

Sescam



Castilla-La Mancha

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Categoría: MÉDICO/A DE URGENCIAS

02 de octubre 2021

Procesos selectivos convocados mediante Resoluciones de 26/05/2020 (D.O.C.M. nº 109 de 03 de junio) 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.

Repetitive background text 'Sescam' and 'Castilla-La Mancha' used as a watermark.

EXAMEN OPE URGENCIA HOSPITALARIA OCTUBRE 2021

1. **Conforme al artículo 32.3 del Estatuto de Autonomía de Castilla – La Mancha en el marco de la legislación básica del Estado, es competencia de la Junta de Comunidades el desarrollo legislativo y la ejecución en las siguientes materias:**
 - a) Obras Públicas.
 - b) Agricultura y Ganadería.
 - c) Caza y Pesca fluvial.
 - d) Sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud.

2. **El órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información entre los Servicios de Salud y la Administración del Estado, conforme al artículo 69.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, es:**
 - a) El Consejo de Gobierno.
 - b) La Dirección - Gerencia.
 - c) El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
 - d) El Consejo de Coordinación.

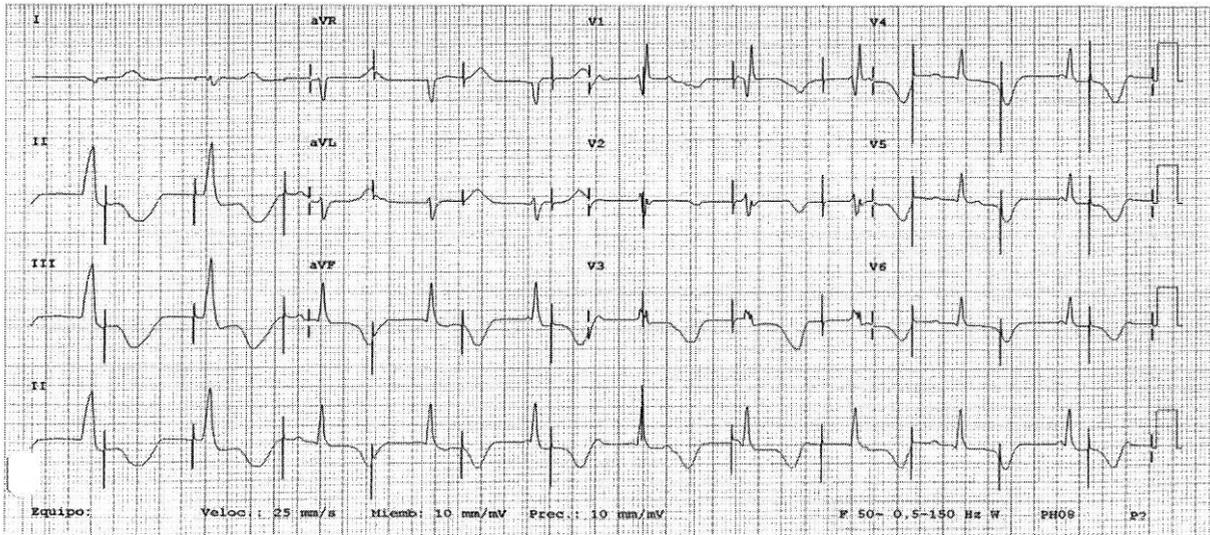
3. **La primera Red de Expertos y Profesionales que se creó en la Consejería de Sanidad y el SESCAM en febrero de 2016, fue:**
 - a) La Red de Expertos de Urgencias y Emergencias.
 - b) La Red de Imagen Médica.
 - c) La Red de Seguridad del Paciente.
 - d) La Red de Cuidados Paliativo

4. **Dentro de las funciones encomendadas a la Red de Expertos y Profesionales de Urgencias y Emergencias, mediante Resolución de la Dirección Gerencia del SESCAM de 21 de enero de 2016, se encuentran:**
 - a) Disminuir la variabilidad clínica no deseada en procesos de alta complejidad, baja y alta frecuencia, implantando a nivel regional los códigos ictus, sepsis, trauma grave y reperusión miocárdica a través de implantación de herramientas de práctica clínica normalizadas y consensuadas.
 - b) Supervisar, implantar y desarrollar los planes de contingencia relacionados con urgencias (incluidos simulacros y entrenamiento): urgencias relacionadas con el calor, con procesos respiratorios relacionados con el frío, con la gripe, alertas epidemiológicas, respuesta a accidentes de múltiples víctimas, soporte de eventos multitudinarios, etc.
 - c) Proponer las directrices relativas a las funciones y tutorización de residentes.
 - d) Todas las respuestas son correctas.

5. **De las recomendaciones del ERC (European Resuscitation Council Guidelines) 2021 respecto a la ecografía cardíaca en la parada cardiorrespiratoria, es verdadero:**
 - a) La ecografía no es útil para diagnosticar causas tratables de parada cardíaca como, por ejemplo, el taponamiento cardíaco o el neumotórax.
 - b) La ecografía puede provocar interrupciones adicionales o prolongadas de las compresiones torácicas.
 - c) La dilatación ventricular derecha aislada, durante la parada cardíaca, siempre es debido a una embolia pulmonar masiva.
 - d) La ausencia de contractilidad miocárdica es un indicador para interrumpir la RCP.

6. **Un paciente de 68 años es traído a urgencias por haber sufrido un traumatismo craneoencefálico (TCE) en una caída accidental. Entre los antecedentes destaca fibrilación auricular (FA) paroxística tratada con Bisoprolol, Flecainida y Apixaban. En la exploración física está somnoliento, pero abre los ojos al llamarle, responde a las preguntas de forma correcta y obedece las órdenes, pero no recuerda el episodio. Entre las siguientes afirmaciones sobre el manejo del paciente, señale la que le parezca correcta.**
- a) La puntuación en la Escala de Coma de Glasgow es de 12 puntos.
 - b) Aunque la Tomografía Computarizada (TC) fuera normal, es conveniente revertir la anticoagulación con vitamina K.
 - c) El uso de anticoagulante y la amnesia constituyen factores de riesgo.
 - d) Está indicado el empleo de antiepilépticos y corticoides de forma profiláctica.
7. **En la lesión ligamentosa de tobillo de primer grado existe:**
- a) Distensión y elongación del ligamento afectado con ligero edema, dolor y escasa impotencia funcional.
 - b) Desgarro parcial del ligamento
 - c) Desgarro completo del ligamento
 - d) Incapacidad para apoyar el pie.
8. **En la valoración inicial de las quemaduras en urgencias es fundamental estimar la extensión de la superficie corporal afectada. Señale la respuesta correcta:**
- a) La escala de Lund-Browder es una de las más exactas y tiene en cuenta los cambios en la superficie corporal de los niños.
 - b) La regla de Wallace o "regla de los 9" solo se utiliza en niños porque en los adultos es mucho menos fiable.
 - c) La regla de la "palma de la mano" utiliza la palma de la mano para estimar un 3% de la superficie corporal
 - d) La regla de 2-3-2 % es la más utilizada en los niños para estimar la superficie quemada en extremidades.
9. **En un paciente con sospecha de síndrome coronario agudo, se diagnosticará como Infarto agudo de miocardio (IAM) posterior ante:**
- a) Una infradesnivelación del segmento ST aislada en V4-V6, entonces se recomienda realizar un ECG con derivaciones posteriores (V7-V9) para confirmar el diagnóstico (confirmando una supradesnivelación del ST $\geq 0,5$ mm)
 - b) Una infradesnivelación del segmento ST aislada en V1-V3, entonces se recomienda realizar un ECG con derivaciones posteriores (V7-V9) para confirmar el diagnóstico (confirmando una supradesnivelación del ST $\geq 0,5$ mm)
 - c) Una infradesnivelación del segmento ST aislada en V1-V3, entonces se recomienda realizar un ECG con derivaciones posteriores (V4-V6) para confirmar el diagnóstico (confirmando una supradesnivelación del ST $\geq 0,5$ mm)
 - d) Una infradesnivelación del segmento ST aislada en V4-V6, entonces se recomienda realizar un ECG con derivaciones posteriores (V7-V9) para confirmar el diagnóstico (confirmando una supradesnivelación del ST $\geq 0,5$ mm)

10. En los electrocardiogramas (ECG) de los pacientes portadores de marcapasos se buscan signos del sistema de estimulación, para analizar si se producen correctamente las funciones de sensado (detección del latido intrínseco del paciente) y de captura (el estímulo del marcapasos produce contracción ventricular). En el caso del siguiente ECG, podemos afirmar que:



- a) El marcapasos sensa y captura correctamente.
- b) El marcapasos no sensa, pero captura correctamente.
- c) El marcapasos sensa correctamente, pero no captura.
- d) El marcapasos no sensa ni captura correctamente.

11. En la Clasificación de la insuficiencia cardíaca aguda propuesta por la Sociedad Europea de Cardiología, se dividen los perfiles hemodinámicos en cuatro, basados en la presencia o no de semiología de congestión y/o de hipoperfusión. Entre los siguientes, ¿en cuál de ellos encajaría un shock cardiogénico?

- a) Seco y caliente.
- b) Seco y frío.
- c) Húmedo y caliente.
- d) Húmedo y frío.

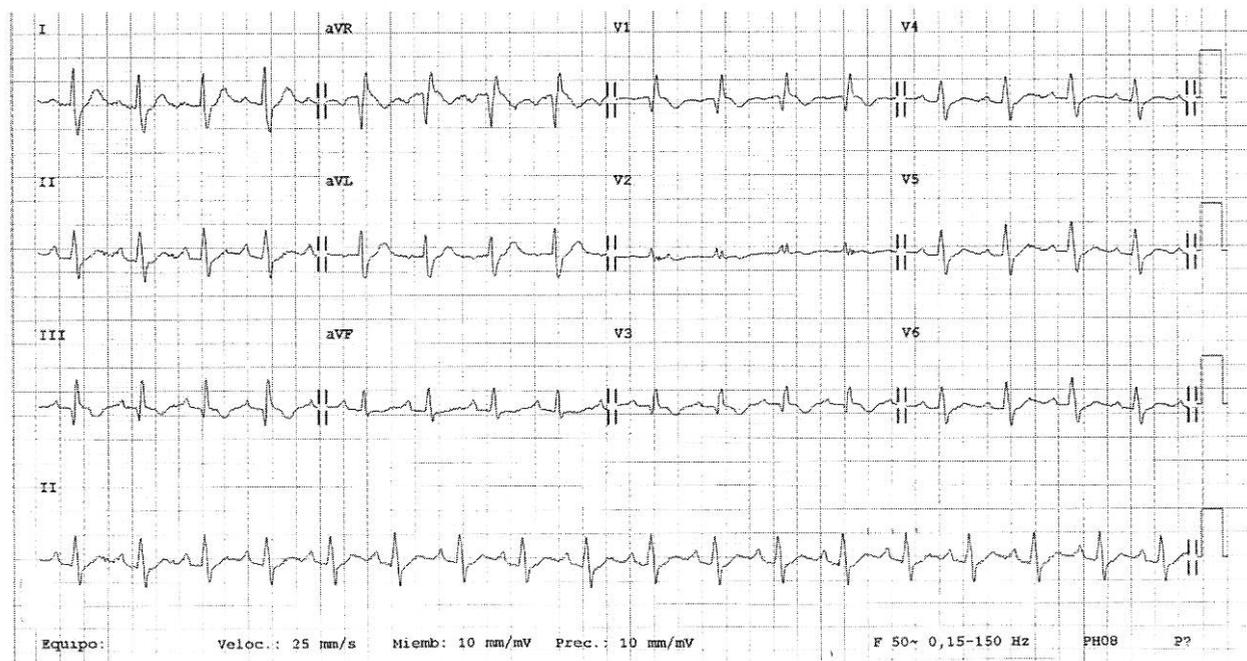
12. Los pacientes con encefalopatía hipertensiva pueden cursar con cualquiera de los siguientes, excepto:

- a) Pueden tener convulsiones, pérdida de visión y coma.
- b) El LCR es de aspecto claro, con proteínas bajas y pleocitosis neutrofílica.
- c) Los déficits neurológicos puede ser agudos o subagudos, caracterizados por cefalea, náuseas y vómitos.
- d) a y c son ciertas.

13. ¿Qué entidad de las abajo expuestas, se corresponde con insuficiencia respiratoria aguda con gradiente alveolo-arterial elevado y radiografía de tórax sin alteraciones significativas?

- a) Neumonía.
- b) Neumotórax.
- c) Insuficiencia cardíaca izquierda.
- d) Tromboembolismo pulmonar.

14. Al llegar un paciente a urgencias por presentar disnea y dolor torácico de aproximadamente 2 horas de evolución, en el triaje se le asigna un nivel de prioridad II y se atiende en el box vital. La SpO2 basal es del 78% y se le hace un electrocardiograma (que se muestra a continuación). Con estos datos señale la impresión diagnóstica inicial más probable en este caso.



- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Neumotórax.
- Edema pulmonar cardiogénico.

15. ¿Cuáles son los criterios de estabilidad clínica de Halm et al. para la terapia secuencial en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC)?

- Buen nivel de consciencia y tolerancia a la vía oral.
- FC<100, FR<24, T^a<37,2°C, PA sistólica >90, SatO₂>90%, buen nivel de consciencia y tolerancia oral.
- FR<24, T^a<37,2°C, PA sistólica>90, satO₂>90%, buen nivel de consciencia y tolerancia vía oral.
- FC<100, FR<22, T^a<37, 5°, PA sistólica>100, satO₂>92%. Buen nivel de consciencia y tolerancia vía oral.

16. En el Servicio de Salud de Castilla – La Mancha, bajo la superior dirección de la Dirección-Gerencia ejercerán sus funciones los siguientes órganos:

- La Vicegerencia, la Secretaría General, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Recursos Humanos.
- La Secretaría General, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Recursos Humanos.
- La Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras, la Secretaría General, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Recursos Humanos.
- La Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Recursos Humanos.

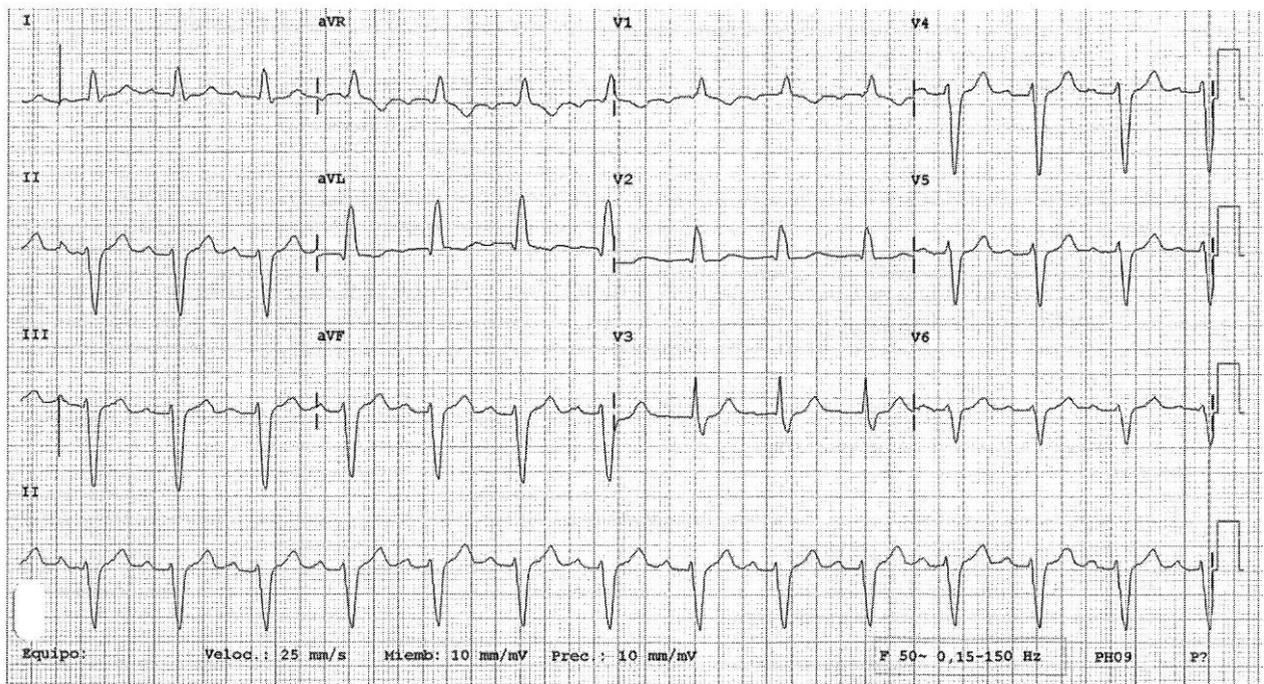
17. **¿Cuál de los siguientes parámetros NO se incluye en la escala de Wells para trombosis venosa profunda?:**
- Obesidad.
 - Cáncer activo.
 - Dolor en el trayecto venoso profundo.
 - Reposo en cama reciente de más de 3 días o cirugía mayor en el último mes.
18. **En el análisis del líquido pleural es fundamental la diferencia entre trasudado y exudado. Para ello se utilizan los criterios de Light. ¿Cuándo consideramos que el líquido pleural es un exudado?:**
- Cociente LDH (Lactato deshidrogenasa) entre el LP (líquido pleural) y suero menor de 0,5.
 - LDH del LP superior a 2/3 del límite inferior de la normalidad de la LDH sérica.
 - Cociente de proteínas LP y del suero superior a 0,5.
 - Ninguno es criterio de Light.
19. **Dentro del estudio del paciente con fiebre debe conocer que:**
- La causa más frecuente son las infecciones y dentro de ellas las bacterianas.
 - Constituyen el 20% de las urgencias totales.
 - Ante todo, paciente adulto sin datos de gravedad, pero sin orientación diagnóstica, debemos iniciar estudio con hemograma, bioquímica, sistemático de orina y radiografía de tórax.
 - La procalcitonina tiene una sensibilidad baja pero una especificidad elevada para distinguir el SRIS de causa no infecciosa.
20. **Atendiendo al nivel académico del título exigido para el ingreso, conforme al artículo 6.2 del Estatuto Marco, el personal estatutario sanitario, se clasifica:**
- Personal estatutario fijo y personal estatutario temporal.
 - Personal de formación profesional y otro personal.
 - Personal sanitario y personal de gestión y servicios.
 - Personal de formación universitaria y personal de formación profesional.
21. **En las Meningitis Agudas Bacterianas, el tratamiento empírico de elección para un adulto entre 18-50 años, no alérgico, será (señale la correcta):**
- Cefotaxima 2g/8h.
 - Ampicilina 2g/8h.
 - Ceftriaxona 2g/12h.
 - Vancomicina 1g/24h.
22. **Señale la afirmación correcta:**
- En los pacientes con sondaje vesical permanente deberíamos realizar urocultivo con cada cambio de sonda
 - En los pacientes con sondajes prolongados, la sonda se debe cambiar cada mes en caso de ser de látex y cada dos meses si es de silicona
 - Debemos administrar profilaxis antibiótica con cada cambio de sonda
 - La sonda debe cambiarse en caso de pérdidas perisonda por otra de diferente material.
23. **¿Cuál no se considera generalmente una infección o afección oportunista común en pacientes con VIH / SIDA?**
- Neumonía por Pneumocystis.
 - Candidiasis pulmonar.
 - Criptococosis extrapulmonar.
 - Infección por Neisseria gonorrhoeae.
24. **Recientemente se ha publicado la escala de puntuación 5MPB-Toledo (Modelo de 5 variables Predictivas de Bacteriemia de Toledo). ¿Cuál de estas variables no está incluida en dicha escala?**
- FR \geq 22.
 - T^a > 38,5°C.
 - Leucocitosis > 12.000/mm³.
 - Procalcitonina \geq 0,51 ng/m

- 25. En la valoración del paciente con sospecha de sepsis se utilizan los criterios del Quick-Sepsis Organ Failure Assessment (qSOFA). Señale la respuesta correcta que los incluye:**
- Frecuencia respiratoria ≥ 30 respiraciones por minuto; Presión arterial sistólica ≤ 90 mmHg y alteración de la consciencia con una puntuación ≤ 14 en la escala de coma de Glasgow.
 - Frecuencia respiratoria ≥ 22 respiraciones por minuto; Presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg y alteración de la consciencia con una puntuación ≤ 14 en la escala de coma de Glasgow.
 - Frecuencia respiratoria ≥ 22 respiraciones por minuto; Presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg y alteración de la consciencia con una puntuación ≤ 8 en la escala de coma de Glasgow.
 - Frecuencia respiratoria ≥ 20 respiraciones por minuto; Presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg y alteración de la consciencia con una puntuación ≤ 13 en la escala de coma de Glasgow.
- 26. De conformidad con el artículo 31.2 la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud en Castilla - La Mancha, la historia clínica se conservará como mínimo durante:**
- Un plazo de 2 años, contados desde la fecha del alta del último proceso asistencial.
 - Un plazo de 3 años, contados desde la fecha del alta del último proceso asistencial.
 - Un plazo de 5 años, contados desde la fecha del alta del último proceso asistencial.
 - Un plazo de 7 años, contados desde la fecha del alta del último proceso asistencial.
- 27. En caso de cefalea aguda, especifique cuando se puede realizar una punción lumbar de urgencia sin TAC previo:**
- Si no hay focalidad neurológica.
 - Cefalea asociada a papiledema.
 - Alteración del nivel de consciencia.
 - Cefalea con fiebre no explicable por enfermedad sistémica.
- 28. En la valoración de las cefaleas en el servicio de urgencias, es importante establecer de forma rápida el riesgo de cefalea secundaria, descartando la existencia de los conocidos criterios de alarma que pudieran comprometer la vida del paciente. Todos los siguientes, menos uno, deberían considerarse criterios de alarma. Señale el que no lo es.**
- Cefalea reciente en paciente oncológico.
 - Cefalea intermitente en paciente sin historia de cefalea habitual
 - Cefalea de trueno (cefalea intensa con un acmé alcanzado durante el primer minuto)
 - Cefalea que empeora progresivamente.
- 29. Entre las ventajas de la escala FOUR (full outline responsiveness) para el coma se encuentran:**
- Ha demostrado más robustez que la ECG (Escala de Coma de Glasgow) en la predicción de mortalidad a los 30 días en pacientes neuroquirúrgicas con consciencia gravemente dañada.
 - En dicha escala se plasman la respuesta motora, reflejos de tronco y respiración entre otras.
 - Un paciente con respiración rítmica obedece a órdenes con reflejos corneales y fotomotores presentes tiene una puntuación en dicha escala de 16.
 - Todas las respuestas son correctas.
- 30. En el tratamiento del accidente cerebrovascular agudo (ACVA) es importante establecer las indicaciones de fibrinólisis intravenosa. Para ello, debemos conocer las contraindicaciones absolutas para realizar este tratamiento. Todas las siguientes son consideradas contraindicaciones absolutas de fibrinólisis en un paciente con ACVA salvo una, señálela.**
- Sospecha de Hemorragia subaracnoidea con tomografía computarizada normal
 - Retinopatía proliferativa hemorrágica
 - Punción lumbar o biopsia de órganos 30 días antes.
 - Sospecha de endocarditis bacteriana o pericarditis.

31. De acuerdo con las pautas de síncope de la ESC (European Society of Cardiology) de 2018, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es precisa sobre el manejo del síncope en el servicio de urgencias?

- a) Los pacientes que no tienen características de alto riesgo ni de bajo riesgo asociadas con el síncope deben ser hospitalizados como medida de precaución.
- b) Las puntuaciones de estratificación del riesgo se pueden utilizar solas para realizar la estratificación del riesgo de síncope en el servicio de urgencias.
- c) El presíncope debe tratarse con la misma precisión que el síncope en el servicio de urgencias, porque conlleva el mismo pronóstico.
- d) Los pacientes con características de bajo riesgo aún deben recibir una evaluación inmediata en una unidad de síncope o en una unidad de observación de urgencias.

32. Atendemos a un paciente de 76 años, con antecedentes de mareos no filiados, por haber sufrido tres días antes un síncope mientras esperaba en la cola de un supermercado, hasta hoy se había negado a venir a urgencias. Los signos vitales y la exploración física son normales. La analítica, incluyendo marcadores cardíacos, tampoco está alterada, y se obtiene el electrocardiograma que se muestra. Entre las siguientes posibilidades de actuación, ¿cuál le parece más acertada?



- a) Consulta con cardiología para valorar su ingreso, estudio electrofisiológico y probable marcapasos.
- b) Como el resultado de los marcadores cardíacos es normal, puede darse de alta recomendando su cita en consulta externa de cardiología.
- c) Aunque la exploración neurológica sea normal, se debe consultar con neurología por posible crisis epiléptica.
- d) Probablemente se trate de un síncope vasovagal ortostático por haber ocurrido con el paciente en bipedestación.

33. Por regla general en una Hemorragia Digestiva Alta, será necesario la transfusión de sangre cuando la hemoglobina esté por debajo de:

- a) 8 gramos / dl.
- b) 10 gramos / dl.
- c) 11 gramos / dl.
- d) Ninguna de las anteriores.

34. En la exploración abdominal de los pacientes con pancreatitis aguda (PA) es característica la desproporción entre la intensidad del dolor y los escasos hallazgos. Aunque son excepcionales algunos hallazgos, los “signos de Cullen y de Grey-Turner” orientan a un mal pronóstico en la PA. Respectivamente, se trata de la aparición de:
- Equimosis en el área periumbilical y en los flancos a nivel lumbar
 - Equimosis en los flancos y en epigastrio
 - Equimosis en hipocondrio derecho y en los flancos a nivel lumbar
 - Equimosis en hipogastrio y en epigastrio.
35. Un paciente de 83 años consulta en el servicio de Urgencias por diarrea persistente con productos patológicos, acompañada de hipotensión y dolor abdominal tras el alta hospitalaria por agudización de EPOC. Ha recibido tratamiento con cefuroxima. Usted sospecha diarrea por *Clostridium difficile*, que se confirma con la presencia de su toxina en heces, la conducta terapéutica más acertada es:
- Suspender el tratamiento antibiótico (si es posible) e iniciar tratamiento con vancomicina 125 mg/6 h v.o. durante 10 días
 - Suspender el tratamiento antibiótico e iniciar tratamiento con Metronidazol 500 mg cada 12 h/ IV durante 10 días
 - Tratamiento conservador y observación clínica (Probióticos, sueroterapia oral, dieta astringente, finalizar el ciclo antibiótico para evitar incremento de resistencias a antibióticos o la recaída de su enfermedad respiratoria).
 - Preparados comerciales de microbiota en forma de enema o trasplante fecal.
36. En cuanto al tratamiento de la enfermedad hemorroidal, señale la respuesta falsa:
- En casos leves de prolapso hemorroidal con edema puede reducirse el prolapso usando lubricante con anestésico local.
 - Los venotónicos, como la Diosmina, inhiben los mecanismos de respuesta inflamatoria y pueden reducir el edema.
 - La escisión quirúrgica de la hemorroide externa trombosada se indicará ante la existencia de intenso dolor.
 - Todas las hemorroides, incluso las asintomáticas, precisan de un tratamiento específico además de las medidas higiénico-dietéticas generales.
37. En un paciente con ictericia es aconsejable el ingreso hospitalario en las siguientes circunstancias, EXCEPTO en:
- Encefalopatía hepática.
 - Sepsis de cualquier localización.
 - Hepatitis aguda con actividad de protrombina inferior al 50%.
 - Enfermedad de Gilbert.
38. ¿Cuál de los siguientes no es criterio de ingreso en un paciente que acude a urgencias por ascitis?
- Ascitis refractarias.
 - Peritonitis bacteriana espontánea.
 - Ascitis acompañada de otras complicaciones, como insuficiencia renal, alteraciones hidroelectrolíticas graves o encefalopatía hepática.
 - Peritonitis bacteriana secundaria.
39. La alcalosis metabólica es el aumento del pH > 7,45, como consecuencia del aumento de la concentración del bicarbonato plasmático y generalmente es asintomática. ¿Cuáles son los síntomas que pueden acompañar a este trastorno?:
- Astenia, mareo e hipotensión arterial.
 - Polidipsia, poliuria.
 - Debilidad muscular por hipopotasemia.
 - Todos son síntomas de la alcalosis metabólica.

- 40. Con relación a la Hematuria, señale la respuesta INCORRECTA:**
- a) En aquellos pacientes que presentan hematuria sin coágulos se debe realizar sondaje vesical para evitar la formación de éstos.
 - b) La presencia de coágulos en la vejiga obliga a realizar lavado vesical manual para su extracción y posterior lavado vesical continuo para evitar la formación de nuevos coágulos.
 - c) La presencia de hematuria al inicio de la micción orienta a una hemorragia de origen uretral, prostático o del cuello vesical.
 - d) La hematuria en mayores de 40 años sugiere origen neoplásico como causa más frecuente.
- 41. En una torsión testicular, ¿Cuál es la viabilidad del teste desde que se desencadena el cuadro?:**
- a) Máximo 12 horas
 - b) Máximo 3 horas
 - c) Máximo 6 horas
 - d) Máximo 24 horas
- 42. En un paciente de 71 años diagnosticado de cáncer microcítico de pulmón se realiza una analítica en urgencias que muestra un calcio plasmático de 14,2 mg/dL (se confirma este resultado con una nueva muestra analítica y corrigiendo el calcio con la concentración de albúmina). Solo uno de los siguientes hallazgos no sería congruente con este resultado:**
- a) Debilidad muscular
 - b) Prolongación del intervalo QT
 - c) Confusión y alteraciones del comportamiento
 - d) Anorexia.
- 43. Un paciente en tratamiento con Antagonistas de la Vit. K (acenocumarol) que presenta un sangrado con riesgo vital (señala la correcta):**
- a) Debe ser tratado principalmente con vit. K por vía intravenosa.
 - b) Debe ser tratado principalmente con Plasma Fresco congelado (PFC).
 - c) Debe ser tratado principalmente con Complejo de Factores protrombóticos (CFP).
 - d) Todas son falsas.
- 44. Entre las contraindicaciones de la transfusión de concentrado de plaquetas (trombopenias con riesgo trombótico), no se encuentra:**
- a) Politraumatizado con fracturas de huesos largos.
 - b) Trombopenia inducida por heparina.
 - c) Púrpura trombótica trombocitopénica (PTT).
 - d) Púrpura postransfusional en estudio.
- 45. En un paciente con neutropenia febril en urgencias se quiere descartar la existencia de una posible infección bacteriana. ¿Qué biomarcador de respuesta inflamatoria e infección (aunque no se conozca el foco) orientaría con mayor probabilidad a la existencia de bacteriemia en este paciente?**
- a) Proteína C reactiva > 25 mg/ml
 - b) Procalcitonina > 0,51 ng/ml
 - c) Lactato > 4 mmol/L
 - d) Proadrenomedulina > 1,5 nmol/L
- 46. ¿Cuál es el tratamiento de elección en una reacción anafiláctica?**
- a) Adrenalina.
 - b) Corticoides.
 - c) Broncodilatadores.
 - d) Antihistamínicos.

47. De las siguientes, cuál NO se considera vértigo periférico:
- Esclerosis Múltiple.
 - Fístula perilinfática.
 - Enfermedad de Meniere.
 - Vértigo posicional paroxístico benigno.
48. ¿Cuál no es criterio de ingreso de una úlcera de miembros inferiores?
- Úlcera arterial.
 - Las úlceras de origen isquémico.
 - Úlcera sobre infectada en pie diabético.
 - Todas las anteriores no tienen criterio de ingreso.
49. ¿Cuáles no son indicadores de sospecha de organicidad en el paciente psiquiátrico?
- Inicio brusco (horas o días) con antecedentes psiquiátricos.
 - Debut de patología psicótica en mayores de 45 años sin antecedentes psiquiátricos.
 - Alucinaciones visuales. En ancianos olfativas o cenestésicas.
 - Curso fluctuante o recortado.
50. El síndrome confusional agudo o delirio es una disfunción mental a menudo reversible que se manifiesta con una amplia gama de anomalías neuropsiquiátricas. Puede ocurrir a cualquier edad, pero ocurre comúnmente en pacientes que son ancianos y tienen un estado mental previamente comprometido. Dentro de su manejo en el servicio de urgencias se recomienda:
- El desarrollo del delirio del anciano es independiente de las características físicas de la sala de hospitalización.
 - El uso tapones para los oídos durante la noche en la UCI disminuyó el riesgo de delirio.
 - Deberán retirarse las gafas, dentaduras o audífonos para evitar autolesiones o su pérdida.
 - Las restricciones físicas son preferibles a la terapia física, ocupacional o farmacológica. Para evitar que se extraigan las vías intravenosas o levantarse de la cama.
51. Según la etología esperada (dependiente de la epidemiología local) y la situación de resistencias a los antimicrobianos, en Castilla La Mancha para paciente de 50 años valorado en urgencias por una neumonía adquirida en la comunidad donde se decide realizar tratamiento domiciliario (de acuerdo con la escala de Fine o PSI (-escala pronóstica de gravedad-) la pauta oral empírica adecuada sería:
- Moxifloxacino 400 mg cada 12 horas por 7 días.
 - Cefditoreno 400 mg cada 12 horas por 7 días más Azitromicina 500 mg al día por 5 días.
 - Amoxicilina 1 g cada 8 horas por 7 días.
 - Azitromicina 500 mg al día por 7 días
52. En un abdomen agudo con dolor en cuadrante inferior izquierdo la patología más probable a descartar sería:
- Diverticulitis aguda
 - Apendicitis aguda
 - Pancreatitis
 - Divertículo de Meckel.
53. En las intoxicaciones agudas, el uso de carbón activado se debe emplear EXCEPTO en:
- Intoxicación aguda por cáusticos.
 - Intoxicación aguda por benzodiazepinas.
 - Intoxicación aguda por salicilatos.
 - Intoxicación aguda por betabloqueantes.
54. ¿Cuál es el fármaco más usado en urgencias para el tratamiento del dolor agudo?
- Fentanilo IV.: 100mg igual a 10mg de morfina.
 - Morfina IV.: 0,1mg/kg.
 - Meperidina IV.: 0,5-1mg/kg/4h.
 - Buprenorfina IV.: 0,3-0,8mg/6-8h

55. **¿Cuál de estas afirmaciones es una urgencia oncológica?**
- a) Síndrome de lisis tumoral porque puede ocasionar un síndrome de respuesta inflamatoria secundaria.
 - b) Metástasis cerebrales, las cuales empeoran el pronóstico.
 - c) Crisis comiciales.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
56. **Según el estudio EVADUR (2010) que analizó la incidencia de eventos adversos en los pacientes de los Servicios de Urgencias hospitalarios españoles como consecuencia de la asistencia prestada y conocer sus características: El 12 % de los pacientes estuvieron afectados por un incidente de seguridad clínica, frecuentemente evitable. La causa más frecuentemente detectada fue:**
- a) Reacción adversa a la medicación
 - b) Error en el diagnóstico
 - c) Comunicación médico-médico
 - d) Atención inadecuada al paciente.
57. **Respecto a la Ventilación Mecánica no invasiva (solo una es cierta):**
- a) Es recomendada en situaciones de respiración agónica.
 - b) Es muy útil en caso de inestabilidad hemodinámica.
 - c) Es muy eficaz en caso de agitación del paciente.
 - d) Es muy eficaz en caso de apnea obstructivas del sueño.
58. **¿Cuál de los siguientes no es un protocolo de ecografía en el punto de cuidado?:**
- a) ECOFAST
 - b) BLUE
 - c) RUSH
 - d) FEEL
59. **Ante una agresión sexual, señale la respuesta CORRECTA:**
- a) El médico forense debe estar presente en la exploración física.
 - b) El médico forense determinará las pruebas oportunas en cada caso y será responsable de la toma de muestras durante la exploración.
 - c) La realización de parte de lesiones es obligatoria independientemente de que la mujer quiera o no presentar una denuncia.
 - d) Todas las anteriores son ciertas.
60. **¿Cuál de estas enfermedades es de declaración obligatoria urgente?**
- a) Fiebre tifoidea.
 - b) Rabia.
 - c) Fiebre Q.
 - d) Botulismo.
61. **¿Cuáles de las siguientes bacterias se asocian más comúnmente con las mordeduras de gato?**
- a) Streptococo
 - b) Fusobacterium
 - c) Pasteurella
 - d) Porphyromonas.
62. **En relación con la atención urgente del paciente anciano, señale la respuesta CORRECTA:**
- a) La sintomatología de una enfermedad infecciosa puede presentarse por confusión y deterioro del estado general.
 - b) El dolor anginoso puede confundirse con el de muchas enfermedades como digestivas u osteoarticulares.
 - c) La percepción del dolor abdominal es menor, de localización poco precisa y los signos de irritación peritoneal son escasos.
 - d) Todas las anteriores son correctas.

63. Señale la respuesta INCORRECTA:

- a) La corriente alterna suele ser menos peligrosa que la continua.
- b) Toda persona electrocutada debe considerarse de entrada como un gran quemado y traumatizado potencialmente grave.
- c) La presencia de midriasis fija en un paciente inconsciente electrocutado no representa un signo para detener la reanimación dado que puede ser secundaria a la lesión autonómica producida por la corriente.
- d) No se debe añadir K a los sueros por el riesgo de provocar hiperpotasemia.

64. Conforme al apartado 3.2 de La Resolución de 26/10/2016, para la aplicación del artículo 13.5 de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor a los profesionales pertenecientes al Servicio de Salud de Castilla - La Mancha, en los supuestos de nuevo acceso a plazas de personal estatutario sanitario a través de procesos selectivos, se exigirá:

- a) Posteriormente a su nombramiento certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales.
- b) Posteriormente a su nombramiento autorización al Sescam para solicitar la certificación del Registro Central de Delincuentes Sexuales.
- c) Previamente al nombramiento certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales o autorización al Sescam para solicitar dicha certificación.
- d) No se exigirá certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales.

65. En las Directrices del Consejo Europeo de Resucitación de 2021, se recomienda considerar la administración de Aminofilina IV lenta para la bradicardia observada en alguna de las siguientes situaciones, señálela.

- a) Lesión medular.
- b) Trasplante cardíaco.
- c) Infarto de miocardio inferior.
- d) Todas las anteriores son correctas.

66. Un varón de 63 años sufre un traumatismo torácico y abdominal por accidente con salida de la vía en su vehículo, sin cinturón de seguridad y es traído al servicio de urgencias hospitalario por un buen samaritano que ha presenciado el accidente de tráfico. Mientras usted realiza la valoración primaria, administran oxígeno y su equipo de enfermería canaliza un acceso venoso para administrar analgesia y extraer pruebas cruzadas. Le informan que los signos vitales son: PA 65/35 mm Hg; FC 110 lpm; FR 32 rpm y Sat O₂ 89%.

Su compañero realiza una exploración ecográfica y le informa que tiene un patrón intersticial en caras anteriores de ambos pulmones y en el izquierdo hay un punto pulmón en línea medio clavicular. También hay una colección anecoica en el espacio de Morrison, el corazón es hipercontráctil y la vena cava inferior mide < de 1 cm y colapsa por completo en inspiración. A la vista de los resultados que conoce, la mejor secuencia de actuación sería:

- a) Radiografía columna cervical, Tórax y Pelvis. E interconsulta con Unidad de cuidados intensivos.
- b) Canalizar una vía de grueso calibre e interconsulta con cirugía.
- c) TAC de cuerpo entero y posterior consulta con cirugía.
- d) Drenaje pleural izquierdo, administrar volumen y consultar con cirugía.

- 67. Las lesiones medulares adquieren un alcance seccional, aunque existen síndromes topográficos incompletos. ¿Cuál de los siguientes enunciados no es correcto con respecto a los mismos?**
- Síndrome cordonal anterior asociado a insultos hipóxicos-isquémicos de la arteria vertebral anterior por compresión.
 - Síndrome centromedular, es el menos frecuente. Asociado a mecanismo de hiperextensión cervical en pacientes con estenosis del canal cervical previo.
 - Síndrome de hemisección medular o de Brown-Sequard, conlleva afectación sensitiva cordonal posterior y motora ipsilateral.
 - Síndrome cordonal posterior, es el más infrecuente. Cursa con dolor y alteración sensitiva quemante-urente en el nivel dañado.
- 68. Ante una fractura supracondílea de codo, se debe realizar una exploración neurovascular, antes y después de la inmovilización, que incluya una valoración sensitiva de la mano para descartar alguna de las siguientes complicaciones, señálela.**
- Pérdida de sensibilidad en el 5º dedo y en la mitad del 4º, por lesión del nervio radial.
 - Pérdida de sensibilidad en la cara palmar de 1º, 2º y 3º dedos y la mitad del 4º, por lesión del nervio mediano.
 - Pérdida de sensibilidad en la cara dorsal de 1º, 2º y 3º dedos y la mitad del 4º, por lesión del nervio cubital.
 - Todas las anteriores pueden ser correctas.
- 69. En la valoración del electrocardiograma de un paciente con dolor torácico, la presencia de bloqueo completo de rama izquierda dificulta la identificación de alteraciones de la repolarización de causa isquémica. Aunque se han propuesto varios algoritmos de criterios, el más utilizado es el de Sgarbossa. Entre los siguientes, señale el que le parezca pertenecer a estos criterios.**
- Supradesnivelación concordante del segmento ST de ≥ 1 mm.
 - Infradesnivelación discordante del segmento ST de ≥ 5 mm.
 - Supradesnivelación concordante del segmento ST de ≥ 1 mm en V1-V3.
 - Todos los anteriores son criterios de Sgarbossa.
- 70. Señala la respuesta incorrecta en relación con la cardioversión a ritmo sinusal de la fibrilación auricular (FA) en el servicio de urgencias:**
- Se debe realizar CVE (cardioversión eléctrica) urgente en FA de cualquier duración asociada a inestabilidad hemodinámica.
 - Se debe realizar en FA de una duración inferior a 48 horas en ausencia de valvulopatía.
 - Se podrá revertir FA de cualquier duración si el paciente está correctamente anticoagulado en las últimas 3 semanas.
 - En la CVE urgente no es preciso anticoagulación en ningún momento.
- 71. En relación con el manejo del Edema Agudo de Pulmón (EAP), marque la opción incorrecta:**
- La ventilación mecánica no invasiva debe emplearse sin demora especialmente en la insuficiencia cardíaca de predominio derecho.
 - No se recomienda el uso sistémico del cloruro mórfico pues se ha relacionado con mayor mortalidad.
 - Hay que usar con precaución nitroglicerina iv en pacientes con estenosis mitral o aórtica significativa o hipertrofia grave del ventrículo izquierdo.
 - El levosimendán es un inotrópico que presenta un potente efecto diurético.
- 72. La preeclampsia es la HTA severa del embarazo. Si se acompaña de convulsiones se denomina eclampsia. ¿Qué tratamiento es el no recomendado?**
- Hidralazina.
 - Inhibidores del eje renina-angiotensina-aldosterona.
 - Labetalol iv.
 - Nitroglicerina iv.

73. En la valoración de la insuficiencia respiratoria en urgencias podemos calcular el gradiente alveolo-arterial de oxígeno $P(A-a)O_2$. Este puede orientar a un origen pulmonar o extrapulmonar de la enfermedad. En condiciones normales o enfermedades extrapulmonares que determinen la presencia de insuficiencia respiratoria, el $P(A-a)O_2$ será:

- a) Menor de 20 mmHg.
- b) Entre 37-45 mmHg.
- c) Entre 20-305 mmHg. (dependiendo de la edad)
- d) Mayor de 25 mmHg.

74. Paciente de 78 años con antecedentes de HTA y exfumador de 15 años, que acude a Urgencias confuso, presenta 35,5°C de temperatura, una TA 110/65 mmHg, una FR de 25 rpm. En la radiografía de tórax se identifica una neumonía bilobar derecha y en la analítica de sangre sólo se aprecia una leucopenia con 3500 leucocitos. Atendiendo a los criterios de la American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America (ATS/IDSA) de ingreso en UCI de las neumonías adquiridas en la comunidad graves ¿cuál sería la actitud correcta?:

- a) Ingreso en UCI ya que presenta 1 criterio mayor y 2 menores.
- b) Ingreso en UCI por presentar más de 3 criterios menores.
- c) Ingreso en observación por ausencia de criterios mayores y sólo presentar criterios menores, iniciar tratamiento y nueva valoración en 12-24h.
- d) Ingreso en UCI por presentar más de 3 criterios menores.

75. Con relación a la atención de un paciente con Enfermedad Tromboembólica Venosa, señale cuál de las siguientes afirmaciones le parece correcta.

- a) El Gold standard para el diagnóstico de la trombosis venosa profunda es el eco-doppler venoso.
- b) La determinación de Dímero-D posee un elevado valor predictivo positivo en el diagnóstico de la trombosis venosa profunda.
- c) Algunas trombosis venosas superficiales deben tratarse como trombosis venosas profundas.
- d) En el tratamiento de la trombosis venosa superficial se recomienda anticoagulación durante 1 mes.

76. Respecto al derrame pleural, señale la respuesta correcta:

- a) Son característicos del empiema un $pH < 7,30$ y glucosa > 60 en el líquido pleural.
- b) En hemotórax encontramos un hematocrito en el líquido pleural $\geq 50\%$ del hematocrito en sangre.
- c) Todo derrame pleural masivo tiene indicación de tubo de drenaje.
- d) La ecografía torácica tiene igual sensibilidad que la Rx Tórax en la identificación de mínimos derrames pleurales.

77. En el síndrome febril señale la respuesta incorrecta:

- a) Si hay una orientación diagnóstica y no hay datos de gravedad no será necesario realizar ninguna prueba complementaria, salvo que la sospecha diagnóstica lo indique.
- b) Si no hay orientación diagnóstica ni datos de gravedad, valorar realizar hemograma, bioquímica con glucosa, creatinina, urea, sodio, potasio, PCR con/sin procalcitonina, sedimento de orina y Rx Tórax.
- c) Se debe obtener hemocultivos y urocultivo en todo síndrome febril.
- d) La realización de pruebas complementarias dependerá de la orientación diagnóstica y de los datos de gravedad.

78. Se realiza una punción lumbar a un paciente de 23 años con neutropenia para descartar una meningitis aguda en urgencias. El líquido cefalorraquídeo muestra los siguientes hallazgos: Presión de apertura de 33 cm H₂O, aspecto turbio, 100 células/mm³ (90% polimorfonucleares), 100 mg/dl de proteínas y una glucorraquia de 15 (98 mg/dl de glucemia simultánea). El tratamiento adecuado empírico a administrar sería:
- Ceftriaxona 2 g cada 8 horas más Ampicilina 2 g cada 4 horas.
 - Cefepime 2 g cada 8 horas más Levofloxacino 500 mg cada 12 horas.
 - Ceftriaxona 2 g cada 8 horas más Amikacina 5 mg/kg/8 horas más Levofloxacino 500 mg cada 12 horas.
 - Cefepime 2 g cada 8 horas más Amikacina 5 mg/kg/8 horas más Ampicilina 2 g cada 4 horas.
79. En un paciente con shock séptico de origen en el tracto urinario con factores de riesgo para bacterias multirresistentes, la pauta adecuada de antimicrobianos a administrar de forma urgente sería:
- Ceftriaxona 2 g cada 8 horas más amikacina 5 mg/kg/8 horas.
 - Vancomicina 1 g cada 8 horas.
 - Ceftriaxona 2 g cada 8 horas más levofloxacino 500 mg cada 12 horas.
 - Meropenem 1-2 g cada 6-8 horas más amikacina 15-20 mg/kg/día.
80. Aunque actualmente existe controversia sobre los criterios más indicados para definir y diagnosticar sepsis, todavía se utiliza el concepto de Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS). Entre los siguientes ¿cuál le parece que pertenece a los criterios de SRIS?
- Fiebre con temperatura (T^a) > 37,5 °C o hipotermia (T^a) < 35 °C.
 - Frecuencia cardíaca (FC) > 90 lpm (latidos por minuto).
 - Frecuencia respiratoria (FR) > 22 rpm (respiraciones por minuto) y/o PaCO₂ < 30 mmHg.
 - Recuento de leucocitos > 10.000/mm³ o < 3.000/mm³, o presencia de > 5% cayados.
81. En la valoración de un paciente con cefalea, señale entre las siguientes la que le parezca una posible indicación para realizar una punción lumbar.
- Sospecha de meningitis con tomografía computarizada normal.
 - Sospecha de hemorragia subaracnoidea con tomografía computarizada normal.
 - Sospecha de hipertensión intracraneal con tomografía computarizada normal.
 - Todas las anteriores son correctas.
82. Respecto a los patrones pupilares del coma, señale la correlación correcta:
- Miosis unilateral reactiva - Lesión en vía simpática ipsilateral (diencefalo, mesencefalo, protuberancia, bulbo, médula cervical, ganglio simpático cervical superior, arteria carótida interna, ganglio ciliar).
 - Midriasis unilateral arreactiva - Lesión en vía simpática y parasimpática (mesencefalo), sedación profunda, muerte cerebral.
 - Intermedias arreactivas -Lesión en vía parasimpática bilateral, encefalopatía hipóxico-anóxica, hipotermia, durante o después de una crisis epiléptica.
 - Miosis bilateral arreactiva -Lesión en vía parasimpática ipsilateral (mesencefalo, III par), trauma ocular, durante o después de una crisis epiléptica.

83. En la valoración del paciente en coma en urgencias, además de fijarnos si el paciente está hipo o hiperventilando, debemos conocer ciertos patrones respiratorios característicos que orientan a la causa del coma. Señale la respuesta totalmente correcta.

- a) El patrón de Cheyne-Stokes se caracteriza por una oscilación lenta y cíclica entre hiper e hipoventilación y se debe a una lesión de tronco bajo.
- b) El patrón de Kussmaul se caracteriza por bradipneas o apneas largas y se debe a una lesión de tronco alto.
- c) El patrón en cúmulos se caracteriza por una respiración en salvas separadas por hiperventilación y se debe a una lesión de tronco.
- d) El patrón de respiración atáxica de Biot se caracteriza por una respiración irregular y se debe a una lesión bulbar extensa.

84. Una de las respuestas no constituye uno de los tres pilares básicos del Plan de Humanización de Castilla La Mancha.

- a) El Plan Dignifica.
- b) Las Redes de Expertos y Profesionales.
- c) El Plan de Salud Pública Regional.
- d) La Escuela de Salud y Cuidados.

85. En el manejo de trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) en relación con la vacuna frente a SARS-COV-2 vectorizada con adenovirus.

- a) En ausencia de sangrado activo clínicamente relevante, excepto hemorragia cerebral secundaria a infarto venoso, iniciar tratamiento anticoagulante con Argatroban iv.
- b) Está indicada la transfusión de plaquetas si se confirma la plaquetopenia por el riesgo de sangrado.
- c) Es excepcional como forma de presentación durante el curso de la enfermedad, la presencia de crisis epilépticas.
- d) Para poder hacer un diagnóstico de TSVC o descartarlo, la TC e incluso la RM cerebral sin contraste son suficientes.

86. En relación con el tratamiento médico de la hemorragia digestiva alta:

- a) Se recomienda administración inicial de bolo intravenoso de 8 mg de IBP (omeprazol, pantoprazol o esomeprazol), seguido de una perfusión continua a 80 mg/h.
- b) En pacientes con alto riesgo de recidiva hemorrágica (Forrest Ia-IIb), el único IBP que ha demostrado ser eficaz en prevención secundaria de la recidiva hemorrágica es esomeprazol.
- c) Debe mantenerse la perfusión continua de IBP durante 72 horas en aquellos pacientes con estadios de Forrest IIc-III.
- d) La administración de inhibidores de la bomba de protones (IBP) previo al tratamiento endoscópico aumenta la frecuencia de estigmas endoscópicos de alto riesgo.

87. Se realiza una endoscopia digestiva alta (EDA) en un paciente con hematemesis que ha necesitado estabilización hemodinámica en urgencias. El compañero del servicio de digestivo que ha hecho la técnica nos comunica por teléfono que nuestro paciente tiene un 25-30% de posibilidades de recidiva (según la clasificación de Forrest un grado IIa). En la descripción del informe de la EDA esperaríamos que el endoscopista describiera la visión de:

- a) Sangrado a chorro ("en jet")
- b) Un vaso visible
- c) Sangrado en sábana
- d) Un coágulo adherido

- 88. En las pruebas de laboratorio de un paciente con sospecha de pancreatitis aguda (PA):**
- El hematocrito, la urea y creatinina son los parámetros con mayor valor pronóstico, ya que nos orientan acerca de la gravedad del cuadro.
 - Debido a la mayor producción de insulina y la disminución de la liberación de glucagón, glucocorticoides y catecolaminas es frecuente la aparición de hipoglucemias que habrá que corregir con rapidez.
 - La lipasa sérica posee menor sensibilidad y especificidad que la amilase en el diagnóstico de PA.
 - En relación con las enzimas hepáticas: la elevación de la GPT (ALT), el cociente GPT/GOT > 1 y aumento de los niveles de fosfatasa alcalina orientan hacia la etiología alcohólica de la PA.
- 89. Paciente dado de alta por neumonía atípica hace 5 días, acude de nuevo a urgencias por cuadro de diarrea desde el alta. En el laboratorio nos confirman que se detectan enterotoxinas de Clostridium difficile ¿Cuál de los siguientes tratamientos no estaría indicado administrar?**
- Probióticos de Saccharomyces boulardii 1 sobre / día
 - Trimetropin -Sulfametoxazol (TMP-SMX) (160-800 mg /12h) durante 3-5 días.
 - Vancomicina 125 mg /6h v.o. durante 10 días.
 - Fidaxomicina 200 mg /12h v.o. durante 10 días.
- 90. Entre las causas de hiperbilirrubinemia de predominio indirecto con perfil hepático alterado, se encuentra:**
- Fármacos.
 - Síndrome de Crigler-Najjar.
 - Hipertiroidismo.
 - Síndrome de Gilbert.
- 91. Cuando se debe realizar profilaxis antibiótica para prevenir una peritonitis bacteriana espontánea (PBE):**
- Pacientes que presentan un líquido ascítico con unas proteínas > 1,5 g/dL y una función renal normal.
 - Pacientes que presentan un líquido ascítico con unas proteínas < 1,5 g/dL y/o una función renal deteriorada.
 - Paciente cirrótico con o sin hemorragia digestiva.
 - a y c son ciertas.
- 92. En relación con el diagnóstico etiológico de la acidosis metabólica. Señale la respuesta correcta.**
- Necesitaremos el cálculo del anión gap, que consiste en la suma de los principales cationes y aniones plasmáticos.
 - El anión gap estará disminuido en aquellas situaciones en las que existe un exceso de ácidos no cuantificables, que ocuparían ese "gap".
 - En las acidosis metabólicas con anión gap normal, el anión gap urinario será negativo en aquellos casos de causa renal (insuficiencia renal o acidosis tubular renal).
 - En la acidosis metabólica con anión gap aumentado, es conveniente la determinación de lactato, la cetonuria, la creatinina fosfoquinasa (CPK) y la función renal.
- 93. En cuanto al tratamiento más efectivo de la uropatía obstructiva, ¿cuál es la respuesta correcta?:**
- Tratamiento médico principalmente con antiinflamatorios no esteroideos y antieméticos.
 - Derivación urinaria: optaremos por derivación del tracto urinario inferior (sondaje vesical, cistectomía suprapúbica) o derivación del tracto urinario superior (catéter doble J, nefrostomía percutánea).
 - Espasmolíticos, mórnicos y antieméticos.
 - a), b) son correctas.

94. En relación con la torsión de los apéndices testiculares. ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta?

- a) Dolor muy intenso de aparición brusca, que se irradia a región inguinal ipsilateral, hipogastrio o pubis. Se puede acompañar de cortejo vegetativo y marcha antiálgica.
- b) El tratamiento de elección es la exploración quirúrgica urgente: detorsión del teste afecto y valorar la viabilidad de este tras la reperusión. Si es viable, se realiza orquidopexia del teste afecto y del contralateral.
- c) El signo del punto azul con la transiluminación no es muy frecuente, pero es patognomónico de la torsión de la hidátide de Morgagni.
- d) Ausencia de reflejo cremastérico.

95. Un varón de 26 años acude al servicio de urgencias, traído por sus familiares, por fiebre, alteración del nivel de conciencia, taquicardia, agitación, ansiedad y delirio. Como antecedente refieren hipertiroidismo mal controlado y cirugía de rodilla hace una semana. Señale la respuesta incorrecta sobre la enfermedad de este paciente:

- a) La crisis tirotóxica o tormenta tiroidea es una condición rara y potencialmente mortal (8-25 %) resultante de una respuesta exagerada del organismo a una elevación aguda de hormonas tiroideas,
- b) En 1993, Burch y Wartofsky introdujeron un sistema de puntuación para aproximarnos al diagnóstico de esta enfermedad, posteriormente modificados por la Asociación Japonesa de Tiroides 2016
- c) El diagnóstico definitivo de tormenta tiroidea se basa en la presencia de síntomas graves y potencialmente mortales en un paciente con evidencia bioquímica de hipertiroidismo (elevación de T4 libre y/o T3 con TSH disminuida o si el hipertiroidismo es central, normal o aumentada).
- d) El tratamiento apropiado es: Tratamiento de soporte, Diltiazem, Metamizol (preferiblemente propiltiouracilo (PTU) e Hidrocortisona (100mg cada 8h)

96. ¿Qué NO esperarías encontrar en un paciente con un cuadro compatible con cetoacidosis diabética?

- a) Glucemia en plasma de 950 mg/dL.
- b) pH de 7,19.
- c) Cuerpos cetónicos de 0,3 mmol/L.
- d) Osmolaridad plasmática elevada.

97. La diátesis hemorrágica se define como estado en el que el paciente presenta un sangrado espontáneo o desproporcionado para la lesión que padece por un desequilibrio entre la hemostasia y fibrinolisis. En cuanto al diagnóstico más frecuente según la edad del paciente, no es cierto:

- a) Al nacimiento niños o niñas con clínica hemorrágica (sangrado de cordón) y pruebas básicas normales, hay que pensar en un déficit del factor XIII.
- b) En el primer año de vida, en niñas con hematomas o sangrados, pensar en Enfermedad de Von Willebrand.
- c) En el primer año de vida, en niños con hematomas pensar en Enfermedad de Von Willebrand y hemofilia.
- d) En adultos valorar alteraciones de la hemostasia secundaria cuando presenta pruebas de laboratorio básicas normales, teniendo en cuenta la función hepática y renal.

98. Varón de 55 años diagnosticado de Ca Epidermoide de pulmón y en tratamiento con quimioterapia. Último ciclo hace 5 días. Acude a urgencias por fiebre de 38,5°C desde hace 3 días sin sintomatología acompañante. En urgencias se extraen Hemocultivos (x2) y se objetiva neutropenia de 300/ml. Procalcitonina < 0.05 ng/ml. Resto de analítica sin alteraciones. Indique la pauta de tratamiento antibiótico más adecuada:
- Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg/8h + Ciprofloxacino 750 mg/12h vo tras una primera dosis de antibiótico iv, observación durante 4 horas en urgencias, alta hospitalaria y reevaluación en 72 horas.
 - Meropenem 1-2 g/8 iv siendo necesario ingreso hospitalario.
 - Administrar factor estimulante de colonias de granulocitos(G-CSF) y esperar a los resultados de hemocultivos para indicar tratamiento antibiótico.
 - Meropenem 1 -2 g/8 iv más Amikacina 15 -20 mg/kg/día iv más Linezolid 600 mg/12 h iv siendo necesario ingreso hospitalario por la gravedad de la neutropenia.
99. Un paciente oncológico, de 72 años, tratado con quimioterapia, llega a urgencias por fiebre de 38,6°C acompañada de decaimiento. En la exploración física destaca taquipnea, presión arterial de 89/50 mm de Hg y crepitantes en hemitórax derecho. En la analítica encontramos 5.200 leucocitos/mL, con 430 neutrófilos/mL, y la radiografía de tórax no muestra condensaciones. Al iniciar el tratamiento antibiótico empírico, si el paciente es alérgico a la penicilina, ¿cuál de las siguientes pautas le parece más correcta?
- Clindamicina + Ciprofloxacino o Levofloxacino.
 - Meropenem en monoterapia.
 - Aztreonam + Vancomicina.
 - Cualquiera de las anteriores es correcta.
100. En relación con el manejo de un paciente con un cuadro de anafilaxia, indique la aseveración CORRECTA:
- A nivel extrahospitalario la administración de adrenalina endovenosa es más segura que la administración intramuscular, ya que presenta menor riesgo de eventos secundarios.
 - Para la administración de adrenalina es preferible la vía subcutánea a la intramuscular a fin de evitar necrosis del músculo.
 - En algunos pacientes con estridor puede ser útil la administración de adrenalina nebulizada.
 - Si el paciente tiene una vía endovenosa priorizaremos la administración de corticoides potentes de acción rápida (por ejemplo, hidrocortisona) a la administración de adrenalina.
101. En la atención de un paciente con dolor en una extremidad, en el que sospechamos una isquemia arterial por la palidez y la ausencia de pulsos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones le parece incorrecta?
- La trombosis es más frecuente en presencia de factores de riesgo cardiovasculares.
 - La embolia arterial suele ocurrir en bifurcaciones arteriales.
 - La trombosis es la causa más frecuente de isquemia aguda en los miembros superiores.
 - La embolia tiene su lugar de origen más frecuente en el corazón.
102. Varón de 50 años remitido a urgencias desde el centro de salud por dolor abdominal, vómitos y diarrea tras ingesta de setas. En la exploración se aprecia TA 130/70, FC 45 lpm, saturación O₂ 97%, sudoroso, con hipersalivación y miosis como hallazgos más significativos. ¿Qué síndrome tóxico y tratamiento administráramos?
- Síndrome simpaticomimético. Base de tratamiento: Hidratación + benzodiazepinas.
 - Síndrome colinérgico. Antídoto específico: atropina y pralidoxima.
 - Síndrome anticolinérgico. Antídoto específico: fisostigmina.
 - Síndrome sedativo. Antídoto específico: Naloxona.

103. En relación con la acatisia, señale la falsa:

- a) Se da habitualmente en pacientes ancianos.
- b) Generalmente se acompaña de irritabilidad e inquietud motora.
- c) Se da normalmente al comienzo del tratamiento con neurolepticos.
- d) El tratamiento es con Diazepam.

104. En el tratamiento con psicofármacos de un paciente con síndrome confusional agudo en urgencias, ¿cuál de las siguientes recomendaciones no le parece adecuada?

- a) En pacientes mayores, son preferibles los neurolepticos "clásicos" frente a los "atípicos", sobre todo ante elevada comorbilidad y/o polifarmacia.
- b) En enfermedades neurológicas (ictus y traumatismo craneoencefálico) se debe evitar el uso de neurolepticos.
- c) En alcohólicos están indicados clometiazol o benzodiazepinas, asociando neurolepticos si aparecen síntomas psicóticos.
- d) En insuficiencia respiratoria es mejor usar neurolepticos como haloperidol o tiaprida.

105. En la intoxicación por cianuro, cuál de las siguientes no es una manifestación tardía (30-60 min).

- a) Taquipnea con hiperventilación.
- b) Cefalea.
- c) Convulsiones.
- d) Extrasístoles ventriculares.



SESCAM

Sección de Salud de Castilla-La Mancha

Castilla-La Mancha