

sescam

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Castilla-La Mancha

Categoría MEDICINA DE URGENCIAS

14 abril 2024

Procesos selectivos convocados mediante Resoluciones de 19/12/2022 (D.O.C.M. nº 248 de 29 de diciembre) de la Dirección General de Recursos Humanos y Transformación 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.-La Constitución Española establece el reconocimiento del derecho a la protección de la salud como:

- a) Un principio rector que solo se puede prestar por las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales.
- b) No está reconocido en la Constitución sino en leyes ordinarias.
- c) Un derecho fundamental.
- d) Un principio rector de la política social y económica.

2.-De acuerdo con el Estatuto de Autonomía de Castilla – La Mancha, los poderes de la Región se ejercen a través de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Son órganos de la Junta:

- a) Las Cortes de Castilla – La Mancha exclusivamente.
- b) Las Cortes de Castilla-La Mancha, el Presidente de la Junta y el Consejo de Gobierno.
- c) El Consejo de Gobierno, el Presidente de la Junta y la Cámara de Cuentas de Castilla – La Mancha.
- d) El Consejo de Gobierno, el Presidente de la Junta, la Consejería de Hacienda, Administraciones Públicas y Transformación Digital, la Consejería de Sanidad y el resto de Consejerías integradas en la Administración Regional.

3.-De las siguientes una no es función de la categoría de médicos de urgencias hospitalaria. Indique cual.

- a) Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan al servicio de urgencias del hospital, con los medios disponibles a su alcance, colaborando con el resto de los servicios hospitalarios en la atención de la urgencia.
- b) Dar el alta al paciente desde el servicio de urgencia una vez atendido y con el informe clínico correspondiente.
- c) Informar al paciente y/o, en su caso, a sus familiares de su proceso clínico, exploraciones complementarias, tratamiento y actuaciones previstas, así como de otros aspectos que afecten a la evolución del proceso.
- d) No contribuir a los planes de formación y a las actividades de mejora de la calidad propias de la especialidad de urgencias al no tenerla reconocida como tal.

4.-Según la Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla – La Mancha, el Servicio de Salud de Castilla La Mancha:

- a) Es una Dirección General con rango de Viceconsejería, adscrita a la Consejería de Sanidad.
- b) Es un Organismo Autónomo dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.
- c) Es una Sociedad de carácter mercantil en la que la Junta ostenta el 100 % de las acciones.
- d) Es una Entidad Pública Empresarial (Ley 40/2015 de 1 de octubre).

5.-Según la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, se denomina:

- a) Comité de cooperación y colaboración del Sistema Sanitario.
- b) Comisión Interministerial estatal y autonómica.
- c) Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- d) Consejo Sanitario Central del Sistema Nacional de Salud.

6.-En todo Centro Coordinador de Urgencias y emergencias (CCUE) se realizan de manera continuada las siguientes acciones, EXCEPTO:

- a) Recepción de la alerta o demanda sanitaria: se hace referencia al momento en que el coordinador sanitario recibe la llamada por parte del operador del 1-1-2.
- b) Asignación de recursos asistenciales: tras el triaje telefónico, el coordinador sanitario asigna el recurso sanitario solicitado por el paciente independientemente del motivo de consulta.
- c) Seguimiento de los recursos asistenciales: se realiza un seguimiento continuo de todo el incidente, en especial de los recursos asistenciales del Servicio de Emergencias Médicas (SEM).
- d) Desde los CCUE se coordinan todos y cada uno de los organismos a intervenir, públicos y privados.

7.-Según la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, el personal estatutario que sea autorizado por periodos superiores a seis meses, para prestar servicios o colaborar con organizaciones no gubernamentales que desarrollen programas de cooperación, se les declarará en situación de:

- a) Permanece en servicio activo.
- b) Servicios especiales.
- c) Excedencia voluntaria por prestación de servicios en el sector público.
- d) Excedencia forzosa.

8.-Según la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha, en el caso del paciente declarado incapaz, el titular del derecho a la información asistencial será:

- a) El tutor.
- b) La autoridad judicial y subsidiariamente la persona nombrada por el órgano judicial.
- c) La Delegación Provincial de Bienestar Social y el curador nombrado conforme al Código Civil.
- d) Tanto el tutor como la Delegación Provincial de Bienestar Social.

9.-Según el Decreto 24/2011, de 12 de abril, de la documentación sanitaria en Castilla-La Mancha, las impresiones de los profesionales sanitarios no sustentadas directamente en datos objetivos o pruebas complementarias y que, en todo caso, resulten de interés para la atención sanitaria al paciente y que expresamente sean calificadas como tales por el profesional que las realiza, se denominan:

- a) Informes clínicos previsibles.
- b) Anotaciones subjetivas.
- c) Diagnósticos facultativos subjetivos.
- d) No es posible incluir esta información desde el 1/07/2023.

10.- En relación con el consentimiento informado. Señale la respuesta incorrecta.

- a) Toda actuación en el ámbito de la salud necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado.
- b) Dicho consentimiento será prestado por el paciente tras la recepción por el facultativo de la información a la que tiene derecho.
- c) No es necesario que el médico se asegure en todo momento que el paciente ha comprendido dicha información y conoce el alcance y las consecuencias de su decisión.
- d) Por regla general: el consentimiento será verbal, pero habrá que dejar constancia en la historia clínica.

11.-Señala la respuesta incorrecta respecto al uso del DEA (desfibrilador externo semiautomático):

- a) En cuanto se disponga de un DEA debemos encenderlo.
- b) Mientras el DEA analiza el ritmo cardíaco, no es necesario interrumpir las compresiones torácicas.
- c) Si se indica una descarga, hay que asegurarse de que nadie toque a la víctima.
- d) Si no se indica una descarga, reiniciaremos inmediatamente la RCP con 30 compresiones.

12.-En lo respectivo a la clasificación y tratamiento del shock hemorrágico en el paciente politraumatizado, señale la respuesta correcta:

- a) Una frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm, con presión sistólica normal y presión del pulso disminuida, frecuencia respiratoria de 20 a 30rpm y ansiedad, corresponde a la Clase II en la Clasificación del Shock Hemorrágico.
- b) Inicialmente se debe canalizar de modo preferente una vía venosa central para la administración de fluidoterapia y transfusión de sangre si estuviese indicada.
- c) Se administrará siempre un bolo inicial de suero salino fisiológico de 1 a 2 litros para un adulto y se iniciará transfusión de sangre en cuanto se disponga de ella.
- d) El protocolo de transfusión masiva consiste en la administración de hematíes seguido de plasma fresco y posteriormente plaquetas en cantidad 2-1-1.

13.-La recuperación de la circulación espontánea (RCE) con éxito es el primer paso hacia el objetivo de recuperación completa de la parada cardíaca. Indique la respuesta FALSA:

- a) Los cuidados postresucitación inmediatos se inician inmediatamente después de RCE independientemente de la ubicación, siguiendo el abordaje ABCDE.
- b) El síndrome postparada cardíaca puede no ocurrir si el paro cardíaco es breve (comprende el daño cerebral postparada cardíaca, la disfunción miocárdica postparada cardíaca, la respuesta sistémica de isquemia/reperfusión y la persistencia de patología precipitante).
- c) Para el control de la vía aérea y ventilación hay que realizar la intubación traqueal, sedación y ventilación en todo paciente con RCE tras una parada cardíaca.
- d) La disfunción miocárdica postresucitación causa inestabilidad hemodinámica, la cual se manifiesta como hipotensión, bajo índice cardíaco y arritmias. Se recomienda realizar ecocardiografía precoz y frecuentemente requiere soporte inotrópico, al menos de forma transitoria.

14.-Respecto a la clasificación de las quemaduras según su profundidad señale la opción correcta:

- a) Superficial (1º grado) Anergizada, posible exposición de tejidos profundos
- b) Espesor parcial superficial. (2º grado superficial) Eritematosa sin ampolla
- c) Espesor parcial profunda (2º grado profundo) Poco exudativa. Color variable (blanco, grisáceo, rojo). Puede haber pérdida de folículos pilosos
- d) Espesor total (3º y 4º grado) Eritematosa, exudativa, ampollas o flictenas

15.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera sobre las indicaciones de angioplastia primaria en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST?

- a) La angioplastia primaria se recomienda solo en pacientes con SCACEST que se presentan dentro de las primeras 24 horas del inicio de los síntomas.
- b) La angioplastia primaria es preferible en pacientes con SCACEST que tienen menos de 75 años y no tienen comorbilidades significativas.
- c) La angioplastia primaria está indicada como el tratamiento de elección en pacientes con SCACEST independientemente del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas.
- d) La angioplastia primaria puede ser considerada en pacientes con SCACEST que presentan contraindicaciones para el tratamiento fibrinolítico y que pueden ser tratados dentro de las primeras 12 horas del inicio de los síntomas.

16.- ¿Cuál sería el tratamiento de elección en un paciente con una taquicardia de QRS ancho en urgencias, que se encuentra clínica y hemodinámicamente estable?

- a) Diltiazem.
- b) CVE.
- c) Verapamilo.
- d) Procainamida.

17.- Paciente varón de 52 años con HTA conocida de 10 años de evolución, con buen control y sin afectación de órganos diana. Acude al servicio de urgencias hospitalarias por cefalea, vómitos, somnolencia, objetivándose cifras de TA de 225/123.

¿Cuál de estos tratamientos sería el indicado como 1ª línea?

- a) Labetalol 20 mg iv.
- b) Captopril 25 mg sl.
- c) Furosemida 40 mg iv.
- d) Nifedipino 20 mg vo.

18.- Paciente varón de 58 años, gran fumador y con O2 domiciliario que acude a urgencias por disnea de mínimos esfuerzos, tos y febrícula de 24 horas de evolución. A la exploración presenta FR 25 rpm, TA 110/75 mmHg, FC 110 lpm, satO2 87% y sibilantes por ambos campos pulmonares. Indique qué gases arteriales basales al aire son los más probables de encontrar en este paciente:

- a) pH 7.48; pO2 85 mmHg; pCO2 25 mmHg; HCO3 28
- b) pH 7.25; pO2 55 mmHg; pCO2 75 mmHg; HCO3 30
- c) pH 7.25; pO2 55 mmHg; pCO2 40 mmHg; HCO3 15
- d) pH 7.40; pO2 100 mmHg; pCO2 45 mmHg; HCO3 25

19.- 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:

- a) Moxifloxacino 400 mg cada 12 horas por 7 días.
- b) Cefditoreno 400 mg cada 12 horas por 7 días más azitromicina 500 mg al día por 5 días.
- c) Amoxicilina 1 g cada 8 horas por 7 días.
- d) Azitromicina 500 mg al día por 7 días.

20.- Se trata de Varón de 21 años que tras síncope vasovagal mientras le tomaban muestra de sangre para una analítica, cursa con TCE pérdida de consciencia. A urgencias llega desorientado, no localiza el dolor, pero si hace movimiento de retirada al estimularlo, y solo abre los ojos cuando se le llama por su nombre. Que escala de Glasgow tiene el paciente:

- a) 15
- b) 11
- c) 8
- d) No se podría estimar la escala de Glasgow en los datos proporcionados.

21.- Señala la respuesta correcta en cuanto uso de la ivabradina en la insuficiencia cardiaca:

- a) Está indicada en pacientes sintomáticos para control de frecuencia en fibrilación auricular persistente.
- b) No debe emplearse en sujetos con asma bronquial.
- c) Está indicada en pacientes en ritmo sinusal con frecuencia cardiaca en reposo superior a 75 lpm y que no toleran más dosis de betabloqueantes.
- d) Se administra inicialmente a dosis de 7'5mg cada 12h, incrementando a la semana si es bien tolerada y el efecto no es el deseado.

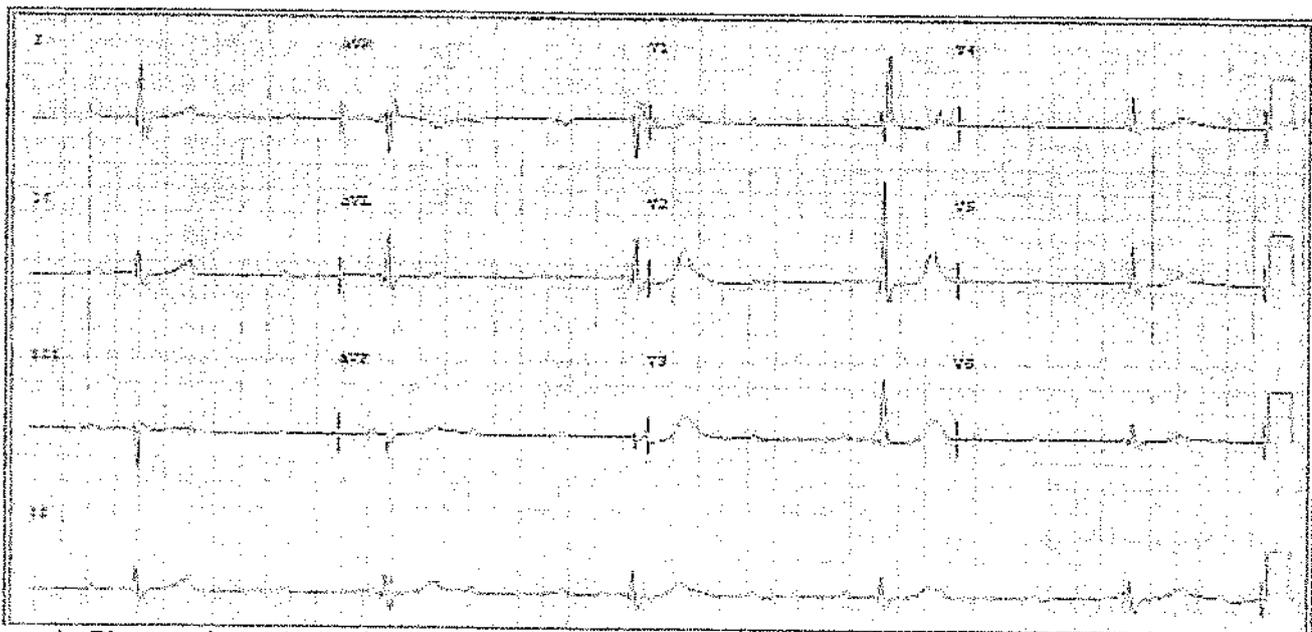
22.-Paciente varón de 78 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2, cardiopatía isquémica y ex enolismo. Actualmente en tratamiento con valsartán/hidroclorotiazida, insulina glargina, linagliptina y ácido acetil salicílico. Presenta caída accidental por escaleras con TCE. En exploración física el paciente está despierto, confuso y con amnesia del episodio. No afectación del lenguaje, ni déficit motor o sensitivo. Se objetiva hematoma frontoparietal con herida inciso-contusa. Señale la respuesta VERDADERA:

- El paciente tiene un TCE moderado al presentar un índice 13/15 en la Escala Coma de Glasgow (ECG)
- Debe realizarse TC craneal dado que presenta factores de riesgo para enfermedad intracraneal tras un TCE.
- Dado que el paciente tiene un TCE leve y se encuentra todavía sintomático, solo precisaría observación y vigilancia clínica durante 6 horas. Realizar TC si no mejoría o deterioro neurológico.
- Tras valoración física se realizaría analítica, cura de la herida, analgésicos y una dosis inicial de tratamiento antibiótico. Si presenta deterioro o empeoramiento de su estado general, se realizaría TC craneal.

23.-Acude un paciente a Urgencias por presentar disnea y tos con expectoración purulenta de varios días de evolución. Como antecedentes personales destacan EPOC severo con obstrucción grave al flujo aéreo y al menos 5 agudizaciones en este último año, habiendo precisado realizar varios ciclos prolongados de corticoides. No tiene alergias medicamentosas. Con los datos aportados, señale cual de entre los siguientes, es el tratamiento antibiótico de primera elección.

- Ceftazidima 2 g/8 h IV.
- Ceftriaxona 1-2 g/ 24 h IV.
- Amoxicilina-Ác. clavulánico 1 g/8 h IV.
- Cefotaxima 1-2g /8 h IV.

24.-Una paciente de 86 años de edad, sin antecedentes relevantes, es atendida en la Unidad de Urgencias Hospitalarias tras presentar un cuadro presincopeal autolimitado. En el Triage, tras detectar una frecuencia cardíaca baja, se realiza un ECG que es mostrado al facultativo responsable. ¿De qué tipo de arritmia se trata? Señale la correcta



- Bloqueo sinoauricular de segundo grado tipo I.
- Bloqueo de 2º grado Mobitz I (Wenckebach).
- Flutter auricular con respuesta ventricular lenta.
- Bloqueo auriculoventricular de tercer grado o completo.

25.-Las lesiones de la muñeca y de la mano son frecuentes y habitualmente debidas a traumatismos o heridas. En las fracturas de escafoides es cierto que (indique la respuesta VERDADERA):

- La no identificación de lesiones externas como tumefacción, hematoma, deformidad, o enrojecimiento en la valoración inicial, excluye la presencia de lesión ósea.
- En la exploración física, la compresión axial del primer, segundo o tercer dedo asociado a desviación cubital dolorosa (telescopaje positivo) nos hará sospechar de lesión a nivel hueso escafoides.
- Ante la sospecha de lesión de escafoides, las proyecciones radiográficas básicas de la muñeca (anteroposterior y lateral) son diagnósticas, sin precisar de proyecciones más específicas, como es la proyección para escafoides.
- En caso de alta sospecha diagnóstica no correlacionada con resultados radiográficos, se realizará inmovilización sólo con vendaje compresivo, no precisando férula de yeso y realizará una nueva radiografía en 15 días.

26.-La dosis anticoagulante de Enoxaparina para el tratamiento de la TVP con función renal normal sería:

- a) 115 UI/kg/día.
- b) 1 mg/kg/día. No usar si FG < 15 ml/min.
- c) 100 UI/kg/12 h o 150 UI/kg/día.
- d) 175 UI/kg/día.

27.- En ocasiones, ante el hallazgo de derrame pleural en urgencias, se debe realizar el análisis del líquido pleural (LP) para diferenciar entre trasudado y exudado. Para ello, se utilizan los conocidos "criterios de Light". Señale el criterio que no forma parte de dichos Criterios de Light.

- a) Cociente de colesterol entre LP y suero superior a 0,4.
- b) Cociente de proteínas entre el LP y el suero superior a 0,5.
- c) Cociente de lactato deshidrogenasa (LDH) entre LP y suero superior a 0,6.
- d) LDH del LP superior a 0,45 veces el límite superior de la LDH sérica normal del laboratorio.

28.-Se conoce como hiperpirexia a:

- a) La situación donde la temperatura es mayor de 43°C.
- b) La situación donde la temperatura es mayor de 39°C.
- c) La situación donde la temperatura es mayor de 41°C.
- d) La situación donde la temperatura es mayor de 38°C.

29.- Varón de 52 años con antecedentes de HTA, DLP. Acude a urgencias por fiebre de 39°C de 48h de evolución, así como desorientación y somnolencia. En la exploración física rigidez de nuca. Tras PL se diagnostica de meningitis aguda bacteriana. El inicio de tratamiento antibiótico empírico es:

- a) Ceftriaxona 2g/12h + vancomicina 10-20mg/kg/8-12h +/- rifampicina 600/12h +ampicilina 2g/8h.
- b) Ceftriaxona 2g/12h + vancomicina 10-20mg/kg/8-12h +/- rifampicina 600/12h.
- c) Cefotaxima 2g/4-6h + gentamicina 240mg/12.
- d) Ciprofloxacino 400mg/12h + ampicilina 2g/8h Ceftriaxona 2g/12h + vancomicina 10-20mg/kg/8-12h +/- rifampicina600/12h + ampicilina 2g/8h.

30.-Si hablamos acerca de las infecciones del tracto urinario (ITU), señale lo CORRECTO

- a) Sospecharemos prostatitis ante la presencia de secreción por meato uretral, mucopurulenta o purulenta.
- b) Si los síntomas reaparecen dentro de las cuatro semanas posteriores a finalizar el tratamiento no se recomienda realizar urocultivo.
- c) La bacteriuria asintomática se define por un crecimiento bacteriano $\geq 10^5$ UFC/mL en dos muestras consecutivas en mujeres y en una sola muestra en hombres, en la orina de mitad de una micción.
- d) La incapacidad para mantener la hidratación oral o tomar medicamentos orales y las dudas con respecto a la adherencia del paciente al tratamiento antibiótico no son criterios de ingreso hospitalario en un paciente con ITU.

31.-Se define como neutropenia febril a:

- a) Elevación de la temperatura > 38,3°C de manera aislada o bien de 38°C durante una hora que ocurre en un paciente con recuento de neutrófilos ≤ 500 células/mL (o < 1.000 células si se espera que vayan a ser < 500 en las siguientes 24-48 horas).
- b) Elevación de la temperatura > 39,3°C de manera aislada o bien de 38,7°C durante una hora que ocurre en un paciente con recuento de neutrófilos ≤ 500 células/mL (o < 1.000 células si se espera que vayan a ser < 500 en las siguientes 24-48 horas).
- c) Elevación de la temperatura de 38,3°C de manera aislada o bien de 38°C durante una hora que ocurre en un paciente con recuento de neutrófilos ≤ 1.500 células/mL.
- d) Elevación de la temperatura de 37,3°C de manera aislada o bien de 37°C durante una hora que ocurre en un paciente con recuento de neutrófilos ≤ 500 células/mL (o < 1.000 células si se espera que vayan a ser < 500 en las siguientes 24-48 horas).

32.- ¿Cuál de las siguientes acciones no es un objetivo de manejo de la sepsis en la primera hora, según las directrices actuales?

- a) Administración temprana de antibióticos de amplio espectro.
- b) Iniciar líquidos intravenosos agresivos para optimizar la perfusión tisular.
- c) Realizar pruebas microbiológicas antes de iniciar el tratamiento antibiótico.
- d) Administrar dosis de corticosteroides sistémicos si hay hipotensión persistente a pesar de la reanimación inicial.

33.-Llega a urgencias un paciente con cefalea de inicio brusco que describe como el peor dolor que ha tenido en su vida tras levantar un mueble en el trabajo, dos horas después ha comenzado con náuseas y vómitos y su compañero dice que parece que se le ha ido la cabeza. De las siguientes ¿qué debería sospechar de inicio?:

- a) Ictus
- b) Encefalitis
- c) Rotura de aneurisma sacular
- d) Trombosis venosa cerebral

34.-Un paciente en coma con los miembros superiores en extensión, aproximación y rotación interna y los miembros inferiores en extensión indica:

- a) Estado postcrítico
- b) Rigidez de decorticación
- c) Rigidez de descerebración
- d) Lesión protuberancial inferior

35.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera sobre las recomendaciones sobre el manejo urgente de la Trombosis Venosa Superficial (TVS)?

- a) En una TVS localizada en la vena safena mayor de 3 cm de longitud y alejada de cayados 5 cm está indicado tratamiento con Fondaparinux a dosis de 2.5 mg diario 45 días
- b) Una trombosis superficial de 8 cm que afecta a la vena safena menor y que está localizada a 5 cm del cayado requiere ser tratada con anticoagulación de la misma pauta que la trombosis venosa profunda
- c) Los anticoagulantes de acción directa no tienen utilidad terapéutica en TVS aislada
- d) Cuando existe extensión de la TVS a venas perforantes, está indicado tratar con anticoagulación a dosis terapéutica al menos 3 meses.

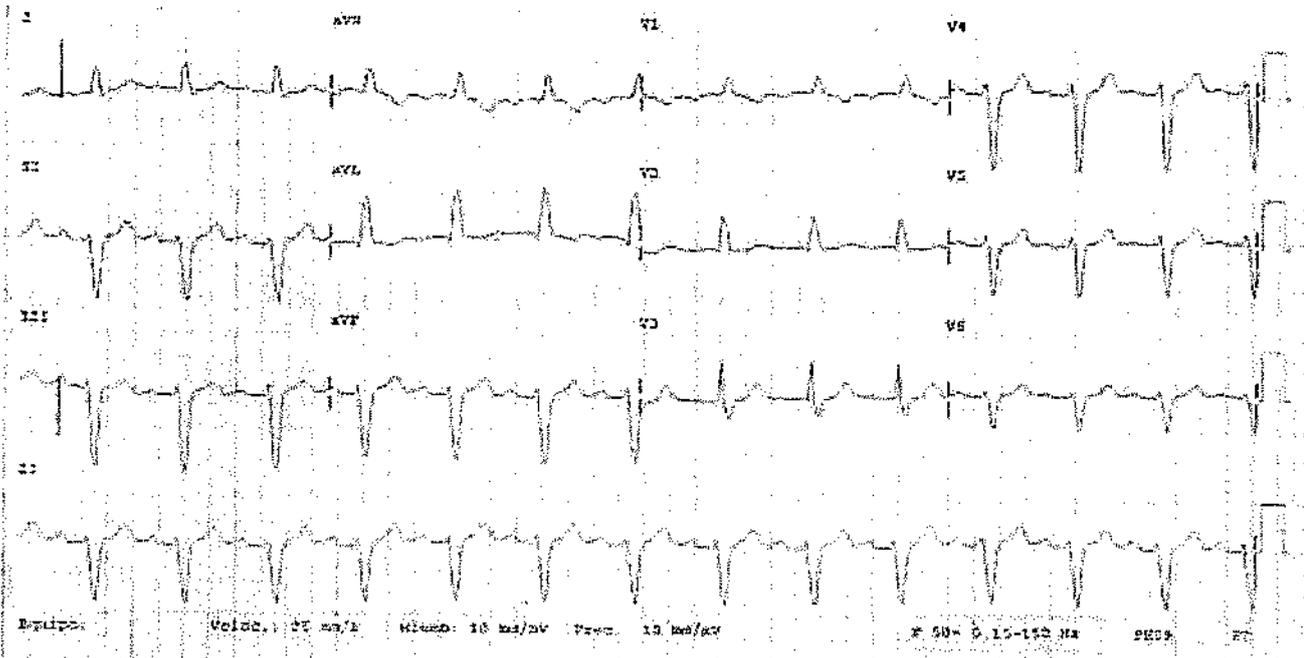
36.-Acerca de la hemorragia subaracnoidea (HSA) señala la opción FALSA:

- a) La HSA solo se produce después de que el paciente haya sufrido TCE
- b) Entre sus manifestaciones clínicas más frecuentes podemos citar: cefalea, náuseas, vómitos y rigidez de nuca
- c) En algunos casos se manifiesta con pérdida brusca de consciencia
- d) Se define como la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo y su causa más frecuente es la rotura de un aneurisma de arteria del polígono de Willis

37.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera sobre las recomendaciones antibióticas de una neumonía teniendo en cuenta su severidad según la escala CURB-65?

- a) En pacientes con neumonía y un puntaje CURB-65 de 0-1, se recomienda el tratamiento empírico con cefalosporinas de segunda generación como cefuroxíma.
- b) En pacientes con neumonía y un puntaje CURB-65 de 3 o más, se recomienda iniciar el tratamiento empírico con una combinación de cefalosporinas de tercera generación y macrólidos como ceftriaxona y azitromicina.
- c) Para pacientes con neumonía y un puntaje CURB-65 de 2, se sugiere el uso de fluoroquinolonas respiratorias como levofloxacino como opción de tratamiento empírico.
- d) La elección del tratamiento antibiótico para la neumonía no se ve influenciada por el puntaje CURB-65, ya que esta escala se utiliza únicamente para evaluar la gravedad de la enfermedad.

38.-Acude a Urgencias un paciente de 56 años de edad, con antecedente de mareo recurrente no filiado, por haber sufrido un síncope mientras estaba en bipedestación. La recuperación ha sido completa, y tanto la exploración física como las pruebas complementaras realizadas han sido normales, a excepción del electrocardiograma que se muestra a continuación. Entre las siguientes posibilidades de actuación, ¿cuál le parece más acertada?



- a) Solicitud urgente de angioTc pulmonar para despistaje de Tromboembolismo Pulmonar.
- b) Solicitud de evaluación ecocardiográfica urgente por sospecha de Hipertrofia de Ventriculo Izquierdo.
- c) Solicitud de evaluación urgente por cardiología, para ingreso y estudio electrofisiológico.
- d) Solicitud de valoración urgente por parte de hemodinámica por sospecha de síndrome coronario agudo.

39.-En un paciente con la sospecha de padecer una colangitis aguda se valora su situación y se determina que puede ser efectivamente ese el diagnóstico al presentar la llamada "Pentada de Reynolds". Señale la respuesta correcta que incluye los signos y síntomas que la definen:

- a) Fiebre, ictericia, tiritona, dolor abdominal y náuseas.
- b) Dolor abdominal, fiebre, ictericia, Shock y trombopenia.
- c) Ictericia, dolor abdominal, confusión mental, shock y fiebre.
- d) Ictericia, fiebre, confusión mental, dolor abdominal y petequias.

40.-Varón de 74 años, hipertenso de años de evolución con mal control. Consulta por episodio de perdida de conocimiento, con dolor lumbar izquierdo irradiado a hipocondrio izquierdo, de inicio brusco. Presenta diaforesis intensa, palidez cutánea, y no se palpa pulso femoral. TA 83/42, FC 110 lpm. ¿Cuál sería el diagnóstico de sospecha?:

- a) Neumonía basal derecha.
- b) Apendicitis aguda.
- c) Rotura de aneurisma de aorta abdominal.
- d) Orquiepididimitis aguda.

41.-En un paciente que consulta por hematoquecia y en el cual, tras una primera aproximación diagnóstica, la sospecha es que se trate de una hemorragia digestiva baja (HDB) (señale lo CORRECTO):

- a) En los pacientes jóvenes (< 50 años) la causa más frecuente de HDB grave es la hemorragia diverticular.
- b) Ante la sospecha de HDB, sabemos que aproximadamente un 45 % de las HDB tienen origen en el colon.
- c) Al tratarse de una HDB, la evaluación del estado hemodinámico no es prioritaria y pasa a un segundo plano.
- d) El angio-TC se recomienda ante pacientes inestables hemodinámicamente, tras resucitación inicial, con sospecha de sangrado activo.

42.-De acuerdo con la clasificación funcional NYHA de la insuficiencia cardíaca, un paciente en que la actividad física que puede realizar es inferior a la habitual, de modo que está limitado notablemente por la disnea, diríamos que es:

- a) Clase I
- b) Clase II
- c) Clase III
- d) Clase IV

43.-La hemorragia digestiva es el sangrado mayor más frecuente en los pacientes anticoagulados, todos los ACOD se asocian a incremento en el riesgo de hemorragia gastrointestinal mayor, aunque con diferentes magnitudes, de los siguientes ACOD señale el de mejor perfil respecto a la hemorragia digestiva:

- a) Apixaban 5mg/12h.
- b) Rivaroxabán 20mg/24h.
- c) Davigatrán 150 mg/12h.
- d) Edoxabán 60mg/24h.

44.-En la radiografía de tórax de un paciente con disnea y tos encontramos un derrame pleural que ocupa más de la mitad del hemicampo pulmonar izquierdo. Hacemos una toracocentesis y el resultado del laboratorio es: pH 7,05; el cociente de lactato deshidrogenasa (LDH) entre líquido pleural y suero es de 1, glucosa 36 y aparecen leucocitos con predominio de neutrófilos. De las siguientes, lo más probable es que se trate de un:

- a) Quilotórax.
- b) Derrame tuberculoso.
- c) Empiema bacteriano.
- d) Insuficiencia cardíaca.

45.-Ante un paciente de 56 años que presenta dolor localizado en epigastrio y en hipocondrio derecho, de inicio súbito y gran intensidad, constante, que se irradia a la espalda. Marque la afirmación VERDADERA.

- a) En los dolores abdominales no está indicado la valoración de los signos vitales, al menos hasta no tener un diagnóstico concreto.
- b) Si el paciente tiene una temperatura de 35°C, una frecuencia cardíaca de 118 lpm y una frecuencia respiratoria de 28 rpm, podremos decir que, con independencia de la causa del dolor abdominal, cumple criterios de SRIS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica).
- c) Si sospecho una pancreatitis aguda como causa del cuadro clínico que presenta el paciente, siempre esperaré encontrar unos niveles de amilasa en sangre elevados.
- d) Finalmente, el diagnóstico del paciente fue pancreatitis aguda con criterios de gravedad. El tratamiento indicado para este paciente sería: sueroterapia, protección gástrica, antibioterapia profiláctica, analgesia y antieméticos si los precisa, entre otros.

46.-Paciente de 79 años que ha sido dada de alta de la Unidad de Cuidados intensivos hace 10 días por una sepsis de origen urinario, acude a urgencias por cuadro de 4 días de evolución de dolor abdominal y diarrea, en coprocultivo se realiza pcr para Clostridium difficile con resultado positivo. ¿ Qué fármaco pondría como alternativa a Vancomicina oral?

- a) Loperamida 4 mg, seguido de 2 mg tras cada deposición (máximo de 16 mg diarios).
- b) Paramomicina 650mg/8h durante 7 días.
- c) Fidaxomicina 200 mg /12h v.o durante 10 días.
- d) Ciprofloxacino 500 mg / 12 horas v.o durante 7 días.

47.-Señale cuál de las siguientes NO es una característica de un síncope cardiovascular:

- a) Historia familiar de muerte súbita prematura de causa desconocida.
- b) Activación autonómica antes del síncope: palidez, sudoración, náusea/vómito.
- c) Aparición durante el esfuerzo o en supinación.
- d) Presencia de cardiopatía estructural o enfermedad arterial coronaria.

48.- ¿Cuál sería la actitud terapéutica más adecuada ante una paciente con proctalgia y hemorroides grado 2 no trombosadas?

- a) Abundante hidratación, ingesta de fibra y toma de laxantes para evitar el estreñimiento.
- b) Amoxicilina ácido clavulámico 500/125 mg, 1 cada 8 horas durante 5 días.
- c) Escisión quirúrgica de la hemorroide.
- d) Diltiazem gel al 2% cada 12 horas, durante 6-8 semanas.

49.-Ante un paciente con ictericia, hiperbilirrubinemia de predominio directo y un patrón colestásico, con elevación de gamma glutamil transpeptidasa (GGT) y fosfatasa alcalina (FA), debemos sospechar y descartar:

- a) Hepatitis vírica.
- b) Síndrome de Gilbert.
- c) Obstrucción de la vía biliar.
- d) Cirrosis hepática.

50.-Paciente varón de 67 años con antecedentes de cirrosis hepática por alcoholismo crónico que acude a urgencias por bajo nivel de consciencia y fiebre mayor de 38°C. A la exploración destaca rigidez de nuca. Se realiza punción lumbar obteniendo LCR turbio con presión elevada en el que se logran recontar 2000 células (65% PMN), glucosa 50 y proteínas 130. Según todos estos datos, ¿qué agente etiológico de los siguientes habría que tener menos en cuenta a la hora de instaurar un tratamiento empírico?

- a) *L. monocytogenes*.
- b) *N. meningitidis*.
- c) *Streptococcus* grupo B.
- d) Enterobacterias.

51.-La colangitis aguda es la complicación principal de la coledocolitiasis y se define como la infección bacteriana del canal biliar ductal. Señale la respuesta **FALSA**:

- a) La tríada de Charcot incluye la presencia de fiebre, dolor abdominal e ictericia y establece el diagnóstico de colangitis aguda.
- b) Antecedentes de manipulación instrumental (CPRE, CTP o cirugía), aumenta el riesgo de colonización por microorganismos grampositivos o resistentes a antibióticos (*E. coli*, *S. Aureus*, *Klebsiella* spp., *Enterococcus* spp. y *Proteus* spp.).
- c) El síntoma más frecuente es la fiebre (90 % de pacientes) seguido de ictericia (75%). La confusión mental, la hipotensión, el letargo y el delirio son sugestivos de una bacteriemia y/o shock séptico (15 % de los casos).
- d) Según los criterios de gravedad de Tokio, el drenaje debe ser precoz en pacientes con gravedad grados II y III.

52.-La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una complicación frecuente y grave de los pacientes con cirrosis y ascitis. Señale la respuesta **INCORRECTA**:

- a) El diagnóstico de la PBE se basa fundamentalmente en el recuento de polimorfonucleares (PMN) en el líquido ascítico (LA), obtenido mediante paracentesis diagnóstica. Se establece la existencia de una PBE cuando la cifra de PMN es igual o superior a 250/µl, en ausencia de un foco infeccioso intraabdominal tratable quirúrgicamente.
- b) Cuando un cultivo es positivo (~40% de casos), los patógenos más comunes incluyen bacterias Gram-negativas (BGN), normalmente *Escherichia coli* y cocos Gram positivos (principalmente especies de *Streptococcus* y *Enterococcus*).
- c) El tratamiento antibiótico de primera de elección en los pacientes con PBE es piperacilina-tazobactam y quinolonas en alérgicos a beta-lactámicos.
- d) Se debe realizar profilaxis primaria de PBE en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva, pacientes con proteínas en líquido ascítico < 1,5 g/dL y/o función renal deteriorada y profilaxis secundaria tras el primer episodio de PBE.

53.- ¿Cuál es fórmula correcta para calcular el anión GAP?:

- a) $AG = Na^+ - (Cl^- + CO_3H^-)$.
- b) $AG = Na^+ - (Cl^- - CO_3H^-)$.
- c) $AG = Cl^- - (Na^+ + CO_3H^-)$.
- d) $AG = Cl^- + (Na^+ - CO_3H^-)$.

54.- ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el manejo urgente del paciente con alteraciones electrocardiográficas secundarias a hiperpotasemia?

- a) Administración de gluconato de calcio intravenoso para estabilizar la membrana celular.
- b) Iniciar infusión de bicarbonato de sodio intravenoso para corregir la acidosis metabólica.
- c) Administración de insulina y glucosa intravenosa para desplazar el potasio del espacio extracelular.
- d) Iniciar diuréticos de asa para promover la excreción renal de potasio.

55.-Indique cuál de los siguientes fármacos está indicado en la litiasis ureteral con fines expulsivos:

- a) Metoclopramida en dosis de 10 mg cada 8 horas.
- b) Dexketoprofeno trometamol en dosis de 50 mg cada 8 horas.
- c) Metamizol magnésico en dosis de 2 g cada 8 horas.
- d) Tamsulosina en dosis de 0,4 mg cada 24 horas.

56.- En cuanto a la sepsis, señale lo CORRECTO:

- a) La neumonía es el foco de infección que con más frecuencia origina sepsis, por delante de la infección del tracto urinario y de la infección abdominal.
- b) La taquipnea y la hiperventilación aguda con alcalosis respiratoria e hipocapnia ($\text{PaO}_2 < 30 \text{ mmHg}$) sin hipoxemia es una de las manifestaciones más tardías de los procesos sépticos.
- c) La disfunción neurológica más frecuente es la disminución del nivel de consciencia, desde la obnubilación hasta el coma (su presencia y nivel de gravedad no se correlacionan con un peor pronóstico del cuadro séptico).
- d) La presencia de hiperglucemia junto con cifras de presión arterial que no remontan con drogas vasoactivas debe hacernos sospechar la presencia de una insuficiencia suprarrenal relativa subyacente.

57.-Un paciente de 78 años consulta en su Servicio de Urgencias Hospitalario porque desde hace 3 semanas tiene polaquiuria, nicturia, hematuria, sin dolor abdominal, con un nivel de creatinina sérica de 3.5 mg/dl. ¿Cuál de las siguientes opciones constituye la mejor atención clínica urgente posible para este caso?

- a) Iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro y analgésicos para el control del dolor si apareciera y solicitar una interconsulta con el servicio de nefrología para evaluar la necesidad de diálisis inmediata.
- b) Realizar de forma inmediata ecografía a pie de cama para evaluar la morfología renal y descartar obstrucción del tracto urinario. Sueroterapia y si se confirma globo vesical, sondaje vesical y lavado vesical continuo si en el interior de la vejiga se han visto coágulos.
- c) Iniciar sueroterapia con solución salina intravenosa y solicitar una interconsulta con urología para evaluación y manejo de la hematuria.
- d) Solicitar una consulta urgente con un nefrólogo y realizar una tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste para evaluar la causa de la insuficiencia renal.

58.-Un paciente con antecedentes de diabetes y alcoholismo crónico acude a urgencias por presentar edema escrotal y peneano con dolor intenso y a la exploración presenta crepitación y equimosis. Debemos sospechar:

- a) Torsión testicular.
- b) Orquiepididimitis.
- c) Parafimosis.
- d) Gangrena de Fournier.

59.-En el manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) sería CIERTO que:

- a) Para la estratificación del riesgo isquémico a corto plazo, se tienen en cuenta diferentes aspectos clínicos que deben complementarse con el uso de escalas. La más utilizada es la escala GRACE que predice el riesgo de reinfarto, la mortalidad hospitalaria y al alta.
- b) El algoritmo de exclusión (rule-out) e inclusión (rule-in) de 0/1 horas o 0/2 horas utilizando troponina ultrasensible (hs-Tn) sería suficiente para identificar a los pacientes con SCASEST sin precisar de más determinaciones a las 3-6 horas.
- c) Según estratificación del riesgo y atención en SCASEST, los pacientes con riesgo alto (IAMSEST) presentan GRACE >140 y precisan estrategia invasiva en <2 horas.
- d) Respecto al tratamiento de pacientes con SCASEST se recomienda iniciar pretratamiento de antiagregación con AAS e inhibidores de la proteína P2Y12 (Prasugrel, ticagrelor, clopidogrel).

60.-Uno de los siguientes signos o síntomas no es propio de la orquiepididimitis aguda:

- a) Escroto aumentado de tamaño con signos locales de inflamación.
- b) Puede presentar hidrocele reactiva.
- c) Signo de Prehn positivo.
- d) Reflejo cremastérico anulado.

61.-La actitud recomendada ante una hipoglucemia en un paciente diabético sería (señale la respuesta INCORRECTA):

- a) Si el paciente está consciente, administrar 15-20 gr de hidratos de carbono (HC) de absorción rápida y medir glucemia en 15 minutos.
- b) Si el paciente está inconsciente, sin vía venosa canalizada, administrar glucagón 1 mg intramuscular o subcutáneo. Determinar glucemia capilar a los 10 minutos.
- c) Si el paciente está inconsciente, con vía venosa periférica canalizada, administraremos 10 mg de suero glucosado al 10%. Determinar glucemia capilar a los 10 minutos.
- d) Si el paciente está consciente, con glucemia $>70\text{mg/dl}$, administrar 15-20 gr de hidratos de carbono (HC) de absorción lenta y medir glucemia en 15 minutos.

62.-Paciente varón de 45 años que acude a urgencias por comportamiento inapropiado, agresivo e irritado. El paciente presenta hipotensión refractaria a fluidos, coloración oscura de las areolas mamarias y en la analítica destaca hiponatremia, hiperpotasemia y una glucemia de 45 mg/dl. Señale el diagnóstico más probable:

- a) Crisis mixodematosa.
- b) Hipoglucemia por insulinoma.
- c) Sepsis
- d) Crisis addisoniana.

63.-Si llega a urgencias un paciente tratado con Dabigatran por una fibrilación auricular no valvular y presenta una hemorragia gastrointestinal activa con compromiso vital, ¿cuál de los siguientes fármacos le parece especialmente indicado utilizar?

- a) Vitamina K y sulfato de protamina por vía intravenosa.
- b) Andexanet alfa, si está disponible.
- c) Idarucizumab por vía intravenosa.
- d) Concentrado de complejo protrombínico intravenoso.

64.-En cuanto a la enfermedad de Von Willebrand, es incorrecto:

- a) Es la diátesis hemorrágica hereditaria más frecuente.
- b) Se hereda de forma autosómica recesiva excepto el tipo 3, que es de herencia autosómica dominante o por doble heterocigoto.
- c) Se produce por un déficit cualitativo o cuantitativo de la síntesis del factor de Von Willebrand.
- d) Se clasifica en tres tipos, siendo en tipo 1 el más habitual.

65.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe una indicación adecuada para la fibrinólisis en el código ictus según las directrices de Castilla-La Mancha?

- a) La fibrinólisis está indicada en pacientes con ictus isquémico que presentan síntomas neurológicos leves y una ventana de tiempo de hasta 6 horas desde el inicio de los síntomas.
- b) La fibrinólisis es apropiada en pacientes con ictus hemorrágico confirmado por tomografía computarizada (TC) que presentan una ventana de tiempo de hasta 3 horas desde el inicio de los síntomas.
- c) La fibrinólisis puede considerarse en pacientes con ictus isquémico si no hay contraindicaciones y la ventana de tiempo es de hasta 12 horas desde el inicio de los síntomas.
- d) La fibrinólisis se recomienda en pacientes con ictus isquémico agudo que cumplen con los criterios de elegibilidad y tienen una ventana de tiempo de hasta 4.5 horas desde el inicio de los síntomas.

66.- Le llaman de observación porque un paciente que acaba de transfundir ha hecho una reacción transfusional aguda de tipo hemolítico. El tratamiento de elección en este caso sería:

- a) Corticoides a dosis altas. Antihistamínicos. Beta2-agonistas. Adrenalina: 0,3-0,5 ml 1:1.000 s.c./i.m. Repetir cada 3-5 min.
- b) Sueroterapia. Diuréticos (furosemida). Mantener flujo renal > 100 ml/h. Alcalinizar orina y valorar Dopa a dosis renales.
- c) Precisar VMI y UCI. Mortalidad del 10 %. En la mayor parte de los casos remite en 24-48 horas con soporte. No existe tratamiento específico.
- d) Precisar UCI. Extraer hemocultivos al paciente y la bolsa. Antibióticos de amplio espectro de forma inmediata.

67.-El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) nos orientará en el diagnóstico de meningitis aguda en urgencias. Es **CIERTO** que:

- a) La presencia de células de predominio mononuclear (MN), glucorraquia disminuida y aumento de proteínas suele ser característico de la meningitis tuberculosa, sin poder descartar otras etiologías.
- b) Pleocitosis con aumento de células de predominio polimorfonuclear (PMN), glucorraquia disminuida y aumento de proteínas corresponde con un perfil linfocitario
- c) La meningitis aguda vírica suele presentar un líquido con predominio PMN y glucorraquia normal.
- d) La meningitis bacteriana decapitada no suele presentar pleocitosis en el examen del LCR.

68.-La individualización del riesgo en pacientes con neutropenia febril es fundamental para su evaluación y tratamiento. Señale cuál de las siguientes respuestas es **CORRECTA**:

- a) En pacientes de bajo riesgo, la pauta antibiótica incluye amoxicilina/clavulánico + quinolona vía oral. En alérgicos a penicilina se puede sustituir amoxicilina/clavulánico por clindamicina.
- b) En los pacientes con neutropenia febril de alto riesgo se debe iniciar tratamiento intravenoso con doble terapia antibiótica con betalactámico antipseudomona (meropenem o piperacilina/tazobactam o cefepime) y aztreonam.
- c) En los pacientes con neutropenia febril y foco infeccioso abdominal con diarrea estaría indicado el uso de vancomicina intravenosa o quinolonas iv.
- d) En pacientes con neutropenia febril y candidiasis esofágica estaría indicado el tratamiento con daptomicina o linezolid iv.

69.-Mujer de 55 años, acude al servicio de urgencias por mareo, astenia intensa y prurito palmo-plantar. A la exploración física destaca un exantema cutáneo generalizado, con lesiones urticariformes, y TA 60/41. Fc 122 lpm. Sat. O2 88%. ¿Cuál sería el tratamiento de 1ª elección?:

- a) Adrenalina a 0.01 mg/kg intramuscular.
- b) Salbutamol 2 puff en cámara.
- c) Metilprednisolona a 0.1 mg/kg.
- d) Metoclopramida 20 mg intravenosa.

70.-Un paciente es valorado por segunda vez en urgencias por un cuadro de episodios frecuentes de heces semilíquidas, con sangre y moco en ocasiones, desde que volvió de un viaje por distintos países tropicales. Al comprobar los estudios que se le han hecho vemos distintos coprocultivos y un informe desde microbiología que señala el aislamiento de *Entamoeba histolytica*. La pauta adecuada de tratamiento inicial para este enfermo sería:

- a) Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas durante 10 días.
- b) Levofloxacino 500 mg cada día durante 5 días.
- c) Vancomicina 125 mg cada 8 horas por 7 días.
- d) Metronidazol 500-750 mg cada 8 horas durante 10 días.

71.- Respecto a la Ascitis a tensión (Grado III) señale la respuesta CORRECTA:

- a) Se denomina Ascitis a tensión a la acumulación de líquido serofibrinoso libre en la cavidad peritoneal en cantidad superior a 100 ml.
- b) La dosis de albúmina recomendada al realizar una paracentesis evacuadora es de 8gr por cada 1L de líquido ascítico extraído.
- c) En la ascitis a tensión el tratamiento de elección son los diurético y restricción de sal.
- d) La cuantía de líquido ascítico evacuado no debe superar los 5L para evitar disfunciones hidroelectrolíticas.

72.-En la actualidad la medición de la triptasa sérica es la prueba más útil para el diagnóstico de anafilaxia. Aunque puede elevarse en muestras obtenidas entre 15 y 180 minutos después del comienzo de los síntomas, se aconseja la realización de una curva de triptasa con la extracción de al menos tres muestras seriadas. Señale la pauta de extracción de muestras recomendada:

- a) La primera antes de la instauración del tratamiento, la segunda alrededor de 8 horas desde el comienzo y la tercera a partir de las 24 horas.
- b) La primera tras la instauración del tratamiento, la segunda alrededor de 12 horas desde el comienzo y la tercera a partir de las 24 horas.
- c) La primera antes de la instauración del tratamiento, la segunda alrededor de 2 horas desde el tratamiento y la tercera a partir de las 24 horas.
- d) La primera tras la instauración del tratamiento, la segunda alrededor de 2 horas desde el comienzo y la tercera a partir de las 24 horas.

73.- ¿En qué situaciones estaría indicado la realización de pruebas complementarias de neuroimagen en el vértigo agudo en urgencias? Señale la respuesta FALSA:

- a) Síntomas de vértigo acompañado de primer episodio con cefalea muy intensa.
- b) Si pérdida de audición asimétrica o unilateral.
- c) Maniobra oculocefálica (MOC) o Head Impulse Test positiva
- d) Presencia de dismetría dedo-nariz izquierda, disdiadococinesia izquierda y marcha atáxica

74.-Un paciente de 67 años refiere dolor en el oído izquierdo desde hace 2 días. Atendido ayer en su Centro de Salud, le pautaron tratamiento con amoxicilina/clavulánico y analgesia. Consulta hoy en Urgencias por desviación de la boca hacia la derecha y aparición de vesículas en el pabellón auricular izquierdo y en la cara. Ante esta situación, debemos considerar alguna de las siguientes posibilidades, señálela.

- a) La sospecha es de un síndrome de Ramsay-Hunt y su tratamiento es antivirales vía oral.
- b) La causa más probable es una reactivación del virus de Epstein-Barr.
- c) La parálisis facial asociada indica un mejor pronóstico que la idiopática.
- d) La principal sospecha es una mastoiditis, precisando ingreso hospitalario y tratamiento intravenoso.

75.-Respecto a las pruebas de neuroimagen en el paciente que consulta por cefalea en urgencias, señale lo CORRECTO:

- a) La angio-TC o la angio-RM no tienen utilidad para el diagnóstico de los aneurismas o malformaciones vasculares.
- b) La cefalea intensa de inicio explosivo (cefalea en estallido) sólo tiene indicación de TC urgente cuando asocia síntomas o signos neurológicos focales diferentes del aura migrañosa.
- c) Se puede realizar una punción lumbar de urgencia sin TC si no hay focalidad neurológica, el fondo de ojo muestra pulso venoso, ausencia de papiledema y el paciente no presenta alteración de la consciencia.
- d) Está indicado realizar un TC ante todo síndrome febril que asocie cefalea.

76.-Señale la respuesta incorrecta en la siguiente relación de patología ORL-germen más frecuente:

- a) Erisipela-*Staphylococcus aureus*.
- b) Impétigo-*Streptococcus hemolítico grupo A*.
- c) Pericondritis del pabellón- *Pseudomona aeruginosa*.
- d) Otomicosis-*Aspergillus*.

77.-La trombosis venosa superficial (TVS) ha sido clásicamente infravalorada, infradiagnosticada y, por lo tanto, infratratada. La anticoagulación de esta entidad estaría recomendada en una de las siguientes situaciones:

- a) TVS aislada de 2 cm.
- b) Ante la ausencia de trombosis venosa en el territorio profundo.
- c) TVS aislada mayor de 5 cm.
- d) Cuando no están afectadas las venas perforantes.

78.-Paciente que llega a urgencias con signos de trombosis venosa superficial con afectación por encima de la rodilla, sintomatología acusada, con historia previa de ETV y cirugía reciente de hombro. Usted le propone tratamiento con anticoagulación parenteral que el paciente rechaza, en este caso el tratamiento sugerido sería:

- a) Iniciar anticoagulación con Acenocumarol como alternativa a HBPM.
- b) Rivaroxabán 10mg/ día con una recomendación débil.
- c) Rivaroxabán 20 mg con una recomendación fuerte.
- d) No anticoagular.

79.-Señale la definición errónea en relación con los siguientes términos en patología psiquiátrica:

- a) Obsesión: pensamiento recurrente, persistente e intrusivo y que es reconocido como poco placentero.
- b) Alucinación: sensación subjetiva que va precedida de impresión en los sentidos. Las alucinaciones visuales suelen estar asociadas a trastornos psiquiátricos y las alucinaciones auditivas a trastornos orgánicos.
- c) Psicosis: Desorden extremo de pensamiento y percepción con alucinaciones y distorsión de la realidad por parte del paciente.
- d) Fuga de ideas: trastorno del curso de pensamiento, con cambios bruscos y sin lógica en el discurso.

80.-En cuanto a las reacciones transfusionales, señale la CORRECTA:

- a) Pueden clasificarse por su cronología, en agudas (< 2 h) y retardadas (> 24 h hasta meses o años después).
- b) Durante la transfusión no se pueden añadir medicamentos ni otros fluidos por la misma vía. El SF isotónico 0,9 % es la única solución adecuada para su uso junto con la sangre (las soluciones hipotónicas y las que llevan dextrosa pueden provocar hemólisis, y el calcio, coágulos al revertir el efecto anticoagulante del citrato).
- c) La lesión pulmonar asociada a transfusión (TRALI) es un cuadro leve y transitorio que suele resolverse de forma espontánea sin tratamiento.
- d) La reacción transfusional que aparece cuando hay incompatibilidad ABO se caracteriza por prurito y ocasionalmente rash, con buena respuesta a antihistamínicos.

81.-El diagnóstico diferencial más importante y frecuente del síndrome confusional agudo (SCA) se realiza con la demencia. Una de las siguientes características es orientativa de demencia frente a SCA.

- a) Inicio agudo.
- b) Curso fluctuante.
- c) Consciencia alterada.
- d) Presencia infrecuente de alucinaciones.

82.-Paciente varón de 45 años que acude a urgencias tras haber sufrido una quemadura por deflagración. Presenta quemaduras de tercer grado en región anterior de tórax, abdomen y ambos brazos con una superficie corporal afectada de aproximadamente el 30%. El paciente pesa 80 kilos. Indique la velocidad de infusión de líquido requerida en las primeras 8 horas de manejo contando con que el paciente se encuentra hemodinámicamente estable:

- a) 600 ml/hora
- b) 200 ml/hora
- c) 300 ml/hora
- d) 500 ml/hora

83.-En el tratamiento farmacológico del síndrome confusional agudo en Urgencias, los neurolepticos atípicos son de elección en los pacientes geriátricos con elevada comorbilidad y/o polifarmacia. ¿De los siguientes, cual no es un neuroleptico atípico?

- a) Olanzapina.
- b) Aripiprazol.
- c) Tiaprida.
- d) Risperidona.

84.-La hidroxocobalamina (vitamina B12) es el tratamiento de elección en la intoxicación por (señale la respuesta correcta):

- a) Benzodiazepinas.
- b) Antidepresivos tricíclicos.
- c) Paracetamol.
- d) Cianuro.

85.-La UVI móvil trae a Urgencias a un varón de 40 años de edad, atendido en el campo, con mal estado general, disminución del nivel de consciencia, agitado y sudoroso. Una vez en la sala de reanimación, un acompañante nos refiere que es agricultor y que pudiera haber estado usando un plaguicida. La exploración física más minuciosa evidencia miosis, sialorrea, bradicardia e hipotensión. ¿Qué síndrome tóxico hemos de descartar como primera posibilidad?

- a) Síndrome anticolinérgico.
- b) Síndrome colinérgico.
- c) Síndrome neuroléptico maligno.
- d) Síndrome serotoninérgico.

86.-A la percepción de dolor ante un estímulo no doloroso se le denomina:

- a) Disestesia.
- b) Hiperpatía.
- c) Hiperalgesia.
- d) Alodinia.

87.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los fármacos utilizados para el tratamiento del dolor le parece correcta?

- a) La nabumetona está contraindicada en pacientes anticoagulados con Sintrom.
- b) El celecoxib no se debe utilizar en pacientes con insuficiencia cardíaca de origen isquémico.
- c) La amitriptilina está especialmente indicada como rescate en el dolor neuropático agudo.
- d) La meperidina produce menos náuseas y vómitos que la morfina, como efectos secundarios.

88.-En los pacientes oncológicos puede aparecer el síndrome de lisis tumoral a las 12-72 horas de la administración del tratamiento antineoplásico. De forma insidiosa puede aparecer diarrea, náuseas, vómitos, anorexia, obnubilación e incluso espasmos y contracturas musculares, convulsiones, oligoanuria, etc. En este caso las alteraciones analíticas son diagnósticas. Señale las alteraciones que encontraríamos en el síndrome de lisis tumoral:

- a) Hiperuricemia, hipopotasemia, hipofosfatemia e hipercalcemia.
- b) Hiponatremia, hiperpotasemia, hipofosfatemia e hipercalcemia.
- c) Hiperuricemia, hiponatremia e hipercalcemia.
- d) Hiperuricemia, hiperpotasemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia.

89.- ¿Cuál de los siguientes fármacos se recomienda como primera opción para el tratamiento de hipo intratable de origen central en pacientes de cuidados paliativos?

- a) Gabapentina. 110-400mg cada 8h
- b) Baclofeno. 5-15mg cada 8h
- c) Metoclopramida. 10mg cada 8h
- d) Olanzapina. 5-20mg cada 24h

90.-En el contexto de la salud laboral en el personal trabajador en servicios de urgencias, ¿cuál de las siguientes medidas ha demostrado ser la más efectiva para reducir los riesgos laborales?

- a) Formación y entrenamiento periódico del personal en técnicas de manejo de estrés y prevención de lesiones.
- b) Rotación frecuente del personal entre diferentes áreas del hospital para evitar la fatiga laboral.
- c) Implementación de políticas de incentivos financieros para los trabajadores que reporten lesiones laborales.
- d) Reducción de la jornada laboral a menos de 40 horas semanales para disminuir el riesgo de lesiones y enfermedades laborales.

91.-Paciente varón de 75 años con antecedentes de EPOC severo acude a urgencias por disnea de 24 horas de evolución. A la exploración física presenta sibilantes dispersos en ambos campos pulmonares, una frecuencia respiratoria de 35 rpm con uso de musculatura accesoria y satO2 al aire inspirado de 80%. Se encuentra somnoliento y la Rx tórax es normal. Los gases arteriales muestran: pH 7.27; pCO2 85 mmHg; pO2 55 mmHg; HCO3 30. Indique que modo ventilatorio es el más aconsejable en este paciente:

- a) VMNI en modo CPAP con PEEP 5 cm H2O
- b) O2 con mascarilla reservorio a 15 lpm.
- c) VMNI en modo BiPAP empezando con PEEP 5 y Presión soporte de 10 con FiO2 en torno a 0.4
- d) VMI, intubación orotraqueal directa y manejo en UCI.

92.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los mecanismos de acción de la terapia de alto flujo nasal es incorrecta?

- a) Asistencia respiratoria (a través de la reducción del espacio muerto y la administración de una presión positiva de las vías respiratorias dinámica)
- b) Aumenta el volumen corriente y mejora la ventilación alveolar.
- c) Oxígeno suplementario (si es necesario)
- d) Hidratación/humidificación de las vías respiratorias

93.- La utilidad de la ecografía pulmonar en la medicina de urgencias es evidente. La visualización de una imagen alternante entre el deslizamiento pleural y su ausencia se denomina "punto pulmonar", que resulta casi específico al 100% del diagnóstico de:

- a) Neumonía.
- b) Derrame pleural.
- c) Neumotórax.
- d) Congestión pulmonar.

94.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la ecografía pulmonar en el punto de cuidado en el servicio de urgencias es verdadera?

- a) La ecografía pulmonar es de limitada utilidad en la detección de neumonía y no aporta información adicional a los métodos tradicionales.
- b) La ecografía pulmonar es menos sensible que la radiografía de tórax para detectar derrame pleural.
- c) La ecografía pulmonar puede diferenciar entre consolidación y atelectasia.
- d) La ecografía pulmonar puede ser empleada para evaluar la presencia de líneas B y consolidaciones, siendo útil en la detección y seguimiento de patologías como el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)

95.- Cuando llega a Urgencias una paciente que refiere haber sufrido, 2 horas antes, un contacto sexual sin su consentimiento con un desconocido, con penetración vaginal sin preservativo, debemos activar el protocolo de agresión sexual, que debe incluir todas las siguientes actuaciones excepto una, señálela.

- a) Comunicación urgente al juzgado de guardia correspondiente.
- b) Ofrecer profilaxis postexposición para gonorrea, *Chlamydia*, tricomoniasis y sífilis.
- c) Aunque esté vacunada contra el virus de la hepatitis B (VHB), está indicada una dosis de inmunoglobulina (antes de 24 horas) y la primera dosis de vacuna.
- d) Si está indicada, la profilaxis contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se debería iniciar dentro de las primeras 6 horas.

96.- ¿Cuál es la medida de prevención y aislamiento más apropiada en urgencias según la sospecha clínica?

- a) Aislamiento por gotas para pacientes con tuberculosis pulmonar.
- b) Aislamiento aéreo y de contacto para pacientes con varicela.
- c) Aislamiento respiratorio para pacientes con gastroenteritis viral.
- d) Aislamiento de precaución por contacto para pacientes con neumonía bacteriana.

97.- No se considera una herida tetanígena:

- a) Herida de 5 horas de evolución.
- b) Herida de 2 cm de profundidad.
- c) Herida con tejido desvitalizado.
- d) Herida por congelación.

98.- ¿Cuál de las siguientes medidas es una estrategia efectiva para prevenir el delirio en el anciano en la sala de observación del servicio de urgencias?

- a) Mantener al paciente en un entorno tranquilo, retirando teléfono móvil y relojes que interfieran en su descanso.
- b) Implementación de protocolos que limiten la movilización para caídas.
- c) Favorecer la movilización temprana y orientación ambiental.
- d) Guías clínicas que minimicen la estimulación y administrar benzodiazepinas de forma rutinaria para promover el sueño y el descanso nocturno.

99.- Respecto a las infecciones en el paciente trasplantado señale la afirmación correcta:

- a) Los virus son la causa más frecuente de infección y en segundo lugar las infecciones del tracto urinario.
- b) Las infecciones fúngicas favorecen la aparición de rechazo y disfunción del injerto.
- c) La principal causa de meningitis aguda es la infección por *Cryptococcus neoformans*.
- d) El cotrimazol aumenta la toxicidad de ciclosporina y tacrolimus.

100.-Entre las siguientes afirmaciones sobre las lesiones producidas por electricidad, señale la que le parezca incorrecta.

- a) La trayectoria de la corriente vertical (hombro-pierna) generalmente produce lesiones más graves que la horizontal (brazo-brazo).
- b) Puede aparecer insuficiencia renal secundaria a necrosis tubular aguda, principalmente por rhabdomiólisis.
- c) La presencia de midriasis fija no representa un signo para detener la reanimación cardiopulmonar.
- d) Proporcionalmente a la intensidad de la corriente, pueden aparecer arritmias malignas como fibrilación ventricular y asistolia.

101.-Señale la opción incorrecta respecto a la fractura de cadera:

- a) El bloqueo de la fascia iliaca se ha extendido como una técnica de analgesia en urgencias con un control más óptimo del dolor y una reducción de la necesidad de opiáceos.
- b) La fractura de cadera se debe manejar de manera óptima desde triaje con una guía clínica específica en urgencias.
- c) La fractura de cadera en personas jóvenes implica un impacto de baja energía.
- d) La fractura de cadera está íntimamente relacionada con la osteoporosis y la senectud.

102.-Una ambulancia medicalizada traslada a urgencias a un motociclista con un TCE grave tras saltarse una señal de stop y colisionar con un vehículo, el paciente presenta disminución del nivel de conciencia y anisocoria. De las siguientes cuál sería la medida correcta:

- a) Debe recibir líquidos para mantener una presión sistólica objetivo por debajo de 100 mm Hg.
- b) Se considera el uso rutinario de corticoides.
- c) Se recomienda hiperventilar cuando los signos de herniación persisten una vez corregidas la hipotensión y/o la hipoxia.
- d) Habría que administrar tratamiento anticomitial para disminuir las crisis convulsivas por hipercapnia.

103.-Se define como emergencia hipertensiva cuando:

- a) Existe una Presión Arterial (PA) Sistólica > 220 mmHg o una PA Diastólica > 120 mmHg asociada a cefalea (puede llegar a ser irreversible). Así, precisará una corrección inmediata de la PA (en una hora) con tratamiento sintomático.
- b) Existe una Presión Arterial (PA) Sistólica > 150 mmHg o una PA Diastólica > 100 mmHg asociada a lesión aguda de algún órgano diana (puede llegar a ser irreversible). Así, precisará una corrección inmediata de la PA (en minutos) con tratamiento parenteral.
- c) Existe una Presión Arterial (PA) Sistólica > 180 mmHg o una PA Diastólica > 120 mmHg.
- d) Así, precisará una corrección inmediata de la PA (en una hora) con tratamiento parenteral.
- e) Existe una Presión Arterial (PA) Sistólica > 180 mmHg o una PA Diastólica > 120 mmHg asociada a lesión aguda o progresiva de algún órgano diana (puede llegar a ser irreversible). Así, precisará una corrección inmediata de la PA (en una hora) con tratamiento parenteral.

104.-La procalcitonina (PCT) es una biomolécula que ha ganado interés en el manejo de pacientes con síndrome febril. Algunos puntos importantes sobre la procalcitonina en el síndrome febril incluyen (señale la respuesta FALSA):

- a) Es un biomarcador óptimo para el diagnóstico precoz de infección bacteriana sistémica y bacteriemia (sus concentraciones tienen relación con la carga bacteriana), para la valoración de la gravedad y para la predicción de mortalidad.
- b) Dentro de las exploraciones complementarias, la PCT puede solicitarse si no hay una orientación diagnóstica, independientemente de si hay o no datos de gravedad.
- c) Valores de > 1-2 ng/mL ofrecen una sensibilidad y especificidad > 90 % para distinguir sepsis de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) no infeccioso.
- d) Sin embargo, existen falsos negativos en traumatismos graves, shock cardiogénico, carcinoma de pulmón microcítico, carcinoma medular de tiroides, pancreatitis o isquemia mesentérica.

105.-En los pacientes con cefalea que acuden al servicio de urgencias existen criterios de alarma que pueden comprometer la vida del paciente cuál de las siguientes NO es una de ellas:

- a) Cefalea de trueno
- b) Cefalea persistente en paciente con historia habitual de cefalea.
- c) Cefalea reciente en pacientes oncológicos.
- d) Cefalea asociada a fiebre.