1.- Qué causa de hipoxemia no se corrige nunca con oxigenoterapia

a.-) Alteración de la relación ventilación/perfusión
b.-) Cortocircuito intrapulmonar de derecha a izquierda
c.-) Disminución de la presión inspiratoria de oxígeno
d.-) Hipoventilación alveolar

2.- Citar las causas de insuficiencia respiratoria hipercápnica con parénquima pulmonar sano.

a.-) SAOS (Síndrome apnea del sueño)
b.-) Sobredosis de fármacos: sedantes, opiáceos.
c.-) Obstrucción vía área superior
d.-) Todas son ciertas

3.- Ante un paciente EPOC estable y correctamente tratado con una PaO2 basal entre 55-59 mmHg (7.3kPa y 7.9kPa). se indicaría oxigenoterapia domiciliaria si:

a.-) Hipertensión pulmonar
b.-) Sobrecarga ventricular derecha
c.-) Arritmias cardíacas
d.-) Todas son ciertas

4.- Es cierto respecto al Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) todo excepto:

a.-) Existencia de enfermedad desencadenante
b.-) Infiltrados alveolares bilaterales
c.-) Signos de insuficiencia respiratoria + Cociente PaO2/FiO2 menor o igual 200mm Hg (independientemente del uso de PEEP (presión positiva tele-inspiratoria)
d.- Todas son ciertas

5.- ¿Cuál de las siguientes es una complicación reconocida del síndrome de apnea obstructiva del sueño?

a.-) Insuficiencia renal crónica
b.-) Convulsiones
c.-) Hipertensión arterial sistémica
d.-) Trastorno de ansiedad

6.- Varón 47 años consulta en urgencias por fatiga y cefalea que son más frecuentes por la mañana, presenta además nicturia y sudoración nocturna. Indice de masa corporal 45. Edemas en EEII. Auscultación cardiopulmonar normal. Radiografía de tórax normal. Analítica normal excepto una Hb de 16.8gr/l. ¿Cuál de las siguientes pruebas puede demostrar la causa de su sintomatología?

a.-) Ecocardiograma
b.-) Espirometría
c.-) TAC craneal
d.-) Polisomnografía nocturna

7.- Cuáles son las exploraciones iniciales ante una sospecha de neumopatía intersticial:

a.-) Radiografía de tórax, Funcionalismo respiratorio completo, TACAR
b.-) Radiografía de tórax; funcionalismo respiratorio completo
c.-) Radiografía de tórax, TACAR
d.-) Radiografía de tórax, Funcionalismo respiratorio completo y broncoscopia

8.- ¿Cuál de las siguientes neuropatías intersticiales cursa con quilotorax?

a.-) Proteinosis alveolar
b.-) Sarcoidosis
c.-) Linfangioleiomiomatosis
d.-) Microlitiais alveolar

9.- ¿Cuál de las situaciones clínicas siguientes no es probable que sea un síndrome paraneoplásico originado por un carcinoma pulmonar de células pequeñas?

a.-) Neuropatía sensitiva
b.-) Debilidad principalmente de los músculos proximales, fatiga, sequedad de boca y posiblemente ptosis.
c.-) Debilidad flácida y atrofia muscular, las EEII se afectan con mayor intensidad que las EESS
d.-) Ataxia cerebelosa y disartria

10.-Paciente con probabilidad baja (según escala de Ginebra) de tromboembolismo pulmonar y D-dímero normal, es cierto:

a.-) Se debe hacer una TAC para TEP
b.-) Repetir el D-dímero
c.-) Gammagrafía ventilación/perfusión
d.- Se descarta TEP

11.-Según el índice de severidad del tromboembolismo (PESI simplificado), se valora los siguientes items, excepto:

a.-) La edad > 80 años
b.-) Género
c.-) Historia de cáncer
d.-) Saturación de oxígeno < 90%

12.- Paciente de 55 años, se le realiza una MAPA. Los promedios de presión arterial fueron: media de 24 horas 121/53; media periodo diurno 124/75 y periodo nocturno 111/65. La presión sistólica nocturna descendió 10,4% de la media de valores diurnos y la presión diastólica nocturna descendió 13,9% de la media de valores diurnos. De las siguientes opciones ¿cuál se corresponde mejor con la MAPA realizada?

a.-) Normotensión y patrón dipper
b.-) Normotensión y patrón no dipper
c.-) Hipertensión y patrón dipper
d.-) Hipertensión y patron no dipper

13.- Hombre de 42 años con antecedentes de cirrosis hepática compensada, acude a urgencias por ictérica, fiebre, aumento del perímetro abdominal y deterioro del estado general ¿Cuál de los parámetros analíticos NO le aportaría información en relación con el pronóstico?

a.-) Albúmina sérica
b.-) Indice internacional normalizado (INR)
c.-) Bilirrubina total sérica
d.-) Transaminasas (valor de ALT y AST)

14.- Paciente con cirrosis hepática estadio B de Child-Pugh y antecedentes de peritonitis bacteriana espontánea (PBE) ¿Cuál de las siguientes pautas de tratamiento antibiótico se considera la más adecuada como profilaxis de PBE?

a.-) Vancomicina 500 mgr/día
b.-) Norfloxacino 400 mgr/día
c.-) Metronidazol 250 mgr/día
d.-) Amoxicilina 1000 mgr/día

15.-) ¿En cuál de las siguientes situaciones puede aparecer una acidosis metabólica sin anión gap elevado, es decir ANION GAP NORMAL?

a.-) Insuficiencia renal

b.-) Cetaacidosis diabética

c.-) Diarrea

d.-) Ayuno prolongado

16.- ¿Cuál de los siguientes fármacos deben evitarse en la demencia de cuerpos difusos de Lewy?

a.-) Citalopram
b.-) Haloperidol
c.-) Trazadona
d.-) Sertralina

17.- Varón de 79 años con deterioro cognitivo leve, que presenta un cuadro brusco de hemianopsia homónima derecha, afasia y paresia facial inferior derecha. En urgencias la TA es 190/85. Se realiza una TC craneal que evidencia un hematoma intraparenquimatoso lobar frontal izquierdo y otro hematoma occipital izquierdo. ¿Cuál es la etiología más probable de dichos hematomas?

a.-) Hipertensiva
b.-) Angiopatía amiloide
c.-) Lesión tumoral subyacente
d.-) Malformación arteriovenosa

18.- Hombre de 59 años con nefropatía diabética, con filtrado glomerular de 36 ml/min/1,73 m2 e índice de albuminuria/creatinina de 350 mg/g. Según la clasificación de enfermedad renal crónica KDIGO corresponde la categoría:

a.-) Estadio G3bA2
b.-) Estadio G4 A3
c.-) Estadio G3b A3
d.-) Estadio G4 A2

19.-Según el fenotipo de fragilidad física de Fried en el que se valoran cinco criterios (pérdida de peso, poca energía, poca fuerza, lentitud y baja actividad física ¿A partir de cuántos criterios se considera que una persona mayor es frágil?

a.-) Dos
b.-) Tres
c.-) Cuatro
d.-) Cinco

20.-Mujer de 35 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico y abortos de repetición. Presenta cuadro de trombosis venosa profunda en extremidad inferior izquierda. Analíticamente función renal normal, ANA + con anticuerpos anticardiolipina positivos y lúpico positivo en 2 determinaciones. Señale la respuesta correcta:

A. Se trata de un Síndrome antifosfolípido (SAF) asociado a lupus (LES), con criterios de anticoagulación 6 meses y posterior antiagregación más hidroxicloroquina
B. SAF asociado a LES con indicación de anticoagulación indefinida más hidroxicloroquina por el LES
C. SAF primario con indicación de anticoagulación más antiagregación 3-6 meses
D. Repetir anticuerpos anticardiolipina y mantener anticoagulación 6 meses

21.- ¿Cuál de los siguientes cuadros renales se detectan con más frecuencia en pacientes con amiloidosis?

A. Síndrome nefrítico
B. Síndrome nefrótico
C. Tubulopatía
D. Infartos renales por infiltración microvascular

22.-El síndrome constitucional en el anciano:

A. Debe seguir los mismos protocolos de estudios que en adultos jóvenes
B. La causa más frecuente de pérdida de peso en el anciano es la depresión
C. Siempre deberá realizarse una colonoscopia
D. Es normal que los ancianos presenten pérdida involuntaria de peso, por lo que los estudios se pueden demorar

23.-A un infusor de perfusión continua subcutánea con morfina, no se le podrá asociar, sin alterar la estabilidad de las mezclas:

A. Midazolán
B. Hioscina
C. Haloperidol
D. Dexametasona

24.-Marcar la respuesta incorrecta. Todos los siguientes son parámetros valorados en el índice PALIAR, salvo

A. Edad > 85 años
B. Úlceras de presión
C. Hemoglobina < 10g/dl
D. ECOG-PS ≥ III

25.-De las siguientes medidas terapéuticas, la más adecuada inicialmente para tratar una taquicardia extrema, secundaria a tirotoxicosis, es la administración de:

A. Ioduro sódico intravenoso
B. Propiltiouracilo intravenoso
C. Digoxina a dosis de impregnación rápida
D. Propanolol intravenoso

26.-Señale la respuesta verdadera en cuanto a la dislipemia secundaria a fármacos:

A. Los estrógenos suelen disminuir HDLc y aumentar LDLc y VLDLc
B. Los progestágenos suelen disminuir el LDLc y aumentar el HDLc
C. Las tiazidas suelen aumentar los TGC y el LDLc, con disminución del HDLc
D. El tamoxifeno suelen aumentar el LDLc

27.-Varón de 58 años con antecedentes de hipertensión arterial, que es llevado a urgencias con un episodio de dolor de pecho repentino que se irradia a espalda y ambos brazos. El dolor no cambia con la inspiración profunda y no se acompaña de fiebre, tos ni expectoración. Tratamiento habitual: losartán.

En el examen físico se objetiva una presión arterial de 160/90 mm Hg en el brazo izquierdo y 120/70 mm Hg en el brazo derecho. El examen cardíaco revela un segundo ruido cardíaco suave y un soplo de insuficiencia aórtica. Su ECG muestra taquicardia sinusal, sin cambios isquémicos agudos, y la radiografía de tórax (CXR) se muestra en la Figura. ¿Cuál sería el siguiente paso más apropiado para confirmar el diagnóstico?

A. Angiografía coronaria
B. Ecocardiografía transtorácica
C. Tomografía computarizada (TC) de tórax
D. Nivel de troponina cardíaca

28.-Un hombre de 62 años consulta por dificultad para respirar. Los síntomas empeoran con el esfuerzo y nota mayor dificultad al acostarse. No refiere dolor en el pecho ni palpitaciones, pero tiene los pies hinchados. Su historial médico anterior incluye hipertensión y diabetes tipo 2, por lo que está tomando ramipril, amlodipino y metformina.

En el examen físico, la presión arterial es de 125/84 mm Hg, la frecuencia cardíaca es de 100/min. La presión venosa yugular está 8 cm por encima del ángulo esternal, con un tercer ruido cardíaco, edema de los pies y crepitaciones bibasilares a la auscultación de los pulmones. ¿Cuál de los siguientes puede estar implicado en la retención de líquidos para esta afección?

A. disminución de renina
B. aumento de aldosterona
C. aumento de estrógeno
D. vasopresina disminuida

29.-Una mujer de 40 años tiene estudios de lípidos que sugieren hipercolesterolemia familiar (aumento del colesterol, aumento de las lipoproteínas de baja densidad [LDL] y triglicéridos normales). Esta afección se caracteriza por un mayor riesgo de aterosclerosis prematura y por la aparición de xantomas tuberosos y tendinosos. Antes de confirmar una hipercolesterolemia familiar, es necesario considerar las causas secundarias. ¿Cuál de las siguientes condiciones es más probable que cause hiperlipidemia secundaria?

A. enfermedad hepática colestásica
B. alcoholismo
C. tratamiento sustitutivo con estrógenos
D. síndromes de malabsorción

30.-Un hombre de 25 años solicita un estudio lipídico debido a los antecedentes familiares de enfermedad arterial coronaria prematura (EAC). Sus niveles de lípidos revelan un colesterol total y LDL elevado. Los valores de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y triglicéridos son normales. Su examen físico es completamente normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más común de dislipidemia genética?

A. hiperlipidemia familiar combinada
B. hipercolesterolemia familiar
C. Apo B defectuoso familiar
D. Deficiencia de Apo C-II

31.-Una mujer de 37 años acude a urgencias tras caerse por unas escaleras en el trabajo. No refiere síntomas premonitorios antes de la caída o pérdida del conocimiento. Recientemente, ha notado síntomas persistentes de fatiga, debilidad muscular y aumento de peso inesperado. No tiene antecedentes médicos y no está tomando ningún medicamento.

En la exploración, la presión arterial es de 164/92 mm Hg y la frecuencia cardíaca es de 84/min. Tiene múltiples hematomas en la piel, plenitud facial y obesidad del tronco con "estrías" rojas. La fuerza muscular en los músculos proximales es 4/5 y los reflejos son normales. ¿Cuál de las siguientes es la prueba de diagnóstico inicial más adecuada?

A. tomografía computarizada (TC) del abdomen
B. prueba de supresión nocturna con dexametasona
C. estudios de electromiograma (EMG)
D. MR del cerebro

32.-Un hombre de 29 años con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) acude al servicio de urgencias debido a un malestar abdominal que aumenta progresivamente. El dolor comenzó hace 2 días y está asociado con algunas náuseas, pero sin vómitos. También observa que el dolor empeora con la comida, es de naturaleza sorda y parece irradiarse a la espalda. Nunca antes había experimentado este tipo de dolor.

En el examen físico presenta contracción voluntaria a la palpación en el hemiabdomen superior. La analítica es normal, excepto una amilasa elevada a 370 U / L (25-125 U / L). ¿Cuál de las siguientes infecciones puede desencadenar este trastorno en pacientes con SIDA?

A. toxoplasmosis
B. Complejo Mycobacterium avium
C. Mycobacterium tuberculosis
D. virus del herpes

33.-Un hombre de 53 años consulta por una diarrea persistente que dura más de 1 mes. También ha notado síntomas de enrojecimiento facial que duran minutos cada vez, sin un precipitante claro.

En el examen físico, su presión arterial es de 124/74 mm Hg, la frecuencia cardíaca es de 84 y regular Se aprecian telangiectasias faciales en el examen de cabeza y del cuello. También tiene un soplo cardíaco sistólico que no estaba presente 2 años antes. Este soplo se acentúa con la respiración profunda. ¿Cuál de las siguientes es la prueba de diagnóstico inicial más adecuada?

A. ácido vanililmandélico en orina (VMA)
B. niveles séricos de noradrenalina
C. niveles de serotonina sérica
D. ácido 5-hidroxiindolacético en orina (5-HIAA)

34.-Un hombre de 65 años acude a la clínica para la evaluación de numerosos síntomas que empeoran en los meses de invierno. Nota manchas rojas difusas que no son elevadas ni dolorosas y ocasionalmente las puntas de los dedos moradas. Otros síntomas incluyen malestar articular (artralgia) y debilidad muscular.

En el examen físico, los signos vitales son normales, los ruidos cardíacos son normales y la ventilación pulmonar es normal. Las articulaciones son normales, sin signos de inflamación activa y la fuerza muscular es de 4 + / 5. En los muslos y las rodillas hay cambios en la piel sugestivos de livedo reticularis. Las investigaciones de laboratorio revelan hemoglobina de 12,5 g /dL, una elevación del doble de ALT y AST, un título positivo de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C e insuficiencia renal temprana. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

A. enfermedad de las crioaglutininas
B. Púrpura de Henoch-Schönlein
C. síndrome de anticuerpos antifosfolípidos
D. crioglobulinemia

35.-Una mujer de 23 años sufre hinchazón y malestar en las piernas, pero sin dolor en el pecho ni dificultad para respirar. No tiene factores de riesgo para enfermedad tromboembólica. En la exploración, la pierna izquierda está hinchada en comparación con la derecha. La ecografía Doppler es positiva para trombosis venosa profunda en la pierna izquierda. Investigaciones posteriores revelan niveles reducidos de antitrombina III (AT-III) en plasma. ¿Cuál de los siguientes es el efecto clínico más probable de los niveles bajos de AT-III?

A. sensibilidad a la aspirina
B. resistencia a la heparina
C. resistencia a la warfarina (Coumadin)
D. disfunción plaquetaria

36.-Una mujer de 82 años es trasladada al hospital por deterioro funcional y por incapacidad para cuidarse a sí misma. Tiene antecedentes de hipertensión y dislipidemia y sus medicamentos incluyen hidroclorotiazida y atorvastatina.

Se la ve despeinada, pálida y con debilidad muscular; la auscultación cardiopulmonar es normal y no hay hallazgos neurológicos focales. Su hemoglobina es de 9 g/dL, MCV 105 fL, WBC 4500/mL y plaquetas 100,000/mL. El frotis de sangre muestra glóbulos rojos macrocíticos y neutrófilos hipersegmentados. ¿Cuál de las siguientes deficiencias vitamínicas es más probable que sea la responsable de su pancitopenia?

A. cianocobalamina
B. folato
C. piridoxina
D. riboflavina

37.-Un hombre afrodescendiente de 23 años acude a urgencias quejándose de fiebre y escalofríos. Recientemente regresó de un viaje a África Oriental donde estaba visitando a amigos y parientes. Mientras estuvo allí visitó áreas urbanas y rurales. No tomó ninguna profilaxis para las enfermedades relacionadas con los viajes. Una gota gruesa es diagnóstica del agente infeccioso que causa sus síntomas. Se le inicia la terapia adecuada, pero poco después desarrolla anemia debido a hemólisis. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

A. paludismo fulminante
B. esferocitosis hereditaria
C. deficiencia de glucosa-6-fosfatasa deshidrogenasa (G6PD)
D. hemólisis microangiopática

38.-Una mujer de 28 años es atendida para el seguimiento de rutina de su embarazo a las 32 semanas de gestación. Se siente bien y no refiere síntomas nuevos. Este es su primer embarazo y no tiene antecedentes médicos. Su único tratamiento es un multivitamínico.

En el examen físico, sus signos vitales son presión arterial de 156/92 mm Hg, pulso 88/min y frecuencia respiratoria 16/min. Su agudeza visual es normal y no presenta edema periorbitario. El examen de corazón y pulmón es normal y hay edema de 1+ pedio. El borde del hígado no es doloroso y el examen neurológico, incluidos los reflejos, es normal. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la hipertensión durante el embarazo es correcta?

A. la preeclampsia se manifiesta durante el final del trimestre medio
B. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) son antihipertensivos útiles en mujeres embarazadas.
C. el embarazo aumenta el riesgo de insuficiencia renal en el futuro en mujeres con hipertensión esencial
D. alfa-metildopa es un antihipertensivo útil en mujeres embarazadas

39.-Respecto a las infecciones por rhodococcus hoagii (antiguo rhodococcus equi), señale la afirmación correcta:

a) Es un cocobacilo gramnegativo aerobio
b) Se asocia a infecciones granulomatosas necrotizantes que pueden parecerse a la tuberculosis
c) Produce infección casi exclusivamente de tracto respiratorio, siendo típico que afecte a personas inmunocompetentes
d) El tratamiento de elección es la Penicilina G y como alternativa una asociación de antibióticos

40.-Respecto a las paniculitis señale la respuesta falsa:

a) Se clasifican desde el punto de vista histológico como paniculitis septal y paniculitis lobulillar
b) El eritema nodoso es un ejemplo de paniculitis septal. La inflamación se localiza en los septos, en las fases más agudas hay reacción neutrofílica con degeneración fibrinoide del colágeno septal y se aprecia necrosis grasa
c) En la vasculitis nodular o eritema indurado de Bazin es frecuente encontrar paniculitis lobulillar y vasculitis de los vasos subcutáneos y se asocia a enfermedad tuberculosa con aislamiento en las lesiones en un alto porcentaje de ADN del bacilo tuberculoso por PCR
d) Enfermedades de base inmune como la sarcoidosis o la enfermedad de Behcet y algunas infecciones pueden asociarse a eritema nodoso

41.-La gammapatía monoclonal de significado incierto tiene un riesgo de progresión a mieloma múltiple, motivo por el que es importante hacer seguimiento de los pacientes que la padecen. ¿Cuál de estos datos se acompaña de mayor riesgo de progresión a mieloma múltiple?

a) El componente monoclonal sea de tipo IgG
b) Tener un cociente cadena ligera libre lambda/kappa normal
c) El componente monoclonal sea <15 g/L
d) El componente monoclonal sea de un tipo diferente a IgG

42.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades infecciosas no es trasmitida por garrapatas?

a) Enfermedad de Lyme (Infección por Borrelia Burgdorferi)
b) Fiebre botonosa mediterránea (Infección por Ricketsia conorii)
c) Tifus epidémico (Infección por Ricketsia prowazekii)
d) Erlichiosis monocítica humana (Infección por erlichia chaffensis)

43.-Los microorganismos del grupo HACEK son una serie de bacterias gramnegativas de desarrollo lento y cultivo difícil, que normalmente residen en la cavidad oral y que potencialmente pueden producir infecciones graves como endocarditis bacteriana. Este grupo de bacterias lo forman los siguientes microorganismos:

a) Haemophilus spp, Aggregatibacter actinomycetemcomitans, campylobacter fetus, eikenella corrodens y kingella kingae
b) Haemophilus spp, Aggregatibacter actinomycetemcomitans, cardiobacterium hominis, eikenella corrodens y kingella kingae
c) Haemophilus spp, Aggregatibacter actinomycetemcomitans, cardiobacterium hominis, erlichia chaffensis y kingella kingae
d) Haemophilus spp, Aggregatibacter actinomycetemcomitans, cardiobacterium hominis, eikenella corrodens y klebsiella rhinoscleromatis

44.-El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) se caracteriza por todo lo siguiente excepto:

a) Hiponatremia hipoosmótica y orina concentrada (>100 mosmol/kg)
b) Los pacientes suelen presentar normovolemia, balance normal de Na+, y el Na+ en orina es >40 mmol/L
c) Suele acompañarse de hipouricemia y uricosuria aumentada
d) Suelen presentar alteración de la función renal, suprarrenal o tiroidea

45.-Entre los tratamientos anticoagulantes parenterales por vía subcutánea de uso más común, heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y fondaparinux hay algunas diferencias. Señale la correcta:

a) La cadena de sacáridos de fondaparinux es más larga que la de HBPM
b) Las HBPM se unen a la antitrombina a través de su secuencia de pentasacáridos lo cual cambia su conformación y facilita su interacción con el factor Xa. Cuanto más larga es la cadena de HBPM es más probable que facilite la unión de antitrombina y trombina, y así comparten acción anti Xa y antiIIa
c) El fondaparinux, en virtud de su cadena de sacáridos tiene fuerte capacidad de inhibición de la trombina por la antitrombina
d) El fondaparinux carece de indicaciones de uso en la práctica clínica

46.-Según las guías de la Sociedad europea de cardiología 2020 de fibirilación auricular, el diagnóstico de FA clínica se establece por:

a) Únicamente es diagnóstico cuando se detecta FA en un trazado de ECG completo de 12 derivaciones
b) Únicamente es válido un trazado de ECG de 1 derivación de más de 40 segundos en FA
c) Únicamente es válido un trazado de ECG de 1 derivación de más de 30 segundos en FA
d) Es válido un trazado de ECG completo de 12 derivaciones en FA o un trazado de ECG de una derivación de más de 30 segundos en Fa

47.-La puntuación MELD (Model for end-stage liver disease) es un sistema obtenido en forma prospectiva cuya finalidad es anticipar el pronóstico de individuos con hepatopatía e hipertensión portal. Se calcula a partir de tres variables obtenidas a partir de análisis de sangre que son:

a) Tiempo de protrombina expresado como INR, concentración de bilirrubina y concentración de creatinina en sangre

b) Tiempo de protrombina expresado como INR, concentración de bilirrubina y concentración de albúmina en sangre

c) Tiempo de protrombina expresado como INR, concentración de bilirrubina y concentración de sodio en sangre

d) Tiempo de protrombina expresado como INR, concentración de bilirrubina y concentración de urea en sangre

48.-La cetoacidosis diabética se encuadra dentro de las acidosis metabólicas con:

a) Anion gap elevado

b) Anion gap normal

c) Anion gap variable

d) Anion gap reducido

49.-En relación al síndrome de Gitelman, no es correcto

a) Cursa con hipomagnesemia

b) Cursa con hipocalciuria

c) Los enfermos que la padecen presentan hipopotasemia

d) Se produce por activación del receptor sensible a diuréticos de asa

50.- ¿Cuál de estas asociaciones no le parece correcta?

a) Glomerulonefritis postestreptocócica con síndrome nefrítico

b) Glomerulonefritis membranosa con síndrome nefrótico

c) Enfermedad renal de cambios mínimos con hematuria macroscópica y síndrome nefrítico agudo

d) Nefropatía por IgA o enfermedad de Berger con glomerulonefritis proliferativa mesangial

51.-La degeneración cerebelosa paraneoplásica se caracteriza por la aparición de mareo, cinetosis, visión borrosa, naúseas, vómitos, ataxia en pacientes que padecen tumores malignos. Respecto a esta entidad es falso:

a) Los tumores a los que más frecuentemente se asocia son mama, ovario y linfoma de Hodgkin

b) Los dos tipos de anticuerpos que aparecen típicamente son anti-Yo en mujeres con cáncer de mama y ovario, y anti-Tr en pacientes con linfoma de Hodgkin

c) El trastorno es consecuencia de la degeneración de las células de Purkinje, con ataque variable a otras neuronas de la corteza cerebelosa

d) Aún en los casos más evolucionados la RM es normal

52.-En el mieloma múltiple pueden aparecer síntomas neurológicos relacionados con hiperviscosidad como cefalea, fatiga, letargia, trastornos visuales y retinopatía. Estos síntomas aparecen cuando:

a) El componente monoclonal es de escasa cuantía

b) Cuando las cifras de beta-2-microglobulina son muy elevadas

c) Cuando las concentraciones de paraproteínas son alrededor de 4 g/dL para la IgM, de 5 g/dL para la IgG, y de 7 g/dL para la IgA

d) Cuando las concentraciones de paraproteínas son alrededor de 5 g/dL para la IgM, de 7 g/dL para la IgG, y de 4 g/dL para la IgA

53.- ¿Cuál de las siguientes es una lesión cutánea característica de la sarcoidosis?

a) Eritema pernio

b) Lupus pernio

c) Eritema en heliotropo

d) Pápulas de Gotron

54.-Está estudiando un paciente de su consulta que presenta ictericia progresiva e hipertransaminasemia y le diagnostica de hepatitis B aguda. Entre los datos analíticos que le preocupan destaca un INR (international normalized ratio) de 2. Entre las reflexiones que usted realiza al estudiar la coagulación señale la correcta:

a) Los factores de coagulación II, VII, IX y X son factores vitamina K dependientes y está totalmente seguro que administrando vitamina K normalizará la coagulación

b) Medirá el factor V de la coagulación, dado que solamente se sintetiza en el hepatocito, no es vitamina K dependiente, y por tanto su concentración reducida es un indicador de insuficiencia hepática

c) Las concentraciones normales de factor VII y bajas de factor V sugieren déficit de vitamina K

d) En los pacientes con cierto grado de colostasis y prolongación del tiempo de protrombina (o INR alterado >1,5) la administración parenteral de vitamina K no mejora su situación respecto a coagulación

55.-En cuál de las siguientes situaciones sospecharemos una insuficiencia renal aguda de origen prerrenal?

a) Administración previa de un antibiótico amioglucósido, elevación de las cifras de urea y creatinina e isostenuria

b) Administración intravenosa previa de contraste yodado, elevación de cifras de urea y creatinina séricas, osmolaridad en orina inferior a 500 mOsm/kg, y excreción fraccionada de sodio >1%

c) Intolerancia digestiva, elevación de cifras de urea y creatinina séricas, osmolaridad en orina superior a 500 mOsm/kg, y excreción fraccionada de sodio <1%

d) Hipotensión, elevación de urea y creatinina sérica, osmolaridad en orina inferior a 500 mOsm/kg y excreción fraccionada de sodio >1%

56.-En 2008, Khorana et al desarrollaron un modelo para predecir la Enfermedad Tromboembólica Venosa asociada a quimioterapia utilizando variables clínicas y de laboratorio entre las que no estaban:

a) Indice de masa corporal

b) Cifra de hemoglobina

c) Cifra de plaquetas prequimioterapia

d) Estadiaje del tumor (TNM)

57.-Relaciona los siguientes fármacos antireumáticos modificadores de enfermedad (FAME) sintéticos con su mecanismo de acción. Señale la opción incorrecta:

a) Metotrexate-análogo del ácido fólico, que actúa como antifolato a través de la inhibición de la dihidrofolato reductasa

b) Azatioprina-análogo de las purinas, inhibe la síntesis de purinas

c) Ciclofosfamina-agente alquilante que bloquea la síntesis de ADN

d) Leflunomida-inhibidor selectivo de la xantino-oxidasa

58.-Indique el tumor cerebral que MÁS frecuentemente se manifiesta con crisis epilépticas:

a) Glioblastoma.
b) Meningioma.
c) Oligodendroglioma.
d) Linfoma primario.

59.-La afectación miocárdica más característica que se produce en la granulomatosis esosinofilica con polangitis (Churg-Strauss) es:

a) Miocardiopatía dilatada.
b) Miocardiopatía restrictiva.
c) Esclerosis miocárdica.
d) Miocardiopatía hipertrófica obstructiva.

60.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades es causa de seudoobstrucción intestinal secundaria?

a) Esclerodermia.
b) Toxicidad por digitálicos.
c) Artritis reumatoide.
d) Todas las anteriores.

61.-Todas las siguientes son características del síndrome de lisis tumoral, EXCEPTO:

a) Hiperpotasemia.
b) Hipercalcemia.
c) Hiperfosfatemia.
d) Hiperuricemia.

62.-Señale el tipo de cáncer de pulmón más probable asociado a síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH):

a) Metástasis pulmonares.
b) Adenocarcinoma de pulmón.
c) Cáncer de pulmón de células pequeñas.
d) Cáncer de pulmón de células grandes.

63.-Cómo definiría a un paciente que solo se despierta con estímulos vigorosos y las respuestas son lentas o incoherentes:

a) Estuporoso.
b) Confuso.
c) Coma superficial.
d) Coma profundo.

64.-Los carbapenemes actúan mediante:

a) Inhibición de la síntesis de la pared bacteriana.
b) Interferencia de la síntesis proteica de las bacterias.
c) Actuación sobre la DNA-girasa.
d) Inhibición de la síntesis de peptidoglucano.

65.- ¿Cuál es la etiología de la disfagia lusoria?

a) Idiopática.
b) Psicosomática.
c) Una anomalía de la arteria subclavia derecha que nace en el lado izquierdo del arco aórtico.
d) Síndrome de vena cava superior.

66.- ¿Cuál es la manifestación ocular típica en la enfermedad inflamatoria intestinal)

a) Cataratas.
b) Uveítis anterior.
c) Retinosis pigmentaria.
d) Trombosis de la vena central de la retina.

67.- ¿Cuál de estas enfermedades genéticas NO se asocia con cirrosis?

a) Déficit de alfa-1 antitripsina.
b) Tirosinemia.
c) Enfermedad por depósito de glucógeno tipo IV.
d) Hiperoxaluria primaria.

68.-Respecto a la alveolitis alérgica extrínseca, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) El diagnóstico se basa en pruebas inmunológicas.
b) La radiografía de tórax es generalmente normal.
c) Una de las etiologías más frecuentes es la intolerancia al ácido acetilsalicílico.
d) Es un subtipo de asma bronquial.

69.-Dentro de los trastornos clínicos del sistema nervioso autónomo con afección del encéfalo la siguiente entidad NO es de origen hipotalámico:

a) Síndrome neuroléptico maligno.
b) Síndrome de Shapiro.
c) Síndrome de Wernicke-Korsakoff.
d) Insomnio familiar letal.

70.-En cuanto al tratamiento de la insuficiencia cardiaca (IC), es FALSO que:

a) Los diuréticos tiazídicos son útiles solo en pacientes IC leve o moderada y en combinación con otros fármacos.
b) Los diuréticos tiazídicos causan alcalosis metabólica por mayor secreción de ion hidrógeno.
c) La Metazolona tiene una potencia similar a las Tiazidas y es eficaz en presencia de insuficiencia renal moderada.
d) Todas son falsas.

71.-En cuanto a la endocarditis infecciosa, es FALSO que:

a) La endocarditis infecciosa siempre afecta a una o varias válvulas cardiacas.
b) La vegetación es una masa de plaquetas, microcolonias de microorganismos y pocas células inflamatorias.
c) La afectación análoga a la endocarditis infecciosa que afecta a comunicaciones arterio-arteriales se denomina endarteritis infecciosa.
d) La incidencia de endocarditis infecciosa es mayor en ancianos.

72.-En cuanto a las nefropatías en enfermedades sistémicas, es FALSO que:

a) La afectación renal es poco frecuente en el lupus inducido por fármacos.
b) Los depósitos glomerulares de la nefropatía lúpica contienen properdina.
c) La afectación renal es frecuente en la enfermedad de Takayasu.
d) La supervivencia a 10 y 20 años de los pacientes con nefropatía lúpica es, respectivamente de 70% y 55%.

73.- ¿Cuál de los anticuerpos es el más específico de la anemia perniciosa?

a) Antimitocondriales.
b) Antinucleares.
c) Anti-factor intrinseco (anti- fI)
d) Antiparietales gástricos.

74.-De las siguientes causas de hipercalcemia señale cuál de ellas cursa con PTH elevada.

a) Intoxicación por vitamina D.
b) Hiperparatiroidismo.
c) Hipercalcemia de las enfermedades granulomatosas (como sarcoidosis).
d) Hipercalcemia hipocalciúrica familiar.

75.-De las afirmaciones siguientes para diagnóstico de anemia, marque la correcta:

a) El ADE (RDW en inglés) o amplitud eritrocitaria se correlaciona con el grado de anisocitosis.
b) En las anemias ferropénicas el ADE está disminuido.
c) Los cuerpos de Howell-Jolly se suelen ver en anemias hemolíticas.
d) Los Dacrocitos son característicos de las anemias megaloblásticas.

PREGUNTAS DE RESERVA

1.- José Antonio de 79 años, ejerció como Catedrático de piano en el conservatorio superior de música, ha sufrido una caída, sin consecuencias graves. Presenta HTA y osteartrosis y cumple regladamente con el tratamiento. Hace dos meses perdió a su esposa y, desde entonces no quiere salir de casa. Dice que "no vale para nada tal como está ahora". Su hija le ha notado adelgazar. ¿Qué cuestionario utilizaría para obtener una información más acertada acerca de su situación?

a.-*) Mini Mental State Examination* (MMSE) e índice de Barthel.
b.- Escala Geriátrica de Depresión (Yesavage) y *Mini Nutriocioal Assessment* (MNA)
c.-) Indice de Katz
d.-) Indice de Lawton y Brody

2.- Señale la respuesta incorrecta sobre el índice de PROFUND

a.-) Permite la estratificación de riesgo de muerte en pacientes pluripatológicos en los siguientes 3 meses
b.-) Permite la estratificación de riesgo de muerte en pacientes pluripatológicos en los siguientes 12 meses
c.-) Puntúa características demográficas; clínicas; analíticas; psicométricas-funcionales; sociofamiliares y asistenciales
d.-) Ingresar > ó = 4 veces en el hospital en los últimos 12 meses es la variable asistencial a valorar en índice PROFUND

3.-Una mujer de 56 años se presenta con sensación de mareo al ponerse de pie y 3 días con deposiciones de color negro oscuro. Tiene antecedentes de hepatitis B viral crónica y ha desarrollado cirrosis.

En el examen, está alerta, la presión arterial es de 90/60 mm Hg en decúbito supino y 76/60 mm Hg en bipedestación. Su abdomen está distendido con signos de ascitis, no es doloroso y presenta múltiples hematomas en las piernas. Su hemoglobina es de 9.0 g/dL, plaquetas 90,000/mL, albúmina 3 g/dL, bilirrubina 1.3 mg/dL y índice internacional normalizado (INR) 2.5 (tiempo de protrombina [TP] 25 segundos). ¿Cuál de los siguientes factores de coagulación es más probable que sea deficiente en este paciente?

A. VIII, IX, XI y XII
B. XIII
C. II, V, VII, IX, X y XI
D. II, VII, IX y X

4.-Un hombre de 27 años tiene antecedentes de dolor lumbar y rigidez. Después de varios meses de síntomas leves, nota rigidez más intensa durante la noche y dolor de cadera. En el examen físico, hay dolor a la palpación de los músculos paravertebrales y se aprecia una flexión anterior limitada de la columna lumbar. La radiografía de la columna lumbar muestra sacroileítis. Además de recomendar fisioterapia y ejercicio, ¿cuál de los siguientes es el siguiente paso más apropiado en el tratamiento?

A. Terapia con AINE
B. metotrexato
C. azatioprina
D. prednisona

5.-La afectación del sistema nervioso central en un paciente con diagnóstico de sífilis latente, se detecta mediante:

a) Pleocitosis en el LCR (>5 leucocitos/mm3) o hiperproteinorraquia (>45 mg/100 mL) o serología positiva en LCR o una combinación de estas tres

b) Sólo mediante serología positiva en LCR

c) No es necesario hacer punción lumbar en pacientes con sífilis latente

d) Si el paciente está asintomático recibirá tratamiento previo a evaluación del LCR

*LCR: Líquido cefalorraquídeo

6.-Según los nuevos criterios de clasificación del lupus eritematoso sistémico de EULAR/ACR de 2019, de las siguientes afirmaciones, ¿cuál no es correcta?

a) Dentro de los datos hematológicos tiene más valor la trombopenia que la leucopenia

b) De los datos cutáneos la máxima puntuación es para el lupus eritematoso cutáneo agudo, por encima del LECS (lupus eritematoso cutáneo subagudo) o LED (lupues eritematoso discoide), ulceras orales y alopecia

c) Puntúan igualmente los anticuerpos anti-DNA de doble cadena y los anti-Sm

d) Los anticuerpos antifosfolípido no forman parte de los criterios de clasificación

7.-Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las enfermedades inflamatorias intestinales (EEI) es correcta?

a) El tabaquismo puede aumentar la incidencia de Colitis Ulcerosa.
b) La apendicectomía reduce el riesgo de Enfermedad de Crohn del 13 a 26%.
c) La EII cuando empieza en la infancia tiene una evolución más favorable.
d) Si dos progenitores tienen EII, cada hijo/a tiene una probabilidad del 36% de afectarse.

OPE Medicina I – octubre 2021 **Plantilla de resultados**

1	B		36	B		71	A
2	D		37	C		72	C
3	D		38	D		73	C
4	D		39	B		74	D
5	C		40	B		75	A
6	D		41	D		1R	B
7	B		42	C		2R	A
8	C		43	B		3R	C
9	C		44	D		4R	A
10	D		45	B		5R	A
11	B		46	D		6R	D
12	A		47	A		7R	D
13	D		48	A			
14	B		49	D			
15	C		50	C			
16	B		51	D			
17	B		52	C			
18	C		53	B			
19	B		54	B			
20	B		55	C			
21	B		56	D			
22	B		57	D			
23	D		58	C			
24	C		59	B			
25	D		60	A			
26	C		61	B			
27	C		62	C			
28	B		63	A			
29	A		64	A			
30	A		65	C			
31	B		66	B			
32	B		67	D			
33	D		68	A			
34	D		69	B			
35	B		70	A			

CASO CLÍNICO 1

Paciente de 67 años que, estando previamente bien, a principio de septiembre de 2021 presenta un cuadro de tos improductiva, rinorrea, mialgias, cefalea y fiebre de 38.5ºC. Su esposa tenía una sintomatología similar desde unos días antes, por lo que telefonean a su centro de salud. Se les realiza una determinación de antígenos para SARS-CoV-2, siendo negativa en ambos. Su esposa queda afebril en 48h, mejorando su estado general. El paciente continúa con fiebre, por lo que se le hace una PCR para SARS-CoV-2, que también es negativa. Entre tanto, su médico le trata con paracetamol, remitiendo la fiebre a los 5 días del comienzo, con mejoría paralela. Sin embargo, unos días después, comienza a notar disnea de esfuerzo, progresiva en intensidad, acompañada de hinchazón simétrica de ambos pies y disminución de la diuresis. No suele pesarse, pero cree que ha engordado, porque le aprieta el cinturón. Tras una semana con esta clínica, se despierta de madrugada con sensación de falta de aire, que le obliga a levantarse, cediendo paulatinamente en 45 minutos. Este episodio le motiva a consultar nuevamente en su centro de salud, siendo derivado a Urgencias.

El paciente había sido vacunado frente al coronavirus con dos dosis de Comirnaty®, recibiendo la última a principios de junio de 2021. Preguntándole por sus antecedentes personales, refiere HTA conocida desde los 49 años, en tratamiento farmacológico desde entonces, diabetes mellitus tipo 2 desde los 55 años, controlada con dieta, ejercicio y medicación oral, con buen control, según refiere. No presenta alteraciones visuales, ni claudicación. No intervenciones quirúrgicas. Fumador de 20 cigarrillos diarios desde los 20 años hasta los 55 años, que lo dejó totalmente. No consume alcohol. Hace ejercicio diario en forma de paseo a ritmo vivo durante 45 minutos. No refiere molestias osteoarticulares, si bien en los tres meses previos ha presentado dos episodios de opresión torácica y dolor mandibular de unos 20mn cada vez, remitiendo en ambos casos tras beber un vaso de agua fría, no consultando por ello.

Tratamiento actual:

- Losartán/Hidroclorotiazida 100/25mg: 1-0-0
- Sitagliptina/metformina 50/850mg: 1-0-1
- Repaglinida 2mg: 0-1-1

A su llegada a Urgencias, el paciente presenta la siguiente exploración física:

TA: 145/85mmHg; FC: 95lpmn; SO2: 94% (FiO2: 21%); Tª: 36.4ºC

Peso (en planta): 89 Kg; T: 170cm

Normocoloreado, eupneico, sin tirajes

No ingurgitación yugular

AC: tonos apagados y rítmicos. No se auscultan soplos ni extratonos

AP: hipoventilación global, con crepitantes aislados basales bilaterales

Abdomen: globuloso e indoloro. No se delimitan megalias. No signos ascíticos

EE: edemas maleolares y pretibiales bilaterales y simétricos. Se palpan tibiales posteriores. No se palpan pedios

A su llegada a Urgencias y al día siguiente se le realiza analítica. Los resultados más relevantes son:

Hemograma:

San-Hematíes, c: 3,7 x10^12/L (4,1 - 5,2). San-Hemoglobina, g: 12,1 g/dL. San-Hematocrito, w: 38,1 %. San-Volumen corpuscular medio, v: 101,9 µ^3 (80 - 100).

Leucocitos, c: 6,6 x10^9/L; Plaquetas, c: 155 x10^9/L (150 - 400).

Velocidad de sedimentación 1ª hora: 17 mm/hora.

Tiempo de protrombina, t: 12,4 seg; INR: 1,03.

Tiempo de tromboplastina parcial activada: 29,4 seg. Pla-Índice de APTT: 0,96.

BIOQUÍMICA.

Glucosa, g: 151 mg/dL (70 - 99).

Urea, g: 55 mg/dL; Creatininio: 1,35 mg/dL. Filtrado Glomerular CKD-EPI: 50 mL/min/1,73m2

Urato, g: 5,3 mg/dL.

Colesterol, g: 127 mg/dL; Triglicérido, g: 136 mg/dL; HDL Colesterol, g: 35 mg/dL (50 -); LDL Colesterol calculado, g: 65 mg/dL

Proteína, g: 57 g/L (64 - 83); lbúmina, g: 32 g/L (35 - 52).

Bilirrubina total, g: 0,4 mg/dL; Aspartato transferasa, b: 20 U/L; Alanina transferasa, b: 22 U/L; Gamma-Glutamiltransferasa, b: 34 U/L; Fosfatasa alcalina, b: 79 U/L.

Creatina cinasa, b: 18 U/L (29 - 168).

Ion Sodio, c: 142 mmol/L; Ion Potasio, c: 4,8 mmol/L; Cloruro, c: 100 mmol/L.

San-(Hb)-Hemoglobina A1c, w: 8,2 % (4,6 - 5,8). San-(Hb)-Hemoglobina A1c (IFCC), c: 66 mmol/mol (27 - 40).

Proteína C reactiva, g: 12,7 mg/L (0 - 5).

Tirotropina, c arb: 0,96 mU/L.

Péptido natriurético tipo B, g: 733 pg/mL (0 - 254).

ECG de ingreso: ritmo sinusal a 88lpmn. Signos de hipertrofia de ventrículo izdo. Ondas T aplanadas en cara anterior

RX de Tórax al ingreso: aumento de la trama broncovascular. Se visualiza alguna línea B de Kerley. Pinzamiento de ambos senos costofrénicos.

También se realiza un ecocardiograma transtorácico, que se informa de la siguiente manera:

Ventrículo derecho: No dilatado con función sistólica conservada.
Aurícula derecha: Diámetro Apical-L: 49 mm. Diámetro Apical-T: 44 mm. Ligeramente dilatada.
Ventrículo izquierdo: No dilatado, con hipertrofia parietal leve
Motilidad segmentaria: normal.
Función diastólica: signos indirectos de disfunción con patrón de alteración de la relajación.
FE: 45%
Aurícula izquierda: Diámetro L1: 40 mm. Diámetro Apical-L: 50 mm. Diámetro Apical-T: 40 mm. Ligeramente dilatada.
Válvula mitral: Ligeramente fibrosada. No limitada en su apertura. Insuficiencia de grado mínimo.
Válvula aórtica: Trivalva. Fibrosada. No limitada en su apertura. Insuficiencia de grado mínimo.
Válvula tricúspide: Anatómicamente normal. No limitada en su apertura. Insuficiencia de grado mínimo. Gradiente sistólico VD-AD: 33 mm Hg. Presión sistólica de A. Pulmonar estimada: 43 mm Hg.
Pericardio: No derrame pericárdico.
Otros datos: Colectores venosos normales.

CONCLUSIONES:
Cardiopatía hipertensiva, con signos de disfunción diastólica
Fracción de eyección límite
Signos de leve HTP

Este paciente debe ser asumido por Ud. en su segundo día de estancia en planta, con las exploraciones mencionadas más arriba. ¿Cuál sería, en su opinión, el manejo más eficiente de sus patologías de base, y del proceso que le ha conducido a la planta de hospitalización?

CASO CLÍNICO 2

Mujer de 84 años que ingresa en el hospital por dolor torácico, disnea y rash.

Antecedentes personales:

HTA, sordera neurosensorial bilateral, pólipos colónicos.

Tratamientos previos: AAS 100, Carbonato cálcico, vitamina D.

Alergia a sulfamidas.

No era ni había sido fumadora, ni consumidora de alcohol ni de otras drogas.

Vivía sola, con sus hijos cerca de ella.

Su padre tuvo un aneurisma de aorta abdominal y no había otros antecedentes de interés en su familia en relación a enfermedades cardiovasculares o cutáneas.

Historia actual:

La paciente era válida y hacía su actividad habitual hasta tres días antes del ingreso. En ese momento comienza con astenia, anorexia y naúseas. El día del ingreso comienza con molestia subesternal, opresión torácica y disnea. Acude al servicio de Urgencias del Hospital, donde se le evalúa, y se refiere TA 116/80, FC 164 lpm, FR 26 rpm, saturación de oxígeno por pulsioximetría de 97% con aire ambiente. Se realiza ECG que muestra una taquicardia regular con complejos QRS anchos. Se le administró amiodarona y ondasetron vía intravenosa. El pulso bajó a 100 lpm, y el dolor y la opresión mejoraron.

Cuando llega la hija de la paciente a urgencias, relata que dos meses y medio antes la paciente había estado ingresada un día en otro hospital por episodio similar. En ese informe: ECG en Ritmo sinusal, con BRI, y los niveles de troponina se elevaron levemente, radiografía de tórax con pequeño derrame pleural. Tenía un rash en la cara y cuello de la paciente. Ella lo refirió como presente en cara, cuello y tronco desde 3 años antes, con empeoramiento en los últimos meses. La paciente mejoró y se fue en 24 horas de alta. Se le indicó un ecocardiograma, prueba de esfuerzo y una consulta en dermatología que al llegar a nuestro hospital todavía no se habían realizado.

Exploración física:

Ya en planta se constata TA 109/69, FC 94 lpm, FR 24 rpm, saturación basal de 84%. IY positiva a 45 º, crepitantes bilaterales difusos, y lesiones purpúricas parcheadas y confluyentes, muy llamativas en cara, cuello, tronco y brazos. El resto de la exploración normal. Se administró oxígeno con mascarilla y subió la saturación a 90-91%

Exploraciones complementarias:

ECG: RS a 81 lpm con BRI

Rx de tórax AP: Derrame pleural bilateral e infiltrados perihiliares algodonosos compatibles con edema agudo de pulmón.

Datos analíticos iniciales: Hematocrito, leucocitos, urea, creatinina, calcio, fósforo, magnesio, albúmina, bilirrubina, FA, amilasa, lipasa, plaquetas, coagulación fueron normales. Tenía FG de 57 ml/min, glucosa de 228 mg/dL, Sodio de 132 mmol/litro, potasio normal, ácido láctico ligeramente elevado, transaminasas ligeramente elevadas pero de dos cifras, troponina T 0,40 (normal hasta 0,03). Proteínas totales 6,5 mg /dL (normal 6-8,3). ProBNP 3745 pg/mL (normal 0-1800).

Los test para virus influenzae A y B, hepatitis B y C, Lyme fueron negativos. En orina proteína + en análisis cualitativo.

Se realizó un **ecocardiograma** que mostró disfunción ventricular izquierda leve, sin dilatación y con engrosamiento de la pared. El doppler a través de la mitral mostró un patrón de llenado restrictivo del VI. El ventrículo derecho era normal en tamaño y función. Se estimó presión en VD de 46 mm Hg. No había derrame pericárdico. En la misma ecografía se vio que había líneas B en ambas bases pulmonares.

Evolución

Se inició en este momento AAS, atorvastatina, furosemida IV, heparina y morfina. Para soporte respiratorio se comenzó con BIPAP.

La paciente no evolucionó bien con fracaso respiratorio por lo que pasó a UCI, y requirió ventilación mecánica. La radiografía de tórax del ingreso en UCI reveló empeoramiento del infiltrado pulmonar. Se inició perfusión de furosemida y NTG. Hubo mejoría. Se le pudo extubar a las 48 horas. Se realizó un cateterismo en el que había lesiones coronarias difusas pero no significativas.

Se completó el estudio con determinación de HDL, LDL, Hb glicada, B12 y folatos que fueron normales. Tenía ligera ferropenia.

Además se solicitó serología de VIH, C3,C4, ANA, AC de enfermedad celiaca, crioglobulinas, que fue todo normal o negativo según corresponda. Se solicitaron niveles de inmunoglobulinas con una IgG de 607 mg/ dL (normal 614-1295), IgA 55 mg/dl (normal 69-309), IgM 9 mg/dl (normal 53-334). No había componente monoclonal en sangre.

Fue valorada por dermatología. En el examen de la piel, se describen placas purpúricas y equimóticas, máculas, y pápulas en cara, sobretodo en zona perioral, cuello, tronco, brazos, así como máculas violáceas en la lengua y

equimosis perianal. No púrpura periocular y no se describe macroglosia. Conjuntivas claras y uñas normales.

Se realizó un procedimiento que fue diagnóstico.

Preguntas

1-Diagnóstico diferencial del caso

2-Que otras exploraciones complementarias solicitaría

3-Cual cree que fue el procedimiento diagnóstico