PRUEBA ÚNICA DE INGRESO A RESIDENCIAS Y POSGRADOS

Facultad de Medicina – Udelar

Noviembre 2026

PREGUNTAS DE PUNTAJE ÚNICO: 1 – 100

CIRUGÍA

Mujer de 26 años, consulta por nódulo mamario de 2 por 2 cm en cuadrante súpero externo derecho, ovoideo, bien delimitado, firme elástico y muy móvil. ¿Cuál es el diagnóstico clínico?

Papiloma intraductal.
Fibroadenoma.
Tumor phyllodes.
Hiperplasia ductal.

Respuesta correcta: Fibroadenoma. Es más frecuente en mujeres menores de 35 años con una máxima incidencia entre 20 y 30 años. Se presenta como un nódulo ovoideo, bien delimitado, firme elástico y muy móvil.
Referencias: Sciuto P, Martínez M. Patología benigna de mama. Disponible en: https//:www.clinicaquirurgicab. hc.edu.uy

45 años, mujer, que consulta por hematemesis, presión arterial 80/50 mm Hg y frecuencia cardiaca 120/min. ¿Cuál debe ser la prioridad terapéutica?

Endoscopia antes de iniciar reposición de volumen.
Reanimación hemodinámica seguida de diagnóstico y tratamiento endoscópico.
Transfusión de hemoderivados y angio-tomografía abdominal urgente.
Reposición hidroelectrolítica y laparotomía inmediata.

Respuesta correcta: Reanimación hemodinámica seguida de diagnóstico y tratamiento endoscópico. En un paciente con hemorragia digestiva alta e inestabilidad hemodinámica, la prioridad inicial es la reanimación y estabilización hemodinámica. Una vez iniciada la estabilización, la endoscopía permite establecer el diagnóstico y efectuar tratamiento hemostático cuando corresponda.
Referencias: Townsend CM Jr, et al., eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21.ª ed. Elsevier; 2022. Cap. 47: Acute Gastrointestinal Hemorrhage. // Brunicardi FC, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery. 11.ª ed. McGraw-Hill; 2019. Secciones correspondientes a acute gastrointestinal bleeding.

En una colangitis aguda leve o simple, ¿cuál es la conducta terapéutica inicial?

Cirugía de urgencia con drenaje de vía biliar principal.
Colangiografía endoscópica retrógrada urgente.
Tratamiento médico, ambulatorio, con control clínico en 24 horas.
Internación, tratamiento médico, controles clínicos y paraclínicos.

Respuesta correcta: Internación, tratamiento médico, controles clínicos y paraclínicos. El paciente debe ser

internado para administrar medicación y observar sus signos vitales y controles hematimétricos, pesquisando disfunción sistémica.
Referencias: Folonier JC, Zeoli M. Colangitis aguda. Disponible en: https//:www.clinicaquirurgicab. hc.edu.uy

¿Cuándo está indicado el test de sangre oculta en materia fecal?

Entre los 45 y 74 años con alteraciones del tránsito digestivo bajo.
Anemia microcítica-hipocrómica sin evidencia de sangrado digestivo.
Población de riesgo promedio entre los 50 y 74 años.
Antecedentes familiares de primer grado de cáncer colorectal.

Respuesta correcta: Población de riesgo promedio entre los 50 y 74 años. Se recomienda realizar tamizaje de rutina a la población de riesgo promedio entre los 50 y 74 años.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Guía de práctica clínica de prevención de cáncer colorectal. MSP; 2024.

Hombre de 35 años, fumador. Consulta en emergencia por dolor brusco en epigastrio, intenso, no vinculado con la ingesta de alimentos, acompañado de sudoración que posteriormente se irradia a hemiabdomen derecho. Al ingreso, dolorido, piel pálida, mucosas normocoloreadas, sudoroso, frecuencia cardíaca de 100 ciclos por minuto. Apirético. Lengua limpia. Defensa en todo el abdomen, desaparición de la matidez hepática.

¿Cuál es su planteo clínico?

Apendicitis aguda.
Ulcera gastroduodenal perforada.
Aneurisma de aorta roto.
Pancreatitis aguda.

Respuesta correcta: Ulcera gastroduodenal perforada. La perforación de una ulcera gastroduodenal presentan una clínica de peritonitis precedida de un dolor perforativo (muy agudo, lancinante, invalidan, acompañado muchas veces de síndrome neurovegetativo) a nivel epigástrico y que luego difunde hacia el hemiabdomen derecho para finalmente generalizarse. El signo patognomónico de la perforación se encuentra a la percusión de la parte baja de la cara anterior de la parrilla costal derecha. Consiste en la desaparición de la matidez hepática normal, por la presencia de gas entre el hígado y el diafragma. Este hallazgo se denomina signo de Jobert.
Referencias: Rodriguez G, Cerchiari E. Enfermedad ulcerosa gastroduodenal. Disponible en: https//: www.clinicaquirurgicab. hc.edu.uy // Crestanello. El diagnóstico contemporáneo en la cirugía general: principios y práctica. 2005. pp 585.

¿Qué estudio solicitaría para confirmar su diagnóstico?

Colangioresonacia.
Colangiografía endoscópica retrógrada.
Tomografía computada.
Fibrogastroscopía.

Respuesta correcta: Tomografía computada. La tomografía puede proporcionar más información sobre la situación de la perforación y la causa específica.
Referencias: Townsend CM Jr, et al., eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21.ª ed. Elsevier; 2022. pp1140.

Hombre, 51 años, fumador intenso que consulta por disfagia permanente de cuatro meses de evolución, al inicio para sólidos, actualmente para líquidos, con episodios de regurgitaciones. Apetito conservado. Al examen, adelgazado, mucosas normocoloreadas. Tórax remodelado, hipersonoro, murmullo alvéolo vesicular disminuido globalmente. Abdomen plano, no se palpan tumoraciones.

¿Cuál es su diagnóstico presuntivo?

Cáncer de esófago.
Acalasia.
Estenosis péptica.
Divertículo de Zenker.

Respuesta correcta: Cáncer de esófago. La disfagia orgánica permanente y progresiva es el síntoma más frecuente. A diferencia de la disfagia provocada por tumores del fundas gástrico en que los pacientes suelen acusar plenitud precoz y anorexia, en el cáncer de esófago el apetito se mantiene conservado y adelgazan por la imposibilidad de alimentarse. Debido a la situación profunda e inaccesible del esófago, el examen físico suele concentrase en la evaluación de la repercusión sobre el estado nutricional a través de la pérdida de peso estimada, de panículo adiposo, masa muscular, coloración de mucosas y estado de hidratación, así como en la situación cardio respiratoria que puede condicionar el manejo terapéutico.
Referencias: Taruselli R, Santiago P. Cáncer de esófago. Disponible en: https//:www.clinicaquirurgicab.hc.edu.uy

¿Qué estudio solicitaría para confirmar el diagnostico?

Manometría de alta resolución.
Fibrogastroscopía con biopsia.
Phmetría con impedanciometría.
Esofagogastroduodeno con doble contraste.

Respuesta correcta: Fibrogastroscopía con biopsia. La endoscopía esófago-gastroduodenal con biopsia es fundamental para el diagnóstico. Permite identificar el tumor, su aspecto macroscópico, topografía, la distancia a la arcada dentaria, extensión en circunferencia y longitud, ulceración, rigidez a la insuflación. La toma de biopsia permite confirmar el diagnóstico y orientar el tratamiento.
Referencias: Taruselli R, Santiago P. Cáncer de esófago. Disponible en: https//:www.clinicaquirurgicab.hc.edu.uy

Hombre, 40 años, portador de un nódulo tiroideo de corta evolución en eufunción que agrega disfonía, ¿cuál debe ser la sospecha clínica?

Tiroiditis aguda.
Adenoma tóxico.
Cáncer de tiroides.
Adenoma tiroideo.

Respuesta correcta: Cáncer de tiroides. La presentación habitual del cáncer de tiroides es la aparición de un nódulo solitario asintomático. Dentro de los elementos clínicos de sospecha de malignidad se incluye la disfonía.
Referencias: Armand Ugón G. Cáncer de tiroides. Disponible en: https//:www.clinicaquirurgicab.hc.edu.uy

Una mamografía de tamizaje informa BI-RADS 5, ¿qué conducta adoptaría?

Punción histológica (core biopsy).
Punción y aspiración citológica con aguja fina (PAAF).

Resonancia nuclear magnética.
Cuadrantectomía y biopsia del ganglio centinela.

Respuesta correcta: Punción histológica (core biopsy). Las lesiones imagenológicas con sospecha o certeza de malignidad (categorías 4 y 5) deben punzarse para certificar el diagnóstico. Actualmente, la metodología para la extracción de la muestra del tumor es a través de instrumentos que obtienen muestras histológicas (core biopsy). Una mamografía de tamizaje se considera positiva cuando detecta una anomalía que requiere biopsia (categorías BI-RADS 4 y 5).
Referencias: Sciuto P. Cáncer de mama. Disponible en: https//: www.clinicaquirurgicab.hc.edu.uy // Ministeiro de Salud Pública. Guía de práctica clínica para la detección precoz del cáncer de mama. MSP; 2024.

En un paciente inicialmente tratado en forma conservadora por una oclusión de intestino delgado, ¿cuál de las siguientes opciones modificaría la conducta hacia una exploración quirúrgica urgente?

Antecedente de laparotomía.
Ausencia de deposiciones durante 24 horas.
Persistencia de niveles hidroaéreos a las 12 horas.
Aparición de dolor abdominal continuo y persistente.

Respuesta correcta: Aparición de dolor abdominal continuo y persistente. En una oclusión de intestino delgado inicialmente manejada en forma conservadora, la aparición de dolor continuo y persistente constituye un signo de alarma que puede sugerir compromiso vascular o estrangulación y obliga a reconsiderar la indicación de exploración quirúrgica urgente.
Referencias: Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21.ª ed. Elsevier; 2022. Cap. 50: Small Intestine. // Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery. 11.ª ed. McGraw-Hill; 2019. Cap. 28: Small Intestine.

Paciente con pancreatitis aguda de etiología biliar se encuentra hemodinámicamente estable. A las 48 horas refiere menos dolor y no presenta íleo significativo. Respecto a la alimentación, ¿cuál es la conducta apropiada?

Iniciar alimentación por vía oral precozmente si es tolerada.
Mantener ayuno hasta normalización completa de la lipasa.
Nutrición parenteral durante al menos 7 días.
Mantener ayuno hasta demostrar resolución radiológica.

Respuesta correcta: Iniciar alimentación por vía oral precozmente si es tolerada. En la pancreatitis aguda, una vez que el paciente se encuentra clínicamente estable y tolera la vía digestiva, se recomienda reiniciar precozmente la alimentación oral, sin necesidad de esperar la normalización de las enzimas pancreáticas.
Referencias: Townsend CM Jr, et al., eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21.ª ed. Elsevier; 2022. Cap. 56: Exocrine Pancreas. // Brunicardi FC, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery. 11.ª ed. McGraw-Hill; 2019. Cap. 33: Pancreas – Acute Pancreatitis.

Al planificar la resección de un cáncer de colon, ¿qué principio determina fundamentalmente la extensión de la resección intestinal y mesentérica?

La edad del paciente.
La longitud total del colon.
Obtener al menos 20 cm de margen intestinal a cada lado.

El drenaje vascular y linfático correspondiente al segmento tumoral.

Respuesta correcta: El drenaje vascular y linfático correspondiente al segmento tumoral. En la resección oncológica del cáncer de colon, la extensión de la colectomía está determinada fundamentalmente por la vascularización y el drenaje linfático del segmento que contiene el tumor, incluyendo la resección del mesenterio correspondiente.
Referencias: Townsend CM Jr, et al., eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21.ª ed. Elsevier; 2022. Cap. 52: Colon and Rectum. // Brunicardi FC, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery. 11.ª ed. McGraw-Hill; 2019. Cap. 29: Colon, Rectum, and Anus.

¿Qué estrategia terapéutica utilizaría en una litiasis vesicular y coledocolitiasis confirmada?

Colecistectomía aislada.
Colangiografía endoscópica retrógrada.
Colecistectomía con exploración laparoscópica de la vía biliar.
Coledocotomía abierta sistemática.

Respuesta correcta: Colecistectomía con exploración laparoscópica de la vía biliar. La exploración laparoscópica de la vía biliar asociada a colecistectomía constituye una estrategia válida para el tratamiento de la coledocolitiasis. El manejo puede realizarse mediante estrategias endoscópicas, quirúrgicas o combinadas según el contexto clínico y la experiencia disponible.
Referencias: Townsend CM Jr, et al., eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21.ª ed. Elsevier; 2022. Cap. 55, Biliary System. // Brunicardi FC, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery. 11.ª ed. McGraw-Hill; 2019. Cap. 32, Gallbladder and the Extrahepatic Biliary System.

Paciente con diverticulitis sigmoidea presenta una colección pericólica. ¿Qué elemento tiene mayor importancia para decidir el tratamiento?

El tamaño y ubicación de la colección.
La presencia de divertículos en colon derecho.
Extensión de la diverticulosis.
El número previo de episodios de diverticulitis.

Respuesta correcta: El tamaño y ubicación de la colección. En la diverticulitis aguda complicada con colección, el tamaño y la localización del absceso, junto con la situación clínica del paciente, son elementos fundamentales para decidir entre tratamiento antibiótico, drenaje percutáneo o tratamiento quirúrgico.
Referencias: Townsend CM Jr, et al., eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21.ª ed. Elsevier; 2022. Cap. 52: Colon and Rectum. // Brunicardi FC, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery. 11.ª ed. McGraw-Hill; 2019. Cap. 29: Colon, Rectum, and Anus – Diverticular Disease.

Paciente de 58 años con seis días de dolor en fosa ilíaca derecha. Tomografía computada: masa inflamatoria apendicular con colección localizada. Se encuentra estable, sin sepsis ni peritonitis generalizada. ¿Cuál es su conducta?

Apendicectomía inmediata.
Manejo no operatorio inicial.
Resección en bloque de la masa inflamatoria.
Seguimiento diario imagenológico.

Respuesta correcta: Manejo no operatorio inicial. En un paciente estable, sin peritonitis generalizada ni sepsis no controlada, una masa o absceso apendicular localizado puede ser tratado inicialmente en forma no operatoria con antibióticos y, cuando corresponde, drenaje percutáneo.
Referencias: Townsend CM Jr, et al., eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21.ª ed. Elsevier; 2022. Cap. 51: Appendix. // Brunicardi FC, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery. 11.ª ed. McGraw-Hill; 2019. Cap. 30: The Appendix.

Mujer de 25 años, consulta por síndrome fisurario anal con fisura anal hora 6, de aspecto crónico. ¿Cuál es el tratamiento inicial en esta situación?

Exploración anal bajo anestesia y dilatación.
Esfinterotomía lateral interna.
Relajantes farmacológicos del esfínter anal interno.
Inyección de toxina botulínica.

Respuesta correcta: Relajantes farmacológicos del esfínter anal interno. En la fisura anal crónica no complicada, el tratamiento inicial procura disminuir el tono del esfínter anal interno mediante tratamiento médico o “esfinterotomía química”. La esfinterotomía lateral interna quirúrgica se reserva habitualmente para pacientes seleccionados o ante fracaso del tratamiento conservador.
Referencias: Townsend CM Jr, et al., eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21.ª ed. Elsevier; 2022. Cap. 53: Anus. // Brunicardi FC, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery. 11.ª ed. McGraw-Hill; 2019. Cap. 29: Colon, Rectum, and Anus – Anorectal Diseases.

Paciente politraumatizado presenta hipotensión persistente. EcoFAST demuestra líquido libre intraabdominal, y el examen es compatible con hemorragia abdominal significativa. ¿Qué conducta inicial adoptaría?

Tomografía computada abdominal antes de decidir tratamiento.
Laparotomía urgente.
Resonancia magnética abdominal.
Repetir ecoFAST a las 6 horas.

Respuesta correcta: Laparotomía urgente. En un paciente politraumatizado con inestabilidad hemodinámica persistente y FAST positivo, la presencia probable de hemorragia intraabdominal constituye indicación de control quirúrgico urgente. La realización de una TC no debe retrasar el tratamiento definitivo en un paciente inestable.
Referencias: Townsend CM Jr, et al., eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21.ª ed. Elsevier; 2022. Cap. 17: Management of Acute Trauma. // Brunicardi FC, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery. 11.ª ed. McGraw-Hill; 2019. Cap. 7: Trauma.

MEDICINA INTERNA

¿Cuándo está indicada la insulinoterapia en forma definitiva en un paciente con diabetes tipo 2?

Programación y curso de embarazo.
Cuando requiere hospitalización.
Síndrome diabético precoz con signos de hipercatabolismo o hiperglucemia severa.
Adelgazamiento severo y/o HbA1c mayor o igual a 10%.

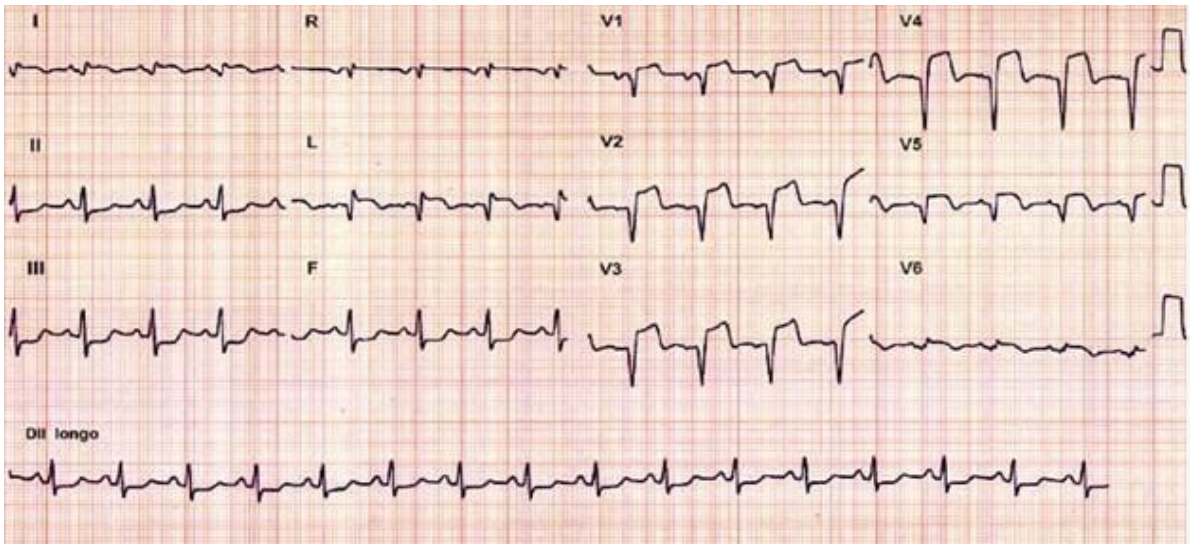
Respuesta correcta: Adelgazamiento severo y/o HbA1c mayor o igual a 10%. En la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), el uso de insulina se clasifica en transitorio (temporal) o permanente (definitivo) según el contexto fisiopatológico. Las indicaciones transitorias son las opciones a, b y c: a: Programación y curso del embarazo: es una indicación transitoria. Tras el parto, la mayoría de las mujeres con DM2 vuelven a su esquema habitual; b: Paciente hospitalizado: es una indicación transitoria motivada por el estrés agudo gatillado por infecciones o cirugía. Al alta se realiza la transición a su tratamiento ambulatorio; c: Síndrome diabético precoz con hipercatabolismo o hiperglucemia severa: La ADA recomienda la insulinoterapia inicial de rescate para revertir la glucotoxicidad sobre la célula beta. Una vez que se logra la euglucemia y se recupera la función pancreática (típicamente en semanas o meses), la insulina se puede retirar y desescalar a fármacos no insulínicos (como SGLT2 o GLP-1). La indicación definitiva es la opción d: Adelgazamiento severo y/o HbA1c 10: El adelgazamiento involuntario marcado junto a cifras de HbA1c 10% mmol es el reflejo de un agotamiento avanzado o falla permanente de la reserva secretora de insulina de la célula beta (insulinopenia severa/falla secundaria). Ante esta pérdida irreversible de la capacidad anabólica endógena, la sustitución con insulina debe mantenerse de manera definitiva/permanente.
Referencias: American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care. 2026;49 (Suppl 1): S1-S362.

Mujer de 35 años con antecedente de diabetes mellitus, que presentó una pielonefritis aguda complicada y completó el esquema de tratamiento antibiótico, encontrándose actualmente asintomática. ¿Cuál es la conducta indicada respecto a la solicitud de un urocultivo de control?

A las 72 horas de iniciado el tratamiento.
Al finalizar el tratamiento.
Se prescinde de su solicitud.
Frente a un microorganismo multirresistente.

Respuesta correcta: Se prescinde de su solicitud. La paciente tuvo una pielonefritis aguda complicada, completó un tratamiento antibiótico adecuado y actualmente se encuentra asintomática. En este escenario, la respuesta clínica constituye el principal criterio de curación y no está indicado realizar rutinariamente un urocultivo de control. Las guías establecen que los pacientes con pielonefritis deben ser reevaluados clínicamente, en pacientes con respuesta clínica adecuada no se justifica solicitar nuevo urocultivo en dicho momento, ni al finalizar el tratamiento, ni ante el aislamiento de microorganismos multirresistentes. Tampoco se debe prolongar ni intensificar el manejo microbiológico de rutina. Un punto particularmente importante en esta pregunta es la diabetes. Podría inducir a pensar que obliga a documentar esterilización urinaria, pero esto no es correcto. Se recomienda específicamente no realizar screening ni tratar bacteriuria asintomática en pacientes diabéticos, con recomendación fuerte y evidencia de certeza moderada. Por tanto, obtener un cultivo en esta paciente asintomática podría detectar bacteriuria sin significado clínico y conducir a sobretratamiento, efectos adversos y selección de resistencia antimicrobiana.
Referencias: Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA): flujogramas de tratamiento de infecciones [Internet]. Montevideo: Universidad de la República; 2023 [citado 23 ago 2026]. Disponible en: Cátedra de Enfermedades Infecciosas – UdelaR.

Varón, 58 años, hipertenso y dislipémico, consulta por dolor torácico opresivo de dos horas de evolución irradiado a cuello, acompañado de náuseas. Examen físico: ritmo regular, 100 cpm, presión arterial 120/70 mmHg. Electrocardiograma (ECG):



Al coordinar con el sistema de emergencias móviles, se determina que el traslado al centro asistencial con capacidad de Intervención Coronaria Percutánea (ICP) más cercano demorará 140 minutos. De acuerdo con las guías internacionales vigentes (ACC/AHA 2025 / ESC 2023). ¿Cuál es la conducta de reperfusión adecuada en este paciente?

Abreviatura: cineangiocoronariografía (CACG)

Terapia fibrinolítica e inicio del traslado inmediato a un centro de hemodinamia.
Traslado directo para angioplastia primaria.
Doble antiagregación y heparina parenteral difiriendo la CACG a las 24 horas.
Repetir fibrinolítico a las 2 horas si el primer bolo no logra una renivelación del segmento ST.

Respuesta correcta: Terapia fibrinolítica e inicio del traslado inmediato a un centro de hemodinamia. Terapia fibrinolítica e inicio del traslado inmediato a un centro de hemodinamia: En pacientes con diagnóstico de IAMCEST asistidos en un centro sin hemodinámica, la angioplastia primaria (ICP) es la estrategia de elección siempre que el tiempo estimado desde el diagnóstico hasta la apertura de la arteria sea menor a 120 minutos. Dado que en este caso el traslado demorará 140 minutos (superando la ventana máxima recomendada de 120 minutos), las guías internacionales ACC/AHA 2025 y ESC indican la administración inmediata de terapia fibrinolítica (idealmente en los primeros 10 minutos) acompañada del traslado sistemático e inmediato a un centro con capacidad de ICP. Si la fibrinólisis es exitosa, la cinecoronariografía se realiza entre las 2 y 24 horas posteriores; si fracasa, se procede a una ICP de rescate urgente. Traslado directo para angioplastia primaria (Incorrecta): Optar por el traslado directo sin fibrinólisis cuando el tiempo estimado supera los 120 minutos genera un retraso isquémico inaceptable de 140 minutos. Este retraso incrementa la pérdida irreversible de masa miocárdica, el riesgo de shock cardiogénico y la mortalidad. La fibrinólisis no debe omitirse si la ICP primaria no es factible en el tiempo adecuado. Doble antiagregación y heparina parenteral difiriendo la CACG a las 24 h (Incorrecta): El IAMCEST es una emergencia médica que requiere reperfusión miocárdica inmediata (mediante ICP o fibrinólisis). Diferir la coronariografía 24 horas únicamente con tratamiento farmacológico sin aplicar reperfusión aguda está contraindicado en un infarto con elevación del ST activo. La estrategia invasiva temprana (< 24 h) se reserva para pacientes con SCASEST / IAMSEST de alto riesgo, no para un IAMCEST agudo. Repetir fibrinolítico a las 2 horas si el primer bolo no logra una renivelación del segmento ST (Incorrecta): Administrar un segundo bolo de agente fibrinolítico ante la falla de reperfusión (resolución del ST < 50% a los 60–90 minutos) carece de beneficio clínico demostrado y aumenta drásticamente el riesgo de complicaciones hemorrágicas graves e intracraneales. Ante el fracaso de la fibrinólisis, la conducta recomendada por las guías es la ICP de rescate inmediata mediante el traslado urgente al centro con hemodinámica.

Referencias: Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-3826.

Doi:10.1093/eurheartj/ehad191.

Varón, 62 años, con hipertensión arterial grado 2 en tratamiento con amlodipino 10 mg/día, enalapril 20 mg cada 12 horas, hidroclorotiazida 12,5 mg/día. Cumple régimen hiposódico con buena adherencia al tratamiento y cifras de presión arterial previos en objetivo. Artrosis de rodilla en tratamiento con AINE desde hace dos meses. Automonitoreo ambulatoria de presión arterial 180/100 mm Hg, asintomático.

Abreviatura: antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

¿Cuál es su planteo diagnóstico?

Hipertensión resistente.
Hipertensión enmascarada.
Hipertensión secundaria.
Hipertensión pseudoresistente.

Respuesta correcta: Hipertensión pseudoresistente. La hipertensión resistente se define como la falta de control de la presión arterial (PA ≥140/90 mmHg o ≥130/80 mmHg, a pesar del uso simultáneo de tres o más fármacos antihipertensivos de líneas distintas a dosis óptimas o máximas toleradas, incluyendo obligatoriamente un diurético.Criterio de Pseudoresistencia: La guía señala que, para poder confirmar un diagnóstico de HTR verdadera, es un requisito indispensable descartar primero todas las causas de pseudorresistencia (o resistencia aparente).Rol de los fármacos interferentes: Dentro de los factores que provocan pseudorresistencia se destacan la falta de adherencia al tratamiento, la técnica incorrecta de medición, el fenómeno de guardapolvo blanco y la ingesta de sustancias presoras o fármacos interferentes, como los AINEs.
Referencias: Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, Johnson HM, Shimbo D, Abdalla M, et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. J Am Coll Cardiol. 2025;86(18):1567-1678. Doi:10.1016/j.jacc.2025.05.007.

¿Cuál sería el tratamiento inicial para control de cifras de presión arterial en este paciente?

Aumentar dosis de hidroclorotiazida.
Asociar espironolactona.
Suspender AINE.
Asociar alfametildopa.

Respuesta correcta: Suspender AINE. El algoritmo de evaluación ante cifras elevadas en pacientes con sospecha de resistencia establece que la primera acción es revisar la adherencia e identificar fármacos interferentes como los AINEs. Corrección de la causa reversible: La conducta terapéutica inicial prioritaria radica en retirar o suspender la causa que está interfiriendo con el control tensional (suspender los AINEs). Una vez suspendidos los AINEs , de no controlar cifras se plantea ajustar y titular nuevos fármacos.
Referencias: Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, Johnson HM, Shimbo D, Abdalla M, et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. J Am Coll Cardiol. 2025;86(18):1567-1678. Doi:10.1016/j.jacc.2025.05.007.

En la endocarditis infecciosa derecha, ¿cuál es la complicación más frecuente?

Aneurisma micótico.
Embolia pulmonar séptica recurrente.

Glomerulonefritis mediada por inmunocomplejos.
Artritis séptica.

Respuesta correcta: Embolia pulmonar séptica recurrente. La endocarditis infecciosa del corazón derecho afecta predominantemente a la válvula tricúspide y a la válvula pulmonar. Al desprenderse fragmentos de las vegetaciones de las cavidades derechas, estos viajan directamente a través de la arteria pulmonar hacia la circulación pulmonar, ocasionando émbolos sépticos pulmonares recurrentes, infartos pulmonares y abscesos. Los émbolos sépticos pulmonares recurrentes constituyen la complicación embólica característica de la endocarditis derecha y son un criterio clave para definir el manejo clínico y quirúrgico cuando persisten vegetaciones grandes en la válvula tricúspide o pulmonar. Las opciones a, c, d, corresponden a complicaciones de endocarditis infecciosa izquierda.
Referencias: Rozman Borstnar C, Cardellach F, editores. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 20.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2024.

¿Cuál de las siguientes intervenciones está recomendada en el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)?

Vacunación antigripal anual.
Profilaxis antibiótica.
Uso de cigarrillos electrónicos para dejar de fumar.
Oxigenoterapia domiciliaria en desaturación moderada.

Respuesta correcta: Vacunación antigripal anual. Las guías GOLD 2026 establecen la vacunación anual contra la influenza/gripe como una recomendación preventiva clave para todos los pacientes con EPOC. Esta medida disminuye la incidencia de infecciones del tracto respiratorio inferior, la frecuencia de exacerbaciones, las hospitalizaciones y la mortalidad. La profilaxis antibiótica con azitromicina no se indica de forma generalizada ni rutinaria; únicamente se contempla en el algoritmo de seguimiento para pacientes ex fumadores que continúan sufriendo exacerbaciones a pesar de recibir una terapia inhalada optimizada. Su uso generalizado se desaconseja por el riesgo de desarrollar resistencia bacteriana, prolongación del intervalo QT y toxicidad auditiva. Las guías establecen explícitamente que no existe evidencia suficiente que respalde la efectividad ni la seguridad de los cigarrillos electrónicos como ayuda para la cesación tabáquica en pacientes con EPOC. Por último, GOLD 2026 señala expresamente que la oxigenoterapia a largo plazo no debe prescribirse de forma rutinaria a pacientes estables con desaturación arterial moderada en reposo o inducida por el ejercicio, ya que no ha demostrado prolongar la supervivencia ni reducir las hospitalizaciones. Su indicación se limita estrictamente a pacientes con hipoxemia arterial crónica grave en reposo (PaO2<o igual a 55 mmHg, SaO2 < 88%).
Referencias: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2026 Report [Internet]. GOLD; 2026. Disponible en: https://goldcopd.org/

Varón de 26 años, ingresa a emergencia por cefalea y fiebre de dos días de evolución, fotofobia y confusión. Antecedente de la enfermedad actual: sinusitis no tratada. Al examen: temperatura axilar 39°C, rigidez de nuca e hiperreflexia. Citoquímico del LCR: presión de apertura elevada, 4.000 neutrófilos/mm^3, proteínas 150 mg/dL y glucosa 30 mg/dL. Ante los hallazgos clínicos y el estudio citoquímico del LCR. ¿Cuál es el esquema de tratamiento empírico intravenoso de elección?

Abreviatura: líquido cefalorraquídeo (LCR)

Aciclovir.
Vancomicina asociada a cefotaxima.
Ceftriaxona asociada a dexametasona.

Ampicilina.

Respuesta correcta: Ceftriaxona asociada a dexametasona. Las pautas de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas para la meningoencefalitis aguda supurada pensando como agente etiológico en Streptococcus pneumoniae establecen el tratamiento empírico inmediato con Ceftriaxona 2 g iv cada 12 horas asociada a Dexametasona 0,15 mg/kg iv cada 6 horas (esta última iniciada 15–20 minutos antes o simultáneamente con el antibiótico y mantenida por 4 días). Vancomicina más cefotaxima (cefalosporina de 3a generación) es una estrategia indicada frente a la sospecha de Streptococcus pneumoniae con elevada resistencia (no hay resistencia en nuestro país) o meningoencefalitis posquirúrgicas. Aciclovir es el tratamiento de la meningoencefalitis a líquido claro, con pleocitosis a predominio linfoplasmocitario, hiperproteinorraquia, y niveles de glucosa normales. La ampicilina iv se indica como cobertura empírica específicamente para cubrir listeria monocytogenes, se reserva para recién nacidos, adultos entre 50-60 años o más, embarazadas o pacientes con inmunodepresión celular grave.
Referencias: Comité Terapéutico, Hospital de Clínicas. Meningoencefalitis aguda comunitaria en paciente inmunocompetente [protocolo]. Montevideo: Hospital de Clínicas, Universidad de la República; 2023.

Varón de 58 años con cirrosis asociada al alcohol, que consulta por aumento de la distensión abdominal y somnolencia. Está apirético y presenta dolor abdominal leve a la palpación. Se realiza paracentesis diagnóstica. ¿Cuál de los siguientes hallazgos en el líquido ascítico establece el diagnóstico de peritonitis bacteriana espontánea (PBE)?

Abreviatura: polimorfonucleares (PMN). Gradiente de albúmina suero-ascitis (GASA).

Concentración de proteínas <1,5 g/dL.
Gradiente de albúmina suero-ascitis (GASA) ≥1,1 g/dL.
Recuento de polimorfonucleares ≥250 células/mm³.
Cultivo bacteriano positivo con PMN <250 células/mm^3.

Respuesta correcta: Recuento de polimorfonucleares ≥250 células/mm³. El diagnóstico de peritonitis bacteriana espontánea (PBE) en pacientes con cirrosis y ascitis se establece mediante un recuento de polimorfonucleares ≥250 células/mm³ en el líquido ascítico, en ausencia de un foco infeccioso intraabdominal secundario. Este criterio es independiente del resultado del cultivo bacteriológico, que puede ser negativo hasta en un porcentaje significativo de los casos. Una concentración baja de proteínas en el líquido ascítico constituye un factor de riesgo para desarrollar PBE, pero no establece su diagnóstico. En determinados pacientes con cirrosis avanzada, este hallazgo contribuye a identificar candidatos a profilaxis antibiótica primaria. El GASA ≥1,1 g/dL indica que la ascitis está asociada a hipertensión portal, pero no permite diagnosticar infección del líquido ascítico. Es un parámetro útil para establecer la etiología de la ascitis, no para diagnosticar PBE. Un cultivo bacteriano positivo con PMN <250 células/mm3 define una Bacterioascitis, no una PBE según el criterio diagnóstico convencional. Puede representar colonización bacteriana transitoria o una fase inicial de infección del líquido ascítico.
Referencias: Rozman Borstnar C, Cardellach F, editores. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 20.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2024. // Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 21.ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2022.

Mujer de 62 años con cirrosis por MASLD que presenta su primer episodio de ascitis moderada (grado 2). No presenta encefalopatía, hiponatremia ni deterioro de la función renal. Nunca recibió tratamiento diurético. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico inicial apropiado?

Abreviatura: esteatosis hepática por disfunción metabólica (MASLD).

Furosemida.
Espironolactona.
Espironolactona asociada a furosemida.
Tolvaptán asociado a furosemida.

Respuesta correcta: Espironolactona. En pacientes con cirrosis que presentan un primer episodio de ascitis grado 2 (moderada), sin tratamiento diurético previo, con función renal conservada y sin alteraciones hidroelectrolíticas, se recomienda iniciar tratamiento con espironolactona en monoterapia, habitualmente a dosis de 100 mg/día, con titulación progresiva según la respuesta clínica y la tolerancia. Esta recomendación se fundamenta en el papel predominante del hiperaldosteronismo secundario en la retención renal de sodio asociada a la cirrosis. La furosemida en monoterapia es menos eficaz que la espironolactona en el tratamiento de la ascitis cirrótica, debido al hiperaldosteronismo secundario característico de estos pacientes. No constituye la estrategia inicial recomendada para un primer episodio de ascitis grado 2. La combinación de ambos diuréticos es una alternativa eficaz y puede preferirse en pacientes con ascitis recurrente o cuando se requiere una respuesta diurética más rápida. Sin embargo, para un primer episodio de ascitis moderada en un paciente estable y sin tratamiento previo, se recomienda inicialmente espironolactona en monoterapia, añadiendo furosemida si la respuesta es insuficiente. El tolvaptán es un antagonista de los receptores V2 de vasopresina que favorece la excreción de agua libre. No constituye un tratamiento inicial estándar de la ascitis cirrótica y su utilización está limitada por cuestiones de seguridad, disponibilidad y ausencia de beneficios pronósticos demostrados.
Referencias: Rozman Borstnar C, Cardellach F, editores. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 20.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2024. // Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 21.ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2022.

Mujer de 69 años con IC-FEr (FEVI 32%) ingresa por descompensación de la misma. Tras el tratamiento diurético alcanza adecuada descongestión y estabilidad clínica, con presión arterial, función renal y potasemia adecuados. ¿Cuál debe ser la estrategia terapéutica antes del egreso hospitalario?

Abreviatura: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr).

Mantener el tratamiento instituido.
Optimizar el tratamiento y titularlo precozmente.
Suspender los diuréticos e iniciar betabloqueantes.
Introducir un fármaco modificador de la evolución cada 4–6 semanas.

Respuesta correcta: Optimizar el tratamiento y titularlo precozmente. En pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr), una vez alcanzadas la descongestión y la estabilidad clínica y hemodinámica, se recomienda iniciar u optimizar el tratamiento farmacológico modificador del pronóstico antes del alta hospitalaria. Esta estrategia incluye los cuatro pilares terapéuticos: ARNI (o IECA/ARA-II cuando corresponda), betabloqueantes con evidencia, antagonistas del receptor mineralocorticoide e inhibidores de SGLT2. Se recomienda una titulación precoz durante las primeras semanas, con seguimiento clínico y analítico estrecho. Mantener sin modificaciones el tratamiento durante la hospitalización representa una oportunidad perdida para optimizar la terapéutica modificadora del pronóstico. Una vez estabilizado el paciente, debe evaluarse la introducción y optimización de los fármacos que reducen la mortalidad y las hospitalizaciones. Los diuréticos de asa continúan siendo fundamentales para mantener la euvolemia y prevenir la recurrencia de congestión, aunque su dosis debe ajustarse según la situación clínica. Los betabloqueantes deben iniciarse o titularse cuando el paciente se encuentra estabilizado y adecuadamente descongestionado, pero su introducción no implica suspender sistemáticamente los diuréticos. La estrategia de introducir un fármaco modificador de la evolución cada 4–6 semanas retrasa innecesariamente la implementación del tratamiento modificador del pronóstico. Las recomendaciones actuales favorecen el inicio precoz de los cuatro pilares terapéuticos, incluso a dosis bajas, seguido de una titulación rápida y supervisada.
Referencias: McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2023 Focused update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and ailure heart ailure. Eur Heart J. 2023;44(37):3627-3639. Doi:10.1093/eurheartj/ehad195.

Mujer de 50 años con hipertensión arterial mal controlada. Consulta en emergencia por déficit motor de hemicuerpo derecho de inicio brusco, acompañado de dificultad para articular la palabra. Al examen físico: vigil, presión arterial 170/100 mm Hg, funciones superiores normales, disartria parética, hemiparesia derecha proporcionada, hipotonía, reflejos osteotendinosos (ROT) vivos, signo de Babinski a derecha, sensibilidad normal. Tomografía computarizada (TC) de cráneo sin hallazgos patológicos. ¿Cuál es su planteo diagnóstico?

Infarto de arteria silviana izquierda.
Infarto de protuberancia.
Hematoma ganglio basal izquierdo.
Infarto lacunar ganglio-basal izquierdo.

Respuesta correcta: Infarto lacunar ganglio-basal izquierdo. La paciente presenta clínica de síndrome lacunar (Motor puro / Disartria-hemiparesia): La presentación clínica de hemiparesia derecha proporcionada con disartria y parálisis facial central derecha, en ausencia de alteración sensitiva y con funciones cerebrales superiores normales (sin afasia ni apraxia), es la presentación clásica de un infarto lacunar por afectación del territorio profundo (brazo posterior de la cápsula interna o ganglios basales).TC de cráneo normal: Es la presentación habitual en la fase hiperaguda de un infarto lacunar, al tratarse de una oclusión de pequeñas arterias perforantes profundas que generan lesiones reducidas (<1,5 cm de diámetro) no siempre visibles en las primeras horas. Incorrectas :Infarto de arteria silviana izquierda: Involucraría la corteza cerebral,produciendo compromiso de funciones superiores (afasia) y un déficit motor no proporcionado (predominio faciobraquial).Infarto de protuberancia: Daría lugar a un síndrome alterno de tronco encefálico con afectación de pares craneales o alteración de los movimientos oculares conjugados.Hematoma ganglio basal izquierdo: Queda descartado por la TC de cráneo, la cual evidenciaría inmediatamente una lesión hiperdensa intraparenquimatosa.
Referencias: Rozman Borstnar C, Cardellach F, editores. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 20.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2024.

De acuerdo con el diagnóstico planteado por usted en esta paciente, ¿cuál sería la etiopatogenia?

Rotura de aneurismas de Charcot-Bouchard.
Atero-tromboembólico.
Lipohialinosis de los vasos perforantes.
Cardio-aorto-embólico.

Respuesta correcta: Lipohialinosis de los vasos perforantes. Mecanismo de pequeño vaso: La lipohialinosis (degeneración e hialinización de la pared vascular) y la microateromatosis de las arterias penetrantes perforantes profundas (como las arterias lenticuloestriadas) constituyen el mecanismo patogénico primario del infarto lacunar, fuertemente asociado a la hipertensión arterial crónica mal controlada. Incorrectas :Rotura de aneurisma de Charcot-Bouchard: Ocasionaría una hemorragia intracerebral parenquimatosa (hematoma), descartada por la neuroimagen normal.Atero-tromboembólico: Corresponde a la afección de grandes arterias (ej. carótida o ramas corticales principales) por aterosclerosis, generando infartos territoriales o extensos.Cardio-aorto-embólico: Origina infartos embólicos por migración de trombos procedentes de cavidades cardíacas (como en la fibrilación auricular que no tiene el paciente) o del arco aórtico hacia grandes vasos cerebrales.
Referencias: Rozman Borstnar C, Cardellach F, editores. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 20.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2024.

Hombre de 68 años, internado en unidad de cuidados intensivos, desarrolla AKI estadio 3. Creatininemia de 5,2 mg/dL y potasemia de 6,8 mEq/L, que persiste pese al tratamiento médico y se acompaña de alteraciones electrocardiográficas. ¿Cuál es la conducta

apropiada?

Abreviatura: lesión renal aguda (AKI).

Mantener tratamiento médico instituido.

Iniciar terapia de reemplazo renal urgente.

Administrar furosemida y reevaluar la creatininemia en 12 horas.

Administrar volumen y forzar diuresis con furosemida.

Respuesta correcta: Iniciar terapia de reemplazo renal urgente. El paciente presenta una lesión renal aguda (AKI) estadio 3, complicada con hiperpotasemia grave (6,8 mEq/L), refractaria al tratamiento médico y acompañada de alteraciones electrocardiográficas. Esta situación constituye una indicación absoluta de inicio urgente de terapia de reemplazo renal (TRR), debido al elevado riesgo de arritmias ventriculares potencialmente fatales. Según las recomendaciones KDIGO, la decisión de iniciar TRR no debe basarse exclusivamente en los valores de creatininemia o en el estadio de AKI, sino fundamentalmente en la presencia de complicaciones potencialmente mortales, como la hiperpotasemia refractaria. La persistencia de hiperpotasemia grave pese al tratamiento médico, especialmente cuando se acompaña de alteraciones electrocardiográficas, indica fracaso de las medidas conservadoras. Mantener exclusivamente el tratamiento instituido retrasa una intervención potencialmente salvadora. La furosemida puede favorecer la excreción renal de potasio cuando existe diuresis residual y respuesta al diurético, pero su eficacia es impredecible en una AKI grave. Además, esperar 12 horas ante una hiperpotasemia con repercusión electrocardiográfica supone un riesgo inaceptable de arritmias potencialmente mortales. La administración de volumen solo está indicada ante hipovolemia demostrada o sospechada. En un paciente crítico con AKI estadio 3, la expansión indiscriminada puede provocar sobrecarga hídrica y edema pulmonar. La diuresis forzada no constituye un tratamiento adecuado de la hiperpotasemia refractaria ni sustituye la TRR urgente.
Referencias: Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Kidney Int Suppl. 2012;2(1):1-138. // Ostermann M, Bellomo R, Burdmann EA, Doi K, Endre ZH, Goldstein SL, et al. Controversies in acute kidney injury: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) conference. Kidney Int. 2020;98(2):294-309. Doi:10.1016/j.kint.2020.04.020.

Frente al planteo diagnóstico de erisipela de miembro inferior, ¿qué estudios paraclínicos solicitaría?

Se prescinde de estudios.

Eco-doppler venoso.

Ecografía de partes blandas.

Dos hemocultivos de sangre periférica.

Respuesta correcta: Se prescinde de estudios. Se prescinde de estudios microbiológicos ya que la erisipela es un cuadro de diagnóstico clínico. Se caracteriza por una placa eritematosa brillante, caliente, edematosa y dolorosa, con bordes nítidamente delimitados. Su causa microbiológica es altamente predecible (en la mayoría de los casos por estreptococos betahemolíticos del grupo A). En cuadros leves o no complicados, los estudios microbiológicos (cultivos de piel, aspirados o hemocultivos) tienen un rendimiento excesivamente bajo y no cambian la conducta terapéutica inicial, por lo que no se indican de manera sistemática ni rutinaria. Es una infección puramente superficial que afecta la dermis superior y los vasos linfáticos superficiales, caracterizada por no ser purulenta. La ecografía de partes blandas no es necesaria si el diagnóstico clínico es claro; únicamente se solicita ante la sospecha clínica de colecciones líquidas profundas, abscesos ocultos o compromiso de planos más profundos. Los hemocultivos rutinarios en la erisipela no complicada tienen una rentabilidad diagnóstica extremadamente baja (generalmente menor al 5%). Por esta razón, no están indicados de forma rutinaria al momento de realizar el diagnóstico de erisipela. El eco-doppler venoso es el estudio de elección para confirmar o descartar una Trombosis Venosa Profunda (TVP).
Referencias: Rozman Borstnar C, Cardellach F, editores. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 20.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2024.

Paciente de 59 años presenta una trombosis venosa profunda (TVP) proximal sintomática, sin factor desencadenante evidente. Se encuentra hemodinámicamente estable, con función renal conservada y sin antecedentes de cáncer activo ni síndrome antifosfolipídico. ¿Cuál es la estrategia anticoagulante definitiva en este contexto?

Heparina de bajo peso molecular.
Antagonista de la vitamina K.
Anticoagulantes orales directos.
Ácido acetilsalicílico.

Respuesta correcta: Anticoagulantes orales directos. En pacientes con TVP proximal no provocada, hemodinámicamente estables, con función renal conservada y sin contraindicaciones, los anticoagulantes orales directos (apixabán, rivaroxabán o dabigatrán) constituyen el tratamiento de elección, por su eficacia comparable a los antagonistas de la vitamina K, menor riesgo de hemorragia intracraneal y mayor facilidad de administración, sin necesidad de monitorización rutinaria del INR. Las heparinas de bajo peso molecular son eficaces para el tratamiento de la TVP, especialmente durante la fase inicial, pero no constituye la primera elección para el tratamiento prolongado en este contexto. Su administración subcutánea y la disponibilidad de anticoagulantes orales igualmente eficaces limitan su utilización como estrategia definitiva. Puede preferirse en situaciones particulares, como el embarazo. La warfarina es eficaz para prevenir la recurrencia tromboembólica, pero requiere controles periódicos del INR, presenta múltiples interacciones farmacológicas y alimentarias y tiene mayor riesgo de hemorragia intracraneal que los ACOD. Se reserva especialmente para situaciones en las que estos últimos están contraindicados, como el síndrome antifosfolipídico de alto riesgo. El efecto antiagregante plaquetario del AAS es insuficiente para el tratamiento de una TVP proximal establecida. Es significativamente menos eficaz que la anticoagulación para prevenir recurrencias de tromboembolismo venoso y no constituye una alternativa adecuada cuando existe indicación de anticoagulación.
Referencias: Cox C, Roberts LN. Basics of diagnosis and treatment of venous thromboembolism. J Thromb Haemost. 2025;23:1185-1202. doi:10.1016/j.jtha.2025.01.009.

Varón de 70 años ingresa por neumonía. Creatininemia previa de 1,0 mg/dL. A las 48 horas creatininemia de 2,1 mg/dL. Mantiene diuresis de 0,8 mL/kg/hora. Según los criterios KDIGO. ¿Cómo debe clasificarse la lesión renal aguda?

No cumple criterios.
Estadio 1.
Estadio 2.
Estadio 3.

Respuesta correcta: Estadio 2. Según los criterios KDIGO, el paciente presenta una lesión renal aguda (AKI) estadio 2, dado que la creatininemia aumentó de 1,0 a 2,1 mg/dL en 48 horas, equivalente a 2,1 veces su valor basal. Esto corresponde al estadio 2 (incremento de creatinina entre 2,0 y 2,9 veces el valor basal). La diuresis conservada (0,8 mL/kg/h) no excluye el diagnóstico de AKI, ya que basta con cumplir uno de los criterios: creatininemia o diuresis. El incremento de creatininemia de 1,1 mg/dL en 48 horas supera el umbral diagnóstico KDIGO de ≥0,3 mg/dL en 48 horas. Por lo tanto, cumple criterios de AKI independientemente de la diuresis. El estadio 1 corresponde a un aumento de creatininemia de 1,5 a 1,9 veces el valor basal, o un incremento absoluto ≥0,3 mg/dL en 48 horas. En este paciente, el aumento de 2,1 veces el valor basal determina su clasificación en estadio 2. El estadio 3 requiere un aumento de creatininemia ≥3 veces el valor basal, una creatininemia ≥4,0 mg/dL con incremento agudo, o el inicio de terapia de reemplazo renal. El paciente no presenta ninguno de estos criterios.
Referencias: Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Kidney Int Suppl. 2012;2(1):1-138. // Ostermann M, Bellomo R, Burdmann EA, Doi K, Endre ZH, Goldstein SL, et al. Controversies in acute kidney injury: conclusions from

a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) conference. Kidney Int. 2020;98(2):294-309. Doi:10.1016/j.kint.2020.04.

Mujer de 76 años, sin antecedentes de enfermedad renal crónica, en tratamiento habitual con enalapril y furosemida. Consulta por diarrea de días de evolución, hipotensión y oliguria. Creatininemia de 2,3 mg/dL, previamente de 0,9 mg/dL. ¿Cuál es su conducta inicial?

Solicitar biopsia renal de urgencia.
Suspender fármacos y corregir la hipovolemia.
Iniciar terapia de reemplazo renal.
Administrar volumen y furosemida intravenosa.

Respuesta correcta: Suspender fármacos y corregir la hipovolemia. La paciente presenta una lesión renal aguda (AKI), probablemente de origen prerrenal, secundaria a pérdidas gastrointestinales por diarrea, con hipovolemia, hipotensión y oliguria. El incremento de creatininemia de 0,9 a 2,3 mg/dL (2,56 veces el valor basal) corresponde a una AKI KDIGO estadio 2 por criterio de creatininemia, sin disponer de información suficiente para clasificarla por diuresis. La conducta inicial consiste en restaurar la volemia mediante administración de cristaloides isotónicos, con monitorización de la respuesta hemodinámica, diuresis y función renal, y suspender transitoriamente los fármacos que pueden agravar la hipoperfusión renal, particularmente IECA y diuréticos. La biopsia renal no está indicada inicialmente ante un cuadro clínico sugestivo de AKI prerrenal, con factores desencadenantes claramente identificables. Se reserva para situaciones de etiología incierta o sospecha de enfermedad renal intrínseca que requiera confirmación histológica.La terapia de reemplazo renal no está indicada exclusivamente por la elevación de creatininemia. Se reserva para pacientes con complicaciones graves, como hiperpotasemia refractaria, acidosis metabólica grave refractaria, sobrecarga hídrica no controlable o manifestaciones urémicas graves. Ninguna de estas complicaciones se describe en el caso clínico.Aunque la reposición de volumen está indicada, la administración simultánea de furosemida puede agravar la depleción intravascular y comprometer aún más la perfusión renal. Los diuréticos no deben utilizarse para tratar la AKI ni para forzar la diuresis, salvo cuando exista sobrecarga de volumen.
Referencias: Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Kidney Int Suppl. 2012;2(1):1-138. // Ostermann M, Bellomo R, Burdmann EA, Doi K, Endre ZH, Goldstein SL, et al. Controversies in acute kidney injury: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) conference. Kidney Int. 2020;98(2):294-309. Doi:10.1016/j.kint.2020.04.020.

GINECOLOGÍA

Para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por método farmacológico hasta las 9 semanas, ¿cuál es el esquema de administración recomendado por la Guía Técnica para la IVE en Uruguay?

Misoprostol 800 microgramos por vía oral repetido a las 4 horas.
Mifepristona 200 mg vía oral y a las 24-48 horas misoprostol 800 microgramos.
Mifepristona 200 mg por vía oral junto con misoprostol 800 microgramos.
Misoprostol 800 microgramos por vía rectal en dosis única.

Respuesta correcta: Mifepristona 200 mg vía oral y a las 24-48 horas misoprostol 800 microgramos. El régimen combinado de Mifepristona (antiprogestágeno) y Misoprostol (análogo de prostaglandina E1) es el método farmacológico de elección en Uruguay por asociarse a una mayor tasa de aborto completo (hasta el 98% de eficacia), menor tiempo de expulsión y menos efectos secundarios. Se administran 200 mg de Mifepristona por vía oral y, posteriormente, con un intervalo de 24 a 48 horas (nunca antes de las 24 h), se administran 800 mcg de Misoprostol preferentemente por vía vaginal por tener menos efectos secundarios gastrointestinales que la vía sublingual. La administración oral de misoprostol se desaconseja fuertemente por su alto índice de fallas.

Referencias: Ministerio de Salud Pública. Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) — MSP, Uruguay; 2012.

En base a las guías nacionales, ¿cuál es la recomendación de primera línea sobre el uso de uteroinhibidores en la amenaza de parto pretérmino en un embarazo de 33 semanas?

Indometacina.
Nifedipina.
Labetalol.
Fenoterol.

Respuesta correcta: Nifedipina. La evidencia de alta calidad científica recomienda el uso de Nifedipina (bloqueante de canales de calcio) e Indometacina (inhibidor de ciclooxigenasa) como tocolíticos de primera elección por su excelente balance de eficacia, seguridad y costo. Sin embargo, en embarazos mayores de 32 semanas de edad gestacional, la Indometacina está estrictamente desaconsejada debido al riesgo de inducir el cierre intrauterino precoz del conducto arterioso (ductus arteriosus), oligoamnios e hipertensión pulmonar neonatal. Por lo tanto, después de la semana 32 se debe indicar únicamente Nifedipina.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones para el uso racional de los uteroinhibidores en la práctica clínica (Uruguay) / Manual de Embarazo, Parto y Puerperio.

Para el diagnóstico de preeclampsia, ¿cuál de los siguientes criterios permite establecer el diagnóstico de preeclampsia si la proteinuria es negativa?

Diuresis por encima de 50 mL/hora.
Aparición brusca de varices.
Plaquetas menores a 100.000/mm^3.
Edemas simétricos de miembros inferiores.

Respuesta correcta: Plaquetas menores a 100.000/mm^3. La presencia de trombocitopenia (plaquetas menor a 100.000) es uno de los criterios de disfunción orgánica que permite el diagnóstico de preeclampsia incluso sin proteinuria.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio. Uruguay; 2024.

En el tamizaje de cáncer de cuello de útero en población de riesgo promedio, según la Guía de Práctica Clínica de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero de Uruguay - 2024, ¿cuál es el intervalo recomendado si el test de VPH es no detectable?

Abreviatura: Virus del Papiloma Humano (VPH).

1 año.
2 años.
3 años.
5 años.

Respuesta correcta: 5 años. El intervalo recomendado tras un resultado negativo en el test de VPH depende de la población a la que pertenezca la paciente: Población de riesgo promedio (población general): Se sugiere un intervalo de tamizaje regular cada 5 años, independientemente del estado vacunal de la paciente.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero. MSP, Uruguay; 2024.

Paciente de 26 años, primigesta, cursando 35 semanas de edad gestacional, se realiza diagnóstico de preeclampsia severa por cifras de presión arterial 170/120 mm Hg.

Abreviatura: presión arterial sistólica (PAS). Presión arterial diastólica (PAD).

Para el tratamiento de la crisis hipertensiva en esta paciente, ¿cuál es el objetivo de presión arterial en la primera hora?

PAS 120-129 mmHg y PAD 60-70 mmHg.
PAS 155-160 mmHg y PAD 110 mmHg.
PAS 130-150 mmHg y PAD 80-100 mmHg.
PAS < 120 mmHg y PAD < 80 mmHg.

Respuesta Correcta: El objetivo terapéutico prioritario en el manejo de una crisis hipertensiva en la gestante es lograr un descenso controlado de la presión arterial, fijando como meta una PAS entre 130-150 mmHg y una PAD entre 80-100 mmHg durante la primera hora. Esta disminución gradual protege la vasculatura cerebral materna previniendo complicaciones graves como el accidente cerebrovascular o la encefalopatía hipertensiva, al tiempo que evita una hipotensión brusca que comprometería el flujo sanguíneo uteroplacentario y la perfusión fetal.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Manual de Embarazo, Parto y Puerperio; 2024. // PAHO. Guía de Emergencias Obstétricas; 2024.

Usted le indica sulfato de magnesio (MgSO4) para la prevención de eclampsia, ¿cuál es el primer signo de alarma por intoxicación con este fármaco?

Taquicardia materna superior a 120 cpm.
Disminución del reflejo rotuliano.
Caída del gasto urinario por debajo de 50 mL/h.
Frecuencia respiratoria menor a 12 respiraciones por minuto.

Respuesta correcta: Disminución del reflejo rotuliano. El sulfato de magnesio se depura por vía renal, por lo que su acumulación excesiva es un riesgo grave. El primer signo clínico de intoxicación por magnesio es la pérdida progresiva o abolición del reflejo rotuliano (patelar), que ocurre con niveles terapéuticos elevados (magnesemia mayor a 9.6 mg/dL o mayor a 8 mEq/L). Signos posteriores y más graves son la bradipnea (menos de 12 rpm) y el paro cardíaco.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Manual de Embarazo, Parto y Puerperio; 2024. // PAHO. Guía de Emergencias Obstétricas; 2024.

En caso de plantear intoxicación por sulfato de magnesio (MgSO4), ¿cuál es el antídoto de elección?

Nifedipina.
Bicarbonato de sodio.
Labetalol.
Gluconato de calcio.

Respuesta correcta: Gluconato de calcio. El gluconato de calcio actúa como un antagonista directo y competitivo de los efectos tóxicos de los iones magnesio en la unión neuromuscular y la placa motora terminal. Al revertir rápidamente el bloqueo neuromuscular induce la recuperación del reflejo rotuliano y previene o revierte la depresión respiratoria aguda y el paro cardíaco. Se administra por vía intravenosa (1 g al 10% en 3 a 5 minutos) ante la presencia de signos de toxicidad severa.
Referencia: Organización Panamericana de la Salud. Guía de Emergencias Obstétricas. OPS; 2024.

¿Cuál es el objetivo de las pruebas no treponémicas en el seguimiento de una paciente que completó tratamiento para sífilis?

Confirmar la curación.
Evaluar la respuesta al tratamiento.
Distinguir etapa evolutiva.
Sustituir pruebas treponémicas.

Respuesta correcta: Evaluar la respuesta al tratamiento. Los títulos de las pruebas no treponémicas se correlacionan directamente con la actividad de la infección (a mayor título, mayor actividad de la espiroqueta). Tras un tratamiento adecuado, estas pruebas habitualmente se negativizan o disminuyen a títulos muy bajos. Las pautas establecen que se debe repetir la serología no treponémica cuantitativa de control a los 3, 6, 12 y 24 meses de iniciado el tratamiento específico, o bien hasta lograr su negativización.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Guía de Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual. Uruguay; 2018.

Mujer cursando 32 semanas de embarazo, complicado con pielonefritis gravídica, ¿qué elementos paraclínicos pueden orientar sepsis materna?

80.000 plaquetas/mm^3.
Creatininemia 0,9 mg/dL.
INR de 1.
Proteinuria 350 mg/ 24horas.

Respuesta correcta: 80.000 plaquetas/mm^3. La guía clínica adopta el enfoque de dos pasos para la sepsis materna. El segundo paso consiste en la confirmación de sepsis mediante la demostración de lesión de al menos un órgano blanco. Los parámetros establecidos para la disfunción orgánica son: plaquetas o INR para el sistema de coagulación, y creatinina sérica o un gasto urinario menor a por 2 horas para el sistema renal.
Referencias: Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la atención de las principales emergencias obstétricas. Capítulo 6 "Sepsis Materna". OPS; 2024.

Mujer embarazada acude a su primer control prenatal y se constata un valor de hemoglobina de 11,5 g/dL. Basado en las pautas nacionales, ¿cuál es su conducta en relación a la prescripción de hierro elemental?

Suplementación diaria con 120 mg.
Administración de 60 mg en días alternos.
Prescindir del aporte de hierro.
Indicar multivitamínicos diario que contenga hierro.

Respuesta correcta: Administración de 60 mg en días alternos. La guía nacional establece un cambio fundamental para las embarazadas sin anemia (Hb > 11 g/dL): se debe iniciar la suplementación profiláctica con 60 mg de hierro elemental en días alternos. Las dosis de 120 mg diarios se reservan únicamente para casos confirmados de anemia (Hb < 11 g/dL). Por último, el manual desaconseja expresamente la suplementación sistemática con preparados multivitamínicos.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio. Capítulo II, sección de paraclínica y seguimiento. MSP, Uruguay; 2024.

Mujer de 29 años con diabetes tipo 1 que acude a una consulta preconcepcional. En el abordaje de la prevención de defectos del tubo neural en esta paciente, ¿cuál es la dosis de ácido fólico recomendada por la Guía Nacional de Atención de la mujer embarazada?

0.4 mg/día.
0,8 mg/día.
1 mg/día.
4 mg/día.

Respuesta correcta: 4 mg/día. Si bien la pauta de prevención de ocurrencia para pacientes sin factores de riesgo es de 0.4 a 1 mg/día, el manual del MSP estipula claramente que para la prevención de recurrencia o en mujeres de alto riesgo —como aquellas con antecedentes de diabetes, epilepsia o con un IMC 30 kg/m^2— se debe indicar una dosis alta de 4 mg/día.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones para la atención de la mujer en el embarazo,

parto y puerperio. Capítulo II, sección de consulta preconcepcional. MSP, Uruguay; 2024.

Una paciente de 38 semanas de gestación, en trabajo de parto activo, presenta un resultado positivo para *Streptococcus agalactiae* en el exudado rectovaginal. ¿Cuál es el protocolo de profilaxis antibiótica intraparto de primera elección intravenoso establecido por la Guía Nacional de atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio?

Ampicilina sulbactam.
Clindamicina.
Cefuroxime.
Penicilina cristalina.

Respuesta correcta: Penicilina cristalina. Ante un tamizaje de exudado rectovaginal positivo para EGB (el cual de rutina se efectúa entre las 35 y 37 semanas), el esquema de primera elección al diagnosticarse el trabajo de parto es Penicilina cristalina 5.000.000 UI IV de dosis de carga, seguida de 2.500.000 UI IV cada 4 horas hasta el nacimiento. La Ampicilina es el fármaco de segunda elección (2 g IV de carga y luego 1 g IV cada 4 horas), mientras que Clindamicina se reservan para pacientes con alergias declaradas a la penicilina.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio. MSP, Uruguay; 2024.

Una paciente consulta por flujo vaginal abundante, de aspecto blanco-grisáceo, homogéneo, acompañado de un fuerte olor desagradable que se intensifica después del coito, pero sin prurito vulvar ni dispareunia profunda. El exudado vaginal muestra abundantes clue cells con escasos polimorfonucleares (PMN).

¿Cuál es su diagnóstico etiológico?

Gardnerella vaginalis.
Trichomona vaginalis.
Candida albicans.
Chlamydia trachomatis.

Respuesta correcta: *Gardnerella vaginalis.* La vaginosis bacteriana se define clínicamente por la sustitución de la flora protectora de lactobacilos por Gardnerella vaginalis y bacterias anaerobias. Los criterios laboratoriales y clínicos diagnósticos estipulados por el MSP incluyen la presencia de flujo blanco-grisáceo, pH > 4.5, prueba de olor a pescado positiva con KOH al 10%, y microscopía que demuestre de forma característica las (clue cells) asociadas a una escasez de polimorfonucleares. La trichomoniasis (pH > 5) se caracteriza por un flujo amarillo-grisáceo y espumoso con trofozoítos móviles, mientras que la candidiasis presenta típicamente prurito intenso, flujo grumoso como leche cortada, un pH normal ácido (< 4.5) y levaduras o pseudomicelios.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual. Capítulo 1. MSP, Uruguay; 2018.

¿Qué tratamiento empírico indicaría?

Metronidazol.
Clindamicina.
Fluconazol.
Azitromicina.

Respuesta correcta: Metronidazol. El tratamiento es metronidazol 500 mg por vía oral, cada 12 horas durante 7 días o en gel intravaginal (al 0.75%), aplicado de forma local durante 5 noches.Guía de ITS: Ministerio de

Salud Pública de Uruguay. (2018).
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual. Capítulo 1. MSP, Uruguay; 2018.

Mujer cursando 7 semanas de embarazo que consulta por genitorragia escasa oscura. Refiere dolor abdominal de intensidad moderada, en fosa ilíaca derecha. Con antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica hace cuatro años. Al examen se destaca lúcida, frecuencia cardíaca 102 cpm, presión arterial 90/60 mmHg, abdomen doloroso en fosa ilíaca derecha, elementos de irritación peritoneal y dolor a la palpación de fondo de saco lateral derecho, cuello uterino cerrado. ¿Cuál es su planteo diagnóstico?

Amenaza de aborto.
Aborto en curso.
Mola hidatiforme.
Embarazo ectópico.

Respuesta correcta: Embarazo ectópico. La asociación de amenorrea, metrorragia escasa y dolor abdominal unilateral durante el primer trimestre, junto con dolor a la movilización cervical, antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, ausencia de saco gestacional intrauterino y presencia de una imagen anexial, es altamente sugestiva de embarazo ectópico.
Referencias: Danforth, Gibbs & Ronald. Tratado de Obstetricia de Schwartz. Obstetricia y Ginecología. 6ta edición. 2005.

Mujer de 34 años, diabética tipo 1, consulta para iniciar anticonceptivos orales combinados. ¿Qué categoría de los criterios de elegibilidad representa?

Categoría I.
Categoría II.
Categoría III.
Categoría IV.

Respuesta correcta: Categoría II. Según los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes mellitus sin enfermedad vascular (sin nefropatía, retinopatía, neuropatía u otra vasculopatía) ni otras complicaciones se clasifica como Categoría 2 para el uso de anticonceptivos orales combinados (ACO), lo que significa que las ventajas de utilizar el método generalmente superan los riesgos teóricos o demostrados. La ausencia de compromiso de órgano blanco permite una prescripción segura bajo seguimiento clínico habitual. En contraste, si existieran complicaciones vasculares o la enfermedad tuviera más de 20 años de evolución, la clasificación pasaría a Categoría 3 o 4.
Referencias: Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Sexta edición. OMS; 2026.

Mujer de 44 años, consulta por aumento de la cantidad del sangrado en los ciclos menstruales y ciclos más espaciados en el tiempo, cada 45 días. Al examen físico, útero de tamaño y forma habitual. Sin antecedentes patológicos. ¿Cuál es la causa planteable de esta alteración menstrual?

Miomatosis uterina.
Adenomiosis.
Ciclos anovulatorios.
Atrofia endometrial.

Respuesta correcta: Ciclos anovulatorios. A los 44 años, la paciente se encuentra en una edad donde es sumamente común el agotamiento folicular ovárico y la alteración de la retroalimentación neuroendocrina. Esto da lugar a ciclos predominantemente anovulatorios o con ovulaciones deficientes. El utero de forma y tamaño habitual alejan la posibilidad de una miomatosis o adenomiosis, no es esperable atrofia endometrial

en una mujer en edad reproductiva.
Referencias: FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. International Journal of Gynecology & Obstetrics.

Mujer de 24 años, consulta por dolor en hipogastrio de comienzo reciente, asociado a dispareunia profunda y flujo fétido. Al examen presenta dolor a la movilización uterina y a la palpación anexial, sin masa palpable. Frente a esta paciente, ¿cuál es su planteo clínico inicial?

Enfermedad inflamatoria pélvica.
Embarazo ectópico.
Torsión anexial aguda.
Endometriosis pélvica profunda.

Respuesta correcta: Enfermedad inflamatoria pélvica. El diagnóstico de infección genital alta debe sospecharse ante la presencia de dolor pélvico espontáneo asociado a dolor provocado con la movilización uterina o la palpación anexial. La dispareunia profunda y la leucorrea constituyen elementos clínicos adicionales que apoyan el diagnóstico. La ausencia de una masa anexial palpable y de signos de gravedad orienta hacia una infección genital alta no complicada.
Referencias: Brun JL, Castan B, de Barbeyrac B, et al. Infecciones genitales altas. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2023;59(3):1-15. Artículo E-470-A-10.

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Mujer de 29 años, asmática en tratamiento con fluticasona-salmeterol inhalado. En las últimas cuatro semanas presentó síntomas diurnos tres días por semana, despertares nocturnos semanales y utilizó salbutamol como medicación de rescate dos días por semana. No limitación de sus actividades habituales. ¿Cómo clasifica el control de los síntomas?

Bien controlado.
Parcialmente controlado.
No controlado.
Control intermitente.

Respuesta correcta: Parcialmente controlado. Aplicando los criterios GINA sobre la clasificación de control de síntomas la paciente tiene: síntomas diurnos >2 veces/semana = sí; despertares nocturnos = sí; SABA >2 veces/semana = no, porque lo utiliza dos días; limitación de actividad = no. Por tanto, presenta 2 de 4 criterios, compatible con asma parcialmente controlada.
Referencias: Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2026. Fontana, WI: Global Initiative for Asthma; 2026

¿Qué acción debe priorizarse en esta paciente?

Aumentar dosis del corticoide inhalado y valorar la respuesta clínica en cuatro semanas.
Añadir un antimuscarínico de acción prolongada y mantener la pauta ya indicada.
Prescribir corticoide oral por tres días y continuar igual tratamiento de mantenimiento.
Observar la técnica inhalatoria y explorar la adherencia previa al cambio de esquema.

Respuesta correcta: Observar la técnica inhalatoria y explorar la adherencia previo al cambio de esquema. Antes de intensificar el tratamiento en una persona con control insuficiente pese a recibir medicación que contiene corticoide inhalado, GINA recomienda comprobar la técnica inhalatoria y evaluar la adherencia. Solo

después corresponde decidir si es necesario modificar el tratamiento.
Referencias: Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2026. Fontana, WI: Global Initiative for Asthma; 2026 // Martínez M, Niz C. Asma bronquial. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp. 221–224.

Varón de 45 años, hipertenso y con sobrepeso. Presenta plenitud posprandial y malestar recurrente en zona de epigastrio desde hace tres meses. Se hacen frecuentes en el último mes. Al examen se destaca dolor discreto a la palpación de epigastrio.

¿Cuál es el diagnóstico clínico presuntivo?

Gastritis aguda.
Dispepsia.
Úlcera gástrica.
Esofagitis por reflujo gastroesofágico.

Respuesta correcta: Dispepsia. La dispepsia se define como dolor o malestar persistente o recurrente localizado en el abdomen superior. No incluye pirosis y regurgitación, síntomas propios de la enfermedad de la Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) No es una gastritis aguda ni úlcera gástrica por no tener un estudio que confirme este diagnóstico.
Referencias: Bergeret, S. “Me duele el abdomen”. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp 39-44

¿Qué síntoma de alarma tendría en cuenta en relación al diagnóstico de este paciente?

Distensión posprandial.
Disfonía.
Vómitos persistentes.
Regurgitaciones.

Respuesta correcta: Vómitos persistentes. Los síntomas de alarma son: anemia, disfagia, pérdida de peso, sangrado digestivo, vómitos persistentes y masa palpable. Las regurgitaciones, disfonía y distensión posprandial no corresponden a síntomas de alarma de dispepsia.
Referencias: Bergeret, S. “Me duele el abdomen” En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp 39-44.

¿Qué tratamiento farmacológico de primera línea indicaría?

Inhibidores de la bomba de protones.
Antagonista de los receptores dopaminérgicos D2.
Antiácidos.
Antagonistas de los receptores antimuscarínicos.

Respuesta correcta: Inhibidores de la bomba de protones. En personas <50 años sin síntomas de alarma se indica tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones o antiH2 por 4 semanas. Los procinéticos están indicados cuando los síntomas no mejoran con IBP. Los antiácidos y agentes alcalinizantes no demostraron ser eficaces.
Referencias: Bergeret, S. “Me duele el abdomen”. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp 39-44. // Riganti P. Dispepsia. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. pp 891-896.

Para un adulto con riesgo cardiovascular muy alto (≥20% y <30%), según la Guía Nacional para el abordaje de las Dislipemias del Ministerio de Salud Pública de 2025, ¿cuál es la opción inicial de tratamiento con estatinas?

Atorvastatina 20 mg/día.
Simvastatina 40 mg/día.
Pitavastatina 4 mg/día.
Rosuvastatina 20 mg/día.

Respuesta correcta: Rosuvastatina 20 mg/día. Para un paciente de muy alto riesgo cardiovascular corresponde una estatina de alta intensidad, buscando una reducción del cLDL ≥50%. La guía del Ministerio de Salud Pública clasifica como alta intensidad a atorvastatina 40–80 mg/día y rosuvastatina 20–40 mg/día. En cambio, rosuvastatina 5–10 mg, simvastatina 20–40 mg y pitavastatina 2–4 mg corresponden a intensidad moderada. MSP: tabla 9, p. 46.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Guía nacional de recomendaciones para el abordaje de las dislipemias del adulto. 2.ª ed. Uruguay; 2025. // Strozzi D, Rocca F, Giordano A. Dislipemia. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp 185-189.

Varón de 36 años, asintomático, consulta con un test de VIH reactivo y Western blot positivo. Aún no dispone de recuento de CD4 ni carga viral.

¿Cuándo debería ofrecerse el tratamiento antirretroviral?

Tras disponer del recuento de CD4.
Una vez informada la carga viral.
En los primeros 7 días del diagnóstico.
Cuando aparezcan síntomas relacionados.

Respuesta correcta: En los primeros 7 días del diagnóstico. La estrategia actual es “Test and Treat”: el tratamiento antirretroviral debe ofrecerse a toda persona con VIH independientemente del recuento de CD4, idealmente dentro de los primeros 7 días del diagnóstico. El recuento de CD4 y la carga viral forman parte de la evaluación basal, pero sus resultados no constituyen un requisito para ofrecer el inicio del TARV.
Referencias: Díaz A, Hernández S, Mina G, Read G. Infección por VIH. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp 333-337.

El paciente presenta un recuento de CD4 de 170 células/mm³ y permanece asintomático. ¿Qué fármaco está indicado como profilaxis primaria de infecciones oportunistas?

Trimetoprim-sulfametoxazol.
Fluconazol.
Azitromicina.
Valganciclovir.

Respuesta correcta: Trimetoprim-sulfametoxazol. En personas con VIH y CD4 <200 células/mm³, está indicada la profilaxis primaria con trimetoprim-sulfametoxazol para prevenir neumonía por Pneumocystis jirovecii; su uso diario también previene toxoplasmosis encefálica. Fluconazol y azitromicina se reservan para grados mayores de inmunosupresión o situaciones específicas, y valganciclovir no se recomienda como profilaxis primaria rutinaria de citomegalovirus.
Referencias: Medina J, Cabrera S, coords. Infección avanzada por VIH. Pautas para prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas en personas con VIH. 2.ª ed. pp. 27–28 y 168.

Mujer de 82 años consulta por fatiga, intolerancia al frío y estreñimiento. Presenta una TSH

de 6,8 mUI/L. ¿Cuál es la conducta a continuación?

Realizar ecografía tiroidea.
Iniciar levotiroxina vía oral.
Dosar anticuerpos antitiroideos.
Medir tiroxina libre.

Respuesta correcta: Medir tiroxina libre. Ante una TSH alterada, se debe solicitar tiroxina (T4) libre para clasificar la disfunción tiroidea. Los anticuerpos y la ecografía se reservan para el estudio etiológico, y el tratamiento se define luego de establecer el diagnóstico.
Referencias: Olivera M, Melogno I, Alcarraz G. Distiroidismos. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp. 236–237 // Botargues M, Sigal T. Problemas de la glándula tiroides. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. pp 1662-1665.

Varón de 15 años consulta por una lesión pruriginosa en el tronco. Al examen: placa eritematoescamosa, anular, con borde activo y centro claro.

¿Cuál es su planteo diagnóstico inicial?

Eccema numular.
Tiña corporis.
Candidiasis cutánea.
Psoriasis en placa.

Respuesta correcta: Tiña corporis. La tiña corporis se presenta típicamente como una lesión anular pruriginosa, con borde activo descamativo y aclaramiento central. El eccema numular forma placas redondeadas pruriginosas, pero sin el borde activo y centro claro característicos. La psoriasis suele producir placas eritematoescamosas bien delimitadas con escama blanquecina gruesa, mientras que la candidiasis cutánea predomina en pliegues, con maceración y lesiones satélite.
Referencias: Capello N, Staiger H, Rubinstein E. Ectoparasitosis, micosis y otras infecciones cutáneas. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. pp 1735-1738. // Hernández S, Díaz A, Mina G. Tengo lesiones/ manchas en la piel. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp 29-35.

¿Qué fármaco tópico corresponde indicar inicialmente?

Mupirocina.
Bacitracina.
Clotrimazol.
Hidrocortisona.

Respuesta correcta: Clotrimazol. En formas localizadas de tiña corporis, el tratamiento inicial es con antifúngicos tópicos, como clotrimazol o terbinafina. Los corticoides deben evitarse porque pueden enmascarar o empeorar la tiña. Mupirocina y bacitracina son antibacterianos tópicos.
Referencias: Capello N, Staiger H, Rubinstein E. Ectoparasitosis, micosis y otras infecciones cutáneas. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. pp 1735-1738. // Hernández S, Díaz A, Mina G. Tengo lesiones/ manchas en la piel. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp 29-35.

Mujer de 40 años, tabaquista, consulta por rinorrea mucopurulenta, dolor facial y tos persistente de cinco días de evolución. Hace 48 horas refiere hiposmia y halitosis. Examen físico: apirética, dolor a la palpación de senos paranasales frontales. Resto sin particularidades.

¿Qué tratamiento farmacológico indicaría?

Paracetamol.
Amoxicilina.
Bromhexina.
Fluticasona nasal.

Respuesta correcta: Paracetamol. En este paciente se debe utilizar paracetamol dado que no tiene contraindicaciones si presenta fiebre o dolor, además de medidas generales como reposo relativo, adecuada hidratación y evitar el humo del tabaco. No se indica antibióticos, ni antitusígenos ni glucocorticoides.
Referencias: Bergeret, S, Rava, P. Infecciones respiratorias altas. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp 293-299

A los 15 días la paciente persiste con rinorrea mucopurulenta y dolor a la palpación de senos paranasales frontales, ¿qué hallazgo constituye una complicación?

Afonía.
Diplopía.
Anosmia.
Epistaxis.

Respuesta correcta: Diplopía. Los elementos que constituyen complicaciones de sinusitis aguda son las alteraciones visuales como la diplopía, lo que requiere referencia a un segundo nivel de atención. La afonía, anosmia y epistaxis no constituyen elementos de complicación.

Referencias: Jinich P, Luciani L. Sinusitis aguda. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. pp 1153. // Rava, P, Bergeret S. Infecciones respiratorias altas. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp 298.

Mujer de 36 años presenta cefalea holocraneana y opresiva, de intensidad leve a moderada. Durante los últimos seis meses ha presentado dolor entre 18 y 20 días por mes. El examen neurológico es normal. ¿Cuál es la conducta farmacológica preventiva de primera línea?

Amitriptilina.
Propranolol.
Topiramato.
Paroxetina.

Respuesta correcta: Amitriptilina. Según la Sociedad Internacional de Cefaleas, una cefalea más de 15 días al mes en los últimos 3 meses, corresponde a una cefalea tensional crónica. El fármaco de primera línea para su tratamiento preventivo es la amitriptilina. La paroxetina no corresponde al tratamiento de primera línea. Propranolol y topiramato corresponde al tratamiento preventivo para la migraña.
Referencias: Carrete P. Cefalea. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. pp 1215-1225. // Pérez Lago C, Niz C, Díaz M, et al. Guía de diagnóstico, tratamiento y derivación de las cefaleas más frecuentes. Hospital Maciel, Facultad de Medicina UDELAR, ASSE. Montevideo; 2019.

Varón de 44 años, consulta por dolor lumbar bilateral de cuatro días de evolución, iniciado luego de levantar peso, sin traumatismo directo. El dolor aumenta con los movimientos, no se irradia, sin fiebre, no pérdida de peso, ni síntomas neurológicos. No ha recibido tratamiento.

¿Cuál es la conducta inicial?

Mantener actividad según tolerancia.
Indicar reposo relativo en cama.
Utilizar faja lumbar durante la jornada
Restringir transitoriamente la actividad física.

Respuesta correcta: Mantener actividad según tolerancia. En la lumbalgia aguda inespecífica sin signos de alarma el manejo debe ser activo, evitando el reposo prolongado y promoviendo la actividad física según tolerancia.
Referencias: Taboada F. Me duele la espalda. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp 59-55.

El paciente reconsulta a los cinco días por continuar con dolor lumbar a pesar de tratamiento con paracetamol, sin mejoría significativa. No presenta signos de alarma. ¿Cuál es la conducta terapéutica que adoptaría?

Comenzar tramadol vía oral.
Agregar vitaminas del complejo B vía oral.
Iniciar dexametasona por vía intramuscular.
Indicar un antiinflamatorio no esteroideo vía oral.

Respuesta correcta: Indicar un antiinflamatorio no esteroideo vía oral. En la lumbalgia aguda inespecífica, el tratamiento farmacológico debe ser escalonado y de corta duración. Si con el tratamiento analgésico el dolor persiste con paracetamol debe indicarse un AINE. El tramadol se reserva para casos seleccionados y por períodos breves. No se recomiendan los corticoides sistémicos ni las vitaminas del complejo B.
Referencias: Taboada F. Me duele la espalda. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp 59-55.

En adulto con estreñimiento idiopático, crónico, que persiste a pesar de adecuadas medidas higiénico-dietéticas, sin signos de alarma. ¿Qué grupo de laxante indicaría?

Formador de volumen.
Estimulante o irritativo.
Osmótico.
Emoliente.

Respuesta correcta: Laxante formador de volumen. En el tratamiento sintomático del estreñimiento idiopático que no responden al tratamiento higiénico dietético se prefieren emplear los laxantes de volumen (ej. Psyllium). De no mejorar se pueden indicar otros tipos de laxantes: osmóticos (Polietilenglicol) e irritativos (Bisacodilo), estos últimos deben ser usados con precaución. Los laxantes emolientes (Docusato de sodio) tienen poca evidencia que apoye su uso.
Referencias: Kapitowski K, Iñurrategui M. Estreñimiento. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. pp 905-908.

Mujer de 17 años consulta por dolor y aumento de volumen del párpado superior derecho de 48 horas de evolución. Presenta una tumefacción localizada y dolorosa en la cara interna del

párpado, con hiperemia de la conjuntiva tarsal. No alteraciones de la agudeza visual. ¿Cuál es su diagnóstico clínico?

Conjuntivitis bacteriana.
Chalazión profundo.
Orzuelo interno.
Blefaritis anterior.

Respuesta correcta: Orzuelo interno. La presentación aguda, dolorosa y localizada en la cara interna del párpado orienta a orzuelo interno. La celulitis preseptal produce edema y eritema palpebral más difusos; el chalazión suele ser un nódulo de evolución más crónica y poco doloroso; y la blefaritis anterior compromete de forma más extensa el borde palpebral.
Referencias: Ponce M, Cardozo M, Olinisky M. Área oftalmológica: “Tengo el ojo rojo”. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp. 81–86. // Mayorga E, Palis A. Urgencias y emergencias oftalmológicas. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. pp 1194-1198.

PEDIATRÍA

¿Cuándo suele aparecer el estirón puberal en los varones?

Al inicio de la pubertad.
Dos años más tarde que las niñas.
Luego del estadio IV de Tanner.
Con el inicio de la pubarquia.

Respuesta correcta: Dos años más tarde que las niñas. En los niños, a diferencia de lo que ocurre en las niñas, es excepcional que el estirón puberal coincida con el inicio de la pubertad. La edad media para el inicio del estirón es 12,5 - 13 años, por lo tanto dos años más tarde que en las niñas. Los varones alcanzan una mayor velocidad de crecimiento en estadio 4 de Tanner.
Referencias: Atención integral de las adolescencias: normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 1a ed. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR; 2025. páginas 46 – 47. // Pérez W, García A. Semiología pediátrica. 1a ed. Montevideo: Bibliomédica; 2019. p.99

En el Certificado Esquema de Vacunación actual, ¿a qué edad está indicada la primera dosis de vacuna antimeningocócica B?

Al nacimiento.
A los 2 meses.
A los 6 meses.
A los 12 meses.

Respuesta correcta: A los 2 meses. La vacuna antimeningocócica se encuentra incluida en el CEV y se administra a los 2, 4 y 15 meses.
Referencia: Ministerio de Salud Pública. Esquema nacional de vacunación [Internet]. Montevideo: MSP; actualizado 19 dic 2025. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/esquema-nacional-vacunacion

Varón de 9 años, asma persistente controlado con corticoides inhalados. Índice de masa corporal por encima del percentil 97, talla en percentil 85 con velocidad de crecimiento conservada. Tanner testicular I. No presenta dismorfias. Sedentario. Antecedentes familiares

de obesidad ¿Qué etiología de la obesidad plantea?

Endócrina.
Genética.
Medicamentosa.
Multifactorial.

Respuesta correcta: Multifactorial. La mayoría de los casos de obesidad son de causa multifactorial. En la tabla se muestran las manifestaciones clínicas de la obesidad según etiología.

Manifestaciones clínicas de la obesidad infantil según etiología.

Manifestación	Etiología	
	Endocrinas/Genéticas	Obesidad Multifactorial
Obesidad familiar	Muy poco frecuente	Frecuente
Estatura	Baja	Normal o alta
Intelecto	Frecuentemente bajo	Normal
Edad ósea	Retrasada	Normal o acelerada
Examen físico	Estigmas y dismorfias	Normal

Referencias: Atención pediátrica: normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 9a ed. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR; 2020. p. 189 – 190.

Usted aplica la Guía Nacional de Vigilancia del Desarrollo a un niño de 18 meses que usa de forma excesiva las pantallas. Encuentra varias conductas en diferentes áreas del desarrollo no logradas, sin signos de alerta ni pérdida de logros adquiridos. ¿Cómo lo interpreta?

Corresponde al diagnóstico de trastorno del neurodesarrollo.
Se trata de un trastorno del espectro autista confirmado.
Se sospecha un trastorno del neurodesarrollo que requiere evaluación.
Es una variante del desarrollo esperable por uso excesivo de pantallas.

Respuesta correcta: Se sospecha un trastorno del neurodesarrollo que requiere evaluación. El resultado de una observación al aplicar la Guía Nacional de Vigilancia del Desarrollo, instrumento de screening, es siempre orientador, pero no diagnóstico. La ausencia de logros en conductas en varias áreas del desarrollo en un niño para una determinada edad debe llamar la atención y se debe implementar de forma inmediata una respuesta acorde a la situación y una evaluación para confirmar el diagnóstico.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Guía nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años. Versión 2. Montevideo: MSP; 2019, p. 22.

¿Cuál es el primer aspecto que se debe verificar antes de la evaluación del neurodesarrollo de un niño menor de 2 años pretérmino severo?

Edad cronológica corregida.
Estado nutricional actual.
Perímetro cefálico.
Evaluación del tono muscular.

Respuesta correcta: Edad cronológica corregida. A los niños que nacen pretérminos, a la hora de observar su desarrollo se les debe corregir su edad post–natal hasta los 24 meses (2 años). Es el primer paso en la evaluación de las conductas del neurodesarrollo esperadas. Perímetro cefálico y estado nutricional: forman parte de la evaluación integral, pero para interpretarlos en curvas también hay que usar la edad corregida. Dependen de ella. Tono muscular es un componente del examen neurológico que también requiere relacionarlo con la edad corregida.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Guía nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña

menores de 5 años. Versión 2. Montevideo: MSP; 2019.

¿Cuál es la ventaja de la vacuna antipoliomielítica inactivada?

Produce inmunidad intestinal.
Interrumpe la transmisión del virus.
No produce parálisis asociada a la vacuna.
Se puede utilizar en países con circulación de polio.

Respuesta correcta: No produce parálisis asociada a la vacuna. La vacuna antipoliomielítica inactivada no produce parálisis vacunal asociada a la vacuna, induce inmunidad faríngea, pero no inmunidad intestinal. Los individuos vacunados no excretan el virus por la faringe, pero sí por las heces, por lo que no cortan la transmisión del virus. Por estas razones se utiliza en países que están libres de polio.
Referencias: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2026.

¿Qué característica presenta el exantema del sarampión?

Se disemina en sentido descendente.
Comienza en el tronco.
Presenta lesiones en distintas etapas evolutivas.
Aparece inmediatamente al desaparecer la fiebre.

Respuesta correcta: Se disemina en sentido descendente. El sarampión es una infección que se caracteriza por fiebre, enantema, tos, coriza, conjuntivitis y exantema marcado. El exantema comienza en la frente, alrededor de la línea de implantación del pelo, por detrás de las orejas y en la parte superior del cuello en forma de erupción maculopapulosa rojiza. A continuación, se disemina de forma descendente hacia el tronco y extremidades, alcanzando las palmas y plantas de los pies hasta en el 50% de los casos. Suele confluir en la cara y parte superior del tronco. La aparición del exantema coincide con el pico de la fiebre.
Referencias: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, editores. Nelson: tratado de pediatría. 21a ed. Barcelona: Elsevier; 2020.

Varón de 7 años, previamente sano, con sospecha de osteomielitis aguda hematógena, ¿qué microorganismo debe considerarse en primer lugar?

Kingella kingae.
Staphylococcus aureus.
Streptococcus pneumoniae.
Haemophilus influenzae tipo b.

Respuesta correcta: *Staphylococcus aureus.* El análisis etiológico debe considerar la edad, la presentación clínica, la cobertura vacunal, el mecanismo patogénico y la presencia de comorbilidades. Sin embargo, en todas las edades Staphylococcus aureus es el agente más frecuente.
Referencia: Atención pediátrica: normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 9a ed. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR; 2020.

Recién nacido de 35 semanas de edad gestacional con un peso al nacer de 2700 gramos. ¿Cuándo debe iniciar la suplementación profiláctica con hierro?

Entre los 7-10 días.
Al mes de vida.
A los 2 meses.

A los 4 meses.

Respuesta correcta: Al mes de vida. Los niños pretérminos o con peso al nacer menor de 3000 g deben recibir 2 mg/kg/día de hierro elemental a partir del mes de vida (máximo 15 mg/día) y hasta los 24 meses de edad. También se recomienda comenzar con la suplementación temprana en aquellos niños producto de embarazos que cursaron con anemia o aporte insuficiente de hierro.
Referencia: Ministerio de Salud Pública. Guía de recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la deficiencia de hierro en mujeres en edad fértil, embarazadas y en lactancia, niños menores de 2 años y adolescentes [Internet]. Montevideo: MSP; 2024.

Durante el control de salud de un lactante se constata pulso radial de características normales, pulso femoral débil y asincrónico con respecto al radial. ¿Qué diagnóstico debe considerarse?

Coartación de aorta.
Estenosis pulmonar.
Insuficiencia mitral.
Comunicación interauricular.

Respuesta correcta: Coartación de aorta. En lactantes con coartación de la aorta, los pulsos femorales pueden estar disminuidos y puede ser percibido después del radial. La asincronía o retraso radio-femoral se debe a que la onda de pulso llega más tarde a la femoral, porque viaja por un segmento estenótico y por colaterales. Este hallazgo, junto con la diferencia de amplitud, es prácticamente patognomónico. La estenosis pulmonar es una obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho. No afecta la circulación sistémica, así que los pulsos periféricos son simétricos. La insuficiencia mitral no genera diferencia entre los pulsos de miembros superiores e inferiores. La comunicación interauricular es un cortocircuito de izquierda a derecha a nivel auricular. Los pulsos son normales y simétricos.
Referencias: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, editores. Nelson: tratado de pediatría. 21a ed. Barcelona: Elsevier; 2020.

¿Cuál de las siguientes características apoya que se trate de un soplo inocente en etapa escolar?

Presencia de frémito.
Irradiación a cuello.
Segundo ruido cardíaco anormal.
Intensidad que varía con la posición.

Respuesta correcta: Intensidad que varía con la posición. La intensidad del soplo inocente puede cambiar con la respiración y la posición, puede atenuarse con la posición de sedestación o en decúbito prono. En general son soplos breves y de intensidad I – II. Entre las características que sugieren cardiopatía se incluyen que sean holosistólicos, grado III o mayor, que se asocie a un R2 anómalo, que se localice en borde esternal izquierdo y que presente irradiaciones a cuello, dorso o axila.
Referencias: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, editores. Nelson: tratado de pediatría. 21a ed. Barcelona: Elsevier; 2020.

Niña de 7 meses, sana. Consulta por gastroenteritis aguda. Reactiva, llanto sin lágrimas, mucosas algo secas. Frecuencia cardíaca: 145 cpm. Pulsos presentes, extremidades cálidas. ¿Cómo cataloga el estado de hidratación?

Sin deshidratación
Deshidratación leve

Deshidratación moderada.
Deshidratación severa.

Respuesta correcta: Deshidratación moderada. El paciente tiene una deshidratación moderada, con un déficit estimado de alrededor del 10% del peso corporal. Hay signos clínicos de pérdida de volumen que superan los de una deshidratación mínima, pero todavía no hay compromiso hemodinámico. Los hallazgos que superan el umbral de deshidratación mínima son: Ausencia de lágrimas, mucosas algo secas y frecuencia cardíaca aumentada. Los hallazgos que descartan una deshidratación severa en este caso son que los pulsos periféricos son normales y no débiles, Las mucosas están algo secas, no muy secas y el niño está reactivo, no letárgico.
Referencias: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, editores. Nelson: tratado de pediatría. 21a ed. Barcelona: Elsevier; 2020.

¿Cuál de las siguientes características define diarrea secretoria?

Las deposiciones persisten con el ayuno.
Aparece tras la ingestión de solutos no absorbidos.
El hiato iónico es mayor o igual a 100 mOsm/Kg.
Presencia de leucocitos en heces.

Respuesta correcta: Las deposiciones persisten con el ayuno. La diarrea secretoria se produce por una secreción activa de electrolitos (sobre todo cloro) hacia la luz intestinal, junto con una menor absorción de sodio. Las toxinas bacterianas, como la toxina colérica o la enterotoxina de E. coli enterotoxigénica, aumentan el AMPc o el GMPc en el enterocito. Eso abre los canales de cloro de la cripta e inhibe el cotransporte neutro de NaCl en la vellosidad. El agua acompaña pasivamente a los electrolitos. El epitelio no tiene una lesión estructural relevante. Las heces son muy voluminosas y acuosas. Persiste con el ayuno. La diarrea no depende de lo que se ingiere, sino de la secreción activa del epitelio. Esto la distingue de la diarrea osmótica, que cede al suspender la vía oral. La brecha osmolar fecal baja (< 50 mOsm/kg). La osmolaridad de las heces se explica casi por completo por los electrolitos. No hay solutos no absorbidos que aporten osmoles. Sin sangre, moco ni leucocitos fecales. La mucosa conserva su integridad y no hay invasión ni inflamación.
Referencias: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, editores. Nelson: tratado de pediatría. 21a ed. Barcelona: Elsevier; 2020.

Niña de 4 años consulta por fiebre, cefalea, vómitos y rigidez de nuca. Se realiza punción lumbar y se obtiene líquido cefaloraquídeo turbio con 850 células/mm³ a predominio polimorfonucleares, proteínas 110 mg/dL y glucosa 10 mg/dL. ¿Qué diagnóstico realiza?

Meningitis viral.
Meningitis bacteriana.
Encefalitis viral.
Meningitis tuberculosa.

Respuesta correcta: Meningitis bacteriana. Se trata de un LCR característico de una meningitis bacteriana:

Parámetro	**LCR normal**	**LCR Meningitis Bacteriana**	
Aspecto	Claro	Turbio, amarillento, purulento	
Tinción de Gram	No se observan bacterias	Diplococos Gram negativos	*Neisseria meningitidis*
		Diplococos Gram positivos	*Streptococcus pneumoniae*
		Bacilos Gram negativos	*Haemophilus influenzae*
Células	< 10 cél/mm^3	> 10 cél/mm^3	
Proteínas	< 100 mg/dl	> 100 mg/dl	
Glucosa	> 40 mg/dl	< 40 mg/dl	

Lactato		≥ a 3 mmol/l
Cultivo	Negativo	Positivo

Referencias: Atención pediátrica: normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 9a ed. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR; 2020.

Según la Norma Nacional de Lactancia Materna, ¿cuál es la conducta correcta respecto a la lactancia cuando la madre cursa tuberculosis pulmonar activa?

Suspender lactancia directa y descartar la leche materna.
Mantener lactancia directa con uso de intermediarios.
Evitar el contacto y alimentar con leche materna extraída.
Está justificado administrar preparados para lactantes.

Respuesta correcta: Evitar el contacto y alimentar con leche materna extraída. Si la madre cursa tuberculosis en etapa pulmonar activa, la leche materna no está contraindicada, sino que es importante evitar el contacto, por lo que la madre puede extraerse leche y utilizar leche extraída en biberón, siguiendo las pautas de uso de biberón y tetinas.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Norma nacional de lactancia materna [Internet]. Montevideo: MIDES; 2017. pp. 46.

¿Cuál de las siguientes características del estudio citoquímico del líquido pleural es esperable en un niño con diagnóstico de empiema?

pH menor de 7,1.
Lactato deshidrogenasa descendida.
Glucosa normal.
Predominio de linfocitos.

Respuesta correcta: pH menor de 7,1. Este diagnóstico se basa en la observación macroscópica y en el estudio citoquímico y bacteriológico del líquido pleural. El diagnóstico de empiema debe realizarse ante la presencia de un criterio mayor o dos menores. Se consideran criterios mayores la existencia de pus y/o la evidencia directa de bacterias en el líquido pleural (bacterias observadas en el examen directo, detección de antígenos positiva o cultivo de líquido pleural positivo). Son criterios menores: glucosa menor o igual a 40 mg/dL, pH menor o igual a 7.1, LDH mayor o igual a 1000 UI/L, y leucocitos ≥ 103/mm3 con ≥ 90% de los mismos correspondiendo a polimorfonucleares.
Referencias: Atención pediátrica: normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 9a ed. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR; 2020.

En la reanimación neonatal, la frecuencia cardíaca del recién nacido es el principal indicador que guía la secuencia de intervenciones. ¿Cuál de las siguientes conductas de avance hacia otras maniobras es correcta?

Si luego de los pasos iniciales la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, se deben iniciar de inmediato las compresiones torácicas, sin necesidad de ventilar previamente.
Si la frecuencia cardíaca está entre 60 y 100 latidos por minuto y en ascenso durante la ventilación a presión positiva, está indicada la administración de adrenalina.
Si la frecuencia cardíaca persiste por debajo de 60 latidos por minuto, a pesar de una ventilación a presión positiva efectiva, se deben iniciar compresiones torácicas.
Si tras 60 segundos de compresiones torácicas coordinadas con la ventilación la frecuencia cardíaca persiste por debajo de 60 latidos por minuto, se deben suspender las

compresiones.

Respuesta correcta: Si la frecuencia cardíaca persiste por debajo de 60 latidos por minuto, a pesar de una ventilación a presión positiva efectiva, se deben iniciar compresiones torácicas. en la reanimación neonatal la mayoría de las bradicardias son secundarias a hipoxia, por lo que la ventilación efectiva de los pulmones es la intervención más importante. Tras los pasos iniciales (mantener la temperatura, secar, posicionar la vía aérea, aspirar solo si es necesario y estimular), si el recién nacido está en apnea o la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, se inicia ventilación a presión positiva. Si después de al menos 30 segundos de ventilación a presión positiva que insufla los pulmones (con movimiento visible del tórax) la frecuencia cardíaca persiste por debajo de 60 latidos por minuto, se inician compresiones torácicas coordinadas con la ventilación en relación 3:1 (opción C, correcta). Si tras 60 segundos de compresiones y ventilación coordinadas la frecuencia cardíaca sigue por debajo de 60 latidos por minuto, se administra adrenalina, preferentemente por vía intravenosa (catéter venoso umbilical). Por lo tanto: A es incorrecta, porque una frecuencia cardíaca menor de 100 latidos por minuto indica iniciar ventilación a presión positiva, no compresiones; B es incorrecta, porque una frecuencia entre 60 y 100 latidos por minuto en ascenso indica que la ventilación es efectiva y debe continuarse, sin indicación de adrenalina; D es incorrecta, porque si la frecuencia persiste por debajo de 60 latidos por minuto tras 60 segundos de compresiones con ventilación, el paso siguiente es administrar adrenalina y continuar las compresiones, no suspenderlas.
Referencias: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, editores. Nelson: tratado de pediatría. 21a ed. 2 vol. Barcelona: Elsevier; 2020. Sección Neonatología (reanimación del recién nacido en sala de partos), basada en el algoritmo del Programa de Reanimación Neonatal (AAP/AHA).

Durante el proceso de transición a la vida extrauterina en un recién nacido a término sano, ¿cuál de los siguientes eventos hemodinámicos y circulatorios ocurre de forma característica inmediatamente después del nacimiento?

La resistencia vascular pulmonar aumenta bruscamente en la primera hora de vida.
El conducto arterioso experimenta un cierre anatómico e irreversible en minutos.
El flujo sanguíneo pulmonar se mantiene constante tanto en la vida fetal como en la neonatal.
El ventrículo izquierdo pasa a enfrentarse al aumento de la resistencia vascular sistémica.

Respuesta correcta: El ventrículo izquierdo pasa a enfrentarse al aumento de la resistencia vascular sistémica. Al nacer, la expansión de los pulmones con aire, el aumento de la oxigenación y la liberación de vasodilatadores (óxido nítrico, prostaciclina) producen una caída brusca de la resistencia vascular pulmonar, con lo que el flujo sanguíneo pulmonar aumenta varias veces respecto del fetal (en el feto los pulmones reciben solo una pequeña fracción del gasto cardíaco). Simultáneamente, el pinzamiento del cordón excluye la placenta, que era un circuito de baja resistencia, por lo que la resistencia vascular sistémica aumenta y el ventrículo izquierdo pasa a trabajar contra una poscarga mayor (opción D, correcta). El mayor retorno venoso pulmonar eleva la presión en la aurícula izquierda y cierra funcionalmente el foramen oval. El conducto arterioso se cierra funcionalmente en las primeras horas a días de vida (por el aumento de la presión arterial de oxígeno y el descenso de las prostaglandinas circulantes); el cierre anatómico definitivo ocurre recién en las semanas siguientes, y antes de ello el conducto puede reabrirse ante hipoxia o acidosis. Por lo tanto: A es incorrecta, porque la resistencia vascular pulmonar desciende (no aumenta) tras el nacimiento; B es incorrecta, porque el cierre del conducto no es anatómico ni irreversible en minutos; C es incorrecta, porque el flujo pulmonar aumenta marcadamente al pasar de la vida fetal a la neonatal.
Referencia: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, editores. Nelson: tratado de pediatría. 21a ed. 2 vol. Barcelona: Elsevier; 2020. Sección Neonatología (transición a la vida extrauterina / circulación fetal y neonatal).

MEDICINA LEGAL

Hombre de 22 años, privado libertad, con antecedentes de uso problemático de drogas de abuso, es trasladado a un centro de tercer nivel por un cuadro arrastrado de fiebre y repercusión general, con adelgazamiento en los últimos dos meses, en tratamiento con antipiréticos vía oral. En las últimas 24 horas agregó melenas. Se realiza fibrogastroscopía que mostró una gastritis erosiva; se indica tratamiento médico. Se diagnosticó tuberculosis pulmonar con forma cavitada. Rápidamente desarrolló una sepsis y fue trasladado a CTI, donde evolucionó con disfunción orgánica múltiple, paro cardiorrespiratorio refractario a las medidas de reanimación y muerte a las 72 horas. En el certificado de defunción, ¿cuál es el contenido a consignar?

La causa final de muerte es el paro cardiorrespiratorio.
La gastritis erosiva es la causa de muerte intermedia.
La causa básica de muerte es la tuberculosis pulmonar.
La sepsis es un estado mórbido contribuyente.

Respuesta correcta: La causa básica de muerte es la tuberculosis pulmonar. La causa básica de muerte es la enfermedad o lesión que inicia el proceso fisiopatológico que condujo a la muerte: la tuberculosis pulmonar. La causa final es el último eslabón de la cadena: la sepsis. La causa intrenmedia es un eslabón intremedia entre la causa básica y la final. Los estados mórbidos contribuyentes son enfermeddades que contribuyen a la muerte sin estar relacionadas con la causa final de de muerte. El PCR no es una causa de muerte sino la expresión de la interrupción del funcionamiento respiratio y cardiocirculatorio. Por ello, la única verdadera opción vedadera es la c), en tanto la a), b) y c) son claramente falsas.
Referencias: Cátedra “Medicina Legal. Derecho Médico”. // Decreto 276/019.

Según la legislación nacional, ¿cuál es la afirmación correcta sobre el manejo del certificado de defunción?

En el caso de personas que fallecen en privación de la libertad el certificado de defunción obligatoriamente está a cargo de un médico forense.
En las muertes de apariencia natural los médicos pueden expedir el certificado de defunción, aunque desconozcan la causa de la muerte.
En casos de muertes violentas, los médicos que participaron en la asistencia de la persona fallecida están obligadas a hacer un “pase a forense”.
Las muertes perinatales se deben registrar como “óbito fetal” en un apartado especial del certificado de defunción electrónico.

Respuesta correcta: En las muertes de apariencia natural los médicos pueden expedir el certificado de defunción, aunque desconozcan la causa de la muerte. Los médicos forenses expiden obligatoriamente los certificados de definición de las muertes violentas o con sospecha fundada de un delito. La ley señala expresamente que los médicos estamos obligados a expedir el certificado de defunción de las personas que asistimos fallecidas de causas naturales, aún sin conocer la causa. Los médicos no podemos hacer válidamente un “pase a forense”; los forenses solo intervienen por orden del fiscal competente. El óbito fetal es solo uno de los tipos de muerte perinatal (ejemplo: no incluye muerte neonatal precoz). Por ello, la única verdadera es la b), en tanto la a), c) y d) son claramente falsas.
Referencias: Cátedra “Medicina Legal. Derecho Médico”. // Ley Nº 19.628. // Decreto 276/019.

En el contexto asistencial, ¿cuál es la afirmación correcta sobre el consentimiento informado?

Para las personas privadas de libertad que son asistidas en una unidad penitenciaria aplica solo parcialmente.

En el caso de las personas con patología psiquiátrica debe ser otorgado por sus familiares o representantes legales.
En las cirugías de emergencia es obligatorio recabarlo y documentarlo por escrito y bajo firma del paciente.
Los pacientes adolescentes que el médico considera poseen autonomía, tienen competencia para consentir el acto médico.

Respuesta correcta: Los pacientes adolescentes que el médico considera poseen autonomía, tienen competencia para consentir el acto médico. Las personas privadas de libertad no tienen limitado ninguno de los derdehos de los pacientes. Los pacientes psiquiátricos tienen igual derecho a consentir (y con las mismas limitacioones) que el resto de los pacientes. En las cirugías de emergencia no es obligatorio recabar el consentomienrto infirmado, menos aún es obligatorio documentarlo por escrito y exigir la firma del paciente. Los adolescentes maduros tienen igual competencia para consentir el acto médico que las personas adultas. Por ello, la única opción verdadera es la d), en tanto la a), b) y c) son claramente falsas.
Referencias: Cátedra “Medicina Legal. Derecho Médico”. // Ley Nº 19.529. // Código de la Niñez y la Adolescencia.

PSIQUIATRÍA

Mujer de 28 años presenta durante ocho días ánimo expansivo, duerme poco sin cansarse, habla más de lo habitual y tiene ideas de grandiosidad. El episodio requiere hospitalización. No tiene antecedentes de episodios depresivos ni consumo de sustancias. ¿Cuál es su primer planteo diagnóstico?

Trastorno bipolar no especificado.
Trastorno bipolar I.
Trastorno bipolar II.
Trastorno ciclotímico.

Respuesta correcta: Trastorno bipolar I. El cuadro apunta a manía: ánimo expansivo, menor necesidad de sueño, aumento del habla y grandiosidad; la hospitalización indica gravedad. Un episodio maníaco basta para bipolar I; no se necesita un episodio depresivo previo.
Referencias: Temas de Psiquiatría. Manual de Psiquiatría para Médicos Clínica Psiquiátrica. Ed: Oficina del Libro Fundación de Ediciones de la Facultad de Medicina – Universidad de la República. 2013. Disponible en Oficina del Libro. // Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. Ed: Masson. 6°ed. 1997. //. Vallejo R, Cercós L. Tratado de Psiquiatría. Ed: Marban. 2012

¿Cuál de las siguientes situaciones orienta a un mayor riesgo suicida inmediato?

Ideación de muerte recurrente, sin plan definido, con demanda espontánea de ayuda y red familiar disponible.
Episodio depresivo mayor con insomnio, desesperanza parcial y seguimiento ambulatorio aceptado.
Ideación suicida activa con plan específico, acceso al método, intención de realizarlo y antecedente de intento previo.
Ansiedad intensa con pensamientos intrusivos de daño, vividos como egodistónicos, sin planificación suicida.

Respuesta correcta: Ideación suicida activa con plan específico, acceso al método, intención de realizarlo y antecedente de intento previo. La concurrencia de intención actual, plan específico y acceso al método señala preparación y posibilidad de acción próxima; un intento previo agrega gravedad. Entre las opciones, es la que

requiere mayor respuesta inmediata.
Referencias: Temas de Psiquiatría. Manual de Psiquiatría para Médicos Clínica Psiquiátrica. Ed: Oficina del Libro Fundación de Ediciones de la Facultad de Medicina – Universidad de la República. 2013. Disponible en Oficina del Libro. // Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. Ed: Masson. 6°ed. 1997. // Vallejo R, Cercós L. Tratado de Psiquiatría. Ed: Marban. 2012.

En los trastornos por consumo de sustancias, ¿cómo se denomina el deseo intenso, impulso o urgencia de consumir una sustancia?

Tolerancia.
Abstinencia.
Craving.
Priming.

Respuesta correcta: Craving. “Craving” es el término usado para el deseo intenso o urgencia de consumir y figura como criterio de los trastornos por consumo de sustancias. Tolerancia, abstinencia y proming descurben fenómenos diferentes.
Referencias: Temas de Psiquiatría. Manual de Psiquiatría para Médicos Clínica Psiquiátrica. Ed: Oficina del Libro Fundación de Ediciones de la Facultad de Medicina – Universidad de la República. 2013. Disponible en Oficina del Libro. // Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. Ed: Masson. 6°ed. 1997. //. Vallejo R, Cercós L. Tratado de Psiquiatría. Ed: Marban. 2012.

¿Cuál de los siguientes criterios se requiere para establecer el diagnóstico de trastorno de pánico?

Crisis de pánico aislada con síntomas intensos.
Crisis de pánico inesperadas y recurrentes, seguidas de cambios conductuales.
Crisis de pánico recurrentes ante situaciones específicas.
Crisis de pánico recurrentes asociadas a agorafobia.

Respuesta correcta: Crisis de pánico inesperadas y recurrentes, seguidas de cambios conductuales. Es el núcleo del criterio diagnóstico del DSM: ataques de pánico inesperados recurrentes y, luego de al menos uno, un mes o más de preocupación por nuevos ataques o sus consecuencias y/o un cambio conductual desadaptativo relacionado. Si bien la opción no aclara tiempo deja claro que debe seguirse de la preocupación.
Referencias: Temas de Psiquiatría. Manual de Psiquiatría para Médicos Clínica Psiquiátrica. Ed: Oficina del Libro Fundación de Ediciones de la Facultad de Medicina – Universidad de la República. 2013. Disponible en Oficina del Libro. // Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. Ed: Masson. 6°ed. 1997. //. Vallejo R, Cercós L. Tratado de Psiquiatría. Ed: Marban. 2012.

BIOÉTICA

Lee la siguiente consideración extraída de: *El manejo de la Información Clínica*, Costa (2008, p. 186):

> **“Dado que la buena práctica terapéutica requiere que los pacientes sientan confianza como para compartir información muy delicada y personal, se argumenta que los médicos deberían estar a la altura de las expectativas de comportamiento que han generado colectivamente y no traicionar la confianza puesta en ellos"**

¿A qué noción y tipo de fundamento ético corresponde?

Consentimiento informado, respeto por la autonomía del paciente.

Final de vida, ética del cuidado.
Confidencialidad, obligación implícita de fidelidad.
Veracidad, deber de informar al paciente sobre su diagnóstico y tratamiento.

Respuesta correcta: Confidencialidad, obligación implícita de fidelidad. La afirmación hace alusión a uno de los fundamentos éticos de la confidencialidad. “Este tipo de argumentos remite, como fundamento de la confidencialidad, a una obligación más básica de fidelidad por parte de los médicos hacia sus pacientes. Dado que la profesión médica ha proclamado públicamente su compromiso de guardar la confidencialidad en una variedad de códigos de ética profesional, algunos autores sostienen que esto permite inferir algo así como una promesa implícita de todos los miembros de la profesión de cumplir con ésta. Varios estudios empíricos indican que los pacientes desean y esperan que sus médicos sean cuidadosos con el manejo de la información. Dado que la buena práctica terapéutica requiere que los pacientes sientan confianza como para compartir información muy delicada y personal, se argumenta que los médicos deberían estar a la altura de las expectativas de comportamiento que han generado colectivamente y no traicionar la confianza puesta en ellos” (Costa, 2008).
Referencia: Costa, M. El Manejo de la Información Médica: El Consentimiento Informado y la Confidencialidad. En Luna, F., Salles, A., 2008. Bioética: Nuevas reflexiones sobre debates clásicos. 1° ed. México: Fondo de Cultura Económica, pp.183-196.

Una paciente de 82 años debe decidir si acepta o rechaza un tratamiento médico de riesgo significativo. Durante la entrevista clínica, solicita información adicional sobre su diagnóstico y las alternativas disponibles, formula preguntas pertinentes, logra explicar con sus propias palabras las consecuencias previsibles de cada opción y mantiene de manera consistente su decisión, aunque esta difiere de la recomendación del equipo de salud. Uno de sus hijos sostiene que, debido a su edad y a que la decisión implica riesgos importantes, debería ser la familia quien decida por ella. Desde una perspectiva bioética, ¿cuál es el criterio más adecuado para valorar la competencia de la paciente para esta decisión?

La edad avanzada, la complejidad y el riesgo de la decisión, permite presumir una disminución de la competencia.
De la entrevista clínica se desprende que la paciente es competente para decidir en esta situación específica.
La capacidad para comprender y comunicar una elección es suficiente para establecer la competencia, sin necesidad de apreciar las consecuencias de las distintas alternativas.
La competencia se evaluará en función de la complejidad y el riesgo de la decisión, principalmente cuando la opción elegida se aparte de aquella considerada clínicamente más beneficiosa.

Respuesta correcta: De la entrevista clínica se desprende que la paciente es competente para decidir en esta situación específica. Vidal (1999) señala que la competencia debe evaluarse en relación con una decisión concreta, considerando las capacidades de la persona para comprender la información, valorar las alternativas y consecuencias y expresar una decisión. La edad avanzada no determina por sí misma incompetencia ni habilita a la familia a sustituir la decisión de la persona.
Referencias: Vidal, S. (1999). Competencia para la toma de decisiones en la práctica clínica. Jurisprudencia Argentina. N° 6166. Buenos Aires:58-68.

Desde una perspectiva bioética, ¿cuál es el principal fundamento que permite considerar éticamente aceptable la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) en un paciente cuya intervención terapéutica se considera fútil?

El deber del profesional de preservar la vida biológica del paciente por todos los medios disponibles, aun cuando las intervenciones no aporten beneficio clínico.

En la valoración de la proporcionalidad y utilidad de las intervenciones, evitando tratamientos que únicamente prolongan la vida biológica sin posibilidades razonables de recuperación funcional o beneficio para el paciente.
La obligación del profesional a decidir cuándo una vida ha perdido suficiente calidad como para justificar la suspensión del tratamiento.
En el principio de autonomía, por lo que sólo puede realizarse cuando el paciente solicita expresamente la suspensión de cualquier tratamiento, independientemente de su utilidad clínica.

Respuesta correcta: En la valoración de la proporcionalidad y utilidad de las intervenciones, evitando tratamientos que únicamente prolongan la vida biológica sin posibilidades razonables de recuperación funcional o beneficio para el paciente. Simón-Lorda et al., la LET se justifica a partir de un juicio clínico prudente sobre la futilidad, adecuación y proporcionalidad de las intervenciones. Cuando una medida sólo consigue prolongar la vida biológica sin posibilidades razonables de recuperación funcional o de una calidad de vida mínima, no existe obligación ética de iniciarla o mantenerla. Además, la decisión debe integrar otros elementos, entre ellos los deseos y valores del paciente.
Referencias: Simón-Lorda, P. (2008). Ética y muerte digna: Propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. Revista de Calidad Asistencial, 23, pp. 271–285. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-etica-muerte-digna-propuesta-consenso-13128649

PREGUNTAS DE PUNTAJE VARIABLE PARA DESEMPATE: 101 a 130.

CIRUGÍA

¿Cuál es el método de tamizaje para la detección de personas portadoras asintomáticas de quiste hidático hepático? (2 puntos)

Ecografía abdominal.
Tomografía computada.
Resonancia magnética.
Tomografía por emisión de positrones.

Respuesta correcta: Ecografía abdominal. En cuanto a la prevención secundaria el diagnóstico precoz mediante métodos de tamizaje es realizado en nuestro país mediante ecografía en zonas de alta incidencia.
Referencias: Chambón C, González D. Hidatidosis hepática y sus complicaciones. Disponible en: https//: www.clinicaquirurgicab.hc.edu.uy

Mujer, 45 años, consulta por tumefacción de cuero cabelludo de tres años de evolución, de crecimiento lento y en oportunidades salida de material blanquecino con mal olor. Al examen, tumefacción en región parietal derecha de 3 por 3 cm, bien delimitada, firme, no dolorosa, que presenta un pequeño poro central y no se desliza con respecto a la piel. ¿Cuál es su diagnóstico clínico? (1 punto)

Quiste epidérmico.
Lipoma.
Absceso.
Cáncer de piel.

Respuesta correcta: Quiste epidérmico. Los quistes epidérmicos se manifiestan como tumoraciones intradérmicas de 1 a 5 cm de diámetro, firmes, que pueden tener un poro central que en lenguaje popular se

denomina punto negro, y que es el orificio infundibular que los adhiere a la dermis, de la que por lo general no se pueden separar. La expresión que realizan los pacientes para eliminarlos, a veces da salida a un cilindro de material blanquecino con olor característico.
Referencias: Crestanello. El diagnóstico contemporáneo en la cirugía general: principios y práctica. 2005. pp 149.

Durante una colecistectomía laparoscópica, ¿cuál es el objetivo principal de la correcta identificación de la anatomía antes de seccionar estructuras? (4 puntos)

Disminuir el tiempo operatorio.
Evitar lesiones vasculares y de la vía biliar.
Evaluar la necesidad de colangiografía.
Definir la necesidad de colocación de drenajes.

Respuesta correcta: Evitar lesiones vasculares y de la vía biliar. Durante la colecistectomía laparoscópica, la identificación inequívoca de la anatomía antes de seccionar estructuras tiene como objetivo fundamental disminuir el riesgo de lesión de la vía biliar y de estructuras vasculares.
Referencias: Townsend CM Jr, et al., eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21.ª ed. Elsevier; 2022. Cap. 55: Biliary System. // Brunicardi FC, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery. 11.ª ed. McGraw-Hill; 2019. Cap. 32: Gallbladder and the Extrahepatic Biliary System.

Paciente hemodinámicamente estable luego de un traumatismo abdominal cerrado, sin signos de irritación peritoneal. ¿Cuál es el principal estudio para definir con precisión el sitio y magnitud de las lesiones intraabdominales? (2 puntos)

Radiografía simple.
Laparoscopia diagnóstica.
Resonancia magnética.
Tomografía computada con contraste.

Respuesta correcta: Tomografía computada con contraste. En el paciente con traumatismo abdominal cerrado que se encuentra hemodinámicamente estable, la tomografía computada con contraste es el estudio de elección para caracterizar la presencia, localización y extensión de lesiones intraabdominales.
Referencias: Townsend CM Jr, et al., eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21.ª ed. Elsevier; 2022. Cap. 17: Management of Acute Trauma. // Brunicardi FC, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery. 11.ª ed. McGraw-Hill; 2019. Cap. 7: Trauma.

¿Qué estudios solicita para evaluar los efectos secundarios del tratamiento con albendazol en el quiste hidático hepático? (5 puntos)

Glicemia, dímero D y factores de la coagulación.
Azoemia, ionograma y creatininemia.
Tiempo de protrombina, fibrinógeno e INR.
Hemograma, funcional y enzimograma hepático.

Respuesta correcta: Hemograma, funcional y enzimograma hepático. Se realiza albendazol 10 mg/kg/día. Son necesarios controles con funcional y enzimograma hepático, así como hemograma mensual por el aumento de la TGO, TGP, FA y neutropenia que puede producir.
Referencias: Chambón C, González D. Hidatidosis hepática y sus complicaciones. Disponible en: https//: www.clinicaquirurgicab.hc.edu.uy

Varón de 75 años presenta hernia inguinal reductible, asintomática, que no limita sus actividades. ¿Qué conducta adoptaría? (6 puntos)

Reparación quirúrgica de urgencia.
Conducta expectante con seguimiento.
Cirugía electiva de acuerdo con el resultado ecográfico.
Uso permanente de faja inguinal.

Respuesta correcta: Hemograma, funcional y enzimograma hepático. En varones seleccionados con hernia inguinal asintomática o mínimamente sintomática, reductible y sin limitación funcional, la conducta expectante (watchful waiting) constituye una alternativa aceptada. La reparación electiva puede indicarse posteriormente si aparecen síntomas o progresión.
Referencias: // Brunicardi FC, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery. 11.ª ed. McGraw-Hill; 2019. Cap. 37.

MEDICINA INTERNA

Mujer de 50 años con diabetes mellitus tipo 2, con HbA1c de 9%, en tratamiento con metformina 2 g/día, hipertensión arterial controlada en tratamiento con valsartán. Antecedente personal: IAM con angioplastia (tres stents hace seis meses), FEVI del 30% y filtrado glomerular 50 mL/min/1.73m^2 con microalbuminuria positiva. ¿Qué fármaco es el recomendado para asociar al esquema actual con el fin de mejorar el control glucémico en esta paciente? (4 puntos)

Abreviatura: infarto agudo de miocardio (IAM). Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI).

Insulina NPH.
Liraglutida.
Empagliflozina.
Glimepirida.

Respuesta correcta: Empagliflozina. En el manejo actual de la Diabetes Mellitus tipo 2, la selección del tratamiento antidiabético debe priorizar un enfoque centrado en las complicaciones (protección cardio-renal) independientemente del valor de HbA1c o de si la metformina es suficiente para el control glucémico. Empagliflozina (iSGLT2) es la opción recomendada de primera línea para asociar en esta paciente debido a la confluencia de tres condiciones clínicas clave:Insuficiencia Cardíaca con Fracción de Eyección Reducida (FEVI 30%): Los iSGLT2 son el tratamiento antidiabético de elección prioritario, ya que han demostrado de forma contundente reducir las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y la mortalidad cardiovascular en pacientes con falla cardíaca sintomática o asintomática con FEVI reducida.Enfermedad Renal Crónica (FG 50 mL/min/1,73 m² y microalbuminuria positiva): Ofrecen nefroprotección directa al enlentecer la caída de la tasa de filtración glomerular y reducir la excreción urinaria de albúmina.Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica (Antecedente de IAM con 3 stents): Demostraron una reducción significativa de eventos cardiovasculares mayores y mortalidad global en pacientes con vasculopatía previa. Opciones Incorrectas :Liraglutida (Análogo del receptor de GLP-1 / arGLP-1): Aunque es un fármaco de alta eficacia con protección cardiovascular y nefroprotección, no ha demostrado un beneficio directo en la reducción de internaciones ni mejoria en insuficiencia cardíaca con FEVI reducida (30%) de la magnitud que ofrecen los iSGLT2. Insulina NPH: Aunque la paciente presenta una HbA1c del 9%, no se describen signos de hipercatabolismo severo (adelgazamiento rápido, cetoacidosis o glucemia > 300 mg/dL). Antes de recurrir a la insulinización, la indicación es asociar fármacos no insulínicos con beneficio cardiorrenal demostrado. La insulina no brinda protección cardiorrenal y añade riesgo de hipoglucemias y aumento de peso.Glimepirida (Sulfonilurea): Las sulfonilureas no cuentan con protección cardiovascular ni renal demostrada en ensayos clínicos aleatorizados. Además, se asocian a una alta tasa de hipoglucemias y aumento de peso por lo que están contraindicadas como segunda línea cuando existen comorbilidades cardiorenales establecidas.
Referencias: American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care. 2026;49 (Suppl 1): S1-S362.

En un paciente con infección avanzada por VIH y diagnóstico confirmado de meningitis tuberculosa que está en tratamiento antituberculoso. ¿Cuál es la conducta recomendada respecto al momento de inicio de la terapia antirretroviral? (4 puntos)

Iniciar de forma precoz dentro de los primeros 7 a 14 días de inicio del tratamiento antituberculoso.

Diferir el inicio entre la 4.ª y 8.ª semana posteriores al inicio del tratamiento antituberculoso.

Condicionar el inicio únicamente al recuento de linfocitos T CD4 que sea mayor a 500 cel/mm^3.

Suspender el tratamiento antituberculoso durante dos semanas antes de iniciar el esquema antirretroviral.

Respuesta correcta: En presencia de compromiso meníngeo por *Mycobacterium tuberculosis*, las pautas de la cátedra de infectología recomiendan diferir el inicio del TARV entre las 4 y 8 semanas. El inicio precoz en las primeras semanas no ha demostrado reducir la mortalidad en meningitis tuberculosa e incrementa significativamente el riesgo de Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmune (SIRI) grave y de reacciones adversas a medicamentos.

Referencias: Medina JC, Arteta Z, Cabrera S, coordinadores. Infección avanzada por VIH: pautas para prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas en personas con VIH. 2.ª ed. Montevideo: Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de la República; 2025.

Mujer de 65 años consulta por disnea súbita y síncope. Presenta presión arterial 75/45 mmHg, taquicardia y signos de hipoperfusión periférica. La angio-TC pulmonar confirma un tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral extenso. ¿Cuál es la estrategia terapéutica apropiada? (4 puntos)

Anticoagulación oral.

Heparinas de bajo peso molecular.

Reperfusión mediante trombólisis urgente.

Colocación de filtro en vena cava inferior.

Respuesta correcta: Reperfusión mediante trombólisis urgente. La paciente presenta un tromboembolismo pulmonar (TEP) de alto riesgo, definido por la presencia de inestabilidad hemodinámica, con hipotensión arterial grave (75/45 mmHg) y signos de hipoperfusión periférica, compatibles con shock obstructivo. En este escenario, la estrategia terapéutica de elección es la reperfusión pulmonar urgente mediante trombolisis sistémica, siempre que no existan contraindicaciones absolutas. El objetivo es reducir rápidamente la obstrucción vascular pulmonar, disminuir la sobrecarga aguda del ventrículo derecho y restablecer la estabilidad hemodinámica. Aunque la anticoagulación constituye el tratamiento fundamental del TEP, en pacientes con inestabilidad hemodinámica grave no es suficiente como única estrategia inicial. Los anticoagulantes orales no permiten una reperfusión rápida y no resuelven oportunamente el compromiso hemodinámico. Las heparinas de bajo peso molecular son eficaces en pacientes con TEP hemodinámicamente estable. Sin embargo, en el TEP de alto riesgo, la anticoagulación aislada resulta insuficiente y debe priorizarse la reperfusión urgente. Los filtros de vena cava inferior no constituyen un tratamiento de reperfusión del TEP establecido. Su principal indicación es la presencia de enfermedad tromboembólica venosa aguda con compromiso del territorio que drena en la cava inferior, y con alguna contraindicación absoluta para la anticoagulación, ausencia de respuesta a esta o complicaciones que lleven a su suspensión. No sustituyen la trombolisis ni la anticoagulación cuando estas están indicadas.

Referencias: Cox C, Roberts LN. Basics of diagnosis and treatment of venous thromboembolism. J Thromb Haemost. 2025;23:1185-1202. doi:10.1016/j.jtha.2025.01.009.

¿Cuál de las siguientes situaciones constituye un criterio de alto riesgo que permite considerar una estrategia invasiva precoz en un síndrome coronario agudo sin elevación

persistente del ST? (4 puntos)

Dolor torácico atípico con troponinas normales.
Elevación dinámica de troponinas cardíacas.
Infradesnivel del ST persistente, asintomático y con troponinas normales.
Antecedentes de cardiopatía isquémica en familiar de primer grado.

Referencia correcta: Elevación dinámica de troponinas cardíacas. En pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación persistente del ST (SCASEST), la elevación dinámica de troponinas cardíacas, con patrón de ascenso y/o descenso y al menos un valor superior al percentil 99, constituye un criterio de lesión miocárdica aguda. Cuando se acompaña de evidencia clínica de isquemia, permite establecer el diagnóstico de infarto de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST), considerado un criterio de alto riesgo que justifica una estrategia coronariográfica invasiva precoz, preferentemente dentro de las primeras 24 horas.
El dolor torácico atípico, sin elevación de biomarcadores ni otros elementos de alto riesgo, no constituye por sí mismo una indicación de coronariografía precoz. Debe realizarse una estratificación del riesgo clínico y electrocardiográfico.
El infradesnivel del ST puede constituir un marcador de isquemia miocárdica y de alto riesgo, incluso con troponinas normales, especialmente si es nuevo, dinámico o claramente atribuible a isquemia. Sin embargo, un infradesnivel persistente, sin síntomas ni elevación de troponinas y sin documentación de cambios dinámicos, no permite establecer por sí solo una indicación inequívoca de estrategia invasiva precoz.
Los antecedentes familiares constituyen un factor de riesgo cardiovascular, pero no un criterio de alto riesgo agudo que justifique una estrategia invasiva precoz durante un SCASEST.
Referencias: • Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-3826. Doi:10.1093/eurheartj/ehad191.

Varón de 67 años con cirrosis descompensada, ingresa por desorientación, inversión del ritmo sueño-vigilia y asterixis. No presenta signos de focalidad neurológica. Se plantea como diagnóstico primer episodio de encefalopatía hepática manifiesta. ¿Cuál es la conducta inicial apropiada? (3 puntos)

Determinar la concentración plasmática de amonio.
Corregir los factores precipitantes e inicio con lactulosa.
Iniciar rifaximina.
Restringir intensamente el aporte proteico.

Respuesta correcta: Corregir los factores precipitantes e inicio con lactulosa. El paciente presenta un primer episodio de encefalopatía hepática manifiesta (EHM), caracterizado por alteraciones del estado mental, inversión del ritmo sueño-vigilia y asterixis, en el contexto de cirrosis descompensada. La conducta inicial debe centrarse en dos objetivos fundamentales: 1. Identificar y corregir los factores precipitantes: infecciones (especialmente peritonitis bacteriana espontánea), hemorragia digestiva, constipación, deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas, deterioro de la función renal y utilización de fármacos sedantes; y 2. Iniciar lactulosa: constituye el tratamiento farmacológico de primera línea de la EHM. Se ajusta la dosis para lograr aproximadamente 2–3 deposiciones blandas diarias, evitando diarrea excesiva, deshidratación y trastornos electrolíticos. La encefalopatía hepática es un diagnóstico fundamentalmente clínico y de exclusión de otras causas de alteración del estado mental. La concentración plasmática de amonio no se correlaciona de forma suficientemente consistente con la gravedad de la encefalopatía y su determinación no debe retrasar el tratamiento. Un valor normal obliga a reconsiderar el diagnóstico. La rifaximina es eficaz en la encefalopatía hepática, especialmente como tratamiento asociado a lactulosa para prevenir recurrencias. Sin embargo, en un primer episodio de EHM, la lactulosa constituye el tratamiento inicial de elección. La rifaximina puede considerarse en determinadas situaciones clínicas, pero su utilización como monoterapia inicial no representa la estrategia estándar recomendada. La restricción proteica intensa está contraindicada, ya que favorece la desnutrición y la sarcopenia, condiciones que pueden agravar la encefalopatía hepática. Se recomienda mantener un aporte proteico adecuado, habitualmente de 1,2–1,5 g/kg/día, incluso en pacientes con encefalopatía, adaptándolo al estado nutricional y la tolerancia.

Referencias: Rozman Borstnar C, Cardellach F, editores. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 20.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2024. // Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 21.ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2022.

Varón de 75 años con diabetes mellitus en tratamiento con metformina 850 mg dos veces por día y empagliflozina 10 mg/día. Consulta por disnea progresiva clase funcional II de dos meses de evolución. En la evaluación inicial se solicita radiografía de tórax y electrocardiograma de reposo sin alteraciones. ¿Qué otro examen solicitaría en la evaluación inicial de la repercusión cardiovascular en este paciente? (1 punto)

Prueba ergométrica graduada.
Centellograma miocárdico con isonitrilo.
Ecocardiograma transtorácico.
Ecocardiograma estrés con dobutamina.

Respuesta correcta: Ecocardiograma transtorácico. La disnea de esfuerzo de 2 meses de evolución es síntoma cardinal de insuficiencia cardíaca. La ADA 2026 establece que ante la presencia de síntomas cardíacos (ej. disnea) o alteración de biomarcadores (BNP/NT-proBNP), el ecocardiograma transtorácico es el estudio de elección de primera línea para evaluar aspectos anatómicos y funcionales de las cavidades cardíacas.No corresponde solicitar una prueba ergométrica graduada de inicio sin antes conocer la función ventricular y la estructura cardíaca basal en reposo mediante un ETT.Centellograma miocárdico con isonitrilo es de segunda línea indicado para objetivar isquemia inducible y viabilidad en pacientes con sospecha de enfermedad coronaria No forma parte de la paraclínica inicial de primera línea ante un cuadro de disnea sin estudio ecocardiográfico previo. Ecocardiograma estrés con dobutamina: Es una prueba de provocación farmacológica que evalúa la reserva contráctil o isquemia inducida por fármacos inotrópicos. Antes de someter al paciente a un estudio de estrés con dobutamina, es requisito obligatorio realizar un ecocardiograma transtorácico basal en reposo para evaluar anatomía y función cardíaca.
Referencias: American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care. 2026;49 (Suppl 1): S1-S362.

GINECOLOGÍA

Según la Guía de Práctica Clínica para la detección precoz del cáncer de mama de 2024 de Uruguay, ¿cuál es la recomendación de tamizaje para las mujeres de riesgo promedio? (2 puntos)

Mamografía anual a partir de los 50 años y finalizando a los 69 años.
Mamografía cada 2 años en la franja etaria de 40 a 74 años.
Mamografía anual entre 40 y 49 años, y cada 2 años entre 50 y 74 años.
Ecografía mamaria complementaria en mayores de 50 años.

Respuesta correcta: Mamografía anual entre 40 y 49 años, y cada 2 años entre 50 y 74 años. La guía de 2024 de Uruguay establece un cambio crucial basado en la evidencia: recomienda mamografía de tamizaje en mujeres de riesgo promedio de los 40 a los 74 años. La periodicidad se estratifica de acuerdo con la edad: es anual entre los 40 y 49 años para mitigar el crecimiento más rápido de los tumores en mujeres jóvenes y compensar la menor sensibilidad mamográfica por mayor densidad tisular. En mujeres de 50 a 74 años, se recomienda un esquema bienal (cada dos años), el cual mantiene el 81% del beneficio en reducción de mortalidad con una reducción a la mitad en la tasa de falsos positivos.
Referencia: Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica para la Detección Precoz del Cáncer de Mama. Uruguay; 2024.

Mujer cursando 9 semanas de embarazo, consulta por metrorragia, con abundante coágulos y dolor hipogástrico de seis horas de evolución. Al examen se destaca lúcida,

hemodinámicamente estable, abdomen blando, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Se observa metrorragia roja con presencia de restos de tejido ovular en el canal cervical. Cuello uterino permeable. ¿En qué etapa evolutiva del aborto se encuentra esta paciente? (5 puntos)

Amenaza de aborto.
Aborto diferido.
Aborto incompleto.
Aborto completo.

Respuesta correcta: Aborto incompleto. Debido a que ya ha ocurrido la expulsión parcial de elementos ovulares, el útero no ha logrado retraerse por completo (permaneciendo blando y subinvolucionado) y el canal cervical está permeable en toda su extensión con sangrado persistente. La clave diagnóstica en el aborto incompleto radica en que el huevo ha sido expulsado de forma fragmentada. Como quedan restos retenidos en la cavidad, el útero es incapaz de contraerse de manera efectiva para cohibir el sangrado (por lo que permanece blando y con un tamaño menor a la amenorrea pero mayor al tamaño normal), la hemorragia y los dolores continúan, y el cuello uterino mantiene dilatados y permeables sus dos orificios al tacto vaginal.
Referencias: Danforth, Gibbs & Ronald. Tratado de Obstetricia de Schwartz. Obstetricia y Ginecología. 6ta edición. 2005.

Mujer de 30 años, cursando puerperio inmediato tras un parto vaginal. Se encuentra en alojamiento conjunto amamantando a su recién nacido de forma exclusiva. ¿Qué método anticonceptivo recomienda evitar en este período? (2 puntos)

Dispositivo intrauterino.
Anticonceptivos hormonales combinados orales.
Implante subdérmico de levonorgestrel.
Inyectable de progestágeno.

Respuesta correcta: Anticonceptivos hormonales combinados orales. No se recomiendan los anticonceptivos hormonales combinados orales en el puerperio inmediato dado el riesgo trombótico. La inserción de DIU en el posparto inmediato (las primeras 48 horas posparto) es seguro. El implante subdérmico puede colocarse de forma inmediata en el puerperio dado que solo contiene progestágenos al igual que el inyectable de progestágenos.
Referencias: Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Sexta edición.

Mujer 32 años, sin antecedentes, con test HPV positivo a otros genotipos diferentes del 16 o 18. Se realizó colpocitología oncológica que fue negativa. Según la Guía de Práctica Clínica de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero de Uruguay del 2024, en cuanto al seguimiento posterior, ¿cuál es su conducta? (5 puntos)

Abreviatura: HPV: Virus del Papiloma Humano.

Repetir al año el test HPV.
Colposcopia a los 6 meses.
Repetir colpocitología oncológica en 6 meses.
Colpocitología oncológica en 3 años.

Respuesta correcta: Repetir al año el test HPV. Según la Guía de Práctica Clínica de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero de Uruguay la conducta recomendada para esta paciente es realizar un re-tamizaje con test de VPH en 1 año.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero. Uruguay; 2024.

Frente a una hemorragia posparto con repercusión hemodinámica, ¿cuál es la pauta de administración de ácido tranexámico? (3 puntos)

1 g intravenoso al inicio y repetir si continúa el sangrado.
2 g intravenoso en infusión continua en 4 horas.
500 mg vía oral cada 8 horas.
2 g intramuscular cada 1hora hasta cese del sangrado.

Respuesta correcta: 1 g intravenoso al inicio y repetir si continúa el sangrado. La restauración de la hemostasia mediante la inhibición de la fibrólisis requiere la administración oportuna de ácido tranexámico tan pronto como se reconozca la hemorragia. La dosis validada internacionalmente (apoyada por el ensayo clínico WOMAN) es de 1g en 10mL (concentración de 100mg/mL) por vía intravenosa, infundido lentamente a razón de 1mL/min. Si el sangrado persiste tras 30 minutos del primer bolo o vuelve a presentarse en las 24 horas posteriores, se debe aplicar una segunda dosis idéntica de 1g. La administración por vías oral o intramuscular no está indicada para el manejo agudo.
Referencias: Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la atención de las principales emergencias obstétricas. Capítulo 8 Hemorragia Postparto. OPS; 2024.

Gestante de 35 semanas, con antecedente de una cesárea, consulta por dolor abdominal de inicio brusco y genitorragia escasa. Al examen presenta frecuencia cardíaca de 120 cpm, útero hipertónico y doloroso, presentación fetal continúa encajada. El monitoreo evidencia bradicardia fetal sostenida. ¿Cuál es el primer diagnóstico clínico? (3 puntos)

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
Placenta previa con sangrado activo.
Rotura uterina sobre cicatriz previa.
Rotura de vasa previa.

Respuesta correcta: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. El dolor abdominal brusco y persistente, asociado a genitorragia escasa, hipertonía y dolor uterino, orienta al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI). La cantidad de sangrado exteriorizado puede ser menor que la hemorragia real por la formación de un hematoma retroplacentario. La bradicardia fetal indica compromiso agudo de la circulación uteroplacentaria. Aunque el antecedente de cesárea obliga a considerar una rotura uterina, la persistencia del encajamiento fetal y la ausencia de pérdida de la presentación favorecen el diagnóstico de DPPNI.

Referencias: Danforth, Gibbs & Ronald. Tratado de Obstetricia de Schwartz. Obstetricia y Ginecología. 6ta edición. 2005

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

¿Cuál de las siguientes herramientas clínicas es de utilidad para evaluar la esfera emocional en adultos mayores? (3 puntos)

Test de Pfeifer.
Escala de Barthel.
Test de Folstein.
Escala de Yesavage.

Respuesta correcta: Escala de Yesavage. En la evaluación de la esfera emocional del adulto mayor se utiliza la herramienta Escala de depresión geriátrica de Yesavage. El test de Pfeifer y el Mini-mental test de Folstein son herramientas para evaluar la esfera cognitiva. La Escala de Barthel evalúa la dependencia para las actividades de la vida diaria.
Referencias: Schapira M, Jauregui J, Antolini Y. Evaluación funcional del adulto mayor. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos

Aires. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. pp 564-573.

En un adulto con hipertiroidismo que se inició tratamiento con metimazol, ¿qué determinación bioquímica se solicita al mes para el seguimiento? (2 puntos)

Triyodotironina.
Tirotropina.
Tiroxina.
Anticuerpo antiperoxidasa.

Respuesta correcta: Tiroxina. El seguimiento del hipertiroidismo se debe realizar solicitando tiroxina (T4) al mes de iniciado el tratamiento. Los anticuerpos antiperoxidasa no tienen utilidad en el seguimiento.
Referencias: Botargues M, Sigal T. Problemas de la glándula tiroides. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. pp 1662-1665.

Mujer de 33 años, sana, en tratamiento con amoxicilina 500mg cada 8 horas por tres días por cistitis aguda por *Escherichia coli*. La sintomatología no mejora y agrega urgencia miccional, no presentando otros síntomas por lo que reconsulta. Examen físico: apirética, no dolor a la palpación de puntos ureterales, resto sin particularidades.

¿Qué conducta adoptaría en relación a la antibioticoterapia? (4 puntos)

Completar tratamiento con amoxicilina por 7 días.
Reemplazar por nitrofurantoína 100 mg cada 6 horas por 5 días.
Asociar al tratamiento fosfomicina trometamol 3 g monodosis.
Rotar a ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas por 5 días.

Respuesta correcta: Reemplazar por nitrofurantoína 100 mg cada 6 horas por 5 días. Se trata de una ITU baja no complicada por lo que el tratamiento empírico de primera línea es Nitrofurantoína 100 mg cada 6h por 5 días.
Referencias: Olavarría, E. Infección urinaria baja y alta. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp 313-319

Luego de completado el tratamiento con antibióticos la paciente se encuentra asintomática. A las dos semanas vuelve a presentar los mismos síntomas, se realiza urocultivo que desarrolla *E. coli* más 100.000 unidades formadoras de colonias. ¿Cuál es su diagnóstico? (4 puntos)

Infección urinaria con reinfección.
Infección urinaria crónica.
Infección urinaria con recaída.
Infección urinaria complicada.

Respuesta correcta: Infección urinaria con recaída. La recaída ocurre poco después del tratamiento en las primeras dos semanas con el mismo germen.
Referencia: Olavarría, E. Infección urinaria baja y alta. En: Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp 313-319// Infecciones urinarias. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025.

Varón 67 años consulta por dificultad para iniciar la micción, disminución de la fuerza del chorro, sensación de vaciamiento incompleto y nicturia. IPSS 8 puntos. Al tacto rectal presenta próstata aumentada de tamaño, fibroelástica e indolora. PSA: 2,6 ng/mL.

Abreviatura: International Prostate Symptom Score (IPSS)

¿Qué tratamiento farmacológico indicaría para lograr alivio sintomático inicial? (3 puntos)

Tamsulosina.
Oxibutinina.
Ciprofloxacina.
Dutasterida.

Respuesta correcta: Tamsulosina. La tamsulosina es el tratamiento inicial de la hiperplasia prostática benigna. La tamsulosina es un bloqueante alfa-adrenérgico que relaja el músculo liso prostático y del cuello vesical, mejorando el flujo urinario y produciendo alivio sintomático rápido, habitualmente en 1–3 días. La dutasterida reduce progresivamente el volumen prostático y el riesgo de progresión, pero su efecto demora aproximadamente 3–6 meses. La oxibutinina no constituye el tratamiento de elección para este cuadro obstructivo y la ciprofloxacina se reserva para situaciones infecciosas, no presentes en la viñeta.
Referencias: Olavarría E. Tengo problemas para orinar. Domenech D. Decisiones clínicas en el primer nivel de atención. Montevideo: Bibliomedica Ediciones; 2026. pp. 166–167. // Rubinstein E, Giudice C, Tesolin P, Franco J. Hiperplasia prostática benigna. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. pp 1319-1326.

Varón de 14 años, asintomático, con talla en percentil 25. En tres controles presenta cifras de presión arterial de 129/72, 130/74 y 131/73 mmHg, tomadas en condiciones basales. Las presiones sistólicas se encuentran entre los percentiles 95 y 99, y las diastólicas por debajo del percentil 90. ¿Cómo clasifica su presión arterial? (4 puntos)

Presión arterial normal.
Presión arterial elevada.
Hipertensión arterial estadio 1.
Hipertensión arterial estadio 2.

Respuesta correcta: Hipertensión arterial estadio 1. La presencia de presión arterial sistólica igual o superior al percentil 95 en tres tomas diferentes permite establecer el diagnóstico de hipertensión arterial. Los valores inferiores al percentil 99 corresponden al estadio 1.
Referencias: Epstein D, Campana V. Cuidado de la salud y problemas comunes en la adolescencia. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. pp 346-347.

PEDIATRÍA

¿Cuál es el principal fundamento nutricional para iniciar la alimentación complementaria con sólidos a los 6 meses de vida? (2 puntos)

La leche humana disminuye progresivamente su contenido calórico.
Se pierde la capacidad de absorber nutrientes de la leche humana.
La lactancia exclusiva es insuficiente para cubrir los requerimientos energéticos.
Los alimentos complementarios deben cubrir el 90% de la energía requerida.

Respuesta correcta: La lactancia exclusiva es insuficiente para cubrir los requerimientos energéticos. A los 6 meses se deben incorporar los alimentos complementarios tanto para lactantes alimentados a pecho exclusivo como para no amamantados de forma exclusiva. A esta edad, la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer los requerimientos de energía y de nutrientes, fundamentalmente hierro y zinc. A medida que el niño crece y se desarrolla, la proporción de energía proveniente de la leche materna debe disminuir gradualmente mientras que los alimentos complementarios van ocupando ese lugar. En los menores de 6 meses la leche materna cubre la totalidad de la energía requerida. Entre los 6 y 8 meses de edad dos tercios de los requerimientos diarios deben ser aportados por los alimentos complementarios y la mitad de estos

requerimientos ya deben provenir de los alimentos sólidos al noveno mes. Durante el segundo año de vida, de los 12 a los 24 meses, los alimentos complementarios deben proporcionar el 60% del requerimiento energético.
Referencias: Atención pediátrica: Normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 9a ed. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR; 2020. Capítulo 11. p. 111 -121. // Ministerio de Salud Pública. Guía de alimentación complementaria para niños entre 6 y 24 meses [Internet]. Montevideo: MSP; 2017. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/840.pdf pág. 33

¿Cuál de estas constituye una contraindicación para la Terapia de rehidratación oral? (4 puntos)

Dos vómitos en una hora.
Tres deposiciones en 12 horas.
Íleo paralitico.
Deshidratación moderada.

Respuesta correcta: Íleo paralitico. Son contraindicaciones de la Terapia de Rehidratación Oral: Deshidratación severa o shock, vómitos incoercibles (más de 3 vómitos en 1 hora), alta tasa de diarrea (pérdidas fecales mayores 10cc/kg/hora o 1 deposición por hora), depresión neuropsíquica, convulsión reciente, íleo paralítico, sospecha de sepsis u otra patología grave.
Referencias: Atención pediátrica: Normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 9a ed. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR; 2020. Capítulo 50. pp. 462

Al medir la presión arterial de un niño, se utiliza un manguito demasiado grande para el diámetro de su brazo. ¿Cómo interfiere en la medición? (6 puntos)

Subestima.
Sobreestima.
Disminuye la presión diastólica.
Ausencia de efecto.

Respuesta correcta: Subestima. La medición de la presión arterial se realizará con un esfigmomanómetro de mercurio con un manguito que cubra alrededor de dos tercios de la parte superior del brazo o de la pierna. Un manguito demasiado pequeño dará lugar a lecturas falsamente altas, mientras que un manguito demasiado grande registra una PA ligeramente disminuida.
Referencias: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, editores. Nelson: tratado de pediatría. 21a ed. Barcelona: Elsevier; 2020.

En un niño con meningitis aguda, ¿cuál de los siguientes hallazgos determina que deba realizarse una tomografía de cráneo antes de la punción lumbar? (4 puntos)

Vómitos reiterados y cefalea intensa.
Fiebre elevada asociada a rigidez de nuca.
Convulsión generalizada breve al inicio del episodio.
Alteración del nivel de conciencia con signos neurológicos focales.

Respuesta correcta: Alteración del nivel de conciencia con signos neurológicos focales. Prácticamente no existen contraindicaciones para realizar una punción lumbar en un niño con sospecha de meningitis bacteriana, excepto en aquellos casos con elementos clínicos de hipertensión endocraneana (HEC) severa o signos neurológicos focales. En estos casos está indicado realizar una tomografía computada (TC) de cráneo previamente. Independientemente de la situación, ningún examen debe retrasar el inicio del tratamiento específico.
Referencias: Atención pediátrica: Normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 9a ed. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR; 2020.

¿Cuál es el hallazgo en el hemograma que orienta al diagnóstico de tos convulsa? (3 puntos)

Hiperlinfocitosis.
Plaquetopenia severa.
Hemoglobina menor a 7 g/L.
Neutropenia severa.

Respuesta correcta: Hiperlinfocitosis. La presencia de hiperleucocitosis mayor a 20.000 leucocitos/mm3 a predominio linfocitario (50 % o más de linfocitos), unido al cuadro clínico, es muy orientador, pero no confirmatorio. A su vez el aumento de leucocitosis tiene valor pronóstico; leucocitosis muy elevadas, mayores a 50.000/mm³ pueden indicar gravedad de la enfermedad y es necesario monitorizar su aumento; también lo es la hiperplaquetosis.
Referencias: Atención pediátrica: Normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 9a ed. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR; 2020.

¿Cuánto tiempo se puede conservar la leche humana extraída en un freezer? (1 punto)

De 15 a 21 días.
De 1 a 2 meses.
De 3 a 6 meses.
De 9 a 12 meses.

Respuesta correcta: De 3 a 6 meses. La leche materna extraída puede conservarse hasta 48 horas en la heladera profunda, 15 días en el congelador y entre 3 y 6 meses en el freezer.
Referencias: Ministerio de Salud Pública. Norma nacional de lactancia materna [Internet]. Montevideo: MIDES; 2017. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/842.pdf pág. 72