FISIOPATOLOGIA I

DR. GUILLERMO VILLAREAL DEL SOLAR

KAROL ARIADNE MACIAS ERYEES
MEDICNA HUMANA
2DO SEMES GRUPO “B”
TAPACHUL, CHIAPAS

Cuestionario 3er parcial fisiopatologia

1.- Una mujer de 32 años, embarazada de 36 semanas, presenta sangrado transvaginal abundante y dolor abdominal. En la exploración se encuentra hipotensa y taquicárdica. Los estudios muestran plaquetas en 45,000/mm³, TP y TTP prolongados, dímero-D elevado y fibrinógeno bajo. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico central en la CID?

A) Activación excesiva de fibrinólisis

B) Deficiencia de factores de coagulación congénitos

C) Activación sistémica e inapropiada de la coagulación

D) Hiperproducción medular de plaquetas

2.- Un paciente séptico desarrolla CID. ¿Cuál es el principal hallazgo hematológico característico de esta condición?

A) Policitemia

) Leucocitosis con desviación

C) Trombocitopenia progresiva

D) Aumento del hematocrito

3.- ¿Cuál de los siguientes estudios es más útil para confirmar la activación del sistema fibrinolítico en un paciente con sospecha de CID?

A) Tiempo de trombina

B) Dímero-D

C) Conteo de reticulocitos

D) Hemoglobina corpuscular media

5.-¿Qué hallazgo en el frotis de sangre periférica apoyaría el diagnóstico de CID?

A) Rouleaux

B) Esquistocitos

C) Policromatofilia

D) Leucocitos en banda En la CID

4-. ¿cuál es el efecto principal sobre los niveles de fibrinógeno?

A) Permanecen normales

B) Aumentan debido a la respuesta de fase aguda

C) Disminuyen por consumo excesivo

D) Se elevan por hemoconcentración En la CID secundaria a sepsis

5.- ¿cuál es el tratamiento más importante además del soporte hemodinámico?

A) Transfusión inmediata de plaquetas

B) Administración de antibióticos de amplio espectro

C) Plasmaféresis urgente

D) Uso de esteroides en dosis altas

6.-Un neonato con CID secundaria a infección por E. coli presenta sangrado umbilical, equimosis y plaquetas en 25,000/mm³. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado?

A) Vitamina K y observación

B) Inmunoglobulina intravenosa

C) Transfusión de plaquetas y plasma fresco congelado

D) Antibióticos tópicos

7.-En la fisiopatología de la CID, ¿qué papel desempeña la trombina en la progresión del cuadro clínico?

A) Inhibe la agregación plaquetaria

B) Activa la vía extrínseca exclusivamente

C) Promueve la formación de fibrina y el consumo de factores

D) Estimula la producción de prostaciclina

8-.Paciente masculino de 55 años, con antecedente de cirugía ortopédica reciente, presenta disnea súbita, taquicardia e hipotensión. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico central en la tromboembolia pulmonar masiva?

A) Hipoxemia secundaria a edema alveolar difuso

B) Obstrucción del flujo sanguíneo pulmonar y aumento de poscarga del ventrículo derecho

C) Vasodilatación sistémica con redistribución del flujo

D) Activación de mastocitos con broncoconstricción

9.-¿Cuál de los siguientes factores es el más importante para la formación del trombo que causa una tromboembolia pulmonar?

A) Hiperglucemia

B) Hemólisis intravascular

C) Estasis venosa

D) Hiponatremia

10.- En un paciente con sospecha alta de TEP, ¿cuál es el siguiente paso más apropiado si la angiotomografía pulmonar no está disponible?

A) Radiografía de tórax

B) Ecocardiograma transtorácico

C) Gammagrafía de ventilación-perfusión

D) Dímero-D

11.- Una mujer joven, usuaria de anticonceptivos orales, acude por disnea y dolor torácico pleurítico. La probabilidad clínica de TEP es alta. ¿Qué hallazgo esperaría en el ECG?

A) Elevación del ST en V1-V4

B) Onda S en I, Q en III y T invertida en III (S1Q3T3)

C) Bradicardia sinusal

D) Bloqueo AV de segundo grado

12.- ¿Cuál es el cambio gasométrico característico en un paciente con TEP?

A) Hipercapnia con acidosis respiratoria

B) Hipoxemia e hipocapnia por hiperventilación

C) Alcalosis metabólica

D) Hipoxemia con anion gap normal

13.- ¿Qué hallazgo en la ecocardiografía apoya el diagnóstico de TEP masiva?

A) Hipertrofia del ventrículo izquierdo

B) Dilatación y disfunción del ventrículo derecho

C) Estenosis mitral

D) Insuficiencia tricuspídea leve

14-.En un paciente hemodinámicamente inestable con sospecha de TEP, ¿cuál es el tratamiento inmediato más apropiado?

A) Oxígeno por mascarilla

B) Anticoagulación oral con Warfarina

C) Trombolisis con alteplasa

D) Colocación de filtro de vena cava

15-. ¿Cuál de las siguientes situaciones representa una contraindicación absoluta para la trombólisis en TEP masiva?

A) Edad mayor de 80 años

B) Presión arterial sistólica

C) Hemorragia intracraneal previa

D) Cirugía mayor hace más de 3 meses

16.- ¿Cuál es la causa más común de tromboembolia sistémica?

A) Trombosis venosa profunda con paso a circulación arterial

B) Fibrilación auricular

C) Displasia fibromuscular

D) Hipertensión arterial sistémica

17.-Un paciente con fibrilación auricular crónica presenta súbitamente dolor intenso en la pierna derecha, frialdad y ausencia de pulsos distales. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico más probable?

A) Vasoespasmo arterial

B) Trombosis in situ por placa de ateroma

C) Embolia arterial por trombo auricular izquierdo

D) Coagulopatía congénita

18.-En un paciente con embolia arterial aguda de extremidad, ¿qué manifestación clínica inicial es más característica?

A) Palidez progresiva

B) Edema blando

C) Dolor súbito e intenso

D) Cianosis en reposo

19-. ¿Qué hallazgo en el ECG sugeriría una fuente embólica de origen cardiaco en un paciente con isquemia aguda de extremidad?

A) Taquicardia sinusal

B) Ondas F sin actividad P

C) Bradicardia sinusal

D) QRS estrecho sin alteraciones

20.- En un paciente con embolia arterial sistémica recurrente, ¿cuál estudio está indicado para identificar una posible fuente intracardiaca del émbolo?

A) Ecografía Doppler venosa

B) Angiografía por TC de abdomen

C) Ecocardiograma transesofágico

D) Prueba de esfuerzo

21.-Un paciente con accidente vascular cerebral isquémico y sin factores de riesgo evidentes presenta foramen oval permeable. ¿Cuál es el mecanismo embólico más probable?

A) Embolia grasa

B) Trombo mural del ventrículo izquierdo

C) Embolia paradójica desde circulación venosa

D) Vasculitis mediada por inmunocomplejos

22.- ¿Qué estructura anatómica es el origen más frecuente de los émbolos en pacientes con fibrilación auricular?

A) Válvula mitral

B) Orejuela auricular izquierda

C) Seno coronario

D) Tabique interauricular

23.-En la embolia sistémica aguda, ¿qué complicación puede desarrollarse si no se restablece rápidamente el flujo arterial?

A) Trombocitopenia inmune

B) Rabdomiólisis e insuficiencia renal

C) Hipertensión pulmonar

D) Vasculitis secundaria

24.-Hombre de 62 años, hipertenso y tabaquista, acude por dolor torácico opresivo irradiado a brazo izquierdo, de 40 minutos de evolución. ¿Cuál es el evento fisiopatológico inicial más probable en un infarto con elevación del ST?

A) Espasmo coronario transitorio

B) Ruptura de placa ateromatosa con formación de trombo oclusivo

C) Hipotensión por insuficiencia cardíaca

D) Embolismo coronario desde cavidades izquierdas

25.- ¿Cuál es el principal desencadenante de la rotura de la placa aterosclerótica en el IAM?

A) Vasoconstricción persistente

B) Activación del sistema parasimpático

C) Estrés oxidativo e inflamación local

D) Hipervolemia crónica

26-. ¿Qué zona del miocardio es la más vulnerable a la isquemia en el contexto de oclusión coronaria?

A) Endocardio

B) Epicardio

C) Miocardio medio

D) Subepicardio

27-. En relación con el metabolismo miocárdico, ¿cuál es la alteración bioquímica más temprana durante la isquemia aguda?

A) Acumulación de amoníaco

B) Disminución de calcio intracelular

C) Acidosis láctica por metabolismo anaerobio

D) Aumento del ATP mitocondrial

28.-¿Qué factor contribuye directamente a la extensión del área infartada en un IAM sin tratamiento oportuno?

A) Vasodilatación refleja

B) Disminución de la presión diastólica

C) Lesión por reperfusión

D) Tiempo prolongado de isquemia sin recanalización

29.- ¿Cuál es la arritmia potencialmente mortal más frecuente en la fase temprana de un IAM?

A) Fibrilación auricular

B) Taquicardia sinusal

C) Fibrilación ventricular

D) Bradicardia sinusal

30.- Un paciente con IAM anterior presenta hipotensión, estertores pulmonares y disnea progresiva. ¿Qué complicación fisiopatológica sospecha?

A) Infarto de ventrículo derecho

B) Ruptura de septum interventricular

C) Insuficiencia mitral isquémica

D) Disfunción sistólica del ventrículo izquierdo

31.-¿Qué marcador bioquímico presenta mayor especificidad para la necrosis miocárdica?

A) CK-MB

B) Mioglobina

C) Troponina I o T

D) DHL

32.- ¿Cuál es la alteración fisiopatológica central en todos los tipos de shock?

A) Hipoxia tisular debido a perfusión celular inadecuada

B) Disminución de la frecuencia cardiaca

C) Hipervolemia con aumento de presión venosa central

D) Aumento del gasto cardiaco

33-. ¿Cuál es la causa más común de shock cardiogénico?

A) Miocarditis viral

B) Hipovolemia severa

C) Infarto agudo del miocardio

D) Embolia pulmonar masiva

34.- ¿Qué tipo de shock se caracteriza por una reducción significativa en el retorno venoso sin daño miocárdico directo?

A) Séptico

B) Cardiogénico

C) Distributivo

D) Obstructivo

35.- Un paciente con sepsis grave presenta hipotensión persistente a pesar de reposición de líquidos adecuada. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico más probable?

A) Aumento del tono vagal

B) Vasodilatación mediada por óxido nítrico

C) Hipovolemia secundaria a fiebre

D) Taponamiento cardíaco

36-. En el shock hipovolémico, ¿cuál es la principal respuesta compensatoria inicial del organismo?

A) Liberación de insulina

B) Activación del sistema parasimpático

C) Estimulación adrenérgica e incremento del gasto cardiaco

D) Inhibición del eje renina-angiotensina-aldosterona

37-.¿Cuál de los siguientes hallazgos es más característico del shock distributivo?

A) Presión venosa central elevada

B) Presión capilar pulmonar ocluida elevada

C) Resistencia vascular sistémica disminuida

D) Gasto cardiaco disminuido

38.- ¿Cuál es la consecuencia celular de la hipoperfusión prolongada en el shock?

A) Disminución de la producción de ácido láctico

B) Mantenimiento de potencial de membrana

C) Falla en la bomba sodio-potasio

D) Aumento de la síntesis de proteínas estructurales

39-.¿Qué variable hemodinámica diferencia típicamente al shock séptico del hipovolémico?

A) Disminución del volumen sistólico

B) Elevación de la resistencia vascular sistémica

C) Gasto cardiaco normal o elevado

D) Hipotensión refractaria a vasopresores

40.-Paciente de 35 años con sepsis por E. coli presenta sangrado gingival, equimosis y petequias. Laboratorios: TP prolongado, TTP prolongado, fibrinógeno bajo, dímero D elevado. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

A) Trombocitopenia inmune

B) Púrpura trombótica trombocitopénica

C) CID

D) Leucemia mieloide aguda

41-.¿Cuál es el principal desencadenante fisiopatológico de la CID en una sepsis?

A) Activación del complemento

B) Activación masiva del sistema fibrinolítico

C) Liberación de citoquinas inflamatorias y factor tisular

D) Disfunción renal secundaria

42.-¿Cuál es la alteración hemostática más característica de la CID?

A) Deficiencia de vitamina K

B) Consumo de factores de coagulación y plaquetas

C) Formación exclusiva de microtrombos plaquetarios

D) Activación de antitrombina III

43-.¿Qué componente se encuentra típicamente elevado en la CID por la intensa actividad fibrinolítica?

A) Antitrombina III

B) Dímero D

C) Fibrinógeno

D) Factor VIII

44-.¿Cuál es el objetivo principal del tratamiento de la CID?

A) Administrar anticoagulación preventiva

B) Corregir el recuento plaquetario únicamente

C) Tratar la causa subyacente y manejar las complicaciones

D) Administrar heparina de bajo peso molecular a dosis plenas

45.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos es más útil para diferenciar la CID de una púrpura trombótica trombocitopénica?

A) Tiempo de protrombina normal

B) Dímero D normal

C) Plaquetas <10,000

D) Esquistocitos en frotis

46.- En pacientes con CID, ¿cuál es la alteración histopatológica más frecuente observada en tejidos

afectados?

A) Hemorragia perivascular

B) Necrosis fibrinoide

C) Microtrombos de fibrina en capilares

D) Vasculitis linfocitaria

47-.¿Cuál de las siguientes situaciones clínicas NO se asocia comúnmente con CID?

A) Abruptio placentae

B) Pancreatitis aguda grave

C) cáncer metastático

D) Hipotiroidismo subclínico