

Comenzado el domingo, 12 de febrero de 2023, 18:38

Estado Finalizado

Finalizado en domingo, 12 de febrero de 2023, 18:52

Tiempo empleado 14 minutos 35 segundos

Puntos 15,00/15,00

Calificación 100,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 20 años, diabético tipo 1, en tratamiento con una dosis de Lantus (insulina glargina) en la noche y tres dosis de insulina cristalina, previas al desayuno, almuerzo y cena, presenta la siguiente tabla de glicemias promedio:

	HGT preprandial	HGT postprandial
Desayuno	80	120
Almuerzo	90	190
Cena	100	210

HbA1c 8%.

Además su hemoglobina glicosilada es de 8%. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Aumentar la dosis de Lantus
- b. Aumentar la insulina cristalina del desayuno y del almuerzo
- c. Aumentar la insulina cristalina del almuerzo y cena
- d. Aumentar la dosis de Lantus y de las 3 insulinas cristalinas
- e. Agregar una dosis matinal de Lantus



lantus
insulina NPH PM (glargin)
insulina cristalina Desa
Almu
cena

La glicemias preprandial dependen de la insulina lenta (NPH, glargin u otra ultralenta) recibida hace varias horas atrás (ej. la de ayuno depende de la NPH nocturna). En cambio, las glicemias postprandiales dependen de la insulina rápida (ultrarrápida o cristalina), aunque también dependen de la glicemia preprandial y de la comida misma.

En este caso, las glicemias postalmuerzo y postcena son las que están elevadas, por lo que se debe aumentar la insulina cristalina de esos horarios.

Recordar que el objetivo de glicemias es preprandiales menores a 130 mg/dl (idealmente menor a 100) y postprandiales menores a 180 mg/dl (idealmente menor a 130), pero lo más importante es la hemoglobina glicosilada menor a 7%.

La insulina lantus (glargin) se tendría que elevar si es que las glicemias precomidas estuvieran elevadas.

La respuesta correcta es: Aumentar la insulina cristalina del almuerzo y cena

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente diabético de 50 años, en tratamiento con dieta, se realiza una prueba de lípidos, que muestra Colesterol LDL de 120 mg/dl, TG: 600 mg/dl, HDL: 30 mg/dl. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Manejar con dieta
- b. Iniciar insulina
- c. Iniciar una estatina
- d. Iniciar un fibrato ✓
- e. Iniciar ácido nicotínico

Por ser diabético, la meta de LDL es menor a 70, por lo que está elevada. Además tiene TG elevados (> 150) y HDL bajo (< 40), por lo que el diagnóstico es una dislipidemia mixta. Si bien la regla general es que el LDL es la prioridad, en este caso tiene TG mayores a 500, por lo que la hipertrigliceridemia pasa a ser la prioridad y se debe tratar con fibrato.

Si los TG hubiesen sido menores a 500 (ej. 400), la respuesta habría sido la estatina.

La respuesta correcta es: Iniciar un fibrato

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años se realiza una glicemia de ayuno, que resulta 120 mg/dl. No ha presentado síntomas y su examen físico es normal. ¿Qué examen es más adecuado para proseguir el estudio de este paciente?

Seleccione una:

- a. Test de tolerancia a la glucosa ✓
- b. Glicemia de ayuno
- c. Índice de HOMA
- d. Hemoglobina glicosilada
- e. Insulinemia basal

Recordar que si la glicemia es menor a 100 se considera normal y se da de alta; si está entre 100 y 125 se pide un TTGO y si está mayor a 125, se repite, para confirmar el diagnóstico de diabetes mellitus. En el embarazo, en cambio, las glicemias mayores o iguales a 100, se repiten.

La respuesta correcta es: Test de tolerancia a la glucosa

glicemia ayuno \rightarrow $100 - 125 \rightarrow$ TTGO
 $\nearrow < 100 \text{ } \textcircled{N}$
 $\searrow \geq 126 \rightarrow \text{repetir otro día}$

Pregunta 4

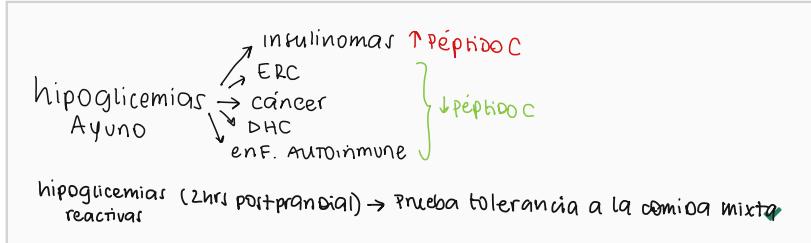
Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 65 años, sin antecedentes mórbidos conocidos presenta un cuadro de **palpitaciones, malestar y sudoración**, luego de estar 5 horas sin comer. El cuadro se repite varias veces, siempre en relación al ayuno, por lo que decide hacerse un hemoglucotest, que demuestra una glicemia de 45 mg/dl durante uno de los episodios. ¿Qué examen es el más adecuado para determinar la etiología de la hipoglicemia?

Seleccione una:

- a. Glicemia de ayuno
 - b. Test de tolerancia a la glucosa
 - c. Niveles plasmáticos de insulina
 - d. Niveles plasmáticos de glucagón
 - e. Niveles plasmáticos de péptido C



Tiene hipoglicemias de ayuno (recordar que las causas son los insulínomas, el cáncer, enfermedades autoinmunes, la IRC y el DHC). Se estudian con péptido C, que refleja la producción de insulina endógena y que es más estable que la insulina, por lo que su medición es más precisa (aunque también se suele pedir la insulina, junto con el péptido C). Si está alto el péptido C, es un insulínoma u otra causa hiperproductora de insulina; si está bajo se buscan las otras causas; si el péptido C está bajo, pero la insulina está alta, se asume que hay una hipoglucemia facticia por inyecciones de insulina exógena.

En cambio las hipoglicemias reactivas (2 a 4 horas postprandiales) se estudian con la prueba de tolerancia a la comida mixta, que desplazó al TTGO de larga duración.

La respuesta correcta es: Niveles plasmáticos de péptido C

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Qué tratamiento está indicado ante la aparición de microalbuminuria persistente en un paciente con diabetes mellitus tipo 2?

Seleccione una:

- a. Insulina
 - b. Dieta hipoproteica
 - c. Dieta hiperproteica
 - d. iECAs
 - e. Atorvastatina

La microalbuminuria (mayor a 30 mg/día o RAC mayor a 0,03) persistente (mayor a 3 meses) es diagnóstica de nefropatía diabética inicial, que se maneja con IECA (enalapril, lisinopril; el captopril se usa menos, por tener que tomarse 3 veces al día). La insulina sí está indicada en la nefropatía diabética, pero en la nefropatía establecida, con caída del clearance de creatinina y creatininemia mayor a 1,4.

También sirven los ARA2, como el losartán o valsartán.

La respuesta correcta es: iECAs

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 55 años, diabético tipo 2 en tratamiento con metformina 500 mg c/12 horas, presenta hemoglobina glicosilada de 8,5%, creatinina plasmática de 1,8 mg/dl y proteinuria de 24 horas de 500 mg. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Agregar glibenclamida
- b. Aumentar la dosis de metformina
- c. Iniciar insulina
- d. Iniciar hemodiálisis
- e. Hacer énfasis en el seguimiento de la dieta y correcto uso de los hipoglicemiantes orales y controlar con

$\text{Crea} > 1,4 \text{ mg/dl} \rightarrow \text{HGO insulina}$

Proteinuria → IECA

$\text{HbA1c} > 9 \rightarrow \text{insulina}$



Por tener una IRC, con creatinina mayor a 1,4, están contraindicados los HGO y de elección es la insulina. En este caso, además tiene proteinuria, por lo que se debe iniciar un IECA. La HbA1c está en 8,5%, lo que muestra un mal control metabólico, pero per sé no indica la insulina. En cambio, si fuera mayor o igual a 9%, sería indicación de insulina. Al iniciar la insulina NPH se suele mantener la metformina y se puede mantener o suspender la glibenclamida, pero en este caso se debe suspender la metformina, por tener IRC.

La respuesta correcta es: Iniciar insulina

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años, diabético tipo 2, de larga data, con tratamiento irregular con metformina y glibenclamida consulta por dolor intenso de la extremidad inferior izquierda, de tipo neurálgico, que recorre el dermatomo L4. Al examen físico se observa enfraquecido, con disminución de la sensibilidad distal y sin alteraciones motoras. La hemoglobina glicosilada resulta 9,9%. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Reforzar el tratamiento con hipoglicemiantes orales y controlar en 3 meses
- b. Suspender la glibenclamida y agregar insulina NPH nocturna
- c. Indicar zapatos adecuados y revisión diaria de los pies y regularizar el tratamiento con hipoglicemiantes orales
- d. Indicar un plan de ejercicios, reforzar la adhesión al tratamiento y controlar en 7 días
- e. Hospitalizar, iniciar insulinoterapia y venlafaxina oral



Tiene una neuropatía diabética dolorosa, por lo que se trata con moduladores del dolor (antidepresivos duales: venlafaxina, duloxetina; fármacos gaba: gabapentina, pregabalina; o antidepresivos tricíclicos) e insulina (en especial cuando hay dolor y atrofia, en relación a las neuropatías). Además, por la HbA1c mayor a 9%, también está indicada la insulina. Probablemente se mantendrá la metformina. La hospitalización es discutible, pero se recomienda iniciar la insulinoterapia con una cuidadosa observación, para evitar hipoglicemias y asegurar una buena aplicación del tratamiento, por parte del paciente.

La respuesta correcta es: Hospitalizar, iniciar insulinoterapia y venlafaxina oral

neuropatía
Diabética
Dolorosa → moduladores del dolor / fcos GABA / A. tricíclicos e insulina
A. Diales (venlafaxina)
Duloxetina
gabapentina
pregabalina

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente diabético tipo 2, acude a control ambulatorio. Actualmente está en tratamiento con metformina 850 mg cada 8 horas, aspirina 100 mg al día y enalapril 20 mg c/12 horas. En sus exámenes destaca creatinina 2,0 mg/dl, proteinuria 350 mg/dl, glicemia de ayuno: 140 mg/dl y HbA1c: 8,5%. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Mantener el tratamiento y controlar en 3 meses
- b. Aumentar la dosis de metformina
- c. Agregar glibenclamida al tratamiento
- d. Reemplazar la metformina común por metformina de liberación prolongada
- e. Iniciar insulina + IECA ✓

enfermedad
renal crónica
(crea > 1,4)

insulina

Nuevamente, por la IRC (creatinina mayor a 1,4), están contraindicados los HGO e indicada la insulina. La proteinuria también está elevada (mayor a 300 mg/día), por lo que hay que iniciar un IECA, pero, en este caso, el clearance de creatinina está muy bajo y es posible que estén contraindicados los más usados y, en su lugar, se puede buscar un IECA con perfil renal más seguro o con una dosis baja, siguiendo muy de cerca el empeoramiento de la función renal y la aparición de hiperkalemia.

La respuesta correcta es: Iniciar insulina

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, hipertenso, sufrió un infarto de pared anterior hace 1 año, el que fue manejado con angioplastia. Acude a control, con un perfil lipídico, con los siguientes valores: colesterol total: 220 mg/dl, colesterol HDL: 40 mg/dl, colesterol LDL: 160 mg/dl, triglicéridos: 100 mg/dl. Refiere no tomar ningún medicamento hipolipemiante ni seguir ninguna dieta. La conducta más adecuada para el manejo de sus lípidos es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución
- b. Indicar dieta baja en grasas trans, grasas saturadas y colesterol y controlar en 3 meses
- c. Indicar dieta e iniciar una estatina ✓
- d. Indicar dieta e iniciar un fibrato
- e. Indicar dieta e iniciar una estatina, asociada a un fibrato

Por tener un IAM previo, su riesgo cardiovascular es máximo y por tanto el objetivo de LDL es menor a 70 mg/dl. Además, tiene HDL bajo (menor a 40), pero TG normales (menores a 150). Por tanto, la prioridad será el manejo del LDL, lo que requiere una estatina, por tener riesgo cardiovascular máximo.

Además, debe quedar con aspirina y evaluar la introducción de múltiples fármacos para su cardiopatía coronaria (IECAs, betabloqueantes, por ejemplo).

La respuesta correcta es: Indicar dieta e iniciar una estatina

col tot → 220
LDL → 160
TAG → 100

Antecedente de IAM → riesgo máximo



meta LDL < 70

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente ha presentado 5 hipoglicemias, las que han requerido hospitalización en varias oportunidades. Niega antecedentes de importancia, pero los familiares sospechan que está autoinduciéndose los síntomas. En la última hospitalización se realiza estudio que revela insulina de 55 UI/L y péptico C elevado. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable?

Seleccione una:

- a. Hipoglicemia facticia por insulina
- b. Hipoglicemia facticia por metformina
- c. Hipoglicemia facticia por glibenclamida
- d. Hipoglicemia facticia por pioglitazona
- e. Hipoglicemia de ayuno



Que el péptido C esté elevado significa que su páncreas está produciendo mucha insulina (la que está elevada también). La glibenclamida es una sulfonilúrea, por lo que aumenta la secreción de insulina (secretagogo), lo que es compatible con el cuadro.

La insulina exógena tendría insulina alta, pero péptido C bajo.

La metformina y la pioglitazona suelen no producir hipoglicemias, porque solo disminuyen la resistencia a la insulina. De todos modos, en caso de producirla, sería con insulina y péptido C bajos.

Las hipoglicemias de ayuno, también son con péptido C e insulina bajos.

La respuesta correcta es: Hipoglicemia facticia por glibenclamida

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 8 años presenta un cuadro de astenia y baja de peso, de cerca de 2 semanas de evolución. Además, presenta poliuria y polidipsia importante. Se solicita una glicemia de ayuno, que resulta 220 mg/dl. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Repetir la glicemia en 7 días
- b. Iniciar insulina NPH en dos dosis
- c. Iniciar insulina es esquema intensificado, con una dosis de insulina ultralenta (glargina) más refuerzos con insulina cristalina
- d. Solicitar test de tolerancia a la glucosa
- e. Iniciar dieta, ejercicio y metformina



El diagnóstico es una diabetes mellitus, ya que cumple con el criterio de una glicemia mayor o igual a 200 (ya sea de ayuno o no), más síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, baja de peso). Por ser un niño, se asume que la diabetes es tipo 1, es decir autoinmune y se inicia el tratamiento con insulina en esquema intensificado, que es el tratamiento de elección para este tipo de diabetes (y también para la diabetes LADA del adulto).

Si hubiese sido en un adulto, también estaría indicado el inicio de insulina, ya que la presencia de síntomas de diabetes obliga a estabilizar con insulina a los pacientes con DM2 también, aunque no necesariamente en esquema intensificado y se podría tratar con insulina NPH sola.

La respuesta correcta es: Iniciar insulina es esquema intensificado, con una dosis de insulina ultralenta (glargina) más refuerzos con insulina cristalina

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 56 años acude a control con el siguiente perfil lipídico: colesterol total: 348 mg/dl, colesterol HDL: 30 mg/dl, colesterol LDL: 190 mg/dl, triglicéridos: 640 mg/dl. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar dieta y ejercicio
- b. Iniciar dieta y una estatina
- c. Iniciar dieta y un fibrato
- d. Iniciar dieta y una asociación entre una estatina y un fibrato
- e. Hospitalizar e iniciar insulina cristalina



Tiene LDL elevado, TG elevados y HDL bajo. Por estar los TG sobre 500, pasan a ser la prioridad y se deben tratar con un fibrato. Recordar que los médicos generales nunca deben mezclar fibratos con estatinas, ya que por un lado se dispara el riesgo de rabdomiolisis y por otro lado, todos los hipolipemiantes sirven en cierta medida para el tratamiento de las tres dislipidemias. Solo los especialistas pueden, en casos seleccionados, mezclar estatinas con fenofibrato (no con gemfibrozilo).

La respuesta correcta es: Iniciar dieta y un fibrato

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 45 años diabético, tipo 2, en tratamiento con metformina en dosis máxima, acude a control con los siguientes registros de glicemias promedio:

Predesayuno	90	Postdesayuno	140
Prealmuerzo	110	Postalmuerzo	190
Precena	135	Postcena	180

Además presenta una hemoglobina glicosilada de 7,5%. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Agregar glibenclamida y mantener la metformina
- b. Iniciar glibenclamida y suspender la metformina
- c. Iniciar insulina NPH matinal
- d. Iniciar insulina NPH nocturna
- e. Iniciar insulina cristalina junto con las 3 comidas



Su control metabólico es insuficiente, ya que la HbA1c está mayor a 7% y tiene varias glicemias sobre los niveles recomendados (preprandiales < 130-100 y posprandiales < 180/130). Lo más importante es la hemoglobina glicosilada. No tiene ninguna indicación de insulina, ni contraindicación de los hipoglicemiantes orales. Además, está solo con metformina en dosis máximas, por lo que es posible agregar glibenclamida y, si está disponible, otro hipoglicemante más seguro. En todo caso, por ser joven y sin comorbilidad, la glibenclamida no tiene mayores contraindicaciones. Si hubiese tenido más de 75 años, estaría bien controlado (objetivo HbA1c <8%) y se debería mantener el tratamiento; y si, además de 75 años, hubiese tenido la hemoglobina sobre 8%, no se debería iniciar glibenclamida, sino otro hipoglicemante más seguro, con menor riesgo de hipoglicemia, como la sitagliptina o el liraglutide.

La respuesta correcta es: Agregar glibenclamida y mantener la metformina

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente diabético tipo 2, en tratamiento con dieta, el que sigue de manera irregular, consulta por dolor en ambas extremidades inferiores, que es de tipo urente y que es especialmente intenso en la noche. Al examen presenta alodinia, sin focalidad neurológica, ni lesiones en la piel. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar metformina y AINEs
- b. Iniciar glibenclamida y clomipramina
- c. Iniciar metformina y gabapentina
- d. Iniciar insulina y pregabalina
- e. Iniciar insulina y AINEs



Tiene una neuropatía diabética dolorosa, por lo que se trata con moduladores del dolor como la pregabalina, gabapentina, antidepresivos duales (venlafaxina o duloxetina) o antidepresivos tricíclicos (clomipramina, Imipramina y amitriptilina), más insulina. Recordemos que el diagnóstico de la neuropatía dolorosa es clínico (dolor neuropático, urente, con alodinia). La gabapentina y la pregabalina son útiles, en particular en adultos mayores, en que están contraindicados los ADTC, que son fármacos que producen efectos adversos con mayor frecuencia. Sin embargo, los hipoglicemiantes orales no suelen ser suficientes y solo la insulina acelera la desaparición del dolor.

La respuesta correcta es: Iniciar insulina y pregabalina

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 50 años, diabético tipo 2, en tratamiento con metformina 500 mg cada 8 horas, acude a control. Trae una hemoglobina glicosilada de 10,3% y una proteinuria de 24 horas en 500 mg/dl. ¿Cuál es la conducta más adecuada para el control metabólico de este paciente?

Seleccione una:

- a. Mantener la metformina y hacer hincapié en el cumplimiento de la dieta
- b. Aumentar la dosis de metformina a 850 mg cada 8 horas y agregar enalapril
- c. Agregar glibenclamida 5 mg cada 12 horas
- d. Agregar sitagliptina
- e. Iniciar insulina y valsartán



Tiene una hemoglobina glicosilada mayor o igual a 9%, por lo que tiene indicación de iniciar con insulina NPH nocturna (10 UI por lo general, aunque hay distintos esquemas). La metformina se recomienda mantener, porque no hay insuficiencia renal o daño hepático que la contraindique y porque está demostrado que el control metabólico es mejor al mantener los hipoglicemiantes orales. Además, por la proteinuria, se asume que hay nefropatía, por lo que deberá iniciar un IECA (ejemplo enalapril), siendo también aceptable indicar un ARA2 (valsartán).

La respuesta correcta es: Iniciar insulina y valsartán

◀ 24.- Dislipidemias Genéticas

Ir a...

1.2. Cuestionario Diá

Comenzado el	domingo, 12 de febrero de 2023, 19:05
Estado	Finalizado
Finalizado en	domingo, 12 de febrero de 2023, 19:19
Tiempo empleado	13 minutos 5 segundos
Puntos	15,00/15,00
Calificación	100,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 72 años, diabético tipo 2, en tratamiento con metformina, el que cumple de manera irregular, es traído al servicio de urgencia, por compromiso de conciencia. Los familiares refieren que desde hace 2 días está con tos con expectoración mucopurulenta y fiebre, pero que hoy empezó a decir palabras sin sentido y luego presentó tendencia a dormir. Al examen está en sopor profundo, sin signos focales, con signos de deshidratación, FC: 106x', PA: 100/60 mmHg, T°: 38,7°C y saturación arterial de oxígeno de 96%. Al examen pulmonar se ausultan crepitaciones en la base izquierda. Sus exámenes muestran hematocrito: 49%, blancos: 16.000 por mm³, plaquetas: 400.000 por mm³, glicemia 816 mg/dl, sodio: 143 mEq/L, potasio: 4,0 mEq/L, pH: 7,38 y bicarbonato: 23 mEq/L. La radiografía de tórax portátil muestra signos de condensación en el lóbulo inferior izquierdo. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar 1 litro de suero fisiológico + 1g de KCl endovenoso, iniciar insulina endovenosa y administrar bicarbonato por vía endovenosa
- b. Administrar 1 litro de suero glucosado al 5% + 2g de NaCl + 1g de KCl, iniciar insulina endovenosa y administrar antibióticos endovenosos
- c. Administrar 1 litro de suero fisiológico + 1g de KCl endovenoso, iniciar insulina endovenosa y administrar antibióticos por vía endovenosa ✓
- d. Administrar 1 litro de suero glucosado al 5% + 2g de NaCl + 1g de KCl, iniciar insulina endovenosa y administrar bicarbonato y antibióticos endovenosos
- e. Administrar 1 litro de suero fisiológico, iniciar insulina endovenosa y administrar antibióticos por vía endovenosa

Tiene un síndrome hiperglicémico hiperósrmolar (glicemia mayor a 600 mg/dl y osmolaridad plasmática mayor a 320 mOsm/L; si bien no dan la osmolaridad, en general, toda glicemia sobre 600 tiene además osmolaridad sobre 320 y la clínica es compatible: compromiso de conciencia, deshidratación).

Se trata con suero fisiológico, como primera medida. Además, requiere de insulina cristalina endovenosa, siempre y cuando el K+ sea mayor a 3,2 mEq/L. También requiere K+ endovenoso en goteo (1g de KCl si el K+ está sobre 3,2; y 3g, si está en 3,2 o menos; aunque no se da, si el K+ es mayor a 5,3 mEq/L). En resumen, se busca un K+ entre 3,3 y 5,3 mEq/L. Por regla general, el Sd. HGHO no requiere bicarbonato. Quien sí requiere bicarbonato es la cetoadosis diabética y solo si el pH es menor a 6,9. Finalmente se debe tratar la causa de la descompensación, en este caso la neumonía, la que requerirá ceftriaxona endovenosa (por tratarse hospitalizado).

La respuesta correcta es: Administrar 1 litro de suero fisiológico + 1g de KCl endovenoso, iniciar insulina endovenosa y administrar antibióticos por vía endovenosa

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente diabético tipo 1, presenta un cuadro de desorientación y luego convulsiones, que fue precedido por palpitaciones y temblor de las extremidades superiores. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Mielinolisis pontina
- b. Accidente vascular encefálico
- c. Encefalopatía de Wernicke
- d. Cetoacidosis diabética
- e. Hipoglicemia



Es una hipoglucemia clásica: síntomas simpaticomiméticos (palpitaciones y temblor), seguidos de síntomas neuroglucopénicos (convulsiones y compromiso de conciencia).

La mielinolisis pontina es un cuadro grave, asociado a la corrección rápida de la hiponatremia, con suero hipertónico. Se caracteriza por compromiso de conciencia y tetraparesia.

El AVE se caracteriza por signos focales de inicio súbito.

La encefalopatía de Wernicke se caracteriza por el COCA (confusión, oftalmoparesia, coma y ataxia) y se debe al déficit de tiamina (vitamina B1), generalmente en pacientes alcohólicos o muy desnutridos.

La cetoacidosis sí puede tener compromiso de conciencia, pero se caracteriza por polipnea, fétor a manzana, dolor abdominal, náuseas y clínica de DM descompensada (poliuria, polidipsia, etc.).

La respuesta correcta es: Hipoglucemia

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes pacientes tiene diagnóstico de diabetes mellitus?

Seleccione una:

- a. Paciente asintomático, con glicemia de ayuno de 290 mg/dl
- b. Paciente con glicemia de ayuno de 198, que se repite a los dos días, resultando 138
- c. Paciente con test de tolerancia a la glucosa, con glicemia basal de 110 mg/dl, que llega a los 180 mg/dl a las 2 horas postingesta de 75 gramos de glucosa
- d. Paciente con hemoglobina glicosilada de 6%
- e. Paciente con un hemoglucotest de 400 mg/dl



La del paciente asintomático, con glicemia de ayuno de 290, tiene una glicemia sobre 200, pero le faltan los síntomas.

La con glicemias de ayuno de 198 y 138 cumple con el criterio de 2 glicemias mayores o iguales a 126 mg/dl, así que está hecho el diagnóstico.

La del TTGO con glicemias basal de 110 y postcarga de 180 tiene una glicemia alterada de ayuno (basal entre 100 y 125) y además una intolerancia a la glucosa oral (postcarga entre 140 y 199).

La hemoglobina glicosilada de 6% está normal. Hoy se acepta que la HbA1c mayor o igual a 6,5% es diagnóstica, pero en Chile no se utiliza ese criterio y la HbA1c solo se usa como el examen de elección para el seguimiento de la diabetes y no para su diagnóstico, con excepción de los casos en que están descompensados por otra patología y no es posible saber si las hiperglycemias se deben a un descompensante agudo (ej. infecciones, uso de corticoides) o a una diabetes crónica, por lo que pasa a ser de elección la HbA1c como elemento diagnóstico en estos casos (ej. paciente cursando con infección severa, con una glicemia de 190 mg/dl no sirve repetirla, sino que se debe pedir la HbA1c).

La del hemoglucotest muy elevado no puede ser utilizada, porque el hemoglucotest no es un examen aceptado para el diagnóstico de diabetes. Por lo que debe solicitarse las glicemias venosas.

La respuesta correcta es: Paciente con glicemia de ayuno de 198, que se repite a los dos días, resultando 138

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El hipotiroidismo suele presentar la siguiente alteración en el perfil lipídico:

Seleccione una:

- a. Colesterol LDL aumentado
- b. Colesterol HDL aumentado
- c. Colesterol HDL bajo
- d. Triglicéridos aumentados
- e. Colesterol LDL pequeño y denso



EL hipoT4 se asocia a LDL aumentado. En cambio, la diabetes se asocia a HDL bajo, TG aumentados y LDL pequeño y denso (que es más aterogénico que el LDL común y corriente).

La respuesta correcta es: Colesterol LDL aumentado

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 18 años, diabético tipo 1, en tratamiento con insulina es esquema intensificado con dos dosis de insulina NPH y tres refuerzos con insulina cristalina, presenta los siguientes controles promedio con Hemoglucotest:

Predesayuno: 150	Postdesayuno: 210
Prealmuerzo: 90	Postalmuerzo: 120
Precena: 80	Postcena: 100

La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Aumentar la dosis de insulina NPH matinal
- b. Aumentar la dosis de insulina NPH nocturna
- c. Aumentar la dosis de insulina cristalina predesayuno
- d. Aumentar la dosis de insulina cristalina prealmuerzo
- e. Aumentar la dosis de insulina cristalina precena



La glicemias preprandiales dependen de la insulina lenta (glargina o NPH) recibida hace varias horas atrás (ej. la de ayuno depende de la NPH nocturna). En cambio, las glicemias postprandiales dependen de la insulina rápida (ultrarrápida o cristalina), aunque también dependen de la glicemia preprandial y de la comida misma.

En este caso, las glicemias predesayuno y postdesayuno son las que están elevadas, por lo que se debe aumentar la insulina NPH nocturna, para normalizar la glicemia predesayuno, lo que a su vez normalizará la postdesayuno.

Recordar que el objetivo de glicemias es preprandiales menores a 100-130 mg/dl y postprandiales menores a 130-180 mg/dl (según qué tan estricto se quiera ser), pero que lo más importante es la hemoglobina glicosilada menor a 7%, así que si estuviera normal (lo que no se muestra en la pregunta), lo correcto sería mantener el tratamiento.

La respuesta correcta es: Aumentar la dosis de insulina NPH nocturna

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente indigente, en situación de calle, ingresa al servicio de urgencia por un cuadro de desorientación y dificultades para caminar. Al examen físico se constata estrabismo divergente, por parálisis del tercer nervio craneal izquierdo, ataxia de la marcha y desorientación temporoespacial, sin otras alteraciones. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hipoglicemia
- b. Hipofosfemia
- c. Síndrome hiperglicémico hiperosmolar
- d. Encefalopatía de Wernicke
- e. Encefalopatía de Korsakoff



Es una encefalopatía de Wernicke clásica, causada por déficit de tiamina (vitamina B1) y muy frecuente en los pacientes alcohólicos, que de hecho deben recibir la tiamina de manera profiláctica. Su diagnóstico es clínico y se caracteriza por el COCA (coma, oftalmoplejia, confusión y ataxia de la marcha).

La hipoglicemia produce síntomas simpáticos/adrenérgicos (palpitaciones, sudoración, temblor), seguidos de síntomas neuroglucopénicos (convulsiones, compromiso de conciencia).

La hipofosfemia produce un cuadro de compromiso de conciencia, con rabdomiolisis y anemia hemolítica.

La encefalopatía de Korsakoff también es por déficit de B1, aunque es crónica y por daño permanente en los centros de la memoria, por lo que produce un cuadro de alteración de la memoria de corto plazo, pero también de largo plazo, lo que se caracteriza por la "confabulación", es decir, por llenar los vacíos de la memoria con historias inventadas.

La respuesta correcta es: Encefalopatía de Wernicke

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 50 años, diabético tipo 2, en tratamiento con metformina 500 mg cada 8 horas, acude a control. Trae una hemoglobina glicosilada de 6,3% y una proteinuria de 24 horas en 200 mg/dl. Sin embargo, refiere que desde que inició la metformina, presenta diarrea y dolor abdominal ¿Cuál es la conducta más adecuada para el control metabólico de este paciente?

Seleccione una:

- a. Mantener la metformina y hacer hincapié en el cumplimiento de la dieta
- b. Aumentar la dosis de metformina a 850 mg cada 8 horas
- c. Agregar glibenclamida 5 mg cada 12 horas
- d. Reemplazar la metformina por rosiglitazona
- e. Reemplazar la metformina por glibenclamida



Tiene un buen control metabólico (HbA1c menor a 7%), por lo que está bien tratada su diabetes. Sin embargo, la diarrea y el dolor abdominal son parte de los efectos adversos clásicos de la metformina, por lo que es recomendable suspenderla y reemplazarla por otro fármaco. Eso sí, muchas recomendaciones proponen primero intentar usar metformina XR (de liberación prolongada) antes de reemplazarla. Antes, la metformina se reemplazaba por glitazonas (tiazolidinedionas), ya que ambas actúan disminuyendo la resistencia a la insulina, pero actualmente están obsoletas, por aumentar el riesgo cardiovascular. Por ello, de las opciones, la más aceptable es cambiarla por glibenclamida, aunque en estricto rigor, es mejor cambiarla por sitagliptina u otro DPP4.

En cambio, cuando es la glibenclamida la que produce efectos adversos (normalmente hipoglicemias), se suele reemplazar por DPP4 sin mayores dudas.

La respuesta correcta es: Reemplazar la metformina por glibenclamida

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 12 años, diabética tipo 1, en tratamiento con insulina, es traída al servicio de urgencia, por compromiso de conciencia. Los familiares refieren que desde hace 2 días está cursando con una infección urinaria, pero que hoy empezó a decir palabras sin sentido y luego presentó tendencia a dormir. Al examen está en sopor profundo, deshidratada, FC: 100x; PA: 90/60 mmHg, T°: 38,7°C y saturación arterial de oxígeno de 98%. Al examen pulmonar se aprecia polipnea. Sus exámenes muestran, glicemia 416 mg/dl, cetonas +++ en orina, sodio: 130 mEq/L, potasio: 4,6 mEq/L, pH: 7,18 y bicarbonato: 13 mEq/L. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar suero fisiológico + 1g de KCl endovenoso, iniciar insulina endovenosa y administrar bicarbonato por vía endovenosa
- b. Administrar suero glucosado al 5% + KCl endovenoso e iniciar insulina endovenosa
- c. Administrar suero fisiológico + KCl endovenoso e iniciar insulina endovenosa
- d. Administrar suero glucosalino + KCl, iniciar insulina endovenosa y administrar bicarbonato endovenoso
- e. Administrar suero fisiológico + bicarbonato e iniciar insulina endovenosa



Tiene una cetoadosis diabética ya diagnosticada (cuerpos cetónicos positivos, acidosis metabólica, glicemia menor a 7,3), con la clínica característica. Como está normal el K+ está indicada la insulina y el K+ (recordar que para efectos del manejo de la cetoadosis y el Sd. hiperglicémico hiperosmolar se considera que el K+ normal es 3,3 a 5,3 mEq/L). Y como el pH está sobre 6,9, no requiere bicarbonato. La primera medida debe ser el suero fisiológico (o ringer) 20 cc/Kg de peso. Luego se inicia insulina y potasio, aunque no se debe dar insulina si hay hipopotasemia, ni se debe dar potasio si hay hiperpotasemia (por eso siempre se espera el resultado del potasio, antes de iniciar la insulina y el potasio). Además, se debe dar bicarbonato de sodio, pero solo si el pH es menor a 6,9 (si es mayor, la misma insulina normaliza el pH, al hacer desaparecer los cetoácidos).

La respuesta correcta es: Administrar suero fisiológico + KCl endovenoso e iniciar insulina endovenosa

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente diabético tipo 1, presenta un cuadro de desorientación y luego coma, que fue precedido por marcado malestar general, náuseas y dolor abdominal. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome hiperglicémico hiperosmolar
- b. Encefalopatía de Korsakoff
- c. Encefalopatía de Wernicke
- d. Cetoacidosis diabética
- e. Hipoglicemias



Es una cetoadosis clásica: diabético 1, con síntomas abdominales (dolor y náuseas/vómitos), que luego evoluciona a compromiso de conciencia, polipnea. Los demás cuadros clínicos se explican en otra pregunta de esta prueba.

La respuesta correcta es: Cetoacidosis diabética

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 58 años, obeso, presenta un perfil lipídico con triglicéridos de 210 mg/dl, colesterol LDL: 180 mg/dl, colesterol HDL: 35 mg/dl y colesterol total: 257. Se inicia dieta y ejercicios y se controla tres meses después, sin lograr cambios. Su glicemia de ayunas es de 110 mg/dl y su TTGO resulta 150 mg/dl a las 2 horas postcarga de glucosa. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar una estatina y metformina
- b. Iniciar un fibrato y metformina
- c. Iniciar un fibrato y una estatina
- d. Iniciar metformina
- e. Mantener las indicaciones



Tiene varios diagnósticos: 1. Hipertrigliceridemia, 2. Hipercolesterolemia LDL, 3. HDL bajo, 4. Glicemia de ayuno alterada (GGA), 5. Intolerancia a la glucosa oral (IGO), 6. Obesidad y 7. Síndrome metabólico.

Respecto a las dislipidemias, la prioridad es el LDL, porque los TG están bajo 500, por lo que se debe iniciar estatinas.

Respecto al síndrome metabólico y a la GGA e IGO, todos se tratan con dieta y metformina.

Recordemos los criterios diagnósticos del síndrome metabólico: al menos 3 de los siguientes: obesidad abdominal, HTA, hiperTG, HDL bajo, patologías derivadas de la resistencia a la insulina (GAA, IGO o DM2). No incluye alteraciones del LDL, que no se afecta cuantitativamente en la resistencia a la insulina, aunque sí se puede afectar cualitativamente, al volverse pequeño y denso y por tanto, más aterogénico.

La respuesta correcta es: Iniciar una estatina y metformina

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, diabético tipo 2, en tratamiento con metformina 850 mg/8 horas y glibenclamida 5 mg en la mañana, acude a control, constatándose creatinina 1,0 mg/dl y hemoglobina glicosilada de 7,5%. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Reemplazar la metformina por una glitazona
- b. Subir la dosis de glibenclamida
- c. Iniciar insulina
- d. Mantener el tratamiento y controlar en 3 meses
- e. Solicitar un test de tolerancia a la glucosa oral



El control metabólico es insuficiente (HbA1c mayor a 7%), por lo que se debe avanzar en el tratamiento. No tienen ninguna indicación de insulina, ni contraindicaciones para los hipoglicemiantes orales. Dado que la metformina está en dosis elevadas, ya no se debe subir (en teoría se podría subir a 1g cada 8 horas, pero 850 mg es una dosis casi equivalente). La glibenclamida aún se puede subir, ya que la dosis máxima es 10 mg cada 12 horas. También se pueden usar otros hipoglicemiantes más seguros que la glibenclamida, en especial si tiene alto riesgo de hipoglucemias, pero, en este caso, es aceptable mantenerla.

La respuesta correcta es: Subir la dosis de glibenclamida

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 58 años, diabético tipo 2 en tratamiento con glibenclamida y metformina en dosis máximas, acude a control. Presenta hemoglobina glicosilada de 6,8% y glicemias de ayuno entre 90 y 140 mg/dl. Su examen físico es normal y el resto de sus exámenes son normales. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar insulina NPH
- b. Solicitar test de tolerancia a la glucosa
- c. Suspender los hipoglicemiantes orales e iniciar insulina en esquema intensificado
- d. Mantener el tratamiento
- e. Agregar rosiglitazona al tratamiento



Está bien controlado (HbA1c menor a 7%), por lo que no es necesario hacer ningún cambio. Que las glicemias de ayuno estén mayores a 100-130 mg/dl, no importa, mientras se mantenga el objetivo de la hemoglobina glicosilada.

La respuesta correcta es: Mantener el tratamiento

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 45 años, con antecedente de lupus eritematoso sistémico, en tratamiento con prednisona, presenta glicemia de ayuno 180mg/dl y glicemias postprandiales sobre 210 mg/dl, siendo diagnosticada de diabetes mellitus. ¿Cuál es el tratamiento inicial en esta paciente?

Seleccione una:

- a. Metformina
- b. Glibenclamida
- c. Pioglitazona
- d. Sitagliptina
- e. Insulina



Es una diabetes asociada a uso de corticoides, con glicemias arriba de 200mg/dl, por lo que el tratamiento de elección es la Insulina.

La respuesta correcta es: Insulina

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Paciente de 40 años, con antecedente de hipotiroidismo, presenta un cuadro de cetoacidosis diabética. No presenta antecedentes familiares de diabetes, sin antecedentes de importancia. Al examen físico, se encuentra IMC de 20,5.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Seleccione una:

- a. Diabetes mellitus 1
- b. Diabetes mellitus 2
- c. Diabetes mellitus LADA
- d. Diabetes mellitus MODY
- e. Cetoacidosis congénita



La cetoacidosis hace pensar tanto en diabetes mellitus 1 y LADA: ambas son autoinmunes y bastante severas. El antecedente de hipotiroidismo hace pensar en una causa autoinmune. El peso normal hace muy poco probable que sea una DM2 (dado que es adulto la primera sospecha siempre es una DM2).

La respuesta correcta es DM LADA, que es autoinmune de aparición tardía. Si hubiese sido un niño, la respuesta hubiera sido DM1. Si es que hubiese sido obeso y con acantosis nigricans, sería una DM2 ya que la acantosis nigricans muestra sugiere insulina alta, aunque sería raro que debutara con una cetoacidosis. La diabetes MODY, es una diabetes genética, de buen pronóstico, característica de los niños y personas jóvenes, con resistencia a la insulina de causa genética (similar a la DM2, pero de los niños) y con muchos casos de diabetes en la familia (por ser autosómica dominante).

La respuesta correcta es: Diabetes mellitus LADA

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Paciente de 28 años, con diagnóstico de anorexia, desnutrida, que pesa 45 kilos y mide 1,75 metros, es hospitalizada para inicio de su alimentación por sonda nasogástrica, recibiendo una dosis de 2.000 calorías al día, en el primer día. Inicia con arritmia ventricular por torsión de puntas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Seleccione una:

- a. Déficit de vitamina B1
- b. Déficit de vitamina B12
- c. Síndrome de realimentación
- d. Hipercalcemia
- e. Hipoglucemias severa



El síndrome de realimentación, produce depleción aguda de oligoelementos, lo que se traduce en hipomagnesemia, hipocalcemia e hipocalcemia, todo lo que alarga QT, produciendo torsión de puntas. Además, puede cursar con déficit de B1, hipofosfemia, baja aguda de zinc, cobalto, etc. La causa es una alimentación agresiva en un paciente crónicamente desnutrido. Por ello, la alimentación debe iniciarse con apenas 10 Kcal por Kg de peso al día (450 Kcal en este caso), más aporte de oligoelementos y subirse de a poco.

La respuesta correcta es: Síndrome de realimentación

Comenzado el	domingo, 12 de febrero de 2023, 23:13
Estado	Finalizado
Finalizado en	domingo, 12 de febrero de 2023, 23:26
Tiempo empleado	13 minutos 56 segundos
Puntos	14,0/14,0
Calificación	100,0 de 100,0

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1 sobre 1

Usted atiende a un paciente de 67 años, con antecedente de insuficiencia cardíaca CF II, como secuela de un infarto agudo al miocardio, que sufrió hace 5 meses. Actualmente es usuario de aspirina, atorvastatina y metformina en dosis máxima. Se realiza HbA1c, que resulta 7,5%. ¿Qué medida es más adecuada para su control metabólico?

- a. Mantener el tratamiento
- b. Reemplazar la metformina por pioglitazona
- c. Agregar glibenclamida
- d. Reemplazar la metformina por sitagliptina
- e. Agregar emplaglifozina



Tiene HbA1c mayor a 7%, por lo que se debe avanzar en el tratamiento. Por tener metformina en dosis máxima, está indicado agregar un segundo hipoglicemante. Tanto por la enfermedad arterial ateromatosa (enfermedad coronaria es la causante del infarto) como por la insuficiencia cardíaca, está indicado preferentemente un SGLUT-2, como la empaglifozina. Además, debe usar aspirina, estatinas, enalapril y betabloqueantes, por su cardiopatía coronaria.

La respuesta correcta es: Agregar emplaglifozina

Pregunta 2

Correcta

Se puntuó 1 sobre 1

Un paciente de 66 años, diabético tipo 2, en tratamiento con metformina 850 mg c/12 horas e insulina NPH 12 UI cada noche, se realiza exámenes de control, que muestran hemoglobina glicosilada de 7,8%, perfil lipídico adecuado. Además, se realizan controles frecuentes de glicemia capilar, que muestran que sus glicemias matinales tanto antes como después del desayuno están elevadas, mientras que las glicemias de la tarde y noche están normales. ¿Cuál es la conducta más adecuada desde el punto de vista metabólico?

- a. Cambiar el horario de la insulina NPH a la mañana
- b. Mantener el tratamiento sin cambios
- c. Agregar insulina cristalina matinal
- d. Agregar una dosis de insulina NPH matinal
- e. Aumentar la dosis de NPH nocturna



Como tiene la hemoglobina glicosilada sobre 7%, se debe avanzar en el tratamiento. En este caso, las glicemias de ayuno y postdesayuno están elevadas, por lo que se debe aumentar la insulina NPH nocturna, que es la que determina la glicemia predesayuno, que, a su vez, influye en la postdesayuno. Si hubiese tenido más de 75 años (en que el objetivo de HbA1c es 8%), la conducta hubiese sido mantener el tratamiento, al igual que si la hemoglobina glicosilada hubiese estado bajo 7%, ya que las glicemias son menos importantes que la hemoglobina glicosilada.

La respuesta correcta es: Aumentar la dosis de NPH nocturna

Pregunta 3

Correcta

Se puntuó 1 sobre 1

Un paciente de 34 años es ingresado al servicio de urgencia, debido a un cuadro de cetoacidosis diabética, el que es manejado adecuadamente. No tenía diagnóstico previo de diabetes y como antecedentes solo tomaba levotiroxina, con buen control y polivitamínicos. Al quinto día de hospitalización, su examen físico es normal y se mantiene con glicemias normales, con bajas dosis de insulina cristalina c/6 horas, por lo que se encuentra en condiciones de ser dado de alta. ¿Cuál es la conducta más adecuada para su manejo glicémico al alta?

- a. Indicar insulina NPH nocturna
- b. Indicar metformina oral en dosis máxima
- c. Indicar metformina y sitagliptina en dosis altas
- d. Indicar insulina cristalina cada 6 horas
- e. Indicar insulina glargina más 3 dosis de insulina cristalina



Por el antecedente de hipotiroidismo (autoinmune) y, especialmente, debido a haber debutado con una cetoacidosis, la sospecha es una diabetes autoinmune o LADA, por lo que se debe iniciar insulina en esquema intensificado y solicitar anticuerpos marcadores de autoinmunidad para diabetes. También, como en todo diabético, se debe pedir HbA1c, perfil lipídico, exámenes generales y los demás exámenes de control de daño a órgano blanco (función renal, fondo de ojo, electrocardiograma).

La respuesta correcta es: Indicar insulina glargina más 3 dosis de insulina cristalina

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 10 años presenta un cuadro de dolor abdominal y vómitos, asociado a deterioro del estado general y desorientación. Su madre refiere que desde hace 4 días que ha estado decaído, con náuseas y que el día de hoy comenzó con vómitos, desorientación y tendencia al sopor. Al examen físico, está desorientado en el tiempo y espacio, pero no tiene focalidad neurológica; se observa taquicárdico a 110x', con FR: 23x', PA: 90/60 mmHg y T°: 37,0°C. Su examen cardiopulmonar muestra ritmo regular en 2 tonos, sin soplos y murmullo pulmonar presente sin otros ruidos. Su examen abdominal muestra abdomen blando, sin signos peritoneales. Se instala una vía venosa, para reposición de fluidos y administración de fármacos. ¿Qué examen es más adecuado para iniciar su estudio?

- a. Radiografía de tórax y abdomen, en posición de pie
- b. TAC de abdomen y pelvis
- c. Endoscopía digestiva alta
- d. Laparotomía exploradora
- e. Glicemia



La sospecha es una cetoacidosis diabética e, incluso si es que se sospechó otra causa, la glicemia es el primer examen para evaluar a cualquier paciente con compromiso de conciencia.

La respuesta correcta es: Glicemia

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 56 años, diabético tipo 2, mal controlado, se realiza un fondo de ojo, que muestra exudados céreos bilaterales y periféricos, con algunas microhemorragias, exudados algodonosos y vasos de neoformación. El paciente refiere que ve perfectamente y que está dispuesto a mejorar su adherencia a tratamiento, admitiendo que olvida tomar sus medicamentos (metformina 850 mg c/8 horas y glibenclamida 5 mg c/12 horas) la gran mayoría de los días. Su hemoglobina glicosilada es 8,5%. Además de insistir en la importancia de seguir las indicaciones médicas, ¿cuál es la conducta más adecuada?

- a. Solicitar un nuevo fondo de ojo en 3 meses
- b. Derivar a oftalmología para fotocoagulación láser e inicio de fármacos antiangiogénicos
- c. Reemplazar los hipoglicemiantes orales por insulina NPH
- d. Realizar evaluación del rojo pupilar
- e. Reemplazar los hipoglicemiantes por insulina glargina más 3 refuerzos de insulina cristalina



Tiene una retinopatía diabética proliferativa (por los neovasos), por lo que requiere urgentemente de fotocoagulación más antiangiogénicos, dado que tiene alto riesgo de una hemorragia vitrea y, por tanto, perder la visión de un ojo. No vale la pena esperar 3 meses y no tiene ninguna utilidad la evaluación del rojo pupilar (que evalúa someramente la retina), ya que se realizó un fondo de ojo, que es un examen mucho más completo. Como no ha tomado sus medicamentos, no es posible saber si requiere un ajuste en las dosis que recibe y lo primero será asegurar que los tome y luego se podrá saber si requiere aumentar la dosis de glibenclamida o iniciar insulina. Por ahora, por tener una hemoglobina glicosilada menor a 9%, no requiere de insulina. Finalmente, la retinopatía diabética no es indicación de insulina, sino de optimizar el control metabólico.

La respuesta correcta es: Derivar a oftalmología para fotocoagulación láser e inicio de fármacos antiangiogénicos

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 55 años, diabético tipo 2, diagnosticado hace 6 meses, está en tratamiento con metformina 850 mg XR c/12 horas. Su HbA1c resulta 6,5%, sin embargo, refiere que, desde el diagnóstico, presenta diarrea y náuseas que le son muy molestas. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

- a. Indicar dieta baja en fibra
- b. Disminuir la dosis de metformina
- c. Solicitar colonoscopía, endoscopía digestiva alta, anticuerpos anti-TGR, ASCA y ANCA.
- d. Reemplazar la metformina por otro hipoglicemante oral
- e. Reemplazar la metformina por insulina



Los síntomas gastrointestinales son los efectos adversos más frecuentes de la metformina. Cuando se producen, lo primero es intentar con metformina de liberación prolongada o "XR" (en este caso ya la está tomando) y luego no queda opción que cambiarla por un nuevo hipoglicemante. Su control metabólico está bien, pero cercano a 7%, por lo que no se puede disminuir la dosis. Por la edad, se debe hacer una colonoscopía como screening de cáncer de colon, pero en este caso no es por los síntomas, que son claramente atribuibles a la metformina (y, por ello, no se deben estudiar, sino tratar primeramente la causa probable), sino como screening de todo paciente mayor a 50 años.

La respuesta correcta es: Reemplazar la metformina por otro hipoglicemante oral

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 55 años, obeso y diabético tipo 2, diagnosticado hace un año, acude a su segundo control. Está en tratamiento con metformina XR 850 mg cada 12 horas y dieta. Su IMC se ha mantenido en 37 desde que fue diagnosticado. Su hemoglobina glicosilada resulta 9,5%, su glicemia de ayuno: 105 mg/dl, su fondo de ojo es normal, al igual que sus pruebas de función renal. Niega cualquier síntoma y su examen físico es normal. Además de reforzar las medidas no farmacológicas, la conducta más adecuada es:

- a. Explicar que no es necesario hacer cambios en su tratamiento farmacológico
- b. Agregar glibenclamida al tratamiento
- c. Agregar insulina NPH nocturna al tratamiento
- d. Aumentar la metformina XR a 850 mg cada 8 horas
- e. Agregar sitagliptina al tratamiento



Aunque no tenga síntomas ni complicaciones (todavía), por tener una HbA1c mayor a 9%, tiene un pésimo control metabólico y está indicada la insulinoterapia, que en la diabetes tipo 2 se inicia con insulina NPH en una dosis, habitualmente nocturna. La glicemia de ayuno en rango aceptable es irrelevante, ya que solo da cuenta del comportamiento de los últimos días, mientras que la HbA1c muestra el estado metabólico de los últimos 2-3 meses.

La respuesta correcta es: Agregar insulina NPH nocturna al tratamiento

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 66 años, con antecedente de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, pie diabético y cirugía de revascularización femoropoplíteo se realiza exámenes de control, que muestran colesterol HDL: 30 mg/dl, colesterol LDL:100 mg/dl, triglicéridos: 490 mg/dl y colesterol total: 228 mg/dl, glicemia de ayuno: 120 mg/dl, hemoglobina glicosilada: 6,9%, relación albuminuria / creatininuria: 0,02, creatinina: 1,1 mg/dl, BUN: 18 mg/dl. Actualmente utiliza metformina en dosis máxima, aspirina, enalapril 10 mg c/12 horas y amlodipino 10 mg/dl. Su presión arterial promedio es 128/78 mg/dl. ¿Qué conducta es la más adecuada?

- a. Reemplazar el amlodipino por hidroclorotiazida
- b. Reemplazar el enalapril por atenolol
- c. Agregar un segundo hipoglicemiantre oral
- d. Agregar gemfibrozilo 600 mg/día
- e. Agregar atorvastatina 20 mg/día



Es una pregunta con mucha información, pero relativamente sencilla. Tiene una dislipidemia con HDL bajo, LDL alto para su riesgo cardiovascular (debería ser menor a 70, por ser diabético) y triglicéridos altos. Por estar menor a 500 los triglicéridos, de elección, se debe iniciar una estatina. Su hipertensión arterial está bien manejada (objetivo es <130/80) y no tiene microalbuminuria (normal es hasta RAC: 0,03). Además, en los diabéticos se trata evitar las tiazidas (aumentan la resistencia a la insulina y la dislipidemia) y el betabloqueo (ocultan síntomas de hipoglucemias, aunque en este caso solo está con metformina, así que da más o menos igual).

La respuesta correcta es: Agregar atorvastatina 20 mg/día

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 67 años, diabético tipo 2, con mal control, consulta por parestesias y dolor urente en las extremidades inferiores. Al examen físico tiene disminución de la sensibilidad termalgésica distal y presenta alodinia importante. ¿Qué fármaco es más adecuado para el manejo del dolor?

- a. Venlafaxina
- b. Tramadol
- c. Paracetamol
- d. Celecoxib
- e. Prednisona



Tiene una neuropatía diabética dolorosa, por lo que, además de optimizar el manejo metabólico (idealmente con insulina), también se debe indicar un modulador del dolor neuropático, como los antidepresivos duales (venlafaxina y duloxetina), fármacos gabaérgicos (gabapentina y pregabalina) o incluso, en jóvenes, los antidepresivos tricíclicos (imipramina, clomipramina, amitriptilina). Alodinia es dolor generado por estímulos no dolorosos, como el roce; se diferencia de la hiperalgesia que es mucho dolor ante estímulos que producen menos dolor.

La respuesta correcta es: Venlafaxina

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 60 años ha presentado varios cuadros de palpitaciones y sudoración, que han sido catalogados como arritmias o crisis de pánico. Se ha realizado holter de arritmias, TSH y exámenes generales, que han resultado normales. En el último episodio, se tomó la glicemia capilar, dado que su esposa es diabética y, para su sorpresa, marcó 45 mg/dl, por lo que tomó agua con azúcar, desapareciendo los síntomas a los pocos minutos. Su examen físico es normal. Además de una anamnesis detallada, ¿qué examen es el más adecuado para proseguir el estudio de este paciente?

- a. Glicemia de ayuno de 24 horas
- b. Niveles plasmáticos de insulina y péptido C
- c. Anticuerpos anti-insulina, anti-GAD, anti-tirosinfosfoquinasa 2 y anti-transportador de Zinc 8
- d. Hemoglobina glicosilada
- e. Test de tolerancia a la glucosa oral



Tiene una hipoglicemia, cumpliendo con la triada de Whipple (1. Síntomas simpáticos o neuroglucopénicos, 2. Simultáneos a glicemias bajas objetivadas, 3. Que responden a consumo de azúcar). La insulinemia y el péptido C ayudan a identificar la casusa. Además, se deben repetir los desencadenantes (ayuno o comida, según sea el caso) y realizar glicemias seriadas. La hemoglobina glicosilada se usa en la diabetes y no en las hipoglicemias. Los marcadores de autoinmunidad de la diabetes se usan ante la sospecha de diabetes LADA y tipo 1.

La respuesta correcta es: Niveles plasmáticos de insulina y péptido C

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Una paciente de 36 años, cursando embarazo de 10 semanas, se realiza una glicemia de ayuno que resulta 128 mg/dl, por lo que se repite, obteniéndose el mismo valor. Su diagnóstico más probable es:

- a. Diabetes gestacional
- b. Diabetes pregestacional
- c. Glicemia de ayuno alterada
- d. Intolerancia a la glucosa oral
- e. Embarazo normal



Tiene dos glicemias mayores a 126 en las primeras 12 semanas, por lo que es una DMPG. La DMG, en cambio, tendría valores entre 100 y 125 antes de las 12 semanas, o bien sería diagnosticada después de las 12 semanas, con cualquier valor. Si no hubiese estado embarazada, el diagnóstico también sería diabetes mellitus (probablemente tipo 2, por ser adulta y no grave).

La respuesta correcta es: Diabetes pregestacional

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 18 años, diabético tipo 1, en tratamiento, presenta compromiso de conciencia, de 20 minutos de evolución. Previo a esto presentó un cuadro de malestar general de 2 días de evolución, en contexto de una infección respiratoria. Al examen físico está en sopor profundo, con FR: 25x', saturación: 99%, FC: 120x' y PA: 100/60 mmHg. Su hemoglucotest resulta 450 mg/dl y se solicitan exámenes de laboratorio, que están pendientes. La primera medida es:

- a. Administrar oxígeno por mascarilla
- b. Administrar bicarbonato endovenoso
- c. Administrar suero glucosado endovenoso
- d. Administrar insulina endovenosa
- e. Administrar suero fisiológico endovenoso



La sospecha es una cetoacidosis diabética (clínicamente podría haber sido una hipoglicemia también, pero el HGT elevado la descarta). La primera medida ante la CAD y el Sd. HGO es dar SF ev. No se puede administrar insulina ni potasio, mientras no se cuente con la potasemia (si está baja, contraindica a la insulina; si está elevada, contraindica el potasio).

La respuesta correcta es: Administrar suero fisiológico endovenoso

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 35 años, con antecedente de hipotiroidismo es diagnosticado de diabetes mellitus, mediante dos glicemias de ayuno, de 205 y 224 mg/dl, respectivamente. Inicia tratamiento con dieta y metformina 500 mg cada 8 horas, con empeoramiento de sus glicemias en los 3 meses siguientes. Sus niveles de HbA1c resultan 9,9% y su péptido C está muy disminuido. La conducta más adecuada es:

- a. Agregar glibenclamida 10 mg c/12 horas
- b. Agregar insulina NPH nocturna
- c. Aumentar la dosis de metformina a 1 g cada 8 horas
- d. Reemplazar la metformina por sitagliptina
- e. Reemplazar el tratamiento por insulinoterapia en esquema intensificado



Si bien, por la HbA1c mayor a 9% lo habitual es agregar insulina NPH, en este caso, la sospecha es una diabetes LADA (severidad, antecedente de autoinmunidad y péptido C bajo), por lo que se trata como una DM1, con insulina en esquema intensificado.

La respuesta correcta es: Reemplazar el tratamiento por insulinoterapia en esquema intensificado

Pregunta **14**

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 66 años es hospitalizado por una pielonefritis aguda. En su hemoglucotest de ingreso, se constata una glicemia capilar de 356 mg/dl. Además, se solicita una glicemia en sangre venosa, con un resultado de 230 mg/dl y hemoglobina glicosilada de 8,5%. ¿Cuál es la conducta más adecuada para el manejo de la hiperglicemia en este momento (durante su hospitalización)?

- a. Debe manejarse con insulina cristalina, en cuatro dosis diarias ✓
- b. Dado que solo tiene una glicemia venosa elevada y no tenía síntomas de diabetes, lo más adecuado es indicar solo dieta
- c. Debe manejarse con metformina sola
- d. Debe manejarse con metformina más glibenclamida, por vía oral
- e. Debe manejarse con insulina NPH, en dos dosis diarias

Tiene una diabetes, en contexto de una infección grave, por lo que se debe manejar con insulina cristalina cada 6 horas (manejo del diabético hospitalizado). Cabe mencionar que la glicemia, por estar cursando con una infección, no permite hacer el diagnóstico de diabetes, pero, la hemoglobina glicosilada mayor a 6,5%, sí, porque refleja las glicemias de los últimos 3 meses.

La respuesta correcta es: Debe manejarse con insulina cristalina, en cuatro dosis diarias

[◀ 1.2. Cuestionario Diabetes](#)

Ir a...

[1.- Infecciones Respiratorias Altas](#)

Comenzado el	lunes, 20 de febrero de 2023, 22:21
Estado	Finalizado
Finalizado en	lunes, 20 de febrero de 2023, 22:23
Tiempo empleado	2 minutos 27 segundos
Puntos	20,00/20,00
Calificación	100,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 14 años consulta por disnea y malestar general, asociado a tos frecuente. Refiere que hace 15 días inició un cuadro catarral, con rinorrea y tos y que esta última fue aumentando, agregándose disnea de esfuerzo en el último tiempo. Al examen físico se auscultan algunas sibilancias y crepitaciones difusas. La radiografía de tórax muestra engrosamientos peribronquiales y un patrón alveolointersticial. El tratamiento más adecuado es:

Seleccione una:

- a. Amoxicilina
- b. Ceftriaxona
- c. Levofloxacino
- d. Broncodilatadores + corticoides
- e. Amoxicilina + ácido clavulánico



La clínica es de una neumonía atípica, causadas habitualmente por *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*. Comienza como un cuadro catarral (parecido a viral y luego empeora y aparecen los signos de afectación pulmonar. Asimismo, suele tener compromiso bilateral, mayores en las bases y síntomas obstructivos (sibilancias). La radiografía también suele mostrar un patrón alveolointersticial y afectación peribronquial.

Como el *Mycoplasma* no tiene pared celular, no sirve ningún betalactámico (penicilinas y ni céfalosporinas), ya que actúan inhibiendo la síntesis de la pared celular. Se debe tratar con macrólidos de elección (azitromicina / claritromicina) o bien con quinolonas respiratorias (levofloxacino / moxifloxacino, aunque el moxifloxacino suele reservarse para cuando es necesario cubrir, además, a los anaerobios).

La respuesta correcta es: Levofloxacino

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, fumador, consulta por disnea que aparece al caminar una cuadra. Al examen físico presenta espiración prolongada y aumento del diámetro torácico. Se solicita una radiografía de tórax que muestra aplanamiento del diafragma, gases arteriales que son normales y una espirometría que muestra VEF1: 75% del teórico, CVF: 105% del teórico, VEF1/CVF: 60%. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar corticoides orales y suspender el cigarrillo
- b. Iniciar oxígeno domiciliario y suspender el cigarrillo
- c. Iniciar corticoides inhalados y suspender el cigarrillo
- d. Iniciar broncodilatadores inhalados y suspender el cigarrillo
- e. Iniciar antibióticos orales y suspender el cigarrillo



La clínica es sugerente de un EPOC y la espirometría muestra un patrón obstructivo (relación VEF1/CVF menor a 70%). No indican si cambia o no con broncodilatador (si revirtiera o cambiara al menos 15% sería asma), pero por la edad y antecedente de fumar, se asume que es un EPOC. Eso sí, si en las alternativas saliera "repetir la espirometría luego de administrar broncodilatador", aquella sería la respuesta correcta, ya que el diagnóstico de EPOC exige un patrón obstructivo que no mejore con broncodilatador.

La severidad se determina con el VEF1, como porcentaje del teórico. En este caso es moderado, por tener un VEF1 entre 50% y 80% (75%). Leve es mayor a 80%; severo es menor a 50% y muy severo es menor a 30%.

La indicación de O2 domiciliario es solo cuando hay una PaO2 menor a 60 mmHg más hipertensión pulmonar, cor pulmonar o poliglobulía, o bien cuando la PaO2 está menor a 55 mmHg. En este caso los gases están normales, por lo que no requiere O2 domiciliario.

El tratamiento del EPOC consiste en dejar de fumar (aumenta la sobrevida), O2 domiciliario (aumenta la sobrevida, pero solo cuando está indicado) y tratar los síntomas con broncodilatadores de larga acción c/12 horas y de corta acción SOS (solo se indican los corticoides inhalados cuando sigue habiendo síntomas y no aumentan la sobrevida).

La respuesta correcta es: Iniciar broncodilatadores inhalados y suspender el cigarrillo

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un recién nacido postérmino, presenta un cuadro de dificultad respiratoria grave, con saturación arterial de 85% a FiO2 ambiental y aleteo nasal. Al examen físico se auscultan sibilancias bilaterales y se aprecia signos de hiperinsuflación pulmonar. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Enfermedad de membrana hialina
- b. Hernia diafragmática congénita
- c. Taquipnea transitoria
- d. Síndrome de aspiración meconial
- e. Cardiopatía congénita



Es un síndrome de aspiración meconial clásico. Factores de riesgo: postérmino y asfixia. Clínica: dificultad respiratoria, signos obstrutivos: sibilancias e hiperinsuflación. Radiografía: patrón de relleno alveolar multifocal e hiperinsuflación. Importante recordar que, ante la presencia de meconio en un recién nacido vigoroso, a lo más se aspira la boca, pero en un recién nacido que nace deprimido, se debe intubar de inmediato y se debe aspirar el meconio a través del tubo orotraqueal antes de ventilar (a diferencia de cuando no hay meconio, en que se estimula y luego se ventila a presión positiva).

La EMH tiene antecedente de prematuridad menor a 34 semanas y radiografía con pulmones en vidrio esmerilado y broncograma aéreo.

La HDC tiene dificultad respiratoria grave (por hipoplasia pulmonar), excavación abdominal y ruidos hidroaéreos en el tórax. La radiografía muestra las asas intestinales en el tórax.

La respuesta correcta es: Síndrome de aspiración meconial

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes hallazgos es MENOS compatible con una fibrosis pulmonar?

Seleccione una:

- a. Hipocratismo digital
- b. Desaturación arterial con el ejercicio
- c. Crepitaciones pulmonares intensas
- d. Aumento de la capacidad vital forzada
- e. Radiografía con patrón intersticial en panal de abeja



La capacidad vital forzada (CVF) está disminuida en la fibrosis pulmonar, ya que tiene un patrón restrictivo en la espirometría, que se caracteriza por disminuir la CVF y el VEF1, pero manteniendo una relación VEF1/CVF normal. Las demás opciones son hallazgos frecuentes en esta patología.

La respuesta correcta es: Aumento de la capacidad vital forzada

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 68 años, fumador de 30 paquetes-año consulta por malestar general y tos con expectoración, la que suele ser hemoptoica. Se solicita una radiografía de tórax, que muestra un nódulo pulmonar de 4,5 cm de diámetro, el que se confirma con el TAC, ubicado en el lóbulo superior izquierdo, sin adenopatías asociadas. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar broncoscopía
- b. Solicitar RMN de tórax
- c. Solicitar angioTAC de tórax
- d. Iniciar clindamicina endovenosa
- e. Realizar lobectomía pulmonar superior izquierda



Tiene una masa pulmonar (nódulo pulmonar mayor a 3 cm), que en la mayoría de los casos corresponde a cáncer. También orienta a cáncer el antecedente de fumar y la hemoptisis. Ya se estudió con el examen inicial (radiografía de tórax) y con el examen de elección para la evaluación de los nódulos y masas pulmonares (TAC de tórax). Por tanto, la conducta actual es proceder a la biopsia, que se hace idealmente por broncoscopia. Solo si está en una localización muy periférica, se hace mediante punción percutánea.

La lobectomía probablemente se hará, pero primero es necesario hacer la biopsia, para determinar el tipo histológico del cáncer (ej. Células pequeñas se suele tratar con quimioterapia, en lugar de cirugía y las metástasis se manejan diferente según el tumor primario).

La respuesta correcta es: Solicitar broncoscopía

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 45 años es diagnosticado de TBC pulmonar bacilífera. Recibe 1 mes de tratamiento con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol. Se controla con una baciloscopía, la que resulta positiva. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar PPD y radiografía de tórax
- b. Solicitar PPD
- c. Mantener el tratamiento con los 4 fármacos y controlar en un mes con nueva baciloscopía
- d. Derivar para inicio de tratamiento en esquema secundario
- e. Solicitar TAC de tórax, de cortes finos



Las BK son el examen para hacer el seguimiento, aunque lo más importante siempre es el cultivo del cuarto mes. Tiene solo una BK positiva postratamiento, lo que no tiene importancia. Debemos recordar que el diagnóstico de fracaso a tratamiento se hace con el cultivo positivo, al cuarto mes de tratamiento (en ese caso sí se hubiese derivado a tratamiento secundario, con otros antibióticos, además de hacer estudio de sensibilidad a los distintos antibióticos). Eso sí, si es que las BK se mantienen positivas hasta el cuarto mes (o hay 2 positivas seguidas desde el 4to mes en adelante, igualmente se sospecha un fracaso, a la espera de confirmación con el cultivo). En algunos países se hace también un cultivo al segundo mes, que no cambia mucho la conducta, ya que sea que esté positivo o negativo, se pasa de la fase diaria (con 4 fármacos) a la fase trisemanal (con 2 fármacos), pero aumenta el riesgo de que siga positivo al 4to mes (es decir, de que haya un fracaso).

La respuesta correcta es: Mantener el tratamiento con los 4 fármacos y controlar en un mes con nueva baciloscopía

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta un cuadro de tos con expectoración y dolor tipo puntada de costado. Se solicita una radiografía que muestra una zona de relleno alveolar, asociada a un derrame pleural moderado. Se punciona el derrame, dando salida a un líquido pleural turbio, con 2.000 células por mm³, 96% polimorfonucleares, con pH: 7,0, lactato: 12 mmol/L, LDH: 230 UI/L, proteínas: 7 g/dl y ADA: 100 UI/L. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar tratamiento antituberculoso
- b. Solicitar biopsias pleurales
- c. Iniciar tratamiento antibiótico endovenoso e instalar un tubo pleural con trampa de agua
- d. Iniciar tratamiento antibiótico endovenoso y drenar el drenaje mediante la toracocentesis
- e. Iniciar tratamiento antibiótico endovenoso, biasociado, con cobertura para anaerobios



Es un empiema, por lo que se debe tratar con antibióticos endovenosos más drebaje con tubo pleural. Es un empiema tanto por el aspecto turbio del derrame, como por el análisis del líquido pleural: es un exudado (LDH mayor a 180), de tipo polimorfonuclear, con pH menor a 7,2 y lactato mayor a 5 mmol/L. Que la ADA esté alta no hace que sea tuberculoso, ya que el empiema también tiene ADA alta y la TBC suele ser mononuclear (sí puede ser PMN en un 10% de los casos, pero no tiene pH bajo).

La respuesta correcta es: Iniciar tratamiento antibiótico endovenoso e instalar un tubo pleural con trampa de agua

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente asmático consulta por disnea de reposo, que no ha cedido a pesar del uso frecuente de salbutamol. Al examen físico está taquipneico a 28 rpm, con aumento del diámetro anteroposterior. Presenta sibilancias espiratorias intensas, bilaterales y uso de musculatura accesoria. Su saturación arterial es de 88% a FiO₂ ambiental. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar oxígeno al 24%, nebulizar con salbutamol y administrar corticoides y antibióticos por vía endovenosa
- b. Administrar oxígeno hasta normalizar la saturación arterial, nebulizar con salbutamol y administrar corticoides por vía endovenosa
- c. Administrar oxígeno al 100% y conectar a ventilación mecánica no invasiva
- d. Administrar oxígeno a 2 L/min, administrar adrenalina racémica y corticoides en nebulización
- e. Administrar oxígeno hasta normalizar la saturación arterial, nebulizar con salbutamol, administrar corticoides orales e iniciar ceftriaxona endovenosa



Es una crisis asmática, que se trata con 3 pilares: 1. O₂ para saturar sobre 93%, 2. Salbutamol en nebulizaciones y 3. Corticoides sistémicos (vía oral si es posible). Si clínicamente está muy apremiado, se pueden pedir gases arteriales, para objetivar el estado respiratorio (gravedad se determina con la clínica y, además, sirven los GSA).

El EPOC descompensado, en cambio, se trata con oxígeno en bajas concentraciones, salbutamol, corticoides y antibióticos, además de solicitar gases arteriales para determinar si se conecta o no ventilación mecánica (no invasiva con BiPAP, idealmente, salvo que esté comprometido de conciencia, en que se seda e intuba).

La respuesta correcta es: Administrar oxígeno hasta normalizar la saturación arterial, nebulizar con salbutamol y administrar corticoides por vía endovenosa

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente sufre un traumatismo de tórax, con fracturas costales segmentarias que dejan una parte del tórax que se mueve de manera independiente al resto de la pared torácica. Además evoluciona con dificultad respiratoria y desaturación arterial de 80%, a pesar de administrar oxígeno. La radiografía de tórax es compatible con una contusión pulmonar izquierda, sin neumotórax ni derrame pleural. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Realizar resolución quirúrgica de inmediato y brindar soporte respiratorio
- b. Conectar al ventilador mecánico, con presión de ventilación positiva e iniciar analgésicos endovenosos
- c. Iniciar oxígeno al 100% y realizar nebulizaciones con salbutamol
- d. Conectar a BiPAP e instalar tubo pleural con trampa de agua
- e. Solicitar videotoracoscopía de urgencia e iniciar analgésicos y soporte respiratorio



Tiene un tórax volante (zona del tórax que se mueve independientemente, por fracturas costales segmentarias múltiples). El tratamiento es el soporte respiratorio y la analgesia. Habitualmente requiere de ventilación mecánica, en especial cuando está complicado con una contusión pulmonar (hemorragia intralveolar por traumatismo). El tubo pleural solo se utiliza, en caso de que esté asociado a neumotórax o hemotórax y la cirugía (toracostomía) se reserva a los casos con hemotórax masivo, neumotórax abierto y laceración traqueobronquial. Las fracturas costales suelen manejarse solo con analgesia y la cirugía de estabilización solo se hace en casos excepcionales (dolor muy intenso, que genera mala ventilación y que no responde a analgésicos) y también se evalúa hacerla en los casos en que se debe hacer una toracostomía por otras causas.

La respuesta correcta es: Conectar al ventilador mecánico, con presión de ventilación positiva e iniciar analgésicos endovenosos

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 8 años consulta por fiebre y odinofagia intensa que inició hace 24 horas y que le impide tragar. No ha presentado otros síntomas y al examen físico se aprecia febril hasta 40°C, con gran eritema faríngeo, con algunas petequias y exudado grisáceo en ambas amígdalas. Además se palpan varias adenopatías cervicales anteriores, dolorosas a la palpación. El agente etiológico más probable es:

Seleccione una:

- a. Neumococo
- b. Rinovirus
- c. Virus influenza
- d. Streptococcus pyogenes
- e. Virus de Ebstein Baar



Es una amigdalitis bacteriana clásica: odinofagia intensa, fiebre alta, exudado, adenopatías y ausencia de signos catarrales (no hay tos, ronquera ni disfonía). Las petequias también orientan a causa bacteriana. La causa de las amigdalitis bacterianas es el estreptococo A (*Streptococcus pyogenes*). Tiene 5 puntos del score de Centor (1. Fiebre de 38 o más; 2. Adenopatías; 3. Exudado o edema amigdalino; 4. Ausencia de tos y 5. Edad 3 a 15 años. Por tanto, se debe tratar con antibióticos de inmediato (igual se recomienda solicitar el cultivo faríngeo para objetivar la infección estreptocócica, en los lugares donde está disponible).

El neumococo no produce amigdalitis, sino otitis, sinusitis, neumonías y meningitis.

El rinovirus produce un resfriado común (síntomas catarrales). La parainfluenza cursa con disfonía.

El virus de Ebstein Baer produce la mononucleosis infecciosa (odinofagia, fiebre, adenopatías, pero más ictericia, hepatomegalia, esplenomegalia, linfocitosis y, a veces, rash).

La respuesta correcta es: *Streptococcus pyogenes*

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes conductas es MENOS indicada en un paciente EPOC cursando una neumonía y que satura 80% a FiO2 ambiental?

Seleccione una:

- a. Iniciar oxígeno al 50%
- b. Administrar corticoides sistémicos
- c. Realizar nebulización con broncodilatadores de corta acción por vía inhalatoria
- d. Solicitar gases de sangre arterial
- e. Administrar antibióticos endovenosos



El manejo del EPOC descompensado (recordando que la mayoría de las descompensaciones se deben a infecciones bacterianas), se realiza con O2 en dosis bajas (al 24% de elección), ya que de lo contrario, aumenta el riesgo de evolucionar a una hipercarbia severa, con encefalopatía, ya que el oxígeno deprime el centro respiratorio y se produce hipoventilación.

De hecho, cuando es necesario dar dosis mayores de oxígeno, necesariamente se debe conectar al ventilador mecánico (ej. PaO2 menor a 35 mmHg o PCO2 mayor a 50 mmHg)

La respuesta correcta es: Iniciar oxígeno al 50%

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 20 años, sin antecedentes de importancia, presenta un cuadro de 3 días de evolución de malestar general, asociado a fiebre, tos y expectoración mucopurulenta, al que luego se agregó disnea de pequeños esfuerzos. Al examen está vigil, con FC: 102 x¹, PA: 110/75 mmHg, FR: 33 rpm y saturación arterial 90% a FiO₂ ambiental. Se solicita una radiografía de tórax, que muestra signos de condensación en los lóbulos medio e inferior derechos. Su hemograma muestra leucocitosis de 19.000 por mm³. ¿Qué antibiótico es más adecuado?

Seleccione una:

- a. Amoxicilina
- b. Claritromicina
- c. Ceftriaxona
- d. Amoxicilina + ácido clavulánico
- e. Clindamicina



Por puntaje CURB65, solo tiene 1 punto (FR mayor a 30), por lo que debería manejarse con tratamiento ambulatorio (amoxicilina sola, por tener menos de 65 años y no tener patología de base). Sin embargo, al analizar bien el caso, tiene una saturación de apenas 90% (equivale a una PaO₂ de 60 mmHg), por lo que está en el límite de caer en insuficiencia respiratoria. Además tiene compromiso de 2 lóbulos. Por todo lo anterior, se debe hospitalizar y tratar con ceftriaxona. En general no recomendamos utilizar el CURB65 para responder las preguntas del Eunacm.

La respuesta correcta es: Ceftriaxona

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 20 años presenta dolor torácico tipo puntada de costado, que inició hace 2 horas, sin otros síntomas. Al examen físico está en buenas condiciones generales, con signos vitales normales y saturación arterial de 98%. Se solicita radiografía de tórax, que muestra un neumotórax pequeño, que solo se ve en el ápice izquierdo, de 1 cm de ancho. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar analgésicos y observar por 4-6 horas, controlando con nueva radiografía de tórax
- b. Puncionar el segundo espacio intercostal de manera urgente
- c. Instalar tubo pleural de inmediato
- d. Solicitar un TAC de tórax
- e. Resolver quirúrgicamente de inmediato



El manejo del neumotórax espontáneo es muy variable, según la fuente que se revise, pero nos quedaremos con lo siguiente:

- Los neumotórax pequeños (<15%, <3 cm en la zona apical o <2 cm a la altura del hilio), se manejan con analgesia y observación. Inicialmente se controlan con una nueva radiografía de tórax en 6 horas y, si no han crecido o mejoran, se envían a domicilio con analgesia y control en 24 horas.
- Los neumotórax grandes (>15%, >3 cm en la zona apical o >2 cm a la altura del hilio) se deben drenar con una aguja o con un tubo pleural / sonda de toracostomía (esto último es obligatorio si el pulmón está colapsado, si la aguja no es capaz de expandir el pulmón, luego de haber sacado 4 litros de aire, si requerirá de manejo definitivo de prevención).
- El manejo definitivo de prevención consiste en cirugía (idealmente por videotoracoscopía: VAT) o médico (sellamiento pleural con talco o tetraciclina). Este tratamiento definitivo por regla general no se hace en los primeros episodios de un neumotórax espontáneo primario y pequeño (10%-30% de recurrencia). Sí se hace en 1. neumotórax recurrente, 2. neumotórax secundarios (por patologías de base, como EPOC, que tiene cerca de 50% de recurrencia), 3. pacientes deportistas de alto riesgo o con hobbies peligrosos, 4. presencia de múltiples bulas y quistes y 5. neumotórax muy grandes (discutible) o que siguen filtrando después de 5 días de estar con el tubo pleural.
- Si tuviese clínica de neumotórax a tensión (hipotensión, ingurgitación yugular, asimetría torácica, desviación de la tráquea), estaría indicada la descompresión de inmediato con aguja o sonda de toracostomía o incluso un catéter vascular. En este caso, la punción suele hacerse o en el 2º espacio intercostal, línea media clavicular; o en el 5º espacio intercostal, línea axilar anterior.
- La cirugía sería correcta si fuese el segundo caso (neumotórax recurrente), si fuese un neumotórax abierto, si fuera traumático con hemotórax asociado (ya requeriría una videotoracoscopía o una cirugía abierta).

La respuesta correcta es: Administrar analgésicos y observar por 4-6 horas, controlando con nueva radiografía de tórax

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 45 años sufre un accidente de tránsito con golpe en el tórax. Evoluciona con dificultad respiratoria y al examen físico se constata abolición del murmullo pulmonar izquierdo, con matidez a la percusión de dicho campo pulmonar. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Seleccione una:

- a. Contusión pulmonar
- b. Neumotórax
- c. Distrés respiratorio
- d. Hemotórax
- e. Lesión traqueobronquial



El hemotórax tiene clínica de derrame: disminución del MP y matidez (desplazable y con curva de Damoiseau).

La contusión generalmente tiene crepitaciones en la zona del golpe y dificultad respiratoria).

El neumotórax tiene la disminución del MP, pero con hipersonoridad a la percusión.

El distrés respiratorio es un edema pulmonar, por lo que tiene insuficiencia respiratoria severa, con crepitaciones difusas.

La lesión traqueobronquial se presenta como un neumotórax severo, que al instalarle el tubo pleural, continúa burbujeando sin parar.

La respuesta correcta es: Hemotórax

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, diagnosticado de derrame pleural, se realiza toracocentesis diagnóstica, obteniéndose un líquido amarillo, transparente, con proteínas de 2,1 g/dl, LDH: 90 UI/l, células: 60 x mm³, con 80% mononucleares, pH: 7,4 y lactato: 3 mmol/l. Las proteínas plasmáticas son 6,4 g/dl y la LDH plasmática es 190 UI/l. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Tuberculosis
- b. Cáncer
- c. Empiema
- d. Derrame paraneumónico simple
- e. Insuficiencia cardíaca



Es un trasudado pleural, ya que no cumple con ninguno de los criterios de Light: su LDH pleural es menor a 0,6 en relación al plasma y es menor a 180 UI/L (90 vs 190 del plasma). Las proteínas son menores a 0,5, en relación al plasma (2,1 vs 6,4 del plasma). En los trasudados no importa si son de predominio mononuclear o polimorfonuclear.

La TBC es un exudado mononuclear. El cáncer también.

El empiema y el DPNS son exudados polimorfonucleares.

La ICC es la única causa de trasudado de las alternativas.

La respuesta correcta es: Insuficiencia cardíaca

Pregunta 16

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta los siguientes gases arteriales: PaO₂: 50 mmHg, PaCO₂: 60 mmHg, pH: 7,24, HCO₃: 25. ¿Cuál es el diagnóstico?

Seleccione una:

- a. Insuficiencia respiratoria global con acidosis metabólica
- b. insuficiencia respiratoria parcial con acidosis metabólica
- c. Insuficiencia respiratoria global con acidosis respiratoria
- d. Insuficiencia respiratoria parcial con acidosis respiratoria
- e. Error en la toma de muestra, con gases venosos en lugar de arteriales



Tiene el O₂ menor a 60 mmHg, por lo que hay una insuficiencia respiratoria. El CO₂ está mayor a 49, por lo que es de tipo global (con hipoventilación / hipercarbia severa). Además, el pH está menor a 7,36, por lo que hay una acidemia, lo que asociado al CO₂ alto, hace que sea una acidosis respiratoria.

La respuesta correcta es: Insuficiencia respiratoria global con acidosis respiratoria

Pregunta 17

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes es la mejor opción para un paciente alérgico a la penicilina, con una NAC de manejo ambulatorio?

Seleccione una:

- a. Amoxicilina + ácido clavulánico
- b. Azitromicina
- c. Ceftriaxona
- d. Clindamicina
- e. Ampicilina + clorfenamina



La amoxicilina y ampicilina son penicilinas, así que no se pueden indicar, por ser alérgico. La azitromicina (y los macrólidos en general) son el tratamiento de elección en alérgicos, ya que cubren muy bien al neumococo y al Haemophilus influenzae, que son los agentes más frecuentes. También cubren a los atípicos (micoplasma, Chlamydia), por lo que además son de elección en la neumonía atípica.

La ceftriaxona se da por vía endovenosa, así que se da en pacientes hospitalizados. Además, hay reactividad alérgica cruzada entre las penicilinas y las cefalosporinas en un 10% de los casos, por lo que hay una contraindicación relativa. Eso sí, solo el shock anafiláctico o el angioedema laríngeo, en relación al uso de penicilinas, son contraindicación absoluta del uso de cefalosporinas.

La respuesta correcta es: Azitromicina

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El derrame pleural canceroso se caracteriza por ser:

Seleccione una:

- a. Un trasudado pleural mononuclear
- b. Un trasudado pleural polimorfonuclear con pH normal
- c. Un exudado pleural mononuclear
- d. Un exudado pleural polimorfonuclear con pH normal
- e. Un exudado pleural con ADA mayor a 50 UI/L



Tanto la TBC, como el cáncer son exudados, de predominio mononuclear. Además, el cáncer suele tener ADA menor a 30 UI/L, mientras que la TBC suele estar sobre 50 UI/L.

La respuesta correcta es: Un exudado pleural mononuclear

Pregunta 19

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 68 años, presenta un cuadro de baja de peso y constipación de 2 meses de evolución, el que ha tratado con aumento de fibra en la dieta, sin lograr mejoría. Acude al servicio de urgencia por un cuadro de inicio súbito de disnea y dolor torácico de tipo puntada en el lado derecho. Al examen físico está sudoroso, taquipneico y taquicárdico, sin otras alteraciones. Satura 89% a FiO₂ ambiental y la radiografía de tórax solo muestra un derrame pleural pequeño en el ángulo costofrénico derecho. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar antibióticos endovenosos y oxígeno
- b. Solicitar dímero D e iniciar oxígeno
- c. Solicitar angiotac de tórax e iniciar oxígeno
- d. Instalar un tubo pleural y brindar soporte ventilatorio con BiPAP
- e. Conectar a ventilación mecánica



Tiene una clínica sugerente de cáncer de colon (adulto mayor con baja de peso y constipación). Este antecedente es un factor de riesgo para TEP. La clínica sugiere también el TEP (inicio súbito, disnea y dolor, desaturación y el derrame, que suele ser hemorrágico).

Dado que viene con un factor de riesgo y con afectación de la función respiratoria (satura 89%), es de alto riesgo de TEP, por lo que se debe estudiar con un angiotac de tórax como primer examen. El dímero D habría sido la respuesta correcta en un paciente joven, sin factores de riesgo, con disnea y/o dolor súbito, pero sin hallazgos en el examen físico (en otras palabras, cuando parece una crisis de pánico, pero se quiere desacartar el TEP).

La respuesta correcta es: Solicitar angiotac de tórax e iniciar oxígeno

Pregunta **20**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente asmático está en tratamiento con fluticasona inhalada, dos veces al día, la que usa con una aerocámara. Además usa salbutamol cuando está con síntomas. Presenta síntomas nocturnos cerca de 2 veces a la semana y tose con frecuencia, en especial después de realizar esfuerzos. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Reemplazar la fluticasona por mometasona inhalada
- b. Reemplazar la fluticasona por prednisona oral
- c. Reemplazar el salbutamol por ipatropio
- d. Reemplazar el salbutamol por formoterol SOS
- e. Agregar salmeterol inhalado cada 12 horas al tratamiento



Es un paciente asmático, con síntomas a pesar del tratamiento, por lo que se debe avanzar en dicho tratamiento. Actualmente recibe el tratamiento base (corticoides inhalados c/12 horas, más broncodilatadores de corta acción SOS). Al no funcionar, se deben agregar broncodilatadores de larga acción c/12 horas, como el salmeterol o el formoterol, pero manteniendo el tratamiento de base. También habría sido correcto aumentar la dosis de corticoides inhalados o agregar inhibidores de los leucotrienos, o bien agregar el salmeterol junto con subir la dosis de corticoides inhalados.

Los corticoides orales solo están indicados, cuando todo ha fallado (incluyendo los BD de larga acción más subir la dosis del corticoide inhalado, más agregar los inhibidores de leucotrienos).

La respuesta correcta es: Agregar salmeterol inhalado cada 12 horas al tratamiento

[◀ Resumen semiología respiratoria](#)

Ir a...

[2.2 Cuestionario Respiratorio](#)

Comenzado el	lunes, 20 de febrero de 2023, 22:25
Estado	Finalizado
Finalizado en	lunes, 20 de febrero de 2023, 22:39
Tiempo empleado	14 minutos 18 segundos
Puntos	14,00/20,00
Calificación	70,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años, fumador de una cajetilla al día, consulta por disnea de esfuerzos de un mes de evolución. Al examen físico se constata aumento del diámetro anteroposterior del tórax, asociado a espiración prolongada y algunas sibilancias respiratorias. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Bronquiectasias
- b. Cáncer bronquial
- c. Bronquitis crónica
- d. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- e. Fibrosis pulmonar

Tiene un EPOC clásico: antecedente de fumar mucho, más clínica obstructiva (aumento del diámetro torácico, espiración prolongada y sibilancias / roncus).

Las bronquiectasias suelen tener antecedente de infecciones previas y cursan con broncoreea mayor en la mañana, neumonías recurrentes y hemoptisis. También pueden tener clínica obstructiva y patrón obstructivo en la espirometría.

El cáncer también tiene antecedente de fumar, con disnea, tos, neumonías recurrentes, hemoptisis, baja de peso y un examen pulmonar inespecífico.

La bronquitis crónica tiene antecedente de fumar y tos con broncoreea, mayor en la mañana, sin hemoptisis ni disnea (a menos que se asocie a EPOC).

La fibrosis pulmonar tiene crepitaciones gruesas, disnea, tos seca y disminución del tamaño de los campos pulmonares.

El hipocratismo digital puede verse en bronquiectasias, cáncer y fibrosis pulmonar (en EPOC obliga a descartar cáncer).

La respuesta correcta es: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Pregunta 2

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente cursando una neumonía grave, presenta los siguientes gases arteriales:

PaO₂: 55 mmHg, PaCO₂: 28 mmHg, HCO₃: 13 y pH: 7,29. El diagnóstico gasométrico es:

Seleccione una:

- a. Insuficiencia respiratoria global con acidosis respiratoria
- b. Insuficiencia respiratoria parcial con acidosis respiratoria
- c. Insuficiencia respiratoria global con acidosis metabólica
- d. Insuficiencia respiratoria parcial con acidosis metabólica
- e. Error de la muestra, con toma de gases venosos



Tiene la PaO₂ menor a 60, por lo que tiene una insuficiencia respiratoria. La PaCO₂ es menor a 49 por lo que no es global y, es más, está bajo 35, por lo que hay hiperventilación. Finalmente, tiene el pH bajo (menor a 7,36), lo que asociado al HCO₃ bajo, es una acidosis metabólica (ej. acidosis láctica por hipoxia). Además, el CO₂ (28) es similar al valor que sigue al 7 en el pH (29), por lo que no hay alteración respiratoria en el equilibrio ácido base.

La respuesta correcta es: Insuficiencia respiratoria parcial con acidosis metabólica

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, sintomático, se realiza una radiografía de tórax, como parte de un chequeo médico, que detecta un nódulo pulmonar solitario de 3 cm de diámetro en el lóbulo superior derecho. No cuenta con radiografías previas y su examen físico es normal. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Controlar con nueva radiografía de tórax en 3 meses
- b. Controlar con nueva radiografía de tórax en 6 meses
- c. Controlar con nueva radiografía de tórax en 12 meses
- d. Solicitar un TAC de tórax
- e. Realizar biopsia excisional



El estudio del nódulo pulmonar solitario (NPS) comienza con radiografías y en caso de que existan radiografías previas, lo primero es revisarlas (ej. si está estable hace más de 2 años, probablemente es benigno). Luego se estudia con un TAC de tórax, que es el examen de elección para localizarlo, determinar su aspecto benigno o maligno y evaluar las adenopatías metastásicas que pudiere haber. Si parece maligno, se prosigue el estudio con la biopsia, idealmente por broncoscopía, aunque si está localizado muy periférico, debe hacerse con punción. En este caso, por tener 3 cm, ya se denomina masa pulmonar y, por tanto, lo más probable es que sea maligna (a menos que haya una clínica muy sugerente de algo benigno, como una hidatidosis pulmonar, por ejemplo). Las masas pulmonares habitualmente se estudian con TAC, aunque siempre es bueno revisar primero las radiografías previas, en caso de estar disponibles, ya que la velocidad con la que crecen aporta mucha información (cáncer crece "lento pero seguro"; benignos no crecen o crecen muy rápido).

La respuesta correcta es: Solicitar un TAC de tórax

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 50 años, en situación de calle, presenta un cuadro clínico compatible con una tuberculosis pulmonar, por lo que se solicitan baciloscopías de expectoración, que resultan positivas. Se inicia tratamiento antituberculoso, el que recibe por un mes (rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol), sin embargo no acude a los controles posteriores y no termina su tratamiento. Usted lo recibe 4 meses después, con síntomas respiratorios, por lo que solicita nuevas baciloscopías, que resultan positivas. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Retomar el tratamiento donde lo dejó
- b. Diagnosticar fracaso a tratamiento e iniciar tratamiento secundario
- c. Iniciar tratamiento con 2 fármacos: isoniazida y rifampicina
- d. Solicitar PPD y decidir conducta según resultado
- e. Reiniciar el tratamiento, desde el comienzo



Tiene un abandono del tratamiento (más de 4 semanas sin recibirla). Por tanto, se debe reiniciar el tratamiento primario (con RIPE), desde el comienzo y reforzar la adherencia a tratamiento. Además, se debe pedir un cultivo para Mycobacterias, con antibiograma, para evaluar el eventual desarrollo de resistencia, lo que obligaría a cambiar el tratamiento a un esquema secundario.

Si llevase menos de 4 semanas, la respuesta correcta sería la retomarlo donde lo dejó.

El fracaso, en cambio, se diagnostica cuando el cultivo se mantiene positivo al 4º mes, a pesar de recibir un tratamiento adecuado (no es el caso). El fracaso se debe a resistencia, por lo que se debe derivar a tratamiento en esquema secundario (con otros antibióticos).

La respuesta correcta es: Reiniciar el tratamiento, desde el comienzo

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 70 años consulta por malestar general, fiebre, tos con expectoración mucopurulenta y dolor tipo puntada de costado. Se solicita una radiografía de tórax, que muestra derrame pulmonar izquierdo de un 60% del hemitórax. Se realiza pleurocentesis, obteniéndose un líquido con 1.200 células por mm³, con un 95% de polimorfonucleares, LDH: 210 UI/L, ADA: 110 UI/L y pH: 7,0. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Cáncer
- b. Derrame paraneumónico simple
- c. Tuberculosis pulmonar
- d. Trasudado pleural
- e. Empiema



El cuadro clínico inicial sugiere una neumonía. Luego, se confirma que tiene asociado un derrame pleural, de tipo exudado (LDH mayor a 180), de predominio polimorfonuclear (95%), con pH bajo (menor a 7,2), por lo que se trata de un empiema o al menos un derrame paraneumónico complicado (equivalente al empiema, pero de diagnóstico de laboratorio), el que se trata con instalación de un tubo pleural, más los antibióticos de la neumonía (ej. ceftriaxona), recomendándose actualmente que se agregue cobertura para anaerobios (ej. ceftriaxona más metronidazol). El empiema puede tener ADA (adenosin deaminasa) muy alta. Si el drenaje falla (ej. empiema loculado, sin contacto con el tubo pleural), se suelen indicar trombolíticos intrapleurales (se administran por el tubo) y si falla nuevamente, se realiza videotoracoscopía para decorticarlo y drenarlo.

El cáncer y la TBC son derrames mononucleares (TBC con ADA alta y cáncer con ADA baja).

El DPN simple tiene pH mayor a 7,2 (sí es exudado PMN).

El trasudado pleural tiene LDH baja (menor a 180).

La respuesta correcta es: Empiema

Pregunta 6

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un niño de 2 años presenta un cuadro de fiebre hasta 41°C y malestar general marcado, asociado a tos disfónica y dificultad para respirar. Al examen físico está en malas condiciones generales, presenta estridor inspiratorio, uso de musculatura accesoria y se inclina hacia atrás para poder respirar. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Laringitis obstructiva
- b. Bronquiolitis aguda
- c. Neumonía
- d. Coqueluche
- e. Epiglotitis bacteriana



Tanto la laringitis obstructiva como la epiglotitis bacteriana (por Hib) presentan tos disfónica y obstrucción respiratoria alta, con estridor inspiratorio. Sin embargo, la epiglotitis se caracteriza porque el paciente está séptico (fiebre alta, mucho compromiso del estado general, signos de shock) y por adoptar la posición del trípode (se inclina hacia atrás para respirar). La laringitis obstructiva sí puede tener fiebre y suele tenerla. La radiografía de cuello muestra una imagen "en dedo de guante" en la epiglotitis; en cambio, en la laringitis se ve como "punta de lápiz".

La bronquiolitis tiene obstrucción baja (sibilancias) y suele ocurrir antes de los 2 años, habitualmente en el primer año de vida (según algunas definiciones, la bronquiolitis debe ser en el menor de un año de vida).

El coqueluche se caracteriza por tos en accesos, con gallo inspiratorio y se asocia a apneas, petequias, vómitos y convulsiones, en relación a la tos.

El hemograma muestra linfocitosis en la laringitis, bronquiolitis y coqueluche, en cambio, muestra neutrofilia en las neumonías bacterianas y la epiglotitis.

La respuesta correcta es: Epiglotitis bacteriana

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años consulta por disnea y dolor tipo puntada de costado, de una semana de evolución. Se solicita una radiografía de tórax, que muestra un derrame pleural derecho de tamaño moderado. Se realiza toracocentesis y estudio del líquido pleural obteniéndose un líquido de color amarillo, transparente, con proteínas de 5 g/dl y LDH: 200 UI/L. Presenta 110 células por mm³, con un 90% de mononucleares y ADA de 10 UI/L. La LDH plasmática es 300 mg/dl y las proteínas plasmáticas son 7,9 mg/dl. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Derrame tuberculoso
- b. Derrame canceroso
- c. Derrame pleuraneumónico simple
- d. Insuficiencia cardíaca
- e. Quilotórax



Cumple con los 3 criterios de Light (LDH mayor a 180; LDH mayor a 0,6 en relación al plasma; proteínas mayor a 0,5 en relación al plasma) y basta solo uno para ser un exudado. Además tiene predominio mononuclear, por lo que es TBC o cáncer. Dado que la ADA está baja (menor a 30 UI/L), lo más probable es que sea cáncer.

La respuesta correcta es: Derrame canceroso

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 10 años, asmático, en tratamiento con fluticasona y salbutamol, consulta por un cuadro de disnea, que no ha cedido, a pesar del uso frecuente de salbutamol. Al examen se auscultan sibilancias bilaterales, inspiratorias y espiratorias y se observa uso de musculatura accesoria y taquipnea. ¿Qué examen es más adecuado para determinar la gravedad de este paciente?

Seleccione una:

- a. PEF (flujo espiratorio máximo)
- b. Gases en sangre arterial
- c. Test de metacolina
- d. Espirometría
- e. Radiografía de tórax



Es una pregunta discutible.

El diagnóstico es una crisis asmática y la gravedad de la crisis asmática se determina con la clínica (frecuencia respiratoria, cianosis, uso de musculatura accesoria, intensidad de las sibilancias, etc). Sin embargo, no aparece la clínica como opción, por lo que de las alternativas que aparecen, la más correcta son los gases arteriales, ya que reflejan la función respiratoria, que es lo que, a fin de cuentas, es lo más importante para determinar la gravedad de cualquier cuadro respiratorio agudo.

El PEF sirve para el seguimiento del paciente con asma y algo podría ayudar a determinar la gravedad.

El test de metacolina y la espirometría son útiles para el diagnóstico de asma (se hace de elección con la clínica, pero se apoya en esos exámenes, cuando queda alguna duda). La espirometría se prefiere en el paciente basalmente obstruido (muestra patrón obstructivo que mejora con broncodilatador) y el test de provocación bronquial con metacolina se prefiere en el paciente que no tiene obstrucción basal (el paciente se obstruye con la metacolina, informándose como "hiperreactividad bronquial").

La radiografía de tórax tiene poca utilidad, pero puede mostrar signos de obstrucción (diafragmas planos, costillas horizontales y pulmones grandes) y sirve para buscar causas descompensantes (neumonía, por ejemplo).

La respuesta correcta es: Gases en sangre arterial

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 7 años presenta un cuadro de tos con expectoración mucosa de 15 días de evolución, que ha ido en aumento, hasta asociarse a disnea. Al examen físico se auscultan sibilancias bilaterales espiratorias y crepitaciones difusas, mayores en las bases. Su hermana de 14 años está con síntomas similares. El tratamiento para la patología descrita es:

Seleccione una:

- a. Amoxicilina
- b. Azitromicina
- c. Ciprofloxacino
- d. Amoxicilina más ácido clavulánico
- e. Sintomático



Es una neumonía atípica clásica (curso arrastrado, que inicialmente parecía viral; tos y clínica obstructiva: sibilancias). Además, está en la edad clásica: escolares y adolescentes, aunque puede afectar a cualquier edad. El tratamiento de elección son los macrólidos (azitromicina, claritromicina y eritromicina) y en los adultos también se usan las "quinolonas respiratorias", como el levofloxacino.

Recordar que los "atípicos" son el *Mycoplasma pneumoniae*, la *Chlamydia pneumoniae* y la *Legionella pneumophila*, las que no responden bien a las penicilinas ni cefalosporinas.

La respuesta correcta es: Azitromicina

Pregunta 10

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 67 años, diagnosticado de EPOC tabáquico, en tratamiento con broncodilatadores de larga acción, consulta por disnea mayor a la habitual, asociada a cianosis y tos con expectoración. Se inicia oxígeno al 35%, evolucionando con compromiso de conciencia. Se solicitan gases arteriales, que son compatibles con una insuficiencia respiratoria aguda, de tipo global. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Realizar nebulizaciones con corticoides
- b. Suspender el oxígeno ✗
- c. Aumentar el oxígeno a 100%
- d. Realizar nebulizaciones con ipatropio y salbutamol
- e. Conectar a ventilación mecánica

El diagnóstico es un EPOC descompensado, complicado con una encefalopatía hipercárbica, secundaria a negligencia médica (dado que se le inició oxígeno al 35% y lo recomendado es que sea al 24%, por el riesgo de producir la encefalopatía hipercárbica). El tratamiento de la hipercarbia grave y de la encefalopatía hipercárbica es la ventilación mecánica (VM). Por regla general, se prefiere la VM no invasiva, con BiPAP, pero si el paciente no la tolera, o está comprometido de conciencia (como en este caso), se prefiere la VM invasiva, con un tubo orotraqueal y sedación.

La respuesta correcta es: Conectar a ventilación mecánica

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente, diagnosticado de "disnea en estudio", se realiza una espirometría que demuestra VEF1: 56% del teórico, CVF: 60% del teórico, VEF1/CVF: 80%, que no mejora con broncodilatadores. El diagnóstico más probable, de entre los siguientes, es:

Seleccione una:

- a. Asma
- b. Fibrosis pulmonar ✓
- c. EPOC
- d. Bronquiectasias
- e. Hipertensión pulmonar primaria

La relación VEF1/CVF está mayor a 70%, por lo que no hay obstrucción. La CVF está baja (menor a 80%), por lo que hay un patrón restrictivo. De las opciones, la única con patrón restrictivo es la fibrosis pulmonar.

El asma es obstructivo, que mejora con broncodilatador. El EPOC también es obstructivo, pero no mejora con broncodilatador. Las bronquiectasias también son obstructivas y no mejoran. La hipertensión pulmonar primaria tiene la espirometría normal, ya que la vía respiratoria no tiene alteraciones (lo que sí se afecta es el árbol vascular, por lo que se estudia con ecocardiografía, que objetiva la elevación de la presión pulmonar (PAP) y luego se confirma con un cateterismo cardiaco, que mide la PAP directamente).

La respuesta correcta es: Fibrosis pulmonar

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes medidas incide más en el pronóstico de un paciente diagnosticado de EPOC?

Seleccione una:

- a. Realizar actividad física
- b. Abandonar el hábito tabáquico
- c. Usar corticoides inhalados
- d. Usar broncodilatadores de corta acción
- e. Usar broncodilatadores de larga acción



Las únicas medidas que aumentan la sobrevida en el EPOC son: 1. Dejar de fumar y 2. Indicar O2 domiciliario, si es que cursa con ciertos criterios. El ejercicio físico podría mejorar la sobrevida, pero aún no hay certeza y su eficacia es menor, en comparación a dejar de fumar. Las demás opciones (inhaladores de todo tipo) solo sirven para los síntomas.

La respuesta correcta es: Abandonar el hábito tabáquico

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La asociación de matidez, crepitaciones y broncofonía, en un lóbulo pulmonar, sugiere un(a):

Seleccione una:

- a. Derrame pleural
- b. Neumotórax
- c. Neumonía
- d. Cuerpo extraño
- e. Atelectasia



El derrame tiene matidez, disminución del MP.

El neumotórax tiene hipersonoridad y disminución del MP.

La neumonía tiene todo lo descrito.

El CE tiene clínica obstructiva (disminución del MP, sibilancias e hipersonoridad), pero localizada en una zona, o bien tiene clínica de atelectasia.

La atelectasia tiene una clínica similar a la neumonía, con la única diferencia que suele presentar disminución de las vibraciones vocales (la neumonía las aumenta y tiene broncofonía), salvo excepciones. Además, la atelectasia puede desviar la tráquea o el mediastino hacia ipsilateral.

La respuesta correcta es: Neumonía

Pregunta 14

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 20 años consulta por dolor tipo puntada de costado derecho. Se solicita radiografía de tórax, que muestra un neumotórax del 50% del campo pulmonar derecho. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar analgésicos intravenosos y controlar con una nueva radiografía en 6 horas
- b. Puncionar el segundo espacio intercostal en la línea media clavicular ✗
- c. Instalar una sonda pleural, conectada a trampa de agua
- d. Realizar ventilación mecánica no invasiva
- e. Resolver quirúrgicamente

El manejo del neumotórax espontáneo es muy variable, según la fuente que se revise, pero nos quedaremos con lo siguiente:

- Los neumotórax pequeños (<15%, <3 cm en la zona apical o <2 cm a la altura del hilio), se manejan con analgesia y observación. Inicialmente se controlan con una nueva radiografía de tórax en 6 horas y, si no han crecido o mejoran, se envían a domicilio con analgesia y control en 24 horas.

- Los neumotórax grandes (>15%, >3 cm en la zona apical o >2 cm a la altura del hilio) se deben drenar con una aguja o con un tubo pleural / sonda de toracostomía (esto último es obligatorio si el pulmón está colapsado, si la aguja no es capaz de expandir el pulmón, luego de haber sacado 4 litros de aire, si requerirá de manejo definitivo de prevención).

- El manejo definitivo de prevención consiste en cirugía (idealmente por videotoracoscopía: VAT) o médico (sellamiento pleural con talco o tetraciclina). Este tratamiento definitivo por regla general no se hace en los primeros episodios de un neumotórax espontáneo primario y pequeño (10%-30% de recurrencia). Sí se hace en 1. neumotórax recurrente, 2. neumotórax secundarios (por patologías de base, como EPOC, que tiene cerca de 50% de recurrencia), 3. pacientes deportistas de alto riesgo o con hobbies peligrosos, 4. presencia de múltiples bulas y quistes y 5. neumotórax muy grandes (discutible) o que siguen filtrando después de 5 días de estar con el tubo pleural.

Si tuviese clínica de neumotórax a tensión (hipotensión, ingurgitación yugular, asimetría torácica, desviación de la tráquea), estaría indicada la descompresión de inmediato con aguja o sonda de toracostomía o incluso un catéter vascular. En este caso, la punción suele hacerse o en el 2º espacio intercostal, línea media clavicular; o en el 5º espacio intercostal, línea axilar anterior.

La cirugía sería correcta si fuese el segundo caso (neumotórax recurrente), si fuese un neumotórax abierto, si fuera traumático con hemotórax asociado (ya requeriría una videotoracoscopía o una cirugía abierta).

La respuesta correcta es: Instalar una sonda pleural, conectada a trampa de agua

Pregunta 15

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

El distrés respiratorio del adulto se produce por:

Seleccione una:

- a. Aumento de la presión de la arteria pulmonar
- b. Aumento de la presión hidrostática a nivel capilar pulmonar ✗
- c. Aumento de la presión oncótica a nivel capilar pulmonar
- d. Aumento de la presión oncótica intersticial
- e. Aumento de la permeabilidad capilar pulmonar

Por definición, el distrés respiratorio o edema pulmonar no cardiogénico se produce por aumento de la permeabilidad capilar (generalmente por respuestas inflamatorias sistémicas: ej. sepsis, quemaduras, pancreatitis). En cambio, el EPA cardiogénico se debe a aumento de la presión hidrostática capilar (aumenta la PCP).

La respuesta correcta es: Aumento de la permeabilidad capilar pulmonar

Pregunta **16**

Correcta

Se puntúa 1,00 sobre 1,00

Un niño de 12 meses ha presentado 3 episodios de obstrucción bronquial, los que respondieron bien después del manejo en urgencia durante dos horas con salbutamol inhalado y oxígeno. Usted lo recibe al día siguiente del tercer episodio, derivado por el médico de urgencias. No presenta otros síntomas, está en buenas condiciones, manteniendo algo de tos y su examen físico es normal. La indicación más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Indicar uso de salbutamol SOS
- b. Iniciar corticoides inhalados cada 12 horas y salbutamol SOS ✓
- c. Iniciar salmeterol inhalado cada 12 horas y salbutamol SOS
- d. Solicitar espirometría
- e. Indicar salbutamol cada 6 horas por 3 meses

Tiene un SBO recurrente (3 o más SBO en un año). El manejo es igual al asma, es decir, corticoides inhalados cada 12 horas más broncodilatadores de corta acción SOS. Solo si no funciona, se agregan los broncodilatadores de larga acción.

Si no fuera recurrente (ej. 1 o 2 episodios) simplemente se observaría.

La respuesta correcta es: Iniciar corticoides inhalados cada 12 horas y salbutamol SOS

Pregunta **17**

Correcta

Se puntúa 1,00 sobre 1,00

¿Qué medicamento es más importante para prevenir la aparición de crisis asmáticas en un paciente asmático?

Seleccione una:

- a. Betaagonistas de larga acción inhalados
- b. Corticoides inhalados ✓
- c. Betaagonistas de corta acción inhalados
- d. Antihistamínicos orales
- e. Inhibidores del receptor de leucotrienos orales

El tratamiento básico del asma es evitar la exposición a los alérgenos, más el uso de corticoides inhalados cada 12 horas (para prevenir las crisis), asociados a broncodilatadores SOS (para tratar las crisis). Por tanto, los corticoides previenen.

La respuesta correcta es: Corticoides inhalados

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 30 años presenta un cuadro de disnea de inicio súbito. Al examen físico está angustiado, en buenas condiciones, con FR: 20x', saturación arterial 99% a FiO₂ ambiental, presión arterial 120/80 mmHg, FC: 70x'. Su examen cardiopulmonar muestra un RR2T sin soplos y MP(+), sin ruidos agregados. Se solicita una radiografía de tórax, que resulta normal y niveles plasmáticos de dímero D, que resultan normales. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar anticoagulación con heparina
- b. Iniciar trombolisis con activador tisular del plasminógeno, recombinante (rTPA)
- c. Solicitar ecografía doppler de extremidades inferiores
- d. Solicitar angiografía pulmonar
- e. Descartar el diagnóstico de TEP



Es un paciente de bajo riesgo y su clínica parece una crisis de pánico (examen físico normal, angustia, con disnea súbita). La radiografía descartó el neumotórax, que era uno de los diagnósticos posibles y el dímero D (que solo se pide en pacientes de baja probabilidad de TEP, como en este caso) descartó el TEP (si el DD sale negativo descarta; en cambio, si el DD sale positivo, se debe confirmar con un angioTAC).

La heparina habría sido el tratamiento del TEP. La trombólisis habría sido el tratamiento del TEP masivo (con compromiso hemodinámico). La ecografía-doppler sirve para el diagnóstico de trombosis venosa profunda, pero también se usa en el TEP, cuando hay una sospecha muy fuerte, a pesar de tener el angioTAC negativo ("si la clínica le grita TEP, pero el angioTAC le dice que no, primero mírele las piernas, antes de descartarlo").

La respuesta correcta es: Descartar el diagnóstico de TEP

Pregunta 19

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente sufre un accidente de tránsito, resultando con un golpe en el tórax. Evoluciona con disnea y caída de la saturación arterial de oxígeno. Al examen físico se auscultan crepitaciones difusas bilaterales y la radiografía de tórax muestra infiltrados pulmonares de tipo alveolar, en distintas zonas de los pulmones. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hemotorax
- b. Lesión traqueal
- c. Neumonía
- d. Contusión pulmonar
- e. tromboembolismo pulmonar



Es una contusión pulmonar clásica: trauma torácico, insuficiencia respiratoria e infiltrados alveolares pulmonares en la zona de trauma. El hemotorax se muestra como un derrame.

La lesión traqueal suele hacer neumotórax (que burbujea continuamente) o neumomediastino, muchas veces con enfisema subcutáneo. La neumonía puede tener la misma imagen que la contusión pulmonar, solo que en lugar de antecedente de trauma, tiene la clínica de neumonía (tos, expectoración, fiebre, etc.).

El TEP tiene una clínica súbita, de disnea y dolor torácico, y la radiografía suele estar normal o presentar alteraciones inespecíficas (derrame: recordar que puede dar un exudado hemático; relleno; alteración de la trama vascular).

La respuesta correcta es: Contusión pulmonar

Pregunta **20**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 30 años presenta un cuadro de fiebre y tos con expectoración, asociado a malestar general intenso y disnea. Al examen físico está taquipneico con 35 rpm, satura 85% a FiO₂ ambiental y se auscultan crepitaciones en la base pulmonar derecha. Se solicita una radiografía de tórax, que muestra una imagen de condensación de los lóbulos medio y superior derecho. El tratamiento más adecuado es:

Seleccione una:

- a. Clindamicina
- b. Ceftriaxona
- c. Amoxicilina
- d. Amoxicilina + ácido clavulánico
- e. Moxifloxacino



Tiene una neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Por CURB-65 tiene solo 1 punto (FR mayor a 30), sin embargo, no es posible manejarlo de manera ambulatoria, ya que 1. Satura apenas 85% (recordar que bajo 90%, suele haber una PaO₂ menor a 60 mmHg, es decir, suele estar en insuficiencia respiratoria) y 2. Tiene compromiso de 2 lóbulos.

Por tanto, se debe hospitalizar y tratar con ceftriaxona endovenosa, que es el antibiótico de elección para el manejo de las neumonías graves en los adultos (los niños se tratan sin problemas con ampicilina o penicilina endovenosa, aunque también se pueden tratar con ceftriaxona).

La respuesta correcta es: Ceftriaxona

[◀ 2.1 Cuestionario Respiratorio](#)

[Ir a...](#)

[2.3 Cuestionario Respiratorio](#)

Comenzado el	lunes, 27 de febrero de 2023, 21:49
Estado	Finalizado
Finalizado en	lunes, 27 de febrero de 2023, 22:09
Tiempo empleado	19 minutos 59 segundos
Puntos	14,00/20,00
Calificación	70,00 de 100,00

Pregunta 1

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 59 años, diagnosticado de fibrosis pulmonar, consulta por fiebre hasta 38,6°C, asociado a malestar general y tos con expectoración mucopurulenta. Al examen físico se encuentra en buenas condiciones, satura 95% a FiO2 ambiental y tiene una frecuencia cardíaca de 90x'. El examen pulmonar muestra crepitaciones difusas, compatibles con su patología de base. Se solicita una radiografía de tórax que muestra imágenes compatibles con fibrosis pulmonar, asociadas a una zona de relleno alveolar en el lóbulo superior izquierdo. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

Seleccione una:

- a. Indicar tratamiento ambulatorio con amoxicilina
- b. Indicar tratamiento ambulatorio con amoxicilina más ácido clavulánico
- c. Indicar tratamiento endovenoso con ceftriaxona
- d. Indicar tratamiento endovenoso con ceftazidima más clindamicina
- e. Indicar tratamiento endovenoso con ceftriaxona más metronidazol

✗

Es una neumonía, en un paciente en buenas condiciones generales, sin criterios de hospitalización. Por tanto debe ser manejado de manera ambulatoria. Por tener de base una patología pulmonar, el tratamiento de elección es la amoxicilina más ácido clavulánico (cubrir además *Haemophilus*: en mayores de 65 años y en patología pulmonar).

La amoxicilina sola habría sido la respuesta, si no tuviese la fibrosis pulmonar.

La respuesta correcta es: Indicar tratamiento ambulatorio con amoxicilina más ácido clavulánico

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años consulta por disnea de esfuerzos desde hace un mes, que aparecen al caminar una cuadra. Además, presenta tos, sin expectoración. Al examen físico presenta hipocratismo digital y crepitaciones pulmonares intensas, bilaterales, mayores en las bases pulmonares. El diagnóstico de sospecha es:

Seleccione una:

- a. Neumonía atípica
- b. Fibrosis pulmonar
- c. EPOC
- d. Asma
- e. Cáncer pulmonar



Tiene una clínica clásica de fibrosis pulmonar: disnea, tos seca, crepitaciones gruesas bilaterales e hipocratismo digital (este también se ve en el cáncer).

La NAC atípica tendría un cuadro de menos semanas, con expectoración (inicia similar a una infección viral y luego evoluciona a una neumonía bilateral, con clínica obstructiva).

El EPOC tiene disnea más clínica obstructiva, con el antecedente de fumar.

El asma también tiene clínica obstructiva.

El cáncer puede tener la tos y el hipocratismo digital, pero no tiene crepitaciones bilaterales, sino que por el contrario, su examen pulmonar es normal o inespecífico.

La respuesta correcta es: Fibrosis pulmonar

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente consulta por dolor torácico, tipo puntada de costado, por lo que se realiza una radiografía de tórax, que muestra un derrame pleural moderado. Se procede a la toracocentesis, obteniéndose un líquido pleural amarillo, transparente, con pH: 7,30, lactato: 2,5 mmol/L, LDH: 190 UI/L, proteínas: 4,0 g/L, células: 560 por mm³, con 90% de mononucleares. La LDH plasmática es 250 U/L y las proteínas plasmáticas son 7,0 g/dL. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Empiema
- b. Derrame paraneumónico simple
- c. Tuberculosis pleural
- d. Tromboembolismo pulmonar crónico
- e. Insuficiencia cardíaca



Es un exudado pleural, ya que tiene elevadas la LDH y las proteínas (no dan los valores plasmáticos, como para hacer la relación, pero en general una LDH sobre 180 UI/L es un exudado).

Además es de predominio mononuclear, por lo que puede ser TBC o cáncer (no está en las alternativas).

El empiema y el DPNS son exudados de tipo polimorfonuclear. El TEP crónico es raro y suele presentarse más como una causa de hipertensión pulmonar secundaria y cuando el TEP hace derrame, suele ser en agudo y con un exudado hemorrágico. La ICC es un trasudado (con LDH baja).

La respuesta correcta es: Tuberculosis pleural

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El distrés respiratorio del adulto requiere para su diagnóstico la presencia de:

Seleccione una:

- a. Presión arterial menor a 140/90 mmHg
- b. Ausencia de hipertensión pulmonar
- c. Presión capilar pulmonar menor a 18 mmHg
- d. Ausencia de patologías pulmonares de base
- e. Normalidad de la Pa/Fi (cociente entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno)



Por definición el SDRA (síndrome de distrés respiratorio del adulto) debe cumplir con los siguientes criterios: 1. Edema pulmonar agudo (menor a 1 semana, con lateración de la radiografía de tórax), 2. No explicable por insuficiencia cardíaca (PCP menor a 18 mmHg, por regla general; si es mayor a 18 mmHg, es EPA cardiogénico) y 3. Gran compromiso de la función respiratoria (con Pa/Fi menor a 200 por lo general, aunque varía según si está en ventilación mecánica).

La respuesta correcta es: Presión capilar pulmonar menor a 18 mmHg

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente consulta por un cuadro de 2 días de evolución de rinorrea abundante, asociada a estornudos y malestar general. Además, ha presentado fiebre hasta 38°C, sensación de descarga posterior, hiposmia y obstrucción nasal. El examen físico sólo muestra rinorrea mucosa y eritema faríngeo, sin otras alteraciones. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Indicar tratamiento sintomático
- b. Solicitar TAC de cavidades paranasales
- c. Iniciar amoxicilina oral
- d. Iniciar amoxicilina + ácido clavulánico oral
- e. Solicitar nasofibroscopía



Tiene una infección respiratoria alta, probablemente un resfrió. Sin embargo, mencionan muchos síntomas de sinusitis aguda, por lo que tiene una sinusitis aguda (el diagnóstico es clínico). De todos modos, debemos recordar que el 90% de las sinusitis agudas son virales y que por regla general, si duran menos de 7 días, son virales con seguridad. Por tanto, se debe dar tratamiento sintomático.

Si lleva más de 7 días y no tuviese tendencia a mejorar, probablemente sería bacteriana y la respuesta habría sido amoxicilina oral.

Si lleva más de 4 semanas, sería subaguda y se debería estudiar con TAC y tratar al menor con amoxicilina más ácido clavulánico.

La respuesta correcta es: Indicar tratamiento sintomático

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un recién nacido de 36 semanas de edad gestacional, presenta taquipnea y quejido al nacer. Al examen físico presenta crepitaciones pulmonares escasas y satura 90%, normalizándose con O₂ al 28%. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Enfermedad de membrana hialina
- b. Hipertensión pulmonar persistente
- c. Síndrome de aspiración de meconio
- d. Taquipnea transitoria del recién nacido
- e. Neumonía neonatal



Tiene un síndrome de distrés respiratorio del recién nacido. Por tener más de 34 semanas, es casi imposible que se trate de una membrana hialina; sin embargo, por ser menor a 37 semanas, tiene factor de riesgo para ser una taquipnea transitoria. El hecho de que mejore con oxígeno en baja concentración, hace que la respuesta sea la taquipnea transitoria sin duda.

La EMH sería un prematuro menor a 34 semanas, con un cuadro grave, que requeriría altas concentraciones de O₂.

La HPP sería un cuadro de cianosis que no responde a O₂, con antecedente de asfixia o alguna patología pulmonar grave (ej. EMH).

El SAM sería un cuadro más grave, con signología obstructiva y con antecedente de asfixia o recién nacido postérmino.

La neumonía aparecería varias horas después de nacer y sería más grave, con un cuadro de sepsis neonatal asociado.

La respuesta correcta es: Taquipnea transitoria del recién nacido

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La asociación de dolor tipo puntada de costado, disminución del murmullo pulmonar e hipersonoridad a la percusión torácica es característica de:

Seleccione una:

- a. Tromboembolismo pulmonar
- b. Neumonía
- c. Neumotórax
- d. Atelectasia
- e. Cuerpo extraño bronquial



El neumotórax tiene hipersonoridad y disminución del MP.

La neumonía tiene tos, expectoración, fiebre, matidez a la percusión, crepitaciones localizadas, broncofonía, soplo tubario.

La atelectasia tiene una clínica similar a la neumonía, con la única diferencia que suele presentar disminución de las vibraciones vocales (la neumonía las aumenta y tiene broncofonía), salvo excepciones. Además, la atelectasia, si es grande, puede desviar la tráquea o el mediastino hacia ipsilateral.

El CE tiene clínica obstructiva (disminución del MP, sibilancias e hipersonoridad), pero localizada en una zona; o bien tiene clínica de atelectasia.

La respuesta correcta es: Neumotórax

Pregunta 8

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Identifique la asociación CORRECTA entre la patología y el mecanismo de hipoxemia:

Seleccione una:

- a. Alteración neuromuscular - Trastorno V/Q
- b. Neumonía - Shunt
- c. EPOC - Trastorno de la Difusión
- d. Fibrosis pulmonar - Hipoventilación
- e. Tromboembolismo pulmonar - Shunt



Las neumonías producen hipoxemia principalmente por el mecanismo de shunt o cortocircuito. Por ello es que no responden bien a oxígeno y toda neumonía con insuficiencia respiratoria asociada, debería conectarse al ventilador mecánico, en lugar de simplemente administrar oxígeno. Respecto a las demás:

Alteración neuromuscular - Hipoventilación.

EPOC - Trastorno V/Q (se afecta la ventilación).

Fibrosis pulmonar - Trastorno de la difusión.

Tromboembolismo pulmonar - Trastorno V/Q (se afecta la perfusión).

La respuesta correcta es: Neumonía - Shunt

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente EPOC crónico, en tratamiento con broncodilatadores, consulta por la opción de uso de oxígeno domiciliario. Lo más correcto es indicarle que:

Seleccione una:

- a. Está indicado en todos los pacientes con EPOC
- b. Está indicado solo en aquellos pacientes que continúan fumando
- c. Está indicado solo en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica grave, o con comorbilidades específicas
- d. Está indicado solo en pacientes con síntomas a pesar del uso de corticoides y broncodilatadores
- e. Está indicado solo en pacientes con disnea de reposo



El oxígeno domiciliario está indicado para aumentar la sobrevida en los pacientes con EPOC estable y presión arterial de oxígeno (PaO₂) menor a 55 mmHg o menor a 60 mmHg, pero con 1. Poliglobulia (hematócrito >55%), 2. Hipertensión pulmonar (Presión arteria pulmonar >25 mmHg) o 3. Corazón pulmonar (insuficiencia cardíaca derecha, secundaria a HTP por patología pulmonar).

En los demás pacientes, se debe suspender el cigarrillo (aumenta la sobrevida) y se indican broncodilatadores de larga acción c/12h y corta acción SOS para los síntomas.

La respuesta correcta es: Está indicado solo en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica grave, o con comorbilidades específicas

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 3 años presenta un cuadro de dificultad respiratoria, asociado a estridor inspiratorio. La madre refiere que el día de ayer comenzó con fiebre hasta 38°C, disfonía y tos disfónica. No presentó mayor compromiso del estado general, pero que desde hace 20 minutos se le agregó disnea y respiración ruidosa. El agente etiológico más probable es:

Seleccione una:

- a. Virus respiratorio sincicial
- b. Virus influenza
- c. Virus parainfluenza
- d. Neumococo
- e. Haemophilus influenzae



Es una laringitis obstructiva clásica (dificultad respiratoria, con obstrucción alta y estridor inspiratorio), causada por virus parainfluenza. También se llama croup laríngeo y no se debe confundir con el croup espasmódico, que es un cuadro agudo y autolimitado (dura algunos minutos), que suele ocurrir siempre de noche, se asocia a reflujo y que no viene con el cuadro de tos disfónica previa (sí puede tener síntomas de resfío).

La respuesta correcta es: Virus parainfluenza

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Qué tratamiento antibiótico le parece más adecuado para un paciente cursando una neumonía grave, que requiere ventilación mecánica y uso de drogas vasoactivas?

Seleccione una:

- a. Ceftriaxona sola
- b. Ceftriaxona + penicilina
- c. Clindamicina + penicilina
- d. Ceftriaxona + levofloxacino
- e. Cefotaximo + metronidazol



En general, los pacientes con neumonías graves, que requieren de cuidados intensivos, deben recibir antibióticos biasociados con una cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona o cefotaximo) más un macrólido (ej. Azitromicina/claritromicina) o quinolona respiratoria (levofloxacino).

Si es una neumonía intrahospitalaria, en cambio, se debe indicar antibióticos que cubran además los gérmenes de dicho centro hospitalario (ej. Carbapenémicos, cefepime, etc, según la flora específica del hospital).

La respuesta correcta es: Ceftriaxona + levofloxacino

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 40 años, sin antecedentes ni hábitos de importancia, hace 2 años sufre una neumonía en el lóbulo inferior izquierdo, la que fue tratada con antibióticos, con buena respuesta. Sin embargo, evoluciona posteriormente con broncorrea crónica, mayor en las mañanas, que en ocasiones viene acompañada de expectoración hemoptoica. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Cuerpo extraño bronquial
- b. Tuberculosis
- c. Cáncer pulmonar
- d. Bronquitis crónica
- e. Bronquiectasias



Son bronquiectasias clásicas. El antecedente de una infección previa es característico (la infección previa es la causa de las bronquiectasias: ej. TBC, adenovirus, pseudomonas). La clínica de broncorrea mayor en la mañana y hemoptisis también es característica. Se diagnostican con la TAC de tórax, aunque el primer examen sigue siendo la radiografía, que puede estar normal o mostrar imágenes circulares de los bronquios dilatados.

La TBC puede tener una clínica similar, pero es un cuadro más subagudo, con fiebre, baja de peso, con afectación de los lóbulos superiores, más que los otros.

El cáncer suele tener el antecedente de fumar y undad edad mayor. Sí puede tener neumonías a repetición y hemoptisis.

La bronquitis crónica también tiene broncorrea matinal y tos, pero tiene el antecedente de fumar y no tiene hemoptisis por lo general.

La respuesta correcta es: Bronquiectasias

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente es diagnosticada de tuberculosis bacilífera, por lo que inicia tratamiento antituberculoso, con 4 drogas por 2 meses y luego con 2 drogas por 4 meses más. Las baciloskopías negativizaron al segundo mes de tratamiento y presentó mejora sintomática. Acude 4 meses después de haber terminado el tratamiento, con tos y expectoración, por lo que se solicita una nueva baciloscopía, que resulta positiva. El diagnóstico es:

Seleccione una:

- a. Fracaso
- b. Abandono
- c. Recaída
- d. Infección por Nocardia sp.
- e. Infección por Mycobacterium avium



Es una recaída: se curó con el tratamiento (completó los 6 meses y tuvo criterios clínicos y bacteriológicos de curación), pero luego se volvió a enfermar algún tiempo después. La causa es que se volvió a contagiar, porque en su medio convive con pacientes bacilíferos, de hecho lo más frecuente es que sea por la misma cepa de mycobacterias. Se debe volver a notificar como un caso nuevo y generalmente responde bien al tratamiento primario, ya que no hay resistencia, sino una reinfección.

El fracaso, en cambio, sí se debe a resistencia y se diagnostica cuando los cultivos se mantienen positivos al 4º mes de tratamiento.

Algo importante es que tanto recaída como fracaso requieren de estudio de sensibilidad a los antibióticos, pero, mientras se tiene el resultado, la recaída se trata con esquema primario y el fracaso con esquema secundario. Luego de recibir los estudios de sensibilidad, se ajustan los antibióticos.

La respuesta correcta es: Recaída

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 10 años presenta tos nocturna y sibilancias luego de realizar deporte o durante las infecciones respiratorias virales. Al examen físico sólo presenta alargamiento de la espiración. ¿Qué examen es más adecuado para confirmar la sospecha diagnóstica?

Seleccione una:

- a. Test de difusión de CO
- b. Espirometría ✓
- c. Prick test
- d. Radiografía de tórax
- e. TAC de tórax de cortes finos

Tiene clínica de un asma clásico (tos y sibilancias, desencadenadas por ejercicio, infecciones virales y en la noche: por exposición a los ácaros del polvo en la habitación), por lo que el diagnóstico ya está hecho (el diagnóstico es clínico). Sin embargo, la espirometría es el examen de elección para apoyar el diagnóstico y suele mostrar un patrón obstructivo, que revierte con broncodilatador. La única excepción es el paciente que no tiene nada de obstrucción clínica, ya que tendrá una espirometría normal y deberá solicitarse un test de metacolina (que busca la hiperreactividad bronquial).

El test de difusión de monóxido de carbono sirve para ver el grado de enfisema en los pacientes con EPOC y para objetivar el trastorno de la difusión en los pacientes con fibrosis pulmonar u otras enfermedades pulmonares intersticiales.

El prick test solo sirve para identificar los alérgenos a los que está sensibilizado, de modo de evitarlos. Eso sí, cuando hay duda diagnóstica, si hay sensibilización a alérgenos respiratorios, apoya el diagnóstico de asma.

La respuesta correcta es: Espirometría

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente cursando un síndrome neumónico, se realiza una radiografía, que visualiza una zona de condensación en el lóbulo inferior izquierdo, asociado a un derrame pleural que abarca el 25% inferior del campo pulmonar izquierdo. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Instalar un tubo pleural y administrar antibióticos por vía endovenosa e intrapleural
- b. Iniciar antibióticos y realizar pleurocentesis, con análisis del líquido pleural y decidir conducta según hallazgos ✓
- c. Iniciar ceftriaxona, asociada a fármacos antituberculosos
- d. Iniciar antibióticos y solicitar biopsias pleurales
- e. Indicar ceftriaxona + clindamicina y controlar evolución

Todo derrame debe ser puncionado, en particular si está asociado a una neumonía, ya que se debe diferenciar entre un empiema y un derrame paraneumónico simple (DPNS), ya que tienen tratamientos distintos. El empiema se trata con antibióticos más un tubo pleural y el DPNS con antibióticos, más el drenaje del derrame, mediante una punción pleural (sin necesidad de instalar y dejar un tubo). En ambos casos los antibióticos deben cubrir los gérmenes propios de las neumonías, más anaerobios (ej. ceftriaxona + metronidazol / clindamicina; amoxicilina + ácido clavulánico solo si oral).

La respuesta correcta es: Iniciar antibióticos y realizar pleurocentesis, con análisis del líquido pleural y decidir conducta según hallazgos

Pregunta 16

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Acude a urgencias un paciente de 20 años, con un cuadro sugerente de un neumotórax espontáneo. Además tiene antecedente de haber sufrido uno, el año pasado, el que fue manejado con pleurocentesis. Se solicita una radiografía de tórax, que confirma el diagnóstico, demostrando la presencia de un neumotórax derecho, del 30% del campo pulmonar. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar analgésicos y observar evolución por 4 a 6 horas, controlando con una nueva radiografía de tórax
- b. Realizar aspiración con jeringa y llave de 3 pasos
- c. Iniciar analgesia e instalar un tubo pleural con trampa de agua, sin necesidad de cirugía
- d. Conectar a ventilación mecánica con presión positiva
- e. Resolver quirúrgicamente

✗

Dado que tiene un neumotórax recurrente, se debe operar, indiferentemente del tamaño del neumotórax. La recomendación actual es hacerlo mediante videotoracoscopía (VAT) y solo en casos en que no se pueda hacer, se elige la pleurodesis química con talco o tetraciclina.

Los AINES y control con radiografía en 4 a 6 horas sería correcto si fuera el primer neumotórax y fuera pequeño menor a 3 cm hacia apical, 2 cm hacia lateral o 15% (según como se describa).

El tubo pleural sería correcto si fuese el primer neumotórax grade (mayor a los puntos de corte mencionados).

Si hubiese estado a tensión, lo correcto sería puncionar el segundo espacio intercostal en la línea medioclavicular o el quinto espacio intercostal en la línea axilar anterior.

En estricto rigor, en este caso sí se deben administrar AINES, sí se debe instalar un tubo pleural (ejemplo, después de la cirugía o antes de ella si es que la cirugía no se puede hacer de inmediato), pero lo que se está preguntando es el manejo del neumotórax recurrente.

La respuesta correcta es: Resolver quirúrgicamente

Pregunta 17

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente EPOC, presenta marcado aumento de la disnea de 24 horas de evolución, que en las últimas horas se volvió intensa incluso en el reposo. Al examen físico presenta cianosis y taquipnea importante. Se solicitan gases arteriales que muestran PaO₂: 45 mmHg, PaCO₂: 65 mmHg y pH: 7,26. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar oxígeno al 100% y nebulizarlo con salbutamol de inmediato
- b. Administrar corticoides endovenosos y realizar nebulizaciones con salbutamol
- c. Conectar a ventilación mecánica no invasiva
- d. Realizar nebulizaciones con corticoides y broncodilatadores de larga acción
- e. Administrar aminofilina endovenosa, albutamol inhalado y oxígeno por mascarilla de recirculación

✗

Tiene un EPOC descompensado, que por regla general se trata con oxígeno al 24% (mayores concentraciones pueden generar hipercarbia), nebulizaciones con salbutamol, corticoides sistémicos y antibióticos. Sin embargo, en este caso además tiene una insuficiencia respiratoria global, con hipercarbia severa, por lo que deberá conectarse al ventilador mecánico cuanto antes. Mientras no esté desorientado y tolere el BiPAP, lo mejor es la ventilación mecánica no invasiva, ya que ha demostrado ser tan buena como la invasiva, sin necesidad de tener al paciente intubado y sedado.

La respuesta correcta es: Conectar a ventilación mecánica no invasiva

Pregunta 18

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes tratamientos le parece más adecuado para un paciente asmático, que presenta síntomas 1 a 2 veces por semana, los que controla con salbutamol?

Seleccione una:

- a. Mantener el salbutamol SOS
- b. Agregar salmeterol inhalado cada 12 horas
- c. Agregar fluticasona inhalada cada 12 horas
- d. Agregar aspirina oral cada 12 horas
- e. Agregar ipatropio SOS, asociado con el salbutamol

✗

La base del tratamiento del asma es evitar los alérgenos, más el tratamiento con corticoides inhalados (c/12 horas, para prevenir los síntomas) y los broncodilatadores inhalados (en caso de síntomas). En este caso, calza con la definición de asma intermitente: síntomas que aparecen máximo 2 veces a la semana, sin síntomas nocturnos y que responden al uso de salbutamol, por lo que, en estricto rigor, no requieren de tratamiento preventivo con corticoides y puede mantener el salbutamol SOS. Sin embargo, hay quienes sí recomiendan iniciar los corticoides en este momento o, al menos, indicarlos si presenta infecciones virales, durante el tiempo que dure la infección.

Aprender los criterios de asma intermitente, ya que es el único que no requiere corticoides.

La fluticasona, mometasona, budesonida y triamcinolona son los corticoides inhalados clásicos.

Los broncodilatadores de larga acción (salmeterol / formoterol) solo se iniciaran cuando sigue con síntomas, a pesar de todo lo anterior. En el EPOC, en cambio, se indican los broncodilatadores de larga acción antes que los corticoides inhalados.

La respuesta correcta es: Mantener el salbutamol SOS

Pregunta 19

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Se obtienen los siguientes gases arteriales PaO₂: 80mmHg, PaCO₂: 30 mmHg, pH: 7.47, HCO₃: 21 mmol/l. ¿A qué estado ácido base corresponden?

Seleccione una:

- a. Alcalosis respiratoria
- b. Alcalosis metabólica
- c. Acidosis respiratoria con alcalosis metabólica
- d. Alcalosis mixta
- e. Gases venosos

✗

Dado que la PaO₂ está en 80 mmHg, es imposible que sean gases venosos (suelen tener PaO₂ cercanas a 40 y PaCO₂ cercana a 46 mmHg).

El CO₂ en 30, demuestra una hipocarbia o hiperventilación, lo que asociado al pH elevado (sobre 7,44) es diagnóstico de una alcalosis respiratoria (debida a la hiperventilación).

La respuesta correcta es: Alcalosis respiratoria

Pregunta **20**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Qué histología del cáncer pulmonar se asocia más frecuentemente a un síndrome paraneoplásico?

Seleccione una:

- a. Espinocelular
- b. Células pequeñas
- c. Adenocarcinoma
- d. Carcinoma bronquioloaalveolar
- e. Células grandes



El cáncer de células pequeñas se caracteriza por liberar distintas sustancias activas, por lo que genera muchos síndromes paraneoplásicos. Esto debido a su origen neuroendocrino. Por ejemplo, puede producir 1. Síndrome de secreción de ACTH ectópica, 2. Síndrome de secreción inadecuada de ADH, 3. Hipercalcemia por liberación de péptido similar PTH (PTH-like) y 4. Síndrome de carcinoide, entre otros.

El cáncer espinocelular, sin embargo, es la causa más frecuente de hipercalcemia maligna asociada a cáncer de pulmón.

La respuesta correcta es: Células pequeñas

[◀ 2.2 Cuestionario Respiratorio](#)

Ir a...

[2.4 Cuestionario Respiratorio](#)

Comenzado el	lunes, 27 de febrero de 2023, 23:10
Estado	Finalizado
Finalizado en	lunes, 27 de febrero de 2023, 23:28
Tiempo empleado	17 minutos 47 segundos
Puntos	16,00/20,00
Calificación	80,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 68 años, indigente, en situación de calle, es diagnosticado de tuberculosis. Inicia tratamiento con 4 fármacos, por 2 meses y luego con dos fármacos. Sin embargo, solo alcanza a recibir un mes de tratamiento, cuando lo abandona. Usted lo recibe dos años después, sin síntomas. Se solicitan baciloscopías, que resultan negativas. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución ✓
- b. Retomar el tratamiento, donde lo dejó
- c. Solicitar PCR para Mycobacterium tuberculosis
- d. Reiniciar el tratamiento desde el principio, con 4 fármacos
- e. Derivar para tratamiento secundario, con 5 fármacos

Técnicamente tiene un abandono o discontinuación del tratamiento, cuyo manejo varía mucho según la fuente que se revise, pero lo importante es saber que 1. es peor cuando se abandona habiendo recibido pocas dosis, 2. no es tan grave si el lapso de discontinuación es breve y 3. es importante la evolución clínica y tomar baciloscopías.

- Cuando ha pasado menos de un mes (2 semanas en la fase diaria, según recomendaciones norteamericanas), simplemente se reanuda el tratamiento donde lo dejó (el abandono se define en Chile como 4 semanas sin tomar los medicamentos).

- Si lleva más de 4 semanas, se registra el abandono y se reinicia el tratamiento (todo desde cero) y, además, se solicita estudio de sensibilidad.

- Sin embargo, si recibió la gran mayoría de las dosis, ha pasado bastante tiempo, clínicamente ha mejorado y las baciloscopías u otros exámenes diagnósticos están negativos (como en este caso), no es necesario tratar, porque alcanzó a curarse con el tiempo que recibió los antibióticos (en este caso recibió toda la fase diaria, que es la más importante).

Prevenir el abandono es muy importante y la relación médico-paciente es fundamental para ello.

La respuesta correcta es: Observar evolución

Pregunta 2

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 66 años, diagnosticado de EPOC leve, consulta por fiebre, asociada a tos con expectoración. Al examen se ve en buenas condiciones, algo decaído, con saturación arterial de 94% (su saturación basal es de 95%). Se ausultan sibilancias escasas bilaterales, inspiración prolongada y algunos crépitos en la mitad superior del campo pulmonar izquierdo. Se solicita una radiografía de tórax, que demuestra una imagen de condensación en parte del lóbulo superior izquierdo. El tratamiento más adecuado para este paciente es:

Seleccione una:

- a. Amoxicilina
- b. Amoxicilina más ácido clavulánico
- c. Clindamicina
- d. Ceftriaxona
- e. Ceftriaxona más levofloxacino



El diagnóstico es una neumonía adquirida en la comunidad (NAC), sin criterios de hospitalización, ya que el EPOC de base no está descompensado. Por lo tanto, se tratará de manera ambulatoria. Tanto por tener más de 65 años, como por tener una enfermedad respiratoria de base, es de elección la amoxicilina más ácido clavulánico (para cubrir *Haemophilus* además). Si fuera menor de 65 años, sin comorbilidad, la respuesta habría sido amoxicilina. Si hubiese tenido criterios de hospitalización, sería ceftriaxona. La clindamicina se usa para el tratamiento del absceso pulmonar.

La respuesta correcta es: Amoxicilina más ácido clavulánico

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 69 años, consulta por disnea de esfuerzo de una semana de evolución. Al examen físico se ausulta importante disminución del murmullo pulmonar derecho, por lo que se solicita una radiografía de tórax, que muestra un derrame pleural, que ocupa más de la mitad del campo pulmonar derecho. Se realiza una punción pleural, que da salida a un líquido amarillo transparente, con LDH de 210 (LDH plasmática 220), 500 células por mm³, con un 90% de mononucleares, pH de 7,4 y ADA de 13 UI/L. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Tuberculosis pleural
- b. Empiema
- c. Derrame maligno (secundario a cáncer)
- d. Derrame paraneumónico simple
- e. Trasudado pleural



El derrame es un exudado pleural, dado que la LDH está sobre 180 y sobre 0,6 respecto a la del plasma ($210 / 220 = 0,95$). Por tener predominio mononuclear y ADA menor a 30 UI/L, es un cáncer. Debe ir a biopsias pleurales, ya sea percutáneas a ciegas o guiadas por VAT (videotoracoscopía).

La TBC también es un exudado mononuclear, pero con ADA alta.

El empiema es un exudado polimorfonuclear (PMN) con pH menor a 7,2 y ADA alta.

El derrame paraneumónico simple es un exudado PMN, con pH normal.

Los trasudados tienen LDH baja (menor a 180 y menor a 0,6 respecto al plasma) y proteínas bajas (menor a 0,5 respecto al plasma) y no se analizan más allá.

La respuesta correcta es: Derrame maligno (secundario a cáncer)

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 10 años presenta tos frecuente, al realizar ejercicio y también en la noche. Al examen físico se auscultan algunas sibilancias respiratorias en ambos pulmones. Se solicita una espirometría, que demuestra un patrón obstructivo moderado, que mejora con salbutamol. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Indicar salbutamol inhalado cada 6 horas
- b. Indicar corticoides inhalados cada 12 horas, más salbutamol en caso de síntomas ✓
- c. Indicar salmeterol inhalado cada 12 horas, más salbutamol en caso de síntomas
- d. Indicar salmeterol inhalado en caso de síntomas y corticoides orales
- e. Iniciar corticoides inhalados cada 12 horas, más salmeterol en caso de síntomas

El diagnóstico es un asma con síntomas persistentes leves o moderados (no queda claro la frecuencia de los mismos), confirmado con la espirometría (patrón obstructivo, que revierte con broncodilatador). El tratamiento basal de elección es con corticoides inhalados más broncodilatadores de corta acción SOS (ej. Salbutamol o salbutamol más ipatropio). Además, se deben evitar los alérgenos. De segunda línea, se agregan los broncodilatadores de larga acción (salmeterol, formoterol y tiotropio), aunque si sus síntomas son muy intensos, se pueden agregar desde el inicio.

La respuesta correcta es: Indicar corticoides inhalados cada 12 horas, más salbutamol en caso de síntomas

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 70 años, diagnosticado de EPOC severo, en tratamiento con broncodilatadores de larga y corta acción, acude al servicio de urgencia, por gran deterioro de la función respiratoria. Al examen está muy taquipneico, con cianosis y sibilancias que se escuchan, sin necesidad del fonendoscopio. Se solicitan gases arteriales, que muestran una PaO₂ de 45, PCO₂ de 66 y pH de 7,28. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar corticoides y antibióticos, iniciar oxígeno por naricera a 2 litros/min y nebulizar con salbutamol
- b. Administrar corticoides y antibióticos, iniciar oxígeno por mascarilla al 50% y realizar nebulizaciones con salbutamol
- c. Administrar corticoides y antibióticos, iniciar oxígeno al 100% y realizar nebulizaciones con salbutamol e ipatropio
- d. Administrar corticoides y antibióticos y conectar a ventilación asistida (con BiPAP) ✓
- e. Administrar corticoides y antibióticos y nebulizar con salbutamol e ipatropio

Es un EPOC descompensado, asociado a hipercarbia severa (mayor a 60 mmHg), por lo que debe ser conectado al ventilador mecánico no invasivo (VMI con BiPAP). Si tuviese desorientación o compromiso de conciencia (encefalopatía hipercárquica), debería conectar a ventilación mecánica invasiva (VMI con tubo orotraqueal).

Si no tuviese la hipercarbia severa se trataría basalmente con oxígeno en dosis bajas (24%), salbutamol nebulizado, corticoides sistémicos (vía oral si es posible; o parenteral) y antibióticos.

La respuesta correcta es: Administrar corticoides y antibióticos y conectar a ventilación asistida (con BiPAP)

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes alternativas es más sugerente de una acidosis respiratoria pura?

Seleccione una:

- a. pH bajo, CO₂ alto, Bicarbonato normal-alto
- b. pH bajo, CO₂ alto, Bicarbonato bajo
- c. pH bajo, CO₂ bajo, Bicarbonato alto
- d. pH bajo, CO₂ bajo, Bicarbonato bajo
- e. pH alto, CO₂ alto, Bicarbonato alto



La acidosis tiene pH bajo; la respiratoria es por retención de CO₂ (hipoventilación) y por simple equilibrio químico el HCO₃ tiende a subir.

La B es acidosis mixta.

La C es imposible, ya que tanto el CO₂ bajo como HCO₃ elevan el pH.

La D es acidosis metabólica.

La E alcalosis metabólica.

La respuesta correcta es: pH bajo, CO₂ alto, Bicarbonato normal-alto

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta un cuadro de mialgias y fiebre alta, asociada a tos seca. Al tercer día evoluciona con dificultad respiratoria, con pequeños esfuerzos. Al examen físico está taquipneico, satura 91% y se auscultan crepitaciones pulmonares bilaterales, por lo que se solicita una radiografía de tórax, que muestra un patrón intersticial bilateral. Se solicita panel viral, que resulta positivo para virus influenza A. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Enviar a domicilio con tratamiento sintomático
- b. Enviar a domicilio con amoxicilina oral
- c. Enviar a domicilio con levofloxacino oral
- d. Hospitalizar, iniciar oxígeno y oseltamivir
- e. Hospitalizar, iniciar oxígeno y ceftriaxona



Es una influenza clínica, complicada con una neumonitis viral (neumonía intersticial) y confirmada con el panel viral y la radiografía. Por tanto, es una influenza grave que requiere tratamiento con soporte respiratorio y oseltamivir endovenoso. Probablemente también se le darán antibióticos (ceftriaxona), pero lo importante es el oseltamivir.

Recordar que también existe la neumonía estafilocócica postinfluenza (que se trata con cloxacilina), pero que suele aparecer 1 a 2 semanas después de la influenza y se presenta como una neumonía bilateral severa y cavitada (con abscesos).

La respuesta correcta es: Hospitalizar, iniciar oxígeno y oseltamivir

Pregunta 8

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, que fuma una cajetilla al día, presenta un cuadro de tos con expectoración, de un mes de evolución, asociado a disnea ocasional. Además, ha presentado hemoptisis en una oportunidad. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Bronquiectasias
- b. Bronquitis crónica
- c. Tuberculosis pulmonar
- d. Cáncer bronquial
- e. Neumonía por *Haemophilus influenzae*



Si bien la clínica es muy pobre, el antecedente de tabaquismo y la hemoptisis, hacen que la sospecha más grande sea un cáncer bronquial o cáncer pulmonar. Las bronquiectasias tienen antecedente de una infección y cursan con mucha broncorrea y a veces hemoptisis. La bronquitis crónica sí tiene el antecedente de tabaquismo, pero no tiene hemoptisis, sino tos y broncorrea.

La neumonía por *Haemophilus* es una neumonía típica, común y corriente.

La respuesta correcta es: Cáncer bronquial

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un recién nacido de 40 semanas de edad gestacional, presenta un cuadro de dificultad respiratoria importante, a las pocas horas de nacer. Su líquido amniótico mostraba meconio. Al examen físico se ausultan crepitaciones y sibilancias en ambos pulmones, asociada a inspiración prolongada y aumento del diámetro anteroposterior. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Enfermedad de membrana hialina
- b. Síndrome de aspiración meconial
- c. Taquipnea transitoria
- d. Neumonía por *Streptococcus agalactiae*
- e. Bronquiolitis por VRS



El antecedente de meconio en el líquido amniótico sugiere mucho un SAM (síndrome de aspiración de meconio), pero de todos modos, la clínica también es compatible, ya que tiene signos obstructivos: sibilancias, inspiración prolongada y aumento del diámetro torácico. Recordar que el meconio fluido en el líquido amniótico al nacer no tiene mayor importancia. En cambio, el meconio espeso y reciente puede ser un signo de sufrimiento fetal. Si un recién nacido nace con meconio espeso, solo se aspira la boca, a menos que nazca deprimido, en que lo primero es intubar al paciente, aspirar rápidamente el meconio traqueal y recién ventilar después de haberlo aspirado.

La EMH suele solo darse en prematuros menores a 34 semanas. La TT suele tener antecedente de cesárea o de prematuridad y tiene un cuadro de taquipnea inespecífica, sin gravedad. La neumonía por SGB suele empezar al día siguiente de haber nacido o después. La bronquiolitis por VRS es un cuadro obstructivo de los lactantes, que suele aparecer durante el primer año de vida (no al nacer).

La respuesta correcta es: Síndrome de aspiración meconial

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

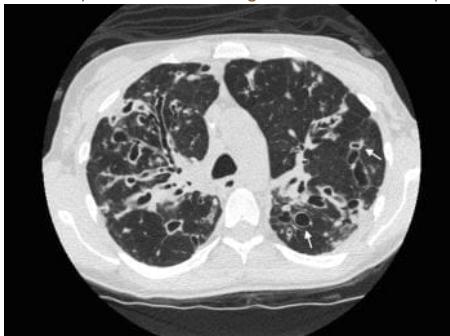
Las bronquiectasias se diagnostican con:

Seleccione una:

- a. La clínica
- b. La radiografía de tórax
- c. La tomografía axial computada de tórax
- d. La broncoscopía
- e. La biopsia pulmonar



La TAC de tórax de cortes finos (actualmente casi todas son con cortes finos) es el examen de elección para el diagnóstico de las bronquiectasias. Por regla general, la radiografía de tórax suele estar normal o bien solo mostrar alteraciones inespecíficas, aunque también puede mostrar imágenes circulares compatibles con las bronquiectasias. Se muestra un par de ejemplos a continuación:



Fuente: <https://www.msdmanuals.com/>



Fuente: www.fesemi.org/

La respuesta correcta es: La tomografía axial computada de tórax

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 61 años, con antecedente de EPOC, en tratamiento con corticoides y broncodilatadores inhalados presenta aumento de su disnea basal, asociado a fiebre y expectoración abundante. Al examen se aprecia orientado, taquipneico, con FR: 27x', FC: 91x', PA: 140/100 mmHg, SatO₂: 80% a FiO₂ ambiental. Se ausulta disminución del murmullo pulmonar, sibilancias intensas y estertores bilaterales. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar salbutamol y corticoides inhalados, oxígeno a bajas dosis e iniciar antibióticos de amplio espectro
- b. Realizar nebulización con salbutamol, administrando oxígeno a bajas dosis, sin necesidad de corticoides ni de antibióticos
- c. Administrar oxígeno en alta concentración, realizar nebulización con corticoides e iniciar antibióticos orales
- d. Administrar oxígeno al 24%, realizar nebulización con salbutamol, administrar corticoides sistémicos e iniciar antibióticos de amplio espectro endovenosos ✓
- e. Administrar oxígeno a 2 litros por minuto, realizar nebulización con corticoides y broncodilatadores de corta acción e iniciar antibióticos endovenosos

Tiene un EPOC descompensado, que se trata con 4 pilares: 1. O₂ en baja concentración (24%), 2. BD de corta acción nebulizados (salbutamol, a veces mezclado con ipatropio), 3. Corticoides sistémicos (preferentemente vía oral y si no tolera, pues IM o EV) y 4. Antibióticos EV (ceftriaxona por lo general, ya que la primera causa de descompensación del EPOC son las infecciones bacterianas). Además, es necesario pedir gases arteriales, para definir si requiere de ventilación mecánica. La D es la única que calza con este tratamiento.

La respuesta correcta es: Administrar oxígeno al 24%, realizar nebulización con salbutamol, administrar corticoides sistémicos e iniciar antibióticos de amplio espectro endovenosos

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 2 años presenta tos de inicio súbito intensa, persistiendo con tos, asociada a expectoración mucopurulenta durante los días subsiguientes. Al examen físico se ausultan estertores y sibilancias localizadas en la base derecha. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Neumonía
- b. Bronconeumonía
- c. Tromboembolismo pulmonar
- d. Coqueluche
- e. Cuerpo extraño bronquial ✓

Tiene un CE bronquial clásico. Inició con el síndrome de penetración (tos intensa, luego de aspirar el CE) y luego evolucionó con la clínica característica: alteraciones localizadas (con mayor frecuencia en el lóbulo inferior derecho, pero también en otras zonas), en el examen pulmonar, ya sea de tipo obstructiva (sibilancias, disminución del MP) o de tipo atelectasia (matidez, crépitos). La radiografía puede ver al cuerpo extraño o bien solo la zona localizada de hiperinsuflación o atelectasia.

El coqueluche tiene mucha tos, pero no inicia de manera súbita, sino que lo hace como un cuadro catarral, que luego evoluciona a accesos de tos, con vómitos, apneas, convulsiones y petequias en la cara.

La respuesta correcta es: Cuerpo extraño bronquial

Pregunta 13

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente con un accidente vascular reciente presenta un cuadro de fiebre y tos con expectoración purulenta, de 2 días de evolución, que ha ido empeorando. Al examen físico está muy decaído, taquipneico, satura 91% a FiO₂ ambiental y se ausultan crépitos pulmonares en la base derecha. Se solicita una radiografía de tórax que demuestra una zona de relleno alveolar en el lóbulo inferior derecho. El tratamiento más adecuado es:

Seleccione una:

- a. Amoxicilina oral
- b. Metronidazol endovenoso
- c. Ceftriaxona endovenosa
- d. Azitromicina oral
- e. Ceftriaxona + clindamicina endovenosa



Por el antecedente de AVE reciente, más la clínica y radiografía de neumonía, el diagnóstico es una neumonía aspirativa. Se debe tratar con antibióticos empíricos, pero agregando cobertura para anaerobios (por ser aspirativa). En este caso requiere hospitalización, dado que satura menos de 93% y por el mismo hecho de ser aspirativa, por lo que se tratará con ceftriaxona más cobertura para anaerobios (con clindamicina o metronidazol).

El metronidazol solo no es suficiente, ya que además se deben cubrir los microorganismos más frecuentes de las neumonías.

También debe quedar en régimen cero y realizar un estudio de deglución (videodeglución), para descartar un trastorno de la deglución, secundario al AVE.

La respuesta correcta es: Ceftriaxona + clindamicina endovenosa

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 67 años en tratamiento antituberculoso, secundaria a una tuberculosis pulmonar bacilífera, presenta las siguientes baciloscopías mensuales: Mes 1 (+), Mes 2 (-), Mes 3 (-), Mes 4 (+), Mes 5 (+). Actualmente recibe rifampicina e isoniazida dos veces a la semana. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Mantener el tratamiento y controlar con nueva baciloscopía en un mes
- b. Retomar el tratamiento con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol
- c. Solicitar radiografía de tórax y PPD
- d. Diagnosticar una recaída y estudiar a los contactos del paciente
- e. Solicitar cultivo de Koch con antibiograma y derivar a tratamiento secundario



Tiene dos baciloscopías (BK) positivas después del cuarto mes, por lo que se sospecha un fracaso a tratamiento. Para confirmar el fracaso, se requiere de un cultivo positivo para TBC, desde el 4to mes de tratamiento, en adelante, sin embargo para sospecharlo bastan las 2 BK positivas seguidas. Dado que el fracaso se debe a resistencia a los antibióticos, se trata con esquema secundario. Por tanto, se debe pedir el cultivo y mientras tanto, derivar.

No se debe confundir con la recaída, en que el paciente termina exitosamente su tratamiento y luego de algún tiempo, vuelve a contagiarse porque en su medio hay personas bacilíferas (en ese caso se trata nuevamente al pacientes con esquema primario, se pide estudio de sensibilidad y se estudia a fondo a los contactos).

La respuesta correcta es: Solicitar cultivo de Koch con antibiograma y derivar a tratamiento secundario

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La conducta más adecuada ante un paciente de 30 años, diagnosticado de neumonía adquirida en la comunidad, que no responde al tratamiento con amoxicilina oral, luego de 72 horas, persistiendo febril, decaído y con dolor con tope inspiratorio, es:

Seleccione una:

- a. Mantener el tratamiento con amoxicilina y reevaluar en 24 horas
- b. Iniciar tratamiento con amoxicilina + ácido clavulánico
- c. Hospitalizar y solicitar radiografía de tórax
- d. Solicitar cultivo de expectoración con antibiograma
- e. Iniciar tratamiento con moxifloxacino oral



La causa más frecuente de falta de respuesta al tratamiento antibióticos, luego de 48 a 72 horas, es la presencia de un empiema o un derrame paraneumónico, es decir, la presencia de una complicación. Por ello, lo primero es solicitar una radiografía de tórax, para buscar dicha complicación. Es raro que haya resistencia, por lo que solo se cambia el antibiótico si es que no responde y se descarta la complicación. En cambio, en las otitis medias agudas y en las sinusitis bacterianas, que no responden en 3 días, se debe agregar ácido clavulánico.

La A (mantener el tratamiento) sería correcta si es que lleva menos de 48 horas.

La respuesta correcta es: Hospitalizar y solicitar radiografía de tórax

Pregunta 16

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Paciente de 21 años, previamente sano, inicia fiebre, malestar general, cefalea y rinorrea purulenta. Refiere además disminución del olfato y obstrucción nasal izquierda. Al examen físico sólo se aprecia faringe eritematosa, sin exudado. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Seleccione una:

- a. Cuerpo extraño nasal
- b. Amigdalitis aguda estreptocócica
- c. Neumonía
- d. Gripe
- e. Sinusitis aguda



Tiene varios criterios clínicos de sinusitis aguda y el diagnóstico es clínico. Fiebre, cefalea, rinorrea purulenta, hiposmia, obstrucción nasal (faltan descarga posterior, sensación de presión facial). No se indica el tiempo de evolución como para diferenciar entre una sinusitis viral o bacteriana.

El cuerpo extraño nasal se presenta como rinorrea purulenta y fétida, unilateral (generalmente en niños).

La amigdalitis bacteriana no tiene rinorrea, sino que solo odinofagia intensa, fiebre, adenopatías y exudado faríngeo.

La neumonía tiene clínica pulmonar baja (crepitaciones, etc.) más tos con expectoración.

La gripe o influenza tiene la triada de fiebre, mialgias y tos (suele cursar además con cefalea).

La respuesta correcta es: Sinusitis aguda

Pregunta 17

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica tiene indicación de oxígeno domiciliario a permanencia, para aumentar la sobrevida?

Seleccione una:

- a. Paciente de 67 años, con síntomas muy marcados y VEF 1 del 30% del teórico
- b. Paciente con EPOC estable que presenta gases arteriales con PaO₂: 56 mmHg y PaCO₂: 40 mmHg
- c. Paciente con EPOC estable, con PaO₂: 58 mmHg y PaCO₂: 38 mmHg y diagnóstico de hipertensión pulmonar ✓
- d. Paciente con EPOC estable que presenta hematocrito: 50%, PaO₂: 68 mmHg y PaCO₂: 38 mmHg
- e. Paciente con EPOC estable, con VEF1/CVF correspondiente al 43%

Las indicaciones de oxígeno domiciliario son 1. PaO₂ de 55 mmHg o menos y 2. PaO₂ de 60 mmHg más cualquiera de 4 criterios: poliglobulia (hematocrito mayor a 55%), hipertensión pulmonar (PAM >25 mmHg), corazón pulmonar (ej. Edema de EEII) o afectación neuropsíquica secundaria a hipoxemia (este último es nuevo, pero se acepta en la literatura). Solo la C cumple con esto. El VEF1, sirve para la clasificación del EPOC según la severidad y es un buen indicador del pronóstico, pero no sirve para decidir la oxigenoterapia (se decide con los gases arteriales más la comorbilidad).

La respuesta correcta es: Paciente con EPOC estable, con PaO₂: 58 mmHg y PaCO₂: 38 mmHg y diagnóstico de hipertensión pulmonar

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 52 años, fumador, presenta disnea de esfuerzos progresiva, de 6 meses de evolución. Al examen físico se auscultan crépitos bilaterales. La radiografía de tórax muestra un patrón en panal de abejas en ambas bases. El diagnóstico más importante es:

Seleccione una:

- a. EPOC
- b. Fibrosis pulmonar ✓
- c. Edema pulmonar
- d. Neumoconiosis
- e. Neumonía por mycoplasma

Es una fibrosis pulmonar clásica, tanto por la clínica (disnea crónica y crépitos), como especialmente por la radiografía característica (patrón intersticial, en "panal de abejas"). La neumoconiosis puede ser igual, pero requiere del antecedente de exposición a inhalantes (carbón, asbestos, silice). El EPOC también presenta disnea y es compatible con el antecedente de fumar, pero tanto la clínica, como la radiografía son obstructivas. El EPA y la NAC por Mycoplasma son patologías agudas (no de 6 meses).

La respuesta correcta es: Fibrosis pulmonar

Pregunta 19

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años, fumador importante, presenta un nódulo pulmonar de 10 mm, de bordes espiculados, localizado en el lóbulo medio derecho, diagnosticado como hallazgo en una radiografía de tórax que se realizó como parte del control de rutina de su trabajo. El examen físico es normal. La conducta inicial más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Resolver quirúrgicamente
- b. Iniciar quimioterapia y radioterapia
- c. Solicitar biopsia por broncoscopia
- d. Solicitar TAC de tórax
- e. Revisar las radiografías previas



Si bien el TAC es el examen de elección para evaluar a un nódulo pulmonar solitario (encontrado en la radiografía), lo primero siempre es revisar las radiografías previas, si es que están disponibles. Esto porque si está estable durante 2 años o más, se asume que es benigno. Si la E no hubiese estado en las alternativas, la respuesta habría sido la D (TAC de tórax). Igualmente si las radiografías previas hubiesen resultado normales.

La respuesta correcta es: Revisar las radiografías previas

Pregunta 20

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes datos NO aparece en el síndrome de insuficiencia (distress) respiratoria aguda del adulto, plenamente establecido e inducido por politraumatismo?:

Seleccione una:

- a. Presión capilar pulmonar (PCP) de enclavamiento superior a 20 mm Hg.
- b. Infiltrados alveolares difusos en la radiología torácica.
- c. Hipoxemia por aumento del shunt intrapulmonar.
- d. Hipertensión pulmonar.
- e. Disminución de la distensibilidad ("compliance") pulmonar.



Lo importante del distrés respiratorio es que es un EPA (edema pulmonar agudo) no cardiogénico. Por ello, se exige una PCP menor a 18 mmHg, ya que si es mayor, de seguro es cardiogénico.

Como buen EPA tiene un patrón alveolointersticial en la radiografía y produce hipoxemia por 3 mecanismos: Trastorno de la difusión, luego Trastorno V/Q y finalmente shunt.

La respuesta correcta es: Presión capilar pulmonar (PCP) de enclavamiento superior a 20 mm Hg.

[◀ 2.3 Cuestionario Respiratorio](#)

Ir a...

[2.5 Cuestionario Respiratorio](#)

Comenzado el	martes, 28 de febrero de 2023, 20:38
Estado	Finalizado
Finalizado en	martes, 28 de febrero de 2023, 20:57
Tiempo empleado	18 minutos 32 segundos
Puntos	19,00/20,00
Calificación	95,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 68 años, es diagnosticado de tuberculosis pulmonar, mediante baciloskopías de expectoración, por lo que inicia tratamiento con 4 fármacos (rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol). Acude a control, un mes después, una baciloscopía de control, que resulta positiva. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Mantener las indicaciones y controlar ambulatoriamente
- b. Solicitar PPD y radiografía de tórax
- c. Solicitar PCR para Mycobacterium tuberculosis
- d. Suspender la pirazinamida y el etambutol
- e. Derivar para tratamiento secundario, con 5 fármacos



Está en tratamiento antituberculoso y apenas lleva un mes, por lo que es frecuente que permanezca con baciloskopías (BK) positivas. Por tanto, se deben mantener las indicaciones. En este caso, por llevar un mes de tratamiento, aún está en la fase diaria (50 dosis, de lunes a viernes, por lo que dura cerca de 2 meses), que es la más importante para eliminar las poblaciones activas de bacilos. Luego viene la fase trisemanal con rifampicina e isoniazida, que tiene 48 dosis (4 meses aproximadamente).

Se llama fracaso cuando el cultivo permanece positivo al 4º mes, por lo que solo se sospecha un fracaso, cuando las BK se mantienen positivas al 4º mes, en especial si hay dos positivas y aún así, se debe esperar a confirmar el fracaso con el cultivo para estar seguros del fracaso.

La respuesta correcta es: Mantener las indicaciones y controlar ambulatoriamente

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 35 años, presenta un cuadro compatible con una influenza, que evoluciona favorablemente, con tratamiento sintomático. Sin embargo, siete días después inicia un cuadro de tos, con expectoración mucopurulenta y fiebre alta, asociada a dificultad respiratoria y marcado compromiso del estado general. Se solicita una radiografía de tórax, que muestra zonas de relleno bilaterales e imágenes sugerentes de múltiples abscesos pulmonares. El agente etiológico más probable es:

Seleccione una:

- a. Neumococo
- b. Virus hanta
- c. Anaerobios
- d. Adenovirus
- e. Estafilococo áureo



Es una clásica neumonía estafilocócica postinfluenza. Ocurre 1 a 2 semanas después de una infección por influenza y se caracteriza por ser grave y con afectación bilateral, frecuentemente cavitada, con múltiples abscesos. La importancia es que se debe agregar cloxacilina o cefazolina endovenosa al tratamiento, para cubrir el S. aureus.

La respuesta correcta es: Estafilococo áureo

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 69 años, presenta un cuadro de tos con expectoración, asociada a fiebre y dolor tipo puntada de costado. Al examen físico se ausulta importante disminución del murmullo pulmonar derecho, por lo que se solicita una radiografía de tórax, que muestra un derrame pleural, que ocupa la mitad del campo pulmonar derecho. Se realiza una punción pleural, que da salida a un líquido amarillo turbio, con LDH de 310 (LDH plasmática 220), 3.500 células por mm³, con un 90% de polimorfonucleares, pH de 7,0 y ADA de 113 UI/L. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Tuberculosis pleural
- b. Empiema
- c. Derrame maligno (secundario a cáncer)
- d. Derrame paraneumónico simple
- e. Transudado pleural



Es un exudado (tiene LDH mayor a 180. Además es mayor a la LDH plasmática, por lo que obviamente es mayor a 0,6 en relación al plasma). Por ser de predominio polimorfonuclear, puede ser empiema y derrame paraneumónico simple. Que sea turbio y tenga un pH menor a 7,2, hace que sea un empiema. Finalmente, que tenga ADA elevada no lo vuelve TBC, ya que el empiema también tiene ADA muy elevada y la TBC es de predominio mononuclear en la gran mayoría de las veces.

La respuesta correcta es: Empiema

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 10 años presenta tos frecuente, al realizar ejercicio y también en la noche. En el último tiempo ha presentado además disnea, asociada a sibilancias, en particular en la noche. Hoy consulta en el servicio de urgencia, por dificultad respiratoria, tos intensa y disnea de reposo. Al examen físico está taquipneico, con frecuencia respiratoria de 40x', tose con frecuencia y se auscultan sibilancias espiratorias e inspiratorias en ambos pulmones, con prolongación de la espiración. Satura 90% a FiO₂ ambiental. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar salbutamol en puff y enviar a domicilio
- b. Administrar oxígeno para saturar más de 93%, realizar nebulizaciones con salbutamol e iniciar tratamiento antibiótico
- c. Administrar oxígeno al 24%, nebulizar con salbutamol, administrar corticoides e iniciar antibióticos endovenosos
- d. Iniciar oxígeno para saturar más de 93%, nebulizar con salbutamol, administrar corticoides y solicitar una radiografía de tórax ✓
- e. Realizar test de metacolina

Es una crisis asmática clásica con desaturación, que se trata con 1. O₂, como primera medida, en la concentración necesaria para que sature normal (no hay riesgo de encefalopatía hipercárbica, como en el EPOC), 2. Salbutamol en nebulizaciones y 3. Corticoides sistémicos (vía oral, intramuscular o endovenosa). Los antibióticos no están indicados, a menos que haya una neumonía (en el EPOC descompensado sí se indican siempre los antibióticos). La radiografía de tórax sí se puede pedir, para buscar una causa descompensante (ej. Una neumonía).

El test de metacolina no está indicado en agudo y, además, la metacolina lo obstruiría más, poniéndolo en peligro.

La respuesta correcta es: Iniciar oxígeno para saturar más de 93%, nebulizar con salbutamol, administrar corticoides y solicitar una radiografía de tórax

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 71 años, fumador de 1 cajetilla al día, presenta disnea de esfuerzos, que aparece al caminar una cuadra. Al examen físico presenta aumento del diámetro anteroposterior y escasas sibilancias espiratorias. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Asma
- b. EPOC ✓
- c. Fibrosis pulmonar
- d. Cáncer pulmonar
- e. Bronquiectasias

Por el antecedente de fumar, más la disnea con clínica obstructiva (sibilancias, aumento del diámetro torácico), probablemente es un EPOC. El asma tendría una clínica similar, pero en un paciente más joven, con antecedente de alergia por ejemplo. La fibrosis tiene disnea, pero no un clínica obstructiva, sino crépitos difusos y disminución de los campos pulmonares. El cáncer se asocia a tabaquismo y a la edad, pero su clínica es más inespecífica, con disnea, tos, hemoptisis, baja de peso. Las bronquiectasias tendrían una infección previa, como antecedente y clínica con broncorrea y hemoptisis, más infecciones respiratorias recurrentes.

La respuesta correcta es: EPOC

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta los siguientes gases arteriales:

PaO₂: 55 mmHg, PaCO₂: 25 mmHg, pH: 7,40, HCO₃: 15.

Su diagnóstico es:

Seleccione una:

- a. Gases venosos
- b. Insuficiencia respiratoria global, con acidosis respiratoria sola
- c. Insuficiencia respiratoria global, con acidosis metabólica
- d. Insuficiencia respiratoria parcial sin alteraciones el equilibrio ácido base
- e. Insuficiencia respiratoria parcial, con acidosis metabólica y alcalosis respiratoria



Tiene oxígeno menor a 60 mmHg, por lo que es una insuficiencia respiratoria. El CO₂ está menor a 35, por lo que es de tipo parcial, con hiperventilación. El pH está normal, pero tiene una acidosis metabólica (HCO₃ muy bajo) más una alcalosis respiratoria (por la hiperventilación y CO₂ bajo). Está difícil.

Los gases venosos suelen tener O₂ cercano a 40 mmHg y CO₂ cercano a 46 mmHg, sin alteraciones en el pH.

La respuesta correcta es: Insuficiencia respiratoria parcial, con acidosis metabólica y alcalosis respiratoria

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 13 años presenta un cuadro de odinofagia, asociada a malestar general y tos seca de 2 días de evolución. Al examen físico presenta faringe eritematosa, sin exudado, se palpan algunas adenopatías cervicales y su examen pulmonar es normal. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar con tratamiento sintomático
- b. Iniciar amoxicilina oral
- c. Iniciar levofloxacino oral
- d. Iniciar oseltamivir oral
- e. Iniciar ceftriaxona oral



Tiene una faringoamigdalitis. Que tenga tos, orienta a que es viral. Además no tiene exudado, ni se describe un dolor muy intenso, como para pensar en bacteriana. Lo único que algo sugiere una causa bacteriana son las adenopatías, sin embargo, el resto de la clínica es muy pobre, por lo que se trata de una amigdalitis viral (90% de los casos), la que se debe tratar de manera sintomática.

Si hubiese tenido clínica bacteriana, es decir, dolor muy intenso, de inicio agudo, adenopatías, exudado y ausencia de síntomas catarrales (tos, rinitis y disfonía), la respuesta habría sido amoxicilina.

Si en las alternativas hubiese estado solicitar una prueba rápida para S. pyogenes, habría sido una respuesta aceptable, ya que tiene 2 puntos del score de Centor (adenopatías y edad entre 3 y 15 años).

La respuesta correcta es: Iniciar con tratamiento sintomático

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, fumador, se realiza una radiografía de tórax, como parte del control de su empresa, que demuestra la presencia de una masa pulmonar de 4 cm de diámetro, ubicada en la zona parahiliar izquierda. Se solicita una TAC de tórax que muestra un tumor redondo, sólido, con bordes espiculados y una adenopatía mediastínica de 2 cm de diámetro, de características reactivas. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar nueva radiografía en 3 meses
- b. Realizar broncoscopía y biopsia ✓
- c. Realizar resección quirúrgica del tumor y enviar la pieza operatoria a biopsia
- d. Indicar tratamiento antibiótico y controlar en 2 semanas, con nueva radiografía
- e. Solicitar baciloskopías de esputo y cultivo para mycobacterias

Es una masa pulmonar (>3 cm), ya estudiada con la TAC, por lo que se debe ver si tiene criterios de benignidad (en ese caso de sigue con TAC o radiografías) o de malignidad (en ese caso se debe biopsiar, preferentemente por broncoscopía, a menos que esté muy periférico, en que se debe biopsiar, por punción percutánea). Por ser: 1. Fumador, 2. Sólido, 3. Mayor a 1 cm y 4. De bordes espiculados, probablemente es un cáncer y debe biopsiarse. Por estar ubicado en la zona parahiliar, se debe biopsiar por broncoscopía.

Las adenopatías mediastínicas también se deben biopsiar, para etapificar, pero ello se realiza después de diagnosticar el cáncer.

La respuesta correcta es: Realizar broncoscopía y biopsia

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un recién nacido de 30 semanas de edad gestacional, presenta un cuadro de dificultad respiratoria importante, a las pocas horas de nacer, que satura 90% a FiO₂ del 30%. Al examen físico se auscultan crepitaciones en ambos pulmones. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Enfermedad de membrana hialina ✓
- b. Síndrome de aspiración meconial
- c. Taquipnea transitoria
- d. Neumonía por Streptococcus agalactiae
- e. Bronquiolitis por VRS

Por el simple hecho de ser un prematuro menor a 34 semanas, con altísima probabilidad se trata de una enfermedad de membrana hialina (EMH). Además, la EMH se caracteriza por requerir altas concentraciones de O₂ (en este caso está al borde de la insuficiencia respiratoria, a pesar de estar con O₂ al 30%). Finalmente suele empeorar con el paso de las horas.

El SAM (B) suele darse en recién nacidos postérmino o con antecedente de asfixia o meconio en el líquido amniótico. Además, su clínica suele ser obstructiva.

La TT (C) es un cuadro leve y responde a O₂ a bajas concentraciones.

La respuesta correcta es: Enfermedad de membrana hialina

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El EPOC se diagnostica mediante:

Seleccione una:

- a. La clínica sola
- b. La radiografía de tórax
- c. La tomografía axial computada de tórax
- d. La broncoscopía
- e. La clínica más la espirometría



El diagnóstico de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) se realiza con la clínica (disnea de esfuerzos al menos) más la espirometría (que muestra un patrón obstructivo: VEF1/CVF menor a 70%, que no mejora con broncodilatador; si mejorara, sería asma). Por ello se dice que es un "diagnóstico clínico-funcional". Además, la espirometría indica el grado de severidad con el VEF1. Algo importante es que si la clínica y la espirometría muestran un EPOC, en un paciente que no ha fumado, el diagnóstico sigue siendo EPOC, solo que se trata de un EPOC no tabáquico.

La radiografía sí se pide, pero para descartar cáncer, ya que si fumó lo suficiente como para tener EPOC, también puede tener cáncer. La radiografía suele mostrar signos obstructivos: pulmones grandes, corazón en gota, diafragma plano y costillas horizontalizadas.

La respuesta correcta es: La clínica más la espirometría

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente consulta por un cuadro de tos, expectoración, dolor torácico, tipo puntada, con tope inspiratorio, de algunas semanas de evolución, que se ha intensificado en el último tiempo. El examen físico es compatible con un derrame pleural derecho, que se confirma con una radiografía de tórax. Se realiza toracentesis que da salida a líquido amarillo transparente, con proteínas: 6,1 g/dl, LDH: 180 UI/l, 650 células por mm³, con 86% de mononucleares y ADA: 77 UI/l. La tinción de Gram no visualiza bacterias. El análisis sanguíneo muestra proteínas plasmáticas: 7,5 g/dl y LDH plasmática: 210 UI/l. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Empiema
- b. Derrame paraneumónico simple
- c. Derrame pleural canceroso
- d. Tuberculosis pleural
- e. Insuficiencia cardíaca congestiva



Tiene un exudado mononuclear, con ADA alta, por lo que es una tuberculosis.

Es exudado porque cumple con los criterios de Light (basta que cumpla uno, pero en este caso cumple los 3): LDH mayor a 0,6 respecto al plasma (180 / 210); LDH mayor a 2/3 el máximo aceptable para el plasma (en general mayor a 180 ya es exudado); proteínas mayor a 0,5 respecto al plasma (6,1 / 7,5).

ADA bajo 30 sugiere cáncer; sobre 50 sugiere TBC y entre 30 y 50, probablemente es TBC, por lo que lo primero será descartar la tuberculosis pulmonar (PCR para M. tuberculosis o baciloskopías de expectoración), en especial si tiene expectoración. Habitualmente los exudados mononucleares se deben biopsiar con biopsias percutáneas y en caso de salir negativas o de no disponer de alguien entrenado para hacerlas, se biopsian por videotoracoscopía. En el caso de que los exámenes de expectoración resulten positivos para TBC, no se biopsiaría, ya que estaría confirmada la TBC pleuropulmonar.

La respuesta correcta es: Tuberculosis pleural

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 2 años presenta tos de inicio súbito intensa, persistiendo con tos, asociada a expectoración mucopurulenta durante los días subsiguientes. Al examen físico se auscultan estertores y sibilancias localizadas en la base derecha. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Neumonía
- b. Bronconeumonía
- c. Tromboembolismo pulmonar
- d. Coqueluche
- e. Cuerpo extraño bronquial



Tiene un CE bronquial clásico. Inició con el síndrome de penetración (tos intensa, luego de aspirar el CE) y luego evolucionó con la clínica característica: alteraciones localizadas (con mayor frecuencia en el lóbulo inferior derecho, pero también en otras zonas), en el examen pulmonar, ya sea de tipo obstructiva (sibilancias, disminución del MP) o de tipo atelectasia (matidez, crépitos).

El coqueluche tiene mucha tos, pero no inicia de manera súbita, sino que iniciar como un cuadro catarral, que luego evoluciona a accesos de tos, con vómitos, apneas, convulsiones y petequias en la cara.

La respuesta correcta es: Cuerpo extraño bronquial

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente con antecedente de EPOC tabáquico, severo, de 10 años de evolución, consulta por cuadro de astenia y mayor disnea de la habitual, asociada a edema de extremidades inferiores y hepatomegalia. Actualmente no fuma y sigue tratamiento con broncodilatadores y corticoides inhalados. El examen físico no aporta mayor información. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Cardiopatía coronaria
- b. Fibrosis pulmonar
- c. Cáncer
- d. Cor pulmonar
- e. Hipertensión pulmonar



Es una pregunta discutible. Tiene la clínica de una insuficiencia cardíaca derecha (astenia, edema de EEII y hepatomegalia), lo que en contexto de un EPOC, es un cor pulmonar clásico. Sin embargo, la causa del cor pulmonar es la hipertensión pulmonar, por lo que en teoría es una respuesta correcta. Pero, dado que la clínica es característica del cor pulmonar, esa es la respuesta, además que no entregan los datos de la presión de la arteria pulmonar, que se mide mediante ecocardiograma (debe pedirse) y, en algunos casos luego se mide directamente, por medio de cateterismo cardíaco.

Ambos son indicación de O2 domiciliario, si es que además tiene insuficiencia respiratoria crónica (PaO2 menor a 60 mmHg).

La respuesta correcta es: Cor pulmonar

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La fibrosis pulmonar idiopática se presenta espirométricamente como:

Seleccione una:

- a. Un patrón obstructivo que mejora con broncodilatador
- b. Un patrón obstructivo que no mejora con broncodilatador
- c. Un patrón restrictivo que no mejora con broncodilatador
- d. Un patrón mixto que mejora con broncodilatador
- e. Una espirometría normal



La fibrosis es un patrón restrictivo y los patrones restrictivos, por regla general no mejoran con el broncodilatador (salbutamol).

La A es asma. La B es EPOC. Finalmente, no está de más recordar que la hipertensión pulmonar primaria (de mal pronóstico), tiene la espirometría normal (en cambio sí tiene alterado el ecocardiograma: aumento de la PAP [presión de la arteria pulmonar]; y se confirma el diagnóstico con el cateterismo cardíaco: aumento de la PAP medido directamente).

La respuesta correcta es: Un patrón restrictivo que no mejora con broncodilatador

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

En un paciente con EPOC estable, ¿qué criterio es el más adecuado para determinar la severidad?

Seleccione una:

- a. Respuesta a corticoides inhalados
- b. Respuesta a broncodilatadores
- c. Relación VEF1/CVF
- d. VEF1
- e. Gases en sangre arterial



El VEF1, como porcentaje del valor teórico, clasifica al EPOC de acuerdo a la severidad: Leve: mayor o igual a 80%; moderado: menor a 80%; severo: menor a 50%; muy severo: menor a 30%.

La relación VEF1/CVF sirve para el diagnóstico (patrón obstructivo: si es menor a 70%; no debe mejorar con broncodilatador, pudiendo variar hasta un menos de 15%, ya que si mejora más que eso, se trata de un asma).

Los gases arteriales determinan el uso de O₂ domiciliario en el EPOC estable y solo sirven para la severidad del EPOC descompensado.

La respuesta correcta es: VEF1

Pregunta 16

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El tratamiento de primera línea de una sinusitis bacteriana aguda es:

Seleccione una:

- a. Amoxicilina
- b. Clindamicina
- c. Cloxacilina
- d. Amoxicilina + ácido clavulánico
- e. Levofloxacino



Por regla general basta cubrir neumococo, por lo que se indica amoxicilina sola como elección (alternativas: cefixima, cefpodoximo, levofloxacino, doxicilina). Solo si es que no responde en 72 horas con amoxicilina se agrega ácido clavulánico. En cambio en la sinusitis subaguda (mayor a 4 semanas) y en la crónica (mayor a 12 semanas), además hay que cubrir Haemophilus, Estafilococo áureo y anaerobios, por lo que como mínimo se trata con amoxicilina-clavulánico o con moxifloxacino.

La respuesta correcta es: Amoxicilina

Pregunta 17

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente asmático, consulta por disnea. Al examen físico se aprecia de buen aspecto, orientado, con FR: 23x', FC: 80x', PA: 120/80 mmHg, sin uso de musculatura accesoria ni cianosis. Se auscultan sibilancias respiratorias, sin otras alteraciones. Se solicitan gases arteriales, resultando PaO₂: 40 mmHg, PaCO₂: 47 mmHg, HCO₃: 24 mEq/l, pH: 7,4. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Crisis asmática grave con insuficiencia respiratoria global
- b. Crisis asmática grave con insuficiencia respiratoria parcial
- c. Crisis asmática moderada con insuficiencia respiratoria e hipoventilación
- d. Crisis asmática leve con hipoventilación
- e. Crisis asmática leve con toma de gases venosos



Clínicamente está bien, ya que no tiene ni cianosis, ni uso de musculatura accesoria, ni nada, excepto sibilancias respiratorias (las menos graves). Sin embargo, los gases arteriales muestran una hipoxia muy severa, con insuficiencia respiratoria grave (menor a 60 mmHg de PaO₂), lo que solo es compatible con una toma de gases venosos, que tienen exactamente esos valores en promedio (PaO₂: 40; PaCO₂: 46, HCO₃: 24 y pH: 7,4).

La respuesta correcta es: Crisis asmática leve con toma de gases venosos

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente asmático, en tratamiento con salbutamol SOS y fluticasona 2 puff c/12 horas, consulta por disnea y tos, que aparecen en especial en la noche. Al examen físico presenta FC: 80x', PA: 120/80 mmHg, FR: 15x', SatO₂: 98% a FiO₂ ambiental, se auscultan algunas sibilancias respiratorias bilaterales. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Reemplazar la fluticasona por mometasona
- b. Agregar prednisona oral al tratamiento
- c. Agregar ipatropio SOS al tratamiento
- d. Indicar salbutamol c/4 horas, en lugar de indicarlo SOS
- e. Agregar salmeterol c/12 horas al tratamiento



Es un asma, en tratamiento habitual: corticoides inhalados c/12 horas más salbutamol SOS, pero que continúa con síntomas. La siguiente medida es agregar broncodilatadores de larga acción, como el salmeterol o el formoterol, inhalados c/12 horas.

La prednisona (corticoides orales) es la penúltima línea (actualmente la última son los fármacos biológicos). Antes 1. se agregan broncodilatadores de larga acción, 2. se agregan inhibidores de leucotrienos y 3. se aumenta la dosis de los corticoides inhalados. Solo al final se agregan los corticoides orales.

La respuesta correcta es: Agregar salmeterol c/12 horas al tratamiento

Pregunta 19

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 50 años, diagnosticada de fibrosis pulmonar consulta por fiebre y tos productiva. Al examen físico se encuentra en buenas condiciones, con pulso 87x' regular, presión arterial: 120/80 mmHg, frecuencia respiratoria: 17x', temperatura axilar: 38, 5°C y saturación arterial de oxígeno: 94%. Al examen pulmonar se auscultan crépitos bilaterales. Se solicita radiografía de tórax que muestra los cambios propios de la fibrosis pulmonar, asociados a una zona de relleno alveolar en el lóbulo inferior izquierdo, que no aparecía en las radiografías anteriores. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Indicar amoxicilina oral
- b. Iniciar amoxicilina más ácido clavulánico oral y controlar de forma ambulatoria
- c. Hospitalizar e iniciar ceftriaxona endovenosa
- d. Hospitalizar en UCI e iniciar una asociación entre un macrólido y una cefalosporina de tercera generación
- e. Hospitalizar en UCI e iniciar una asociación entre una quinolona y una cefalosporina de tercera generación



El diagnóstico es una neumonía adquirida en la comunidad (NAC), sin criterios de hospitalización, ya que a pesar de tener una fibrosis pulmonar, no hay desaturación arteril ni mayor descompensación. Por lo tanto, se tratará de manera ambulatoria. Por tener una enfermedad respiratoria de base, es de elección la amoxicilina más ácido clavulánico (para cubrir Haemophilus además). Si fuera menor de 65 años, sin comorbilidad, la respuesta habría sido amoxicilina. Si hubiese tenido criterios de hospitalización, sería ceftriaxona. Si hubiese estado muy grave, con requerimiento de UCI, la respuesta habría sido la D o la E: cefalosporina de tercera generación más un macrólido o quinolona respiratoria (levofloxacino).

La respuesta correcta es: Iniciar amoxicilina más ácido clavulánico oral y controlar de forma ambulatoria

Pregunta **20**

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

Paciente de 20 años, consulta por dolor torácico de inicio súbito, con tope inspiratorio, asociado a disnea leve. El examen físico sólo demuestra una leve asimetría en la intensidad del murmullo pulmonar entre ambos hemicampos pulmonares. El diagnóstico más probable y la conducta a seguir son respectivamente:

Seleccione una:

- a. Tromboembolismo pulmonar y solicitar angioTAC de tórax
- b. Neumonía y administrar antibióticos
- c. Neumotórax hipertensivo e instalar toracostomía
- d. Neumotórax espontáneo y solicitar radiografía de tórax
- e. Tromboembolismo pulmonar e iniciar anticoagulación

✗

La clínica es de neumotórax espontáneo (dolor súbito, tope inspiratorio y asimetría del MP, porque disminuye en el lado afectado). No parece a tensión, ya que no tiene hipotensión ni yugulares ingurgitadas, ni desplazamiento de la tráquea, ni asimetría torácica. Por tanto, se debe confirmar con la radiografía, de modo de confirmar el diagnóstico y ver el tamaño (si es grande se drena; si es pequeño se puede observar solo con AINES y controlar con una nueva radiografía en 6 horas).

Si hubiese tenido los signos de neumotórax a tensión descritos, habría sido correcto puncionar el segundo espacio intercostal (no instalar el tubo).

Si hubiese tenido antecedentes de trombofilia, hemoptisis o algo más que sugiera TEP, sería correcto la A y la E (angioTAC y anticoagular), ya que el TEP también puede tener dolor súbito y disnea.

La respuesta correcta es: Neumotórax espontáneo y solicitar radiografía de tórax

[◀ 2.4 Cuestionario Respiratorio](#)

Ir a...

[2.6 Cuestionario Respira](#)

Comenzado el	martes, 28 de febrero de 2023, 21:23
Estado	Finalizado
Finalizado en	martes, 28 de febrero de 2023, 21:33
Tiempo empleado	10 minutos 1 segundos
Puntos	4,00/10,00
Calificación	40,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años presenta disnea y dolor torácico tipo puntada, razón por la cual se realiza una radiografía de tórax, que muestra un derrame pleural de tamaño moderado, el que se punctiona, obteniéndose un líquido amarillo, citrino, con proteínas de 6,2 g/dl, LDH: 300 por mm3, células 150 por mm3, con 95% mononucleares. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Empiema
- b. Derrame pleural tuberculoso
- c. Insuficiencia cardíaca
- d. Derrame paraneumónico simple
- e. Síndrome nefrótico

Es un exudado (proteínas elevadas y LDH mayor a 180), de tipo mononuclear, por lo que es una TBC o un cáncer (no está en las opciones).

El empiema y el derrame paraneumónico son exudados polimorfonucleares.

La ICC y el síndrome nefrótico son transudados (LDH y proteínas bajas).

La respuesta correcta es: Derrame pleural tuberculoso

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 70 años es diagnosticado de una neumonía del lóbulo inferior derecho, mediante una radiografía. Al examen físico está en buenas condiciones, satura 96% a FiO₂ ambiental y sus signos vitales son normales. ¿Qué antibiótico es más adecuado para el tratamiento de este paciente?

Seleccione una:

- a. Clindamicina
- b. Ceftriaxona
- c. Amoxicilina
- d. Amoxicilina + ácido clavulánico
- e. Azitromicina



Es una neumonía adquirida en la comunidad, sin criterios de severidad, por lo que no requiere hospitalización. Se deben indicar antibióticos orales y por tener más de 65 años, de elección es la amoxicilina con ácido clavulánico (ya que cubre bien *Haemophilus*). La azitromicina también es una respuesta correcta, ya que cubre perfectamente todos los gérmenes, pero por regla general, la primera línea es la amoxicilina-clavulánico y los macrólidos solo se indican en pacientes alérgicos o con neumonías por atípicos (ej. *Mycoplasma*).

Si hubiese tenido menos de 65 años, la respuesta hubiese sido amoxicilina.

Si hubiese estado más grave, con indicación de hospitalización, habría sido correcta la ceftriaxona.

La respuesta correcta es: Amoxicilina + ácido clavulánico

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La fibrosis pulmonar se caracteriza por todo lo siguiente, EXCEPTO:

Seleccione una:

- a. Disminución de la capacidad vital forzada (CVF), respecto al valor teórico
- b. Hipocratismo digital
- c. Disminución de la relación VEF1/CVF
- d. Disminución de la difusión de monóxido de carbono (CO)
- e. Patrón en panal de abejas en la radiografía de tórax



Preguntan la excepción (el Eunacom real no tiene este tipo de preguntas, pero sirven para repasar la materia). La fibrosis pulmonar tiene un patrón restrictivo en la espirometría (caída de la CVF y del VEF1, pero con normalidad de la relación VEF1/CVF). Por tanto, no puede ser la C, ya que la disminución de la relación VEF1/CVF es de los cuadros obstructivos.

Puede tener hipocratismo digital, además, es clásico el patrón "en panal de abejas" en la radiografía (a veces se describe como "en vidrio esmerilado"). Finalmente, es un trastorno de la difusión, por lo que altera la prueba de difusión de CO.

La respuesta correcta es: Disminución de la relación VEF1/CVF

Pregunta 4

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

¿Qué examen es el más adecuado para diferenciar la disnea de origen respiratoria de la disnea de origen cardiaca?

Seleccione una:

- a. Péptido natriurético cerebral
- b. Electrocardiograma
- c. Radiografía de tórax
- d. Angiografía pulmonar
- e. Test de esfuerzo

✗

Lo más importante es la clínica, ya que los antecedentes y síntomas orientan mucho a una causa u otra. Sin embargo, si persiste la duda, o hay concomitancia de causas (ej. tiene EPOC y una cardiopatía), el BNP (brain natriuretic peptide) es un examen muy útil para hacer la diferencia. Si está elevado, es muy sugerente de insuficiencia cardíaca. Si está normal, en cambio, es una disnea respiratoria.

La respuesta correcta es: Péptido natriurético cerebral

Pregunta 5

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Para calcular los valores teóricos (valores esperados) para la espirometría se utilizan los siguientes datos, EXCEPTO:

Seleccione una:

- a. Peso del paciente
- b. Talla del paciente
- c. Sexo del paciente
- d. Raza del paciente
- e. Edad del paciente

✗

Los valores esperados de la espirometría se determinan en base al sexo, edad y talla. Además en los países con diferenciación de razas (en Chile casi todos somos mestizos) hay tablas para las distintas razas. El peso, sin embargo, no tiene correlación con los valores espirométricos.

La respuesta correcta es: Peso del paciente

Pregunta 6

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 17 años, cursando una neumonía del lóbulo inferior izquierdo ATS1, en tratamiento con amoxicilina, consulta 72 horas después del inicio del tratamiento, por persistir con fiebre y compromiso del estado general. Se solicita una nueva radiografía que muestra un derrame pleural moderado. Se realiza punción, dando salida un exudado de predominio polimorfonuclear, con lactato de 10 mmol/L y pH: 7,15. La tinción de Gram no visualiza bacterias. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Hospitalizar, remplazar la amoxicilina por ceftriaxona más metronidazol por vía endovenosa e instalar un tubo pleural
- b. Hospitalizar, remplazar la amoxicilina por ceftriaxona endovenosa y drenar el derrame, mediante toracocentesis ✗
- c. Agregar ácido clavulánico al tratamiento
- d. Realizar biopsias pleurales
- e. Administrar antibióticos y trombolíticos intrapleurales

Se trata de un derrame paraneumónico complicado (DPNC) o infectado (equivale al empiema, solo que el empiema es un diagnóstico clínico: pus en la pleura, mientras el que el DPNC es un diagnóstico de laboratorio. Ambos corresponden a infección de la pleura y no solo a inflamación derivada de una infección pulmonar, como ocurre en el derrame paraneumónico simple). Se caracteriza por ser un exudado polimorfonuclear con pH menor a 7,2 y/o lactato mayor a 5 mmol/L. Si el cultivo o el Gram están positivos, también corresponde a un DPNC. Al igual que el empiema, se trata con drenaje, más instalación de un tubo pleural, más antibióticos que cubran los gérmenes de las neumonías más anaerobios. Solo si no drena, por estar loculado, se administran trombolíticos intrapleurales y si no responden, se procede a la decorticación quirúrgica, por videotoracoscopía.

La B sería aceptable en un derrame paraneumónico simple (DPNS).

La C sería correcta si no hubiese habido derrame asociado y simplemente la neumonía no respondía a tratamiento y la radiografía descartaba complicaciones.

La respuesta correcta es: Hospitalizar, remplazar la amoxicilina por ceftriaxona más metronidazol por vía endovenosa e instalar un tubo pleural

Pregunta 7

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente es diagnosticado de tuberculosis pulmonar, por lo que inicia terapia asociada, con 4 fármacos por 2 meses y luego con 2 fármacos por 4 meses más. Las baciloskopías de control resultaron todas negativas, por lo que es dado de alta. Sin embargo, acude a control 3 meses después por recurrencia de los síntomas respiratorios, con tos y expectoración mucopurulenta. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Reiniciar el tratamiento antituberculoso ✗
- b. Solicitar PPD y radiografía de tórax
- c. Solicitar radiografía de tórax y PCR para micobacterias en expectoración
- d. Iniciar antibióticos por vía endovenosa
- e. Solicitar TAC de tórax

Tiene una sospecha de recaída: recurrencia de los síntomas, luego de haber terminado exitosamente el tratamiento, lo que se confirma mediante baciloskopías u otra prueba de detección de tuberculosis (actualmente de elección para comenzar es la reacción de cadena de polimerasa, por estar disponible y sea más sensible que las baciloskopías, pero las baciloskopías siguen siendo un buen examen). Si las pruebas están positivas, se diagnostica la recaída tuberculosa y se debe volver a tratar con esquema primario, además de buscar la fuente de contagio, entre sus contactos. Si estuvieran negativas, se debe pedir una TAC de tórax, para descartar bronquiectasias, ya que la TBC puede secueparse con bronquiectasias, las que, a su vez, pueden tener la misma clínica.

La respuesta correcta es: Solicitar radiografía de tórax y PCR para micobacterias en expectoración

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente sufre quemaduras del 35% del cuerpo, producto de un incendio que afectó su casa. Las zonas más comprometidas son las extremidades inferiores y el tronco, sin compromiso de la cara. Es hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos y recibe analgésicos y reposición de volumen con coloides y cristaloides. Dos días después evoluciona con dificultad respiratoria grave, con saturación arterial de 70% a FiO₂ ambiental, que mejora a 85% con O₂ al 100%. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Neumonía
- b. Atelectasia masiva
- c. Quemadura de la vía respiratoria
- d. Distrés respiratorio
- e. Tromboembolismo pulmonar masivo



Es un distrés respiratorio clásico, en este caso secundario al SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica), debido a las quemaduras. Tiene una Pa/Fi de 85, que es muy baja (menor a 200 ya es bastante baja). Se debe solicitar una radiografía de tórax e iniciar oxígeno, más ventilación mecánica a presión positiva, más el tratamiento de la causa de base.

La quemadura de la vía respiratoria, se ve inmediatamente después de la quemadura (no dos días después), como un cuadro de dolor, obstrucción respiratoria alta y hemoptisis.

La respuesta correcta es: Distrés respiratorio

Pregunta 9

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 68 años, fumador de 20 cigarrillos al día, consulta por disnea y tos con expectoración de un mes de evolución. Al examen físico se aprecia hipocratismo digital, con uñas en vidrio de reloj. Su examen pulmonar no muestra alteraciones. La conducta inicial más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar espirometría
- b. Solicitar radiografía pulmonar
- c. Solicitar lavado broncoalveolar
- d. Solicitar TAC de pulmón
- e. Solicitar broncoscopía



La sospecha es un cáncer de pulmón: fumador con disnea y tos inespecífica, más hipocratismo digital; que el examen pulmonar sea normal, es algo muy frecuente en el cáncer. Si bien el TAC de tórax es el mejor examen para evaluar un nódulo pulmonar solitario, el primer examen sigue siendo la radiografía de tórax. Además, se pregunta explícitamente la conducta inicial.

La respuesta correcta es: Solicitar radiografía pulmonar

Pregunta 10

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 30 años presenta tos frecuente y en ocasiones, disnea en relación al ejercicio y cuando se resfría. Refiere que en los últimos meses tose mucho en la noche, despertándose 3 o 4 veces a la semana y que "le silba el pecho" la mayoría de los días. Al examen físico está en buenas condiciones, pero se aprecia espiración prolongada y se auscultan algunas sibilancias. Su radiografía de tórax muestra aplanamiento del diafragma y su espirometría muestra un patrón obstructivo, que mejora con salbutamol. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar corticoides inhalados SOS y salmeterol según horario ✗
- b. Iniciar salbutamol inhalado SOS y salmeterol según horario
- c. Iniciar salbutamol inhalado SOS y corticoides según horario
- d. Iniciar salbutamol inhalado SOS más corticoides y salmeterol inhalados según horario
- e. Solicitar test de provocación con metacolina

Es un asma clínico, confirmado ya con la espirometría.

Se debe tratar con corticoides por horario más salbutamol SOS. Además, por la severidad de los síntomas, sería un asma con síntomas persistentes moderados (síntomas todos los días y/o 3 a 4 despertares a la semana), por lo que estaría indicado comenzar también con un broncodilatador de larga acción.

No es necesario pedir el test de metacolina, ya que el diagnóstico fue confirmado con la espirometría (El test de metacolina se pide como apoyo diagnóstico en paciente con sospecha de asma con síntomas intermitentes, ya que en ellos la espirometría resulta normal).

La respuesta correcta es: Iniciar salbutamol inhalado SOS más corticoides y salmeterol inhalados según horario

[◀ 2.5 Cuestionario Respiratorio](#)

Ir a...

[2.7 Cuestionario Respiratorio](#)

Comenzado el	martes, 28 de febrero de 2023, 22:08
Estado	Finalizado
Finalizado en	martes, 28 de febrero de 2023, 22:17
Tiempo empleado	9 minutos 2 segundos
Puntos	7/9
Calificación	78 de 100

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1 sobre 1

Una paciente de 45 años presenta un cuadro de tos con expectoración mucopurulenta, malestar general y fiebre. Al examen físico, presenta crepitaciones en la base izquierda, siendo diagnosticada de probable neumonía bacteriana, por lo que se inicia amoxicilina oral y se cita a control en 24 horas con radiografía de tórax. Al control, trae la radiografía, con visualización de una zona de relleno alveolar en el lóbulo inferior izquierdo y un derrame pleural ipsilateral, el que es puncionado y drenado, dando salida a un líquido citrino, con LDH: 250 UI/L, colesterol: 60 mg/dl, 90% de polimorfonucleares, pH: 7,4, tinción de Gram que no visualiza bacterias y lactato de 2 mmol/L. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

- a. Hospitalizar, indicar antibióticos endovenosos e instalar un tubo de drenaje pleural
- b. Iniciar estudio etiológico del transudado pleural
- c. Solicitar PCR para M. tuberculosis, baciloskopías y cultivo de micobacterias en expectoración y líquido pleural
- d. Realizar videotoracoscopía
- e. Hospitalizar para tratamiento antibiótico endovenoso



Tiene un derrame paraneumónico simple, por lo que solo requiere del manejo de su neumonía de base (como antibiótico se recomienda ampicilina sulbactam o ceftriaxona más metronidazol, es decir, que cubran los gérmenes de las neumonías más anaerobios). Si hubiese sido un empiema o un derrame paraneumónico complicado, debería ponerse un tubo de drenaje pleural (y si no drena por estar loculado u organizado, se inyectan trombolíticos intrapleurales y, de última línea, se realiza decorticación por videotoracoscopía).

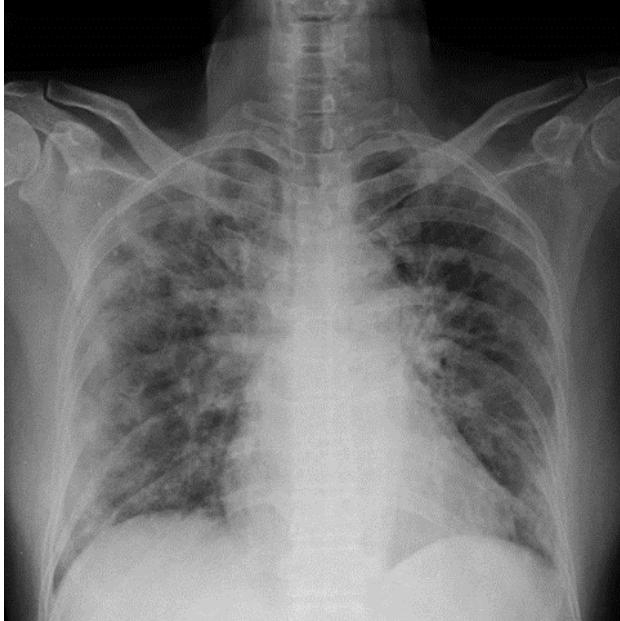
La respuesta correcta es: Hospitalizar para tratamiento antibiótico endovenoso

Pregunta 2

Correcta

Se puntuó 1 sobre 1

Un paciente de 66 años, hipertenso, consulta por disnea de esfuerzos de un día de evolución, que hoy progresó a disnea de reposo. Refiere que algunos días atrás estuvo algo congestionado. Al examen físico se aprecia taquipneica a 35 rpm, taquicárdica, con apremio respiratorio y cianosis perioral. Satura: 88% a FiO₂ ambiental, mejorando a 92% con oxígeno. Su examen pulmonar muestra escasos crepitos bilaterales y estertores. Se solicita radiografía de tórax, que se muestra a continuación (fuente: www.princeton.edu).



¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Covid-19
- b. Neumonía atípica
- c. Neumonía bacteriana bilateral
- d. Edema pulmonar agudo
- e. Fibrosis pulmonar



Es una covid-19 clásica, con curso agudo e insuficiencia respiratoria en un paciente con factores de riesgo (edad e HTA).

La respuesta correcta es: Covid-19

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Usted atiende a un niño de 8 meses, debido a un cuadro respiratorio con tos y taquipnea. Al examen físico, presenta sibilancias bilaterales y retracción subcostal. Es manejado con salbutamol en set de puff, con buena respuesta. Como antecedente refiere que estuvo hospitalizado a los 3 meses de edad por una bronquiolitis por virus respiratorio sincial y que presentó dos crisis obstructivas más a los 4 y 6 meses, por lo que usa salbutamol en caso de síntomas, por aerocámara. Su radiografía de tórax es normal. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

- a. Agregar salmeterol inhalado c/12 horas
- b. Realizar test del sudor
- c. Reemplazar el salbutamol por mezcla de salbutamol e ipatropio
- d. Educar y observar evolución, sin necesidad de cambios en el manejo
- e. Agregar fluticasona inhalada



Tiene un SBO recurrente, por lo que debe manejarse como un asma, es decir, agregando corticoides inhalados diarios (uno o dos puff al día, según el caso) al tratamiento con broncodilatadores de corta acción SOS. No tiene elementos que hagan sospechar una fibrosis quística u otra causa de SBOR secundario.

La respuesta correcta es: Agregar fluticasona inhalada

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Una paciente de 50 años consulta por disnea de grandes esfuerzos, que le impide realizar deporte o caminar muchas cuadras. Refiere que hay días en que casi no tienen síntomas y que, por el contrario, hay otros momentos en que presenta disnea de reposo. Al examen físico tiene signos vitales normales y su examen segmentario solo muestra sibilancias espiratorias bilaterales. Se solicita una radiografía de tórax, que es normal y una espirometría que muestra lo siguiente:

	VEF1 (% teórico)	CVF (% teórico)	VEF1/CVF
Basal	66%	97%	48%
Post-BD	88%	100%	64%

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Hipertensión pulmonar
- b. Fibrosis pulmonar
- c. EPOC
- d. Asma
- e. Tromboembolismo pulmonar crónico



Tiene un patrón obstructivo (VEF1/CVF menor a 70%), que mejora con broncodilatador, por lo que tiene un asma. Además, la clínica muy variable es compatible con esta patología, que suele cursar con crisis de mayor obstrucción y momentos de mejoría clínica, de acuerdo a la exposición o no a los desencadenantes

La respuesta correcta es: Asma

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 68 años, diagnosticado de EPOC tabáquico, en tratamiento con salbutamol SOS, con hábito tabáquico suspendido hace 2 años, presenta aumento de la disnea y la expectoración habitual, presentando dificultad respiratoria en el reposo. Al examen físico está taquipneico, cianótico, con uso de musculatura accesoria y con MP disminuido, con sibilancias bilaterales. Satura 85% a FiO₂ ambiental y en sus gases se demuestra PaCO₂: 66 mmHg. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar oxígeno para saturar mayor o igual a 92%, realizar nebulizaciones con salbutamol y administrar corticoides sistémicos
- b. Conectar a Bi PAP de inmediato
- c. Enviar a domicilio con corticoides inhalados cada 12 horas más salbutamol inhalado SOS
- d. Administrar oxígeno al 100% y realizar nebulización con salbutamol y corticoides
- e. Administrar oxígeno a 2 litros por minuto, realizar nebulizaciones con salbutamol, administrar corticoides endovenosos e iniciar antibióticos

Dado que la PaCO₂ es mayor a 60 mmHg, se debe conectar a ventilación mecánica. Además, por estar consciente, se prefiere la ventilación no invasiva, es decir, el BiPAP.

La respuesta correcta es: Conectar a Bi PAP de inmediato

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente consulta por dolor torácico, tipo puntada de costado, por lo que se realiza una radiografía de tórax, que muestra un derrame pleural moderado. Se procede a la toracocentesis, obteniéndose un líquido pleural amarillo, transparente, con pH: 7,30, lactato: 2,5 mmol/L, LDH: 190 UI/L, proteínas: 4,0 g/L, células: 560 por mm³, con 90% de mononucleares. La LDH plasmática es 250 U/L y las proteínas plasmáticas son 7,0 g/dL. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Empiema
- b. Tuberculosis pleural
- c. Tromboembolismo pulmonar crónico
- d. Derrame paraneumónico simple
- e. Insuficiencia cardíaca

Tiene un exudado mononuclear (exudado por los criterios de Light, que los cumple todos). Por tanto, probablemente tiene una tuberculosis, o, en segundo lugar, un cáncer. La ADA puede ayudar a hacer la diferencia. Finalmente, la única forma de establecer el diagnóstico definitivo es con las biopsias pleurales, que se pueden hacer de manera ciega percutánea o guiada por videotoracoscopía (resultados similares, así que depende del centro y habilidades de médicos disponibles), aunque, si la sospecha es claramente de una tuberculosis, lo primero será descartar tuberculosis pulmonar (no solo pleural), con estudio microbiológico de expectoración (PCR para Mycobacterium tuberculosis idealmente o con baciloskopías). Si resultan positivas, no es necesario hacer las biopsias (a menos que se sospeche que, además, tiene un cáncer concomitante, lo que sería raro).

La respuesta correcta es: Tuberculosis pleural

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 67 años es diagnosticado de EPOC, mediante espirometría. Es fumador de 30 paquetes año, aunque dejó de fumar hace 18 meses. Presenta disnea de medianos esfuerzos, que maneja con uso frecuente de salbutamol, aunque no ha tenido descompensaciones ni hospitalizaciones. Se solicitan gases arteriales que muestran PaO₂: 64 mmHg, PaCO₂: 34 mmHg, HCO₃: 23 mEq/L y pH: 7,4. Su hemograma muestra hematocrito: 50%, blancos: 7.000 por mm³ y plaquetas: 300.000 por mm³. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

- a. Indicar oxigenoterapia en domicilio y corticoides inhalados
- b. Agregar broncodilatadores de larga acción inhalados ✓
- c. Agregar corticoides inhalados
- d. Indicar oxigenoterapia en domicilio y broncodilatadores de larga acción
- e. Solicitar TAC de tórax

Tiene un EPOC estable. Para aumentar la sobrevida sirve dejar de fumar (ya lo hizo) y el oxígeno domiciliario, aunque este solo está indicado en casos con PaO₂ menor a 55 o menor a 60 más insuficiencia cardíaca derecha, hipertensión pulmonar (PAP mayor a 25 mmHg) o poliglobulia (hematócrito mayor a 55%), por lo que en este paciente no procede indicarlo. Para disminuir los síntomas, sirven los broncodilatadores inhalados de corta acción y, si persisten, se agregan los de larga acción. A diferencia del asma, en el EPOC, los corticoides inhalados cumplen un rol secundario, como alivio sintomático de tercera línea (sí sirven los corticoides sistémicos en las descompensaciones).

La respuesta correcta es: Agregar broncodilatadores de larga acción inhalados

Pregunta **8**

Incorrecta

Se puntuó 0 sobre 1

Un paciente de 57 años, fumador de 7 paquetes-año, hábito que suspendió hace 10 años, consulta por un cuadro de 12 meses de evolución de tos seca y disnea de esfuerzos, que han ido en aumento, dificultándole caminar más de 4 cuadras. No ha tenido ortopnea ni disnea paroxística nocturna. Al examen físico tiene signos vitales normales, saturación de oxígeno de 93%, examen cardíaco con aumento de la intensidad del R2, sin soplos y examen pulmonar con estertores crepitantes bilaterales, de localización subescapular. Se solicita radiografía de tórax, que se muestra a continuación (fuente: medired.com.bo).



¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Tuberculosis pulmonar
- b. Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*
- c. Neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*
- d. Covid-19
- e. Fibrosis pulmonar

✗

Es una fibrosis pulmonar clásica, tanto por la clínica como por la radiografía.

La respuesta correcta es: Fibrosis pulmonar

Pregunta 9

Sin contestar

Puntúa como 1

Usted atiende en el servicio de urgencia a un paciente de 59 años, con antecedente de EPOC tabáquico moderado (VEF1: 75%), en tratamiento con salmeterol y salbutamol, quien consulta porque desde hace 3 días presenta tos con expectoración mucopurulenta y fiebre hasta 38,5°C. Refiere que a los 20 años hizo un shock anafiláctico ante una inyección de penicilina benzatina. Al examen físico está en buenas condiciones generales, satura 95% (basal 96%), frecuencia respiratoria de 20 por minuto, murmullo pulmonar presente, con crepitaciones en la base derecha. Su radiografía de tórax se muestra a continuación.



¿Cuál es la conducta más adecuada?

- a. Hospitalizar en sala con oxígeno al 24% y antibioterapia con ceftriaxona
- b. Manejo ambulatorio con amoxicilina más ácido clavulánico
- c. Hospitalizar en UCI para ventilación mecánica no invasiva y antibioterapia con levofloxacino
- d. Manejo ambulatorio con azitromicina
- e. Hospitalizar en sala con oxígeno al 24% y antibioterapia con levofloxacino

Tiene una neumonía, con infiltrados en la base derecha. Está en buenas condiciones generales, por lo que no requiere hospitalización. Por tener un shock anafiláctico a la penicilina están contraindicados tanto la amoxicilina como las cefalosporinas (las cefalosporinas solo se pueden dar en reacciones leves y no mediadas por IgE y, en el caso del shock anafiláctico es tanto grave como mediada por IgE). Por tener EPOC, se debe cubrir Haemophilus, lo que se consigue con los macrólidos, quinolonas respiratorias y, si no hubiese sido alérgica, con amoxicilina más ácido clavulánico o cefuroxima.

La respuesta correcta es: Manejo ambulatorio con azitromicina

[◀ 2.6 Cuestionario Respiratorio](#)

[Ir a...](#)

[1. Trastornos digestivos funcionales y signos de al](#)

Comenzado el	martes, 28 de febrero de 2023, 23:29
Estado	Finalizado
Finalizado en	martes, 28 de febrero de 2023, 23:39
Tiempo empleado	10 minutos 1 segundos
Puntos	6,00/10,00
Calificación	60,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

Un paciente cirrótico, con ascitis, presenta un cuadro de dolor abdominal y fiebre, por lo que se realiza una paracentesis diagnóstica, que da salida a un líquido citrino, con 1.300 polimorfonucleares por mm3. Se indica tratamiento con cefotaximo por 7 días, con excelente respuesta. ¿Qué indicación se debe dar ahora que el cuadro agudo se resolvió?

Seleccione una:

- a. Antibióticos profilácticos ✓
- b. Albúmina profiláctica
- c. Paracentesis periódicas
- d. Corticoides orales
- e. Instalación de TIPS

Tenía una PBE (peritonitis bacteriana espontánea), que fue confirmada con la paracentesis, que mostró más de 250 polimorfonucleares por mm3 y tratada adecuadamente (cefotaximo 2g c/8h es de elección, ya que generalmente son por *Escherichia coli* o *Klebsiella sp.*; ceftriaxona 2g/día es una opción; quinolonas endovenosas tienen menor eficacia, pero se usan en alérgicos a cefalosporinas; carbapenémicos se pueden usar en pacientes muy graves o con identificación de bacterias resistentes, como *pseudomonas*).

Las principales indicaciones de profilaxis antibiótica para la PBE son tres: 1. PBE previa (este caso), 2. HDA por várices esofágicas y 3. Albúmina peritoneal menor a 1,5 g/dl (en algunas guías dice menor a 1 g/dl salvo en pacientes con falla hepática o renal, en que sí se usa el corte de 1,5 g/dl). La profilaxis se recomienda actualmente con medicamentos diarios (no trisemanal ni semanal) con cotrimoxazol en dosis altas (sulfametoxazol 800 mg más trimetroprim 160 mg, conocido como cotrimoxazol "double strength" o "forte") y, como opción, están las quinolonas como el ciprofloxacino 500mg/d o el norfloxacino 400 mg/d. Se mantiene de por vida, o hasta que se trasplante.

La albúmina profiláctica es útil para la profilaxis de síndrome hepatorenal en dos situaciones: 1. PBE y 2. Paracentesis evacuadora. En el caso de la PBE, se usa 1,5 g/Kg de peso corporal apenas se hace el diagnóstico y el día 3 se da una nueva dosis de 1g/Kg peso, por vía endovenosa. En el caso de la paracentesis evacuadora se usan 8 gramos por cada litro extraído.

Las paracentesis periódicas son el tratamiento de la ascitis refractaria al tratamiento diurético. Al igual que el TIPS, que es una solución algo más definitiva, pero que tiene riesgo de agravar la encefalopatía hepática.

La respuesta correcta es: Antibióticos profilácticos

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 3 años presenta un cuadro de esteatorrea y baja de peso, asociada a signos carenciales (caída de cabello, queilitis angular, piel seca). Se realiza un test de Sudán III, que resulta positivo y un test de la D-xilosa, que resulta normal. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?

Seleccione una:

- a. Déficit de páncreas exocrino
- b. Enfermedad celíaca
- c. Giardiasis intestinal
- d. Síndrome de intestino corto
- e. Diarrea crónica inespecífica



Al tener una prueba de Sudán positiva, se confirma la esteatorrea y por tanto, la malabsorción intestinal. Al tener la prueba de D-Xilosa normal, se sabe que la malabsorción no es un problema parietal, sino enzimático. El déficit enzimático del páncreas es la única opción aceptable. La enfermedad celíaca, giardiasis e intestino corto, todos son problemas de la pared intestinal, por lo que tendrían alterada la D-Xilosa. La diarrea crónica inespecífica no tiene malabsorción, más allá de la diarrea osmótica producida por el exceso de ingesta de jugos hiperosmolares.

Se debe recordar que el enfrentamiento diagnóstico actual, ante una sospecha de malabsorción intestinal incluye una exhaustiva anamnesis y examen físico más exámenes generales de sangre y la prueba de grasas en deposiciones (como el Sudán III o Sudán IV, que tienen buena sensibilidad). En los exámenes generales de sangre suele ir inmediatamente la serología para enfermedad celíaca.

Si con lo anterior se sospecha una causa específica, se va directamente a confirmarla. Ejemplo: si tiene serología positiva para enfermedad celíaca se debe ir directamente a la biopsia de duodeno. Ejemplo 2: si tiene clínica compatible con una pancreatitis crónica, se puede ir directamente a una imagen, ya sea una colangiopancreatografía por RMN o una TAC abdominal. Ejemplo 3: si se sospecha una fibrosis quística, se pide directamente el test del sudor.

Si no se sospecha una causa específica, el test de la D-xilosa puede ser útil para diferenciar entre las causas parietales (está alterado) de las causas enzimáticas (está normal la excreción de D-xilosa en orina).

La respuesta correcta es: Déficit de páncreas exocrino

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál es el diagnóstico más probable ante un paciente de 30 años con dolor abdominal e importante constipación, de dos años de evolución?

Seleccione una:

- a. Colitis ulcerosa
- b. Enfermedad celíaca
- c. Síndrome de intestino irritable
- d. Pólipos intestinales
- e. Cáncer de colon



Por la edad (menor a 50 años), lo más probable es que sea un síndrome de intestino irritable (SII), que se caracteriza por dolor abdominal crónico, asociado a alteraciones en la consistencia y frecuencia de las deposiciones. Si hubiese tenido mayor edad o algún signo de alarma (ej. hematoquecia, síntomas nocturnos), el diagnóstico habría sido cáncer de colon. La colitis ulcerosa y la enfermedad celíaca producen diarrea. Los pólipos de colon son asintomáticos (excepto los pólipos juveniles, que son causa de HDB escasa en los niños). Recordar que el diagnóstico del SII es fundamentalmente clínico y no se deben realizar exámenes, más allá del screening de cáncer de colon propio del mayor de 50 años (que se haría también en alguien sin síntomas) y, a lo más, un hemograma y otros exámenes generales propios del chequeo médico. Cuando viene con diarrea, es posible estudiar la diarrea crónica también, con parasitológico (si se sospecha giardiasis) o exámenes de malabsorción intestinal (si se sospecha ese diagnóstico).

La respuesta correcta es: Síndrome de intestino irritable

Pregunta 4

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

Un paciente consume 20 comprimidos de paracetamol hace 6 horas. Está asintomático. ¿Cuál es la conducta?

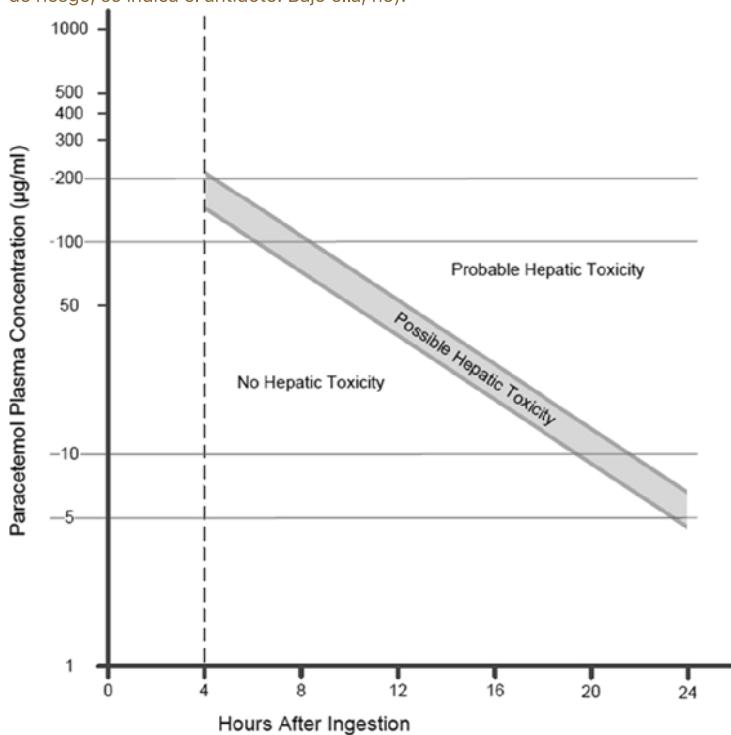
Seleccione una:

- a. Observar evolución
- b. Realizar lavado gástrico
- c. Solicitar pruebas hepáticas
- d. Solicitar niveles plasmáticos de paracetamol
- e. Administrar bicarbonato de sodio por vía endovenosa

✗

Es una pregunta que induce a error, ya que hay que solicitar las pruebas hepáticas, niveles de paracetamol y observar evolución. Sin embargo, lo más importante es solicitar los niveles plasmáticos de paracetamol, ya que determinarán la dosis de N-acetil-cisteína que debe recibir. En cambio, las pruebas hepáticas no cambiarán la conducta, sino que solo reflejarán la hepatitis esperada. No sirve el lavado gástrico, porque ya ha pasado más de una hora. Sí estaría indicado el carbón activado.

A continuación se muestra el normograma de Rumack-Matthews, que se usa para determinar si se indica o no la N-acetil-cisteína, dependiendo del nivel de paracetamol y el tiempo que ha pasado desde la ingestión (fuente: <https://www.researchgate.net/>; sobre la línea de riesgo, se indica el antídoto. Bajo ella, no):



La respuesta correcta es: Solicitar niveles plasmáticos de paracetamol

Pregunta 5

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 57 años consulta por dolor abdominal postprandial frecuente, asociado astenia. Refiere que presenta dolor epigástrico intenso, luego de comer y luego de consumir alcohol. Al preguntarle, refiere que ha bajado de peso y que toma una botella de vino al día y que los fines de semana el consumo puede ser de hasta 5 botellas en un día, pero que últimamente ha consumido menos, porque el dolor lo limita. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar endoscopía digestiva alta ✗
- b. Indicar régimen cero e iniciar analgésicos e hidratación endovenosa
- c. Solicitar angiografía mesentérica
- d. Resolver quirúrgicamente
- e. Solicitar glicemia de ayuno y TAC de abdomen

La sospecha diagnóstica es una pancreatitis crónica (antecedente de alcoholismo más dolor postprandial y posconsumo de alcohol), la que se estudia con la TAC abdominal o con una colangiopancreatografía por resonancia magnética (solo en los casos en que la imagen deja dudas, se puede realizar una prueba de función pancréatica con secretina o una endosonografía). Además, se solicita una glicemia de ayunos, porque se suele complicar con diabetes y pruebas de Sudán, porque se suele complicar también con malabsorción intestinal. Si, en lugar de alcoholismo, hubiese tenido antecedente de factores de riesgo cardiovascular, la sospecha habría sido una angina mesentérica, la que se estudia con angiografía mesentérica.

Recordar que la presentación clínica habitual es un paciente alcohólico con dolor abdominal recurrente, que aumenta al recostarse y después de comer, aunque hay un porcentaje menor de pacientes que no tienen síntomas y en los que el diagnóstico se hace como hallazgo en una imagen que muestra las alteraciones características de la pancreatitis crónica (radiografía, TAC o ecografía pueden mostrarlas y, en ese caso, suele ser diagnóstica, a pesar de no haberse solicitado el mejor examen y solo haber sido un hallazgo).

La respuesta correcta es: Solicitar glicemia de ayuno y TAC de abdomen

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 25 años consulta por diarrea, que inició hace 3 meses, que en ocasiones es sanguinolenta. Además, presenta pujo y tenesmo frecuente y ha bajado 6 kilogramos de peso. Al examen físico, presenta dolor abdominal a la palpación, ruidos hidroaéreos aumentados y úlceras orales. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Seleccione una:

- a. Colitis ulcerosa
- b. Enfermedad de Cröhn ✓
- c. Enfermedad celiaca
- d. Colitis pseudomembranosa por C. difficile
- e. Parasitosis intestinal

Tiene clínica de una enfermedad inflamatoria intestinal (persona joven con diarrea disentérica y baja de peso). Por la presencia de úlceras orales, orienta más a enfermedad de Cröhn, ya que la colitis ulcerosa está limitada al colon y cualquier manifestación en otra zona del tubo digestivo es propia de la enfermedad de Cröhn. Eso sí, es importante recordar que la colitis ulcerosa sí puede presentar úlceras orales en algunos pacientes, pero que su presencia orienta clásicamente más a una enfermedad de Cröhn, a pesar de que hay algunos reportes que sugieren que no serían un buen indicador para diferenciarlas, en especial si son úlceras superficiales. Finalmente, la historia de diarrea, hematoquecia y pujo más tenesmo es la más frecuente en la colitis ulcerosa, ya que siempre tiene mucho compromiso rectal, lo que genera estos síntomas.

La respuesta correcta es: Enfermedad de Cröhn

Pregunta 7

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Una paciente de 50 años, con antecedente de hipotiroidismo, en tratamiento con 100 ug de levotiroxina al día, consulta por astenia e ictericia leve. Se solicitan exámenes generales, entre los que destacan TSH: 0,7 mg/dl, bilirrubina: 2,5 mg/dl, FA: 140 UI/L, GGT: 80 UI/L, GOT: 430 UI/L, GPT: 397 UI/L, protrombinemia: 60%. Refiere que consume máximo una copa de vino o un vaso de cerveza al día y niega conductas sexuales de riesgo. Se solicita glicemia de ayuno, que resulta 70 mg/dl y la serología descarta hepatitis de causa viral. ¿Cómo debe proseguir el estudio de esta paciente?

Seleccione una:

- a. Solicitar endoscopía digestiva alta
- b. Solicitar anticuerpos antimitocondriales
- c. Solicitar hemograma-VHS
- d. Solicitar colangioresonancia
- e. Solicitar anticuerpos antinucleares y anti-músculo liso



Tiene un patrón hepático: elevación de las transaminasas (GOT y GPT). Además, por el antecedente de autoinmunidad (hipotiroidismo), más la ausencia de otra causa que lo explique (no hay resistencia a la insulina, como para pensar en hígado graso y los marcadores virales están negativos). La hepatitis autoinmune se estudia con los anticuerpos antinucleares (ANA son los más frecuentes en la hepatitis autoinmune tipo 1), antimúsculo liso (ASMA son más específicos de la hepatitis autoinmune tipo 1 y reflejan la presencia de anticuerpos anti activa o AAA, que generalmente no se miden) y antimicrosomales (anti-KLM1 son los característicos de la hepatitis autoinmune tipo 2). Los antimitocondriales (AMA) son marcadores de la cirrosis biliar primaria (CBP) o colangitis biliar primaria, la que tiene un patrón colestásico y los anticítoplasma de neutrófilo (ANCA-p) son marcadores de la colangitis esclerosante primaria, que también tiene un patrón colestásico. Aunque en la hepatitis autoinmune pueden estar presentes los AMA y los ANCA-p, estos no son los característicos.

La respuesta correcta es: Solicitar anticuerpos antinucleares y anti-músculo liso

Pregunta 8

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Una paciente de 67 años presenta constipación de 4 meses de evolución, que en ocasiones se acompaña de heces sanguinolentas. Se realiza una colonoscopía que muestra una tumoración de 6 cm de largo, en el colon sigmoideo, de superficie irregular, que se biopsia, resultando un adenocarcinoma tubular. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

Seleccione una:

- a. Solicitar ecografía abdominal
- b. Solicitar TAC de tórax, abdomen y pelvis
- c. Solicitar resonancia magnética nuclear de abdomen y pelvis
- d. Solicitar endoscopía digestiva alta
- e. Realizar nueva colonoscopía, para la resección del tumor por vía colonoscópica



Tiene un cáncer de colon, cuyo diagnóstico se hace con la biopsia, tomada por colonoscopía (como en este caso). Por tanto, se debe etapificar, con la TAC y luego tratarlo lo hemicolectomía izquierda (por estar en el colon sigmoideo), con abordaje abdominal (no colonoscópico).

La respuesta correcta es: Solicitar TAC de tórax, abdomen y pelvis

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente es diagnosticado de úlcera duodenal, con test de ureasa positiva. Se indican 14 días de antibióticos (amoxicilina y claritromicina) y 6 semanas de omeprazol. El paciente evoluciona positivamente desde el punto de vista clínico y sus síntomas desaparecen. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

Seleccione una:

- a. Controlar con nueva endoscopía digestiva alta y test de ureasa
- b. Solicitar antígeno en deposiciones para H. pylori ✓
- c. Mantener el omeprazol, a permanencia
- d. Repetir el tratamiento antibiótico en 6 meses
- e. Observar evolución e indicar reconsulta en caso de recurrencia de los síntomas

La erradicación de H. pylori es el tratamiento de la úlcera gastroduodenal. El control es con endoscopía digestiva alta en la úlcera gástrica (por el riesgo de que de base haya un cáncer) y con antígeno en deposiciones en la úlcera duodenal (no necesita una prueba invasiva). El omeprazol a permanencia es el tratamiento del reflujo gastroesofágico. En la úlcera solo se deja por 6 semanas, para acelerar la cicatrización.

La respuesta correcta es: Solicitar antígeno en deposiciones para H. pylori

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente, con IRC, está en espera de ingresar a hemodiálisis, por lo que se piden algunos exámenes que muestran antígeno VHBs negativo, IgG anti-VHBs positivo, IgG anti-VHC positivo. ¿Cuál es la opción más probable?

Seleccione una:

- a. Se descartan las hepatitis virales B y C
- b. Tiene hepatitis B sola
- c. Tiene hepatitis C sola ✓
- d. Tiene hepatitis B y C
- e. Tiene crioglobulinemia

Como tiene IgG anti VHC(+), tiene anticuerpos totales anti VHC positivos, por lo que lo más probable es que tenga hepatitis C, dado que cronicifica en un 90% de los casos y por ello cualquier anticuerpo la sugiere fuertemente. De todos modos, se debe confirmar con una PCR para VHC, ya que hay un 10% de falsos positivos.

Como el antígeno VHBs está negativo, no tiene hepatitis B. Los anticuerpos anti-VHBs demuestran que está protegido, ya sea porque se vacunó o porque tuvo hepatitis B y se mejoró (solo 10% cronicifica).

La respuesta correcta es: Tiene hepatitis C sola

Comenzado el	miércoles, 1 de marzo de 2023, 19:06
Estado	Finalizado
Finalizado en	miércoles, 1 de marzo de 2023, 19:26
Tiempo empleado	19 minutos 21 segundos
Puntos	17,00/20,00
Calificación	85,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 68 años presenta un cuadro de dificultad para tragar, que afecta principalmente a la ingesta de líquidos. El diagnóstico de sospecha es:

Seleccione una:

- a. Acalasia esofágica ✓
- b. Divertículo de Zenker
- c. Cáncer de esófago
- d. Esófago de Barret
- e. Reflujo gastroesofágico

Como tiene afectación de la ingesta de líquidos, se trata de una disfagia ilógica (errática, intermitente y que afecta líquidos), cuya causa clásica es la acalasia esofágica (trastorno motor del esófago), además de otros trastornos motores, como los accidentes vasculares, la esclerosis lateral amiotrófica o la esclerodermia con compromiso esofágico, aunque todos ellos suelen presentar otros síntomas y no solo disfagia.

El divertículo de Zenker tiene disfagia alta que puede ser lógica o ilógica, con halitosis y con regurgitación de alimentos no ácidos, así que, potencialmente es una respuesta correcta, aunque le faltan otros elementos.

El cáncer de esófago tiene disfagia lógica (progresiva, que afecta primero a los sólidos grandes, luego a los más pequeños y al final a los líquidos, como sería lógico en un cuadro de obstrucción).

El esófago de Barret es asintomático. El RGE tiene pirosis y regurgitación, sin disfagia, dado que la disfagia hace sospechar un cáncer y obliga a solicitar una endoscopía.

La respuesta correcta es: Acalasia esofágica

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 56 años, portador de una cirrosis por consumo crónico de alcohol, consulta por gran aumento del perímetro abdominal. Actualmente ya no consume alcohol y presenta ascitis a tensión en el examen físico. Se realiza paracentesis diagnóstica, que muestra salida de líquido ascítico transparente con 10 células por mm³ y albúmina de 2,2 g/dl. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Realizar paracentesis evacuadora, con reposición de albúmina ✓
- b. Iniciar antibióticos por vía endovenosa
- c. Iniciar antibióticos orales, de manera profiláctica
- d. Iniciar espironolactona oral
- e. Observar evolución

El tratamiento de la ascitis a tensión es la evacuación, con reposición de albúmina (8 gramos por litro sacado). Eso sí, primero se debe descartar PBE (en este caso, se descartó porque el líquido peritoneal tiene < 250 PMN por mm³). La ascitis simple se trata con diuréticos (espironolactona y furosemida). La PBE se trata con antibióticos endovenosos (cefotaximo de elección) más profilaxis de síndrome hepatorenal con albúmina (1,5 g/Kg de peso el día 1 y 1 g/Kg de peso el día 3) y luego queda con profilaxis antibiótica oral (cotrimoxazol o ciprofloxacin).

La respuesta correcta es: Realizar paracentesis evacuadora, con reposición de albúmina

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 61 años, cirrótico, se realiza una endoscopía digestiva alta, que muestra várices esofágicas de tamaño moderado. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar beta-agonistas adrenérgicos
- b. Administrar beta-bloqueadores adrenérgicos ✓
- c. Iniciar omeprazol
- d. Instalar un TIPS de manera urgente
- e. Realizar ligadura endoscópica de las várices

Las várices esofágicas (VE) que no están sangrando, se deben tratar con profilaxis. La profilaxis primaria (VE que nunca han sangrado) se hace con betabloqueantes no selectivos (bloquean receptores adrenérgicos beta 1 y beta 2), como el propanolol, nadolol o carvedilol (además bloquea alfa 1). Algunos autores recomiendan el propanolol en pacientes con cirrosis descompensada y el carvedilol, en pacientes compensados). Se inicia con dosis bajas y se ajusta la dosis para obtener frecuencias cardíacas entre 55 y 60 lpm. No se requiere de control endoscópico, una vez que se inicia el betablockeo, porque ya no cambia conducta.

La profilaxis secundaria (VE que ya han tenido hemorragias) se hace con ligadura más betabloqueantes.

La única razón para usar la ligadura como profilaxis primaria (a pesar de nunca haber sangrado), es que los betabloqueantes estén contraindicados (ej. EPOC o asma).

Solo en los casos en que las várices esofágicas son pequeñas, sin signos rojos (hallazgos endoscópicos de la mucosa sobre las várices, de color rojo, que aumentan el riesgo de sangrado) y nunca han sangrado, se puede hacer control endoscópico anual, sin necesidad de betabloqueantes. Si tiene signos rojos, son medianas o grandes, o bien han sangrado, se debe dar profilaxis.

La respuesta correcta es: Administrar beta-bloqueadores adrenérgicos

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El tratamiento de elección de la giardiasis intestinal en adultos es:

Seleccione una:

- a. Cotrimoxazol
- b. Mebendazol
- c. Albendazol
- d. Tinidazol
- e. Praziquantel



La giardiasis se trata con tinidazol, nitazoxanida o metronidazol. Los 3 son buenos tratamientos y pueden usarse, pero el tinidazol es el más eficaz y solo requiere una dosis, por lo que, de estar disponible es de elección. Como su seguridad no está del todo investigada en niños pequeños, se prefiere la nitazoxanida en menores de 3 años y el metronidazol en menores de 1 año.

El mebendazol y el albendazol tienen algún efecto, pero son menos efectivos que los anteriores contra la giardia y su mayor utilidad es para el tratamiento de los nemátodos (oxiuriasis y ascariasis, para mebendazol y albendazol respectivamente; aunque tienen efectos sobre ambos). El praziquantel sirve para las teniasis.

La respuesta correcta es: Tinidazol

Pregunta 5

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Una paciente de 28 años presenta un cuadro de diarrea acuosa, de 30 días de evolución, asociado a pujos y dolor abdominal tipo cólico. Refiere que ha presentado sensación febril y en el último tiempo, las deposiciones se han vuelto disentéricas. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Colitis parasitaria
- b. Colitis viral
- c. Colitis bacteriana
- d. Colitis ulcerosa
- e. Colitis pseudomembranosa



Tiene la clínica clásica de la colitis ulcerosa: diarrea crónica, disentérica, asociada a fiebre y con mucho pujos y tenesmo (por la rectitis que siempre la acompaña).

La respuesta correcta es: Colitis ulcerosa

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 30 años presenta ardor epigástrico, frecuente, por lo que se solicita una endoscopía digestiva alta, que resulta normal. Se inicia esomeprazol oral 40 mg/12 horas, por sospecha de reflujo gastroesofágico; sin embargo, los síntomas persisten. ¿Qué examen es más adecuado para descartar la presencia de reflujo?

Seleccione una:

- a. Prueba terapéutica con lansoprazol
- b. Solicitar manometría esofágica
- c. Una nueva endoscopía digestiva alta
- d. Una pH-metría esofágica de 24 horas
- e. Las radiografías baritadas



El gold standard para el diagnóstico de RGE es la pH-metría de 24 horas.

Sin embargo, vale la pena recordar, que la regla general es que sea de diagnóstico clínico y no requiera de ningún examen para su confirmación, sino que solo se pide pH-metría cuando existe la duda (como en este caso, en que no respondió al omeprazol). Es más, actualmente, cuando existe sospecha de RGE ya sea por síntomas clásicos (pirosis más regurgitación) como cuando existen síntomas atípicos (disfonía mayor en la mañana, asma que empeora después de comer mucho o tomar alcohol en la noche, dolor al pecho o caries, generalmente como desgastes cóncavos en los molares) se recomienda tratarlos con inhibidor de la bomba de protones (IBP) en dosis habituales y, si los síntomas no desaparecen, duplicar la dosis (ej. omeprazol 20 mg c/12 horas o esomeprazol 40 mg c/12 horas) y solo si siguen los síntomas, realizar la pH-metría.

La endoscopía digestiva alta (EDA) también puede ser de utilidad para el diagnóstico y es obligatoria en los casos en que hay síntomas de complicaciones (como el cáncer) o factores de riesgo (recordar el ABCDEFGH-N). El 70% de los pacientes con RGE tienen EDA normal, pero el 30% restante tiene signos de esofagitis (clásicamente distal, lineal y erosiva), de diferentes grados (A a D, siendo A la más leve y D la más severa). También se puede usar después de que los síntomas no han respondido, a pesar de estar con altas dosis de IBP.

La prueba terapéutica es muy útil, pero ya se hizo en este caso.

La respuesta correcta es: Una pH-metría esofágica de 24 horas

Pregunta 7

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 55 años, diabético tipo 2, presenta un cuadro de malestar abdominal de 2 semanas de evolución. Al examen físico destaca hígado palpable 4 cm bajo el borde costal, doloroso. Se solicitan exámenes que muestran: lipasa: 100 UI/L, GGT: 45 UI/L, GOT: 250 UI/L, GPT: 206 UI/L, bilirrubina: 1,8 mg/dl, fosfatasas alcalinas: 108 UI/L. Al preguntarle dirigidamente, refiere consumir una copa de vino, algunos fines de semana. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Esteatohepatitis no alcohólica
- b. Pancreatitis crónica
- c. Cáncer de páncreas
- d. Hepatitis alcohólica
- e. Hepatitis viral



Tiene una hepatitis (elevación de las transaminasas) y dado el antecedente de diabetes tipo 2, hace muy probable que sea una esteatohepatitis no alcohólica (NASH). No es una pancreatitis aguda, a pesar de la elevación de la lipasa, ya que debe elevarse al menos 3 veces el máximo (es decir, >180 UI/L). No es hepatitis alcohólica, porque la cantidad de vino consumida está dentro del máximo recomendado (máximo 1 copa al día en mujeres y 2 en hombres).

Para confirmar el diagnóstico se requiere alguna evidencia de esteatosis hepática (hígado graso), como una ecografía abdominal con aumento de la refringencia hepática y, además, descartar las demás causas de hepatitis (pruebas virales y marcadores de autoinmunidad para hepatitis).

La respuesta correcta es: Esteatohepatitis no alcohólica

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 20 años presenta un cuadro de diarrea y flatulencia, de algunos meses de evolución. Además, presenta dolor abdominal tipo cólico y gotas de grasa en las deposiciones. Se solicita una endoscopía digestiva alta y se toma una biopsia duodenal, que muestra atrofia de las vellosidades intestinales y alargamiento de las criptas. Respecto a este paciente, es correcto afirmar que:

Seleccione una:

- a. Probablemente tiene un tumor productor de gastrina
- b. Se debe indicar erradicación de H. pylori
- c. Su diagnóstico más probable es un trastorno digestivo funcional
- d. La enfermedad celíaca es el diagnóstico más probable
- e. La enfermedad de Crohn es el diagnóstico más probable



Tiene una enfermedad celíaca, tanto por la malabsorción intestinal (esteatorrea), como por la biopsia característica (alarga criptas, atrofia vellosidades y aparece un infiltrado linfoplasmocitario). El tumor productor de gastrina (gastrinoma) produce el síndrome de Zollinger Ellison, caracterizado por úlceras gastroduodenales (UGD) recurrentes, refractarias y múltiples. La erradicación de H. pylori es el tratamiento de la UGD. El trastorno funcional no tendría alteraciones histológicas, ni la esteatorrea. La enfermedad de Crohn tendría clínica de una enfermedad inflamatoria intestinal: diarrea disentérica crónica, febril y afectación del todo el tubo digestivo.

La respuesta correcta es: La enfermedad celíaca es el diagnóstico más probable

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta un cuadro de malestar general, gran decaimiento y posteriormente, aparición de ictericia de escleras, mucosas y piel, asociada a coluria y acolia. Se solicitan exámenes, que muestran positividad de los anticuerpos IgM anti-VHA. ¿Cuál de las siguientes alternativas obliga a hospitalizar al paciente?

Seleccione una:

- a. Edad mayor a 20 años
- b. Embarazo
- c. Asterixis
- d. Niveles plasmáticos de GOT mayores a 5.000
- e. Niveles plasmáticos de bilirrubina mayores a 10 mg/dl



Tiene una hepatitis A, confirmada con la IgM-VHA.

La gravedad máxima de toda hepatitis aguda la da presencia de encefalopatía, ya que la transforma en una hepatitis fulminante (también llamada necrosis hepática aguda o simplemente falla hepática aguda), que se define como hepatitis aguda en un paciente sin cirrosis previa, más aparición rápida de encefalopatía (máximo 6 meses, pero en la práctica aparece en las primeras semanas). La asterixis es diagnóstica de encefalopatía. Además, antes de la aparición de encefalopatía, se solicita el tiempo de protrombina, que si se alarga, es indicador de mayor gravedad (o la protrombinemia que cae), aunque lo más grave sigue siendo la presencia de encefalopatía. Las transaminasas solo tienen valor diagnóstico y no pronóstico.

El tratamiento suele ser el trasplante hepático, aunque, mientras se consigue un donante, se puede intentar tratar la causa (ej. antivirales) y dar soporte, con hasta un 40% de éxito (si mejoran, se sacan de la lista de trasplantes).

Otras causas incluyen intoxicaciones y la hepatitis alcohólica.

La respuesta correcta es: Asterixis

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 60 años, se realiza exámenes como cheque médico, entre los que figuran pruebas hepáticas con los siguientes resultados: Albúmina: 4,0 g/dl, protrombinemia: 100%, GGT: 32 UI/L, GOT: 32 UI/L, GPT: 10 UI/L, FA: 62 UI/L, Bilirrubina total: 2,8 mg/dl, bilirrubina directa: 0,2 mg/dl. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Cáncer
- b. Colédocolitiasis
- c. Hepatitis
- d. Síndrome de Gilbert
- e. Hemólisis



Tiene todas las pruebas hepáticas normales, excepto la bilirrubinemia elevada, de predominio indirecto, por lo que es un síndrome de Gilbert clásico, que tiene una prevalencia de 5% a 10% de la población chilena y es la causa más frecuente de ictericia. La hemólisis habría tenido algún síntoma de anemia, o al menos sería un cuadro más agudo, con alguna clínica. No hay elevación de las transaminasas, como para pensar en hepatitis, ni de la FA o GGT, como para pensar en colestasias (cáncer y coledocolitiasis).

También se llama "enfermedad de Meulengracht", "disfunción hepática constitucional" o "disfunción hepática constitucional".

Se considera una condición benigna. Se asocia a un riesgo algo mayor de colelitiasis. Se asocia a ictericia neonatal por lactancia materna (que también es algo benigno, que se observa).

La respuesta correcta es: Síndrome de Gilbert

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Niño de 5 años, que ingiere 13 gramos de paracetamol por error. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar carbón activado y monitorización cardíaca
- b. Realizar lavado gástrico y administrar bicarbonato endovenoso
- c. Realizar diálisis de urgencia
- d. Indicar N-acetilcisteína, según niveles plasmáticos de paracetamol
- e. Tranquilizar a la madre y explicarle los signos de alarma para reconsultar



El tratamiento de la intoxicación con paracetamol es la N-acetil-cisteína y la dosis depende de los niveles plasmáticos de paracetamol (se utiliza el normograma de Rumack-Matthew; da igual el nombre).

Además, es útil el carbón activado y se puede hacer lavado gástrico, si es que lleva menos de 1 hora, desde la ingestión.

La respuesta correcta es: Indicar N-acetilcisteína, según niveles plasmáticos de paracetamol

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 44 años presenta dolor abdominal epigástrico intenso, constante, de 24 horas de evolución, asociado a vómitos alimentarios en varias oportunidades. Se aprecia muy adolorido, sudoroso, taquicárdico, con tendencia a la hipotensión. Se observa un área de equimosis periumbilical. El abdomen es blando, doloroso a la palpación, con signos de irritación peritoneal y disminución marcada de los ruidos hidroaéreos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Embolia mesentérica
- b. Trombosis de vena mesentérica
- c. Estallido hepático
- d. Perforación de úlcera péptica
- e. Pancreatitis aguda



La clínica del dolor y vómitos es inespecífica y puede corresponder a más de una de las patologías contenidas en las opciones. Sin embargo, el signo de Cullen (equimosis periumbilical) es clásico de pancreatitis aguda. Otros signos son: Grey Turner (equimosis lumbar) y Mayo Robson (dolor a la percusión costovertebral). Eso sí, solo el 3% de las pancreatitis tienen signo de Cullen o de Grey Turner, por lo que la mayoría de los casos se diagnostica con el cuadro clínico de dolor, más la lipasa o amilasa (si no hay lipasa disponible).

La respuesta correcta es: Pancreatitis aguda

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

En una radiografía de abdomen en supino se ve el ligamento falciforme. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

Seleccione una:

- a. Ascitis.
- b. Perforación intestinal.
- c. Peritonitis.
- d. Oclusión intestinal.
- e. Ileo paralítico.



Es una pregunta del MIR. Si se ve el ligamento falciforme, es porque existe neumoperitoneo, que es característico de las perforaciones de visceras huecas (perforación intestinal, úlcera perforada, etc.). También es frecuente que se describan las perforaciones intestinales con pérdida de la matidez hepática en el examen físico.

La respuesta correcta es: Perforación intestinal.

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 57 años, alcohólico, de larga data, presenta dolor abdominal recurrente, localizado en el epigastrio y que aparece especialmente después de comer. Refiere además deposiciones esteatorreicas y baja de peso. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hepatitis alcohólica
- b. Colelitiasis
- c. Enfermedad celíaca
- d. Pancreatitis crónica
- e. Angina mesentérica



Es una pancreatitis crónica clásica, por el antecedente de alcoholismo y la clínica clásica de dolor postprandial. Además, tiene clínica de malabsorción, por el déficit enzimático del páncreas exocrino.

La enfermedad celíaca sí da malabsorción y puede tener dolor, pero es un dolor inespecífico, tipo cólico.

La angina mesentérica sí puede dar dolor postprandial y puede tener baja de peso (más raro la esteatorrea), pero se asocia a factores de riesgo cardiovascular y no a alcoholismo.

La colelitiasis puede dar cólicos biliares postprandiales, pero no los demás síntomas descritos.

La respuesta correcta es: Pancreatitis crónica

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 3 años presenta un cuadro diarreico de un día de evolución, asociado a irritabilidad y fiebre de hasta 38,2°C. Al examen presenta FC y PA normales para la edad, constatándose mucosas secas y llanto sin lágrimas. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar bolo de suero fisiológico 20 cc/kg y reevaluar
- b. Indicar sales de rehidratación oral 50cc/Kg, a tomar en 4 horas y reevaluar
- c. Indicar sales de rehidratación oral 100cc después de cada deposición diarreica
- d. Indicar sales de rehidratación oral y antibióticos orales
- e. Indicar sales de rehidratación oral y antiespasmódicos orales



Tiene una diarrea con signos de deshidratación, pero sin compromiso hemodinámico, por lo que tiene una deshidratación moderada. El tratamiento por tanto, es con sales de rehidratación oral (SRO) en "plan B", es decir, 50 a 100 cc por kilo de peso, por vía oral, a pasar en 4 a 6 horas. Si hubiese tenido deshidratación severa (hipotensión, compromiso de conciencia, livedo reticularis con llene capilar muy enlentecido u otros signos de shock hipovolémico), la respuesta sería "plan C" (SF 20 cc/Kg ev y reevaluar). Si no hubiese tenido signos de deshidratación, sería "plan A" (SRO 100-200 cc después de cada deposición).

Los antiespasmódicos sí se pueden indicar en las diarreas agudas, pero no han demostrado beneficios, al igual que los antidiarreicos y antieméticos, por lo que lo fundamental es la hidratación.

Los antibióticos no están indicados en la mayoría de los casos de diarrea acuosa y la excepción es la sospecha o confirmación de cólera (de elección doxiciclina u otra tetraciclina, aunque sirven bien las quinolonas, como el ciprofloxacino; y los macrólidos, como la azitromicina). En la diarrea disentérica (también llamada diarrea invasiva), una vez descartados cuadros severos como invaginación intestinal o similares, se suelen iniciar antibióticos anti-Shigella, como el ciprofloxacino (incluso en niños), la azitromicina o la ceftriaxona (en los casos más graves); si no responden, se agrega metronidazol para cubrir amebas (si está disponible, primero se hace un parasitológico, en busca de Entamoeba histolytica). Muy importante que, si hay antecedente de uso previo de antibióticos, se debe descartar y tratar la infección por C. difficile como prioridad.

La respuesta correcta es: Indicar sales de rehidratación oral 50cc/Kg, a tomar en 4 horas y reevaluar

Pregunta 16

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El tratamiento antibiótico de elección para un paciente cursando un cuadro disentérico agudo, de manejo ambulatorio es:

Seleccione una:

- a. Clindamicina
- b. Ciprofloxacino
- c. Amoxicilina + ácido clavulánico
- d. Metronidazol
- e. Albendazol



El ciprofloxacino cubre muy bien a la Shigella y a la Eschirichia coli enteroinvadora, que son la causa más frecuente de disentería. Otras opciones son azitromicina, cefixime y, si se comprueba que no hay resistencia, se puede usar cotrimoxazol. En los casos en que se hospitalizan, se usa ceftriaxona ev.

Vale la pena recordar que las infecciones por Shigella suelen ser autolimitadas y durar solo 7 días. Sin embargo, en el paciente sintomático con disentería o con diarrea febril al que se confirma presencia de Shigella, se recomienda darle antibióticos (a menos que los síntomas hayan pasado).

La respuesta correcta es: Ciprofloxacino

Pregunta 17

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 31 años consulta por diarrea de varios meses de evolución, con deposiciones brillantes, asociadas a liintería y distensión abdominal frecuente. El examen físico es normal. La etiología más probable es:

Seleccione una:

- a. Malabsorción intestinal
- b. Infección parasitaria
- c. Infección viral
- d. Enfermedad inflamatoria intestinal
- e. Funcional



Es un cuadro de malabsorción intestinal clásico, porque tiene la esteatorrea (deposiciones brillantes) y liintería (alimentos sin digerir).

La respuesta correcta es: Malabsorción intestinal

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 24 años consulta por dolor epigástrico recurrente, de características urentes. Usted solicita una endoscopía digestiva alta que demuestra una úlcera gástrica activa, sin estigmas de sangrado reciente. El test de ureasa resulta positivo. La medida terapéutica de primera línea es:

Seleccione una:

- a. Omeprazol en dosis diarias, a permanencia.
- b. Antibióticos biasociados, durante 7 a 14 días, junto a omeprazol por 4 semanas. ✓
- c. Dieta estricta, evitando grasas, condimentos e irritantes y control endoscópico cada 3 meses.
- d. Inhibidores H2 diarios, asociados a antiácidos, según síntomas.
- e. Prohibir el uso de AINEs y asociar un inhibidor de la bomba de protones en dosis única diaria.

EL tratamiento de la úlcera gastroduodenal, asociada a *H. pylori*, es la erradicación, la que se hace con amoxicilina, claritromicina y omeprazol por 2 semanas. Luego se mantiene el omeprazol por 4 semanas más. El uso de omeprazol a permanencia es el tratamiento del reflujo.

A modo de recordatorio, el tratamiento de primera línea del *H. pylori* es un poco más complejo. Lo importante es que sirven 1. claritromicina / azitromicina, 2. amoxicilina, 3. metronidazol, 4. tetraciclina / doxicilina, 5. inhibidores de la bomba de protones (ej. omeprazol), 6. bismuto coloidal y 7. levofloxacino. La elección dependerá de los factores de riesgo y patologías de base.

- Lo habitual es claritromicina + amoxicilina + IBP.
- En alérgicos a la penicilina, se reemplaza la amoxicilina por metronidazol.
- En quienes no pueden usar macrólidos (ej. sospecha de resistencia por uso reciente de macrólidos en infecciones respiratorias), se usa un esquema cuádruple con doxicilina + metronidazol + IBP + bismuto.
- En los casos que no responden al tratamiento de primera línea, se indica el mismo esquema cuádruple mencionado. Como alternativa, se puede dejar levofloxacino + metronidazol o doxicilina + IBP).

Finalmente, el control, para ver si la erradicación fue adecuada se puede hacer con EDA con test de ureasa o con antígeno en deposiciones (se prefiere este último, por no ser invasivo, a menos que se requiera de una EDA de control, como ocurre en las úlceras gástricas; en las úlceras duodenales o en los pacientes que se erradican por otras causas suele bastar el examen de antígeno en deposiciones).

La respuesta correcta es: Antibióticos biasociados, durante 7 a 14 días, junto a omeprazol por 4 semanas.

Pregunta 19

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente con dolor abdominal epigástrico muy intenso, asociado a signos marcados de irritación peritoneal, se realiza una radiografía de abdomen de pie, que muestra presencia de neumoperitoneo. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar cristaloïdes, antibióticos e inhibidores de la bomba de protones, por vía endovenosa y observar evolución ✗
- b. Realizar erradicación de *Helicobacter pylori*
- c. Solicitar endoscopía digestiva alta
- d. Resolver quirúrgicamente de inmediato
- e. Solicitar TAC de abdomen y pelvis

La sospecha es una úlcera perforada, la que se debe tratar con cirugía de inmediato. Sí se deben administrar suero, antibióticos y omeprazol endovenoso, pero lo fundamental es la cirugía (sutura de la úlcera más parche de epiplón).

Eso sí, se debe recordar que la TAC es la mejor imagen para ver una perforación del tubo digestivo, ya que no solo demuestra el neumoperitoneo, sino que ayuda a identificar la causa. Por tanto, la radiografía suele ser el primer examen, pero la TAC sigue siendo el mejor. Sin embargo, en este caso está claro el diagnóstico, por lo que se debe proceder al tratamiento inmediato.

La respuesta correcta es: Resolver quirúrgicamente de inmediato

Pregunta **20**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El factor pronóstico más importante en el cáncer gástrico es:

Seleccione una:

- a. El tipo histológico del tumor
- b. El tamaño del tumor
- c. La presencia de adenopatías metastásicas
- d. El grado de invasión transmural del tumor
- e. La edad del paciente



La invasión transmural es el factor pronóstico más importante de todos los cánceres del tubo digestivo (esófago, estómago, duodeno, colon y recto).

En el cáncer gástrico incipiente (solo invade hasta la mucosa o la submucosa), el 90% de los pacientes logran curarse.

La respuesta correcta es: El grado de invasión transmural del tumor

[◀ 3.1 Cuestionario Gastroenterología](#)

Ir a...

[3.3 Cuestionario Gastroenterología](#)

Comenzado el	miércoles, 1 de marzo de 2023, 21:39
Estado	Finalizado
Finalizado en	miércoles, 1 de marzo de 2023, 21:53
Tiempo empleado	14 minutos 4 segundos
Puntos	20,00/20,00
Calificación	100,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 68 años presenta un cuadro de dolor abdominal tipo urente, de algunos meses de evolución, asociado a sensación de plenitud precoz y vómitos frecuentes después de comer. El diagnóstico de sospecha es:

Seleccione una:

- a. Acalasia esofágica
- b. Divertículo de Zenker
- c. Cáncer de esófago
- d. Cáncer gástrico
- e. Angina mesentérica

Tiene epigastralgia más un síndrome pilórico (vómitos postprandiales y sensación de plenitud), lo que es un cáncer gástrico hasta que se demuestre lo contrario. También puede ser una cicatriz de una úlcera gástrica, pero la primera causa de síndrome pilórico es el cáncer. Se debe realizar una endoscopía digestiva alta como primer examen, además de exámenes generales (ej. hemograma, etc.).

La respuesta correcta es: Cáncer gástrico

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 56 años, portador de una cirrosis por consumo crónico de alcohol, consulta por aumento del perímetro abdominal. Actualmente ya no consume alcohol y presenta ascitis moderada en el examen físico, la que se confirma con una ecografía. Se realiza paracentesis diagnóstica, que muestra salida de líquido ascítico transparente con 10 células por mm³ y albúmina de 2,2 g/dl. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Realizar paracentesis evacuadora, con reposición de albúmina
- b. Iniciar antibióticos por vía endovenosa
- c. Iniciar antibióticos orales, de manera profiláctica
- d. Iniciar espironolactona y furosemida
- e. Instalar un TIPS



Tiene una ascitis simple, la que se trata con diuréticos (se recomienda iniciar simultáneamente con espironolactona 100 mg y furosemida 40 mg al día, pudiendo subir la dosis hasta el cuádruple) y restricción salina. Si no hay hiponatremia no se recomienda actualmente restringir el agua de manera estricta, ya que no ha mostrado mayores beneficios y la restricción de agua produce malestar por sed. El tratamiento de la ascitis a tensión es la evacuación, con reposición de albúmina (8 gramos por litro sacado). Eso sí, primero se debe descartar peritonitis bacteriana espontánea (PBE).

La PBE se trata con antibióticos endovenosos (cefotaximo) y luego queda con profilaxis antibiótica oral (ciprofloxacino o cotrimoxazol). En este caso no hay PBE, ya que requiere de más de 250 polimorfonucleares por mm³ en líquido ascítico.

La ascitis refractaria se trata con paracentesis periódicas o con TIPS.

Algo importante a recordar es que la presencia de ascitis, por sí misma, es un marcador de mal pronóstico en el paciente cirrótico, por lo que el manejo definitivo suele ser el trasplante hepático.

La respuesta correcta es: Iniciar espironolactona y furosemida

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 61 años, cirrótico, presenta varios episodios de hematemesis, asociado a ortostatismo. Además de realizar reposición de volumen, se debe:

Seleccione una:

- a. Administrar beta-agonistas adrenérgicos
- b. Administrar beta-bloqueadores adrenérgicos
- c. Administrar omeprazol endovenoso
- d. Instalar un TIPS de manera urgente
- e. Realizar una endoscopía de urgencia



Se sospecha una hemorragia digestiva alta por várices esofágicos. El tratamiento completo incluye: suero fisiológico endovenoso, ligadura endoscópica de urgencia, terlipresina endovenosa (si no hay, se puede usar octreotide). Además, si tiene ascitis, se deben administrar antibióticos, como profilaxis de PBE y si es alcohólico, se debe administrar tiamina endovenosa. Finalmente, después de haberse manejado el episodio agudo, queda con profilaxis con betabloqueante no selectivos (propanolol oral; "no selectivos" se refiere a que bloquean tanto receptores beta 1, como beta 2); y, en caso de recurrencia, se deben ligar (porque ya han sangrado y la profilaxis secundaria se hace con betabloqueantes más ligadura). En el caso de que haya HDA por VE, de manera recurrente, si está indicado el TIPS (shunt portosistémico).

La respuesta correcta es: Realizar una endoscopía de urgencia

Pregunta 4

Correcta

Se puntúa 1,00 sobre 1,00

Identifique la asociación correcta entre la patología y su tratamiento de elección:

Seleccione una:

- a. Amebiasis – albendazol
- b. Giardiasis – praziquantel
- c. Shigellosis – amoxicilina
- d. Diarrea por Clostridium difficile – metronidazol
- e. Cólera – Cotrimoxazol



Diarrea por Clostridium difficile (actualmente llamado Clostridioides difficile) – metronidazol o vancomicina.

- Si es leve o moderada, se recomienda comenzar con metronidazol oral por 14 días.
- Si es severa (falla renal, hipalbuminemia severa, blancos >15.000 por mm3), se prefiere iniciar directamente con vancomicina oral por 10 días (por ser más afectiva y tener menos resistencia; de hecho, en países en que hay mucha resistencia, se recomienda la vancomicina o la fidaxomicina como tratamiento de primera línea en los casos leves también, pero este no es el caso de Chile, por ahora).
- Si, además de ser severa, está complicada (perforación, megacolon, shock, ileo paralítico), se prefiere el uso combinado de metronidazol endovenoso más vancomicina oral (no llega bien al intestino cuando se da endovenosa; en el caso de ileo, que contraindique la vía oral, se puede dar vía rectal).
- En las recurrencias, 1. se repite el antibiótico dado inicialmente, 2. si recurre, se recomienda vancomicina en dosis crecientes, 3. Si recurre por tercera vez, se recomienda vancomicina por períodos prolongados, seguido de rifaximina y se empieza a evaluar el trasplante fecal.

* Sobre el diagnóstico, actualmente se prefiere la PCR para C. difficile sobre la detección de toxinas en deposiciones.

Lo correcto en las demás opciones es:

1. Amebiasis – metronidazol (sirve también tinidazol).
2. Giardiasis – tinidazol (sirve también metronidazol y nitazoxanida).
3. Shigellosis – ciprofloxacino (sirve también azitromicina y cefalosporinas de tercera generación: cefixima oral o ceftriaxona endovenosa, en los casos graves).
4. Cólera – Azitromicina o doxiciclina (sirve también ciprofloxacino).

La respuesta correcta es: Diarrea por Clostridium difficile – metronidazol

Pregunta 5

Correcta

Se puntúa 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 28 años presenta un cuadro de diarrea acuosa, de 5 días de evolución, asociado a dolor abdominal tipo cólico. Refiere que presentó sensación febril durante el primer día y también vómitos alimentarios en un par de ocasiones. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Colitis parasitaria
- b. Colitis viral
- c. Colitis bacteriana
- d. Colitis ulcerosa
- e. Colitis pseudomembranosa



Tiene una diarrea aguda (menos de 14 días), por lo que lo más probable es que sea viral. No tiene disentería, como para pensar en bacterias. Los vómitos y el dolor tipo cólico, son parte del cuadro clínico habitual. También la fiebre de corta duración.

Por lo mismo, el uso de antibióticos no está indicado en la inmensa mayoría de los adultos con diarrea aguda, ya que, incluso si es bacteriana, suelen ser cuadros autolimitados. Solo se indican en casos de disentería o cuando hay ciertas situaciones epidemiológicas o sospechas de infecciones específicas (ej. diarrea del viajero, C. difficile, demostración de Shigella, cólera, cuadros sépticos, fiebre tifoidea).

La respuesta correcta es: Colitis viral

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 30 años presenta pirosis con frecuencia, en especial después de algunas comidas. Además, refiere regurgitación ácida de alimentos. Se solicita una endoscopía digestiva alta, que resulta normal. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Indicar medidas generales antirreflujo y esomeprazol oral
- b. Solicitar manometría esofágica
- c. Iniciar tratamiento erradicador de Helicobacter pylori
- d. Solicitar radiografías baritadas
- e. Diagnosticar una dispepsia funcional y realizar educación del paciente



Tiene clínica de reflujo gastroesofágico (RGE): pirosis más regurgitación. Por tanto, tiene el diagnóstico de reflujo, ya que el diagnóstico es predominantemente clínico. La endoscopía normal no descarta el diagnóstico, y es más, no debió haberse pedido, ya que no había signos de alarma. La manometría es el examen diagnóstico de la acalasia. La erradicación es el tratamiento de la úlcera. Las radiografías baritadas sirven para el diagnóstico de divertículos esofágicos y pueden ser de utilidad en la acalasia y en la disfagia en general. La dispepsia funcional tiene epigastralgia y no pirosis ni regurgitación.

La respuesta correcta es: Indicar medidas generales antirreflujo y esomeprazol oral

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 35 años, alcohólico, presenta un cuadro de malestar general, ictericia, fiebre y vómitos. Se solicitan exámenes que muestran: lipasa: 100 UI/L, GGT: 345 UI/L, GOT: 350 UI/L, GPT: 106 UI/L, bilirrubina: 3,8 mg/dl, fosfatases alcalinas: 108 UI/L. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Pancreatitis aguda
- b. Pancreatitis crónica
- c. Colédocolitis
- d. Hepatitis alcohólica
- e. Hepatitis viral



Dado que la relación GOT/GPT es mayor a 2 ($350/106 = 3,3$), es una hepatitis alcohólica. Siempre hay que fijarse en dicha relación, antes de contestar las preguntas de hepatitis. La GGT además, está elevada porque es un marcador del consumo de alcohol.

La respuesta correcta es: Hepatitis alcohólica

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta un síndrome ulceroso, que ha manejado con omeprazol automedicado. Se solicita una endoscopía digestiva alta, que muestra una úlcera duodenal activa, sin signos de sangrado. El test de ureasa es negativo y niega consumir AINES. Respecto a este paciente, es correcto afirmar que:

Seleccione una:

- a. El resultado del test de ureasa probablemente sea un falso negativo, dado el consumo de omeprazol ✓
- b. Se debe indicar omeprazol a permanencia
- c. El diagnóstico más probable es cáncer de duodeno
- d. La enfermedad celíaca es el diagnóstico más probable
- e. La enfermedad de Crohn es el diagnóstico más probable

Es una pregunta difícil. Sin embargo, el 90% de las úlceras duodenales son secundarias a H. pylori y el 10% restante se deben a AINES, con menos de 1% por otras causas. En este caso, no consume AINES, por lo que lo más probable es que sea secundaria a H. pylori. De hecho, las úlceras duodenales siempre se erradicán, incluso si el test de ureasa es negativo. Las demás opciones no tienen mucho sentido, en relación a la úlcera.

La respuesta correcta es: El resultado del test de ureasa probablemente sea un falso negativo, dado el consumo de omeprazol

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente, con antecedente de promiscuidad sexual, presenta un cuadro de malestar general, gran decaimiento y posteriormente, aparición de ictericia de escleras, mucosas y piel, asociada a coluria y acolia. Se solicitan exámenes, que muestran positividad del antígeno de superficie para VHB y de los anticuerpos IgM anti-core. ¿Qué examen es más adecuado para determinar la gravedad de este paciente?

Seleccione una:

- a. Biopsia hepática
- b. Niveles plasmáticos de Antígeno de superficie
- c. Tiempo de protrombina ✓
- d. Niveles plasmáticos de GOT
- e. Niveles plasmáticos de bilirrubina

Tiene una hepatitis B aguda, confirmada: Ag-VHBs(+) más IgM-VHBs(+). Al igual que todas las hepatitis agudas, la gravedad se determina con la protrombinemia o tiempo de protrombina, ya que marca el riesgo de progresión a una hepatitis fulminante (se agrega encefalopatía y luego falla multiorgánica).

La respuesta correcta es: Tiempo de protrombina

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 80 años presenta ictericia y coluria de una semana de evolución, sin otros síntomas. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Cáncer
- b. Coledocolitis
- c. Hepatitis
- d. Síndrome de Gilbert
- e. Hemólisis



Tiene una ictericia obstructiva, sin dolor, por lo que lo más probable es que sea un cáncer. Recordar que "adulto mayor amarillo y sin dolor" es cáncer hasta que se demuestre lo contrario.

La coledocolitis tiene dolor.

El síndrome de Gilbert y la hemólisis no tienen coluria, porque son hiperbilirrubinemias indirectas.

La respuesta correcta es: Cáncer

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes alimentos puede ser ingerido libremente por los pacientes con enfermedad celíaca?:

Seleccione una:

- a. Carne de cerdo
- b. Galletas
- c. Tallarines
- d. Pan
- e. Avena



No pueden consumir trigo, cebada, centeno, ni avena. Tampoco alimentos procesados, que puedan contener los 4 granos descritos.

Pueden comer carne de todos los animales.

La respuesta correcta es: Carne de cerdo

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Paciente de sexo femenino, de 65 años, inicia dolor en Hipocondrio derecho, muy intenso, asociado a sensación febril. Al día siguiente, el dolor se hace mucho más intenso, agregándose ictericia, fiebre hasta 41°C y desorientación. La analítica sanguínea muestra Hcto: 42%, G. Blancos: 18.200, GOT: 105, GPT: 98, Bili: 6,7, amilasa normal. La ecografía abdominal muestra vesícula biliar normal colédoco de 12 mm de diámetro. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Colecistitis aguda
- b. Pancreatitis aguda
- c. Hepatitis aguda
- d. Coledocolitiasis
- e. Colangitis aguda



Tiene una colangitis clínica (el diagnóstico es clínico), ya que tiene la triada de Charcot (dolor, fiebre e ictericia) y además tiene el compromiso de conciencia (de la pentada de Reynolds; falta la hipotensión). Las pruebas hepáticas muestran una colestasis y la leucocitosis da cuenta de la infección. El colédoco está dilatado (normal es hasta 7 mm, ya que hay una colédocholitiasis de base en la mayoría de las colangitis (se llaman colangitis litiasica).

La respuesta correcta es: Colangitis aguda

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La positividad de los anticuerpos anti-músculo liso es característica de:

Seleccione una:

- a. Hepatitis autoinmune
- b. Colangitis esclerosante primaria
- c. Cirrosis biliar primaria
- d. Atresia biliar
- e. Amiloidosis



La hepatitis autoinmune tiene como marcadores a los ANA (antinucleares), ASMA (antimúsculo liso) que reflejan la presencia de los AAA (antiactina) y antiLKM1 (antimicrosomales). Recordar la fase "Ana tiene muy mala suerte, porque tiene ASMA, hepatitis autoinmune y hasta una cosa rara que se llama antiLKM1". La colangitis esclerosante primaria suele tener ANCA (anticitoplasma de neutrófilo). La cirrosis biliar primaria tiene AMA (antimitocondriales).

La respuesta correcta es: Hepatitis autoinmune

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El hígado graso se diagnostica preferentemente mediante:

Seleccione una:

- a. La clínica
- b. El perfil lipídico
- c. La ecografía abdominal
- d. Las pruebas hepáticas
- e. La biopsia hepática



El hígado graso no alcohólico (también llamado NAFL, por sus siglas en inglés: NonAlcoholic Fatty Liver) se diagnostica con la biopsia hepática o con una imagen (ecografía, TAC o RMN). De todos los exámenes, de elección es la ecografía abdominal, la que muestra un patrón hiperecogénico del parénquima hepático, que puede ser más hiperecogénico en la superficie y luego va disminuyendo la ecogenicidad hacia profundo. Si además se agrega elevación de las transaminasas, el diagnóstico cambia a NASH (NonAlcoholic SteatoHepatitis). El diagnóstico se confirma cuando 1. se demuestra esteatosis en imágenes o biopsia, 2. no tiene daño hepático crónico y 3. no hay otras causas de esteatosis hepática (ej. no consume alcohol en cantidades que puedan generar hepatopatía); en resumen: es un diagnóstico de descarte.

Si consume alcohol en alta cantidad y tiene hígado graso, pues se llama hepatopatía alcohólica con esteatosis.

La respuesta correcta es: La ecografía abdominal

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente consulta por ictericia, constándose elevación marcada de las transaminasas. Se solicitan pruebas de serología viral que demuestran VHA-Ac IgM(-), VHA-Ac IgG (+), VHBs-Ag(+), VHBs-Ac(-), VHBcore-Ac IgM(+), VHBcore-Ac IgG(-), VHC-Ac totales(+). El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hepatitis B
- b. Hepatitis C
- c. Hepatitis A y B
- d. Hepatitis B y C
- e. Hepatitis A, B y C



Tiene IgM-VHA negativo, por lo que no tiene una hepatitis A. La IgG-VHA positiva indica que ya tuvo o que está vacunado.

Tiene el antígeno de superficie de VHB positivo, lo que indica que tiene una hepatitis B. Además, la IgM anticore VHB está positiva, por lo que es una hepatitis B aguda.

Finalmente tiene los anticuerpos totales contra VHC positivos, por lo que también tiene hepatitis C.

La respuesta correcta es: Hepatitis B y C

Pregunta 16

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Qué hallazgo o antecedente es MENOS orientador a un trastorno digestivo funcional?

Seleccione una:

- a. Pujo y tenesmo
- b. Distensión abdominal
- c. Dolor abdominal tipo cólico
- d. Constipación
- e. Diarrea



El pujo y tenesmo son indicadores de organicidad (se ve en la colitis ulcerosa, en las colitis infecciosas, en otras rectitis, como la actínica). Las demás opciones son del todo compatibles con un síndrome de intestino irritable.

Algunos otros indicadores de organicidad son anemia, baja de peso, cambio en los síntomas, disfagia, edad mayor a 50 años, hemorragias, lientería, esteatorrea, fiebre.

La respuesta correcta es: Pujo y tenesmo

Pregunta 17

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 66 años presenta un cuadro de constipación marcada de 3 días de evolución, sin poder presentar deposiciones, asociado a dolor abdominal. Luego presenta deposiciones diarreicas explosivas en una oportunidad. Refiere además historia de palidez y molestias abdominales de 1 mes de evolución. El examen físico muestra un paciente pálido, con abdomen blando, depresible y el tacto rectal demuestra una ampolla rectal sin deposiciones, sin hallar otras alteraciones. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Seleccione una:

- a. Vólvulo de colon sigmoides
- b. Cáncer de colon
- c. Obstrucción intestinal por bridas
- d. Síndrome de Ogilvie
- e. Diverticulitis



Es un cáncer de colon clásico, complicado con una obstrucción parcial. Adulto mayor con constipación obliga a descartar cáncer de colon, más aún si se asocia a anemia (palidez). El vólvulo se presenta como una obstrucción aguda y en la radiografía se observa la imagen en "grano de café". La obstrucción por bridas, se da en pacientes con antecedente de cirugías abdominales y también dan obstrucción aguda.

El síndrome de Ogilvie es una pseudo-obstrucción aguda de colon, con la misma clínica que una obstrucción común y corriente, pero sin una causa mecánica de obstrucción. La etiología es desconocida, el diagnóstico se realiza con la TAC de abdomen (que suele mostrar dilatación del colon, con una zona de transición contraída, habitualmente a la altura del ángulo esplénico del colon, sin una causa que explique la obstrucción). El manejo consiste en 1. descartar las otras causas de obstrucción, dar terapia conservativa (es lo más habitual); 2. si no responde en tres días máximo o si el diámetro del colon es mayor a 12 cm, se da neostigmina; 3. si no responde, se hace descompresión del colon, mediante colonoscopía; y 4. si se perfora o hay isquemia intestinal, recién se opera (pero es la excepción).

La respuesta correcta es: Cáncer de colon

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El hepatocarcinoma se asocia a cirrosis hepática de distintas etiologías. ¿Qué marcador serológico se suele elevar en los pacientes con este tipo de tumor?

Seleccione una:

- a. Ca 19.9
- b. Ca 125
- c. Antígeno carcinoembrionario
- d. Alfafetoproteína
- e. Ferritina decarboxilada



- Ca 19.9: cáncer de páncreas (también se puede elevar en cirrosis y coledocolitis).
- Ca 125: cáncer de ovario (y también endometriosis y otros procesos peritoneales).
- Antígeno carcinoembrionario: cáncer de colon (también se eleva en otros cánceres, como vesícula y páncreas).
- Alfafetoproteína: hepatocarcinoma, cáncer de testículo no seminoma y defectos del tubo neural (espina bífida y anencefalia).
- Ferritina decarboxilada: marcado de consumo de alcohol (junto con VCM alto y GGT elevada).

La respuesta correcta es: Alfafetoproteína

Pregunta 19

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La resección del íleon distal produce malabsorción de:

Seleccione una:

- a. Vitamina B12 y ácidos biliares
- b. Hierro y calcio
- c. Grasas y polipéptidos
- d. Vitaminas hidrosolubles
- e. Polisacáridos



Tanto la vitamina B12, como los ácidos biliares se absorben en el íleon distal. De hecho, la anemia por déficit de B12 se produce tanto las cirugías gástricas (ahí se produce el factor intrínseco, que se debe unir a la B12 para ser absorbida), como de íleon distal (ahí es donde se absorbe el complejo factor intrínseco-B12). La falta de ácidos biliares se traduce en malabsorción de lípidos y vitaminas liposolubles.

El hierro y calcio se absorben en el duodeno, por lo que su absorción se afecta especialmente en la enfermedad celíaca.

La respuesta correcta es: Vitamina B12 y ácidos biliares

Pregunta **20**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Cuatro horas después de acudir a un banquete, 25 personas inician súbitamente un cuadro de náuseas, vómitos y dolores abdominales. ¿Cuál de los siguientes agentes es el causante más probable de estos síntomas?

Seleccione una:

- a. Clostridium botulinum
- b. Salmonella
- c. Escherichia coli enterotoxigénica
- d. Estafilococo áureo
- e. Shigella



Es una clásica intoxicación por enterotoxina estafilocócica: pocas horas después de comer, con mucho vómito.

La Salmonella produce una diarrea febril, que suele empezar 24 a 48 horas después.

El botulismo presentaría parálisis flácida y arrefléctica.

La ECET produce una diarrea acuosa abundante, que suele empezar 24 a 48 horas después.

La Shigella produce una diarrea disentérica, que suele empezar algunos días después.

La respuesta correcta es: Estafilococo áureo

[◀ 3.2 Cuestionario Gastroenterología](#)

Ir a...

[3.4 Cuestionario Gastroentero](#)

Comenzado el	miércoles, 1 de marzo de 2023, 23:15
Estado	Finalizado
Finalizado en	miércoles, 1 de marzo de 2023, 23:32
Tiempo empleado	16 minutos 40 segundos
Puntos	12,00/20,00
Calificación	60,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 50 años consulta por astenia marcada, que ha ido en aumento. No presenta otros síntomas y su examen físico no tiene alteraciones. Se solicitan exámenes generales, entre los que destaca un hemograma normal, creatinina: 0,8 mg/dl, GOT: 60 UI/L, GPT: 64 UI/L, Bilirrubina: 2,8 mg/dl, Bilirrubina directa: 2,5 mg/dl, GGT: 180 UI/L, FA: 466 UI/L. El diagnóstico de sospecha es:

Seleccione una:

- a. NASH
- b. Hepatitis autoinmune
- c. Cáncer de vesicular biliar
- d. Colangitis esclerosante primaria
- e. Cirrosis biliar primaria



Es una colangitis biliar primaria o cirrosis biliar primaria (CBP) clásica: mujer de 40-50 años, habitualmente multipara, con astenia marcada y colestasia en las pruebas hepáticas, con especial elevación de las FA. Su marcador son los anticuerpos antimitocondriales (AMA) y su diagnóstico se basa en los exámenes de laboratorio más los anticuerpos y, si bien la biopsia no suele indispensable para el diagnóstico, sí sirve mucho para ver el grado de daño hepático que se ha generado y también muestra la clásica destrucción de la vía biliar intrahepática. Las imágenes suelen estar normales o mostrar alteraciones inespecíficas, porque no hay afectación de la vía biliar extrahepática. El tratamiento es con ácido ursodeoxicólico.

La hepatitis autoinmune tendría elevación de las transaminasas. El cáncer de vesícula biliar tendría colestasia, sin dolor, pero de edad algo mayor y con predominio de la ictericia, por sobre la astenia. La colangitis esclerosante primaria es más frecuente en personas de menor edad, asociada a enfermedades inflamatorias intestinales, en especial, colitis ulcerosa. Más allá de eso, la clínica puede ser igual a la CBP.

La respuesta correcta es: Cirrosis biliar primaria

Pregunta 2

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 56 años consulta por dolor abdominal intenso de 8 horas de evolución, que se ha asociado a vómitos alimentarios en varias oportunidades. El dolor es de localización epigástrico, sin irradiación. Al examen físico se aprecia icterico en piel y mucosas y su abdomen es doloroso a la palpación del epigastrio e hipocondrio derecho. Se solicita una ecografía abdominal, que muestra dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar colangioresonancia
- b. Hospitalizar, iniciar antibióticos y analgésicos por vía endovenosa
- c. Realizar CPRE
- d. Solicitar radiografía de tórax en posición de pie
- e. Resolver quirúrgicamente de inmediato



La sospecha clínica es una coledocolitis (dolor más ictericia y vómitos, sin fiebre). Su enfrentamiento diagnóstico es algo que tiene algún grado de debate. En este caso, la ecografía es sugerente, pero aún no ha visualizado los cálculos, por lo que se debe hacer la colangiRMN, antes de proceder a la CPRE (colangiografía retrógrada endoscópica, que aunque es diagnóstica, también es el procedimiento terapéutico más importante).

1. Si la ecografía hubiese visto los cálculos en el colédoco, o 2. si hubiese clínica de colangitis (más fiebre), se debería hacer la CPRE directamente. También se hace la CPRE cuando 3. la colangiRMN muestra los cálculos en el colédoco. Algunas guías internacionales incluyen a 4. los pacientes sin colecistectomía con dolor e ictericia más colédoco dilatado más bilirrubina mayor a 4 mg/dl como candidatos a las CPRE de manera directa.

La respuesta correcta es: Solicitar colangioresonancia

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 30 años consulta por diarrea de 6 semanas de evolución, acompañada de intenso pujo y tenesmo y de dolor abdominal tipo cólico. Además, presenta astenia y sensación febril ocasional. La diarrea es acuosa, aunque en algunas oportunidades ha sido sanguinolenta. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Cáncer de colon
- b. Enfermedad celíaca
- c. Parasitosis intestinal
- d. Colitis bacteriana
- e. Colitis ulcerosa



Es una enfermedad inflamatoria clásica: paciente joven, con diarrea disentérica, fiebre. Además, por no tener nada que oriente a E. de Cröhn, lo más probable es que se trate de una colitis ulcerosa (CU). Además, la CU se caracteriza por mucho pujo y tenesmo, dado que siempre comienza con una rectitis.

La respuesta correcta es: Colitis ulcerosa

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La primera causa de pancreatitis aguda en Chile es:

Seleccione una:

- a. Idiopática
- b. Litiásica
- c. Hipertrigliceridemia
- d. Alcohólica
- e. Transgresión alimentaria



Las causas de pancreatitis aguda, en orden de importancia, son: 1. Litiasis, 2. Alcohólica y 3. Hipertrigliceridemia.

La respuesta correcta es: Litiásica

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 69 años consulta por malestar general y baja de peso. Además, refiere saciedad precoz y dolor epigástrico intermitente. La conducta más adecuada para proseguir su estudio es:

Seleccione una:

- a. Solicitar radiografía de abdomen simple
- b. Solicitar radiografías baritadas de tórax y abdomen
- c. Solicitar endoscopía digestiva alta
- d. Solicitar TAC de abdomen con contraste
- e. Solicitar ecografía abdominal



Tiene epigastralgia, con signos de alarma: baja de peso, saciedad precoz. Por tanto, se sospecha un cáncer gástrico. Tanto por la sospecha, como por los signos de alarma, se debe realizar endoscopía digestiva alta.

La respuesta correcta es: Solicitar endoscopía digestiva alta

Pregunta 6

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 29 años compra un "completo" (pan con salchicha), con mayonesa casera en un carrito de la calle. Tres horas después inicia un cuadro de vómitos alimentarios explosivos, que luego son seguidos de hematemesis en dos oportunidades. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Anisakiasis
- b. Shigellosis
- c. Várices esofágicas
- d. Úlcera péptica
- e. Síndrome de Mallory Weiss



Es un síndrome de Mallory Weiss clásico (hematemesis, luego de vómitos alimentarios). Se produce por una erosión esofágica, secundaria a los vómitos. El cuadro de base, parece una intoxicación por toxina entérica estafilocócica, dado que tiene vómitos a las pocas horas de haber comido el completo. Si hubiese comido pescado crudo, sería anisakiasis.

La respuesta correcta es: Síndrome de Mallory Weiss

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente cirrótico, de reciente diagnóstico, se realiza pruebas de detección de virus hepatotropos, que muestran IgG-VHA(+), IgM-VHA(-), Ag-VHBs(+), IgG-VHBs(-), IgM-VHBs(-), IgG-VHBC(+), IgM-VHBC(-), IgG-VHC(-), IgM-VHC(-). El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hepatitis A
- b. Hepatitis B aguda
- c. Hepatitis B crónica
- d. Hepatitis A y B
- e. Hepatitis de causa no viral



Tiene la IgM-VHA negativa, por lo que no tiene hepatitis A. Dado que la IgG-VHA está positiva, quiere decir que está vacunado o que tuvo hepatitis A antes y se mejoró. Tiene el antígeno de superficie (Ag-VHB) positivo, por lo que tiene hepatitis B (recordar que el antígeno es un "pedazo de virus"). Como la IgM anticore (IgM-VHBC) está negativa, no puede ser aguda y por obligación debe ser hepatitis B crónica. Tiene la serología contra la hepatitis C negativa, por lo que no tiene hepatitis C. Si hubiese tenido cualquier anticuerpo contra el virus C positivo, lo más probable es que habría sido hepatitis C (como la hepatitis C crónica en el 90% de los casos, tanto IgG como IgM positiva, se manejan similarmente, confirmando con PCR-VHC y luego dando antivirales).

La respuesta correcta es: Hepatitis B crónica

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años consulta por disfagia, de 3 meses de evolución, que le dificulta tragar elementos sólidos de gran tamaño, pero que ha ido progresando, por lo que actualmente también tiene dificultad para tragar alimentos sólidos de tamaño menor. Su examen físico no muestra alteraciones. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar manometría esofágica
- b. Solicitar radiografías baritadas
- c. Solicitar endoscopía digestiva alta
- d. Solicitar pH-metría de 24 horas
- e. Indicar erradicación de Helicobacter pylori



Tiene una disfagia de tipo lógica, dado que afecta a sólidos y va progresando a alimentos de menor tamaño. Es característica del cáncer de esófago y otros procesos estenóticos (siendo el cáncer lo más probable). La disfagia lógica se estudia con endoscopía, por lo mismo.

- La manometría es el examen de la acalasia, es decir, el estudio de la disfagia ilógica (que afecta a líquidos más que a sólidos y que suele ser fluctuante. Además, se puede asociar a regurgitación no ácida de alimentos o saliva y a pirosis que no responde al uso de inhibidores de la bomba de protones).

- Las radiografías baritadas se solicitan cuando se sospecha un divertículo esofágico y también puede ser de ayuda en todas las disfagias, sin ser el examen de elección o de primera línea (lo mismo con la endoscopía, que finalmente se pide en los pacientes con disfagia ilógica también).

- La pH-metría de 24 horas es el examen considerado el gold standard para el diagnóstico del RGE, aunque solo se pide si la clínica no es categórica o no hay respuesta al tratamiento con IBP en dos dosis diarias.

La respuesta correcta es: Solicitar endoscopía digestiva alta

Pregunta 9

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 17 años consulta por diarrea acuosa abundante de 6 días de evolución, asociada a dolor abdominal tipo cólico. No ha presentado fiebre, ni disentería, pero está muy preocupado porque lleva muchos días con los síntomas. Al examen físico está hidratado, con abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal y con aumento de los ruidos intestinales. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar colonoscopía
- b. Solicitar coprocultivos y parasitológico de deposiciones e indicar hidratación oral
- c. Indicar hidratación oral y observar evolución, sin necesidad de otros medicamentos ni exámenes
- d. Indicar hidratación oral e iniciar ciprofloxacino oral
- e. Indicar hidratación oral e iniciar loperamida y metronidazol por vía oral ✗

Tiene una diarrea aguda, sin ningún signo de alarma. Solo se debe hidratar (o mantener hidratado si es que no hay deshidratación) y, a lo más, se le indican antieméticos y antiespasmódicos, si es que hay vómitos o dolor, respectivamente (su utilidad es restringida y lo fundamental es la hidratación). No están indicados los antidiarreicos ni los antibióticos (a menos que tenga disentería o más de 2 días con fiebre o algún antecedente especial, como la diarrea del viajero, el cólera, la fiebre tifoidea o infección por Clostridoides difficile). La colonoscopía es el estudio de la diarrea crónica (mayor a 28 días) o con signos de alarma (ej. sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal).

El estudio microbiológico es la conducta ante la diarrea prolongada (mayor a 14 días) y también se hace en la diarrea crónica, si es que no ha consultado antes.

La respuesta correcta es: Indicar hidratación oral y observar evolución, sin necesidad de otros medicamentos ni exámenes

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años se realiza una ecografía abdominal, como parte del estudio de un cuadro crónico de dolor abdominal, el que muestra 3 lesiones redondeadas, hipoeogénicas, de 8, 12 y 15 mm de diámetro respectivamente, ubicadas en el lóbulo hepático derecho. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Quistes simples
- b. Quistes hidatídicos
- c. Hemangiomas
- d. Hepatocarcinomas
- e. Metástasis ✓

Son metástasis clásicas: lesiones múltiples hipoeogénicas.

Los quistes simples son anecogénicos, sin pared.

Los quistes hidatídicos son anecogénicos, con pared y/o tabiques.

Los hemangiomas son hipereogénicos.

Los hepatocarcinomas son hipoeogénicos, de aspecto heterogéneo y únicos (hay casos en que hay dos, en especial en cirróticos).

La respuesta correcta es: Metástasis

Pregunta 11

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente cirrótico por consumo de alcohol, es traído a la urgencia por sus familiares por un cuadro de dolor abdominal y vómitos, al que luego se agregó desorientación. En su examen físico está icterico y presenta signos clínicos de ascitis. Su hálito es alcohólico y presenta desorientación y sopor superficial. Se solicitan exámenes, entre los que destaca un hemograma con leucocitosis y pruebas hepáticas que muestran GOT: 302 UI/L, GPT: 144 UI/L, GGT: 355 UI/L, FA: 108 UI/L, bilirrubina: 5,2 UI/L, protrombinemia: 78% y albúmina: 3,4 g/dl. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Colangitis aguda
- b. Peritonitis bacteriana espontánea
- c. Hepatocarcinoma
- d. Pancreatitis aguda
- e. Hepatitis alcohólica



Por la clínica puede ser cualquier causa de hepatitis, pero lo importante es que están elevadas las transaminasas, con una relación GOT/GPT mayor a 2, lo que es diagnóstico de hepatitis alcohólica. Por eso, siempre se debe mirar la reacción GOT/GPT antes de contestar la pregunta de hepatitis, ya que, incluso en relaciones mayores a 1,5 ya se debe sospechar fuertemente la etiología alcohólica en las hepatitis agudas de quienes consumen alcohol. En este caso, además hay ciertos indicadores de gravedad, como la protrombinemia menor a 80%.

La respuesta correcta es: Hepatitis alcohólica

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente obeso, diabético de 50 años se realiza exámenes generales a modo de chequeo, entre los que destaca elevación de las transaminasas por 3 veces el valor normal. Las pruebas colestásicas están normales, dice no consumir alcohol, excepto muy pocas ocasiones al año, niega conductas sexuales de riesgo y nunca ha recibido transfusiones. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hepatitis A
- b. Hepatitis B
- c. Hepatitis autoinmune
- d. Esteatohepatitis no alcohólica
- e. Síndrome de Gilbert



Tiene hepatitis, porque las transaminasas están elevadas. Además, por el antecedente de diabetes, lo más probable es que tenga una esteatohepatitis no alcohólica, ya que es la primera causa de hepatitis crónica y se produce por resistencia a la insulina. La confirmación diagnóstica incluye 1. solicitar una ecografía (u otra imagen) que demuestre la esteatosis hepática y 2. descartar otras causas de hepatitis con múltiples exámenes (marcadores virales y marcadores de hepatitis autoinmune). El tratamiento es con dieta, ejercicio, baja de peso y manejo de la resistencia a la insulina, que se considera la causa. También se debe evitar el alcohol y otros hepatotóxicos.

La respuesta correcta es: Esteatohepatitis no alcohólica

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La etiología más frecuente de la úlcera péptica en Chile es:

Seleccione una:

- a. Infección por Helicobacter pylori
- b. Consumo de AINES
- c. Idiopática
- d. Consumo de alcohol
- e. Gastrinoma



Las úlceras gástricas son 70% por H. pylori y 30% por AINES. Las duodenales son 90% por H. pylori y 10% por AINES. Menos del 1% son por otras causas.

La respuesta correcta es: Infección por Helicobacter pylori

Pregunta 14

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

La angina mesentérica se presenta semiológicamente como:

Seleccione una:

- a. Dolor abdominal intenso, de inicio súbito, asociado a hematoquezia
- b. Dolor abdominal postprandial, asociado a baja de peso
- c. Dolor abdominal postprandial, asociado a diabetes y malabsorción intestinal
- d. Dolor abdominal que aumenta en periodos de ayunas
- e. Dolor abdominal que aparece al realizar actividad física y que cede con el reposo



- La A es una embolia mesentérica o una colitis isquémica: Dolor abdominal intenso, de inicio súbito, asociado a hematoquezia.
- La B (correcta) es una angina mesentérica: Dolor abdominal postprandial, asociado a baja de peso.
- La C es una pancreatitis crónica: Dolor abdominal postprandial, asociado a diabetes y malabsorción intestinal.
- La D es un síndrome ulceroso: Dolor abdominal que aumenta en periodos de ayunas.
- La E es una angina cardíaca, de pared inferior: Dolor abdominal que aparece al realizar actividad física y que cede con el reposo.

La respuesta correcta es: Dolor abdominal postprandial, asociado a baja de peso

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes parasitosis suele simular a un síndrome de malabsorción intestinal?

Seleccione una:

- a. Hidatidosis
- b. Anisakiasis
- c. Ascariasis
- d. Distomatosis
- e. Giardiasis



La giardiasis emula un síndrome de malabsorción. De hecho, debe ser descartada en todo síndrome de malabsorción.

La hidatidosis suele ser asintomática.

La anisakiasis produce vómitos y dolor abdominal después de comer pescado crudo.

La ascariasis produce el síndrome de Löeffler (tos, fiebre y eosinofilia) y luego molestias intestinales inespecíficas.

La distomatosis produce ictericia, fiebre y eosinofilia.

La respuesta correcta es: Giardiasis

Pregunta 16

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Respecto a la enfermedad celiaca es VERDADERO que:

Seleccione una:

- a. Los pacientes celíacos no pueden ingerir ningún tipo de cereal ✗
- b. Su manifestación cutánea típica es el eritema nodoso
- c. Aumenta el riesgo de linfoma intestinal
- d. Los anticuerpos característicos de esta enfermedad son los ANCA y los ASCA
- e. Su tratamiento incluye el uso de corticoides e inmunomoduladores

Uno de los riesgos de la enfermedad celíaca, es su asociación a linfoma tipo MALT (linfoma T asociado a mucosas).

Pueden ingerir cualquier cereal que no sea trigo, cebada, centeno y avena.

Su manifestación cutánea es la dermatitis herpetiforme. El eritema nodoso es de las enfermedades inflamatorias intestinales.

Los anticuerpos son los anti-TGT y los antiendomisio. Los ANCA son de la colitis ulcerosa, de las vasculitis y de la colangitis esclerosante primaria. Los ASCA son de la enfermedad de Cröhn.

La respuesta correcta es: Aumenta el riesgo de linfoma intestinal

Pregunta 17

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, cirrótico por consumo de alcohol, se realiza una endoscopía digestiva alta que muestra várices esofágicas medianas, sin signos de sangrado ni puntos rojos. El paciente no ha tenido síntomas y no consume alcohol desde hace 2 años. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar lactulosa oral
- b. Iniciar propanolol oral
- c. Realizar instalación de un TIPS
- d. Proceder a la ligadura de las várices esofágicas por vía endoscópica
- e. Observar evolución



Tiene várices esofágicas, que nunca han sangrado, por lo que requieren profilaxis primaria, que se realiza con betabloqueantes no selectivos: propanolol o carvedilol. Si ya hubiesen sangrado, se indicaría profilaxis secundaria, con ligadura más propanolol. Si tuviese contraindicación del propanolol (ej. asma o EPOC), se indicaría la ligadura sola. La lactulosa es el tratamiento de la encefalopatía hepática. Solo las várices pequeñas (menores a 5 mm de diámetro) y sin puntos rojos se pueden observar, con control endoscópico anual, ya que no aún no existe evidencia de buena calidad que muestre beneficios del uso de betabloqueo en pacientes sin várices o con várices pequeñas y bajo riesgo. Si tiene puntos rojos (y, según algunos, también si tiene clasificación Child-Pugh C) sí se puede dar betabloqueantes a las várices pequeñas.

Recordar que betabloqueo no selectivos (bloquean receptores adrenérgicos beta1 y beta2) son propanolol, nadolol, timolol y carvedilol (que también es alfa1 bloqueante). En cambio los cardioselectivos solo bloquean los receptores beta1 (no se usan en cirrosis) y corresponden a atenolol, metoprolol, bisoprolol y esmolol.

La respuesta correcta es: Iniciar propanolol oral

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 70 años consulta por dolor abdominal intenso, asociado a sensación febril. El dolor inició hace 5 horas, en la fosa iliaca izquierda y se ha vuelto más intenso. Al examen físico se aprecia dolor a la palpación de la FII y signo de Blumberg en dicha zona. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Cáncer de colon
- b. Diverticulitis aguda
- c. Colitis isquémica
- d. Íleo biliar
- e. Enfermedad de Cröhn



Es una diverticulitis clásica, cuyo diagnóstico es clínico y se basa en el dolor con irritación peritoneal en la fosa ilíaca izquierda. Se estudia con un TAC para determinar la gravedad y el manejo y, según algunos autores, también para confirmar el diagnóstico (sin embargo, el diagnóstico es predominantemente clínico).

El íleo biliar suele presentarse como una obstrucción intestinal, que en la radiografía se ve con neumobilidad y presencia de un cálculo en un asa intestinal, habitualmente, en el ileón distal. Puede estar precedido de dolor en el hipocondrio derecho (por la colecistitis que da origen a la fistula colecistoduodenal, a través de la que pasa el cálculo al intestino).

La respuesta correcta es: Diverticulitis aguda

Pregunta 19

Incorrecta

Se puntúa 0,00 sobre 1,00

Un paciente consulta por ardor epigástrico y retroesternal, que ocurre con frecuencia, en especial después de comer. Además, refiere regurgitación frecuente de alimentos. Se solicita una endoscopía digestiva alta que resulta normal. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Erradicar Helicobacter pylori
- b. Solicitar TAC de abdomen y pelvis
- c. Diagnosticar dispepsia funcional y realizar educación
- d. Solicitar manometría esofágica
- e. Iniciar medidas antirreflujo e indicar omeprazol oral

✗

Tiene un RGE clínico, por lo que el diagnóstico ya está hecho y se debe iniciar el tratamiento con medidas generales e inhibidores de la bomba de protones (IBP). No es necesario pedir pH-metría, porque la clínica es categórica (pirosis más regurgitación). Tampoco era necesario pedir la endoscopía (EDA), ya que el diagnóstico era claro. Sí debe pedirse la EDA cuando tiene signos de alarma (para descartar cáncer). Si la endoscopía está normal no descarta el reflujo (aunque la endoscopía con esofagitis distal sí lo confirma). Actualmente, se recomienda tratar a los pacientes con sospecha de RGE y solo si no responden a IBP con dos dosis diarias, complementar el estudio con pH-metría y/o con EDA. Eso sí, en caso de haber signos de alarma, siempre se debe pedir la EDA.

La erradicación no ha mostrado mejoría en el RGE, sino que es el tratamiento de la úlcera gastroduodenal.

La dispepsia funcional no tiene ni pirosis, ni regurgitación, sino solo epigastralgia urente, con EDA normal.

La respuesta correcta es: Iniciar medidas antirreflujo e indicar omeprazol oral

Pregunta 20

Incorrecta

Se puntúa 0,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes tratamientos le parece más adecuado para un paciente cursando una peritonitis bacteriana espontánea?

Seleccione una:

- a. Paracentesis evacuadora más antibióticos endovenosos
- b. Cefotaximo endovenoso más albúmina endovenosa
- c. Ceftriaxona intraperitoneal
- d. Diuréticos orales
- e. Ciprofloxacino oral

✗

El tratamiento de la PBE es con cefotaximo endovenoso 2 g cada 8 horas por 7 días (en alérgicos, se puede usar ciprofloxacino endovenoso y en los casos muy graves, se puede usar imipenem u otro carbapenémico). Además, se administra albúmina endovenosa, como profilaxis de síndrome hepatorrenal: 1,5 g/Kg de peso corporal en las primeras 6 horas del diagnóstico y, al tercer día, se da 1 g/Kg de peso. Despues queda con profilaxis con cotrimoxazol, ciprofloxacino u otra quinolona, durante todo el tiempo que permanezca con ascitis (hasta el trasplante o la muerte). La paracentesis evacuadora en la PBE está del todo contraindicada, ya que puede desencadenar un síndrome hepatorrenal.

Si bien las PBE suelen responder bien al tratamiento, su pronóstico a largo plazo es malo, ya que son un marcador de daño hepático avanzado (recordar que la mediana de sobrevida de los pacientes con ascitis es de apenas 2 a 3 años y que a 5 años la sobrevida es de apenas un tercio de los pacientes). Por eso, desde que hay ascitis habitualmente ya se debe empezar a considerar la posibilidad de un trasplante hepático.

La respuesta correcta es: Cefotaximo endovenoso más albúmina endovenosa

Comenzado el	jueves, 2 de marzo de 2023, 00:26
Estado	Finalizado
Finalizado en	jueves, 2 de marzo de 2023, 00:39
Tiempo empleado	13 minutos 7 segundos
Puntos	15,00/20,00
Calificación	75,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 66 años, alcohólico, consulta por dolor abdominal intenso, que aparece después de comer y de consumir alcohol. Los episodios de dolor se han vuelto cada vez más frecuentes y se han asociado a baja de peso. Se solicitan exámenes generales entre los que destaca glicemia de ayuno de 180 mg/dl. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Úlcera péptica
- b. Cáncer de estómago
- c. Pancreatitis crónica
- d. Cáncer de páncreas
- e. Angina mesentérica

Es una pancreatitis crónica clásica: antecedente de alcoholismo, con clínica de dolor abdominal postprandial y postconsumo de alcohol. Además, está complicada con una probable diabetes, que son insulinorequerientes, por ser causadas por daño pancreático.

- Se debe pedir una TAC de abdomen o una colangiopancreatografía por RMN para confirmar el diagnóstico. En los casos en los que queda la duda, se puede usar la prueba de estimulación con secretina.
- El tratamiento suele ser discontinuar el consumo de alcohol, dieta baja en grasas y analgésicos (Paracetamol o AINES y luego opiáceos, idealmente agregando moduladores del dolor como los antidepresivos IRS o duales o los gabapentoides, como la pregabalina o la gabapentina). En los casos que no responden, se realiza tratamiento invasivo con cirugía endoscópica de drenaje o cirugía abierta (como opción, en casos en que no hay obstrucción, se puede realizar un bloqueo nervioso, del plexo celíaco).
- En este caso, además, se debe repetir la glicemia y, si vuelve a estar sobre 126, se confirma la diabetes y se debe iniciar insulina (no son muy eficaces los hipoglicemiantes orales en las diabetes de origen pancreático).
- Finalmente, en los casos en que hay déficit exocrino, con malabsorción, se deben dar enzimas pancreáticas orales, junto con las comidas.
- La angina mesentérica tiene la misma clínica, pero sin el antecedente de alcoholismo, sino con el antecedente de factores de riesgo cardiovascular. El cáncer de páncreas tiene ictericia, dolor, depresión y diabetes.

La respuesta correcta es: Pancreatitis crónica

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes medicamentos es más útil para el tratamiento de la encefalopatía hepática?

Seleccione una:

- a. Donepezilo
- b. Ácido valproico
- c. Fluoxetina
- d. Risperidona
- e. Lactulosa



Lo más importante es buscar una causa descompensante y tratarla, pero como fármaco adicional, sirve la lactulosa (laxante osmótico) o bien la rifaximina o neomicina (ambos antibióticos no reabsorbibles, que actúan también como agentes osmóticos). En la actualidad se prefiere la lactulosa por sobre los antibióticos, debido a que su eficacia es igual y su costo es mucho menor. Además, se prefiere la rifaximina sobre la neomicina si se decide dejar un antibiótico, ya que podría tener más efectos adversos. Resumen: lactulosa XD.

La respuesta correcta es: Lactulosa

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El marcador más específico del cáncer de páncreas es:

Seleccione una:

- a. Ca 125
- b. Ca 19.9
- c. Antígeno carcinoembrionario
- d. Alfafetoproteína
- e. Tripsina



El Ca-19.9 es el marcador del cáncer de páncreas.

- Ca 125 es marcador de cáncer de ovario y de otros procesos peritoneales, como la endometriosis.
- Antígeno carcinoembrionario es marcador del cáncer de colon, aunque también se puede elevar en otros cánceres digestivos.
- Alfafetoproteína es marcador de hepatocarcinoma, del cáncer testicular no semínoma y de los defectos del tubo neural (ej. espina bífida y anencefalia).

La respuesta correcta es: Ca 19.9

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 29 años consulta por dolor abdominal de 1 mes de evolución, asociado a diarrea acuosa abundante, que en ocasiones es disentérica. Además, ha bajado de peso y al examen físico se palpa el abdomen doloroso, con una masa abdominal en el hemiabdomen inferior. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Cáncer de colon
- b. Enfermedad de Cröhn ✓
- c. Colitis ulcerosa
- d. Enfermedad celíaca
- e. Amebiasis intestinal

Tiene clínica de una enfermedad inflamatoria intestinal (paciente joven con diarrea disentérica y dolor). La presencia de una masa es indicadora de E. Cröhn y no de colitis ulcerosa.

Si la pregunta hubiese sido igual, pero con un paciente de 69 años, la respuesta habría sido cáncer de colon (masa, más hemorragia, más alteración del tránsito intestinal), pero a los 29 años, es Cröhn.

La respuesta correcta es: Enfermedad de Cröhn

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente consulta por dolor abdominal, por lo que se realiza una endoscopía digestiva alta, que demuestra una úlcera gástrica activa, sin estigmas de sangrado de 1 cm de diámetro. El test de ureasa resulta positivo y la biopsia descarta la presencia de cáncer. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Resolver quirúrgicamente
- b. Indicar omeprazol a permanencia
- c. Realizar tratamiento erradicador de Helicobacter pylori ✓
- d. Solicitar niveles plasmáticos de gastrina
- e. Indicar dieta baja en grasas y prohibir el consumo de alcohol

El tratamiento de la úlcera gástrica es la erradicación de HP (si es que tiene test de ureasa u otra prueba que confirme la presencia de H. pylori). Además, se deben discontinuar los AINES.

La erradicación se realiza con los siguientes esquemas:

- Habitual: claritromicina + amoxicilina + IBP.
- Alérgicos a amoxicilina: claritromicina + metronidazol o tetraciclina + IBP.
- Intolerancia a macrólidos o uso reciente de macrólidos: 4 fármacos (incluyendo bismuto. Ej. Metronidazol + tetraciclina + bismuto + IBP).
- Recurrencias: 4 fármacos incluyendo bismuto (Ej. metronidazol + tetraciclina + bismuto + IBP) o 3 fármacos incluyendo levofloxacino (Ej. levofloxacino + metronidazol o tetraciclina + IBP).

Solo la úlcera perforada requiere cirugía. El omeprazol u otros IBP se indican por 4-6 semanas y luego se suspende (a menos que tenga otra indicación como RGE o dispepsia funcional). En el RGE, el omeprazol clásicamente, sí se indica a permanencia.

La respuesta correcta es: Realizar tratamiento erradicador de Helicobacter pylori

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 58 años consulta por disfagia de localización alta, que inició hace 1 año, que ha ido en aumento y en ocasiones se acompaña de regurgitación de alimentos no ácidos. Además, presenta halitosis y ha presentado 2 neumonías en ese tiempo. El examen físico es normal. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Esófago de Barret
- b. Cáncer de estómago
- c. Cáncer de esófago
- d. Divertículo de Zenker
- e. Acalasia esofágica



Es la clínica clásica del divertículo de Zenker: disfagia alta (también llamada disfagia orofaríngea), generalmente ilógica (ya que varía según está más o menos lleno el divertículo) + halitosis + regurgitación no ácida (no alcanza a llegar al estómago) + neumonías. Su diagnóstico se realiza con radiografías baritadas. El tratamiento es quirúrgico (excepto en asintomáticos muy pequeños >1 cm).

- El esófago de Barret es asintomático.
- El cáncer de estómago puede presentarse de varias formas, pero si hace disfagia, es de localización baja.
- El cáncer de esófago puede tener una clínica similar, pero por regla general solo tiene disfagia lógica progresiva.

La respuesta correcta es: Divertículo de Zenker

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 4 años presenta un cuadro de diarrea de 2 días de evolución, asociado a fiebre hasta 38°C y vómitos. Al examen físico se aprecia hidratado, con el abdomen sensible y con aumento de los ruidos hidroáreos. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Indicar hidratación oral, sin necesidad de estudio
- b. Solicitar coprocultivo
- c. Solicitar colonoscopía
- d. Solicitar ecografía abdominal
- e. Solicitar parasitológico seriado de deposiciones



Es una diarrea aguda en un niño. Lo único que importa es el grado de deshidratación. En este caso, por estar hidratado, basta el plan A: sales de rehidratación oral 100 a 200 cc, después de cada deposición diarreica. Aunque tenga fiebre, lo más probable es que sea viral. Los antibióticos (ciprofloxacino, cefixime o azitromicina; ceftriaxona en casos muy graves) solo se indican en casos de disentería, diarreas febris con mucho compromiso del estado general o situaciones epidemiológicas específicas (diarrea del viajero: ciprofloxacino; cólera: doxiciclina, azitromicina o ciprofloxacino; fiebre tifoidea: ciprofloxacino de elección o ceftriaxona).

La respuesta correcta es: Indicar hidratación oral, sin necesidad de estudio

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente cirrótico por consumo de alcohol, consulta por un episodio de hematemesis, asociado a malestar general, que sucedió hace 15 minutos. Al examen físico se aprecia pálido. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Seleccione una:

- a. Várices esofágicas sangrantes ✓
- b. Síndrome de Mallory Weiss
- c. Úlcera gastroduodenal complicada
- d. Hepatocarcinoma
- e. Cáncer gástrico

Cirrótico más hematemesis es lo clásico de la hemorragia variceal.

El síndrome de Mallory Weiss también tiene hematemesis, pero necesariamente viene precedida por vómitos alimentarios, sin sangre.

La respuesta correcta es: Várices esofágicas sangrantes

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes alteraciones es MENOS sugerente de un síndrome de intestino irritable?

Seleccione una:

- a. Pujo y tenesmo ✓
- b. Diarrea con mocosidad
- c. Dolor abdominal con exacerbaciones tipo cólico
- d. Distensión abdominal
- e. Edad de 20 años

El pujo y tenesmo son signos de organicidad. Están especialmente frecuentes en la colitis ulcerosa y en las colitis infecciosas, así como en todas las rectitis (ej. actínica). Recordar el ABCDEFGHN de la gastroenterología, más la fiebre y signos de malabsorción.

Las demás opciones son perfectamente compatibles con un síndrome de intestino irritable.

La respuesta correcta es: Pujo y tenesmo

Pregunta 10

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes es el factor de riesgo más importante para desarrollar cáncer de vesícula?

Seleccione una:

- a. Antecedentes familiares de cáncer de vesícula
- b. Colelitiasis
- c. Consumo de alcohol
- d. Obesidad
- e. Tabaquismo



La colelitiasis es el factor de riesgo más importante. Por eso es que en Chile incluso se operan las colelitiasis asintomáticas. El otro factor de riesgo son las colecistitis crónicas: vesícula en porcelana, vesícula escleroatrófica, portación biliar de *Salmonella typhi*, etc.

La colecistectomía preventiva es una prestación GES en Chile tanto en mujeres como ahora también en hombres entre 35 y 49 años diagnosticados de cáncer de vesícula. Con esto, la mortalidad por este cáncer ha disminuido sostenidamente e importantemente en los últimos años.

La respuesta correcta es: Colelitiasis

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 40 años, con antecedente de colitis ulcerosa, consulta por astenia, asociada a ictericia. Al examen físico se constata ictericia de piel y mucosas y dolor abdominal a la palpación profunda. Se solicitan exámenes entre los que destaca GOT: 51 UI/L, GPT: 40 UI/L, bilirrubina: 6,9 mg/dl, bilirrubina directa: 6,0 mg/dl, FA: 650 UI/L, albúmina: 4,3 g/dl. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Cirrosis biliar primaria
- b. Hepatitis autoinmune
- c. Cáncer de páncreas
- d. Colangitis esclerosante primaria
- e. Cáncer de vesícula biliar



Tiene una colestasis (elevación de la bilirrubina directa, GGT y fosfatases alcalinas). Hasta ahí puede ser cualquiera de las opciones, excepto la hepatitis autoinmune, que produce hepatitis y no colestasis. Sin embargo, el antecedente de colitis ulcerosa es muy fuerte, a favor de la colangitis esclerosante primaria (CEP), ya que es una complicación frecuente de la colitis ulcerosa y la mayoría de las CEP se producen en contexto de pacientes con colitis ulcerosa.

Los síntomas más frecuentes son la astenia y el prurito (igual que en otras colestasias crónicas) y el diagnóstico se suele establecer con las pruebas hepáticas más una colangiRMN, que muestra zonas de estenosis y dilatación de la vía biliar ("arrosariamiento" de la vía biliar extrahepática). La biopsia puede ayudar a confirmar el diagnóstico y, sobre todo, para ver el grado de daño hepático.

El tratamiento es con ácido ursodeoxicólico como manejo sintomático. Se suelen indicar inmunosupresores, pero no han demostrado mayor eficacia. Se pueden instalar stent o realizar dilataciones con balón de la vía biliar, por acceso endoscópico. Al final, se debe trasplantar con alguna frecuencia, ya que la sobrevida promedio sin trasplante es aproximadamente de 10 años desde el diagnóstico. En esto se parece mucho a la colangitis biliar primaria (CBP).

La CEP se asocia a cáncer de vesícula y vía biliar, por lo que se recomienda el control imagenológico frecuente (mínimo con ecografía e idealmente también con colangiRMN).

La respuesta correcta es: Colangitis esclerosante primaria

Pregunta 12

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 15 años, con antecedente de diarrea crónica desde la infancia, no estudiada, consulta por astenia y debilidad. En sus exámenes generales se constata anemia ferropénica y se solicita test de Sudán que muestra esteatorrea +++. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar colonoscopía
- b. Solicitar endoscopía digestiva alta y anticuerpos antitransglutaminasa
- c. Solicitar TAC de abdomen
- d. Solicitar lipasa plasmática
- e. Solicitar tripsina de deposiciones



La sospecha es una enfermedad celíaca, ya que tiene malabsorción confirmada con la prueba de Sudán (objetiva la esteatorrea) y porque además hay anemia ferropénica. La endoscopía y los anticuerpos antitransglutaminasa (anti-TGT) son la forma en que se estudia la enfermedad celíaca. También habría sido correcto continuar el estudio con el test de D-xilosa, ya que suele pedirse en los pacientes con malabsorción para determinar el origen de la malabsorción (si es parietal, se altera la prueba de D-xilosa; si es un problema enzimático, está normal la prueba de D-xilosa), sin embargo, cuando hay una sospecha clara sobre la etiología, lo recomendado actualmente es realizar dirigidamente los exámenes confirmatorios de la patología sospechada, en este caso, el estudio específico de la enfermedad celíaca.

La respuesta correcta es: Solicitar endoscopía digestiva alta y anticuerpos antitransglutaminasa

Pregunta 13

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente, con elevación de las transaminasas, presenta las siguientes serologías para virus de la hepatitis: IgG-VHA(+), IgM-VHA(-), Ag-VHBs(-), IgG-VHBs(+), IgM-VHBC(-), IgG-VHBC(+), IgG-VHC(-), IgM-VHC(-). El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hepatitis A
- b. Hepatitis B aguda
- c. Hepatitis B crónica
- d. Hepatitis C
- e. Hepatitis de causa no viral



Tiene la IgM-VHA negativa, por lo que no tiene hepatitis A. Dado que la IgG-VHA está positiva, quiere decir que está vacunado o que tuvo hepatitis A antes y se mejoró. Tiene el antígeno de superficie (Ag-VHB) negativo, por lo que no tiene hepatitis B. Como la IgM anticore (IgM-VHBC) está negativa, tampoco puede ser hepatitis B aguda en periodo de ventana (en el que se detecta la IgM anticore, pero no el antígeno aún). Por tener positivas las IgG, tanto anti superficie, como anticore, se sabe que tuvo hepatitis B antes, pero que se mejoró. Tiene la serología contra la hepatitis C negativa, por lo que no tiene hepatitis C. Si hubiese tenido cualquier anticuerpo contra el virus C positivo, lo más probable es que habría sido hepatitis C (como la hepatitis C suele cronificar, no importa si tiene IgG o IgM positiva para VHC: el manejo es el mismo, confirmando el diagnóstico con una PCR y luego indicando antivirales).

La respuesta correcta es: Hepatitis de causa no viral

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años consulta por constipación de 2 meses de evolución. Su examen físico es normal y en sus exámenes destaca anemia microcítica. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar TAC de abdomen y pelvis
- b. Solicitar colonoscopía con preparación de colon
- c. Solicitar ecografía abdominal
- d. Solicitar radiografía de abdomen simple en dos posiciones
- e. Iniciar dieta rica en fibra y observar evolución



Por un lado, tiene una sospecha de cáncer de colon, la que se estudia con colonoscopía. Por otro lado, tiene una constipación con dignos de alarma: inicio después de los 50 años y anemia, por lo que también se debe estudiar con colonoscopía.

Se debe recordar que existen varios test para detectar el cáncer de colon. De ellos, el mejor es la colonoscopía completa, ya que ve todo el colon y, además, es buena para detectar no solo el cáncer, sino también lesiones premalignas, como los pólipos adenomatosos (se resecan estos durante la misma colonoscopía; el cáncer no se reseca en la colonoscopía, sino con una hemicolectomía como mínimo).

Otros test, incluyen la rectosigmoidoscopía, que es más sencillo y barato de hacer (no requiere sedación), pero solo evalúa el colon izquierdo.

Finalmente existen las pruebas de detección de sangre oculta en deposiciones, que han mejorado mucho en los últimos años (ahora se llaman "ultrasensibles") y que son efectivamente bastante sensibles, además de ser muchísimo más baratas que la colonoscopía. Sin embargo, no detectan a los pólipos adenomatosos ni superan a la colonoscopía. Por tanto, su utilización se reserva a aquellos casos en que se quiere hacer un screening en un paciente asintomático, en un contexto en que no existen recursos para una colonoscopía o hay alguna razón para no hacerla (ej. el paciente no quiere hacerse una colonoscopía). Si está alterado, se debe realizar la colonoscopía. En este caso, por estar con síntomas, es obligatoria la colonoscopía y no se deben hacer las otras pruebas de detección de cáncer de colon.

La respuesta correcta es: Solicitar colonoscopía con preparación de colon

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes anticuerpos es un marcador de hepatitis autoinmune?

Seleccione una:

- a. Anti-mitocondriales
- b. Anti-músculo liso
- c. Anti-citoplasma de neutrófilo
- d. Anti-saccharomyces
- e. Anti-endomisio



- Antimitocondriales (AMA) – Cirrosis biliar primaria
- Anti-músculo liso (ASMA) – Hepatitis autoinmune (también anti-LKM1 y ANA).
- Anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) – Colangitis esclerosante y colitis ulcerosa (más vasculitis)
- Anti-saccharomyces (ASCA) – Enfermedad de Cröhn
- Anti-endomisio – Enfermedad celíaca

La respuesta correcta es: Anti-músculo liso

Pregunta 16

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 69 años presenta un episodio de hematoquecia escasa, autolimitada. Su examen físico es normal y no ha presentado otros síntomas. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución e indicar control en caso de aparición de signos de alarma
- b. Solicitar TAC de abdomen y pelvis
- c. Solicitar colonoscopía
- d. Solicitar coprocultivo y examen parasitológico de deposiciones
- e. Solicitar test de sangre oculta ultrasensible en deposiciones



Si bien puede tratarse de simples hemorroides, la hematoquecia (también se suele escribir "hematoquezia", aunque la RAE solo acepta usar la C y no la Z) siempre se estudia con colonoscopía. Más aún si es un adulto mayor, ya que es obligatorio descartar el cáncer. El test de sangre oculta en deposiciones es inferior a la colonoscopía (aunque en la práctica se pida mucho), ya que incluso para el screening en un paciente asintomático, se recomienda la colonoscopía, desde los 50 años y en los pacientes sintomáticos, definitivamente no se recomienda el uso del test de sangre oculta (además, es algo ridículo buscar "sangre oculta" cuando ya hubo sangrado evidente, como en este caso).

La respuesta correcta es: Solicitar colonoscopía

Pregunta 17

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 50 años, con antecedente de daño hepático crónico, consulta por dolor abdominal y sensación febril. Al examen físico se aprecia icterico, con abdomen doloroso a la palpación, con ascitis franca, con presencia de signo de la ola y matidez desplazable. Además, presenta asterixis. La conducta inicial más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar amonemia plasmática
- b. Solicitar colangioresonancia
- c. Realizar paracentesis diagnóstica
- d. Realizar paracentesis evacuadora
- e. Resolver quirúrgicamente de inmediato



Todo paciente cirrótico, con ascitis, que se descompense, de la manera que sea, lo primero es descartar una PBE (peritonitis bacteriana espontánea), por lo que se debe hacer una paracentesis diagnóstica. En este caso tiene una encefalopatía, por lo que eventualmente podría servir la amonemia, ya que el amonio es un marcador de encefalopatía hepática. Sin embargo, lo más importante siempre es buscar los descompensantes y el primero a descartar siempre es la PBE.

La respuesta correcta es: Realizar paracentesis diagnóstica

Pregunta 18

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 45 años, diagnosticado de reflujo gastroesofágico hace 15 años, en tratamiento con omeprazol 20 mg cada día por vía oral, consulta por aumento de la intensidad de la pirosis, la que, además, se ha vuelto muy frecuente, a pesar de haber subido la dosis a 20 mg cada 12 horas. Su examen físico no aporta mayor información. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Aumentar la dosis de omeprazol a 20 mg cada 12 horas
- b. Realizar tratamiento erradicador de H. pylori
- c. Reemplazar el omeprazol por esomeprazol
- d. Solicitar pHmetría de 24 horas
- e. Solicitar endoscopía digestiva alta



Tiene un RGE con signos de alarma, en específico, el cambio en los síntomas, por lo que se debe realizar una endoscopía, para descartar cáncer de esófago. La pH-metría no es necesaria, porque ya tiene el diagnóstico de RGE. Solo se pide al inicio, cuando existe una clínica poco específica. La pH-metría también se puede hacer cuando los síntomas de RGE no responden al uso de inhibidores de la bomba de protones en dos dosis diarias (como en este caso), pero siempre que eso ocurra al inicio del manejo del RGE, ya que, al no responder, se genera la duda acerca del diagnóstico y la pH-metría se usa para confirmar o descartar la enfermedad, al ser el gold standard para el diagnóstico de RGE. En este caso, en cambio, han pasado muchos años desde el diagnóstico, por lo que la falta de respuesta al tratamiento es un signo de alarma claro.

La respuesta correcta es: Solicitar endoscopía digestiva alta

Pregunta 19

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 80 años consulta por dolor abdominal intenso, asociado sensación febril. El dolor inició hace 8 horas y actualmente se localiza en la fosa iliaca izquierda. Es de carácter sordo, intensidad constante, aunque ha aumentado con el pasar de las horas. Al examen físico presenta dolor intenso a la palpación abdominal, con signo de Blumberg en la fosa iliaca izquierda. ¿Cuál es la medida MENOS indicada en este paciente?

Seleccione una:

- a. Administrar AINES
- b. Solicitar colonoscopía
- c. Iniciar antibióticos
- d. Administrar suero fisiológico
- e. Solicitar hemograma



Es una diverticulitis clásica, cuyo diagnóstico es clínico y se basa en el dolor con irritación peritoneal en la fosa iliaca izquierda. Se estudia con un TAC para determinar la gravedad y el manejo (según algunos autores la TAC también confirma el diagnóstico, mientras que para otros el diagnóstico sigue siendo clínico. De todos modos, la TAC siempre se debe pedir, por lo que la discusión no tiene mayor importancia). En cambio, la colonoscopía está absolutamente contraindicada, ya que puede producir una perforación. Vale la pena recalcar, que en la enfermedad diverticular no complicada y en la complicada con una hemorragia digestiva baja, la colonoscopía no solo que no está contraindicada, sino que es el examen de elección. Solo en la diverticulitis aguda sí está contraindicada.

La respuesta correcta es: Solicitar colonoscopía

Pregunta **20**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente cirrótico por VHC, consulta por malestar general y desorientación. Se realizan varios exámenes entre los que destaca una ecografía abdominal con un tumor hepático de 8 cm de diámetro, de ecogenicidad heterogénea y aspecto sólido. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Metástasis hepática
- b. Hemangioma
- c. Carcinoma hepatocelular
- d. Colangiocarcinoma
- e. Quiste hidatídico



Es un hepatocarcinoma clásico: Lesión grande, única y muy irregular. En especial si es un cirrótico y más aún si tiene hepatitis C.

- Los hemangiomas son hiperecogénicos y, generalmente, homogéneos.
- Las metástasis suelen ser lesiones múltiples hipoeucogénicas.
- El colangiocarcinoma puede verse igual al hepatocarcinoma, pero es mucho más infrecuente y se suele presentar con más ictericia.
- Los quistes simples son anecogénicos, sin pared.
- Los quistes hidatídicos son anecogénicos, con pared y/o tabiques.
- Los adenomas son una lesión única hipoeucogénica, pero regular. También es más frecuente en los cirróticos y pacientes con hepatitis C y tienen riesgo de volverse malignos.

La respuesta correcta es: Carcinoma hepatocelular

[◀ 3.4 Cuestionario Gastroenterología](#)

Ir a...

[3.6. Cuestionario Gastroentero](#)

Comenzado el	jueves, 2 de marzo de 2023, 00:56
Estado	Finalizado
Finalizado en	jueves, 2 de marzo de 2023, 01:02
Tiempo empleado	6 minutos 25 segundos
Puntos	10,0/10,0
Calificación	100,0 de 100,0

Pregunta **1**

Correcta

Se puntuó 1 sobre 1

Un paciente de 45 años, diagnosticado de reflujo gastroesofágico hace 10 años, en tratamiento con lansoprazol oral una vez al día, consulta porque desde hace un mes sus síntomas recurrieron, presentando pirosis intensa y frecuente, a pesar de que no ha discontinuado su uso. Su examen físico es normal. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

- a. Realizar endoscopía digestiva alta ✓
- b. Reemplazar el lansoprazol por esomeprazol
- c. Solicitar pH-metría esofágica
- d. Duplicar la dosis diaria de lansoprazol, indicándolo dos veces al día
- e. Reforzar medidas no farmacológicas, como levantar la cabecera de la cama y evitar comer y consumir alcohol antes de dormir

Tiene un signo de alarma: el cambio en los síntomas (recordar el ABCDEFGH-N completo), por lo que lo primero es descartar una complicación (ej. cáncer), con la endoscopía digestiva alta.

La respuesta correcta es: Realizar endoscopía digestiva alta

Pregunta **2**

Correcta

Se puntuó 1 sobre 1

Una paciente de 50 años consulta por molestias abdominales bajas, asociada a constipación. Refiere que los síntomas iniciaron hace cerca de dos meses y que no identifica ningún gatillante, ya que ha mantenido su dieta y demás hábitos. Previo a ello, evacuaba deposiciones normales 1 o 2 veces al día. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

- a. Iniciar amitriptilina oral
- b. Aumentar el consumo de agua y fibra y controlar ambulatoriamente
- c. Solicitar examen parasitológico de deposiciones
- d. Iniciar trimebutino oral
- e. Solicitar colonoscopía ✓

Por la edad y por el cambio en el hábito intestinal se debe descartar un cáncer de colon con una colonoscopía completa (aprenderse el ABCDEFGH-N completo). Si bien es correcto aumentar el consumo de agua y fibra, lo más importante es pedir la colonoscopía. La amitriptilina aumenta la constipación. El trimebutino es un antiespasmódico, que se puede usar en el síndrome de intestino irritable con dolor, pero ese no es el caso, ya que el SII suele iniciar antes de los 35 años.

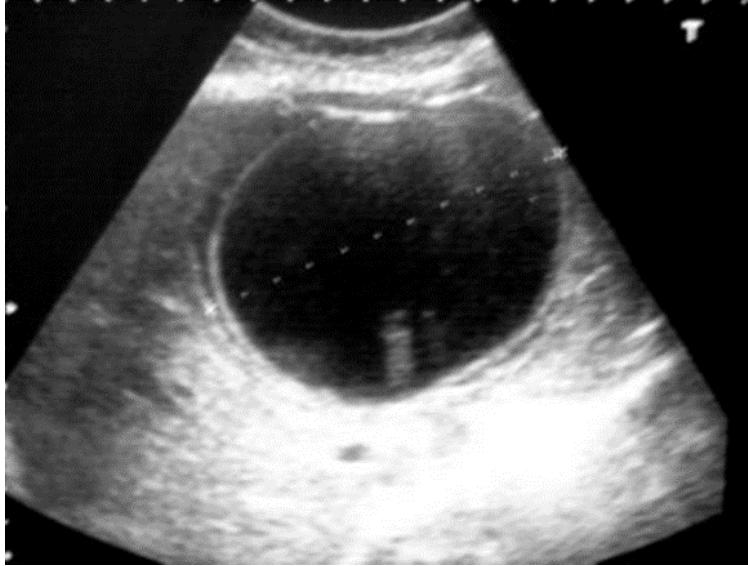
La respuesta correcta es: Solicitar colonoscopía

Pregunta 3

Correcta

Se puntuó 1 sobre 1

Un paciente de 65 años, campesino, se realiza una ecografía abdominal, como parte del estudio de dolor abdominal, que visualiza la siguiente imagen (fuente: "diagnóstico".blogspot.com/2006/06/):



¿Cuál es el diagnóstico más adecuado?

- a. Colelitiasis
- b. Adenoma
- c. Quiste simple
- d. Quiste hidatídico
- e. Hemangioma



Tiene el aspecto clásico del quiste hidatídico, con la visualización de la pared, lo que lo diferencia del quiste hepático simple.

La respuesta correcta es: Quiste hidatídico

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 45 años, portador del virus hepatitis C, con daño hepático crónico en score de Child A, se realiza una ecografía de control, que muestra ascitis moderada. Se realiza endoscopía digestiva alta, que muestra várices esofágicas pequeñas (menores a 5 mm), sin signos rojos ni otras alteraciones. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

- a. Indicar dieta con restricción hidrosalina más diuréticos por vía oral
- b. Iniciar propanolol oral
- c. Realizar paracentesis evacuadora y ligadura endoscópica de las várices
- d. Administrar antibióticos, albúmina y propanolol por vía endovenosa
- e. Administrar albúmina endovenosa e iniciar propanolol



Tiene dos complicaciones de la hipertensión portal: ascitis y várices esofágicas.

La ascitis no complicada se maneja con restricción de sal (la restricción de agua solo se indica en pacientes con hiponatremia importante) más diuréticos (actualmente se recomienda partir directamente con 2 diuréticos, en lugar de uno: furosemida 40 mg más espironolactona 100 mg y se va subiendo la dosis, en caso necesario, llegando al cuádruple 160mg y 400mg, respectivamente); si está a tensión se hace paracentesis evacuadora más reposición de albúmina; si se infecta, como una peritonitis bacteriana espontánea, se maneja con antibióticos endovenosos y albúmina, quedando con antibióticos orales a permanencia, mientras dure la ascitis.

Las várices esofágicas que no han sangrado se manejan con propanolol, nadolol o carvedilol (carvedilol solo en pacientes con cirrosis compensada). Las que ya han sangrado alguna vez, además, se deben ligar. Las que están sangrando, se manejan como una hemorragia digestiva alta, con ligadura endoscópica urgente y terlipresina (análogo de la vasopresina) u octreotride (análogo de la somatostatina), por vía endovenosa (el octreotide es menos eficaz que la vasopresina en estos casos).

La única excepción son las várices pequeñas (menores a 5 mm), sin signos rojos (zonas de la mucosa que se ve más roja, debido al adelgazamiento de la pared de la várice), que se pueden observar y controlar con endoscopía anualmente. Ese es el caso de esta pregunta.

La respuesta correcta es: Indicar dieta con restricción hidrosalina más diuréticos por vía oral

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Una mujer de 41 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por astenia y náuseas. Su examen físico es normal. Se solicitan exámenes generales, entre los que destaca un perfil hepático, con GOT: 30 UI/L, GPT: 26 UI/L, GGT: 62 UI/L, FA: 540 UI/L, bilirrubina total: 2,0 mg/dl, con bilirrubina directa: 0,9 mg/dl, albúmina: 4 g/dl y protrombinemia: 100%. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Síndrome de Gilbert
- b. Cáncer de páncreas
- c. Cirrosis biliar primaria
- d. Cáncer de vesícula
- e. Hígado graso



Es una colangitis biliar primaria o cirrosis biliar primaria (CBP) clásica, que afecta a mujeres de edad media, habitualmente multíparas y que tiene una clínica muy inespecífica de astenia y, a veces, náuseas y prurito. Se caracteriza por elevación de las fosfatasas alcalinas y, además, puede o no elevar los otros marcadores de colestasis, como la GGT o la bilirrubina. En este caso, la hiperbilirrubinemia es de predominio directo, ya que la fracción directa o conjugada es más del 30% del total.

El marcador de la CBP son los anticuerpos antimitocondriales (AMA), que tienen 95% de sensibilidad y 98% de especificidad, por lo que se asocian fuertemente con esta patología. La biopsia muestra destrucción de los canalículos intrahepáticos y confirma el diagnóstico, pero hay muchos casos en los que no es necesaria la biopsia. No hay alteración de la vía biliar extrahepática en las imágenes. El tratamiento suele ser con ácido ursodeoxicólico y, cuando evoluciona a cirrosis más grave, se maneja con trasplante hepático. Además, se protege el hígado, evitando hepatotóxicos (ej. alcohol) y vacunando contra los virus de la hepatitis.

La respuesta correcta es: Cirrosis biliar primaria

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 18 años consulta por ictericia y malestar general. Refiere que desde hace una semana inició con un cuadro de odinofagia y fiebre, por lo que ha tomado paracetamol 1 gramo cada 8 horas. Sin embargo, hace un día comenzó a ponerse amarillo, por lo que decidió consultar. Al examen físico se palpan adenopatías cervicales y axilares, se observa ictericia de escleras y piel y se palpa hepatomegalia, levemente sensible y bazo 2 cm bajo el reborde costal. Se solicita perfil hepático que muestra GOT: 730 UI/L, GPT: 626 UI/L, GGT: 262 UI/L, FA: 340 UI/L, bilirrubina total: 4,1 mg/dl, con bilirrubina directa: 2,9 mg/dl, albúmina: 4,4 g/dl y protrombinemia: 90%. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Hepatitis B
- b. Hepatitis A
- c. Hepatitis por virus de Ebstein Baar
- d. Hepatitis alcohólica
- e. Hepatitis por fármacos



Tiene una hepatitis aguda, probablemente viral. El antecedente de odinofagia, adenopatías y esplenomegalia (también se puede ver en hepatitis crónicas con hipertensión portal) hace más probable a una mononucleosis que a una hepatitis A o B. El paracetamol en esa dosis no produce hepatitis. El perfil hepático muestra un patrón hepático, con elevación marcada de las transaminasas, hiperbilirrubinemia directa y ausencia de disfunción hepática (protrombinemia y albúmina normales).

La respuesta correcta es: Hepatitis por virus de Ebstein Baar

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 25 años consulta porque desde hace algunos años presenta deposiciones frecuentes, 3 a 5 veces al día, formadas y de consistencia blanda. Su dieta es rica en frutas y verduras, consume una copa de alcohol al día y 3 tazas de café. No ha presentado sangre, grasa ni otros elementos patológicos y no ha tenido otros síntomas. Su examen físico es normal. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

- a. Solicitar parasitológico de deposiciones
- b. Erradicar Helicobacter pylori
- c. Solicitar anticuerpos anti-transglutaminasa y endoscopía digestiva alta
- d. Educar, recomendar disminuir el consumo de café y controlar ambulatoriamente
- e. Solicitar colonoscopía



La frecuencia normal de deposiciones varía entre 3 veces al día y una vez cada 3 días, siempre que su consistencia sea normal (no diarreicas ni caprinas ni muy duras). En este caso, la clínica orienta a un trastorno digestivo funcional, por lo que lo fundamental es educar. Además, por tener un desencadenante identificado, la cafeína, es recomendable disminuir su consumo y reevaluar la respuesta. Actualmente el manejo del síndrome de intestino irritable (SII) siempre comienza con una buena relación médico paciente más cambio en los hábitos dietéticos (especialmente evitar alimentos que generan muchos gases, moderar consumo de café y similares), más manejo de los estresores. Si hay constipación, se puede iniciar Psyllium (un laxante natural, recomendado por varias guías internacionales).

Los fármacos no se recomiendan como primera línea en el manejo del SII, pero, en caso de que no responda al manejo inicial, se tratan según los síntomas más importantes:

- Dolor: se puede manejar con antiespasmódicos, como el trimebutino y, de segunda línea, se agregan antidepresivos IRS o duales (van desde el inicio si, además, tiene depresión).
- Constipación: Psyllium y luego laxantes osmóticos, como el polietilenglicol (PEG).
- Diarrea: antidiarreicos (ej. loperamida); también sirven los antidepresivos tricíclicos, si es joven y tiene dolor, ya que son antidiarreicos y moduladores del dolor.

La respuesta correcta es: Educar, recomendar disminuir el consumo de café y controlar ambulatoriamente

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 60 años, con antecedente de cirrosis hepática alcohólica, consulta por dolor abdominal de varios meses de evolución, que aparece después de comer y que se ha vuelto más intenso. Además, presenta diarrea con frecuencia, con gotas de grasa. Su examen físico solo muestra dolor a la palpación epigástrica, sin signos peritoneales. ¿Qué examen es el más adecuado para iniciar el diagnóstico en este paciente?

- a. Angiografía mesentérica
- b. Colangiopancreatografía por resonancia magnética nuclear
- c. Ecografía abdominal
- d. Endoscopía digestiva alta
- e. Anticuerpos anti-transglutaminasa



La sospecha es una pancreatitis crónica, por lo que se debe estudiar con la TAC o la colangiopancreatografía por RMN. El antecedente de alcoholismo y el dolor postprandial son los elementos clave para sospechar este diagnóstico.

La respuesta correcta es: Colangiopancreatografía por resonancia magnética nuclear

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 67 años, con antecedente de hipertensión arterial y palpitaciones recurrentes, presenta un cuadro de dolor abdominal muy intenso, de localización difusa, que comenzó hace 1 hora y se ha mantenido en 10/10. Además, presentó vómitos y deposiciones en varias oportunidades. Su examen físico muestra signos vitales normales y su examen abdominal muestra un abdomen blando, sin signos de irritación peritoneal. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

- a. Administrar antiespasmódicos y analgésicos por vía endovenosa y evaluar respuesta en 20 a 30 minutos
- b. Solicitar angioTAC de abdomen urgente
- c. Realizar laparotomía exploradora de inmediato
- d. Solicitar TAC de abdomen y pelvis urgente
- e. Realizar endoscopía digestiva alta urgente



La sospecha es una embolia mesentérica, dado el inicio súbito muy intenso y el examen abdominal sin signos peritoneales en las primeras horas (la clásica disociación entre la intensidad del dolor y la normalidad del examen abdominal). Por tanto, se debe estudiar con angioTAC (sin contraste intestinal, pero con contraste endovenoso y técnica de angiografía por TAC) urgente o una angiografía mesentérica, siendo actualmente de elección la angioTAC si está disponible para ser realizada e informada de inmediato. La historia de palpitaciones previas sugiere una fibrilación auricular. La isquemia mesentérica suele asociarse a acidosis metabólica con mucha frecuencia.

En los casos en que la isquemia mesentérica progresiona a signos peritoneales (no es este caso) y se sospecha que hay un infarto intestinal irrecuperable o una perforación, se va directamente a una laparotomía exploradora, sin siquiera solicitar el angioTAC.

La revascularización clásicamente se hace con cirugía abierta, pero también se puede hacer por vía endovascular.

La respuesta correcta es: Solicitar angioTAC de abdomen urgente

Pregunta **10**

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 17 años consulta por diarrea de 2 meses de evolución, con gotas de grasa, asociada a baja de peso y dolor abdominal. En ocasiones ha presentado deposiciones con sangre. Su examen físico no aporta mayor información y sus exámenes generales de laboratorio solo muestran anemia. Se realiza una TAC de abdomen y pelvis, que muestra signos de inflamación en el ileon. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Enfermedad celíaca
- b. Parasitosis intestinal
- c. Colitis ulcerosa
- d. Cáncer de colon
- e. Enfermedad de Cröhn



Tiene un síndrome de malabsorción, sin embargo, las deposiciones con sangre y la ileítis orientan fuertemente a una enfermedad de Cröhn. La colitis ulcerosa no puede afectar al ileon, sino solo al colon.

La respuesta correcta es: Enfermedad de Cröhn

[◀ 3.5 Cuestionario Gastroenterología](#)

Ir a...

1. Ane

Comenzado el	jueves, 2 de marzo de 2023, 15:15
Estado	Finalizado
Finalizado en	jueves, 2 de marzo de 2023, 15:27
Tiempo empleado	12 minutos 22 segundos
Puntos	18,00/20,00
Calificación	90,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La segunda causa de muerte en la edad pediátrica es el cáncer. ¿Cuál es el tipo de cáncer más frecuente en esta edad (menores de 15 años)?

Seleccione una:

- a. Leucemia linfática aguda ✓
- b. Leucemia linfática crónica
- c. Leucemia mieloide aguda
- d. Leucemia mieloide crónica
- e. Linfoma

La LLA es el cáncer más frecuente de la infancia. Afortunadamente, las quimioterapias actuales permiten la curación de cerca del 90% de los casos. En los adolescentes, en cambio, el cáncer más frecuente es el linfoma de Hodgkin. Eso sí, en algunos estudios en otros países, aparecen más frecuentes los cánceres del sistema nervioso.

La respuesta correcta es: Leucemia linfática aguda

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Identifique la asociación CORRECTA entre el cáncer y el factor pronóstico más importante:

Seleccione una:

- a. El tamaño del tumor - Cáncer de tiroides
- b. La presencia de adenopatías - Cáncer gástrico
- c. El tamaño del tumor - Cáncer de mama
- d. El grado histológico de diferenciación - Sarcoma
- e. La presencia de metástasis a distancia - Linfoma de Hodgkin



El grado histológico de diferenciación es el factor pronóstico más importante, en el sarcoma de partes blandas. De hecho, se clasifican en G1, G2 y G3, siendo el G3 el menos diferenciado y más agresivo. Respecto a los demás, los factores pronósticos más importantes son:

Cáncer de tiroides: tipo histológico.

Cáncer gástrico: invasión transmural.

Cáncer de mama: compromiso linfático (axila).

Linfoma de Hodgkin: tipo histológico (depleción linfocitaria es el tipo de peor pronóstico).

La respuesta correcta es: El grado histológico de diferenciación - Sarcoma

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 55 años consulta por epistaxis. Se realiza un hemograma con hematocrito: 50%, plaquetas: 800.000 por mm³ y blancos: 9.400 por mm³, con fórmula diferencial normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Seleccione una:

- a. Trombocitosis reactiva
- b. Mielodisplasia
- c. Púrpura trombocitopénico trombótico
- d. Trombocitosis esencial
- e. Macroglobulinemia de Waldenstrom



Tiene una trombocitosis mayor a 600.000 por mm³, sin otras alteraciones, por lo que lo más probable es que sea una trombocitosis esencial (TE). La epistaxis se explica porque las plaquetas pueden ser disfuncionales (la TE se presenta tanto hemorragias, como trombosis). La confirmación de la TE requiere de biopsia de médula ósea (aumento monoclonal de megacariocitos) y estudio immunohistoquímico (excluir otros síndromes mieloproliferativos y confirmar la presencia del gen JAK2 u otro marcador). La forma más habitual de presentarse es como un hallazgo en el hemograma. Otros casos se presentan con síntomas inespecíficos (ej. mareos) o con hemorragias o trombosis.

- La trombocitosis reactiva, estaría asociada a una infección, otra causa de respuesta inflamatoria sistémica o ferropenia y es raro que la trombocitosis sea tan elevada. Además, suele ser transitoria y mejora, al desaparecer la causa.
- La mielodisplasia se presenta como una pancitopenia.
- La PTT tiene trombopenia y anemia hemolítica.
- La MGW hace trombosis y es una gamapatía monoclonal.

La respuesta correcta es: Trombocitosis esencial

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 15 años presenta anemia crónica. En sus exámenes destaca un hemograma con anemia microcítica, con VCM de 66, con hematocrito de 33% y 5 millones de GR por mm³. Además, tiene ferritina ligeramente elevada. El diagnóstico de sospecha es:

Seleccione una:

- a. Microesferocitosis familiar
- b. Anemia ferropénica
- c. Anemia drepanocítica (por células falciformes)
- d. Anemia por enfermedades crónicas
- e. Talasemia



Es una talasemia clásica: anemia microcítica (VCM menor a 80), con aumento del número de glóbulos rojos, más elevación de la ferritina.

Si hubiese sido normocítica (VCM: 80 a 100), habría sido anemia por enfermedades crónicas.

La anemia ferropénica es microcítica, pero con ferritina muy baja.

La respuesta correcta es: Talasemia

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 50 años, sin antecedentes de importancia, presenta una TVP de extremidad inferior izquierda. Además de los signos de TVP, al examen físico se aprecia piel violácea. En sus exámenes destaca hemograma con hematocrito: 63%, Hb: 21 g/dl, plaquetas: 460.000 x mm³ y blancos: 9.000 x mm³, con fórmula diferencial normal. No fuma, no tiene enfermedades pulmonares y no ha vivido en altura. ¿Qué alteración es más probable de encontrar en este paciente?

Seleccione una:

- a. Cromosoma Filadelfia
- b. Esplenomegalia
- c. Poliadenopatías
- d. Positividad de la prueba de Coombs directo
- e. Positividad de la prueba de Coombs indirecto



Es una policitemia vera clásica. Se caracteriza por elevación del hematocrito, sin causa aparente y suele asociarse a trombocitosis (como en este caso) y a esplenomegalia. Se complica con trombosis.

El cromosoma Filadelfia (translocación 9:22) se asocia a leucemia mieloide crónica (LMC) y, en menor medida, en niños se asocia a leucemias linfoblásticas agudas (LLA).

La respuesta correcta es: Esplenomegalia

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una mujer de 80 años se realiza un hemograma, que muestra leucocitosis de 40.000 x mm³, con 90% de linfocitos y anemia moderada. Al examen físico no se aprecian alteraciones y en un examen anterior, realizado hace un año, se constata leucocitosis de 30.000 x mm³, también de predominio linfocitario. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Leucocitosis reactiva a infección viral crónica
- b. Leucemia linfática crónica
- c. Mielofibrosis
- d. Reacción leucemoide
- e. Linfoma



No tiene clínica viral que lo explique y, además, es improbable que una infección viral dure un año y produzca anemia. Es una LLC clásica: adulto mayor con leucocitosis persistente y pocos o ningún síntoma. El hemograma muestra marcada leucocitosis, con linfocitos y puede tener anemia y trombocitopenia, habitualmente leve o moderada al momento del diagnóstico. En los estadios tardíos puede tener síntomas B o los síntomas de insuficiencia medular (anemia, trombocitopenia o inmunodepresión).

El diagnóstico actualmente se hace con pruebas de inmunohistoquímica, ya sea en sangre periférica, nódulos linfáticos o médula ósea, que muestran el crecimiento monoclonal de linfocitos B disfuncionales.

El tratamiento de la LLC suele ser con la sola observación en las etapas iniciales. En los pacientes más avanzados, actualmente se usan múltiples y modernos fármacos y anticuerpos monoclonales específicos contra la LLC.

La respuesta correcta es: Leucemia linfática crónica

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 3 meses, asintomático, alimentado con leche materna, presenta hemograma con hemoglobina de 9,2 g/dl, sin alteración de las otras series de células sanguíneas. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar biopsia de médula ósea
- b. Solicitar perfil de hierro, niveles de vitamina B12 y folatos
- c. Iniciar tratamiento con hierro oral
- d. Observar evolución
- e. Solicitar pruebas de screening para talasemias



La anemia en niños se define como hemoglobina menor a p3 para la edad y sexo (menor a 2 desviaciones estándar). A los 3 meses, es normal tener hemoglobina hasta 9 g/dl, por lo que está normal. A esto se le suele llamar "anemia fisiológica", que ocurre entre los 2 y 6 meses de edad (hasta 9 meses máximo), por el recambio de Hb fetal a Hb adulta.

Por tanto, el diagnóstico es "sano" o "anemia fisiológica de la infancia". Se observa.

Si la hemoglobina es menor a 9 g/dl o si hay signos de hemólisis (ictericia, orinas oscuras, LDH elevada, reticulocitos altos, etc.), se deben estudiar las causas patológicas.

- Despues de los 6 meses, lo más frecuente, en cambio, es la anemia ferropénica, en especial en niños en lactancia materna exclusiva y sin suplementos de hierro.

La respuesta correcta es: Observar evolución

Pregunta 8

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

El síndrome antifosfolípido se caracteriza por:

Seleccione una:

- a. Alargamiento del tiempo de sangría
- b. Alargamiento del tiempo de protrombina
- c. Alargamiento del tiempo de tromboplastina parcial activada
- d. Disminución del recuento de plaquetas
- e. Alteración de las pruebas de agregación plaquetaria ✖

El SAF es una enfermedad autoinmune, que puede ser primario o asociado a lupus sistémico y que produce 1. problemas relacionados al embarazo (abortos, preclampsia, insuficiencia placentaria) y 2. trombosis (tanto venosas como arteriales). Para ser un síndrome propiamente tal, requiere de eventos clínicos y no solo de la presencia de marcadores.

Se caracteriza por tener los siguientes marcadores:

- VDRL falsamente positivo.
- Anticoagulante lúpico, que alarga el TTPA.
- Anticuerpos más específicos: anticuerpos anticardiolipinas, anticuerpos antifosfolípidos y anticuerpos antibeta-2 glicoproteína.

El tratamiento suele ser:

- Con anticoagulación de por vida en todos los pacientes con eventos embólicos (se prefieren cumarínicos).
- En los casos en que solo tiene historia de mal resultado obstétricos, se indica aspirina más heparina de bajo peso molecular durante el embarazo.
- En los casos en que solo tiene los marcadores, sin síntomas, no se ha demostrado beneficio de los fármacos y se pueden observar.

La respuesta correcta es: Alargamiento del tiempo de tromboplastina parcial activada

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Paciente de 60 años, operado por cáncer gástrico, hace 3 años, consulta por astenia, adinamia y debilidad. Al examen pálido, con escasas petequias en extremidades superiores. El hemograma muestra Hematocrito: 23%, VCM: 120, blancos: 3.000, con fórmula diferencial normal, plaquetas: 85.000. Al frotis se aprecia macrócitosis, macroplaquetas y aumento de la segmentación del núcleo de los neutrófilos. El examen más adecuado para continuar el estudio etiológico es:

Seleccione una:

- a. Biopsia de médula ósea
- b. Radiografía de calota
- c. Electroforesis de proteínas en sangre y orina
- d. Niveles de vitamina B12 ✓
- e. Citometría de flujo en sangre periférica

Es un déficit de B12 clásico. El antecedente de gastrectomía, indica la falta de factor intrínseco, necesario para la absorción de la B12. El hemograma ahí descrito es característico: pancitopenia con anemia megaloblástica (VCM > 108) e hipersegmentación de los neutrófilos. Con frecuencia eleva la LDH y bilirrubina indirecta, pero se diferencia de la hemólisis, en que esta última tiene elevación de reticulocitos y, en cambio, el déficit de B12 es una anemia arregenerativa.

La respuesta correcta es: Niveles de vitamina B12

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El tratamiento del púrpura trombocitopénico agudo, en un niño, con petequias en las EEl y 80.000 plaquetas por mm³, es:

Seleccione una:

- a. Corticoides orales
- b. Ácido acetil salicílico
- c. Cumarínicos orales
- d. Esplenectomía
- e. Reposo y observación



IMPORTANTE APRENDER: Es importante recordar que el objetivo NO es normalizar las plaquetas, sino solo prevenir hemorragias severas. El PTI de los niños suele ser un cuadro autolimitado, que rara vez se complica. Por ello, el tratamiento general es conservador y basta con observar la evolución, indicando reposo físico, aunque el uso de corticoides es una opción midiendo riesgos y beneficios.

- La **observación** suele ser el manejo de pacientes con equimosis, petequias.
- Los **corticoides orales** son una alternativa y están indicados en algunos casos (gingivorragia, epistaxis, otras hemorragias sin urgencia, <20.000 plaquetas o <30.000 más un niño muy inquieto o padres que no tienen mucho acceso al sistema de salud).
- Si hubiese hemorragias graves (ej. hemorragia digestiva u otra hemorragia interna que requiera atención médica de urgencia), se indica **IgG EV en alta dosis o Ig anti-D, más corticoides endovenosos**.
- En hemorragias muy graves, con riesgo vital (ej. hemorragia cerebral, shock hipovolémico, etc.), se agregan las **transfusiones de plaquetas** más la IgG y más los corticoides ev.
- El tratamiento de segunda línea solo se usa en PTI **crónicos**, que no logran un recuento de plaquetas estables >20.000, con el uso de **corticoides** y, actualmente, se utiliza, la **esplenectomía** (80-90% éxito, pero quirúrgica y con inmunodepresión secundaria) y el **rituximab** (50% de éxito, no quirúrgica y también con inmunodepresión secundaria).

De los PTI de la infancia solo un 10-20% cronicifica y, de esos, cerca de la mitad desaparece en 5 años. En los adultos, en cambio, el 80-90% cronicifica.

En los adultos, el tratamiento suele ser similar al ya explicado, aunque los corticoides se usan con mayor frecuencia que en los niños. En adultos, con PTI leves, la decisión de observar vs. usar fármacos se toma caso a caso y lo más importante es siempre la clínica.

La respuesta correcta es: **Reposo y observación**

Pregunta 11

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 63 años, diagnosticado de artrosis, usuaria de paracetamol e ibuprofeno, consulta por aparición de múltiples petequias en las extremidades inferiores y en el tronco, asociado a epistaxis y algunas equimosis en EEl. Se solicita un hemograma que muestra hematocrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 30.000 por mm³, blancos: 7.200 por mm³, con fórmula diferencial normal. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Disfunción plaquetaria por ibuprofeno
- b. Púrpura trombocitopénico inmune
- c. Púrpura trombocitopénico trombótico
- d. Hemofilia
- e. Enfermedad de Von Willebrand



Tiene una alteración de la hemostasia primaria: petequias y hemorragias mucosas. El hemograma muestra trombocitopenia sola, por lo que es un PTI.

La A (disfunción plaquetaria) y la E (EvW) tienen hemograma normal. La B (PTT) además tendría anemia hemolítica. La D (hemofilia) tendría alteración de la hemostasia secundaria (coagulación) y hemograma normal.

La respuesta correcta es: **Púrpura trombocitopénico inmune**

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 70 años presenta astenia de algunas semanas de evolución, asociada a fiebre, por lo que se solicita un hemograma que muestra hematocrito: 27%, plaquetas: 70.000 por mm³ y glóbulos blancos: 45.000 por mm³, con 16% de segmentados, 0% de baciliformes, 0% de mielocitos, 40% de promielocitos, 37% de blastos, 0% eosinófilos, 0% de basófilos y 7% linfocitos. No ha presentado otros síntomas y su examen físico no aporta mayor información. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

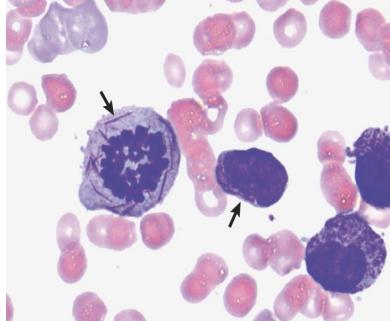
- a. Infección viral
- b. Infección bacteriana
- c. Leucemia aguda
- d. Leucemia mieloide crónica
- e. Linfoma



Tiene una bicitopenia, con leucocitosis, con alto número de blastos (mayor a 5%) y presencia de hiato leucémico (de los segmentados, se salta a los promielocitos y blastos, sin que haya baciliformes ni mielocitos). Por tanto, es una LMA clásica, de tipo promielocítica. Además, se caracteriza por los bastones de Auer, en el citoplasma.

- La infección viral tendría linfocitosis, sin otras alteraciones.
- La infección bacteriana tendría leucocitosis, con desviación izquierda, sin anemia ni trombopenia, ni blastos.
- La LMC tendría leucocitosis, con marcada desviación izquierda, sin hiato leucémico, sin trombopenia (hacen trombocitosis) y con menos de 5% de blastos.
- El linfoma tendría el hemograma normal y clínica de adenopatías.

Por cultura, se muestra una imagen con bastones de Auer (fuente: Twitter @docramiro)



La respuesta correcta es: Leucemia aguda

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 45 años presenta un cuadro de fiebre y malestar general, de 5 días de evolución. Su hemograma muestra Hemoglobina: 14 g/dl, plaquetas: 400.000 por mm³, blancos: 16.000 por mm³, con 10% de linfocitos, 5% de monocitos y 70% de neutrófilos segmentados y 15% de baciliformes. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Infección viral
- b. Infección bacteriana
- c. Leucemia aguda
- d. Leucemia mieloide crónica
- e. Linfoma



Es una infección bacteriana clásica: leucocitosis de tipo neutrofílico, con desviación izquierda (más de 10% de baciliformes). Además, solo lleva 5 días de evolución. La LMC podría ser similar, pero con más de 20.000 blancos y mayor desviación izquierda (ej. aparición de mielocitos o promielocitos). Tendría, además, un cuadro crónico, de varias semanas, al menos.

La respuesta correcta es: Infección bacteriana

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 50 años presenta un cuadro de astenia y adinamia de dos meses de evolución, asociada a palidez de piel y mucosas. Se solicita un hemograma, que demuestra anemia normocítica, con hematocrito de 28%, hemoglobina: 9,1 g/dl y VCM de 80 fl. Se solicita perfil de hierro, que muestra ferritina disminuida y transferrina elevada, con ferremia disminuida. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar biopsia de médula ósea
- b. Iniciar estudio, en busca de una enfermedad crónica, que explique la anemia
- c. Iniciar sulfato ferroso oral hasta normalizar el perfil de fierro
- d. Iniciar tratamiento con sulfato ferroso, vitamina B12 y folatos
- e. Hospitalizar y tratar con transfusiones de glóbulos rojos



Tiene una anemia ferropénica (suele ser microcítica, pero en este caso el VCM está normal, pero en el límite bajo). El perfil de hierro no deja dudas: ferritina baja y transferrina alta es lo característico. En la anemia de enfermedades crónicas, la ferritina está alta y la transferrina, baja. Vale la pena recalcar, que si fuera una mujer postmenopáusica o con sintomatología digestiva, no estaría de más hacer una colonoscopia, en busca de una causa que explique la ferropenia (ej. cáncer).

Las transfusiones se reservan a los casos de anemia severa y muy sintomática.

La respuesta correcta es: Iniciar sulfato ferroso oral hasta normalizar el perfil de fierro

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes alteraciones es MENOS probable es un paciente con anemia hemolítica autoinmune?

Seleccione una:

- a. Presencia de esquistocitos
- b. Aumento de la bilirrubina indirecta
- c. Aumento de la lactato deshidrogenasa plasmática
- d. Prueba de Coombs directa positiva
- e. Disminución de los eritrobastos y otras formas inmaduras de glóbulos rojos, en la médula ósea



La anemia hemolítica se caracteriza por tener esquistocitos y/o fragmentocitos (restos del glóbulo rojo hemolizado), elevar la bilirrubina indirecta y la LDH. Además, por ser regenerativa, aumentan las formas inmaduras de glóbulos rojos: reticulocitos e incluso policromatífolios o eritroblastos, en los casos más graves. La prueba de Coombs directa solo está positiva en las hemólisis de causa inmune y no en todas las anemias hemolíticas.

La respuesta correcta es: Disminución de los eritrobastos y otras formas inmaduras de glóbulos rojos, en la médula ósea

Pregunta 16

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años, consulta por anemia. Al examen físico se constata palidez, y algunas petequias en las extremidades inferiores. Su examen físico no aporta mayor información. Se solicita un hemograma, que muestra Hematocrito: 25%, plaquetas: 20.000 por mm³ y blancos: 2.700 por mm, VCM: 108, VHS: 24 mm/h. Además, se solicita un perfil bioquímico, que destaca LDH elevada. Su recuento de reticulocitos es de 0,5% y sus niveles plasmáticos de ácido fólico y vitamina B12 están normales. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Mieloma múltiple
- b. Mielofibrosis
- c. Leucemia
- d. Mielodisplasia
- e. Anemia perniciosa



Es una pregunta difícil. Tiene una pancitopenia, con elevación del VCM y de la LDH, lo que es compatible con una mielodisplasia. Sin embargo, también es compatible con un déficit de vitamina B12 (anemia perniciosa), pero esta causa se descartó, porque los niveles de B12 están normales. Vale la pena recordar que la LDH se eleva no solo en las hemólisis, sino en cualquier causa de mielopoyesis inefectiva (déficit de B12, mielodisplasia, leucemia) y, la verdad, se eleva con cualquier cosa, siendo de las pruebas menos específicas que existen. No es un mieloma, porque la VHS está apenas elevada (en el mieloma suele estar sobre 50 o incluso 100 mm/h) y le faltan los dolores óseos y el resto de las alteraciones del mieloma múltiple (falla renal, hipercalcemia, hiperproteinemia, etc).

La respuesta correcta es: Mielodisplasia

Pregunta 17

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 6 años presenta un cuadro de fiebre, baja de peso y sudoración nocturna, asociada a malestar general. Al examen físico, se palpa varias adenopatías inguinales y axilares indoloras. Su hemograma demuestra anemia normocítica leve, sin otras alteraciones. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Realizar biopsia esplénica
- b. Iniciar corticoides orales
- c. Solicitar biopsia de médula ósea
- d. Solicitar biopsia ganglionar
- e. Solicitar hibridación in situ, en busca del Cromosoma Filadelfia.



La sospecha es un linfoma, ya que tiene los síntomas B (baja de peso, fiebre y sudoración) más las poliadenopatías características. El hemograma, no muestra nada más allá de una leve anemia, por lo que no parece ser leucemia. Lo más correcto es solicitar exámenes generales, como radiografía de tórax y luego proceder a la biopsia ganglionar, para confirmar el diagnóstico. El Cr. Filadelfia es de la LMC y algunas LLA. La biopsia debe realizarse antes de indicar corticoides.

Cuando no hay sospecha de linfoma, sino solo una adenopatía periférica, se suelen observar por 3 a 4 semanas o tratar con antibióticos por 2 semanas, biopsiándolas solo si persisten.

La biopsia de las adenopatías se prefiere que sea excisional (en las que son muy grandes, se hace excisional), ya que las por aguja fina tienen mal redimiento.

La respuesta correcta es: Solicitar biopsia ganglionar

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 40 años presenta astenia, por lo que se solicita un hemograma que muestra hematocrito: 20%, hemoglobina: 6,5%, plaquetas: 32.000 por mm³, blancos, 3.200, con 55% de linfocitos, 15% de monocitos y 30% de neutrófilos. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar tratamiento con sulfato ferroso, folatos y vitamina B12 y controlar ambulatoriamente
- b. Iniciar tratamiento con corticoides orales
- c. Solicitar electroforesis de proteínas
- d. Solicitar biopsia de médula ósea
- e. Solicitar niveles plasmáticos de vitamina B12



Tiene una pancitopenia, sin mucha más información. Las pancitopenias se estudian con biopsia de médula ósea. La única excepción es cuando el cuadro es muy sugerente de un déficit de B12 (ej. antecedente de cirugía gástrica con pancitopenia y marcada elevación del VCM), en que se primero se solicitan los niveles de B12.

La respuesta correcta es: Solicitar biopsia de médula ósea

Pregunta 19

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta resistencia del factor V a la acción de la proteína C. Tendrá alto riesgo de:

Seleccione una:

- a. Hemorragias
- b. Infecciones
- c. Leucemia
- d. Linfoma
- e. Trombosis



La resistencia a la proteína C o factor V de Leiden es la trombofilia congénita más frecuente (las adquiridas son más frecuentes aun).

La respuesta correcta es: Trombosis

Pregunta **20**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 3 años presenta una hemartrosis de rodilla, en relación a un golpe de moderada intensidad. Además, ha presentado varios hematomas profundos (musculares) y al examen físico se aprecian equimosis en varias zonas de la piel. ¿Qué diagnóstico es el más probable?

Seleccione una:

- a. Púrpura trombocitopénico inmune
- b. Enfermedad de Von Willebrand
- c. Hemofilia
- d. Leucemia aguda
- e. Déficit de antitrombina III



Es una hemofilia clásica: niño con clínica de alteración de la hemostasia secundaria (hemartrosis y hematomas profundos). El PTI, EvW y leucemia producen alteración de hemostasia primaria (petequias, espistaxis y hemorragias mucosas). El déficit de ATIII es una trombofilia (produce TVP y TEP).

En algunos casos de EvW, más graves (infrecuentes), puede tener una clínica similar a la hemofilia e incluso puede tener disminución del F VIII de la coagulación, ya que el FvW y el FVIII suelen unirse. Por eso, se recomienda descartar EvW en toda hemofilia A.

La respuesta correcta es: Hemofilia

[◀ Hemogramas](#)

[Ir a...](#)

[4.2 Cuestionario Hemato](#)

Comenzado el	lunes, 23 de octubre de 2023, 16:10
Estado	Finalizado
Finalizado en	lunes, 23 de octubre de 2023, 16:11
Tiempo empleado	10 segundos
Puntos	0,00/20,00
Calificación	0,00 de 100,00

Pregunta 1

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 63 años, diagnosticado de un púrpura trombocitopénico inmune crónico, en tratamiento con prednisona 40 mg al día, presenta hemorragia digestiva alta, asociada a epistaxis importante. Se inicia reposición de volumen y taponamiento nasal anterior y solicita hemograma, que muestra 3.000 plaquetas por mm³. Además del manejo de su hemorragia digestiva, la conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Realizar transfusión de plaquetas
- b. Administrar pulsos de metilprednisolona endovenosa
- c. Realizar esplenectomía
- d. Transfundir plasma fresco congelado
- e. Administrar inmunoglobulina G endovenosa más pulsos de metilprednisolona

El tratamiento del PTI con hemorragias graves (independientemente de si es agudo o crónico; si es adulto o niño) es con IgG EV en dosis altas más corticoides endovenosos. Las transfusiones de plaquetas no son muy útiles (ya que tiene anticuerpos que las destruyen), por lo que solo se agregan en casos de urgencia vital o cuando todo lo demás ha fallado.

La esplenectomía se indica en el PTI crónico refractario a corticoides orales (que no logra un recuento estable, mayor a 20.000 plaquetas por mm³), como tratamiento a largo plazo. Pero, en este caso, lo urgente es recuperar rápido el número de plaquetas, por lo que se debe administrar la IgG endovenosa (actualmente se recomienda dar también los pulsos de corticoides endovenosas).

El rituximab es una alternativa a la esplenectomía, que aunque es menos eficaz, no tiene el riesgo quirúrgico. El rituximab son anticuerpos anti-linfocito B (anti-CD20) y su efecto demora varias semanas en establecerse.

El plasma fresco congelado no tiene plaquetas, sino factores de coagulación (se usa en la coagulación intravascular diseminada, en algunos casos).

La respuesta correcta es: Administrar inmunoglobulina G endovenosa más pulsos de metilprednisolona

Pregunta 2

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 70 años presenta astenia de algunas semanas de evolución, por lo que se solicita un hemograma que muestra hematocrito: 27%, plaquetas: 70.000 por mm³ y glóbulos blancos: 25.000 por mm³, con 95% de linfocitos. No ha presentado otros síntomas y su examen físico no aporta mayor información. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Infección viral
- b. Infección bacteriana
- c. Leucemia aguda
- d. Leucemia linfática crónica
- e. Linfoma

Es una LLC clásica: adulto mayor con linfocitosis, más anemia y trombopenia. Suele ser asintomática y diagnosticarse como un hallazgo en el hemograma, o bien tener pocos síntomas de anemia, síntomas B o infecciones (más raro hemorragias o petequias). Su tratamiento suele ser la observación, hasta que está en estadios avanzados en que se usan quimioterapias y anticuerpos monoclonales específicos (acalabrutinib, zanubrutinib, ibrutinib, venetoclax, etc., cuyos nombres no debe saberlos el médico general).

La respuesta correcta es: Leucemia linfática crónica

Pregunta 3

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 45 años presenta un cuadro de fiebre y malestar general, de 5 días de evolución. Su hemograma muestra Hemoglobina: 14 g/dl, plaquetas: 400.000 por mm³, blancos: 18.000 por mm³, con 65% de neutrófilos segmentados, 20% de baciliformes, 15% de linfocitos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Infección viral
- b. Infección bacteriana
- c. Leucemia aguda
- d. Leucemia mieloide crónica
- e. Linfoma

Es una infección bacteriana clásica: leucocitosis de predominio neutrofílico, con desviación izquierda. Tiene normalidad de los glóbulos y plaquetas, aunque es frecuente que haya trombocitosis en los cuadros inflamatorios (trombocitosis reactiva).

La LMC habría tenido mayor leucocitosis (mayor a 20.000), y un cuadro de más días de evolución. Vale la pena recordar que muchas veces es imposible diferenciar una LMC de una reacción leucemoide, secundaria a una infección bacteriana, razón por la cual se busca activamente el cromosoma Filadelfia con hibridación in situ o PCR para confirmar el diagnóstico de LMC. Eso sí, en este caso, la sospecha no es una LMC, sino solo una infección bacteriana.

La respuesta correcta es: Infección bacteriana

Pregunta 4

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Una paciente de 40 años presenta un cuadro de astenia y adinamia de dos meses de evolución, asociada a palidez de piel y mucosas. Se solicita un hemograma, que demuestra anemia microcítica, con hematocrito de 25%, hemoglobina: 7,8% y VCM de 68 fl. Se solicita perfil de hierro, que confirma ferropenia. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar biopsia de médula ósea
- b. Iniciar sulfato ferroso oral hasta normalizar el hematocrito
- c. Iniciar sulfato ferroso oral hasta normalizar el perfil de fierro
- d. Iniciar tratamiento con sulfato ferroso, vitamina B12 y folatos, hasta normalizar el VCM
- e. Hospitalizar y tratar con transfusiones de glóbulos rojos

El tratamiento de la anemia ferropénica es hierro oral hasta normalizar la ferritina (depósitos de hierro). La hemoglobina está bastante baja, pero para que fuera indicación de transfusión debería ser tratarse de una anemia severamente sintomática: ej. disnea de esfuerzos invalidante, descompensación de cardiopatías, isquemia cardíaca, etc. Recordar que por regla general solo se transfunden las anemias muy sintomáticas y no hay un corte de hemoglobina estricto (aunque bajo 7 g/dl suelen requerir transfusión).

Además, se debe buscar una causa de la anemia (ej. pérdidas por menstruaciones abundantes) y, si no se identifica una causa clara, se debe buscar activamente la causa con colonoscopía y endoscopía digestiva alta.

La respuesta correcta es: Iniciar sulfato ferroso oral hasta normalizar el perfil de fierro

Pregunta 5

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Una paciente presenta un cuadro de anemia, con marcada elevación de los reticulocitos y presencia de esquistocitos. ¿Qué examen es más adecuado para el estudio de esta paciente?

Seleccione una:

- a. Prueba de Coombs directo
- b. Niveles de vitamina B12
- c. Biopsia de médula ósea
- d. Ferritina y transferrina plasmáticas
- e. Tiempo de sangría

Tiene una anemia hemolítica: elevación de reticulocitos (regenerativa) y presencia de esquistocitos (membranas de los glóbulos rojos hemolizados). Se solicita prueba de Coombs directo, para buscar la causa autoinmune: si está positiva, se debe a anticuerpos contra los glóbulos rojos; si está negativa, se debe a otras causas de hemólisis.

La respuesta correcta es: Prueba de Coombs directo

Pregunta **6**

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 65 años, es diagnosticado de cáncer gástrico, por lo que se le realiza una gastrectomía total y posterior quimioterapia. Evoluciona con baja de peso y anemia. Su hemograma muestra un hematocrito de 24%, hemoglobina de 8,7 g/dl, plaquetas: 80.000 y blancos: 3.200 por mm3. El volumen corpuscular medio es 118 fl y la concentración corpuscular media de hemoglobina es 36 pg. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Aplasia medular
- b. Mieloptosis
- c. Anemia ferropénica
- d. Anemia por enfermedades crónicas
- e. Anemia por déficit de vitamina B12

Tiene una pancitopenia, con anemia megaloblástica (VCM mayor a 108), por lo que es un clásico déficit de B12. El antecedente de gastrectomía, lo hace aun más probable, dado que en el estómago se produce el factor intrínseco, necesario para la absorción de la B12.

La respuesta correcta es: Anemia por déficit de vitamina B12

Pregunta **7**

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 70 años se realiza un hemograma, que muestra anemia con hematocrito de 30%, Hemoglobina de 10 g/dl, VCM: 101 fl, VHS: 30 mm/h, blancos: 3.000 por mm3 y plaquetas: 90.000 por mm3. Se iniciar tratamiento con vitaminas del complejo B y se controla un mes después, persistiendo con un hemograma muy similar. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Mantener el tratamiento y observar evolución
- b. Iniciar corticoides orales
- c. Solicitar perfil de hierro
- d. Solicitar estudio de médula ósea
- e. Solicitar niveles de ácido metilmalónico y homocisteína

Se puede enfrentar de dos formas: 1. Es una pancitopenia y por tanto, se estudia con biopsia de médula ósea. 2. Se sospecha una mielodisplasia (adulto mayor con pancitopenia, elevación del VCM y ausencia de respuesta al tratamiento), por lo que también se debe hacer la biopsia de médula ósea.

La respuesta correcta es: Solicitar estudio de médula ósea

Pregunta 8

Sin contestar

Puntúa como 1,00

¿Cuál de las siguientes alteraciones es más frecuente en los pacientes diagnosticados de linfoma?

Seleccione una:

- a. Adenopatías
- b. Anemia
- c. Elevación de las proteínas plasmáticas
- d. Dolores óseos
- e. Esplenomegalia

Los linfomas se caracterizan por poliadenopatías persistentes. Además, pueden tener síntomas B (baja de peso, fiebre y sudoración nocturna), aunque son síntomas inespecíficos y que no siempre están presentes. Salvo en las etapas más avanzadas, suelen cursar sin anemia; de hecho, su hemograma suele ser normal. La elevación de proteínas es característica de las mielopatías, como el mieloma (paraproteinemia monoclonal). Los dolores óseos son clásicos del mieloma, pero también se ven en las leucemias agudas. La esplenomegalia se ve en las leucemias mieloides, en los síndromes mieloproliferativos y en las mielodisplasias.

La respuesta correcta es: Adenopatías

Pregunta 9

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente presenta un TEP, que es manejado con heparina endovenosa y posteriormente tratamiento anticoagulante oral, con acenocumarol. ¿Qué examen es el más adecuado para ajustar la dosis del acenocumarol?

Seleccione una:

- a. Tiempo de sangría
- b. Tiempo de tromboplastina parcial activada
- c. INR (International Normalized Ratio)
- d. Recuento de plaquetas
- e. No necesita ningún examen, ya que la dosis se determina según el peso y la evolución clínica

La dosis de cumarínicos se ajusta según el INR, buscándose que esté entre 2 y 3. El INR es una forma estandarizada de mostrar el tiempo de protrombina (TP).

El tiempo de sangría se alarga en las alteraciones de hemostasia primaria.

El TTPA (opción B) se usa para ajustar la dosis de heparina no fraccionada, en cambio la de bajo peso molecular no requiere control (opción E).

La respuesta correcta es: INR (International Normalized Ratio)

Pregunta 10

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un niño presenta un púrpura petequial, asociado a aparición de equimosis en las extremidades inferiores. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar corticoides orales
- b. Solicitar un hemograma y controlar ambulatoriamente con el resultado
- c. Solicitar una biopsia de médula ósea
- d. Iniciar aspirina oral
- e. Hospitalizar para estudio

Toda púrpura se debe estudiar inicialmente con un hemograma, ya que con ello se puede clasificar en trombocitopénica (ej. PTI) y no trombocitopénica (ej. P. Schönlein Henoch) y además, se pueden detectar algunas causas, como la leucemia aguda. Si hubiese tenido fiebre, la respuesta correcta habría sido hospitalizar para estudio, ya que el púrpura febril es una urgencia (sospecha de meningococcemia o leucemia).

Una vez definida la causa, se manejará según diagnóstico (si termina siendo una PTI, probablemente se observará, ya que no tiene manifestaciones que requieran corticoides, a menos que las plaquetas estén muy bajas y sean menores a 30.000).

La respuesta correcta es: Solicitar un hemograma y controlar ambulatoriamente con el resultado

Pregunta 11

Sin contestar

Puntúa como 1,00

La trombofilia congénita más frecuente es:

Seleccione una:

- a. Factor V de Leiden
- b. Déficit de antitrobina III
- c. Déficit de proteína C
- d. Déficit de proteína S
- e. Hiperhomocisteinemia

El factor V de Leiden, también se llama resistencia a la proteína C y es la más frecuente de las trombofilias congénitas. Sin embargo, no está de más recordar, que las trombofilias secundarias o adquiridas (cáncer, fármacos, síndrome antifosfolípidos, etc.) son todavía mucho más frecuentes que las trombofilias primarias o congénitas.

La respuesta correcta es: Factor V de Leiden

Pregunta 12

Sin contestar

Puntúa como 1,00

En una poliglobulia, todos los datos siguientes concuerdan con una policitemia vera, EXCEPTO uno. Señálelo:

Seleccione una:

- a. Aumento de la masa de hematíes.
- b. Esplenomegalia.
- c. Leucocitosis y trombocitosis.
- d. Eritropoyetina sérica alta.
- e. Saturación arterial de oxígeno normal.

Si la eritropoyetina (EPO) está elevada, se presume que la causa de la poliglobulia es secundaria a hipoxia o a otra causa de elevación de la EPO. En cambio, la policitemia vera tiene EPO disminuida o dentro del rango normal. De todos modos, actualmente, lo más importante es ir a buscar la presencia del gen JAK2 o de alguna otra alteración genética asociada a la policitemia vera.

La respuesta correcta es: Eritropoyetina sérica alta.

Pregunta 13

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un adolescente de 15 años consulta por fiebre y odinofagia, de 8 días de evolución. Al examen físico se aprecia con ictericia leve, T°: 38,5°C y se palpan múltiples adenopatías cervicales sensibles. La faringe está eritematosa, con aumento de volumen amigdalino y escaso exudado blanquecino. Además, es posible palpar el bazo. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Leucemia aguda
- b. Linfoma
- c. Mononucleosis infecciosa
- d. Anemia hemolítica autoinmune
- e. Leucemia linfática crónica

Es una mononucleosis infecciosa clásica, con la triada de odinofagia, adenopatías y fiebre, más otros elementos sugerentes: la ictericia (hepatitis), exudado amigdalino y esplenomegalia. La leucemia tendría anemia, trombopenia y no tendría la odinofagia, el exudado, ni la ictericia (aunque en realidad la leucemia sí puede tenerlos, pero sugieren mucho más una mononucleosis). El hemograma de la mononucleosis suele mostrar leucocitosis con linfocitosis y linfocitos atípicos. Se diagnostica actualmente con serología para virus de Epstein Barr (se pide como IgM-VEB o IgM-VCA [viral capsid antigen]). Se maneja con tratamiento sintomático.

El linfoma sí tiene adenopatías, pero nada de lo demás (ej. Es raro que tenga odinofagia).

La respuesta correcta es: Mononucleosis infecciosa

Pregunta 14

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 67 años se realiza un perfil bioquímico que muestra elevación de las proteínas plasmáticas, con albúmina de 3,4 g/dl. Los exámenes generales son normales, al igual que el examen físico. Se solicita una electroforesis de proteínas en plasma, que constata un peak monoclonal de inmunoglobulina G, por lo que se realiza una biopsia de médula ósea que demuestra elevación del número de plasmocitos, compatible con un MGUS. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución
- b. Indicar quimioterapia
- c. Iniciar ácido acetil salicílico
- d. Iniciar hidroxiurea
- e. Realizar trasplante de médula ósea

El tratamiento del MGUS (gamapatía monoclonal de significado incierto) es simplemente la observación, ya que en el 98% de los casos no tiene mayores complicaciones. Solo en el 2% restante existe evolución a mieloma múltiple y solo si ello ocurre, se tratará con quimioterapia.

La respuesta correcta es: Observar evolución

Pregunta 15

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Paciente de 65 años presenta en su analítica creatinina de 2,1, anemia con Hb:9,7 e hipercalcemia de 11,1. El diagnóstico de sospecha es:

Seleccione una:

- a. Insuficiencia renal crónica, con hiperparatiroidismo asociado
- b. Anemia de enfermedades crónicas
- c. Mieloma múltiple
- d. Déficit de proteína C
- e. Cáncer de próstata

El mieloma múltiple se caracteriza por anemia, hipercalcemia e insuficiencia renal. La PTH, está disminuida en la hipercalcemia de causa oncológica.

En cambio, la IRC con hiperparatiroidismo secundario tiene también anemia, pero hipocalcemia, con PTH elevada.

El cáncer de próstata sí podría manifestarse de esta forma, pero le falta la clínica de uropatía obstructiva o alguna otra cosa que oriente a dicho diagnóstico.

La respuesta correcta es: Mieloma múltiple

Pregunta 16

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Paciente de 45 años, consulta porque le indicaron que padecía de anemia. El hemograma constata recuento de blancos y plaquetas normales, Hcto: 33%, Hb: 11 mg/dl, VCM: 70. En el frotis se aprecia anisocitosis con aumento del índice de dispersión eritrocítica. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Talasemia
- b. Anemia ferropénica
- c. Anemia de enfermedades crónicas
- d. Anemia hemolítica crónica
- e. Hemocromatosis

La anemia ferropénica se caracteriza por ser microcítica (VCM menor a 80) y por tener anisocitosis, es decir, células de distinto tamaño. La talasemia también es microcítica, pero hay isocitosis (todos los glóbulos rojos son del mismo tamaño).

La anemia por enfermedades crónicas tiene VCM normal (normocítica).

La anemia hemolítica suele tener VCM elevado, porque los reticulocitos son más grandes que los GR promedio.

La hemocromatosis no tiene anemia, sino que es una enfermedad de depósito de hierro, que produce daño hepático, cardíaco, diabetes e hiperpigmentación.

La respuesta correcta es: Anemia ferropénica

Pregunta 17

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Mujer de 24 años consulta por fiebre, baja de peso y sudoración nocturna. Al examen presenta poliadenopatías cervicales. El hemograma es normal. La radiografía de tórax muestra mediastino ensanchado. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Infección por Bartonella henselae
- b. Tuberculosis
- c. Linfoma
- d. Leucemia
- e. Timoma

Es un linfoma clásico: adenopatías más síntomas B (fiebre, baja de peso y sudoración nocturna). El mediastino ancho se debe a las adenopatías mediastínicas.

Es importante recalcar que la tuberculosis podría presentarse igual, pero además tendría clínica respiratoria (ej. tos, expectoración, hemoptisis) y la radiografía de tórax mostraría afectación pulmonar (ej. retracción y fibrosis mayor en los ápices).

La respuesta correcta es: Linfoma

Pregunta 18

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 55 años presenta una celulitis en el pie izquierdo, la que se trata con cloxacilina y ketoprofeno. Se solicita un hemograma que demuestra leucocitosis de 15.000 con desviación izquierda, sin embargo, llama la atención el número de plaquetas, que asciende a 550.000 por mm³. ¿Cuál es la causa más probable de su trombocitosis?:

Seleccione una:

- a. Reactiva, secundaria a la inflamación
- b. Autoimmune
- c. Secundaria a la cloxacilina
- d. Trombocitosis esencial
- e. Secundaria al ketoprofeno

La causa más frecuente de elevación de las plaquetas es de tipo reactiva, en especial, secundaria a la inflamación (las plaquetas son reactantes de fase aguda). Así que, si existe una causa evidente de inflamación, como en este caso, la trombocitosis reactiva debe ser sospechada en primer lugar. Vale la pena mencionar que reportes recientes demuestran que incluso los niveles de plaquetas muy elevados (ej. sobre 1.000.000 de plaquetas por mm³) siguen siendo causados, en primer lugar, por causas reactivas, por lo que lo primero siempre es tratar la causa de base.

Solo cuando la trombocitosis persiste, cuando no hay una causa reactiva que la explique, o cuando hay otras alteraciones en el hemograma (ej. sugerentes de LMC), se estudian con mayor profundidad (descartar trombocitosis esencial, por ejemplo, con gen JAK2, biopsia de médula ósea, etc.).

Otra causa de trombocitosis reactiva es la feropenia, por lo que siempre se debe pedir ferritina en los casos de trombocitosis que persiste después de tratar las posibles causas infecciosas o inflamatorias.

Los AINES (Ketoprofeno) no producen alteración en el número de plaquetas, sino que producen una disfunción plaquetaria (alteran su funcionamiento).

La respuesta correcta es: Reactiva, secundaria a la inflamación

Pregunta 19

Sin contestar

Puntúa como 1,00

El factor pronóstico más importante del cáncer de laringe es:

Seleccione una:

- a. Tipo histológico
- b. Invasión de los ganglios linfáticos cervicales
- c. Grado de diferenciación histológica
- d. Presencia de metástasis a distancia
- e. Tamaño del tumor

En general, el factor pronóstico más importante en todos los cánceres de cabeza y cuello es el compromiso ganglionar del cuello. Sin embargo, en el cáncer de laringe, en específico, también es muy relevante la ubicación del tumor, ya que el cáncer glótico tiene mejor pronóstico que el supraglótico e infraglótico, ya que da síntomas precoces y tiene una diseminación linfática más lenta.

La respuesta correcta es: Invasión de los ganglios linfáticos cervicales

Pregunta **20**

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Una paciente de 40 años se realiza una especuloscopía que resulta normal, tomándose un PAP que es informado como muestra satisfactoria, con presencia de células displásicas de alto grado. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Derivar a patología cervical, para realización de colposcopía y biopsia de la lesión
- b. Repetir el PAP en un año
- c. Realizar cono cervical
- d. Repetir el PAP inmediatamente
- e. Repetir el PAP en 3 meses

Por regla general, todo PAP con atipias debe derivarse a colposcopía y biopsia, para confirmar el diagnóstico. Esto se verá con profundidad en Ginecología, ya que existen muchos detalles importantes a conocer. Eso sí, esto es lo principal: PAP alterado = colposcopía y biopsia.

La respuesta correcta es: Derivar a patología cervical, para realización de colposcopía y biopsia de la lesión

[◀ 4.1 Cuestionario Hematología](#)

[Ir a...](#)

[4.3 Cuestionario Hemat](#)

Comenzado el	lunes, 23 de octubre de 2023, 16:11
Estado	Finalizado
Finalizado en	lunes, 23 de octubre de 2023, 16:11
Tiempo empleado	7 segundos
Puntos	0,00/10,00
Calificación	0,00 de 100,00

Pregunta 1

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un niño de 8 años presenta fiebre y malestar general de dos semanas de evolución. Al examen se aprecia pálido, con algunas equimosis y petequias en las extremidades. Además, se palpa esplenomegalia moderada. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Púrpura trombocitopénica trombótico
- b. Púrpura trombocitopénica inmune
- c. Leucemia mieloide crónica
- d. Linfoma no Hodgkin
- e. Leucemia linfática aguda

Si bien las petequias y equimosis son compatibles con una PTI (púrpura trombocitopénica trombótica), la fiebre, palidez y esplenomegalia sugieren una leucemia, la que debe ser aguda, por el tiempo de evolución. La leucemia aguda más frecuente de la infancia es la LLA (leucemia linfática aguda). La PTT (púrpura trombocitopénica trombótica) tiene una presentación caracterizada por insuficiencia renal aguda, con plaquetopenia y anemia hemolítica, más compromiso del sistema nervioso central y periférico (similar al SHU de los niños). El linfoma se presenta con adenopatías y suele no tener petequias ni esplenomegalia.

Los síntomas B (fiebre, baja de peso y sudoración nocturna) son clásicos del linfoma de Hodgkin, pero, en realidad se presentan en los demás linfomas, leucemias, infecciones como la tuberculosis y enfermedades inflamatorias como el lupus.

La respuesta correcta es: Leucemia linfática aguda

Pregunta 2

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 80 años consulta por dolores óseos y astenia. Al examen físico está pálido, sin otras alteraciones. En sus exámenes generales destaca un hemograma con anemia y plaquetopenia, una creatinina de 2,4 mg/dl y un calcio de 13,6 mg/dl. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar radiografía de cráneo, electroforesis de proteínas y biopsia de médula ósea
- b. Solicitar radiografía de tórax y biopsia de ganglio linfático
- c. Iniciar prednisona oral y controlar ambulatoriamente
- d. Realizar esplenectomía y solicitar hemograma de control
- e. Observar evolución

La sospecha es un mieloma múltiple (MM), que se suele presenta como un adulto mayor con anemia, hipercalcemia e insuficiencia renal por depósito de cadenas livianas de inmunoglobulina. Se diagnostica con la biopsia de médula ósea (muestra más de 10% de plasmocitos).

Sin embargo, además se suele estudiar con radiografías de cráneo y la electroforesis de proteínas, tanto en sangre como en orina, más un sinnúmero de exámenes generales (albúmina, proteínas totales, inmunoglobulinas, electrolitos, función renal, hepática, etc.).

Vale la pena mencionar que las MGUS (gamapatía monoclonal de significado incierto) puede tener una biopsia similar, ya que la diferencia con el mieloma la da precisamente la afección de los demás órganos o sistemas (el MGUS no las afecta, mientras que el MM sí).

La respuesta correcta es: Solicitar radiografía de cráneo, electroforesis de proteínas y biopsia de médula ósea

Pregunta 3

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Una paciente de 25 años, sin antecedentes de importancia, es diagnosticada de anemia ferropénica, con hematocrito de 30%, hemoglobina de 8,6 mg/dl y perfil de fierro compatible. Ella refiere reglas regulares y abundantes y su examen físico no aporta mayor información. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Indicar aumento de la ingesta de carnes rojas (Ej: vacuno e hígado) y vegetales color verde oscuro (Ej: acelgas y espinacas)
- b. Indicar sulfato ferroso vía oral y vitamina B12 vía intramuscular
- c. Iniciar sulfato ferroso por vía oral e indicar uso de anticonceptivos orales
- d. Solicitar colonoscopía
- e. Indicar biopsia de médula ósea

El tratamiento de la anemia ferropénica es el hierro oral (solo en la IRC es endovenoso). Además, en una mujer en edad fértil, no es necesario estudiarla, sino que basta con tratarla (en adulto mayor, se debe hacer colonoscopía y eventualmente endoscopía, en busca de la causa). Finalmente, se debe indicar anticonceptivos, para evitar la pérdida de hierro.

- Cabe recordar que el estudio ante una sospecha de anemia (ej. palidez y fatiga) comienza con un hemograma.

- Las pruebas relacionadas al hierro se pueden pedir simultáneamente al hemograma o después.

- Es correcto solicitar solo ferritinina o bien un perfil de fierro completo, con ferritinina, transferrina o TIBC y porcentaje de saturación de esta última.

- Una vez confirmada la anemia ferropénica se debe tratar y no requiere estudios cuando la causa es evidente (ej. mujer con reglas abundantes, enfermedad celíaca, etc.). Pero si se debe estudiar con colonoscopía y endoscopía cuando queda duda del diagnóstico (ej. mayores de 50 años, mujeres postmenopáusicas, pacientes que no responden al tratamiento con hierro).

La respuesta correcta es: Iniciar sulfato ferroso por vía oral e indicar uso de anticonceptivos orales

Pregunta 4

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente presenta anemia, con hematocrito: 25%, VCM: 110 fl, plaquetas: 250.000 por mm³, blancos: 6.000 por mm³, reticulocitos: 10%. Además, se constata elevación de la bilirrubina plasmática de predominio indirecto y de la LDH (lactato deshidrogenasa). El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Anemia hemolítica
- b. Anemia por enfermedades crónicas
- c. Mielodisplasia
- d. Anemia perniciosa
- e. Anemia por déficit de folatos

Dado que los reticulocitos están elevados, es una anemia hemolítica (recordar que solo la hemólisis y las hemorragias recientes son anemias regenerativas, es decir, tienen elevado el índice reticulocitario). La hemólisis además eleva la bilirrubina indirecta, la LDH y, además, puede elevar el VCM, porque los reticulocitos son más grandes que los glóbulos rojos promedio y elevan el VCM. Si hubiese tenido los reticulocitos bajos, el diagnóstico sería déficit de B12, por la elevación del VCM y porque la falta de B12 también eleva la bilirrubina y la LDH (por la eritropoyesis inefectiva a nivel de la médula ósea).

La respuesta correcta es: Anemia hemolítica

Pregunta 5

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Una paciente de 50 años presenta epistaxis en varias oportunidades en el último mes, asociado a sangramiento de las encías al cepillarse los dientes. Al examen físico se aprecian múltiples petequias generalizadas, con algunas equimosis. No ha presentado otros síntomas. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar tiempos de coagulación
- b. Solicitar hemograma
- c. Solicitar biopsia de piel
- d. Iniciar aspirina
- e. Iniciar corticoides

Tiene clínica de una alteración de la hemostasia primaria (petequias, epistaxis y hemorragias mucosas). Se debe estudiar con un hemograma, para ver el recuento de plaquetas y ver las causas más frecuentes (PTI, leucemia).

La respuesta correcta es: Solicitar hemograma

Pregunta 6

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 70 años consulta por astenia. Al examen físico se encuentra pálido, sin otras alteraciones, por lo que se solicita un hemograma que muestra Hematócrito: 27%, hemoglobina: 9 g/dl, VCM: 103 fl, plaquetas: 60.000 x mm³, blancos: 2.500 x mm³, con fórmula diferencial normal. Se inicia tratamiento con vitamina B12 y folatos por vía parenteral y se controla 3 meses después, sin presentar mejoría. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Mielofibrosis
- b. Mieloma múltiple
- c. Aplasia medular
- d. Anemia perniciosa
- e. Mielodisplasia

Es una mielodisplasia clásica: adulto mayor con pancitopenia, VCM elevado y anemia refractaria al tratamiento.

La respuesta correcta es: Mielodisplasia

Pregunta 7

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 60 años presenta anemia, con Hcto: 31% y VCM: 90 fl. Se solicita un perfil de hierro, que muestra ferremia baja, ferritina elevada y transferrina baja. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Anemia ferropénica
- b. Talasemia
- c. Anemia sideroblástica
- d. Anemia de enfermedades crónicas
- e. Asociación de anemia ferropénica y anemia por déficit de vitamina B12

Es una anemia por enfermedades crónicas clásica: VCM normal, ferritina alta y transferrina baja. La ferremia puede estar normal o baja. La ferropenia tiene VCM disminuido, ferritina baja y transferrina elevada.

La talasemia tiene VCM disminuido y ferritina habitualmente alta.

La anemia sideroblástica es un trastorno rarísimo, genético o asociado a mielodisplasias, en que hay anemia microcítica y sideroblastos (similar a glóbulo rojo, pero nucleado y con acúmulos de hierro en el citoplasma, en forma de anillo, alrededor del núcleo)

La respuesta correcta es: Anemia de enfermedades crónicas

Pregunta 8

Sin contestar

Puntúa como 1,00

¿Cuál de las siguientes opciones orienta al diagnóstico de policitemia vera, en un paciente con poliglobulia?

Seleccione una:

- a. Disminución de los reticulocitos
- b. Disminución de la presión parcial de oxígeno
- c. Elevación de la eritropoyetina
- d. Trombocitopenia
- e. Esplenomegalia

La policitemia vera (PV) es un síndrome mieloproliferativo (SMP), que se caracteriza por elevación de los glóbulos rojos. Generalmente aumenta la cantidad de reticulocitos, pero mantienen una proporción normal. La PaO₂ suele estar normal (si está baja, será la hipoxia la causa de la poliglobulia). La EPO (eritropoyetina) está baja o normal (si está alta, será la elevación de EPO la causa de la poliglobulia, la que sería secundaria a la patología que eleva la EPO, por ejemplo, el EPOC). Generalmente se asocia a trombocitosis (ya que los SMP suelen mezclarse entre ellos y uno de ellos es la trombocitosis esencial). La esplenomegalia es característica.

La respuesta correcta es: Esplenomegalia

Pregunta 9

Sin contestar

Puntúa como 1,00

¿Cuál de los siguientes hemogramas le parece más sugerente de una leucemia linfóide crónica?

Seleccione una:

- a. Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 250.000 x mm³, blancos: 7.500 x mm³, linfocitos: 50%, Monocitos: 4%, segmentados: 40%, baciliformes: 3%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 2%, basófilos: 1%
- b. Hematócrito: 25%, hemoglobina: 8 g/dl, plaquetas: 50.000 x mm³, blancos: 27.500 x mm³, linfocitos: 88%, Monocitos: 0%, segmentados: 12%, baciliformes: 0%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%
- c. Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 250.000 x mm³, blancos: 17.500 x mm³, linfocitos: 13%, Monocitos: 5%, segmentados: 65%, baciliformes: 15%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 1%, basófilos: 1%
- d. Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 500.000 x mm³, blancos: 32.500 x mm³, linfocitos: 10%, Monocitos: 5%, segmentados: 31%, baciliformes: 21%, mielocitos: 10%, promielocitos: 5%, blastos: 2%, eosinófilos: 6%, basófilos: 4%
- e. Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 350.000 x mm³, blancos: 18.500 x mm³, linfocitos: 80%, Monocitos: 7%, segmentados: 12%, baciliformes: 1%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%

Opción A = hemograma normal

Opción B = Leucemia linfática crónica

Opción C = Infección bacteriana

Opción D = Leucemia mieloide crónica

Opción E = Infección viral

La respuesta correcta es: Hematócrito: 25%, hemoglobina: 8 g/dl, plaquetas: 50.000 x mm³, blancos: 27.500 x mm³, linfocitos: 88%, Monocitos: 0%, segmentados: 12%, baciliformes: 0%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%

Pregunta **10**

Sin contestar

Puntúa como 1,00

¿Cuál de las siguientes opciones es más sugerente de hemofilia?

Seleccione una:

- a. Hipermenorrea
- b. Petequias y equimosis
- c. Presencia de hemartrosis y hematomas profundos
- d. Alargamiento del tiempo de protrombina
- e. Alargamiento del tiempo de sangría

La hemofilia es una alteración de la hemostasia secundaria, es decir, de la coagulación, lo que se caracteriza por hematomas profundos y hemartrosis, además de equimosis espontáneas o ante traumas menores. Por ser una enfermedad genética en que falta el factor de coagulación VIII (hemofilia A) o IX (hemofilia B), puede presentarse desde el nacimiento mismo, con cefalohematomas, hemorragias intracraneales, equimosis. A largo plazo puede haber daño neurológico o articular, debido a las hemorragias cerebrales y articulares, respectivamente.

Además, alarga el TTPA (tiempo de tromboplastina parcial activada). En cambio, el TP y el recuento de plaquetas están normales. La hipermenorrea, petequias y alargamiento del tiempo de sangría se ven en las alteraciones de la hemostasia primaria (plaquetas).

El TP se alarga en el daño hepático crónico y en el uso de TACO (cumarínicos).

La hemofilia se confirma con la medición del factor VIII y factor IX o con pruebas genéticas.

Las mujeres portadoras (heterocigotas) no suelen tener síntomas y solo se les da consejería genética, respecto al riesgo de sus hijos: niños tendrán 50% de riesgo de tener hemofilia; y las niñas tendrán 0% de riesgo de tener hemofilia, pero, 50% de riesgo de ser portadoras.

La respuesta correcta es: Presencia de hemartrosis y hematomas profundos

[◀ 4.2 Cuestionario Hematología](#)

[Ir a...](#)

[4.4 Cuestionario Hemat](#)

Comenzado el	lunes, 23 de octubre de 2023, 16:11
Estado	Finalizado
Finalizado en	lunes, 23 de octubre de 2023, 16:11
Tiempo empleado	6 segundos
Puntos	0,00/10,00
Calificación	0,00 de 100,00

Pregunta 1

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Una paciente de 69 años, asintomático, se realiza exámenes de control, que muestran un hematocrito: 28%, hemoglobina: 9,5 g/dl, plaquetas: 80.000 por mm3, glóbulos blancos: 26.800 por mm3, linfocitos: 85%, monocitos: 2%, neutrófilos: 12%, eosinófilos: 1%. Su examen físico muestra palidez, sin mayores alteraciones. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Infección viral
- b. Leucemia linfática crónica
- c. Mieloma múltiple
- d. Leucemia linfática aguda
- e. Mielodisplasia

Es una LLC clásica (adulto mayor, sin síntomas, con leucocitosis de tipo linfocítico, asociado a anemia y trombopenia). Sus linfocitos se describen como de aspecto maduro, con "sombras de Gumprecht" (no confundirlos con los "bastones de Auer de la LMA promielocítica).

- La infección viral no tendría anemia ni trombopenia, tendría probablemente menos de 20.000 blancos y alguna clínica de infección viral.
- El mieloma múltiple hace pancitopenia en el hemograma, con VHS muy alta.
- La LLA es de niños y tendría clínica más agresiva.
- La mielodisplasia tiene pancitopenia.

La respuesta correcta es: Leucemia linfática crónica

Pregunta 2

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 30 años presenta un cuadro de un mes de evolución de malestar general, fiebre intermitente y baja de peso de 3 kilogramos. Al examen físico se palpan varias adenopatías cervicales y axilares bilaterales, mayor a derecha, indoloras, de hasta 4 cm de diámetro. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Linfoma
- b. Leucemia linfática crónica
- c. Infección viral
- d. Mieloma múltiple
- e. Leucemia linfática aguda

Tiene síntomas B (fiebre, baja de peso y falta la sudoración nocturna) más adenopatías. Por tanto, es un linfoma clásico.

La respuesta correcta es: Linfoma

Pregunta 3

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 69 años presenta astenia y palidez, por lo que se realiza un hemograma, que muestra hemoglobina: 8,6 g/dl, hematocrito: 26%, VCM: 105 ft, plaquetas: 70.000 por mm³, blancos: 3.100 por mm³, con fórmula diferencial normal. Su examen físico no aporta mayor información. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Mielodisplasia
- b. Aplasia medular
- c. Déficit de vitamina B12
- d. Mieloma múltiple
- e. Leucemia

Es una mielodisplasia clásica: pancitopenia, en un adulto mayor (promedio 70 años), con VCM normal o elevado (habitualmente entre 100 y 108). El diagnóstico exige 1. las citopenias en sangre periférica y 2. una biopsia de médula ósea que muestre displasias (algunos agregan que haya menos de 20% de blastos, para que no sea una leucemia aguda, aunque las mielodisplasias pueden evolucionar a una LMA). El tratamiento suele ser la observación, la terapia transfusional de soporte (anemias y trombopenias severas), el manejo de las infecciones (debidas la leucopenia) y, en los casos más avanzados, la quimioterapia y manejo con anticuerpos monoclonales (cuyos nombres no deben ser aprendidos) y, como última línea, el trasplante de médula ósea.

- La aplasia también tendría pancitopenia, pero con VCM normal y se suele presentar en edades más tempranas. Suele ser autoinmune. El déficit de B12 también produce pancitopenia, pero con VCM habitualmente superior a 108. Mieloma múltiple y leucemia aguda sí pueden tener pancitopenia, pero suelen tener otro tipo de síntomas.

La respuesta correcta es: Mielodisplasia

Pregunta 4

Sin contestar

Puntúa como 1,00

¿Cuál de los siguientes hemogramas es más sugerente de una trombocitosis esencial?

Seleccione una:

- a. Hematócrito: 45%, blancos: 32.000, linfocitos: 17%, segmentados: 50%, baciliformes: 20%, mielocitos: 10%, plaquetas: 500.000.
- b. Hematócrito: 40%, blancos: 8.000, linfocitos: 35%, segmentados: 60%, baciliformes: 2%, mielocitos: 0%, plaquetas: 700.000.
- c. Hematócrito: 25%, blancos: 22.000, linfocitos: 8%, segmentados: 0%, baciliformes: 0%, mielocitos: 90%, plaquetas: 40.000.
- d. Hematócrito: 45%, blancos: 12.000, segmentados: 70%, baciliformes: 10%, mielocitos: 1%, plaquetas: 490.000.
- e. Hematócrito: 45%, blancos: 8.200, segmentados: 60%, baciliformes: 0%, mielocitos: 0%, plaquetas: 50.000.

Opción A = Leucemia mieloide crónica (marcada leucocitosis con desviación izquierda y trombocitosis).

Opción B = Trombocitosis esencial (trombocitosis aislada mayor a 600.000).

Opción C = Leucemia mieloide aguda, de tipo mielocítica (aunque el hemograma suele ser distinto, en la realidad)

Opción D = Infección bacteriana (leucocitosis, desviación izquierda) con trombocitosis reactiva. Opción

E = Trombopenia aislada. Probablemente es una PTI.

La respuesta correcta es: Hematócrito: 40%, blancos: 8.000, linfocitos: 35%, segmentados: 60%, baciliformes: 2%, mielocitos: 0%, plaquetas: 700.000.

Pregunta 5

Sin contestar

Puntúa como 1,00

¿Cuál es el tratamiento de segunda línea para un paciente diagnosticado de púrpura trombocitopénico inmune crónico, que no responde al tratamiento con corticoides orales?

Seleccione una:

- a. Esplenectomía
- b. Corticoides endovenosos
- c. Inmunoglobulina G endovenosa
- d. Quimioterapia
- e. Hidroxiúrea y anagrelide

Es una pregunta discutible, pero en general el PTI crónico se trata con corticoides orales de manera crónica y, si no responde (objetivo de lograra un recuento de plaquetas estable mayor a 20.000 por mm³ y sin hemorragias), se procede a la esplenectomía (90% de éxito aprox.) o al rituximab (50% de éxito aprox. pero sin el riesgo quirúrgico; rituximab son anticuerpos anti-CD20).

Eso sí, en caso de estar muy grave, con una diátesis hemorrágica severa, se debe tratar la urgencia con IgG endovenosa en altas dosis (lo más importante para elevar rápido el número de plaquetas) más pulsos de corticoides endovenosos.

La respuesta correcta es: Esplenectomía

Pregunta 6

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Una paciente de 69 años, diagnosticada de una leucemia linfática crónica, consulta por marcado malestar general, asociado a orinas oscuras y dolor abdominal. Al examen físico presenta palidez e ictericia de piel y mucosas. Se solicitan exámenes que demuestran Hcto: 21%, hemoglobina: 7 g/dl, blancos: 28.000 por mm³, plaquetas: 150.000, bilirrubina plasmática: 5,6 mg/dl, con bilirrubina directa: 0,3 mg/dl y bilirrubina indirecta: 5,3 mg/dl, LDH: 1.200 UI/L. ¿Qué examen es más adecuado para proseguir el estudio de esta paciente?

Seleccione una:

- a. Solicitar biopsia de médula ósea
- b. Solicitar niveles plasmáticos de vitamina B12
- c. Solicitar niveles plasmáticos de ácido metil malónico y de homocisteína
- d. Solicitar electroforesis de proteínas y radiografía de cráneo
- e. Solicitar prueba de Coombs directo y frotis sanguíneo

Es una anemia hemolítica autoinmune (AHAI), en contexto de una LLC. La prueba de Coombs permite confirmar la AHAI y el frotis permite ver los esquistocitos. La AHAI se asocia a algunos cánceres hematológicos y también a otras enfermedades autoinmunes, como el lupus. En este caso, la sugieren la hiperbilirrubinemia indirecta, la LDH muy elevada y la clínica de dolor abdominal y orinas oscuras. Vale la pena mencionar que la orina oscura se debe a la hemoglobinuria y no a la coluria, porque la coluria es un signo asociado a ictericias de predominio directo.

Vale la pena saber que la LLC no solo produce anemia y trombopenia por la ocupación medular, sino que también porque se asocia a procesos autoinmunes (AHAI y PTI secundarios a LLC).

La respuesta correcta es: Solicitar prueba de Coombs directo y frotis sanguíneo

Pregunta 7

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Usted recibe a un niño de 4 años, que ha presentado dos hematomas musculares y múltiples equimosis, ante mínimos traumatismos, desde hace 2 días. Previo a eso no había tenido síntomas de ese tipo. Se solicita un hemograma, que resulta normal, TP que está muy alargado y TTPA que está normal. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Púrpura trombocitopénico trombótico
- b. Púrpura trombocitopénico inmune
- c. Intoxicación con cumarínicos
- d. Hemofilia A
- e. Enfermedad de Von Willebrand

Es una pregunta difícil, ya que hay que conocer los distintos trastornos de la hemostasia.

- El PTT tendría trombopenia y anemia hemolítica.
- El PTI tendría trombopenia, con TP y TTPA normales.
- La intoxicación con cumarínicos (ej. comerse el veneno de ratas o los medicamentos de la abuela) alarga el TP tiene hemograma normal, ya que genera un trastorno de la hemostasia secundaria (coagulación). Se trata con vitamina K y, en los casos con hemorragias severas, se da plasma fresco congelado para una inmediata recuperación.
- La hemofilia tiene hemograma normal, pero alarga el TTPA, con TP normal. Además, los síntomas estarían presentes desde el nacimiento.
- La EvW afecta la función plaquetaria, por lo que tiene hemograma normal, pero también normalidad del TP y TTPA, alargando el tiempo de sangría (alteración de la hemostasia secundaria). Solo en algunos casos alarga el TTPA (el FvW se une al F.VIII). Por ser genética, la EvW suele tener síntomas crónicos, aunque en los casos leves pueden pasar algo desapercibidos.

La respuesta correcta es: Intoxicación con cumarínicos

Pregunta **8**

Sin contestar

Puntúa como 1,00

La anemia ferropénica se caracteriza por todo lo siguiente, EXCEPTO:

Seleccione una:

- a. Anisocitosis
- b. Transferrina disminuida
- c. Microcitosis
- d. Hipocromía
- e. Trombocitosis reactiva

El perfil de hierro de la ferropenia muestra ferritina baja, con transferrina alta y ferremia baja. Las demás opciones son características de la anemia ferropénica.

La respuesta correcta es: Transferrina disminuida

Pregunta **9**

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Una paciente de 60 años presenta astenia y palidez. Se decide realizar un hemograma, que muestra pancitopenia, con hematocrito. 27%, Hb: 10 g/dl, VCM: 120, blancos: 3.000 por mm³, plaquetas: 90.000 por mm³. El frotis muestra neutrófilos con núcleo hipersegmentado. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Mielodisplasia
- b. Leucemia mieloide crónica
- c. Anemia perniciosa
- d. Anemia hemolítica
- e. Mieloma múltiple

Es una anemia por déficit de B12 clásica: pancitopenia, con VCM mayor a 108 (anemia megaloblástica) e hipersegmentación del núcleo de los neutrófilos. La anemia perniciosa es la causa más frecuente de déficit de B12. Es una enfermedad autoinmune, con anticuerpos en contra de las células parietales gástricas (en específico contra la bomba de protones que es la proteína que inhibe el omeprazol y demás IBP). Las células parietales producen el ácido clorhídrico, pero también el factor intrínseco, necesario para la absorción de la vitamina B12. Se trata con vitamina B12 inyectable, ya que, a diferencia de otras causas de anemia por déficit de B12, en este caso hay un problema de la absorción. Se asocia a cáncer gástrico, por lo que se suele estudiar con endoscopía digestiva alta.

La respuesta correcta es: Anemia perniciosa

Pregunta 10

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 40 años consulta por un cuadro de 3 semanas de evolución de malestar general, dolores óseos y aparición de lesiones en la piel. Al examen físico se constatan petequias y equimosis generalizadas, palidez de mucosas y esplenomegalia. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Púrpura trombocitopénico inmune
- b. Púrpura trombocitopénico trombótico
- c. Linfoma
- d. Leucemia
- e. Mieloma

Es una leucemia aguda (LLA: leucemia linfática aguda o LMA: leucemia mieloide aguda): dolores óseos, síntomas de insuficiencia medular (astenia, palidez, infecciones, petequias y equimosis). La esplenomegalia y las adenopatías son frecuentes en la LLA, pero raras en la LMA (solo 10% tiene esplenomegalia o hepatomegalia y las poliadenopatías son raras, por lo que su presencia obliga a sospechar una LLA), pero, la única forma de diferenciarlas con certeza es con el adecuado estudio inmunohistoquímico de las células malignas. La fiebre es un síntoma frecuente en la LMA, pero, algo importante es que siempre se deben descartar infecciones, ya que la LMA se complica con ellas con elevada frecuencia.

En este caso, se debe iniciar el estudio con un hemograma y otros exámenes generales y luego se confirma el diagnóstico con una biopsia de médula ósea.

- El mieloma también puede tener dolores óseos y síntomas de insuficiencia medular, pero suele afectar a adultos mayores, la esplenomegalia es menos característica y suele tener un curso más lento que la leucemia.

La respuesta correcta es: Leucemia

[◀ 4.3 Cuestionario Hematología](#)

[Ir a...](#)

[4.5 Cuestionario Hematología](#)

Comenzado el lunes, 23 de octubre de 2023, 16:12

Estado Finalizado

Finalizado en lunes, 23 de octubre de 2023, 16:12

Tiempo empleado 6 segundos

Puntos 0,00/10,00

Calificación 0,00 de 100,00

Pregunta 1

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 70 años se realiza un hemograma, que muestra Hcto: 27%, Hb: 9 g/dl, plaquetas: 80.000 por mm³, blancos: 31.000 por mm³, con 90% linfocitos, 2% monocitos y 8% neutrófilos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Infección viral
- b. Leucemia linfática aguda
- c. Linfoma
- d. Mieloma
- e. Leucemia linfática crónica

Es una LLC clásica: Adulto mayor con linfocitosis mayor a 20.000 por mm³, plaquetopenia y anemia.

La respuesta correcta es: Leucemia linfática crónica

Pregunta 2

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un niño de 6 años presenta aparición de múltiples petequias en el tronco y las extremidades. Además, ha presentado epistaxis en 3 oportunidades, autolimitadas. El examen físico no muestra otras alteraciones y se solicita un hemograma que presenta Hcto: 43%, blancos: 7.600 por mm³ con fórmula diferencial normal y plaquetas: 20.000 por mm³. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Indicar reposo y observar evolución
- b. Solicitar tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial activada
- c. Iniciar corticoides orales
- d. Derivar para biopsia de médula ósea
- e. Realizar transfusión de plaquetas

El diagnóstico es púrpura trombocitopénica inmune (PTI) aguda (niño con alteración de la hemostasia primaria y trombocitopenia aislada en el hemograma), la que suele tener un curso autolimitado de un par de semanas en el 90% de los casos.

Es una pregunta discutible, ya que tanto el reposo, como los corticoides son opciones aceptables. Sin embargo, a pesar de estar en buenas condiciones, por haber tenido epistaxis (síntomas moderados) y por tener menos de 30.000 plaquetas, preferimos la opción de dar corticoides orales.

Si hubiese tenido fiebre, esplenomegalia, adenopatías o más alteraciones en el hemograma (ej. anemia o leucopenia), se tendría que hacer una biopsia de médula ósea, para descartar leucemia.

La respuesta correcta es: Iniciar corticoides orales

Pregunta 3

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 70 años presenta un cuadro de astenia y dolores óseos. Se solicitan exámenes generales en los que se aprecia creatinina: 2,4 mg/dl, Hcto: 29%, plaquetas: 100.000 por mm³ y blancos: 3.900 por mm³. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Leucemia
- b. Mielodisplásia
- c. Mielofibrosis
- d. Mieloma múltiple
- e. Macroglobulinemia de Waldström

Los dolores óseos son característicos del mieloma múltiple, pero también se ven en las leucemias agudas. El hemograma muestra una pancitopenia, lo que orienta mucho más a mieloma que a leucemia (la inmensa mayoría de las leucemias vienen con leucocitosis y solo un 10% de las leucemias agudas hacen leucopenia). Además, la insuficiencia renal orienta más a mieloma.

La mielodisplásia sí tendría pancitopenia, pero son más raros los dolores óseos y la elevación de la creatinina.

La respuesta correcta es: Mieloma múltiple

Pregunta 4

Sin contestar

Puntúa como 1,00

¿Cuál de las siguientes opciones es MENOS probable de ser encontrada en un paciente con leucemia mieloide crónica?

Seleccione una:

- a. Síntomas B
- b. Presencia de translocación 9:22 (cromosoma Filadelfia)
- c. Leucocitosis con desviación izquierda
- d. Trombocitopenia
- e. Esplenomegalia

La leucemia mieloide crónica (LMC) tiene leucocitosis con desviación izquierda, sin hiato leucémico y con menos de 5% de blastos en sangre periférica (menos de 20 en médula ósea). Se caracteriza por no tener anemia ni trombopenia, sino trombocitosis y puede tener poliglobulia (prolifera todo lo mieloide). Solo en los estadios finales aparecen las citopenias, cuando el paciente comienza con las llamadas "crisis blásticas", que son similares a la LMA. La esplenomegalia es muy frecuente en la LMC.

La respuesta correcta es: Trombocitopenia

Pregunta 5

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Una paciente de 50 años, presenta un cuadro de astenia y palidez, por lo que se realiza un hemograma que muestra hemoglobina: 8,5 mg/dl, VCM: 68 fl, blancos: 6.400 x mm3, plaquetas: 490.000 por mm3. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Leucemia mieloide crónica
- b. Anemia por déficit de vitamina B12
- c. Trombocitosis esencial
- d. Anemia por enfermedades crónicas
- e. Anemia ferropénica

Es una feropenia clásica: anemia microcítica (VCM menor a 80), con trombocitosis reactiva (trombocitosis corresponde a plaquetas mayores a 450.000 por mm3, aunque en la feropenia pueden estar mucho más elevadas; aunque no es del todo correcto, se dice que "la médula no tiene hierro para hacer glóbulos rojos, entonces hace plaquetas").

- La LMC tendría leucocitosis (de predominio neutrofílico y con desviación izquierda, más trombocitosis).

- El déficit de vitamina B12 tendría pancitopenia (y, por tanto, plaquetopenia) más VCM muy elevado.

- La trombocitosis esencial no tendría anemia.

- La anemia por enfermedades crónicas suele ser normocítica.

La respuesta correcta es: Anemia ferropénica

Pregunta 6

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 50 años consulta por dolor abdominal. Al examen físico se palpa una marcada esplenomegalia sensible, por lo que se solicita un hemograma que muestra hematocrito: 30%, plaquetas: 70.000 x mm³, blancos: 3.000 por mm³, frotis con presencia de dacriocitos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Mielodisplasia
- b. Mieloma múltiple
- c. Leucemia
- d. Aplasia medular
- e. Mielofibrosis

Es una mielofibrosis (también llamada metaplasia mieloide) clásica: pancitopenia con marcada esplenomegalia (es la enfermedad con mayor esplenomegalia) y dacriocitos (glóbulos rojos en forma de lágrima, que se producen al deformarse los GR dentro de la médula, a causa de las fibras que la invaden). Se diagnostica con biopsia de médula ósea, que muestra la fibrosis de la médula.

Si bien los dacriocitos se describen con frecuencia en la mielofibrosis, también pueden verse en otras patologías.

Por cultura general, se muestra una imagen de dacriocitos (fuente: <https://www.facebook.com/bioquimicosdiagnosticos>):

 No hay ninguna descripción de la foto disponible.

La respuesta correcta es: Mielofibrosis

Pregunta 7

Sin contestar

Puntúa como 1,00

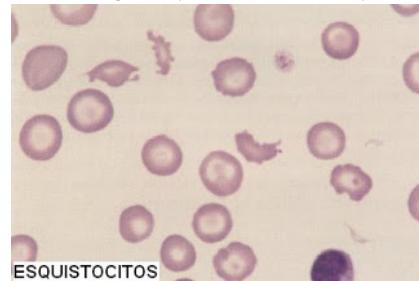
Los esquistocitos son muy sugerentes de:

Seleccione una:

- a. Hemorragias agudas
- b. Asplenia
- c. Déficit vitamina B12
- d. Leucemia
- e. Hemólisis

Los esquistocitos son característicos de la hemólisis intravascular: son las membranas del glóbulo rojo hemolizado. Las hemorragias agudas tienen elevación de los reticulocitos. La asplenia tiene cuerpos de Howell Jolly. El déficit de vitamina B12 tiene macrocitosis, anisocitosis, pancitopenia e hipersegmentación del núcleo de los neutrófilos. La leucemia tiene leucocitosis, con leucocitos atípicos. En las leucemias agudas suele haber elevación de los blastos y si son de tipo mieloide, es clásico que tengan bastones de Auer. En la leucemia linfática crónica se ven las sombras de Gumprecht.

Por cultura general, se muestran los esquistocitos (fuente: <https://ficherodehematologia.com>):



La respuesta correcta es: Hemólisis

Pregunta 8

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 40 años, sufre una TVP, la que se confirma con un Eco-Doppler de EEII. Se inicia estudio de trombofilias, siendo diagnosticado de un factor V de Leiden. Está en buenas condiciones generales y su examen físico es compatible con una TVP de la pierna izquierda, sin otras alteraciones. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Hospitalizar, anticoagular con heparina y luego iniciar anticoagulación oral con cumarínicos
- b. Hospitalizar, indicar reposo absoluto e instalar un filtro de vena cava inferior
- c. Enviar a domicilio con clopidogrel oral e indicar reposo
- d. Enviar a domicilio con vitamina K e indicar reposo
- e. Enviar a domicilio con aspirina oral e indicar reposo

El tratamiento de la TVP, del TEP y de las trombofilias en general, es la anticoagulación. Se inicia con heparina y se pasa luego a cumarínicos o NACO (nuevos anticoagulantes orales no cumarínicos), buscando mantener el INR entre 2 y 3 (si están con cumarínicos, ya que los NACO no requieren control). Si la anticoagulación estuviera contraindicada (ej. hemorragia digestiva, AVE hemorrágico, politraumatismo), se debe instalar un filtro de vena cava inferior.

Si, además, de la TVP o TEP, se identifica un trombofilia genética, como en este caso, la anticoagulación se mantiene de por vida.

La respuesta correcta es: Hospitalizar, anticoagular con heparina y luego iniciar anticoagulación oral con cumarínicos

Pregunta 9

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Una paciente de 60 años, gastrectomizada por cáncer gástrico, presenta un cuadro de astenia. Al examen físico está pálida y algo icterica, con RR2T sin soplos, MP(+) sin ruidos agregados, abdomen blando, depresible, sin visceromegalia. Se solicita un hemograma que muestra anemia con Hcto: 22%, VCM: 120 ft, reticulocitos: 0,02%, plaquetas: 100.000 por mm³, blancos: 3.500 por mm³, LDH: 450 UI/L, bilirrubina: 3,2 mg/dl, de predominio indirecto. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Mielodisplasia
- b. Déficit de hierro
- c. Mieloptosis
- d. Déficit de vitamina B12
- e. Mielodisplasia

El antecedente de gastrectomía sugiere déficit de B12 (por la falta de factor intrínseco). Además, la pancitopenia con VCM elevado es muy sugerente de déficit de B12. La elevación de la LDH y de la bilirrubina indirecta es característica de la anemia hemolítica, pero también se suele ver en el déficit de B12, porque hay una mielopoyesis inefectiva, con destrucción celular en la médula. Sin embargo, la anemia hemolítica es regenerativa (con elevación de los reticulocitos). En cambio, el déficit de B12 tiene reticulocitos muy bajos, como en este caso.

La respuesta correcta es: Déficit de vitamina B12

Pregunta 10

Sin contestar

Puntúa como 1,00

¿Cuál de los siguientes hemogramas le parece más sugerente de una leucemia mieloide crónica?

Seleccione una:

- a. Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 250.000 x mm³, blancos: 7.500 x mm³, linfocitos: 30%, Monocitos: 4%, segmentados: 60%, baciliformes: 3%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 2%, basófilos: 1%
- b. Hematócrito: 25%, hemoglobina: 8 g/dl, plaquetas: 50.000 x mm³, blancos: 47.500 x mm³, linfocitos: 10%, Monocitos: 0%, segmentados: 20%, baciliformes: 0%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 70%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%
- c. Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 250.000 x mm³, blancos: 17.500 x mm³, linfocitos: 13%, Monocitos: 5%, segmentados: 65%, baciliformes: 15%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 1%, basófilos: 1%
- d. Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 500.000 x mm³, blancos: 32.500 x mm³, linfocitos: 10%, Monocitos: 5%, segmentados: 31%, baciliformes: 21%, mielocitos: 10%, promielocitos: 5%, blastos: 2%, eosinófilos: 6%, basófilos: 4%
- e. Hematócrito: 25%, hemoglobina: 8 g/dl, plaquetas: 50.000 x mm³, blancos: 38.500 x mm³, linfocitos: 10%, Monocitos: 0%, segmentados: 40%, baciliformes: 0%, mielocitos: 0%, promielocitos: 50%, blastos: 0%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%

- Opción A = hemograma normal.

- Opción B = Leucemia mieloide aguda, de tipo mieloblástico (leucocitosis con muchos blastos y bicitopenia: anemia y trombopenia).

- Opción C = Infección bacteriana (leucocitosis de predominio neutrófilico y desviación izquierda).

- Opción D = LMC (marcada leucocitosis de predominio neutrófilico, con gran desviación izquierda y elevación de todo lo mieloide, ejemplo: plaquetas, eosinófilos, basófilos).

- Opción E = Leucemia mieloide aguda, de tipo promielocítica (leucocitosis, con hiato leucémico y muchos promielocitos, más bicitopenia; aunque el hemograma suele ser algo distinto al ahí mostrado).

La respuesta correcta es: Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 500.000 x mm³, blancos: 32.500 x mm³, linfocitos: 10%, Monocitos: 5%, segmentados: 31%, baciliformes: 21%, mielocitos: 10%, promielocitos: 5%, blastos: 2%, eosinófilos: 6%, basófilos: 4%

[◀ 4.4 Cuestionario Hematología](#)

Ir a...

[4.6 Cuestionario Hemat](#)

Comenzado el	lunes, 23 de octubre de 2023, 16:12
Estado	Finalizado
Finalizado en	lunes, 23 de octubre de 2023, 16:12
Tiempo empleado	5 segundos
Puntos	0,00/20,00
Calificación	0,00 de 100,00

Pregunta 1

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 63 años, inicia tratamiento con ibuprofeno, debido a una artrosis. Evoluciona con aparición de múltiples petequias en las extremidades inferiores y en el tronco. Se solicita un hemograma que muestra hematocrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 250.000 por mm³, blancos: 7.200 por mm³, con fórmula diferencial normal. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Disfunción plaquetaria por ibuprofeno
- b. Púrpura trombocitopénico inmune
- c. Púrpura trombocitopénico trombótico
- d. Hemofilia
- e. Enfermedad de Von Willebrand

Tiene clínica de alteración de hemostasia primaria (petequias y hemorragias mucosas). Las plaquetas son las encargadas de la hemostasia primaria, por lo que esto se puede deber a dos grandes causas: 1. Trombopenia y 2. Disfunción plaquetaria. Dado que el hemograma está normal, no puede ser trombopenia, sino que debe ser disfunción plaquetaria. La EvW es congénita, por lo que tendría síntomas desde la infancia y no a los 63 años, por lo que la respuesta es la disfunción por AINEs.

El PTI y el PTT tendrían trombopenia.

La hemofilia sería congénita y altera la coagulación, es decir, la hemostasia secundaria.

La respuesta correcta es: Disfunción plaquetaria por ibuprofeno

Pregunta 2

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 70 años presenta astenia de algunas semanas de evolución, asociada a fiebre, por lo que se solicita un hemograma que muestra hematocrito: 47%, plaquetas: 570.000 por mm³ y glóbulos blancos: 45.000 por mm³, con 60% de segmentados, 20% de baciliformes, 5% de mielocitos, 1% de promielocitos, 4% eosinófilos, 3% de basófilos y 7% linfocitos. No ha presentado otros síntomas y su examen físico no aporta mayor información. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Infección viral
- b. Infección bacteriana
- c. Leucemia aguda
- d. Leucemia mieloide crónica
- e. Linfoma

Es una LMC clásica: marcada leucocitosis, con gran desviación izquierda, sin hiato leucémico. Habitualmente sin anemia, ni trombopenia, sino trombocitosis. Además, puede elevar los basófilos, eosinófilos y monocitos. La infección bacteriana rara vez eleva los blancos a más de 20.000. Sin embargo, existe la reacción leucemoide, secundaria a una infección bacteriana, que puede ser indistinguible de una LMC, pero con la diferencia que existe una causa infecciosa evidente de base (ej. una neumonía o meningitis o bacteremia) y que tiende a normalizarse después del cuadro infeccioso.

El diagnóstico de certeza se logra con la biopsia de médula ósea y la identificación del cromosoma Filadelfia (translocación 9:22). Debido a que dicho cromosoma codifica para una proteína específica, un tipo de tirosinquinasa, que es la causante de la proliferación celular y que es posible atacarla directamente con fármacos específicos, por lo que actualmente el tratamiento de elección son dichos fármacos. El clásico es el mesilato de imatinib (hay que saberlo y no es un anticuerpo monoclonal, sino un medicamento común), pero actualmente existen fármacos de segunda generación que son más seguros y eficaces: dasatinib, nilotinib, ponatinib y asciminib (no hay que saber los nombres de memoria, pero sí saber que existen).

La hidroxiúrea ha quedado obsoleta, por lo que rara vez se usa.

El trasplante de médula ósea, aunque curativo, es caro y riesgoso, por lo que actualmente solo se utiliza cuando están contraindicados todos los inhibidores de la tirosinquinasa.

La respuesta correcta es: Leucemia mieloide crónica

Pregunta 3

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 45 años presenta un cuadro de fiebre y malestar general, de 5 días de evolución. Su hemograma muestra Hemoglobina: 14 g/dl, plaquetas: 400.000 por mm³, blancos: 16.000 por mm³, con 70% de linfocitos, 10% de monocitos y 15% de neutrófilos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Infección viral
- b. Infección bacteriana
- c. Leucemia aguda
- d. Leucemia mieloide crónica
- e. Linfoma

Es una infección viral clásica: leucocitosis, de tipo linfocitosis.

No hay anemia, ni blastos, ni trombopenia, ni nada que haga pensar en leucemias.

El linfoma tiene adenopatías y hemograma generalmente normal.

La infección bacteriana y la LMC tendrían elevación de los neutrófilos, no de los linfocitos.

La respuesta correcta es: Infección viral

Pregunta 4

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Una paciente de 50 años presenta un cuadro de astenia y adinamia de dos meses de evolución, asociada a palidez de piel y mucosas. Se solicita un hemograma, que demuestra anemia normocítica, con hematocrito de 28%, hemoglobina: 9,1 g/dl y VCM de 88 fl. Se solicita perfil de hierro, que muestra ferritina elevada y transferrina disminuida, con ferremia disminuida. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar biopsia de médula ósea
- b. Iniciar estudio, en busca de una enfermedad crónica, que explique la anemia
- c. Iniciar sulfato ferroso oral hasta normalizar el perfil de fierro
- d. Iniciar tratamiento con sulfato ferroso, vitamina B12 y folatos
- e. Hospitalizar y tratar con transfusiones de glóbulos rojos

Es una anemia de enfermedades crónicas: anemia normocítica (VCM normal: 80 a 100 fl), con ferritina alta y transferrina baja. Generalmente no son graves, por lo que el manejo es el tratamiento de la enfermedad de base, la que sí puede ser grave.

La respuesta correcta es: Iniciar estudio, en busca de una enfermedad crónica, que explique la anemia

Pregunta 5

Sin contestar

Puntúa como 1,00

¿Cuál de las siguientes alteraciones es más probable es un paciente con anemia hemolítica?

Seleccione una:

- a. Disminución de los reticulocitos
- b. Aumento de la bilirrubina directa
- c. Aumento de la lactato deshidrogenasa plasmática
- d. Disminución del volumen corpuscular medio
- e. Alargamiento del tiempo de tromboplastina parcial activado

La anemia hemolítica tiene aumento de los reticulocitos (es regenerativa), aumento de la bilirrubina indirecta, aumento de la LDH, aumento del VCM (por los reticulocitos) y no afecta los tiempos de coagulación.

La respuesta correcta es: Aumento de la lactato deshidrogenasa plasmática

Pregunta 6

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 65 años, consulta por malestar general, dolores óseos y anemia. Al examen físico se constata palidez, y algunas petequias en las extremidades inferiores. Se solicita un hemograma, que muestra Hematócrito: 25%, plaquetas: 20.000 por mm³ y blancos: 2.700 por mm³, VHS: 100 mm/h. Además, se solicita un perfil bioquímico, que destaca por creatinina de 2,5 mg/dl y calcemia de 12,2 mg/dl. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Mieloma múltiple
- b. Mielofibrosis
- c. Leucemia
- d. Mielodisplasia
- e. Anemia por déficit de vitamina B12

Tiene muchos elementos de que orientan a mieloma múltiple: adulto mayor, dolores óseos, pancitopenia, VHS muy alta, insuficiencia renal e hipercalcemia.

La respuesta correcta es: Mieloma múltiple

Pregunta 7

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un niño de 6 años presenta un cuadro de fiebre, baja de peso y sudoración nocturna, asociada a malestar general. Al examen físico se aprecia pálido y se palpa esplenomegalia, de 5 cm bajo el reborde costal. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Realizar biopsia esplénica
- b. Iniciar corticoides orales
- c. Solicitar hemograma
- d. Solicitar biopsia ganglionar
- e. Solicitar hibridación in situ, en busca del Cromosoma Filadelfia.

La sospecha es una leucemia aguda (síntomas B, esplenomegalia y signos de insuficiencia medular: en este caso la palidez sugiere anemia). Así que el primer examen debe ser el hemograma y luego la biopsia de médula ósea. La hibridación in situ, eventualmente se pedirá más adelante, para tipificar la leucemia, pero ese manejo escapa a lo exigido para el médico general (aunque sí se debe saber que la hibridación in situ es el examen que identifica las translocaciones, como el cromosoma Filadelfia de la LMC).

La respuesta correcta es: Solicitar hemograma

Pregunta **8**

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 40 años presenta aumento de volumen en el cuello. Al examen físico se aprecian 3 adenopatías de entre 2 y 4 cm en el triángulo anterior derecho del cuello. Se inicia amoxicilina más ácido clavulánico y antiinflamatorios, controlándose 2 semanas después, sin presentar mejoría. El paciente presenta además un hemograma y una radiografía de tórax, ambos normales. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución
- b. Iniciar tratamiento con azitromicina
- c. Solicitar electroforesis de proteínas
- d. Solicitar biopsia de médula ósea
- e. Solicitar biopsia ganglionar

La sospecha diagnóstica es un linfoma, en que se diagnostica con biopsia ganglionar (es una biopsia excisional), a pesar de que antes se estudia con exámenes generales (hemograma, radiografía de tórax, etc). De hecho, toda adenopatía persistente (mayor a 2 semanas, a pesar de indicar AINEs y antibióticos) debe ser biopsiada. También se biopsian las que persisten por más de 3 a 4 semanas, sin tener una causa que las explique, aun cuando no haya recibido antibióticos.

La respuesta correcta es: Solicitar biopsia ganglionar

Pregunta **9**

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente presenta disminución de la proteína S. Tendrá alto riesgo de:

Seleccione una:

- a. Hemorragias
- b. Infecciones
- c. Leucemia
- d. Linfoma
- e. Trombosis

El déficit de proteína S es una trombofilia, dado que la proteína S es una proteína anticoagulante.

El déficit de proteína C y déficit de antitrombina III también son trombofilias.

La respuesta correcta es: Trombosis

Pregunta 10

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un niño de 2 años presenta una hemartrosis de rodilla, en relación a un golpe de moderada intensidad. Además, ha presentado varios hematomas profundos (musculares) y al examen físico se aprecian equimosis en varias zonas de la piel. ¿Qué examen estará alterado con mayor probabilidad?

Seleccione una:

- a. Hemograma
- b. Pruebas de agregación plaquetaria
- c. Tiempo de tromboplastina parcial activada
- d. Tiempo de sangría
- e. Niveles plasmáticos de antitrombina III

La sospecha diagnóstica es una hemofilia (niño con hemartrosis y hematomas profundos, que son manifestaciones de las alteraciones de la hemostasia secundaria). Tanto la hemofilia A como la B alargan el TTPA. Se debe solicitar F.VIII (bajo en la hemofilia A) y F.IX (bajo en la hemofilia B). Dado que es una condición genética, que está presente desde el nacimiento, la hemofilia se suele diagnosticar durante el primer año de vida en los casos graves. En los casos más leves, el diagnóstico puede ser más tardío. Son frecuentes los antecedentes familiares de varones con hemofilia o muertes neonatales por hemorragias.

- Las pruebas de agregación plaquetaria están alteradas en la enfermedad de von Willebrand y otras patologías de disfunción plaquetaria, como la enfermedad de Bernard Soulier, la enfermedad de Glanzmann y, como algo importante, también se alteran en el uso de aspirina y otros AINEs.

La respuesta correcta es: Tiempo de tromboplastina parcial activada

Pregunta 11

Sin contestar

Puntúa como 1,00

La segunda causa de muerte en la edad pediátrica es el cáncer. ¿Cuáles son los tipos de cáncer que con mayor frecuencia causan la muerte en esta edad?

Seleccione una:

- a. Hematológicos y del sistema nervioso
- b. Hematológicos y nefrourológicos
- c. Hematológicos y digestivos
- d. Digestivos y nefrourológicos
- e. Hematológicos y sarcomas

Los hematológicos son los más frecuentes (50% de las muertes por cáncer en edad pediátrica), aunque hoy en día existe tratamiento con intención curativa para la mayoría de los casos pediátricos con leucemia. Los del sistema nervioso, como los astrocitomas, meduloblastoma y neuroblastoma, son los segundos en frecuencia como causa de muerte (cerca de 25% de las muertes por cáncer en edad pediátrica). El pronóstico es muy variado, dependiendo del tipo de cáncer.

La respuesta correcta es: Hematológicos y del sistema nervioso

Pregunta 12

Sin contestar

Puntúa como 1,00

El factor pronóstico más importante en el cáncer de colon es actualmente la invasión transmural. ¿Cuál es el factor pronóstico más importante en el Cáncer GÁSTRICO?

Seleccione una:

- a. También es la invasión transmural
- b. La presencia de adenopatías
- c. El tamaño del tumor
- d. El grado histológico de diferenciación
- e. La presencia de metástasis a distancia

En todo el tubo digestivo, desde el esófago, hasta el recto, es la invasión transmural.

La respuesta correcta es: También es la invasión transmural

Pregunta 13

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 55 años presenta una celulitis en el pie izquierdo, la que se trata con cloxacilina y ketoprofeno. Se solicita un hemograma que demuestra leucocitosis de 15.000 con desviación izquierda, sin embargo, llama la atención el número de plaquetas, que asciende a 895.000 por mm³. ¿Cuál es la causa más probable de su trombocitosis?

Seleccione una:

- a. Reactiva, secundaria a la inflamación
- b. Autoimmune
- c. Secundaria a la cloxacilina
- d. Trombocitosis esencial
- e. Secundaria al ketoprofeno

Las plaquetas son reactantes de fase aguda, por lo que es normal que se eleven en procesos inflamatorios, como una infección. Además, la trombocitosis reactiva es la causa más frecuente de trombocitosis, por lo que debe marcarse si existe una causa que la explique de manera evidente, como en este caso.

Aunque históricamente se enseñaba que las plaquetas sobre 600.000 orientaban a una trombocitosis esencial u otra causa neoplásica (ej. LMC o policitemia vera), actualmente se sabe que número de plaquetas no es un elemento que distinga entre causas reactivas y causas neoplásicas. Es más, algún estudio mostró que el 75% de los casos de trombocitosis mayores a 1.000.000 por mm³ se debían a causas reactivas. Por tanto, si hay una causa identificable, como en este caso, lo más probable es que sea reactiva y solo se sospechan las causas neoplásicas cuando la trombocitosis persiste, a pesar de resolver la causa de base.

La respuesta correcta es: Reactiva, secundaria a la inflamación

Pregunta 14

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 50 años, sin antecedentes de importancia, presenta una TVP de extremidad inferior izquierda. Además de los signos de TVP, al examen físico se aprecia piel violácea. En sus exámenes destaca hemograma con hematocrito: 63%, Hb: 21 g/dl, plaquetas: 460.000 x mm3 y blancos: 9.000 x mm3, con fórmula diferencial normal. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Déficit de antitrombina III
- b. Leucemia mieloide crónica
- c. Leucemia mieloide aguda promielocítica (M3)
- d. Macroglobulinemia de Waldström
- e. Policitemia vera

De todas las opciones, la policitemia vera (PV) es la única alternativa que tiene policitemia o poliglobulía (hematocrito mayor a 55% o hemoglobina mayor a 18 g/dl). Además, se caracteriza por tener elevación de las plaquetas e incluso puede tener leucocitosis (recordar que los síndrome mieloproliferativos tienen a "mezclarse" entre ellos). Suele hacer un síndrome de hiperviscosidad, lo que produce trombosis venosas y arteriales. La fascies pletórica (cara enrojecida) puede estar presente, pero es más inespecífica. Astenia, mareos y síntomas visuales también suelen describirse en la PV.

- Finalmente, el déficit de AT-III, la leucemia promielocítica y la macroglobulinemia de Waldström pueden producir trombosis. De hecho, de las leucemias, la promielocítica es la más "trombofílica".

La respuesta correcta es: Policitemia vera

Pregunta 15

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 65 años presenta hemograma con hemoglobina: 9,6 g/dl, VCM: 106, plaquetas: 150.000 x mm3 y blancos: 4.100 x mm3. Le indican vitamina B12 y folatos, los que recibe por 4 meses. Se controla un nuevo hemograma que presenta valores similares. El diagnóstico de sospecha es:

Seleccione una:

- a. Mieloma
- b. Leucemia aguda
- c. Mielodisplasia
- d. Anemia por enfermedades crónicas
- e. Talasemia

Es una mielodisplasia clásica: adulto mayor con pancitopenia y VCM elevado (puede estar normal). También se suele presentar como un adulto mayor con anemia refractaria a tratamiento. En este caso se conjugan ambas presentaciones. Suele ser asintomática en los estadios iniciales y manifestarse como síntomas de insuficiencia medular, a medida que avanza (infecciones, astenia y otros síntomas de anemia, petequias y equimosis). El diagnóstico se confirma con la biopsia de médula ósea, que muestra las displasias celulares características (citopenias + displasias, sin cumplir criterios de leucemia). Se suele observar y se da terapia de soporte (antibióticos y transfusiones si hay complicaciones de insuficiencia medular) y luego se trata con distintas quimioterapias, dependiendo de las mutaciones que se identifiquen. El único tratamiento curativo es el trasplante de médula ósea, que se reserva a los casos avanzados y que tienen un donante compatible.

La respuesta correcta es: Mielodisplasia

Pregunta 16

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Una mujer de 80 años se realiza un hemograma, que muestra leucocitosis de 40.000 x mm³, con 90% de linfocitos y anemia moderada. Al examen físico no se aprecian alteraciones y en un examen anterior, realizado hace un año, se constata leucocitosis de 30.000 x mm³, también de predominio linfocitario. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Leucocitosis reactiva a infección viral crónica
- b. Leucemia linfática crónica
- c. Mielofibrosis
- d. Reacción leucemoide
- e. Linfoma

Está muy fácil: tiene leucemia (marcada leucocitosis), linfática (90% de linfocitos), crónica (hace un año ya la tenía) XD.
De todos modos, es un adulto mayor con linfocitosis marcada y anemia, lo que sugiere fuertemente una LLC.

La respuesta correcta es: Leucemia linfática crónica

Pregunta 17

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un niño de 10 meses, asintomático, alimentado con leche materna y una comida, presenta anemia con hemoglobina de 9,2 g/dl, sin alteración de las otras series de células sanguíneas y con volumen corpuscular medio de 75 fl. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar biopsia de médula ósea
- b. Solicitar perfil de hierro, niveles de vitamina B12 y folatos
- c. Iniciar tratamiento con hierro oral
- d. Solicitar prueba de Coombs
- e. Solicitar pruebas de screening para talasemias

Lo poco que hay que saber de anemia en niños es:

1. Se diagnostica como la hemoglobina < 2 DS para el sexo y la edad, equivalente a <p3.
2. Después del primer mes, la hemoglobina empieza a bajar rápidamente. El nadir se suele producirse entre los 2 y 6 meses, durando con valores bajos hasta máximo los 9 meses. Habitualmente baja a niveles de 10-11 g/dl, pero es normal que baje la hemoglobina hasta máximo 9 g/dl, lo que se conoce como "anemia fisiológica de la infancia".
3. Niveles bajo 9 g/dl se consideran patológicos.
4. Después de los 6-9 meses, suelen estar sobre 9,5 g/dl y la anemia más frecuente es la ferropénica (especialmente en niños alimentados solo con lactancia materna) y, a menos que parezca evidentemente otra causa, la conducta es simplemente tratarla con hierro oral. En este caso, el VCM está bajo, por lo que lo correcto es la prueba terapéutica con hierro. Si el frotis o la clínica sugieren otras causas, se deben estudiar.

La respuesta correcta es: Iniciar tratamiento con hierro oral

Pregunta 18

Sin contestar

Puntúa como 1,00

El síndrome antifosfolípidos se asocia a todo lo siguiente EXCEPTO:

Seleccione una:

- a. Acortamiento del TTPA
- b. Trombosis arteriales
- c. Trombosis venosas
- d. Abortos
- e. Lupus eritematoso sistémico

El SAF es una trombofilia adquirida, de causa autoinmune, que se asocia al lupus sistémico y se caracteriza por malos resultado obstétricos (abortos, preclamsias y partos prematuros) y trombosis tanto arteriales como venosas. Suele alargar el TTPA (lo que se conoce como "anticoagulante lúpico") y suele tener el VDRL falsamente positivo. Finalmente sus marcadores son los anticuerpos anticardiolipinas, antifosfolípidos y antibeta-2 glicoproteína.

- La sola presencia de marcadores se puede observar (no sería un SAF, al no tener los síntomas y signos definitorios de todo síndrome).
- Si solo se manifiesta con síntomas obstétricos, se debe anticoagular (con heparina de bajo peso molecular) más aspirina en baja dosis, pudiendo suspenderse al terminar el embarazo.
- Si tiene eventos trombóticos, se trata con anticoagulación a permanencia, preferentemente con cumarínicos por sobre los NACO.
- Si tiene lupus asociado, obviamente se debe tratar también el lupus.

La respuesta correcta es: Acortamiento del TTPA

Pregunta 19

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Paciente de 60 años, consulta por astenia, adinamia e infecciones a repetición. Al examen pálido, con escasas petequias en extremidades superiores. El hemograma muestra Hematócrito: 23%, blancos: 3.000, con fórmula diferencial normal, plaquetas: 45.000. El examen más adecuado para continuar el estudio etiológico es:

Seleccione una:

- a. Biopsia de médula ósea
- b. Radiografía de calota
- c. Electroforesis de proteínas en sangre y orina
- d. Cinética de hierro y niveles de vitamina B12
- e. Citometría de flujo en sangre periférica

Tiene una pancitopenia, sin mucha más información, por lo que se debe estudiar con biopsia de médula ósea, ya que diferencia las principales causas (mielodisplasia, aplasia, mieloma, mieloftisis, mielofibrosis, leucemias agudas). La única excepción, es cuando la clínica y hemograma sugieren muy fuertemente un déficit de B12 (VCM elevado, hipersegmentación de los neutrófilos, antecedente de cirugía gástrica, etc.), en que se debe solicitar primeramente niveles de B12.

La respuesta correcta es: Biopsia de médula ósea

Pregunta **20**

Sin contestar

Puntúa como 1,00

El tratamiento de la púrpura trombocitopénica crónica, en un paciente adulto, asintomático y con 50.000 plaquetas por mm³, es:

Seleccione una:

- a. Corticoides orales
- b. Ácido acetil salicílico
- c. Cumarínicos orales
- d. Esplenectomía
- e. Prevención de traumatismos, observación de síntomas y seguimiento con recuento de plaquetas

En el tratamiento de primera línea de la PTI crónica con síntomas o menos de 20.000-30.000 plaquetas es la prednisona oral.

Si sigue con plaquetas muy bajas, se indica la esplenectomía o el rituximab.

Si tiene hemorragias graves, se indica la IgG endovenosa en altas dosis más pulsos de corticoides endovenosos (ej. metilprednisolona).

- Actualmente es perfectamente factible observar y seguir con hemogramas a un paciente adulto con PTI crónico, sin síntomas.

La respuesta correcta es: Prevención de traumatismos, observación de síntomas y seguimiento con recuento de plaquetas

[◀ 4.5 Cuestionario Hematología](#)

[Ir a...](#)

[4.7 Cuestionario Hematología](#)