



Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Preguntas de Educación Médica Continua

Disminución de la anisotropía fraccional de la sustancia blanca como predictor de la falta de remisión en la depresión tardía tratada con antidepresivos

1. La hipótesis subyacente al estudio es que una alteración crítica en la depresión refractaria del adulto mayor es:
 - a) Alteración de conexiones entre estriado dorsal y área orbitofrontal y cíngulo dorsal.
 - b) Alteración de conexiones entre estriado ventral y área orbitofrontal y cíngulo dorsal.
 - c) Alteración de las conexiones entre hipocampo y área dorsolateral frontal.
 - d) Alteración de conexiones entre hipocampo y área orbitofrontal.
 - e) Alteración de conexiones entre estriado ventral y corteza dorsolateral frontal y cíngulo.
2. La anisotropía fraccional del cerebro permite medir:
 - a) La integridad de la sustancia gris detectando la difusión de agua.
 - b) La integridad de la sustancia blanca detectando la difusión de lípidos.
 - c) La integridad de la sustancia gris detectando la difusión de lípidos.
 - d) La integridad de la sustancia blanca detectando la difusión de proteínas.
 - e) La integridad de la sustancia blanca detectando la difusión de agua.
3. En el final de la prueba los remitentes tenían:
 - a) Mayores puntuaciones en Yesavage y mayor anisotropía fraccional en áreas límbicas, cíngulo anterior dorsal y ventral, corteza prefrontal dorsolateral.
 - b) Mayores puntuaciones en Yesavage y menor anisotropía fraccional en áreas límbicas, cíngulo anterior dorsal y ventral, corteza prefrontal dorsolateral.
 - c) Menores puntuaciones en Yesavage y menor anisotropía fraccional en áreas límbicas, cíngulo anterior dorsal y ventral, corteza prefrontal dorsolateral.
 - d) Menores puntuaciones en Yesavage y mayor anisotropía fraccional en áreas límbicas, cíngulo posterior dorsal y ventral, corteza prefrontal dorsolateral.
 - e) Menores puntuaciones en Yesavage y mayor anisotropía fraccional en áreas límbicas, cíngulo anterior dorsal y ventral, corteza prefrontal dorsolateral.
4. Una ventaja del estudio es:
 - a) La comparación doble ciego.
 - b) La gran cantidad de sujetos participantes.
 - c) La amplitud de la batería de evaluación de funciones neurocognitivas.
 - d) Las dosis variables del antidepresivo.
 - e) El largo seguimiento.
5. El origen de las alteraciones microanatómicas en no remitentes:
 - a) Está claro del todo, pudiendo deberse a cambios vasculares corticales, ya que la corteza es particularmente sensible a los efectos del envejecimiento.
 - b) Está claro del todo, pudiendo deberse a cambios vasculares subcorticales, ya que el cíngulo es particularmente sensible a los efectos del envejecimiento.
 - c) Está claro del todo, pudiendo deberse a cambios vasculares subcorticales, ya que el sistema límbico ventral es particularmente sensible a los efectos del envejecimiento.
 - d) No está claro del todo, pudiendo deberse a cambios vasculares corticales, ya que el hipocampo es particularmente sensible a los efectos del envejecimiento.
 - e) No está claro del todo, pudiendo deberse a cambios vasculares subcorticales, ya que el hipocampo es particularmente sensible a los efectos del envejecimiento.

Estudios de la memoria prospectiva en pacientes con lesión cerebral

6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la memoria prospectiva es correcta?
 - a) Permite el recuerdo de eventos del pasado.
 - b) Requiere la autoiniciación de una acción planeada.
 - c) Permite el recuerdo de intenciones inmediatas.
 - d) Es imposible evaluarla en tareas de laboratorio.
 - e) Su alteración no afecta de forma importante a la vida diaria.

7. ¿Qué son las intenciones relacionadas con tiempo?
 - a) Aquellas donde la acción se ejecuta luego de un periodo de tiempo determinado.
 - b) Aquellas donde la acción puede realizarse en el tiempo que el examinado crea necesario.
 - c) Aquellas donde el examinador provee al sujeto información sobre el tiempo.
 - d) Aquellas donde la acción se ejecuta frente a determinado evento.
 - e) Aquellas donde el examinado puede controlar el tiempo que tarda en realizar una acción.
 8. ¿Qué proceso cognitivo se realiza durante la fase de autoiniciación de las intenciones?
 - a) La planificación de las intenciones.
 - b) La ejecución de la acción planeada.
 - c) El recuerdo de la intención en el momento apropiado.
 - d) El almacenamiento de la intención.
 - e) La formulación de la intención.
 9. ¿Cuál es la patología neurológica donde más se ha estudiado la memoria prospectiva?
 - a) La esclerosis múltiple.
 - b) La demencia tipo Alzheimer.
 - c) El accidente cerebrovascular.
 - d) El traumatismo craneoencefálico.
 - e) La epilepsia.
 10. ¿Qué función cognitiva interviene en la fase de formación de la intención?
 - a) La memoria espacial.
 - b) La memoria retrospectiva.
 - c) La atención dividida.
 - d) La visioconstrucción.
 - e) La planificación.
- Incidencia el status epiléptico en el adulto: estudio epidemiológico prospectivo basado en población cautiva en Argentina**
11. ¿Cuál fue la tasa bruta anual del presente estudio?
 - a) De 6,6 SE/100.000 adultos/año.
 - b) De 20,1 SE/100.000 adultos/año.
 - c) De 56,6 SE/100.000 adultos/año.
 - d) De 80,2 SE/100.000 adultos/año.
 - e) Más de 100 SE/100.000 adultos/año.
 12. En relación con el status epiléptico, marque la correcta:
 - a) Su incidencia varía según distintos estudios.
 - b) Los casos refractarios tienen mayor letalidad.
 - c) La enfermedad cerebrovascular es la etiología más frecuente.
 - d) Un tercio de los pacientes tenían antecedentes de historia de epilepsia.
 - e) Todas son correctas.
 13. En pacientes con status epiléptico sintomático agudo, ¿cuál es la etiología más frecuente del mismo?
 - a) Traumatismo craneal.
 - b) Infección de SNC.
 - c) Enfermedad cerebrovascular.
 - d) Tóxica metabólica.
 - e) Ninguna es correcta.
 14. En relación con el status epiléptico y la edad:
 - a) La tasa disminuye con la edad.
 - b) La tasa aumenta con la edad.
 - c) La tasa no varía con la edad.
 - d) Depende del estudio.
 - e) Ninguna es correcta.
 15. ¿Cuál fue la letalidad al día 30 del status epiléptico en el presente estudio?
 - a) 6%.
 - b) Menor del 15%.
 - c) Entre 22 y 28%.
 - d) 36%.
 - e) Mayor del 50%.
- Romboencefalitis por Listeria. Presentación de 2 casos en adultos sanos**
16. ¿Cuál es la manifestación clínica más frecuente de la neurolisteriosis?
 - a) Romboencefalitis.
 - b) Absceso cerebral.
 - c) Cerebritis.
 - d) Meningitis aguda o subaguda.
 - e) Absceso medular.
 17. ¿Cuál es el antibiótico de elección para una meningitis por Listeria?
 - a) Ceftriaxona.
 - b) Ampicilina.
 - c) Ceftazidima.
 - d) Vancomicina.
 - e) Colistina intratecal.
 18. La neurolisteriosis es una enfermedad que debe ser considerada en las meningoencefalitis; ¿en qué grupo poblacional especialmente?
 - a) Neonatos.
 - b) Adultos con más de 65 años.
 - c) Pacientes inmunodeprimidos.
 - d) Mujeres jóvenes sanas.
 - e) A, b y c son correctas.
 19. Ante la sospecha de romboencefalitis, ¿qué estudio de neuroimagen nos ayuda a evidenciar la presencia de compromiso del tronco encefálico en el contexto de un cuadro meníngeo agudo?
 - a) Tomografía computarizada.
 - b) Resonancia magnética.
 - c) Electroencefalograma.
 - d) Potenciales evocados de tronco.
 - e) Doppler transcraneal.

20. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos para la romboencefalitis descritos en 1993 por Armstrong y Fung?

- a) 1. Evidencias clínicas y por imágenes de una infección aguda del tronco cerebral. 2. Ausencia de compromiso clínico o radiológico de la corteza cerebral. 3. La demostración de la presencia de *Listeria monocytogenes* en sangre, líquido cefalorraquídeo o tejido cerebral.
- b) 1. Evidencias clinicoradiológicas de una infección aguda en la corteza cerebral. 2. Compromiso clínico o radiológico del tronco cerebral. 3. La demostración de la presencia de *Listeria monocytogenes* en sangre, líquido cefalorraquídeo o tejido cerebral.
- c) 1. Evidencias clínicas y por imágenes de una infección aguda del tronco cerebral. 2. Evidencia de compromiso clínico o radiológico de la corteza cerebral. 3. Demostración de la presencia de *Listeria monocytogenes* en sangre, líquido cefalorraquídeo o tejido cerebral.
- d) 1. Evidencias clínicas y por imágenes de una infección aguda del tronco cerebral. 2. Evidencia de compromiso clínico o radiológico de la corteza cerebral. 3. Seroconversión de anticuerpos en sangre periférica para *Listeria monocytogenes*.
- e) No existen criterios para el diagnóstico de la enfermedad.