

**Categoría: FEA MEDICINA INTENSIVA**

3 de junio 2023

Procesos selectivos convocados mediante Resoluciones de 09/03/2021 (D.O.C.M. nº 51, de 16 de marzo), de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam).

**INSTRUCCIONES:**

1. **No abra este cuestionario** hasta que se le indique.
2. Utilice **bolígrafo negro o azul**. Antes de comenzar, lea detenidamente las instrucciones que figuran al dorso de la "Hoja de Examen".
3. Este cuestionario consta de **100** preguntas y **5** de reserva. Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario solicite su sustitución.
4. Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en la "Hoja de Examen" es el que corresponde con el número de pregunta del cuestionario.
5. Todas las preguntas de este cuestionario tienen el mismo valor y una sola respuesta correcta.
6. **Las respuestas deberán ser marcadas** en la "Hoja de Examen" teniendo en cuenta estas instrucciones y las contenidas en la propia "Hoja de Examen".
7. El tiempo de realización de este ejercicio es de **120 minutos**. Para aquellas personas con discapacidad que hayan solicitado adaptación, la duración concreta se ha establecido según el tipo de discapacidad y de acuerdo con la normativa vigente.
8. Este cuestionario puede utilizarse en su totalidad como borrador, pudiendo llevarse el mismo una vez finalizada la prueba.
9. No está permitido el uso de calculadora, libros, documentación, teléfono móvil, relojes inteligentes o cualquier otro dispositivo electrónico.
10. **No olvide firmar** la "Hoja de Examen" en el lugar reservado al efecto.

1. **Entre los derechos y deberes fundamentales regulados en el artículo 43.1 de la Constitución Española, se reconoce:**
  - a) El derecho a la protección de la salud.
  - b) El derecho al acceso a la cultura.
  - c) El derecho al honor, intimidad personal y familiar.
  - d) El derecho a la vida y a la integridad física y moral.
  
2. **De conformidad con el artículo 13.2 del Estatuto de Autonomía de Castilla – La Mancha, el Consejo de Gobierno, se compone:**
  - a) De los miembros del Tribunal Superior de Justicia de la Región.
  - b) Del Presidente, los Vicepresidentes, en su caso, y los Consejeros.
  - c) De los Diputados de las Cortes.
  - d) De los miembros del Consejo Consultivo.
  
3. **El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con el artículo 7.1 Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, comprenderá las prestaciones correspondientes a:**
  - a) Ayuda a domicilio.
  - b) Atención residencial.
  - c) Salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.
  - d) Prevención e inclusión social.
  
4. **La ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud en Castilla-La Mancha, recoge en su artículo 9 dentro de los derechos relativos a la información sanitaria:**
  - a) El derecho a la información asistencial.
  - b) El derecho a la garantía de tiempos máximos de respuesta.
  - c) El derecho a la asistencia sanitaria.
  - d) El derecho al acompañamiento.
  
5. **El Decreto 24/2011, de 12/04/2011, de la documentación sanitaria en Castilla-La Mancha, en su artículo 13, regula:**
  - a) El uso de la historia clínica por los profesionales sanitarios.
  - b) El uso de la historia clínica por terceros.
  - c) El uso de la historia clínica por el paciente.
  - d) El uso de la historia clínica por el representante legal del paciente.
  
6. **El shock cardiogénico, tras un infarto de miocardio, es una patología que tratamos con cierta frecuencia en las UCI. A nivel conceptual, se define como el estado crítico de hipoperfusión orgánica y tisular, secundario a una disminución del gasto cardíaco. En la práctica, son criterios que apoyan el diagnóstico todos los que se presentan a continuación menos uno; señálelo:**
  - a) Hipotensión arterial, en ausencia de hipovolemia, o requerimiento de vasopresores.
  - b) Niveles de lactato sistémico inferiores a 2 mmol/l.
  - c) Signos clínicos de hipoperfusión
  - d) Bajo índice cardíaco medido por sistema de monitorización.
  
7. **En los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con dolor torácico, sugerente por las características clínicas, de síndrome coronario agudo, señale cual/es de las siguientes acciones debemos plantearnos realizar en los primeros 10 minutos de llegada al hospital:**
  - a) Triage como paciente potencialmente tiempo-dependiente
  - b) Obtener un ECG de 12 derivaciones
  - c) Obtener una vía intravenosa y extraer marcadores de necrosis miocárdica
  - d) Todas las acciones anteriores deben realizarse ante este tipo de pacientes

8. **¿Cuál/ cuales de las siguientes características definen al soporte vital avanzado, cuando se realiza una Reanimación Cardio-Pulmonar?**
- Realización por personal entrenado y equipado.
  - La dirección o liderazgo de las maniobras de RCP debe ser realizada por la persona más experimentada.
  - Es necesario que, al menos, sea realizada por dos reanimadores.
  - Todas las características previas son necesarias en el soporte vital avanzado.
9. **Con respecto al tratamiento de las arritmias periparada, señale la afirmación incorrecta:**
- Por su alta rentabilidad y su vida media corta, la adenosina es el fármaco de elección en las taquiarritmias irregulares de QRS estrecho y estabilidad hemodinámica.
  - La taquiarritmia ventricular puede beneficiarse de la administración de amiodarona intravenosa.
  - En los casos con taquiarritmia que cursa con inestabilidad hemodinámica, lo mejor es realizar una cardioversión eléctrica lo antes posible
  - Realmente, todas las afirmaciones previas deben considerarse correctas.
10. **En pacientes muy seleccionados, en aquellos hospitales que sea factible, se puede considerar la Resucitación Cardio-Pulmonar (RCP) extracorpórea como terapia de rescate cuando el Soporte Vital Avanzado (SVA) fracase. ¿Cuál/cuáles de las siguientes afirmaciones se consideran necesarias para plantear como opción la colocación de una oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) Veno-Arterial como RCP extracorpórea?**
- Parada cardíaca presenciada, con sospecha de taponamiento cardíaco por disección aórtica, para ganar tiempo hasta la intervención quirúrgica.
  - Parada cardíaca que se consigue recuperar latido a los 35 minutos de inicio de las maniobras de SVA.
  - Parada cardíaca que se empieza a reanimar por testigos, fracasan las medidas convencionales y pensamos que el motivo de la parada es un síndrome coronario agudo que potencialmente podría beneficiarse de intervencionismo.
  - Todas las afirmaciones anteriores son correctas
11. **¿Cuál de los siguientes tratamientos no está indicado de rutina en una crisis asmática grave?**
- Oxigenoterapia para mantener saturación de O<sub>2</sub> superior al 92%.
  - Dosis altas de B<sub>2</sub>-agonistas inhalados, reservando la administración intravenosa. para aquellos casos en los que no sea posible la inhalación/nebulización.
  - Antibioterapia empírica.
  - Esteroides sistémicos.
12. **La decisión de intubar e iniciar ventilación mecánica en un paciente con una crisis asmática grave no es fácil y no hay unas guías clínicas globales. De las siguientes situaciones clínicas, tenemos que plantear la intubación en:**
- Pacientes con incapacidad para mantener el esfuerzo respiratorio (esto es, fatiga extrema)
  - Pacientes con SatO<sub>2</sub> 92%
  - Peak Flow inferior a 220 L/m
  - No habría que plantear la intubación en ninguna de las situaciones clínicas previas
13. **En los pacientes con Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), la revascularización miocárdica puede resultar primordial para una adecuada evolución clínica. Por ello, ¿cuál/cuales, de los siguientes supuestos, con respecto al SCACEST, debemos considerarlo indicación clase I de revascularización?:**
- En los pacientes con SCACEST, a las 48 h de haber realizado fibrinólisis.
  - En los pacientes con SCACEST e isquemia persistente, independiente del tiempo de comienzo del infarto.
  - En los pacientes con SCACEST e inestabilidad hemodinámica evidente.
  - En todas las situaciones previas, la indicación es Clase I para revascularización miocárdica.

14. Cuando un paciente sedado, intubado y conectado a ventilación mecánica en un modo asistido/controlado por volumen (VC) con flujo constante, con parámetros de ventilación protectora en las primeras dos horas de un postoperatorio de esofagectomía, presenta súbitamente una presión pico muy alta (>40 cmH<sub>2</sub>O) con una presión de meseta baja (10 cmH<sub>2</sub>O) hay que sospechar:
- Fístula traqueoesofágica.
  - Desconexión accidental del respirador.
  - Aparición de neumonía asociada al ventilador.
  - Obstrucción al flujo.
15. Señale la respuesta falsa respecto al modo de ventilación denominado “Ventilación en Presión de Soporte (PSV)”:
- La frecuencia respiratoria queda determinada por el paciente.
  - La fase inspiratoria cesa cuando el flujo cae un % arbitrario del flujo inicial o por debajo de un umbral de flujo absoluto que puede venir configurado por defecto en el ventilador.
  - Al ser un modo programado por presión evita la lesión inducida por la ventilación mecánica.
  - Es compatible con fijar el nivel de PEEP que esté indicado.
16. Señale la respuesta correcta en lo referente a la asistencia ventilatoria ajustada neuralmente (NAVA):
- Se recomienda abandonar su uso por empeorar las asincronías.
  - El inicio de la inspiración depende de la actividad del nervio frénico.
  - Es un método de ventilación mecánica asistido por volumen.
  - La duración de la inspiración depende de los parámetros pautados por el médico.
17. Respecto a la potencial lesión pulmonar inducida por el ventilador (VILI), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?
- En los pacientes ventilados mecánicamente que no hacen esfuerzos inspiratorios propios, la diferencia entre la Presión meseta y la PEEP (“Driving pressure”) influye en la VILI.
  - El uso de bajos volúmenes corrientes (< 6 ml/kg de peso ideal) y limitar la Presión meseta a < 30 cmH<sub>2</sub>O reduce la mortalidad en pacientes con SDRA.
  - En los pacientes ventilados mecánicamente con esfuerzos inspiratorios propios, la presión transpulmonar viene determinada por la diferencia de la Presión meseta y la PEEP.
  - El uso clínico de la curva Presión-Volumen permite calcular el punto de inflexión inferior y superior, y se utiliza como un método para establecer la PEEP óptima en pacientes con lesión pulmonar aguda.
18. Señale la respuesta verdadera en cuanto a la potencial lesión pulmonar inducida por la ventilación mecánica (VILI):
- Los niveles de PEEP y la aparición de barotrauma es una asociación consistente en todos los estudios.
  - La presión transpulmonar es un determinante de VILI tanto en pacientes con esfuerzos inspiratorios propios como en los relajados.
  - El denominado “Biotrauma” hace alusión a la existencia de una causa genética que predispone a la mayor expresión de biomarcadores al someterse a ventilación mecánica.
  - El denominado “Atelectrauma” es independiente de los niveles de PEEP.
19. La traqueotomía es un procedimiento frecuente en pacientes críticos. Señala la afirmación correcta:
- El procedimiento de traqueotomía percutánea está contraindicado en pacientes obesos (IMC >30 kg/m<sup>2</sup>).
  - La mayoría de los estudios que comparan el procedimiento percutáneo con el quirúrgico encuentran menos tasas de infección del estoma traqueal en los procedimientos quirúrgicos.
  - En los pacientes que se estima necesitarán una ventilación mecánica prolongada, la realización de una traqueotomía en los primeros 4 días de la ventilación mecánica ha demostrado disminuir la mortalidad a los 30 días en varios ensayos clínicos aleatorizados.
  - En los pacientes cuyo cartílago cricoides se encuentra a < 3 cm de la escotadura esternal se recomienda realizar la traqueotomía quirúrgica antes que percutánea.

- 20. Cuando se sospecha en un paciente de 50 años que puede tener un Síndrome de Distres Respiratorio Agudo (SDRA) ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**
- Debe demostrarse mediante un catéter de Swan-Ganz que las presiones de llenado del ventrículo izquierdo son bajas de acuerdo a la Definición de Berlín para hacer el diagnóstico de SDRA
  - La búsqueda y tratamiento de la causa desencadenante es irrelevante para el pronóstico
  - Hay consenso internacional en que la biopsia pulmonar no debe realizarse en pacientes que reciben ventilación mecánica por tener un riesgo de complicaciones graves > 50%
  - Debe considerarse la reactivación de una infección por Herpes Virus o por Citomegalovirus como potencial causa de SDRA persistente, aunque el tratamiento de estas reactivaciones no está claro que mejore la supervivencia.
- 21. De acuerdo a las guías clínicas de la “World Society of Emergency Surgery” 2019 en relación al manejo de la pancreatitis aguda grave, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:**
- Posponer la cirugía al menos 4 semanas desde el inicio del cuadro disminuye la mortalidad.
  - El abordaje de elección de la necrosis pancreática infectada es el drenaje percutáneo.
  - Se debe hacer de manera rutinaria CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) urgente cuando la causa de la pancreatitis aguda sea litiásica.
  - La presencia de fístula intestinal que se extiende hacia una colección pancreática es indicación quirúrgica.
- 22. En relación a la hemorragia digestiva alta no secundaria a varices esófago-gástricas, señala la respuesta CORRECTA:**
- La realización de endoscopia emergente (< 6 horas) puede empeorar el pronóstico de los pacientes estabilizados, por lo que no se recomienda su realización.
  - Se recomienda la realización de lavado/aspiración por sonda nasogástrica u orogástrica para valorar el origen y la gravedad del sangrado.
  - Se recomienda la intubación orotraqueal de manera rutinaria como método óptimo de protección de la vía aérea.
  - En caso de que el paciente esté recibiendo doble antiagregación, se recomienda suspender ambos fármacos antiagregantes durante al menos 7 días.
- 23. En relación a los pacientes con fallo hepático agudo señala la INCORRECTA:**
- La hipoglucemia es frecuente en pacientes con fallo hepático agudo y se asocia a una mayor mortalidad.
  - La hiponatremia es un marcador de mal pronóstico y se debe corregir para mantener una concentración entre 140-150 mmol/L.
  - La administración de antibióticos no reabsorbibles (descontaminación selectiva) ha demostrado mejorar la supervivencia en este grupo de pacientes.
  - Se debe valorar la monitorización de la presión intracraneal en pacientes con grados de encefalopatía 3-4, ventilados mecánicamente, con fracaso renal agudo, sometidos a técnicas de reemplazo renal continuo y con niveles de amonio > 150 – 200 mmol/L, especialmente si están inestables hemodinámicamente.
- 24. En relación al Síndrome de Disfunción Multiorgánico (SDMO) señala la INCORRECTA:**
- Se define como el fallo agudo y potencialmente reversible de al menos 2 sistemas orgánicos que se desencadena por múltiples y diversos factores clínicos.
  - Los sistemas de puntuación habitualmente empleados para valorar la gravedad del SDMO son: SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), LODS (logistic organ dysfunction score) y MODS (multiple organ dysfunction score).
  - Los sistemas de puntuación empleados para valorar la gravedad del SDMO se realizan a diario empleando los peores valores de cada día, con el objetivo de ver la evolución del mismo.
  - El SDMO no posee tratamiento etiológico efectivo ni existen estrategias preventivas.

- 25. En casos refractarios de shock séptico, y de acuerdo a las últimas recomendaciones de la Surviving Sepsis Campaign (2021) señala la CORRECTA:**
- No se recomienda el uso de bicarbonato para mejorar la hemodinámica o disminuir las dosis de vasopresores en pacientes con acidosis láctica secundaria a hipoperfusión.
  - Se recomienda el empleo de vitamina C, tiamina e hidrocortisona. Esta combinación ha demostrado disminuir la mortalidad precoz y tardía en este subgrupo de pacientes.
  - Se recomienda iniciar hemoperfusión con polimixina B. Esta terapia ha demostrado disminuir la mortalidad en los pacientes con fracaso multiorgánico refractario, especialmente si se mantiene durante al menos 24 horas.
  - En pacientes con disfunción ventricular, en especial aquellos con fallo derecho grave, se debe contemplar el empleo de Levosimendan a dosis bajas debido a su efecto lusitrópico.
- 26. En relación al diagnóstico de la Bacteriemia Relacionada con CVC (catéter venoso central), señala la respuesta CORRECTA:**
- En caso de sospecha y querer mantener el CVC, se debe realizar la extracción de hemocultivos de todas las luces del catéter. Además, se debe extraer otro hemocultivo obtenido por venopunción periférica.
  - La positividad del hemocultivo extraído del catéter 120 minutos después del obtenido por punción periférica es altamente sugestivo de Bacteriemia relacionada con CVC.
  - El punto de corte del tiempo para el diagnóstico de candidemia relacionada con CVC, sin retirada del mismo, es el mismo que para las bacterias (120 minutos).
  - Las muestras obtenidas del punto de punción y de la conexión no son de utilidad para el diagnóstico de las Bacteriemias Relacionadas con CVC, ya que se consideran zonas contaminadas.
- 27. Respecto a los pacientes críticos con infección respiratoria grave por virus Influenza, señala la respuesta INCORRECTA:**
- Se debe de iniciar el tratamiento con Oseltamivir en las primeras 48 horas, pasado ese tiempo no se recomienda su administración ya que no ha mostrado beneficio alguno.
  - Cuanto más precoz se inicie el tratamiento con Oseltamivir mayor será el beneficio, por eso se recomienda iniciarlo en las primeras 6 horas desde su llegada al hospital.
  - No se deben administrar corticosteroides a los pacientes hospitalizados, a menos que estén indicados por otras razones.
  - Se debe administrar antibioterapia de manera precoz a aquellos pacientes que presenten un cuadro clínico respiratorio grave, consistente en neumonía extensa, fallo respiratorio y/o hipotensión.
- 28. De acuerdo a las Guías Clínicas de la American Thoracic Society (2019) en relación al diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Comunitaria del adulto, señala la respuesta INCORRECTA:**
- De rutina, se deben sacar hemocultivos y antígenos de Legionella y neumococo en orina a todos los pacientes con diagnóstico neumonía comunitaria.
  - Se debe obtener un cultivo de secreciones en todos los pacientes con criterios de gravedad.
  - La trombocitopenia ( $< 100.000/\mu\text{L}$ ) no es un criterio de gravedad.
  - La procalcitonina no se debe de tener en cuenta a la hora de iniciar tratamiento antimicrobiano en un paciente con sospecha clínica y confirmación radiológica de neumonía comunitaria.
- 29. Una mujer de 62 años, natural de Nigeria, hipertensa e hipercolesterolémica ingresa en UCI por bajo nivel de conciencia. Refiere la familia que la paciente lleva alrededor de 7 días con un cuadro fiebre, vómitos, astenia y cefalea que se ha intensificado en las últimas 24 horas apareciendo desorientación y bajo nivel de conciencia (GCS 10/15), motivo por el que la traen a urgencias. Con la sospecha de meningitis se realiza un TC craneal con contraste que muestra realce meníngeo y ligera hidrocefalia. Se realiza Punción lumbar que muestra presión de apertura elevada y en la bioquímica destaca un líquido claro con pleocitosis (leucocitos  $340/\mu\text{L}$  con 80% de linfocitos), proteínas elevadas (3.4 g/L) e hipoglucorraquia (30 mg/dL; ratio LCR/plasma  $< 0.2$ ). Gram urgente y BAAR negativos. Respecto al manejo de la paciente señala la INCORRECTA:**
- Se debe valorar el tratamiento con corticoides, ya que su empleo ha demostrado disminuir la mortalidad.
  - Se debe valorar el drenaje intraventricular ya que mejora el pronóstico neurológico.
  - El tratamiento inicial antimicrobiano debe incluir isoniácida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.
  - La principal sospecha es la meningitis de origen vírico, el tratamiento debe de incluir Ganciclovir.

**30. Respecto a la Hemorragia digestiva Alta, son correctas todas las afirmaciones EXCEPTO:**

- a) Se define como pérdida sanguínea procedente de regiones localizadas entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz, la incidencia se asocia al envejecimiento de la población y al consumo de fármacos entre los que destacan los AINEs, antiagregantes y anticoagulantes.
- b) La mayoría son de causa no varicosa, siendo la más frecuente la úlcera péptica, pero otras causas posibles son el desgarro de Mallory-Weiss, las esofagitis y los tumores entre otros.
- c) Las HDA por varices esofágicas requieren el mismo manejo terapéutico que las de etiología no varicosa.
- d) Según la cantidad de sangre que se estime como pérdida y la velocidad a que ésta se produzca, se clasifican en HDA Leve (paciente asintomático y con pérdida de hasta el 10% de la volemia), HDA Moderada (TAS >100 mmHg, FC <100 lpm, palidez y frialdad cutánea, pérdida estimada en 10-25%), HDA Grave (TAS < 100, FC 100-120 lpm, intensa vasoconstricción periférica, inquietud, agitación, oliguria, con signos posturales positivos y estimación de pérdida de entre 25-35% de la volemia) y Shock hipovolémico (intensa vasoconstricción periférica, colapso venoso, agitación, estupor o coma, anuria y pérdida superior al 35% del volumen circulante).

**31. La insuficiencia hepática aguda grave (IHAG) está provocada por la necrosis celular de una cantidad significativa de masa hepática, son ciertas todas excepto:**

- a) Se desarrolla en menos de 26 semanas en un paciente con enfermedad hepática subyacente.
- b) Los síntomas inicialmente inespecíficos (astenia o dolor) se acompañan de signos clínicos de disfunción hepática como la ictericia y aumento de las enzimas aminotransferasas y de la bilirrubina en las analíticas, junto con coagulopatía.
- c) El deterioro progresivo de la función hepática puede producir encefalopatía.
- d) La disminución de la actividad de protrombina por debajo del 50% es el marcador de gravedad y establece el diagnóstico de IHAG.

**32. En relación con la malaria, es cierto:**

- a) El paludismo es una infección parasitaria por especies del género Plasmodium, siendo el P. Malariae el responsable de más del 90% de los casos.
- b) El patrón de oro para el diagnóstico en la actualidad es la positividad en las pruebas moleculares de la reacción en cadena de la polimerasa, que son rápidas y poco costosas.
- c) La malaria grave se asocia únicamente a la infección por Plasmodium falciparum.
- d) Las artemisininas se han convertido en el tratamiento de elección independientemente de la especie y los criterios de gravedad, incluidas las mujeres gestantes, relegando el tratamiento clásico de quinina asociada a doxiciclina o clindamicina.

**33. Respecto a la enfermedad del Sistema Nervioso Central (SNC) producida por Clostridium tetani, identifique la incorrecta:**

- a) La gravedad y pronóstico se relacionan inversamente con el periodo de incubación, con el intervalo desde el primer síntoma y la aparición de los espasmos y con la presencia de inmunidad previa.
- b) El responsable es un bacilo inmóvil, grampositivo, anaerobio facultativo que es capaz de formar una espora en uno de sus extremos.
- c) Cuando las esporas contaminan una herida, se convierten en formas vegetativas que producen dos tipos de toxinas, la tetanolisina y la tetanosospasmina, ésta última con un papel determinante en el cuadro clínico
- d) La clínica puede expresarse de cuatro formas bien diferenciadas (generalizado, localizado, cefálico y neonatal), siendo la más común la forma más grave que es el tétanos generalizado.

34. La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es una infección del parénquima pulmonar, causa importante de morbilidad y mortalidad, donde la mayoría de las veces el tratamiento es empírico, pero respecto a la valoración pronóstica y la decisión de dónde ingresar y tratar al paciente con una neumonía adquirida en la comunidad, y utilizando la escala de Fine (Pneumonia Severity Index) es **FALSO** que:
- La edad en el sexo masculino tiene una puntuación más elevada que el femenino.
  - Los antecedentes de enfermedad neoplásica y  $pH < 7.35$  tienen una puntuación de 30 puntos.
  - Vivir en residencia o asilo tiene la misma puntuación que tener un derrame pleural.
  - Un paciente varón de 68 años, sin antecedentes de interés que se diagnostica de NAC con los siguientes valores analíticos:  $PaO_2$  62 mmHg en Gases Arteriales con  $pH$  7.38, Hematocrito 42%, glucemia 200 mg/dl, estaría clasificado como clase I con mortalidad a los 30 días 0.1%.
35. Entre las medidas para la prevención de la NAVM contempladas en el proyecto Neumonía Zero, son **todas altamente recomendadas, excepto:**
- Descontaminación selectiva del tracto digestivo.
  - Aspiración continua de las secreciones subglóticas.
  - Antibióticos sistémicos durante la intubación en pacientes con disminución del nivel de conciencia.
  - Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento por encima de 20 cmH<sub>2</sub>O.
36. En el shock séptico la identificación de la fuente de infección es un factor determinante y prioritario, por lo que las técnicas de diagnóstico en microbiología constituyen una parte muy importante, éstas pueden ser directas o indirectas, entre las primeras se encuentran todas, excepto:
- El examen microscópico con la visualización del agente patógeno
  - Los cultivos de los patógenos, que además de identificar a los microorganismos nos permiten realizar estudios de sensibilidad a los antibióticos
  - Los métodos inmunológicos y las técnicas de diagnóstico molecular
  - Las pruebas serológicas y de inmunidad celular
37. Son criterios menores de la escala SCAP (Severity Community-Acquired Pneumonia) todos los mencionados excepto uno:
- Frecuencia respiratoria superior a 30 rpm.
  - Edad mayor o igual a 80 años.
  - Afectación multilobular o bilateral en la Rx tórax.
  - Presión arterial sistólica < 90mmHg.
38. Señale la asociación incorrecta ente los factores predisponentes y los gérmenes responsables de las infecciones nosocomiales del SNC:
- Traumatismo craneoencefálico: *S. pneumoniae*, *H. Influenzae*.
  - Postneurocirugía: *Staphylococcus spp.*, bacilos gram negativos nosocomiales.
  - Derivaciones de LCR: *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *L. Monocytogenes*.
  - Fistulas de LCR: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Staphylococcus aureus*.
39. En la Polineuropatía del enfermo crítico, señale la afirmación FALSA:
- Pueden existir en los estudios de conducción nerviosa, amplitudes nerviosas sensoriales y motoras <80 por ciento del límite inferior normal en dos o más nervios.
  - Siempre existe afectación de los músculos extraoculares.
  - No suele existir aumento de CPK sérica.
  - La ausencia de una respuesta decreciente a la estimulación nerviosa repetitiva apoya la sospecha diagnóstica.

- 40. La clasificación de la hiponatremia se puede hacer en base a parámetros bioquímicos, rapidez de desarrollo o por gravedad de los síntomas, dicha clasificación puede dirigir el tratamiento. De las siguientes afirmaciones señale la FALSA:**
- Define hiponatremia leve el hallazgo de sodio sérico entre 130-135 mmol/L.
  - Se define hiponatremia aguda aquella que se documenta en < 48 horas.
  - Hiponatremia con síntomas graves corresponde a hiponatremia grave.
  - En la hiponatremia crónica siempre debemos sospechar polidipsia previa.
- 41. Los síntomas derivados de la hiponatremia ocurren, principalmente, por una disminución aguda y marcada de la concentración sérica de sodio (Na) que conllevan, en muchas ocasiones, a una disfunción neurológica. Indique la afirmación CORRECTA:**
- La encefalopatía hiponatrémica aguda nunca es reversible produciendo daños neurológicos severos e incluso la muerte.
  - El grado de edema cerebral y, por lo tanto, la gravedad de los síntomas neurológicos es siempre mayores con la hiponatremia crónica.
  - Se ha observado una susceptibilidad de mujeres postmenopáusicas a manifestaciones neurológicas por hiponatremia.
  - Una hiponatremia moderada mantenida en el tiempo en pacientes añosos puede contribuir a mayor frecuencia de fracturas y de osteoporosis.
- 42. La hipernatremia puede ser relativamente frecuente en los enfermos críticos, ya que estos dependen de otros para controlar su consumo de agua. Con respecto a las siguientes afirmaciones, señale la FALSA:**
- Las pérdidas de agua no repuestas en pacientes con diabetes insípida completa pueden producir un inicio rápido de hipernatremia y pueden resultar en desmielinización osmótica.
  - Si la osmolalidad de la orina es baja o intermedia y es menor que la osmolalidad del plasma la causa más frecuente de hipernatremia es diabetes insípida central o nefrogénica.
  - Si la osmolalidad de la orina es alta (superior a 600 mosmol/kg) en un paciente deshidratado, lo más probable es que la hipernatremia se deba a pérdidas extrarrenales de agua y se descarta en todos los casos la diabetes insípida.
  - En la enfermedad hipotalámica primaria con afectación del centro de la sed la hipernatremia puede ocurrir sin existir pérdidas de agua
- 43. Paciente de 65 años diagnosticado de mieloma múltiple, llega al hospital con un cuadro de estupor, los familiares refieren que durante los días previos ha presentado un incremento de la frecuencia miccional, debilidad muscular importante y dolores óseos. En el ECG de urgencias se ve acortamiento del intervalo QT y en la bioquímica un calcio de 15 mg/l. Señale la afirmación INCORRECTA:**
- Como tratamiento inicial está indicado la corrección de volumen con salino isotónico durante 24-48 horas. Si no existe contraindicación con perfusiones iniciales de 200-300 ml/ hora para conseguir diuresis de 100-150 ml/ hora y bajo estrecha monitorización.
  - Se debe administrar calcitonina nasal a dosis 4 unidades/ Kg.
  - La eficacia de la calcitonina se limita a las primeras 48 horas.
  - Los bifosfonatos se pueden añadir al tratamiento para un control de los niveles de calcio a más largo plazo en pacientes con hipercalcemias severas.

44. **Paciente en el postoperatorio de cirugía radical del cuello que ha requerido tiroidectomía y paratiroidectomía, avisan porque en planta ha comenzado con broncoespasmo y dificultad respiratoria. Al valorar al paciente se observa rigidez y espasmos musculares, aducción forzada de los pulgares, flexión de articulaciones metacarpo-falángica y de muñecas. Además, tiene hipotensión y alargamiento del intervalo QT en el ECG, por todo ello se sospecha hipocalcemia grave. De las siguientes afirmaciones, señale la INCORRECTA:**
- El tratamiento inicial es la reposición de calcio, 1-2 gr de gluconato cálcico en 10-20 minutos, pudiendo repetir la dosis según la sintomatología.
  - Si no hay respuesta al tratamiento debemos descartar hipomagnesemia.
  - En la exploración observamos la contracción de los músculos faciales ipsilaterales provocada al tocar el nervio facial justo por delante de la oreja diagnosticando signo de Trousseau positivo.
  - Se debe administrar calcitriol y calcio oral tan pronto como sea posible.
45. **La insuficiencia suprarrenal aguda es una emergencia que requiere diagnóstico y tratamiento temprano, indique la afirmación INCORRECTA:**
- Normalmente existe un déficit mineralocorticoideo y glucocorticoideo.
  - En ocasiones forma parte del Síndrome autoinmune poliglandular tipo 2.
  - Se produce una hipernatremia por depleción de volumen, debiendo reponer volumen con salino hipotónico de 1-3 litros / 24 horas.
  - Puede ocurrir en pacientes a quienes se retira de forma abrupta el tratamiento corticoideo crónico.
46. **Según las nuevas guías de nutrición enteral y parenteral en el enfermo crítico y de la A.S.P.E.N. (THE AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION), señale la afirmación FALSA:**
- El clínico debe individualizar la prescripción de proteínas según las necesidades estimadas recomendando 1,2-2 g/Kg/día.
  - En los primeros 7-10 días de ingreso en UCI se recomienda un aporte calórico mayor a 25 Kcal/Kg.
  - No se recomienda la nutrición enteral suplementada con nutrición parenteral en los primeros 7 días de ingreso en UCI.
  - Los resultados clínicos son similares cuando se administra la misma cantidad de calorías en forma de nutrición enteral o en forma de nutrición parenteral en la primera semana de ingreso en UCI.
47. **La nefropatía inducida por contraste (CIN, por sus siglas en inglés) se define comúnmente como un aumento absoluto en la creatinina sérica de 0,5 mg por dl o un aumento relativo del 25% desde el inicio en un periodo de 48 a 72 horas después de la exposición al contraste. En su manejo, ¿cuál de estas es FALSA?**
- No existe un tratamiento específico para la nefropatía inducida por radiocontraste, por ello la atención se ha centrado en los métodos de prevención.
  - Se recomienda la hemodiálisis o la hemofiltración inmediatamente después de la exposición al contraste para preservar la función renal residual.
  - Es justificable la modesta expansión del volumen y evitar los antiinflamatorios no esteroideos.
  - La N-Acetilcisteína puede mejorar la nefrotoxicidad por radiocontraste, posiblemente a través de un efecto antioxidante. Sin embargo, los estudios han producido resultados contradictorios.
48. **En relación a la nutrición artificial por vía enteral señala la CORRECTA:**
- Existe un riesgo de taquiflaxia a procinéticos después de 5-7 días de uso.
  - El riesgo de Hipoglucemia es igual al proporcionado por la Nutrición por vía parenteral.
  - Las complicaciones son similares en gravedad y tipo entre Nutrición por vía enteral y parenteral.
  - En ausencia de calorimetría indirecta los pacientes de UCI deben recibir al menos 45 Kcal/Kg/día.
49. **Uno de los estos medicamentos procinéticos, utilizados con la nutrición enteral se puede asociar con mayor incidencia de hemorragia digestiva.**
- Eritromicina.
  - Metoclopramida.
  - Ondansetron.
  - Domperidona.

- 50. Respecto al aporte nutricional por vía parenteral es VERDAD que:**
- Siempre es necesario utilizar un catéter periférico de 14 F.
  - El riesgo de infección nosocomial está incrementado.
  - La higiene de las manos y las precauciones de barrera durante la inserción del catéter venoso central no han disminuido la tasa de infección de catéter.
  - La duración del catéter central no influye en la tasa de infecciones.
- 51. En el tratamiento del Coma Diabético es cierto que está recomendado que:**
- Se debe administrar sin demora, bicarbonato intravenoso con PH menor a 7,2.
  - El reemplazo de potasio solo se comenzará cuando la glucemia esté controlada.
  - Se debe administrar lo antes posible la pauta mixta de Insulina Retardada y Rápida, esta última en perfusión continua.
  - Se debe iniciar la Reposición de Líquidos precoz, incluso antes que la Insulina.
- 52. Entre las causas de Insuficiencia suprarrenal, la más frecuente secundaria es:**
- Enfermedad de Addison.
  - Enfermedad de Graves Basedow.
  - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
  - Supresión de la liberación de corticotropina por administración previa de Corticoides.
- 53. En el estudio de laboratorio del electromiograma (EMG) es típico poder observar en la Polineuropatía del enfermo crítico:**
- Velocidades de conducción nerviosa por lo general muy reducidas o abolidas.
  - Conducción nerviosa de los nervios frénicos normal.
  - Cambios más pronunciados en los músculos proximales que en los distales.
  - El examen con electrodo de aguja revela las características típicas de la denervación aguda.
- 54. En el manejo del síndrome por abstinencia a opiáceos, puede producirse una de las siguientes situaciones:**
- Terapia simpaticomimética frecuentemente necesaria.
  - Falta de eficacia del tratamiento con metadona.
  - Ausencia del síndrome tras retirada rápida de remifentanilo tras 72h de uso.
  - Hipotensión inicial con el uso de clonidina.
- 55. Uno de los siguientes fármacos se prefiere para la sedación de procedimientos en pacientes con posibles complicaciones respiratorias o vía aérea difícil por mantener los reflejos protectores de vía aérea.**
- Ketamina.
  - Midazolam.
  - Rocuronio.
  - Propofol.
- 56. Con respecto al manejo del neumotórax traumático en el traumatismo torácico cerrado, señale la respuesta CORRECTA.**
- Cualquier neumotórax visible en una radiografía anteroposterior de tórax debe ser drenado si el paciente está en ventilación mecánica.
  - Sólo se debe drenar si existen alteraciones hemodinámicas y/o respiratorias atribuibles al neumotórax.
  - Si el paciente esta estable en su hemodinámica y/o su situación respiratoria, y el neumotórax es inferior a un 20% de la cavidad torácica en la radiología AP de tórax, reevaluaremos en 6 horas tanto si está en ventilación mecánica como espontánea.
  - Si el paciente presenta un neumotórax traumático bilateral observado en TAC torácico se deben drenar independientemente del estado clínico del paciente y del tamaño del neumotórax.

57. **Cuál de los siguientes es el signo o síntoma más frecuente que aparece en una gestante con un embolismo de líquido amniótico.**
- Convulsiones.
  - Atonía uterina.
  - Broncoespasmo.
  - Hipotensión.
58. **En el gran quemado para determinar el volumen de resucitación inicial y el ritmo de administración según la fórmula de Parkland, señale la respuesta INCORRECTA:**
- La fórmula es aporte de 4ml/kg/% superficie corporal quemada en 24 horas.
  - Los pacientes con síndrome por inhalación por humo requieren volúmenes de resucitación inferiores por el desarrollo de edema pulmonar.
  - El 50% del aporte de volumen calculado debe administrarse en las primeras 8 horas.
  - Ajustaremos el volumen de forma continua para un objetivo de diuresis de 0,5 ml/kg/h.
59. **En el fracaso renal agudo precoz (3 días o menos) del gran quemado se asocia con los siguientes factores EXCEPTO:**
- Sepsis
  - Mediadores inflamatorios
  - Hipovolemia
  - Disfunción cardíaca
60. **Con respecto a los síndromes post UCI señale la respuesta INCORRECTA:**
- La debilidad adquirida en UCI produce un grado de discapacidad que va de la debilidad de la musculatura faríngea al compromiso de la deambulación.
  - El compromiso nutricional del paciente crítico puede provocar alteraciones físicas y alterar la recuperación cognitiva.
  - Afectan de forma exclusiva al paciente que ha salido de una situación crítica
  - Las alteraciones cognitivas como la disfunción de actividades ejecutivas pueden durar más de 5 años tras el proceso.
61. **Los criterios de Denver de screening radiológico de lesión vascular cerebral incluyen los siguientes excepto:**
- Traumatismo maxilofacial Le Fort II.
  - Fractura de mandíbula.
  - Cualquier fractura craneal.
  - Fractura de costillas superiores.
62. **Un varón de 28 años sufre un accidente de moto con casco con traumatismo craneoencefálico grave con GCS 6 M3 post resucitación. En TC craneal se observan lesiones puntiformes en sustancia blanca cerebral y esplenio del cuerpo calloso sin crecimiento en los días posteriores sin mejoría clínica. Cuál es el diagnóstico clínico más plausible.**
- Encefalopatía postanóxica
  - Lesión axonal difusa
  - Contusión hemorrágica
  - Coagulopatía postraumática
63. **La coagulopatía asociada al trauma se asocia a los siguientes factores, EXCEPTO:**
- Hiperfibrinólisis
  - Disfunción endotelial
  - Anemia
  - Shock e hipoperfusión

- 64. En un paciente traumatizado en el que sospechamos lesión aórtica torácica la prueba de elección inicial es:**
- a) Tomografía computarizada con contraste
  - b) Angiografía aórtica
  - c) Ecocardiograma transtorácico
  - d) Ecocardiograma transesofágico
- 65. Un varón cae de una altura aproximada de 4 metros. Ha perdido inicialmente la conciencia con recuperación espontánea posterior. Durante el traslado, el paciente presenta letargia seguida de falta de respuesta a estímulos. ¿Qué lesión debemos sospechar en primer lugar?**
- a) Lesión axonal difusa.
  - b) Hematoma epidural.
  - c) Hematoma subdural.
  - d) Shock neurogénico.
- 66. En una radiografía del macizo facial, un trazo piramidal que involucra al maxilar superior en su totalidad e incluye los huesos propios de la nariz, corresponde a una fractura:**
- a) Lefort I
  - b) Lefort II
  - c) Lefort III
  - d) La clasificación de Lefort no es aplicable
- 67. Señale el enunciado incorrecto respecto a las lesiones medulares que se presentan como un síndrome centromedular:**
- a) Cursan con parálisis completa.
  - b) Afectan más a extremidades superiores que a extremidades inferiores.
  - c) Hay déficits sensitivos variables.
  - d) Afectan más frecuentemente a personas de edad avanzada.
- 68. La lesión cervical asociada a TCE más habitual se encuentra en:**
- a) C2-C3
  - b) C3-C4
  - c) C5-C6
  - d) D2-D3
- 69. ¿Qué NO se debe hacer en el escenario de un gran quemado?**
- a) Aplicar algún antiséptico en la zona de las quemaduras
  - b) Administrar oxígeno al 100%
  - c) Irrigar inmediatamente con agua la zona de la quemadura
  - d) Retirar los restos de ropa de la quemadura
- 70. En las quemaduras eléctricas: ¿Cuál es el factor más determinante en cuanto a la gravedad de las lesiones provocadas?**
- a) La intensidad de la corriente (amperios)
  - b) El voltaje de la corriente (voltios)
  - c) El tipo de corriente: alterna o continua
  - d) La resistencia eléctrica de los tejidos

**71. En el gran quemado, ¿cuál de estos enunciados es incorrecto?**

- a) En la atención inicial es preferible una vía venosa periférica a una central
- b) El monóxido de carbono (CO) inhalado provoca hipoxia tisular
- c) El ácido cianhídrico (cianuro) inhalado provoca irritación de las vías respiratorias, pero no hipoxia tisular
- d) Es un error plantear la intubación orotraqueal solo si se presenta obstrucción de la vía aérea o algún tipo de compromiso respiratorio

**72. ¿En qué casos NO se recomienda el uso de ácido tranexámico?:**

- a) Hemorragia intracraneal traumática
- b) Pacientes críticas con hemorragia postparto
- c) Pacientes críticos con hemorragia tras cirugía cardíaca
- d) Pacientes críticos con hemorragia subaracnoidea no traumática.

**73. En el IAMCEST, NO es cierto que:**

- a) Es muy frecuente la presencia de soplo sistólico en la rotura del musculo papilar.
- b) La ecocardiografía es un método diagnóstico útil y en algunos casos seleccionados la RMN cardíaca puede complementar el diagnóstico de rotura cardíaca contenida.
- c) La rotura del septo interventricular se presenta con igual incidencia en el IAM anterior que en el posterolateral.
- d) La edad avanzada, la reperfusión tardía o su ausencia, están relacionadas con el incremento de la incidencia de rotura de la pared libre del ventrículo.

**74. Respecto a las complicaciones mecánicas de los Síndromes Coronarios Agudos, es CIERTO que:**

- a) Presentan una mortalidad baja por lo que su diagnóstico y tratamiento puede diferirse en el tiempo.
- b) A pesar de la instauración de los Códigos Infarto con ICP primaria su incidencia no ha disminuido.
- c) La ecocardiografía no es una prueba diagnóstica imprescindible.
- d) La aparición de hipotensión súbita, nueva aparición de dolor torácico, nuevos soplos o signos de congestión pulmonar deberían ponernos en alerta sobre su aparición.

**75. En la insuficiencia cardíaca por disfunción ventricular izquierda en el SCA es FALSO que:**

- a) Una vez estable hemodinámicamente, el empleo de IECA reduce los riesgos de rehospitalización y muerte.
- b) Una vez estable hemodinámicamente, el empleo de betabloqueantes reduce el riesgo de muerte y recurrencia del IAM.
- c) El uso de Eplerenona (antagonista de los receptores de mineralocorticoides) en pacientes con insuficiencia renal mejora el pronóstico.
- d) En la insuficiencia cardíaca aguda sintomática el empleo de diuréticos del asa es recomendable para alivio de los síntomas.

**76. En pacientes en situación clínica de shock cardiogénico tras sufrir un IAM es VERDADERO que:**

- a) El soporte ventilatorio mecánico está contraindicado aunque presente disnea y SpO2 < 90% ya que complica el manejo del paciente.
- b) Es recomendable que la monitorización de la presión arterial sea NO invasiva ya que se perdería un acceso radial.
- c) Si se ha realizado angioplastia primaria y ésta ha fracasado, se recomienda la realización de cirugía de revascularización coronaria urgente.
- d) En caso de acceso a angioplastia primaria en 180 minutos, es preferible demorar la reperfusión que realizar fibrinólisis in situ, ya que la fibrinólisis no aporta tratamiento definitivo.

**77. En las arritmias ventriculares que aparecen en la fase aguda del IAM es FALSO que:**

- a) En ausencia de contraindicaciones, los betabloqueantes intra venosos están indicados en pacientes con Taquicardia Ventricular (TV) o Fibrilación Ventricular (FV)
- b) En pacientes con TV o FV recurrentes estaría recomendado la revascularización inmediata y completa de la isquemia miocárdica.
- c) La amiodarona es un fármaco útil en el manejo de la TV polimorfa recurrente.
- d) La profilaxis con fármacos antiarrítmicos sería una estrategia recomendable dada su seguridad incluso con arritmias ventriculares asintomáticas.

**78. En el Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST (SCASEST), es FALSO que:**

- a) Se recomienda la determinación de troponina de alta sensibilidad inmediatamente al ingreso y a los 60 minutos.
- b) En caso de sospecha de isquemia miocárdica y ECG de 12 derivaciones no concluyente, está recomendado repetir ECG con derivaciones adicionales (V3R, V4R, V7 – V9).
- c) Para pacientes con IAMSEST y bajo riesgo de arritmias cardíacas no está recomendada la monitorización del ritmo aunque no se haya realizado intervención coronaria percutánea.
- d) El TAC de arterias coronarias sería una alternativa a la angiografía coronaria en pacientes con probabilidad intermedia de enfermedad coronaria y con marcadores miocárdicos y ECG normales o no concluyentes

**79. Es FALSO, en referencia a la estimulación cardíaca en pacientes con bradicardia sintomática:**

- a) En pacientes con FA persistente con bloqueo AV está recomendado el implante de marcapasos bicamerales (DDD) para control de la frecuencia auricular.
- b) En pacientes jóvenes con disfunción del nodo sinusal paroxística podría estar indicada la estimulación unicameral auricular (AAIR).
- c) En pacientes con disfunción permanente del nodo sinusal sería recomendable implantar marcapasos bicameral con activación de algoritmos de mínima estimulación ventricular.
- d) No se recomienda la estimulación cardíaca permanente en la bradicardia sinusal asintomática.

**80. De los siguientes pacientes que se encuentran en insuficiencia cardíaca, cual ingresaría en el Servicio de Medicina Intensiva (U.C.I.):**

- a) Varón de 56 años de edad que refiere episodio disnea con edemas de miembros inferiores que cuenta no haberse tomado el tratamiento diurético en la última semana, con gafas nasales a 2 L/m tiene SpO2 96%, 20 rpm sin tiraje supraclavicular. ECG y marcadores de daño miocárdico, normales.
- b) Mujer de 59 años de edad con disnea (40 rpm, empleo de músculos accesorios, SpO2, TA 200/120 mmHg, en el ECG presenta fibrilación auricular con respuesta ventricular a 167 latidos por minuto, Rx-tórax con amplios infiltrados perihiliares que progresan hasta periferia. Como antecedente, está diagnosticada de varios ACV isquémicos que la mantienen dependiente para todas las actividades de la vida diaria (Barthel 0), sin interacción cognitiva, institucionalizada, nutrida por sonda de gastrostomía
- c) Varón de 79 años de edad, presenta clínica y radiología compatible con edema agudo de pulmón, portador de DAI, desde hacía 10 años, por miocardiopatía dilatada secundaria a isquemia miocárdica con FEVI 25%. En el último año ha ingresado en el hospital, por este motivo, en 6 ocasiones y ha venido a Urgencias en otras 5 veces sin requerir ingreso. Refiere pérdida de peso de 12 Kg en los últimos 6 meses y pérdida de apetito. TA 79/34 mmHg, SpO2 89% con oxigenoterapia con mascarilla reservorio (FiO2 15 L/m), anuria sin respuesta a furosemida. Sudoroso y signos de mala perfusión periférica. Desde hace 2 meses presenta vida "cama-sillón"
- d) Mujer de 72 años de edad con TA 68/49 mmHg con disnea y ligera opresión torácica, con descenso de 1 mm en cara inferior y lateral del segmento ST y marcadores de daño miocárdico elevados de inicio, fría, sudorosa, tendencia a cerrar los ojos. SpO2 88% con Ventimask al 50%, rachas de taquicardia ventricular autolimitadas. Barthel 100. Oligoanuria.

**81. En el taponamiento cardiaco es FALSO que:**

- a) La realización de ecocardiografía es recomendable en estos pacientes para cuantificar tamaño, determinar localización, y grado de impacto hemodinámico del derrame pericárdico.
- b) La realización de pericardiocentesis o una ventana pericárdica de manera urgente es recomendable ante la presencia de deterioro hemodinámico del paciente.
- c) El empleo de tratamiento con fármacos vasodilatadores y diuréticos es recomendable ya que mejoraría la sintomatología congestiva.
- d) Entre causas frecuentes de taponamiento cardiaco podemos encontrar la pericarditis, traumatismo, enfermedad maligna.

**82. Respecto al tratamiento del Síndrome Aórtico Agudo NO es correcto:**

- a) Es importante reducir la tensión parietal aórtica para lo que empleamos como fármaco de primera elección los betabloqueantes (labetalol intravenoso) incluso en ausencia de hipertensión o dolor si no hay contraindicaciones.
- b) En caso de no conseguir efecto el tratamiento betabloqueantes, para reducir la tensión parietal aórtica se puede usar como alternativa hidralazina.
- c) En caso de no conseguir control de la presión arterial con el empleo de los betabloqueantes, se puede asociar tratamiento vasodilatador con nitroprusiato, urapidilo, o IECA intravenoso.
- d) Para control del dolor se emplean los opiáceos y, en caso de gran ansiedad, se pueden recurrir a la sedación.

**83. Con respecto a los antagonistas del receptor de mineralocorticoides/aldosterona para el tratamiento del IAMCEST es FALSO que:**

- a) Están recomendados en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) tras un IAMCEST y FEVI  $\leq$  40%.
- b) Se ha demostrado que la Eplerenona reduce la morbimortalidad en pacientes con IC tras un IAMCEST y FEVI  $\leq$  40% (estudio EPHEBUS).
- c) Están contraindicados en casos de pacientes diabéticos.
- d) Hay que tener precaución en pacientes con insuficiencia renal.

**84. La insuficiencia mitral, como complicación mecánica del IAM:**

- a) Se presenta normalmente después de la primera semana.
- b) La mayoría de las veces es debido a rotura del músculo papilar posteromedial ya que solo está irrigado por una única arteria (6 a 12 veces más frecuente).
- c) El soplo sistólico suele ser de alta intensidad.
- d) La cirugía urgente es el tratamiento de elección y tiene una mortalidad  $<$  10%.

**85. ¿Cuál de estas patologías origina insuficiencia cardiaca por depósito y no por causa infiltrativa?**

- a) Hemocromatosis.
- b) Amiloidosis.
- c) Sarcoidosis.
- d) Todas.

**86. ¿Cuál de estas frases sobre el tratamiento de las arritmias en el síndrome coronario agudo es falsa?**

- a) La cardioversión y desfibrilación eléctrica es la intervención de elección para finalizar de forma aguda las arritmias ventriculares.
- b) Considerar la administración de amiodarona solo en taquicardia ventricular o fibrilación ventricular recurrente con cardioversión y desfibrilación eléctrica.
- c) La lidocaína intravenosa puede ser la alternativa para la taquicardia ventricular o fibrilación ventricular sostenida o recurrente que no responde a betabloqueante o amiodarona.
- d) La ablación con catéter no suele ser efectiva en la taquicardia o fibrilación ventricular recurrente desencadenada por extrasístoles ventriculares que surgen de fibras de Purkinje parcialmente lesionadas.

87. **¿Cuál de estos antiagregantes utilizados en el tratamiento del SCASEST no es un inhibidor de la glucoproteína IIb/IIIa?**
- Abciximab.
  - Eptifibatida.
  - Cangrelor.
  - Tirofiban.
88. **¿Cuál de estos enunciados es falso sobre los trastornos de conducción ocasionados durante el IAM?**
- La bradicardia sinusal es frecuente en las primeras horas del IAMCEST inferior.
  - El bloqueo auriculoventricular (BAV) asociado con infarto inferior suele ser infrahisiano y con frecuencia se resuelve espontáneamente o tras la reperfusión.
  - El BAV asociado con infarto anterior suele tener una alta mortalidad por necrosis miocárdica extensa.
  - La aparición de un nuevo bloqueo o hemibloqueo de rama indica normalmente un infarto anterior extenso.
89. **¿Cuál de los siguientes enunciados es cierto sobre el tratamiento de la IC aguda?**
- Se recomienda el uso sistemático de opiáceos.
  - Los diuréticos pueden estar indicados, siendo los de asa de segunda elección.
  - Se recomienda el uso sistemático de inotrópicos.
  - Se recomienda el uso sistemático de tromboprolifaxis en pacientes que no están anticoagulados y que no tengan contraindicación.
90. **El oxigenador extracorpóreo de membrana (ECMO) veno-arterial periférico puede estar indicado en el manejo del shock cardiogénico porque:**
- Reduce la poscarga del VI.
  - Disminuye la presión telediastólica del VI.
  - Mejora la perfusión tisular y revierte la hipoxia de órganos vitales.
  - Todas son ciertas.
91. **Todos los enunciados expuestos a continuación sobre el diagnóstico de la disección aórtica aguda son ciertos excepto uno. Indique cual.**
- La tomografía computarizada es el método de elección en el radiodiagnóstico del síndrome aórtico agudo.
  - La ecocardiografía transtorácica es un método diagnóstico de segunda línea que tiene limitaciones para visualizar la disección.
  - La ecografía transesofágica tiene una eficacia similar a la tomografía computarizada. Tiene un "punto ciego" que es el área cubierta por la tráquea y el bronquio izquierdo que dificulta la visión de la aorta ascendente superior y el arco proximal, aunque esta limitación está superada por las sondas biplano y multiplano.
  - Los niveles de dímero D aumentan más lentamente en el síndrome aórtico agudo en comparación con otras enfermedades y tienen escaso valor pronóstico.
92. **¿En cuál de estos tipos de disección aórtica se recomienda la reparación aórtica torácica endovascular?**
- Disección tipo A.
  - Disección tipo B no complicada.
  - Disección tipo B complicada.
  - Disección no A no B.
93. **¿Qué situación de las descritas requiere una reducción rápida de la Presión Arterial (PA)?:**
- Accidente cerebrovascular isquémico agudo con PAS (Presión arterial sistólica) 180 mmHg.
  - Accidente cerebrovascular isquémico agudo con indicación de trombolisis y PAS 160 mmHg.
  - Accidente cerebrovascular hemorrágico agudo y PAS 160 mmHg
  - Enfermedad aórtica aguda con PAS 140 mmHg

- 94. El Tromboembolismo pulmonar interfiere en el intercambio de gases y en la circulación. Con respecto a su fisiopatología señale la verdadera:**
- a) Aumento de contractilidad el Ventriculo derecho (VD)
  - b) Aumenta la precarga del VI (Ventriculo izquierdo)
  - c) Aumenta la perfusión coronaria del VD
  - d) Aumenta la demanda de O<sub>2</sub> del VD
- 95. Entre los hallazgos electrocardiográficos del Tromboembolismo Pulmonar no se encuentra:**
- a) Inversión de onda T en derivaciones V1-4 con patrón QR en derivación V1.
  - b) Patrón de S1Q3T3.
  - c) Bloqueo completo o incompleto de rama derecha.
  - d) Taquicardia sinusal hasta en un 80%.
- 96. Indique la incorrecta en el tratamiento farmacológico de las convulsiones:**
- a) Las benzodiacepinas son eficaces para prevenir las crisis por abstinencia de alcohol. Nivel de evidencia I
  - b) En el caso de tumores cerebrales en tratamiento deben evitar los antiepilépticos por sus efectos adversos. Nivel de evidencia I
  - c) Fenitoína, Valproico y Fenobarbital son efectivos para prevenir las crisis. Nivel de evidencia I
  - d) El tratamiento con antiepilépticos reduce el riesgo de recurrencia, pero no altera el pronóstico. Nivel de evidencia I
- 97. Dentro del Código Ictus ¿cuándo no se recomienda realizar TC de perfusión craneal urgente?:**
- a) En ictus isquémico del despertar o de tiempo de inicio desconocido.
  - b) En todo paciente que se plantee realizar una trombectomía mecánica.
  - c) En ictus de >3h cuando exista la posibilidad de incluirlo en tratamiento de reperfusión.
  - d) Sospecha de oclusión aguda de la arteria basilar.
- 98. Varón de 23 años diagnosticado de Linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) refractario a dos líneas de tratamiento sistémico, al que se le realiza una inmunoterapia con células T modificadas con receptor quimérico antígeno-especifico (CAR-T). Cuál es la segunda complicación más común que esperamos encontrar:**
- a) Exantema generalizado con prurito.
  - b) Neurotoxicidad.
  - c) Hipotensión, fiebre e hipoxemia.
  - d) Aplasia medular.
- 99. Señale la respuesta correcta:**
- a) Cuando las convulsiones cesan con midazolam, no es necesario añadir otro anticonvulsivo.
  - b) La infusión continua de midazolam, propofol o tiopental, debe titularse hasta la desaparición clínica y eléctrica de las convulsiones.
  - c) Puede utilizarse el BIS en lugar del EEG para la monitorización del tratamiento anticonvulsivo.
  - d) La ausencia del componente N20 de los potenciales evocados somatosensoriales pasadas 72h de lesión cerebral anóxica carece de valor pronóstico.
- 100. Señale la respuesta correcta en relación con la hemorragia subaracnoidea (HSA):**
- a) Se recomienda el uso rutinario de dexametasona para tratamiento de la hipertensión endocraneal ocasionada por la HSA.
  - b) Un paciente con HSA en el TAC y que presenta sangrado intraventricular es un grado III de Fisher.
  - c) La tomografía computarizada sin contraste es la primera prueba complementaria para el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea no traumática.
  - d) La angiografía debe demorarse al menos 48-72 horas.

**101. Conforme al artículo 3.1 del Decreto 24/2011, de 12/04/2011, de la documentación sanitaria en Castilla-La Mancha, la historia clínica:**

- a) No tiene que contener toda la información sobre el estado de salud del paciente.
- b) Puede haber distintas historias clínicas por pacientes en un mismo centro.
- c) No podrá utilizarse con fines docentes y de investigación.
- d) Es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica en un paciente a lo largo de sus procesos asistenciales.

**102. En relación con los Equipos de Respuesta Rápida señale la respuesta INCORRECTA:**

- a) Los scores multiparamétricos como el NEWS (National Early Warning Score) pueden ser útiles para identificar un deterioro clínico de forma precoz.
- b) La mortalidad descrita en los pacientes atendidos es variable en la literatura, pero alta, con una mediana cercana al 25% de los casos.
- c) La mayoría de las evaluaciones tras la implantación de los Equipos de Respuesta Rápida se asocian con menos episodios de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria.
- d) No es una misión de los Equipos de Respuesta Rápida determinar sobre órdenes de no resucitación en los pacientes identificados.

**103. En referencia al empleo de antimicrobianos y la monitorización de los niveles para la optimización del perfil farmacocinético/farmacodinámico (PK/PD), y acorde a las recomendaciones publicadas por las diferentes sociedades europeas en 2020, señala la CORRECTA:**

- a) Un factor que determina si un fármaco es bactericida o bacteriostático es la concentración en el sitio de acción, lo cual implica diferencias en su eficacia clínica.
- b) Una dosis inicial de carga seguida por la infusión prolongada de betalactámicos (extendida o continua) maximiza el PK/PD. Su uso de manera rutinaria está aumentando el número de efectos secundarios, por lo que se recomienda la monitorización de los niveles.
- c) No es necesaria la monitorización de los niveles de linezolid, ya que su pauta de dosificación no debe modificarse y su principal toxicidad, la hematológica, es idiosincrásica.
- d) Los niveles elevados de vancomicina, pero no el tiempo de tratamiento, se relacionan con la nefrotoxicidad. Por ello se recomienda la monitorización de los niveles y mantener niveles valle entre 15-20 mg/L en caso de mantener infusión continua.

**104. En relación al manejo recomendado por la European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases en su último documento (2022) sobre los pacientes con infecciones debidas a gérmenes gram negativos resistentes a Cefalosporinas de tercera generación, señala la respuesta INCORRECTA:**

- a) En caso de bacteriemia e infección grave (shock séptico) se recomienda el empleo de un carbapenem (meropenem, imipenem o ertapenem) como terapia dirigida.
- b) No se recomienda la administración de tigeciclina en este grupo de pacientes.
- c) Una vez que el paciente está estabilizado, desescalar a una quinolona, cotrimoxazol u otro antimicrobiano basándose en la sensibilidad es un criterio de buenas prácticas.
- d) Se puede contemplar el empleo de fosfomicina intravenosa en pacientes con infecciones urinarias que no se encuentran en shock séptico.

**105. Según la regla o esquema de Pulanski-Wallace, en un paciente con quemaduras en toda la parte anterior del tórax, toda la parte anterior del abdomen, toda una extremidad superior completa y toda la zona genital, estaríamos ante una quemadura con una superficie aproximada de:**

- a) El 47% de la superficie corporal.
- b) El 20% de la superficie corporal.
- c) El 28% de la superficie corporal.
- d) El 35% de la superficie corporal.

