MUESTRA GRATIS · INTERACTIVA

Apunte de Toddy

EXAMEN IAR - UBA

Probá cómo se estudia.
Aprendé con cada choice.

Un final completo. Cada choice explicado.
Sus mini repasos, fichas y flashcards conectados con botones.

Muestra Gratis

01
PRACTICÁ →

02
ENTENDÉ →

03
REPASÁ →

04
RECORDÁ →

26 choices · 26 cards · 26 mini repasos
75 flashcards · 11 fichas temáticas · Imágenes y más

Empezá acá: entendé cómo usar la muestra →

Entendiendo cómo estudiar esta muestra

Tocá los recuadros y probá el recorrido. Cada pregunta del final gratuito tiene sus cuatro herramientas completas.

1 · RESOLVÉ EL FINAL →

Leé el caso y elegí tu respuesta antes de mirar la explicación.

2 · ENTENDÉ ESTE CHOICE →

El card explica el caso, los datos clave y por qué sí o por qué no cada alternativa.

3 · REPASÁ Y AMPLIÁ →

Mini repaso fija lo esencial. Ampliar tema abre una ficha que integra el contenido.

4 · PRACTICÁ FLASHCARDS →

Respondé la pregunta conceptual. Tocá Ver respuesta y después Siguiente.

Muestra Gratis

PROBÁ TAMBIÉN

Imágenes explicadas →

Qué trae la edición completa →

¿Se abrió la página de compra?

Ese contenido pertenece a la edición completa. No es un error: desde allí podés consultar por WhatsApp o volver a seguir probando gratis.

Los cinco botones inferiores te permiten volver al índice, a esta guía, al ranking, al mapa o al primer final. El estudio incluido funciona sin Internet.

Ranking de temas más preguntados

Todos los temas del banco, ordenados de mayor a menor frecuencia. El ranking te ayuda a distribuir el estudio; cada tema abre sus mini repasos.

N.º	Tema	Total	2024+
1	Hepatología	57	20
2	Abdomen agudo y cirugía abdominal	52	11
3	Tiroides y asociaciones autoinmunes	48	23
4	Niño sano, desarrollo y nutrición	41	13
5	Respiratorio pediátrico	37	13
6	Infecciones pediátricas	37	17
7	Neurología y localización	37	10
8	Obstetricia	36	9
9	Anemias y hematología	32	7
10	Flujo vaginal e infección pélvica	28	7
11	Respiratorio del adulto	26	1
12	Diabetes	23	9
13	Reumatología	22	7
14	Insuficiencia cardíaca	21	5
15	TVP, TEP y tromboprofilaxis	20	8
16	ITU y bacteriuria asintomática	20	4
17	Digestivo médico	17	4
18	Traumatismos y estabilización	16	5
19	Arritmias y ECG	15	4
20	Ginecología no infecciosa	14	3
21	Infectología del adulto	13	1
22	Válvulas y pericardio	13	4
23	Nefrología pediátrica	12	4
24	Púrpuras pediátricas	12	4
25	Hipertensión arterial	11	4
26	Digestivo pediátrico	9	3
27	Neonatología	9	0
28	Nefrología del adulto	8	1
29	Ortopedia pediátrica	8	5
30	Patología mamaria	7	1
31	Arteriopatía periférica	7	0
32	Sodio y potasio	6	3
33	Profilaxis quirúrgica	4	2
34	Mordeduras y protección infantil	3	0
35	Salud mental	3	0
36	Masa cervical	3	3
37	Otros cuadros metabólicos	2	0
38	Toxicología	2	1
39	Soplo pediátrico	1	0
40	Dermatitis atópica	1	0

Total: apariciones del inventario histórico. **2024+:** apariciones desde 2024. Las explicaciones nuevas no aumentan el conteo del banco. La frecuencia histórica orienta prioridades y no predice por sí sola un examen futuro.

Muestra Gratis

Índice de la muestra y del apunte

Las páginas indicadas pertenecen a esta muestra. “Edición completa” abre la página de compra.

Entendiendo cómo estudiar esta muestra	2
Ranking del banco completo	3
Finales por fecha: conocé las 38 convocatorias	5
Mapa de las 26 preguntas gratuitas	6
Final 2020/09: preguntas y grilla	7
Cards: explicaciones de cada choice	24
Mini repasos individuales	109
Flashcards: bloque 1 · tarjetas 1–50	136
Flashcards: bloque 2 · tarjetas 51–75	237
Las 11 fichas temáticas incluidas	288
Todos los temas de la edición completa	289
Imágenes explicadas: 2 ejemplos completos	312
Última vuelta: decidir por el dato	315
Conductas iniciales: un ejemplo incluido	318
Revisión de respuestas: claves y variantes	Completa
Material incompleto: qué no se debe memorizar	Completa
Alcance y funcionamiento de esta muestra	320
Comprar la edición completa · WhatsApp	321

Muestra Gratis

Finales de años anteriores

Una convocatoria completa para probar. Las otras 37 se abren en la edición completa.

2020/09 · 26 choices · GRATIS	2020/10 · 22 choices · Completa
2020/11 · 20 choices · Completa	2020/12 · 20 choices · Completa
2021/02 · 20 choices · Completa	2021/03 · 20 choices · Completa
2021/04 · 20 choices · Completa	2021/05 · 20 choices · Completa
2021/06 · 20 choices · Completa	2021/08 · 20 choices · Completa
2021/09 · 19 choices · Completa	2021/11 · 20 choices · Completa
2021/12 · 20 choices · Completa	2022/03 · 20 choices · Completa
2022/04 · 18 choices · Completa	2022/06 · 20 choices · Completa
2022/08 · 17 choices · Completa	2022/10 · 19 choices · Completa
2022/12 · 20 choices · Completa	2023/03 · 20 choices · Completa
2023/04 · 19 choices · Completa	2023/05 · 20 choices · Completa
2023/06 · 20 choices · Completa	2023/08 · 18 choices · Completa
2023/10 · 19 choices · Completa	2023/12 · 20 choices · Completa
2024/08 · 20 choices · Completa	2024/10 · 15 choices · Completa
2024/12 · 20 choices · Completa	2025/02 · 20 choices · Completa
2025/03 · 18 choices · Completa	2025/04 · 17 choices · Completa
2025/05 · 20 choices · Completa	2025/06 · 7 choices · Completa
2025/10 · 20 choices · Completa	2025/11 · 20 choices · Completa
2026/02 · 19 choices · Completa	2026/06 · 20 choices · Completa

Muestra Gratis

Ver los temas y herramientas de la edición completa →

Mapa de preguntas de la muestra

Tocá un código para abrir la herramienta exacta de esa pregunta. C5.1 = caso 5, pregunta 1.

Pregunta	Card	Mini repaso	Flashcards	Ficha
C1.1	CE001	MR001	Practicar →	R01
C1.2	CE002	MR002	Practicar →	R01
C1.3	CE003	MR003	Practicar →	R01
C1.4	CE004	MR004	Practicar →	R01
C2.1	CE005	MR005	Practicar →	R05
C2.2	CE006	MR006	Practicar →	R05
C2.3	CE007	MR007	Practicar →	R05
C2.4	CE008	MR008	Practicar →	R05
C3.1	CE009	MR009	Practicar →	L07
C3.2	CE010	MR010	Practicar →	L07
C3.3	CE011	MR011	Practicar →	L07
C4.1	CE012	MR012	Practicar →	K01
C4.2	CE013	MR013	Practicar →	K01
C4.3	CE014	MR014	Practicar →	K01
C5.1	CE015	MR015	Practicar →	A05
C5.2	CE016	MR016	Practicar →	A05
C5.3	CE017	MR017	Practicar →	A05
C5.4	CE018	MR018	Practicar →	A05
C5.5	CE019	MR019	Practicar →	V01
C5.6	CE020	MR020	Practicar →	V05
C6.1	CE021	MR021	Practicar →	G02
C6.2	CE022	MR022	Practicar →	G04
C6.3	CE023	MR023	Practicar →	O04
C6.4	CE024	MR024	Practicar →	O04
C6.5	CE025	MR025	Practicar →	G08
C6.6	CE026	MR026	Practicar →	G08

Muestra Gratis

Incluye las 26 preguntas y su grilla. Todas las herramientas de este final están disponibles.

Ver las 38 convocatorias de la edición completa →

Final 2020/09

Pregunta C1.1

> Caso clínico N° 1 1- Alexia tiene 7 meses, consulta por presentar fiebre de 48 hs de evolución, tos y agitación desde hace 24 hs. Concurre al jardín maternal desde los 2 meses de vida y tiene antecedentes de resfriados repetidos, pero es la primera vez que se agita. La madre refiere rechazo parcial del alimento. Al examen presenta tiraje sub e intercostal, FR: 64 x', FC: 152 x', temperatura 38°, tos seca. Se ausculta disminución de entrada de aire bilateral, espiración prolongada, rales subcrepitantes bibasales, Saturación de O_2 88% luego de 2 puff de salbutamol. ¿Cuáles son los diagnósticos más probables? (Seleccione una o más de una)

A) Neumonía aguda de la comunidad

B) Bronquiolitis

C) Neumonía con derrame

D) Obstrucción bronquial por cuerpo extraño

E) Insuficiencia cardíaca congestiva

F) Asma

G) Metahemoglobinemia

Entendé este choice · CE001 | **Mini repaso · MR001**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha R01**

Muestra Gratis

Pregunta C1.2

Se mantiene el caso de Alexia: lactante con obstrucción bilateral e hipoxemia. En este paso se comparan posibles hallazgos de imagen; no se informa una nueva radiografía.

> 2- ¿Qué resultados espera encontrar en los estudios solicitados a Alexia? (Seleccione una o más de una)

A) Rx con patrón alveolar segmentario

B) Rx con relación cardiotorácica mayor a lo normal

C) Rx con atrapamiento aéreo bilateral

D) Rx con signos de hiperinsuflación unilateral espiratoria

E) Rx presencia de bulla en el lóbulo superior de pulmón derecho

F) Rx de tórax normal

G) Rx con línea de despegamiento pleural

Entendé este choice · CE002 | **Mini repaso · MR002**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha R01**

Pregunta C1.3

La selección de estudios corresponde a una lactante febril con SpO_2 de 88% y neumonía dentro del diagnóstico diferencial, no a una bronquiolitis ambulatoria leve.

> 3- ¿Qué estudio solicitaría para corroborar el diagnóstico? (Seleccione una o más de una)

A) Baciloscopia

B) PCR cuantitativa

C) Hemocultivos seriados

D) Virológico por IFI en secreciones nasales

E) Hemograma

F) ECG

G) Espirometría

Entendé este choice · CE003 | **Mini repaso · MR003**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha R01**

Muestra Gratis

Pregunta C1.4

Alexia sigue con una saturación de 88%, respiración rápida, tiraje y menor ingesta. No se describen signos de congestión cardíaca.

> 4- Según su criterio, ¿cuáles serían las conductas más adecuadas a tomar en el caso de Alexia? (Seleccione una o más de una)

A) Oxígeno con cánula nasal

B) Amoxicilina oral 50 mg/kg/día

C) Hidratación

D) Corticoides orales

E) Control en 24 hs

F) Internar a la paciente

G) Furosemida EV

H) Interconsulta con cardiología

Entendé este choice · CE004 | **Mini repaso · MR004**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha R01**

Pregunta C2.1

> Caso clínico N°2 1-Ignacio tiene dos meses de vida, Ingresa a la guardia con agitación, FR: 60x', FC: 180x', cianosis peribucal, distensión abdominal, hígado a 4 cm del reborde costal. Se ausculta disminución de entrada de aire bilateral, espiración prolongada, rales subcrepitantes generalizados. ¿Cuáles son los diagnósticos más probables?. Seleccione una o más de una:

A) Neumonía aguda de la comunidad

B) Bronquiolitis

C) Neumonía con derrame

D) Obstrucción bronquial por cuerpo extraño

E) Insuficiencia cardíaca congestiva

F) Asma

G) Metahemoglobinemia

Entendé este choice · CE005 | **Mini repaso · MR005**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha R05**

Muestra Gratis

Pregunta C2.2

En Ignacio se están comparando congestión cardíaca y obstrucción bronquiolar. Su hepatomegalia hace que la silueta cardíaca tenga especial interés.

> 2-¿Qué resultados espera encontrar en los estudios solicitados a Ignacio? (Seleccione una o más de una)

A) Rx con patrón alveolar segmentario

B) Rx con relación cardiotorácica mayor a lo normal

C) Rx con atrapamiento aéreo bilateral

D) Rx con signos de hiperinsuflación unilateral espiratoria

E) Rx presencia de bulla en el Lóbulo superior de pulmón derecho

F) Rx de tórax normal

G) Rx con línea de despegamiento pleural

Entendé este choice · CE006 | **Mini repaso · MR006**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha R05**

Pregunta C2.3

El siguiente paso estudia un lactante taquicárdico con hepatomegalia y compromiso respiratorio. No se aporta fiebre ni un foco bacteriano.

> 3-¿Qué estudio solicitaría para corroborar el diagnóstico? (Seleccione una o más de una)

A) Baciloscopia

B) PCR cuantitativa

C) Hemocultivos seriados

D) Virológico por IFI en secreciones nasales

E) Hemograma

F) ECG

G) Espirometría

Entendé este choice · CE007 | **Mini repaso · MR007**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha R05**

Muestra Gratis

Pregunta C2.4

El cuadro combina dificultad respiratoria, taquicardia y signos de congestión hepática. La conducta elegida se orienta a la hipótesis de insuficiencia cardíaca.

> 4- Según su criterio, ¿cuáles serían las conductas más adecuadas a tomar en el caso de Ignacio? (Seleccione una o más de una).

A) Oxígeno con cánula nasal

B) Amoxicilina oral 50 mg/kg/día

C) Hidratación

D) Corticoides orales

E) Control en 24 hs

F) Internar a la paciente

G) Furosemida EV

H) Interconsulta con cardiología

Entendé este choice · CE008 | **Mini repaso · MR008**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha R05**

Muestra Gratis

Pregunta C3.1

> Caso clínico N.º 3. 1- Pedro, de 70 años, consulta por astenia y decaimiento de 6 meses de evolución, coincidente con la fecha de fallecimiento de su esposa. Manifiesta no sentir placer por nada, incluida su actividad preferida, la jardinería. Fuma 20 cigarrillos diarios desde los 16 años. Refiere que desde hace bastante tiempo tiene tos continua con expectoración, sobre todo al levantarse. Ha perdido peso, 6 kilos en 70 kilos; nota que tiene menos apetito y sufre de insomnio desde hace 20 días. Está medicado desde hace 3 años con 5 mg de amlodipina. Al examen físico sólo presenta como datos patológicos discreto broncoespasmo, distensión abdominal y edema discreto en región bimaleolar. Concurre a la consulta con una radiografía de tórax en la que se observa una lesión con tractos cicatrizales en el vértice pulmonar derecho y aplanamiento de las cúpulas diafragmáticas. ¿Qué enfermedades presenta el paciente? (Seleccione una o más de una).

A) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

B) Cáncer de páncreas

C) Síndrome nefrítico

D) Síndrome depresivo

E) Síndrome nefrótico

F) Hipotiroidismo

G) Asma

H) Tuberculosis

I) Insuficiencia renal

Entendé este choice · CE009 | **Mini repaso · MR009**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha L07**

Pregunta C3.2

Pedro tiene exposición tabáquica intensa, tos productiva crónica y una lesión apical con pérdida de peso. Aquí se eligen pruebas dirigidas a esos dos problemas respiratorios.

> 2- ¿Qué estudios complementarios solicitaría para confirmar su diagnóstico? (Seleccione una o más de una).

A) Eritrosedimentación

B) Serología de hepatitis

C) Espirometría

D) Clearance de creatinina

E) Hemoglobina glicosilada

F) Baciloscopia de esputo

G) TSH y T4 libre

H) TC de abdomen

I) Tiempo de Quick

J) Proteinuria de 24 hs

Entendé este choice · CE010 | **Mini repaso · MR010**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha L07**

Muestra Gratis

Pregunta C3.3

Pedro, de 70 años, tiene tos productiva y broncoespasmo en contexto de tabaquismo intenso, síntomas depresivos tras un duelo y tratamiento antihipertensivo con amlodipina. El edema es leve y maleolar; no se documentaron diabetes ni pérdida renal de proteínas.

> 3- ¿Qué tratamiento le indicaría a Pedro en este momento mientras aguarda los resultados de los estudios? (Seleccione una o más de una).

A) Espironolactona

B) Dieta hiposódica

C) Insulinoterapia

D) Dieta hipohidrocarbonada

E) Hidroclorotiazida

F) Glibenclamida

G) Lactulosa

H) Albúmina

I) Corticoides y broncodilatadores inhalatorios

J) Sertralina

Entendé este choice · CE011 | **Mini repaso · MR011**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha L07**

Muestra Gratis

Pregunta C4.1

> Caso clínico N.º 4. 1- Sergio, de 59 años, consulta por distensión abdominal progresiva de 30 días de evolución. Desde hace 6 años consume por día aproximadamente 1 litro de vino. Es diabético con mal cumplimiento del tratamiento y desde hace 18 años se automedica con metformina 1 g diario. Su tensión arterial es de 155/80 mmHg. Al examen físico presenta disminución de entrada de aire en ambas bases pulmonares. Auscultación cardíaca normal. En abdomen se observa matidez desplazable. Se palpa el borde del hígado a 2 cm del reborde costal, blando e indoloro, y ruidos hidroaéreos normales. Edemas en ambos miembros inferiores que llegan hasta el muslo. Se le realizaron los siguientes exámenes de laboratorio: Hb 13,2 g/100 mL, glucemia 3,2 g/L, urea 0,5 g/L, creatinina 1,20 mg/dL, proteínas totales 5,9 g/dL, albúmina 2,2 g/dL (VN 3,2 a 5,2 g/dL). Sedimento urinario normal con cuatro cruces de proteinuria. El ECG es normal y la radiografía de tórax presenta borramiento del seno costofrénico derecho. ¿Qué enfermedad tiene Sergio? (Seleccione una).

A) Hipertensión portal por cirrosis hepática

B) Cáncer de páncreas

C) Síndrome nefrítico

D) Síndrome depresivo

E) Síndrome nefrótico

F) Hipotiroidismo

G) Asma

H) Tuberculosis

I) Insuficiencia renal

J) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Entendé este choice · CE012 | **Mini repaso · MR012**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha K01**

Pregunta C4.2

El problema ya identificado es edema generalizado con albúmina baja y proteinuria de cuatro cruces. Esta pregunta distingue la cuantificación de esa pérdida de la evaluación del filtrado y de la búsqueda de su causa.

> 2- ¿Qué estudios complementarios solicitaría para confirmar su diagnóstico? (Seleccione una o más de una).

A) Eritrosedimentación

B) Serología de hepatitis

C) Espirometría

D) Clearance de creatinina

E) Hemoglobina glicosilada

F) Baciloscopia de esputo

G) TSH y T4 libre

H) TC de abdomen

I) Tiempo de Quick

J) Proteinuria de 24 horas

Entendé este choice · CE013 | **Mini repaso · MR013**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha K01**

Muestra Gratis

Pregunta C4.3

Sergio presenta edema extenso y ascitis, albúmina de 2,2 g/dL, proteinuria marcada y glucemia de 3,2 g/L, equivalente a 320 mg/dL. No hay datos de broncoespasmo, depresión ni encefalopatía.

> 3- ¿Qué tratamiento le indicaría a Sergio en este momento, mientras aguarda los resultados de los estudios? (Seleccione una o más de una).

A) Espironolactona

B) Dieta hiposódica

C) Insulinoterapia

D) Dieta hipohidrocarbonada

E) Hidroclorotiazida

F) Glibenclamida

G) Lactulosa

H) Albúmina

I) Corticoides y broncodilatadores inhalatorios

J) Sertralina

Entendé este choice · CE014 | **Mini repaso · MR014**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha K01**

Muestra Gratis

Pregunta C5.1

> Caso clínico N.º 5. 1- Usted está desempeñándose en el Servicio de Emergencias cuando se presenta Susana, de 54 años, quien consulta por dolor constante e intenso en el cuadrante superior derecho del abdomen. El dolor comenzó hace aproximadamente 6 horas, poco después de cenar. Unos minutos después del comienzo del dolor vomitó, sin que ello atenúe los síntomas. Dorita le refiere haber tenido varias semanas atrás un episodio similar al actual, aunque menos intenso y que cedió espontáneamente a las pocas horas. Ella no consultó en esa ocasión por no considerarlo importante. Terminado el interrogatorio se le realiza el examen físico, que muestra una obesidad moderada y 38,2 °C de temperatura axilar. Hay defensa en hipocondrio derecho y dolor a la compresión que incrementa con la inspiración profunda. Los ruidos intestinales son normales. El resto del examen es normal. El recuento de glóbulos blancos realizado en guardia es de 14.000/mm³. ¿Cuáles son los diagnósticos iniciales más probables en esta paciente? (Marque 3 diagnósticos probables).

A) Cólico biliar

B) Infección urinaria alta

C) Colecistitis aguda

D) Pericarditis aguda

E) Úlcera gastroduodenal

F) Neumonía

Entendé este choice · CE015 | **Mini repaso · MR015**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha A05**

Pregunta C5.2

La paciente tiene dolor sostenido en hipocondrio derecho, fiebre y leucocitosis. Los estudios del listado exploran tres territorios que pueden producir dolor en esa región: pulmón basal, páncreas y sistema hepatobiliar.

> 2- ¿Qué exámenes solicita para tratar de aclarar su impresión diagnóstica? (Seleccione una o más de una).

A) Urocultivo

B) Rx de tórax

C) LDH

D) Serología Helicobacter pylori

E) Amilasa

F) Hepatograma

Entendé este choice · CE016 | **Mini repaso · MR016**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha A05**

Muestra Gratis

Pregunta C5.3

A la clínica biliar febril se agregan fosfatasa alcalina de 854 UI, bilirrubina total de 4 mg/dL y directa de 2,6 mg/dL. La amilasa es de 146 UI para un límite superior de 120. La radiografía no describe una condensación pulmonar.

> 3- Usted recibe la radiografía de tórax de la paciente con un índice cardíaco en el límite. El laboratorio: GOT 64 UI (VN 20 UI), GPT 66 UI (VN 20 UI), amilasa 146 UI (VN 90 a 120 UI), glucemia 0,88 mg/dL, fosfatasa alcalina 854 UI (VN hasta 240), bilirrubina total 4 mg/dL, bilirrubina directa 2,6 mg/dL. Serología pendiente. Luego de analizar estos resultados, usted decide seguir estudiando a la paciente y solicita nuevos estudios. ¿Cuáles? (Seleccione 3 opciones).

A) Tiempo de Quick

B) Ecografía hepática

C) TAC de abdomen

D) Colonoscopia

E) Gastroduodenoscopia

F) TC de tórax

Entendé este choice · CE017 | **Mini repaso · MR017**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha A05**

Pregunta C5.4

La paciente continúa con un cuadro de dolor biliar febril, defensa, leucocitosis y alteración colestásica del laboratorio. No se describen shock ni peritonitis generalizada.

> 4- Además, ¿cuáles de las siguientes conductas adoptaría? Seleccione dos opciones.

A) Inicia tratamiento y mantiene en observación a Dorita en el servicio de urgencias.

B) Indica estudios y le programa una visita de seguimiento para dentro de 48 horas por consultorios externos.

C) Indica dieta líquida y analgésicos antiespasmódicos y la envía al domicilio con indicación de regresar si el cuadro no cede en 48 horas.

D) La lleva al quirófano para una operación inmediata sin esperar otros estudios

E) Solicita consulta inmediata con especialista en hepatología.

F) Solicita consulta con el residente de Cirugía General y le transfiere la paciente.

Entendé este choice · CE018 | **Mini repaso · MR018**

Muestra Gratis

Practicar flashcard | Ampliar tema · ficha A05

Pregunta C5.5

> 5- Pasados diez días desde el inicio del cuadro, Dorita, luego de haber recibido el tratamiento adecuado, se recupera satisfactoriamente cuando, de manera aguda, comienza con disnea y dolor en el costado derecho del tórax que se incrementa con la inspiración. La paciente no tiene tos ni expectoración. La frecuencia de pulso es de 115 latidos por minuto, la presión arterial 140/80 mmHg y la frecuencia respiratoria 26 por minuto. La temperatura axilar es de 37,6 °C. No hay distensión yugular y la auscultación pulmonar presenta roncus y sibilancias. La auscultación cardíaca es normal. Los ruidos abdominales son normales. La hemoglobina es de 14,5 g/dL y el recuento de blancos de 8.000/mm³. Dolor y aumento de tamaño en pantorrilla derecha. En la radiografía de tórax no se evidencian alteraciones patológicas. ¿Qué diagnósticos considera más probables? (Marque dos opciones).

A) Neumonía intrahospitalaria

B) Neumotórax

C) Trombosis venosa profunda

D) Asma bronquial

E) Tromboembolismo pulmonar

F) Crisis de pánico

Entendé este choice · CE019 | Mini repaso · MR019

Practicar flashcard | Ampliar tema · ficha V01

Pregunta C5.6

La sospecha es TVP con embolia pulmonar por disnea súbita, dolor pleurítico, taquicardia y pantorrilla derecha dolorosa y aumentada. La presión es 140/80 mmHg y la radiografía no muestra alteraciones.

> 6- ¿Qué métodos complementarios indicaría para confirmar su impresión diagnóstica? (Seleccione dos opciones).

A) Determinación de gases en sangre (PO_2 y PCO_2)

B) Saturometría

C) Espirometría

D) Ecodoppler venoso de miembros inferiores

E) Angiografía pulmonar por tomografía computarizada

Muestra Gratis

F) Electrocardiograma

Entendé este choice · CE020 | **Mini repaso · MR020**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha V05**

Pregunta C6.1

> Caso clínico N.º 6 1-Usted es residente de Tocoginecología de un hospital de mediana complejidad. Recibe a Nilda, una mujer de 36 años, quien viene acompañada por su pareja actual. Están juntos desde hace tres años. Nilda consulta por dispareunia y leucorrea no pruriginosa y maloliente por la cual fue tratada hace dos meses y ahora reapareció. Presenta como antecedentes obstétricos: 3 embarazos (2 partos vaginales y 1 embarazo ectópico). Utiliza anticonceptivos orales hormonales. A la especuloscopia se observa que la leucorrea es de color grisáceo y maloliente con características de “olor a pescado”. ¿Cuál es su conducta inicial? Seleccione dos opciones.

A) Prescribe metronidazol y fluconazol por vía oral.

B) Indica el cultivo de uretra a la pareja.

C) Indica cultivo de flujo y tratamiento de acuerdo al germen.

D) Sospecha de herpes genital y trata la infección

E) Prescribe óvulos a la mujer y comprimidos de metronidazol a ambos.

Entendé este choice · CE021 | **Mini repaso · MR021**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha G02**

Muestra Gratis

Pregunta C6.2

Nilda utilizaba anticonceptivos orales y ahora desea un inyectable mensual. El relato previo informa 36 años; esta continuación dice 43 años dos años después. No se deduce una edad exacta nueva de esa inconsistencia.

> 2-Dos años después, al cumplir 43 años, Nilda regresa para un nuevo control en consultorio. Ha abandonado los anticonceptivos orales y le comunica que esta pensando en utilizar anticonceptivos inyectables mensuales. Le pide un consejo. ¿Qué opciones le ofrece y/o recomienda? (Señale 3 opciones) »

A) Considera que ha tomado una excelente decisión y la cita a la consulta en 6 meses.

B) Se recomienda continuar con anticonceptivos orales.

C) Le indica utilizar los anticonceptivos inyectables y complementarlos con estrógeno terapia oral para mayor eficacia.

D) Le aconseja cambiar de método anticonceptivo y optar por uno de barrera.

E) Le indica realizar estudios de laboratorio, Papanicolaou, examen ginecológico y ecografía. Luego, según los resultados, evaluar MAC a seguir.

Entendé este choice · CE022 | **Mini repaso · MR022**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha G04**

Pregunta C6.3

Nilda consulta con embarazo de diez semanas y preocupación por un familiar con malformaciones. No se identifica cuál es la anomalía familiar ni su mecanismo hereditario.

> 3-Seis meses más tarde, sin haber utilizado anticonceptivo alguno, Nilda le comunica que se encuentra embarazado confirmado por un test de embarazo. A las 10 semanas de amenorrea concurre al consultorio. Presenta una tensión arterial de 100/60 mmHg, peso de 56 kg y altura uterina de 10 cm. Como antecedente refiere tener un familiar con malformaciones desde el nacimiento y quiere descartar que su hijo las padezca en la medida de lo posible. ¿Qué le recomienda a la paciente? (Seleccione tres opciones)

A) Control estricto del embarazo cada 2 semanas hasta el parto.

B) Biopsia de vellosidades coriónicas y controles rutinarios del embarazo.

C) Controles cada 2 semanas durante los dos primeros trimestres y, luego, controles semanales.

D) Eco-doppler color para valorar malformaciones fetales.

E) Estudios rutinarios del embarazo, ecografía obstétrica y alfa-feto proteína.

Entendé este choice · CE023 | **Mini repaso · MR023**

Muestra Gratis

Practicar flashcard | Ampliar tema · ficha O04

Pregunta C6.4

Nilda cursa 38 semanas. Se detecta un mioma de 5 cm en el fondo uterino, con latidos fetales presentes y sin obstrucción del canal descrita.

> 4-En el control obstétrico del tercer trimestre del embarazo, al examen físico, Nilda presenta una altura uterina de 38 cm y latidos fetales positivos. La ecografía detecta un mioma uterino que en la semana 38 mide 5 cm de diámetro y se encuentra ubicado en el fondo uterino. Qué conductas adopta con Nilda? Seleccione dos opciones.

A) Cesárea, histerectomia y ecografía de control posquirúrgica.

B) Cesárea y miomectomía después de 3 meses.

C) Conducta expectante y seguimiento semanal con monitoreo fetal y eventual ecografía.

D) Cesárea programada a las 40 semanas.

E) Monitoreo fetal semanal y finalización del embarazo antes de las 42 semanas.

Entendé este choice · CE024 | Mini repaso · MR024

Practicar flashcard | Ampliar tema · ficha O04

Pregunta C6.5

Tras finalizar la lactancia, Nilda detecta un nódulo mamario dominante de 1 cm. Es duro e irregular, móvil e indoloro, y se acompaña de una adenopatía axilar homolateral dura.

> 5-Al año y luego de tres meses de haber suspendido [a lactancia, Nilda consulta por haber detectado en el autoexamen un nódulo en su mama derecha, Al examen físico Ud. Constata en el cuadrante superoexterno de la mama derecha un nódulo duro, irregular, de 1 cm de diámetro, no adherido a planos profundos ni superficiales, móvil, no doloroso, localizado. En la región axilar homolateral se palpa una adenomegalia móvil, dura y de menos de 1 cm de diámetro. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales que Ud. considera? Seleccione tres opciones.

A) Fibroadenoma mamario.

B) Linfoma mamario.

C) Carcinoma mama.

D) Hiperplasia lobulillar.

E) Mastopatia displasica.

Muestra Gratis

Entendé este choice · CE025
Mini repaso · MR025
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha G08

Pregunta C6.6

La masa que se estudia es la de Nilda: 1 cm, dura e irregular, con ganglio axilar homolateral. No corresponde trasladar a este caso la edad de una paciente joven de otro final.

> 6-Para realizar el diagnóstico, ¿cuáles'son las primeras conductas que toma? (Marque tres opciones).

A) Evaluación y control en6 meses. y

B) Indicar mamografía. ¿€ 9

C) Indicar centellograma corporal total. ya

D) Indicar punción guiada por ecografía coil aguja gruesa. 4 4

E) Indicar ecografía mamaria. ¿

Entendé este choice · CE026
Mini repaso · MR026
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha G08

Muestra Gratis

Grilla y acceso a las explicaciones

Pregunta	Respuesta de la grilla	Explicación
C1.1	AB	CE001
C1.2	ACF	CE002
C1.3	CDE	CE003
C1.4	ACF	CE004
C2.1	BE	CE005
C2.2	BCF	CE006
C2.3	EF	CE007
C2.4	AFGH	CE008
C3.1	ADH	CE009
C3.2	CF	CE010
C3.3	BIJ	CE011
C4.1	E	CE012
C4.2	DJ	CE013
C4.3	ABC	CE014
C5.1	ACF	CE015
C5.2	BEF	CE016
C5.3	ABC	CE017
C5.4	AF	CE018
C5.5	CE	CE019
C5.6	DE	CE020
C6.1	CE	CE021
C6.2	BDE	CE022
C6.3	BCE	CE023
C6.4	CE	CE024
C6.5	ACE	CE025
C6.6	BDE	CE026

Muestra Gratis

Cards de explicación · Final 2020/09

Tocá un código para abrir la herramienta exacta de esa pregunta. C5.1 = caso 5, pregunta 1.

Pregunta	Card	Mini repaso	Flashcards	Ficha
C1.1	CE001	MR001	Practicar →	R01
C1.2	CE002	MR002	Practicar →	R01
C1.3	CE003	MR003	Practicar →	R01
C1.4	CE004	MR004	Practicar →	R01
C2.1	CE005	MR005	Practicar →	R05
C2.2	CE006	MR006	Practicar →	R05
C2.3	CE007	MR007	Practicar →	R05
C2.4	CE008	MR008	Practicar →	R05
C3.1	CE009	MR009	Practicar →	L07
C3.2	CE010	MR010	Practicar →	L07
C3.3	CE011	MR011	Practicar →	L07
C4.1	CE012	MR012	Practicar →	K01
C4.2	CE013	MR013	Practicar →	K01
C4.3	CE014	MR014	Practicar →	K01
C5.1	CE015	MR015	Practicar →	A05
C5.2	CE016	MR016	Practicar →	A05
C5.3	CE017	MR017	Practicar →	A05
C5.4	CE018	MR018	Practicar →	A05
C5.5	CE019	MR019	Practicar →	V01
C5.6	CE020	MR020	Practicar →	V05
C6.1	CE021	MR021	Practicar →	G02
C6.2	CE022	MR022	Practicar →	G04
C6.3	CE023	MR023	Practicar →	O04
C6.4	CE024	MR024	Practicar →	O04
C6.5	CE025	MR025	Practicar →	G08
C6.6	CE026	MR026	Practicar →	G08

Muestra Gratis

Incluye las 26 preguntas y su grilla. Todas las herramientas de este final están disponibles.

Ver las 38 convocatorias de la edición completa →

Cards de explicación · Final 2020/09

CE001 | Final 2020/09 · Pregunta C1.1

Alexia: obstrucción bronquiolar e hipoxemia

Volvé al choice · C1.1

Mini repaso · MR001

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha R01

El choice

> Caso clínico N° 1 1- Alexia tiene 7 meses, consulta por presentar fiebre de 48 hs de evolución, tos y agitación desde hace 24 hs. Concurre al jardín maternal desde los 2 meses de vida y tiene antecedentes de resfriados repetidos, pero es la primera vez que se agita. La madre refiere rechazo parcial del alimento. Al examen presenta tiraje sub e intercostal, FR: 64 x', FC: 152 x', temperatura 38°, tos seca. Se ausculta disminución de entrada de aire bilateral, espiración prolongada, rales subcrepitantes bibasales, Saturación de O_2 88% luego de 2 puff de salbutamol. ¿Cuáles son los diagnósticos más probables? (Seleccione una o más de una)

> Respuesta de la grilla: **AB**

Datos clave y en qué pensar

- **[7 meses y primer episodio de agitación]:** La edad y el carácter inicial del episodio favorecen bronquiolitis frente a asma establecida.
- **[Espiración prolongada y hallazgos bilaterales]:** La obstrucción es difusa; no tiene la localización típica de un cuerpo extraño enclavado en un bronquio.
- **[SpO_2 88% después del tratamiento inicial]:** Persiste hipoxemia. La prioridad es sostener la oxigenación, no asumir que recibió suficiente tratamiento porque se administró salbutamol.
- **[Fiebre, taquipnea y crepitantes]:** Hacen considerar compromiso alveolar, pero también pueden acompañar una infección viral bronquiolar. La focalidad y la evolución ayudan a distinguirlos.

Explicación clínica del caso

Alexia tiene un primer episodio de dificultad respiratoria a los siete meses, precedido por fiebre y tos. La espiración prolongada y la disminución bilateral de la entrada de aire indican obstrucción de la vía aérea pequeña. En la bronquiolitis, el edema de la pared, el moco y los restos celulares estrechan los bronquiolos; el aire sale con dificultad, aumenta el trabajo respiratorio y algunas regiones pulmonares quedan mal ventiladas. Esa desigualdad entre ventilación y perfusión explica la hipoxemia.

Muestra Gratis

Bronquiolitis es la hipótesis que mejor integra el cuadro. Neumonía adquirida en la comunidad también debe considerarse por la fiebre, los crepitantes y el compromiso respiratorio, aunque esos datos no demuestran una infección bacteriana. La pregunta admite más de un diagnóstico probable: A y B expresan hipótesis a evaluar, no la confirmación de dos enfermedades simultáneas. Una saturación de 88% define un problema de oxigenación relevante cualquiera sea su causa y exige atención hospitalaria.

Todas las alternativas, una por una

A · Neumonía aguda de la comunidad

> **Seleccionada en la grilla.** La neumonía puede causar ocupación inflamatoria de los alvéolos, fiebre, crepitantes e hipoxemia. Es un diagnóstico diferencial razonable en Alexia y por eso se incluye entre las respuestas. La auscultación bilateral y obstructiva hace que bronquiolitis siga siendo la explicación principal.

Una consolidación focal, fiebre persistente, deterioro general o evolución atípica reforzarían neumonía. Ninguno de esos datos por separado demuestra etiología bacteriana.

B · Bronquiolitis

> **Seleccionada en la grilla.** El episodio inicial a esta edad y la obstrucción difusa después de síntomas respiratorios encajan con bronquiolitis. El calibre bronquiolar pequeño del lactante hace que un edema relativamente reducido eleve mucho la resistencia al flujo.

La combinación de pródromo respiratorio, sibilancias o crepitantes y dificultad respiratoria en un lactante basta habitualmente para el diagnóstico clínico. Alexia ya reúne ese patrón.

C · Neumonía con derrame

> **No seleccionada en la grilla.** Un derrame pleural requiere líquido en el espacio pleural. Suele producir disminución localizada del murmullo y matidez, no sólo espiración prolongada bilateral. Aquí no hay signos de una colección unilateral.

Fiebre persistente, dolor pleurítico, asimetría auscultatoria y líquido demostrado por ecografía justificarían diagnosticar una neumonía complicada con derrame.

D · Obstrucción bronquial por cuerpo extraño

> **No seleccionada en la grilla.** La aspiración de un cuerpo extraño suele producir un cambio brusco durante alimentación o juego y signos focales. No explica tan bien el comienzo febril y la afectación de ambos pulmones.

Un episodio de atragantamiento seguido de tos, sibilancia unilateral o atrapamiento de un solo pulmón haría prioritaria la evaluación de la vía aérea. Una radiografía normal no lo excluiría.

E · Insuficiencia cardíaca congestiva

> **No seleccionada en la grilla.** La falla cardíaca puede congestionar el pulmón y generar taquipnea y crepitantes, pero Alexia no presenta hepatomegalia, sudoración con las tomas ni signos de mala perfusión. La frecuencia cardíaca aislada durante fiebre no demuestra insuficiencia cardíaca.

Hígado aumentado, dificultad para alimentarse con sudoración, mala ganancia de peso, ritmo de galope o cardiomegalia orientarían a congestión de origen cardíaco.

Muestra Gratis

F · Asma

> **No seleccionada en la grilla.** Todavía no hay episodios previos que demuestren obstrucción recurrente y variable. Llamar asma a todo primer episodio sibilante en un lactante omite la explicación infecciosa bronquiolar más probable.

Repetición de episodios, síntomas entre infecciones, atopia y respuesta broncodilatadora documentada apoyarían asma en la evaluación longitudinal.

G · Metahemoglobinemia

> **No seleccionada en la grilla.** La metahemoglobina contiene hierro oxidado que no transporta oxígeno normalmente. Puede causar cianosis, pero no produce por sí misma tos febril, tiraje y obstrucción difusa; falta además una exposición sugestiva.

Contacto con oxidantes, cianosis desproporcionada al examen pulmonar y una discordancia entre PaO_2 y oximetría justificarían medir metahemoglobina mediante cooximetría.

Opción trampa · F · Asma

> Las sibilancias describen un ruido, no una enfermedad. Un primer episodio catarral en un lactante no equivale a asma; la recurrencia, la variabilidad y los antecedentes atópicos harían más probable esa hipótesis.

Volvé al choice · C1.1
Mini repaso · MR001
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha R01
Siguiente card →

Muestra Gratis

CE002 | Final 2020/09 · Pregunta C1.2

Alexia: qué representa cada patrón radiográfico

Volvé al choice · C1.2
Mini repaso · MR002
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha R01

> Se mantiene el caso de Alexia: lactante con obstrucción bilateral e hipoxemia. En este paso se comparan posibles hallazgos de imagen; no se informa una nueva radiografía.

El choice

> 2- ¿Qué resultados espera encontrar en los estudios solicitados a Alexia? (Seleccione una o más de una)

> Respuesta de la grilla: **ACF**

Datos clave y en qué pensar

- **[Obstrucción en ambos pulmones]:** Si hay atrapamiento por este mecanismo, será más coherente una distribución bilateral que una hiperinsuflación exclusiva de un lado.
- **[Bronquiolitis clínicamente evidente]:** Una radiografía normal no elimina la enfermedad ni convierte la saturación baja en un dato irrelevante.
- **[Fiebre y posibilidad de neumonía]:** Una opacidad alveolar localizada aportaría información diferente del simple engrosamiento peribronquial.

Explicación clínica del caso

Los tres hallazgos seleccionados corresponden a escenarios alternativos. El atrapamiento bilateral traduce la dificultad para vaciar los pulmones por la obstrucción bronquiolar; una placa normal es posible porque la alteración de vías pequeñas puede no producir una imagen evidente. Ambas situaciones son compatibles con bronquiolitis.

El patrón alveolar segmentario señala compromiso de un territorio pulmonar y hace reconsiderar neumonía o una complicación. No se espera que una única placa sea simultáneamente normal, hiperinsuflada y consolidada: A, C y F describen resultados posibles de los diagnósticos que se están explorando. Una opacidad en un lactante también puede ser una atelectasia, por lo que la imagen debe correlacionarse con volumen pulmonar, focalidad y evolución.

Muestra Gratis

Todas las alternativas, una por una

A · Rx con patrón alveolar segmentario

> **Seleccionada en la grilla.** El exudado dentro de alvéolos reemplaza aire y produce una opacidad segmentaria. Este resultado apoyaría la hipótesis de neumonía considerada en el primer paso; no es la consecuencia obligatoria de la obstrucción bronquiolar.

Fiebre sostenida, signos focales y una opacidad con broncograma aéreo aumentarían su coherencia. Si hay pérdida de volumen, debe considerarse atelectasia.

B · Rx con relación cardiotorácica mayor a lo normal

> **No seleccionada en la grilla.** La cardiomegalia orienta a otra explicación de la dificultad respiratoria. Alexia no presenta los signos sistémicos de congestión que harían esperar una silueta cardíaca aumentada.

Sería congruente con falla cardíaca si coexistieran hepatomegalia y sobrecarga circulatoria. Antes de interpretarla hay que revisar proyección, inspiración y magnificación de la placa.

C · Rx con atrapamiento aéreo bilateral

> **Seleccionada en la grilla.** En la espiración, las vías pequeñas ya estrechas se cierran con mayor facilidad y queda aire distal. La afectación difusa puede causar aumento global del volumen pulmonar y aplanamiento diafragmático.

Es un resultado esperable en este cuadro obstructivo bilateral; no indica por sí mismo que deba recibir antibióticos.

D · Rx con signos de hiperinsuflación unilateral espiratoria

> **No seleccionada en la grilla.** La hiperinsuflación de un solo lado sugiere un mecanismo valvular localizado. Contrasta con la afectación simétrica descrita y no debe utilizarse como sinónimo de bronquiolitis.

Un cuerpo extraño bronquial con entrada de aire durante la inspiración y salida dificultada durante la espiración puede producir este patrón.

E · Rx presencia de bulla en el lóbulo superior de pulmón derecho

> **No seleccionada en la grilla.** Una bulla es un espacio aéreo intrapulmonar focal, delimitado por una pared fina. No equivale al aumento difuso de aire por obstrucción bronquiolar y no se predice a partir de los datos de Alexia.

Sería pertinente si la imagen demostrara una lesión quística o bullosa localizada y la evaluación permitiera relacionarla con una anomalía o daño pulmonar concreto.

F · Rx de tórax normal

> **Seleccionada en la grilla.** La radiografía muestra diferencias de densidad y anatomía macroscópica; no mide directamente la resistencia bronquiolar. Puede no revelar alteraciones aun cuando la clínica y la oximetría sean anormales.

Es compatible con una bronquiolitis sin complicación radiológicamente visible. No habilita el alta si siguen presentes dificultad respiratoria o hipoxemia.

Muestra Gratis

G · Rx con línea de despegamiento pleural

> **No seleccionada en la grilla.** La línea pleural con ausencia de vasos más allá de ella identifica aire fuera del pulmón, en la cavidad pleural. Alexia no tiene comienzo abrupto ni hallazgos unilaterales que hagan de neumotórax la hipótesis principal.

Disnea súbita con reducción marcada del murmullo de un lado y una línea pleural visible sostendrían neumotórax. Si hubiera inestabilidad por tensión, el tratamiento no esperaría una placa.

Opción trampa · A frente a C y F

> La consolidación sugiere afectación alveolar; el atrapamiento y una placa normal pueden acompañar bronquiolitis. Son posibilidades de distintos mecanismos, no requisitos simultáneos de una misma enfermedad.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C1.1

Volvé al choice · C1.2

Mini repaso · MR002

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha R01

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE003 | Final 2020/09 · Pregunta C1.3

Alexia: qué aportan el hemocultivo, el virológico y el hemograma

Volvé al choice · C1.3
Mini repaso · MR003
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha R01

La selección de estudios corresponde a una lactante febril con SpO_2 de 88% y neumonía dentro del diagnóstico diferencial, no a una bronquiolitis ambulatoria leve.

El choice

3- ¿Qué estudio solicitaría para corroborar el diagnóstico? (Seleccione una o más de una)

Respuesta de la grilla: **CDE**

Datos clave y en qué pensar

- **[Hipoxemia persistente y fiebre]:** Obligan a reevaluar gravedad y posible infección asociada, pero no permiten equiparar fiebre con bacteriemia.
- **[Hemocultivo]:** Aporta identificación de bacterias en sangre cuando existe infección invasiva; puede ser negativo en una neumonía localizada.
- **[Virológico positivo]:** Sostiene presencia del virus detectado, pero no descarta una coinfección ni mide la necesidad de soporte.
- **[Hemograma]:** La fórmula leucocitaria puede acompañar una hipótesis; no constituye una prueba confirmatoria de bronquiolitis.

Explicación clínica del caso

Los estudios propuestos exploran problemas distintos. El hemocultivo intenta identificar bacteriemia si preocupa una infección bacteriana invasiva; la prueba virológica busca un agente respiratorio; el hemograma evalúa elementos celulares de la sangre. Ninguno de los tres demuestra, por sí solo, que la obstrucción bronquiolar sea una neumonía bacteriana.

La respuesta C + D + E pertenece a una evaluación ampliada de este cuadro grave. En una bronquiolitis típica, el diagnóstico es clínico y esos estudios no se piden de rutina. Incluso en una paciente internada, pedirlos requiere una finalidad: sospecha bacteriana, decisiones de aislamiento o valoración de una complicación. La prioridad respiratoria no debe quedar postergada hasta conocer los resultados.

Muestra Gratis

Todas las alternativas, una por una

A · Baciloscopia

> **No seleccionada en la grilla.** La baciloscopia busca bacilos ácido-alcohol resistentes y no resuelve el episodio respiratorio viral de inicio agudo de Alexia. La corta evolución sin contacto epidemiológico aportado no prioriza tuberculosis.

Contacto con tuberculosis, síntomas prolongados o imágenes compatibles exigirían un estudio específico con muestras apropiadas para la edad, sin limitarse a esta prueba aislada.

B · PCR cuantitativa

> **No seleccionada en la grilla.** En esta lista, PCR cuantitativa se interpreta como proteína C reactiva, un reactante inflamatorio. Su elevación no separa de manera fiable todas las infecciones virales de las bacterianas y no confirma bronquiolitis.

Puede integrar una evaluación de infección bacteriana o inflamación junto con otros datos, pero no sustituye cultivos ni una valoración clínica de gravedad. No debe confundirse con una prueba molecular para un agente determinado.

C · Hemocultivos seriados

> **Seleccionada en la grilla.** Los hemocultivos pueden recuperar bacterias circulantes y permitir un tratamiento dirigido si hay sospecha de neumonía invasiva o sepsis. El posible beneficio está en identificar bacteriemia, no en demostrar la obstrucción bronquiolar.

Son más pertinentes si aparecen toxicidad, inestabilidad o una complicación bacteriana. No se justifican sólo porque todo lactante con bronquiolitis tenga fiebre.

D · Virológico por IFI en secreciones nasales

> **Seleccionada en la grilla.** La inmunofluorescencia identifica antígenos virales en la muestra nasofaríngea. En internación, un resultado puede ayudar a organizar medidas de aislamiento y reconocer el agente circulante.

Resulta útil cuando el resultado cambia una decisión concreta. Una bronquiolitis típica puede diagnosticarse y tratarse sin esta confirmación virológica.

E · Hemograma

> **Seleccionada en la grilla.** El hemograma cuantifica leucocitos y otras series; permite reconocer una alteración hematológica o un patrón inflamatorio en una evaluación ampliada. Su rendimiento para confirmar una causa viral o bacteriana aislada es limitado.

Anemia relevante, sospecha de infección sistémica o una evolución no habitual justificarían conocer esas series. El resultado se integra a la clínica y no se transforma en un diagnóstico etiológico automático.

F · ECG

> **No seleccionada en la grilla.** El ECG registra la actividad eléctrica del corazón. En Alexia faltan signos cardíacos que expliquen mejor la disnea, por lo que no aporta confirmación de su síndrome bronquiolar.

Muestra Gratis

Una taquicardia persistente desproporcionada, signos de mala perfusión o congestión hepática harían necesario investigar ritmo y función cardíacos.

G · Espirometría

> **No seleccionada en la grilla.** La espirometría convencional requiere una inspiración máxima y una espiración forzada reproducible; una niña de siete meses no puede realizar esa maniobra. Además, no corresponde trasladar al episodio agudo una prueba utilizada para estudiar obstrucción crónica.

En un niño mayor capaz de colaborar, con sospecha de asma fuera de una urgencia, la función pulmonar puede demostrar limitación variable del flujo aéreo.

Opción trampa · E · Hemograma como supuesto confirmatorio

> Leucocitosis y neutrofilia no identifican un microorganismo. El hemograma complementa la evaluación del paciente, mientras que la demostración etiológica depende de pruebas dirigidas y del contexto.

Precisión clínica

> C + D + E es la selección histórica. Su indicación es condicional a lo que se investiga en esta paciente grave; no constituye un panel obligatorio para toda bronquiolitis.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C1.1

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C1.2

Volvé al choice · C1.3

Mini repaso · MR003

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha R01

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE004 | Final 2020/09 · Pregunta C1.4

Alexia: oxígeno, aporte de líquidos e internación

Volvé al choice · C1.4
Mini repaso · MR004
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha R01

Alexia sigue con una saturación de 88%, respiración rápida, tiraje y menor ingesta. No se describen signos de congestión cardíaca.

El choice

4- Según su criterio, ¿cuáles serían las conductas más adecuadas a tomar en el caso de Alexia? (Seleccione una o más de una)

Respuesta de la grilla: **ACF**

Datos clave y en qué pensar

- **[SpO_2 88%]:** Necesita oxígeno y reevaluación inmediata de la respuesta; no corresponde esperar una consulta programada.
- **[FR 64/min más rechazo del alimento]:** La coordinación succión-deglución-respiración puede ser insegura. Hay que adaptar la vía de alimentación e hidratación.
- **[Tiraje persistente]:** El lactante está gastando más energía para ventilar y necesita vigilancia por riesgo de fatiga.
- **[Sin hepatomegalia ni datos de hipervolemia]:** No hay fundamento para indicar un diurético por la dificultad respiratoria aislada.

Explicación clínica del caso

Hay dos necesidades inmediatas: corregir el déficit de oxígeno y asegurar un aporte de líquidos que pueda tolerar sin aumentar el riesgo de aspiración. La respiración rápida y el esfuerzo pueden impedir una alimentación segura. El término hidratación no significa administrar un bolo indiscriminado: deben evaluarse perfusión, pérdidas, ingesta y vía de aporte.

La internación permite monitorizar la respuesta, detectar agotamiento y aumentar el soporte si fuera necesario. Un control recién al día siguiente deja sin resolver la hipoxemia actual. La ausencia de evidencia bacteriana, broncoespasmo recurrente o sobrecarga circulatoria explica por qué amoxicilina, corticoides y furosemida no reemplazan esas medidas.

Muestra Gratis

Todas las alternativas, una por una

A · Oxígeno con cánula nasal

Seleccionada en la grilla. El oxígeno por cánula nasal puede corregir la hipoxemia mientras se vigilan saturación, esfuerzo y estado general. Si el soporte inicial no alcanza, se escala según la evolución y el nivel de atención disponible.

La hipoxemia persistente ya está documentada. La necesidad de mayor soporte se reconocería por falta de respuesta, apneas o agotamiento, no por completar un número fijo de nebulizaciones.

B · Amoxicilina oral 50 mg/kg/día

No seleccionada en la grilla. La amoxicilina trata bacterias susceptibles, no el edema ni los tapones bronquiolares virales. No existe todavía evidencia suficiente para convertir toda la clínica de Alexia en neumonía bacteriana ambulatoria.

Una neumonía bacteriana probable haría considerar antibióticos, elegidos según gravedad y vía tolerada. Eso no eliminaría la necesidad de ingreso y oxígeno que ya presenta.

C · Hidratación

Seleccionada en la grilla. Con menor ingesta y mayor demanda respiratoria hay riesgo de déficit hídrico. Se debe asegurar aporte por una vía segura, ajustado a la evaluación clínica, sin forzar tomas durante un esfuerzo importante.

Si tolera alimentación y no tiene riesgo de aspiración puede mantener aporte enteral fraccionado. Una tolerancia insuficiente o una situación más grave puede exigir sonda o vía intravenosa, con control del balance.

D · Corticoides orales

No seleccionada en la grilla. Los corticoides no han demostrado un beneficio rutinario que justifique usarlos en una bronquiolitis típica. No corrigen de forma inmediata la hipoxemia ni sustituyen el sostén.

Una exacerbación asmática con criterios de gravedad es un escenario diferente en el que sí pueden formar parte del tratamiento. Ese diagnóstico no está establecido en Alexia.

E · Control en 24 hs

No seleccionada en la grilla. Enviar a control en 24 horas supone que puede transcurrir ese tiempo sin soporte. La saturación actual y la dificultad para comer contradicen esa condición.

El seguimiento ambulatorio sería razonable tras comprobar oxigenación adecuada, esfuerzo leve, buena ingesta y cuidadores capaces de reconocer empeoramiento.

F · Internar a la paciente

Seleccionada en la grilla. La hospitalización permite administrar soporte, controlar hidratación y seguir de cerca la mecánica respiratoria. En esta paciente resuelve una necesidad presente, no sólo una precaución por su edad.

Hipoxemia persistente, apnea, agotamiento o alimentación insuficiente sostienen el ingreso. Alexia combina varios de estos problemas.

Muestra Gratis

G · Furosemida EV

> **No seleccionada en la grilla.** La furosemida elimina sodio y agua por el riñón; no desobstruye un bronquiolo inflamado. Sin congestión, puede empeorar la volemia y los electrolitos de una niña que ya ingiere menos.

Sería pertinente ante edema pulmonar de origen cardíaco con sobrecarga de volumen y perfusión que permita diuresis, después de evaluar la situación hemodinámica.

H · Interconsulta con cardiología

> **No seleccionada en la grilla.** No se describen signos que hagan de la cardiopatía la causa dominante. Una consulta cardiológica no es la intervención necesaria para sostener ahora la oxigenación de Alexia.

Hepatomegalia, galope, cardiomegalia, perfusión alterada o una arritmia cambiarían la prioridad y justificarían evaluación cardiológica.

Opción trampa · C · Hidratación frente a expansión con volumen

> Mantener un aporte adecuado es necesario; expandir con bolos sólo tiene indicación si la evaluación hemodinámica lo requiere. Un niño taquipneico no debe recibir volumen rápido automáticamente.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C1.1

Volvé al choice · C1.4 | **Mini repaso · MR004**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha R01**

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE005 | Final 2020/09 · Pregunta C2.1

Ignacio: el hígado obliga a pensar en el corazón

Volvé al choice · C2.1
Mini repaso · MR005
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha R05

El choice

> Caso clínico N°2 1-Ignacio tiene dos meses de vida, Ingresa a la guardia con agitación, FR: 60x', FC: 180x', cianosis peribucal, distensión abdominal, hígado a 4 cm del reborde costal. Se ausculta disminución de entrada de aire bilateral, espiración prolongada, rales subcrepitantes generalizados. ¿Cuáles son los diagnósticos más probables?. Seleccione una o más de una:

> Respuesta de la grilla: **BE**

Datos clave y en qué pensar

- **[Hígado a 4 cm del reborde costal y distensión abdominal]:** Hacen considerar congestión venosa. Un hígado bajo por hiperinsuflación debe distinguirse de un hígado verdaderamente aumentado.
- **[Rales generalizados y disnea]:** Pueden originarse en enfermedad bronquiolar o en congestión pulmonar. La auscultación respiratoria aislada no separa ambos mecanismos.
- **[FC 180/min a los 2 meses]:** Exige valorar ritmo, perfusión y respuesta a la estabilización; no alcanza para diagnosticar una taquicardia supraventricular.
- **[Cianosis peribucal]:** Se debe comprobar oxigenación central y perfusión. La observación del color por sí sola no define la causa de la desaturación.

Explicación clínica del caso

El compromiso respiratorio es evidente, pero no alcanza con llamarlo bronquiolitis. Ignacio tiene el hígado palpable a cuatro centímetros del reborde costal, distensión abdominal y taquicardia importante. La congestión venosa sistémica puede aumentar el tamaño hepático; si también se eleva la presión en la circulación pulmonar, aparece líquido intersticial que reduce la distensibilidad y dificulta el intercambio gaseoso.

La bronquiolitis sigue siendo posible por la edad y la obstrucción bilateral. Sin embargo, la hepatomegalia obliga a investigar insuficiencia cardíaca, aun cuando no se describa un soplo. A los dos meses, algunas cardiopatías se manifiestan cuando cambian las resistencias pulmonares, y una enfermedad miocárdica o una arritmia también puede producir falla. La frecuencia de 180/min puede ser una respuesta al estrés; por sí sola no identifica el mecanismo del ritmo.

Muestra Gratis

Todas las alternativas, una por una

A · Neumonía aguda de la comunidad

> **No seleccionada en la grilla.** Una neumonía puede producir taquipnea, rales e hipoxemia, pero el caso no aporta fiebre, foco alveolar ni una evolución infecciosa que la haga explicar mejor la hepatomegalia y la distensión. No es la hipótesis predominante entre las opciones.

Una consolidación localizada, fiebre o deterioro infeccioso la harían más probable. La ausencia de fiebre no excluye infección en un lactante pequeño.

B · Bronquiolitis

> **Seleccionada en la grilla.** A los dos meses, el compromiso bronquiolar difuso puede causar espiración prolongada y reducción bilateral de la entrada de aire. Es una hipótesis respiratoria pertinente, aunque el relato no aporta un pródromo catarral tan claro como el de Alexia.

Un inicio tras rinorrea o tos y ausencia de signos circulatorios reforzarían una bronquiolitis aislada. Aquí la evaluación debe incluir además la causa cardíaca.

C · Neumonía con derrame

> **No seleccionada en la grilla.** Un derrame suele generar signos focales y no explica por sí solo la congestión sistémica descrita. No se informa matidez ni asimetría que señale líquido pleural unilateral.

Fiebre con disminución localizada del murmullo y líquido en ecografía orientaría a neumonía con derrame.

D · Obstrucción bronquial por cuerpo extraño

> **No seleccionada en la grilla.** La obstrucción por aspiración acostumbra ser brusca y localizada. El patrón generalizado y el hígado aumentado no quedan integrados por un cuerpo extraño bronquial.

Un episodio de atragantamiento con ventilación desigual justificaría investigar una obstrucción mecánica, aunque una placa inicial no mostrara el objeto.

E · Insuficiencia cardíaca congestiva

> **Seleccionada en la grilla.** La combinación de congestión abdominal y dificultad respiratoria puede corresponder a falla de bomba o sobrecarga de circulación. La elevación de presión venosa explica el hígado y la congestión pulmonar explica la taquipnea y los rales.

La ecocardiografía permitiría definir una lesión estructural, la función ventricular o un cortocircuito; el ECG ayudaría a reconocer una arritmia como causa o consecuencia.

F · Asma

> **No seleccionada en la grilla.** Un diagnóstico de asma a los dos meses no explica la hepatomegalia ni cuenta con antecedentes de obstrucción recurrente. La espiración prolongada no demuestra que el mecanismo sea asma.

Episodios posteriores recurrentes con variabilidad, desencadenantes y evidencia de respuesta broncodilatadora podrían modificar esa hipótesis en el seguimiento.

Muestra Gratis

G · Metahemoglobinemia

> **No seleccionada en la grilla.** La metahemoglobinemia altera el transporte de oxígeno, pero no suele causar por sí sola este patrón de congestión pulmonar y hepática. Falta una exposición oxidante o un dato que indique una dishemoglobinemia.

Cianosis persistente con oxigenación arterial discordante y exposición a un oxidante harían solicitar cooximetría; no basta el color peribucal.

Opción trampa · B frente a E · Bronquiolitis e insuficiencia cardíaca

> La edad permite pensar en bronquiolitis, pero no neutraliza la hepatomegalia. Congestión hepática más dificultad respiratoria exige evaluación cardíaca, incluso sin soplo.

Volvé al choice · C2.1
Mini repaso · MR005
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha R05
Siguiente card →

Muestra Gratis

CE006 | Final 2020/09 · Pregunta C2.2

Ignacio: cardiomegalia, atrapamiento o placa normal

Volvé al choice · C2.2
Mini repaso · MR006
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha R05

> En Ignacio se están comparando congestión cardíaca y obstrucción bronquiolar. Su hepatomegalia hace que la silueta cardíaca tenga especial interés.

El choice

> 2-¿Qué resultados espera encontrar en los estudios solicitados a Ignacio? (Seleccione una o más de una)

> Respuesta de la grilla: **BCF**

Datos clave y en qué pensar

- **[Hepatomegalia asociada a dificultad respiratoria]:** Da sentido a buscar una silueta aumentada y signos de congestión.
- **[Espiración prolongada bilateral]:** Hace posible encontrar hiperinsuflación de ambos pulmones.
- **[Edad de dos meses]:** La técnica de la placa y el timo importan al juzgar el tamaño aparente del mediastino y del corazón.

Explicación clínica del caso

Una silueta cardíaca aumentada sería coherente con la hipótesis circulatoria, mientras que el atrapamiento bilateral acompañaría la hipótesis bronquiolar. Son pistas de dos mecanismos diferentes que pueden compartir taquipnea y rales. Una placa normal también es posible, sobre todo si predomina una alteración funcional sin cambios radiológicos manifiestos.

B, C y F deben leerse como resultados posibles, no como una descripción radiográfica única. La cardiomegalia aislada tampoco diagnostica insuficiencia cardíaca: una proyección anteroposterior, la mala inspiración y el timo pueden dificultar la interpretación. La clínica y el ecocardiograma permiten resolver qué representa una silueta aparentemente grande.

Muestra Gratis

Todas las alternativas, una por una

A · Rx con patrón alveolar segmentario

> **No seleccionada en la grilla.** Un patrón alveolar segmentario orientaría a ocupación de un territorio, como neumonía o atelectasia. No es el hallazgo más congruente con las dos hipótesis principales de este paso.

La aparición de fiebre, foco auscultatorio y una opacidad segmentaria haría reconsiderar una infección alveolar o una complicación localizada.

B · Rx con relación cardiotorácica mayor a lo normal

> **Seleccionada en la grilla.** La sobrecarga de cámaras o la dilatación ventricular puede aumentar la silueta cardíaca. Con hepatomegalia y taquipnea, ese hallazgo apoyaría una explicación circulatoria.

Debe comprobarse en una placa técnicamente interpretable. La confirmación anatómica y funcional procede del ecocardiograma, no del cociente radiográfico aislado.

C · Rx con atrapamiento aéreo bilateral

> **Seleccionada en la grilla.** Si el compromiso respiratorio es bronquiolar, el aire puede quedar retenido distalmente en ambos pulmones. Por eso la hiperinsuflación bilateral es un resultado compatible con el diferencial planteado.

Su presencia sin signos cardíacos fortalecería una causa respiratoria. En Ignacio no elimina la necesidad de explicar el hígado aumentado.

D · Rx con signos de hiperinsuflación unilateral espiratoria

> **No seleccionada en la grilla.** La hiperinsuflación unilateral describe una obstrucción localizada, no la congestión sistémica ni la obstrucción difusa que se investigan.

Una aspiración con mecanismo valvular o una alteración bronquial focal puede producirla y haría necesario estudiar ese lado de la vía aérea.

E · Rx presencia de bulla en el Lóbulo superior de pulmón derecho

> **No seleccionada en la grilla.** Una bulla focal del lóbulo superior no se desprende de los hallazgos bilaterales y congestivos. Es una lesión anatómica diferente de la hiperinsuflación global.

La demostración de una cavidad aérea delimitada obligaría a evaluar su origen y repercusión, particularmente si comprimiera parénquima sano.

F · Rx de tórax normal

> **Seleccionada en la grilla.** Una imagen sin alteraciones no invalida síntomas respiratorios reales. La ausencia de cardiomegalia reduce el apoyo radiográfico a ciertas cardiopatías, pero no descarta toda enfermedad cardíaca ni bronquiolitis.

Si la sospecha clínica cardíaca persiste, se completa con ecocardiografía aunque la placa parezca normal.

Muestra Gratis

G · Rx con línea de despegamiento pleural

> **No seleccionada en la grilla.** La separación pleural apunta a neumotórax, habitualmente con alteración unilateral y comienzo agudo. No integra por sí sola el cuadro de hepatomegalia y rales difusos.

Un deterioro súbito con asimetría ventilatoria haría buscar aire pleural; la inestabilidad compatible con tensión exige descompresión urgente.

Opción trampa · B · Índice cardiotorácico aumentado

> No debe confundirse una silueta grande por técnica o timo con una falla de bomba confirmada. En este caso es una pista que se combina con hepatomegalia y se completa con ecocardiografía.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C2.1

Volvé al choice · C2.2

Mini repaso · MR006

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha R05

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE007 | Final 2020/09 · Pregunta C2.3

Ignacio: ritmo cardíaco y causas que agravan la falla

Volvé al choice · C2.3
Mini repaso · MR007
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha R05

El siguiente paso estudia un lactante taquicárdico con hepatomegalia y compromiso respiratorio. No se aporta fiebre ni un foco bacteriano.

El choice

3-¿Qué estudio solicitaría para corroborar el diagnóstico? (Seleccione una o más de una)

Respuesta de la grilla: **EF**

Datos clave y en qué pensar

- **[Taquicardia importante]:** Hay que identificar el ritmo; un ECG puede revelar una causa eléctrica tratable.
- **[Congestión hepática]:** Hace que un estudio cardiovascular sea más relevante que una prueba virológica aislada.
- **[Hipoxemia o cianosis junto con esfuerzo]:** Una anemia concomitante puede reducir aún más la entrega de oxígeno, aunque no explique por sí sola todo el cuadro.

Explicación clínica del caso

El ECG sirve para establecer si la taquicardia es sinusal o corresponde a una arritmia, revisar conducción y buscar signos eléctricos de sobrecarga. Es una pregunta concreta porque una frecuencia alta puede ser compensadora o contribuir a la descompensación. La cifra de pulso por sí sola no distingue esas posibilidades.

El hemograma puede mostrar anemia que agrave el transporte de oxígeno o hallazgos que sugieran un proceso asociado. Es complementario, no confirmatorio de insuficiencia cardíaca. La respuesta E + F incluye herramientas disponibles en la lista; la evaluación cardíaca se completa clínicamente y mediante ecocardiografía, que es la que permite conocer anatomía y función.

Todas las alternativas, una por una

A · Baciloscopia

No seleccionada en la grilla. La baciloscopia no evalúa ritmo ni congestión y no hay una exposición o evolución prolongada que priorice tuberculosis. No contesta la hipótesis cardíaca del caso.

Muestra Gratis

Sería una parte de un estudio infeccioso dirigido si hubiera un contexto epidemiológico y clínico compatible, usando muestras adecuadas para un lactante.

B · PCR cuantitativa

> **No seleccionada en la grilla.** La proteína C reactiva informa inflamación. No permite distinguir taquicardia sinusal de arritmia ni confirmar disfunción cardíaca.

Fiebre y sospecha de infección sistémica justificarían usar marcadores dentro de una evaluación más amplia, no como sustitutos de los estudios cardiovasculares.

C · Hemocultivos seriados

> **No seleccionada en la grilla.** No se describen datos que obliguen a investigar bacteriemia mediante cultivos seriados. Solicitarlos no explicaría la hepatomegalia ni el ritmo.

Ante sepsis, fiebre sin foco con riesgo elevado o sospecha de infección invasiva, la microbiología sí adquiere prioridad, idealmente sin demorar el tratamiento.

D · Virológico por IFI en secreciones nasales

> **No seleccionada en la grilla.** Identificar un virus podría ayudar si se sospecha infección respiratoria, pero no resuelve la sospecha de congestión cardíaca. Un virus positivo tampoco impediría una cardiopatía coexistente.

Sería pertinente para una decisión concreta de aislamiento o etiología respiratoria; no reemplazaría el estudio del corazón.

E · Hemograma

> **Seleccionada en la grilla.** El hemograma permite buscar anemia y alteraciones de otras series que agraven la situación. La reducción de hemoglobina disminuye el contenido arterial de oxígeno aun cuando la saturación sea aceptable.

Una anemia importante haría necesario tratar también ese factor. Un hemograma normal no descartaría insuficiencia cardíaca.

F · ECG

> **Seleccionada en la grilla.** El ECG identifica la actividad auricular y ventricular, la relación entre ambas y la regularidad del ritmo. En un lactante taquicárdico permite evitar que se atribuya toda la frecuencia elevada al esfuerzo respiratorio.

Una arritmia persistente o signos de sobrecarga reforzarían la evaluación cardiológica. El ECG puede ser poco específico y no sustituye la ecocardiografía.

G · Espirometría

> **No seleccionada en la grilla.** La espirometría forzada convencional no es practicable a esta edad y no estudia la causa hemodinámica de la congestión. No es una prueba inicial para esta urgencia.

La evaluación funcional respiratoria de un niño mayor colaborador con síntomas crónicos es otro escenario; no corresponde trasladarla a Ignacio.

Muestra Gratis

Opción trampa · E · Hemograma frente a confirmación cardíaca

> Detectar anemia o leucocitosis ayuda a comprender el estado general; no demuestra falla de bomba. La información del hemograma, del ECG y del ecocardiograma debe mantenerse diferenciada.

Precisión clínica

> E + F se mantiene como respuesta oficial. Esos dos estudios complementan la evaluación; ninguno reemplaza la ecocardiografía para definir la causa y la función cardíaca.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C2.1

Volvé al choice · C2.3

Mini repaso · MR007

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha R05

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE008 | Final 2020/09 · Pregunta C2.4

Ignacio: sostener la respiración sin agravar la congestión

Volvé al choice · C2.4
Mini repaso · MR008
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha R05

El cuadro combina dificultad respiratoria, taquicardia y signos de congestión hepática. La conducta elegida se orienta a la hipótesis de insuficiencia cardíaca.

El choice

4- Según su criterio, ¿cuáles serían las conductas más adecuadas a tomar en el caso de Ignacio? (Seleccione una o más de una).

Respuesta de la grilla: **AFGH**

Datos clave y en qué pensar

- **[Hepatomegalia y rales difusos]:** La posibilidad de sobrecarga circulatoria cambia el manejo de líquidos respecto de un lactante deshidratado.
- **[Dos meses con compromiso respiratorio]:** Requiere vigilancia estrecha y estudio de una posible cardiopatía; no corresponde diferir todo al día siguiente.
- **[Furosemida]:** Reduce retención de sodio y agua, pero exige control de diuresis, presión, función renal y electrolitos.

Explicación clínica del caso

La internación y la evaluación cardiológica son necesarias para sostener al lactante y definir la causa. La oxigenación se controla y se aporta soporte si existe hipoxemia, con vigilancia de la respuesta. En una cardiopatía congénita compleja, el objetivo de saturación y el soporte dependen de su fisiología; no se trata de administrar una concentración fija sin reevaluación.

La furosemida puede reducir congestión cuando la perfusión y la situación hemodinámica permiten diuresis. En cambio, hidratar de manera liberal a un paciente congestionado puede elevar más las presiones de llenado y empeorar el pulmón. Eso no significa prohibir todo líquido: necesita un balance individual y evitar tanto exceso como déficit. Si hubiera shock, la conducta se ajustaría al mecanismo y al examen, no a la sola presencia de taquipnea.

Muestra Gratis

Todas las alternativas, una por una

A · Oxígeno con cánula nasal

> **Seleccionada en la grilla.** El soporte con oxígeno es razonable ante hipoxemia mientras se investiga la causa de la dificultad respiratoria. Se controla su efecto junto con perfusión y trabajo respiratorio.

Si el oxígeno inicial no alcanza o hay agotamiento, debe escalarse el soporte. La presencia de una cardiopatía con circulación particular obliga a individualizar los objetivos.

B · Amoxicilina oral 50 mg/kg/día

> **No seleccionada en la grilla.** No hay un foco bacteriano que justifique amoxicilina como intervención central. Un antibiótico no reduce la congestión ni trata una alteración del ritmo o de la función ventricular.

Una infección bacteriana concomitante requeriría tratamiento dirigido, pero manteniendo en paralelo la estabilización cardiovascular.

C · Hidratación

> **No seleccionada en la grilla.** Una indicación genérica de hidratación no contempla la posible sobrecarga. Aumentar el volumen intravascular sin evaluar perfusión puede elevar la presión pulmonar y agravar la dificultad respiratoria.

Un déficit circulatorio demostrado podría exigir líquidos cuidadosamente titulados. El mantenimiento y las pérdidas también deben cubrirse, pero bajo un balance individual.

D · Corticoides orales

> **No seleccionada en la grilla.** Los corticoides no corrigen falla de bomba ni congestión y no tienen indicación rutinaria en bronquiolitis. No resuelven el mecanismo prioritario de Ignacio.

Una patología específica sensible a corticoides podría justificar su uso, pero debe diagnosticarse y no se deduce del broncoespasmo aislado.

E · Control en 24 hs

> **No seleccionada en la grilla.** Esperar un control en 24 horas deja sin observación un posible cuadro cardíaco descompensado. A esta edad el deterioro puede ser rápido.

El seguimiento ambulatorio sólo sería posible después de estabilizar, definir riesgo y asegurar que no necesita soporte hospitalario.

F · Internar a la paciente

> **Seleccionada en la grilla.** La internación permite monitorización, balance, estudios y tratamiento según la evolución. La combinación de signos respiratorios y sistémicos hace insegura una conducta expectante domiciliaria.

La necesidad de soporte o la sospecha de cardiopatía descompensada ya aportan razones de ingreso en este caso.

Muestra Gratis

G · Furosemida EV

> **Seleccionada en la grilla.** La furosemida bloquea la reabsorción de sodio en el asa de Henle y facilita eliminar líquido retenido. Puede aliviar congestión si no compromete una perfusión ya insuficiente.

Su indicación se fortalece con evidencia de sobrecarga y función circulatoria que tolere la diuresis. Oliguria, hipotensión o una fisiología cardíaca particular exigen reevaluación antes de repetir dosis.

H · Interconsulta con cardiología

> **Seleccionada en la grilla.** Cardiología ayuda a definir si existe lesión estructural, disfunción miocárdica o arritmia, y a decidir tratamiento específico. El motivo concreto es la sospecha de congestión cardíaca, no sólo la presencia de sibilancias.

Un ecocardiograma y un ECG orientan qué intervención necesita el niño. La consulta acompaña la estabilización y no debe retrasarla.

Opción trampa · C · Hidratación automática

> El mismo aspecto de “bebé agitado” puede corresponder a déficit de volumen o congestión. En Ignacio, el hígado aumentado obliga a evaluar esa diferencia antes de indicar líquidos.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C2.1

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C2.3

Volvé al choice · C2.4

Mini repaso · MR008

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha R05

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE009 | Final 2020/09 · Pregunta C3.1

Pedro: tabaquismo, anhedonia y una lesión apical

Volvé al choice · C3.1
Mini repaso · MR009
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha L07

El choice

> Caso clínico N.º 3. 1- Pedro, de 70 años, consulta por astenia y decaimiento de 6 meses de evolución, coincidente con la fecha de fallecimiento de su esposa. Manifiesta no sentir placer por nada, incluida su actividad preferida, la jardinería. Fuma 20 cigarrillos diarios desde los 16 años. Refiere que desde hace bastante tiempo tiene tos continua con expectoración, sobre todo al levantarse. Ha perdido peso, 6 kilos en 70 kilos; nota que tiene menos apetito y sufre de insomnio desde hace 20 días. Está medicado desde hace 3 años con 5 mg de amlodipina. Al examen físico sólo presenta como datos patológicos discreto broncoespasmo, distensión abdominal y edema discreto en región bimaleolar. Concurre a la consulta con una radiografía de tórax en la que se observa una lesión con tractos cicatrizales en el vértice pulmonar derecho y aplanamiento de las cúpulas diafragmáticas. ¿Qué enfermedades presenta el paciente? (Seleccione una o más de una).

Respuesta de la grilla: **ADH**

Datos clave y en qué pensar

- **[20 cigarrillos/día desde los 16 hasta los 70 años]:** Equivale a unos 54 paquetes-año, exposición suficiente para elevar mucho la sospecha de daño pulmonar crónico.
- **[Tos productiva persistente y diafragmas aplanados]:** Sugieren obstrucción e hiperinsuflación; la espirometría determinará si existe limitación persistente del flujo.
- **[Anhedonia más insomnio y pérdida de apetito]:** El problema afectivo va más allá de decir que está triste; requiere evaluación del síndrome y de su repercusión.
- **[Adelgazamiento más lesión apical]:** Hacen investigar infección tuberculosa activa u otra lesión pulmonar, sin asumir actividad a partir de una cicatriz.
- **[Edema bimaleolar con amlodipina]:** Puede ser un efecto por vasodilatación precapilar. El edema aislado no demuestra un síndrome renal.

Muestra Gratis

Explicación clínica del caso

Pedro presenta tres grupos de datos que no se explican con un diagnóstico único. La exposición de 54 paquetes-año, la tos productiva crónica, el broncoespasmo y los diafragmas aplanados hacen muy probable una enfermedad obstructiva crónica. El humo produce inflamación de la vía aérea y puede destruir soporte elástico del pulmón; ambos mecanismos dificultan la espiración. La confirmación requiere función pulmonar, no sólo tabaquismo o radiografía.

La pérdida de placer incluso por la jardinería, el insomnio y la disminución de apetito hacen investigar un síndrome depresivo. Que haya comenzado después de la muerte de su esposa no lo convierte automáticamente en un duelo sin complicaciones. Hay que conocer persistencia, repercusión funcional y riesgo, sin dar por establecido un episodio depresivo mayor con criterios que no se detallan.

La pérdida de peso y la lesión del vértice obligan a estudiar tuberculosis. Una cicatriz apical puede corresponder a enfermedad antigua: no prueba bacilos viables ni contagiosidad actual. La respuesta oficial incluye A, D y H; clínicamente, la EPOC y la tuberculosis necesitan sus respectivas confirmaciones. En un fumador con pérdida de peso, también merece evaluación una neoplasia pulmonar, aunque no figure entre las opciones de este choice.

Todas las alternativas, una por una

A · Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

> **Seleccionada en la grilla.** La tos productiva crónica, el tabaquismo intenso y la hiperinsuflación forman un patrón compatible con EPOC. La obstrucción persistente debe demostrarse con espirometría después de broncodilatador.

Una relación VEF_1/CVF persistentemente reducida en una prueba válida confirmaría la limitación al flujo en este contexto. La radiografía por sí sola no establece el diagnóstico.

B · Cáncer de páncreas

> **No seleccionada en la grilla.** El cáncer de páncreas puede causar adelgazamiento, pero no explica de manera directa el síndrome respiratorio obstructivo ni la lesión apical. No se aportan ictericia, dolor epigástrico persistente irradiado al dorso u otros datos que lo prioricen.

Ictericia obstructiva, dolor compatible, masa o imágenes pancreáticas sospechosas darían fundamento a un estudio dirigido del páncreas. La pérdida de peso sola es inespecífica.

C · Síndrome nefrítico

> **No seleccionada en la grilla.** Un síndrome nefrítico se caracteriza por hematuria de origen glomerular, a menudo con hipertensión, edema y caída del filtrado. El relato no presenta hematuria ni datos urinarios, y el edema maleolar aislado no permite inferirlo.

Sedimento con hematíes dismórficos o cilindros hemáticos y alteración renal orientaría a inflamación glomerular.

D · Síndrome depresivo

> **Seleccionada en la grilla.** La anhedonia generalizada, el insomnio y el cambio de apetito sostienen la presencia de un síndrome afectivo que merece atención. Un duelo puede desencadenar depresión y no constituye una exclusión diagnóstica.

Muestra Gratis

La entrevista debe establecer duración e intensidad de cada síntoma, funcionamiento, antecedentes de manía o hipomanía, consumo de sustancias y riesgo de autolesión antes de cerrar el diagnóstico y el tratamiento.

E · Síndrome nefrótico

> **No seleccionada en la grilla.** El síndrome nefrótico implica pérdida importante de proteínas por orina, hipoalbuminemia y edema. Pedro sólo aporta edema leve, compatible entre otras causas con amlodipina; no hay proteinuria ni albúmina informadas.

Edema generalizado con proteinuria cuantificada en rango nefrótico e hipoalbuminemia sostendría esta alternativa.

F · Hipotiroidismo

> **No seleccionada en la grilla.** El hipotiroidismo puede dar cansancio y síntomas afectivos, pero suele acompañarse de intolerancia al frío, constipación, piel seca u otros signos. No integra mejor la tos productiva y la exposición tabáquica.

Una clínica endocrina sugestiva y una TSH elevada con T4 libre baja confirmarían hipotiroidismo primario manifiesto. Puede coexistir, pero no se deduce del decaimiento aislado.

G · Asma

> **No seleccionada en la grilla.** El asma se caracteriza por síntomas y limitación del flujo variables. Pedro tiene exposición acumulada importante y síntomas crónicos persistentes que favorecen EPOC, sin que las sibilancias permitan diferenciarlas por sí solas.

Episodios variables, desencadenantes, atopia y demostración de variabilidad funcional favorecerían asma. Puede existir solapamiento y se investiga con la historia y la función pulmonar.

H · Tuberculosis

> **Seleccionada en la grilla.** Los síntomas constitucionales y la lesión apical hacen pertinente investigar tuberculosis. Se mantiene entre las respuestas oficiales como hipótesis del caso, pero la descripción de tractos cicatrizales no demuestra infección activa.

La identificación de Mycobacterium tuberculosis en una muestra adecuada, junto con la evaluación clínica, daría sustento etiológico. Una prueba negativa aislada tampoco excluye todas las formas de enfermedad.

I · Insuficiencia renal

> **No seleccionada en la grilla.** Insuficiencia renal significa reducción de función renal, que no se demuestra mediante edema discreto ni astenia aislada. Faltan creatinina, filtrado y otros hallazgos que la vuelvan la explicación principal.

Elevación de creatinina, filtrado reducido, alteraciones electrolíticas o signos urémicos harían evaluar esa posibilidad y su evolución temporal.

Opción trampa · H · Tuberculosis activa frente a lesión residual

> Una imagen cicatrizal es una pista anatómica. La actividad de la tuberculosis se evalúa con síntomas, evolución y microbiología; ni toda cicatriz está activa ni una cicatriz permite ignorar síntomas nuevos.

Muestra Gratis

Precisión clínica

> La respuesta oficial es A + D + H. EPOC y tuberculosis son hipótesis a confirmar en este relato; una cicatriz no demuestra tuberculosis activa.

Volvé al choice · C3.1

Mini repaso · MR009

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha L07

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE010 | Final 2020/09 · Pregunta C3.2

Pedro: confirmar obstrucción y buscar micobacterias

Volvé al choice · C3.2

Mini repaso · MR010

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha L07

Pedro tiene exposición tabáquica intensa, tos productiva crónica y una lesión apical con pérdida de peso. Aquí se eligen pruebas dirigidas a esos dos problemas respiratorios.

El choice

2- ¿Qué estudios complementarios solicitaría para confirmar su diagnóstico? (Seleccione una o más de una).

Respuesta de la grilla: **CF**

Datos clave y en qué pensar

- **[Tos persistente y tabaquismo]:** La confirmación de obstrucción requiere función pulmonar; una prueba hepática o renal no mide flujo aéreo.
- **[Esputo disponible]:** Permite obtener una muestra del foco respiratorio para investigar micobacterias.
- **[Imagen apical y adelgazamiento]:** Justifican diferenciar secuela de infección activa y considerar otras lesiones pulmonares.
- **[Síntomas afectivos]:** Su evaluación sigue siendo clínica; una TSH puede explorar una causa asociada, pero no reemplaza la entrevista.

Explicación clínica del caso

La espirometría cuantifica el volumen expulsado y la rapidez con que sale el aire. Un cociente VEF_1/CVF persistentemente disminuido después de broncodilatador sostiene obstrucción en un paciente con exposición compatible. Ni la tos ni la radiografía permiten medir esa función.

La baciloscopia de esputo investiga bacilos ácido-alcohol resistentes en secreciones respiratorias y forma parte de la respuesta oficial de 2020. Tiene sensibilidad limitada y no identifica por sí sola todas las especies ni su sensibilidad a fármacos. La evaluación contemporánea incorpora pruebas moleculares rápidas y cultivo según disponibilidad y situación clínica. En ambos momentos, la idea central es la misma: una imagen apical sospechosa requiere investigar el agente, no sólo pedir marcadores inflamatorios generales.

Muestra Gratis

Todas las alternativas, una por una

A · Eritrosedimentación

> **No seleccionada en la grilla.** La eritrosedimentación aumenta en numerosos procesos inflamatorios, infecciosos y neoplásicos. Un resultado elevado no confirma EPOC ni establece actividad de una lesión tuberculosa.

Puede aportar contexto en un problema inflamatorio concreto, pero su utilidad depende de una hipótesis definida y nunca reemplaza la confirmación funcional o microbiológica que requiere Pedro.

B · Serología de hepatitis

> **No seleccionada en la grilla.** Una serología de hepatitis investiga exposición o infección por virus hepatotropos. No mide obstrucción y no identifica el agente de una lesión pulmonar apical.

Factores de riesgo, alteración del hepatograma o preparación de determinados tratamientos podrían justificarla como evaluación adicional, no como confirmación del cuadro respiratorio.

C · Espirometría

> **Seleccionada en la grilla.** La espirometría pre y posbroncodilatador permite demostrar obstrucción y evaluar su persistencia. Responde de manera directa a la sospecha de EPOC.

El estudio debe realizarse con maniobras reproducibles. Si hay sospecha de tuberculosis transmisible, la oportunidad y el lugar se coordinan con medidas de control de infección, porque la maniobra genera tos y aerosoles.

D · Clearance de creatinina

> **No seleccionada en la grilla.** El aclaramiento de creatinina estima depuración renal. No permite confirmar ni descartar una limitación al flujo aéreo ni una infección por micobacterias.

Una sospecha de enfermedad renal o la necesidad de ajustar fármacos justificaría conocer el filtrado, sin convertirlo en el examen confirmatorio de estas hipótesis.

E · Hemoglobina glicosilada

> **No seleccionada en la grilla.** La hemoglobina glicosilada informa exposición glucémica de las semanas previas. No se aportan síntomas hiperglucémicos ni resultados que expliquen el cuadro mediante diabetes.

Puede utilizarse para diagnóstico o seguimiento metabólico en una persona con indicación de pesquisa, pero no resuelve el origen de la tos y la lesión apical.

F · Baciloscopia de esputo

> **Seleccionada en la grilla.** La baciloscopia examina el esputo en busca de bacilos ácido-alcohol resistentes. En el contexto descrito aporta evidencia microbiológica potencial y es la prueba del listado dirigida a tuberculosis.

Si el resultado es negativo y la sospecha persiste, se continúa el estudio. Las pruebas moleculares rápidas pueden identificar el complejo tuberculoso y algunas resistencias, y el cultivo aporta confirmación adicional.

Muestra Gratis

G · TSH y T4 libre

> **No seleccionada en la grilla.** TSH y T4 libre permiten estudiar una causa endocrina de astenia y síntomas afectivos. Esa posibilidad no explica mejor el conjunto respiratorio ni reemplaza los estudios elegidos.

Frío, constipación, bradicardia, piel seca, bocio u otros datos tiroideos aumentarían su prioridad; también pueden considerarse en una evaluación integral según criterio clínico.

H · TC de abdomen

> **No seleccionada en la grilla.** La TC abdominal estudia órganos y estructuras que no son el foco principal de este relato. Solicitarla por adelgazamiento sin una hipótesis localizada no confirma EPOC ni tuberculosis pulmonar.

Dolor abdominal persistente, masa, ictericia u otra señal focal podrían justificar imágenes abdominales. Una lesión torácica sospechosa requiere en cambio una evaluación dirigida del tórax.

I · Tiempo de Quick

> **No seleccionada en la grilla.** El tiempo de Quick evalúa la vía extrínseca y común de la coagulación. No es una medida del flujo respiratorio ni una prueba etiológica de tuberculosis.

Sangrado, anticoagulación con antagonistas de vitamina K o sospecha de alteración de síntesis hepática serían motivos para solicitarlo.

J · Proteinuria de 24 hs

> **No seleccionada en la grilla.** La proteinuria de 24 horas cuantifica pérdida renal de proteínas. El edema leve aislado no permite asumir un síndrome nefrótico ni vuelve a esta prueba confirmatoria del problema respiratorio.

Edema generalizado, hipoalbuminemia o proteinuria en una muestra inicial harían razonable cuantificar esa pérdida para estudiar enfermedad glomerular.

Opción trampa · A · Eritrosedimentación frente a F · Estudio de esputo

> Un reactante puede elevarse en múltiples enfermedades y no identifica tuberculosis. La muestra respiratoria busca evidencia microbiológica del proceso sospechado.

Precisión clínica

> C + F permanece como respuesta oficial de 2020. Las pruebas moleculares rápidas agregan capacidad diagnóstica actual; no cambian retrospectivamente las letras del examen.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C3.1

Volvé al choice · C3.2

Mini repaso · MR010

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha L07

Muestra Gratis

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE011 | Final 2020/09 · Pregunta C3.3

Pedro: tratar la obstrucción, el ánimo y la hipertensión

Volvé al choice · C3.3

Mini repaso · MR011

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha L07

> Pedro, de 70 años, tiene tos productiva y broncoespasmo en contexto de tabaquismo intenso, síntomas depresivos tras un duelo y tratamiento antihipertensivo con amlodipina. El edema es leve y maleolar; no se documentaron diabetes ni pérdida renal de proteínas.

El choice

> 3- ¿Qué tratamiento le indicaría a Pedro en este momento mientras aguarda los resultados de los estudios? (Seleccione una o más de una).

> Respuesta de la grilla: **BIJ**

Datos clave y en qué pensar

- **[Broncoespasmo y tos en un fumador de larga data]:** Hay un componente obstructivo que puede mejorar con broncodilatación; después se define el tratamiento de mantenimiento con evaluación funcional y clínica.
- **[Amlodipina y edema bimaleolar discreto]:** La vasodilatación precapilar aumenta la presión de filtración en las piernas. No demuestra insuficiencia cardíaca ni justifica por sí sola espironolactona.
- **[Anhedonia, insomnio y disminución del apetito]:** Sostienen la evaluación de un síndrome depresivo y dan un objetivo clínico al tratamiento del ánimo.
- **[Sin glucemia elevada ni diagnóstico de diabetes]:** No hay fundamento para insulina o glibenclamida; el adelgazamiento no equivale a diabetes.
- **[Sin historia de exacerbaciones ni eosinófilos informados]:** No se puede inferir que el corticoide inhalado sea indispensable para esta probable EPOC.

Explicación clínica del caso

Las tres intervenciones elegidas apuntan a problemas distintos. Reducir el sodio acompaña el control de la hipertensión; los broncodilatadores relajan el músculo de la vía aérea y pueden aliviar la obstrucción; la sertralina se dirige al síndrome depresivo. Ninguna de ellas explica ni resuelve por sí sola el adelgazamiento y la lesión apical, cuyo estudio debe continuar.

La opción inhalatoria agrupa dos clases de fármacos que no tienen la misma indicación. El broncodilatador tiene un objetivo sintomático claro frente al broncoespasmo. El corticoide inhalado

Muestra Gratis

busca reducir determinadas exacerbaciones inflamatorias, pero no se indica de forma automática a todo fumador con probable EPOC. En Pedro faltan antecedentes de exacerbaciones, eosinófilos y datos de asma para justificar por completo ese componente. B + I + J se mantiene como respuesta oficial, sin convertir la combinación de la opción I en una receta universal.

La sertralina inhibe la recaptación de serotonina y puede ser útil si la evaluación confirma depresión que requiere tratamiento farmacológico. Su efecto sobre el ánimo es gradual; no es un hipnótico de acción inmediata. Antes de iniciarla se valoran riesgo suicida, episodios maníacos previos, interacciones y apoyo disponible. El duelo es el contexto del cuadro, no una indicación automática de medicación. El edema leve tampoco autoriza a agregar diuréticos sin identificar su mecanismo: la amlodipina puede producir edema por dilatación arteriolar, aun sin exceso global de volumen.

Todas las alternativas, una por una

A · Espironolactona

> **No seleccionada en la grilla.** La espironolactona bloquea la acción de aldosterona y favorece la eliminación de sodio reteniendo potasio. No se aportan insuficiencia cardíaca, ascitis por cirrosis o hiperaldosteronismo que expliquen una indicación específica en Pedro.

Podría corresponder ante insuficiencia cardíaca con indicación establecida, hipertensión resistente o ascitis de causa apropiada, siempre considerando función renal y potasio. El edema leve asociado a amlodipina no basta.

B · Dieta hiposódica

> **Seleccionada en la grilla.** La reducción del sodio alimentario contribuye a disminuir presión arterial y facilita su control junto con el tratamiento antihipertensivo. Es una medida coherente con el antecedente de Pedro.

Debe mantener una alimentación suficiente: ha perdido peso y tiene poco apetito. Reducir sal no significa restringir indiscriminadamente calorías ni atribuir todo el edema al exceso de sodio.

C · Insulinoterapia

> **No seleccionada en la grilla.** La insulina disminuye la glucemia, pero Pedro no tiene hiperglucemia demostrada. Administrarla sin esa indicación puede provocar hipoglucemia, especialmente con una ingesta reducida.

Sería pertinente si se documentara diabetes con una situación que requiriera insulinización, como descompensación importante o síntomas catabólicos ligados a hiperglucemia.

D · Dieta hipohidrocarbonada

> **No seleccionada en la grilla.** Una dieta reducida en hidratos no trata la obstrucción ni el síndrome afectivo. En un paciente que ya adelgazó, una restricción sin objetivo metabólico podría empeorar el aporte nutricional.

La planificación de hidratos tiene utilidad en diabetes y otros objetivos nutricionales concretos. Debe individualizarse, preservando energía y proteínas suficientes.

Muestra Gratis

E · Hidroclorotiazida

> **No seleccionada en la grilla.** La hidroclorotiazida es antihipertensiva y diurética, pero el relato no muestra una presión no controlada que obligue a intensificar el esquema ni demuestra sobrecarga de volumen. El edema de la amlodipina no obliga a agregarla.

Podría integrar un tratamiento de hipertensión si las mediciones confirmaran control insuficiente. En adultos mayores se vigilan sodio, potasio, función renal y síntomas de hipotensión.

F · Glibenclamida

> **No seleccionada en la grilla.** La glibenclamida estimula secreción pancreática de insulina. Sin diabetes demostrada no ofrece beneficio y puede generar hipoglucemia prolongada; la edad y la escasa ingesta aumentan la preocupación.

Sólo se consideraría un secretagogo en diabetes tipo 2 seleccionada. El riesgo de hipoglucemia y las alternativas disponibles influyen en la elección; no sirve para tratar una pérdida de peso sin diagnóstico metabólico.

G · Lactulosa

> **No seleccionada en la grilla.** La lactulosa puede utilizarse como laxante y para reducir la carga intestinal de amonio en encefalopatía hepática. Pedro no presenta constipación mencionada ni datos de encefalopatía.

Desorientación o asterixis en una persona con enfermedad hepática relevante harían evaluar encefalopatía y su tratamiento, además de buscar el desencadenante. La tristeza y el insomnio no equivalen a ella.

H · Albúmina

> **No seleccionada en la grilla.** No hay hipoalbuminemia demostrada ni una situación que requiera expansión con albúmina. Infundirla no es tratamiento del edema por amlodipina ni de la desnutrición.

La albúmina tiene indicaciones concretas, por ejemplo determinadas complicaciones de cirrosis. Su uso depende del estado circulatorio y del problema tratado, no de la presencia de edema aislado.

I · Corticoides y broncodilatadores inhalatorios

> **Seleccionada en la grilla.** Los broncodilatadores inhalados pueden disminuir resistencia al flujo y aliviar el broncoespasmo. La opción también incluye corticoides: ese componente se conserva como parte de la respuesta oficial, aunque los datos no permiten asegurar su indicación individual.

En EPOC, el corticoide inhalado se valora especialmente según exacerbaciones, eosinófilos y coexistencia de asma. Debe distinguirse del corticoide sistémico de una exacerbación y considerarse también su riesgo de infecciones.

J · Sertralina

> **Seleccionada en la grilla.** La sertralina es una opción farmacológica para un síndrome depresivo cuando la evaluación clínica justifica tratarlo. La anhedonia persistente y la repercusión sobre sueño y apetito son los síntomas a los que apunta.

Muestra Gratis

Se acompaña de seguimiento y abordaje psicológico o psicosocial según necesidad. Deben vigilarse tolerancia, empeoramiento inicial, riesgo suicida e hiponatremia en personas susceptibles; no se prescribe sólo porque hubo un duelo.

Opción trampa · A / E · Dar un diurético por cualquier edema

> El edema por amlodipina depende principalmente de la distribución de presiones capilares. Aumentar la diuresis puede reducir el volumen circulante sin corregir bien ese mecanismo. Hay que distinguirlo del edema por retención renal de sodio o congestión cardíaca.

Precisión clínica

> Se conserva B + I + J. El componente corticoide de I requiere una indicación clínica que el enunciado no desarrolla; no debe extenderse a toda EPOC.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C3.1

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C3.2

Volvé al choice · C3.3

Mini repaso · MR011

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha L07

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE012 | Final 2020/09 · Pregunta C4.1

Sergio: edema generalizado por pérdida renal de proteínas

Volvé al choice · C4.1
Mini repaso · MR012
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha K01

El choice

> Caso clínico N.º 4. 1- Sergio, de 59 años, consulta por distensión abdominal progresiva de 30 días de evolución. Desde hace 6 años consume por día aproximadamente 1 litro de vino. Es diabético con mal cumplimiento del tratamiento y desde hace 18 años se automedica con metformina 1 g diario. Su tensión arterial es de 155/80 mmHg. Al examen físico presenta disminución de entrada de aire en ambas bases pulmonares. Auscultación cardíaca normal. En abdomen se observa matidez desplazable. Se palpa el borde del hígado a 2 cm del reborde costal, blando e indoloro, y ruidos hidroaéreos normales. Edemas en ambos miembros inferiores que llegan hasta el muslo. Se le realizaron los siguientes exámenes de laboratorio: Hb 13,2 g/100 mL, glucemia 3,2 g/L, urea 0,5 g/L, creatinina 1,20 mg/dL, proteínas totales 5,9 g/dL, albúmina 2,2 g/dL (VN 3,2 a 5,2 g/dL). Sedimento urinario normal con cuatro cruces de proteinuria. El ECG es normal y la radiografía de tórax presenta borramiento del seno costofrénico derecho. ¿Qué enfermedad tiene Sergio? (Seleccione una).

Respuesta de la grilla: **E**

Datos clave y en qué pensar

- **[Proteinuria ++++ y albúmina de 2,2 g/dL]:** Sugieren pérdida urinaria importante de proteínas con repercusión plasmática; hay que cuantificarla para documentar rango nefrótico.
- **[Edema hasta muslos, matidez desplazable y borramiento costofrénico]:** El líquido se distribuye en tejido subcutáneo, peritoneo y pleura: no es sólo distensión por gas ni un problema local de piernas.
- **[Sedimento urinario normal]:** Favorece un patrón de pérdida proteica sin actividad inflamatoria urinaria evidente; contrasta con la hematuria y los cilindros hemáticos del síndrome nefrítico.
- **[Diabetes de larga evolución y glucemia de 3,2 g/L]:** Hay riesgo de lesión renal asociada a diabetes y descontrol metabólico actual; la etiología renal todavía requiere evaluación.
- **[Consumo de alcohol y ascitis]:** Sugieren una alternativa hepática, pero no anulan la evidencia urinaria que sostiene el síndrome nefrótico.

Muestra Gratis

Explicación clínica del caso

La combinación decisiva es proteinuria de cuatro cruces, albúmina de 2,2 g/dL y edema extenso con ascitis. El glomérulo pierde su capacidad de retener proteínas; la caída de albúmina reduce la presión oncótica plasmática y la retención renal de sodio favorece acumulación de líquido. Ese líquido puede ocupar piernas, cavidad abdominal y espacio pleural. El conjunto orienta a síndrome nefrótico, cuya magnitud de proteinuria debe cuantificarse.

El antecedente de consumo de alcohol hace plausible investigar hepatopatía, pero no explica mejor la proteinuria marcada. Tampoco basta una ascitis para diagnosticar hipertensión portal: aparece por mecanismos distintos. En este caso, la orina aporta la pista del origen renal. El sedimento normal aleja un síndrome nefrítico, en el que se esperan hematuria glomerular y, a menudo, deterioro de función.

Dieciocho años de diabetes mal controlada hacen posible una enfermedad renal diabética, pero no prueban que sea la causa de toda proteinuria. La evolución, la retinopatía, los resultados previos y la presencia de datos atípicos ayudan a decidir si se necesita estudiar otra glomerulopatía. Una creatinina de 1,20 mg/dL no descarta daño glomerular: filtración de agua y solutos y retención de proteínas son funciones relacionadas, pero no equivalentes.

Todas las alternativas, una por una

A · Hipertensión portal por cirrosis hepática

> **No seleccionada en la grilla.** La cirrosis puede causar ascitis y edema por hipertensión portal, vasodilatación y retención de sodio. Sin embargo, no explica por sí sola las cuatro cruces de proteinuria, que aquí son el dato de mayor especificidad para pérdida renal.

Estigmas de hepatopatía crónica, plaquetopenia, alteración de síntesis, imágenes compatibles y estudio del líquido ascítico fortalecerían esta alternativa. Hepatopatía y lesión renal también podrían coexistir.

B · Cáncer de páncreas

> **No seleccionada en la grilla.** Una neoplasia pancreática puede producir pérdida de peso, dolor o ictericia y, en enfermedad avanzada, ascitis. El relato no aporta esos hallazgos; en cambio, sí muestra un mecanismo renal para la hipoalbuminemia.

Dolor epigástrico persistente irradiado al dorso, adelgazamiento inexplicado, ictericia obstructiva o una lesión pancreática en imágenes harían priorizar su investigación.

C · Síndrome nefrítico

> **No seleccionada en la grilla.** El síndrome nefrítico implica inflamación glomerular, típicamente con hematuria, cilindros hemáticos, hipertensión y posible caída del filtrado. El sedimento sin alteraciones y el predominio de pérdida proteica y edema favorecen el patrón nefrótico.

Orina oscura por hematuria, hematíes dismórficos, cilindros hemáticos y ascenso de creatinina cambiarían la interpretación. Existen formas mixtas, pero no se describen aquí.

Muestra Gratis

D · Síndrome depresivo

> **No seleccionada en la grilla.** Un síndrome depresivo no produce proteinuria intensa ni explica directamente ascitis y edema de esta magnitud. Tampoco se describen síntomas afectivos que constituyan el problema central.

Ánimo deprimido o pérdida persistente de interés, con síntomas asociados y repercusión, justificarían evaluarlo como comorbilidad; no reemplazaría el diagnóstico renal.

E · Síndrome nefrótico

> **Seleccionada en la grilla.** Es la alternativa que reúne los hallazgos: pérdida renal de proteínas, hipoalbuminemia y edema generalizado. La proteinuria de tira es semicuantitativa; el estudio siguiente debe establecer cuánto se pierde.

En adultos, la proteinuria en rango nefrótico suele superar 3,5 g en 24 horas. La cuantificación se interpreta junto con albúmina, edema y contexto, y después se investiga la causa.

F · Hipotiroidismo

> **No seleccionada en la grilla.** El hipotiroidismo puede causar aumento de peso y mixedema, pero no es la explicación principal de una proteinuria de cuatro cruces con anasarca. No se mencionan frío, constipación, bradicardia o piel seca.

TSH elevada y T4 libre disminuida confirmarían hipotiroidismo primario manifiesto en un cuadro compatible. El mixedema suele ser menos depresible que el edema por retención de líquido.

G · Asma

> **No seleccionada en la grilla.** El asma causa episodios de obstrucción variable y sibilancias; no explica la pérdida urinaria de proteínas. La menor entrada de aire basal puede relacionarse con líquido pleural.

Variabilidad de síntomas, desencadenantes y demostración de limitación reversible al flujo apoyarían asma, sin resolver por sí mismos los signos renales y abdominales.

H · Tuberculosis

> **No seleccionada en la grilla.** La tuberculosis puede producir enfermedad pleural o peritoneal, pero aquí no se describen fiebre prolongada, sudoración, pérdida de peso ni evidencia microbiológica. La asociación proteinuria intensa e hipoalbuminemia ofrece un mecanismo más directo.

Ascitis o derrame con características inflamatorias, síntomas constitucionales y estudios del foco compatibles obligarían a investigarla. No se diagnostica tuberculosis por un derrame aislado.

I · Insuficiencia renal

> **No seleccionada en la grilla.** La insuficiencia renal se define por deterioro de función, no por edema solamente. Una creatinina aislada de 1,20 mg/dL no demuestra insuficiencia renal y tampoco explica por sí sola la magnitud de la pérdida de proteínas.

El filtrado estimado, su evolución y las alteraciones metabólicas permiten valorar función. Puede coexistir insuficiencia renal con síndrome nefrótico, pero son conceptos distintos.

Muestra Gratis

J · Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

> **No seleccionada en la grilla.** La EPOC exige un contexto respiratorio y obstrucción persistente. Incluso si generara cor pulmonale y edema, no explicaría adecuadamente la proteinuria marcada del caso.

Disnea crónica, exposición a irritantes y espirometría obstructiva orientarían EPOC; signos de hipertensión pulmonar y congestión apoyarían una complicación cardíaca derecha.

Opción trampa · A · Cirrosis como explicación automática de toda ascitis

> El consumo de alcohol orienta una hipótesis, pero la pérdida intensa de proteínas por orina exige una explicación renal. Para atribuir ascitis a hipertensión portal se necesita evidencia adicional; un hígado palpable y la ascitis, aislados, no la demuestran.

Volvé al choice · C4.1
Mini repaso · MR012
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha K01
Siguiente card →

Muestra Gratis

CE013 | Final 2020/09 · Pregunta C4.2

Sergio: medir la pérdida de proteínas y la función renal

Volvé al choice · C4.2

Mini repaso · MR013

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha K01

El problema ya identificado es edema generalizado con albúmina baja y proteinuria de cuatro cruces. Esta pregunta distingue la cuantificación de esa pérdida de la evaluación del filtrado y de la búsqueda de su causa.

El choice

2- ¿Qué estudios complementarios solicitaría para confirmar su diagnóstico? (Seleccione una o más de una).

Respuesta de la grilla: **DJ**

Datos clave y en qué pensar

- **[Proteinuria expresada como cuatro cruces]:** Es un resultado semicuantitativo influido por concentración de la orina; falta medir la excreción de proteínas.
- **[Creatinina de 1,20 mg/dL]:** Debe interpretarse con edad, sexo y contexto. No garantiza función normal ni mide directamente la pérdida proteica.
- **[Diabetes de 18 años]:** Hace útil evaluar control metabólico y lesión renal asociada, pero no vuelve a la HbA1c una prueba confirmatoria del síndrome nefrótico.
- **[Edema e hipoalbuminemia]:** Dan significado clínico a la proteinuria; cuantificarla permite vincular la pérdida renal con ese fenotipo.

Explicación clínica del caso

La proteinuria de 24 horas transforma el hallazgo de la tira en una cantidad diaria. Eso permite documentar si la pérdida está en rango nefrótico y establecer una referencia para seguimiento. Una muestra mal recolectada puede distorsionar el resultado: omitir micciones subestima la pérdida. Un cociente proteína/creatinina en muestra aislada puede ser una alternativa apropiada, pero no aparece en el listado.

El clearance de creatinina aporta información sobre función renal y ayuda a planificar fármacos y seguimiento. No confirma por sí mismo el síndrome nefrótico: puede estar conservado mientras se pierden muchas proteínas. Por eso D y J cumplen funciones complementarias. La HbA1c estudia control de la diabetes y las serologías pueden ayudar a buscar causas secundarias, pero no reemplazan la cuantificación urinaria que falta.

Muestra Gratis

Todas las alternativas, una por una

A · Eritrosedimentación

> **No seleccionada en la grilla.** La eritrosedimentación es inespecífica y puede elevarse por cambios en las proteínas plasmáticas. No cuantifica proteinuria ni establece función renal.

Tendría valor complementario en una hipótesis inflamatoria concreta, junto con pruebas dirigidas; un resultado alto aislado no identifica una glomerulopatía.

B · Serología de hepatitis

> **No seleccionada en la grilla.** Las hepatitis virales pueden asociarse con enfermedades glomerulares, por lo que sus serologías pueden integrar el estudio etiológico. No son el paso que demuestra la magnitud de la pérdida proteica.

Se solicitan según antecedentes, sospecha de causas secundarias y eventual tratamiento inmunosupresor. Un resultado positivo exige interpretar infección actual o pasada y su relación con el cuadro renal.

C · Espirometría

> **No seleccionada en la grilla.** La espirometría mide flujo y volúmenes ventilatorios. No aclara el origen de una proteinuria intensa ni el mecanismo de la hipoalbuminemia.

Sería útil si existiera una sospecha de obstrucción crónica. Ante probable derrame pleural, la evaluación inicial es clínica e imagenológica, no una espirometría para confirmar edema renal.

D · Clearance de creatinina

> **Seleccionada en la grilla.** El clearance de creatinina permite valorar depuración renal y complementa la evaluación de este síndrome. Su utilidad es funcional: orienta gravedad renal, ajuste de fármacos y seguimiento.

La estimación del filtrado mediante ecuaciones se usa habitualmente sin recolectar orina. Si se mide clearance, la recolección debe ser adecuada y se recuerda que la secreción tubular de creatinina puede sobreestimar el filtrado.

E · Hemoglobina glicosilada

> **No seleccionada en la grilla.** La HbA1c estima exposición glucémica de los últimos meses y sería útil para el manejo de Sergio. No confirma la pérdida renal de proteínas, que es la pregunta diagnóstica pendiente.

Ayuda a definir control metabólico y objetivos terapéuticos. Anemia, alteraciones del recambio eritrocitario y enfermedad renal avanzada pueden dificultar su interpretación.

F · Baciloscopia de esputo

> **No seleccionada en la grilla.** Una baciloscopia busca micobacterias en esputo. El derrame y la disminución de aire basal, sin un síndrome tuberculoso descrito, no justifican usarla para confirmar nefrosis.

Tos persistente, síntomas constitucionales o imágenes compatibles harían estudiar tuberculosis con muestras y métodos adecuados al foco sospechado.

Muestra Gratis

G · TSH y T4 libre

> **No seleccionada en la grilla.** TSH y T4 libre estudian función tiroidea. Aunque el hipotiroidismo puede causar edema, no explican ni cuantifican la proteinuria marcada de Sergio.

Serían pertinentes si aparecieran signos tiroideos o una sospecha clínica asociada. Una alteración hormonal no sustituye la investigación glomerular.

H · TC de abdomen

> **No seleccionada en la grilla.** Una TC abdominal puede mostrar líquido o lesiones estructurales, pero no mide excreción proteica ni confirma el síndrome nefrótico. Ya hay datos físicos suficientes para sospechar ascitis.

Dolor focal, masa, complicación abdominal o una hipótesis estructural específica justificarían imágenes. El contraste requiere valorar función renal y necesidad real del estudio.

I · Tiempo de Quick

> **No seleccionada en la grilla.** El tiempo de Quick informa sobre coagulación y puede contribuir a evaluar síntesis hepática. No es la prueba que confirma pérdida de proteínas por la orina.

Tendría sentido ante sospecha relevante de hepatopatía, sangrado o preparación de un procedimiento. Debe distinguirse una evaluación de seguridad de una prueba diagnóstica renal.

J · Proteinuria de 24 horas

> **Seleccionada en la grilla.** La proteinuria de 24 horas cuantifica la pérdida que sugiere la tira. Permite determinar si alcanza rango nefrótico y seguir su evolución.

La recolección debe abarcar todas las micciones del período indicado. Si se usa una muestra aislada, un cociente proteína/creatinina estima excreción; la albuminuria/creatininuria aporta además información útil en diabetes.

Opción trampa · E · HbA1c frente a J · Proteinuria cuantificada

> La HbA1c puede mostrar mal control de la diabetes, pero no demuestra cuántas proteínas se pierden ni que la diabetes sea su causa. El examen está estudiando la lesión renal que produce edema, además del trastorno glucémico.

Precisión clínica

> D + J se mantiene como respuesta oficial. J cuantifica la pérdida proteica; D evalúa función renal. Un clearance normal no descarta el síndrome.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C4.1

Volvé al choice · C4.2

Mini repaso · MR013

Muestra Gratis

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha K01

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE014 | Final 2020/09 · Pregunta C4.3

Sergio: controlar la retención de líquido y la hiperglucemia

Volvé al choice · C4.3
Mini repaso · MR014
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha K01

Sergio presenta edema extenso y ascitis, albúmina de 2,2 g/dL, proteinuria marcada y glucemia de 3,2 g/L, equivalente a 320 mg/dL. No hay datos de broncoespasmo, depresión ni encefalopatía.

El choice

3- ¿Qué tratamiento le indicaría a Sergio en este momento, mientras aguarda los resultados de los estudios? (Seleccione una o más de una).

Respuesta de la grilla: **ABC**

Datos clave y en qué pensar

- **[Edema hasta muslos y ascitis]:** Existe acumulación clínicamente importante de líquido que necesita evaluación del volumen efectivo y un plan de eliminación controlada de sodio y agua.
- **[Glucemia de 3,2 g/L]:** Son 320 mg/dL: hiperglucemia relevante que requiere corrección y evaluación de descompensación, sin asumir automáticamente una crisis cetósica.
- **[Proteinuria marcada y albúmina baja]:** La pérdida de proteínas continúa; aportar albúmina no corrige por sí mismo la lesión glomerular.
- **[Creatinina aislada sin potasio informado]:** No alcanza para declarar seguro un diurético ahorrador de potasio. Es necesario conocer y controlar función renal y electrolitos.
- **[Tratamiento diabético irregular]:** La estrategia debe incluir seguimiento y educación, además de bajar la glucemia del momento.

Explicación clínica del caso

Hay dos problemas tratables mientras se completa la evaluación: acumulación de sodio y agua, y descompensación glucémica. Reducir sodio disminuye la carga que el riñón debe eliminar. Un diurético facilita el balance negativo, con vigilancia para no provocar hipovolemia, trastornos electrolíticos o lesión renal. La espironolactona pertenece a ese grupo, aunque no es la elección universal inicial para un edema nefrótico importante.

La glucemia de 320 mg/dL pese al manejo insuficiente previo hace razonable un esquema de insulina ajustable y supervisado. La insulina corrige hiperglucemia sin depender de que el páncreas produzca una respuesta suficiente a un secretagogo. Antes se evalúan síntomas, hidratación,

Muestra Gratis

potasio y, si corresponde por el cuadro, cetonas y equilibrio ácido-base. El número por sí solo no demuestra cetoacidosis ni estado hiperosmolar.

La selección oficial A + B + C se conserva. Para entenderla sin aprender una regla incorrecta, hay que separar la intención de eliminar líquido del fármaco preferido en toda situación: los diuréticos de asa suelen ser la base del tratamiento del edema nefrótico y la espironolactona puede ser complementaria, con riesgo de hiperpotasemia. Tampoco una albúmina baja obliga a infundir albúmina: mientras continúe la pérdida renal, el efecto puede ser transitorio y la expansión del volumen puede empeorar la congestión.

Todas las alternativas, una por una

A · Espironolactona

> **Seleccionada en la grilla.** La espironolactona reduce reabsorción de sodio mediada por aldosterona y puede contribuir al control de edema y presión. Esa es la función que cumple en la selección oficial de este caso.

En edema nefrótico significativo, el diurético de asa suele ser la base y la espironolactona puede agregarse según respuesta y potasio. No debe usarse sin controlar hiperpotasemia, función renal y otros fármacos que elevan potasio.

B · Dieta hiposódica

> **Seleccionada en la grilla.** Limitar sodio alimentario reduce la retención de agua asociada y mejora la eficacia del tratamiento diurético. Es especialmente relevante cuando el edema ya es generalizado.

La restricción se organiza con una alimentación suficiente y seguimiento del peso. Restringir líquidos es una decisión diferente, dependiente de natremia y estado de volumen; no se deduce automáticamente de indicar dieta hiposódica.

C · Insulinoterapia

> **Seleccionada en la grilla.** La insulinoterapia permite corregir una hiperglucemia de 320 mg/dL en un paciente clínicamente descompensado y con control previo inadecuado. El esquema se ajusta a ingesta, controles y función renal.

Se investiga si hay una urgencia metabólica antes de elegir el régimen. La necesidad de insulina durante esta etapa no demuestra que deba mantenerse el mismo esquema de manera indefinida.

D · Dieta hipohidrocarbonada

> **No seleccionada en la grilla.** La organización de hidratos forma parte del cuidado de la diabetes, pero una dieta hipohidrocarbonada como única intervención no resuelve esta hiperglucemia ni el edema. Su no selección no significa que la alimentación sea irrelevante.

Un plan nutricional individualizado debe acompañar el tratamiento, sin restricciones extremas ni pérdida innecesaria de masa muscular. La composición se adapta al estado renal y metabólico.

E · Hidroclorotiazida

> **No seleccionada en la grilla.** La hidroclorotiazida puede bajar presión y favorecer natriuresis, pero sola suele ser insuficiente frente a edema nefrótico extenso. No es la intervención diurética seleccionada en este examen.

Muestra Gratis

Un tiazídico puede agregarse a un diurético de asa en resistencia al tratamiento, bloqueando reabsorción en otro segmento tubular. Esa combinación requiere vigilancia estrecha de sodio, potasio y volumen.

F · Glibenclamida

> **No seleccionada en la grilla.** La glibenclamida depende de reserva pancreática y puede causar hipoglucemia prolongada, un riesgo mayor si cambia la ingesta o se deteriora la función renal. Ofrece menos flexibilidad que insulina ajustada en esta descompensación.

El tratamiento crónico posterior se define según función renal, riesgo cardiovascular, adherencia y posibilidad de seguimiento. No se agrega este fármaco por una glucemia aislada sin evaluar esos factores.

G · Lactulosa

> **No seleccionada en la grilla.** La lactulosa no trata la proteinuria ni elimina el sodio retenido. El consumo de alcohol no implica encefalopatía hepática, y no se describen alteraciones del sensorio o asterixis.

Podría estar indicada por constipación o encefalopatía hepática en otro contexto. Provocar diarrea aquí podría empeorar deshidratación efectiva y electrolitos sin resolver el mecanismo renal.

H · Albúmina

> **No seleccionada en la grilla.** La albúmina intravenosa no se administra de rutina para normalizar una cifra baja en síndrome nefrótico. Puede perderse nuevamente por orina y expandir de manera indeseada el volumen intravascular.

En casos seleccionados de edema resistente y volumen efectivo reducido puede considerarse bajo supervisión, a veces asociada a diurético. La decisión exige valorar perfusión y riesgo de congestión.

I · Corticoides y broncodilatadores inhalatorios

> **No seleccionada en la grilla.** No se describe obstrucción bronquial. La reducción del aire basal se explica mejor por líquido pleural que por broncoespasmo, y los inhaladores no corrigen esa acumulación.

Los corticoides sistémicos pueden tratar glomerulopatías específicas, pero no equivalen a esta opción inhalatoria ni deben iniciarse sin establecer una indicación etiológica.

J · Sertralina

> **No seleccionada en la grilla.** La sertralina no corrige edema, proteinuria ni hiperglucemia y no se describe un síndrome depresivo que la justifique. No corresponde trasladar a Sergio el tratamiento afectivo del caso anterior.

Sólo tendría lugar si una evaluación independiente detectara depresión u otra indicación válida, considerando interacciones y tolerancia.

Opción trampa · H · Reponer albúmina sólo porque la albúmina está baja

> La concentración plasmática baja es un dato del mecanismo, no una indicación automática de infusión. Si el líquido infundido expande una circulación ya congestionada, puede agravar disnea o edema pulmonar; el uso se reserva para situaciones seleccionadas y monitorizadas.

Muestra Gratis

Precisión clínica

> La respuesta oficial A + B + C permanece intacta. La espironolactona no debe aprenderse como primera opción universal del edema nefrótico: su lugar depende del esquema diurético y de la seguridad renal y electrolítica.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C4.1

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C4.2

Volvé al choice · C4.3

Mini repaso · MR014

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha K01

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE015 | Final 2020/09 · Pregunta C5.1

Dolor en hipocondrio derecho: vesícula y pulmón pueden parecerse

Volvé al choice · C5.1

Mini repaso · MR015

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha A05

El choice

> Caso clínico N.º 5. 1- Usted está desempeñándose en el Servicio de Emergencias cuando se presenta Susana, de 54 años, quien consulta por dolor constante e intenso en el cuadrante superior derecho del abdomen. El dolor comenzó hace aproximadamente 6 horas, poco después de cenar. Unos minutos después del comienzo del dolor vomitó, sin que ello atenúe los síntomas. Dorita le refiere haber tenido varias semanas atrás un episodio similar al actual, aunque menos intenso y que cedió espontáneamente a las pocas horas. Ella no consultó en esa ocasión por no considerarlo importante. Terminado el interrogatorio se le realiza el examen físico, que muestra una obesidad moderada y 38,2 °C de temperatura axilar. Hay defensa en hipocondrio derecho y dolor a la compresión que incrementa con la inspiración profunda. Los ruidos intestinales son normales. El resto del examen es normal. El recuento de glóbulos blancos realizado en guardia es de 14.000/mm³. ¿Cuáles son los diagnósticos iniciales más probables en esta paciente? (Marque 3 diagnósticos probables).

Respuesta de la grilla: **ACF**

Datos clave y en qué pensar

- **[Dolor posprandial y episodio semejante previo autolimitado]:** Sugieren enfermedad litiásica: una obstrucción transitoria anterior puede preceder a una complicación inflamatoria.
- **[Seis horas de dolor intenso, temperatura de 38,2 °C y 14.000 leucocitos/mm³]:** La persistencia con respuesta inflamatoria favorece colecistitis sobre cólico biliar simple; la duración aislada no basta para decidir.
- **[Defensa y dolor al inspirar durante la palpación subcostal]:** El movimiento de la vesícula inflamada puede reproducir el dolor. El signo apoya una localización biliar, pero se integra con imágenes.
- **[Dolor en abdomen superior derecho con fiebre]:** También puede originarse en pleura y pulmón basales; una neumonía derecha puede simular abdomen agudo.
- **[Vómitos sin alivio]:** Acompañan un proceso visceral agudo; no prueban una gastritis ni hacen que el problema sea exclusivamente digestivo alto.

Muestra Gratis

Explicación clínica del caso

El episodio actual sugiere sobre todo colecistitis aguda: el dolor permanece intenso, hay fiebre, leucocitosis y defensa localizada. Una obstrucción persistente del conducto cístico distiende e inflama la vesícula. Cuando la paciente inspira, el hígado y la vesícula descienden hacia la mano que palpa; el aumento del dolor en esa maniobra es compatible con Murphy. El antecedente de un episodio posprandial que cedió solo apoya litiasis sintomática previa.

El cólico biliar queda entre las hipótesis iniciales porque una obstrucción transitoria también causa dolor intenso en epigastrio o hipocondrio derecho. Su nombre puede engañar: muchas veces el dolor es sostenido durante el episodio, no necesariamente en oleadas. Lo que vuelve menos probable un cólico no complicado ahora es la asociación de persistencia, fiebre y signos inflamatorios.

La neumonía basal derecha es el diferencial extraabdominal que el choice exige reconocer. Una infección junto al diafragma puede inflamar la pleura vecina y producir dolor referido al abdomen superior. Puede dominar el dolor abdominal y no haber una tos llamativa al comienzo. No explica tan bien como la colecistitis el conjunto de esta paciente, pero sí merece búsqueda dirigida mediante examen torácico e imagen. A + C + F reúne hipótesis para estudiar, no tres enfermedades simultáneamente confirmadas.

Todas las alternativas, una por una

A · Cólico biliar

> **Seleccionada en la grilla.** El antecedente de dolor luego de comer que cedió espontáneamente es compatible con obstrucción biliar transitoria. Permite incluir cólico biliar en el diagnóstico inicial de un nuevo episodio semejante.

Para considerar el cuadro actual un cólico no complicado se esperaría resolución del dolor y ausencia de fiebre, defensa persistente o inflamación sistémica relevante. Los datos actuales hacen preferir colecistitis.

B · Infección urinaria alta

> **No seleccionada en la grilla.** Una pielonefritis puede causar fiebre, vómitos y dolor del flanco, pero no se describen disuria, polaquiuria, dolor lumbar o puñopercusión renal positiva. El patrón posprandial con dolor subcostal inspiratorio orienta mejor hacia vesícula.

Síntomas urinarios, dolor en ángulo costovertebral y piuria darían sustento a infección urinaria alta. El urocultivo identificaría luego el agente y ayudaría a ajustar tratamiento.

C · Colecistitis aguda

> **Seleccionada en la grilla.** La suma de dolor sostenido, fiebre, leucocitosis y signo compatible con Murphy hace a la colecistitis la principal hipótesis. La obstrucción cística mantenida genera distensión e inflamación vesicular.

La ecografía puede mostrar litiasis, engrosamiento de pared, distensión, líquido perivesicular o Murphy ecográfico. Ningún hallazgo aislado debe interpretarse sin el cuadro clínico.

Muestra Gratis

D · Pericarditis aguda

> **No seleccionada en la grilla.** La pericarditis suele producir dolor torácico que cambia con postura y respiración; puede haber roce y alteraciones electrocardiográficas. No integra bien los episodios posprandiales localizados en hipocondrio derecho.

Dolor precordial que mejora al inclinarse hacia adelante, roce o cambios difusos del ST y PR aumentarían la sospecha. El dolor atípico aislado no la vuelve imposible, pero no es una de las hipótesis principales del relato.

E · Úlcera gastroduodenal

> **No seleccionada en la grilla.** Una úlcera puede causar dolor epigástrico relacionado con comidas, pero la fiebre y la defensa localizada en área vesicular no son el patrón de una úlcera no complicada. No se aportan antecedentes de dolor urente, sangrado o uso de antiinflamatorios.

Dolor súbito con irritación peritoneal generalizada haría pensar en perforación ulcerosa; hematemesis o melena orientarían a sangrado. Esos cuadros requieren otro abordaje urgente, no asumir colecistitis por proximidad anatómica.

F · Neumonía

> **Seleccionada en la grilla.** Una neumonía del lóbulo inferior derecho puede irritar la pleura diafragmática y dar dolor referido a hipocondrio derecho, acompañado de fiebre. La ausencia de tos intensa no la excluye al inicio.

Crepitantes focales, hipoxemia o un infiltrado basal reforzarían esta alternativa. Una radiografía dirigida al tórax ayuda a separar una causa pulmonar de una inflamación vesicular.

Opción trampa · F · Neumonía cuando la queja principal es abdominal

> La localización percibida del dolor no siempre coincide con el órgano afectado. La irritación pleural diafragmática puede sentirse en el abdomen superior; por eso hay que relacionar respiración, auscultación y radiografía con un dolor febril subcostal.

Volvé al choice · C5.1
Mini repaso · MR015
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha A05
Siguiente card →

Muestra Gratis

CE016 | Final 2020/09 · Pregunta C5.2

Dolor biliar febril: qué aporta cada estudio inicial

Volvé al choice · C5.2
Mini repaso · MR016
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha A05

La paciente tiene dolor sostenido en hipocondrio derecho, fiebre y leucocitosis. Los estudios del listado exploran tres territorios que pueden producir dolor en esa región: pulmón basal, páncreas y sistema hepatobiliar.

El choice

2- ¿Qué exámenes solicita para tratar de aclarar su impresión diagnóstica? (Seleccione una o más de una).

Respuesta de la grilla: **BEF**

Datos clave y en qué pensar

- **[Fiebre con dolor subcostal derecho]:** Un foco pulmonar basal sigue siendo posible: la radiografía de tórax contesta esa hipótesis concreta.
- **[Dolor y vómitos en un posible cuadro litiásico]:** Un cálculo puede afectar también la salida pancreática; se investiga pancreatitis si la clínica y las enzimas la apoyan.
- **[Sospecha de origen biliar]:** Bilirrubina y enzimas de colestasis ayudan a detectar compromiso más allá del conducto cístico.
- **[Sin síndrome urinario ni dolor lumbar informado]:** El urocultivo no es el estudio inicial más dirigido a las hipótesis principales de este caso.

Explicación clínica del caso

La radiografía de tórax busca el diferencial que no se ve mirando sólo el abdomen: una condensación basal derecha. La amilasa explora una posible lesión pancreática, que puede relacionarse con litiasis, aunque una elevación pequeña no confirma pancreatitis. El hepatograma caracteriza si hay lesión hepatocelular o dificultad para el flujo de bilis, información que puede hacer sospechar compromiso de la vía biliar principal.

B + E + F no son tres maneras de confirmar lo mismo. La imagen torácica busca un foco alternativo, la enzima pancreática evalúa otro órgano y el perfil hepático ayuda a localizar el problema biliar. Para estudiar la vesícula, la ecografía sigue siendo fundamental aunque no figure entre estas seis alternativas. En la práctica actual, la lipasa suele preferirse a la amilasa para pancreatitis por su rendimiento y duración de elevación; eso no modifica la letra E del examen.

Muestra Gratis

Todas las alternativas, una por una

A · Urocultivo

> **No seleccionada en la grilla.** El urocultivo investiga infección bacteriana urinaria, pero faltan síntomas y hallazgos que la conviertan en una de las principales causas de este dolor. No estudia vesícula ni pulmón.

Si aparecieran piuria, disuria o dolor en ángulo costovertebral con fiebre, se obtendría una muestra adecuada, idealmente antes del antibiótico cuando eso no retrase una atención urgente.

B · Rx de tórax

> **Seleccionada en la grilla.** La radiografía puede revelar un infiltrado basal derecho que explique fiebre y dolor referido. Es el estudio del listado que evalúa directamente la hipótesis de neumonía.

Una placa sin hallazgos reduce el apoyo para un foco visible, pero no descarta todas las neumonías tempranas. La interpretación depende de calidad, evolución y signos respiratorios.

C · LDH

> **No seleccionada en la grilla.** La LDH es un marcador inespecífico de lesión celular. No confirma cólico, colecistitis o pancreatitis y no localiza una infección pulmonar.

Tiene aplicaciones en problemas concretos, como hemólisis o análisis de determinados líquidos, siempre combinada con otros datos. Una elevación aislada aquí no resolvería el diagnóstico.

D · Serología Helicobacter pylori

> **No seleccionada en la grilla.** La serología de Helicobacter pylori no aclara un dolor febril agudo con defensa subcostal. Además, los anticuerpos pueden persistir después de una infección pasada y no prueban actividad actual.

En una evaluación de dispepsia o enfermedad ulcerosa se elige una prueba apropiada para infección activa según contexto. Si se sospecha perforación, la prioridad es identificar y tratar esa complicación, no esperar serología.

E · Amilasa

> **Seleccionada en la grilla.** La amilasa permite explorar afectación pancreática en un episodio que podría ser litiásico. Se interpreta con la clínica y con cuánto supera el límite normal; pequeñas elevaciones ocurren también en otras enfermedades.

Para pancreatitis se integran dolor característico, elevación relevante de enzimas y hallazgos de imagen, habitualmente con dos de esos tres componentes. La lipasa suele ser preferible cuando está disponible.

F · Hepatograma

> **Seleccionada en la grilla.** El hepatograma permite distinguir elevación predominante de aminotransferasas de un patrón colestásico y medir bilirrubina. En un cuadro biliar, la colestasis aumenta la preocupación por obstrucción de la vía principal.

Una alteración del perfil hepático orienta el estudio, pero no demuestra por sí sola un cálculo en colédoco. La localización y la necesidad de procedimientos se definen con imágenes y evolución.

Muestra Gratis

Opción trampa · C · LDH como supuesto análisis para localizar cualquier lesión

La LDH se libera desde muchos tejidos y aumenta en situaciones muy diferentes. No distingue por sí sola vesícula, pulmón o páncreas; un resultado anormal agregaría poca información útil frente a pruebas dirigidas a cada hipótesis.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C5.1

Volvé al choice · C5.2

Mini repaso · MR016

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha A05

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE017 | Final 2020/09 · Pregunta C5.3

Bilirrubina directa y fosfatasa alcalina: buscar obstrucción biliar

Volvé al choice · C5.3
Mini repaso · MR017
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha A05

A la clínica biliar febril se agregan fosfatasa alcalina de 854 UI, bilirrubina total de 4 mg/dL y directa de 2,6 mg/dL. La amilasa es de 146 UI para un límite superior de 120. La radiografía no describe una condensación pulmonar.

El choice

3- Usted recibe la radiografía de tórax de la paciente con un índice cardíaco en el límite. El laboratorio: GOT 64 UI (VN 20 UI), GPT 66 UI (VN 20 UI), amilasa 146 UI (VN 90 a 120 UI), glucemia 0,88 mg/dL, fosfatasa alcalina 854 UI (VN hasta 240), bilirrubina total 4 mg/dL, bilirrubina directa 2,6 mg/dL. Serología pendiente. Luego de analizar estos resultados, usted decide seguir estudiando a la paciente y solicita nuevos estudios. ¿Cuáles? (Seleccione 3 opciones).

Respuesta de la grilla: **ABC**

Datos clave y en qué pensar

- **[Fosfatasa alcalina 854 UI con límite de 240]:** Es aproximadamente 3,6 veces el límite superior: aporta una señal colestásica que requiere localizar su origen.
- **[Bilirrubina directa 2,6 de un total de 4 mg/dL]:** Predomina la fracción conjugada; en este dolor biliar hace investigar dificultad de excreción o drenaje.
- **[GOT 64 y GPT 66 con límite informado de 20]:** Hay lesión celular asociada, pero las aminotransferasas también pueden subir durante obstrucción biliar.
- **[Amilasa 146 con límite superior de 120]:** El aumento es pequeño y no alcanza por sí solo el criterio enzimático típico de pancreatitis.
- **[Fiebre previa más colestasis actual]:** Obliga a valorar infección de la vía biliar y su gravedad, además de inflamación vesicular.

Explicación clínica del caso

Los resultados obligan a estudiar la vía biliar, no sólo a etiquetar dolor de vesícula. La fosfatasa alcalina supera tres veces su límite superior y la mayor parte de la bilirrubina es conjugada. Ese patrón es compatible con colestasis. Las aminotransferasas también aumentan, pero una elevación de GOT/GPT no convierte automáticamente el cuadro en hepatitis primaria. En este contexto hay que buscar un obstáculo al flujo biliar y valorar infección asociada.

Muestra Gratis

La ecografía es la primera imagen dirigida: examina vesícula, cálculos y calibre de la vía biliar. La TC abdominal puede agregar información sobre complicaciones, diagnósticos alternativos o anatomía cuando persisten dudas; no debe aprenderse como obligatoria después de toda ecografía ni como la mejor prueba para cualquier cálculo del colédoco. Si hace falta estudiar específicamente la vía principal, existen colangiorresonancia y ecoendoscopia según probabilidad y disponibilidad.

El tiempo de Quick evalúa coagulación: es relevante si puede requerirse un procedimiento y ayuda a valorar síntesis de factores o déficit de vitamina K asociado a colestasis. La amilasa apenas supera el límite normal, por lo que no demuestra pancreatitis. Finalmente, fiebre y colestasis hacen buscar colangitis, pero la intensidad y urgencia de un drenaje se deciden con el conjunto clínico, disfunción orgánica e imágenes, no con un valor de bilirrubina aislado.

Todas las alternativas, una por una

A · Tiempo de Quick

> **Seleccionada en la grilla.** El tiempo de Quick ayuda a conocer la coagulación antes de una posible intervención y aporta información sobre producción de factores dependientes de la función hepática. La colestasis prolongada también puede interferir con absorción de vitamina K.

Una alteración debe interpretarse con antecedentes de anticoagulación, síntesis hepática, déficit vitamínico y gravedad sistémica. No confirma por sí misma la obstrucción biliar.

B · Ecografía hepática

> **Seleccionada en la grilla.** La ecografía permite buscar cálculos, signos de inflamación vesicular y dilatación de conductos. Es la imagen inicial más directamente relacionada con el cuadro doloroso y colestásico.

Una ecografía sin cálculo visible no excluye toda coledocolitiasis. Si la sospecha de obstrucción principal persiste, se decide otro estudio según riesgo y situación clínica.

C · TAC de abdomen

> **Seleccionada en la grilla.** La TC abdominal puede mostrar complicaciones inflamatorias, colecciones, perforación, masas u otra causa del dolor. Esa capacidad complementaria explica su lugar en la respuesta oficial.

No es imprescindible en toda colecistitis típica confirmada por ecografía ni detecta igual de bien todos los cálculos. Se reserva cuando su información cambia la conducta; la vía biliar puede requerir colangiorresonancia o ecoendoscopia.

D · Colonoscopia

> **No seleccionada en la grilla.** La colonoscopia examina la mucosa colónica y no localiza una obstrucción biliar. La preparación y el procedimiento tampoco son adecuados como respuesta inicial a este abdomen agudo.

Sangrado digestivo bajo, cambios persistentes del hábito intestinal u otra sospecha colónica podrían indicarla en un contexto apropiado. No sustituye imágenes hepatobiliares.

Muestra Gratis

E · Gastroduodenoscopia

> **No seleccionada en la grilla.** La gastroduodenoscopia evalúa mucosa esofagogastroduodenal, pero no explica directamente el patrón colestásico. No se describen sangrado alto ni síntomas que hagan priorizar una lesión mucosa.

Una hemorragia digestiva alta o una sospecha ulcerosa definida podrían justificar endoscopia. No debe confundirse la endoscopia digestiva convencional con una CPRE destinada al sistema biliar.

F · TC de tórax

> **No seleccionada en la grilla.** La TC de tórax no responde a la alteración predominante del laboratorio ni a la localización biliar del caso. Un índice cardíaco límite en la radiografía no establece una enfermedad que requiera esa TC.

Sería pertinente si hubiera una hipótesis torácica concreta no resuelta por estudios iniciales. Para valorar función cardíaca, cuando está indicado, la ecocardiografía responde una pregunta distinta.

Opción trampa · C · Confundir una TC complementaria con el primer estudio de la vesícula

> La respuesta oficial incluye TC, pero su función no es desplazar a la ecografía. La ecografía abre la evaluación biliar; la TC se justifica por dudas, complicaciones o alternativas. Para cálculos del colédoco, pueden ser más apropiadas otras imágenes dirigidas.

Precisión clínica

> Se mantiene A + B + C. La TC es complementaria, no obligatoria en toda colecistitis. La glucemia figura como 0,88 mg/dL en el enunciado recibido: esa unidad no es clínicamente interpretable como un valor habitual y no se utiliza para inferir una alteración metabólica.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C5.2

Volvé al choice · C5.3

Mini repaso · MR017

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha A05

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE018 | Final 2020/09 · Pregunta C5.4

Cuadro biliar complicado: observación activa y evaluación quirúrgica

Volvé al choice · C5.4
Mini repaso · MR018
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha A05

La paciente continúa con un cuadro de dolor biliar febril, defensa, leucocitosis y alteración colestásica del laboratorio. No se describen shock ni peritonitis generalizada.

El choice

4- Además, ¿cuáles de las siguientes conductas adoptaría? Seleccione dos opciones.

Respuesta de la grilla: **AF**

Datos clave y en qué pensar

- **[Fiebre y leucocitosis con defensa localizada]:** Sostienen un proceso inflamatorio o infeccioso que necesita evaluación y tratamiento en un ámbito supervisado.
- **[Colestasis en un episodio doloroso]:** Hace considerar compromiso de la vía principal y modifica el plan de resolución; no alcanza con calmar el espasmo.
- **[Sin shock ni peritonitis difusa descritos]:** Permite coordinar estudios y preparación sin justificar una operación ciega e inmediata.
- **[Vómitos y dolor persistente]:** Pueden impedir tolerancia oral y hacen necesario reevaluar hidratación y analgesia antes de pensar en alta.

Explicación clínica del caso

El dolor sostenido con fiebre y defensa no corresponde a un alta para esperar 48 horas en casa. La observación en urgencias permite controlar signos vitales, evolución del dolor, hidratación y aparición de sepsis, mientras se completan imágenes. Se inicia analgesia, aporte de líquidos según estado circulatorio y tratamiento antibiótico cuando la evaluación sostiene infección biliar. La preparación para un procedimiento puede requerir ayuno y medidas de seguridad.

La consulta con cirugía debe avanzar durante esa evaluación. El objetivo es definir si corresponde colecistectomía y si existe una obstrucción principal que requiera otra intervención, incluida participación endoscópica. Observar no significa posponer indefinidamente el control del foco. A la vez, una persona estable puede beneficiarse de imágenes y preparación antes de operar: la alternativa de quirófano inmediato sin estudios no describe esa secuencia razonable.

La colestasis no convierte el cuadro automáticamente en un problema exclusivo de hepatología. Una obstrucción o infección biliar requiere coordinación entre los equipos capaces de resolverla. Si

Muestra Gratis

aparecen hipotensión, alteración de conciencia o deterioro orgánico, la estabilización y el control urgente del foco se aceleran; no se espera una consulta ambulatoria ni la evolución espontánea.

Todas las alternativas, una por una

A · Inicia tratamiento y mantiene en observación a Dorita en el servicio de urgencias.

> **Seleccionada en la grilla.** Mantenerla en urgencias permite tratar síntomas, vigilar evolución y completar el diagnóstico de un cuadro potencialmente complicado. Es coherente con fiebre, defensa y colestasis.

La observación debe tener objetivos y reevaluaciones: perfusión, diuresis, tolerancia, dolor y necesidad de control del foco. No reemplaza la consulta quirúrgica ni un ingreso si lo necesita.

B · Indica estudios y le programa una visita de seguimiento para dentro de 48 horas por consultorios externos.

> **No seleccionada en la grilla.** Programar control ambulatorio en 48 horas deja sin supervisión un posible foco biliar infectado u obstructivo. Los datos actuales no permiten considerar resuelto o leve el episodio.

El seguimiento ambulatorio puede corresponder a un cólico que cedió, sin signos sistémicos ni complicaciones y con un plan accesible. Esa descripción no coincide con esta paciente.

C · Indica dieta líquida y analgésicos antiespasmódicos y la envía al domicilio con indicación de regresar si el cuadro no cede en 48 horas.

> **No seleccionada en la grilla.** Dieta líquida y antiespasmódicos no tratan una vesícula inflamada o una vía biliar infectada. Esperar otros dos días en casa puede retrasar la identificación de deterioro.

Una estrategia sintomática domiciliaria sólo se considera tras excluir complicaciones y comprobar estabilidad, resolución del dolor y tolerancia. El alivio transitorio no prueba que desapareció la causa.

D · La lleva al quirófano para una operación inmediata sin esperar otros estudios

> **No seleccionada en la grilla.** No se describen signos que obliguen a omitir toda evaluación antes de operar. Las imágenes ayudan a distinguir enfermedad vesicular, compromiso del colédoco y otras causas, y la preparación reduce riesgos.

Peritonitis generalizada, perforación o inestabilidad pueden requerir control del foco sin demoras evitables, junto con reanimación. Aun entonces se realiza la evaluación necesaria para actuar con seguridad.

E · Solicita consulta inmediata con especialista en hepatología.

> **No seleccionada en la grilla.** La consulta exclusiva e inmediata con hepatología no ofrece el abordaje principal de un cuadro que parece biliar y potencialmente quirúrgico. La elevación de enzimas no demuestra una hepatitis que explique todo.

Hepatología puede participar si existe lesión hepática primaria, enfermedad crónica compleja o dudas etiológicas. Si se necesita drenaje biliar, se coordina además con los equipos intervencionistas apropiados.

Muestra Gratis

F · Solicita consulta con el residente de Cirugía General y le transfiere la paciente.

> **Seleccionada en la grilla.** La valoración por cirugía permite definir resolución vesicular y coordinar el manejo de posibles complicaciones. Por eso se selecciona junto con tratamiento y observación.

La transferencia debe ser coordinada, con información clínica y sostén en curso. Si predomina obstrucción de la vía principal o colangitis, puede requerirse colaboración con endoscopia para drenaje.

Opción trampa · D · Confundir urgencia quirúrgica con operar sin evaluación

> La intervención oportuna exige reconocer y tratar una complicación; no implica saltarse estabilización e imágenes útiles en una persona estable. Si hubiera shock o peritonitis generalizada, la evaluación y el control del foco se harían de forma urgente y coordinada.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C5.3

Volvé al choice · C5.4

Mini repaso · MR018

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha A05

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE019 | Final 2020/09 · Pregunta C5.5

Disnea súbita y pantorrilla aumentada: un mismo proceso venoso

Volvé al choice · C5.5
Mini repaso · MR019
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha V01

El choice

> 5- Pasados diez días desde el inicio del cuadro, Dorita, luego de haber recibido el tratamiento adecuado, se recupera satisfactoriamente cuando, de manera aguda, comienza con disnea y dolor en el costado derecho del tórax que se incrementa con la inspiración. La paciente no tiene tos ni expectoración. La frecuencia de pulso es de 115 latidos por minuto, la presión arterial 140/80 mmHg y la frecuencia respiratoria 26 por minuto. La temperatura axilar es de 37,6 °C. No hay distensión yugular y la auscultación pulmonar presenta roncus y sibilancias. La auscultación cardíaca es normal. Los ruidos abdominales son normales. La hemoglobina es de 14,5 g/dL y el recuento de blancos de 8.000/mm³. Dolor y aumento de tamaño en pantorrilla derecha. En la radiografía de tórax no se evidencian alteraciones patológicas. ¿Qué diagnósticos considera más probables? (Marque dos opciones).

Respuesta de la grilla: **CE**

Datos clave y en qué pensar

- **[Disnea de comienzo agudo y dolor que aumenta al inspirar]:** Sugieren un proceso cardiopulmonar súbito; el carácter pleurítico es compatible con embolia periférica, entre otros diagnósticos.
- **[Pantorrilla derecha dolorosa y aumentada de tamaño]:** Orienta a obstrucción venosa unilateral y ofrece una fuente posible para embolización pulmonar.
- **[Pulso de 115 y frecuencia respiratoria de 26]:** Muestran repercusión fisiológica objetiva; no deben atribuirse a ansiedad sin explicar el resto del cuadro.
- **[Radiografía sin alteraciones y sin expectoración]:** No sostienen una neumonía visible y son compatibles con embolia, que puede no alterar la placa.
- **[Roncus y sibilancias]:** No son exclusivos de asma; el contexto trombótico tiene mayor peso que un ruido respiratorio aislado.
- **[Presión arterial conservada]:** No hay shock descrito, pero el riesgo debe completarse con evaluación clínica y repercusión cardíaca.

Muestra Gratis

Explicación clínica del caso

La asociación más explicativa es trombosis venosa profunda en la pierna y embolia pulmonar. Un trombo del sistema venoso puede desprenderse, atravesar cavidades derechas y alojarse en arterias pulmonares. Allí altera la perfusión de zonas ventiladas, aumenta la resistencia vascular y puede provocar disnea, taquicardia y dolor pleurítico. El dolor y aumento unilateral de tamaño de la pantorrilla aportan un posible foco de origen.

La radiografía normal no descarta embolia: el problema está inicialmente en vasos y no tiene por qué producir una condensación visible. Tampoco las sibilancias prueban asma; puede existir broncoconstricción asociada a embolia. En esta paciente, un diagnóstico que vincule pierna y pulmón explica más hallazgos que dos procesos independientes o una crisis de pánico.

Una presión de 140/80 mmHg indica que no se describe hipotensión en ese momento, pero no vuelve inocuo el cuadro ni excluye disfunción del ventrículo derecho. La atención reciente por enfermedad biliar aporta un contexto en el que hay que preguntar por movilidad y procedimientos. El relato no permite inventar una cirugía concreta: la sospecha de embolia ya está bien sostenida por los signos actuales.

Todas las alternativas, una por una

A · Neumonía intrahospitalaria

> **No seleccionada en la grilla.** Una neumonía hospitalaria puede aparecer durante una internación, pero aquí no hay una nueva opacidad, fiebre franca ni expectoración que la sostengan. El inicio súbito con signos unilaterales de trombosis tiene una explicación vascular más fuerte.

Un infiltrado nuevo o progresivo con datos de infección respiratoria, aparecido después del ingreso y no incubándose al inicio, daría fundamento a neumonía hospitalaria. El tiempo transcurrido por sí solo no la diagnostica.

B · Neumotórax

> **No seleccionada en la grilla.** El neumotórax puede causar disnea y dolor pleurítico abruptos, pero suele aportar hallazgos unilaterales de aire pleural y no explica la pantorrilla dolorosa. La radiografía informada como normal no lo apoya.

Disminución marcada del murmullo de un lado, línea pleural o ausencia de deslizamiento en ecografía aumentarían la sospecha. Si hubiese neumotórax a tensión con inestabilidad, se trata sin esperar confirmación radiográfica.

C · Trombosis venosa profunda

> **Seleccionada en la grilla.** La tumefacción dolorosa unilateral de la pantorrilla es compatible con trombosis venosa profunda. Junto al cuadro torácico, representa un posible componente de la misma enfermedad tromboembólica.

Se confirma habitualmente con ecografía venosa por compresión y Doppler. El examen clínico no distingue con certeza un trombo de todas sus imitaciones, como lesión muscular o quiste de Baker roto.

Muestra Gratis

D · Asma bronquial

> **No seleccionada en la grilla.** El asma puede causar disnea y sibilancias, pero no explica el edema doloroso unilateral de la pierna. Tampoco se describen antecedentes de episodios variables, desencadenantes o diagnóstico previo.

Una historia de obstrucción variable y episodios recurrentes, con evaluación funcional compatible cuando esté estable, apoyaría asma. No debe usarse esa posibilidad para cerrar prematuramente este episodio.

E · Tromboembolismo pulmonar

> **Seleccionada en la grilla.** El tromboembolismo pulmonar reúne disnea repentina, dolor pleurítico, taquicardia, taquipnea y signos de posible TVP. La radiografía puede ser normal porque no muestra directamente la circulación arterial pulmonar.

La confirmación y la valoración de gravedad requieren estudios apropiados. Ausencia de hipotensión no excluye embolia ni permite decidir sola el ámbito de tratamiento.

F · Crisis de pánico

> **No seleccionada en la grilla.** El pánico puede dar sensación de falta de aire, dolor y taquicardia, pero no explica una pantorrilla objetivamente aumentada y dolorosa. Atribuir el conjunto a ansiedad dejaría sin estudiar una causa potencialmente grave.

Después de una evaluación suficiente que descarte causas orgánicas urgentes, el patrón de episodios y síntomas psicológicos puede apoyar pánico. La angustia también puede ser consecuencia de una embolia.

Opción trampa · D · Asma por escuchar sibilancias

> Las sibilancias indican estrechamiento de vía aérea, no su causa. La aparición brusca con dolor pleurítico y una pierna tumefacta exige investigar tromboembolismo; un broncodilatador no elimina un coágulo de la circulación pulmonar.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C5.4

Volvé al choice · C5.5 | **Mini repaso · MR019**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha V01**

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE020 | Final 2020/09 · Pregunta C5.6

Confirmar trombos: ecografía venosa y angio-TC pulmonar

Volvé al choice · C5.6
Mini repaso · MR020
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha V05

La sospecha es TVP con embolia pulmonar por disnea súbita, dolor pleurítico, taquicardia y pantorrilla derecha dolorosa y aumentada. La presión es 140/80 mmHg y la radiografía no muestra alteraciones.

El choice

6- ¿Qué métodos complementarios indicaría para confirmar su impresión diagnóstica? (Seleccione dos opciones).

Respuesta de la grilla: **DE**

Datos clave y en qué pensar

- **[Dolor y aumento unilateral de pantorrilla]:** La ecografía venosa puede demostrar una vena no compresible y caracterizar el territorio trombosado.
- **[Disnea y dolor pleurítico con sospecha vascular]:** La angio-TC busca defectos de llenado en arterias pulmonares; una TC torácica sin protocolo adecuado no responde la misma pregunta.
- **[Presión arterial conservada]:** No se describe una situación de shock que obligue a priorizar una estrategia diagnóstica inmediata a la cabecera por imposibilidad de traslado.
- **[Radiografía normal]:** No elimina la sospecha; hace falta un estudio capaz de evaluar vasos cuando la probabilidad clínica lo justifica.
- **[Taquipnea]:** Puede disminuir CO_2 por hiperventilación. La gasometría mide esa consecuencia, no el trombo.

Explicación clínica del caso

La ecografía venosa con compresión y Doppler examina el territorio de la pierna. Una vena normalmente puede colapsarse al comprimirla con el transductor; si está ocupada por un trombo, puede no hacerlo. La angio-TC usa contraste sincronizado con la circulación pulmonar para mostrar defectos de llenado en sus arterias. Cada estudio aporta evidencia anatómica del trombo en un territorio distinto.

Gasometría y saturación describen repercusión respiratoria, pero no identifican la causa. Una embolia puede generar hipoxemia y descenso de CO_2 por hiperventilación, aunque esos cambios

Muestra Gratis

también aparecen en otras enfermedades y pueden faltar. El ECG puede ayudar con diferenciales y repercusión cardíaca, pero no confirma ni excluye el diagnóstico por sí solo.

D + E se conserva como selección del examen. En la atención real no todas las personas requieren ambos estudios de manera obligatoria: una TVP proximal demostrada, junto con sospecha de embolia, puede ser suficiente para establecer enfermedad tromboembólica y comenzar tratamiento en determinados escenarios. Si el objetivo es documentar la circulación pulmonar en una paciente estable, la angio-TC es el estudio dirigido del listado. Se revisan contraindicación al contraste, función renal y disponibilidad de alternativas.

Todas las alternativas, una por una

A · Determinación de gases en sangre (PO_2 y PCO_2)

> **No seleccionada en la grilla.** La gasometría puede mostrar hipoxemia y alcalosis respiratoria, y ayuda a valorar insuficiencia respiratoria. Esos resultados no identifican una embolia y una gasometría normal tampoco la descarta.

Se solicita si hace falta precisar oxigenación, ventilación o equilibrio ácido-base por gravedad o dudas de manejo. Su utilidad es fisiológica, no la demostración anatómica del coágulo.

B · Saturometría

> **No seleccionada en la grilla.** La saturometría es útil de inmediato para monitorizar oxigenación y orientar soporte. No permite distinguir embolia de neumonía, asma u otras causas, ni excluir embolia si el valor es normal.

Una saturación baja exige comprobar la lectura y tratar hipoxemia según el contexto. No sustituye la imagen necesaria para aclarar una sospecha tromboembólica.

C · Espirometría

> **No seleccionada en la grilla.** La espirometría mide flujo aéreo y no detecta trombos. Realizar maniobras forzadas en un episodio agudo con sospecha vascular no aporta la confirmación que necesita esta paciente.

Puede tener utilidad posterior si persiste una sospecha de enfermedad obstructiva crónica, una vez resuelto el episodio y en condiciones seguras.

D · Ecodoppler venoso de miembros inferiores

> **Seleccionada en la grilla.** La ecografía venosa permite confirmar TVP en el miembro sintomático, fundamentalmente mediante compresibilidad y evaluación del flujo. Es la prueba dirigida al hallazgo de la pantorrilla.

La interpretación depende del territorio examinado y del protocolo. Si el estudio inicial es negativo pero persiste una sospecha relevante, puede requerirse reevaluación o estudio seriado según la estrategia utilizada.

E · Angiografía pulmonar por tomografía computarizada

> **Seleccionada en la grilla.** La angiografía pulmonar por TC muestra la luz de las arterias pulmonares opacificada por contraste y busca defectos de llenado. Permite confirmar embolia en una paciente estable en quien se indica imagen.

Muestra Gratis

Se selecciona un protocolo angiográfico adecuado. Si no puede utilizarse contraste yodado o existe otra limitación, pueden considerarse alternativas como centellograma ventilación/perfusión, integradas con la probabilidad clínica.

F · Electrocardiograma

> **No seleccionada en la grilla.** El ECG puede mostrar taquicardia o signos de sobrecarga derecha, pero también puede ser inespecífico. Ni un trazado normal ni la ausencia del patrón S1Q3T3 excluyen embolia.

Es valioso para buscar arritmias, isquemia y otros diagnósticos del dolor torácico. No reemplaza una prueba confirmatoria de enfermedad tromboembólica.

Opción trampa · A / B · Confundir medir oxigenación con confirmar embolia

> La hipoxemia es una consecuencia compartida por muchas enfermedades y puede faltar en una embolia. Para confirmar el mecanismo tromboembólico se necesitan pruebas que demuestren el trombo o una alteración de perfusión en un contexto diagnóstico apropiado.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C5.5

Volvé al choice · C5.6 | **Mini repaso · MR020**

Practicar flashcard | **Ampliar tema · ficha V05**

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE021 | Final 2020/09 · Pregunta C6.1

Nilda: flujo grisáceo que vuelve después del tratamiento

Volvé al choice · C6.1
Mini repaso · MR021
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha G02

El choice

> Caso clínico N.º 6 1-Usted es residente de Tocoginecología de un hospital de mediana complejidad. Recibe a Nilda, una mujer de 36 años, quien viene acompañada por su pareja actual. Están juntos desde hace tres años. Nilda consulta por dispareunia y leucorrea no pruriginosa y maloliente por la cual fue tratada hace dos meses y ahora reapareció. Presenta como antecedentes obstétricos: 3 embarazos (2 partos vaginales y 1 embarazo ectópico). Utiliza anticonceptivos orales hormonales. A la especuloscopia se observa que la leucorrea es de color grisáceo y maloliente con características de “olor a pescado”. ¿Cuál es su conducta inicial? Seleccione dos opciones.

> Respuesta de la grilla: **CE**

Datos clave y en qué pensar

- **[Flujo grisáceo y olor a pescado]:** La producción de aminas por una flora vaginal alterada orienta a vaginosis bacteriana.
- **[Leucorrea sin prurito importante]:** Debilita la presentación típica de candidiasis, que suele provocar inflamación y picazón vulvar.
- **[Reaparición dos meses después]:** Obliga a distinguir persistencia, recurrencia y otra causa de vaginitis antes de repetir tratamientos combinados.
- **[No se describen vesículas ni úlceras]:** No hay un hallazgo que sostenga herpes genital como explicación del flujo.

Explicación clínica del caso

El aspecto homogéneo grisáceo, el olor a pescado y la ausencia de prurito intenso forman un patrón de vaginosis bacteriana. Disminuyen los lactobacilos y aumenta una comunidad de anaerobios; las aminas producidas por esas bacterias explican el olor. No es una candidiasis sólo porque exista flujo, ni una infección herpética sin lesiones vesiculares o ulceradas.

La reaparición a los dos meses hace necesario comprobar que persiste el mismo problema: síntomas, examen vaginal, pH y microscopía permiten distinguir recurrencia de un diagnóstico inicial equivocado o una infección concomitante. Metronidazol es razonable porque actúa sobre anaerobios. Fluconazol trata hongos y no corrige por sí mismo este desequilibrio bacteriano.

Muestra Gratis

La combinación C + E se mantiene. Su fundamento clínico aprovechable es reevaluar el flujo recurrente y tratar la vaginosis; no puede deducirse que todo flujo requiera cultivo ni que toda pareja deba recibir comprimidos. Un cultivo positivo para un colonizante no demuestra la causa. El manejo de la pareja en recurrencias depende de la situación y del esquema estudiado, y no se resuelve automáticamente con el paquete terapéutico de esta alternativa.

Todas las alternativas, una por una

A · Prescribe metronidazol y fluconazol por vía oral.

> **No seleccionada en la grilla.** Metronidazol se dirige al componente bacteriano, pero el añadido de fluconazol no tiene apoyo en un flujo grisáceo sin prurito ni placas grumosas. La combinación expone a un segundo fármaco sin una segunda infección demostrada.

Sería pertinente tratar también Candida si la evaluación demuestra candidiasis concomitante, con clínica y examen compatibles; una recurrencia aislada no basta.

B · Indica el cultivo de uretra a la pareja.

> **No seleccionada en la grilla.** Un cultivo uretral de la pareja no caracteriza el ecosistema vaginal de Nilda ni confirma vaginosis. La ausencia de uretritis descrita también deja sin objetivo ese estudio.

Síntomas uretrales, una ITS identificada o una exposición que justifique pesquisa motivarían estudios dirigidos de la pareja, con técnicas apropiadas para el agente sospechado.

C · Indica cultivo de flujo y tratamiento de acuerdo al germen.

> **Seleccionada en la grilla.** La intención de volver a estudiar un flujo recurrente es razonable. Sin embargo, el cultivo común no es la prueba de referencia para vaginosis: Amsel o una evaluación microbiológica validada describen mejor el síndrome que aislar Gardnerella sola.

El cultivo adquiere otra utilidad ante una etiología específica que lo requiera, como candidiasis complicada con necesidad de identificar especie; no se intercambian todas las pruebas de flujo.

D · Sospecha de herpes genital y trata la infección

> **No seleccionada en la grilla.** Herpes suele manifestarse con vesículas, erosiones o úlceras dolorosas. No explica de manera suficiente el patrón grisáceo maloliente sin lesiones descritas.

Lesiones genitales compatibles, eventualmente con disuria o adenopatías, justificarían investigación y tratamiento de herpes; el diagnóstico no nace del olor vaginal.

E · Prescribe óvulos a la mujer y comprimidos de metronidazol a ambos.

> **Seleccionada en la grilla.** Metronidazol tiene una diana coherente en los anaerobios de la vaginosis. La alternativa seleccionada añade una estrategia local y tratamiento de ambos integrantes: esas partes no quedan justificadas sólo por reconocer el síndrome y necesitan evaluación del episodio recurrente.

En recurrencias se pueden considerar estrategias específicas y, en determinados contextos, abordajes de pareja. Eso exige definir el esquema y la indicación; no equivale al tratamiento obligatorio de contactos de una tricomoniasis confirmada.

Muestra Gratis

Opción trampa · A · Agregar fluconazol por el solo hecho de que haya flujo

La secreción vaginal es un síntoma compartido. El antifúngico tiene sentido ante datos de Candida; sumarlo a un tratamiento antibacteriano sin esos datos no vuelve más preciso el tratamiento.

Precisión clínica

Grilla correcta: C + E. Se conservan las letras y se explican los límites clínicos de los paquetes diagnósticos y terapéuticos.

Volvé al choice · C6.1

Mini repaso · MR021

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha G02

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE022 | Final 2020/09 · Pregunta C6.2

Anticoncepción: elegir un método sin agregar riesgos ni barreras

Volvé al choice · C6.2
Mini repaso · MR022
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha G04

> Nilda utilizaba anticonceptivos orales y ahora desea un inyectable mensual. El relato previo informa 36 años; esta continuación dice 43 años dos años después. No se deduce una edad exacta nueva de esa inconsistencia.

El choice

> 2-Dos años después, al cumplir 43 años, Nilda regresa para un nuevo control en consultorio. Ha abandonado los anticonceptivos orales y le comunica que esta pensando en utilizar anticonceptivos inyectables mensuales. Le pide un consejo. ¿Qué opciones le ofrece y/o recomienda? (Señale 3 opciones) »

Respuesta de la grilla: **BDE**

Datos clave y en qué pensar

- **[Desea un inyectable mensual]:** La preferencia y la posibilidad de sostener el uso son componentes de la elección; hay que identificar si el producto contiene estrógeno.
- **[Abandonó el anticonceptivo oral]:** Existe un posible intervalo sin protección que requiere descartar embarazo y planificar inicio o transición según el método.
- **[No se aportan tabaquismo, presión elevada ni trombosis]:** No puede inventarse una contraindicación hormonal por antecedentes ausentes.
- **[Propuesta de agregar estrógeno oral]:** Duplica exposición sin una necesidad anticonceptiva demostrada.

Explicación clínica del caso

Un inyectable mensual combinado y una píldora combinada comparten exposición a estrógenos: cambiar la vía no elimina sus contraindicaciones. Antes de elegir importan presión arterial, tabaquismo, migraña con aura, antecedentes trombóticos y preferencias. La edad aislada de una mujer adulta no vuelve automáticamente preferible la píldora ni prohíbe todo método inyectable.

B y D son alternativas que pueden ofrecerse: continuar un método oral adecuado o usar preservativo. Pero ofrecer no equivale a imponer. El preservativo agrega prevención de ITS y puede combinarse con otro método. La opción C sí tiene un error farmacológico claro: agregar estrógeno oral a un inyectable no mejora rutinariamente la eficacia y aumenta exposición hormonal.

Muestra Gratis

La grilla B + D + E se mantiene. La parte clínicamente razonable de E es una evaluación integral y tamizajes cuando correspondan; no debe convertirse en exigir laboratorio, PAP y ecografía antes de cualquier anticoncepción. Una demora innecesaria puede dejar a la paciente sin protección, como ocurre en la evolución del caso.

Todas las alternativas, una por una

A · Considera que ha tomado una excelente decisión y la cita a la consulta en 6 meses.

> **No seleccionada en la grilla.** Aprobar el cambio y posponer toda evaluación seis meses deja sin resolver seguridad, forma de inicio, uso correcto y protección durante la transición. La consulta necesita una decisión informada ahora.

Tras una evaluación adecuada y con instrucciones claras puede planificarse seguimiento; su intervalo se ajusta al método y a problemas que requieran control previo.

B · Se recomienda continuar con anticonceptivos orales.

> **Seleccionada en la grilla.** Continuar anticonceptivos orales es posible si son médicamente adecuados y Nilda los prefiere. No existe en el relato una prueba de que sean superiores al inyectable para ella.

Puede ser una buena elección si tolera la formulación, puede sostener la toma y no tiene contraindicación para sus componentes; ante olvidos frecuentes conviene discutir otras opciones.

C · Le indica utilizar los anticonceptivos inyectables y complementarlos con estrógeno terapia oral para mayor eficacia.

> **No seleccionada en la grilla.** Añadir estrógeno oral no corrige un supuesto déficit de eficacia del inyectable y puede aumentar riesgo trombótico y otros efectos. No es una estrategia anticonceptiva estándar.

Hay usos específicos de hormonas adicionales para determinados problemas de sangrado bajo supervisión, pero esa es otra indicación y no justifica esta combinación para aumentar protección.

D · Le aconseja cambiar de método anticonceptivo y optar por uno de barrera.

> **Seleccionada en la grilla.** El preservativo es una opción válida y protege frente a ITS; puede utilizarse solo o como doble protección. Su efectividad anticonceptiva depende de uso correcto y consistente.

Resulta especialmente relevante ante riesgo de ITS o cuando la persona prefiere un método de barrera. No es obligatorio abandonar un método hormonal seguro para poder usarlo.

E · Le indica realizar estudios de laboratorio, Papanicolaou, examen ginecológico y ecografía. Luego, según los resultados, evaluar MAC a seguir.

> **Seleccionada en la grilla.** Revisar antecedentes y ofrecer atención preventiva es apropiado. Lo cuestionable es condicionar toda elección a laboratorio, PAP, examen ginecológico y ecografía: esos estudios no son universalmente necesarios.

Sangrado anormal, síntomas pélvicos o una necesidad de tamizaje pueden justificar pruebas concretas. La prueba indicada responde al problema identificado, no a una batería obligatoria para todas.

Muestra Gratis

Opción trampa · E · Confundir atención ginecológica integral con requisitos obligatorios para empezar un método

La historia clínica y las evaluaciones pertinentes permiten decidir seguridad. El PAP o una ecografía pueden tener indicación propia, pero no son una condición universal para iniciar anticoncepción.

Precisión clínica

Grilla correcta: B + D + E. La elección compartida y la ausencia de barreras innecesarias siguen siendo esenciales aunque la grilla reúna varias conductas.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C6.1

Volvé al choice · C6.2

Mini repaso · MR022

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha G04

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE023 | Final 2020/09 · Pregunta C6.3

A las diez semanas: pesquisa prenatal y diagnóstico cromosómico

Volvé al choice · C6.3
Mini repaso · MR023
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha O04

Nilda consulta con embarazo de diez semanas y preocupación por un familiar con malformaciones. No se identifica cuál es la anomalía familiar ni su mecanismo hereditario.

El choice

3-Seis meses más tarde, sin haber utilizado anticonceptivo alguno, Nilda le comunica que se encuentra embarazado confirmado por un test de embarazo. A las 10 semanas de amenorrea concurre al consultorio. Presenta una tensión arterial de 100/60 mmHg, peso de 56 kg y altura uterina de 10 cm. Como antecedente refiere tener un familiar con malformaciones desde el nacimiento y quiere descartar que su hijo las padezca en la medida de lo posible. ¿Qué le recomienda a la paciente? (Seleccione tres opciones)

Respuesta de la grilla: **BCE**

Datos clave y en qué pensar

- **[Diez semanas de amenorrea]:** La edad gestacional determina qué pruebas son técnicamente útiles y cuándo deben ofrecerse.
- **[Familiar con malformaciones no especificadas]:** Se necesita caracterizar el antecedente antes de estimar un riesgo hereditario concreto.
- **[Presión 100/60 mmHg y sin complicación actual descrita]:** No se documenta una urgencia hipertensiva ni una razón para tratamientos obstétricos de emergencia.
- **[Desea descartar malformaciones]:** Debe diferenciarse pesquisa de riesgo, examen anatómico y diagnóstico etiológico; sus alcances no son equivalentes.

Explicación clínica del caso

Un antecedente familiar de malformación motiva precisar qué enfermedad tuvo ese familiar, su parentesco y si existe un diagnóstico genético. No todas las malformaciones son cromosómicas y ninguna prueba única descarta todas. La ecografía estudia anatomía; una pesquisa estima riesgo; una muestra invasiva permite estudios diagnósticos específicos según la indicación.

La biopsia de vellosidades coriónicas se realiza en el primer trimestre, después de las diez semanas y dentro de una ventana apropiada, para obtener tejido placentario con fines diagnósticos. Requiere asesoramiento sobre lo que puede detectar y sus riesgos. La

Muestra Gratis

alfafetoproteína materna se evalúa en el segundo trimestre: incluirla en el plan no significa extraerla ahora y considerarla un resultado definitivo a las diez semanas.

B + C + E se mantiene como combinación del examen. C propone intensificar la vigilancia hacia el final, pero el antecedente familiar aislado no establece por sí mismo una agenda universal quincenal y luego semanal. El control se adapta al riesgo materno y fetal real; Doppler de flujos no reemplaza evaluación morfológica ni un estudio genético indicado.

Todas las alternativas, una por una

A · Control estricto del embarazo cada 2 semanas hasta el parto.

> **No seleccionada en la grilla.** Mantener exactamente controles quincenales hasta el parto no refleja la intensificación final que selecciona el ejercicio. Tampoco se justifica una agenda rígida por un antecedente no caracterizado.

La periodicidad se define según riesgo y evolución. Una complicación nueva puede exigir controles más cercanos que cualquier intervalo prefijado.

B · Biopsia de vellosidades coriónicas y controles rutinarios del embarazo.

> **Seleccionada en la grilla.** La muestra de vellosidades permite estudiar alteraciones cromosómicas o genéticas indicadas. Se integra al control prenatal y requiere una decisión informada; no es una prueba que descarte toda malformación.

Es pertinente cuando el riesgo, una pesquisa o un antecedente genético específico justifican diagnóstico invasivo y la paciente lo acepta, respetando la edad gestacional y la experiencia del centro.

C · Controles cada 2 semanas durante los dos primeros trimestres y, luego, controles semanales.

> **Seleccionada en la grilla.** Aumentar vigilancia en el tercer trimestre puede detectar cambios maternos o fetales con mayor oportunidad. Es el esquema temporal seleccionado, aunque no surge una obligación universal de esos intervalos para cualquier embarazo.

Un embarazo de alto riesgo puede necesitar una agenda intensificada; su frecuencia concreta depende de la condición que se vigila, no sólo de la preocupación de la paciente.

D · Eco-doppler color para valorar malformaciones fetales.

> **No seleccionada en la grilla.** El Doppler no responde por sí solo si existen malformaciones. Evalúa componentes hemodinámicos y no reemplaza el estudio anatómico fetal.

Se agrega cuando hay una pregunta circulatoria concreta, como evaluación de insuficiencia placentaria o de una estructura vascular, junto con los demás estudios apropiados.

E · Estudios rutinarios del embarazo, ecografía obstétrica y alfa-feto proteína.

> **Seleccionada en la grilla.** Los controles y ecografías del embarazo son pertinentes, y la alfafetoproteína puede integrar la evaluación del segundo trimestre. No corresponde interpretar toda la lista como pruebas simultáneas a las diez semanas.

La AFP materna se programa en su ventana gestacional e interpreta con edad gestacional y otros factores; una elevación orienta investigación, sin diagnosticar sola un defecto del tubo neural.

Muestra Gratis

Opción trampa · D · Usar Doppler como sustituto de la evaluación de malformaciones

El Doppler informa circulación y resistencia vascular. Una anatomía fetal anormal se investiga con ecografía estructural y, según el hallazgo, pruebas complementarias; observar flujos normales no excluye una anomalía genética.

Precisión clínica

Grilla correcta: B + C + E. Se conserva la combinación sin presentar como universales la prueba invasiva ni el intervalo exacto de controles.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C6.2

Volvé al choice · C6.3

Mini repaso · MR023

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha O04

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE024 | Final 2020/09 · Pregunta C6.4

Mioma fúndico a término: vigilar sin indicar cirugía por el hallazgo

Volvé al choice · C6.4

Mini repaso · MR024

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha O04

> Nilda cursa 38 semanas. Se detecta un mioma de 5 cm en el fondo uterino, con latidos fetales presentes y sin obstrucción del canal descrita.

El choice

> 4-En el control obstétrico del tercer trimestre del embarazo, al examen físico, Nilda presenta una altura uterina de 38 cm y latidos fetales positivos. La ecografía detecta un mioma uterino que en la semana 38 mide 5 cm de diámetro y se encuentra ubicado en el fondo uterino. Qué conductas adopta con Nilda? Seleccione dos opciones.

> Respuesta de la grilla: **CE**

Datos clave y en qué pensar

- **[Mioma en fondo uterino]:** La localización no demuestra una barrera mecánica en el canal del parto.
- **[38 semanas y latidos fetales presentes]:** Es un embarazo a término que requiere planificación y seguimiento, sin emergencia fetal documentada por esos datos solos.
- **[Diámetro de 5 cm]:** El tamaño necesita interpretarse con ubicación y síntomas; no es una indicación aislada de histerectomía.
- **[No se describen hemorragia ni distocia]:** Faltan complicaciones que podrían cambiar de una observación razonable a una intervención urgente.

Explicación clínica del caso

El mioma es una proliferación benigna del músculo uterino. Su repercusión obstétrica depende especialmente de ubicación, tamaño y relación con placenta y canal del parto. Un nódulo fúndico de 5 cm no ocupa automáticamente el segmento inferior ni impide el descenso fetal. No se describen hemorragia, sufrimiento fetal, distocia ni otra indicación inmediata de cesárea.

Por eso la conducta puede ser expectante con vigilancia maternofetal. La evaluación posterior decidirá la vía y el momento del parto según presentación, evolución y bienestar fetal. La propuesta de finalizar antes de las 42 semanas evita prolongación excesiva, pero no significa que deba esperarse hasta esa fecha ni que el mioma obligue a una cesárea programada.

Muestra Gratis

Histerectomía sacrificaría el útero sin una indicación aportada. La miomectomía tampoco es una consecuencia obligatoria del hallazgo: en un útero gestante vascularizado puede sangrar mucho, y después del embarazo algunos miomas disminuyen. C + E expresa vigilancia y planificación del nacimiento, no resección preventiva de toda lesión.

Todas las alternativas, una por una

A · Cesárea, histerectomia y ecografía de control posquirúrgica.

> **No seleccionada en la grilla.** Cesárea e histerectomía constituyen una intervención desproporcionada ante un mioma fúndico sin complicaciones. Una ecografía posterior no justifica extirpar el útero.

Una histerectomía obstétrica se reserva para indicaciones graves, como hemorragia incontrolable en circunstancias específicas, no para este hallazgo incidental.

B · Cesárea y miomectomía después de 3 meses.

> **No seleccionada en la grilla.** No existe una indicación de cesárea por obstrucción ni de miomectomía automática a los tres meses. La necesidad de tratar el mioma se reevalúa según síntomas y evolución.

Un mioma que obstruye el segmento inferior puede modificar la vía del parto; un mioma sintomático persistente después del puerperio puede requerir tratamiento individualizado.

C · Conducta expectante y seguimiento semanal con monitoreo fetal y eventual ecografía.

> **Seleccionada en la grilla.** La vigilancia permite continuar el embarazo mientras se controlan evolución materna y bienestar fetal. La ecografía adicional responde a una necesidad concreta de evaluación.

La aparición de dolor intenso, sangrado, malpresentación o compromiso fetal exige reevaluar el plan; observar no significa omitir seguimiento.

D · Cesárea programada a las 40 semanas.

> **No seleccionada en la grilla.** Fijar cesárea a las 40 semanas por el mioma solo no tiene fundamento anatómico ni clínico suficiente. El fondo uterino no equivale a una masa que impide el nacimiento vaginal.

La cesárea sería pertinente ante una indicación obstétrica real, como obstrucción demostrada o una complicación que haga insegura la vía vaginal.

E · Monitoreo fetal semanal y finalización del embarazo antes de las 42 semanas.

> **Seleccionada en la grilla.** La vigilancia del bienestar y la planificación de la finalización evitan prolongar indefinidamente el embarazo. Es compatible con una estrategia expectante controlada.

El momento concreto se ajusta a la situación maternofetal y al protocolo obstétrico; una alteración puede indicar finalizar antes de la fecha límite planteada.

Muestra Gratis

Opción trampa · D · Programar cesárea únicamente porque se vio un mioma

> La pregunta decisiva es si la lesión interfiere con la vía del parto o produce una complicación. Mioma y cesárea no son equivalentes.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C6.3

Volvé al choice · C6.4

Mini repaso · MR024

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha O04

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE025 | Final 2020/09 · Pregunta C6.5

Una masa mamaria pequeña y móvil también puede ser sospechosa

Volvé al choice · C6.5
Mini repaso · MR025
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha G08

Tras finalizar la lactancia, Nilda detecta un nódulo mamario dominante de 1 cm. Es duro e irregular, móvil e indoloro, y se acompaña de una adenopatía axilar homolateral dura.

El choice

5-Al año y luego de tres meses de haber suspendido [a lactancia, Nilda consulta por haber detectado en el autoexamen un nódulo en su mama derecha, Al examen físico Ud. Constata en el cuadrante superoexterno de la mama derecha un nódulo duro, irregular, de 1 cm de diámetro, no adherido a planos profundos ni superficiales, móvil, no doloroso, localizado. En la región axilar homolateral se palpa una adenomegalia móvil, dura y de menos de 1 cm de diámetro. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales que Ud. considera? Seleccione tres opciones.

Respuesta de la grilla: **ACE**

Datos clave y en qué pensar

- **[Nódulo duro e irregular]:** Aumenta la sospecha de malignidad y exige caracterización dirigida.
- **[Móvil y de 1 cm]:** No demuestra benignidad: una lesión temprana puede ser pequeña y no adherirse a otros planos.
- **[Ganglio axilar homolateral duro]:** Hace necesario estudiar la axila junto con la mama; su palpación no confirma metástasis.
- **[Después de suspender la lactancia]:** Permite considerar cambios posgestacionales, sin omitir el estudio de una masa dominante.

Explicación clínica del caso

La dureza, la irregularidad y el ganglio axilar obligan a investigar carcinoma. La movilidad sólo informa que no se palpa fijación; una neoplasia pequeña puede conservarla. Tampoco la ausencia de dolor protege contra cáncer. El objetivo es formular diferenciales antes de confirmar con imagen y, si corresponde, tejido.

Un fibroadenoma puede ser móvil y bien delimitado, aunque la irregularidad descrita no sea su rasgo típico. Los cambios fibroquísticos pueden causar nodularidad, pero una masa dominante no

Muestra Gratis

debe atribuirse a ellos sin evaluación. A + C + E reúne posibilidades clínicas, no diagnósticos simultáneos confirmados.

Linfoma mamario es posible pero infrecuente y no queda especialmente sostenido por el relato. Hiperplasia lobulillar es una categoría histológica que no se reconoce por palpación. La cercanía al destete amplía otros diferenciales, como galactocele, pero no explica de forma tranquilizadora toda masa dura irregular.

Todas las alternativas, una por una

A · Fibroadenoma mamario.

> **Seleccionada en la grilla.** La movilidad permite incluir fibroadenoma, aunque la dureza irregular lo hace menos típico que una masa elástica bien circunscripta. Es un diferencial, no una confirmación.

Una imagen oval, circunscripta y paralela, concordante con la clínica, aumentaría la posibilidad de fibroadenoma; las lesiones discordantes requieren estudio adicional.

B · Linfoma mamario.

> **No seleccionada en la grilla.** El linfoma mamario es raro y el relato no aporta un patrón que lo priorice sobre carcinoma y causas benignas frecuentes. El ganglio aislado no lo identifica.

Una biopsia con morfología e inmunofenotipo linfoide establecería esa etiología, eventualmente en un contexto de enfermedad linfoproliferativa.

C · Carcinoma mama.

> **Seleccionada en la grilla.** La masa dura irregular con adenopatía regional es compatible con carcinoma. Ser pequeña, indolora y móvil no lo excluye.

Se confirma con evaluación anatomopatológica de una muestra apropiada; la imagen también orienta extensión local y necesidad de estudiar el ganglio.

D · Hiperplasia lobulillar.

> **No seleccionada en la grilla.** La hiperplasia lobulillar describe una proliferación microscópica. No puede diagnosticarse como causa del nódulo con los datos del examen físico.

Se identifica al estudiar tejido y se interpreta según tipo de proliferación y concordancia con el hallazgo que motivó la biopsia.

E · Mastopatia displasica.

> **Seleccionada en la grilla.** Los cambios fibroquísticos forman parte del diferencial de nodularidad mamaria, pero un nódulo dominante irregular necesita evaluación propia. No se puede atribuir al ciclo sin comprobarlo.

Dolor o nodularidad cíclicos, quistes y hallazgos concordantes apoyarían esa explicación benigna; una imagen sospechosa cambia la conducta.

Opción trampa · A · Tomar movilidad como prueba de fibroadenoma

> La consistencia y los bordes sospechosos no desaparecen porque el nódulo se mueva. La combinación de examen, imagen y concordancia tisular define el diagnóstico.

Muestra Gratis

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C6.4

Volvé al choice · C6.5

Mini repaso · MR025

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha G08

Siguiente card →

Muestra Gratis

CE026 | Final 2020/09 · Pregunta C6.6

Estudiar la masa: imagen mamaria y una muestra con arquitectura

Volvé al choice · C6.6
Mini repaso · MR026
Practicar flashcard
Ampliar tema · ficha G08

La masa que se estudia es la de Nilda: 1 cm, dura e irregular, con ganglio axilar homolateral. No corresponde trasladar a este caso la edad de una paciente joven de otro final.

El choice

6-Para realizar el diagnóstico, ¿cuáles'son las primeras conductas que toma? (Marque tres opciones).

Respuesta de la grilla: **BDE**

Datos clave y en qué pensar

- **[Masa palpable irregular]:** Necesita imagen diagnóstica dirigida; una conducta de control se decide después de caracterizar el riesgo.
- **[Adenopatía axilar]:** La ecografía puede examinar también el territorio ganglionar y orientar una muestra si está indicada.
- **[Aguja gruesa guiada por ecografía]:** Obtiene tejido del blanco visible y conserva arquitectura, a diferencia de una muestra citológica aislada.
- **[No existe cáncer confirmado ni estadificación]:** Un estudio corporal de extensión no resuelve primero la naturaleza del nódulo.

Explicación clínica del caso

Mamografía y ecografía aportan información complementaria. La primera evalúa ambas mamas y puede mostrar calcificaciones o distorsión; la segunda caracteriza el nódulo palpable, separa componentes sólidos y líquidos, examina la axila y ofrece guía para biopsia. La combinación B + E es coherente con una lesión sospechosa en esta paciente adulta.

La punción con aguja gruesa de D obtiene cilindros de tejido y conserva arquitectura para diagnóstico histológico. Se dirige al hallazgo por imagen y permite determinar qué lesión es. Observar seis meses sin caracterizarla dejaría sin resolver signos de sospecha; un centellograma corporal estudia otra pregunta, relacionada con extensión en escenarios seleccionados, y no reemplaza el diagnóstico mamario inicial.

Muestra Gratis

Todas las alternativas, una por una

A · Evaluación y control en6 meses. y

> **No seleccionada en la grilla.** Demora la caracterización de un nódulo clínicamente sospechoso. Un intervalo de seguimiento no sustituye la evaluación inicial.

Un control de corto plazo puede ser apropiado después de una evaluación concordante probablemente benigna y con un plan radiológico definido.

B · Indicar mamografía. ¿€ 9

> **Seleccionada en la grilla.** La mamografía aporta evaluación de parénquima, calcificaciones y distorsión que pueden acompañar o ampliar el hallazgo palpable. Complementa el examen dirigido.

En pacientes muy jóvenes puede priorizarse ecografía inicialmente; en esta paciente y ante sospecha se elige la estrategia diagnóstica según edad y características.

C · Indicar centellograma corporal total. ya

> **No seleccionada en la grilla.** El centellograma no diferencia adecuadamente las causas habituales de un nódulo mamario ni reemplaza la biopsia. Adelanta una evaluación de extensión sin resolver la lesión primaria.

Podría integrar una estadificación en un cáncer confirmado cuando estadio, síntomas o hallazgos indiquen buscar compromiso óseo; no se utiliza rutinariamente para toda masa.

D · Indicar punción guiada por ecografía coil aguja gruesa. 4 4

> **Seleccionada en la grilla.** La biopsia core guiada toma tejido de la lesión sospechosa y permite diagnóstico histológico. La guía aumenta precisión al demostrar que se muestrea el blanco.

Está indicada ante sospecha clínica o radiológica que requiera tejido; después se comprueba concordancia del resultado con la imagen y el examen.

E · Indicar ecografía mamaria. ¿

> **Seleccionada en la grilla.** La ecografía determina composición, forma, bordes y relación con estructuras; también permite valorar ganglios y dirigir la punción. No se limita a confirmar que existe un bulto.

Es especialmente útil en masas palpables, mamas densas y lesiones visibles para biopsia; una ecografía negativa no debe cerrar el estudio si la clínica sigue siendo sospechosa.

Opción trampa · A · Esperar seis meses por ser una lesión pequeña

> El seguimiento corto puede corresponder a hallazgos probablemente benignos ya evaluados. No se indica por el diámetro solo de una masa irregular sin estudio.

Caso relacionado · Final 2020/09 · Pregunta C6.5

Muestra Gratis

Volvé al choice · C6.6

Mini repaso · MR026

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha G08

Siguiente card →

Muestra Gratis

Mini repasos del final gratuito

Tocá un código para abrir la herramienta exacta de esa pregunta. C5.1 = caso 5, pregunta 1.

Pregunta	Card	Mini repaso	Flashcards	Ficha
C1.1	CE001	MR001	Practicar →	R01
C1.2	CE002	MR002	Practicar →	R01
C1.3	CE003	MR003	Practicar →	R01
C1.4	CE004	MR004	Practicar →	R01
C2.1	CE005	MR005	Practicar →	R05
C2.2	CE006	MR006	Practicar →	R05
C2.3	CE007	MR007	Practicar →	R05
C2.4	CE008	MR008	Practicar →	R05
C3.1	CE009	MR009	Practicar →	L07
C3.2	CE010	MR010	Practicar →	L07
C3.3	CE011	MR011	Practicar →	L07
C4.1	CE012	MR012	Practicar →	K01
C4.2	CE013	MR013	Practicar →	K01
C4.3	CE014	MR014	Practicar →	K01
C5.1	CE015	MR015	Practicar →	A05
C5.2	CE016	MR016	Practicar →	A05
C5.3	CE017	MR017	Practicar →	A05
C5.4	CE018	MR018	Practicar →	A05
C5.5	CE019	MR019	Practicar →	V01
C5.6	CE020	MR020	Practicar →	V05
C6.1	CE021	MR021	Practicar →	G02
C6.2	CE022	MR022	Practicar →	G04
C6.3	CE023	MR023	Practicar →	O04
C6.4	CE024	MR024	Practicar →	O04
C6.5	CE025	MR025	Practicar →	G08
C6.6	CE026	MR026	Practicar →	G08

Muestra Gratis

Incluye las 26 preguntas y su grilla. Todas las herramientas de este final están disponibles.

Ver las 38 convocatorias de la edición completa →

MR015 | Dolor en hipocondrio derecho: vesícula y pulmón pueden parecerse

Final 2020/09 · Pregunta C5.1

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

El dolor biliar suele ubicarse en epigastrio o hipocondrio derecho y puede irradiarse a espalda u hombro. Fiebre, persistencia importante, defensa, ictericia o compromiso general hacen buscar una complicación. El dolor referido desde la base pulmonar obliga a examinar el tórax aunque la consulta sea abdominal.

2 · Diagnóstico y estudios

La evaluación inicial integra signos vitales, abdomen, bases pulmonares y laboratorio dirigido. La ecografía es el estudio inicial habitual de vesícula y vía biliar; la radiografía de tórax aporta si se sospecha un foco pulmonar. No existe un único signo clínico que confirme por sí solo colecistitis.

3 · Diagnósticos diferenciales

Cólico biliar: obstrucción transitoria sin inflamación sostenida. Colecistitis: inflamación vesicular. Coledocolitiasis: cálculo en vía biliar principal, con posible colestasis. Neumonía basal: dolor referido desde el tórax. Pielonefritis y úlcera complicada se distinguen por localización, síntomas asociados y estudios del órgano correspondiente.

4 · Conducta y tratamiento

El dolor febril con defensa requiere atención y reevaluación cercana, analgesia y estudio oportuno. Si se confirma colecistitis, el manejo incluye evaluación quirúrgica y tratamiento de la infección cuando corresponde. Una neumonía necesita un esquema respiratorio según gravedad y etiología probable; un antiespasmódico no trata ninguna de esas complicaciones.

Volvé al card · CE015

Ampliar tema · ficha A05

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR016 | Dolor biliar febril: qué aporta cada estudio inicial

Final 2020/09 · Pregunta C5.2

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

En el abdomen superior, vesícula, vía biliar, páncreas y base pulmonar pueden generar síntomas cercanos. El dolor que irradia al dorso y se acompaña de vómitos persistentes orienta hacia páncreas; tos, hipoxemia o foco auscultatorio aumentan sospecha pulmonar; ictericia y coluria hacen pensar en colestasis.

2 · Diagnóstico y estudios

La ecografía estudia litiasis y cambios vesiculares. El perfil hepático orienta patrón de lesión, mientras que las enzimas pancreáticas deben interpretarse con su límite normal. Una radiografía torácica se elige por sospecha de foco pulmonar, no como confirmación de colecistitis.

3 · Diagnósticos diferenciales

La amilasa puede aumentar sin pancreatitis y las aminotransferasas pueden elevarse en enfermedad biliar. Tampoco la serología positiva para Helicobacter identifica la causa de un abdomen agudo. La concordancia entre síntoma, órgano y magnitud de la alteración evita adjudicar causalidad a un resultado incidental.

4 · Conducta y tratamiento

Se sostiene hidratación y analgesia según necesidad, mientras se define si existe infección, obstrucción o inflamación pancreática. La conducta definitiva depende de ese mecanismo: antibiótico para infección, resolución de la patología biliar cuando está indicada y soporte específico si hay pancreatitis. No se espera a todos los resultados si aparece inestabilidad.

Volvé al card · CE016

Ampliar tema · ficha A05

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR017 | Bilirrubina directa y fosfatasa alcalina: buscar obstrucción biliar

Final 2020/09 · Pregunta C5.3

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

La colestasis puede causar ictericia, coluria, hipocolia y prurito; no todos aparecen desde el inicio. Cuando se combina con dolor y fiebre se investiga una infección sobre una vía obstruida. Hipotensión, confusión u otra disfunción orgánica aumentan la urgencia del control del foco.

2 · Diagnóstico y estudios

Fosfatasa alcalina, GGT y bilirrubina orientan colestasis; las aminotransferasas describen lesión hepatocelular asociada. La ecografía suele iniciar la búsqueda anatómica. Colangiorresonancia o ecoendoscopia ayudan a estudiar cálculos de la vía principal, mientras que la CPRE se usa principalmente cuando hay una finalidad terapéutica.

3 · Diagnósticos diferenciales

Colecistitis compromete vesícula; coledocolitiasis, la vía principal; colangitis agrega infección biliar. Hepatitis, lesión por fármacos y otras causas intrahepáticas también pueden alterar el flujo de bilis. El valor de bilirrubina no distingue por sí solo estos procesos.

4 · Conducta y tratamiento

Una infección biliar requiere antibióticos y valoración de drenaje según gravedad y obstrucción. La colecistitis suele necesitar resolución quirúrgica durante el episodio según condiciones de la persona. Coagulación, función renal y estabilidad ayudan a preparar procedimientos y a elegir el siguiente paso.

Volvé al card · CE017

Ampliar tema · ficha A05

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR018 | Cuadro biliar complicado: observación activa y evaluación quirúrgica

Final 2020/09 · Pregunta C5.4

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

En infección abdominal, taquicardia persistente, hipotensión, confusión, oliguria y mala perfusión indican repercusión sistémica. El dolor localizado puede preceder a esos signos; su ausencia inicial no autoriza a demorar el estudio de un abdomen febril con defensa.

2 · Diagnóstico y estudios

La ecografía y los análisis dirigidos permiten planificar tratamiento biliar. La evaluación de gravedad incluye función orgánica y signos vitales, no sólo tamaño del cálculo o nivel de bilirrubina. Si hay deterioro, los estudios se seleccionan para aportar decisiones sin retrasar medidas urgentes.

3 · Diagnósticos diferenciales

El cólico no complicado puede ceder sin inflamación persistente. La colecistitis requiere tratar la enfermedad vesicular; una colangitis puede exigir drenaje de la vía obstruida. El esquema de un alta por dolor transitorio no se aplica al cuadro febril sostenido.

4 · Conducta y tratamiento

Se utilizan analgesia, líquidos ajustados al estado de volumen, antibióticos cuando corresponden y evaluación temprana del control del foco. La cirugía o el drenaje se programan según diagnóstico y gravedad. La persona debe continuar monitorizada mientras se organiza esa resolución, con comunicación efectiva entre equipos.

Volvé al card · CE018

Ampliar tema · ficha A05

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR001 | Alexia: obstrucción bronquiolar e hipoxemia

Final 2020/09 · Pregunta C1.1

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

La bronquiolitis compromete bronquiolos y se manifiesta con dificultad respiratoria luego de un catarro. Apnea, agotamiento, menor ingesta, deshidratación e hipoxemia son alarmas. Un niño que hace cada vez menos esfuerzo porque se agota puede estar peor, aunque se escuchen menos sibilancias.

2 · Diagnóstico y estudios

El diagnóstico habitual se establece con edad, evolución y examen respiratorio. La oximetría aporta gravedad, no identifica el agente. No existe un estudio confirmatorio que todos los lactantes deban realizarse; la radiografía se reserva para dudas, complicaciones o evolución desfavorable.

3 · Diagnósticos diferenciales

Un pulmón persistentemente asimétrico hace buscar obstrucción localizada. La fiebre con consolidación orienta a neumonía. Congestión hepática y signos circulatorios obligan a considerar falla cardíaca. La evaluación del tórax debe acompañarse de examen cardiovascular y del estado de hidratación.

4 · Conducta y tratamiento

El tratamiento se centra en oxigenación, alimentación segura y manejo de secreciones cuando interfieren. No se indican antibióticos ni corticoides de manera sistemática. La necesidad de ingreso se decide por estado clínico y soporte requerido; una saturación persistentemente tan baja como 88% es incompatible con un alta sin estabilización.

Volvé al card · CE001

Ampliar tema · ficha R01

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR002 | Alexia: qué representa cada patrón radiográfico

Final 2020/09 · Pregunta C1.2

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

La asimetría persistente, el deterioro repentino y la fiebre prolongada son pistas para buscar una complicación o una causa distinta en un lactante con síntomas respiratorios. La imagen se interpreta en relación con esos cambios clínicos.

2 · Diagnóstico y estudios

Atrapamiento significa aire retenido dentro del pulmón; consolidación significa ocupación alveolar; derrame, líquido pleural; neumotórax, aire pleural. La radiografía orienta por estos patrones. La ecografía identifica y caracteriza bien el líquido pleural cuando se sospecha derrame.

3 · Diagnósticos diferenciales

Una opacidad con reducción de volumen puede ser atelectasia por obstrucción mucosa y simular neumonía. El patrón unilateral de hiperinsuflación, en cambio, hace buscar un obstáculo bronquial localizado. La cardiomegalia pertenece a la evaluación de la circulación y requiere revisar la técnica de la placa.

4 · Conducta y tratamiento

La decisión de sostener oxígeno o internar depende de la función respiratoria, no de que la placa sea llamativa. No se prescribe un antibiótico únicamente por una imagen inespecífica ni se descarta gravedad porque el tórax radiológico parezca normal.

Volvé al card · CE002

Ampliar tema · ficha R01

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR003 | Alexia: qué aportan el hemocultivo, el virológico y el hemograma

Final 2020/09 · Pregunta C1.3

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

La bronquiolitis con mala perfusión, compromiso de conciencia o empeoramiento persistente requiere reconsiderar una infección invasiva y otras causas de insuficiencia respiratoria. La gravedad modifica la evaluación, pero no vuelve específica una prueba inespecífica.

2 · Diagnóstico y estudios

La identificación de un virus y el diagnóstico clínico de bronquiolitis son preguntas diferentes. Los cultivos buscan bacterias viables; el hemograma cuenta células; la proteína C reactiva refleja respuesta inflamatoria. Sus resultados no son intercambiables.

3 · Diagnósticos diferenciales

Una prueba viral positiva no impide que exista infección bacteriana concomitante. A la inversa, una leucocitosis no obliga a abandonar la hipótesis viral. La interpretación depende de foco, perfusión, evolución y hallazgos que hagan probable una coinfección.

4 · Conducta y tratamiento

Se sostiene primero ventilación y oxigenación. Si existe sospecha fundada de infección bacteriana grave, se obtienen las muestras útiles antes de los antibióticos cuando es posible sin retrasar su inicio. En cuadros típicos sin complicación, el sostén evita pruebas y fármacos sin beneficio demostrado.

Volvé al card · CE003

Ampliar tema · ficha R01

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR004 | Alexia: oxígeno, aporte de líquidos e internación

Final 2020/09 · Pregunta C1.4

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

La necesidad de sostén en un lactante depende de respiración, oxigenación, hidratación y capacidad de alimentarse. Pausas respiratorias, agotamiento y alteración de conciencia anuncian deterioro aunque los ruidos pulmonares no aumenten.

2 · Diagnóstico y estudios

La reevaluación incluye oximetría confiable, trabajo respiratorio, perfusión y diuresis. Una cifra aislada debe comprobarse técnicamente, pero una hipoxemia persistente acompañada de dificultad respiratoria se trata sin esperar estudios etiológicos.

3 · Diagnósticos diferenciales

El déficit de líquidos por menor ingesta se distingue de la congestión por falla cardíaca. En el primero puede faltar aporte; en la segunda, un exceso de volumen puede agravar el edema pulmonar. El examen circulatorio evita tratar ambos escenarios de manera idéntica.

4 · Conducta y tratamiento

La conducta central es sostén respiratorio y nutricional, con ingreso cuando el domicilio no puede ofrecerlo con seguridad. Antibióticos, corticoides y diuréticos se reservan para indicaciones específicas; sumarlos no vuelve más completo el tratamiento de una bronquiolitis sin esas condiciones.

Volvé al card · CE004

Ampliar tema · ficha R01

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR005 | Ignacio: el hígado obliga a pensar en el corazón

Final 2020/09 · Pregunta C2.1

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

En lactantes, la insuficiencia cardíaca puede presentarse con respiración rápida, sudoración y cansancio durante las tomas, mala ganancia de peso y hepatomegalia. Los edemas periféricos pueden ser poco evidentes. Mala perfusión, oliguria o somnolencia indican compromiso más grave.

2 · Diagnóstico y estudios

La ecocardiografía define anatomía y función; la radiografía puede mostrar aumento de la silueta y congestión. El ECG estudia ritmo y conducción. No hay que exigir un soplo para investigar falla cardíaca: algunas miocardiopatías y arritmias no lo producen.

3 · Diagnósticos diferenciales

La bronquiolitis predomina en el aparato respiratorio tras una infección viral; una cardiopatía agrega datos circulatorios y alimentarios. Sepsis, anemia grave y trastornos metabólicos también pueden provocar taquicardia y descompensación, por lo que el examen debe ser integral.

4 · Conducta y tratamiento

Se estabilizan respiración y perfusión, se controla el balance y se define la causa. Los diuréticos se utilizan si hay congestión y la situación hemodinámica lo permite. Una carga de volumen automática puede empeorar la falla; una cardiopatía con circulación dependiente del ductus necesita un enfoque específico urgente.

Volvé al card · CE005

Ampliar tema · ficha R05

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR006 | Ignacio: cardiomegalia, atrapamiento o placa normal

Final 2020/09 · Pregunta C2.2

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

La combinación de signos abdominales de congestión y dificultad respiratoria exige evaluar circulación pulmonar y sistémica. Una radiografía puede apoyar esa hipótesis, pero un cambio clínico importante pesa más que una silueta poco llamativa.

2 · Diagnóstico y estudios

La radiografía muestra tamaño aparente del corazón, vascularización y aireación. El ecocardiograma estudia cámaras, válvulas, cortocircuitos y contractilidad. Cada método contesta una pregunta distinta; la anatomía funcional no se deduce completamente del tórax simple.

3 · Diagnósticos diferenciales

Cardiomegalia verdadera, timo prominente y magnificación por proyección pueden parecerse. El atrapamiento bronquiolar puede desplazar el diafragma y hacer palpable un hígado que no esté aumentado. Esas posibilidades se separan con examen y técnica adecuada.

4 · Conducta y tratamiento

Si hay congestión y mala tolerancia respiratoria, la vigilancia y el estudio cardíaco no se suspenden porque la radiografía sea normal. Las medidas de sostén se adaptan al estado hemodinámico mientras se identifica la causa.

Volvé al card · CE006
Ampliar tema · ficha R05
Practicar flashcard
Volvé al choice
Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR007 | Ignacio: ritmo cardíaco y causas que agravan la falla

Final 2020/09 · Pregunta C2.3

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

En un lactante con taquicardia, palidez, mala perfusión o hepatomegalia hay que evaluar tanto la causa como las consecuencias circulatorias. Una arritmia sostenida puede ocasionar disfunción, y una disfunción primaria puede causar taquicardia compensadora.

2 · Diagnóstico y estudios

El pulso cuenta latidos; el ECG identifica el mecanismo eléctrico. La ecocardiografía estudia desempeño y estructura. Hemograma, glucemia y otros análisis se eligen según causas o complicaciones sospechadas, sin atribuirles capacidad de confirmar falla cardíaca por sí solos.

3 · Diagnósticos diferenciales

Anemia grave, sepsis, deshidratación y fiebre pueden elevar la frecuencia. Una taquicardia supraventricular suele ser muy regular y debe reconocerse por el trazado, no por un único umbral de frecuencia aplicado sin contexto.

4 · Conducta y tratamiento

La estabilidad determina la urgencia del tratamiento del ritmo. Mientras se obtiene el trazado, se sostienen oxigenación y perfusión y se busca asesoramiento pediátrico especializado. Las medidas específicas dependen del mecanismo demostrado.

Volvé al card · CE007

Ampliar tema · ficha R05

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR008 | Ignacio: sostener la respiración sin agravar la congestión

Final 2020/09 · Pregunta C2.4

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

La congestión aumenta el trabajo respiratorio; el bajo gasto produce frialdad, relleno capilar lento, oliguria y alteración de conciencia. Pueden coexistir. Reconocer cuál predomina permite evitar medidas que alivien un problema y empeoren el otro.

2 · Diagnóstico y estudios

El seguimiento se apoya en peso, balance, diuresis, perfusión, frecuencia y oxigenación, además del estudio cardíaco. La respuesta a una dosis de diurético no reemplaza conocer la causa de la falla.

3 · Diagnósticos diferenciales

Un lactante con pérdida de líquidos puede necesitar expansión, mientras que otro con edema pulmonar puede empeorar con ella. La taquipnea no permite elegir entre ambos: hepatomegalia, perfusión y evolución aportan la diferencia.

4 · Conducta y tratamiento

En insuficiencia cardíaca aguda, el sostén y el tratamiento causal se realizan en un ámbito monitorizado. La diuresis, los líquidos y el soporte respiratorio se titulan según hemodinamia. Una arritmia, una lesión ductus-dependiente y una miocardiopatía requieren decisiones diferentes.

Volvé al card · CE008

Ampliar tema · ficha R05

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR023 | A las diez semanas: pesquisa prenatal y diagnóstico cromosómico

Final 2020/09 · Pregunta C6.3

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

La evaluación prenatal distingue riesgo materno, crecimiento y bienestar fetal, anatomía y posibles alteraciones genéticas. Un antecedente familiar precisa descripción clínica y árbol familiar; “malformación” no es un diagnóstico hereditario suficiente.

2 · Diagnóstico y estudios

La pesquisa devuelve una probabilidad, mientras una prueba diagnóstica dirigida puede confirmar una alteración. Vellosidades coriónicas y amniocentesis obtienen muestras diferentes y se ofrecen en momentos distintos; su indicación se conversa antes del procedimiento.

3 · Diagnósticos diferenciales

Una ecografía morfológica examina estructuras. Doppler examina flujos. Marcadores séricos y ADN fetal circulante tienen alcances propios; un resultado de bajo riesgo no garantiza ausencia de todas las enfermedades fetales.

4 · Conducta y tratamiento

El plan combina controles obstétricos, estudios en el momento útil y asesoramiento. Un resultado anormal requiere confirmación o evaluación dirigida según la prueba, evitando decisiones irreversibles basadas sólo en una pesquisa positiva.

Volvé al card · CE023

Ampliar tema · ficha O04

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR024 | Mioma fúndico a término: vigilar sin indicar cirugía por el hallazgo

Final 2020/09 · Pregunta C6.4

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

Durante el embarazo, los miomas pueden asociarse con dolor por degeneración, malpresentación o dificultades del parto, pero muchos no provocan problemas. Dolor con sangrado o alteración fetal requiere evaluar otras causas obstétricas urgentes y no atribuirlo automáticamente al mioma.

2 · Diagnóstico y estudios

La ecografía determina tamaño, número y relación con placenta, cavidad y segmento inferior. Para la vía del parto importa particularmente si existe obstrucción o una alteración de la presentación; el diámetro aislado no responde esa pregunta.

3 · Diagnósticos diferenciales

Un mioma fúndico asintomático difiere de una masa cervical obstructiva. También se diferencia de desprendimiento placentario, amenaza de parto y otras causas de dolor: cada una tiene signos y conductas diferentes.

4 · Conducta y tratamiento

El seguimiento suele ser conservador cuando no hay complicaciones. La decisión quirúrgica requiere una indicación definida; en el puerperio se revaloran síntomas y cambios de volumen antes de decidir un tratamiento definitivo.

Volvé al card · CE024

Ampliar tema · ficha O04

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR021 | Nilda: flujo grisáceo que vuelve después del tratamiento

Final 2020/09 · Pregunta C6.1

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

La vaginosis suele producir secreción fina homogénea y olor, con inflamación escasa. Dolor pélvico significativo, fiebre, sangrado o dolor anexial desplazan la evaluación hacia cervicitis, EPI u otra patología, en lugar de atribuirlo todo a una vaginitis simple.

2 · Diagnóstico y estudios

Los criterios de Amsel combinan flujo característico, pH vaginal elevado, prueba de aminas y células clave; se requieren tres de los cuatro. La tinción de Gram con puntuación de Nugent evalúa la composición bacteriana. No se confirma el síndrome por un único cultivo de Gardnerella.

3 · Diagnósticos diferenciales

Candida suele causar prurito, eritema y secreción grumosa con pH habitualmente conservado. Trichomonas produce una vaginitis inflamatoria y requiere diagnóstico etiológico; el pH elevado por sí solo no la distingue de vaginosis.

4 · Conducta y tratamiento

El tratamiento de la vaginosis sintomática utiliza esquemas dirigidos con metronidazol o alternativas indicadas. Si reaparece, se revisan diagnóstico, adherencia y nuevas exposiciones; repetir antibiótico más antifúngico sin caracterizar la causa favorece errores y tratamientos innecesarios.

Volvé al card · CE021

Ampliar tema · ficha G02

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR022 | Anticoncepción: elegir un método sin agregar riesgos ni barreras

Final 2020/09 · Pregunta C6.2

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

La anticoncepción combinada contiene estrógeno y progestágeno. Sus riesgos cambian ante trombosis, migraña con aura, hipertensión importante y determinadas combinaciones de edad y tabaquismo. Los métodos de sólo progestágeno tienen un perfil diferente y no deben agruparse con todos los combinados.

2 · Diagnóstico y estudios

La evaluación previa se centra en antecedentes, posible embarazo, medicaciones e indicaciones del método; medir presión es importante al considerar estrógenos. El calendario de tamizaje cervical y la investigación de síntomas se organizan sin convertirlos en barreras innecesarias.

3 · Diagnósticos diferenciales

Un método diario depende de adherencia cotidiana; uno inyectable exige cumplir fechas; un implante o DIU reduce la dependencia del uso diario. Ninguna de esas ventajas reemplaza la preferencia informada. Sólo los métodos de barrera aportan protección específica frente a ITS.

4 · Conducta y tratamiento

La consejería incluye inicio, transición, conducta ante retrasos, efectos esperables y signos que requieren consulta. Si se suspende un método, hay que ofrecer protección durante el cambio; esperar meses sin alternativa aumenta el riesgo de embarazo no buscado.

Volvé al card · CE022
Ampliar tema · ficha G04
Practicar flashcard
Volvé al choice
Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR025 | Una masa mamaria pequeña y móvil también puede ser sospechosa

Final 2020/09 · Pregunta C6.5

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

Una masa dominante, retracción cutánea o del pezón, secreción hemática unilateral y adenopatías sospechosas son señales para evaluación mamaria. El cáncer temprano puede ser indoloro y conservar movilidad.

2 · Diagnóstico y estudios

La valoración combina examen de ambas mamas y axilas, imagen adecuada a edad y contexto, y biopsia cuando el riesgo lo exige. Los hallazgos deben ser concordantes: una muestra benigna no tranquiliza si no explica una lesión muy sospechosa.

3 · Diagnósticos diferenciales

Fibroadenoma suele ser sólido y circunscripto; un quiste contiene líquido; los cambios fibroquísticos pueden ser multifocales o cíclicos. Galactocele se relaciona con lactancia. Ninguna de esas etiquetas debe asignarse sólo por edad o movilidad.

4 · Conducta y tratamiento

Se evita esperar meses ante una lesión sospechosa no caracterizada. La anatomía patológica orienta el manejo; las decisiones de cirugía o estudios de extensión siguen al diagnóstico y a su evaluación, en lugar de adelantarse por una palpación aislada.

Volvé al card · CE025

Ampliar tema · ficha G08

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR026 | Estudiar la masa: imagen mamaria y una muestra con arquitectura

Final 2020/09 · Pregunta C6.6

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

En una masa mamaria importa la concordancia entre lo que se palpa y lo que se ve. Un nódulo persistente con signos sospechosos necesita atención aunque una única prueba parezca tranquilizadora.

2 · Diagnóstico y estudios

Mamografía diagnóstica y ecografía dirigida son complementarias según edad y situación. La biopsia con aguja gruesa aporta histología; la citología y la histología no entregan exactamente la misma información.

3 · Diagnósticos diferenciales

Un quiste simple concordante puede no necesitar biopsia, mientras una lesión sólida sospechosa sí requiere tejido. “Probablemente benigno” es una conclusión tras evaluar, no un sinónimo de pequeño o móvil.

4 · Conducta y tratamiento

Con una lesión sospechosa se organiza diagnóstico oportuno y revisión de concordancia. Los estudios de extensión se reservan para indicaciones oncológicas definidas; pedirlos antes no compensa una caracterización local incompleta.

Volvé al card · CE026

Ampliar tema · ficha G08

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR009 | Pedro: tabaquismo, anhedonia y una lesión apical

Final 2020/09 · Pregunta C3.1

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

La EPOC suele presentar tos, expectoración o disnea en una persona expuesta a tabaco u otros irritantes. Hemoptisis, pérdida de peso y un cambio de patrón no deben atribuirse automáticamente a la enfermedad crónica: requieren buscar infección, cáncer u otra causa.

2 · Diagnóstico y estudios

La espirometría posbroncodilatador documenta obstrucción persistente; el resultado debe ser técnicamente válido y coherente con la clínica. La tuberculosis se investiga mediante muestras respiratorias cuando se sospecha actividad. La depresión se diagnostica por entrevista clínica, no con una imagen o un análisis único.

3 · Diagnósticos diferenciales

EPOC y asma se diferencian por exposición, evolución y variabilidad, aunque pueden coexistir. Un duelo y una depresión pueden superponerse. Una lesión pulmonar residual y una infección activa se separan por el conjunto clínico y microbiológico, no por la palabra “cicatriz”.

4 · Conducta y tratamiento

La cesación tabáquica, la evaluación de síntomas respiratorios y el abordaje del ánimo deben avanzar en paralelo. Si se sospecha tuberculosis activa, se organiza el estudio y se aplican medidas de prevención de transmisión apropiadas. El esquema inhalado y el tratamiento afectivo se individualizan tras valorar riesgo y gravedad.

Volvé al card · CE009

Ampliar tema · ficha L07

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR010 | Pedro: confirmar obstrucción y buscar micobacterias

Final 2020/09 · Pregunta C3.2

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

La tos crónica en un fumador puede tener varias causas simultáneas. La pérdida de peso, hemoptisis, fiebre prolongada o una imagen focal obligan a ampliar el diagnóstico más allá de una obstrucción crónica.

2 · Diagnóstico y estudios

La función pulmonar confirma el componente obstructivo; la microbiología respiratoria investiga tuberculosis. Un marcador inflamatorio no sustituye ninguna de esas pruebas. En una persona mayor, se interpreta además la calidad del estudio funcional y la coherencia del resultado con su situación clínica.

3 · Diagnósticos diferenciales

Una baciloscopia negativa no descarta tuberculosis paucibacilar. Una obstrucción demostrada no explica automáticamente una lesión focal ni todos los síntomas constitucionales. Por eso los resultados de un eje no deben utilizarse para cerrar el otro.

4 · Conducta y tratamiento

El plan diagnóstico debe contemplar control de transmisión si hay sospecha de tuberculosis activa y evitar estudios electivos que expongan a otras personas sin precauciones. La confirmación y el tratamiento de EPOC se coordinan con ese estudio, manteniendo cesación tabáquica y atención de síntomas.

Volvé al card · CE010

Ampliar tema · ficha L07

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR011 | Pedro: tratar la obstrucción, el ánimo y la hipertensión

Final 2020/09 · Pregunta C3.3

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

En una persona mayor con síntomas respiratorios crónicos, el cansancio puede mezclar limitación ventilatoria, alteración del ánimo y otra enfermedad orgánica. Anhedonia persistente y deterioro del funcionamiento orientan a depresión; adelgazamiento marcado, hemoptisis o una lesión focal exigen además investigación médica dirigida.

2 · Diagnóstico y estudios

La obstrucción se confirma mediante espirometría posbroncodilatador. La evaluación afectiva establece síntomas, duración, funcionamiento y riesgo; ningún análisis aislado confirma depresión. Para intensificar antihipertensivos se requieren mediciones confiables y valoración de tolerancia.

3 · Diagnósticos diferenciales

Edema por un calcioantagonista, congestión cardíaca e hipoalbuminemia tienen mecanismos diferentes. Del mismo modo, duelo y depresión no son sinónimos, aunque pueden coexistir. Un tratamiento dirigido a uno de estos problemas no debe ocultar los restantes.

4 · Conducta y tratamiento

La broncodilatación se ajusta a síntomas y evolución; el corticoide inhalado exige una indicación adicional. La intervención sobre depresión combina seguimiento, apoyo y medicación cuando corresponde. Cesación tabáquica y nutrición adecuada siguen siendo esenciales; no se agrega un hipoglucemiante sin demostrar la alteración que debe tratar.

Volvé al card · CE011

Ampliar tema · ficha L07

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR019 | Disnea súbita y pantorrilla aumentada: un mismo proceso venoso

Final 2020/09 · Pregunta C5.5

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

El tromboembolismo venoso incluye TVP y embolia pulmonar. La TVP puede producir dolor, edema y aumento de perímetro unilateral; la embolia puede presentarse con disnea, dolor pleurítico, síncope o hemoptisis. Hipotensión persistente, shock o paro señalan compromiso de alto riesgo.

2 · Diagnóstico y estudios

La probabilidad clínica guía la secuencia: una ecografía venosa estudia el miembro sintomático y una angio-TC pulmonar busca embolias cuando está indicada. El dímero D sirve principalmente para excluir enfermedad en pacientes seleccionados de probabilidad no alta; un resultado positivo no confirma un trombo.

3 · Diagnósticos diferenciales

Neumonía, neumotórax, síndrome coronario y asma pueden imitar parte del cuadro. La combinación de signos en una pierna con síntomas torácicos eleva la sospecha vascular. Radiografía, ECG u oximetría normales no funcionan como exclusión aislada de embolia.

4 · Conducta y tratamiento

Se organiza evaluación urgente de estabilidad, oxigenación y riesgo de sangrado. La anticoagulación evita extensión y recurrencia cuando está indicada; si la sospecha es alta y la confirmación se demora, su inicio se valora según balance clínico. La reperfusión se reserva para situaciones de gravedad definidas y no se indica por disnea sola.

Volvé al card · CE019

Ampliar tema · ficha V01

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR020 | Confirmar trombos: ecografía venosa y angio-TC pulmonar

Final 2020/09 · Pregunta C5.6

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

La embolia altera perfusión y puede aumentar la carga del ventrículo derecho. Por eso la evaluación incluye tanto dificultad respiratoria como síncope, hipotensión y mala perfusión. Una TVP proximal tiene mayor relevancia embólica que una explicación exclusivamente muscular del dolor de pierna.

2 · Diagnóstico y estudios

La ecografía por compresión es central para TVP. La angio-TC pulmonar demuestra defectos de llenado; el centellograma V/Q ofrece una vía alternativa en situaciones seleccionadas. El dímero D negativo sólo excluye con seguridad dentro de una estrategia validada de probabilidad clínica adecuada; no se usa para demorar imágenes cuando la sospecha es alta.

3 · Diagnósticos diferenciales

Gasometría, ECG y radiografía pueden orientar gravedad o diagnósticos alternativos, pero sus hallazgos son compartidos por varias enfermedades. No debe confundirse una alteración de intercambio gaseoso con evidencia de un coágulo, ni una TC común con una angiografía de arterias pulmonares.

4 · Conducta y tratamiento

La confirmación orienta anticoagulación y valoración de riesgo. Si hay inestabilidad, se priorizan estabilización y decisiones urgentes, con ecocardiografía a la cabecera cuando aporta información y el traslado no es seguro. En pacientes estables se completa estratificación; anticoagular y trombolizar son intervenciones diferentes con riesgos distintos.

Volvé al card · CE020

Ampliar tema · ficha V05

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR012 | Sergio: edema generalizado por pérdida renal de proteínas

Final 2020/09 · Pregunta C4.1

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

El síndrome nefrótico suele manifestarse con edema depresible, orina espumosa y aumento de peso por líquido; puede haber ascitis o derrames. Disnea intensa, fiebre, oliguria o dolor súbito en un miembro obligan a buscar complicaciones como infección, deterioro renal o trombosis.

2 · Diagnóstico y estudios

La tira detecta sobre todo albúmina, pero no cuantifica con precisión la pérdida diaria. Se confirma la magnitud mediante proteinuria de 24 horas o un cociente urinario adecuado, se mide albúmina plasmática y se evalúan filtrado y sedimento. La biopsia identifica etiologías seleccionadas; no es necesaria para reconocer el síndrome en todos los casos.

3 · Diagnósticos diferenciales

El patrón nefrítico agrega hematuria glomerular y actividad del sedimento. Cirrosis e insuficiencia cardíaca causan edema por otros mecanismos; su diagnóstico necesita datos propios. La diabetes es una causa posible de lesión glomerular, pero una presentación atípica obliga a considerar enfermedades adicionales.

4 · Conducta y tratamiento

El abordaje combina control del edema, de la presión y del problema causal. Se ajusta el sodio, se utilizan diuréticos según volumen y función renal, y se evalúa tratamiento antiproteinúrico. La inmunosupresión depende de la etiología: no se prescribe un corticoide sólo por reconocer proteinuria.

Volvé al card · CE012

Ampliar tema · ficha K01

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR013 | Sergio: medir la pérdida de proteínas y la función renal

Final 2020/09 · Pregunta C4.2

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

En el edema renal importa distinguir dos dimensiones: cuánto líquido se acumula y cuánto se pierde de proteínas. La extensión del edema no permite estimar el filtrado ni reemplaza la evaluación de disnea, presión arterial, diuresis y perfusión.

2 · Diagnóstico y estudios

La cuantificación urinaria documenta la pérdida; creatinina y filtrado estimado valoran función. El sedimento busca actividad inflamatoria. La relación albúmina/creatinina se usa especialmente para detectar y estratificar daño renal en diabetes, mientras que la proteinuria total permite medir otras proteínas además de albúmina.

3 · Diagnósticos diferenciales

Una proteinuria transitoria puede acompañar fiebre o ejercicio, pero la hipoalbuminemia con anasarca exige otro nivel de evaluación. La albuminuria persistente asociada a diabetes debe diferenciarse de una glomerulopatía agregada si aparecen hematuria, caída rápida del filtrado o evolución inhabitual.

4 · Conducta y tratamiento

Las decisiones se ajustan con los resultados: control de volumen y presión, medidas antiproteinúricas cuando corresponden y tratamiento de la causa. La derivación nefrológica es particularmente importante ante proteinuria intensa, deterioro funcional o dudas etiológicas. No se espera a la biopsia para valorar complicaciones del edema.

Volvé al card · CE013

Ampliar tema · ficha K01

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

MR014 | Sergio: controlar la retención de líquido y la hiperglucemia

Final 2020/09 · Pregunta C4.3

1 · Clínica cardinal y signos de alarma

El tratamiento del edema renal exige reconocer si hay congestión con perfusión conservada o depleción del volumen circulante efectivo. Hipotensión, mareos, oliguria y deterioro de creatinina durante la diuresis sugieren que la extracción de líquido puede estar siendo excesiva.

2 · Diagnóstico y estudios

Peso, diuresis, presión, creatinina y electrolitos permiten ajustar el plan. En hiperglucemia importante se agregan controles glucémicos y evaluación de cetonas o estado ácido-base cuando los síntomas sugieren crisis. La HbA1c ayuda a distinguir descontrol sostenido de una elevación reciente.

3 · Diagnósticos diferenciales

Un edema por pérdida proteica no se maneja como edema puramente vasodilatador. Tampoco toda hiperglucemia requiere el protocolo de cetoacidosis: deben existir los componentes metabólicos correspondientes. La albúmina baja puede coexistir con sobrecarga de volumen, por lo que infundirla sin evaluar circulación es riesgoso.

4 · Conducta y tratamiento

Para edema nefrótico suelen utilizarse restricción de sodio y diuréticos de asa, con asociaciones seleccionadas si la respuesta es insuficiente. La diabetes descompensada puede requerir insulina temporal o sostenida. El plan a largo plazo incorpora reducción de proteinuria y protección renal según etiología, filtrado, potasio y estabilidad clínica.

Volvé al card · CE014

Ampliar tema · ficha K01

Practicar flashcard

Volvé al choice

Siguiente mini repaso →

Muestra Gratis

Flashcards · Bloque 01

Tarjetas 1–50: cada pregunta abre su respuesta en otra página.

Elegí una tarjeta o empezá por la primera. Los conceptos son distintos del choice del examen.

Cada tarjeta permite ver la respuesta, volver al card y abrir su mini repaso.

- FC0001 · C1.1
- FC0002 · C1.1
- FC0003 · C1.1
- FC0004 · C1.2
- FC0005 · C1.2
- FC0006 · C1.2
- FC0007 · C1.3
- FC0008 · C1.3
- FC0009 · C1.3
- FC0010 · C1.4
- FC0011 · C1.4
- FC0012 · C1.4
- FC0013 · C2.1
- FC0014 · C2.1
- FC0015 · C2.1
- FC0016 · C2.2
- FC0017 · C2.2
- FC0018 · C2.3
- FC0019 · C2.3
- FC0020 · C2.4
- FC0021 · C2.4
- FC0022 · C3.1
- FC0023 · C3.1
- FC0024 · C3.1
- FC0025 · C3.2
- FC0026 · C3.2
- FC0027 · C3.2
- FC0028 · C3.3
- FC0029 · C3.3
- FC0030 · C3.3
- FC0031 · C4.1
- FC0032 · C4.1
- FC0033 · C4.1
- FC0034 · C4.2
- FC0035 · C4.2
- FC0036 · C4.2
- FC0037 · C4.3
- FC0038 · C4.3
- FC0039 · C4.3
- FC0040 · C5.1
- FC0041 · C5.1
- FC0042 · C5.1
- FC0043 · C5.2
- FC0044 · C5.2
- FC0045 · C5.2
- FC0046 · C5.3
- FC0047 · C5.3
- FC0048 · C5.3
- FC0049 · C5.4
- FC0050 · C5.4

Muestra Gratis

Ir al bloque 2 →

Volvé al final gratuito →

Índice | Entendiendo el apunte | Ranking | Mapa de preguntas | Finales para practicar

FC0001 | Pregunta

Alexia: obstrucción bronquiolar e hipoxemia

¿Por qué una bronquiolitis puede producir hipoxemia aunque no exista una consolidación neumónica?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE001

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0001 | Respuesta

¿Por qué una bronquiolitis puede producir hipoxemia aunque no exista una consolidación neumónica?

> El tapón de moco y el edema bronquiolar reducen la ventilación de sectores que siguen recibiendo sangre. Esa desigualdad ventilación/perfusión disminuye la oxigenación.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE001

Mini repaso · MR001

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0002 | Pregunta

Alexia: obstrucción bronquiolar e hipoxemia

¿Qué antecedente y qué hallazgo hacen pensar en cuerpo extraño antes que en bronquiolitis?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE001

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0002 | Respuesta

¿Qué antecedente y qué hallazgo hacen pensar en cuerpo extraño antes que en bronquiolitis?

> Comienzo abrupto tras atragantamiento y alteración respiratoria unilateral persistente. La obstrucción se localiza en un bronquio en vez de afectar de manera difusa a los bronquiolos.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE001
Mini repaso · MR001
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0003 | Pregunta

Alexia: obstrucción bronquiolar e hipoxemia

¿Por qué el primer episodio de sibilancias de un lactante no demuestra asma?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE001

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0003 | Respuesta

¿Por qué el primer episodio de sibilancias de un lactante no demuestra asma?

> Porque una infección bronquiolar también produce obstrucción. Para sostener asma importan la evolución recurrente y variable, los desencadenantes y la respuesta terapéutica en el tiempo.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE001
Mini repaso · MR001
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0004 | Pregunta

Alexia: qué representa cada patrón radiográfico

¿En qué espacio se encuentra la alteración en un neumotórax y en una bulla?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE002

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0004 | Respuesta

¿En qué espacio se encuentra la alteración en un neumotórax y en una bulla?

> En el neumotórax, el aire está en el espacio pleural. En una bulla, permanece dentro de una cavidad del parénquima pulmonar. Esa diferencia anatómica cambia la interpretación y el manejo.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE002

Mini repaso · MR002

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0005 | Pregunta

Alexia: qué representa cada patrón radiográfico

¿Qué signo radiográfico ayuda a separar atelectasia de consolidación neumónica?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE002

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0005 | Respuesta

¿Qué signo radiográfico ayuda a separar atelectasia de consolidación neumónica?

> La pérdida de volumen del territorio afectado favorece atelectasia. Una opacidad alveolar no demuestra por sí sola infección bacteriana.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE002
Mini repaso · MR002
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0006 | Pregunta

Alexia: qué representa cada patrón radiográfico

¿Una radiografía normal descarta gravedad en bronquiolitis?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE002

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0006 | Respuesta

¿Una radiografía normal descarta gravedad en bronquiolitis?

> No. La hipoxemia, la apnea y el agotamiento reflejan alteración funcional y pueden coexistir con una placa sin cambios evidentes.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE002

Mini repaso · MR002

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0007 | Pregunta

Alexia: qué aportan el hemocultivo, el virológico y el hemograma

¿Qué confirma un hemocultivo positivo que una radiografía de tórax no puede confirmar?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE003

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0007 | Respuesta

¿Qué confirma un hemocultivo positivo que una radiografía de tórax no puede confirmar?

> La presencia de un microorganismo viable en sangre, si se descarta contaminación. La radiografía puede mostrar compromiso pulmonar, pero no identifica bacteriemia.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE003
Mini repaso · MR003
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0008 | Pregunta

Alexia: qué aportan el hemocultivo, el virológico y el hemograma

¿Por qué una prueba viral positiva no descarta neumonía bacteriana asociada?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE003

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0008 | Respuesta

¿Por qué una prueba viral positiva no descarta neumonía bacteriana asociada?

> Porque identifica un agente presente, pero no excluye que otro proceso infeccioso coexista. El empeoramiento, la focalidad y las complicaciones deben evaluarse por separado.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE003

Mini repaso · MR003

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0009 | Pregunta

Alexia: qué aportan el hemocultivo, el virológico y el hemograma

¿La proteína C reactiva confirma la etiología de una bronquiolitis?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE003

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0009 | Respuesta

¿La proteína C reactiva confirma la etiología de una bronquiolitis?

> No. Es un marcador de inflamación, no una identificación del virus o de una bacteria. Puede aportar contexto, pero no reemplaza el diagnóstico clínico ni pruebas etiológicas dirigidas.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE003

Mini repaso · MR003

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0010 | Pregunta

Alexia: oxígeno, aporte de líquidos e internación

¿Cuándo deja de ser segura la alimentación oral de un lactante con dificultad respiratoria?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE004

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0010 | Respuesta

¿Cuándo deja de ser segura la alimentación oral de un lactante con dificultad respiratoria?

> Cuando el esfuerzo o la taquipnea impiden coordinar succión y respiración, aparece fatiga o no logra cubrir sus necesidades. Debe elegirse otra estrategia de aporte y vigilar aspiración.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE004

Mini repaso · MR004

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0011 | Pregunta

Alexia: oxígeno, aporte de líquidos e internación

¿Por qué la furosemida no es tratamiento de la bronquiolitis?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE004

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0011 | Respuesta

¿Por qué la furosemida no es tratamiento de la bronquiolitis?

> Porque elimina volumen, pero el problema principal es obstrucción inflamatoria de bronquiolos. Sin sobrecarga circulatoria puede causar deshidratación y alteraciones electrolíticas.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE004

Mini repaso · MR004

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0012 | Pregunta

Alexia: oxígeno, aporte de líquidos e internación

¿Qué datos impiden un alta simple en bronquiolitis?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE004

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0012 | Respuesta

¿Qué datos impiden un alta simple en bronquiolitis?

> Hipoxemia persistente, apnea, trabajo respiratorio importante o agotamiento y aporte insuficiente de líquidos. Son problemas que requieren soporte y vigilancia, no sólo un control posterior.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE004

Mini repaso · MR004

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0013 | Pregunta

Ignacio: el hígado obliga a pensar en el corazón

¿Qué signo de congestión suele ser especialmente útil en la insuficiencia cardíaca del lactante?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE005

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0013 | Respuesta

¿Qué signo de congestión suele ser especialmente útil en la insuficiencia cardíaca del lactante?

> La hepatomegalia. El aumento de presión venosa se transmite al hígado, a veces antes de que aparezca edema periférico evidente.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE005
Mini repaso · MR005
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0014 | Pregunta

Ignacio: el hígado obliga a pensar en el corazón

¿La ausencia de soplo descarta falla cardíaca en un lactante?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE005

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0014 | Respuesta

¿La ausencia de soplo descarta falla cardíaca en un lactante?

> No. La disfunción miocárdica o una arritmia pueden causar insuficiencia cardíaca sin un soplo llamativo. Importan perfusión, alimentación, hepatomegalia y ecocardiografía.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE005
Mini repaso · MR005
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0015 | Pregunta

Ignacio: el hígado obliga a pensar en el corazón

¿Por qué la insuficiencia cardíaca puede manifestarse durante las tomas?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE005

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0015 | Respuesta

¿Por qué la insuficiencia cardíaca puede manifestarse durante las tomas?

> Alimentarse aumenta el trabajo metabólico. Un gasto cardíaco limitado se expresa como taquipnea, sudoración, fatiga y dificultad para completar la toma.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE005

Mini repaso · MR005

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0016 | Pregunta

Ignacio: cardiomegalia, atrapamiento o placa normal

¿Qué método define función ventricular y cortocircuitos en un lactante con sospecha de falla cardíaca?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE006

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0016 | Respuesta

¿Qué método define función ventricular y cortocircuitos en un lactante con sospecha de falla cardíaca?

> La ecocardiografía. La radiografía puede sugerir cardiomegalia, pero no caracteriza por sí sola el funcionamiento ni las conexiones cardíacas.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE006
Mini repaso · MR006
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0017 | Pregunta

Ignacio: cardiomegalia, atrapamiento o placa normal

¿Qué factores pueden simular cardiomegalia en la radiografía de un lactante?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE006

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0017 | Respuesta

¿Qué factores pueden simular cardiomegalia en la radiografía de un lactante?

> La proyección anteroposterior, una inspiración insuficiente y la superposición del timo. Deben revisarse antes de atribuir la silueta a dilatación cardíaca.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE006

Mini repaso · MR006

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0018 | Pregunta

Ignacio: ritmo cardíaco y causas que agravan la falla

¿Por qué una hemoglobina baja puede agravar una insuficiencia cardíaca aunque la SpO_2 sea normal?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE007

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0018 | Respuesta

¿Por qué una hemoglobina baja puede agravar una insuficiencia cardíaca aunque la SpO_2 sea normal?

> La oximetría expresa qué proporción de hemoglobina está oxigenada, no cuánta hemoglobina existe. Con menos hemoglobina disminuye el contenido de oxígeno y aumenta la demanda de gasto cardíaco.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE007

Mini repaso · MR007

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0019 | Pregunta

Ignacio: ritmo cardíaco y causas que agravan la falla

¿Se puede diagnosticar una taquicardia supraventricular sólo con el número de pulsaciones?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE007

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0019 | Respuesta

¿Se puede diagnosticar una taquicardia supraventricular sólo con el número de pulsaciones?

> No. Se necesitan el ECG y el contexto: regularidad, ondas P, relación auriculoventricular y evolución. Una respuesta sinusal al estrés también eleva la frecuencia.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE007

Mini repaso · MR007

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0020 | Pregunta

Ignacio: sostener la respiración sin agravar la congestión

¿Qué parámetros deben vigilarse al usar furosemida en un lactante congestionado?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE008

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0020 | Respuesta

¿Qué parámetros deben vigilarse al usar furosemida en un lactante congestionado?

> Diuresis, perfusión y presión arterial, peso y balance, función renal y electrolitos. La mejoría respiratoria no justifica ignorar una caída del gasto o de la volemia.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE008

Mini repaso · MR008

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0021 | Pregunta

Ignacio: sostener la respiración sin agravar la congestión

¿Por qué “no expandir automáticamente” no significa “no dar líquidos” en insuficiencia cardíaca?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE008

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0021 | Respuesta

¿Por qué “no expandir automáticamente” no significa “no dar líquidos” en insuficiencia cardíaca?

> Porque el paciente sigue necesitando un aporte ajustado y puede tener pérdidas. Se evita un exceso sin indicación, pero el volumen se individualiza según congestión y perfusión.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE008

Mini repaso · MR008

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0022 | Pregunta

Pedro: tabaquismo, anhedonia y una lesión apical

¿Cómo se calcula la carga tabáquica en paquetes-año?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE009

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0022 | Respuesta

¿Cómo se calcula la carga tabáquica en paquetes-año?

> Cigarrillos por día divididos por 20, multiplicados por años de consumo. Un paquete diario durante 30 años equivale a 30 paquetes-año.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE009

Mini repaso · MR009

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0023 | Pregunta

Pedro: tabaquismo, anhedonia y una lesión apical

¿Por qué una lesión apical cicatrizal no demuestra tuberculosis activa?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE009

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0023 | Respuesta

¿Por qué una lesión apical cicatrizal no demuestra tuberculosis activa?

> Porque puede persistir después de una infección resuelta. La actividad exige correlación con síntomas, evolución e investigación microbiológica.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE009
Mini repaso · MR009
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0024 | Pregunta

Pedro: tabaquismo, anhedonia y una lesión apical

¿Un duelo reciente excluye un episodio depresivo?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE009

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0024 | Respuesta

¿Un duelo reciente excluye un episodio depresivo?

> No. Puede desencadenarlo. La anhedonia persistente, el deterioro funcional y otros síntomas deben evaluarse clínicamente, sin atribuir todo el cuadro a una reacción esperable.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE009

Mini repaso · MR009

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0025 | Pregunta

Pedro: confirmar obstrucción y buscar micobacterias

¿Qué dato funcional sostiene el diagnóstico de EPOC en una persona con exposición compatible?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE010

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0025 | Respuesta

¿Qué dato funcional sostiene el diagnóstico de EPOC en una persona con exposición compatible?

> La obstrucción persistente en una espirometría válida después de broncodilatador. Los síntomas y la radiografía generan sospecha, pero no reemplazan la demostración funcional.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE010

Mini repaso · MR010

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0026 | Pregunta

Pedro: confirmar obstrucción y buscar micobacterias

¿Una baciloscopia negativa descarta tuberculosis pulmonar?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE010

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0026 | Respuesta

¿Una baciloscopia negativa descarta tuberculosis pulmonar?

> No. Su sensibilidad es limitada, especialmente con baja carga bacilar. Si la sospecha continúa, se estudia con pruebas moleculares, cultivo y muestras adecuadas.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE010
Mini repaso · MR010
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0027 | Pregunta

Pedro: confirmar obstrucción y buscar micobacterias

¿Por qué hay que considerar control de infección antes de una espirometría en sospecha de tuberculosis activa?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE010

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0027 | Respuesta

¿Por qué hay que considerar control de infección antes de una espirometría en sospecha de tuberculosis activa?

> Porque las maniobras pueden provocar tos y dispersión de aerosoles. El estudio funcional debe coordinarse con medidas de prevención y no realizarse sin valorar ese riesgo.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE010
Mini repaso · MR010
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0028 | Pregunta

Pedro: tratar la obstrucción, el ánimo y la hipertensión

¿Por qué la amlodipina puede causar edema sin insuficiencia cardíaca?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE011

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0028 | Respuesta

¿Por qué la amlodipina puede causar edema sin insuficiencia cardíaca?

> Dilata principalmente las arteriolas, aumenta la presión capilar en zonas declives y favorece salida de líquido al intersticio. No implica necesariamente aumento del volumen corporal total.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE011

Mini repaso · MR011

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0029 | Pregunta

Pedro: tratar la obstrucción, el ánimo y la hipertensión

¿Qué diferencia hay entre el objetivo de un broncodilatador y el de un corticoide inhalado en EPOC?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE011

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0029 | Respuesta

¿Qué diferencia hay entre el objetivo de un broncodilatador y el de un corticoide inhalado en EPOC?

> El broncodilatador mejora el flujo y los síntomas. El corticoide reduce exacerbaciones en perfiles seleccionados; no corresponde de manera automática a toda persona con obstrucción.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE011

Mini repaso · MR011

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0030 | Pregunta

Pedro: tratar la obstrucción, el ánimo y la hipertensión

¿Por qué un antidepresivo no se indica automáticamente ante un duelo?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE011

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0030 | Respuesta

¿Por qué un antidepresivo no se indica automáticamente ante un duelo?

> Porque el duelo puede transcurrir sin un trastorno depresivo que requiera medicación. Se evalúan persistencia, anhedonia, repercusión funcional, riesgo y antecedentes antes de decidir el abordaje.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE011

Mini repaso · MR011

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0031 | Pregunta

Sergio: edema generalizado por pérdida renal de proteínas

¿Qué conjunto de hallazgos define clínicamente un síndrome nefrótico?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE012

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0031 | Respuesta

¿Qué conjunto de hallazgos define clínicamente un síndrome nefrótico?

> Proteinuria importante, habitualmente en rango nefrótico, con hipoalbuminemia y edema. Son frecuentes la hiperlipidemia y la lipiduria, aunque no es necesario que todas estén documentadas para sospecharlo.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE012

Mini repaso · MR012

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0032 | Pregunta

Sergio: edema generalizado por pérdida renal de proteínas

¿Puede haber proteinuria intensa con creatinina todavía cercana a lo normal?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE012

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0032 | Respuesta

¿Puede haber proteinuria intensa con creatinina todavía cercana a lo normal?

> Sí. La barrera glomerular puede perder selectividad para proteínas antes de que disminuya mucho la filtración. Una creatinina aislada no mide la integridad de esa barrera.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE012

Mini repaso · MR012

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0033 | Pregunta

Sergio: edema generalizado por pérdida renal de proteínas

¿Qué hallazgo urinario orienta más a síndrome nefrítico que a nefrótico puro?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE012

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0033 | Respuesta

¿Qué hallazgo urinario orienta más a síndrome nefrítico que a nefrótico puro?

> Hematuria glomerular, especialmente con hematíes dismórficos o cilindros hemáticos. Indica lesión inflamatoria del glomérulo y puede acompañarse de caída del filtrado.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE012

Mini repaso · MR012

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0034 | Pregunta

Sergio: medir la pérdida de proteínas y la función renal

¿Por qué una tira urinaria positiva no equivale a medir proteinuria de 24 horas?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE013

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0034 | Respuesta

¿Por qué una tira urinaria positiva no equivale a medir proteinuria de 24 horas?

> La tira ofrece una estimación de concentración, sobre todo de albúmina, influida por la dilución de la orina. La recolección de 24 horas cuantifica la excreción diaria.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE013
Mini repaso · MR013
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0035 | Pregunta

Sergio: medir la pérdida de proteínas y la función renal

¿Qué diferencia hay entre filtrado glomerular y proteinuria?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE013

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0035 | Respuesta

¿Qué diferencia hay entre filtrado glomerular y proteinuria?

> El filtrado describe depuración de agua y solutos; la proteinuria refleja fuga de proteínas a través de la barrera renal. Puede alterarse una función antes que la otra.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE013
Mini repaso · MR013
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0036 | Pregunta

Sergio: medir la pérdida de proteínas y la función renal

¿Qué dato hace sospechar otra enfermedad renal además de la diabetes?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE013

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0036 | Respuesta

¿Qué dato hace sospechar otra enfermedad renal además de la diabetes?

> Una evolución atípica, como hematuria glomerular, caída rápida del filtrado o proteinuria de aparición brusca, obliga a investigar causas adicionales en lugar de atribuir todo a diabetes.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE013

Mini repaso · MR013

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0037 | Pregunta

Sergio: controlar la retención de líquido y la hiperglucemia

¿Qué controles son esenciales al iniciar espironolactona en enfermedad renal?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE014

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0037 | Respuesta

¿Qué controles son esenciales al iniciar espironolactona en enfermedad renal?

> Potasio y función renal, además de presión y volumen. El bloqueo de aldosterona retiene potasio; el riesgo aumenta con deterioro renal y con otros fármacos que también lo elevan.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE014
Mini repaso · MR014
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0038 | Pregunta

Sergio: controlar la retención de líquido y la hiperglucemia

¿Por qué no se repone albúmina de rutina en todo síndrome nefrótico?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE014

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0038 | Respuesta

¿Por qué no se repone albúmina de rutina en todo síndrome nefrótico?

> Porque no corrige la lesión que provoca la pérdida urinaria y puede expandir demasiado el volumen circulante. Se reserva para situaciones específicas, evaluando perfusión y congestión.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE014

Mini repaso · MR014

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0039 | Pregunta

Sergio: controlar la retención de líquido y la hiperglucemia

¿Una glucemia de 320 mg/dL confirma cetoacidosis diabética?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE014

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0039 | Respuesta

¿Una glucemia de 320 mg/dL confirma cetoacidosis diabética?

> No. La cetoacidosis requiere cetosis y acidosis metabólica además del contexto diabético. La glucemia elevada obliga a evaluarlas cuando corresponde, pero no las demuestra por sí sola.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE014
Mini repaso · MR014
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0040 | Pregunta

Dolor en hipocondrio derecho: vesícula y pulmón pueden parecerse

¿Cómo puede una neumonía basal derecha producir dolor abdominal?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE015

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0040 | Respuesta

¿Cómo puede una neumonía basal derecha producir dolor abdominal?

> La inflamación próxima al diafragma puede irritar su pleura y generar dolor referido al abdomen superior derecho. La fiebre y la relación con la respiración ayudan a sospechar ese origen.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE015

Mini repaso · MR015

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0041 | Pregunta

Dolor en hipocondrio derecho: vesícula y pulmón pueden parecerse

¿Qué datos hacen pensar en colecistitis más que en un cólico biliar simple?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE015

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0041 | Respuesta

¿Qué datos hacen pensar en colecistitis más que en un cólico biliar simple?

> Dolor persistente con fiebre, leucocitosis y signos inflamatorios locales. El cólico no complicado suele ceder al liberarse la obstrucción y no mantiene una respuesta inflamatoria importante.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE015

Mini repaso · MR015

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0042 | Pregunta

Dolor en hipocondrio derecho: vesícula y pulmón pueden parecerse

¿Por qué duele la inspiración durante la maniobra de Murphy?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE015

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0042 | Respuesta

¿Por qué duele la inspiración durante la maniobra de Murphy?

> Al inspirar descienden hígado y vesícula. La vesícula inflamada se aproxima a la mano que comprime el hipocondrio derecho y provoca dolor, a veces interrumpiendo la inspiración.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE015
Mini repaso · MR015
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0043 | Pregunta

Dolor biliar febril: qué aporta cada estudio inicial

¿Una amilasa discretamente elevada confirma pancreatitis aguda?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE016

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0043 | Respuesta

¿Una amilasa discretamente elevada confirma pancreatitis aguda?

> No. Puede elevarse en procesos no pancreáticos. El diagnóstico integra clínica, enzimas típicamente al menos tres veces sobre el límite superior y/o imagen compatible, con al menos dos criterios.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE016

Mini repaso · MR016

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0044 | Pregunta

Dolor biliar febril: qué aporta cada estudio inicial

¿Qué sugiere elevación de fosfatasa alcalina y bilirrubina directa en un dolor biliar?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE016

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0044 | Respuesta

¿Qué sugiere elevación de fosfatasa alcalina y bilirrubina directa en un dolor biliar?

> Sugiere colestasis y hace investigar dificultad para el drenaje de bilis, incluida obstrucción de la vía principal. El laboratorio orienta, pero no localiza por sí solo un cálculo.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE016

Mini repaso · MR016

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0045 | Pregunta

Dolor biliar febril: qué aporta cada estudio inicial

¿Por qué una serología positiva para Helicobacter pylori no demuestra infección activa?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE016

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0045 | Respuesta

¿Por qué una serología positiva para Helicobacter pylori no demuestra infección activa?

> Porque los anticuerpos pueden persistir después de que la infección haya desaparecido. Para actividad se prefieren pruebas que detecten infección actual, elegidas según el contexto clínico.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE016

Mini repaso · MR016

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0046 | Pregunta

Bilirrubina directa y fosfatasa alcalina: buscar obstrucción biliar

¿Qué diferencia anatómica hay entre colecistitis y coledocolitiasis?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE017

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0046 | Respuesta

¿Qué diferencia anatómica hay entre colecistitis y coledocolitiasis?

> La colecistitis es inflamación de la vesícula, habitualmente por obstrucción del cístico. La coledocolitiasis es un cálculo en la vía biliar principal y puede impedir el drenaje de bilis hacia el duodeno.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE017

Mini repaso · MR017

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0047 | Pregunta

Bilirrubina directa y fosfatasa alcalina: buscar obstrucción biliar

¿Para qué sirve el tiempo de Quick antes de un procedimiento biliar?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE017

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0047 | Respuesta

¿Para qué sirve el tiempo de Quick antes de un procedimiento biliar?

> Valora coagulación y ayuda a identificar riesgo hemorrágico o alteraciones de factores. No localiza cálculos; se interpreta con función hepática, vitamina K y anticoagulantes.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE017

Mini repaso · MR017

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0048 | Pregunta

Bilirrubina directa y fosfatasa alcalina: buscar obstrucción biliar

¿Por qué la CPRE no se usa como estudio diagnóstico rutinario de toda sospecha de litiasis?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE017

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0048 | Respuesta

¿Por qué la CPRE no se usa como estudio diagnóstico rutinario de toda sospecha de litiasis?

> Porque es invasiva y tiene riesgos, incluida pancreatitis. Cuando hace falta aclarar la vía biliar sin intervenir, pueden utilizarse imágenes no invasivas o ecoendoscopia; la CPRE se reserva sobre todo para tratar.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE017

Mini repaso · MR017

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0049 | Pregunta

Cuadro biliar complicado: observación activa y evaluación quirúrgica

¿Qué diferencia hay entre antibiótico y control del foco en una infección biliar obstructiva?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE018

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0049 | Respuesta

¿Qué diferencia hay entre antibiótico y control del foco en una infección biliar obstructiva?

El antibiótico combate microorganismos, pero no siempre elimina el obstáculo al drenaje. El control del foco resuelve la obstrucción o el tejido enfermo mediante el procedimiento indicado.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE018

Mini repaso · MR018

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0050 | Pregunta

Cuadro biliar complicado: observación activa y evaluación quirúrgica

¿Qué signos obligan a acelerar el manejo de una sospecha de colangitis?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE018

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0050 | Respuesta

¿Qué signos obligan a acelerar el manejo de una sospecha de colangitis?

> Hipotensión, alteración del sensorio u otra disfunción orgánica sugieren gravedad. Requieren estabilización, antibióticos y coordinación urgente del drenaje según el cuadro.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE018
Mini repaso · MR018
Menú del bloque →

Muestra Gratis

Flashcards · Bloque 02

Tarjetas 51–75: cada pregunta abre su respuesta en otra página.

Elegí una tarjeta o empezá por la primera. Los conceptos son distintos del choice del examen.

Cada tarjeta permite ver la respuesta, volver al card y abrir su mini repaso.

- FC0051 · C5.4
- FC0052 · C5.5
- FC0053 · C5.5
- FC0054 · C5.5
- FC0055 · C5.6
- FC0056 · C5.6
- FC0057 · C5.6
- FC0058 · C6.1
- FC0059 · C6.1
- FC0060 · C6.1
- FC0061 · C6.2
- FC0062 · C6.2
- FC0063 · C6.2
- FC0064 · C6.3
- FC0065 · C6.3
- FC0066 · C6.3
- FC0067 · C6.4
- FC0068 · C6.4
- FC0069 · C6.4
- FC0070 · C6.5
- FC0071 · C6.5
- FC0072 · C6.5
- FC0073 · C6.6
- FC0074 · C6.6
- FC0075 · C6.6

Muestra Gratis

Ir al bloque 1 →

Volvé al final gratuito →

Índice | Entendiendo el apunte | Ranking | Mapa de preguntas | Finales para practicar

FC0051 | Pregunta

Cuadro biliar complicado: observación activa y evaluación quirúrgica

¿Cuándo un episodio de dolor biliar deja de ser adecuado para simple espera domiciliaria?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE018

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0051 | Respuesta

¿Cuándo un episodio de dolor biliar deja de ser adecuado para simple espera domiciliaria?

> Cuando persiste o se acompaña de fiebre, defensa, ictericia, vómitos que impiden hidratarse o deterioro general. Esos datos hacen buscar inflamación, obstrucción o infección complicada.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE018

Mini repaso · MR018

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0052 | Pregunta

Disnea súbita y pantorrilla aumentada: un mismo proceso venoso

¿Por qué una radiografía normal no excluye embolia pulmonar?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE019

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0052 | Respuesta

¿Por qué una radiografía normal no excluye embolia pulmonar?

> Porque la radiografía no muestra directamente los trombos de las arterias pulmonares. Puede permanecer normal cuando ya existe una alteración importante de perfusión.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE019

Mini repaso · MR019

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0053 | Pregunta

Disnea súbita y pantorrilla aumentada: un mismo proceso venoso

¿Qué significa encontrar signos de TVP en una persona con disnea aguda?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE019

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0053 | Respuesta

¿Qué significa encontrar signos de TVP en una persona con disnea aguda?

> Aumenta la sospecha de una enfermedad tromboembólica común: un trombo venoso puede embolizar al pulmón. Se requieren confirmación y evaluación de gravedad, no atribuir cada síntoma a un problema separado.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE019

Mini repaso · MR019

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0054 | Pregunta

Disnea súbita y pantorrilla aumentada: un mismo proceso venoso

¿Una presión arterial normal permite descartar una embolia pulmonar relevante?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE019

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0054 | Respuesta

¿Una presión arterial normal permite descartar una embolia pulmonar relevante?

> No. Muchas embolias son inicialmente normotensas. La gravedad depende también de función del ventrículo derecho, biomarcadores, comorbilidades y evolución clínica.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE019

Mini repaso · MR019

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0055 | Pregunta

Confirmar trombos: ecografía venosa y angio-TC pulmonar

¿Qué hallazgo ecográfico es central para diagnosticar TVP?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE020

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0055 | Respuesta

¿Qué hallazgo ecográfico es central para diagnosticar TVP?

> La falta de compresibilidad de una vena, compatible con material trombótico en su luz. Se integra con el territorio examinado y los demás hallazgos de la ecografía venosa.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE020
Mini repaso · MR020
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0056 | Pregunta

Confirmar trombos: ecografía venosa y angio-TC pulmonar

¿Qué detecta la angio-TC pulmonar que no demuestra una oximetría?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE020

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0056 | Respuesta

¿Qué detecta la angio-TC pulmonar que no demuestra una oximetría?

> Defectos de llenado en arterias pulmonares opacificadas con contraste. La oximetría sólo estima saturación de hemoglobina y no identifica la causa de una alteración.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE020
Mini repaso · MR020
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0057 | Pregunta

Confirmar trombos: ecografía venosa y angio-TC pulmonar

¿En qué situación un dímero D negativo ayuda a excluir embolia pulmonar?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE020

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0057 | Respuesta

¿En qué situación un dímero D negativo ayuda a excluir embolia pulmonar?

> En una estrategia validada para una persona con probabilidad clínica no alta y con un ensayo y punto de corte adecuados. Con sospecha alta se requieren imágenes; un positivo aislado no confirma embolia.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE020

Mini repaso · MR020

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0058 | Pregunta

Nilda: flujo grisáceo que vuelve después del tratamiento

¿Qué genera el olor característico de la vaginosis bacteriana?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE021

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0058 | Respuesta

¿Qué genera el olor característico de la vaginosis bacteriana?

> Aminas producidas en un ecosistema vaginal con predominio de anaerobios y reducción de lactobacilos. El olor no demuestra por sí solo una ITS.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE021
Mini repaso · MR021
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0059 | Pregunta

Nilda: flujo grisáceo que vuelve después del tratamiento

¿Por qué un cultivo vaginal positivo para Gardnerella no basta para diagnosticar vaginosis?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE021

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0059 | Respuesta

¿Por qué un cultivo vaginal positivo para Gardnerella no basta para diagnosticar vaginosis?

> Porque puede existir colonización sin el síndrome. Se necesitan criterios clínicos y microbiológicos que describan el desequilibrio de la flora.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE021

Mini repaso · MR021

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0060 | Pregunta

Nilda: flujo grisáceo que vuelve después del tratamiento

¿Qué dato hace pensar en Candida más que en una vaginosis aislada?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE021

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0060 | Respuesta

¿Qué dato hace pensar en Candida más que en una vaginosis aislada?

> Prurito vulvar marcado con inflamación y secreción grumosa. Ese patrón debe corroborarse cuando la presentación es dudosa o recurrente.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE021

Mini repaso · MR021

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0061 | Pregunta

Anticoncepción: elegir un método sin agregar riesgos ni barreras

¿Un anticonceptivo inyectable mensual evita las contraindicaciones de los estrógenos?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE022

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0061 | Respuesta

¿Un anticonceptivo inyectable mensual evita las contraindicaciones de los estrógenos?

> No si contiene estrógeno. La vía de administración cambia, pero siguen importando trombosis, migraña con aura, presión y demás criterios de elegibilidad.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE022
Mini repaso · MR022
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0062 | Pregunta

Anticoncepción: elegir un método sin agregar riesgos ni barreras

¿PAP normal y ecografía ginecológica son requisitos universales para iniciar anticoncepción hormonal?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE022

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0062 | Respuesta

¿PAP normal y ecografía ginecológica son requisitos universales para iniciar anticoncepción hormonal?

> No. Se solicitan por indicaciones preventivas o clínicas propias; no deben demorar un método adecuado cuando no hay motivo para exigirlos.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE022
Mini repaso · MR022
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0063 | Pregunta

Anticoncepción: elegir un método sin agregar riesgos ni barreras

¿Qué significa doble protección anticonceptiva?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE022

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0063 | Respuesta

¿Qué significa doble protección anticonceptiva?

> Usar preservativo para reducir transmisión de ITS junto con otro método eficaz para prevenir embarazo, cuando esa combinación es adecuada para la persona.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE022

Mini repaso · MR022

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0064 | Pregunta

A las diez semanas: pesquisa prenatal y diagnóstico cromosómico

¿Cuál es la diferencia entre pesquisa prenatal y diagnóstico prenatal?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE023

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0064 | Respuesta

¿Cuál es la diferencia entre pesquisa prenatal y diagnóstico prenatal?

> La pesquisa estima probabilidad de ciertas condiciones. El diagnóstico busca confirmar una alteración concreta con una prueba adecuada; una pesquisa positiva no equivale a enfermedad confirmada.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE023

Mini repaso · MR023

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0065 | Pregunta

A las diez semanas: pesquisa prenatal y diagnóstico cromosómico

¿Por qué la alfafetoproteína no se interpreta sin edad gestacional?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE023

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0065 | Respuesta

¿Por qué la alfafetoproteína no se interpreta sin edad gestacional?

> Porque su concentración cambia con el embarazo y el rendimiento depende del momento de medición. Un valor aislado fuera de contexto puede producir una falsa sospecha.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE023
Mini repaso · MR023
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0066 | Pregunta

A las diez semanas: pesquisa prenatal y diagnóstico cromosómico

¿La biopsia de vellosidades coriónicas descarta todas las malformaciones?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE023

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0066 | Respuesta

¿La biopsia de vellosidades coriónicas descarta todas las malformaciones?

> No. Permite estudios sobre tejido placentario para alteraciones específicas; muchas anomalías estructurales requieren evaluación ecográfica y otras pruebas dirigidas.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE023
Mini repaso · MR023
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0067 | Pregunta

Mioma fúndico a término: vigilar sin indicar cirugía por el hallazgo

¿Qué característica de un mioma puede modificar directamente la vía del parto?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE024

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0067 | Respuesta

¿Qué característica de un mioma puede modificar directamente la vía del parto?

> Su ubicación si obstruye el segmento inferior o el canal, o si se asocia con una complicación obstétrica. Tener un mioma en el fondo no basta para indicar cesárea.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE024
Mini repaso · MR024
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0068 | Pregunta

Mioma fúndico a término: vigilar sin indicar cirugía por el hallazgo

¿Por qué no se realiza miomectomía obstétrica rutinaria ante todo mioma?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE024

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0068 | Respuesta

¿Por qué no se realiza miomectomía obstétrica rutinaria ante todo mioma?

> Porque no toda lesión necesita resección y el útero gestante es muy vascularizado, con riesgo de hemorragia. La indicación se individualiza.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE024
Mini repaso · MR024
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0069 | Pregunta

Mioma fúndico a término: vigilar sin indicar cirugía por el hallazgo

¿Un mioma detectado en el embarazo exige una cirugía en una fecha fija del puerperio?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE024

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0069 | Respuesta

¿Un mioma detectado en el embarazo exige una cirugía en una fecha fija del puerperio?

> No. Se reevalúan tamaño, síntomas y preferencias, ya que su evolución posterior puede cambiar la necesidad de tratamiento.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE024
Mini repaso · MR024
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0070 | Pregunta

Una masa mamaria pequeña y móvil también puede ser sospechosa

¿La movilidad de un nódulo mamario descarta carcinoma?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE025

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0070 | Respuesta

¿La movilidad de un nódulo mamario descarta carcinoma?

> No. Una neoplasia pequeña puede ser móvil. Bordes, consistencia, imagen y estudio tisular cuando corresponde determinan el nivel de sospecha.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE025
Mini repaso · MR025
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0071 | Pregunta

Una masa mamaria pequeña y móvil también puede ser sospechosa

¿Qué significa concordancia clínico-radiológico-patológica en una masa mamaria?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE025

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0071 | Respuesta

¿Qué significa concordancia clínico-radiológico-patológica en una masa mamaria?

> Que el examen, la imagen y el resultado del tejido expliquen la misma lesión. Una biopsia benigna discordante con una imagen sospechosa exige reevaluación.

Volvé a la pregunta

Siguiente flashcard →

Card · CE025

Mini repaso · MR025

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0072 | Pregunta

Una masa mamaria pequeña y móvil también puede ser sospechosa

¿Por qué una hiperplasia lobulillar no se diagnostica por palpación?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE025

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0072 | Respuesta

¿Por qué una hiperplasia lobulillar no se diagnostica por palpación?

> Porque es una alteración microscópica de la proliferación celular. Necesita estudio histológico, no sólo descripción del tamaño o consistencia de un nódulo.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE025
Mini repaso · MR025
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0073 | Pregunta

Estudiar la masa: imagen mamaria y una muestra con arquitectura

¿Qué ventaja diagnóstica aporta una biopsia con aguja gruesa frente a citología aislada?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE026

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0073 | Respuesta

¿Qué ventaja diagnóstica aporta una biopsia con aguja gruesa frente a citología aislada?

> Obtiene cilindros que conservan arquitectura tisular y permiten una caracterización histológica más completa de la lesión.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE026
Mini repaso · MR026
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0074 | Pregunta

Estudiar la masa: imagen mamaria y una muestra con arquitectura

¿Una ecografía sin lesión concluyente permite ignorar un nódulo clínicamente sospechoso?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE026

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0074 | Respuesta

¿Una ecografía sin lesión concluyente permite ignorar un nódulo clínicamente sospechoso?

> No. La discordancia exige reevaluar el sitio, completar estudios o tomar muestra según el caso; el examen y la imagen deben concordar.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE026
Mini repaso · MR026
Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0075 | Pregunta

Estudiar la masa: imagen mamaria y una muestra con arquitectura

¿Cuándo tiene sentido un seguimiento mamario a corto plazo?

Ver respuesta →

Estudiar el card · CE026

Siguiente pregunta →

Menú del bloque →

Muestra Gratis

FC0075 | Respuesta

¿Cuándo tiene sentido un seguimiento mamario a corto plazo?

> Cuando la evaluación inicial define un hallazgo probablemente benigno y concordante. No reemplaza el estudio de una masa sospechosa aún sin caracterizar.

Volvé a la pregunta
Siguiente flashcard →
Card · CE026
Mini repaso · MR026
Menú del bloque →

Muestra Gratis

Fichas temáticas incluidas

Desarrollos completos para ampliar los temas evaluados en el final gratuito.

A05 · Enfermedad biliar: localizar el problema antes de resolverlo

R01 · Bronquiolitis: de la lesión bronquiolar al soporte respiratorio

R05 · Insuficiencia cardíaca del lactante: congestión y bajo gasto

O04 · Control prenatal, evaluación fetal y miomas durante el embarazo

G02 · Flujo vaginal: Candida, vaginosis y causas no infecciosas

G04 · Anticoncepción: seguridad, eficacia y elección informada

G08 · Masa mamaria: concordancia entre clínica, imagen y tejido

L07 · Tos crónica con pérdida de peso: obstrucción, infección y salud mental

V01 · Trombosis venosa y embolia: mecanismo, presentación y riesgo

V05 · Pruebas del tromboembolismo: qué confirma y qué sólo orienta

K01 · Síndrome nefrótico: reconocer la pérdida y tratar su causa

Conocé todos los temas de la edición completa →

Muestra Gratis

Todo lo que trae la edición completa

733 entradas · 736 consignas · 190 fichas · 2.195 flashcards. El ranking corresponde al banco completo.

Hepatología	Completa →
Abdomen agudo y cirugía · 1 ficha gratis	Completa →
Tiroides y masas del cuello	Completa →
Crecimiento, desarrollo y prevención	Completa →
Respiratorio pediátrico · 2 fichas gratis	Completa →
Infecciones pediátricas y piel	Completa →
Neurología	Completa →
Obstetricia · 1 ficha gratis	Completa →
Anemias y hematología	Completa →
Ginecología y mama · 3 fichas gratis	Completa →
Respiratorio adulto · 1 ficha gratis	Completa →
Diabetes	Completa →
Reumatología	Completa →
Cardiología	Completa →
Trombosis y enfermedad arterial · 2 fichas gratis	Completa →
Riñón, orina y electrolitos · 1 ficha gratis	Completa →
Digestivo y diarrea	Completa →
Trauma y ortopedia pediátrica	Completa →
Infecciones del adulto	Completa →
Neonatología	Completa →
Otros casos que también aparecen	Completa →

Muestra Gratis

Además: imágenes explicadas, claves y variantes, conductas iniciales y última vuelta.

Consultar por la edición completa →

A05 | Enfermedad biliar: localizar el problema antes de resolverlo

Practicar en Finales de años anteriores: 2020/09 · C5.1 / 2020/09 · C5.2 / 2020/09 · C5.3 / 2020/09 · C5.4 / 2022/06 · 16

Clínica cardinal y señales de complicación

La vesícula almacena bilis y se contrae después de comer. Si un cálculo bloquea transitoriamente el cístico, aumenta la presión y aparece dolor; si la obstrucción persiste, se desarrolla inflamación vesicular. Si el cálculo migra a la vía principal, puede impedir el drenaje hepático y, en determinados casos, afectar la salida pancreática. Esa anatomía explica por qué enfermedades relacionadas requieren conductas diferentes.

Dolor mantenido, fiebre y signos locales inflamatorios hacen sospechar colecistitis. La ictericia obliga a investigar obstrucción principal u otras causas de colestasis. Una vía obstruida e infectada puede evolucionar a sepsis: alteración del sensorio, hipotensión o disfunción orgánica hacen prioritario el control del foco. No es necesario esperar que se complete una tríada clásica para actuar.

Diagnóstico: elegir imágenes con una pregunta concreta

La ecografía permite evaluar cálculos, pared y distensión vesicular, líquido vecino y calibre de conductos. Una pared engrosada también puede verse en edema por otras causas; por eso su significado depende de dolor y respuesta inflamatoria. Si quedan dudas o se sospechan complicaciones, se amplía el estudio con la técnica que pueda resolverlas.

El laboratorio muestra el patrón bioquímico, no una fotografía del conducto. Colangiorresonancia y ecoendoscopia pueden aclarar una sospecha de cálculo en la vía principal. La CPRE agrega posibilidad de extraer cálculos o drenar, con riesgos propios; su valor terapéutico explica que no se utilice para investigar indiscriminadamente cualquier dolor biliar.

Diferenciales abdominales y extraabdominales

La neumonía basal puede proyectar dolor hacia abdomen por irritación pleural diafragmática. La pielonefritis suele asociar signos urinarios o dolor costovertebral. La úlcera perforada produce irritación peritoneal y puede mostrar aire libre. La pancreatitis combina dolor compatible con enzimas suficientemente elevadas o imágenes; una amilasa levemente alta no basta.

Un cuadro coronario también puede presentarse con dolor epigástrico, sobre todo en personas con factores de riesgo. La evaluación inicial debe mantener esa posibilidad cuando la clínica lo justifica. A la inversa, una alteración inespecífica de una prueba no debe desplazar el diagnóstico biliar que integra mejor el resto de los hallazgos.

Conducta: aliviar, estabilizar y controlar el foco

La analgesia y el soporte hídrico ajustado al paciente acompañan la evaluación. Si hay infección se indican antibióticos apropiados, considerando gravedad, ámbito de adquisición, alergias y función renal. La colecistectomía resuelve el problema vesicular en quienes pueden operarse; la oportunidad se coordina con estabilidad y hallazgos.

Muestra Gratis

El drenaje biliar trata una obstrucción infectada de la vía principal cuando está indicado. La decisión puede requerir cirugía, endoscopia o radiología intervencionista según anatomía y recursos. Un descenso del dolor tras analgesia no prueba resolución del foco y una cifra de bilirrubina elevada, aislada, no determina por sí sola el procedimiento.

Volvé a una explicación específica

CE015 · Final 2020/09 · Pregunta C5.1

CE016 · Final 2020/09 · Pregunta C5.2

CE017 · Final 2020/09 · Pregunta C5.3

CE018 · Final 2020/09 · Pregunta C5.4

CE321 · Final 2022/06 · Pregunta 16

Temas del bloque →

Mini repasos del tema →

Muestra Gratis

R01 | Bronquiolitis: de la lesión bronquiolar al soporte respiratorio

Practicar en Finales de años anteriores: 2020/09 · C1.1 / 2020/09 · C1.2 / 2020/09 · C1.3 / 2020/09 · C1.4 / 2020/12 · 15 / 2021/05 · 15 / 2021/05 · 16 / 2022/03 · 7 / 2023/06 · 15 / 2024/08 · 1-1 / 2024/12 · 6 / 2025/02 · 6 / 2025/05 · 3 / 2026/02 · 2-6

Clínica cardinal y signos de alarma

La infección lesiona el epitelio de las vías aéreas pequeñas y provoca edema, secreciones y desprendimiento celular. En un conducto de por sí estrecho, una reducción del radio aumenta mucho la resistencia. La obstrucción no es uniforme: algunas unidades retienen aire y otras pueden colapsarse. Esto explica que convivan sibilancias, crepitantes, hiperinsuflación y atelectasias sin que cada hallazgo represente una enfermedad distinta.

La evaluación de gravedad incluye frecuencia y trabajo respiratorios, apneas, estado de alerta, oxigenación e ingesta. Menos ruido respiratorio no siempre significa mejoría: un niño exhausto puede mover menos aire. Prematurez, cardiopatía y otras enfermedades de base reducen la reserva, por lo que la trayectoria clínica y la capacidad de los cuidadores también importan.

Diagnóstico: clínica, oximetría y estudios dirigidos

Una presentación típica se reconoce mediante historia y examen. La oximetría mide saturación de hemoglobina, no ventilación ni eliminación de CO_2. Si el trabajo aumenta o aparece agotamiento, una cifra aceptable con oxígeno no excluye fracaso ventilatorio. Debe comprobarse señal y perfusión antes de interpretar valores aislados.

La radiografía no es una prueba obligatoria de confirmación. Se utiliza cuando la evolución, la gravedad o un hallazgo focal hacen buscar otra causa o una complicación. Las pruebas virales contestan una pregunta etiológica y pueden influir en aislamiento; los cultivos se orientan a sospecha bacteriana. Un hallazgo de imagen inespecífico no justifica automáticamente antibióticos.

Diferenciales: localizar el mecanismo

Un cuerpo extraño produce una obstrucción anatómicamente focal y puede no verse en la placa. La neumonía compromete alvéolos y se vuelve más probable con foco clínico e imagen concordante. La congestión cardíaca puede imitar una enfermedad respiratoria, pero agrega alteraciones de perfusión, alimentación o volumen hepático. No basta la presencia de sibilancias para elegir entre estos mecanismos.

La comparación con asma se apoya en la historia longitudinal. Episodios variables y recurrentes, desencadenantes y atopia cambian la probabilidad; una primera infección obstructiva del lactante no demuestra un diagnóstico crónico. La ausencia de respuesta a un broncodilatador tampoco identifica por sí sola el agente infeccioso.

Conducta y tratamiento

El soporte aborda los problemas que sí modifican el pronóstico inmediato: oxigenación, ventilación cuando haga falta y aporte seguro de líquidos y nutrientes. La vía de alimentación se adapta al esfuerzo respiratorio y a la protección de la vía aérea. El balance evita tanto déficit como sobrecarga.

Muestra Gratis

La bronquiolitis típica no necesita antibióticos, corticoides ni broncodilatadores de rutina. Si se identifica otra enfermedad o una complicación, se agrega su tratamiento específico. Antes del alta se comprueba estabilidad sostenida, ingesta y un plan de vigilancia accesible; mejorar una cifra durante unos minutos no sustituye esa valoración.

Volvé a una explicación específica

CE001 · Final 2020/09 · Pregunta C1.1

CE002 · Final 2020/09 · Pregunta C1.2

CE003 · Final 2020/09 · Pregunta C1.3

CE004 · Final 2020/09 · Pregunta C1.4

CE083 · Final 2020/12 · Pregunta 15

CE163 · Final 2021/05 · Pregunta 15

CE164 · Final 2021/05 · Pregunta 16

CE274 · Final 2022/03 · Pregunta 7

CE455 · Final 2023/06 · Pregunta 15

CE518 · Final 2024/08 · Pregunta 1-1

CE558 · Final 2024/12 · Pregunta 6

CE578 · Final 2025/02 · Pregunta 6

CE630 · Final 2025/05 · Pregunta 3

CE706 · Final 2026/02 · Pregunta 2-6

Temas del bloque →

Mini repasos del tema →

Muestra Gratis

R05 | Insuficiencia cardíaca del lactante: congestión y bajo gasto

Practicar en Finales de años anteriores: 2020/09 · C2.1 / 2020/09 · C2.2 / 2020/09 · C2.3 / 2020/09 · C2.4

Clínica cardinal y signos de alarma

La insuficiencia cardíaca aparece cuando la circulación no satisface las necesidades del organismo o lo logra a costa de presiones de llenado excesivas. La congestión y la hipoperfusión no son sinónimos: la primera acumula líquido o presión aguas arriba, mientras que la segunda reduce el aporte efectivo a los tejidos. Un mismo niño puede presentar ambas.

En lactantes, las tomas funcionan como un esfuerzo: sudoración, pausas frecuentes y fatiga pueden preceder a un edema visible. La hepatomegalia es una pista relevante. Extremidades frías, relleno capilar lento, oliguria, letargo o acidosis hacen sospechar bajo gasto. La ausencia de soplo o de edema de tobillos no excluye el problema.

Diagnóstico: anatomía, ritmo y repercusión

La ecocardiografía permite estudiar conexiones, cortocircuitos, válvulas y desempeño ventricular. El ECG aporta el mecanismo eléctrico y puede revelar que una arritmia explica la descompensación. Una radiografía ayuda a valorar silueta y circulación pulmonar, pero no reemplaza ninguno de esos estudios.

La etiología orienta qué otros datos hacen falta: infección, anemia, alteraciones metabólicas y enfermedad renal pueden iniciar o agravar la falla. Saturación, presión, diuresis y perfusión permiten seguir su impacto. La palpación del hígado debe distinguir congestión de un simple desplazamiento por hiperinsuflación.

Diferenciales y causas relevantes

Una cardiopatía con cortocircuito de izquierda a derecha puede hacerse manifiesta al disminuir la resistencia vascular pulmonar durante las primeras semanas. También existen lesiones obstructivas, enfermedad miocárdica y arritmias. La edad orienta, pero no permite adivinar una malformación específica sin estudiarla.

La bronquiolitis concentra signos en la vía respiratoria; la sepsis puede provocar disfunción cardíaca y mala perfusión; la deshidratación reduce precarga sin explicar toda hepatomegalia. Las medidas útiles en una causa pueden agravar otra. Por eso un bolo de volumen no es una respuesta universal a toda taquicardia.

Conducta y tratamiento

Se organiza atención monitorizada y se sostienen respiración y circulación mientras se define la causa. Si existe congestión y perfusión suficiente, un diurético puede aliviar sobrecarga. El balance se revisa con diuresis, peso, electrolitos y función renal. Si predomina bajo gasto, puede requerirse soporte distinto bajo cuidados especializados.

El tratamiento causal no es intercambiable: resolver una arritmia, sostener una circulación ductus-dependiente o tratar una miocardiopatía requiere estrategias diferentes. El aporte de oxígeno, los líquidos y los fármacos se ajustan a la fisiología identificada. La mejoría respiratoria no elimina la necesidad de completar el estudio.

Muestra Gratis

Volvé a una explicación específica

CE005 · Final 2020/09 · Pregunta C2.1

CE006 · Final 2020/09 · Pregunta C2.2

CE007 · Final 2020/09 · Pregunta C2.3

CE008 · Final 2020/09 · Pregunta C2.4

Temas del bloque →

Mini repasos del tema →

Muestra Gratis

O04 | Control prenatal, evaluación fetal y miomas durante el embarazo

Practicar en Finales de años anteriores: 2020/09 · C6.3 / 2020/09 · C6.4

1 · Contexto maternofetal

La consulta prenatal establece edad gestacional, antecedentes médicos y obstétricos, factores familiares y preocupaciones de la persona. Un familiar con “malformaciones” requiere precisar cuál fue el diagnóstico y el parentesco: no todas las anomalías tienen el mismo mecanismo o recurrencia.

Sangrado, dolor intenso, hipertensión o cambios de movimientos fetales requieren evaluación según etapa. Un hallazgo ecográfico incidental, como un mioma, se interpreta por ubicación, tamaño y repercusión, no sólo por su nombre.

2 · Pesquisa, anatomía y diagnóstico

Una pesquisa calcula riesgo de ciertas alteraciones. La ecografía examina estructuras, mientras pruebas invasivas obtienen una muestra para diagnósticos específicos. Un resultado de bajo riesgo no garantiza ausencia de toda enfermedad; uno positivo no equivale siempre a confirmación.

Vellosidades coriónicas y amniocentesis tienen ventanas y alcances distintos. Los marcadores séricos, incluida alfafetoproteína cuando está indicada, dependen de edad gestacional. Doppler agrega información de flujos y no reemplaza un examen anatómico fetal.

3 · Mioma y vía del parto

Un mioma fúndico sin complicaciones no impide automáticamente parto vaginal. Una lesión del segmento inferior o cuello que obstruya puede modificar la vía; también importan presentación, placenta y evolución obstétrica.

Dolor por degeneración de un mioma debe diferenciarse de otras urgencias del embarazo. La presencia de un nódulo no justifica atribuirle todo dolor ni indicar histerectomía. La resección en un útero gestante tiene riesgos y se individualiza.

4 · Plan y decisión informada

Las pruebas se ofrecen explicando qué detectan, qué no detectan y sus riesgos. La periodicidad de controles y la finalización del embarazo se ajustan a riesgo y evolución, no a una agenda rígida igual para todas las personas.

La vigilancia de un mioma puede continuar si no hay complicación. En el puerperio se reevalúan tamaño y síntomas antes de decidir tratamiento. Ni una cirugía ni un procedimiento invasivo se imponen únicamente por edad materna o un antecedente familiar inespecífico.

Volvé a una explicación específica

CE023 · Final 2020/09 · Pregunta C6.3

CE024 · Final 2020/09 · Pregunta C6.4

Muestra Gratis

Temas del bloque →

Mini repasos del tema →

Muestra Gratis

G02 | Flujo vaginal: Candida, vaginosis y causas no infecciosas

Practicar en Finales de años anteriores: 2020/09 · C6.1 / 2020/10 · 10 / 2020/10 · 11 / 2021/09 · 15 / 2021/09 · 16a / 2024/12 · 17 / 2025/02 · 17 / 2025/05 · 12

1 · La inflamación y el aspecto orientan

En candidiasis predominan prurito, eritema, ardor y a veces fisuras; la secreción puede ser blanca y grumosa. En vaginosis predomina una secreción homogénea fina con olor por aminas y escasa inflamación. La secreción fisiológica varía con el ciclo y no suele provocar dolor, prurito intenso o mal olor persistente.

Fiebre, dolor abdominal bajo, sangrado o dolor anexial requieren ampliar el diagnóstico. La falta de respuesta a varios tratamientos también es una señal para dejar de suponer una infección simple y revisar la causa.

2 · Pruebas e interpretación

La evaluación de vaginosis puede utilizar criterios de Amsel o una clasificación microbiológica validada como Nugent. Amsel integra aspecto, pH, aminas y células clave. El cultivo de Gardnerella aislado no diagnostica el síndrome porque el microorganismo puede colonizar sin enfermedad.

Para Candida se correlacionan síntomas con demostración de levaduras/pseudohifas o una prueba apropiada. Un aislamiento sin molestias puede ser colonización. En recurrencias, formas complicadas o mala respuesta, identificar especie ayuda a evitar repetir una pauta que no resulta adecuada.

3 · Diferenciales que evitan tratamientos repetidos

Trichomonas combina inflamación y alteración del flujo; dermatitis de contacto puede provocar ardor por productos; atrofia relacionada con hipoestrogenismo puede causar sequedad e irritación. Esas causas requieren abordajes diferentes aunque la persona diga simplemente “tengo flujo”.

Un antifúngico no corrige vaginosis y un antibacteriano no trata automáticamente Candida. La combinación empírica de varios productos puede generar efectos adversos, alterar flora y retrasar el diagnóstico si se repite sin reevaluación.

4 · Tratamiento dirigido y seguimiento

Candidiasis se trata con antifúngicos adecuados al episodio; embarazo, especie, recurrencia y gravedad modifican vía y duración. Vaginosis sintomática utiliza esquemas antibacterianos dirigidos como metronidazol o alternativas apropiadas. La elección no se basa únicamente en el color de la secreción.

Las recurrencias necesitan confirmar qué reapareció y distinguir persistencia, reinfección o nueva causa. El abordaje de pareja depende de la enfermedad y del contexto; no se aplica un único criterio a candidiasis, vaginosis y tricomoniasis. El seguimiento debe comprobar resolución y revisar síntomas que no encajan.

Muestra Gratis

Volvé a una explicación específica

- CE021 · Final 2020/09 · Pregunta C6.1
- CE036 · Final 2020/10 · Pregunta 10
- CE037 · Final 2020/10 · Pregunta 11
- CE223 · Final 2021/09 · Pregunta 15
- CE224 · Final 2021/09 · Pregunta 16a
- CE569 · Final 2024/12 · Pregunta 17
- CE589 · Final 2025/02 · Pregunta 17
- CE639 · Final 2025/05 · Pregunta 12

Temas del bloque →

Mini repasos del tema →

Muestra Gratis

G04 | Anticoncepción: seguridad, eficacia y elección informada

Practicar en Finales de años anteriores: 2020/09 · C6.2 / 2021/02 · 19 / 2021/02 · 20 / 2022/03 · 17 / 2023/10 · 18

1 · Datos clínicos que cambian elegibilidad

La elección incorpora deseos reproductivos, preferencia, adherencia posible y condiciones médicas. Al considerar estrógenos importan trombosis, migraña con aura, presión arterial y tabaquismo junto con edad, además de otras contraindicaciones. No todos los hormonales contienen estrógeno: combinados y sólo progestágeno tienen perfiles diferentes.

Un sangrado inesperado, dolor pélvico o sospecha de embarazo merece evaluación propia. Los síntomas no se atribuyen automáticamente al método sin explorar causas relevantes, y tampoco todo efecto adverso exige abandonar una anticoncepción sin alternativa.

2 · Qué evaluar antes y durante el uso

Se revisan antecedentes, posibilidad de embarazo, medicamentos e indicaciones específicas del método; la medición de presión es central para determinadas formulaciones. El PAP, la ecografía y análisis generales no son requisitos universales para iniciar todos los anticonceptivos.

Los estudios preventivos o por síntomas se realizan cuando corresponden, sin convertirlos en barreras innecesarias. La transición entre métodos necesita instrucciones sobre inicio, protección adicional y conducta ante olvidos o retrasos según el producto.

3 · Diferencias entre métodos

Píldoras requieren tomas; inyectables exigen cumplir fechas; implantes y DIU reducen dependencia del uso cotidiano. Cada método tiene efectos esperables y limitaciones. La eficacia real incluye cómo se utiliza, no sólo el mecanismo farmacológico.

Preservativo aporta reducción de transmisión de ITS y puede combinarse con otro método para doble protección. Cambiar de una píldora combinada a un inyectable con estrógeno no elimina las contraindicaciones de ese componente. Sumar estrógeno oral para “hacer más eficaz” un método no es una regla válida.

4 · Plan compartido y continuidad

Se ofrece una comparación comprensible de opciones seguras y se respeta la decisión de la persona. Conviene anticipar cambios de sangrado y efectos habituales para evitar suspensiones por sorpresa, junto con síntomas que requieren consulta.

Si se interrumpe un método, se organiza otro o una protección transitoria. El seguimiento evalúa satisfacción, tolerancia, nuevas condiciones médicas e interacciones. La ausencia de pareja estable no permite inferir conductas sexuales ni imponer una elección.

Volvé a una explicación específica

CE022 · Final 2020/09 · Pregunta C6.2

CE107 · Final 2021/02 · Pregunta 19

Muestra Gratis

CE108 · Final 2021/02 · Pregunta 20

CE284 · Final 2022/03 · Pregunta 17

CE495 · Final 2023/10 · Pregunta 18

Temas del bloque →

Mini repasos del tema →

Muestra Gratis

G08 | Masa mamaria: concordancia entre clínica, imagen y tejido

Practicar en Finales de años anteriores: 2020/09 · C6.5 / 2020/09 · C6.6 / 2020/11 · 17 / 2020/11 · 18 / 2022/10 · 18 / 2023/03 · 19 / 2025/11 · 10

1 · Qué hace sospechosa una lesión

Una masa dominante debe describirse por bordes, consistencia, movilidad, tamaño y relación con piel y pezón. Dureza, irregularidad, retracciones o adenopatías aumentan sospecha. El cáncer pequeño puede no doler ni estar adherido; esos rasgos ausentes no garantizan benignidad.

Se examinan ambas mamas y axilas y se revisa crecimiento, relación con ciclo, lactancia, antecedentes y estudios previos. Un hallazgo nuevo requiere evaluación diagnóstica aunque el último tamizaje haya sido normal.

2 · Complementar imagen e histología

Ecografía caracteriza el blanco palpable y distingue componentes; mamografía aporta evaluación del parénquima, calcificaciones y distorsión. Su elección depende de edad y contexto y suelen complementarse ante sospecha. Una imagen negativa no elimina un hallazgo clínico persistente y discordante.

La biopsia con aguja gruesa obtiene arquitectura. Después se verifica que el resultado explique el sitio estudiado. Una muestra benigna discordante exige revisar toma o repetir evaluación. Los receptores tumorales se estudian en tejido, no con dosajes séricos de estrógeno y progesterona.

3 · Diferenciales con perfiles propios

Fibroadenoma suele ser circunscripto y móvil; quiste simple contiene líquido; cambios fibroquísticos pueden ser cíclicos o difusos. Un galactocele tiene relación con lactancia. Un tumor phyllodes puede crecer rápidamente y requiere diferenciación histológica de otras lesiones fibroepiteliales.

Linfoma o metástasis de otro órgano son causas menos frecuentes que necesitan evidencia tisular y contexto. Hiperplasia lobulillar es una descripción histológica, no una etiqueta deducible por palpación. Una masa dominante merece estudio aun en una mama con cambios benignos conocidos.

4 · Conducta según concordancia y riesgo

El seguimiento corto corresponde a hallazgos evaluados como probablemente benignos y con un plan definido. No se elige sólo porque una masa mida un centímetro. Una lesión sospechosa requiere diagnóstico oportuno, sin esperar respuesta a un antiinflamatorio sin indicación.

Los estudios de extensión se seleccionan una vez establecida la enfermedad y según estadio o síntomas; no reemplazan el diagnóstico mamario inicial. La decisión terapéutica integra anatomía patológica, imagen, condiciones y preferencias de la persona.

Muestra Gratis

Volvé a una explicación específica

- CE025 · Final 2020/09 · Pregunta C6.5
- CE026 · Final 2020/09 · Pregunta C6.6
- CE065 · Final 2020/11 · Pregunta 17
- CE066 · Final 2020/11 · Pregunta 18
- CE361 · Final 2022/10 · Pregunta 18
- CE400 · Final 2023/03 · Pregunta 19
- CE684 · Final 2025/11 · Pregunta 10

Temas del bloque →

Mini repasos del tema →

Muestra Gratis

L07 | Tos crónica con pérdida de peso: obstrucción, infección y salud mental

Practicar en Finales de años anteriores: 2020/09 · C3.1 / 2020/09 · C3.2 / 2020/09 · C3.3 / 2020/10 · 20 / 2020/10 · 21 / 2020/10 · 22

Clínica cardinal y signos de alarma

La exposición prolongada al tabaco puede lesionar bronquios, bronquiolos y alvéolos. El moco y el estrechamiento de vías pequeñas dificultan el flujo; la pérdida de retroceso elástico favorece colapso espiratorio y atrapamiento. El paciente puede reducir actividad para evitar disnea, por lo que preguntar sólo si le falta el aire puede subestimar limitación.

Una pérdida de peso, hemoptisis o lesión localizada exige investigar una causa adicional. EPOC, tuberculosis y neoplasia pueden coexistir. En paralelo, anhedonia y deterioro de sueño, apetito o función requieren entrevista de salud mental. Atribuir todos los síntomas a tabaquismo o duelo deja sin explicar parte del cuadro.

Diagnóstico: separar las preguntas clínicas

La espirometría busca obstrucción persistente y requiere calidad técnica. Un VEF_1 bajo por sí solo no distingue obstrucción de otras alteraciones: se interpreta junto con CVF y su cociente. El criterio fijo VEF_1/CVF menor de 0,70 posbroncodilatador se utiliza para EPOC, pero los valores limítrofes, especialmente con edades extremas, requieren una lectura clínica cuidadosa.

La actividad tuberculosa se investiga en muestras del sitio comprometido. Las pruebas moleculares rápidas identifican material del complejo tuberculoso y pueden detectar ciertas resistencias; el cultivo conserva valor microbiológico. Una baciloscopia orienta, pero su negatividad no descarta todas las formas. La depresión, en cambio, requiere evaluar síntomas, curso, funcionamiento y diagnósticos diferenciales mediante entrevista.

Diferenciales que no deben confundirse

El asma presenta variabilidad; la EPOC suele vincularse con exposición y limitación persistente. Una respuesta parcial al broncodilatador puede existir en EPOC, de modo que no basta observar alguna mejoría para descartarla. Una secuela de tuberculosis puede dejar una imagen estable y también contribuir a daño respiratorio crónico.

El duelo incluye dolor emocional, pero no impide diagnosticar una depresión cuando existe un síndrome clínico. Hipotiroidismo, fármacos, consumo de sustancias y trastornos del sueño pueden contribuir al ánimo y la astenia. El diagnóstico de uno de estos problemas no autoriza a omitir los restantes.

Conducta y tratamiento

La cesación tabáquica es una intervención central; se acompaña de vacunación, actividad y rehabilitación según necesidad. Los broncodilatadores inhalados se ajustan a síntomas y exacerbaciones. Los corticoides inhalados se reservan para perfiles que puedan beneficiarse y no se agregan automáticamente a toda persona que fuma y tose.

Si se sospecha tuberculosis transmisible, se organiza el estudio con control de infección y se coordina con el programa correspondiente. El tratamiento del ánimo incluye intervención

Muestra Gratis

> psicosocial y, cuando está indicado, medicación con seguimiento. Antes de indicar un antidepresivo se revisan antecedentes de manía, interacciones, comorbilidades y seguridad.

Volvé a una explicación específica

CE009 · Final 2020/09 · Pregunta C3.1

CE010 · Final 2020/09 · Pregunta C3.2

CE011 · Final 2020/09 · Pregunta C3.3

CE046 · Final 2020/10 · Pregunta 20

CE047 · Final 2020/10 · Pregunta 21

CE048 · Final 2020/10 · Pregunta 22

Temas del bloque →

Mini repasos del tema →

Muestra Gratis

V01 | Trombosis venosa y embolia: mecanismo, presentación y riesgo

Practicar en Finales de años anteriores: 2020/09 · C5.5 / 2021/06 · 11 / 2023/03 · 6 / 2024/08 · 3-4 / 2024/12 · 5 / 2025/10 · 4-1 / 2025/11 · 6

Clínica cardinal y señales de alarma

Estasis, lesión endotelial e hipercoagulabilidad facilitan trombosis venosa. Un coágulo puede permanecer local o embolizar; al obstruir la circulación pulmonar, aumenta el espacio ventilado que recibe poca sangre y puede sobrecargar el ventrículo derecho. La repercusión depende del tamaño y distribución de la obstrucción y de la reserva cardiopulmonar previa.

La TVP puede ser poco sintomática o provocar dolor y edema unilateral. La embolia no siempre produce la combinación clásica de disnea, dolor y hemoptisis: a veces predomina síncope o deterioro inexplicado. Shock, hipotensión persistente o paro indican una situación crítica que necesita tratamiento inmediato y evaluación de reperfusión.

Diagnóstico y valoración de riesgo

La probabilidad previa integra síntomas, signos y factores predisponentes reales. No se inventa una cirugía o inmovilización para completar una escala. Una vez establecido el diagnóstico, se valora además el riesgo de evolución desfavorable: estabilidad hemodinámica, carga sobre el ventrículo derecho, biomarcadores y condiciones de base aportan información distinta de la probabilidad diagnóstica.

Las imágenes demuestran el evento, mientras que la evaluación funcional determina su repercusión. Una embolia extensa puede coexistir inicialmente con presión conservada, y una persona con poca reserva puede deteriorarse con una carga menor. La decisión de internar o manejar de forma ambulatoria requiere una valoración completa y posibilidades reales de seguimiento.

Diferenciales que imitan parte del cuadro

Una pierna dolorosa puede deberse a celulitis, rotura de quiste de Baker o lesión muscular. Un dolor pleurítico puede deberse a infección, neumotórax o inflamación pleural. Cuando aparecen signos de ambos territorios al mismo tiempo, una causa tromboembólica común debe investigarse antes de atribuirlos a dos procesos banales.

El estrés y el miedo son frecuentes durante una urgencia respiratoria. Su presencia no demuestra que el mecanismo sea psicológico. También las sibilancias pueden acompañar procesos distintos del asma; la interpretación debe conservar los datos vasculares y hemodinámicos del cuadro.

Tratamiento y prevención de recurrencia

La anticoagulación impide extensión y nuevos eventos mientras el organismo procesa el trombo; no equivale a disolverlo instantáneamente. La elección del fármaco considera sangrado, función renal, embarazo, cáncer, interacciones y otras condiciones. La duración depende del contexto desencadenante y del riesgo de recurrencia.

La trombólisis o las intervenciones sobre el trombo tienen un objetivo diferente y un riesgo hemorrágico mayor. Se reservan para indicaciones específicas de gravedad o deterioro.

Muestra Gratis

> Después del episodio se revisan factores predisponentes y síntomas persistentes; una disnea que no mejora requiere evaluación, no asumir que todo es desacondicionamiento.

Volvé a una explicación específica

CE019 · Final 2020/09 · Pregunta C5.5

CE179 · Final 2021/06 · Pregunta 11

CE387 · Final 2023/03 · Pregunta 6

CE533 · Final 2024/08 · Pregunta 3-4

CE557 · Final 2024/12 · Pregunta 5

CE673 · Final 2025/10 · Pregunta 4-1

CE680 · Final 2025/11 · Pregunta 6

Temas del bloque →

Mini repasos del tema →

Muestra Gratis

V05 | Pruebas del tromboembolismo: qué confirma y qué sólo orienta

Practicar en Finales de años anteriores: 2020/09 · C5.6 / 2021/06 · 12 / 2023/06 · 14 / 2023/10 · 13 / 2025/11 · 7

Presentación clínica y prioridad diagnóstica

La primera distinción práctica es estabilidad frente a inestabilidad. Una persona que puede trasladarse y tolerar el estudio sigue una evaluación diferente de quien presenta shock o no puede salir del área de reanimación. La necesidad de oxígeno o soporte circulatorio se atiende mientras se busca la causa.

El miembro sintomático ofrece un territorio accesible para estudiar trombosis. Si se demuestra una TVP proximal en un contexto compatible, ese hallazgo puede establecer enfermedad tromboembólica y modificar la necesidad inmediata de otra imagen. No toda estrategia obliga a completar una lista fija de pruebas.

Pruebas confirmatorias y secuencia

La ecografía por compresión comprueba si la pared venosa puede coaptarse; el Doppler agrega información del flujo. La extensión del protocolo importa porque no todas las exploraciones evalúan de igual manera venas distales, proximales o pélvicas. Un estudio negativo se interpreta con la sospecha y la calidad de la evaluación.

La angio-TC depende de opacificación adecuada de arterias pulmonares y de imágenes técnicamente interpretables. El centellograma analiza distribución de ventilación y perfusión y puede utilizarse cuando resulta apropiado. El dímero D es sensible pero inespecífico: aumenta también por inflamación, edad, embarazo y otras circunstancias. Su valor está en excluir en escenarios seleccionados, no en confirmar con un positivo.

Estudios que aportan contexto, sin demostrar el coágulo

El ECG puede revelar taquicardia, arritmia, isquemia o signos de sobrecarga derecha. La radiografía ayuda a encontrar otras causas y a interpretar algunas estrategias de imagen. La gasometría y la oximetría describen intercambio gaseoso. Un resultado normal en cualquiera de ellas no elimina por sí solo una sospecha tromboembólica relevante.

El ecocardiograma muestra función y presión del corazón derecho, entre otros datos. Resulta especialmente útil en inestabilidad, pero la dilatación ventricular derecha puede tener causas crónicas y un ecocardiograma sin alteraciones no excluye una embolia pequeña o moderada. Confirmar el evento y estimar su impacto son objetivos complementarios.

Cómo los resultados cambian la conducta

Una prueba positiva se integra con extensión, estabilidad y riesgo hemorrágico para iniciar o ajustar tratamiento. Si existe discordancia importante entre sospecha, calidad del estudio y resultado, se revisa la estrategia; no se interpreta una exploración técnicamente insuficiente como si fuera una exclusión confiable.

En una sospecha alta cuya confirmación se demora, puede ser necesario anticoagular antes del resultado, luego de evaluar contraindicaciones. Si hay shock, la toma de decisiones se acelera

Muestra Gratis

> y puede apoyarse en estudios a la cabecera. La rapidez depende del riesgo clínico, no de obtener primero todas las pruebas posibles.

Volvé a una explicación específica

CE020 · Final 2020/09 · Pregunta C5.6

CE180 · Final 2021/06 · Pregunta 12

CE454 · Final 2023/06 · Pregunta 14

CE490 · Final 2023/10 · Pregunta 13

CE681 · Final 2025/11 · Pregunta 7

Temas del bloque →

Mini repasos del tema →

Muestra Gratis

K01 | Síndrome nefrótico: reconocer la pérdida y tratar su causa

Practicar en Finales de años anteriores: 2020/09 · C4.1 / 2020/09 · C4.2 / 2020/09 · C4.3 / 2021/09 · 1 / 2021/09 · 2 / 2023/12 · 11 / 2024/08 · 2-2

Clínica y mecanismo del edema

La barrera de filtración combina endotelio, membrana basal y podocitos. Su lesión permite que proteínas normalmente retenidas alcancen la orina. El hígado intenta compensar la pérdida, pero si ésta supera su capacidad aparece hipoalbuminemia. El edema no depende sólo de la presión oncótica: el riñón también puede retener sodio de forma primaria, de modo que no todas las personas nefróticas tienen el mismo estado de volumen intravascular.

Las complicaciones incluyen infecciones, trombosis y deterioro renal, además de la limitación mecánica por edema. La pérdida urinaria y los cambios hepáticos modifican proteínas de coagulación y anticoagulación; por eso un dolor torácico o edema unilateral nuevo no deben confundirse con la anasarca habitual. La anticoagulación preventiva se decide según causa y riesgo individual, no por proteinuria aislada.

Diagnóstico: síndrome, función y etiología

Cuantificar proteínas responde cuánto se pierde; evaluar filtrado responde cuánta función depuradora se conserva; estudiar sedimento y contexto ayuda a identificar la causa. Esas dimensiones no se reemplazan entre sí. Un cociente urinario evita errores de recolección de 24 horas, pero necesita interpretación adecuada al tipo de proteína medida y al contexto.

En un adulto, las causas incluyen enfermedad renal diabética, nefropatía membranosa, lesiones podocitarias, amiloidosis y enfermedades sistémicas, entre otras. La historia clínica orienta pruebas para causas secundarias. La biopsia puede definir el tratamiento cuando la etiología no está clara o la evolución es atípica; no se decide sólo por la intensidad del edema.

Diferenciales y particularidades en diabetes

La inflamación glomerular puede mezclar proteinuria con hematuria, cilindros y descenso del filtrado. Cirrosis y falla cardíaca alteran otras fuerzas de distribución y retención de líquido; el estudio de ascitis o de función cardíaca se dirige a signos concretos. El edema farmacológico por vasodilatación suele carecer de la combinación de proteinuria intensa e hipoalbuminemia.

La lesión renal asociada a diabetes puede manifestarse por albuminuria, filtrado disminuido o ambos. La persistencia durante al menos tres meses ayuda a definir enfermedad renal crónica. Si aparecen hematuria glomerular, cambios rápidos o una presentación discordante, se investiga una causa adicional. La etiqueta “diabético” no vuelve innecesario ese análisis.

Tratamiento y seguimiento

La terapia se organiza en tres objetivos: reducir síntomas del exceso de líquido, proteger función renal y tratar la enfermedad causal. La presión, el peso, la diuresis y los electrolitos permiten ajustar diuréticos. En edema nefrótico se suelen emplear diuréticos de asa; las asociaciones exigen vigilancia para evitar alteraciones de sodio o potasio y caída de perfusión.

En enfermedad renal diabética, el tratamiento protector puede incluir bloqueo del sistema renina-angiotensina, inhibidores SGLT2 y otras intervenciones seleccionadas según filtrado, albuminuria, potasio y comorbilidades. No se inicia todo indiscriminadamente durante una

Muestra Gratis

> descompensación. Un antidiabético o una medida antiproteinúrica no sustituye el tratamiento de una glomerulopatía diferente si ésa es la causa.

Volvé a una explicación específica

CE012 · Final 2020/09 · Pregunta C4.1

CE013 · Final 2020/09 · Pregunta C4.2

CE014 · Final 2020/09 · Pregunta C4.3

CE209 · Final 2021/09 · Pregunta 1

CE210 · Final 2021/09 · Pregunta 2

CE508 · Final 2023/12 · Pregunta 11

CE525 · Final 2024/08 · Pregunta 2-2

Temas del bloque →

Mini repasos del tema →

Muestra Gratis

Imágenes de los finales explicadas

Dos ejemplos incluidos para probar esta herramienta. Corresponden a otros finales del banco.

FIG01 · Fibrilación auricular: leer la irregularidad · GRATIS

FIG02 · Aire subdiafragmático: el contexto define la urgencia · Completa

FIG03 · Bronquiolitis: la gravedad no la da sólo la placa · GRATIS

FIG04 · Ascaris y obstrucción · Completa

FIG05 · Condensación pulmonar y alergia a penicilina · Completa

FIG06 · Invaginación y radiografía · Completa

FIG07 · TC cerebral e hipótesis isquémica · Completa

FIG08 · Neumonía infantil y dolor abdominal · Completa

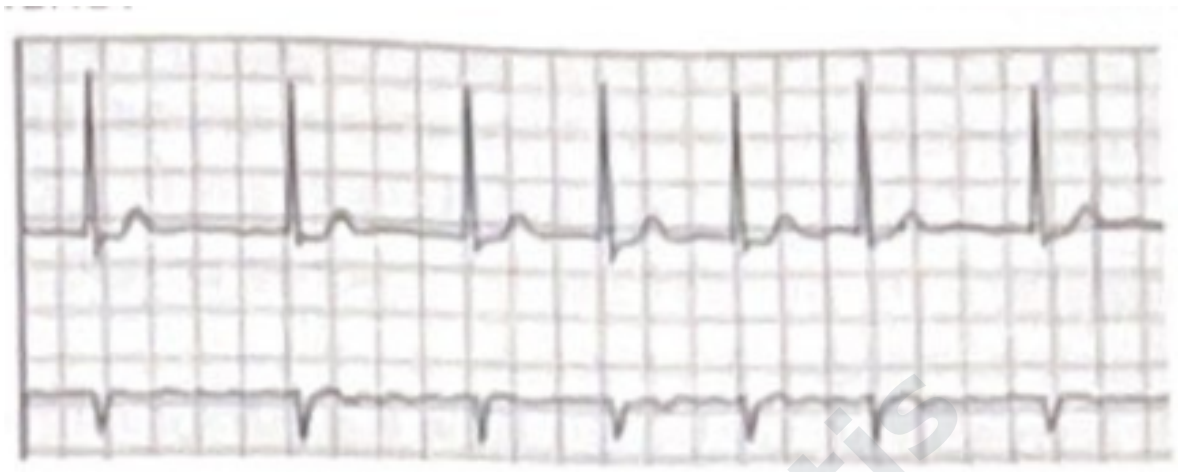
FIG09 · Colección subfrénica: Rx y TC · Completa

FIG10 · Interpretación de ECG en una paciente joven · Completa

Muestra Gratis

Los botones de los ejemplos que apuntan a otros choices abren la página de compra. La ficha R01, vinculada a FIG03, sí está incluida.

FIG01 | Fibrilación auricular: leer la irregularidad



Qué hallazgo buscar

> Los intervalos entre complejos QRS varían sin un patrón regular y no se reconoce una onda P sinusal organizada antes de cada uno. La irregularidad se valora en una secuencia de latidos, no por la forma aislada de un complejo.

Cómo modifica la respuesta

El patrón apoya FA; pulso irregular y primer ruido variable son coherentes. La normalización de frecuencia no elimina automáticamente indicación de anticoagulación: revisar riesgo embólico, no memorizar una edad aislada.

Qué puede establecerse con esta imagen

Tira breve y fotocopiada: no permite medir con precisión todos los intervalos ni reemplaza un ECG de 12 derivaciones.

Entendé este choice · CE076

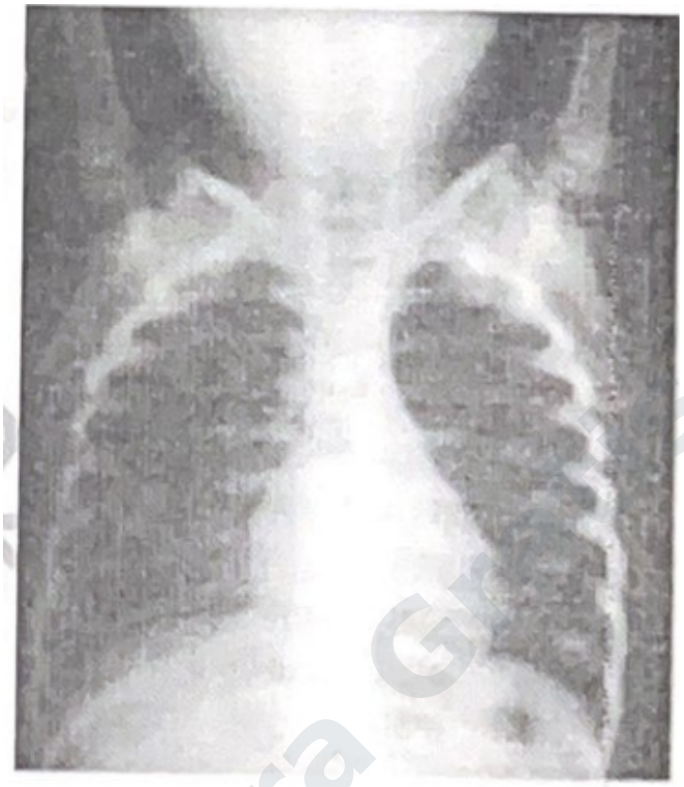
Mini repaso · MR076

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha C04

Muestra Gratis

FIG03 | Bronquiolitis: la gravedad no la da sólo la placa



Muestra Gratis

Qué hallazgo buscar

> La placa puede acompañar un patrón de atrapamiento aéreo; la copia tiene poco contraste para detalles finos. El enunciado aporta ocho meses de edad, taquipnea, tiraje y saturación 90%.

Cómo modifica la respuesta

Los datos respiratorios y de riesgo sostienen valoración hospitalaria y soporte. No diagnosticar una bacteria específica por esta reproducción ni indicar antibiótico porque existe una Rx.

Qué puede establecerse con esta imagen

La resolución es insuficiente para caracterizar pequeños focos. La decisión de soporte depende especialmente de oxigenación, esfuerzo y alimentación.

Entendé este choice · CE083

Mini repaso · MR083

Practicar flashcard

Ampliar tema · ficha R01

Índice | Entendiendo el apunte | Ranking | Mapa de preguntas | Finales para practicar

Última vuelta: decidir por el dato

Bilirrubina indirecta aislada o lesión hepatocelular

Una elevación indirecta leve con enzimas normales orienta a producción o conjugación de pigmento. El aumento predominante de ALT/AST señala otra dimensión: lesión celular. La ictericia por sí sola no elige entre esos mecanismos.

Repasar ficha H02

Ascitis por hipertensión portal o infección del líquido

Un GASA alto describe el mecanismo de formación de ascitis; el recuento de neutrófilos busca infección. Puede haber hipertensión portal y peritonitis bacteriana espontánea al mismo tiempo.

Repasar ficha H04

Cólico biliar, colecistitis y colangitis

Dolor breve que resuelve sin inflamación se diferencia de dolor sostenido con fiebre y pared vesicular inflamada. Ictericia con infección y obstrucción de vía biliar hace pensar en colangitis y en la necesidad de desobstrucción.

Repasar ficha A05

Macrocitosis o anemia perniciosa

VCM aumentado describe tamaño celular. Déficit de B12 y su causa autoinmune requieren evaluación adicional; una paciente puede tener hipotiroidismo y malabsorción de B12 simultáneamente.

Repasar ficha B02

Nódulo tiroideo funcionante o sospechoso en ecografía

La TSH orienta función y la ecografía caracteriza estructura. Un valor en rango normal no se convierte en supresión porque esté cerca del límite inferior. La punción depende de riesgo y tamaño dentro de un sistema definido.

Repasar ficha T05

Muestra Gratis

Bronquiolitis o exacerbación asmática

Un primer episodio viral en un lactante no tiene la misma indicación rutinaria de broncodilatadores que el broncoespasmo recurrente de un niño con asma. Alimentación, apneas y oxigenación siguen siendo decisivos en el lactante.

Repasar ficha R01

Párpado inflamado o amenaza orbitaria

El edema externo puede verse parecido. Dolor con movimientos, proptosis o compromiso visual obligan a considerar infección posterior al septo. No poder medir visión no equivale a demostrar visión conservada.

Repasar ficha I02

III par con pupila normal

Una pupila conservada puede acompañar una lesión microvascular, pero no descarta de forma absoluta una causa compresiva. Inicio agudo, dolor y patrón del déficit justifican valoración neurovascular apropiada.

Repasar ficha N01

Calcio alto con PTH elevada

Con hipercalcemia, la PTH debería suprimirse. Si permanece alta o inapropiadamente normal, se investiga una causa dependiente de PTH; vitamina D algo baja no basta para explicar ese patrón como secundario simple.

Repasar ficha M08

SUH con diarrea o SUH con sobrecarga

Al inicio puede haber pérdidas que necesitan reposición. Con oliguria, hipertensión y edema, seguir dando volumen sin balance puede agravar la situación. El momento evolutivo cambia la conducta.

Repasar ficha K10

Bacteriuria asintomática o ITU

Bacterias en un cultivo no equivalen siempre a una infección que deba tratarse. Síntomas, método de recolección, embarazo y procedimientos específicos modifican la indicación.

Muestra Gratis

Repasar ficha K07

Grilla histórica y explicación clínica

> Cuando una alternativa reúne una idea válida y otra inadecuada, se analizan ambas. Mantener la letra del examen no obliga a enseñar como universal una dosis, un tratamiento incompleto o una asociación no demostrada.

Repasar ficha C03

Muestra Gratis

Conductas iniciales

Probá el desarrollo de anafilaxia. La edición completa incluye los cinco escenarios.

Síndrome coronario agudo →

Sepsis y shock →

Anafilaxia · INCLUIDA →

Reanimación cardiopulmonar del adulto →

Hemorragia posparto →

Muestra Gratis

Del choice a una conducta razonada

Este complemento integra reconocimiento, prioridades y errores relevantes. Podés abrir el ejemplo y volver al índice con el menú inferior.

Seguir con la última vuelta →

UR03 | Anafilaxia: adrenalina intramuscular sin demora

Reconocer el compromiso vital

Una reacción de inicio rápido con problemas respiratorios, circulatorios o de vía aérea hace sospechar anafilaxia. Urticaria y angioedema pueden acompañarla, pero su ausencia no elimina el diagnóstico. Se interrumpe la exposición cuando es posible y se pide ayuda.

Dosis y vía correctas

En un adulto, adrenalina 0,5 mg intramuscular en la cara anterolateral del muslo equivale a 0,5 mL de solución 1 mg/mL. Se repite a los cinco minutos si persiste compromiso. No es la misma pauta que la del paro cardíaco.

Sostén mientras actúa el tratamiento

Se monitoriza, se aporta oxígeno y se administran cristaloides si hay shock. Se mantiene una posición que proteja circulación y respiración, evitando que se levante bruscamente. La refractariedad exige apoyo experto y posible infusión de adrenalina monitorizada.

Tratamientos que no deben desplazarla

Un antihistamínico puede aliviar síntomas cutáneos, pero no revierte el shock ni la obstrucción grave. Los corticoides no reemplazan adrenalina ni se utilizan como rescate inmediato. Bolos intravenosos de adrenalina no son la primera intervención habitual en anafilaxia con circulación espontánea.

Aplicación clínica

Después de un antibiótico aparecen sibilancias, hipotensión y urticaria. ¿Qué medicamento se administra primero?

a) Adrenalina intramuscular

b) Antihistamínico como único tratamiento

c) Corticoide y observación antes de decidir

a. La afectación respiratoria y circulatoria requiere el fármaco capaz de revertir rápidamente esos mecanismos. Esperar el efecto de antihistamínicos o corticoides retrasa el tratamiento decisivo.

Volver a conductas iniciales →

Muestra Gratis

Qué incluye esta muestra

Una parte del apunte completo, con el mismo contenido docente y navegación propia.

UN FINAL COMPLETO

Final 2020/09: 26 choices y su grilla, 26 cards, 26 mini repasos, 75 flashcards y 11 fichas temáticas. Las respuestas del examen se conservan.

EXTRAS PARA CONOCER EL SISTEMA

Dos imágenes explicadas, última vuelta y un desarrollo de conductas iniciales. Los catálogos muestran las convocatorias y temas de la edición completa.

UN RECORRIDO CONECTADO

Debajo de cada choice: Entendé este choice, Mini repaso, Practicar flashcard y Ampliar tema · ficha. Cada uno abre una herramienta distinta.

CONTENIDO DE LA EDICIÓN COMPLETA

Si un enlace apunta a una sección no incluida, abre la última página para consultar por WhatsApp. Desde allí podés volver a la muestra.

CÓMO INTERPRETAR EL MATERIAL

Las grillas históricas se mantienen; las precisiones clínicas distinguen el criterio del examen de su aplicación actual. Apuntes de Toddy es un material independiente, sin aval institucional de la UBA.

Muestra Gratis

SEGUÍ ESTUDIANDO CON APUNTES DE TODDY

Apunte de Toddy

Este contenido está en la edición completa.

Ya probaste el recorrido. Ahora podés acceder al resto del banco y seguir aprendiendo con las mismas herramientas.

38 finales · 733 entradas · 736 consignas

733 cards y 733 mini repasos

2.195 flashcards · 190 fichas temáticas

Con imágenes explicadas, ranking, mapas, última vuelta y conductas iniciales.

Muestra Gratis

QUIERO LA EDICIÓN COMPLETA →

Tocá acá y consultá por WhatsApp

Consultá el precio y cómo recibir el apunte.

Seguir probando la muestra →

Más apuntes en Instagram · @apuntedetoddy