



DOCUMENTO
PARA IMPUGNAR
PREGUNTAS



DOCUMENTO

IMPUGNAMIR

¿COMO IMPUGNAR?

En la web del Ministerio, en el apartado “**Convocatoria Actual**”, se publicará una opción de menú en la parte gris de la izquierda de la página, denominado “**Presentación de Impugnaciones**”. Te permitirá acceder con Certificado de Firma Digital, con el sistema Cl@ve o solicitando una contraseña que te enviarán a tu email. En este último caso te solicitarán el número de identificación que es el número del documento de identidad con el que presentaste la solicitud al examen.

Una vez hayas accedido podrás comenzar a impugnar completando los campos obligatorios marcados con asteriscos. Debes identificar la pregunta que con el número que le corresponde en la Versión “0” del examen que podrás descargar desde la web de AMIR Enfermería.

Debes incluir, al menos, una referencia bibliográfica, y antes de adjuntar documentos, es imprescindible hacer click en **ENVIAR FORMULARIO**.

Una vez enviado te mostrará el mensaje “La Impugnación a la Pregunta X ha sido enviada correctamente”. A partir de ese momento ya puedes enviar el archivo PDF que deseas adjuntar a la referencia bibliográfica de la impugnación seleccionando la referencia y haciendo click en “**Adjuntar/Ver Documento**”. Podrás insertar ficheros PDF hasta los 256KB. Hay programas que te permiten comprimir el tamaño del archivo como smallpdf.com o ilovepdf.com.

Una vez insertado en la columna “**Fichero Adjunto**” aparecerá la leyenda “**SI**”. No siendo necesario volver a hacer click en “**Enviar Formulario**” porque queda automáticamente vinculado a la impugnación. En cualquier momento podrás consultar, cambiar o eliminar el documento adjuntado.

Solo podrás hacer **4 impugnaciones a la hora**. Todas las impugnaciones quedan guardadas y podrás modificarlas o eliminarlas cada vez que accedas



PREGUNTA 8

Pregunta asociada a la imagen 8. Hombre de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia e infarto agudo de miocardio. Acude a urgencias por deterioro cognitivo rápidamente progresivo, amnesia, inestabilidad para la marcha y hemianopsia homónima izquierda. Se le realiza la siguiente TC craneal. Señale cuál es el diagnóstico más probable ante el hallazgo mostrado:

1. Absceso cerebral secundario a otitis media aguda derecha.
2. Trombosis venosa del seno sigmoide derecho.
3. Infarto isquémico agudo en territorio de arteria cerebral posterior derecha.
4. Neoplasia cerebral de origen glial con edema perilesional asociado.

**Respuesta del ministerio: 3**

Se presenta la impugnación debido a que la clínica no corresponde a una alteración focal occipital de un infarto isquémico agudo, ya que no justificaría el principal motivo de consulta: el deterioro cognitivo progresivo. Incluso para justificar la amnesia, sería necesaria una afectación completa muy proximal de la arteria cerebral posterior (asociando, entre otros, un síndrome talámico que el paciente no presenta) (1). A ello hay que añadir que la lesión de la imagen muestra un marcado efecto masa por edema y un componente denso en su interior, por lo que en caso de tratarse de una lesión isquémica, tendría que tener varios días de evolución, teniendo que haber estado toda la clínica precedida por una hemianopsia sin que el paciente consultase. Además, en la imagen el extremo posterior parasagital de la corteza occipital no se encuentra afectado, con lo que la distribución de la lesión no sigue el territorio de irrigación de la arteria cerebral posterior, al estar respetada precisamente su porción más distal. (2)

Sin embargo, todo el cuadro queda mucho mejor justificado por una lesión glial occipital (3), por lo que se considera que debería cambiarse la respuesta correcta a la número 3 o, en su defecto, anular la pregunta.

**Bibliografía:**

(1) Título: Neurología, 6.ª ed., de Juan José Zarranz.

Editorial: Elsevier. Año: 2018. Páginas: 308-310.

(2) Título: Radiología esencial. Tomo II. 2ª Ed. SERAM.

Editorial: Médica Panamericana. Año: 2021. Páginas: 1405-1424.

(3) Título: Neurología, 6.ª ed., de Juan José Zarranz.

Editorial: Elsevier. Año: 2018. Páginas: 525-527.



PREGUNTA 22

22. Asociada a la imagen 22.

Mujer de 75 años, autónoma y activa, que sufre una caída en su domicilio y acude a urgencias con dolor, impotencia funcional y deformidad alrededor de la rodilla izquierda. Había sido intervenida quirúrgicamente de esta rodilla hacía 2 años por gonartrosis mediante una artroplastia total de rodilla cementada postero-estabilizada. Los pulsos distales están conservados. Existe una movilidad patológica de la rodilla izquierda sin apreciarse déficit neurológico en la pierna afectada. Se realizan la radiografía y la TC que se muestran en las imágenes. ¿Cuál de las siguientes sería la actitud terapéutica en esta situación?:

1. Placa condílea de ángulo fijo a 95 grados con tornillos de compresión interfragmentaria.
2. Placa condílea de fémur bloqueada de fijación angular.
3. Clavo de fémur retrógrado acerrojado largo.
4. Clavo anterógrado cérvico-cefálico de fémur para proteger todo el fémur.

**Respuesta del Ministerio: 2****Versión1**

Según las recomendaciones actuales de la SECOT (Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología), y en base a la evidencia disponible de los estudios publicados, no existen diferencias significativas en cuanto a resultados funcionales y tasa de consolidación de fracturas periprotésicas bajas de fémur distal si comparamos el uso del clavo retrógrado con el uso de placa condílea en dichos pacientes, siendo ambas opciones elegibles de igual manera. Por tanto, tanto la opción 2 como la opción 3 pueden ser correctas teniendo en cuenta el tipo de prótesis y los datos clínicos que se nos describen en el enunciado de la pregunta. Solicitamos, por tanto, la impugnación de la misma.

**BIBLIOGRAFÍA:**

(1) Título: Guía sobre el tratamiento multidisciplinar de las fracturas periprotésicas de la SECOT (Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología).

Editorial: SECOT. Año: 2013.

(2) Título: Locked compression plating versus retrograde intramedullary nailing in the treatment of periprosthetic supracondylar knee fractures: a systematic review and meta-analysis. Autores: Magill H, Ponugoti N, Selim A, Platt J. Editorial: J Orthop Surg Res [Internet].

Año: 2021. Páginas: 1-9

(3) Título: Similar outcomes of locking compression plating and retrograde intramedullary nailing for periprosthetic supracondylar femoral fractures following total knee arthroplasty: a meta-analysis.

Autores: Shin, Y. S., Kim, H. J., & Lee, D. H.

Editorial: Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, 25.

Año: 2017. **Páginas:** 2921-2928.

(4) Título: Equivalent union rates between intramedullary nail and locked plate fixation for distal femur periprosthetic fractures—a systematic review.

Autores: Shah, J. K., Szukics, P., Gianakos, A. L., Liporace, F. A., & Yoon, R. S.

Editorial: Injury. Año: 2020. Páginas: 1062-1068.

Versión 2

Según las últimas guías de la sociedad española de cirugía ortopédica y traumatología y el resto de las referencias aportadas: tanto la placa condílea bloqueada de fijación angular como el clavo de fémur retrógrado acerrojado largo son técnicas efectivas y comparables para el tratamiento de fracturas periprotésicas supracondíleas femorales, sin diferencias significativas en términos de curación de la fractura, tiempo de operación, funcionalidad y tasas de complicaciones. Considerado lo expuesto previamente, y en concordancia con la bibliografía aportada, solicito la ANULACIÓN de esta pregunta



Bibliografía:

(1) Título: Locked compression plating versus retrograde intramedullary nailing in the treatment of periprosthetic supracondylar knee fractures: a systematic review and meta-analysis

Autor: Magill H, Ponugoti N, Selim A, Platt J . Editorial: Journal of Orthopaedic Surgery and Research. Año: 2021 . Página: Enlace

(2) Título: Locking compression plate versus retrograde intramedullary nail for periprosthetic supracondylar femoral fractures following total knee arthroplasty: a meta-analysis

Autor: Ma J, Wang W, Wang B, Yue D, Guo W Editorial: Chinese Journal of Trauma Año: 2018
Página: Enlace

(3) Título: Similar outcomes of locking compression plating and retrograde intramedullary nailing for periprosthetic supracondylar femoral fractures following total knee arthroplasty: a meta-analysis

Autor: Shin YS, Kim HJ, Lee DH. Editorial: Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy
Año: 2017 Página: Enlace

(4) Título: Guía sobre el tratamiento multidisciplinar de las fracturas periprotésicas
Autor: Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología Editorial: [SECOT]

Año: [Fecha no especificada]. Página: Enlace



PREGUNTA 45

Versión 1

Al aumentar el tamaño muestral de un estudio transversal (o de prevalencia) aumenta:

1. La representatividad de la muestra.
2. La validez del estudio.
3. La reproducibilidad del estudio.
4. La precisión del estudio.

**Respuesta del ministerio: 4**

La pregunta tiene dos respuestas correctas, por lo que debería ser anulada. Si bien es cierto que al aumentar el tamaño muestral aumenta la precisión del estudio, también aumenta su validez. “La validez externa (o generalización) valora el grado en que las conclusiones extraídas de un estudio se pueden extrapolar o generalizar más allá de la muestra de población estudiada. Depende del tamaño y características de la muestra y del contexto en el que se quiere aplicar.” (1) Por lo tanto, al aumentar el tamaño muestral aumenta la validez externa, que es uno de los dos elementos constituyentes de la validez global (que comprende la validez interna y externa). Por ende, implica un aumento de la validez global del estudio. Esto se debe a que manteniendo la validez interna inalterada, aumenta la validez externa, con lo cual “la validez del estudio” tal y como la formula la respuesta 2, en términos generales y de forma global, se vería también aumentada.

**Bibliografía:**

(1) Título: Validez de un estudio: validez interna y externa.

Autores: M. Sala Serra, L Domingo Torrell.

Editorial: Cirugía Española. Año: 2022. Páginas: 649-651

Versión 2

Según las referencias citadas el aumento del tamaño muestral no solo mejora la precisión sino que también mejora la representatividad, lo cual es esencial para estimar adecuadamente la prevalencia de un parámetro en la población objetivo. Considerado lo expuesto previamente, y en concordancia con la bibliografía aportada, solicito la ANULACIÓN de esta pregunta



Referencias:

(1) Título: Critical Comment on Depression in Main Caregivers of Dementia Patients: Prevalence and Predictors

Autor: Radha Saini, Tanay Maiti . Editorial: Advanced Biomedical Research . Año: 2018.

Página: -

(2) Título: Validity of sample sizes in publications of randomised controlled trials on the treatment of age-related macular degeneration: cross-sectional evaluation

Autor: S. Tulka, Berit Geis, C. Baulig, S. Knippschild, F. Krummenauer . Editorial: BMJ Open

Año: 2019. Página: -

(3) Título: Validez de un estudio: validez interna y externa

Autor: M. Sala Serra, L Domingo Torrell Editorial: Cirugía Española. Año: 2022 . Página: 649-651

(4) Título: Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica

Autor: José Antonio García-García. Editorial: Elsevier. Año: 2013. Página: 217-224



PREGUNTA 64

¿En cuál de las siguientes pacientes **NO** estaría indicada la realización de una Histeroscopia diagnóstica como primera línea de estudio?:

1. Mujer de 32 años con estudio ecográfico normal, episodios de dismenorrea grave y esterilidad primaria.
2. Mujer de 70 años con metrorragia postmenopáusica de 1 mes de evolución.
3. Mujer de 45 años con hemorragia uterina anormal cíclica de 6 meses de evolución.
4. Mujer de 43 años con hemorragia uterina anormal acíclica y sospecha ecográfica de mioma tipo 2 de la FIGO.



Respuesta del ministerio: 4

Según las recomendaciones de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) para cáncer de endometrio, en una mujer de 70 años con metrorragia postmenopáusica, se sugiere realizar una **ecografía transvaginal o transrectal** en su defecto para medir el grosor endometrial como **PRIMERA LÍNEA DE ESTUDIO**. Siendo la opción 2 también claramente incorrecta.

En caso de hallar un grosor $>3\text{mm}$ o bien, ante una ecografía de baja sospecha, es pertinente realizar una biopsia endometrial ambulatoria. Y sólo si esta resulta insatisfactoria o negativa, y persisten los síntomas, se sugiere llevar a cabo una histeroscopia diagnóstica y biopsia dirigida o legrado uterino. Por tanto, la histeroscopia no se recomienda nunca en este caso como método diagnóstico de primera línea como así se nos describe en la opción 2 de la pregunta que nos ocupa.

Tenemos, por tanto, dos opciones claramente incorrectas (opciones 1 y 2), por lo que solicitamos la impugnación de la pregunta.



Bibliografía:

(1) **Título:** Oncogúa SEGO: Cáncer de endometrio 2023.

Autor: Manel Barahona Orpinell.. Editorial: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
Año Edición: 2023. Página: 13



PREGUNTA 68

Gestante de 16 semanas con antecedente de parto prematuro a las 33 semanas en una gestación anterior, que actualmente presenta una longitud cervical de 28 mm. ¿Cuál es la intervención más eficaz para la prevención de la recurrencia del parto prematuro?:

1. Reposo relativo, antibioticoterapia y nifedipino vía oral.
2. Progesterona natural micronizada vía vaginal.
3. Cerclaje profiláctico.
4. Pesario cervical.

**Respuesta del ministerio: 2**

- **En primer lugar, según la SEGO, no se recomienda la administración de la progesterona natural micronizada vaginal para prevenir el parto pretérmino únicamente por la historia de parto pretérmino previo. (Calidad alta. Nivel de recomendación fuerte). Y sólo se recomienda en gestantes asintomáticas con embarazos únicos y un cérvix corto (≤ 25 mm) para prevenir el parto pretérmino, independientemente de si tienen historia de parto pretérmino previo o no. (Calidad moderada. Grado de recomendación fuerte). La paciente que nos ocupa presenta un cuello de 28mm.**
- **No existe ninguna otra repuesta correcta, ya que no cumple criterios estrictos para indicar cerclaje en este caso (antecedentes de 3 abortos tardíos o partos pretérmino, gestantes con traquelectomía previa o con antecedentes de 2 abortos tardíos sugestivos de incompetencia cervical).**
- **En la situación que nos presentan, en que **no existen criterios evidentes para indicar progesterona o cerclaje**, apoyándonos también en la evidencia de los estudios (“consideradas de forma aislada y en caso de cumplirse la indicación, cerclaje y progesterona muestran en estudios la misma efectividad para prevenir el parto pretérmino”), no existiría ninguna respuesta correcta y, **en caso de tener que seleccionar la más eficaz como nos pide la pregunta, existen dos respuestas igual de eficaces, por lo que consideramos que la pregunta ha de ser anulada.****

**Bibliografía:**

(1) Título: PARTO PRETÉRMINO Guía de Asistencia Práctica actualizada en octubre de 2020.

Autor: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Editorial: GAPSEGO - Perinatal

Año: 2020. Página: 292



PREGUNTA 148

Hombre de 17 años que acude a urgencias por dolor testicular izquierdo de 10 horas de evolución de inicio súbito, que le ha despertado mientras dormía, asociado a cortejo vegetativo y náuseas. En las últimas 24 horas refiere haber realizado actividad deportiva (un partido de fútbol en el que no recuerda haber sufrido traumatismo) y actividad sexual (con su pareja habitual y con preservativo). A la exploración hemiescrotal izquierdo hipersensible, con testículo y epidídimo tumefactos y muy dolorosos, horizontalizados y discretamente aumentados de tamaño respecto al contralateral, signo Prehn negativo, transluminación negativa. No hay disponible urólogo ni radiólogo de presencia física. ¿Cuál es la actitud más apropiada?:

1. Intento de detorsión testicular manual en rotación externa y exploración quirúrgica en las primeras 24 horas.
2. Toma de constantes, analítica urgente (hemograma, bioquímica y sistemático de orina), analgesia y antibioticoterapia intravenosa.
3. Remitir a la consulta de urología de forma preferente.
4. Hielo local y analgesia intravenosa con reevaluación posterior.



Respuesta del ministerio: 1

Se trata de una pregunta sobre la torsión testicular. Según las últimas guías europeas, efectivamente, debe intentarse inmediatamente la detorsión manual. Sin embargo, la cirugía no debe realizarse "en las primeras 24 horas", sino que debe ser inmediata (*"rather immediately following detorsion"*). Asimismo, en casos de torsión completa puede ocurrir una necrosis severa en incluso menos de 4 horas. Es por ello que en las últimas guías europeas es una recomendación fuerte que "la torsión testicular es una urgencia urológica pediátrica y requiere tratamiento inmediato" (*"Testicular torsion is a paediatric urological emergency and requires immediate treatment."*) (1). Por lo tanto, ninguna de las opciones es correcta, y la pregunta debería anularse.



Bibliografía:

(1) **Título:** EAU Guidelines on Pediatric Urology.

Autores: C. Radmayr, G. Bogaert, B. Burgu, M.S. Castagnetti, H.S. Dogan, F. O'Kelly, J. Quaedackers, Y.F.H. Rawashdeh, M.S. Silay. Año: 2023. Páginas: 25-27.



PREGUNTA 169

Ante un caso de sarna en un paciente inmunocompetente, señale la respuesta INCORRECTA:

1. El tratamiento de elección es permetrina tópica al 5 % desde la línea mandibular hasta los dedos de los pies, dejando actuar entre 8 y 14 horas.
2. Es preciso lavar la ropa usada en las 48 horas previas y otras ropas del hogar al menos a 50 grados, lavado en seco o en su defecto poner la ropa en bolsas de plástico durante 15 días, para eliminar el parásito correctamente.
3. La medida del efecto terapéutico del tratamiento es a través de la desaparición del picor en las primeras 48 horas.
4. En caso de fracaso del tratamiento tópico o sarna nodular, el tratamiento de elección en nuestro entorno es la ivermectina oral en dosis única.



Respuesta del ministerio: 3

Además de la opción 3 que es incorrecta, la opción 2 también lo es, dado que según la guía europea para el manejo de la escabiosis **15 días en bolsas de plástico** es una **duración excesiva**, que no aporta mayor beneficio y que aumenta el riesgo de **reducir la adherencia del paciente**, hecho que también demuestra el grupo de investigación de Bernigaud et al⁴.

Por último, la opción 4 es también incorrecta, dado que la guía europea recomienda la utilización de ivermectina oral (200 µg/kg) en **dos dosis** (no dosis única), **espaciadas 1 semana** (nivel de evidencia: Ib, nivel de recomendación: A), dado que este principio activo **carece de efecto ovicida**³ La propia **Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)** emitió en diciembre de 2023 recomendaciones específicas para el diagnóstico y tratamiento de la escabiosis.⁵ En ellas, se recomienda de nuevo que **se repita la administración de ivermectina oral a los 7-10 días tras la primera dosis**⁵ Además, en la ficha técnica de la ivermectina (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios) se establezca que la posología recomendada para el tratamiento de la “sarna sarcóptica” sea 200 µg/kg en dosis única, **en ningún punto** de este documento, ni de las recomendaciones de la AEDV ni de la guía europea se establece que **este principio activo constituya el tratamiento de elección en sarna nodular. La elección del tratamiento, tanto en la sarna nodular como en la variante estándar, se realizará según las preferencias del afectado y las eventuales contraindicaciones.**^{3,5}

Por tanto, solicito su **ANULACIÓN**.

**Bibliografía:**

(1) Título: Dermatol Clin.

Autores: Jannic A, Bernigaud C, Brenaut E, Chosidow O. Scabies Itch. Año: 2018. Páginas: 301-308

(2) Título: Scabies. Dermatol Ther. 2009

Autores: Hicks MI, Elston DM. Año: 2009. Páginas: 279-292

(3) Título: European guideline for the management of scabies.

Autores: Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS.

Editorial: J Eur Acad Dermatol Venereol. Año: 2017. Páginas: 1248-1253

(4) Título: Título: How to eliminate scabies parasites from fomites: A high-throughput ex vivo experimental study. Autores: Bernigaud C, Fernando DD, Lu H, Taylor S, Hartel G, Chosidow O, Fischer K. H.

Editorial: J Am Acad Dermatol. Año: 2020. Páginas: 241-245.

(5) Título: Título: Recommendations from the spanish academy of dermatology and venereology (aedv) for the management of sexual transmitted parasitosis, scabies, and pediculosis pubis.

Autores: Galván-Casas C, Ortiz-Álvarez J, Martínez-García E, Corbacho-Monné M.

Editorial: Actas Dermosifiliogr. Año: 2023. Páginas: 945-946



PREGUNTA 180

Mujer de 45 años con antecedentes de colitis ulcerosa, que consulta por fiebre diaria de hasta 40°C acompañada de escalofríos, astenia, anorexia y cefalea intensa. En la exploración está febril, normotensa, a 90 lpm y destaca hepatoesplenomegalia blanda. En la analítica destaca bicitopenia (leucocitos 2650 [73 N, 19 L, 3M], Hb 9,7, Hcto 28,6 %, VCM 95, CHCM 34), hipofibrinogenemia, ALT 88 UI/L (N hasta 37), AST 126 UI/L (N hasta 32), LDH 431 UI/L (N hasta 190), ferritina 936 µg/L (N 15 a 120), hipergammaglobulinemia (gamma: 27 %) y proteína C reactiva 78 mg/L (N hasta 8). Estudio serológico : IgM anti-ACV (antígeno de la cápside del virus de Epstein-Barr) positivo, IgG anti-ACV positivo. Médula ósea: disminución de la eritropoyesis y granulocitopoyesis con hiperplasia de histiocitos con intensa hemofagocitosis y cultivo negativo. ¿Cuál es la respuesta INCORRECTA sobre la enfermedad que sufre esta paciente?:

1. Puede asociarse a un síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X tipo 2.
2. Si se logra la remisión, el único tratamiento curativo es el trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas.
3. Existe una activación incesante de linfocitos CD8+ y macrófagos.
4. El tratamiento de elección son los anticuerpos monoclonales anti-IL6 asociado a anticuerpos monoclonales antiTNF.

**Respuesta del ministerio: 4**

De acuerdo con la evidencia científica disponible actualmente y basándonos en diferentes fuentes bibliográficas, el único tratamiento curativo en la actualidad en un síndrome hemofagocítico primario y secundario con criterios de gravedad o secundario recurrente, es el trasplanta ALOGÉNICO de médula ósea, siendo la opción 2 incorrecta, ya que se habla de trasplante AUTÓLOGO, el cual NO es curativo y en el caso que nos ocupa sólo tendría cabida en caso de fracaso de las primeras líneas terapéuticas (no sería el ÚNICO tratamiento curativo y tampoco AUTÓLOGO, sino ALOGÉNICO). Por tanto, existen 2 opciones claramente incorrectas en la pregunta y solicitamos la impugnación.

**Bibliografía:**

(1) Título: Hemophagocytic Lymphohistiocytosis.

Autor/es: Ayse Gonca Kaçar, Tiraje Tülin Celkan. Año: 2022

(2) Título: Hemophagocytic Lymphohistiocytosis.

Autor/es: Tanya Sajan Ponnatt, Cullen M. Lillet, Kamran M. Mirza. Año: 2022

(3) Título: Treatment and prognosis of hemophagocytic lymphohistiocytosis

Autor: Kenneth L McClain. Año: Diciembre 2020 (UpToDate Review).



PREGUNTA 210

La clasificación de las muertes por COVID-19 en los certificados médicos de defunción (CMD) es un tema complejo que se aborda en diversos estudios. Según Rao (2020) en el “Bulletin of the World Health Organization”, la certificación médica de causa de muerte debe reflejar una secuencia patofisiológica de condiciones clínicas que llevan a la muerte, incluyendo todas las condiciones coexistentes con la infección por COVID-19 en el momento del fallecimiento. Además, Gundlapalli et al. (2021) en el “Morbidity and Mortality Weekly Report” enfatizan la importancia de documentar diagnósticos coexistentes en los certificados de defunción para una vigilancia precisa de la mortalidad por COVID-19

Por otro lado, Grippo et al. (2020) en el “Journal of Clinical Medicine” destacan que en la mayoría de los casos de personas fallecidas tras dar positivo en SARS-CoV-2, la COVID-19 fue la causa directa de la muerte. Las complicaciones respiratorias fueron comunes, pero también se observaron complicaciones no respiratorias.

En resumen, no hay evidencia sobre la clasificación de estos cadáveres en grupos en relación con el riesgo para la salud pública, pero la importancia de una documentación precisa y detallada en los CMD es clara, la COVID-19 debería constar en el CMD como causa de muerte si fue el factor determinante en el fallecimiento del individuo, teniendo en cuenta tanto la infección como las condiciones coexistentes.

**Bibliografía:**

(1) **Título:** Medical certification of cause of death for COVID-19.

Editorial: Bulletin of the World Health Organization, 98

Año: 2020. Páginas: 298 - 298A. <https://doi.org/10.2471/blt.20.257600>.

(2) **Título:** Death Certificate–Based ICD-10 Diagnosis Codes for COVID-19 Mortality Surveillance — United States, January–December 2020.

Editorial: Morbidity and Mortality Weekly Report, 70.

Autores: Gundlapalli, A., Lavery, A., Boehmer, T., Beach, M., Walke, H., Sutton, P., & Anderson, R.

Año: 2021. Páginas: 523-527. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7014e2>.

(3) **Título:** The Role of COVID-19 in the Death of SARS-CoV-2–Positive Patients: A Study Based on Death Certificates.

Autores: Grippo, F., Navarra, S., Orsi, C., Manno, V., Grande, E., Cialesi, R., Frova, L., Marchetti, S., Pappagallo, M., Simeoni, S., Pasquale, L., Carinci, A., Donfrancesco, C., Noce, C., Palmieri, L., Onder, G., Minelli, G., & Group, I.

Editorial: Journal of Clinical Medicine. Año: 2020. Páginas: 1-12. <https://doi.org/10.3390/jcm9113459>.

**MÉDICOS
FORMANDO
MÉDICOS**

AMIR

www.academiamir.com

Dossier - ImpugnaMIR

AMIR

ACADEMIA DE ESTUDIOS MIR, S.L.

www.academiamir.com

La protección de los derechos de autor se extiende tanto al contenido redaccional de la publicación como al diseño, ilustraciones y fotografías de la misma, por lo que queda prohibida su reproducción total o parcial sin el permiso del propietario de los derechos de autor.