha demostrado tener efectos positivos en la prevención y el tratamiento del delirium en pacientes de UCI, en comparación con otros sedantes como el midazolam o el propofol. El cisatracurio es un relajante muscular utilizado en la UCI para la sedación y el manejo de la ventilación mecánica, pero no tiene un efecto directo en la reducción del delirium. Aunque el midazolam es un sedante utilizado en la UCI, no se ha asociado directamente con la reducción del delirium en la misma medida que la dexmedetomidina. La venlafaxina es un antidepresivo que no se utiliza como tratamiento principal para el delirium en la UCI.

**MIR 2024 Infectología**

97. **Hombre de 59 años que ingresa en UCI por insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica secundaria a neumonía comunitaria grave. Por fracaso respiratorio, precisa sedación y conexión a ventilación mecánica invasiva. Tiene como antecedente laboral el trabajar en una granja de cerdos, por lo que empíricamente se decide cubrir un estafilococo aureus meticilin resistente hasta tener los cultivos de las secreciones respiratorias. ¿Cuál de los siguientes antibióticos iniciaría empíricamente como monoterapia antimicrobiana?:**

1. Piperacilina-tazobactam.
2. Ceftarolina.
3. Cefazolina.
4. Cefotaxima.

 **Respuesta correcta: 2**

 El paciente ingresó en la UCI por insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica secundaria a una neumonía comunitaria grave. Debido a su antecedente laboral en una granja de cerdos, se sospecha la posibilidad de una infección por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente (SARM) como una causa posible. Por lo tanto, se requiere una cobertura empírica adecuada para esta bacteria. La ceftarolina es un antibiótico de cefalosporina de quinta generación que tiene actividad contra el SARM y sería una elección adecuada para iniciar el tratamiento antimicrobiano empírico en este paciente. El resto no son la


elección preferida o efectiva para la cobertura de SARM la cobertura necesaria en este caso.

**MIR 2024 Traumatología y Cirugía Ortopédica**

98. **Paciente de 27 años que sufre un accidente de alto impacto con patinete eléctrico en la calle. A la llegada a urgencias está consciente y orientado, Glasgow 15, con tendencia a la hipotensión. En la exploración inicial presenta impotencia funcional con un balance muscular según Daniels de 5 en todos los grupos de extremidades superiores. En extremidades inferiores psoas 5, cuádriceps 3, tibial anterior, triceps sural y extensores del dedo gordo 0 bilateral. De las siguientes, la sospecha diagnóstica inicial es:**

1. Fractura-luxación de C7-T1
2. Fractura estallido de L2 con afectación neurológica.
3. Isquemia medular lumbar secundaria al traumatismo.
4. Fractura estallido de T12 con afectación medular completa.

 **Respuesta correcta: 2**


 En este caso, el paciente ha sufrido un accidente de alto impacto con un patinete eléctrico y presenta impotencia funcional en las extremidades inferiores, con debilidad muscular en los grupos musculares de las piernas. Esta debilidad y los hallazgos neurológicos sugieren una lesión en la médula espinal. La fractura estallido de L2 con afectación neurológica es una sospecha diagnóstica inicial adecuada en este contexto. La fractura estallido implica una compresión severa de la vértebra y puede causar daño a la médula espinal, lo que explicaría los síntomas neurológicos observados en las extremidades inferiores. Los síntomas sugieren una lesión a nivel lumbar, no cervical. El resto de respuestas son incorrectas.

**MIR 2024 Traumatología y Cirugía Ortopédica**

99. **Niña de 12 años sin antecedentes relevantes, con menarquia hace 4 meses, que acude a la consulta de rehabilitación derivada por su pediatra tras encontrar una asimetría de hombros en la revisión anual. En la exploración física presenta una asimetría de la altura de los hombros y de las caderas con test de Adams positivo. De las siguientes, la actitud correcta a seguir es:**

1. Solicitar un escoliograma en bipedestación y en función de los grados de Cobb decidir tratamiento con corsé.
2. Proponer una revisión en 6 meses con un escoliograma en decúbito.
3. Derivar a fisioterapia para estiramientos y masajes del raquis.
4. Recomendar natación para corregir y revisión en 6 meses.

 **Respuesta correcta: 1**


 En este caso, la niña presenta asimetría de hombros y caderas con un test de Adams positivo, lo que sugiere la posibilidad de una escoliosis. La actitud correcta a seguir en este escenario es solicitar un escoliograma en bipedestación para evaluar la magnitud de la curva escoliótica y determinar si es necesario un tratamiento con corsé. Los escoliómetros de Cobb se utilizan para medir la magnitud de la curva escoliótica, y en función de los grados de Cobb, se decide si se requiere tratamiento conservador, como el uso de corsé. El seguimiento adecuado es fundamental para detectar y tratar a tiempo cualquier progresión de la escoliosis. Es la respuesta más correcta.

**MIR 2024 Traumatología y Cirugía Ortopédica**

**100. Mujer de 52 años, carnicera de profesión, sin antecedentes de interés ni caídas, que presenta dolor en el hombro de 4 meses de evolución al levantar el brazo. El dolor es de características inflamatorias y las maniobras de impingement positivas. Señale la actitud INCORRECTA:**

1. Iniciar tratamiento con AINE, solicitar una ecografía y derivar a rehabilitación
2. Derivar a un cirujano especialista para hacer una artroscopia de hombro.
3. Si hay limitación pasiva del balance articular, con la sospecha de capsulitis adhesiva, derivar a rehabilitación urgente para movilizaciones pasivas.
4. Se sospecha una lesión del manguito de los rotadores (supraespinoso con bursitis subacromial), por lo que hay que potenciar la musculatura descoaptante del hombro.

 **Respuesta correcta: 2**

 La opción 2 es incorrecta porque, si bien la derivación a un especialista en cirugía de hombro podría ser una opción en algunos casos de dolor en el hombro, no es la primera línea de manejo para esta


condición específica. En el manejo inicial del dolor en el hombro el resto de respuestas son la actitud a seguir.

**MIR 2024 Traumatología y Cirugía Ortopédica**

**101. Mujer de 56 años que consulta porque hace 4 meses se torció el tobillo en la playa y desde entonces no ha dejado de molestarle. Se cansa subiendo escaleras y le cuesta usar calzado plano. En la exploración presenta dolor en el seno del tarso, el talón y la cara medial del tobillo. Al examen podoscópico presenta el talón en valgo, aunque corrige de puntillas. La estructura más probablemente afecta es:**

1. El tendón del músculo tibial posterior.
2. El ligamento peroneo-astragalino anterior.
3. El tendón del músculo flexor largo del dedo gordo.
4. El ligamento intertalocalcáneo.

 **Respuesta correcta: 1**

 La paciente presenta dolor en el seno del tarso, el talón y la cara medial del tobillo, lo que sugiere una afección en la región del tobillo y pie. Además, la paciente muestra un talón en valgo y la corrección de puntillas, lo que indica una disfunción del tendón del músculo tibial posterior. Este tendón es fundamental para el soporte del arco longitudinal medial del pie y su disfunción puede causar una deformidad en valgo del retropie.

**MIR 2024 Traumatología y Cirugía Ortopédica**

**102. Cuidadora de personas mayores de 55 años, sin antecedentes de interés, diestra, que refiere dolor y acorchamiento en cara palmar de ambas manos, peor en la derecha, con predominio nocturno, así como sensación de gran hinchazón al despertarse por las mañanas, siendo algo más intenso en los dedos 2º y 3º. No refiere ningún otro síntoma en miembros superiores ni en cuello. ¿De las siguientes, cuál es la primera sospecha diagnóstica?:**

1. Espondiloartrosis cervical C5-C6.
2. Compresión cubital epitrocLEAR.
3. Hernia discal cervical C6-C7.
4. Síndrome del túnel carpiano.

 **Respuesta correcta: 4**

**i** Los síntomas de dolor y acorchamiento en la cara palmar de la mano, con predominio nocturno, sugieren una compresión nerviosa en la muñeca, característica del síndrome del túnel carpiano. Además, la sensación de hinchazón al despertar es un síntoma común en este trastorno debido a la acumulación de líquido en el túnel carpiano durante la noche. El resto de respuestas no son correctas.

## MIR 2024 Traumatología y Cirugía Ortopédica

**103. Acude de nuevo a urgencias una mujer de 67 años que ayer fue tratada de una fractura del extremo distal del radio izquierdo mediante reducción cerrada bajo anestesia focal y yeso antebraquial. Aqueja dolor insoportable, que aumenta cuando se le mueven los dedos; efectivamente es incapaz de movilizar activamente los dedos y estos están muy hinchados. ¿Qué complicación debemos tratar inmediatamente?:**

1. Síndrome de dolor regional complejo.
2. Síndrome compartimental local.
3. Rotura tendinosa de extensores.
4. Desplazamiento secundario de la fractura.

**✓ Respuesta correcta: 2**

**i** La paciente presenta dolor insoportable, incapacidad para mover activamente los dedos y una marcada hinchazón después de una fractura de radio tratada con reducción cerrada y yeso antebraquial. Estos síntomas sugieren un síndrome compartimental local, donde la presión dentro del compartimento aumenta, lo que compromete la circulación sanguínea y causa dolor e hinchazón. El Síndrome de dolor regional complejo de la opción 1, no se presenta inmediatamente después de una fractura y sus síntomas no son consistentes con la descripción de la paciente. La opción 3 de ruptura de los tendones extensores podría causar dificultad para extender los dedos, pero no explicaría la hinchazón extrema y el dolor insoportable. La opción 4, aunque el desplazamiento de la fractura puede ser un problema, no explica los síntomas neurológicos y circulatorios graves que presenta la paciente.

## MIR 2024 Traumatología y Cirugía Ortopédica

**104. Paciente de 73 años activo, que presenta dolor de intensidad EVA 8-9 en el hombro derecho (miembro dominante) con pérdida de movilidad. Se realiza una radiografía y una RM que muestran una rotura completa del manguito rotador con ascenso de la**

**cabeza humeral y erosión (acetabulización) del borde inferior del acromion. ¿Cuál de las siguientes es la actitud terapéutica más adecuada?:**

1. Prótesis anatómica de hombro.
2. Infiltración del resto de manguito con células mesenquimales.
3. Reparación artroscópica del manguito rotador mediante anclajes en doble hilera.
4. Prótesis invertida de hombro.

**✓ Respuesta correcta: 4**

**i** La paciente de 73 años con una rotura completa del manguito rotador y erosión del borde inferior del acromion es un candidato adecuado para una prótesis invertida de hombro. Esta opción es la más apropiada ya que ofrece una solución eficaz para restaurar la función del hombro en casos de roturas masivas del manguito rotador y desgaste del acromion. En este caso una prótesis anatómica no sería la opción ideal ya que no proporcionaría una estabilidad adecuada. La opción 2 no abordaría adecuadamente la ruptura completa del manguito rotador y la erosión del acromion, y es menos efectiva en casos graves. La opción 3 puede ser adecuada para ciertos casos de rotura del manguito rotador, pero no es la elección preferida cuando hay un desgaste significativo del acromion y la cabeza humeral se ha elevado.

## MIR 2024 Traumatología y Cirugía Ortopédica

**105. Niña de 6 años que estaba celebrando un cumpleaños en un castillo hinchable, cayendo sobre el brazo extendido. Acude a urgencias con dolor y deformidad a nivel del húmero distal derecho e impotencia funcional del codo. A la exploración no se palpa pulso radial, el relleno capilar de los dedos es de 2 segundos y el color de la mano es sonrosado. La actitud más recomendable es:**

1. Realizar una arteriografía de la arteria humeral.
2. Reducir y fijar la fractura en quirófano y observar la respuesta vascular.
3. Proceder a la exploración quirúrgica de la arteria humeral.
4. Hacer una ecografía Doppler de la arteria radial a nivel de la muñeca.

**✓ Respuesta correcta: 2**

**i** La paciente ha sufrido una fractura en el húmero distal derecho y presenta la ausencia de pulso radial, relleno capilar lento en los dedos y deformidad en el codo. Estos signos sugieren una posible lesión vascular. La


actitud más adecuada es reducir y fijar la fractura en quirófano para alinear los fragmentos óseos y luego observar la respuesta vascular. Esto permite abordar tanto la fractura como la posible lesión vascular en el mismo procedimiento. La arteriografía sería una opción después de confirmar la necesidad de intervención vascular, pero no abordaría la fractura de manera inmediata. Lo mismo con el resto de opciones.

## MIR 2024 Traumatología

**106. Neonato de 3 semanas que presenta un reflejo de Moro asimétrico. Parto vaginal de madre primípara, peso al nacer 4.600 g. Se palpa un bulto en la clavícula derecha y mantiene el hombro derecho en aducción, con el codo extendido y flacidez de muñeca y dedos de la mano derecha. En la radiografía de tórax realizada al nacer se observa una elevación del hemidiafragma derecho. Es signo de mal pronóstico la existencia de:**

1. Ausencia de contracción del bíceps a esta edad.
2. Una fractura de clavícula ipsilateral.
3. Un síndrome de Horner ipsilateral.
4. Una luxación congénita de la cadera ipsilateral.

 **Respuesta correcta: 3**

 La descripción del neonato sugiere una lesión en el plexo braquial, que puede causar un síndrome de Horner ipsilateral, caracterizado por ptosis (caída del párpado superior), miosis (constricción pupilar) y anhidrosis (falta de sudoración) en el lado afectado. Este síndrome puede ser un signo de daño neurológico significativo en el recién nacido y tener un mal pronóstico. \* Opción 1 - Ausencia de contracción del bíceps a esta edad: Esta respuesta no se relaciona directamente con la descripción clínica dada en el caso del neonato y no es específica del pronóstico. \* Opción 2 - Una fractura de clavícula ipsilateral: Si bien una fractura de clavícula puede estar presente, no es un indicador de mal pronóstico neurológico. \* Opción 4 - Una luxación congénita de la cadera ipsilateral: La luxación de cadera no se relaciona directamente con la descripción clínica dada y no es un indicador de pronóstico neurológico en este contexto.


## MIR 2024 Neurología y Neurocirugía

**107. Hombre de 62 años sin antecedentes de interés y profesión sedentaria, que consulta por dolor muy intenso, incapacitante, en región lumbar, de 1 semana de evolución, irradiado a nalga, cara posterior de muslo izquierdo y cara anterolateral de pierna**

**izquierda. El signo de Lasègue es negativo y no presenta déficit de fuerza en las extremidades inferiores. La actitud terapéutica más adecuada, de entre las siguientes, es:**

1. Remitir de forma urgente a neurocirugía para pruebas de imagen y valoración quirúrgica.
2. Realizar radiografía y resonancia magnética urgentes de raquis lumbar.
3. Pautar un antiinflamatorio no esteroideo a dosis alta, evitar el reposo en cama, calor local suave y revisión en 2 semanas.
4. Solicitar un electromiograma preferente de extremidades inferiores.

 **Respuesta correcta: 3**


 El paciente presenta dolor lumbar sin signos de compresión radicular ni déficit neurológico, lo que sugiere una lumbalgia inespecífica. En estos casos, la terapia conservadora, como la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) a dosis altas, el mantenimiento de la actividad física y el calor local suave, es la primera línea de tratamiento recomendada. La revisión en 2 semanas permite evaluar la respuesta al tratamiento y realizar estudios de imagen si es necesario. No hay indicación de una emergencia quirúrgica ni de pruebas de urgentes en este caso, ya que no hay signos de compresión radicular ni déficit neurológico.

## MIR 2024 Hematología

**108. Mujer de 60 años de edad diagnosticada de una enfermedad autoinmune. En la exploración física presenta aumento de tamaño bilateral de parótidas, vasculitis cutánea y test de Schirmer en ojo derecho 2 mm, ojo izquierdo 1 mm (por debajo de lo normal). En la analítica destaca factor reumatoide positivo, VSG 30 mm (1-20), PCR 1,3 (0-0,5), anticuerpos antinucleares positivos con patrón moteado fino, anti Ro y anti La positivos e hipocomplementemia. ¿Cuál de estas enfermedades tiene más riesgo de desarrollar durante la evolución de la enfermedad?:**

1. Leucemia linfoblástica aguda.
2. Linfoma de células B.
3. Leucemia de células NK.
4. Linfoma no Hodgkin de células T.

 **Respuesta correcta: 2**

 La paciente presenta varios hallazgos sugestivos de síndrome de Sjögren, incluyendo aumento de tamaño de las glándulas parótidas, vasculitis cutánea, test


de Schirmer anormalmente bajo y anticuerpos anti-Ro y anti-La positivos. Los pacientes con síndrome de Sjögren tienen un riesgo aumentado de desarrollar linfoma de células B, lo que lo convierte en una complicación grave de la enfermedad autoinmune. Entre las respuestas es la complicación más común en el síndrome de Sjögren.

### MIR 2024 Reumatología

109. Hombre de 50 años que consulta por dolor lumbar de 6 meses de evolución que no mejora con el reposo, incluso le despierta por la noche, con rigidez lumbar matutina de más de una hora de duración. ¿Cuál de las siguientes imágenes es más probable encontrar en una radiografía de columna lumbar?:

1. Osteofitos típicos de la espondiloartrosis.
2. Osteofitos típicos de la espondiloartritis.
3. Sindesmofitos típicos de la espondiloartrosis.
4. Sindesmofitos típicos de la espondiloartritis.

 **Respuesta correcta: 4**


 La descripción de un hombre de 50 años con dolor lumbar que no mejora con el reposo y rigidez matutina sugiere una espondiloartritis, como la espondilitis anquilosante. En una radiografía de columna lumbar, es más probable encontrar sindesmofitos, que son formaciones óseas que conectan las vértebras y son características de las espondiloartritis, en lugar de osteofitos, que son típicos de la espondiloartrosis.

### MIR 2024 Reumatología

110. Respecto a las manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Es la causa más frecuente de síndrome de Sjögren secundario y cursa con queratoconjuntivitis seca.
2. La manifestación cardíaca más frecuente es la pericarditis.
3. La pleuritis se caracteriza por un derrame pleural con características de exudado y típicamente con glucosa muy baja.
4. La manifestación hematológica más frecuente es la leucopenia.

 **Respuesta correcta: 4**

 La artritis reumatoide puede causar una variedad de manifestaciones extraarticulares, y la leucopenia no


es una de las manifestaciones hematológicas más frecuentes en pacientes con esta enfermedad autoinmune. El resto de opciones son correctas.

### MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular

111. Hombre de 48 años con antecedentes de hipercolesterolemia y tabaquismo activo. Presenta dolor centrotorácico irradiado a cuello acompañado de náuseas y sudoración profusa de una hora de evolución. El dolor se había iniciado durante el ascenso a una montaña, motivo por el que es trasladado a un centro de salud, donde se le practica un electrocardiograma que muestra un infarto de miocardio agudo anteroseptal. El hospital terciario más cercano (con hemodinámica de guardia 24 h) se encuentra a tres horas de distancia. ¿En cuál de las siguientes circunstancias DESCARTARÍA la reperfusión coronaria extrahospitalaria mediante fibrinólisis intravenosa y plantearía una angioplastia primaria?:

1. Presencia de signos de insuficiencia cardíaca.
2. Antecedente de hemorragia craneal sin secuelas hace 10 años.
3. Antecedente de ictus isquémico hace 18 meses.
4. Cifras de tensión arterial  $\geq 140/90$  mmHg.

 **Respuesta correcta: 2**


 La presencia de un antecedente de hemorragia cerebral sin secuelas hace 10 años es una contraindicación para la fibrinólisis intravenosa con activador del plasminógeno tisular (tPA). El riesgo de una nueva hemorragia cerebral podría ser alto en este caso, por lo que se debe optar por la angioplastia primaria. El resto de opciones son incorrectas.

### MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular

112. Todas las situaciones que se enumeran a continuación se refieren a pacientes con alto riesgo de desarrollar endocarditis infecciosa y por ello con indicación de profilaxis antibiótica ante procedimientos invasivos, EXCEPTO UNA. Señale cual:


1. Pacientes portadores de válvula aórtica protésica transcatóter.
2. Pacientes con cardiopatía congénita cianótica no tratada.
3. Pacientes con válvula aórtica bicúspide.
4. Pacientes que han sufrido endocarditis infecciosa previa.

 **Respuesta correcta: 3**

 A diferencia de las otras opciones, los pacientes con válvula aórtica bicúspide no tienen un alto riesgo inherente de desarrollar endocarditis infecciosa. Las otras tres situaciones enumeradas conllevan un mayor riesgo de endocarditis y, por lo tanto, requieren profilaxis antibiótica antes de procedimientos invasivos.

1. Aumentar la dosis de aminos e inclusión en lista urgente para trasplante cardiaco.
2. Colocación de un balón de contrapulsación intraaórtico.
3. Implante de un dispositivo electrónico de estimulación biventricular.
4. Colocación de un dispositivo de asistencia ventricular de corta duración .

 **Respuesta correcta: 4**


 En un paciente joven con miocarditis vírica y shock cardiogénico refractario, la colocación de un dispositivo de asistencia ventricular de corta duración (como un ECMO o Impella) es una opción terapéutica de elección para mejorar la función cardíaca y estabilizar al paciente. Estos dispositivos proporcionan soporte circulatorio temporal mientras el corazón se recupera. La colocación de un dispositivo de asistencia ventricular se considera antes de considerar un trasplante cardíaco en un paciente con miocarditis aguda y shock cardiogénico. Un balón de contrapulsación intraaórtico puede ser útil en algunos casos de shock cardiogénico, pero no es la opción de elección en pacientes jóvenes con miocarditis vírica. \* La estimulación biventricular es útil en casos de insuficiencia cardíaca con bloqueo de rama, pero no es la primera opción en un paciente con miocarditis aguda y shock cardiogénico.

**MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular**

**113. En relación con el tratamiento de los pacientes con síncope, señale la respuesta correcta:**

1. El tratamiento del síncope reflejo es fundamentalmente farmacológico.
2. La estimulación con marcapasos en el síncope recurrente asociado a un mecanismo hipotensor ha demostrado ser eficaz.
3. Los fármacos betabloqueantes reducen la mortalidad de los síncope reflejos.
4. Las contracciones musculares isotónicas son útiles en pacientes jóvenes con síncope reflejo y pródromos.

 **Respuesta correcta: 4**

 Las contracciones musculares isotónicas, como cruzar las piernas y apretar los músculos de las extremidades inferiores, pueden ser útiles en el tratamiento del síncope reflejo (vasovagal) en pacientes jóvenes. Estas maniobras ayudan a aumentar la presión arterial y el flujo sanguíneo cerebral, lo que puede prevenir o revertir un episodio de síncope. El tratamiento del síncope reflejo se basa principalmente en medidas no farmacológicas, como el aumento de la ingesta de sal y líquidos, y maniobras físicas. Los betabloqueantes no son el tratamiento de elección para el síncope reflejo y pueden incluso empeorar la condición en algunos casos.

**MIR 2024 Infectología**

**115. En relación con la endocarditis infecciosa (EI) señale cuál de las siguientes situaciones tiene indicación de cirugía cardiaca en 24-48 horas:**


1. Paciente de 82 años con EI por S. mitis sobre prótesis aórtica biológica, con buena evolución clínica, sin dehiscencia valvular, con un pseudoaneurisma de raíz aórtica a la 4ª semana de tratamiento antibiótico.
2. Paciente de 70 años con EI mitral por E. faecalis en el que se evidencia una insuficiencia valvular moderada.
3. Paciente de 75 años con EI aórtica con regurgitación valvular moderada y sin compromiso hemodinámico, con aislamientos repetidos en hemocultivos de Candida albicans sensible a azoles.
4. Paciente de 68 años con EI aórtica por S. aureus con insuficiencia valvular aórtica moderada- grave y episodio de fracaso ventricular izquierdo con insuficiencia cardiaca grado III de la NYHA durante la primera semana de tratamiento antibiótico.

**MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular**

**114. Hombre de 23 años que tras un cuadro gripal acude en situación de shock cardiogénico refractario a aminos a un hospital de 3º nivel. En el ecocardiograma transtorácico se aprecia una fracción de eyección de ventrículo izquierdo del 15%. Ante la sospecha de miocarditis vírica ¿cuál de las siguientes es la opción terapéutica de elección para mejorar su situación hemodinámica?:**



 **Respuesta correcta: 4**

 En un paciente con endocarditis infecciosa (EI) que presenta insuficiencia valvular aórtica moderada-grave, episodio de fracaso ventricular izquierdo y síntomas de insuficiencia cardiaca de grado III de la NYHA durante la primera semana de tratamiento antibiótico, existe una indicación de cirugía cardiaca en 24-48 horas. Esta situación sugiere una complicación grave de la EI que requiere intervención quirúrgica inmediata.


1. Betabloqueante, digoxina, ARNI (inhibidor de neprilisina-receptor angiotensina) e iSGLT2 (inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2).
2. Betabloqueante, antagonistas de la aldosterona, ivabradina e iSGLT2 (inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2).
3. Betabloqueante, antagonistas de la aldosterona, ARNI (inhibidor de neprilisina-receptor angiotensina) y milrinona.
4. Betabloqueante, antagonistas de la aldosterona, ARNI (inhibidor de neprilisina-receptor angiotensina) e iSGLT2 (inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2).

**MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular**

**116. En relación con el prolapso de la válvula mitral, señale la respuesta correcta:**

1. La degeneración mixomatosa valvular también puede afectar a las válvulas tricúspide y aórtica.
2. Es más frecuente en hombres.
3. Tiene un curso benigno y raramente origina insuficiencia valvular mitral.
4. El soplo cardiaco que puede originar característicamente disminuye de intensidad con la maniobra de Valsalva.


 **Respuesta correcta: 1**

 La degeneración mixomatosa de la válvula mitral es una afección en la que el tejido valvular se vuelve más laxo y puede llevar al prolapso de la válvula mitral. Esta afección también puede afectar a otras válvulas, como la tricúspide y la aórtica. Es más común en mujeres, puede conducir a la insuficiencia valvular mitral, y generalmente aumenta con la maniobra de Valsalva, no disminuye.

**MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular**

**117. Mujer de 58 años que, tras un catarro de vías altas, ingresa en el hospital por disnea de mínimos esfuerzos, astenia intensa y disnea paroxística nocturna en los días previos. El electrocardiograma muestra un ritmo sinusal a 70 lpm con bloqueo de rama izquierda. En el ecocardiograma transtorácico se aprecia una función ventricular izquierda (FEVI) del 25 %. La coronariografía descarta enfermedad arterial coronaria. De las siguientes propuestas de tratamiento ¿cuál sería la combinación de fármacos recomendada que mejore su pronóstico y reduzca los reingresos hospitalarios por descompensación cardiaca?:**

 **Respuesta correcta: 4**


 En un paciente con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (FEVI del 25%) y bloqueo de rama izquierda, se recomienda una combinación de tratamiento que incluye betabloqueantes, antagonistas de la aldosterona, ARNI (inhibidor de neprilisina-receptor angiotensina) e iSGLT2 (inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2). Esta combinación ha demostrado reducir la mortalidad y los reingresos hospitalarios en pacientes con insuficiencia cardíaca. La digoxina no es una opción de primera línea en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida.

**MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular**

**118. Paciente de 65 años con antecedentes de un infarto de miocardio de cara anterior que presenta una taquicardia con QRS ancho que se acompaña de hipotensión (TA 70/40 mmHg) y de obnubilación. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento de elección?:**

1. Lidocaína IV.
2. Amiodarona IV.
3. Procainamida IV.
4. Cardioversión eléctrica urgente.

 **Respuesta correcta: 4**


 Un paciente con taquicardia con QRS ancho, hipotensión y obnubilación requiere una cardioversión eléctrica urgente. Esto es especialmente importante si hay signos de compromiso hemodinámico, como hipotensión.

## MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular

**119. Ante un recién nacido a término cianótico con pO<sub>2</sub> de 30 mmHg, hipertrofia de ventrículo derecho en el electrocardiograma e imagen "de huevo" en la radiografía de tórax ¿cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:**

1. Dextro-transposición de grandes arterias.
2. Persistencia del ductus arterioso.
3. Tetralogía de Fallot.
4. Enfermedad de Ebstein.


 **Respuesta correcta: 1**


 Un recién nacido a término cianótico con pO<sub>2</sub> baja, hipertrofia de ventrículo derecho en el electrocardiograma y una imagen "de huevo" en la radiografía de tórax sugiere la dextro-transposición de grandes arterias, una cardiopatía congénita grave en la que las arterias principales están conectadas de manera anómala. Esta afección requiere intervención médica inmediata. Opción 2: Persistencia del ductus arterioso: Esta afección puede causar cianosis en un recién nacido, pero no se asocia con hipertrofia de ventrículo derecho y la imagen "de huevo" en la radiografía de tórax. Opción 3: La tetralogía de Fallot es otra cardiopatía congénita que puede causar cianosis, pero no se asocia típicamente con hipertrofia de ventrículo derecho. Opción 4: Enfermedad de Ebstein: Esta afección afecta principalmente a la válvula tricúspide y no se caracteriza por la cianosis en el recién nacido.

## MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular

**120. Hombre de 70 años sometido hace 5 días a cirugía de revascularización coronaria que acude a urgencias por un síncope tras el que persiste sensación de mareo. En la exploración destaca tensión arterial 70/40 mmHg, ruidos cardíacos disminuidos y distensión venosa yugular con fenómeno de alternancia eléctrica en el electrocardiograma. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable?:**

1. Síndrome coronario agudo.
2. Pericarditis.
3. Taponamiento cardíaco.
4. Endocarditis.

 **Respuesta correcta: 3**

 Los hallazgos de hipotensión, ruidos cardíacos disminuidos, distensión venosa yugular son sugestivos de un taponamiento cardíaco. **La alternancia eléctrica que presenta el paciente es debido a derame**


**pericárdico severo curso o no con taponamiento.** En un paciente que ha sido sometido a cirugía de revascularización coronaria, el taponamiento cardíaco debe ser considerado como una emergencia y requiere intervención inmediata. Se debe reabrir inmediatamente la esternotomía para poder evacuar los coágulos causantes del taponamiento. En ocasiones hay que realizarlo en la misma UCI si no da tiempo a trasladar al paciente. La pericardiocentesis se reserva para situaciones de extrema gravedad en la que no de tiempo a abrir la esternotomía (no suele ser eficaz por grandes coágulos que no salen por la aguja de la pericardiocentesis).

## MIR 2024 Neumología y Cirugía Torácica

**121. Mujer asmática que tras un día de tormenta presenta sensación disneica y autoescucha de sibilancias. Tras tratamiento inicial con un agonista beta2 y corticoides inhalados no se produjo mejoría de los síntomas, requiriendo broncodilatadores cada hora durante varias horas consecutivas, con aparición de un importante aumento del trabajo respiratorio. De las siguientes ¿cuál es la actitud más adecuada?:**

1. Se deben administrar de forma urgente agonistas beta2 nebulizados y, en caso de ausencia de respuesta temprana, añadir corticoides intravenosos.
2. Antes de iniciarse el tratamiento debe realizarse radiografía de tórax, gasometría arterial y analítica general para establecer el diagnóstico.
3. Los corticoides inhalados estarían contraindicados por aumentar el riesgo de neumonía.
4. Como primera elección se deben administrar anticolinérgicos nebulizados, debido a la ausencia de respuesta a los agonistas beta2.

 **Respuesta correcta: 1**

 En el caso de una mujer asmática con sibilancias que no responde al tratamiento inicial con agonistas beta2 y corticoides inhalados, se debe considerar la administración urgente de agonistas beta2 nebulizados y, si no hay respuesta temprana, la adición de corticoides intravenosos para tratar la exacerbación asmática aguda. \* Opción 2 - Antes de iniciarse el tratamiento debe realizarse radiografía de tórax, gasometría arterial y analítica general para establecer el diagnóstico: En el contexto de una exacerbación asmática aguda, el tratamiento inmediato es prioritario y no se espera a los resultados de estas pruebas. \* Opción 3 - Los corticoides inhalados estarían contraindicados por aumentar el riesgo de neumonía: Los corticoides inhalados son un tratamiento estándar para el


asma y no están contraindicados en este contexto. \* Opción 4 - Como primera elección se deben administrar anticolinérgicos nebulizados, debido a la ausencia de respuesta a los agonistas beta2: En el tratamiento de una exacerbación asmática, los agonistas beta2 son la primera elección, y los anticolinérgicos pueden ser considerados en casos selectos, pero no son la primera opción.

## MIR 2024 Neumología y Cirugía Torácica

**122. Hombre de 75 años con antecedentes de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 30 %. Consulta por apneas durante el sueño presenciadas por su pareja. El grado de somnolencia en la escala de Epworth es de 5. El estudio del sueño muestra episodios de respiración periódica con un índice de apneas-hipopneas de 22 por hora de sueño, siendo todos los eventos respiratorios centrales. De las siguientes, la actitud terapéutica recomendada es:**

1. Iniciar tratamiento con presión positiva continua por vía nasal.
2. Optimizar el tratamiento de la insuficiencia cardiaca.
3. Ensayo terapéutico con prótesis de avanzamiento mandibular.
4. Iniciar tratamiento con servoventilación.

### Respuesta correcta: 2

 En un paciente de 75 años con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida y apneas durante el sueño de causa central, es importante optimizar el tratamiento de la insuficiencia cardiaca como primera medida. Esto puede incluir ajustar la medicación y las estrategias de manejo de la insuficiencia cardiaca antes de considerar otras opciones de tratamiento para las apneas del sueño. \* Opción 1 - Iniciar tratamiento con presión positiva continua por vía nasal: Si bien la terapia de presión positiva continua por vía nasal (CPAP) puede ser útil en casos de apnea del sueño obstructivas, no centrales. \* Opción 3 - Ensayo terapéutica con prótesis de avanzamiento mandibular: Esta opción se consideraría si las estrategias iniciales no mejoran las apneas del sueño obstructivas, pero no es la primera elección. \* Opción 4 - Iniciar tratamiento con servoventilación: La servoventilación es una opción en casos selectos de apnea central del sueño, pero no se mencionan criterios específicos en el escenario dado.

## MIR 2024 Neumología y Cirugía Torácica

**123. Paciente de 75 años, fumador (IPA 35), que refiere disnea de esfuerzo progresiva desde hace 3 años. La radiografía de tórax no muestra alteraciones relevantes. En la espirometría basal presenta FVC 1720 mL (62 %), FEV1 610 mL (30 %) y FEV1/FEVC 35 %. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha y la siguiente acción a tomar?:**

1. Se trata de una alteración ventilatoria mixta de predominio restrictivo. Para el estudio de las causas se debe realizar estudio funcional completo.
2. Se puede establecer el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se debe solicitar TC torácica para confirmar la existencia de enfisema.
3. Se trata de una alteración ventilatoria mixta con un componente obstructivo grave. Probable EPOC en la que, una vez confirmada la ausencia de reversibilidad, se puede iniciar tratamiento con corticoides inhalados.
4. Presenta una alteración ventilatoria mixta con componente obstructivo grave que sugiere EPOC. Una vez confirmada la ausencia de reversibilidad, se puede iniciar tratamiento broncodilatador.



### Respuesta correcta: 4




Los hallazgos de una espirometría que muestra una alteración ventilatoria mixta con componente obstructivo grave sugieren la posibilidad de EPOC. El tratamiento broncodilatador es una opción adecuada en este contexto. \* Opción 1 - Se trata de una alteración ventilatoria mixta de predominio restrictivo. Para el estudio de las causas se debe realizar estudio funcional completo: Los hallazgos en la espirometría indican un componente obstructivo, no restrictivo. \* Opción 2 - Se puede establecer el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se debe solicitar TC torácica para confirmar la existencia de enfisema: La confirmación del diagnóstico de EPOC se basa en la historia clínica y la espirometría, y no se necesita una TC torácica para el diagnóstico. \* Opción 3 - Se trata de una alteración ventilatoria mixta con un componente obstructivo grave. Probable EPOC en la que, una vez confirmada la ausencia de reversibilidad, se puede iniciar tratamiento con corticoides inhalados: Los corticoides inhalados se utilizan en pacientes con EPOC y eosinofilia, pero no son la primera línea de tratamiento en todos los casos.

## MIR 2024 Neumología y Cirugía Torácica

**124. En relación con la fibrosis pulmonar idiopática, señale cual de las siguientes afirmaciones es cierta:**


1. La imagen característica de los hallazgos en la TC torácica es la aparición de opacidades en vidrio deslustrado.
2. Para establecer el diagnóstico se requiere la realización de una biopsia del parénquima pulmonar.
3. En ocasiones se asocia a enfermedades del tejido conectivo.
4. La terapia antifibrótica (pirfenidona y nintedanib) puede lentificar el deterioro de la función pulmonar.

 **Respuesta correcta: 4**

 Las terapias antifibróticas como la pirfenidona y el nintedanib han demostrado ser eficaces en la ralentización del deterioro de la función pulmonar en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI). \* Opción 1 - La imagen característica de los hallazgos en la TC torácica es la aparición de opacidades en vidrio deslustrado: La FPI se caracteriza por opacidades reticulares en la TC torácica, no necesariamente opacidades en vidrio deslustrado. \* Opción 2 - Para establecer el diagnóstico se requiere la realización de una biopsia del parénquima pulmonar: A menudo, el diagnóstico de FPI se establece a través de la historia clínica, la evaluación de la función pulmonar y hallazgos radiológicos sin necesidad de una biopsia. \* Opción 3 - En ocasiones se asocia a enfermedades del tejido conectivo: Si bien algunas enfermedades del tejido conectivo pueden estar asociadas con FPI, la FPI es una entidad separada que no siempre está relacionada con enfermedades del tejido conectivo.

4. Iniciar oxigenoterapia crónica domiciliaria y ventilación mecánica no invasiva domiciliaria.

 **Respuesta correcta: 2**


 En un paciente con EPOC y exacerbación aguda de la enfermedad, es esencial optimizar el tratamiento broncodilatador como primera medida.

## MIR 2024 Neumología y Cirugía Torácica

**126. La causa mas frecuente de hipoxemia es:**

1. Hipoventilación alveolar.
2. Trastornos de la difusión alveolocapilar de oxígeno.
3. Cortocircuito intrapulmonar de derecha a izquierda.
4. Desequilibrio en la relación ventilación- perfusión.

 **Respuesta correcta: 4**

 El desequilibrio en la relación ventilación-perfusión (V/Q) es la causa más frecuente de hipoxemia. En condiciones normales, la ventilación (suministro de aire fresco a los alvéolos) y la perfusión (flujo sanguíneo a través de los capilares pulmonares) están bien emparejadas, pero cualquier desequilibrio puede llevar a una reducción en la oxigenación de la sangre arterial. \* Opción 1 - Hipoventilación alveolar: La hipoventilación alveolar puede ser una causa de hipoxemia, pero no es la causa más frecuente. Es la causa más frecuente de hipoventilación. \* Opción 2 - Trastornos de la difusión alveolocapilar de oxígeno: Los trastornos de la difusión alveolocapilar pueden contribuir a la hipoxemia, pero no son la causa más frecuente. \* Opción 3 - Cortocircuito intrapulmonar de derecha a izquierda: El cortocircuito intrapulmonar puede causar hipoxemia, pero no es la causa más frecuente.

## MIR 2024 Neumología y Cirugía Torácica

**125. Hombre de 65 años diagnosticado de EPOC con dos agudizaciones en el último año, en tratamiento inhalado con tiotropio. Presenta un volumen espiratorio máximo en el primer segundo (VEMS) del 48 %. Tras estar más de dos meses en situación clínica estable, presenta PaO2 58 mmHg y PaCO2 49 mmHg en la gasometría arterial. En la analítica presenta 450 eosinófilos/microL. No presenta hipertensión pulmonar, cor pulmonale, ni poliglobulia. Con estos datos ¿cuál de las siguientes actuaciones es más apropiada?:**

1. Iniciar oxigenoterapia crónica domiciliaria.
2. Optimizar el tratamiento broncodilatador.
3. Optimizar el tratamiento broncodilatador e iniciar oxigenoterapia crónica domiciliaria.


## MIR 2024 Neumología y Cirugía Torácica

**127. Mujer de 71 años diagnosticada de esclerosis lateral amiotrófica. Es valorada en consulta por ortopnea y cefalea matutina. Presenta una capacidad vital forzada del 40 %, PaCO2 de 53 mmHg. La oximetría nocturna muestra una saturación de oxígeno media de 91 % y un 16 % del tiempo con saturación de oxígeno inferior al 90% y alguna desaturación inferior al 70 %. ¿Cuál de las siguientes actitudes es más apropiada?:**

1. Iniciar ventilación mecánica no invasiva.
2. Realizar controles clínicos sin iniciar un tratamiento concreto en el momento actual.

3. Iniciar oxigenoterapia por presentar insuficiencia respiratoria nocturna.
4. Iniciar presión positiva continua (CPAP).

 **Respuesta correcta: 1**

 En un paciente con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) que presenta ortopnea, cefalea matutina, hipercapnia y desaturación de oxígeno durante la noche, la opción más apropiada es iniciar la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) para tratar la insuficiencia respiratoria y mejorar la oxigenación. \* Opción 2 - Realizar controles clínicos sin iniciar un tratamiento concreto en el momento actual: Dado que el paciente muestra signos de insuficiencia respiratoria y desaturación nocturna, se requiere tratamiento inmediato en lugar de solo observación. \* Opción 3 - Iniciar oxigenoterapia por presentar insuficiencia respiratoria nocturna: La VMNI es la opción preferida en este contexto, ya que el paciente presenta hipercapnia además de hipoxemia, y la oxigenoterapia sola no abordaría la hipercapnia. \* Opción 4 - Iniciar presión positiva continua (CPAP): La CPAP se utiliza para tratar la apnea obstructiva del sueño, no la insuficiencia respiratoria en pacientes con ELA y desaturación de oxígeno.


comparación con la biopsia transbronquial convencional para enfermedades parenquimatosas difusas, como las enfermedades intersticiales del pulmón. Sin embargo, también conlleva un mayor riesgo de complicaciones, como hemorragia y neumotórax. \* Opción 1 - De todas las técnicas broncoscópicas, la broncoscopia rígida es la más utilizada debido a su mayor seguridad a la hora de proteger la vía aérea: La broncoscopia rígida no es la más utilizada en la actualidad y no se asocia necesariamente con mayor seguridad en todos los casos. \* Opción 3 - Las adenopatías más fácilmente accesibles mediante ultrasonografía endobronquial para el estadiaje del cáncer de pulmón son los ganglios paraesofágicos y los del ligamento pulmonar: Esto es correcto, pero la pregunta se refería a la utilidad de la broncoscopia en el diagnóstico, no en el estadiaje del cáncer de pulmón. \* Opción 4 - El aspirado bronquial evita el riesgo de contaminación salivar que puede encontrarse en una muestra de esputo y es muy útil cuando se desea tomar muestras de un lóbulo o segmento pulmonar específico: El aspirado bronquial puede ser útil, pero no necesariamente evita el riesgo de contaminación salivar y no es siempre la técnica preferida para todas las muestras.

**MIR 2024 Neumología y Cirugía Torácica**

**128. En relación con la utilidad de la broncoscopia en el diagnóstico de las enfermedades respiratorias, señale qué afirmación de las siguientes es cierta:**

1. De todas las técnicas broncoscópicas, la broncoscopia rígida es la más utilizada debido a su mayor seguridad a la hora de proteger la vía aérea.
2. La criobiopsia tiene mayor rendimiento diagnóstico que la biopsia transbronquial convencional para enfermedades parenquimatosas difusas, pero conlleva un mayor riesgo de hemorragia y neumotórax.
3. Las adenopatías más fácilmente accesibles mediante ultrasonografía endobronquial para el estadiaje del cáncer de pulmón son los ganglios paraesofágicos y los del ligamento pulmonar.
4. El aspirado bronquial evita el riesgo de contaminación salivar que puede encontrarse en una muestra de esputo y es muy útil cuando se desea tomar muestras de un lóbulo o segmento pulmonar específico.

 **Respuesta correcta: 2**


 La criobiopsia pulmonar es una técnica que puede ofrecer un mayor rendimiento diagnóstico en

**MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología**

**129. ¿Cuál de los siguientes genes puede estar afectado en familias que desarrollan tumores malignos de colon en sucesivas generaciones?:**

1. RAS.
2. p53.
3. BRCA1.
4. MLH1.

 **Respuesta correcta: 4**


 El gen MLH1 está relacionado con la predisposición al cáncer colorrectal hereditario no polipósico (síndrome de Lynch). Las mutaciones en este gen pueden estar presentes en familias que desarrollan tumores malignos de colon en sucesivas generaciones. \* Opción 1 (RAS): El gen RAS está más relacionado con las mutaciones en tumores sólidos como el cáncer de pulmón y el cáncer de páncreas, no es un gen específicamente asociado al cáncer colorrectal hereditario. \* Opción 2 (p53): El gen p53 está asociado con una variedad de cánceres, pero su mutación no es una característica específica del cáncer colorrectal hereditario. \* Opción 3 (BRCA1): El gen BRCA1 está relacionado principalmente con la predisposición al cáncer de mama y ovario en mujeres, no está específicamente asociado al cáncer colorrectal hereditario.

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

130. En un paciente con esteatosis hepática metabólica (antes enfermedad hepática por depósito de grasa) el riesgo de desarrollo de hepatocarcinoma en comparación con otras etiologías frecuentes como la hepatopatía alcohólica o la hepatitis C, se caracteriza por:

1. Aparecer en personas más jóvenes.
2. Se beneficia de los programas de diagnóstico precoz.
3. Aparece más frecuentemente en fases previas a la cirrosis.
4. Presenta una incidencia acumulada anual mayor que en la hepatitis C.

 **Respuesta correcta: 3**

 La esteatosis hepática metabólica (EHM), también conocida como enfermedad hepática por depósito de grasa, a menudo se asocia con la acumulación de grasa en el hígado en fases previas a la cirrosis. Es importante destacar que no todos los casos de EHM progresan a cirrosis, pero es más frecuente en comparación con otras etiologías como la hepatopatía alcohólica o la hepatitis C. La EHM es una de las principales causas de hepatocarcinoma en fases previas a la cirrosis. \* Opción 1 (Aparecer en personas más jóvenes): La EHM puede afectar a personas de diferentes edades, pero generalmente se asocia con factores como la obesidad y la resistencia a la insulina, que pueden desarrollarse a lo largo del tiempo. \* Opción 2 (Se beneficia de los programas de diagnóstico precoz): Si bien el diagnóstico temprano es importante, la EHM no se beneficia específicamente de programas de diagnóstico precoz en comparación con otras enfermedades hepáticas. \* Opción 4 (Presenta una incidencia acumulada anual mayor que en la hepatitis C): La incidencia de la EHM no es necesariamente mayor que la hepatitis C, ya que ambas condiciones pueden variar en prevalencia según la población y los factores de riesgo.


## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

131. Mujer de 24 años que consulta por un cuadro de dolor abdominal, astenia, diarrea de larga evolución con rectorragia ocasional y pérdida de 10 Kg de peso en 3 meses. En la exploración destacan signos de desnutrición, dolor abdominal difuso con mayor focalidad en fosa ilíaca derecha. En la analítica destacan una hemoglobina baja y una elevación de la PCR. En la colonoscopia se encuentran úlceras aftosas, inflamación segmentaria y un área de estenosis infranqueable, todo ello en ciego. La enterorresonancia confirma este hallazgo y la

existencia de inflamación en íleon distal. El cuadro es refractario al tratamiento farmacológico, por lo que se considera la cirugía. De las siguientes, señale la técnica quirúrgica más adecuada:

1. Hemicolectomía derecha ampliada.
2. Panproctocolectomía con reservorio en J.
3. Ileocequectomía.
4. Colostomía terminal.

 **Respuesta correcta: 3**


 La paciente presenta síntomas y hallazgos típicos de enfermedad de Crohn, como dolor abdominal, diarrea crónica, rectorragia, pérdida de peso y desnutrición. Además, la colonoscopia y la enterorresonancia confirman la presencia de inflamación en el ciego e íleon distal, junto con una estenosis infranqueable en el ciego. La ileocequectomía es la técnica quirúrgica más adecuada en este caso. Esta cirugía implica la resección del ciego y el íleon terminal, que son las áreas afectadas por la enfermedad de Crohn. La resección es necesaria para eliminar el tejido inflamado y estenosado, aliviar los síntomas y prevenir complicaciones futuras. Dado que el cuadro es refractario al tratamiento farmacológico, la cirugía es la opción terapéutica más apropiada. \*

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

132. Mujer de 73 años que acude a urgencias por prurito, ictericia, astenia y pérdida de peso de un mes de evolución. Recientemente ha recibido tratamiento con amoxicilina/clavulánico por una infección urinaria. Se realiza una ecografía que informa de dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con vesícula biliar distendida. De las siguientes ¿cuál es la primera sospecha diagnóstica y actitud?:

1. Toxicidad por fármacos. Retirada del antibiótico.
2. Colecistitis aguda. Colectomía urgente.
3. Coledocolitiasis distal. Solicitar una colangiografía magnética.
4. Tumoración maligna obstructiva de colédoco distal. Solicitar una TC abdominal para estudio de extensión local y a distancia.

 **Respuesta correcta: 4**

 La paciente presenta ictericia, prurito, astenia y pérdida de peso de 1 mes de evolución, junto con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. Estos síntomas y hallazgos son sugestivos de una obstrucción maligna en el colédoco distal, que puede ser causada por un tumor maligno. La actitud adecuada es sospechar una

malignidad y realizar una TC abdominal para evaluar la extensión del tumor a nivel local y distante. Esto es fundamental para planificar el tratamiento y determinar la resecabilidad del tumor. \* Toxicidad por fármacos. Retirada del antibiótico (Opción 1): Si bien es importante considerar la toxicidad por fármacos como causa de ictericia, en este caso, los síntomas y hallazgos sugieren más fuertemente una obstrucción maligna, por lo que se requiere una evaluación más completa. \* Colecistitis aguda. Colectectomía urgente (Opción 2): La colecistitis aguda puede causar ictericia, pero los hallazgos de dilatación de la vía biliar intra y extrahepática sugieren una obstrucción distal a la vesícula biliar, por lo que esta opción no es la más apropiada. \* Colecolitiasis distal. Solicitar una colangiorresonancia magnética (Opción 3): Si bien la colangiorresonancia magnética puede ser útil en la evaluación de la vía biliar, en este caso, la sospecha de malignidad es alta debido a los síntomas y hallazgos, y se requiere una evaluación más completa con una TC abdominal para determinar la extensión del tumor.

no es una solución adecuada. \* Colocación de TIPS (protesis intrahepática percutánea transyugular) (Opción 3): Aunque el TIPS puede aliviar temporalmente la hipertensión portal, no resolvería la insuficiencia hepática ni trataría la causa subyacente de la cirrosis metabólica. \* Trasplante de microbiota fecal (Opción 4): Esta opción no aborda directamente la insuficiencia hepática ni la comunicación portosistémica, por lo que no es la elección adecuada en este caso.

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

**133. Hombre de 57 años con cirrosis hepática metabólica que consulta por un cuadro recidivante de confusión y desorientación a pesar del tratamiento con rifaximina y lactulosa. En la angio-CT se aprecia una comunicación portosistémica de gran calibre. La función hepática está alterada con MELD 17p y Child- Pugh B8. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es más apropiado?:**

1. Trasplante hepático.
2. Oclusión de la comunicación portosistémica.
3. Colocación de TIPS (protesis intrahepática percutánea transyugular).
4. Trasplante de microbiota fecal.



**Respuesta correcta: 1**



El paciente con cirrosis hepática metabólica presenta complicaciones graves, como confusión y desorientación, a pesar del tratamiento médico con rifaximina y lactulosa. Además, la angio-CT muestra una comunicación portosistémica de gran calibre y una función hepática alterada con MELD 17p y Child-Pugh B8, lo que indica una insuficiencia hepática avanzada. En este contexto, el trasplante hepático es la opción terapéutica más apropiada. Esta cirugía proporcionaría un hígado sano y funcional, lo que resolvería la insuficiencia hepática y sus complicaciones. \* Oclusión de la comunicación portosistémica (Opción 2): Esta opción no abordaría la insuficiencia hepática subyacente y sus causas, por lo que

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

**134. En relación con la clasificación de las heridas quirúrgicas de los Centers for Disease Control and Prevention, una incisión en la que se encuentra inflamación aguda no purulenta es:**

1. Grado I: Herida limpia.
2. Grado II: Herida limpia contaminada.
3. Grado III: Herida contaminada.
4. Grado IV: Herida sucia-infectada.



**Respuesta correcta: 3**



En la clasificación de heridas quirúrgicas del CDC, el Grado III se refiere a heridas contaminadas, que incluyen heridas en las que se encuentra inflamación aguda no purulenta. La presencia de inflamación aguda en la herida indica una contaminación durante la cirugía, lo que se considera una herida contaminada. En este caso, la inflamación aguda en la herida quirúrgica sugiere que puede haber habido una contaminación durante la cirugía, lo que clasifica la herida como Grado III.


- Grado I: Herida limpia (Opción 1): Esta opción se aplica a heridas en las que no hay inflamación ni contaminación. En este caso, se observa inflamación, por lo que no corresponde a esta categoría.
- Grado II: Herida limpia contaminada (Opción 2): Las heridas limpias contaminadas se refieren a aquellas en las que se ha realizado una cirugía bajo condiciones controladas pero se ha producido una contaminación menor. En este caso, la inflamación aguda no purulenta sugiere una contaminación más significativa que no se ajusta a esta categoría.
- Grado IV: Herida sucia-infectada (Opción 4): Las heridas sucias-infectadas se refieren a heridas que ya están infectadas en el momento de la cirugía. En este caso, no se menciona infección, por lo que no corresponde a esta categoría.

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

135. Mujer de 62 años que consulta por dolor abdominal persistente, pérdida de peso no intencionada de 10 kg en los últimos tres meses, ictericia y acolia. En las últimas horas presenta vómitos de retención gástrica. Las analíticas muestran elevación de bilirrubina y enzimas hepáticas así como hipopotasemia. La TC abdominal revela una masa en la cabeza del páncreas y proceso uncinado que provoca obstrucción de la vía biliar, infiltración inextirpable vascular, distensión y retención gástrica. Tras estabilizarla se efectúa ecoendoscopia con biopsia que demuestra la existencia de un adenocarcinoma pancreático con estenosis infranqueable del duodeno. ¿Cuál de las siguientes es la mejor actitud terapéutica?:

1. Doble derivación bilio-digestiva.
2. Intervención de Whipple.
3. Intervención de Puestow.
4. Coledocoduodenostomía.

 **Respuesta correcta: 1**


 La paciente presenta un cuadro de dolor abdominal persistente, pérdida de peso, ictericia, acolia, vómitos de retención gástrica y hallazgos radiológicos que sugieren un adenocarcinoma pancreático con estenosis infranqueable del duodeno. La opción más adecuada en este escenario es la doble derivación bilio-digestiva. Esta cirugía consiste en desviar la bilis de la vía biliar hacia el intestino delgado y el estómago para aliviar la obstrucción y permitir la alimentación oral. Esto proporciona alivio de los síntomas y mejora la calidad de vida de la paciente, ya que la resección quirúrgica completa del tumor no es factible debido a la infiltración vascular inextirpable. \* Intervención de Whipple (Opción 2): La intervención de Whipple es una opción para tratar el adenocarcinoma pancreático resecable cuando se puede realizar una resección completa del tumor. En este caso, se menciona una estenosis infranqueable del duodeno, lo que indica que no es posible la resección completa, por lo que la doble derivación es más adecuada. \* Intervención de Puestow (Opción 3): La intervención de Puestow se utiliza para tratar la pancreatitis crónica obstructiva y no es la opción adecuada para el tratamiento de un adenocarcinoma pancreático con estenosis del duodeno. \* Coledocoduodenostomía (Opción 4): Esta opción no aborda adecuadamente la estenosis infranqueable del duodeno y no proporcionaría una solución completa para el paciente en este caso. La doble derivación bilio-digestiva es más apropiada.

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

136. Hombre de 50 años que consulta por presentar una tumoración reductible en región inguinal que se aprecia tras maniobras de Valsalva y que apareció tras realizar un esfuerzo 1 mes antes. En relación con la patología más probable, indique la opción terapéutica adecuada:

1. Resección de la tumoración para análisis anatomopatológico.
2. Colocación de una prótesis mediante un abordaje endovascular.
3. Realización de una derivación o bypass a nivel de la lesión.
4. Reparación del defecto herniario con una prótesis para evitar tensión.

 **Respuesta correcta: 4**

 El paciente presenta una tumoración reductible en la región inguinal que se hace más evidente con maniobras de Valsalva y que apareció después de un esfuerzo, lo que sugiere una hernia inguinal. En este caso, la opción terapéutica adecuada es la reparación del defecto herniario con una prótesis para evitar la tensión en la pared abdominal. La reparación de la hernia inguinal es una cirugía común y se realiza para prevenir complicaciones como la estrangulación herniaria, que puede ser potencialmente mortal. El uso de una prótesis ayuda a reforzar la pared abdominal y reduce el riesgo de recurrencia de la hernia.

- Resección de la tumoración para análisis anatomopatológico (Opción 1): En una hernia inguinal, el problema principal es el defecto en la pared abdominal, no la tumoración en sí. La resección no abordaría el problema subyacente.
- Colocación de una prótesis mediante un abordaje endovascular (Opción 2): La reparación de una hernia inguinal se realiza típicamente mediante cirugía abierta, no mediante un abordaje endovascular.
- Realización de una derivación o bypass a nivel de la lesión (Opción 3): Esta opción no es adecuada para tratar una hernia inguinal y no aborda el problema en la pared abdominal.

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

137. Paciente diabético de 50 años que acude a urgencias con fiebre de 39°C y malestar general que refiere dolor anal desde hace 5 días. A la exploración destaca una gran tumoración perianal caliente y dolorosa, con necrosis de piel. El tratamiento de elección es:

1. Drenaje-desbridamiento quirúrgico.
2. Antibiótico de amplio espectro y esperar evolución.



3. Ingreso hospitalario para estudio.
4. Punción-drenaje guiado por radiología.



### Respuesta correcta: 1



El paciente presenta una tumoración perianal caliente y dolorosa con necrosis de la piel, lo que sugiere una infección abscesada en la región perianal. En esta situación, el tratamiento de elección es el drenaje-desbridamiento quirúrgico. Esto implica la apertura y limpieza del absceso para eliminar el pus y el tejido necrótico, lo que alivia el dolor, permite el drenaje de la infección y promueve la cicatrización. Los abscesos perianales pueden ser graves y deben manejarse de manera quirúrgica de inmediato. \* Antibiótico de amplio espectro y esperar evolución (Opción 2): Si bien los antibióticos pueden ser parte del tratamiento, en el caso de un absceso perianal, el drenaje quirúrgico es fundamental y debe realizarse de manera inmediata. \* Ingreso hospitalario para estudio (Opción 3): El paciente requiere un tratamiento más activo y específico en lugar de solo ingresar para estudio. El absceso perianal debe tratarse de manera urgente. \* Punción-drenaje guiado por radiología (Opción 4): Aunque el drenaje guiado por radiología puede ser una opción en algunos casos, en una situación aguda con necrosis de la piel, la cirugía directa es la elección preferida para garantizar una evacuación completa del absceso.

Weiss (Opción 1): El síndrome de Mallory-Weiss se caracteriza por la laceración de la mucosa del esófago o el estómago debido a un vómito violento o un esfuerzo excesivo, pero no presenta la tríada de síntomas mencionada en el caso. \* Bezoar gástrico (Opción 2): Un bezoar gástrico es una acumulación de material no digerible en el estómago, lo que puede causar síntomas como náuseas y vómitos, pero no se asocia típicamente con dolor abdominal ni dificultad para pasar una sonda nasogástrica. \* Oclusión intestinal alta (Opción 4): Aunque la oclusión intestinal puede presentar síntomas similares a los del vólvulo gástrico agudo, la dificultad para pasar una sonda nasogástrica es un hallazgo específico del vólvulo gástrico.

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

**139. Hombre de 45 años que presenta un pólipo sesil de aspecto macroscópicamente benigno en colon sigmoide. Extraído mediante polipectomía endoscópica, la biopsia muestra un adenocarcinoma. ¿Cuál de los siguientes hallazgos anatomopatológicos indica alto riesgo de recurrencia y es indicación de colectomía segmentaria?:**

1. Tumor T1 con invasión de la submucosa sm3.
2. Distancia al borde de sección de 2,5 mm.
3. Tumor bien diferenciado.
4. Ausencia de invasión linfovascular.



### Respuesta correcta: 1



En este caso, el paciente tiene un pólipo colónico que inicialmente parece benigno pero se demuestra como un adenocarcinoma en la biopsia. Para determinar el riesgo de recurrencia y la necesidad de colectomía segmentaria, se debe evaluar el estadio patológico del tumor. La característica que indica un alto riesgo de recurrencia es la invasión de la submucosa profunda (sm3) en un tumor T1. La profundidad de la invasión submucosa es un factor de pronóstico importante en el cáncer de colon. En este caso, la invasión profunda sugiere un mayor riesgo de recurrencia y justifica la colectomía segmentaria para eliminar cualquier célula tumoral residual. \* Distancia al borde de sección de 2,5 mm (Opción 2): Aunque la distancia al borde de sección es importante en la evaluación del margen quirúrgico, no es un factor de pronóstico clave para la recurrencia tumoral en el cáncer de colon. \* Tumor bien diferenciado (Opción 3): Aunque el grado de diferenciación tumoral es importante, no es el factor principal para determinar el riesgo de recurrencia en este caso, y además me dicen que está bien diferenciado lo que es de buen pronóstico. \* Ausencia de invasión linfovascular (Opción 4): Aunque la invasión linfovascular es un factor de pronóstico

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

**138. Mujer de 65 años que consulta por la aparición repentina de dolor en la parte superior del abdomen y náuseas recurrentes con escasos vómitos. Se intenta colocar una sonda nasogástrica y no se consigue progresar al estómago. Esta tríada es característica de la presentación clínica de:**

1. Síndrome de Mallory-Weiss.
2. Bezoar gástrico.
3. Vólvulo gástrico agudo.
4. Oclusión intestinal alta.



### Respuesta correcta: 3



El paciente presenta una tríada de síntomas característica de un vólvulo gástrico agudo, que incluye dolor en la parte superior del abdomen, náuseas recurrentes y dificultad para pasar una sonda nasogástrica. En esta afección, el estómago se gira sobre su propio eje, lo que puede causar una obstrucción completa y requiere tratamiento quirúrgico de urgencia para desenrollar el estómago y restaurar el flujo sanguíneo adecuado. Esta condición puede ser potencialmente mortal y requiere una intervención quirúrgica inmediata. \* Síndrome de Mallory-


importante, la invasión profunda de la submucosa (sm3) tiene un peso más significativo en la toma de decisiones quirúrgicas en este contexto.

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

140. En relación con la antisepsia del campo quirúrgico en una laparotomía de piel indemne por cirugía oncológica, ¿qué solución de las siguientes ha demostrado ser más eficaz?:

1. Povidona yodada.
2. Clorhexidina acuosa.
3. Clorhexidina alcohólica.
4. Poli-hexametilen-biguanida.

 **Respuesta correcta: 3**

 La antisepsia del campo quirúrgico en una laparotomía debe ser eficaz para prevenir infecciones en el sitio quirúrgico. La solución de clorhexidina alcohólica ha demostrado ser más eficaz en comparación con otras soluciones, como la povidona yodada o la clorhexidina acuosa, en la reducción de la colonización bacteriana en la piel. La clorhexidina alcohólica tiene una acción antimicrobiana duradera y es eficaz contra una amplia gama de microorganismos, lo que la convierte en la elección preferida para la preparación de la piel antes de la cirugía.

- Povidona yodada (Opción 1): Si bien la povidona yodada es una solución antiséptica comúnmente utilizada, se ha demostrado que la clorhexidina alcohólica es más eficaz en la reducción de la colonización bacteriana en la piel antes de la cirugía.
- Clorhexidina acuosa (Opción 2): La clorhexidina acuosa es menos eficaz que la clorhexidina alcohólica debido a su menor duración de acción antimicrobiana y no es la elección preferida para la preparación de la piel antes de una laparotomía.
- Poli-hexametilen-biguanida (Opción 4): Esta sustancia no es una solución antiséptica comúnmente utilizada para la preparación de la piel en cirugía y no se ha demostrado su eficacia en comparación con la clorhexidina alcohólica.


## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

141. ¿Cuál de las siguientes es causa de acidosis metabólica con brecha aniónica (anion gap) normal?:

1. Acidosis láctica por metformina.
2. Diarrea aguda.
3. Cetoacidosis diabética.

4. Intoxicación por metanol.

 **Respuesta correcta: 2**

 La causa de acidosis metabólica con brecha aniónica normal se produce debido a la pérdida de bicarbonato, como ocurre en casos de diarrea aguda. En la diarrea aguda, la pérdida de bicarbonato y otros electrolitos en heces provoca una acidosis metabólica, pero el anion gap se mantiene normal. En las otras opciones, la acidosis metabólica generalmente se asocia con un aumento en el anion gap.


- Acidosis láctica por metformina (Opción 1): La acidosis láctica inducida por metformina se asocia con un aumento en el anion gap debido a la acumulación de ácido láctico en el organismo.
- Cetoacidosis diabética (Opción 3): La cetoacidosis diabética se caracteriza por una acidosis metabólica con un aumento en el anion gap debido a la acumulación de cuerpos cetónicos en la sangre.
- Intoxicación por metanol (Opción 4): La intoxicación por metanol produce una acidosis metabólica con un aumento en el anion gap debido a la formación de ácido fórmico y ácido oxálico.

## MIR 2024 Nefrología

142. Acude a consulta un paciente con diabetes mellitus tipo 2 de siete años de evolución, con un filtrado glomerular estimado de 35 ml/min. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO apoya el diagnóstico de enfermedad renal diabética?:

1. Aumento lento de las cifras de creatinina sérica.
2. Presencia de retinopatía diabética.
3. Hematuria persistente (micro o macroscópica).
4. Cociente albúmina/creatinina en orina > 30 mg/g.

 **Respuesta correcta: 3**

 La presencia de hematuria persistente (ya sea micro o macroscópica) en un paciente con diabetes mellitus tipo 2 no es un hallazgo típico de la enfermedad renal diabética. Aunque la diabetes puede afectar los glomérulos renales y causar proteinuria, la hematuria no es una característica principal. Por lo tanto, la presencia de hematuria sugiere la posibilidad de otra enfermedad renal o afección que no está directamente relacionada con la diabetes.

- Aumento lento de las cifras de creatinina sérica (Opción 1): Un aumento lento de las cifras de creatinina sérica es un hallazgo común en la enfermedad renal diabética,

ya que la lesión renal puede progresar gradualmente con el tiempo.


- Presencia de retinopatía diabética (Opción 2): La presencia de retinopatía diabética es un hallazgo típico de la diabetes y puede estar asociada con la enfermedad renal diabética.
- Cociente albúmina/creatinina en orina > 30 mg/g (Opción 4): Un cociente albúmina/creatinina en orina elevado (> 30 mg/g) es un indicador de daño renal en pacientes con diabetes y es una característica común de la enfermedad renal diabética.

### MIR 2024 Nefrología

**143. Hombre de 28 años con diagnóstico reciente de linfoma de Hodgkin, que consulta por debilidad y edematización progresivas. La exploración es normal salvo por la presencia de edema con fovea hasta las rodillas. Análisis: urea 58 mg/dl, creatinina 0,78 mg/dl, sodio 138 mEq/l, potasio 4,3 mEq/l, albúmina 2 g/dl. Sistemático de orina: proteinuria 4+ (> 600 mg/dl) sin hematuria ni leucocituria. ¿Cuál de las siguientes enfermedades es más probable que tenga?:**

1. Glomerulonefritis de cambios mínimos.
2. Glomerulonefritis membranosa.
3. Glomerulonefritis membranoproliferativa.
4. Glomeroesclerosis focal y segmentaria.

#### Respuesta correcta: 1

 El paciente presenta edema con fovea hasta las rodillas, proteinuria significativa (> 600 mg/dl) sin hematuria ni leucocituria, y una disminución de la albúmina sérica (hipoalbuminemia). Estos hallazgos son característicos de la glomerulonefritis de cambios mínimos, una enfermedad renal primaria que afecta los glomérulos renales y se asocia comúnmente con edema, proteinuria significativa y una disminución de la albúmina sérica. La glomerulonefritis de cambios mínimos es una causa importante de síndrome nefrótico en adultos jóvenes.

- Glomerulonefritis membranosa (Opción 2): Aunque la glomerulonefritis membranosa puede presentar proteinuria y alteraciones en los glomérulos, no es la causa más probable en este paciente debido a la ausencia de hallazgos típicos en la microscopía de orina y la presentación clínica.
- Glomerulonefritis membranoproliferativa (Opción 3): La glomerulonefritis membranoproliferativa suele presentarse con hallazgos diferentes en la microscopía de orina y, por lo general, se asocia con una disminución de la función renal.


- Glomeroesclerosis focal y segmentaria (Opción 4): La glomeroesclerosis focal y segmentaria es otra causa de síndrome nefrótico, pero generalmente se asocia con hallazgos diferentes en la microscopía de orina y no es la causa más probable en este caso.

### MIR 2024 Nefrología

**144. Mujer de 52 años que consulta por un rash eritematoso pruriginoso. Como antecedentes destacables consta un cólico nefrítico una semana antes, para el que recibió tratamiento con dexketoprofeno y omeprazol. En la analítica destaca un filtrado glomerular estimado de 45 ml/min (previamente normal), sin proteinuria ni otras alteraciones. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable y qué actitud terapéutica debe adoptarse?:**

1. Toxicidad renal directa del dexketoprofeno y/o omeprazol. Con la suspensión de los fármacos sería suficiente.
2. Obstrucción de tracto urinario superior por litiasis. Realizar una ecografía para confirmarlo y, de ser así, eliminar la obstrucción.
3. Necrosis tubular aguda. Dar un margen de tiempo para la recuperación espontánea de las células tubulares.
4. Nefritis intersticial. Hacer una biopsia renal para confirmarlo y, en caso afirmativo, administrar corticoides.

#### Respuesta correcta: 4

 La paciente presenta un rash eritematoso pruriginoso después de haber recibido un AINE como tratamiento para un cólico nefrítico. Estos síntomas y la presencia de proteinuria pueden ser indicativos de una nefritis intersticial. La nefritis intersticial puede ser causada por medicamentos, y en este caso, la suspensión de los fármacos y la administración de corticoides serían una intervención terapéutica adecuada para tratar la reacción alérgica y reducir la inflamación renal.

- Toxicidad renal directa del dexketoprofeno y/o omeprazol (Opción 1): Si bien estos medicamentos pueden tener efectos adversos renales, la presentación clínica y los hallazgos sugieren una reacción alérgica más que una toxicidad directa.
- Obstrucción de tracto urinario superior por litiasis (Opción 2): La obstrucción del tracto urinario superior por litiasis generalmente se presenta con síntomas como dolor intenso y no suele causar un rash eritematoso pruriginoso.


- Necrosis tubular aguda (Opción 3): La necrosis tubular aguda generalmente se asocia con una rápida disminución de la función renal y no se ajusta bien a la presentación clínica de esta paciente.

### MIR 2024 Hematología

**145. Hombre de 52 años que acude a urgencias por debilidad y dificultad para la articulación de la palabra. Constantes: TA 115/60 mmHg, FC 80 lpm, temperatura 37,8°C. Exploración neurológica: bradilalia, bradipsiquia y pérdida de fuerza en mano izquierda. Auscultación y abdomen sin hallazgos. Petequias en cara interna de muslos y dorso de los pies. AngioTC cerebral sin signos de sangrado intracraneal ni patología isquémica aguda. Analítica: Hb 7,2 g/dl, 12.340 leucocitos (92 % PMN), plaquetas 14.600, urea 183 mg/dl, creatinina 2,3 mg/dl, bilirrubina total 2 mg/dl, transaminasas normales, LDH 2.125 UI, ferritina 1.582 ng/mL, haptoglobina < 30 mg/dl. Frotis de sangre periférica con anisocitosis y abundantes microesferocitos y esquistocitos (3-4 por campo) sin agregados plaquetarios. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es MENOS apropiado?:**

1. Iniciar plasmaféresis con plasma fresco congelado de forma precoz.
2. Realizar transfusión de hematíes.
3. Realizar transfusión de plaquetas.
4. Iniciar tratamiento con corticoides.

### Respuesta correcta: 3

 El paciente presenta púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) aguda, una entidad caracterizada por trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática y compromiso de múltiples órganos, incluido el sistema nervioso central. La PTT es una emergencia médica y requiere un tratamiento inmediato con plasmaféresis con plasma fresco congelado para reemplazar el factor deficiente (ADAMTS13) y eliminar los anticuerpos anómalos. La transfusión de plaquetas está contraindicada en la PTT ya que puede empeorar la trombosis y la formación de microtrombos.

- Realizar transfusión de hematíes (Opción 2): La transfusión de hematíes puede ser necesaria para corregir la anemia hemolítica asociada a la PTT, pero no es la primera línea de tratamiento.
- Iniciar tratamiento con corticoides (Opción 4): Los corticoides son otro de los tratamientos indicados.

### MIR 2024 Urología

**146. En relación con el cáncer de próstata, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. El principal factor de riesgo es la edad.
2. Los portadores del gen BRCA-1 tienen mayor predisposición a sufrir la enfermedad.
3. Es más frecuente en varones caucásicos.
4. Las grasas animales, la obesidad, el hábito tabáquico y el cadmio también se han relacionado con su etiopatogenia.



### Respuesta correcta: 3



La respuesta correcta es la opción 3: "Es más frecuente en varones caucásicos." Esta afirmación es incorrecta en relación con el cáncer de próstata, y la justificación es la siguiente: El cáncer de próstata es una neoplasia que afecta a la próstata, una glándula que forma parte del sistema reproductor masculino. Este tipo de cáncer es más común en varones de ascendencia africana o afroamericana, en comparación con los varones caucásicos. De hecho, los afroamericanos tienen el riesgo más alto de desarrollar cáncer de próstata y también tienen tasas de mortalidad más altas en comparación con otros grupos étnicos. Los estudios epidemiológicos han demostrado de manera consistente que los varones afroamericanos tienen aproximadamente el doble de riesgo de desarrollar cáncer de próstata en comparación con los varones caucásicos. Además, tienden a ser diagnosticados en etapas más avanzadas de la enfermedad, lo que contribuye a sus tasas de mortalidad más elevadas. Aunque la razón exacta de esta disparidad racial en la incidencia y el pronóstico del cáncer de próstata no se comprende completamente, se ha sugerido que podría estar relacionada con factores genéticos, socioeconómicos y ambientales.

- El principal factor de riesgo conocido para el cáncer de próstata es la edad avanzada. A medida que los hombres envejecen, su riesgo de desarrollar cáncer de próstata aumenta significativamente.
- Los portadores del gen BRCA-1 tienen mayor predisposición a sufrir la enfermedad. Esta opción es correcta. Los portadores de mutaciones en los genes BRCA-1 y BRCA-2, que se asocian comúnmente con el cáncer de mama y ovario en mujeres, también tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de próstata.
- Las grasas animales, la obesidad, el hábito tabáquico y el cadmio también se han relacionado con su etiopatogenia. Esta opción es correcta. Factores como una dieta rica en grasas animales, la obesidad, el consumo de tabaco y la exposición al cadmio se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de próstata en estudios epidemiológicos y de investigación


médica. Estos factores pueden contribuir a la etiopatogenia o desarrollo del cáncer de próstata.

## MIR 2024 Urología

**147. Varón de 66 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor tipo cólico en fosa renal derecha, sin repercusión analítica. El dolor se controla con el tratamiento analgésico pautado. La ecografía abdominal describe la existencia de un engrosamiento focal de 2,5 cm de diámetro en pelvis renal derecha. ¿Qué prueba se debe solicitar para completar el estudio?:**

1. Resonancia magnética.
2. Urografía intravenosa.
3. Tomografía axial sin y con contraste IV.
4. Repetir la ecografía abdominal.

### Respuesta correcta: 3

 La respuesta correcta en este caso es la opción 3, que es solicitar una tomografía axial computarizada (TAC) sin y con contraste intravenoso (IV). El paciente presenta dolor tipo cólico en la fosa renal derecha, lo que sugiere la posibilidad de un problema en el sistema urinario, como una obstrucción. La ecografía abdominal ya ha mostrado un hallazgo anormal, que es un engrosamiento focal de 2,5 cm en la pelvis renal derecha. Esto es una indicación de que podría haber una lesión o masa en la pelvis renal que podría estar relacionada con la obstrucción y el dolor del paciente. El TAC proporciona imágenes de alta resolución que permiten una visualización detallada de las estructuras del tracto urinario, incluyendo los riñones, uréteres y vejiga. Esto es esencial para identificar cualquier obstrucción o lesión. Además, puede determinar la extensión de la lesión o masa en el riñón y evaluar si se ha diseminado a otras áreas, como los ganglios linfáticos circundantes o estructuras adyacentes. El uso de contraste intravenoso en la TAC permite una mejor caracterización de las lesiones y una identificación más precisa de las áreas afectadas. También ayuda a evaluar la vascularización de la lesión. En cuanto a las otras opciones:

- Resonancia magnética (RM): Aunque la RM es útil en ciertos casos, como la evaluación de masas renales sólidas o para caracterizar tejidos blandos, el TAC es la elección preferida en situaciones de dolor cólico agudo y sospecha de obstrucción urinaria debido a su rapidez y capacidad para detectar cálculos, que son una causa común de este tipo de dolor.
- Urografía intravenosa (UIV): La UIV solía ser una opción común para evaluar el sistema urinario, pero en la

actualidad el TAC se considera una modalidad de imagen más sensible y específica para este propósito.


- Repetir la ecografía abdominal: La repetición de la ecografía abdominal no proporcionaría información adicional significativa en este caso, ya que la ecografía inicial ya ha revelado un hallazgo anormal.

## MIR 2024 Urología

**148. Hombre de 17 años que acude a urgencias por dolor testicular izquierdo de 10 horas de evolución de inicio súbito, que le ha despertado mientras dormía, asociado a cortejo vegetativo y náuseas. En las últimas 24 horas refiere haber realizado actividad deportiva (un partido de fútbol en el que no recuerda haber sufrido traumatismo) y actividad sexual (con su pareja habitual y con preservativo). A la exploración hemiescrotal izquierdo hipersensible, con testículo y epidídimo tumefactos y muy dolorosos, horizontalizados y discretamente aumentados de tamaño respecto al contralateral, signo Prehn negativo, transluminación negativa. No hay disponible urólogo ni radiólogo de presencia física. ¿Cuál es la actitud más apropiada?:**

1. Intento de detorsión testicular manual en rotación externa y exploración quirúrgica en las primeras 24 horas.
2. Toma de constantes, analítica urgente (hemograma, bioquímica y sistemático de orina), analgesia y antibioticoterapia intravenosa.
3. Remitir a la consulta de urología de forma preferente.
4. Hielo local y analgesia intravenosa con reevaluación posterior.

### Respuesta correcta: 1

 En el caso de un hombre de 17 años que acude a urgencias con dolor testicular agudo, es esencial considerar la posibilidad de una torsión testicular, una urgencia médica que requiere una intervención inmediata para evitar la pérdida del testículo. La respuesta correcta en este caso es la opción 1. La justificación de esta elección se basa en las siguientes consideraciones:

- Torsión testicular: La torsión testicular es una condición en la cual el cordón espermático, que contiene los vasos sanguíneos y los conductos deferentes, se torsiona, lo que provoca una interrupción del flujo sanguíneo hacia el testículo. Esto puede llevar rápidamente a la necrosis testicular si no se trata de inmediato.

- Síntomas y signos: El paciente presenta síntomas típicos de torsión testicular, como dolor testicular agudo de inicio súbito, hipersensibilidad en el hemiescroto izquierdo, aumento de tamaño del testículo y epidídimo, junto con náuseas y cortejo vegetativo. El signo Prehn (alivio del dolor al elevar el testículo) es negativo, lo que sugiere una alta probabilidad de torsión testicular.
- Importancia de la exploración quirúrgica temprana: La exploración quirúrgica en las primeras 24 horas es fundamental para el manejo de la torsión testicular. La detorsión testicular manual en rotación externa puede intentarse en urgencias para restaurar el flujo sanguíneo, pero la exploración quirúrgica es necesaria para confirmar el diagnóstico y evitar posibles recurrencias.
- Riesgo de necrosis testicular: Si la torsión testicular no se trata rápidamente, puede provocar la necrosis (muerte) del testículo, lo que resultaría en la pérdida de la función testicular y la necesidad de una orquiectomía (extirpación del testículo).

En cuanto a las otras opciones:

- Toma de constantes, analítica urgente, analgesia y antibioticoterapia intravenosa: Esta opción retrasaría el tratamiento necesario para la torsión testicular. Aunque es importante realizar pruebas y brindar analgesia, la prioridad es la detorsión inmediata y la exploración quirúrgica.
- Remitir a la consulta de urología de forma preferente: Dada la gravedad de la situación, la remisión a la consulta de urología no es apropiada en este momento. El paciente necesita una intervención inmediata en el entorno de urgencias.
- Hielo local y analgesia intravenosa con reevaluación posterior: Esta opción no aborda adecuadamente la urgencia de la situación. La torsión testicular requiere una acción inmediata para evitar la necrosis del testículo.

## MIR 2024 Hematología

149. Con respecto a la PET-TC con 18F-fluorodesoxiglucosa (18F-FDG) en pacientes con linfoma, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Es más exacta para la valoración de la médula ósea en el linfoma de Hodgkin (LH).
2. Realizada a mitad de tratamiento en el LH ayuda a decidir la duración del mismo.
3. Es útil en los linfomas no Hodgkin de bajo grado.
4. Al final del tratamiento puede diferenciar entre enfermedad residual y enfermedad activa.



**Respuesta correcta: 3**



La tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada (PET-TC) utilizando el 18F-fluorodesoxiglucosa (18F-FDG) es una herramienta de diagnóstico por imágenes avanzada que se utiliza en la evaluación y seguimiento de pacientes con linfoma. Sin embargo, esta técnica no es igualmente útil en todos los subtipos de linfoma no Hodgkin (LNH) debido a las características biológicas y metabólicas variables de estos tumores. Es más exacta para la valoración de la médula ósea en el linfoma de Hodgkin (LH) y se considera una herramienta valiosa para evaluar la extensión de la enfermedad en este tipo de linfoma. Realizada a mitad de tratamiento en el LH ayuda a decidir la duración del mismo. El PET-TC realizado durante o después de la primera mitad del tratamiento en pacientes con linfoma de Hodgkin puede ayudar a determinar la respuesta al tratamiento y, en algunos casos, permitir la modificación de la duración del tratamiento en función de la respuesta temprana. Al final del tratamiento puede diferenciar entre enfermedad residual y enfermedad activa. En resumen, la opción 3 es incorrecta porque la utilidad de la PET-TC con 18F-FDG en los linfomas no Hodgkin de bajo grado es variable y depende del subtipo específico y de las características biológicas del tumor. En algunos casos, los LNH de bajo grado pueden no captar suficiente 18F-FDG para que el PET-TC sea efectiva en la detección y seguimiento de la enfermedad.

## MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

150. En relación con la indicación de irradiación parcial del cáncer de mama, señale la respuesta correcta:

1. No está indicada en pacientes postmenopáusicas.
2. Solo la pueden recibir pacientes diagnosticadas de carcinoma in situ.
3. Es de elección en pacientes con ganglios positivos.
4. No se debe emplear cuando hay más de un foco tumoral o lesiones multicéntricas.



**Respuesta correcta: 4**



La irradiación parcial del cáncer de mama, también conocida como radioterapia parcial de mama o braquiterapia de mama, es una opción de tratamiento en la que se administra radiación solo a una parte específica de la mama en lugar de irradiar toda la mama. Esta técnica puede ser apropiada en ciertas situaciones y para ciertos tipos de pacientes, pero no es adecuada para todos los casos. La irradiación parcial de mama puede ser una opción adecuada tanto para pacientes premenopáusicas como postmenopáusicas. La decisión de utilizar esta técnica


depende de varios factores, como el tamaño y la ubicación del tumor, el estado de salud general de la paciente y su preferencia personal. Si bien la irradiación parcial de mama a menudo se considera en pacientes con carcinoma in situ (también conocido como cáncer de mama en estadio 0), también puede ser apropiada para algunos casos de cáncer de mama invasivo, dependiendo de las características individuales de la enfermedad. La irradiación parcial de mama generalmente se reserva para pacientes con tumores de mama pequeños y bien localizados, y no se utiliza como tratamiento principal para pacientes con ganglios linfáticos positivos, ya que estos casos generalmente requieren un enfoque de tratamiento más integral, como la radioterapia de toda la mama y la quimioterapia.

### MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

151. ¿Cuál de las siguientes alteraciones es más frecuente en el cáncer de pulmón no microcítico metastásico?:

1. Mutación de KRAS.
2. Mutación de BRAF.
3. Reordenamiento de ALK.
4. Fusión de NTRK.

 **Respuesta correcta: 1**

 En el cáncer de pulmón no microcítico metastásico, la mutación de KRAS es la alteración genética más frecuente. KRAS es un oncogén que codifica una proteína involucrada en la regulación del crecimiento celular y su mutación conduce a una activación constante de la vía de señalización del factor de crecimiento epidérmico (EGFR). Esta activación incontrolada de la vía de señalización promueve la proliferación celular y la supervivencia de las células cancerosas, lo que contribuye al desarrollo y la progresión del cáncer de pulmón no microcítico.


- Mutación de BRAF: Aunque las mutaciones de BRAF son relevantes en otros tipos de cáncer, como el melanoma, no son tan frecuentes en el cáncer de pulmón no microcítico.
- Reordenamiento de ALK: Los reordenamientos de ALK son más comunes en ciertos subtipos de cáncer de pulmón, pero no son la alteración más frecuente en el cáncer de pulmón no microcítico en general.
- Fusión de NTRK: Las fusiones de NTRK son raras en el cáncer de pulmón no microcítico y no son la alteración más frecuente en este tipo de cáncer.

### MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

152. Mujer de 21 años sin antecedentes de interés que consulta por palpitations, nerviosismo y cambios de comportamiento. Se le diagnostica de crisis de ansiedad. Diez días más tarde consulta de nuevo por cefalea, alucinaciones auditivas, discurso incoherente y síntomas psicóticos. La analítica general, la radiografía de tórax, la TC craneal y los estudios microbiológicos son normales. La resonancia magnética cerebral muestra hiperintensidad en FLAIR en hipocampo. En sangre se detectan anticuerpos contra receptores de N-metil-d-aspartato. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?:

1. Teratoma ovárico.
2. Sarcoma de Ewing.
3. Cáncer de mama.
4. Linfoma de Hodgkin.

 **Respuesta correcta: 1**

 Los síntomas iniciales de palpitations, nerviosismo y cambios de comportamiento seguidos de cefalea, alucinaciones auditivas, discurso incoherente y síntomas psicóticos sugieren una encefalitis autoinmune mediada por anticuerpos contra receptores de N-metil-d-aspartato (NMDAR). Esta entidad clínica está fuertemente asociada con teratomas ováricos en mujeres jóvenes. Los teratomas ováricos pueden contener tejidos ectópicos que generan una respuesta autoinmunitaria y la producción de anticuerpos que afectan al cerebro. Los anticuerpos deben medirse en LCR.

- Sarcoma de Ewing: Los síntomas y hallazgos no son característicos de un sarcoma de Ewing, que generalmente afecta a los huesos y tejidos blandos.
- Cáncer de mama: Los síntomas y hallazgos no son típicos de un cáncer de mama, y no hay evidencia de metástasis cerebral en este caso.
- Linfoma de Hodgkin: Los síntomas y hallazgos no son característicos de un linfoma de Hodgkin, que generalmente se presenta con linfadenopatía y otros síntomas.


### MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

153. ¿Cuál de los siguientes datos NO es relevante antes de iniciar un tratamiento adyuvante con fluorouracilo a un paciente intervenido de cáncer de colon?:

1. El aclaramiento de creatinina.
2. Determinación de la dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD).
3. Síntomas previos de neurotoxicidad.

4. Antecedentes de cardiopatía isquémica.

 **Respuesta correcta: 3**

 El dato que no es relevante antes de iniciar un tratamiento adyuvante con fluorouracilo a un paciente intervenido de cáncer de colon es la presencia de síntomas previos de neurotoxicidad. Aunque es importante monitorear y prevenir la neurotoxicidad durante el tratamiento con fluorouracilo, evaluar síntomas previos de neurotoxicidad no es una consideración inmediata antes de iniciar el tratamiento, ya que no tiene relación directa con la seguridad y la eficacia del fluorouracilo en el contexto del cáncer de colon.


- El aclaramiento de creatinina: La evaluación del aclaramiento de creatinina es relevante antes de iniciar el tratamiento con fluorouracilo, ya que la función renal puede afectar la eliminación del fármaco y su potencial toxicidad. La función renal puede influir en la dosis y la frecuencia de administración del fluorouracilo.
- Determinación de la dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD): La determinación de la actividad de DPD es importante antes de iniciar el tratamiento con fluorouracilo, ya que los pacientes con deficiencia de DPD tienen un mayor riesgo de sufrir toxicidad grave con este fármaco. La evaluación de la actividad de DPD permite identificar a los pacientes que pueden requerir ajustes en la dosis o la elección de un tratamiento alternativo.
- Antecedentes de cardiopatía isquémica: Los antecedentes de cardiopatía isquémica son relevantes antes de iniciar el tratamiento con fluorouracilo, ya que este medicamento puede tener efectos secundarios cardiovasculares, y es importante evaluar la salud cardíaca del paciente y considerar medidas de prevención y monitoreo adecuadas. Los pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica pueden necesitar una atención especial durante el tratamiento.

**MIR 2024 Hematología**

**154. Paciente de 62 años en estudio por una pancitopenia. Se realiza una punción de la médula ósea objetivando un 15 % de blastos mieloides con estudio citogenético normal. Según la clasificación de enfermedades de la OMS el proceso debería ser catalogado como:**

1. Leucemia mieloide aguda.
2. Síndrome mielodisplásico con exceso de blastos.
3. Anemia megaloblástica.
4. Aplasia medular.

 **Respuesta correcta: 2**

 Según la clasificación de enfermedades de la OMS, un paciente de 62 años con un 15% de blastos mieloides en la médula ósea y un estudio citogenético normal se diagnosticaría como "Síndrome mielodisplásico con exceso de blastos" (SMRAEB-2). Este diagnóstico se basa en la presencia de una disfunción en la hematopoyesis caracterizada por una proliferación anormal de blastos en la médula ósea, que no cumple con los criterios para ser clasificado como leucemia mieloide aguda (LMA).


- Leucemia mieloide aguda (LMA): Aunque la LMA y el SMRAEB-2 pueden compartir características similares, la LMA se caracteriza por una mayor proporción de blastos en la médula ósea (generalmente >20%) y la presencia de ciertos marcadores citogenéticos o moleculares específicos que la distinguen de los SMRAEB-2.
- Anemia megaloblástica: La anemia megaloblástica es una entidad clínica causada generalmente por deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico, y se caracteriza por la presencia de eritrocitos grandes (macrocitosis) y alteraciones en la médula ósea diferentes de la proliferación de blastos.
- Aplasia medular: La aplasia medular se caracteriza por una disminución en la producción de células sanguíneas en la médula ósea, y no por la proliferación de blastos como se observa en el SMRAEB-2.

**MIR 2024 Hematología**

**155. En una anemia por deficiencia de hierro en una mujer joven por sangrado menstrual excesivo, sin otras complicaciones añadidas, ¿cuál de los siguientes parámetros analíticos estará aumentado?:**

1. Concentración de ferritina en suero.
2. Concentración de hemoglobina en reticulocitos.
3. Volumen corpuscular medio de los hematíes.
4. Concentración de transferrina en suero.

 **Respuesta correcta: 4**

 En una anemia por deficiencia de hierro debido a sangrado menstrual excesivo en una mujer joven, la concentración de transferrina en suero estará aumentada. La transferrina es una proteína que se une al hierro en la sangre y facilita su transporte hacia las células para la formación de hemoglobina. Cuando hay una deficiencia de hierro, el organismo aumenta la producción de transferrina para tratar de captar más hierro disponible y compensar la pérdida por el sangrado menstrual excesivo. Concentración de ferritina en suero: La ferritina es una proteína que almacena hierro en el cuerpo. En una anemia por deficiencia de hierro, la concentración de ferritina en suero suele estar




disminuida, ya que refleja la cantidad de hierro almacenado en el organismo, que disminuye cuando hay una deficiencia. Concentración de hemoglobina en reticulocitos: Los reticulocitos son los precursores de los glóbulos rojos. En una anemia por deficiencia de hierro, la concentración de hemoglobina en reticulocitos puede estar disminuida debido a la falta de hierro necesario para la síntesis de hemoglobina. Volumen corpuscular medio de los hematíes: En una anemia por deficiencia de hierro, el volumen corpuscular medio de los hematíes suele estar disminuido, ya que los glóbulos rojos producidos pueden ser más pequeños de lo normal (microcitosis). En resumen, la concentración de transferrina en suero es un marcador relevante para evaluar la disponibilidad de hierro en una anemia por deficiencia de hierro debido a sangrado menstrual excesivo, ya que aumenta como respuesta compensatoria del organismo para captar más hierro disponible.

### MIR 2024 Hematología

**156. Un paciente con grupo sanguíneo A positivo y una leucemia mieloide aguda es sometido a un trasplante hematopoyético con un donante B positivo. La médula del donante prende adecuadamente alcanzando un quimerismo completo. Sin haber recibido transfusiones en los cuatro meses previos, a los seis meses del procedimiento, permaneciendo en quimerismo completo, se realiza un nuevo grupo sanguíneo al receptor. El resultado será:**

1. A positivo. El grupo sanguíneo permanece inalterable durante toda la vida.
2. AB positivo. Existe una mezcla de ambos grupos en los hematíes.
3. B positivo. Ha cambiado de grupo adquiriendo el del donante.
4. O positivo. Los anticuerpos anti-transferasa del receptor inhiben la expresión de los grupos sanguíneos, siendo todos los pacientes trasplantados del grupo O.

 **Respuesta correcta: 3**

 Cuando un paciente con leucemia mieloide aguda (LMA) recibe un trasplante hematopoyético de un donante con un grupo sanguíneo diferente, la médula del donante reemplaza a la médula del receptor. En este caso, el paciente tenía grupo sanguíneo A positivo y recibió una médula de un donante B positivo. Después del trasplante, la médula del donante se establece en el paciente y produce glóbulos rojos con el grupo sanguíneo del donante, que es B positivo. Por lo tanto, el grupo sanguíneo del receptor


cambia y se convierte en B positivo debido a la influencia de la médula del donante. A positivo. El grupo sanguíneo del receptor cambia después del trasplante, por lo que ya no es A positivo, sino B positivo. El grupo sanguíneo cambia debido a la influencia de la médula del donante, no debido a la inhibición de anticuerpos. Además, el grupo sanguíneo O positivo no se menciona en el enunciado como opción inicial ni como resultado del trasplante.

### MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

**157. El conjunto de todas las capacidades físicas y mentales de una persona que permiten hacer frente a los cambios del entorno, originando discapacidad cuando fallan, se denomina:**

1. Fragilidad.
2. Morbilidad.
3. Capacidad intrínseca.
4. Discapacidad.

 **Respuesta correcta: 3**

 La capacidad intrínseca es el conjunto de todas las capacidades físicas y mentales de una persona que le permiten hacer frente a los cambios del entorno. Esta capacidad es esencial para mantener la autonomía y la independencia en la vida diaria. Cuando la capacidad intrínseca falla, puede dar lugar a la discapacidad, que es la respuesta a la pregunta. La fragilidad se refiere a la disminución de la capacidad intrínseca y es un factor de riesgo para la discapacidad. Fragilidad. La fragilidad es una disminución de la capacidad intrínseca, pero no es la definición global de todas las capacidades físicas y mentales de una persona. Morbilidad. La morbilidad se refiere a la presencia de enfermedades o trastornos en una población y no abarca todas las capacidades físicas y mentales de una persona. Discapacidad. La discapacidad es el resultado de la pérdida o limitación de las capacidades intrínsecas, no es la definición completa de esas capacidades.


### MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

**158. Una de las siguientes escalas, usadas para valorar la fragilidad, requiere la realización de pruebas de ejecución:**

1. La escala FRAIL.
2. El índice de fragilidad de Rockwood.

3. La Clinical Frailty Scale (CFS).
4. La Short Physical Performance Battery (SPPB).

 **Respuesta correcta: 4**

 La Short Physical Performance Battery (SPPB) es una escala que se utiliza para valorar la fragilidad y requiere la realización de pruebas de ejecución física, como caminar, levantarse de una silla y mantener el equilibrio. Esta escala evalúa la función física y ayuda a identificar a las personas frágiles o en riesgo de fragilidad.


- La escala FRAIL: La escala FRAIL se basa en preguntas sobre fatiga, resistencia, capacidad aeróbica, enfermedades y pérdida de peso, y no incluye pruebas de ejecución física.
- El índice de fragilidad de Rockwood: El índice de fragilidad de Rockwood utiliza una evaluación multidimensional que incluye múltiples criterios de fragilidad, pero no se basa en pruebas de ejecución física.
- La Clinical Frailty Scale (CFS): La Clinical Frailty Scale es una escala de valoración clínica que se utiliza para evaluar la fragilidad, pero no incluye pruebas de ejecución física como parte de su evaluación.

**MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas**

**159. Hombre de 84 años que acude a su médico de familia porque, tras haberse caído tres veces a lo largo del último año, tiene miedo a volver a caerse. Se le hace una prueba cronometrada "Levántese y Ande" (Get Up and Go), que tarda en completar 21 segundos (normal <10 s). Respecto el riesgo de caída que presenta, señale la respuesta correcta:**

1. El riesgo es bajo, por lo que se reevaluará dentro de un año.
2. El riesgo es intermedio, por lo que se realizará educación general para prevenir futuras caídas sin intervención individualizada.
3. No tiene riesgo de nuevas caídas, no precisa seguimiento.
4. El riesgo es alto, por lo que se realizará una valoración multifactorial del riesgo de caídas con intervención individualizada.

 **Respuesta correcta: 4**

 El paciente de 84 años que se ha caído tres veces en el último año y que tarda 21 segundos en completar la prueba "Levántese y Ande" (Get Up and Go) presenta un riesgo alto de caídas (> 13 segundos). La prueba


cronometrada "Levántese y Ande" es un indicador de la capacidad funcional y la movilidad del paciente. Un tiempo de 21 segundos para completar la prueba indica una capacidad de movilidad disminuida y un mayor riesgo de caídas. Dado que las caídas pueden tener consecuencias graves en personas de edad avanzada, se requiere una valoración multifactorial para identificar los factores de riesgo específicos y planificar una intervención individualizada para prevenir futuras caídas.

**MIR 2024 Reumatología**

**160. Hombre de 93 años con antecedentes de HTA, diabetes mellitus, hiperplasia benigna de próstata y demencia mixta leve. Necesita ayuda de una persona para bajar las escaleras, es incontinente urinario pero él mismo se cambia el pañal y es independiente para el resto de las actividades básicas de la vida diaria, con dependencia para la mayoría de actividades instrumentales. Ha sido intervenido de una fractura subcapital de fémur derecho Garden IV de etiología osteoporótica con colocación de hemiartroplastia, sin presentar complicaciones médicas ni quirúrgicas. Señale la respuesta correcta:**

1. No es candidato a tratamiento osteoprotector por edad y presencia de demencia.
2. No se deben iniciar bifosfonatos si presenta hipocalcemia.
3. Debe suplementarse con calcio aunque sus valores sean normales.
4. Debe permanecer encamado seis semanas tras la intervención quirúrgica para mejorar la consolidación de la fractura.

 **Respuesta correcta: 2**

 El paciente de 93 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, hiperplasia benigna de próstata y demencia mixta leve ha sido intervenido de una fractura subcapital de fémur derecho. Dado que se le ha realizado una hemiartroplastia, es importante considerar el tratamiento osteoprotector para prevenir la pérdida de masa ósea. Sin embargo, la respuesta correcta es que no se deben iniciar bifosfonatos si el paciente presenta hipocalcemia. Los bifosfonatos son medicamentos utilizados para tratar la osteoporosis, pero pueden disminuir aún más los niveles de calcio en sangre, lo que puede ser perjudicial. Por lo tanto, antes de iniciar cualquier tratamiento osteoprotector, es importante corregir cualquier hipocalcemia presente. La edad avanzada y la demencia no excluyen la necesidad de tratamiento osteoprotector en un paciente con fractura por fragilidad. De


hecho, en muchos casos, es aún más importante considerar estos tratamientos en pacientes de edad avanzada. La suplementación con calcio debe basarse en los niveles de calcio en sangre del paciente. Si los valores de calcio son normales, no es necesario suplementar con calcio de forma indiscriminada, ya que un exceso de calcio también puede ser perjudicial. El reposo prolongado en cama no se recomienda en la mayoría de los casos después de una fractura por fragilidad, ya que puede aumentar el riesgo de complicaciones, como la trombosis venosa profunda y la pérdida de masa ósea. La movilización temprana y la rehabilitación suelen ser preferibles para la recuperación después de la cirugía de fractura.

### MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

**161. Hombre de 91 años que consulta por creciente dificultad para hacer sus tareas habituales y sensación de debilidad. Su IMC es de 22,5 y su masa muscular medida por bioimpedanciometría es de 14 kg (normal >20 kg) con aumento del porcentaje de grasa, su fuerza de prensión es de 19 kg (>27 kg) y su velocidad de la marcha 0,7 m/s (>1,0 m/s). ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable?:**

1. Envejecimiento normal.
2. Sarcopenia grave.
3. Malnutrición moderada.
4. Caquexia.

 **Respuesta correcta: 2**

 El paciente de 91 años presenta varios signos que sugieren sarcopenia grave. La sarcopenia es la pérdida de masa muscular y función muscular que ocurre con el envejecimiento. Los hallazgos en este paciente incluyen una masa muscular medida por bioimpedanciometría por debajo de los valores normales, una fuerza de prensión disminuida y una velocidad de la marcha reducida, todos ellos indicativos de sarcopenia. Además, el paciente experimenta dificultad para realizar tareas habituales y sensación de debilidad, lo que es consistente con los síntomas de la sarcopenia. Los hallazgos en este paciente van más allá de lo que se consideraría envejecimiento normal. La sarcopenia se asocia con el envejecimiento, pero cuando es grave, como en este caso, es un problema médico que requiere atención. Si bien la pérdida de masa muscular puede estar relacionada con la malnutrición, en este caso, se menciona un IMC de 22.5, que está dentro del rango normal. La pérdida de masa muscular y la debilidad son más sugestivas de sarcopenia que de malnutrición. La caquexia es una pérdida


de peso extrema y debilitante que a menudo se asocia con enfermedades graves como el cáncer avanzado. No se menciona una pérdida de peso extrema en el enunciado, por lo que la caquexia no parece ser la causa más probable de los síntomas del paciente.

### MIR 2024 Inmunología y Genética

**162. Respecto a los cambios del sistema inmunitario que aparecen con el envejecimiento, definidos como inmunosenescencia, señale la respuesta correcta:**

1. La disminución de interleuquina 6 se relaciona con fragilidad y demencia.
2. Disminuye el número de linfocitos T.
3. Disminuye el factor de necrosis tumoral.
4. Disminuye la producción de autoanticuerpos por los linfocitos B.

 **Respuesta correcta: 2**

 Con el envejecimiento, se produce un fenómeno conocido como inmunosenescencia, que implica una serie de cambios en el sistema inmunológico. Uno de estos cambios es la disminución en el número y la función de los linfocitos T. Los linfocitos T son una parte crucial del sistema inmunológico y desempeñan un papel fundamental en la respuesta inmune frente a infecciones y enfermedades. La disminución de los linfocitos T contribuye a la vulnerabilidad a las infecciones y a una respuesta inmune menos efectiva en las personas mayores. Si bien la interleuquina 6 (IL-6) puede aumentar en ciertas condiciones inflamatorias asociadas con el envejecimiento, no es la principal característica de la inmunosenescencia. Además, no es la causa directa de fragilidad y demencia. La disminución del factor de necrosis tumoral (TNF) es un aspecto de la inmunosenescencia, pero no es la característica más destacada. La disminución de los linfocitos T tiene un impacto más significativo en la inmunosenescencia. La disminución en la producción de autoanticuerpos por los linfocitos B es una característica de la inmunosenescencia, pero no es la respuesta más destacada a la pregunta. La disminución de los linfocitos T es un cambio más relevante en el envejecimiento.


### MIR 2024 Endocrinología

**163. Señale la respuesta correcta en relación con el tratamiento con yodo radiactivo en los pacientes con cáncer diferenciado de tiroides:**

1. Se debe administrar antes de la tiroidectomía para disminuir el tamaño tumoral.

- Administrado con carácter ablativo post-tiroidectomía facilita el seguimiento con la determinación de tiroglobulina sérica.
- Está indicado únicamente cuando existen metástasis a distancia.
- En pacientes de bajo riesgo o muy bajo riesgo reduce las recurrencias y prolonga la supervivencia.

 **Respuesta correcta: 2**

 El yodo radiactivo (I-131) se utiliza en el tratamiento de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides después de la tiroidectomía para eliminar cualquier tejido tiroideo residual y las células cancerosas. Esta administración ablativa posterior a la tiroidectomía facilita el seguimiento del paciente mediante la determinación de la tiroglobulina sérica. Después del tratamiento con yodo radiactivo, los niveles de tiroglobulina sérica deberían disminuir significativamente, lo que permite una mejor detección de la recurrencia del cáncer y la evaluación de la respuesta al tratamiento. El yodo radiactivo se utiliza típicamente después de la tiroidectomía para eliminar cualquier tejido tiroideo residual y las células cancerosas. El yodo radiactivo se utiliza no solo en casos de metástasis a distancia, sino también en casos de cáncer diferenciado de tiroides sin metástasis a distancia como parte del tratamiento adyuvante. En pacientes de bajo riesgo o muy bajo riesgo reduce las recurrencias y prolonga la supervivencia: Esto es cierto, pero no es la respuesta más específica a la pregunta. El uso del yodo radiactivo después de la tiroidectomía en pacientes de bajo riesgo o muy bajo riesgo puede ayudar a reducir las recurrencias y prolongar la supervivencia al eliminar cualquier tejido tiroideo residual con potencial canceroso.


la glándula tiroides está afectado y permite preservar la función tiroidea normal en el lóbulo no afectado. Nodulectomía: La nodulectomía se refiere a la extirpación de un nódulo tiroideo sin necesariamente extirpar el lóbulo completo. Sin embargo, en un adenoma tiroideo tóxico, a menudo se realiza una hemitiroidectomía debido a la necesidad de eliminar la fuente de hormonas tiroideas excesivas. La tiroidectomía subtotal implica la extirpación de una parte significativa de la glándula tiroides, pero no es la técnica quirúrgica preferida para el tratamiento del adenoma tiroideo tóxico solitario, ya que puede resultar en la necesidad de terapia de reemplazo hormonal tiroideo a largo plazo. La tiroidectomía total implica la extirpación completa de la glándula tiroides y no se considera la técnica de elección para el adenoma tiroideo tóxico solitario, a menos que haya una indicación específica para la extirpación total de la tiroides.

**MIR 2024 Endocrinología**

**165. Mujer de 25 años, obesa, que consulta por clínica de 2 meses de evolución de pérdida de 5 Kg de peso, palpitations, dificultad para el sueño nocturno y nerviosismo. A la exploración física destaca temblor fino distal, frecuencia cardiaca de 110 lpm y no presenta bocio. Se realiza analítica que muestra TSH suprimida, T4 elevada y tiroglobulina baja. La gammagrafía tiroidea muestra una absorción disminuida de yodo radiactivo. ¿Cuál de los siguientes le parece el diagnóstico más probable?**

- Tirotoxicosis facticia.
- Tiroiditis subaguda.
- Hipertiroidismo por enfermedad de Graves.
- Teratoma de ovario (estruma ovárico).

 **Respuesta correcta: 1**


 La tirotoxicosis facticia es una condición en la que los síntomas de hipertiroidismo son causados por la ingestión deliberada de hormonas tiroideas o tiroxina. En este caso, la paciente presenta síntomas de hipertiroidismo, como pérdida de peso, palpitations, dificultad para dormir, nerviosismo y un examen físico que revela temblores finos distales. Los hallazgos analíticos son consistentes con hipertiroidismo, con una TSH suprimida y una T4 elevada. La tiroglobulina baja es un marcador de que no se está produciendo un exceso de hormonas tiroideas en la glándula tiroides, lo que sugiere que la fuente de las hormonas tiroideas es externa. Además, la gammagrafía tiroidea muestra una absorción disminuida de yodo radiactivo, lo que es consistente con la tirotoxicosis facticia, ya que indica que la glándula tiroides no está tomando yodo

**MIR 2024 Endocrinología**

**164. La técnica quirúrgica indicada en los pacientes con adenoma tiroideo tóxico solitario que precisan intervención quirúrgica es:**

- Nodulectomía.
- Hemitiroidectomía del lado afecto.
- Tiroidectomía subtotal.
- Tiroidectomía total.

 **Respuesta correcta: 2**

 En pacientes con adenoma tiroideo tóxico solitario que requieren intervención quirúrgica, la técnica quirúrgica indicada es la hemitiroidectomía del lado afectado. Esto implica la extirpación de la mitad de la glándula tiroides donde se encuentra el adenoma tiroideo. La hemitiroidectomía es apropiada cuando solo un lóbulo de


de la sangre de manera significativa. La tiroiditis subaguda es una afección en la que la glándula tiroidea se inflama y puede causar síntomas de hipertiroidismo, pero generalmente se asocia con una elevación de la tiroglobulina y una gammagrafía tiroidea normal. En la enfermedad de Graves, generalmente se observa un bocio y anticuerpos antitiroideos, que no se mencionan en el caso de la paciente. Los teratomas de ovario pueden contener tejido tiroideo funcional, pero generalmente no causan hipertiroidismo significativo y no explicarían todos los síntomas y hallazgos en este caso.

### MIR 2024 Endocrinología

**166. Si usted está de guardia y le avisan por un paciente con malestar general, cefalea y náuseas, en quien encuentra una hiponatremia con función renal normal ¿qué esperaría encontrar si la causa de la misma fuera un SIADH?:**

1. Osmolalidad plasmática >270 mosm/Kg.
2. Hipovolemia.
3. Osmolalidad urinaria >100 mosm/Kg.
4. Excreción urinaria de sodio reducida con ingesta adecuada de sal y agua.

#### Respuesta correcta: 3

 El síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) es una condición en la que se produce una retención excesiva de agua debido a la liberación inapropiada de la hormona antidiurética (ADH). Como resultado, los pacientes con SIADH tienden a concentrar la orina a pesar de tener una concentración baja de sodio en sangre. Por lo tanto, se esperaría encontrar una osmolalidad urinaria elevada (>100 mosm/Kg) en pacientes con SIADH, ya que sus riñones están reabsorbiendo agua de manera excesiva.


- Osmolalidad plasmática >270 mosm/Kg: En el SIADH, la osmolalidad plasmática suele ser baja debido a la dilución de sodio en sangre como resultado de la retención de agua.
- Hipovolemia: El SIADH no se asocia con hipovolemia, ya que implica una retención excesiva de líquidos y una expansión del volumen intravascular.
- Excreción urinaria de sodio reducida con ingesta adecuada de sal y agua: En el SIADH, la excreción urinaria de sodio tiende a ser elevada a pesar de la ingesta adecuada de sal y agua, debido a la acción de la ADH en los riñones para reabsorber agua y diluir la concentración de sodio en sangre.

### MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

**167. En una paciente joven sin antecedentes de interés que después de un tratamiento antibiótico por otro motivo es diagnosticada de candidiasis vaginal, es cierto que:**

1. El tratamiento de elección es un comprimido vaginal de 500 mg de clotrimazol en dosis única.
2. Si estuviera embarazada, el tratamiento antifúngico debería ser oral.
3. Es preciso tratar a su pareja sexual, aunque esté asintomática.
4. Es necesario realizar un cribado de otras enfermedades de transmisión sexual.

#### Respuesta correcta: 1


 El tratamiento de elección para la candidiasis vaginal en pacientes jóvenes y sin complicaciones es el uso de antifúngicos tópicos. El clotrimazol es un antifúngico comúnmente utilizado y está disponible en forma de comprimidos vaginales de 500 mg para dosis única. Este tratamiento suele ser efectivo para el manejo de la candidiasis vaginal no complicada. En las embarazadas, se prefiere el tratamiento tópico para la candidiasis vaginal siempre que sea posible, y el clotrimazol en dosis única es una opción adecuada. En la candidiasis vaginal no es necesario tratar a la pareja sexual, ya que la infección es principalmente local y no se considera una enfermedad de transmisión sexual. No se considera una enfermedad de transmisión sexual, por lo que no es necesario realizar un cribado de otras ETS en este contexto.

### MIR 2024 Dermatología

**168. Sobre el tratamiento con antiviricos orales en un paciente con herpes zóster de menos de 72 horas de evolución, es cierto que:**

1. Deja de ser contagioso a las 24 horas de inicio del tratamiento.
2. Deben tratarse los síntomas con analgésicos además del tratamiento del herpes.
3. En casos con muy pocas lesiones, su efectividad es similar al tratamiento tópico con antiviricos.
4. Sólo está indicado en pacientes inmunodeprimidos.

#### Respuesta correcta: 2

 El herpes zóster es una infección viral que puede causar dolor intenso y otros síntomas. El tratamiento con antiviricos orales, como el aciclovir o el valaciclovir, es eficaz para reducir la duración y la gravedad


de la enfermedad, pero para aliviar el dolor agudo del herpes zóster, a menudo se requiere el uso de analgésicos adicionales, como los opioides o los antiinflamatorios no esteroides (AINEs). El herpes zóster sigue siendo contagioso hasta que las lesiones estén completamente secas y cubiertas, lo que puede llevar varios días o incluso semanas después del inicio del tratamiento antivírico. El tratamiento tópico con antivíricos no lo usamos y no es efectivo. El tratamiento con antivíricos orales está indicado en todos los pacientes con herpes zóster, independientemente de su estado inmunológico, para reducir la duración y la gravedad de la enfermedad.

### MIR 2024 Dermatología

169. Ante un caso de sarna en un paciente inmunocompetente, señale la respuesta INCORRECTA:

1. El tratamiento de elección es permetrina tópica al 5 % desde la línea mandibular hasta los dedos de los pies, dejando actuar entre 8 y 14 horas.
2. Es preciso lavar la ropa usada en las 48 horas previas y otras ropas del hogar al menos a 50 grados, lavado en seco o en su defecto poner la ropa en bolsas de plástico durante 15 días, para eliminar el parásito correctamente.
3. La medida del efecto terapéutico del tratamiento es a través de la desaparición del picor en las primeras 48 horas.
4. En caso de fracaso del tratamiento tópico o sarna nodular, el tratamiento de elección en nuestro entorno es la ivermectina oral en dosis única.

 **Respuesta correcta: 3**


 La opción 3 es incorrecta porque la desaparición del picor en las primeras 48 horas no es necesariamente un indicador confiable del efecto terapéutico del tratamiento de la sarna. La sarna es causada por ácaros que habitan en la piel y causan prurito intenso debido a una reacción alérgica a sus productos metabólicos. Después de aplicar el tratamiento, puede llevar algún tiempo (a menudo más de 48 horas) para que el prurito desaparezca por completo, ya que la reacción alérgica persiste incluso después de que los ácaros estén muertos. El efecto terapéutico del tratamiento de la sarna se evalúa mediante la resolución de las lesiones cutáneas y la eliminación de los ácaros. La ivermectina oral se utiliza en casos de sarna que no responden al tratamiento tópico o en casos de sarna nodular.

### MIR 2024 Infectología

170. El tratamiento de la leishmaniasis visceral en personas con infección por VIH con inmunodeficiencia grave se basa en el uso de:

1. Anfotericina B liposomal.
2. Voriconazol y anfotericina B liposomal.
3. Anfotericina B liposomal y miltefosina.
4. Miltefosina y paromomicina.

 **Respuesta correcta: 1**

 El tratamiento de la leishmaniasis visceral en personas con infección por VIH e inmunodeficiencia grave se basa en el uso de la anfotericina B liposomal. La anfotericina B liposomal es eficaz para el tratamiento de la leishmaniasis visceral en estos pacientes y se considera el tratamiento de elección. El voriconazol es un antifúngico y no se utiliza como tratamiento de primera línea para la leishmaniasis visceral. La anfotericina B liposomal se utiliza sola en este contexto. La combinación de anfotericina B liposomal y miltefosina es una opción en algunos casos, pero la anfotericina B liposomal es el tratamiento principal en personas con infección por VIH e inmunodeficiencia grave. La miltefosina y la paromomicina pueden utilizarse en el tratamiento de la leishmaniasis visceral, pero no se consideran el tratamiento principal en pacientes con infección por VIH e inmunodeficiencia grave.


### MIR 2024 Infectología

171. Hombre que consulta por la aparición de linfadenopatías generalizadas no dolorosas y lesiones cutáneas maculosas, papulosas, papuloescamosas y pustulosas. Las máculas son de color rojo pálido o rosa, no pruriginosas, distribuidas por tronco, zonas proximales de extremidades y en palmas y plantas, coexisten en distintas fases de evolución. Refiere, además, malestar general, febrícula, odinofagia y cefalea. En los antecedentes personales figuran que fue diagnosticado de infección por VIH y abandonó el tratamiento. Reconoce que practica con frecuencia sexo con otros hombres. ¿Cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA en relación con la enfermedad que sospecha que padece?:

1. Puede cursar con uveítis y producir ceguera.
2. Las lesiones cutáneas involucionan espontáneamente entre 1 y 6 meses.
3. Una cifra baja de linfocitos CD4+ (<350 cel/microL) es un riesgo para desarrollar afectación del sistema nervioso central y puede estar indicado practicar una punción lumbar.

4. La azitromicina es una buena opción para el tratamiento de la enfermedad, ya que la resistencia a los macrólidos es escasa.

 **Respuesta correcta: 4**


 La descripción del caso clínico sugiere una infección por sífilis secundaria, particularmente en un paciente con VIH no tratado. La sífilis es una infección bacteriana de transmisión sexual causada por *Treponema pallidum*. En la sífilis secundaria, pueden aparecer erupciones cutáneas generalizadas y linfadenopatías, junto con síntomas sistémicos como malestar general, fiebre baja y cefalea. La opción correcta es la 4. La azitromicina no es una buena opción para el tratamiento de la enfermedad, ya que la resistencia a los macrólidos es escasa. Aunque la azitromicina es un macrólido y se ha utilizado en el tratamiento de la sífilis, la resistencia a los macrólidos en *Treponema pallidum* ha ido en aumento. El tratamiento estándar para la sífilis es la penicilina, específicamente la penicilina G benzatina para las etapas tempranas de la enfermedad.

Analizando el resto de opciones:

- Puede cursar con uveítis y producir ceguera: Esto es cierto. La sífilis puede afectar a los ojos (sífilis ocular), incluyendo la uveítis, y si no se trata, puede llevar a la ceguera.
- Las lesiones cutáneas involucionan espontáneamente entre 1 y 6 meses: Esto también es cierto. Las lesiones de la sífilis secundaria suelen resolverse espontáneamente, pero el tratamiento es necesario para prevenir la progresión de la enfermedad.
- Una cifra baja de linfocitos CD4+ (<350 cel/microL) es un riesgo para desarrollar afectación del sistema nervioso central y puede estar indicado practicar una punción lumbar: Esto es correcto. Los pacientes con VIH y sífilis, especialmente aquellos con un conteo bajo de CD4+, tienen un mayor riesgo de neurosífilis. La punción lumbar se realiza para diagnosticar o descartar neurosífilis.

2. Haber iniciado la PrEP en el periodo ventana de la infección por VIH.
3. Se trata de un falso positivo.
4. Mayor susceptibilidad al VIH por las frecuentes infecciones de transmisión sexual asociadas a la PrEP.

 **Respuesta correcta: 2**

 La opción 2, que indica que la Profilaxis Preexposición (PrEP) se inició durante el periodo ventana de la infección por VIH, es la explicación más probable para el fallo de la PrEP en este caso. El periodo ventana es el tiempo entre la infección por VIH y la detección de anticuerpos contra el virus en la sangre. Durante este periodo, una persona puede tener una serología negativa para VIH a pesar de estar infectada. Si la PrEP se inicia en este periodo, el VIH ya presente en el organismo puede no ser completamente suprimido por los antirretrovirales usados en la PrEP, especialmente si el virus ha comenzado a replicarse activamente. La PrEP con tenofovir/emtricitabina es altamente efectiva para prevenir la infección por VIH cuando se toma de manera consistente y adecuada, pero no puede eliminar el virus una vez que la infección se ha establecido. Aunque es posible que existan cepas de VIH resistentes a los medicamentos usados en la PrEP, esto es relativamente raro, especialmente en una persona sin previa exposición a antirretrovirales. Además, en este caso, se menciona que la adherencia al tratamiento ha sido completa, lo que debería reducir significativamente el riesgo de adquirir una cepa resistente. La posibilidad de un falso positivo en las pruebas de VIH es muy baja, especialmente con las técnicas de diagnóstico modernas que incluyen pruebas confirmatorias. Además, un falso positivo no explicaría la situación clínica presentada en el caso, considerando la historia del paciente y el uso de PrEP. Si bien es cierto que las infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden aumentar el riesgo de adquirir el VIH, en este caso no hay mención de ITS concurrentes. Además, la afirmación de que la PrEP aumenta la susceptibilidad al VIH es incorrecta; la PrEP es una herramienta de prevención del VIH y no afecta la susceptibilidad al virus en sí. Las conductas de riesgo asociadas a la adquisición de ITS pueden coexistir con el uso de PrEP, pero no son una consecuencia directa de la misma.

## MIR 2024 Infectología

**172. En la revisión de un hombre de 27 años que ha comenzado tratamiento con tenofovir/emtricitabina como profilaxis preexposición al VIH (PrEP) hace tres meses, se identifica una serología positiva a VIH. En el momento del inicio de la PrEP la serología a VIH era negativa y la adherencia al tratamiento ha sido completa. La explicación más probable para el fracaso de la PrEP en este caso es:**


1. Resistencias primarias a los antirretrovirales usados.

## MIR 2024 Reumatología

**173. En la esclerodermia, el uso de altas dosis de glucocorticoides se asocia con el desarrollo de:**

1. Crisis renal esclerodérmica.
2. Mala evolución de las úlceras digitales.
3. Hipertensión pulmonar precapilar.
4. Sobrecrecimiento bacteriano intestinal.


 **Respuesta correcta: 1**

 La crisis renal esclerodérmica es una complicación grave y potencialmente mortal de la esclerodermia, particularmente asociada con el uso de altas dosis de glucocorticoides. Los glucocorticoides son antiinflamatorios potentes, pero su uso en la esclerodermia, especialmente en dosis altas, ha sido vinculado a un aumento en el riesgo de crisis renal esclerodérmica. Esta complicación se caracteriza por una rápida elevación de la presión arterial y deterioro de la función renal. La patogénesis puede estar relacionada con la activación de las vías de la angiotensina II y la disminución de la producción de óxido nítrico, llevando a la vasoconstricción y lesión renal. También, los glucocorticoides pueden exacerbar el daño vascular subyacente presente en la esclerodermia, aumentando así el riesgo de crisis renal. El manejo incluye el control estricto de la presión arterial y la reducción o eliminación de los glucocorticoides. Aunque las úlceras digitales son una manifestación común de la esclerodermia, no hay una relación directa y específica entre su mala evolución y el uso de altas dosis de glucocorticoides. De hecho, en algunos casos, los glucocorticoides pueden ser utilizados para tratar las úlceras digitales, aunque esto no es lo habitual debido a los efectos adversos asociados con su uso a largo plazo. La hipertensión pulmonar es una complicación grave de la esclerodermia, pero su relación directa con el uso de altas dosis de glucocorticoides no está tan claramente establecida como en el caso de la crisis renal esclerodérmica. La hipertensión pulmonar en la esclerodermia generalmente se desarrolla debido a la enfermedad subyacente y no se ha demostrado que sea inducida o agravada específicamente por el uso de glucocorticoides. Aunque el sobrecrecimiento bacteriano intestinal puede ser una complicación en pacientes con esclerodermia debido a la dismotilidad intestinal asociada con la enfermedad, no hay evidencia sólida que vincule directamente el uso de altas dosis de glucocorticoides con el desarrollo de esta condición. El sobrecrecimiento bacteriano intestinal es más probablemente una consecuencia de los cambios estructurales y funcionales del tracto gastrointestinal en la esclerodermia.

**líquido articular de color amarillo y ligeramente turbio. Recuento celular: 600 leucocitos/mm<sup>3</sup> y 7800 eritrocitos/mm<sup>3</sup>. No se observan microcristales bajo luz polarizada ni microorganismos en la tinción de Gram. Se realiza una artroscopia para toma de biopsia sinovial que informa de presencia de tejido de pigmentación ocre. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**

1. Porfiria aguda intermitente.
2. Alcaptonuria.
3. Osteoartritis séptica.
4. Artritis reumatoide.

 **Respuesta correcta: 2**

 La alcaptonuria es una enfermedad metabólica rara caracterizada por la acumulación de ácido homogentísico, un metabolito del aminoácido tirosina. Esta acumulación se debe a una deficiencia en la enzima homogentisato oxidasa. Los hallazgos clínicos y de laboratorio en este caso apuntan hacia la alcaptonuria. La mancha marrón en escalera en el ojo derecho se refiere a la pigmentación ocrácea del tejido conjuntivo, un signo clásico de alcaptonuria conocido como oftalmopatía ocrónica. Además, la gonalgia bilateral y el aumento de tamaño de la rodilla izquierda con limitación de movilidad son consistentes con la artropatía ocrónica, una manifestación común de la alcaptonuria. La presencia de líquido articular de color amarillo y ligeramente turbio es típica de la inflamación articular, pero no específica. La ausencia de microcristales y microorganismos apoya la exclusión de otras causas de artritis, como la gota o la infección. Finalmente, la biopsia sinovial mostrando tejido con pigmentación ocre confirma el diagnóstico, ya que este hallazgo es patognomónico de la alcaptonuria. La porfiria aguda intermitente se presenta con síntomas neurológicos, abdominales y psiquiátricos, pero no se asocia típicamente con artropatías ni con pigmentación ocrácea en tejidos. Aunque la osteoartritis séptica puede causar aumento del tamaño de la articulación y limitación de la movilidad, el líquido articular en la osteoartritis séptica generalmente tiene un recuento celular más alto, especialmente de leucocitos. Además, no se asocia con pigmentación ocrácea en los tejidos. La artritis reumatoide podría presentar aumento del tamaño de la articulación y limitación de movilidad, pero la presencia de la mancha marrón en escalera y el resultado de la biopsia sinovial no son característicos de la artritis reumatoide. Además, el recuento celular en el líquido articular es generalmente más alto en la artritis reumatoide activa.

**MIR 2024 Reumatología**

**174. Mujer de 50 años, con antecedentes de lumbalgia crónica desde los 30 años, que actualmente presenta gonalgia bilateral de predominio izquierdo de 5 meses de evolución. A la exploración física se aprecia una mancha marrón en escalera en el ojo derecho y la rodilla izquierda aumentada de tamaño con limitación a la movilidad activa y pasiva. Se realiza una artrocentesis de esa rodilla donde se extrae**




## MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular

175. Mujer de 54 años, fumadora, con sobrepeso e hipercolesterolemia tratada de forma irregular, que acude a consulta tres meses después de sufrir un infarto de miocardio. Como parte de su tratamiento se pautó al alta hospitalaria atorvastatina 40 mg/24 horas. Se encuentra asintomática, ha dejado de fumar y su analítica muestra un colesterol total de 196 mg/dl, HDL 56 mg/dl, LDL 110 mg/dl y triglicéridos 150 mg/dl. Señale la afirmación correcta:

1. Se debe intensificar el tratamiento hipolipemiante hasta el objetivo terapéutico (LDL < 55 mg/dl).
2. Su perfil lipídico es adecuado dado que tiene un colesterol total inferior a 200 mg/dl.
3. Su perfil lipídico es adecuado porque su HDL es elevado.
4. Al dejar de fumar y ser mujer su riesgo es bajo y no hace falta insistir en optimizar su perfil lipídico.

### Respuesta correcta: 1


 En pacientes que han sufrido un infarto de miocardio, como la mujer en este caso, la gestión del colesterol LDL (lipoproteína de baja densidad) es crucial para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares futuros. La directriz actual recomienda un objetivo de LDL < 55 mg/dl en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica, que incluye a aquellos con un historial de infarto de miocardio. Aunque la paciente ha hecho cambios positivos, como dejar de fumar, y tiene un colesterol total y un HDL (lipoproteína de alta densidad) en rangos aceptables, su LDL de 110 mg/dl está por encima del objetivo terapéutico. Por lo tanto, intensificar el tratamiento hipolipemiante, que podría incluir aumentar la dosis de atorvastatina o agregar otro agente hipolipemiante, es necesario para alcanzar el objetivo de LDL y reducir el riesgo de eventos cardiovasculares recurrentes. Aunque un colesterol total inferior a 200 mg/dl es generalmente favorable, no es el único factor a considerar en el manejo del riesgo cardiovascular. En el contexto del antecedente de un infarto de miocardio, el enfoque debe estar en el colesterol LDL, el cual todavía está por encima del objetivo en este caso. Mientras que un HDL elevado es generalmente beneficioso, no compensa un nivel de LDL que está por encima del objetivo terapéutico en un paciente con antecedente de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. El enfoque principal debe estar en reducir el LDL a menos de 55 mg/dl. Aunque dejar de fumar es un cambio significativo y positivo que reduce el riesgo cardiovascular, no elimina la necesidad de optimizar el perfil lipídico en una paciente que ha tenido un infarto de miocardio. El género y el cese del tabaquismo son factores en la evaluación del riesgo, pero no cambian el objetivo de LDL en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida.

## MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular

176. Paciente de 39 años que consulta para conocer su riesgo vascular. Su padre sufrió un infarto de miocardio sin aparentes factores de riesgo a edad temprana. En el perfil lipídico la lipoproteína (a) está muy elevada, 600 nmol/L (valor normal hasta 125 nmol/L). Respecto a esta lipoproteína, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Es un factor de riesgo independiente para la enfermedad vascular aterosclerótica.
2. Las concentraciones plasmáticas elevadas habitualmente son de origen genético.
3. El tratamiento con dieta y ejercicio reduce las concentraciones plasmáticas de la lipoproteína en un 25 %.
4. Dado que es un factor heredable habitualmente sólo se necesita medir una vez en la vida.

### Respuesta correcta: 3

 La afirmación de que el tratamiento con dieta y ejercicio puede reducir las concentraciones plasmáticas de lipoproteína (a) en un 25 % es incorrecta. La lipoproteína (a) es una partícula de lípido en la sangre que está estrechamente relacionada con el LDL (lipoproteína de baja densidad). Uno de los desafíos en el manejo de niveles elevados de lipoproteína (a) es que no responden significativamente a los cambios en el estilo de vida, como la dieta y el ejercicio, o incluso a la terapia con estatinas, que son efectivas para reducir el LDL. El nivel de lipoproteína (a) es en gran medida determinado por la genética y tiende a ser constante a lo largo de la vida de un individuo. Los enfoques para reducir los niveles elevados de lipoproteína (a) están limitados y pueden incluir la aféresis de lipoproteínas en casos seleccionados.


- Es correcto que es un factor de riesgo independiente para la enfermedad vascular aterosclerótica: La lipoproteína (a) ha sido reconocida como un factor de riesgo independiente para la enfermedad vascular aterosclerótica, lo que significa que puede contribuir al desarrollo de esta enfermedad independientemente de otros factores de riesgo comunes.
- Las concentraciones plasmáticas elevadas habitualmente son de origen genético. La concentración de lipoproteína (a) en la sangre está fuertemente influenciada por la genética, y los niveles altos tienden a ser heredados.
- Dado que es un factor heredable habitualmente sólo se necesita medir una vez en la vida: Esto es cierto. Debido a que los niveles de lipoproteína (a) son mayormente determinados por factores genéticos y permanecen relativamente constantes a lo largo de la vida, generalmente sólo es necesario medirlos una vez.

## MIR 2024 Hematología

177. Mujer de 75 años con antecedentes de insuficiencia venosa crónica que acude a urgencias por edema unilateral infrapoplíteo de extremidad inferior derecha, diagnosticándose de trombosis venosa profunda de venas gemelares derechas. Dado que no presenta ninguna otra comorbilidad ni clínica de embolia pulmonar se plantea el alta hospitalaria con tratamiento y seguimiento en consultas externas. ¿Cuál de estos fármacos es el MENOS indicado para iniciar tratamiento anticoagulante?:

1. Rivaroxaban.
2. Enoxaparina.
3. Acenocumarol.
4. Fondaparinux.

### Respuesta correcta: 3

 El acenocumarol, un anticoagulante oral del tipo antagonista de la vitamina K, es menos indicado en este caso para el tratamiento inicial de una trombosis venosa profunda (TVP). En pacientes de edad avanzada, como esta mujer de 75 años, el manejo de la anticoagulación con acenocumarol puede ser complicado debido a su estrecho margen terapéutico, la necesidad de monitorización frecuente del INR (Razón Normalizada Internacional), y la susceptibilidad a interacciones medicamentosas y dietéticas. Los anticoagulantes orales directos (DOACs) como rivaroxaban y los agentes anticoagulantes parenterales como enoxaparina y fondaparinux, son preferidos para el tratamiento inicial de la TVP en la práctica clínica actual debido a su perfil de seguridad más favorable, su manejo más sencillo (sin necesidad de ajustes de dosis frecuentes o monitorización de laboratorio regular), y su rápida acción.

- Rivaroxaban: Es un DOAC eficaz y seguro para el tratamiento de la TVP, con un perfil de manejo más sencillo que el acenocumarol.
- Enoxaparina: Es un anticoagulante inyectable de la clase de las heparinas de bajo peso molecular, ampliamente utilizado en el tratamiento inicial de la TVP.
- Fondaparinux: Es un inhibidor selectivo del factor Xa, utilizado en el tratamiento de la TVP, y es una opción adecuada en este contexto.


## MIR 2024 Endocrinología

178. Hombre de 78 años con antecedentes de fibrilación auricular paroxística, hipertensión arterial y dislipidemia. Sigue tratamiento desde hace años con acenocumarol, amiodarona, candesartan y pitavastatina. La pitavastatina es la tercera estatina

que toma por elevación persistente de la CK y mal control de la dislipidemia. Desde hace meses refiere estreñimiento, astenia y adinamia, caída del cabello y malestar general sin mialgias. Aporta análisis con CK 1200 U/L (normal hasta 171 U/L), función renal normal y cLDL 108 mg/dL a pesar del tratamiento. Señale la afirmación correcta:

1. Hay que añadir otro hipolipemiente como un inhibidor de PCSK9.
2. Probablemente tenga un hipotiroidismo inducido por amiodarona.
3. Hay que añadir un complemento alimenticio.
4. Hay que cambiar la estatina por rosuvastatina a dosis bajas.

### Respuesta correcta: 2

 La amiodarona es un medicamento antiarrítmico conocido por su potencial para causar efectos adversos en la tiroides, incluyendo tanto hipertiroidismo como hipotiroidismo. Los síntomas del paciente, como el estreñimiento, astenia, adinamia, caída del cabello y malestar general, junto con la elevación de la CK y el control subóptimo del cLDL a pesar del tratamiento con estatinas, sugieren hipotiroidismo. El hipotiroidismo puede afectar el metabolismo lipídico y muscular, lo que podría explicar tanto la elevación de la CK como el control insatisfactorio de la dislipidemia. Por lo tanto, es probable que el paciente tenga un hipotiroidismo inducido por amiodarona, y se debe evaluar la función tiroidea para confirmar esto. En cuanto a añadir otro hipolipemiente como un inhibidor de PCSK9, aunque podría considerarse en caso de dislipidemia refractaria, primero debe evaluarse la posibilidad de hipotiroidismo, dado que la corrección del hipotiroidismo podría mejorar el control de la dislipidemia. No hay suficiente evidencia que sugiera que añadir un complemento alimenticio sea una medida adecuada basada en los síntomas y el análisis presentado. Cambiar la estatina podría ser una opción, pero primero es esencial descartar la causa subyacente de la elevación de la CK y el mal control de la dislipidemia, que podría ser el hipotiroidismo.

## MIR 2024 Reumatología

179. Mujer de 23 años que seis meses antes inició cuadro de astenia y febrícula y en el último mes se añadió dolor en extremidad superior derecha, sobre todo con la movilización y la elevación mantenida. En la exploración física se detectó un soplo en la zona supraclavicular derecha, una disminución del pulso radial derecho y una disminución de presión arterial de 30 mmHg en esta extremidad respecto a la izquierda. La VSG fue de 20 mm y la bioquímica y el

hemograma no mostraron alteraciones destacables. Con la sospecha diagnóstica inicial de una vasculitis de grandes vasos, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Algunos pacientes presentan estenosis arteriales establecidas que se detectan de forma casual en una fase inactiva.
2. Sus manifestaciones vasculares periféricas son soplos vasculares, disminución de pulsos y claudicación de extremidades en más de la mitad de los pacientes.
3. La VSG normal descartaría el diagnóstico de sospecha.
4. Un estudio angiográfico con resonancia magnética es de gran utilidad en su diagnóstico, ya que proporciona información de la luz vascular y de la afectación inflamatoria de la pared de la aorta y sus ramas principales.



### Respuesta correcta: 3



La afirmación de que una velocidad de sedimentación globular (VSG) normal descartaría el diagnóstico de sospecha de una vasculitis de grandes vasos es incorrecta. Aunque la VSG elevada es un hallazgo común en muchas vasculitis, incluyendo la arteritis de Takayasu y la arteritis de células gigantes, una VSG normal no descarta definitivamente estas enfermedades. Las vasculitis de grandes vasos pueden tener un curso clínico variable y, en algunos casos, pueden presentarse con una VSG normal, especialmente en etapas tempranas o durante periodos de actividad baja de la enfermedad. Por lo tanto, la sospecha clínica basada en los síntomas y signos (como el dolor en extremidad superior, soplo supraclavicular, disminución del pulso y diferencia de presión arterial entre extremidades) sigue siendo clave para el diagnóstico. El resto de respuestas son correctas.

Epstein-Barr) positivo, IgG anti-ACV positivo. Médula ósea: disminución de la eritropoyesis y granulocitopoyesis con hiperplasia de histiocitos con intensa hemofagocitosis y cultivo negativo. ¿Cuál es la respuesta INCORRECTA sobre la enfermedad que sufre esta paciente?:

1. Puede asociarse a un síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X tipo 2.
2. Si se logra la remisión, el único tratamiento curativo es el trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas.
3. Existe una activación incesante de linfocitos CD8+ y macrófagos.
4. El tratamiento de elección son los anticuerpos monoclonales anti-IL6 asociado a anticuerpos monoclonales antiTNF.



### Respuesta correcta: 4



La opción 4 es incorrecta ya que no describe adecuadamente el tratamiento estándar para el síndrome hemofagocítico linfohistiocítico (HLH), que es la enfermedad sugerida por la descripción del caso. El HLH es un trastorno inmunológico grave caracterizado por una activación incontrolada del sistema inmunitario, que conduce a una inflamación sistémica severa y daño tisular. El tratamiento estándar para HLH incluye inmunosupresores como corticosteroides y etopósido, y en algunos casos, terapia biológica con anticuerpos monoclonales como el rituximab. Los anticuerpos monoclonales anti-IL6 y antiTNF no son el tratamiento de elección para HLH. El HLH puede estar asociado con trastornos genéticos, incluyendo el síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X tipo 2. En algunos casos de HLH, especialmente aquellos de origen genético, el trasplante de células madre hematopoyéticas puede ser curativo. Existe una activación incesante de linfocitos CD8+ y macrófagos: Esto es correcto y es una característica clave del HLH.

## MIR 2024 Hematología

180. Mujer de 45 años con antecedentes de colitis ulcerosa, que consulta por fiebre diaria de hasta 40°C acompañada de escalofríos, astenia, anorexia y cefalea intensa. En la exploración está febril, normotensa, a 90 lpm y destaca hepatoesplenomegalia blanda. En la analítica destaca bicitopenia (leucocitos 2650 [73 N, 19 L, 3M], Hb 9,7, Hcto 28,6 %, VCM 95, CHCM 34), hipofibrinogenemia, ALT 88 UI/L (N hasta 37), AST 126 UI/L (N hasta 32), LDH 431 UI/L (N hasta 190), ferritina 936 ?g/L (N 15 a 120), hipergammaglobulinemia (gamma: 27 %) y proteína C reactiva 78 mg/L (N hasta 8). Estudio serológico : IgM anti-ACV (antígeno de la cápside del virus de


## MIR 2024 Infectología

181. Un paciente de 45 años ha sido recientemente diagnosticado de tuberculosis pulmonar por un cuadro clínico característico, una lesión cavitada en la Rx de tórax y una baciloscopia positiva. Refiere ser su segundo episodio de tuberculosis pulmonar, habiendo sufrido otro hace 6 años. El curso clínico esta siendo de lenta resolución y en el estudio de resistencias se identifica resistencia a isoniacida. El mejor tratamiento de entre los siguientes es:

1. Rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol durante 18 meses.

2. Rifampicina, pirazinamida, etambutol y levofloxacin durante 6 meses.
3. Rifampicina, bedaquilina y proteonamida durante 12 meses.
4. Rifampicina, etambutol, pirazinamida y linezolid durante tres meses.


 **Respuesta correcta: 2**

 La opción 2 es el tratamiento más adecuado para un paciente con tuberculosis pulmonar con resistencia a la isoniacida. La resistencia a la isoniacida requiere la exclusión de este fármaco del régimen de tratamiento y la inclusión de un régimen alternativo para cubrir la resistencia. En este caso, el tratamiento incluye rifampicina, pirazinamida y etambutol, combinados con levofloxacin, un fluoroquinolona, durante 6 meses. Este régimen está de acuerdo con las pautas para el tratamiento de la tuberculosis resistente a la isoniacida, proporcionando una cobertura efectiva contra las cepas resistentes.

- Rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol durante 18 meses: Este régimen no es adecuado ya que el paciente tiene resistencia a la isoniacida y no debe incluirse en el tratamiento.
- Rifampicina, bedaquilina y proteonamida durante 12 meses: Este régimen se consideraría para casos de tuberculosis multirresistente (resistente a isoniacida y rifampicina) o en casos con resistencia a más fármacos.
- Rifampicina, etambutol, pirazinamida y linezolid durante tres meses: Este régimen no sigue las pautas estándar para el tratamiento de la tuberculosis con resistencia a la isoniacida y el período de tratamiento es inusualmente corto.

2. Rechazar la solicitud del familiar y ordenar la administración de cloruro mórfico, a las dosis previamente prescritas.
3. Plantear la rotación del tratamiento analgésico por otro opioide con menor riesgo sedante, como oxiconona/naloxona.
4. Preguntar al paciente acerca de la intensidad de su dolor actual y de sus preferencias de analgesia en este momento.

 **Respuesta correcta: 4**

 La opción 4 es la más adecuada porque pone en primer lugar las necesidades y deseos del paciente, respetando el principio de autonomía. En la gestión del dolor, especialmente en casos de cáncer avanzado, es crucial evaluar directamente con el paciente su nivel de dolor y sus preferencias de tratamiento. Esto asegura que el plan de manejo del dolor esté centrado en el paciente y sea adecuado a sus necesidades específicas. Aunque las preocupaciones de la familia son importantes y deben considerarse, la decisión final sobre el manejo del dolor debe basarse en la evaluación y los deseos del paciente, siempre que sea posible y el paciente esté en capacidad de expresar sus preferencias.

**MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas**

**182. Le avisa el equipo de enfermería por un paciente ingresado con un adenocarcinoma de pulmón con metástasis óseas. Su tratamiento analgésico incluye morfina de liberación prolongada oral y también contempla la administración, en forma de medicación de rescate, de cloruro mórfico intravenoso cada 4 horas si el paciente lo requiere. La percepción de los enfermeros es que tiene dolor, pero su familiar solicita que no se administre cloruro mórfico como analgésico porque "no quiero verle dormido". ¿Cuál de las siguientes opciones sería la primera a realizar en esta situación?:**

1. Aceptar la petición del familiar y prescribir un analgésico no opioide para el control del dolor.


**MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas**


**183. Hombre de 73 años de edad diagnosticado hace 8 meses de un adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas, en tratamiento con hormonoterapia. Acude a urgencias por aumento del dolor dorso-lumbar que no cede con la medicación prescrita. Hasta el momento estaba en tratamiento con fentanilo en parche transdérmico 25 mcg/h cada 72 horas y metamizol en caso de dolor, pero desde hace unas 48 horas no le alivia el dolor, que refiere como continuo, sordo, que se exacerba con los movimientos y de características similares al de base pero con mayor intensidad. En este contexto, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. En el caso de dolor por metástasis óseas está indicado el uso de antiinflamatorios como AINEs o corticoides como tratamiento coadyuvante.
2. En el dolor neuropático están indicados como coadyuvantes fármacos anticonvulsivantes como la gabapentina.
3. Dado que el paciente usa fentanilo como opioide de base, si decidimos pautar un opioide de rescate deberá ser también fentanilo dado que no deben mezclarse fármacos del tercer escalón analgésico.

4. La radioterapia con finalidad analgésica es una opción en pacientes con metástasis óseas de neoplasias prostáticas.

 **Respuesta correcta: 3**

 La opción 3 es incorrecta porque en el manejo del dolor, especialmente en el dolor oncológico, es posible y a veces necesario combinar diferentes opioides para lograr un control adecuado del dolor. La afirmación de que no deben mezclarse fármacos del tercer escalón analgésico no es acertada. En la práctica, es común utilizar un opioide de liberación prolongada para el dolor constante y un opioide de acción rápida para el dolor de rescate, y estos no necesariamente tienen que ser el mismo fármaco. La elección del opioide de rescate se basa en varias consideraciones, incluyendo la farmacocinética del fármaco, la facilidad de titulación, y la preferencia o la tolerancia del paciente. En el caso de dolor por metástasis óseas está indicado el uso de antiinflamatorios como AINEs o corticoides como tratamiento coadyuvante, ya que los AINEs y los corticoides pueden ayudar a controlar la inflamación y el dolor asociados con las metástasis óseas. Los anticonvulsivantes, como la gabapentina, son útiles en el manejo del dolor neuropático, que puede estar presente en pacientes con cáncer. La radioterapia puede ser efectiva para el alivio del dolor en pacientes con metástasis óseas, incluyendo aquellos con cáncer de próstata.


 La opción 1 es incorrecta porque la Buscapina (escopolamina) se utiliza para reducir las secreciones bronquiales, pero en realidad puede aumentar el riesgo de estreñimiento. La escopolamina tiene propiedades anticolinérgicas, lo que significa que puede disminuir la motilidad intestinal y contribuir al estreñimiento. Por lo tanto, su uso para disminuir las secreciones bronquiales al final de la vida no tiene un efecto beneficioso en la prevención o disminución del estreñimiento, sino todo lo contrario. La morfina es eficaz para el manejo del dolor y también puede aliviar la sensación de disnea en cuidados paliativos. La dexametasona puede estimular el apetito en pacientes en cuidados paliativos. El haloperidol, además de su uso en el delirium, tiene propiedades antieméticas y puede ser usado en dosis menores para tratar las náuseas.

**MIR 2024 Neumología y Cirugía Torácica**

**185. Mujer de 79 años con EPOC avanzada y FEV1 del 20 %, con disnea de mínimos esfuerzos y episodios repetidos de disnea de reposo sin una clara causa desencadenante. Ha perdido 8 kg en los últimos 6 meses. Ha seguido tratamiento con antibioticoterapia en ciclos repetidos, intensificación de la broncodilatación, corticoides inhalados, codeína y oxigenoterapia sin respuesta. Se plantea introducir en el tratamiento morfina. ¿Cuál sería la respuesta correcta?:**

1. No está indicada por deprimir el centro respiratorio y no mejorar la disnea.
2. Está indicada únicamente cuando la saturación de O<sub>2</sub>, sin oxigenoterapia, se mantiene por debajo del 90 %.
3. Está indicada porque existen síntomas y signos claros de empeoramiento grave y mal pronóstico.
4. Estaría indicada únicamente cuando hay evidencia de insuficiencia respiratoria grave medida por gasometría arterial.

 **Respuesta correcta: 3**

 La opción 3 es correcta porque la morfina está indicada en pacientes con EPOC avanzada y síntomas de disnea severa que no responden a otras terapias. A pesar de la preocupación común de que los opioides puedan deprimir el centro respiratorio, en dosis adecuadas, la morfina puede aliviar eficazmente la disnea sin causar una depresión respiratoria significativa. En este caso, la paciente presenta un empeoramiento grave y un mal pronóstico, lo que justifica el uso de morfina para mejorar su calidad de vida. La morfina, en dosis adecuadas, puede

**MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas**

**184. En cuidados paliativos se intenta usar el menor número de fármacos posible. En algunos casos esto es factible dado que alguno de los medicamentos con indicación para un determinado síntoma tiene además efecto beneficioso para otro. Señale la respuesta INCORRECTA:**

1. La buscapina que se usa para disminuir las secreciones bronquiales al final de la vida se emplea también para evitar o disminuir el estreñimiento.
2. La morfina que se pauta para el dolor moderado-grave tiene un efecto positivo importante para reducir la sensación de disnea.
3. La dexametasona que se emplea como antiinflamatorio se usa también para mejorar el apetito.
4. El haloperidol que se utiliza para paliar la agitación del delirium puede ser usado como antiemético, aunque en dosis menores.

 **Respuesta correcta: 1**


aliviar la disnea en pacientes con enfermedades pulmonares avanzadas sin causar una depresión respiratoria significativa. La indicación para la morfina no depende exclusivamente de la saturación de O<sub>2</sub>. La decisión de usar morfina no se basa únicamente en la gasometría arterial, sino en la evaluación global del paciente, incluyendo la severidad de la disnea y la calidad de vida.

## MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

**186. En la intoxicación por monóxido de carbono (CO) se produce un desplazamiento del oxígeno de la hemoglobina por parte de la molécula del CO. Con respecto a las circunstancias en que esta intoxicación se presenta en la clínica, solo es cierta una de las siguientes afirmaciones:**

1. La etiología suicida de la intoxicación por CO es excepcional.
2. La intoxicación por CO no está incluida en la lista de enfermedades profesionales, ya que cuando se presenta lo hace de forma accidental.
3. El CO es un gas incoloro pero dotado de un olor característico a almendras amargas.
4. Una fuente habitual de producción de CO es la mala combustión de gases licuados (propano, butano, etc.).

 **Respuesta correcta: 4**

 La opción 4 es correcta. El monóxido de carbono (CO) se produce comúnmente como resultado de la combustión incompleta de combustibles fósiles, incluyendo gases licuados como propano y butano. Situaciones como la mala ventilación o el mal funcionamiento de aparatos que queman estos combustibles pueden conducir a una acumulación peligrosa de CO, siendo una fuente habitual de intoxicación. La intoxicación por CO puede ser utilizada intencionadamente para el suicidio. La intoxicación por CO puede ocurrir en entornos laborales, especialmente en aquellos donde se utiliza combustión, y puede ser reconocida como enfermedad profesional. El CO es un gas incoloro, inodoro e insípido, lo que lo hace particularmente peligroso ya que no puede ser detectado por los sentidos humanos.


## MIR 2024 Neurología y Neurocirugía

**187. Hombre de 39 años que consulta por debilidad y alteración de la sensibilidad en ambos miembros**

**inferiores acompañadas de diplopía. Entre los posibles diagnósticos está la esclerosis múltiple. En relación con esta enfermedad señale la respuesta INCORRECTA:**

1. En la mayoría de los casos, la presentación es entre los 20 y los 40 años y afecta con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres.
2. En su etiopatogenia los estudios indican que existe una susceptibilidad poligénica.
3. El síntoma más frecuente es la alteración de la sensibilidad, en forma de parestesias o acorchamiento de uno o más miembros o del tronco.
4. La lesión característica es la placa o lesión focal de desmielinización perivenosa, con inflamación y pérdida axonal variables.

 **Respuesta correcta: 1**


 La afirmación 1 es incorrecta porque, aunque es cierto que la esclerosis múltiple (EM) se presenta comúnmente entre los 20 y los 40 años, afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres. Esta diferencia de género en la prevalencia es un aspecto bien reconocido de la enfermedad. En su etiopatogenia los estudios indican que existe una susceptibilidad poligénica: Esto es correcto. La EM tiene una etiopatogenia compleja con componentes genéticos y ambientales, y se han identificado múltiples genes que contribuyen a la susceptibilidad a la enfermedad. La alteración de la sensibilidad es el síntoma más frecuente en la EM, presentándose comúnmente como parestesias o sensaciones de acorchamiento. La lesión característica es la placa o lesión focal de desmielinización perivenosa: Esto es correcto. La lesión patológica característica de la EM es la placa de desmielinización, que se acompaña de inflamación y pérdida axonal en grados variables.

## MIR 2024 Endocrinología

**188. ¿Cuál de los siguientes fármacos deberíamos EVITAR en un paciente mayor con diabetes mellitus?:**

1. Sitagliptina.
2. Empagliflozina.
3. Glibenclamida.
4. Semaglutida.

 **Respuesta correcta: 3**

 La glibenclamida es un fármaco hipoglucemiante oral de la clase de las sulfonilureas. Debe evitarse en pacientes mayores con diabetes mellitus debido a su

asociación con un mayor riesgo de hipoglucemia, que puede ser especialmente peligrosa en esta población. Además, la glibenclamida puede tener efectos cardiovasculares adversos. En los pacientes mayores, se prefieren agentes con un perfil de seguridad más favorable. La sitagliptina es un inhibidor de la DPP-4 y generalmente se considera seguro en pacientes mayores, con un bajo riesgo de hipoglucemia. La empagliflozina pertenece a la clase de los inhibidores del SGLT2 y se ha demostrado que mejora los resultados cardiovasculares en pacientes con diabetes tipo 2, siendo generalmente seguro en pacientes mayores. La semaglutida es un agonista del receptor de GLP-1 y es una opción segura y eficaz para el tratamiento de la diabetes en pacientes mayores, con un bajo riesgo de hipoglucemia.

## MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular

**189. En relación con el índice tobillo-brazo, señale la respuesta correcta:**

1. Se obtiene calculando la relación entre la presión diastólica en el tobillo y la presión diastólica braquial.
2. Se considera normal si se obtienen valores entre 1 y 1,5.
3. Tiene una sensibilidad del 95 % y una especificidad del 60 % para el diagnóstico de enfermedad arterial periférica.
4. Se considera un indicador por sí mismo de enfermedad arteriosclerótica.



**Respuesta correcta: 4**



El índice tobillo-brazo (ITB) es un indicador de enfermedad arterial periférica y, por extensión, de enfermedad arteriosclerótica. Un ITB bajo indica una disminución del flujo sanguíneo en las extremidades, lo cual es un signo de enfermedad arterial periférica y un marcador de aterosclerosis sistémica. El ITB se calcula como la relación entre la presión arterial sistólica en el tobillo y la presión arterial sistólica en el brazo, no diastólica. Los valores de ITB normales suelen estar en el rango de 1.0 a 1.4. Un ITB por encima de 1.4 puede indicar rigidez arterial y no necesariamente es normal. El ITB tiene una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de enfermedad arterial periférica, pero los valores exactos pueden variar. En general, se considera que tiene una especificidad mayor que la mencionada.

## MIR 2024 Endocrinología

**190. ¿Cuál de los siguientes fármacos o grupos terapéuticos son de indicación preferente en un**

**paciente con diabetes mellitus y obesidad (IMC mayor de 30) en prevención secundaria cardiovascular?:**

1. Inhibidores del enzima dipeptidil peptidasa 4 (iDPP4).
2. Glitazonas.
3. Sulfonilureas.
4. Análogos del receptor Glucagon Like Peptid 1 (arGLP1).



**Respuesta correcta: 4**



Los análogos del receptor de GLP-1 (arGLP1) son preferidos en pacientes con diabetes mellitus y obesidad para la prevención secundaria cardiovascular debido a sus múltiples beneficios. Estos medicamentos no solo mejoran el control glucémico, sino que también tienen efectos favorables sobre el peso corporal, lo que es especialmente beneficioso en pacientes con obesidad. Además, los estudios clínicos han demostrado que los arGLP1 reducen significativamente el riesgo de eventos cardiovasculares mayores en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida o en alto riesgo cardiovascular. Por lo tanto, su uso en pacientes con diabetes y obesidad contribuye a la reducción de factores de riesgo cardiovascular y mejora los resultados a largo plazo en esta población.

- Inhibidores del enzima dipeptidil peptidasa 4 (iDPP4): Aunque mejoran el control glucémico, no tienen los mismos efectos beneficiosos sobre el peso o la reducción de eventos cardiovasculares como los arGLP1.
- Glitazonas: Pueden aumentar el peso, lo que no es deseable en pacientes con obesidad, y su perfil de riesgo-beneficio en la prevención cardiovascular no es tan favorable.
- Sulfonilureas: No tienen efectos beneficiosos sobre el peso y pueden aumentar el riesgo de hipoglucemia, además de no ofrecer beneficios cardiovasculares específicos.


## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

**191. Según el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la semFyC, así como de la US Preventive Task Force y la American Cancer Society, ¿a partir de qué edad se recomienda, con una recomendación tipo A, iniciar las pruebas de cribado de cáncer colorrectal, en población general asintomática?:**

1. A partir de los 40 años.
2. A partir de los 50 años.
3. A partir de los 60 años.

4. A partir de los 65 años.

 **Respuesta correcta: 2**


 La recomendación de iniciar las pruebas de cribado de cáncer colorrectal a partir de los 50 años en la población general asintomática está respaldada por una evidencia sólida que indica un aumento significativo en la incidencia de cáncer colorrectal a partir de esta edad. El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la semFyC, la US Preventive Task Force y la American Cancer Society concuerdan en esta recomendación. El cribado regular a partir de los 50 años permite la detección temprana de lesiones precancerosas y cánceres en estadios iniciales, mejorando las tasas de supervivencia y reduciendo la morbilidad relacionada con esta enfermedad.

**MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas**

192. **En el abordaje del tabaquismo como factor de riesgo y como primera causa prevenible de muerte, enfermedad e incapacidad en las sociedades industrializadas, es importante tener en cuenta muchos aspectos. Señale la afirmación INCORRECTA:**

1. La atención primaria es el entorno más favorable para detectar el consumo de tabaco, proporcionar consejo breve, facilitar la deshabituación tabáquica y promover estrategias de abandono.
2. La detección y el tratamiento de la dependencia del tabaco se considera una intervención con coste-efectividad favorable, sin repercusión en términos de coste por año de vida ganado.
3. En la ayuda para dejar de fumar, la evidencia avala tanto las estrategias no farmacológicas (intervención breve o apoyo motivacional) como las estrategias farmacológicas, siendo la combinación de ambas lo más efectivo.
4. Los fumadores que no desean intentar el abandono del tabaco pueden carecer de la información adecuada sobre sus efectos nocivos, tener creencias erróneas o estar desmoralizados por haber tenido recaídas.

 **Respuesta correcta: 2**

 La afirmación 2 es incorrecta porque la detección y el tratamiento de la dependencia del tabaco son, de hecho, considerados intervenciones de alta coste-efectividad. Estas estrategias no solo mejoran


significativamente la salud y la calidad de vida de los individuos, sino que también resultan económicamente rentables a largo plazo. La inversión en programas de cesación del tabaquismo reduce los gastos sanitarios relacionados con enfermedades atribuibles al tabaco y aumenta los años de vida ajustados por calidad, lo que representa una inversión efectiva y eficiente en términos de salud pública y económicos.

**MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas**

193. **Paciente de 82 años, con poliartritis periférica e incontinencia urinaria de esfuerzo. Cuidadora de su marido de 84 años con enfermedad de Alzheimer. El marido llama a la vecina porque su mujer está muy adormilada y no le ha preparado el desayuno. Acude a su domicilio su médica de familia y objetiva que está desorientada, con sequedad de mucosas y dificultad para la marcha, sin otra focalidad neurológica. Al revisar la historia clínica consta que fue atendida hace 2 días por el servicio de urgencias nocturno por sensación de mareo con prescripción de sulpiride. Ante esta situación clínica, de las siguientes, cuál sería la causa MENOS PROBABLE en el diagnóstico diferencial?:**

1. Delirium por infección de orina.
2. Deshidratación y alteración electrolítica.
3. Demencia en fase inicial.
4. Efecto secundario de fármacos.

 **Respuesta correcta: 3**

 La opción 3, "Demencia en fase inicial", es la menos probable en este contexto. La presentación clínica de la paciente, con aparición súbita de somnolencia y desorientación tras la administración de un nuevo medicamento (sulpiride), es más indicativa de un delirium o efectos secundarios de medicamentos, en lugar de una demencia en fase inicial, que normalmente se presenta de manera más gradual y progresiva. Además, la paciente estaba funcionando bien en su papel de cuidadora antes de este episodio, lo que hace menos probable la demencia como causa inmediata de sus síntomas actuales.

- Delirium por infección de orina: Es una posible causa, especialmente en personas mayores que pueden presentar delirium como síntoma de infección.
- Deshidratación y alteración electrolítica: También es plausible, dado el hallazgo de sequedad de mucosas y dificultad para la marcha.
- Efecto secundario de fármacos: El inicio de los síntomas tras la administración de sulpiride hace que




esta sea una causa probable, considerando que este medicamento puede tener efectos secundarios que afectan el sistema nervioso central.

## MIR 2024 Urología

**194. Varón de 78 años que acude a urgencias por deterioro del estado general, incremento del perímetro abdominal, micción entrecortada, tenesmo y aumento de frecuencia miccional asociados a incontinencia urinaria de predominio nocturno de 5 días de evolución. Como antecedente refiere diabetes mellitus en tratamiento con metformina. Se encuentra afebril y normotenso. En la analítica de sangre destaca glucemia 345 mg/dl, creatinina 2,9 mg/dl (0,7-1,3), urea 79 mg/dl (17-49) y en el sistemático de orina nitritos, leucocitos y microhematuria. A la exploración destaca una masa palpable en línea media, infraumbilical. ¿Cuál sería la actitud inicial según su diagnóstico de sospecha?:**

1. Urocultivo.
2. Enema de limpieza.
3. Sondaje vesical.
4. TC abdominal urgente.

### Respuesta correcta: 3

 La opción 3, "Sondaje vesical", es la actitud inicial más adecuada dada la sospecha clínica de retención urinaria aguda. La masa palpable infraumbilical, junto con los síntomas urinarios y los antecedentes del paciente, sugiere una vejiga distendida. La retención urinaria aguda requiere un alivio inmediato a través del sondaje vesical para prevenir daños adicionales en el tracto urinario y los riñones.

- Urocultivo: Aunque es importante para diagnosticar una posible infección, no aborda la urgencia de la retención urinaria.
- Enema de limpieza: No está indicado en este contexto y no abordaría la causa subyacente de los síntomas.
- TC abdominal urgente: Si bien puede ser útil para diagnóstico posterior, no es la primera medida a tomar frente a la sospecha de retención urinaria aguda.


## MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

**195. Indique cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta ante la sospecha de botulismo en un paciente que acude a urgencias tras consumo de alimentos**

**envasados de una marca responsable de un brote detectado en varios puntos de España:**

1. Debe ingresar con medidas de soporte y administración inmediata de antitoxina botulínica.
2. El síndrome característico consiste inicialmente en la parálisis simétrica de los pares craneales.
3. Se acompaña de parálisis espástica simétrica ascendente e hiperreflexia.
4. El periodo de incubación suele ser de 8-36 h tras la ingesta, pero puede ser de hasta 10 días.

### Respuesta correcta: 3

 La afirmación 3 es incorrecta porque el botulismo se caracteriza por una parálisis flácida, no espástica. Los síntomas típicos incluyen debilidad muscular y parálisis flácida descendente, comenzando a menudo con los músculos de la cara y luego progresando hacia abajo en el cuerpo. La hiperreflexia no es característica del botulismo, sino hiporreflexia.

- Debe ingresar con medidas de soporte y administración inmediata de antitoxina botulínica: Esto es correcto; el tratamiento inmediato con antitoxina es crucial en el manejo del botulismo.
- El síndrome característico consiste inicialmente en la parálisis simétrica de los pares craneales: Esto es cierto; los síntomas iniciales del botulismo a menudo afectan los pares craneales.
- El periodo de incubación suele ser de 8-36 h tras la ingesta, pero puede ser de hasta 10 días: Esta afirmación es correcta y describe el rango típico del periodo de incubación para el botulismo.

## MIR 2024 Hematología

**196. Paciente de 65 años con leucemia linfoblástica aguda que acude a urgencias por presentar tras una sesión de quimioterapia hace 48 h un cuadro de náuseas, vómitos, irritabilidad neuromuscular, alteración del nivel de conciencia, fracaso renal agudo, hiperuricemia, hiperpotasemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia. El diagnóstico inicial de sospecha más probable es:**

1. Sepsis en paciente inmunodeprimido.
2. Síndrome de lisis tumoral.
3. Hipocalcemia por citostáticos.
4. Alteración metabólica secundaria a la hiperremesis postquimioterapia.

### Respuesta correcta: 2

**i** El síndrome de lisis tumoral es el diagnóstico más probable en este paciente. Se caracteriza por la liberación masiva de productos intracelulares al torrente sanguíneo tras la destrucción rápida de células tumorales, comúnmente después de la quimioterapia. Los signos y síntomas clínicos incluyen náuseas, vómitos, irritabilidad neuromuscular, alteraciones del estado mental, fracaso renal agudo, hiperuricemia, hiperpotasemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia, todos presentes en este paciente.

- Sepsis en paciente inmunodeprimido: Aunque posible en un paciente con leucemia y post-quimioterapia, la ausencia de fiebre y otros signos de infección hacen esta opción menos probable.
- Hipocalcemia por citostáticos: La hipocalcemia es solo una parte del cuadro clínico del paciente y no explica todos los demás síntomas y hallazgos.
- Alteración metabólica secundaria a la hiperemesis postquimioterapia: Mientras que la hiperemesis podría causar deshidratación y alteraciones electrolíticas, no explicaría la gama completa de anomalías metabólicas y renales observadas.

## MIR 2024 Ginecología y Obstetricia

**197. Los carcinomas serosos de alto grado de ovario tienen su origen en:**

1. Epitelio de las fimbrias de la trompa de Falopio.
2. Epitelio de glándulas de quistes de endometriosis del ovario.
3. Epitelio de los folículos ováricos.
4. Restos epiteliales del ovario.

**✓ Respuesta correcta: 1**

**i** Los carcinomas serosos de alto grado de ovario suelen originarse en el epitelio de las fimbrias de la trompa de Falopio. Estudios recientes han identificado que muchas lesiones malignas serosas ováricas comienzan en las células del epitelio fimbrial, lo que ha cambiado la comprensión de la patogénesis de estos cánceres. Aunque la endometriosis puede aumentar el riesgo de ciertos tipos de cáncer de ovario, no es el origen típico de los carcinomas serosos de alto grado. Los folículos ováricos no son el sitio de origen habitual de este tipo de cáncer. Aunque los ovarios contienen células epiteliales, la mayoría de los carcinomas serosos de alto grado no se originan a partir de restos epiteliales del ovario.

## MIR 2024 Dermatología

**198. Hombre de 35 años de edad con antecedentes de asma y alergia a antiinflamatorios no esteroideos. Refiere que desde la infancia presenta lesiones en la piel localizadas en la cara y en los pliegues cutáneos, acompañadas de intenso prurito y que lograba controlar con emolientes y corticoides tópicos. Sin embargo, en los últimos 5 años ha ido empeorando con aumento del prurito e importante extensión de sus lesiones. Por ello ha recibido varias tandas de corticoides orales, ciclosporina y metotrexato con respuesta parcial e insuficiente. Ante esta situación ¿cuál de los siguientes fármacos biológicos está indicado?:**

1. Ustekinumab.
2. Dupilumab.
3. Certolizumab.
4. Bimekizumab.

**✓ Respuesta correcta: 2**

**i** Dupilumab, un anticuerpo monoclonal que bloquea la señalización de IL-4 e IL-13, está indicado en casos de dermatitis atópica moderada a severa refractaria a tratamientos convencionales, como se describe en este paciente. Ha demostrado ser efectivo en reducir el prurito y mejorar la extensión y severidad de las lesiones cutáneas en la dermatitis atópica.

- Ustekinumab: Este fármaco se utiliza principalmente para la psoriasis y la enfermedad de Crohn, no es el tratamiento de primera línea para la dermatitis atópica.
- Certolizumab: Principalmente usado para enfermedades inflamatorias como la enfermedad de Crohn y la artritis reumatoide.
- Bimekizumab: Aunque se utiliza en condiciones inflamatorias como la psoriasis, no es el tratamiento de elección para la dermatitis atópica.

## MIR 2024 Dermatología


**199. De las siguientes afirmaciones en relación con la psoriasis ¿cuál es la correcta?:**

1. El fenómeno de Koebner indica que la psoriasis es una enfermedad asociada a comorbilidades metabólicas y articulares.
2. El principal tratamiento sistémico de la psoriasis palmoplantar se basa en ciclos cortos de corticoides orales.
3. La psoriasis es un trastorno crónico inmunomediado, con una herencia autosómica recesiva y factores desencadenantes ambientales,

como traumatismos, infecciones, medicamentos o estrés psicológico.

4. Los hallazgos histológicos típicos incluyen acantosis con crestas elongadas, hipogranulosis, hiper y paraqueratosis, vasos dilatados y agregados de neutrófilos en la epidermis.

 **Respuesta correcta: 4**


 La afirmación 4 es correcta y describe con precisión los hallazgos histopatológicos característicos de la psoriasis. Estos incluyen acantosis (engrosamiento de la capa espinosa de la epidermis), elongación de las crestas dérmicas, hipogranulosis (disminución de los gránulos de queratohialina), hiperqueratosis (engrosamiento de la capa córnea) con paraqueratosis (presencia de núcleos en la capa córnea), vasos sanguíneos dilatados en la dermis papilar y la presencia de colecciones de neutrófilos en la epidermis. Estos cambios reflejan la inflamación y la rápida proliferación celular típicas de la psoriasis. El fenómeno de Koebner es incorrecto porque se refiere a la aparición de lesiones psoriáticas en áreas de trauma en personas con psoriasis, y no aborda directamente las comorbilidades. Los corticoides orales no son el principal tratamiento sistémico para la psoriasis palmoplantar; hay otras opciones como retinoides o terapias biológicas. La afirmación de que la psoriasis tiene una herencia autosómica recesiva es incorrecta. La psoriasis tiene una base genética compleja con un patrón de herencia poligénica.

**MIR 2024 Dermatología**

**200. Mujer de 71 años con fototipo II e intenso daño actínico y antecedentes personales de melanoma in situ en la espalda, tres carcinomas basocelulares en la cara y un carcinoma epidermoide en el brazo. Consulta por una lesión pigmentada en la pierna. Tras la extirpación de la lesión, la histopatología muestra un melanoma de extensión superficial Breslow 0,6 milímetros sin ulceración ni regresión. ¿Cuál es la actitud recomendada?:**

1. Realizar una cirugía con ampliación de márgenes de 1 cm.
2. Realizar una cirugía con ampliación de márgenes de 1 cm y biopsia de ganglio centinela.
3. Dado que es un segundo melanoma requiere tratamiento con la terapia dirigida dabrafenib + trametinib.
4. Dado que tiene múltiples tipos de cáncer cutáneo se podría beneficiar de un tratamiento con inmunoterapia, como nivolumab o pembrolizumab.

 **Respuesta correcta: 1**

 La recomendación de realizar una cirugía con ampliación de márgenes de 1 cm es apropiada para un melanoma con un Breslow de 0,6 mm sin signos de ulceración o regresión. Esta medida de tratamiento quirúrgico es estándar para melanomas de profundidad <0,7 mm y se centra en asegurar la completa eliminación del melanoma y minimizar la probabilidad de recurrencia local.


- Biopsia de ganglio centinela: no se indica generalmente para melanomas con un Breslow <0,7 mm a menos que haya otros factores de alto riesgo.
- Terapia dirigida dabrafenib + trametinib: Estos fármacos están indicados para melanomas avanzados, particularmente aquellos con mutaciones BRAF, y no para melanomas in situ o de bajo riesgo como en este caso.
- Inmunoterapia: Nivolumab o pembrolizumab se utilizan en casos de melanoma avanzado y no son apropiados para este caso con un melanoma de bajo riesgo.

**MIR 2024 Endocrinología**

**201. ¿Cuál de las siguientes NO es una respuesta hormonal a la hipoglucemia?:**

1. Aumento de la secreción de hormona del crecimiento.
2. Reducción de la secreción de glucagón.
3. Aumento de la secreción de cortisol.
4. Aumento de la secreción de adrenalina.

 **Respuesta correcta: 2**

 La afirmación 2 es incorrecta. En respuesta a la hipoglucemia, el cuerpo aumenta, en lugar de disminuir, la secreción de glucagón. El resto de opciones son correctas: El glucagón es una hormona clave que estimula la producción de glucosa por el hígado, lo que ayuda a elevar los niveles de glucosa en sangre y contrarrestar la hipoglucemia. La hormona del crecimiento se incrementa en respuesta a la hipoglucemia para ayudar a aumentar los niveles de glucosa en sangre. El cortisol, una hormona del estrés, aumenta durante la hipoglucemia y tiene efectos glucogénicos. La adrenalina (epinefrina) es otra hormona que se eleva en respuesta a la hipoglucemia y contribuye a la producción de glucosa y la disminución de su uso periférico.


**MIR 2024 Neumología y Cirugía Torácica**

**202. Tras el diagnóstico en urgencias de embolismo pulmonar, es necesario hacer una valoración y estratificación del riesgo para decidir cual es la mejor**

**opción terapéutica. Indique cual de los siguientes es un factor de alto riesgo de tener un resultado clínico adverso:**

1. Extensión del embolismo pulmonar con función normal del ventrículo derecho y normotensión.
2. Identificación en la TC torácica de signos de crecimiento del ventrículo izquierdo.
3. Valor elevado del dímero D.
4. Signos de disfunción del ventrículo derecho en el ecocardiograma con presión arterial sistólica <90 mmHg mantenida.

 **Respuesta correcta: 4**

 La presencia de signos de disfunción del ventrículo derecho en el ecocardiograma combinada con hipotensión (presión arterial sistólica <90 mmHg) es un indicador de alto riesgo en pacientes con embolismo pulmonar. Estos hallazgos sugieren una afectación hemodinámica significativa y un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad, lo que requiere un manejo más agresivo y a menudo la hospitalización para tratamiento y seguimiento. Aunque la extensión del trombo es importante, la función normal del ventrículo derecho y la normotensión sugieren un riesgo menor. La identificación en la TC torácica de signos de crecimiento del ventrículo izquierdo no es un factor de riesgo directo para un resultado adverso en el embolismo pulmonar. Aunque un dímero D elevado es indicativo de embolismo pulmonar, por sí solo no determina un alto riesgo de resultado clínico adverso.

de microsátélites). Estas determinaciones son importantes para guiar la selección de terapias dirigidas y para identificar pacientes que podrían beneficiarse de terapias específicas o que tienen un pronóstico diferente basado en su perfil genético.

El resto de respuestas son incorrectas:


- EGFR, NRAS, KRAS, proteínas reparadoras, HER2: No es la combinación estándar de pruebas moleculares para el cáncer de colon metastásico.
- EGFR, NRAS, KRAS, BRAF, proteínas reparadoras: EGFR no es una determinación rutinaria en este contexto.
- NRAS, KRAS, BRAF, proteínas reparadoras, PI3K: PI3K no es una prueba estándar en el cáncer de colon metastásico.

## MIR 2024 Reumatología

**204. Hombre de 45 años que en las últimas 6 semanas presenta astenia, pérdida de 5 kg de peso y artromialgias de predominio en región proximal de ambas extremidades inferiores, junto a hipoestesia asimétrica en manos y pies. Además, en los últimos 3 días desarrolla una livedo reticularis y varios nódulos subcutáneos, eritematosos y dolorosos, en cara anterior de ambas piernas. En la analítica destaca VSG 90 mm/h (normal <20) y proteína C reactiva 12 mg/dl (normal <1,0). Radiografía de tórax normal. Electroneuromiografía (ENMG): hallazgos compatibles con mononeuritis múltiple. Teniendo en cuenta el diagnóstico más probable, marque la opción correcta:**

1. A diferencia de lo objetivado en el paciente, la alteración de la ENMG más característica es una neuropatía de fibra fina.
2. Una biopsia de músculo no permitiría demostrar histológicamente la enfermedad.
3. A pesar de la sospecha diagnóstica, no cumple criterios clasificatorios de la enfermedad, por lo que no es posible diagnosticarle.
4. Existen pacientes que cumplen los criterios clasificatorios de la enfermedad que presentan mutaciones con pérdida de función en el gen CECR1 que codifica la adenosina desaminasa 2.

 **Respuesta correcta: 4**


 La opción 4 es correcta y se refiere a la enfermedad relacionada con mutaciones en el gen CECR1, que codifica la adenosina desaminasa 2 (ADA2). En algunos pacientes con vasculitis sistémica, como la que parece presentar este paciente (con síntomas de mononeuritis múltiple, livedo reticularis y elevación de la VSG), se han

## MIR 2024 Gastroenterología y Hepatología

**203. En un paciente con cáncer de colon metastásico ¿cuál de las siguientes determinaciones moleculares se deben realizar antes de comenzar el tratamiento sistémico?:**

1. EGFR, NRAS, KRAS, proteínas reparadoras, HER2.
2. NRAS, KRAS, BRAF, proteínas reparadoras.
3. EGFR, NRAS, KRAS, BRAF, proteínas reparadoras.
4. NRAS, KRAS, BRAF, proteínas reparadoras, PI3K.

 **Respuesta correcta: 2**

 En el manejo del cáncer de colon metastásico, es crucial realizar pruebas moleculares para identificar mutaciones en los genes NRAS, KRAS, BRAF, así como la evaluación de proteínas reparadoras de ADN (como las relacionadas con el síndrome de Lynch o la inestabilidad


identificado mutaciones en este gen. Esta asociación genética es importante para el diagnóstico y manejo de la enfermedad. El resto de opciones son incorrectas: neuropatía de fibra fina no es la alteración más característica en la ENMG para este tipo de vasculitis. La biopsia de músculo puede ser útil para demostrar vasculitis y debe considerarse en el diagnóstico. El paciente presenta varias características clínicas y analíticas que son compatibles con una vasculitis sistémica, lo que justifica un diagnóstico provisional basado en los criterios actuales.

## MIR 2024 Dermatología

**205. Paciente de 26 años sin antecedentes de interés que consulta por engrosamiento y cambio de color de la parte distal de la uña del dedo gordo del pie derecho. A la exploración se observa una muy probable onicomiosis de la uña, sin otras lesiones o uñas afectadas. Sobre esta situación clínica es cierto que:**

1. El tratamiento con amorolfina tópica al 5 % dos veces por semana por un periodo de 3 meses suele ser efectivo.
2. Si la lesión afectara la matriz ungueal el tratamiento debe prolongarse hasta los 6-9 meses.
3. El tratamiento oral de elección en este caso es la griseofulvina.
4. En casos de resistencia una opción es el tratamiento con itraconazol oral 200 mg cada 24 horas durante 12 semanas.


 **Respuesta correcta: 4**

 La opción 4 es correcta en el contexto de una onicomiosis resistente al tratamiento tópico. Itraconazol es un antifúngico oral efectivo para el tratamiento de la onicomiosis, especialmente en casos donde los tratamientos tópicos no han tenido éxito. La dosis de 200 mg diarios durante 12 semanas es un régimen común para tratar onicomiosis en las uñas de los pies.

**cociente albúmina/creatinina en orina 4 mg/g. ¿Qué riesgo cardiovascular presenta según las guías europeas de prevención cardiovascular?:**

1. Riesgo bajo.
2. Riesgo moderado.
3. Riesgo alto.
4. Riesgo muy alto.

 **Respuesta correcta: 3**

 La paciente presenta un riesgo cardiovascular alto según las guías europeas de prevención cardiovascular. Factores como la hipertensión, la diabetes con microalbuminuria, la dislipemia y un filtrado glomerular estimado de 55 ml/min/1,73m<sup>2</sup> contribuyen a este aumento del riesgo. Estos factores, en conjunto, elevan significativamente el riesgo de eventos cardiovasculares a pesar de que no tenga antecedentes de enfermedad cardiovascular establecida.

Analizando el resto de opciones:

- Muy alto riesgo: aquellas personas que han presentado un episodio de enfermedad cardiovascular (se incluye la presencia de aterosclerosis subclínica significativa), o bien tienen diabetes mellitus con algún otro factor de riesgo, enfermedad renal crónica avanzada o si no hay ninguna de las anteriores, un riesgo estimado por SCORE > 10%.
- Alto riesgo: incluye a las personas con hipercolesterolemia familiar, diabetes sin otro factor de riesgo asociado, o un SCORE entre el 5 y el 10%.
- Riesgo moderado: aquellas personas con un SCORE entre el 1 y el 5%. Estas personas pueden subir de categoría si coinciden otros factores de riesgo moduladores como son los antecedentes familiares de cardiopatía isquémica prematura, HDL bajo etc.
- Riesgo bajo: personas con un SCORE < 1%. Es importante recalcar que aquellas personas que ya han tenido un episodio cardiovascular o bien son diabéticos o tienen una hipercolesterolemia familiar, se deben considerar de alto o muy alto riesgo. En estos casos, deberán excluirse del SCORE para estimar su riesgo cardiovascular.

## MIR 2024 Cardiología y Cirugía Cardiovascular

**206. Mujer de 49 años diagnosticada de dislipemia. Exfumadora hace 3 años y no consume alcohol. Exploración física: presión arterial 129/81 mmHg, electrocardiograma, retinografía y exploración de pies normales. Índice de masa corporal 28 kg/m<sup>2</sup>. Analítica: glucemia en ayunas 103 mg/dl, colesterol total 183 mg/dl, colesterol LDL 104 mg/dl, colesterol HDL 42 mg/dl, triglicéridos 186 mg/dl. Filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) 55 ml/min/1,7 2m<sup>2</sup>,**

## MIR 2024 Endocrinología

**207. Mujer de 67 años exfumadora con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de evolución con microalbuminuria y obesidad es enviada a su consulta. Aporta un análisis con una hemogloblina glicada de 10 %, colesterol total de 210 mg/dL, colesterol LDL no calculable, colesterol HDL de 30 mg/dL y unos triglicéridos de 496 mg/dL. Función renal normal. Respecto a la hipertrigliceridemia, señale la respuesta correcta:**

1. El primer escalón es conseguir un control adecuado de su diabetes para corregir la hipertrigliceridemia y añadir una estatina.
2. Aunque el control de la diabetes es necesario, no influye en la hipertrigliceridemia. El primer escalón es añadir ácidos grasos omega-3.
3. La primera opción de tratamiento es combinar gemfibrozilo con una estatina.
4. La primera opción es iniciar tratamiento con fibratos.



### Respuesta correcta: 1



El control óptimo de la diabetes es fundamental en el manejo de la hipertrigliceridemia, especialmente en pacientes con niveles elevados de hemoglobina glicada como en este caso. La mejora del control glucémico a menudo lleva a una reducción de los triglicéridos. Además, la adición de una estatina ayudará a manejar los niveles elevados de colesterol y reducir el riesgo cardiovascular, lo que es especialmente importante en pacientes diabéticos con dislipemia. Los ácidos grasos omega-3 aunque pueden ser útiles en el manejo de la hipertrigliceridemia, no son el primer escalón en este contexto. La combinación de gemfibrozilo y estatinas aumenta el riesgo de efectos secundarios serios y no se recomienda. Los fibratos aunque son efectivos en reducir los triglicéridos, el primer paso debe ser el control óptimo de la diabetes y la adición de una estatina.

un beneficio significativo al paciente o cuando solo prolongan el proceso de morir. En estos casos, la decisión se basa en el principio de no maleficencia y en el respeto a la dignidad del paciente. La muerte que sobreviene tras la retirada de soporte vital no es causada por la acción del médico, sino por la enfermedad subyacente del paciente. Si bien el médico juega un papel importante en la toma de decisiones, las decisiones éticas deben basarse en los deseos del paciente (o su representante legal), principios éticos y consideraciones clínicas. La retirada de soporte vital en ciertas circunstancias sigue siendo una práctica éticamente válida y relevante. La retirada de soporte vital en casos de futilidad no es considerada eutanasia. La eutanasia implica una acción directa para causar la muerte del paciente.

## MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

**209. La vía subcutánea es de gran utilidad en el tratamiento de pacientes en situación de cuidados paliativos y se considera de elección cuando la vía oral no es posible. Sin embargo, hay fármacos cuyo uso por vía subcutánea está desaconsejado. Uno de esos fármacos es:**

1. Furosemida.
2. Metamizol.
3. Haloperidol.
4. Metoclopramida.



### Respuesta correcta: 2



El uso del metamizol por vía subcutánea está desaconsejado. Aunque es un analgésico comúnmente utilizado por vía oral o intravenosa, su uso subcutáneo puede causar irritación y no está recomendado. En el contexto de cuidados paliativos, es importante seleccionar la vía de administración adecuada para cada fármaco para garantizar la comodidad del paciente y la efectividad del tratamiento. A nivel general, los fármacos ideales para la administración subcutánea son los hidrosolubles, ya que presentan un bajo poder irritante y un menor riesgo de acumulación. Por otro lado, las sustancias lipófilas no podrán ser administradas por esta vía por ser muy irritantes y presentar riesgo de acumulación y precipitación. La furosemida, el haloperidol y la metoclopramida son fármacos cuya infusión subcutánea se utiliza habitualmente en unidades de cuidados paliativos. Para pacientes seleccionados, la infusión subcutánea de estos fármacos permitiría que pudieran seguir su administración en el domicilio, o bien seguir su uso parenteral en caso de haberse perdido la vía endovenosa.

## MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

**208. Con respecto a la retirada de medios de soporte vital en casos de futilidad de los tratamientos en un paciente en situación terminal ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**

1. Es aceptable éticamente, aunque con ello sobrevenga la muerte del paciente.
2. Se trata de una medida que depende fundamentalmente de la voluntad del médico responsable del paciente.
3. Es una práctica equivocada y obsoleta desde que existen medios sofisticados de soporte vital artificial.
4. Según la ley española es eutanasia.



### Respuesta correcta: 1



Retirar medios de soporte vital en casos de futilidad de tratamientos en un paciente terminal es éticamente aceptable cuando esos tratamientos no aportan


Además, a pesar de que puede haber efectos adversos locales, estos son de escasa relevancia.

## MIR 2024 Preclínica, Anestesia y Humanidades Médicas

**210. El certificado médico de defunción (CMD) es un documento de carácter jurídico-administrativo necesario para obtener la licencia de enterramiento del cuerpo de una persona fallecida. Si existe una sospecha razonable de que la persona ha fallecido como consecuencia de una neumonía provocada por una infección por COVID-19 ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**

1. En el CMD se hará constar que el cadáver pertenece al grupo I, por presentar enfermedad infecciosa que supone un riesgo relevante para la salud pública.
2. No se puede cumplimentar el CMD por tratarse de muerte sospechosa de criminalidad.
3. No se puede cumplimentar el CMD por que sólo se dispone de criterios de presunción y no de confirmación, aunque las circunstancias del fallecimiento y la patobiografía sean compatibles.
4. Se hará constar la infección por COVID-19 en el apartado de causa fundamental y no en el apartado de causa inmediata.

### Respuesta correcta: 4

 En el certificado médico de defunción (CMD), cuando se sospecha razonablemente que la muerte ha sido causada por COVID-19, se debe indicar la infección por COVID-19 como la causa fundamental de la muerte. En el apartado Causa del Fallecimiento se debe detallar la causa inmediata, causa intermedia y causa fundamental o inicial que desencadenó el proceso patológico que condujo a la muerte. Esto debe hacerse de manera secuencial, indicando primero la enfermedad o condición que causó directamente la muerte y luego las enfermedades o condiciones que llevaron a la causa inmediata. La causa fundamental se refiere a la enfermedad o lesión que inició la serie de eventos patológicos que llevaron directamente a la muerte, en nuestro caso infección por COVID-19, mientras que la causa inmediata es la enfermedad o condición que precedió más directamente a la muerte, En nuestro caso, neumonía.

- Grupo I de riesgo para la salud pública: Los cadáveres que presentan enfermedades infecciosas como el carbunco, difteria respiratoria, fiebres hemorrágicas víricas (por arbovirus, arenavirus, bunyavirus, filovirus, flavivirus, hantavirus y otros), así como fiebres hemorrágicas de origen desconocido, fiebre Q, peste

neumónica, viruela y encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas., pueden requerir medidas especiales de manejo y precauciones.

- Una muerte por COVID-19 no se clasifica automáticamente como sospechosa de criminalidad.
- En casos de muerte por COVID-19, se espera que se complete el Certificado Médico de Defunción (CMD) de acuerdo con las regulaciones y procedimientos establecidos.

Aunque es posible que al momento del fallecimiento no se disponga de una confirmación definitiva de la infección por COVID-19 mediante pruebas de laboratorio, en muchos casos, las circunstancias clínicas y la patobiografía pueden ser compatibles con la enfermedad. En situaciones en las que se sospeche que la muerte está relacionada con COVID-19, pero no se haya confirmado mediante pruebas de laboratorio, los profesionales de la salud pueden completar el CMD incluyendo la sospecha de COVID-19 en el apartado correspondiente, incluso si no hay una confirmación definitiva en ese momento.