



EXAMEN MIR 2020

DOCUMENTO  
DE IMPUGNACIONES

**AMIR**

## Pregunta 21:

Pregunta asociada a la imagen 21.

Paciente de 44 años con lesión (16x8x12 cm) de crecimiento rápido que interesa las partes blandas del tercio proximal del muslo derecho. Refiere que ha empezado a notar la masa, que tiene una consistencia dura y está adherida a planos profundos, en los últimos 6 meses. Previamente hacía deporte habitualmente, llegando a haber terminado alguna maratón. Se observa a la exploración circulación colateral, pero no se palpan adenopatías inguinales derechas. Tras la biopsia se confirma que se trata de un sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grado, que en los estudios de imagen se encuentra proximal al trocánter menor. La TC de extensión es negativa. ¿Cuál sería su actitud terapéutica?:

- (1) Desarticulación de la cadera.
- (2) Tratamiento con ifosfamida y tamoxifeno durante 6 ciclos previos a la cirugía de resección para reducir el tamaño de la lesión.
- (3) Cirugía marginal extirpando la pseudocápsula que suelen formar estos tumores como respuesta a su rápido crecimiento.
- (4) Hemipelvectomía derecha modificada.



Respuesta del Ministerio: 4

### Comentario

El tratamiento de los sarcomas de partes blandas es habitualmente multidisciplinario dada la complejidad así que pensar que la actitud terapéutica en esta pregunta se limita al procedimiento quirúrgico es incorrecto. Analizando la estratificación TNM es un estadio IIIb (T4 N0 M0 G2-3). El tratamiento según la guía de práctica clínica ESMO – EURACAN del 2018 incluye la escisión ampliada seguida por radioterapia como estándar de tratamiento de tumores de alto grado, profundos, mayores de 5 cm. Respecto a la quimioterapia, aun esta discutida su utilidad, se puede considerar en casos de alto riesgo, irresecables o avanzados con deseos de preservación de la extremidad. En resumen, la pregunta debería ser anulada, pues ninguna de las opciones aporta la actitud terapéutica indicada para el estadio tumoral. Además, se tendrían que tener en cuenta los deseos de un paciente deportista, intentando una estrategia con preservación del miembro.

### Referencias bibliográficas

Título: **ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up: soft tissue and visceral sarcomas.**

Autor: Casali PG, Abecassis N, Aro HT et al Editorial: Annals of Oncology.

Año: 2018.

Páginas: 268-269.

Enlace: [TX SARCOMA.pdf](#)

[https://www.academiamir.com/impugnaciones/?qa=blog&qa\\_blobid=9073434865168570648](https://www.academiamir.com/impugnaciones/?qa=blog&qa_blobid=9073434865168570648)

## Pregunta 27:

El 2,3-BPG (2,3-bisfosfoglicerato) es un compuesto orgánico que modula la unión de oxígeno a la hemoglobina. Este metabolito es sintetizado en los hematíes a través de una derivación de la vía glicolítica. Señale la respuesta FALSA:

- (1) La concentración de 2,3-BPG en los eritrocitos (normalmente cercana a 5 mM) aumenta en situaciones de hipoxia, anemia grave y de adaptación a altitudes elevadas.
- (2) La presencia de 2,3-BPG apenas influye en la oxigenación de la hemoglobina a nivel de los capilares pulmonares en condiciones fisiológicas.
- (3) La adición de 2,3-BPG a la sangre almacenada para transfusiones es ineficaz.
- (4) La hemoglobina fetal tiene mayor afinidad por el 2,3-BPG que la hemoglobina A1.



Respuesta del Ministerio: 4

### Comentario

En la opción 3 no se especifica para qué es ineficaz la adición de 2,3 BPG en sangre almacenada. Es por esto (la incompleta redacción de esa opción) que consideramos solicitar su impugnación.

Existen estudios que reconocen la eficacia de la adición de 2,3 BPG en sangre, haciendo incorrectas tanto la opción 3 como la 4.

(Los índices cardíacos se incrementaron significativamente en respuesta a una carga de fluidos en el grupo con alto 2,3 DPG en comparación con los controles a presiones de carga comparables. Creemos que la mejora del rendimiento del miocardio en respuesta a fluidos es el resultado de una mayor disponibilidad de oxígeno) - 'Cardiac indices increased significantly in response to a fluid load in the high 2,3 DPG group compared with controls at comparable filling pressures. We believe the improved myocardial performance in response to a fluid challenge is a result of increased oxygen availability.'

### Referencias bibliográficas

Título: **Transfusion of 2,3 DPG-enriched red blood cells to improve cardiac function.**

Autor: Dennis, Richard C., et al.

Editorial: The Annals of Thoracic Surgery.

Año: 1978.

Páginas: 17-26.

## Pregunta 41:

En un paciente terminal la omisión o la interrupción de tratamientos médicos vitales, para permitir a la persona que fallezca (interrupción de los tratamientos que permiten conservar la vida) se denomina:

- (1) Eutanasia activa voluntaria.
- (2) Eutanasia activa involuntaria.
- (3) Eutanasia pasiva.
- (4) Suicidio asistido por un médico.



Respuesta del Ministerio: 3

### Comentario

Consideramos que en esta pregunta ninguna de las respuestas es correcta, pues se está empleando terminología obsoleta en el manejo de pacientes con necesidades paliativas.

En primer lugar, el término "paciente terminal" está utilizado de forma incorrecta, ya que no significa lo mismo que "paciente en situación terminal", que consideramos más acorde a este contexto. Siguiendo con esto, "la omisión o interrupción de tratamientos médicos vitales para permitir a la persona que fallezca" no se denomina eutanasia pasiva, sino que se denomina adecuación del esfuerzo terapéutico. Esta es parte de la atención correcta a los pacientes en fase de últimos días, es adecuada a la *lex artis*, y tiene como finalidad evitar la obstinación terapéutica ante situaciones de futilidad, y centrarse en garantizar el confort mediante cuidados paliativos al final de la vida.

Así, hacemos constar definiciones que constan en el documento de consenso de 2015 del grupo SECPAL-OMC (Sociedad Española de Cuidados Paliativos-Organización Médica Colegial).

### Referencias bibliográficas

**Título:** Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones.

**Autores:** Marcos Gómez-Sancho (Coordinador), et al; Grupo de trabajo "Atención médica al final de la vida". Organización Médica Colegial (OMC) y Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

**Editorial:** Gaceta Médica de Bilbao.

**Año:** 2015;112(4).

**Páginas:** 216-218.

**Enlace:** Disponible online en:

<http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/38/39>

## Pregunta 42:

¿Cuál de las siguientes respuestas NO es cierta en relación con el tratamiento del dolor en el paciente con cáncer?:

- (1) El fentanilo transmucoso (oral o nasal) es el fármaco de elección en el tratamiento del dolor irruptivo oncológico.
- (2) Los ensayos clínicos demuestran diferencias en la eficacia y tolerabilidad entre los diferentes opioides mayores.
- (3) La rotación de opioides o la analgesia raquídea son medidas de tratamiento del dolor refractario.
- (4) La eficacia de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es del 80-90 %.



Respuesta del Ministerio: 2

### Comentario

Existen ensayos clínicos que muestran diferencias de eficacia y tolerancia entre opioides mayores en el tratamiento del cáncer, especialmente entre morfina y fentanilo en sus diversas formas de administración, por lo que la opción 2 sería falsa.

Concretamente, se realizó un ensayo clínico entre fentanilo bucal y morfina oral que mostró superioridad de fentanilo frente a morfina en el tratamiento del dolor irruptivo del paciente oncológico.

Respecto a tolerancia entre opioides, la Guía para el Abordaje del Dolor Oncológico (GADO) en consenso con varias sociedades científicas, dice que la metadona ha demostrado una peor tolerabilidad que la morfina en ensayos clínicos de tipo doble ciego.

Otro ensayo clínico muestra diferencias significativas en la tolerancia en pacientes oncológicos con fentanilo transdérmico vs morfina oral, en el que se observó mayor somnolencia y estreñimiento en el grupo que recibía morfina oral.

Se considera en base a lo argumentado que el enunciado de la opción 2 es cierto y no es falso, por lo que, al no existir ninguna opción correcta, se solicita la anulación de la pregunta.

## Referencias bibliográficas

**Título: Fentanyl Buccal Tablet vs. Oral Morphine in Doses Proportional to the Basal Opioid Regimen for the Management of Breakthrough Cancer Pain: A Randomized, Crossover, Comparison Study.**

**Autores:** Sebastiano Mercadante, MD, Claudio Adile, MD, Arturo Cuomo, MD, Federica Aielli, MD, Andrea Cortegiani, MD, Alessandra Casuccio, BS, and Giampiero Porzio, MD.

**Editorial:** Journal of Pain and Symptom Management.

**Paginas:** 579-586.

**Año** 2015.

**Enlace:** [PIIS088539241500411X\\_compressed.pdf](#)

[https://www.academiamir.com/impugnaciones/?qa=blob&qa\\_blobid=1715328504183250798](https://www.academiamir.com/impugnaciones/?qa=blob&qa_blobid=1715328504183250798)

**Título: Guía para el abordaje interdisciplinar del dolor oncológico.**

**Autores:** Dra. Concepción Pérez Hernández; et al.

**Editorial:** Grünenthal.

**Año Publicación:** 2017.

**Página:** 181.

**Título: Efficacy and safety of transdermal fentanyl and sustained-release oral morphine in patients with cancer and chronic non-cancer pain.**

**Autores:** A. J. Clark, S. H. Ahmedzai, L. G. Allan, F. Camacho, G. L. A. Horbay, U. Richarz & K. Simpson.

**Editorial:** Current Medical Research and Opinion.

**Año** 2004.

**Paginas:** 1419-1427.

**Enlace:** [Efficacy and safety of transdermal fentanyl and sustained release oral morphine in patients with cancer and chronic non cancer pain\\_compressed.pdf](#)

[https://www.academiamir.com/impugnaciones/?qa=blob&qa\\_blobid=17382333051557742283](https://www.academiamir.com/impugnaciones/?qa=blob&qa_blobid=17382333051557742283)

## Pregunta 104:

Un varón de 34 años sufre un accidente de tráfico y es atendido en el lugar del accidente. El personal sanitario objetiva que está pálido, sudoroso, tiene pulso filiforme con una presión arterial de 90/50 mmHg, una frecuencia cardiaca de 127 lpm, una frecuencia respiratoria de 28 rpm y una saturación de oxígeno de 92 %. Se le infunden 20 ml/kg de cristaloides. Durante su traslado al hospital los signos vitales mejoran transitoriamente y después se deterioran a su llegada al hospital. Señale la respuesta correcta:

- (1) Requiere transfusión de sangre tipo-específica.
- (2) Requiere transfusión de sangre de emergencia (O Rh negativo).
- (3) Debe prepararse una posible transfusión de sangre con pruebas cruzadas.
- (4) Debe probarse la infusión de nuevo de otros 20 ml/kg de cristaloides.



Respuesta del Ministerio: 1

### Comentario

Atendiendo a los datos del caso clínico y siguiendo el Manual de la Asociación Americana de Cirujanos: Advanced Trauma Life Support (ATLS), estamos ante un paciente que responde al bolo inicial de fluido isotónico y posteriormente experimenta un nuevo deterioro clínico; lo que, según el ATLS, se clasifica como, al menos respondedor transitorio, esto indica una pérdida de sangre permanente (15 a 40% de sangre perdida, o lo que es lo mismo, una hemorragia clase II, III) o reanimación inadecuada, sin poder descartar con los datos aportados una ausencia de respuesta. En estos pacientes es necesario una transfusión sanguínea, y aunque las pruebas cruzadas sean preferibles estas requieren 1 hora aproximadamente.

Salvo en los pacientes clasificados como respondedores rápidos (donde las pruebas cruzadas son obligatorias), en el resto de los casos el tiempo de actuación no permite las pruebas cruzadas. Considerándose este paciente, al menos, tipo respondedor transitorio, se debe indicar una transfusión y además emergente (sangre tipo O Rh-). Por tanto la respuesta correcta debe modificarse a la opción número 2.

### Referencias bibliográficas

Título: **Manual ATLS (Advanced Trauma Life Support). 10ª Edición.**

Autor: American College of Surgeons.

Editorial: American College of Surgeons.

Año Publicación: 2018.

Páginas: 42-61.

## Pregunta 105:

Una mujer de 24 años con antecedentes de migraña, en tratamiento con propranolol y anticonceptivos orales, que acude por disnea intensa, ronquera, erupción cutánea, náuseas y vómitos 30 minutos después de la toma de metamizol. Presenta una presión arterial de 90/40 mmHg y una SatO<sub>2</sub> de 90 %. El tratamiento inicial más correcto sería administrar:

- (1) Adrenalina.
- (2) Adrenalina y dexclorfeniramina.
- (3) Adrenalina, dexclorfeniramina y metilprednisolona.
- (4) Adrenalina, dexclorfeniramina y glucagón.



Respuesta del Ministerio: 4

### Comentario

Se solicita la impugnación de esta pregunta ya que atendiendo a las guías de práctica clínica y evidencia disponible que se adjunta, el manejo inicial del shock anafiláctico sería la Adrenalina como primera línea; seguido de otros fármacos como antihistamínicos (Dexclorfeniramina) y corticoides (Metilprednisolona). Y en caso de que el paciente no responda a este tratamiento y si el paciente toma Beta-bloqueantes, estaría indicado el empleo de Glucagon.

El uso de Glucagón, por tanto, estaría dentro de la tercera línea de tratamiento, y así pues no se puede considerar el tratamiento inicial de esta paciente.

### Referencias bibliográficas

Campbell RL, Li JTC, Nicklas RA, Sadosty AT. Emergency department diagnosis and treatment of anaphylaxis: a practice parameter. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. diciembre de 2014;113(6):599-608.

Simons FER, Arduso LRF, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al. World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. *World Allergy Organ J*. 23 de febrero de 2011;4(2):13-37.

Thomas M, Crawford I. Best evidence topic report. Glucagon infusion in refractory anaphylactic shock in patients on beta-blockers. *Emerg Med J*. abril de 2005;22(4):272-3.

Victoria Cardona, Nives Cabañes, Tomás Chivato, Belén de la Hoz. Guía de actuación en anafilaxia: GALAXIA 2016 [Internet]. ESMON PUBLICIDAD, S.A.; 2016. Disponible en: <https://www.seaic.org/profesionales/galaxia>



## Pregunta 125:

Con respecto a la meningitis bacteriana grave por *Streptococcus pneumoniae*, ¿cuál de las siguientes es FALSA?:

- (1) En nuestro medio más del 50 % de los *S. pneumoniae* causantes de meningitis son resistentes a penicilina.
- (2) La mortalidad de la meningitis por *S. pneumoniae* que requiere ingreso en UCI supera el 30%.
- (3) La precocidad en el inicio del tratamiento es básica para el buen pronóstico.
- (4) El uso de dexametasona mejora el pronóstico funcional y vital.



Respuesta del Ministerio: 1

### Comentario

Se solicita la anulación de la pregunta por tener dos opciones correctas, la opción 1 y la opción 4, ya que, atendiendo a la bibliografía presente, en la meningitis bacteriana el uso de corticoides no ha demostrado disminuir la mortalidad; sin embargo sí demostraron disminuir la pérdida de audición y secuelas neurológicas.

### Referencias bibliográficas

Brouwer MC, McIntyre P, Prasad K, van de Beek D. Corticosteroids for acute bacterial meningitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Sep 12;2015(9):CD004405. doi: 10.1002/14651858.CD004405.pub5. PMID: 26362566; PMCID: PMC6491272.

## Pregunta 159:

El tratamiento quirúrgico de elección de la compresión vascular del duodeno, conocida también como síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie, es:

- (1) La división del ligamento de Treitz.
- (2) La duodenoyeyunostomía.
- (3) El cambio de la posición del duodeno.
- (4) El bypass de la arteria mesentérica superior.



Respuesta del Ministerio: 2

### Comentario

Se ha dado como respuesta correcta la duodenoyeyunostomía. Sin embargo, en el enunciado no se especifica ninguna característica del paciente y el tratamiento varía según la edad entre adultos y lactantes. Además que la literatura menciona que no existe suficiente evidencia para saber cuál es la técnica más adecuada. Por lo cual pedimos que se anule al encontrarse como probable respuesta la 1, 2 y 3 según la bibliografía.

### Referencias bibliográficas

**Título:** Tratamiento mínimamente invasivo del síndrome de Wilkie.

**Autores:** Vásquez-Arango JN, Durán-Meléndez MA, Vásquez-Maya C.

**Editorial:** Rev Colomb Cir.

**Año:** 2018.

**Páginas:** 299-306.

**Enlace:** <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v33n3/2011-7582-rcci-33-03-00299.pdf>

**Título:** Abordaje laparoscópico del síndrome de la pinza aortomesentérica mediante lisis del ligamento de treitz y liberación duodenal.

**Autores:** Pintor Tortolero et al.

**Editorial:** CIR ESP.

**Año:** 2015.

**Páginas:** 885.

**Enlace:** <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-congresos-xx-reunion-nacional-cirugia-20-sesion-c-esofagogastrica-1746-comunicacion-abordaje-laparoscopico-del-sindrome-pinza-17504-pdf>