



1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

ACCESO: LIBRE

CATEGORÍA: FEA MEDICINA INTENSIVA

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:

Resolución de 13 de abril de 2015 (BOJA núm. 74, 20 de abril)

ADVERTENCIAS:

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla**.
- El **tiempo de duración de las dos pruebas** es de **tres horas**.
- **No abra** el cuadernillo hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO» y «2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Respuestas», numeradas de la 1 a la 100.
 - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «Reserva» de la «Hoja de Respuestas», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Respuestas», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «Hoja de Respuestas».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «Hoja de Respuestas» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro dispositivo electrónico.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desean un ejemplar pueden obtenerlo en la página web del SAS (www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud).

- 1 La competencia que el actual Estatuto de Autonomía de Andalucía reconoce a nuestra Comunidad Autónoma en materia de sanidad interior está calificada en dicho Estatuto como:**
- A) Compartida
 - B) Delegada
 - C) Autónoma
 - D) Exclusiva
- 2 El IV Plan Andaluz de Salud afronta seis “compromisos”. Entre ellos no se encuentra el compromiso de:**
- A) Reducir las desigualdades sociales en salud
 - B) Aumentar la esperanza de vida en buena salud
 - C) Fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población
 - D) Fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de eficiencia para mejorar la rentabilidad de los recursos en salud
- 3 El Estatuto Marco del personal estatutario tipifica “La grave agresión a cualquier persona con la que se relacionen en el ejercicio de sus funciones” como una falta:**
- A) No existe tipificación en dichos términos
 - B) Falta leve
 - C) Falta grave
 - D) Falta muy grave
- 4 La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, establece en su art. 3 una serie de definiciones legales. Aquella que se identifica como “el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial” se corresponde con el concepto de:**
- A) Datos clínicos
 - B) Información clínica
 - C) Historia clínica
 - D) Documentación clínica

5 En relación a la organización de la prevención de riesgos laborales en los Centros asistenciales del SAS y dependencia de la Unidad de Prevención, indica la respuesta correcta:

- A) Los centros asistenciales en los que se ubiquen las Unidades de Prevención, asumen entre sus funciones la de prestar a todos los demás centros del Área de Prevención la asistencia y asesoramiento que la misma tiene encomendada para la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores
- B) Cada Unidad de Prevención dependerá directamente de la Dirección-Gerencia del Hospital o de la Dirección del Distrito de Atención Primaria en que la misma se ubica
- C) A y b son correctas
- D) Cada Unidad de Prevención dependerá directamente de la Dirección competente en materia de Recursos Humanos del Hospital o de la Dirección del Distrito de Atención Primaria en que la misma se ubica

6 El plan de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014 plantea tres escenarios sobre los que se diseñan las líneas de acción quedan contenido al conjunto del plan: ciudadanos, profesionales y espacio compartido. Dentro de los objetivos marcados para los profesionales se encuentran:

- A) Reforzar el compromiso, la autonomía y participación del profesional en su desarrollo competencial y la gestión de su conocimiento
- B) El profesional se constituye en agente facilitador del paciente en el recorrido por el sistema sanitario, en el desarrollo efectivo de los derechos y en la utilización de los servicios en el marco de la corresponsabilidad
- C) Desarrollar la estrategia en I+D+I ampliando su desarrollo a nuevas expectativas, como generadora de conocimiento y motor del desarrollo de Andalucía
- D) Todas son ciertas

7 Según el Decreto 197/2007 de 3 de Julio por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los Servicios de Atención Primaria de Salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, la Dirección de la Unidad de gestión Clínica:

- A) En cada Unidad de Gestión Clínica existirá una Dirección que tendrá rango de cargo intermedio y dependerá directamente del Director de Salud del Distrito
- B) Su función es la de distribuir las actividades y los recursos económicos asignados
- C) Debe hacer efectiva la participación ciudadana en el ámbito de la Unidad de Gestión Clínica a través de los mecanismos establecidos por la Consejería competente en materia de Salud
- D) Todas son ciertas

8 A propósito de voluntades vitales anticipadas de una persona:

- A) A este documento tienen acceso los profesionales sanitarios, que se encuentren a cargo de su proceso clínico, aún con el paciente lúcido
- B) El derecho a realizar la declaración de voluntad vital anticipada puede ejercerlo toda persona mayor de edad, menor emancipada o aquella otra incapacitada judicial si no lo determina expresamente la resolución de incapacidad
- C) Los profesionales sanitarios no pueden consultar la Voluntad Vital de personas inscritas en otras Comunidades Autónomas
- D) El registro de voluntades puede hacerse exclusivamente en la Delegaciones de Salud

9 En un estudio de investigación la pregunta a investigar debe reunir las siguientes características excepto:

- A) Factibilidad
- B) Interesante para el investigador
- C) Ética y relevante
- D) Debe ser lo más amplia posible

10 A una paciente inmigrante de 23 años sin antecedentes patológicos relevantes, que proviene de Rumanía y que no recuerda si ha sido vacunada, ¿que vacuna le administraría?

- A) Solamente la del tétanos porque ya no es una adolescente
- B) Tétanos y difteria
- C) Tétanos, difteria, triple vírica y polio oral
- D) Tétanos, difteria, triple vírica y polio inactivada

11 La gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud es un proceso de rediseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

En las Unidades de Gestión Clínica la actividad se desarrolla de acuerdo a diferentes objetivos, entre los que destacan:

- A) Disminución del gasto farmacéutico
- B) Mejor control presupuestario
- C) Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros
- D) Ninguna es correcta

12 ¿Cual de las siguientes herramientas resulta menos útil en la toma de decisiones sobre estrategias terapéuticas desde el enfoque de la gestión clínica?

- A) La medicina basada en la evidencia
- B) Los informes de evaluación tecnológica
- C) La experiencia profesional individual
- D) Las búsquedas sistemáticas de información: Pubmed, Cochrane

13 En relación con las habilidades comunicativas de los médicos:

- A) No pueden ser evaluadas con métodos objetivos
- B) Mejoran la adherencia de los pacientes al tratamiento prescrito
- C) Se correlaciona con sus conocimientos científicos
- D) Se basan exclusivamente en la capacidad de comunicación oral

14 El Plan andaluz del ataque cerebral agudo (PLACA). La activación del código ictus se realiza de acuerdo a los siguientes criterios. Señale la respuesta correcta:

- A) Edad inferior a 85 años
- B) Situación previa al episodio de autosuficiencia
- C) La situación de coma, invalida la activación del código ICTUS
- D) Tiempo de evolución inferior a seis horas. Documentado por testigos

15 El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. En las estrategias de desarrollo, contempla los siguientes escenarios, excepto:

- A) Los ciudadanos
- B) La organización sanitaria
- C) Los profesionales
- D) La integración con el Sistema Nacional de Salud para la mejor cohesión y calidad del sistema sanitario

16 Respecto al Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo, señala la respuesta incorrecta:

- A) La clasificación de Berlín tiene en cuenta el momento de inicio, las imágenes radiológicas, el origen del edema pulmonar y la oxigenación
- B) Se recomienda iniciar la ventilación mecánica en modo asistida/controlada
- C) La posición prono mejora significativamente la oxigenación pero en ningún ensayo clínico se ha demostrado reducción de la mortalidad
- D) No se demuestra beneficio del uso de los corticoides en ninguna fase del distrés e incluso puede aumentar la mortalidad

17 ¿A partir de qué cifra de presión espiratoria máxima sospechamos que un paciente puede tener dificultad para toser y eliminar secreciones?

- A) Menor de 25 cm H₂O
- B) Menor de 30 cm H₂O
- C) Menor de 40 cm H₂O
- D) Menor de 50 cm H₂O

18 Respecto a la estrategia de reperfusión coronaria en el SCACEST, cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:

- A) Se debe realizar intervención coronaria percutánea (ICP) primaria si existe disponibilidad en menos de 120 minutos desde el primer contacto médico
- B) Si supera los 120 minutos hasta las 12 horas del inicio de los síntomas, se debe realizar fibrinólisis
- C) En caso de shock cardiogénico se prefiere la intervención coronaria percutánea
- D) La ICP electiva está indicada en las primeras 48 horas después de una fibrinólisis exitosa

19 Señale la respuesta falsa respecto al status epiléptico:

- A) Duración de 5 minutos de actividad continua de convulsión
- B) No hay estudios controlados para elegir levetiracetam
- C) Tratamiento con fenitoína en carga y bolos adicionales hasta 30 mg/Kg
- D) La benzodiacepina que se prefiere es diacepam por su mayor duración de acción

20 Dentro de los síndromes medulares específicos, el síndrome medular anterior se caracteriza por:

- A) Afectación motora pura por afectación de cordones del tercio anterior medular
- B) Afectación motora que puede confundirse con lesión del plexo braquial homolateral
- C) Parálisis completa y afectación propioceptiva
- D) Afectación de cordones espinotalámicos y corticoespinales

21 Entre las encefalitis con un riesgo bajo de secuelas y que se resuelven generalmente de forma espontánea se encuentran las originadas por:

- A) Virus de Epstein-Barr
- B) Citomegalovirus
- C) Virus herpes simple
- D) Sarampión

22 Entre la principales indicaciones de la terapia de depuración extrarrenal NO se encuentra:

- A) Terapia intermitente en pacientes con edema cerebral
- B) Acidosis metabólica grave , con $\text{pH} < 7.10$ que no responde al tratamiento
- C) Hiperpotasemia con niveles de K superiores a 6,5 mmol/L
- D) Oliguria < 200 mL de diuresis en 12 h que no responde al tratamiento

23 ¿Cual de los siguientes fármacos utilizados en Cuidados Intensivos NO produce comúnmente trombopenia?

- A) Hidroclorotiazida
- B) Vancomicina
- C) Procainamida
- D) Ciprofloxacino

24 Entre las recomendaciones y sugerencias de la SEMICYUC para disminuir la transfusión de sangre alogénica se encuentran todas las siguientes, excepto:

- A) Administración de ácido tranexámico en pacientes sangrantes politraumatizados
- B) Administración de eritropoyetina humana recombinante en pacientes críticos anémicos
- C) Administración de ácido tranexámico en el perioperatorio de cirugía Cardíaca
- D) Administración de ácido épsilon-aminocaproico en el perioperatorio de cirugía Cardíaca

25 Respecto a la ingesta de cáusticos, es falso que:

- A) Los ácidos producen lesiones más graves en estómago y los álcalis lo hacen en esófago
- B) La evaluación endoscópica ha de realizarse precozmente; a ser posible en las primeras 6 horas
- C) La realización de endoscopia a partir de cuatro días aumenta el riesgo de perforación
- D) Actualmente no existe evidencia clínica para recomendar el uso de glucocorticoides en la esofagitis grado III

26 En relación con los requerimientos de nutrientes en el paciente crítico es cierto que:

- A) Los hidratos de carbono en las fórmulas de nutrición parenteral se administran en forma de maltodextrinas
- B) Se recomienda no administrar aporte de glucosa > 4 gr/Kg/ día
- C) En el paciente traumatizado y en el quemado; en los que las pérdidas de nitrógeno son muy altas, se recomiendan aportes de proteínas >2,2 gr/kg/día para compensar catabolismo proteico
- D) En nutrición parenteral se recomienda 0,3-0,5 g/kg/día de dipéptido de glutamina-glicina, que son más estables y solubles

27 Señale la respuesta FALSA en el Traumatismo Craneoencefálico (TCE):

- A) La lesión axonal difusa es un tipo de lesión cerebral secundaria
- B) El Swelling es una lesión difusa tipo III según la Brain Traumatic Coma Data Bank
- C) La monitorización de la Presión Intracraneal (PIC) es obligada en todos los pacientes con TCE grave
- D) La evacuación del LCR mediante Derivación Ventricular Externa (DVE) es una medida de primer nivel en el tratamiento de la Hipertensión intracraneal

28 En el manejo de las mordeduras por Víbora hocicuda señale la respuesta incorrecta:

- A) La administración de suero antiofídico se indica si existe sintomatología Local (dolor y edema)
- B) La aparición de dolor en mordeduras en el cuello indica la administración de suero antiofídico
- C) Siempre se recomienda hacer un test de sensibilidad antes de administrar el suero antiofídico
- D) Se recomienda administrar adrenalina S.C. (0,25ml 1:1000) antes del suero antiofídico

29 Su jefe de servicio le informa que tiene que elaborar, junto con otros compañeros, un protocolo para el "Transporte intrahospitalario de pacientes críticos". De acuerdo a sus conocimientos del tema señale la respuesta FALSA:

- A) Se define como el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital que puede originarse desde las distintas áreas del mismo
- B) Su finalidad es la realización de pruebas diagnosticas y/o terapéuticas que no se pueden realizar a pie de cama
- C) Tiene 4 fases: Preparación, Transporte, Regreso y Estabilización
- D) La situación clínica del paciente es el factor más importante para la aparición de complicaciones durante el transporte

30 En lo que respecta a los criterios de gravedad, en la reagudización del paciente con EPOC señale lo falso:

- A) El uso de antibióticos en pacientes ingresados en cuidados Intensivos produce importantes beneficios, mientras que dichos beneficios no se han evidenciado en pacientes hospitalizados fuera de UCI o en domicilio
- B) El índice CURB -65 es el mejor predictor de severidad para pacientes con EPOC reagudizado aunque no exista consolidación radiológica
- C) Las agudizaciones graves se asocian a un pico de mortalidad durante los tres primeros meses del episodio
- D) Los predictores de mortalidad con mayor peso específico son: la disnea basal, la presencia de eosinopenia, la consolidación y la fibrilación auricular

31 No es un efecto de la ventilación Mecánica:

- A) La Disminución de la presión de perfusión cerebral en los pacientes con bajo gasto y aumento excesivo de la Presión intratorácica
- B) El Aumento de la excreción del agua y sodio renales
- C) La Disminución de la precarga del Ventrículo Derecho
- D) El Aumento del shunt intrapulmonar o de la relación ventilación/perfusión cuando la presión intratorácica media supera los 30 cm de H2O

32 Un hematoma intramural según la clasificación Svensson y col., del síndrome aórtico en la disección aórtica sería una disección:

- A) Clase I
- B) Clase II
- C) Clase III
- D) Clase IV

33 Señale la opción falsa en relación a las alteraciones hidroelectrolíticas :

- A) La administración de glucosa disminuye los niveles de fosfato y es la causa más frecuente de hipofosfatemia en el paciente crítico
- B) Las diarreas y la aspiración nasogástrica producen hipomagnesemia
- C) Los signos de Chvostek y Trousseau son característicos de la hipercalcemia y aparecen en el 10% de los casos
- D) El tratamiento inicial de la hipercalcemia consiste en la hidratación y aumento de la diuresis con diuréticos del asa

34 Sobre el taponamiento pericárdico es cierto que:

- A) El pulso paradójico es patognomónico del taponamiento
- B) El principal síntoma es la disnea
- C) El llenado de los ventrículos es muy lento
- D) Para el diagnóstico, la igualación de la presión intrapericárdica con las presión de llenado de las cavidades derechas se mide en la sístole

35 En relación a los nuevos anticoagulantes orales de acción directa, señale la respuesta correcta:

- A) Tienen la ventaja de no presentar interacciones medicamentosas
- B) Apixabán, rivaroxabán y edoxabán inhiben directamente al factor Xa de la coagulación, mientras que dabigatrán es un inhibidor directo del factor IIa
- C) No es necesario monitorizar la función renal en los pacientes que toman estos anticoagulantes orales
- D) El rivaroxabán y apixabán son pro-fármacos

36 Según el informe Envin helics 2014, los microorganismos aislados en las principales infecciones intra UCI, en las UCIs españolas, excluyendo bacteriemias de otros focos, son:

- A) Pseudomona aeruginosa, Escherichia Coli y Klebsiella pneumoniae
- B) Acinetobacter baumannii / Klebsiella pneumoniae y staphilococcus epidermidis
- C) Escherichia Coli, Pseudomona aeruginosa y Staphylococcus aureus
- D) Escherichia Coli, Pseudomona aeruginosa y Staphylococcus epidermidis

- 37 En relación al shock hemorrágico en el paciente politraumatizado, señale la opción falsa :**
- A) La hipotermia grave (< 33°C de temperatura central) es un factor de riesgo independiente de sangrado y muerte
 - B) La tromboelastografía y la tromboelastometría están recomendadas con recomendación 1C en pacientes sangrantes con traumatismo grave, para guiar la reposición de factores de coagulación por encima de los estudios convencionales
 - C) La administración de fibrinógeno en pacientes traumatizados con trauma grave, está indicada si se puede documentar su déficit
 - D) La hipotensión permisiva y la resucitación con mínimo volumen, es la estrategia inicial más adecuada en todos los pacientes con politraumatismo y hemorragia importante
- 38 De los siguientes analgésicos mayores, ¿Cual produce una menor o nula liberación de histamina?**
- A) Cloruro mórfico
 - B) Meperidina
 - C) Buprenorfina
 - D) Fentanilo
- 39 En un incidente con víctimas múltiples en el que utilizamos el algoritmo START para la clasificación de pacientes con método de colores, señale lo cierto:**
- A) El algoritmo Start se basa en la evaluación de solo tres parámetros: respiración, perfusión y estado mental
 - B) Si la victima no respira directamente se debe rotular como negro, sin detenerse a ninguna maniobra de apertura de vía aérea
 - C) Si la frecuencia respiratoria es menor o igual a 30, el paciente se debe catalogar directamente como rojo
 - D) Con el algoritmo Start , se emplean de 2 a 3 minutos en la evaluación de cada víctima
- 40 Sobre el sistema de monitorización por termodilución transpulmonar PICCO ® plus, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?**
- A) El sistema PICCO ® plus precisa de un catéter venoso central para inyectar suero frío y un catéter arterial donde se registra el cambio de la temperatura para determinar el gasto cardíaco mediante curva de termodilución
 - B) Se altera mucho con el ciclo respiratorio por lo que no posibilita la medición de volúmenes intratorácicos
 - C) Es impreciso en el caso de existencia de shunt intracardíaco, patología aórtica y circulación extracorpórea
 - D) Permite analizar la curva de pulso arterial para la monitorización continua del gasto cardíaco y de las medidas dinámicas de precarga

41 Los Servicios de Cuidados Intensivos en relación con las Urgencias, en la Comunidad Autónoma Andaluza:

- A) Están regulados por la Resolución 003/15 de 09 de Enero del 2015
- B) El nuevo modelo de regulación de urgencias y cuidados intensivos, no permite la gestión conjunta de ambos servicios
- C) Deja parcialmente sin efectos a la resolución 6/94 de 15 de Marzo
- D) Todo lo anterior es falso

42 Señale la respuesta falsa en relación a la fisiopatología del shock:

- A) Para una misma demanda metabólica, si el transporte de O₂ (DO₂) disminuye, la proporción de O₂ que es extraída por los tejidos aumenta, y el consumo de O₂ (VO₂) permanece constante, hasta un nivel crítico
- B) En el shock hemorrágico hay una precarga baja y un GC bajo, con Resistencias vasculares sistémicas elevadas
- C) El shock séptico se caracteriza por Gasto cardiaco elevado y resistencias vasculares sistémicas bajas
- D) El shock neurogénico se caracteriza por Gasto cardiaco elevado, descenso de la precarga y disminución de las Resistencias vasculares sistémicas

43 Cual de las siguientes afirmaciones es falsa en relación a un paciente con reagudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que requiere ventilación mecánica con presión positiva:

- A) Puede presentar hiperinsuflación dinámica
- B) La PEEP intrínseca o autoPEEP presente puede detectarse en el registro de flujo
- C) En los parámetros ventilatorios fijados se debe aumentar al máximo el tiempo de inspiración
- D) La presencia de flujo espiratorio al final de la espiración es un signo de hiperinsuflación dinámica

44 El efecto beneficioso de la cánula nasal de alto flujo en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica, es debido a las siguientes causas, excepto:

- A) Disminución del volumen del espacio muerto
- B) Mejoría de la ventilación alveolar (efecto wash-out)
- C) Aumento de la resistencia inspiratoria
- D) Disminución del trabajo respiratorio

45 Señale cual de las siguientes afirmaciones sobre la lesión pulmonar inducida por el respirador, es falsa:

- A) El biotraumatismo es la lesión pulmonar producida por citocinas proinflamatorias durante una ventilación mecánica convencional con pequeños volúmenes
- B) La lesión pulmonar relacionada con la presión se conoce como barotraumatismo
- C) El volutraumatismo es la lesión pulmonar relacionada con el volumen
- D) La ventilación mecánica puede ser origen de fracaso multiorgánico de mediación inflamatoria

46 En el shock cardiogénico, las recomendaciones de las guías europeas de cardiología incluyen los siguientes aspectos, excepto:

- A) La revascularización precoz tras un infarto agudo de miocardio
- B) El uso de balón intraaórtico de contrapulsación precozmente para mejorar el índice cardíaco
- C) El empleo de ventilación pulmonar protectora para prevenir la lesión pulmonar (si el paciente precisa ventilación mecánica)
- D) Restringir al menor tiempo y la menor dosis necesaria el uso de catecolaminas debido a que al aumentar el consumo de oxígeno miocárdico y producir vasoconstricción, puede alterarse la microcirculación y la perfusión tisular

47 En relación al transporte, entrega y consumo de oxígeno, señale la afirmación que es falsa:

- A) El transporte de oxígeno tiene dos componentes: la tasa de aporte de oxígeno a la microcirculación (D_{O_2}) y la tasa de captación de oxígeno hacia los tejidos (V_{O_2})
- B) La disoxia ocurre cuando el rendimiento energético del metabolismo de nutrientes está limitado por la disponibilidad del oxígeno
- C) La hipoxia tisular es debida a un defecto en la utilización del oxígeno en las mitocondrias
- D) La hipoxia citopática es el mecanismo de lesión orgánica en la sepsis grave y en el shock séptico

48 Uno de los siguientes criterios ecocardiográficos en la disección aórtica es falso. Señale cual:

- A) El autocontraste no se suele producir en la luz verdadera
- B) La trombosis se produce más frecuentemente en la luz falsa
- C) En sístole aumenta la luz falsa
- D) La luz falsa suele ser más grande que la luz verdadera

- 49 Respecto a la polineuropatía del enfermo crítico, una de las siguientes afirmaciones es falsa:**
- A) Es una neuropatía axonal sensitivo-motora que incide en el 50-70% de los pacientes con SIRS
 - B) A menudo se precede de encefalopatía séptica
 - C) La debilidad bulbar es frecuente al igual que la disfunción autonómica
 - D) Su evolución clínica suele ser variable
- 50 Respecto a la hipertermia maligna, señale la afirmación correcta:**
- A) Es una enfermedad hereditaria asociada a un gen autosómico dominante
 - B) El músculo esquelético desarrolla una reacción caracterizada por una liberación anormalmente baja de calcio del retículo sarcoplásmico
 - C) La elevación de la temperatura es un signo precoz
 - D) El indicador más sensible es la disminución inesperada de los valores de CO₂ espirado cuando la ventilación minuto se ha mantenido constante
- 51 Respecto a la insuficiencia suprarrenal en los pacientes críticos, una de las siguientes afirmaciones no es cierta, señale cual:**
- A) La existencia de hipotensión refractaria a vasopresores
 - B) En la insuficiencia suprarrenal aguda, los cambios hemodinámicos son similares a las de shock hiperdinámico
 - C) La insuficiencia suprarrenal debe ser sospechada en cualquier paciente en la UCI que desarrolla una presión inestable o reducida de la etiología confusa
 - D) La prueba diagnóstica de elección para la insuficiencia suprarrenal primaria en pacientes de la UCI es la determinación plasmática de ACTH
- 52 En relación a los requerimientos proteicos del paciente crítico y del cálculo del balance nitrogenado, señale la respuesta correcta:**
- A) El aumento de la ingesta proteica no conseguirá un balance nitrogenado positivo, salvo que la ingesta de calorías no proteicas sea la adecuada
 - B) Las necesidades diarias de proteínas son independientes del ritmo de su catabolismo
 - C) Dos tercios del nitrógeno procedente de la degradación de las proteínas se excreta por las heces
 - D) Ninguna de las anteriores respuestas, es correcta
- 53 "Existen parámetros farmacocinéticos que han de tenerse en cuenta en el tratamiento antimicrobiano del paciente crítico con sepsis grave". Señale cual de las siguientes respuestas no se incluye en esta afirmación:**
- A) Aclaramiento plasmático del fármaco
 - B) Concentración Mínima Inhibitoria
 - C) Volumen de distribución
 - D) Concentración máxima/mínima

- 54 En la nutrición de los pacientes quemados críticos, señale la respuesta incorrecta:**
- A) La principal fuente de energía debe proceder de los hidratos de carbono
 - B) Se recomienda aumentar el aporte de lípidos en estos pacientes
 - C) Se recomienda administrar 1,5-2 gr de proteínas/kg peso/día
 - D) La glutamina se depleciona con rapidez tanto del suero como del músculo después de las quemaduras, motivo por el que se recomienda su administración en la dieta
- 55 En la disfunción primaria del injerto hepático se han implicado los siguientes factores, excepto:**
- A) Grado de esteatosis hepática en el donante
 - B) El tiempo de isquemia fría
 - C) Niveles plasmáticos de sodio bajos en el donante
 - D) Edad avanzada del donante
- 56 Las afirmaciones siguientes en relación a los indicadores de calidad en el enfermo crítico elaborados por la SEMICYUC son verdaderas, excepto:**
- A) Se describen 120 indicadores de calidad, 20 de los cuales se consideran relevantes o básicos y aplicables a todos los servicios de Medicina Intensiva
 - B) Estos indicadores de calidad deben ser revisados y adaptados periódicamente en la misma medida que cambia la práctica asistencial y la evidencia científica aporta datos suficientes
 - C) Los indicadores de calidad se clasifican según el enfoque de la evaluación en indicadores de estructura, indicadores de monitorización, indicadores de procesos e indicadores de resultados
 - D) El seguimiento de los resultados del indicador antes y después de las acciones de mejora, permitirá ver la efectividad de estas actividades
- 57 En el síndrome de ahogamiento incompleto no es frecuente encontrar:**
- A) Acidosis metabólica
 - B) Edema pulmonar
 - C) Hemólisis
 - D) Hipoxia
- 58 Respecto de la fisiología cardiovascular, señale la afirmación falsa:**
- A) En el corazón normal, la precarga es la principal fuerza que rige la contracción ventricular
 - B) La fuerza de precarga es equivalente a la tensión máxima desarrollada a través de la pared de los ventrículos durante el diástole
 - C) La presión telediastólica ventricular es un buen índice de precarga independientemente de la distensibilidad ventricular
 - D) La impedancia aórtica es la principal fuerza de poscarga del VI

- 59 Una de las siguientes es causa muy infrecuente de taquicardia ventricular (TV) en el corazón normal:**
- A) TV por reentrada de rama
 - B) TV del tracto de salida del VD
 - C) TV del tracto de salida del VI
 - D) TV sensible al verapamilo o fascicular
- 60 Respecto a las complicaciones postoperatorias de la cirugía cardíaca, señale la respuesta correcta:**
- A) La hipotensión es rara en los pacientes con función ventricular normal
 - B) La fibrilación auricular aparece hasta en un 30% de los pacientes
 - C) Es infrecuente la aparición de atelectasia pulmonares
 - D) Excepcionalmente aparecen trastornos de la conducción
- 61 En relación al delirio de UCI, una de las siguientes afirmaciones es falsa:**
- A) Existe una relación directa entre la severidad de la enfermedad de base medida por el APACHE y el riesgo de aparición de delirio
 - B) Las medicaciones con efecto anticolinérgico favorecen de forma especial la aparición de delirio
 - C) A pesar de prolongar la estancia en UCI, la aparición de delirio no influye en la mortalidad
 - D) La alteración del patrón del sueño es uno de los factores que favorecen la aparición de delirio
- 62 En relación a la polineuropatía del enfermo crítico, una de las siguientes afirmaciones es falsa, señálela:**
- A) Afecta a más del 50% de los pacientes con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
 - B) Es una neuropatía axonal difusa sensitivo motora
 - C) La afectación del sistema nervioso autónomo es habitual
 - D) La recuperación generalmente es completa aunque a veces puede tardar meses
- 63 Respecto del tratamiento de la tormenta tiroidea, una de las siguientes respuestas es falsa, señálela:**
- A) Las tionamidas son los fármacos más eficaces en el bloqueo de la formación de hormona tiroidea
 - B) Los compuestos de yodo en monoterapia pueden agravar la tirotoxicosis
 - C) La plasmaféresis es una terapia de 1º línea para el aclaramiento de la hormona tiroidea
 - D) La administración de corticoides es importante en los pacientes con enfermedad de Graves

- 64 La hiponatremia es una complicación frecuente de las enfermedades intracraneales, incluyendo TCE, tumores, ACV, hemorragia subaracnoidea e infecciones. Dos síndromes se han relacionado con este hallazgo, el síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) y el síndrome de pérdida cerebral de sal (CSW). Una de las siguientes proposiciones es falsa respecto al diagnóstico diferencial entre ambos síndromes:**
- A) La osmolaridad plasmática es alta o normal en el CSW y baja en el SIADH
 - B) La eliminación urinaria de Na es alta en ambos
 - C) La PCP es normal o alta en el SIADH y baja en el CSW
 - D) El volumen plasmático está conservado en ambos síndromes
- 65 El aclaramiento de solutos por difusión en las terapia de reemplazo renal viene determinado por: (Señale la respuesta correcta):**
- A) Flujo de sangre, presión transmembrana, flujo del dializador y superficie de membrana
 - B) Flujo de sangre, Flujo del dializador, presión transmembrana, superficie de la membrana y tamaño del poro
 - C) Flujo de sangre, flujo del dializador, gradiente de concentración, superficie de la membrana y tamaño del poro
 - D) Flujo de sangre, gradiente de concentración y tamaño del poro
- 66 La causa más frecuente de hemorragia digestiva baja en pacientes hospitalizados es:**
- A) Diverticulosis
 - B) Ectasia vascular
 - C) Carcinoma de colon
 - D) Colitis isquémica
- 67 En la última revisión de la Surviving Sepsis Campagne, una de las siguientes actuaciones no se considera con nivel de recomendación fuerte, señálela:**
- A) Obtención de hemocultivos antes de iniciar el tratamiento antibiótico
 - B) Administración de antibióticos de amplio espectro en la 1ª hora del shock
 - C) Desescalamiento de la terapia antibiótica cuando sea apropiado
 - D) Hidrocortisona intravenosa en pacientes adultos con shock séptico
- 68 De entre las siguientes complicaciones de la reparación quirúrgica de la rotura traumática de la aorta, señale la más frecuente:**
- A) Lesión del nervio frénico
 - B) Paraplejía
 - C) Lesión del nervio recurrente laríngeo
 - D) Lesión del conducto torácico

69 Una de las siguientes proposiciones es falsa respecto a la evaluación inicial del trauma abdominal cerrado, señálela:

- A) La existencia de marcas del cinturón de seguridad eleva hasta 8 veces la probabilidad de lesiones intraabdominales.,
- B) Un sedimento urinario normal permite descartar lesión renal severa
- C) Los órganos mas frecuentemente afectados son el bazo y el hígado
- D) En los traumatismos abdominales relacionados con caída de bicicleta sobre el manillar, son frecuentes la lesión pancreática y la perforación del intestino delgado

70 La hidroxocobalamina es el antídoto de elección en la intoxicación por:

- A) Metales pesados
- B) Tóxicos metahemoglobinizantes
- C) Cianuro
- D) Metotrexate

71 Respecto al Síndrome de neumonía no resuelta en UCI, señale la respuesta falsa:

- A) Incluye los conceptos de resolución normal, neumonía de resolución lenta y neumonía progresiva
- B) En la neumonía progresiva secundaria a vasculitis pulmonar, la bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa (BONO) y las lesiones alveolares difusas, la fibrobroncoscopia posee un rendimiento diagnóstico elevado
- C) La biopsia pulmonar estaría indicada en casos de enfermedad progresiva, con sospecha de enfermedad con requerimientos terapéuticos especiales, fundamentalmente inmunosupresión, quimioterapia, etc
- D) El TAC de alta resolución (TACAR) es útil en el diagnóstico diferencial entre etiología infecciosa y no infecciosa en el 90%

72 De las siguientes afirmaciones sobre la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), señale la correcta:

- A) La ventilación por liberación de presión (APRV) y la presión bifásica positiva (verdadera BiPAP) son modos ventilatorios espontáneos, limitados por presión y ciclados por tiempo que se diferencian sólo en los tiempos inspiratorio/espирatorio
- B) La BiPAP en modo T (timed) es disparado (triggered) por tiempo, limitado por presión y ciclado por tiempo
- C) La BiPAP en modo S (espontaneus) es disparado por flujo, limitado por presión y ciclado por tiempo
- D) La BiPAP en modo ST (spontaneous/timed) es disparado por flujo o por tiempo, limitado por presión y ciclado por tiempo

73 En el diagnóstico de taponamiento cardíaco en UCI son ciertas todas las afirmaciones excepto una:

- A) En el cateterismo derecho, la configuración en Dip-plateau (signo de la raíz cuadrada) lo diferencia de la constricción
- B) Son criterios diagnósticos la variación respiratoria de la velocidad de los flujos por doppler de >30% en mitral y > 60% en tricúspide, en presencia de derrame
- C) La presencia de pulso paradójico no es específica de taponamiento
- D) Las presiones de cavidades derechas se encuentran aumentadas y equilibradas en la diástole

74 Indique la respuesta incorrecta respecto a la fisiopatología del Flujo sanguíneo cerebral (FSC) y la Presión intracraneal (PIC):

- A) La marcada elevación del segundo componente de la onda de PIC (P2 ó tidal) indica un déficit de la autorregulación de la presión cerebral
- B) El concepto de autorregulación metabólica cerebral hace referencia a la relación lineal existente entre el FSC y el consumo metabólico cerebral de oxígeno (CMRO₂)
- C) Una medida del índice de pulsatilidad (IPT) determinado mediante doppler transcraneal es un buen predictor de la PIC actual
- D) Las ondas B de Lundberg sugieren cambios en el volumen sanguíneo cerebral por cambios en el tono vasomotor

75 Respecto a la monitorización de la Saturación venosa en el bulbo de la yugular (SJO₂):

- A) Los pacientes con hipertensión intracraneal por hiperemia cerebral presentan niveles de SJO₂ < 75%
- B) No es útil en la optimización de los niveles de hiperventilación en pacientes con una extracción cerebral de O₂ -ECO₂- normal
- C) Su medición se altera de forma artificial en la alcalosis respiratoria severa
- D) Las respuesta a y b son ciertas

76 Señale la respuesta incorrecta respecto del equilibrio hidroelectrolítico:

- A) En la encefalopatía hiponatrémica son factores de mal pronóstico el sexo masculino, los niños y la hipoxia
- B) En la evaluación de la hiponatremia, una Osmolaridad en plasma <270 mOs/Kg con una osmolaridad urinaria de <100 mOsm/Kg orienta a intoxicación hídrica
- C) En la evaluación de una hiperpotasemia en pacientes bajo tratamiento con ciclosporina, se observa un gradiente de la concentración transtubular de K⁺ (TTKG) < 10 sin respuesta a fludrocortisona
- D) La hipercalcemias neoplásicas suelen ser de instauración lenta pero más graves y sintomáticas, a veces como manifestaciones previas al tumor

77 Respecto a la sepsis de origen urinario, señale la respuesta incorrecta:

- A) El E. coli BLEA y el E. coli resistente a fluoroquinolonas son una causa emergente de infecciones del tracto urinario (ITU)
- B) La ITU complicada sin piuria es frecuente, pero puede existir piuria en ausencia de infección aparente
- C) El patrón oro (gold standard) para el diagnóstico de ITU sintomática es la presencia de leucocituria y crecimiento bacteriano por punción suprapúbica
- D) En las pielonefritis severas con obstrucción de vías excretoras, la mejor opción terapéutica son los carbapenémicos

78 En las terapias de depuración renal extracorpóreas (TDRE) las medidas técnicas que retrasan la coagulación del filtro serían:

- A) Aumentar la ultrafiltración (Q_{uf})
- B) La reducción del flujo de sangre (Q_B)
- C) Aumentar la fracción de filtración (FF)
- D) La reinfusión prefiltro

79 La isquemia intestinal es una entidad provocada por la reducción del flujo sanguíneo intestinal debido a oclusión vascular arterial, venosa o por vasoespasmo arterial. Las consecuencias clínicas pueden ser, por tanto, catastróficas si no se diagnostica a tiempo en forma de sepsis, infarto intestinal y muerte. De las siguientes afirmaciones, señale la errónea:

- A) Las áreas de intestino más propensas a la isquemia mesentérica no oclusiva son el ángulo esplénico del colon y la unión rectosigmoidea
- B) La trombosis venosa es la principal causa de isquemia mesentérica del intestino delgado en pacientes jóvenes no cardiopatas
- C) La forma más frecuente de isquemia intestinal es la colitis isquémica en su forma gangrenosa
- D) El TAC presenta mayor rendimiento diagnóstico para la trombosis venosa mesentérica

80 Indique la afirmación falsa respecto al Shock séptico:

- A) En neonatos y niños son criterios de sepsis una saturación venosa de O₂ (SvO₂) >80% y un índice cardíaco (IC) > 5.5 L/min/m²
- B) El factor V de Leiden se asocia a púrpura fulminante e incremento en la mortalidad
- C) La vasopresina en perfusión (0,01-0,04 U/min) se encuentra indicada en shock refractario a catecolaminas
- D) En pacientes neutropénicos en shock séptico se debe realizar cobertura antibiótica empírica a alta dosis para cubrir gérmenes Gram positivos y Gram negativos

- 81 Los pacientes críticos sometidos a técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE) precisan de correcciones en la dosificación de antimicrobianos, ya que se producen pérdidas en el efluente. En dicha dosificación hay que tener en cuenta una serie de factores. Indique cual no es correcta:**
- A) Debe ajustarse la dosificación cuando la fracción de aclaramiento extracorpóreo (Fcl extracorpóreo) es superior al 25%
 - B) El factor más importante en el aclaramiento de antibióticos en TCDE es el "coeficiente de sieving"
 - C) El segundo determinante en el aclaramiento de antibióticos en TCDE es la fracción libre de fármaco no unido a las proteínas plasmáticas
 - D) Los fármacos con márgenes de seguridad muy estrechos deben dosificarse mediante la cuantificación de los niveles plasmáticos
- 82 En la atención inicial al politraumatizado, es cierto :**
- A) En el acrónimo "ABCDE", la D supone la exploración neurológica de las pupilas
 - B) La tríada de Beck debe hacernos sospechar neumotórax a tensión
 - C) En lesiones vasculares de las extremidades debe realizarse el clampaje mecánico instrumental directo
 - D) Ante una lesión en tórax "soplante" o un tórax abierto la maniobra más expeditiva es la intubación orotraqueal
- 83 En los accidentes domésticos letales producidos por el fuego y las quemaduras, la mayoría de las muertes derivan de la inhalación de humo, y de éstas, el 80% por intoxicación por monóxido de carbono. De las siguientes afirmaciones sobre el síndrome por inhalación de humo, indique la más correcta:**
- A) Para el manejo inmediato de la vía aérea es preciso la realización de laringoscopia directa y/o broncoscopia que delimite la gravedad y extensión de las lesiones
 - B) Se deben emplear niveles de FiO₂ que mantengan una saturación arterial por pulsioximetría > 95% como parte del tratamiento de la intoxicación por monóxido de carbono
 - C) La presencia de acidosis láctica con hipocapnia progresiva debe hacernos sospechar de intoxicación asociada por cianuro e instaurar tratamiento inmediato con hidroxocobalamina y tiosulfato sódico
 - D) Son frecuentes la broncorrea y el broncoespasmo, como consecuencia de toxinas del humo en la mucosa bronquial, estando indicados los broncodilatadores y corticoides

- 84 En los pacientes críticos, la monitorización del uso de relajantes musculares mediante neuroestimulación es fundamental, permitiendo adecuar su dosificación y evitar secuelas importantes, como la miopatía del paciente crítico. Señale la respuesta incorrecta respecto a la monitorización del TOF (Train-of-four):**
- A) La ausencia de desvanecimiento ("fade") y cociente TOF igual a 1 distingue al relajante neuromuscular despolarizante tipo 1
 - B) La pérdida de la tercera respuesta (T3) significa una profundidad de bloqueo de aproximadamente 85% % de receptores ocupados
 - C) A partir de TOF ratio o cociente TOF (T4/T1) menor de 0,7 los pacientes se pueden extubar con seguridad
 - D) El test de Doble ráfaga tetánica, Doble Burst Stimulation (DBS), es el patrón de estimulación que debe emplearse para detectar bloqueo neuromuscular residual
- 85 En la metodología de análisis ético de casos en el modelo personalista de Sgreccia, los principios bioéticos se ordenan jerárquicamente. Indique cual sería el de orden instrumental:**
- A) Principio del doble efecto
 - B) Principio de inviolabilidad de la vida humana
 - C) Principio de totalidad o principio terapéutico
 - D) Principio de libertad y responsabilidad
- 86 Con respecto a la Clasificación Funcional de la New York Heart Association (NYHA) de los pacientes con insuficiencia cardíaca, es cierto que:**
- A) Clase funcional I: Asintomático en las actividades normales diarias
 - B) Clase funcional II: mínima limitación de la actividad física, apareciendo disnea con esfuerzos intensos
 - C) Clase funcional III: importante limitación a la actividad física, el paciente tiene disnea con una actividad física inferior a la normal
 - D) Todas son ciertas
- 87 ¿Cuándo estaría indicado realizar tratamiento protésico endovascular en el Síndrome Aórtico agudo (SAA)?**
- A) En el SAA tipo A de Stanford
 - B) En la disección del arco aórtico
 - C) En el SAA Tipo B de Stanford con dolor intenso a pesar de un buen control de la presión arterial
 - D) En el SAA tipo B de Stanford estable

- 88 Con respecto a la fibrinólisis en el Ictus isquémico agudo, es falso que:**
- A) Se realice evaluando el grado de afectación neurológica del paciente mediante la Escala NIHSS y ayudado por técnicas de TAC craneal simple o avanzadas
 - B) Se realiza con rtPA a dosis de 0.9 mgr/ Kg de peso
 - C) La ventana terapéutica está fijada hoy en día en las 3 horas tras el inicio de síntomas
 - D) El paciente con ictus con oclusión completa de la arteria cerebral media, debería realizarse además intervencionismo si está dentro de las primeras 6 horas
- 89 Una de las siguientes afirmaciones con respecto al Síndrome de Guillain Barré es falsa:**
- A) Es una polirradiculopatía desmielinizante aguda inflamatoria ascendente
 - B) La plasmaféresis es eficaz y puede mejorar el curso de la enfermedad
 - C) El empleo de inmunoglobulinas intravenosas en altas dosis es eficaz y puede mejorar el curso de la enfermedad
 - D) La combinación de plasmaféresis e inmunoglobulinas es eficaz y ha mostrado ventajas frente al uso aislado de uno de los dos
- 90 En los hallazgos en la Tomografía Axial Computerizada simple de los pacientes con ictus isquémico de menos de 3 horas de evolución, no se suele ver:**
- A) Signo de la arteria cerebral media hiperdensa
 - B) Pérdida de la diferenciación entre sustancia gris y sustancia blanca
 - C) Borramiento de los surcos de la convexidad
 - D) Hipodensidad marcada en el territorio vascular afectado
- 91 Según la Clasificación RIFLE de lesión renal aguda, el nivel Lesión (Injury): corresponde con:**
- A) Incremento en la creatinina sérica de 1.5 veces o una disminución en el índice de filtrado glomerular mayor de 25% con un débito urinario menor a 0.5 mL/kg/h por 6 horas
 - B) Incremento de 3 veces el valor basal de la creatinina sérica o una disminución de más de 75% en el índice de filtración glomerular o una creatinina sérica mayor a 4 mg/dL con un débito urinario menor de 0.5 mL/kg/h sostenido por 24 horas o anuria por 12 horas
 - C) Incremento de la creatinina sérica de 2 veces en valor basal o una disminución en el índice de filtración glomerular mayor de 50% con débito urinario menor de 0.5 mL/kg/h por 12 horas
 - D) Ninguna de las anteriores

- 92** Cuál de los siguientes no es un factor pronóstico relacionado con la supervivencia de los pacientes con fallo hepático fulminante para los casos de sobredosis por paracetamol según los Criterios del King's College:
- A) pH arterial inferior a 7.3
 - B) Factor V < 20%
 - C) Prolongación del tiempo de protrombina con un INR superior a 6.5
 - D) Creatinina sérica superior a 3.4 mg/dl
- 93** Con respecto al diagnóstico de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVVM), el Clinical Pulmonary Infection Score (Pugin), simplificado (CPIS simplificado), es cierto que:
- A) Evalúa la temperatura, leucocitos, secreciones traqueales, PaO₂/FiO₂ y radiografía de Tórax
 - B) La temperatura > 39° C se puntúa con 1 punto
 - C) Se considera el diagnóstico de NAVVM si la puntuación es > 4 puntos
 - D) La presencia de un infiltrado localizado en la radiografía de tórax se puntúa con 3 puntos
- 94** Con respecto al síndrome compartimental de extremidades, es falso que:
- A) El dolor desproporcionado al tipo de traumatismo y las parestesias son síntomas que aparecen de forma precoz
 - B) La ausencia de pulsos distales de la extremidad afecta es un signo tardío
 - C) La medida de la presión intracompartimental es una técnica fácil y útil en su diagnóstico
 - D) La fasciotomía es el tratamiento de elección y está indicada si la presión intracompartimental supera los 20 mmHg
- 95** La Escala de analgesia EVA (Evaluación Visual Analgésica):
- A) Está diseñada para medir el dolor en pacientes con imposibilidad de comunicarse de forma espontánea
 - B) La intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de «no dolor» y en el extremo opuesto «el peor dolor imaginable»
 - C) Un valor < 5 indica un dolor leve
 - D) Son ciertas By C
- 96** Señale lo CIERTO con respecto al Tracolimus:
- A) Es un inmunosupresor cuyo mecanismo de acción es la inhibición de la síntesis de purinas
 - B) Produce toxicidad medular
 - C) Produce nefrotoxicidad
 - D) Sus niveles plasmáticos deben de monitorizarse y mantenerse entre 20-30 ng/ml el primer mes tras el trasplante hepático

97 En una situación de accidente con víctimas múltiples la clasificación de un paciente como AMARILLO, significa que:

- A) Requiere de actuaciones terapéuticas inmediatas que pueden solucionar un problema vital
- B) Precisa asistencia en poco tiempo con el fin de tratar lesiones graves, que se pueden empeorar progresivamente
- C) No hay lesiones o éstas pueden tratarse más tarde sin riesgo vital o funcional
- D) Personas fallecidas o con lesiones con escasa posibilidad de supervivencia

98 El sistema TISS (Therapeutic Intervention Scoring System):

- A) Es un sistema de medida de la gravedad por la intensidad de tratamiento
- B) Realiza un cómputo de utilización de recursos o actuaciones terapéuticas que se puntúan de 1 a 4, y la suma de puntos para un mismo paciente a las 24 horas permite clasificarlo
- C) Además de medir la gravedad, permite establecer el cociente enfermera/paciente
- D) Todas son ciertas

99 Con respecto al diseño de un trabajo de investigación, señale la respuesta falsa:

- A) La calidad en el registro de las variables recogidas viene dada por su validez y fiabilidad
- B) Los indicadores de validez de una prueba son la sensibilidad y la especificidad
- C) Los estudios analíticos observacionales pueden ser los estudios de Casos y Controles y el Ensayo Clínico aleatorio
- D) Uno de los tests estadísticos recomendados para la comparación de variables categóricas es el test de la Chi-cuadrado

100 En el Síndrome de Guillain Barré, es falso que:

- A) Es una polirradiculopatía aguda inflamatoria desmielinizante ascendente
- B) El perfil del LCR en la primera semana presenta una elevación de las proteínas totales sin incremento de la celularidad
- C) En el tratamiento, se recomienda fuertemente el uso de corticoides intravenosos a altas dosis
- D) En el tratamiento, la combinación de plasmaféresis e inmunoglobulinas, no confiere ventajas adicionales

- 101 CASO CLÍNICO 1. (Preguntas 101 a 107). Paciente de 54 años con múltiples comorbilidades (diabetes, hipertensión, enfermedad coronaria) que presenta un cuadro de 2 días de evolución con tos productiva, dolor torácico y fiebre. En el examen físico, se encuentra alerta y se comprueba Tª 38.3, TA 100/65, FC 125 lpm y FR de 32 respiraciones por minuto. La saturación con aire ambiente es de 88%, se auscultan crepitantes en base derecha. La radiología de tórax muestra un infiltrado en lóbulo inferior derecho. Analítica con 20.000 leucocitos con desviación izquierda. Función renal y hepática normal. En base a la puntuación CURB65 (Severity Score for Community-Acquired Pneumonia) del paciente, ¿Cuál sería la estimación de gravedad?**
- A) CURB entre 0-1, gravedad baja
 - B) CURB 2. Gravedad moderada
 - C) CURB \geq 3. Gravedad alta
 - D) No se disponen de todos los datos para su valoración
- 102 ¿Cuál sería la decisión sobre el lugar de tratamiento con los datos aportados?**
- A) Tratamiento en domicilio puesto que el riesgo por escala CURB-65 es bajo
 - B) Tratamiento en hospital puesto que el riesgo por escala CURB-65 es moderado
 - C) Tratamiento en hospital por la evaluación clínica
 - D) Serían necesarias más pruebas diagnósticas para asegurar el pronóstico
- 103 ¿Cuál sería el microorganismos más probable de esta infección?**
- A) Mycoplasma pneumoniae
 - B) Chlamydia pneumoniae
 - C) Streptococo pneumoniae
 - D) Estafilococo aureus
- 104 ¿Qué tratamiento antibiótico elegirías de los siguientes?**
- A) Azitromicina
 - B) Cefotaxima
 - C) Amoxicilina-Clavulánico más levofloxacino
 - D) Ceftazidima más levofloxacino
- 105 ¿Cuánto tiempo mantendrías el tratamiento?**
- A) Cinco días
 - B) Entre 7 y 10 días
 - C) Entre 14 y 21 días
 - D) Aproximadamente un mes de tratamiento

- 106 El paciente no mejora y se comprueba un derrame pleural en radiología de tórax. ¿Cuál sería el siguiente paso?**
- A) Toracocentesis diagnóstica
 - B) Drenaje pleural
 - C) Broncoscopia y Lavado Broncoalveolar (LBA)
 - D) Cambio de antibiótico
- 107 Si presentara un líquido pleural con 20.000 leucos con 80% neutrófilos, 120 LDH, proteínas 3 g/dl, glucosa 70 mg/dl y pH 7.15, cuál sería la actitud:**
- A) Continuar tratamiento antibiótico a espera de cultivo
 - B) Cambio de tratamiento antibiótico inmediato
 - C) Drenaje pleural
 - D) Si la evolución clínica es buena no se cambia actitud
- 108 CASO CLÍNICO 2. Paciente de 71 años, mujer, con actividad adecuada para su edad, sin limitaciones. Diabética, hiperuricemia, colecistectomía y gastrectomía total por carcinoma gástrico hace 6 años. Es traída a urgencias con disartria severa, desviación de comisura bucal importante y parálisis completa de brazo dcho e incompleta de pierna dcha, que moviliza pero no puede levantar contra gravedad. Entra en código ictus y presenta una evolución total de síntomas de 2 horas desde su inicio. La TAC se informa como normal y en la analítica no destaca ningún dato, tan solo una glucemia de 190 mg/dl. Tensión arterial 165/90. ¿Cuál sería su actitud?**
- A) Control de TA hasta normalizarla y realizar trombolisis con rTPA
 - B) La Trombolisis está contraindicada
 - C) Trombolisis con rTPA en pauta de 2 horas a dosis de 0,9 mg por Kg
 - D) rTPA 0,9 mg por Kg en pauta de 10% en bolo y el resto en perfusión en una hora
- 109 CASO CLÍNICO 3. (Preguntas 109 a 111). Paciente de 50 años, fumador de 1 paquete de cigarrillos , con antecedentes de AIT hace un año y padre fallecido de cardiopatía isquémica, sin ningún tratamiento en la actualidad, presenta dolor torácico de unos 10 minutos de duración con sudoración tras haber realizado un esfuerzo .Al ingreso en Urgencias, las constantes son : TA 140/80, Fc 75 l.p.m. ECG en ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización. Primera determinación de troponina, normal. Señale la actitud más correcta en cuanto al manejo:**
- A) El paciente debe ser tratado como un síndrome coronario agudo y se debe repetir la determinación de troponina a las 6h
 - B) Una determinación de troponina ultrasensible a las 3 horas es segura para descartar riesgo elevado en el SCA
 - C) Si todas las determinaciones son normales y no recurre el dolor, aunque las determinaciones analíticas sean normales , dado que la clínica es típica y presenta factores de riesgo, lo correcto sería derivar al paciente para un test de stress no invasivo
 - D) B y C son correctas

110 En el caso anterior, se ingresa al paciente en observación y a las 6 horas, comienza con nuevo episodio de dolor retroesternal, sudoración y ECG con alteraciones electrocardiográficas, con descenso del ST en cara anterior y TA 90/60. Niveles de troponina ultrasensible elevados dos veces el punto de corte.

La estrategia terapéutica anticoagulante-antiagregante más correcta, según las nuevas recomendaciones de las guías de práctica clínica de la AHA para el manejo de SCASEST 2015, sería:

- A) Fondaparinux 2,5mg , AAS (300 mg dosis carga) ,Prasugrel (dosis carga de 60mg), estrategia invasiva en las próximas horas
- B) Fondaparinux 2,5mg , AAS (300mg), Ticagrelol (Dosis carga 180mg) independientemente de la estrategia posterior
- C) Fondaparinux 2,5mg, AAS (300mg), Prasugrel (dosis carga de 60mg), independientemente de la estrategia posterior
- D) Fondaparinux 2,5mg, AAS (300mg), Prasugrel en dosis de 60mg o ticagrelor carga de 180 mg, independiente de la estrategia posterior

111 ¿Que afirmación es cierta en lo que respecta a los nuevos antiagregantes plaquetarios, en el síndrome coronario agudo?

- A) El prasugrel bloquea de forma reversible las plaquetas a nivel de receptor P2Y₁₂
- B) El ticagrelor bloquea de forma irreversible las plaquetas a nivel del receptor P2Y₁₂
- C) El cangrelor es un nuevo antireceptor P2Y₁₂, que puede usarse de forma intravenosa
- D) El ticagrelor tiene la ventaja de no presentar interacciones farmacológicas

112 CASO CLÍNICO 4. Mujer de 40 años que ingresa por traumatismo craneoencefálico (TCE) tras accidente de tráfico. Requirió intubación y control de la PIC mediante sedación con propofol a 6 mg/Kg/h y Midazolam a dosis altas, así como bolos de manitol y suero salino hipertónico. El quinto día inició un cuadro brusco de trastornos del ritmo cardíaco con bradicardia. El ionograma objetivaba potasio de 7mmol/l y fosfato inorgánico de 3,70mmol/l. La CPK era de 35.000U/l, la mioglobina mayor de 580 g/l .También presentó hipotensión, deterioro de la función renal y un cuadro de acidosis metabólica grave (ácido láctico 13,07mmol/l), por lo que requirió perfusión de noradrenalina, administración de altas dosis de bicarbonato y hemofiltración venovenosa continua. Teniendo en cuenta todos los datos anteriores, ¿Cuál es el cuadro clínico más probable?

- A) Isquemia intestinal
- B) Cuadro séptico
- C) Síndrome de infusión por propofol
- D) Rabdomiolisis secundaria al traumatismo

113 CASO CLÍNICO 5. (Preguntas 113 y 114). Mujer de 50 años, con antecedentes de depresión e intento de autolisis, diabética en tratamiento con ADO (metformina), encontrada por su marido con somnolencia, disartria y alteraciones visuales, tras haber estado haciendo limpieza en su casa.

A su llegada a urgencias la paciente se encuentra en coma con 8 puntos en la escala Glasgow. Se procede a intubación y conexión a ventilación mecánica. En la analítica destaca intensa acidosis metabólica con EB de -18 y anión GAP aumentado que no se corrige con bicarbonato iv, CPK de 3500.

Señale la afirmación falsa:

- A) Un diagnóstico de alta probabilidad ante esta cuadro clínico, es la intoxicación con metanol , por lo que en esta paciente se debe iniciar tratamiento con etanol iv como antídoto
- B) La administración de ácido fólico está recomendada en la intoxicación por etilenglicol, pero no en la intoxicación por metanol
- C) El tratamiento con fomepizol es una alternativa válida al etanol, en las intoxicaciones por metanol, al ser inhibidor de la alcohol deshidrogenasa, con mayor duración de acción que el etanol
- D) En el diagnóstico diferencial habría que contemplar la posibilidad de una cetoacidosis diabética

114 En el caso anterior, la acidosis podría ser explicada por todo lo siguiente menos:

- A) Intoxicación por metformina
- B) Intoxicación por salicilatos
- C) Intoxicación por acetazolamida
- D) Rabdomiolisis

115 CASO CLÍNICO 6. Paciente de 65 años, hipertenso y fumador que acude a su centro de salud por dolor torácico de 2 horas de evolución. ECG presenta corriente de lesión subepicárdica en V2,V3,V4. El Hospital mas cercano se encuentra a 60 minutos. Se decide fibrinólisis extrahospitalaria . Se traslada a su Hospital de referencia y se solicita coronariografía. Señale la afirmación menos correcta en este paciente caso:

- A) No se debe realizar la coronariografía en menos de 3 horas, en ningún caso, una vez hecha la fibrinólisis
- B) En la coronariografía urgente solo se recomienda revascularizar la arteria responsable del infarto
- C) Para la coronariografía la vía de elección es la radial por encima de la femoral
- D) Hubiera sido de elección en este caso la angioplastia primaria, si el Hospital de Referencia tuviera laboratorio de hemodinámica

116 CASO CLÍNICO 7. (Preguntas 116 a 121). Mujer de 45 años, sin antecedentes de interés, que estando en su domicilio, súbitamente presenta cefalea intensa, vómitos en escopetazo y disminución del nivel de conciencia. Es asistida por el Servicio de Emergencias del 061, que la encuentran con tensión arterial de 180/90 mmHg; frecuencia cardíaca de 40 lpm; bradipneica, con una valoración neurológica mediante la escala de Glasgow de 3 puntos y midriasis bilateral arreactiva. Se procede a intubación endotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Se canaliza catéter periférico de 14 G y se procede a la infusión de cristaloides. Se traslada al hospital. Tras su ingreso en el box de emergencias, se comprueba la estabilidad hemodinámica, con persistencia de la midriasis bilateral arreactiva. Se realiza TAC craneal, en el que se objetiva una hemorragia subaracnoidea masiva, con edema cerebral, desdiferenciación de la sustancia blanca y sustancia gris y ausencia de cisternas de la base. La paciente se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos. Tras comprobar la persistencia de estabilidad hemodinámica, escala de Glasgow de 3 puntos y midriasis bilateral arreactiva, con reflejos de tronco presentes, se realiza doppler transcraneal obteniéndose un registro de alta resistencia y baja velocidad. En las horas siguientes, se comprueba la ausencia de reflejo tusígeno. Se realiza la exploración clínica dirigida a establecer el diagnóstico de muerte. En relación a esa exploración física señale cual de las siguientes afirmaciones es falsa:

- A) El test de la atropina evalúa la función del nervio vago y sus núcleos troncoencefálicos
- B) En situación de muerte encefálica existe ausencia de reflejo corneal, lo que evidencia la ausencia de función del X para craneal
- C) En muerte encefálica hay que realizar una exploración clínica completa del tronco del encéfalo
- D) En muerte encefálica no existe reflejo fotomotor, el cual explora la función del II par craneal (vía aferente) y el III par craneal (vía eferente)

117 En relación a la realización del test de la apnea en esta paciente, señale la afirmación incorrecta:

- A) Este test se puede realizar sin retirar el soporte ventilatorio
- B) El test de apnea evalúa la función de los centros respiratorios en el tronco del encéfalo
- C) Durante el test de apnea la elevación media de la paCO₂ es de 2-3 mmHg/min
- D) En caso de utilizar el trigger de flujo, se evitará la aparición de falsos negativos programando un valor de 1 lpm

118 Tras completar el diagnóstico clínico de muerte encefálica, se realiza el doppler transcraneal. ¿Qué patrón/patrones sería más frecuente encontrar?

- A) Un patrón de separación diástole-sístole
- B) Una onda sistólica breve, puntiaguda o triangular con flujo diastólico invertido o sin flujo diastólico invertido
- C) Un patrón de alta resistencia y baja velocidad
- D) Un patrón mixto (de baja velocidad y baja resistencia)

- 119 A continuación, y según el Real Decreto 1723/2012, la certificación de la muerte encefálica es realizada por (señale la respuesta correcta):**
- A) Tres médicos, uno de ellos neurólogo o neurocirujano
 - B) Tres médicos uno de ellos el coordinador de trasplante
 - C) Tres médicos intensivistas
 - D) Cuatro médicos, uno de ellos neurólogo y otro el coordinador de trasplante
- 120 Tras el diagnóstico de muerte encefálica, se procede a informar a la familia. En relación a esta información, señale la respuesta correcta:**
- A) Debe realizarse de una forma inequívoca y en lenguaje asequible
 - B) Hay que informar con claridad que la muerte encefálica es igual al fallecimiento de la persona a efectos científicos, éticos y legales
 - C) En España, la legislación indica expresamente que la hora del fallecimiento registrada en el certificado de defunción debe ser la hora en que el médico completa el diagnóstico de muerte encefálica
 - D) Todas son correctas
- 121 Una vez establecido el diagnóstico de muerte encefálica, el tratamiento del potencial donante de órganos debe reorientarse y dirigirse al soporte, protección y optimización funcional de los órganos seleccionados para el trasplante. El paciente comienza con múltiples arritmias, que han podido estar desencadenadas por las siguientes alteraciones, excepto:**
- A) La hipotermia
 - B) La hipervolemia
 - C) La acidosis
 - D) La hipoxemia
- 122 CASO CLÍNICO 8. (Preguntas 122 a 128). Paciente mujer de 30 años con infecciones del tracto urinario de repetición que acude a urgencias hospitalarias por un cuadro de fiebre de 39°C y diarrea de 36 horas de evolución. Se evidencia hipotensión arterial que no remonta con la administración de sueroterapia, acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda con creatinina de 2,2 mg/dL y oligoanuria. El hemograma muestra una leucocitosis de 16.900 con neutrofilia del 85% y trombopenia de 126.000. El lactato arterial es de 5 mmol/l. Ante esta situación clínica, señale la respuesta correcta:**
- A) La rápida aplicación de medidas adecuadas en las primeras horas influyen sobre el pronóstico
 - B) La selección inicial del antimicrobiano debe ser el de menor espectro posible, para evitar el desarrollo de resistencias
 - C) La primera dosis de antibióticos debe administrarse a partir de la primera hora
 - D) La Surviving Sepsis Campaign (SSC) recomienda iniciar vasopresores precozmente, incluso con valores de PVC de 3 mmHg, con el objetivo de mantener una presión arterial media por encima de 65 mmHg

- 123 Se decide trasladar a la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos, ante la situación de sepsis grave, definida por los criterios enumerados a continuación, excepto:**
- A) Diuresis menor de 0,5 ml/kg/h durante al menos dos horas a pesar de una adecuada resucitación
 - B) Lactato mayor de 4 mmol/L
 - C) Hipoglucemia (glucemia plasmática menor de 60 mg/dL)
 - D) Lesión pulmonar aguda con PaO₂/FiO₂ menor de 250 mmHg, en ausencia de neumonía como foco de infección
- 124 Una vez ingresado la paciente en UCI, ¿Cuál de las siguientes medidas es la mas apropiada?**
- A) Comenzar tratamiento antimicrobiano intravenoso una vez se hayan extraídos los cultivos solicitados, independientemente del tiempo necesario para su realización
 - B) Continuar con la administración de cristaloides con el objetivo de alcanzar una PVC de 8-12 mmHg
 - C) Administrar hidroxietilalmidón al 6% en la resucitación, tras la infusión de volúmenes importantes de cristaloides
 - D) Ninguna de las anteriores es correcta
- 125 En relación a los fenómenos relacionados con la respuesta inflamatoria acontecida en esta paciente ¿cuál de las siguientes aseveraciones le parece la correcta?**
- A) La liberación del óxido nítrico se debe a la degranulación de los mastocitos
 - B) Los leucotrienos se producen en los macrófagos activados por el complemento
 - C) El TxA₂ es un prostanoides derivado de la peroxidación de los fosfolípidos de la membrana celular
 - D) La beta-glicosidasa es una enzima esencial para el catabolismo de glucógeno a glucosa en los lisosomas
- 126 En la monitorización hemodinámica de la paciente, se observa el patrón típico del shock séptico en su fase inicial, que se caracteriza por:**
- A) Presiones de llenado cardíaco altas, gasto cardíaco elevado y resistencias vasculares sistémicas bajas
 - B) Presiones de llenado cardíaco bajas, gasto cardíaco bajo y resistencias vasculares sistémicas bajas
 - C) Presiones de llenado cardíaco bajas, gasto cardíaco elevado y resistencias vasculares sistémicas bajas
 - D) Presiones de llenado cardíaco altas, gasto cardíaco bajo y resistencias vasculares sistémicas altas

- 127 Según las recomendaciones de la Surviving Sepsis Campaign, ¿qué vasopresor utilizarías, al ser el de primera elección?**
- A) Dopamina
 - B) Dobutamina
 - C) Noradrenalina
 - D) Fenilefrina
- 128 Se solicita ecografía renal que muestra zonas de pielonefritis y ligera hidronefrosis derecha, siendo valorado por Urología, que realiza cateterismo ureteral derecho con abundante salida de material purulento, dejando catéter en cavidad piélica derecha. Tras las medidas adoptadas, la paciente presenta una evolución favorable disminuyendo la necesidad de aminas con diuresis adecuada y mejoría de la situación clínica. En este momento y según las recomendaciones de la Surviving Sepsis Campaign, ¿estaría indicado comenzar tratamiento con corticoides?**
- A) Si, debido a que la paciente está aún en tratamiento con aminas vasopresoras
 - B) No, ya que está presentando una evolución clínica favorable, con la reducción progresiva de los vasopresores
 - C) Si, a pesar de la mejoría inicial, ya que diversos estudios clínicos han demostrado que el tratamiento con corticoides acelera la recuperación
 - D) a y c son correctas
- 129 CASO CLÍNICO 9. (Preguntas 129 y 130). Un hombre de 40 años, fumador, acude a Urgencias por un cuadro de comienzo brusco de dificultad para hablar y para mover el brazo derecho. Su esposa cuenta que la semana anterior se había quejado de dolor de cabeza, mialgias, escalofríos y malestar general. Asimismo refería que su padre falleció de infarto de miocardio a los 70 años y el enfermo había tenido un soplo cardíaco en la infancia. En la exploración física: TA 150/80 mm Hg, FC 115 l/m, Tª 38,7 °C, no rigidez de nuca, algunas petequias en el paladar blando y en región pretibial, AP normal, AC con un soplo sistólico II/VI en ápex, afasia motora y hemiparesia derecha. Analítica con 18000 leucocitos (85% neutrófilos y 6% cayados), Hcto 36%, plaquetas y coagulación normales. En orina hematuria ++ y proteinuria +. Se practicó un TAC craneal que fue normal y se activó el código ictus. ¿Qué actitud tomaría?**
- A) Trombolisis inmediata previo consentimiento informado según protocolo
 - B) Antipiréticos y trombolisis
 - C) RM antes de trombolisis
 - D) Desactivar código ictus

- 130 Una vez ingresado en UCI se realizó un doppler carotídeo que resultó normal y un ecocardiograma que mostró prolapso de la válvula mitral con vegetaciones sobre la misma. ¿Indicaría anticoagulación con heparina para prevenir futuros ictus?**
- A) Si, dado el riesgo de nuevos ictus embólicos
 - B) No, solo antiagregación plaquetaria
 - C) Si, con heparina a dosis baja
 - D) No, ya que la anticoagulación no ha demostrado disminuir la recurrencia de fenómenos embólicos
- 131 CASO CLÍNICO 10. (Preguntas 131 a 134). Un paciente de 72 años es traído a Urgencias por el equipo de emergencias extrahospitalario después de ser reanimado de una PCR. Tiene antecedentes de cardiopatía isquémica y a la llegada del 061 presentaba una FV. Se consiguió recuperación de la circulación espontánea después de 15 minutos de RCP. Se desconoce el tiempo exacto desde el colapso hasta la 1ª desfibrilación. El ECG a su llegada muestra elevación del ST en cara anterior ¿Cuál sería la actitud idónea con este paciente según las recomendaciones ILCOR 2015?**
- A) Ingreso en UCI, fibrinólisis y cuidados postresucitación
 - B) Ingreso en UCI,, tratamiento antiisquémico y cuidados postresucitación
 - C) Ingreso en UCI, TAC multicorte coronario y cuidados postresucitación
 - D) Ingreso en UCI, ICP si está disponible y cuidados postresucitación
- 132 Si se adopta entre los cuidados postresucitación una estrategia de manejo con control de la temperatura, ésta debería mantenerse entre:**
- A) 30-32°C
 - B) 32-36°C
 - C) 36-37°C
 - D) Evitar la hipertermia
- 133 Después de 3 días de UCI el paciente continúa en coma con ausencia de reflejo corneal y pupilar. ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias tendría un valor pronóstico mas exacto respecto a las posibilidades de recuperación del paciente?**
- A) Electroencefalograma
 - B) TAC craneal
 - C) RMN
 - D) Potenciales evocados somatosensoriales

- 134** En el 10º día de UCI el paciente continúa en coma, sin reflejos pupilares ni corneales; el EEG muestra un patrón de salva-supresión; el TAC una reducción marcada de la relación sustancia gris/sustancia blanca; y los PESS muestran ausencia bilateral de onda N-20. ¿Está justificado retirar las medidas de soporte vital?
- A) Sólo si la familia está de acuerdo
 - B) No, hay que esperar al menos 3 meses
 - C) No, hay que consultar primero al comité de ética
 - D) Si, es una actuación justificable de Limitación de Esfuerzo Terapéutico
- 135 CASO CLÍNICO 11. (Preguntas 135 y 136).** Un hombre de 35 años acude a Urgencias quejándose de debilidad en las 4 extremidades. La debilidad había comenzado por los miembros inferiores 36 horas antes y ahora era incapaz de sostenerse en pie y coger objetos con las manos. Refería haber presentado un cuadro gripal con molestias intestinales 3 semanas antes. En la exploración física las constantes vitales eran normales, así como la auscultación y la palpación abdominal. No había rigidez de nuca y los pares craneales eran normales incluyendo el reflejo deglutorio y tusígeno. Los miembros estaban hipotónicos con reflejos osteotendinosos disminuidos y fuerza 1/5 en miembros inferiores y 2/5 en miembros superiores. La hematimetría era normal y la bioquímica sanguínea no mostraba alteraciones. El LCR era claro con ligero incremento de proteínas y células normales. Con gafas nasales a 2 l/m la Sat O₂ era del 99%. ¿Qué prueba de entre las siguientes nos ayudaría a decidir la mejor ubicación para este paciente?
- A) Electromiograma
 - B) Pruebas funcionales respiratorias
 - C) Gasometría arterial seriada
 - D) RM cervical
- 136 ¿Cuál de los siguientes resultados debería hacer plantear su ingreso en Cuidados Intensivos?**
- A) Capacidad vital forzada de 18 ml/Kg
 - B) Presión espiratoria máxima 50 cmH₂O
 - C) Frecuencia respiratoria 30 resp/m
 - D) Presión inspiratoria máxima 30 cm H₂O

137 CASO CLÍNICO 12. (Preguntas 137 a 142). Mujer de 38 años, hábito tabáquico moderado y asma en tratamiento sintomático con broncodilatadores. Además, migraña y síndrome ansioso-depresivo con intento autolítico previo hace dos años mediante ingesta medicamentosa que evolucionó sin secuelas. Nos es derivada desde otro centro hospitalario, por ingesta con fines autolíticos de una cantidad indeterminada de quetiapina, topiramato, diazepam y cloracepato (la familia ha mostrado los blíster vacíos que se encontraban al lado de la paciente); el cronograma probable desde la ingesta hasta la llegada al primer hospital ha sido de las 3 a las 15 h. A la llegada Urgencias de dicho centro, la describen como "estuporosa, pero respondiendo a órdenes verbales". Se le ha realizado lavado gástrico con SNG (sin objetivar restos de pastillas), administración de una cantidad no registrada de carbón activado y bolo con ulterior perfusión de flumazenilo. Se traslada a Observación de nuestro centro sobre las 16:

- A) Administrar nueva dosis de flumazenilo y observar respuesta
- B) Aislamiento de la vía respiratoria mediante intubación orotraqueal por secuencia rápida
- C) Aislamiento de la vía respiratoria por intubación orotraqueal inmediata
- D) Ventilación mecánica no invasiva mediante BiPAP y vigilancia estrecha

138 Hasta este momento, ¿Qué actitud/es terapéutica/s considera inadecuada/s en el manejo de dicha paciente?

- A) La administración de flumazenil
- B) El lavado gástrico
- C) La administración de carbón activado
- D) Todas son inadecuadas

139 ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha sobre la base de los hallazgos radiológicos? Se aporta imagen radiológica:

- A) Neumonía por aspiración
- B) Neumonitis por aspiración
- C) Derrame pleural derecho
- D) Edema pulmonar

140 la radiografía de tórax de la paciente, determina que presenta una neumonitis por aspiración. Tras la administración de 100 mg IV de tiamina y realización de TAC craneal con tomograma cervical, que descartan patología estructural, se traslada a UCI, procediéndose a inserción de vía central femoral y soporte ventilatorio convencional. ¿Considera necesaria alguna medida adicional?

- A) Debería comenzarse con soporte ventilatorio con control de presión y alta PEEP
- B) Administración de cobertura antibioterapia empírica para gérmenes anaerobios
- C) Administración de corticoides
- D) Ninguna es correcta

- 141** Al tercer día de estancia en UCI la paciente presenta fiebre de 39°C y deterioro respiratorio con desaturación por pulsioximetría (SpO₂ 80%) con FiO₂ de 0,5 y PEEP de 5 cmH₂O, así como presiones en vía aérea elevadas que limitan el Vt espirado a 300 ml. En analítica destaca una gasometría arterial con pH 7,31, PaO₂ 50 mmHg, pCO₂ 55 mmHg, B/EB 21,2/-3,2 mmol/L, lactato 1,3 mmol/L, el hemograma indica unos Leucocitos en 17340/mm³ con 90% de Neutrófilos, coagulación normal y bioquímica con LDH 821 U/L, PCR 518 mg/dl, siendo el resto de parámetros normales (incluyendo perfil hepático y CPK). La Rx. de tórax se muestra adjunta. Con estos datos, ¿Cuál es la sospecha diagnóstica?
- A) Neumonía asociada a la ventilación mecánica precoz
 - B) Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)
 - C) Edema pulmonar por neumonitis química
 - D) Ninguno de los anteriores
- 142** Al tercer día de estancia en UCI, la paciente desarrolla un Síndrome de Distres Respiratorio.
¿Cuál sería la actitud/es a considerar en la implementación del soporte ventilatorio de esta paciente?
- A) Ventilación con control de presión (CP) con los siguientes parámetros: FiO₂ 1, PC 35 cmH₂O, Fr 20 pmin, PEEP 10 cmH₂O
 - B) Maniobras de reclutamiento para obtener la PEEP de apertura con ulterior CP a 10-15 cmH₂O por encima del valor de PEEP de apertura y FiO₂ 1
 - C) Tras maniobras de reclutamiento, ventilación con control de presión y volumen regulado/garantizado (CP-VR) a 400-450 ml de Vt, FiO₂ 1, PEEP de apertura y PC 10-15 cmH₂O por encima del valor de PEEP, Fr 20 pmin
 - D) Ventilación con volumen controlado (Vt 400-450 ml), PEEP de apertura, FiO₂ 1 y Fr 20 pmin, aumento de la alarma de presión a 45 cmH₂O
- 143** CASO CLÍNICO 13. Paciente de 62 años que presenta función sinusal en reposo anormal, función sinusal en ejercicio alterada y conducción auriculoventricular alterada, con respecto al modo de estimulación de un marcapasos definitivo, seleccionaríamos:
- A) AAIR
 - B) AAI
 - C) DDD
 - D) DDDR

144 CASO CLÍNICO 14. (Preguntas 144 a 150). Juan es un varón de 76 años, trabajador de la construcción jubilado, con antecedentes personales de exfumador, HBP y HTA. No tiene antecedentes de hipercolesterolemia ni diabetes conocida. Niega otros hábitos tóxicos. No intervenciones quirúrgicas previas. Realiza tratamiento habitual con Enalapril 5 mg al día. No alergias medicamentosas
Comienza de forma brusca, durante la noche y en reposo, con dolor centrotorácico opresivo acompañado de clínica vegetativa. Irradia a región interescapular y hombro izquierdo. Sensación de gravedad y disnea. Nunca había tenido un episodio similar. Ante la persistencia del dolor torácico acude a urgencias por su pie cuando lleva 50 minutos de evolución desde el comienzo del dolor.
El paciente accede al box de críticos de urgencias donde se le realiza un ECG y se solicita valoración por intensivista.

De forma global, entre los pacientes que acuden a urgencias con dolor torácico agudo, es verdadero todo excepto uno:

- A) En el 50% de los pacientes el origen del dolor torácico no es de origen cardiaco
- B) Debería realizarse una ecocardiografía urgente en todos los pacientes con inestabilidad hemodinámica
- C) Es un standard de calidad ampliamente utilizado la realización e interpretación del ECG de 12 derivaciones antes de 20 minutos desde el primer contacto con los servicios de urgencias
- D) En el diagnóstico diferencial del dolor torácico se incluyen la miocardiopatía dilatada y la hipertrófica

145 En este paciente se estableció un diagnóstico de sospecha de SCASEST. En los ECG de 12 derivaciones tienen valor pronóstico todos los siguientes hallazgos excepto:

- A) Las ondas T negativa al ingreso confieren peor pronóstico que un ECG normal
- B) Los descensos en el ST al ingreso confieren un peor pronóstico que un ECG normal
- C) Los descensos del ST combinados con elevaciones transitorias del ST configuran un grupo de especial riesgo elevado
- D) A mayor profundidad y extensión del descenso del ST se corresponde peor pronóstico

146 En cuanto a la determinación de Troponina I ultrasensible que se solicitó al paciente, señale en que otra patología puede detectarse aumento de la misma:

- A) Hemorragia subaracnoidea
- B) Cardioversión eléctrica
- C) Sepsis
- D) Todas muestran aumento

147 Respecto a las generalidades del tratamiento a aplicar a un paciente con diagnóstico de SCA, señale lo CORRECTO:

- A) La oxigenoterapia en las primeras horas es aconsejable para todos los pacientes
- B) Los antagonistas del calcio en combinación con un betabloqueante cardioselectivo son el tratamiento de elección para la angina vasoespástica
- C) La administración precoz de betabloqueantes debería evitarse en pacientes con >70 años, frecuencia cardíaca >110 lpm o Tensión arterial sistólica <120 mmHg por mayor riesgo de sufrir shock
- D) Los betabloqueantes no deben mantenerse en el tratamiento en situación de Killip II

148 Con respecto al tratamiento anticoagulante y antiagregante en el SCASEST, señale lo incorrecto:

- A) El Fondaparinux es el anticoagulante recomendado excepto en el caso de coronariografía inmediata
- B) El Ticagrelor no es recomendado para pacientes con > 75 años o menos de 60 Kg
- C) El Prasugrel es recomendado en pacientes a los que se le está realizando el intervencionismo coronario percutáneo
- D) En los cambios de tratamiento antiagregante se vuelve a administrar dosis de carga plena del nuevo fármaco

149 Señale cuál de los siguientes NO sería un criterio de muy alto riesgo para realizar una estrategia invasiva inmediata (<2 horas) en el paciente presentado:

- A) GRACE >140
- B) Inestabilidad hemodinámica o shock cardiogénico
- C) Recurrencia o persistencia del dolor torácico a pesar del tratamiento médico
- D) Parada cardíaca

150 Con respecto al uso de Betabloqueantes en el SCASEST, es falso:

- A) Pueden iniciarse por vía oral en las primeras 24 horas, en pacientes que no tienen ninguna de las siguientes situaciones: signos de insuficiencia cardíaca, signos de bajo gasto cardíaco, alto riesgo de desarrollar shock cardiogénico u otras contraindicaciones (por ej PR> 240 sg)
- B) El tratamiento con metoprolol, carvedilol o bisoprolol en pacientes con SCASEST con función sistólica alterada, una vez estabilizados los signos de insuficiencia cardíaca, ha demostrado reducir la mortalidad
- C) El tratamiento betabloqueante está contraindicado en los pacientes con SCASEST e historia previa de broncopatía crónica obstructiva o asma
- D) La administración de betabloqueantes intravenosos es potencialmente perjudicial en pacientes con SCASEST que tienen riesgo de desarrollar shock cardiogénico

151 El Síndrome de Miller Fisher:

- A) Es una variante del Síndrome del Guillen Barré
- B) La ataxia que produce es de origen cerebeloso
- C) La evolución de los síntomas tiene un avance centrífugo
- D) Ninguna de las anteriores es correcta

152 Las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento con perampanel son ciertas, excepto:

- A) Está indicado en el tratamiento del status epiléptico refractario en niños y adultos
- B) Es un antagonista selectivo y no competitivo de los receptores AMPA
- C) Entre sus ventajas se incluyen su administración una vez al día
- D) Su eliminación se realiza principalmente vía renal y por las heces

153 La cadena de prevención de la PCR intrahospitalaria está formada por: (Señale la respuesta correcta):

- A) Formación del personal, reconocimiento de pacientes en riesgo, activación del equipo de RCP, registro de la actividad y reactivación
- B) Formación del personal, vigilancia de los pacientes en riesgo, petición de ayuda, respuesta eficaz y registro
- C) Formación del personal, dotación del equipo, estandarización de la actuación y registro de los resultados
- D) Formación del personal, vigilancia de pacientes en riesgo, reconocimiento del deterioro, petición de ayuda y respuesta eficaz



JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

CONSEJERÍA DE SALUD

JUNTA DE ANDALUCIA

