

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

**ACCESO: LIBRE**

**CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:**  
**FEA MEDICINA INTENSIVA**

**ADVERTENCIAS:**

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELEFONO MÓVIL (o dispositivo electrónico conectado a datos, en general).**
- **EN LA CONTRAPORTADA DE ESTE CUADERNILLO ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE HABER OLVIDADO DEJAR EL TELEFONO MÓVIL ANTES DE ACCEDER AL AULA DE EXAMEN.**
- **ESTÁ PROHIBIDO HABLAR DESDE EL INICIO DE LA PRUEBA.**
- **NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
- **EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.**

- 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.**
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto cuando se indique.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. **PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.**
- 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 teórica 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 y sumarían un máximo de 50 puntos.
- 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 práctica 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 y sumarían un máximo de 50 puntos.
- 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.

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

**ESTE CUADERNILLO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.**

**CONTINÚA EN LA CONTRAPORTADA**



- 
- 1 El derecho a la vida y el derecho a la integridad física y moral son los derechos más básicos y primarios de todos los reconocidos en nuestra Constitución Española de 1978, en la medida en que la afirmación de los demás solo tiene sentido a partir del reconocimiento de éstos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referida a este tema es cierta?**
- A) La Constitución Española (CE) de 1978 reconoce este derecho fundamental en su artículo 13.
  - B) La CE establece la abolición, en cualquier circunstancia o situación, de la pena de muerte.
  - C) La CE establece que nadie, en ningún caso, pueda ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.
  - D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- 2 ¿Qué artículo del Estatuto de Autonomía para Andalucía señala que "corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios"?**
- A) Artículo 53.
  - B) Artículo 54.
  - C) Artículo 55.
  - D) Artículo 56.
- 3 La Ley 2/1998, de Salud de Andalucía establece, en su artículo 30, que las líneas directivas y de planificación de actividades, programas y recursos necesarios para alcanzar la finalidad expresada en el objeto de dicha ley constituirán el Plan Andaluz de Salud, que será el marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía. Así mismo establece que la vigencia será fijada en el propio plan. En la actualidad, el plan vigente es el IV, que estaba diseñado para el periodo 2013-2020, por lo que el pasado 16 de mayo de 2023, el Consejo de Gobierno firmó un Acuerdo por el que se aprueba la formulación de:**
- A) El V Plan Andaluz de Salud.
  - B) La Estrategia de Salud de Andalucía 2030.
  - C) El Plan Estratégico de Salud 2023-2028.
  - D) Ninguna de las anteriores es cierta.

- 4 Las llamadas Precauciones Estándar en la prevención frente al riesgo biológico establecen, entre otras premisas, que toda sangre humana o fluido biológico así como cualquier material que pueda transmitir infección debe considerarse infeccioso. En este sentido, ¿cuál es la medida preventiva más importante para reducir los riesgos de transmisión de agentes biológicos en nuestro ámbito laboral?**
- A) El uso de guantes.
  - B) El uso de máscaras y protectores faciales y oculares.
  - C) La eliminación de residuos.
  - D) El lavado de manos.
- 5 ¿A qué órgano directivo de la actual Consejería de Salud y Consumo está adscrita la Escuela Andaluza de Salud Pública, según establece el Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo?**
- A) Secretaria General de Salud Pública e I+D+i en Salud.
  - B) Viceconsejería.
  - C) Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
  - D) Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.
- 6 Las Comisiones Hospitalarias constituyen uno de los pilares más importantes de la Política de Calidad de los centros sanitarios, constituyéndose como órganos colegiados de asesoramiento técnico a la Dirección del Hospital. ¿Por qué norma legal están reguladas las Comisiones Clínicas y otros órganos colegiados de participación y asesoramiento?**
- A) Por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
  - B) Por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
  - C) Por el RD 328/2004, de 11 de noviembre, por el que se regulan las Comisiones de Calidad en los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
  - D) Por el RD 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- 7 El vigente Contrato Programa 2023 del SAS con sus centros (Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células) establece tres perspectivas prioritarias, de forma que todos los objetivos se orienten hacia: (señale la FALSA)**
- A) El desarrollo de los profesionales.
  - B) Garantizar la accesibilidad.
  - C) Una asistencia humanizada.
  - D) La eficiencia.

**8 Según se recoge en la Exposición de Motivos de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, "El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones". Por otra parte (sigue el texto legal), en nuestra organización política solo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, y de ahí el objeto y ámbito de aplicación de esta Ley 44/2003. ¿Qué establece esta norma legal regulatoria de las profesiones sanitarias en nuestro país?**

A) Esta ley regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia, dejando en manos de la Administración Sanitaria la regulación de las mismas en el ejercicio por cuenta ajena y en los servicios sanitarios públicos.

B) A efectos de esta Ley son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos.

C) La Ley establece en su artículo 2, tres grupos de profesiones sanitarias tituladas: de nivel licenciado, de nivel diplomado y de nivel de formación profesional.

D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**9 La responsabilidad patrimonial de la Administración Pública es el deber que tiene la Administración de indemnizar a un sujeto cuando, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, causa una lesión o daño que el sujeto afectado no está jurídicamente obligado a soportar. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre este tema es cierta?**

A) Los procedimientos de responsabilidad patrimonial solo podrán iniciarse a solicitud de la persona interesada.

B) El medio de presentación dependerá de lo que establezca la normativa que regule este procedimiento: si el procedimiento es exclusivamente telemático, no podrá presentar la solicitud en una oficina de asistencia en materia de registros.

C) El plazo máximo que tiene la Administración para la Resolución/Notificación es de 2 meses tras la presentación de la solicitud.

D) En el caso de reclamaciones patrimoniales interpuestas por los ciudadanos ante el Servicio Andaluz de Salud (SAS), el órgano responsable de la tramitación de las mismas es la Dirección General de Gestión Económica y Servicios del SAS.

- 10 A la hora de evaluar la relación entre dos variables cuantitativas continuas, es cierto que:**
- A) Siempre es una buena idea examinar la relación entre las variables con una gráfica de dispersión.
  - B) Un coeficiente de correlación mide el grado en que dos variables tienden a cambiar al mismo tiempo, describiendo la fuerza de la asociación pero no la dirección de la relación.
  - C) La correlación de Pearson evalúa la relación logarítmica entre dos variables continuas.
  - D) La correlación de Spearman evalúa la relación lineal entre dos variable continuas.
- 11 Un estudio de investigación ha llevado a cabo un seguimiento de una gran muestra (multicéntrica y multinacional) de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico, para evaluar la supervivencia global en función del primer tratamiento oncológico recibido. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes sobre este estudio clínico es correcta?**
- A) Es un diseño clásico de casos y controles.
  - B) El análisis de supervivencia a usar será el método de Kaplan-Meier, al ser una muestra tan grande.
  - C) La estimación del riesgo será un hazard ratio (HR).
  - D) Este estudio no podría diseñarse como una cohorte retrospectiva o histórica, porque no podría determinarse con seguridad el evento o desenlace (muerte).
- 12 UpToDate está disponible para todos los profesionales del SNS, y es probablemente el recurso de información para la práctica clínica más usado en el mundo, considerándose un estándar para la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia. En la pirámide de Haynes, que clasifica las fuentes que debemos utilizar para encontrar las mejores evidencias en función de su relevancia, y establece una jerarquía de niveles en los que se encuentran las diferentes formas de presentar la información biomédica, ¿dónde se encuadraría el recurso UpToDate?**
- A) Nivel de Síntesis (revisiones sistemáticas)
  - B) Nivel de Sumarios (textos basados en la evidencia).
  - C) Nivel de Sinopsis (resúmenes basados en la evidencia).
  - D) Nivel de Sistemas (herramientas para la toma de decisiones basadas en la evidencia).
- 13 Marc Lalonde, en 1974 y siendo Ministro de Sanidad de Canadá, enunció un modelo que ha tenido una gran influencia en los últimos años, y que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores. ¿Cuál de los siguientes factores determinantes de la salud, NO está contemplado en el Informe Lalonde como uno de estos cuatro?**
- A) Biología humana.
  - B) Atención sanitaria y organización de los sistemas de salud.
  - C) Medio ambiente.
  - D) Nivel socioeconómico.

- 14** Tras la aprobación de un nuevo medicamento por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y su comercialización y financiación pública en nuestro país, usted quiere llevar a cabo un estudio de investigación para evaluar la efectividad y seguridad de dicho fármaco en una población de pacientes en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo escrupulosamente las indicaciones aprobadas en su ficha técnica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referidas a este estudio de investigación es correcta?
- A) Es un ensayo clínico en fase IV (postcomercialización), y le será de aplicación el Real Decreto 1090/2015.
  - B) Es un estudio cuasiexperimental con medicamentos, tipo antes/después, y requiere aprobación por la AEMPS.
  - C) Es un estudio observacional con medicamentos, y le será de aplicación el Real Decreto 957/2020.
  - D) Es un estudio de vida real (o Real World Evidence, en inglés) y no requiere aprobación por un Comité de Ética de Investigación, al tratarse de práctica clínica habitual.
- 15** Los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) que se han ido priorizando en el SSPA son aquellos que representan la mayor parte de las patologías que se atienden en los centros sanitarios de nuestra Comunidad (como Cefaleas, Demencias, Anemias, Asma infantil, Insuficiencia cardiaca, etc.), hasta un total de 41 contenidos en los llamados Mapa 1 y Mapa 2. Indique en qué tipo o grupo de procesos incluiría estos Procesos Clínico-Asistenciales:
- A) Procesos operativos.
  - B) Procesos estratégicos.
  - C) Procesos de soporte.
  - D) Procesos de salud pública.
- 16** Según el Grupo de Trabajo de Neurointensivismo y Trauma de la SEMICYUC, sobre los hallazgos y el manejo hidroelectrolítico en la rhabdomiólisis, ¿cuál es la respuesta INCORRECTA?
- A) La fluidoterapia se hace con cristaloides a un ritmo de 400 ml/h con un objetivo de diuresis de 1-3 ml/kg/h.
  - B) Es necesario monitorizar y tratar, en su caso, la hiperpotasemia, por ser frecuente, precoz y de rápido ascenso.
  - C) Si existe hipocalcemia de forma aislada, debe ser tratada estrictamente.
  - D) Es frecuente la hiperfosfatemia.
- 17** Ante la necesidad de realizar una técnica que precise contraste radiológico, en un paciente de alto riesgo de nefropatía por contraste, ¿cuál de las siguientes recomendaciones es FALSA?
- A) Utilizar la mínima dosis de contraste posible (> 140 ml comporta un alto riesgo).
  - B) Usar contrastes iso-osmolares o de bajo peso molecular.
  - C) Las guías de la KDIGO recomiendan expansión con sueroterapia con suero isotónico de cloruro sódico o de bicarbonato sódico.
  - D) El uso de la N-Acetilcisteína (NAC) tiene evidencia para disminuir la mortalidad o necesidad de TRR.

- 18 Sobre la instauración de una hiponatremia aguda, indique cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA:**
- A) La complicación más grave es el edema cerebral con producción de herniación cerebral.
  - B) Una de sus causas es el consumo de éxtasis (3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA), con ingestión masiva de agua asociada.
  - C) Los mecanismos de adaptación cerebral a la hiponatremia aguda se desarrollan en las primeras 24 h.
  - D) Las medidas iniciales deben ser más agresivas que en una hiponatremia de perfil crónico.
- 19 Sobre la P0.1, señale cuál de las siguientes respuestas es correcta:**
- A) Es la presión desarrollada en las vías respiratorias ocluidas 10 milisegundos (ms) después del inicio de la inspiración.
  - B) Refleja la reacción consciente a la carga mecánica durante los primeros milisegundos de una oclusión inesperada.
  - C) Existe una buena correlación entre P0.1 y el esfuerzo inspiratorio medido por el trabajo respiratorio (WOB) o el producto presión-tiempo.
  - D) No es fiable durante la debilidad de los músculos respiratorios si se conserva la respiración espontánea.
- 20 En la ecuación de movimiento, ¿de qué factor NO depende directamente la presión de insuflación?**
- A) Volumen Corriente.
  - B) Frecuencia Respiratoria.
  - C) Resistencia Vía Aérea.
  - D) Compliance Pulmonar.
- 21 Con respecto a la compliance o distensibilidad pulmonar, indique qué respuesta de las siguientes es cierta:**
- A) La compliance estática se calcula con la presión pico.
  - B) La compliance dinámica tiene valores similares a la estática.
  - C) La inversa de la compliance es la elastancia.
  - D) Su representación gráfica (curva presión-volumen) es lineal.
- 22 En pacientes en respiración espontánea, con insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda no debida a edema pulmonar agudo cardiogénico, ni exacerbación de la EPOC, la Guía ESICM 2023 sobre el síndrome de distrés respiratorio agudo, recomienda:**
- A) La oxigenoterapia a través de cánulas nasales de alto flujo (ONAF) en comparación con la oxigenoterapia convencional, porque reduce el riesgo de intubación.
  - B) La oxigenoterapia a través de cánulas nasales de alto flujo (ONAF) en comparación con la oxigenoterapia convencional, porque reduce la mortalidad.
  - C) La oxigenoterapia a través de cánulas nasales de alto flujo (ONAF) en comparación con la oxigenoterapia convencional, porque reduce el riesgo de intubación y mortalidad.
  - D) No puede hacer ninguna recomendación a favor o en contra de ninguna de ellas.

- 23 ¿Cuál de las siguientes respuestas se producen en el Síndrome “pierde sal”?**
- A) Cociente de Osmolaridad plasmática / Osmolaridad urinaria está disminuido.
  - B) Volumen extracelular disminuido.
  - C) Volumen urinario aumentado.
  - D) Todas son características del Síndrome “pierde sal”.
- 24 ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta, sobre cómo tratar la hiponatremia en pacientes sometidos a técnicas de depuración renal?**
- A) Indicaríamos preferentemente hemodiálisis intermitente.
  - B) Añadir agua estéril en las bolsas de diálisis, para mantener el sodio en las soluciones 6-8 mEq/l por encima del sodio sérico deseado, para prevenir la sobre-corrección.
  - C) Optaríamos por utilizar citrato como anticoagulante.
  - D) Ninguna es correcta.
- 25 Respecto al síndrome de desmielinización osmótica cerebral (SDO) debido a una corrección rápida de la hiponatremia aguda grave, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) Produce siempre una mielinólisis central pontina, y ésta es patognomónico de SDO.
  - B) La tasa máxima de corrección el Na<sup>+</sup> sérico, para evitar el SDO, debe ser de 8 meq/L en 24 horas.
  - C) En una hiponatremia aguda sintomática, el objetivo es aumentar rápidamente el sodio sérico de 4 a 6 meq/L en las 6 primeras horas.
  - D) Factores que favorecen su desarrollo, y que debemos corregir, son la hipoxemia e hipokalemia.
- 26 En el tratamiento del coma mixedematoso, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) Se recomienda tratamiento con Levotiroxina I.V. 400-500 mcg.
  - B) Algunos autores recomiendan añadir dosis bajas de T3 (Liotironina).
  - C) Se debe iniciar tratamiento con glucocorticoides I.V.
  - D) La hiponatremia no requiere tratamiento, pese a cifras bajas, porque responde al tratamiento hormonal.
- 27 Sobre el tratamiento de la crisis tiroidea, indique la respuesta INCORRECTA:**
- A) Se prefiere el Propiltiouracilo, porque además disminuye la conversión de T4 a T3.
  - B) Los beta-bloqueantes son tratamiento de primera línea para controlar los síntomas y signos inducidos por el aumento del tono adrenérgico.
  - C) La solución saturada de Yoduro de Potasio (SSKI) o solución de Lugol debe administrarse una hora antes de la primera dosis de Tionamida.
  - D) Los glucocorticoides reducen la conversión de T4 a T3, reducen el proceso autoinmune en la enfermedad de Graves, y tratan una insuficiencia suprarrenal relativa asociada

- 28 En la cetoacidosis diabética, y en el síndrome hiperglucemia hiperosmolar, respecto a cuándo y cómo pasaremos de Insulina en perfusión I.V. a subcutánea, ¿cuál de las siguientes respuestas es cierta?**
- A) Cuando la cetoacidosis se ha resuelto.
  - B) Cuando el paciente puede comer.
  - C) La infusión de Insulina I.V. debe continuarse durante dos a cuatro horas después de iniciar la Insulina subcutánea.
  - D) Todas son correctas
- 29 La cetoacidosis diabética (CAD) generalmente se presenta como una acidosis metabólica con hiato o brecha aniónica elevada. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA?**
- A) Se debe a la acumulación de ácidos beta-hidroxibutíricos y acetoacéticos.
  - B) La cifra de sodio que debe usarse para el cálculo del hiato aniónico, es la concentración de sodio corregida en base a la hiperglucemia.
  - C) Una parte de la acidosis con brecha aniónica, en la mayoría de los pacientes con CAD, se debe a otro ácido orgánico: el ácido D-láctico.
  - D) Los pacientes con CAD desarrollarán algún grado de acidosis metabólica hiperclorémica por la sobrecarga de suero salino fisiológico.
- 30 Referente a la titulación de PEEP, y el uso de maniobras de reclutamiento en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (ARDS), la Guía ESICM 2023 sobre el este síndrome, recomienda para disminuir la mortalidad, aunque con grado débil, una de las siguientes:**
- A) El uso de maniobras de reclutamiento de alta presión prolongadas (definidas como presión en las vías respiratorias mantenida  $\geq 35$  cmH<sub>2</sub>O durante al menos un minuto).
  - B) El uso rutinario de maniobras breves de reclutamiento de alta presión (definidas como presión en las vías respiratorias mantenida  $\geq 35$  cmH<sub>2</sub>O durante menos de un minuto).
  - C) La titulación de PEEP de rutina con una estrategia de PEEP/FiO<sub>2</sub> más alta.
  - D) La titulación de PEEP guiada principalmente por la mecánica respiratoria.
- 31 Un paciente ingresado en UCI por reagudización de EPOC, que se encuentra en su tercer día de Ventilación Mecánica Invasiva, con cuadro respiratorio en resolución, con sedación retirada, ¿qué pauta seguiremos si supera la prueba de respiración espontánea?**
- A) No extubar aún.
  - B) Extubación sin otras medidas.
  - C) Extubación y conexión CPAP.
  - D) Extubación y conexión Ventilación Mecánica No Invasiva tipo BiPAP.

- 32 De las “5 Recomendaciones de interés elevado” del Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Nefrológicos de la SEMICYUC, ¿cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA?**
- A) Detecta precozmente pacientes con riesgo de sufrir daño renal, monitorízalos e instaure medidas diagnóstico-terapéuticas destinadas a evitar su progresión.
  - B) Evita la nefropatía por contraste identificando pacientes de riesgo, hidratándolos y minimizando la cantidad de contraste.
  - C) Inicia técnicas de depuración renal en pacientes con disfunción renal aguda en estadio AKIN > 3.
  - D) En pacientes críticos, comienza la depuración renal con una dosis de 30-35 ml/kg/h, el ajuste debe ser dinámico según evolución.
- 33 Indique cuál de las siguientes respuestas es correcta respecto al Diallytrauma:**
- A) Tiene una relación intrínseca inversamente proporcional con la dosis de depuración aplicada.
  - B) Hipofosfatemia es una complicación infrecuente.
  - C) Las pérdidas de nitrógeno hacen recomendar una dieta hiperproteica.
  - D) Hipotermia tiene poca relevancia en frecuencia y consecuencias.
- 34 ¿Cuál de las siguientes respuestas es una de las “Recomendaciones de NO Hacer” del Grupo de Trabajo de Transfusiones y Hemoderivados?**
- A) NO utilizar plasma fresco congelado (PFC) si los niveles de fibrinógeno están en rangos normales, en pacientes sangrantes.
  - B) NO utilizar plasma fresco congelado (PFC) para revertir la anticoagulación de los antagonistas de la vitamina K, en pacientes con hemorragia grave o necesidad de cirugía urgente.
  - C) NO realizar la transfusión profiláctica de plaquetas, en pacientes trombocitopénicos con hemorragia cerebral no quirúrgica o que vayan a ser intervenidos de cirugía cardíaca.
  - D) NO transfundir concentrados de hemáties, en pacientes críticos, hemodinámicamente inestables y sangrantes con concentración hemoglobina > 7 g/dL.
- 35 Respecto a la aparición de fístula broncopleural en el postoperatorio de cirugía torácica, ¿cuál es cierta?**
- A) Normalmente es de intensidad leve-moderada, apareciendo la fuga en la espiración.
  - B) Tiene alta morbi-mortalidad postoperatoria.
  - C) El pronóstico es mejor cuanto más cercana al día de la cirugía aparecen.
  - D) El único tratamiento es el quirúrgico, independiente el momento y tamaño.
- 36 Respecto a la ecografía torácica como diagnóstico de neumotórax, señale qué es cierto:**
- A) La ausencia de deslizamiento pulmonar es sinónimo de neumotórax, con Valor Predictivo Positivo 100%.
  - B) La ecografía pulmonar en la cabecera del paciente es menos eficiente que la radiografía convencional realizada con el paciente en decúbito supino.
  - C) La presencia de líneas B excluye el neumotórax.
  - D) El «Lung point» o punto pulmonar no confirma el neumotórax, se necesitan otros datos ecográficos para hacer el diagnóstico de neumotórax.

- 37 Según las Guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia (sCAP) de la ERS/ESICM/ESCMID/ALAT del 2023, ¿qué sugerencia es la INCORRECTA?**
- A) Se sugiere la adición de fluoroquinolonas a los betalactámicos como terapia antibiótica empírica en pacientes hospitalizados con sCAP.
  - B) Se sugiere el uso de procalcitonina para reducir la duración del tratamiento antibiótico en pacientes con sCAP.
  - C) Se sugiere el uso de Oseltamivir para pacientes con sCAP por influenza confirmada por PCR, y si no se dispone de ella, su uso empírico durante la temporada de influenza.
  - D) En pacientes con sCAP y factores de riesgo de aspiración, se sugiere un régimen de terapia de CAP estándar y no una terapia específica dirigida a bacterias anaerobias.
- 38 Sobre el manejo terapéutico antimicrobiano de las neumonías nosocomiales/ asociadas a ventilación mecánica, las Guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia (HAP) and ventilator-associated pneumonia (VAP) de la ERS/ESICM/ESCMID/ALAT del 2017, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?**
- A) Sugiere el uso de antibióticos de espectro reducido (Ertapenem, Ceftriaxona, Cefotaxima, Moxifloxacino o Levofloxacino) en pacientes con sospecha de bajo riesgo de resistencia y HAP/VAP de inicio precoz.
  - B) Recomienda una terapia de combinación empírica inicial para pacientes con HAP/VAP de alto riesgo para cubrir bacterias Gram negativas, e incluir cobertura antibiótica para MRSA en aquellos pacientes en riesgo.
  - C) Recomienda la medición de rutina de los niveles de procalcitonina en suero en serie, para reducir la duración del ciclo de antibióticos en pacientes con HAP o VAP cuando la duración prevista es de 7 a 8 días.
  - D) Si se inicia la terapia de combinación inicial, se sugiere continuar con un solo agente según los resultados del cultivo, y solo considerar mantener el tratamiento de combinación si tiene resistencia extensa, Gram negativos fermentadores o enterobacterias resistentes a carbapenem.
- 39 En el manejo de una crisis grave de asma, que llega a estado asmático, ¿cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA?**
- A) En UCI se puede hacer un corto ensayo de ventilación mecánica no invasiva, apurando todas las medidas farmacológicas.
  - B) Siempre que podamos debemos evitar la ventilación mecánica invasiva en un asmático grave, porque aumenta la mortalidad.
  - C) Está indicada la secuencia rápida de intubación con opiáceos, Propofol y Rocuronio.
  - D) La intubación será oro-traqueal, y se debe intentar con un tubo de mayor diámetro posible.

- 40 Sobre la aplicabilidad de la P0.1 a la práctica clínica, indique cuál de las siguientes respuestas es correcta:**
- A) No hay variabilidad significativa en la medición de la P0.1 de respiración en respiración.
  - B) La P0.1 no sirve para ajustar la presión positiva externa al final de la espiración (PEEP) en pacientes con hiperinsuflación.
  - C) Ningún umbral de P0.1 predice con precisión el resultado del destete, aunque valores muy altos, superiores a 6 cmH<sub>2</sub>O, se asocian con fallos de estos.
  - D) La P0.1 no es útil durante una prueba de respiración espontánea.
- 41 En la insuficiencia respiratoria aguda de origen neuromuscular, señale cuál es la respuesta FALSA:**
- A) El patrón espirométrico es de tipo restrictivo.
  - B) El volumen residual y la capacidad residual funcional están disminuidos, como en otros tipos restrictivos.
  - C) Si la capacidad vital forzada está por debajo de 10 mL/kg o es menor a dos veces el volumen corriente, es necesario la ventilación mecánica.
  - D) Cifras de presión inspiratoria máxima inferiores a -20 cmH<sub>2</sub>O indican ventilación mecánica.
- 42 De las siguientes respuestas sobre el Driving Pressure, señale cuál es la correcta:**
- A) El driving pressure es el gradiente entre la presión meseta y la PEEP.
  - B) Se puede expresar como el cociente entre el elastancia y la distensibilidad pulmonar.
  - C) A mayor driving pressure existe menor daño del parénquima pulmonar.
  - D) El daño pulmonar tiene mayor correlación con el strain estático.
- 43 Sobre la utilidad clínica del Driving Pressure, indique cuál es la respuesta INCORRECTA:**
- A) Permite estimar si el volumen corriente aplicado con un nivel de PEEP dado, es efectivamente protector.
  - B) Sí al aumentar el nivel de PEEP, el driving pressure permanece en rango similar o se reduce, es probable que ese nivel de PEEP no necesariamente sea deletéreo.
  - C) Cifras mayores de 15 cmH<sub>2</sub>O se asocian con una menor progresión a VILI (lesión pulmonar inducida por el respirador).
  - D) Un Driving Pressure en rango normal se asocia a una menor mortalidad en pacientes ventilados con síndrome de distrés respiratorio agudo.
- 44 En cuanto a las clasificaciones de disección aórtica aguda, es cierto que:**
- A) El sistema de clasificación de DeBakey clasifica en I, II, IIIa y IIIb, según el desgarró de la íntima y la extensión
  - B) Las disecciones I y II de DeBakey se corresponden con la A de Stanford, y IIIa y IIIb de DeBakey se corresponden con la B de Stanford.
  - C) En 2020, la SVS y la STS propusieron un esquema de clasificación según la ubicación de los desgarró de la íntima y la extensión proximal y distal del proceso de disección.
  - D) Todas con ciertas.

- 45 Según el Registro Europeo de Endocarditis Infecciosas (EURO-ENDO), los síntomas más frecuentes de la endocarditis infecciosa son:**
- A) Fenómenos embólicos periféricos y manchas Roth.
  - B) Fiebre, soplo cardiaco e insuficiencia cardiaca congestiva.
  - C) Petequias, hemorragias en astilla y glomerulonefritis.
  - D) Ninguno de los anteriores síntomas son característicos de endocarditis infecciosa.
- 46 En caso de disección aórtica aguda tipo A, la intervención quirúrgica urgente está indicada en caso de:**
- A) Taponamiento con hipotensión
  - B) Si hay una afectación de la raíz aortica con afectación valvular que condiciona shock cardiogénico.
  - C) Afectación del ostium coronario que condiciona cardiopatía isquémica.
  - D) En todos los casos anteriores está indicada.
- 47 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta, en la disección aórtica aguda en la mujer embarazada?**
- A) En la disección aortica aguda tipo A durante el primer o segundo trimestre del embarazo, se recomienda una cirugía aórtica urgente sin monitorización fetal.
  - B) En la disección aórtica aguda tipo A durante el tercer trimestre del embarazo, se recomienda un parto por cesárea urgente, seguido inmediatamente de cirugía aórtica.
  - C) En la disección aórtica aguda tipo B durante el embarazo, se recomienda tratamiento endovascular o quirúrgica urgente.
  - D) Todas las anteriores son ciertas
- 48 Según las guías 2021 ACC/AHA/SCAI de revascularización de las arterias coronarias, señale la respuesta correcta sobre el uso de los antiagregantes plaquetarios intravenosos en pacientes con SC a los que se les ha realizado ICP:**
- A) El Cangrelor es de comienzo tardío, pero de acción rápidamente reversible tras su suspensión.
  - B) Parece razonable utilizarlos cuando se encuentre un gran trombo coronario, fenómenos de no-reflow, o flujos lentos.
  - C) Se recomiendan de forma rutinaria.
  - D) Las respuestas A) y B) son ciertas.
- 49 Según las guías 2021 ACC/AHA/SCAI de revascularización de las arterias coronarias, señale en qué casos se recomienda la revascularización quirúrgica:**
- A) Pacientes con enfermedad coronaria estables con FE > 35%.
  - B) Pacientes con enfermedad coronaria estables con CD como lesión culpable.
  - C) Pacientes estables diabéticos con enfermedad multivazo, incluyendo descendente anterior proximal.
  - D) Paciente embarazada con SCACEST.

**50 En pacientes sometidos a ICP, las recomendaciones de tratamiento, según las guías 2021 ACC/AHA/SCAI de revascularización de las arterias coronarias, incluirían ¿cuál de las siguientes?**

- A) ASS + Ticagrelor ó Prasugrel en preferencia al Clopidogrel, para reducir los eventos isquémicos incluido la trombosis del stent.
- B) El Prasugrel está contraindicado en pacientes con antecedentes de ictus, infarto cerebral o hemorragia intracraneal previa y sangrado activo, y con cautela en > 75 años y pacientes con peso corporal < 60 kg.
- C) Ticagrelor está contraindicado en pacientes con hemorragia intracraneal previa o sangrado activo, pero es una buena alternativa razonable en pacientes de < 75 años con ICP en las primeras 24h tras fibrinólisis.
- D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

**51 Respecto a la estructura de los sistemas de atención y equipos del código shock cardiogénico, es cierto que:**

- A) Nivel 3 o avanzado: Se trata de hospitales terciarios que disponen de intervencionismo coronario 24 h/7 d, y con Servicio de Cirugía Cardiovascular.
- B) Nivel 1 o avanzado (tratamiento definitivo del Shock Cardiogénico, SC): Se trata de hospitales terciarios que disponen de intervencionismo coronario 24 h/7 d, y con Servicio de Cirugía Cardiovascular.
- C) Nivel 2 o comunitario (detección del SC): UCI polivalente, sin cirugía cardíaca, angioplastia primaria ni ACM.
- D) Ninguna de las respuestas previas es cierta.

**52 Con respecto a la clasificación INTERMACS, es cierto que:**

- A) Intermacs 1: Inestabilidad hemodinámica pese a dosis crecientes de catecolaminas y/o soporte circulatorio mecánico, con hipoperfusión crítica de órganos diana (shock cardiogénico crítico).
- B) Intermacs 2: Estabilidad hemodinámica con dosis bajas o intermedias de inotrópicos e imposibilidad para su retirada por hipotensión, empeoramiento sintomático o insuficiencia renal progresiva.
- C) Intermacs 3: Inestabilidad hemodinámica pese a dosis crecientes de catecolaminas y/o soporte circulatorio mecánico, con hipoperfusión crítica de órganos diana (shock cardiogénico crítico).
- D) Intermacs 5: Inestabilidad hemodinámica pese a dosis crecientes de catecolaminas y/o soporte circulatorio mecánico, con hipoperfusión crítica de órganos diana (shock cardiogénico crítico).

**53 Con respecto a la Escala SCAI, es cierto que:**

- A) SCAI A: Paciente que no está en SC pero está en riesgo de desarrollarlo, por ejemplo un paciente con IAM.
- B) SCAI B: Pre-shock: el paciente precisa apoyo inotrópico o soporte mecánico. Presenta hipoperfusión relativa.
- C) SCAI C: Shock cardiogénico clásico: paciente con hipotensión relativa y taquicardia sin hipoperfusión.
- D) SCAI D: Extremo: Paciente en colapso: requiere múltiples intervenciones agudas, como RCP mediante ECMO.

**54 ¿Qué es cierto, respecto a la cuarta definición universal de infarto de miocardio?**

- A) Infarto de miocardio tipo 1 se caracteriza por la rotura, ulceración, fisura o erosión de una placa aterosclerótica, formación de un trombo intraluminal en una o más coronarias, con la reducción del flujo o embolización distal y ulterior necrosis miocárdica. Los pacientes no suelen presentar enfermedad coronaria subyacente grave aproximadamente un 5%.
- B) Infarto de miocardio tipo 2: la necrosis miocárdica se produce por el desajuste entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno. Los pacientes suelen presentar enfermedad coronaria subyacente grave.
- C) El infarto de miocardio tipo 4b: es la trombosis del stent, documentada mediante angiografía o autopsia, con las siguientes categorías temporales: aguda, 0 a 24 h; subaguda, > 24 h a 30 días; tardía, > 30 días a 1 año; y muy tardía, > 1 año después de la implantación del stent.
- D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

**55 Con respecto a las indicaciones de fibrinólisis en el ictus isquémico agudo, ¿cuál de ellas NO le parece correcta?**

- A) Déficit neurológico confirmado de origen isquémico de menos de 4,5 h de evolución hasta el inicio de la fibrinólisis.
- B) En caso de ictus en el despertar, que el tiempo entre la vigilia previa y el inicio de la fibrinólisis sea inferior a las 9h y con TAC de perfusión que demuestre un mismatch entre core y penumbra favorable.
- C) En paciente con indicación de trombectomía, pero no podemos realizar de forma inmediata (estamos en un centro sin Neuro-radiología Intervencionista) con indicación de fibrinólisis.
- D) Paciente con hipodensidad franca sugerente de infarto ya establecido en territorio de afecto, o hipodensidad correspondiente a un infarto > 1/3 del territorio de la ACM.

- 56 Respecto al cálculo de la fracción de filtración de una TCRR, ¿qué parámetros tenemos que conocer para su correcto cálculo?**
- A) Velocidad de la bomba de sangre, cantidad de ultrafiltrado, hematocrito y flujo de reposición prefiltro.
  - B) Velocidad de la bomba de sangre, cantidad de ultrafiltrado, flujo de dializador, hematocrito, flujo de reposición prefiltro y sieving coefficient de la urea.
  - C) Velocidad de la bomba de sangre, cantidad de ultrafiltrado, flujo de dializador, hematocrito y flujo de reposición posfiltro.
  - D) Velocidad de la bomba de sangre, cantidad de ultrafiltrado, flujo de dializador, hematocrito, flujo de reposición posfiltro, presión transmembrana y peso del paciente.
- 57 Entre las indicaciones actuales de TCRR se encuentran todas, MENOS UNA de las siguientes. Señálela:**
- A) Politransfusión.
  - B) Hiperpotasemia.
  - C) Disfunción renal no oligúrica.
  - D) Edema cerebral.
- 58 ¿Cuál de los siguientes supuestos es el más importante a la hora de calcular la dosis de carga de un fármaco, en un paciente en tratamiento con TCRR?**
- A) Fracción de aclaramiento extracorpóreo.
  - B) Fracción de fármaco no unida a proteínas.
  - C) Volumen de distribución del fármaco.
  - D) Constante de eliminación del fármaco.
- 59 ¿Con el uso de qué solución de reemplazo, NO es necesario realizar controles del medio interno del paciente?**
- A) Ringer lactato.
  - B) De diálisis peritoneal.
  - C) Específica para hemofiltración.
  - D) En todas ellas es necesario este control.
- 60 Respecto a la presión transmembrana (PTM), ¿con qué supuesto o afirmación NO está conforme?**
- A) Se puede considerar como la energía necesaria para obtener un determinado volumen de ultrafiltrado.
  - B) Tiene relación con la fracción de filtración.
  - C) En su cálculo, la presión en la línea del efluente (ultrafiltrado - dializador) juega un papel importante.
  - D) Es esperable que, en la reposición prefiltro, sus valores sean mayores que en la reposición posfiltro.

- 61 Señale la respuesta verdadera, respecto a los antibióticos que son concentración dependientes con dependencia del tiempo:**
- A) El efecto bactericida es mayor según el tiempo en que la concentración de antibiótico permanece unas 3-4 veces por encima de la CMI a lo largo del periodo interdosis.
  - B) Su efecto se va a medir mediante la relación entre el área bajo la curva (AUC) alcanzado en un periodo de 24 horas y la CMI del microorganismo (AUC024h/CMI).
  - C) Su efecto se va a medir mediante la relación entre el área bajo la curva (AUC) alcanzado en un periodo de 2 horas y la CMI del microorganismo (AUC02h/CMI).
  - D) Ciprofloxacino pertenece al grupo de los antibióticos concentración dependientes con dependencia del tiempo.
- 62 En un paciente con shock séptico, se recomienda una dosis de carga superior a la recomendada en ficha técnica... ¿de cuál de los siguientes antibióticos?**
- A) Tedizolid.
  - B) Linezolid.
  - C) Piperacilina-Tazobactam.
  - D) Ciprofloxacino.
- 63 Con respecto a las recomendaciones del tratamiento del shock séptico, según las últimas guías de la Surviving Sepsis 2021, es cierto que:**
- A) Se recomienda utilizar qSOFA en comparación con SIRS, NEWS o MEWS como una herramienta única de detección para la sepsis o el shock séptico.
  - B) Para pacientes con hipoperfusión inducida por sepsis o shock séptico, se sugiere que se administren al menos 30 ml/kg de líquido coloidal intravenoso (I.V.) dentro de las primeras 3 h de reanimación.
  - C) Para adultos con shock séptico o una alta probabilidad de sepsis, se recomienda administrar antimicrobianos inmediatamente, idealmente dentro de 1h de su reconocimiento.
  - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 64 ¿Qué fármacos debemos considerar, en el momento de valorar causas de delirio, en los pacientes en UCI?**
- A) Benzodiazepinas, corticoides, Ranitidina.
  - B) Metoclopramida, Cimetidina, Carbamacepina.
  - C) Nitritos, Digoxina, betabloqueantes.
  - D) Todos estos fármacos tenemos que tenerlos en cuenta.
- 65 ¿Qué parámetro NO forma parte de la escala CURB-65?**
- A) Diuresis.
  - B) Urea.
  - C) Frecuencia respiratoria.
  - D) Edad igual o mayor a 65 años.

- 66 Con respecto a la intubación de secuencia rápida en el paciente adulto traumatizado, ¿cuál de las siguientes pautas se puede utilizar?**
- A) Etomidato 0,3 mg/kg + Succinilcolina 1 mg/kg ó Rocuronio 1,2 mg/kg.
  - B) Etomidato 0,3 mg/kg + Succinilcolina 1,5 mg/kg ó Rocuronio 1,2 mg/kg.
  - C) Ketamina 1,5 mg/kg + Rocuronio 1,2 mg/kg.
  - D) Las pautas de las respuestas B) y C) son correctas.
- 67 Con respecto a los predictores de vía aérea difícil en el paciente crítico, es cierto que:**
- A) El MACOCHA score tiene en cuenta exclusivamente Mallampati score I ó II, SAOS, movilidad cervical reducida, limitación de apertura bucal.
  - B) El MACOCHA tiene un valor predictivo positivo alto y un valor predictivo negativo bajo.
  - C) El MACOCHA alto nos prepara para abordar vías aéreas difíciles que luego no lo serán, pero en cambio no subestimamos el riesgo en casi ningún caso.
  - D) Cuantificar el riesgo no aporta nada, y proveer la vía aérea difícil va en detrimento de la seguridad del paciente.
- 68 Con respecto a un paciente crítico que, de forma inesperada, nos encontramos que no podemos ventilar ni intubar, ¿qué respuesta es correcta?**
- A) Reconocer de inmediato de la “situación de urgencia vital”. Pedir ayuda. Nos preparamos para realizar un acceso quirúrgico o transtraqueal de la vía aérea.
  - B) Pedir ayuda tras tres intentos de IOT para reconocer la “situación de urgencia vital”, y preparamos el acceso quirúrgico.
  - C) Ante un fracaso de la oxigenación, algunas guías recomiendan el rescate con un dispositivo supraglótico de tamaño correcto por un operador experto si no se ha intentado previamente, sin retrasar la preparación del equipo de cricotiroidotomía.
  - D) Las respuestas A) y C) son correctas.
- 69 Con respecto a los test predictivos de intubación difícil, es cierto que:**
- A) Test de Mallampati III y IV predice una intubación difícil.
  - B) Una distancia interdental superior a 3 cm predice una intubación difícil.
  - C) La distancia de Patill superior a 6,5 cm predice una intubación difícil.
  - D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- 70 Con respecto a la energía y número de descargas en el soporte vital avanzado, según las guías ERC 2021, señale la respuesta correcta:**
- A) Comenzar con 3 descargas siempre que haya un ritmo desfibrilable, seguida de un ciclo de 2 minutos de compresiones torácicas.
  - B) Los niveles de energía de la desfibrilación: formas de ondas bifásicas (bifásicas rectilíneas o exponenciales truncadas), primera descarga con una energía a 120-150 J.; formas de ondas bifásicas pulsadas, primera descarga de al menos 150 J. Si el reanimador desconoce los parámetros de energía recomendados del desfibrilador, en los adultos, utilice la energía más alta para todas las descargas.
  - C) Solo se debería considerar dar hasta tres descargas consecutivas, si la fibrilación ventricular / taquicardia ventricular sin pulso (FV / TVSP) inicial se produce durante parada cardiaca presenciada, y hay un desfibrilador al alcance inmediatamente.
  - D) Todas las anteriores son ciertas.

**71 Con respecto al tratamiento con N-acetilcisteína, en caso de intoxicación por paracetamol, es cierto que:**

- A) Está indicada cuando la concentración sérica de paracetamol, extraída tras 4 horas o más después de la ingestión aguda de una preparación inmediata, está por encima de la línea de tratamiento del normograma de Rumack-Matthew.
- B) La dosis de carga inicial es de 750 mg/kg I.V. en 60 min, seguido de 25 mg/kg I.V. por hora durante 4h, y 50 mg/kg durante 16 h.
- C) Sospecha de ingesta única de más de 150 mg/kg ó dosis total > 7,5 gr en un paciente que la concentración sérica de paracetamol no está disponible hasta ocho horas después de la ingesta.
- D) Las respuestas A) y C) son correctas.

**72 Con respecto a los Inhibidores del P2Y12, según las guías ESC 2020 sobre tratamiento del SCASEST, es cierto que:**

- A) Su interrupción recomendada antes de la cirugía, es de 5 días para el Prasugrel y 7 días para Clopidogrel y Ticagrelor.
- B) Está recomendada su administración junto con el AAS durante 12 meses, salvo contraindicaciones o riesgo hemorrágico excesivo.
- C) Para pacientes con riesgo hemorrágico muy alto (hemorragia en el último mes o cirugía programada no aplazable) se debe considerar AAS y Clopidogrel de 3-6 meses.
- D) Para pacientes con riesgo hemorrágico alto, se debe considerar la interrupción del tratamiento con inhibidores P2Y12 al cabo de un mes.

**73 En Escala de Agitación en la Sedación de Richmond (RASS), señale la respuesta correcta:**

- A) La puntuación -1 corresponde a que “mantiene los ojos abiertos por poco tiempo cuando le hablan (menos de 10 segundos)”.
- B) La puntuación de 2 corresponde a que “se tira o se quita la sonda o catéter, agresivo”.
- C) La puntuación de -4 corresponde a que “no responde a un estímulo verbal, pero se mueve o abre los ojos ante una estimulación física”.
- D) La puntuación de 0 corresponde a “ansioso pero no agresivo en los movimientos”.

**74 En cuanto a la sedación y analgesia, es cierto que:**

- A) En la escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), una puntuación de -3 corresponde con una sedación profunda (sin respuesta a la llamada, pero con movimiento o apertura ocular al estímulo físico).
- B) La Dexmedetomidina, un agonista  $\alpha_2$  de acción corta y alta especificidad, produce analgesia, ansiolisis y sedación, que ha sido descrita como consciente, disminuyendo los trastornos del estado mental como el delirium. A altas dosis produce depresión respiratoria.
- C) El Fentanilo tiene una vida media relativamente corta (de 30 a 60 min) debido a una rápida distribución. Sin embargo, su administración prolongada lleva a su acumulación en los compartimentos periféricos y al aumento de su vida media hasta 16h.
- D) El Haloperidol tiene un metabolismo hepático por oxidación. Su metabolito activo es responsable del extrapiramidalismo. Su vida media en sujetos sanos es de 2 horas.

- 75 Entre los métodos que existen para calcular la superficie corporal quemada, el más extendido es la “regla de los nueve de Wallace”, siendo verdadera la estimación:**
- A) Cabeza: 18%.
  - B) Pierna posterior: 9%.
  - C) Torso anterior: 9%.
  - D) Periné: 9%.
- 76 Respecto a la escala ASIA, que clasifica la disfunción secundaria a una lesión medular, es FALSO:**
- A) El grado C o más conlleva una preservación de la función motora.
  - B) Una disfunción incompleta, con más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel lesional con una fuerza muscular de 3 o más, corresponde a un grado D.
  - C) Una disfunción completa, tanto motora como sensitiva en los segmentos sacros S4-S5, corresponde a un grado A.
  - D) En el grado B no se preservan las sensibilidades por debajo del nivel lesional.
- 77 Según el documento multidisciplinar de consenso sobre el manejo de la hemorragia masiva (documento HEMOMAS), es FALSO:**
- A) Se recomienda usar complejo protrombínico activado en la hemorragia masiva (Nivel de evidencia I, grado de recomendación C).
  - B) Se recomienda la terapia precoz con fluidos en el paciente con hemorragia grave e hipotensión, empleando preferentemente cristaloides isotónicos en lugar de coloides (Nivel de evidencia I, grado de recomendación A).
  - C) Se recomienda la aplicación del concepto de cirugía de contención de daños en pacientes traumatizados que precisan control quirúrgico de sus lesiones y presentan coagulopatía con sangrado incoercible, acompañados de acidosis y/o hipotermia. Asimismo, deberá utilizarse esta estrategia ante lesiones anatómicas muy complejas o de difícil acceso y que requieran un prolongado tiempo quirúrgico (Nivel de evidencia I, grado de recomendación B).
  - D) Se recomienda la administración precoz (en las 3 primeras horas) de ácido Tranexámico en pacientes con hemorragia masiva secundaria a trauma. La dosis inicial recomendada es de 1 g en 10 min seguida de una infusión intravenosa de 1 g en 8 h. La administración más tardía (más de 3 h después del traumatismo) no se recomienda por el incremento de mortalidad asociado con hemorragia (Nivel de evidencia I, grado de recomendación A).
- 78 Respecto a la hipertensión intraabdominal (HIA) y al síndrome compartimental abdominal (SCA), señale la correcta:**
- A) La HIA es el aumento, persistente y repetido, de la PIA por encima de 20 mmHg.
  - B) Existen diferentes grados de HIA: grado I, grado II y grado III.
  - C) El SCA es un aumento de la PIA > 30 mmHg mantenido en el tiempo, y asociado a disfunción orgánica que no existía previamente.
  - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**79 En relación con los 3 tipos más frecuentes de herniación cerebral, señale la FALSA:**

- A) La herniación amigdalina se caracteriza por la desaparición de la cisterna magna, y el ascenso de las amígdalas cerebelosas por encima de la línea de Chamberlain.
- B) En la herniación uncal o transtentorial, existe una dilatación de la cisterna del ángulo pontocerebeloso ipsilateral, y del cuerno temporal del ventrículo lateral contralateral.
- C) La herniación subfalcial se caracteriza por un desplazamiento de la línea media, y la compresión del ventrículo lateral ipsilateral.
- D) La presencia de signos de herniación cerebral en la TC implica hipertensión intracraneal y, por lo tanto, riesgo elevado de enclavamiento cerebral.

**80 En la donación en asistolia controlada, señale la respuesta correcta:**

- A) El rendimiento de la donación de órganos en muerte encefálica es menor al de la donación en asistolia tipo III.
- B) No hay un límite de edad absoluto para la donación en parada cardiocirculatoria controlada.
- C) La prueba de Wisconsin no precisa consentimiento familiar.
- D) La puntuación máxima en la prueba de Wisconsin es de 50 puntos.

**81 En un paciente en ECMO VA, entre las causas de presión pre-bomba (P1) muy negativa, NO está:**

- A) Hipovolemia.
- B) Neumotórax.
- C) Acodamiento de la cánula venosa.
- D) Acodamiento de la cánula arterial.

**82 Respecto a los dispositivos de asistencia ventricular (DAV), señale la FALSA:**

- A) Dado su alto coste, se debe colocar solo como puente al trasplante cardiaco.
- B) Los dispositivos de asistencia pueden colocarse tanto para asistir la circulación sistémica como la circulación pulmonar.
- C) Dada su riesgo de trombosis, se debe realizar tratamiento anticoagulante concomitante.
- D) Los DAV pueden ser de flujo continuo o de flujo pulsátil.

**83 Durante el periodo de mantenimiento del paciente en ECMO VA periférico fémoro-femoral, es FALSO:**

- A) Las gasometrías arteriales deben extraerse del miembro superior derecho.
- B) Si la válvula aórtica permanece cerrada, es conveniente retirar la Dobutamina y aumentar la Noradrenalina.
- C) El síndrome norte-sur está directamente relacionado con la mejoría de la función cardiaca y el empeoramiento de la función pulmonar.
- D) Los pacientes pueden destetarse de la ventilación mecánica y permanecer despiertos y en ventilación espontánea.

- 84 Sobre la patogenia y el tratamiento de un absceso hepático piógeno, es FALSO:**
- A) Se forma como extensión de un proceso infeccioso biliar (colecistitis, absceso vesicular, colangitis, o pyleflebitis), por contigüidad desde el colon (diverticulitis o neoplasias), postraumática o vía hematógena.
  - B) Las bacterias más frecuentemente implicadas son E. coli y Klebsiella, aunque suele ser polimicrobiana con anaerobios.
  - C) También son frecuentes los Streptococcus anginosus.
  - D) El drenaje quirúrgico es de elección para el control del foco.
- 85 ¿Qué es la bacteriemia de brecha?**
- A) Es la bacteriemia que ocurre en pacientes que reciben un agente antimicrobiano que es activo frente al microorganismo que crece en los hemocultivos.
  - B) Si ocurre de modo precoz, suele deberse a concentraciones inadecuadas del antimicrobiano.
  - C) Las formas tardías suelen ser por un drenaje inadecuado o mal control del foco de infección, por aparición de focos secundarios o por afectación de las defensas del huésped.
  - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 86 En las últimas guías europeas sobre el manejo de las neumonías graves adquiridas en la comunidad, señale la respuesta correcta:**
- A) En pacientes hospitalizados, se sugiere añadir al tratamiento empírico con betalactámicos un macrólido, pero no una fluorquinolona, durante 3-5 días.
  - B) En pacientes hospitalizados, se sugiere añadir al tratamiento empírico con betalactámicos una fluorquinolona, pero no un macrólido, durante 3-5 días.
  - C) En pacientes hospitalizados, se sugiere añadir al tratamiento empírico con betalactámicos un segundo antibiótico, o bien un macrólido o una fluorquinolona.
  - D) Tanto los macrólidos como las fluorquinolonas acortan el segmento QT.
- 87 Entre los factores de riesgo alto para padecer una aspergilosis invasiva, encontramos:**
- A) Pacientes que han recibido un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) autólogo.
  - B) Neutropenia  $< 500 \text{ cel/mm}^3$  durante más de 10 días.
  - C) Tratamiento con corticoides durante más de 1 semana.
  - D) Tratamiento con antibióticos de amplio espectro.
- 88 En relación a la pancreatitis aguda (PA), es FALSO:**
- A) La causa más frecuente de PA son los cálculos biliares y el alcohol.
  - B) La lipasa sérica es más específica, y permanece elevada más tiempo que la amilasa, después del inicio de la PA.
  - C) Cuando se mida una presión intraabdominal  $> 20 \text{ mmHg}$ , se debe realizar una laparotomía descompresiva como primera opción.
  - D) Según la clasificación de gravedad en TAC de Balthazar, el grado E corresponde a la aparición de dos o más colecciones peripancreáticas.

- 89 En la clasificación de Forrest de úlceras sangrantes o de reciente sangrado, señale cuál NO se corresponde:**
- A) Forrest Ia: hemorragia a chorro.
  - B) Forrest IIb: coágulo adherido.
  - C) Forrest IIc: vaso visible no sangrante.
  - D) Forrest III: base de fibrina.
- 90 El síndrome de HELLP, NO incluye:**
- A) Elevación de las enzimas hepáticas.
  - B) Aumento de la creatinina.
  - C) Datos de hemólisis.
  - D) Recuento plaquetario bajo.
- 91 ¿Qué es cierto, sobre cómo puede afectar una elevación de la presión intraabdominal (PIA)?**
- A) El aumento de la PIA puede aumentar retorno venoso cerebral.
  - B) El aumento de la PIA puede disminuir la presión de perfusión cerebral (PPC).
  - C) El aumento de la PIA puede aumentar la presión intrapleurales.
  - D) El aumento de la PIA puede llegar a provocar un descenso de la PVC.
- 92 Es FALSO, respecto a la fisiopatología hepatobiliar:**
- A) El hígado interviene en la conversión de amoníaco en urea, que se excreta a través de la orina.
  - B) El 40% de la bilirrubina se origina de la hemoglobina, y el 60% de la mioglobina.
  - C) La vida media de los factores de coagulación es más corta que la de la albúmina.
  - D) La citólisis hepática se manifiesta por la elevación de las aminotransferasas plasmáticas (AST y ALT), por aumento en la permeabilidad de la membrana.
- 93 En relación a la isquemia mesentérica, es FALSO:**
- A) Si la causa es una trombosis venosa, es de elección realizar una laparotomía media y una trombectomía venosa.
  - B) La tríada de síntomas que puede hacer sospechar una isquemia intestinal aguda la componen: intenso dolor periumbilical, vómitos o diarrea, y antecedente de embolismo o situaciones clínicas embolígenas. Además, suele presentarse una leucocitosis ya en fases precoces de la enfermedad.
  - C) Si el intestino delgado y el colon están isquémicos, la causa más probable es una trombosis arterial. La embolectomía no está indicada en estos casos e incluso puede ser perjudicial.
  - D) La principal etiología de la isquemia intestinal aguda es la embolia o trombosis de la arteria mesentérica superior.

- 94 En cuanto a la Sonda de Sengtaken-Blakemore para el tratamiento de varices esofágicas, señale la respuesta cierta:**
- A) Con esta sonda se pretende detener la hemorragia como tratamiento definitivo.
  - B) Esta sonda consiste en una sonda de doble luz, cuyos conductos tienen diferentes funciones y son fácilmente identificables.
  - C) El balón esofágico tiene forma cilíndrica, su función es la compresión esofágica directa y es el que se infla primero cuando se coloca.
  - D) El balón gástrico tapona la unión cardio-esofágica, inyectando entre 250 y 500 cc de aire.
- 95 En relación al manejo de la alteración de la motilidad intestinal, en el paciente crítico, señale la correcta:**
- A) La Metoclopramida actúa inhibiendo las acciones de la dopamina sobre el intestino, aumentando el tono del esfínter esofágico inferior y sensibilizando el tracto intestinal a la acetilcolina. Se ha observado que aumenta el vaciado gástrico y mejora la tolerancia a la nutrición enteral.
  - B) La Eritromicina es un macrólido que actúa sobre las neuronas del sistema entérico y sobre el músculo liso del antro gástrico. Tras 10-15 días de tratamiento pierde eficacia.
  - C) La Domperidona es un agonista dopaminérgico que ha demostrado su eficacia fundamentalmente en la gastroparesia diabética, pero alarga el intervalo QT.
  - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 96 Entre las “recomendaciones de NO HACER” del Grupo de Trabajo de Metabolismo y Nutrición de la SEMICYUC, están todas las siguientes MENOS UNA. ¿Cuál es?**
- A) NO retrasar ni interrumpir la nutrición enteral (NE) por el solo hecho de que el paciente esté en posición de decúbito prono.
  - B) NO iniciar soporte nutricional artificial sin haber evaluado la posibilidad de que se desarrolle un Síndrome de Realimentación, y haber tomado las medidas adecuadas para prevenirlo.
  - C) NO esperar a que se ausculten ruidos hidroaéreos para iniciar la NE si se considera indicada.
  - D) NO retrasar el inicio de la NE en pacientes con inestabilidad hemodinámica después de la resucitación con fluidos y con al menos dos fármacos vasopresores o inotrópicos.
- 97 ¿Qué es la integral velocidad-tiempo (IVT) del flujo del tracto de salida del VI (TSVI)?**
- A) Es la distancia que avanza la sangre en un latido.
  - B) Es la distancia que avanza la sangre en un minuto.
  - C) El valor normal es normal 1-1,5 metros.
  - D) Todas las respuestas previas son falsas.

**98 El proyecto PREVEMED (Implantación de sistemas para la prevención de errores de medicación en las UCI de adultos, pediátricas y neonatales en España) tiene como objetivo final establecer recomendaciones para la prevención de errores de medicación en las UCI de España. Entre estas recomendaciones NO está:**

- A) Se recomienda la incorporación de un farmacéutico en los equipos multidisciplinares en las UCI dado su papel fundamental en el uso seguro del medicamento.
- B) Se recomienda la preparación centralizada de medicamentos.
- C) Se recomienda el uso de estrategias que mejoren la comunicación entre los profesionales implicados en el uso del medicamento en el ámbito del paciente crítico y sistemas orientados al factor humano para reducir los errores de medicación.
- D) Se recomienda desarrollar programas de formación y sensibilización dirigidos a los familiares de los pacientes, ya que los estos tienen serias dificultades en ser partícipes en la administración correcta de su tratamiento.

**99 Del protocolo SPIKES, como método para transmisión de malas noticias, es FALSO:**

- A) La S de Setting o Preparación, implica recopilar información, decidir dónde mantener la entrevista, decidir a quién se le va a dar la mala noticia y realizar una preparación mental.
- B) La I de Invitación, tiene como objetivo averiguar el nivel de información que la familia quiere recibir, el nivel de detalle que desean.
- C) La K de Knowledge, es la etapa en la que se pueden utilizar frases para preparar a la familia para la mala noticia, como “lamento tener que decirle...”
- D) La E de emociones, lleva a reacciones como agresividad, negación o ansiedad que precisan de frases como “cálmese” o incluso recordarles que hay otros pacientes alrededor a los que deben respetar.

**100 Señale la respuesta cierta, sobre los Comités de Ética Asistencial (CEA):**

- A) Son comisiones interdisciplinares creadas para analizar y asesorar en la resolución de posibles conflictos éticos que se produzcan durante la práctica clínica.
- B) Sus conclusiones consensuadas son recomendaciones vinculantes.
- C) Sus informes disminuyen por tanto la responsabilidad profesional de los médicos, ya que se basan en los fundamentos éticos.
- D) Los decretos que regulan los objetivos, la composición y el funcionamiento de los CEA son exclusivamente estatales.

---

**CASO PRÁCTICO 1:**

Paciente varón de 85 kg, en el 2º día de shock séptico y fracaso multiorgánico, en anuria bajo TCDE con hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC), con dosificación de ultrafiltrado de 38 ml/kg/h bajo una membrana de PAN-AN69 de 1,5 m<sup>2</sup>. Debemos administrar tratamiento antibiótico dirigido con Meropenem para neumonía asociada a ventilación mecánica bacteriémica por *P. aeruginosa* con CMI de 2 mg/L.

---

**101 ¿Qué dosis recomendaría?**

- A) No requiere dosis de carga, y dosis de mantenimiento 500 mg/8h.
- B) El Meropenem no es adecuado por una CMI de 2 mg/L para *P. aeruginosa*.
- C) Dosis de carga de 1 gr, y dosis de mantenimiento 1 gr/8h.
- D) Dosis de carga de 1 gr, y dosis de mantenimiento 500 mg/8h.

---

**CASO PRÁCTICO 2:**

Mujer de 39 años, sin antecedentes de interés. Acude a Urgencias por mal estado general y disnea. La exploración muestra fiebre de 38,8°C, palidez de piel y de mucosas y lesiones equimóticas en los brazos. Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen blando y depresible, con dolor difuso a la palpación, pero sin signos de peritonismo. La TA 110/60 mmHg, FC 110 lpm. Mientras espera los resultados de la analítica, la paciente presenta una disminución del nivel de conciencia con una convulsión tónico-clónica. Las pupilas son isocóricas y normoreactivas. Se realiza un TAC craneal urgente que es normal. La paciente se intuba y se conecta a ventilación mecánica e ingresa en la UCI. La analítica muestra una creatinina de 2,1 mg/dl, leucocitos 21.000 mm<sup>3</sup> (neutrófilos 68%, linfocitos 21%, eosinófilos 2%, monocitos 5%), Hb 7,1 g/dl, plaquetas 7.000 mm<sup>3</sup>. Act protrombina 66%, TTPA 28 segundos. Esquistocitos en extensión de sangre periférica. Gasometría arterial normal. LDH 2.567 UI/L, GOT 41 UI/L, GPT 44 UI/L, GGT 116 UI/L. Glucemia 119 mg/dl.

---

**102 ¿Cuál de los siguientes tratamientos estaría indicado realizar?**

- A) Realizaría una punción lumbar, e iniciaría tratamiento empírico con una cefalosporina de tercera generación más Vancomicina
- B) Iniciaría tratamiento con Meropenem y Vancomicina (ajustado a la función renal), y realizaría una ecocardiografía transesofágica urgente.
- C) Iniciaría antibioterapia empírica con un carbapenémico, y valoraría pulsos de corticoides durante 5 días.
- D) Iniciaría tratamiento con plasmaféresis.

**103 En este caso, ¿qué tratamiento estaría contraindicado?**

- A) Transfusión de plaquetas.
  - B) Transfusión de concentrado de hematíes.
  - C) Corticoides.
  - D) Suero glucosalino.
- 

**CASO PRÁCTICO 3:**

Tiene usted que valorar en la UCI a un paciente, hombre de 61 años en su segundo día tras someterse a un trasplante hepático ortotópico, por una cirrosis hepática terminal secundaria a una hepatopatía alcohólica, que cursó con una ascitis refractaria que precisó múltiples paracentesis evacuadoras. Lo encuentra despierto, orientado, con gafas nasales y una SatO<sub>2</sub> 99%. TA 125/65. FC 88 lpm. No tiene aminas vasoactivas. El abdomen es blando, y tiene un drenaje con líquido abundante serohemático. La analítica de este día muestra leucocitos 1.200/mm<sup>3</sup>, PCR 45 mg/dl, creatinina 1,04 mg/dl, Hb 6,0 g/dl, Na 130 mEq/l, K 4,3 mEq/l, plaquetas 16.000/mm<sup>3</sup>, INR 2,01. GPT 221 UI/L, GGT 453 UI/L, GOT 209 UI/L. Bilirrubina total 2,3 mg/dl, B. directa 1,9 mg/dl.

---

**104 ¿Qué haría?**

- A) Transfundir concentrados de hematíes y bajar la dosis de Micofenolato de mofetilo.
- B) Solicitar un TAC abdominal urgente.
- C) Transfundir concentrados de hematíes, plasma y plaquetas, y llamar al equipo de cirugía.
- D) Valorar, junto con su equipo de cirugía, la administración de bolos de corticoides de 500 mg intravenosos.

**105 Dos semanas más tarde, el paciente está en planta de hospitalización. Le avisa su médico porque el paciente lleva dos días con fiebre, mal estado general y tendencia a la hipotensión. ¿Qué se debe sospechar, como causa más frecuente?**

- A) Una infección bacteriana.
  - B) Una infección fúngica.
  - C) Una infección vírica.
  - D) Un rechazo agudo.
- 

**CASO PRÁCTICO 4:**

Mujer de 37 años, sin antecedentes de interés, presenta un cuadro de fiebre y artralgias. Ha tomado Paracetamol a demanda en las últimas 3 semanas, sin saber precisar bien cuántos gramos. Acude a Urgencias por empeoramiento clínico, náuseas y vómitos desde hace 48 horas, destacando las siguientes alteraciones analíticas: AST / ALT 12.758 / 8.754 UI/L, Bilirrubina total / directa 3,5 / 2,3 mg/dl, creatinina sérica 2,3 mg/dl, INR 8,4, pH 7,22, lactato 4,1 mmol/l. La Hemoglobina es de 9 g/dl. Está consciente y orientada, y se encuentra hemodinámicamente estable. Llaman a la UCI para valoración.

---

**106 ¿Qué cree usted que está indicado?**

- A) Iniciar antibioterapia empírica con Meropenem y Vancomicina, cursar hemocultivos y solicitar TAC de abdomen urgente con contraste.
- B) Administrar plasma fresco según peso de la paciente, y canalizar Shaldom femoral para iniciar HDFVVC.
- C) Incluir de manera urgente en alarma cero de trasplante hepático.
- D) Solicitar TAC abdominal urgente, monitorización invasiva, y ver la evolución clínica y analítica tras tratar con vitamina K y diuréticos.

**107 La evolución de este cuadro hará que esta paciente fallezca más probablemente por:**

- A) Hemorragia digestiva alta masiva.
- B) Edema cerebral y enclavamiento.
- C) Shock séptico y fallo multiorgánico.
- D) Isquemia mesentérica.

---

**CASO PRÁCTICO 5:**

El residente de guardia le avisa porque uno de los pacientes ingresados en la UCI ha presentado en el monitor una taquicardia ventricular que se ha autolimitado, en dos ocasiones. Le puso una perfusión de Amiodarona con dosis de carga, pero ha vuelto a suceder de nuevo. El paciente es un hombre de 71 años, que está intubado y conectado a ventilación mecánica por una neumonía grave de la comunidad, en tratamiento con una cefalosporina y un macrólido. Está con TA 105/65 mmHg. La FiO<sub>2</sub> es de 0,6 y la SatO<sub>2</sub> es de 94%. Le ha hecho un electrocardiograma en uno de los episodios que muestra una taquicardia ventricular polimorfa, con un QRS que va cambiando su polaridad de forma irregular, de positiva a negativa, para volver a empezar.

---

**108 ¿Qué le dice usted al residente, para controlar esta taquicardia?**

- A) Debe aumentar la FiO<sub>2</sub>, mantener la perfusión de Amiodarona y controlar los iones plasmáticos.
- B) Debe retirar la Amiodarona y el macrólido, y añadir Magnesio intravenoso.
- C) El Isoproterenol sería un fármaco que estaría contraindicado.
- D) Debe añadir Procainamida y, si no cede, cardiovertir.

**109 Cuando se controla el cuadro, repasa usted con el residente los fármacos antiarrítmicos más utilizados en la UCI. ¿Qué afirmación es FALSA?**

- A) La semivida de distribución del clorhidrato de Esmolol es muy corta, del orden de 2 minutos.
- B) La Amiodarona produce una vasodilatación coronaria con un aumento de flujo coronario, gracias a su actividad anti-adrenérgica alfa y beta no competitiva.
- C) El Diltiazem provoca una disminución del tono de la musculatura lisa arterial, y genera una vasodilatación al reducir el flujo de entrada de calcio en el músculo liso vascular.
- D) Los niveles séricos de Digoxina se pueden reducir por la administración concomitante de Amiodarona o Flecainida.

---

**CASO PRÁCTICO 6:**

**Un paciente intervenido de una cirugía torácica urgente, lleva varios días en destete de la ventilación mecánica. Sin embargo, tras dos extubaciones fallidas, sospechamos que puede tener un problema diafragmático.**

---

**110 En cuanto a la evaluación sonográfica del diafragma, es FALSO:**

- A) El movimiento normal diafragmático durante la inspiración es caudal, ya que el diafragma se acerca a la sonda, y durante la espiración el diafragma se aleja del transductor.
  - B) Con el Modo 2D podemos evaluar la excursión diafragmática (desplazamiento en cm), la velocidad de contracción diafragmática (pendiente, cm/seg), el tiempo de inspiración ( $T_{\text{insp}}$ , seg), la duración del ciclo ( $T_{\text{tot}}$ , seg) y grosor diafragmático (mm).
  - C) La disfunción diafragmática contribuye a complicaciones pulmonares postoperatorias en cirugías torácicas y abdominales, lo que genera un retraso en la extubación, estancias prolongadas, neumonías y atelectasias.
  - D) En un diafragma paralizado no se documenta movimiento, o se mueve en dirección cefálica en vez de hacerlo hacia el transductor.
- 

**CASO PRÁCTICO 7:**

**Ingresa en la UCI un paciente hombre de 68 años, con un AVC hemorrágico extenso no susceptible de intervención quirúrgica, intubado y conectado a ventilación mecánica, y en midriasis bilateral arreactiva, para CIOD (cuidados intensivos orientados a la donación).**

---

**111 Durante este ingreso: (señale lo FALSO)**

- A) Se completará la evaluación del posible donante y de los órganos que puedan ser trasplantados.
- B) La valoración de un paciente, como candidato a CIOD, se sustenta en la probabilidad de evolución a muerte encefálica en un corto período de tiempo, y en descartar la existencia de contraindicaciones médicas para la donación.
- C) De no evolucionar el paciente a muerte encefálica en el tiempo acordado, se debe realizar una extubación terminal.
- D) La probabilidad de evolucionar a muerte encefálica ha de sustentarse en datos clínicos, de neuromonitorización y resultados de la tomografía computarizada craneal.

**112 Diagnosticada la muerte encefálica (ME), hay que realizar un adecuado “mantenimiento del donante”. Señale la opción verdadera:**

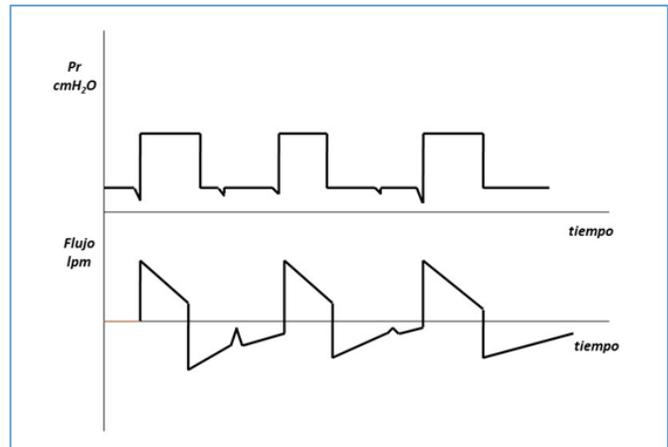
- A) Las bradicardias se originan por la ausencia de estímulo simpático por la destrucción del núcleo ambiguo del tronco cerebral, por lo que hay que administrar Atropina.
- B) La diabetes insípida se produce por la ausencia de hormona antidiurética tras la ME, y cursa con diuresis  $> 4 \text{ mL/kg/h}$  y osmolaridad urinaria  $< 200 \text{ mOsm/L}$ . Se trata con Demopresina.
- C) Hay una tendencia a la hipoglucemia en los pacientes en ME, que debe tratarse con sueros glucosados al 20% e incluso con ampollas de Glucosmon®.
- D) Está indicado el inicio de tratamiento antibiótico con fines profilácticos en el donante, debido a la alta tasa de infecciones en el receptor. Debe iniciarse Meropenem y Vancomicina, y valorar un antifúngico en función de las características del donante.

### **CASO PRÁCTICO 8:**

**Paciente ingresado en UCI por reagudización de su insuficiencia respiratoria crónica debido a EPOC. A su ingreso presentaba disnea con signos de aumento del trabajo respiratorio y somnolencia; sibilancias, roncus y ruidos de secreciones; FR 29 rpm, tonos cardíacos rítmicos a 115 lpm, PA: 150/90 mmHg, SpO<sub>2</sub> 86%; gasometría arterial pH 7,23; pCO<sub>2</sub> 79 mmHg; pO<sub>2</sub> 51 mmHg; SO<sub>2</sub> 83%; CO<sub>3</sub>H actual 30 mEq/L. Se instauró ventilación no invasiva tipo BiPAP con buena adaptación clínica y mejoría gasométrica, estando con una programación IPAP 16 cmH<sub>2</sub>O y EPAP 5 cmH<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> 0,3.**

**Nos avisan por empeoramiento clínico súbito con sudoración profusa, agitación, quiere quitarse la mascarilla. Se observa tiraje intercostal con asincronía toraco-abdominal, una auscultación con disminución el murmullo vesicular con sibilancias bilaterales, caída de la SpO<sub>2</sub> al 81%, taquicárdico a 125 lpm.**

**En la pantalla del respirador vemos una representación esquemática de una gráfica de presión-tiempo y flujo-tiempo.**



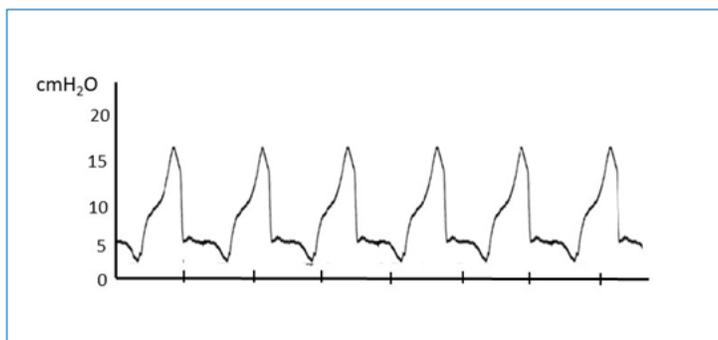
**113 ¿Cuál de las siguientes medidas es correcta?**

- A) Sedar al paciente y lo conectarlo a ventilación mecánica invasiva.
- B) Aumentar la EPAP progresivamente, además de reforzar el tratamiento broncodilatador.
- C) Hacer el trigger más sensible.
- D) Aumentar únicamente la IPAP.

### CASO PRÁCTICO 9:

Paciente de 30 años, que está en retirada de la sedación tras superar un shock séptico 2º a una peritonitis debido a perforación de colon por arma blanca. Se encuentra en ventilación mecánica invasiva en modo volumen controlado/asistido ( $FiO_2$  0,35;  $V_t$  500 mL; PEEP 6 cmH<sub>2</sub>O; FR 16 rpm programadas haciendo 20 rpm). G. Venosa: pH 7,38;  $PvCO_2$  39 mmHg; Bict 22 mEq/L; EB -1;  $SpO_2$  99%, PA 130/80 mmHg, rítmico a 95 spm). A última hora de la mañana se ha pasado a ventilación con presión de soporte de 16 con PEEP 6 cmH<sub>2</sub>O, Flujo 50 L/min;  $FiO_2$  0,35; el  $V_t$  al cambiar de modo es de 490 mL, la FR 21 rpm y la  $SpO_2$  97%. Cuando lo reevaluamos en la ronda de la guardia, lo encontramos intranquilo, no refiere dolor y sí falta de aire, está sudoroso, con uso de musculatura accesoria, taquipneico a 32 rpm, FC 115 lpm, TA 170/88 mmHg.

La gráfica de presión-tiempo de la vía aérea que vemos en el respirador está representada esquemáticamente en la figura.



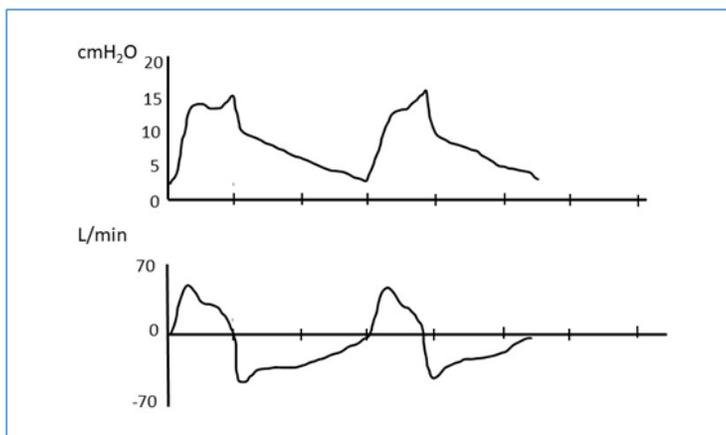
### 114 ¿Cuál de las siguientes medidas iniciales es correcta?

- A) Aumentaría el flujo suministrado por el respirador.
- B) Lo pasaría a ventilación mecánica en modo volumen controlado/asistido.
- C) Optimizar el trigger.
- D) Modificar el ciclado.

### CASO PRÁCTICO 10:

Paciente ingresado en UCI por reagudización de su insuficiencia respiratoria crónica debido a enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Acaba de iniciarse el destete en presión de soporte de 16 con PEEP de 5 cmH<sub>2</sub>O, pero apreciamos que el paciente no se adapta bien al respirador, viendo que hay cierta asincronía tóraco-abdominal.

En la figura adjunta se representa una esquematización de curva presión-tiempo y flujo-tiempo de la vía aérea que podemos ver en la pantalla del respirador.

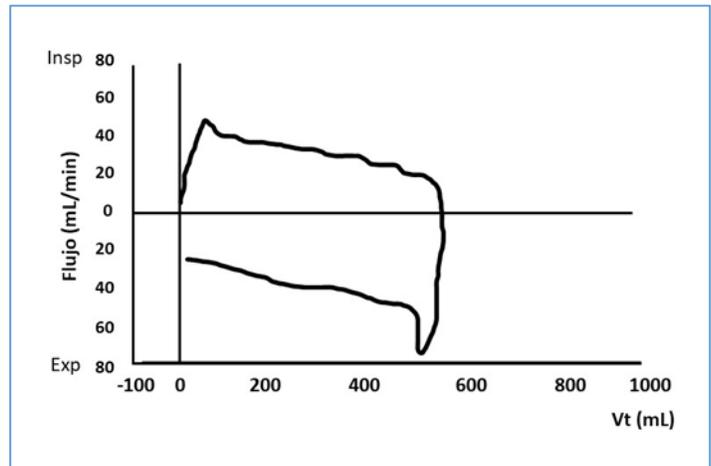


**115 ¿Qué medida inicial es la correcta?**

- A) Sedar al paciente y cambiar al modo en el que estaba el paciente.
- B) Hacer más sensible el trigger.
- C) Acortar el punto de ciclado con un porcentaje mayor del pico flujo.
- D) Aumentar únicamente la presión de soporte.

**CASO PRÁCTICO 11:**

Mientras valoramos la ventilación mecánica de un paciente EPOC ingresado en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos por descompensación de su insuficiencia respiratoria crónica, vemos el siguiente bucle Flujo-Volumen.



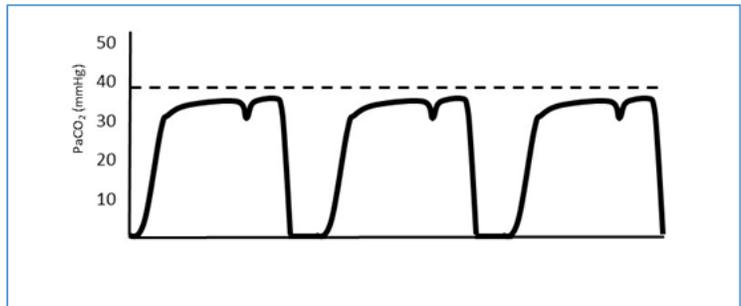
**116 ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta?**

- A) Hay un flujo inspiratorio insuficiente.
- B) Es un artefacto.
- C) Existe auto-PEEP.
- D) El ciclo es disparado por el paciente (asistido).

**CASO PRÁCTICO 12:**

Estamos manejando un paciente con status asmático que precisa una adaptación estricta al respirador, por lo que lo tenemos sedado con Propofol, analgésico con Fentanilo y ha precisado en la última hora también añadir Cisatracurio, todo en perfusión continua.

En la curva del capnograma vemos lo representado en la figura.



**117 ¿Cuál de las respuestas siguientes es la correcta?**

- A) Obstrucción tubo endotraqueal.
- B) Hiperventilación.
- C) Descenso del efecto relajantes musculares.
- D) Fuga aérea.

**CASO PRÁCTICO 13:**

Paciente de 40 años, sin antecedentes personales de interés, es ingresado en nuestra UCI con el diagnóstico de traumatizado grave (abdominal con hemoperitoneo por rotura

de bazo y laceración hepática y fractura de pelvis que precisa fijación). Requirió transfusión masiva (en el quirófano) por shock hemorrágico, con aportes de 7 concentrados de hematíes en las 48 horas siguientes. Tras una 2ª intervención, el paciente se ha ido estabilizando sin nuevas necesidades de transfusión y permitiendo retirada de aminas por PA normales, con buena diuresis y balance hídrico equilibrado. Está sedo-analgesiado, en ventilación mecánica modo volumen controlado/asistido ( $FiO_2$  0,3;  $V_t$  560 mL; PEEP 5 cmH<sub>2</sub>O; FR 18 rpm, con presiones inspiratorias máximas 26 cmH<sub>2</sub>O y meseta de 20 cmH<sub>2</sub>O, V. minuto 10 lpm). G. Arterial: pH 7,36;  $PO_2$  99;  $PCO_2$  40 mmHg; Bic t 21 mEq/L; EB -2;  $SaO_2$  99% ( $SpO_2$  100%). En el inicio del 5º día de estancia, el paciente empeora desde el punto de vista respiratorio, con cifras de  $SpO_2$  89% y aumento de las presiones pico de 36 y meseta 28 cmH<sub>2</sub>O (con los parámetros del respirador referidos anteriormente); la radiografía de tórax muestra un patrón intersticio-alveolar difuso. No hay deterioro hemodinámico. No hay registrado aumento ni cambio del aspecto de secreciones respiratorias. Los gases arteriales muestran una  $PaO_2/FiO_2$  de 175. El resto de la analítica es similar a las previas: Hb 8,5 g/dL, sin aumento de reactantes de fase aguda.

---

**118 ¿Cuál de las siguientes respuestas es la más prioritaria?**

- A) Es necesario ventilar al paciente con presión meseta < 30 cmH<sub>2</sub>O con volúmenes corrientes < 6 mL/kg peso.
- B) Hay que poner antibioterapia para neumonía asociada a ventilación mecánica.
- C) Debemos plantear pronóstico si no mejora.
- D) Colocar un Swan-Ganz para descartar disfunción de ventrículo izquierdo.

**119 Pese las medidas adoptadas, el paciente sigue empeorando en la noche, los parámetros del respirador son: modo presión control de 18 con PEEP 10 cmH<sub>2</sub>O, I:E 1:2 a  $FiO_2$  0,65. La gasometría arterial es pH 7,31;  $PO_2$  59 mmHg;  $PCO_2$  49 mmHg; Bicarbonato Total 21; EB -3. En esta situación, ¿qué afirmación sobre el ajuste de la PEEP y las maniobras de reclutamiento, le parece INCORRECTA?**

- A) Las maniobras de reclutamiento se basan en que, al abrir unidades pulmonares colapsadas, disminuye el espacio muerto fisiológico.
- B) La búsqueda de la PEEP óptima es aquella que obtiene la mejor  $PO_2$  con la mayor compliance.
- C) Es preferible ajustar la PEEP al punto de inflexión superior (UIP) de la curva presión volumen.
- D) La maniobra de reclutamiento tiene mayor efecto en los SDRA de causa secundaria (no de origen pulmonar).

**120 Las medidas de reclutamiento solo obtienen inicialmente  $PaO_2/FiO_2 > 150$  mmHg., Incrementamos de nuevo la  $FiO_2$  por encima de 0,6 y la presión meseta está en 30 cmHO<sub>2</sub> con una PEEP 14, y la  $PaO_2/FiO_2$  empeora a 101. Ante la persistencia de la hipoxemia nos planteamos ventilación en decúbito prono. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la ventilación en prono es INCORRECTA?**

- A) El fundamento del prono es una redistribución de la ventilación hacia las zonas dorsales del pulmón (mayoritariamente colapsadas en decúbito supino en pacientes con SDRA).
- B) Iniciaremos sesiones de prono tras descartar complicaciones mecánicas (p. ej. neumotórax).
- C) Las sesiones de prono serán de 16h consecutivas o más.
- D) Las maniobras de reclutamiento ya no son necesarias en prono.

**121 La respuesta a las 2 sesiones de prono es muy escasa, y la situación ha empeorado tanto en oxigenación como en mecánica ventilatoria. Por ello nos planteamos la ECMO Veno-Venosa. ¿Cuál de estos NO es un criterio de inclusión para ECMO V-V de la Extracorporeal Life Support Organization (ELSO)?**

- A)  $PaO_2/FiO_2$  menor de 150 en  $FiO_2$  mayor de 90% y Murray puntuación 2-3.
- B)  $PaO_2/FiO_2$  menor de 100 en  $FiO_2$  mayor de 90% y Murray puntuación 3-4 a pesar de un tratamiento óptimo durante 6 horas o más.
- C) Más de 7 días con tratamiento ventilatorio con altas presiones.
- D) Hipercapnia con presiones meseta mayor de 30 cmH<sub>2</sub>O y pH de 7.15.

---

#### **CASO PRÁCTICO 14:**

**Paciente de 78 años, con miocardiopatía dilatada de origen isquémico, grado funcional III de la NYHA, en tratamiento con betabloqueantes, antagonistas del receptor de angiotensina II y Aldactone®, que lo traen por parada cardíaca extrahospitalaria recuperada, y que en el momento actual lo tenemos en UCI en ritmo sinusal con QRS > 150 ms. Ecocardiograma con FE del 30%.**

---

**122 ¿Qué terapia nos plantearíamos, antes de dar de alta al paciente?**

- A) Continuar con tratamiento farmacológico para la insuficiencia cardíaca (IC), y Amiodarona como única alternativa de tratamiento.
- B) Además del tratamiento para la IC y Amiodarona, colocación de DAI.
- C) Además del tratamiento para la IC y Amiodarona, colocar TRC-D.
- D) Además del tratamiento para la IC y Amiodarona, colocar TRC.

---

#### **CASO PRÁCTICO 15:**

**Paciente de 67 años, que nos avisan para valorar desde Urgencias por bajo nivel de conciencia y vómitos. A nuestra llegada destaca GCS de 9 (O2, V3, M4) sin focalidad, y con rigidez de nuca. TAC de cráneo sin lesiones, con imagen de oído medio derecho ocupado. Se procede a IOT y realizar punción lumbar, con el siguiente resultado: líquido turbio, leucocitos 4.000 cel/mm<sup>3</sup> (PMN 85%), glucosa 18 mg/dl, proteínas 200 mg/dl. PCR en sangre 200 mg/dl, PCT 8 ng/ml. Al hablar con la familia, refieren que dos**

**días antes la paciente había comenzado con otalgia. Así mismo refieren varios episodios de otitis en los últimos años.**

---

**123 Ante el diagnóstico de meningitis bacteriana, ¿qué tratamiento antibiótico empírico le parece más adecuado?**

- A) Cefotaxima 300 mg/kg/día en 4 ó 6 dosis, tras la dosis de carga de 50 mg/kg administrada en 1 hora, + Vancomicina 15-20 mg/kg/8h.
  - B) Ceftriaxona 2 g/12h + Linezolid 600 mg/8h.
  - C) Cualquiera de las anteriores pautas + Metronidazol 500 mg/6h, ante la sospecha de otitis crónica.
  - D) Ninguna de las anteriores me parece correcta.
- 

**CASO PRÁCTICO 16:**

**Paciente de 55 años que lo traen a Urgencias por cefalea brusca mientras mantenía relaciones sexuales, y deterioro del nivel de conciencia, pero a la llamada despierta y contesta de forma confusa, localiza al dolor sin focalidad. A la exploración física presenta ligera rigidez de nuca, GCS 12, TA 140/80. En el TAC cerebral visualizamos HSA con imagen que sugiere aneurisma de arteria cerebral posterior.**

---

**124 ¿Qué actuaciones le parecen más apropiadas?**

- A) Realización de arteriografía cerebral y embolización endovascular si es factible, o clipaje en el cuello del aneurisma, lo más precozmente posible.
  - B) Mantener al paciente hipotenso para evitar el resangrado.
  - C) Prevenir las convulsiones con Fenitofna, desde el inicio.
  - D) Realización de arteriografía cerebral y embolización endovascular o clip quirúrgico, a partir de la semana del comienzo del cuadro.
- 

**CASO PRÁCTICO 17:**

**Paciente de 60 años, fumador, dislipémico, hipertenso y obeso, con antecedentes familiares de fallecimiento repentino de su padre a los 50 años, que acude a Urgencias por dolor centrotorácico típico desde hace 1 h, que viene por sus medios a un hospital nivel I. A su llegada a nuestro centro el paciente continua con dolor centrotorácico típico, sudoroso, TA: 90/50, Fc 110 l/m, SatO<sub>2</sub> 92%. AC: taquicárdico. AP: con crepitantes basales. ECG: Taquicardia sinusal a 110 l/m con descenso de ST de 1 mm de V3 a V6, aVF, II y III, con elevación de ST en aVR y V1.**

---

**125 ¿Cuál cree usted que es la actuación más correcta, con respecto a la técnica de reperfusión?**

- A) Fibrinólisis.
- B) Cateterismo urgente, ante la sospecha de IAM de tronco común de coronaria izquierda o enfermedad de tres vasos.
- C) Cateterismo en las primeras 24 horas de ingreso.
- D) Cateterismo durante su ingreso hospitalario.

---

### **CASO PRACTICO 18:**

Paciente de 17 años que acude a Urgencias por tercera vez en 48 horas, por cuadro catarral con taquicardia, fiebre, náuseas y vómitos. Hace 24 horas había comenzado con antipiréticos y Azitromicina, sin notar mejoría. Refiere haber realizado test de antígenos en la farmacia para SARS-CoV2, Influenza A y B que han sido negativos. A la exploración física destaca: Aceptable estado general. Regular perfusión. Consciente, orientada y colaboradora. Afebril. FC 145 lpm; TA 102/86 mmHg; ligeramente taquipnéica en reposo, SatO<sub>2</sub> 98% con gafas nasales a 3 lpm. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen depresible no doloroso a la palpación sin megalias o masas evidentes. Miembros inferiores sin edemas o signos de trombosis venosa profunda. En la analítica destaca: Glucemia 131, Función renal conservada, ionograma normal, Tnl 6.116, Col 117, TG 82, Función hepática sin alteraciones relevantes, PCR 35, Hemograma sin alteraciones relevantes, DD 540, INR 1.33, TTPa 1.08. En la RX tórax: ICT normal. No derrame ni infiltrado. Tampoco masas o adenopatías evidentes. Resto sin alteraciones relevantes.

---

#### **126 ¿Qué pruebas diagnósticas le parecen más correctas a realizar?**

- A) Lo primero un cateterismo cardiaco, ya que debe tratarse de un síndrome coronario agudo.
- B) Un ECG y ecocardiograma transtorácico urgente, para valorar ritmo y función cardiaca de la paciente.
- C) No debo de realizar ninguna determinación para detección de virus, ya que hemos descartado tanto antecedentes recientes de covid como de gripe.
- D) No es necesario realizar ninguna prueba urgente más.

**127 En el caso anterior, se han realizado los siguientes estudios: ECG: taquicardia sinusal a 160 lpm sin alteraciones en la conducción. Ecocardiograma transtorácico: Taquicardia sinusal con ventrículo izquierdo no dilatado, con hipertrofia leve e hiperecogeneidad generalizada de todos los segmentos miocárdicos, con hipoquinesia severa generalizada que condiciona una función sistólica global severamente deprimida (FEVI por estimación visual 12-15 %). Ventrículo derecho de dimensiones normales con contractilidad ligeramente reducida. Aurícula izquierda de dimensiones normales. Válvulas sin alteraciones significativas. Raíz aórtica de dimensiones normales. Derrame pericárdico leve, circunferencial, sin ningún dato ecocardiográfico de compromiso hemodinámico. Además presenta PCR virus Gripe B positivo. Tras su ingreso, la paciente comienza con hipotensión arterial, bradicardia extrema, muy mala perfusión periférica, acidosis metabólica, lactato 14, por lo que es preciso comenzar con apoyo inotrópico con Adrenalina y Noradrenalina, intubación endotraqueal, reposición de la precarga hasta adecuarla. Ante estos hallazgos, el diagnóstico que se plantea es:**

- A) Shock cardiogénico secundario a miocarditis aguda fulminante, probablemente de origen viral.
- B) Shock cardiogénico secundario a miocardiopatía arritmogénica.
- C) Shock cardiogénico secundario a miocardiopatía inflamatoria crónica.
- D) Shock cardiogénico secundario a síndrome coronario agudo.

**128 En el caso anterior, a pesar de apoyo inotrópico y adecuación de volumen, la paciente continua con mala perfusión periférica, acidosis metabólica con lactato progresivamente en ascenso, por lo que debemos plantearnos:**

- A) Shock cardiogénico INTERMACS 2. SCAI C. Colocación de balón de contrapulsación.
  - B) Shock cardiogénico INTERMACS 1. SCAI D. Colocación de asistencia circulatoria ECMO AV +/- Impella®.
  - C) Shock cardiogénico INTERMACS 4. SCAI B. Solo precisa apoyo inotrópico.
  - D) Ninguna de las anteriores es cierta.
- 

**CASO PRÁCTICO 19:**

**Mujer de 21 años, inmigrante subsahariana, sin antecedentes personales de interés ni controles gestacionales previos. Fue ingresada en situación de parto inminente. Éste fue un parto instrumentado por progresión inadecuada del mismo. Tuvo un sangrado ligeramente superior a lo normal, pero sin inestabilidad hemodinámica ni precisar trasfusión de hematíes. Los datos recogidos a su llegada a paritorio eran: PA 134/88 mmHg, FC 102 spm, FR 20 rpm. SpO<sub>2</sub> 99% aire ambiente. Se reseña soplo sistólico I-II/VI polifocal y edemas maleolares. El hemograma muestra una hemoglobina (Hb) 10,9 g/dL, 16.000 Leucocitos/mm<sup>3</sup>, 170.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. Estudio de Coagulación dentro de la normalidad y bioquímica básica con glucemia 95 mg/dL, urea 28 mg/dL con creatinina 0,71 mg/dL, Na<sup>+</sup> 138 y K<sup>+</sup> 3,8 mEq/L. La analítica de orina estaba dentro la normalidad. A las 24 h de dar a luz, nos avisan desde planta por cifras de Presión Arterial (PA) elevadas con PA Sistólicas que no han descendido de 170 mmHg pese a tratamiento con Hidralacina pautado con incremento de dosis. La paciente se queja de cefalea intensa, visión borrosa y está bradipsíquica. FC 110 spm; SpO<sub>2</sub> 99% aire ambiente, sin cambios en la exploración descrita. No ha habido un control estricto de diuresis y refiere que solo ha orinado dos veces desde el parto. La analítica de control encontramos Hb 9,8 g/dL; 20.000 leucocitos/mm<sup>3</sup>; 100.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>, tiempos de coagulación normales incluido fibrinógeno y dímero D. Glucemia 84 mg/dL, Urea 40 con Creatinina 1,1 mg/dL; Na<sup>+</sup> 136 y K<sup>+</sup> 3,9 mEq/L.**

---

**129 Ante estos hallazgos, ¿cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA?**

- A) La ausencia de proteinuria no excluye la preeclampsia.
- B) El 5% de los casos de preeclampsia ocurren en parto/postparto inmediato.
- C) En principio es una preeclampsia de características severas.
- D) Estamos ante una hipertensión gestacional mal controlada.

**130** Decidimos ingreso en UCI para monitorización, tratamiento y descartar complicaciones. La analítica de control -obtenida en planta antes e ingresar en UCI- mostraba los resultados comentados anteriormente, a lo que se añade Gasometría venosa: pH 7,35; PCO<sub>2</sub> 41 mmHg; Bic. Total 23 y EB -1 mEq/L, Ac Láctico 0,8 mmol/L. Indique cuál de las siguientes respuestas es ERRÓNEA:

- A) Iniciaremos tratamiento con Labetalol en perfusión continua, con el objetivo de mantener unas Presiones Arteriales menores de 140/90 mmHg.
- B) Para la profilaxis de las convulsiones administraremos Sulfato Magnésico hasta 24-48h después del parto.
- C) No es necesaria en este caso la dosis de carga de Sulfato Magnésico.
- D) Puede tratarse de una Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT).

**131** En las primeras 48 de manejo en UCI, la sintomatología es muy similar. Se optimiza la volemia, se controlan las presiones arteriales y la frecuencia cardiaca y SpO<sub>2</sub> están estables. La diuresis de 0,5 mL/kg/h. Se realiza ecografía abdominal, torácica y ecocardiografía sin hallazgos patológicos y dentro de la normalidad de un puerperio. TAC de cráneo sin hallazgos patológicos. Pero la analítica aporta los siguientes datos: Hb 8,6 g/dL; 19.000 leucocitos/mm<sup>3</sup>; 60.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>; tiempos de coagulación normales incluido fibrinógeno y dímero D. Procalcitonina normal; Glucemia 84 mg/dL; Urea 69 con Creatinina 2,83 mg/dL; Na<sup>+</sup> 136 y K<sup>+</sup> 5,1 mEq/L. Bilirrubina total 2,1 mg/dL; AST 155 U/L; ALT 105 U/L. LDH 1.180 U/L. Gasometría Arterial (FiO<sub>2</sub> 0,21): pH 7,37; PO<sub>2</sub> 96 mmHg; PCO<sub>2</sub> 36 mmHg; Bic T 21 con EB -3 mEq/L. Ac Láctico 1,1 mmol/L. Con estos hallazgos, diga cuál sería el diagnóstico MENOS probable:

- A) Preeclampsia.
- B) Síndrome HELLP.
- C) Hígado graso agudo del embarazo.
- D) Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT).

**132** En las siguientes 12 horas la paciente no mejora, manteniendo un estado de sopor, no se puede retirar la perfusión continua IV de Labetalol pese añadirle otros antihipertensivos al tratamiento. La función renal se deteriora progresivamente aumentando la creatinina a 4,1 mg/dL. La Hb es de 7,6 g/dL con unas plaquetas que bajan a 48.000/mm<sup>3</sup>. La función hepática no ha variado significativamente, pero la LDH es de 3.850 U/L. Ante esta evolución nos plantearíamos otros diagnósticos, recurriendo a una reevaluación clínica y a diferentes pruebas complementarias. De las siguientes respuestas diga cuál es la correcta:

- A) El análisis de Tirosina quinasa 1 soluble tipo fms (sFlt-1) y el Factor de crecimiento placentario (PlGF) son de ayuda para el diagnóstico de preeclampsia/HELLP.
- B) Una actividad de ADAMS 13 menor del 10% excluye la púrpura trombocitopénica trombótica (PTT).
- C) El diagnóstico del Síndrome Hemolítico Urémico atípico (SHUa) se hace por los niveles del complemento en la analítica ordinaria.
- D) En procesos iniciados preparto, la evolución desfavorable tras el parto avala el diagnóstico de preeclampsia/HELLP.

**133 Sobre los últimos datos del caso clínico, ¿cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA?**

- A) La analítica cumple criterios de síndrome de HELLP.
- B) Aunque la paciente no la presenta, la ictericia es frecuente en el síndrome de HELLP (> 35%).
- C) El síndrome de HELLP puede ser considerado como una preeclampsia muy severa.
- D) Ampliar la analítica para diagnosticar una microangiopatía trombótica (MAT), aunque la preeclampsia/HELLP se pueden considerar una MAT.

**134 Extendemos la analítica para conocer si estamos ante una microangiopatía trombótica (MAT). ¿Cuál es de las siguientes respuestas, NO es un criterio para el diagnóstico de la MAT?**

- A) Sospecha clínica (afectación de más de un órgano) con trombocitopenia y datos de hemólisis.
- B) Es necesario un frotis de sangre con presencia de esquistocitos, y la haptoglobina es indetectable o muy baja.
- C) El test de Coombs nos diferencia las causas inmunes de no inmunes.
- D) El estudio de coagulación muestra tiempos alargados y/o disminución del fibrinógeno.

**135 Si nos planteamos que fuese una Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) adquirida en el embarazo, ¿cuál de las siguientes es INCORRECTA?**

- A) La PTT en el embarazo se manifiesta más frecuentemente en el 3<sup>er</sup> trimestre y postparto.
- B) Clínicamente es más frecuente el fracaso renal que los síntomas neurológicos.
- C) Iniciaríamos plasmaféresis con fluido de reemplazo plasma fresco congelado.
- D) El tratamiento se complementa con corticoides 1 g/día x 3 días, valorando añadir inmunosupresores.

**136 Con los resultados de laboratorio, el contexto y la evolución, descartan la PTT y preeclampsia/HELLP, nos abocan al diagnóstico de Síndrome Hemolítico Urémico atípico (SHUa). ¿Cuál debe ser su actitud terapéutica?**

- A) Debería hacer uso de una atención multidisciplinar desde el principio (mejora resultados clínicos y costes).
- B) El tratamiento del SHUa es el Eculizumab.
- C) El Eculizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado recombinante que se une con alta afinidad al C5, e inhibe la activación del complemento terminal C5a y C5b-9.
- D) Debemos vacunar al paciente contra el virus hepatitis A ante el riesgo de infección generado por el Eculizumab.

---

#### **CASO PRÁCTICO 20:**

**Paciente de 58 años, con antecedentes personales de fumador, hipertenso y dislipemia, en el ECG presenta una taquicardia ventricular monomorfa sostenida, y tiene TAS de 50 mmHg, estando el paciente mal perfundido.**

---

**137 ¿Qué actuaciones le parecen más adecuadas?**

- A) Realizar ECG 12 derivaciones, leve sedación y cardioversión eléctrica.
  - B) Realizar historia clínica y antecedentes familiares, ECG 12 derivaciones tras la cardioversión y ecocardiograma.
  - C) Si sospecha de cardiopatía isquémica, solicitar coronariografía urgente.
  - D) Todas las anteriores son correctas.
- 

**CASO PRÁCTICO 21:**

**Avisan desde la planta de cirugía por un paciente de 35 años, ingresado en el postoperatorio de un neo de colon, porque está taquipnéico e hipotenso. A nuestra llegada el paciente lo encontramos con sudoración fría, FC a 120 l/m, taquipnéico 35 rpm, SatO<sub>2</sub> basal del 85%, TAS 80 mmHg. Comenzamos la reanimación con oxígeno, volumen, y lo ingresamos en UCI, realizándose un ecocardiograma de forma inmediata, analítica con hemograma, coagulación, dímero D y troponinas cardiacas. En el ecocardiograma encontramos un VD dilatado con cociente basal VD/VI > 1, con signo de McConnell.**

---

**138 ¿Qué tratamiento le parece más adecuado?**

- A) Embolectomía percutánea o quirúrgica, dado que es un paciente postoperado.
  - B) Fibrinólisis sistémica.
  - C) Si la situación clínica me lo permite, realizaría un Angio-TAC.
  - D) Las respuestas A) y C) son correctas.
- 

**CASO PRÁCTICO 22:**

**Paciente de 55 años que acude a urgencias por alteración del nivel de conciencia. A su llegada a Urgencias TA: 180/120, Fc 100 l/m, Glucemia capilar normal, Glasgow 12/15 y NISHH de 20. Ante la sospecha de accidente cerebrovascular, se realizó TAC de cráneo sin observar alteraciones, y electrocardiograma con infradesnivel del segmento ST en cara inferior. Se comienza con tratamiento con Labetalol i.v. en bolos y posteriormente en perfusión continua. Pero el paciente continúa con progresión del cuadro neurológico con disminución de GCS a 10, apareciendo hemiparesia izquierda, además de hipotensión arterial. Se solicita nuevo TAC donde no se evidenció alteración patológica, y en ese momento se realiza angio-TAC de cráneo, el cual no mostró alteración patológica en la vasculatura cerebral, pero se evidencia al introducir el contraste un flap de disección carotídea.**

---

**139 ¿Qué diagnóstico se plantearía, y qué actuaciones realizaría?**

- A) Progresión de ictus isquémico, y realizaría fibrinólisis
- B) Es una emergencia hipertensiva, y me plantearía el control estricto de TA.
- C) SCA y me plantearía realizar coronariografía.
- D) Ante la sospecha de disección aguda de aorta torácica, realizaría un angioTAC toracoabdominal.

---

**CASO PRÁCTICO 23:**

**Paciente ingresado en UCI, conectado a ventilación mecánica en prono por SDRA con hipoxemia grave, por lo que mantenemos al paciente con analgesia y sedación profunda, y con RNM.**

---

**140 En cuanto a la monitorización más adecuada, y los niveles más adecuados de esta monitorización, serían:**

- A) RASS de - 5, TOF hasta 2 ó 3 respuestas con agotamiento, NOL entre 10-25.
  - B) RASS de -3, TOF sin respuesta, NOL < 10.
  - C) RASS de 0, TOF sin respuesta, NOL > 25.
  - D) No preciso de ninguna monitorización con respecto a la sedanalgesia y relajación neuromuscular.
- 

**CASO PRÁCTICO 24:**

**Paciente de 70 años, con historia de astenia de 2 meses de evolución, e hipotensión relativa en ese periodo que le ha obligado a dejar de tomar su tratamiento antihipertensivo. La trae el sistema de emergencias a Urgencias de nuestro centro por bloqueo auriculoventricular de alto grado. A la exploración física destaca mal estado general, con tendencia al sueño, mal perfundida. TAS: 70 mmHg, TAD: 35 mmHg, Fc: 35 lm, SatO<sub>2</sub>: 98% basal. AC: Soplo sistólico más audible en foco aórtico. ECG: bloqueo AV completo. Analítica destaca: Lactato de 8. Leucocitos 11.400 con 86% de neutrófilos. Hb 10.6, Plaquetas 225.000, Coagulación normal. PCR 76. PCT 0,45. Glucemia: 110.**

---

**141 Señale las actuaciones a seguir en ese momento que le parezcan más correctas:**

- A) Comenzar con Adrenalina y valorar respuesta.
- B) Comenzar con Adrenalina y, si no responde, colocación de MP transitorio.
- C) Comenzar con Adrenalina, si no responde colocación de MP transitorio, y además debemos realizar una ecocardiografía urgente.
- D) Comenzar con Atropina y valorar respuesta.

**142 En el caso anterior, comenzamos con Adrenalina en perfusión continua con buena respuesta inicial. Se realiza ecocardiografía: Válvula aórtica engrosada, con imagen de vegetación grande que condiciona regurgitación aórtica severa, presentando a nivel del plano posterior del anillo aórtico imagen compatible con absceso perivalvular aórtico sin flujo en su interior y sin imágenes sugestivas de fistulización. Válvula mitral sin imágenes propias de vegetaciones, con buena apertura y regurgitación leve. Función sistólica ventricular izquierda conservada. La paciente, a pesar de tratamiento con Adrenalina, presenta de nuevo BAVC, a frecuencia ventricular muy baja. Actuaciones a seguir:**

- A) Colocación de MP urgente. Toma de hemocultivos. Plantear cirugía cardiaca urgente.
- B) Colocación de MP urgente. Toma de hemocultivos. Comenzar tratamiento antibiótico con Cloxacilina + Ampicilina + Ceftriaxona. Plantear cirugía urgente.
- C) Colocación de MP urgente. Toma de hemocultivos. Comenzar tratamiento antibiótico con Daptomicina + Ceftazidima-Avibactam. Plantear cirugía urgente.
- D) Plantear cirugía urgente como única medida.

---

### **CASO PRÁCTICO 25:**

En un tratamiento de HFVVC nos encontramos con la siguiente monitorización:

- Presión entrada/arterial = -180 mmHg
  - Presión prefiltro = 120 mmHg
  - Presión retorno/venosa = 60 mmHg
  - PTM = 30 mmHg
  - Presión filtrado/efluente = 60 mmHg
- 

#### **143 ¿Qué cree que está ocurriendo en el circuito?**

- A) El filtro se está coagulando, y hay que recuperar la sangre del circuito.
  - B) Se debería aumentar el ultrafiltrado para mejorar la presión de filtrado/efluente.
  - C) Hay un pinzamiento o acodo en la línea o rama arterial del catéter está "pegada a pared"
  - D) No ocurre nada extraño. Las presiones del circuito son asumibles.
- 

### **CASO PRÁCTICO 26:**

Paciente de 50 años, intervenida de cirugía valvular aórtica con BAVC de aparición en las primeras 24 h del postoperatorio, y que persiste el 4º día de postoperatorio.

---

#### **144 ¿Qué nos planteamos?**

- A) Esperar al menos 15 días para la colocación de MP.
  - B) Realizamos un ecocardiograma y comprobamos que tiene buena FE, por lo que me planteo colocación de marcapasos DDD a partir del 7º día de postoperatorio.
  - C) Realizamos ecocardiograma y comprobamos que la paciente tiene una FE < 35%, por lo que me planteo un marcapasos VVI a partir del 5º día del postoperatorio.
  - D) Realizamos un ecocardiograma y comprobamos que tiene buena FE, por lo que me planteo colocación de marcapasos DDD a partir del 15º día de postoperatorio.
- 

### **CASO PRÁCTICO 27:**

Una mujer de 79 años se ha sometido a una intervención de revascularización coronaria y una reparación de la válvula mitral. Ya en la UCI, 4 horas después de la cirugía, tras extubarse, se tiene que volver a reintubar por insuficiencia respiratoria y una importante inestabilidad hemodinámica que obliga a aumentar las dosis de las perfusiones de Noradrenalina y Dobutamina. La paciente tiene una FC de 140 latidos por minuto (en ritmo sinusal) y una PAM 60 mmHg. La PVC es de 20 mmHg, el IC es de 1,4 L/min/m<sup>2</sup>, el IRVS de 2.800 dyn/s/cm<sup>5</sup>/m<sup>2</sup>, la presión de oclusión de la arteria pulmonar 19 mmHg, la temperatura 37.6 °C, y el débito de los drenajes mediastínicos es de 40 ml durante la última hora, hemáticos. La línea arterial muestra una variación de presión de pulso del 40%. Repetimos la radiografía de tórax que no muestra anomalías importantes.

---

**145 ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

- A) Tromboembolismo pulmonar.
- B) Hemorragia.
- C) Shock postcardiotomía.
- D) Taponamiento cardiaco.

**146 En esta paciente, ¿qué prueba complementaria es necesario realizar?**

- A) TAC de tórax urgente.
  - B) Una maniobra de elevación de piernas para comprobar la posibilidad de respuesta a volumen.
  - C) Ecocardiografía.
  - D) Un ROTEM urgente y medición de los marcadores de perfusión.
- 

**CASO PRÁCTICO 28:**

Le comentan a usted desde la planta de Hematología una paciente de 62 años que, tras varias líneas de tratamiento de su linfoma difuso de células B, se ha sometido a inmunoterapia con células T modificadas genéticamente para expresar un receptor quimérico antígeno-específico (CAR-T). La paciente presenta un nivel de consciencia alterado, con una puntuación en la escala ICE de 2 puntos. Responde a la llamada, aunque con dificultad. Ha presentado una crisis comicial focal autolimitada. Tiene una TA 120/65 y una FC de 83 lpm, en ritmo sinusal. No ha tenido fiebre. Satura al 100% con unas gafas nasales.

---

**147 ¿Qué grado de ICANS tiene la paciente?**

- A) ICANS grado 1.
- B) ICANS grado 2.
- C) ICANS grado 3.
- D) ICANS grado 4.

**148 ¿Qué actitud terapéutica consensuaría con el hematólogo en este caso?**

- A) Vigilancia en la planta de hospitalización, punción lumbar, antibioterapia empírica y TAC craneal.
  - B) Traslado a la UCI y tratamiento con corticoides.
  - C) Traslado a la UCI y tratamiento con Tocilizumab.
  - D) Valoración por neurología, TAC craneal y, si es normal, tratamiento con Tocilizumab.
- 

**CASO PRACTICO 29:**

Mujer de 54 años y de 50 kg de peso, diagnosticada de miastenia gravis, en tratamiento con Piridostigmina, que aumenta la ptosis palpebral, con dificultad para la ingesta oral, disnea y dificultad para manejar las secreciones. CVF de 600 ml y una PIM de -15 cmH<sub>2</sub>O.

---

**149 ¿Qué tratamiento propondría?**

- A) Intubación orotraqueal electiva y conexión a ventilación mecánica.
  - B) Inmunosupresión con corticoides.
  - C) Inmunoglobulina 400 mg/kg durante 5 días consecutivos ó plasmaféresis 3 ó 5 intercambios durante 7 a 14 días.
  - D) Todas las anteriores son correctas.
- 

**CASO PRÁCTICO 30:**

**Mujer de 60 años, hipertensa, con antecedente de cuadro depresivo y varios intentos autolíticos, es traída a Urgencias por su familia tras encontrarla en su domicilio con bajo nivel de conciencia junto a un insecticida (clorpirifos) que parece que ha ingerido. Llega con febrícula, temblor fino en las extremidades, GCS de 8 puntos, pupilas mióticas. FC 40 lpm, PA 160/88 mmHg. Taquipnea superficial, SatO<sub>2</sub> 85% con mascarilla Venturi. Sialorrea. La determinación de colinesterasa al ingreso es de 95 U/l (5.200-12.900 U/l).**

---

**150 ¿Qué actuación NO estaría indicada?**

- A) Lavado gástrico y administración de carbón activado.
- B) Atropina vía parenteral a dosis de 1 mg cada 5-10 minutos.
- C) HDFVVC urgente.
- D) Aislamiento de la vía aérea.

**151 En el tratamiento farmacológico de la hemorragia digestiva alta (HDA), es FALSO:**

- A) El tratamiento de elección son los inhibidores de la bomba de protones. La dosis recomendada es un bolo de 80 mg i.v. seguido de una perfusión de 8 mg/h disueltos en suero fisiológico, ya que precipita en suero glucosado.
- B) No se recomienda profilaxis antibiótica, ya que no se ha demostrado que se relacione con una disminución de la mortalidad.
- C) La Somatostatina se utiliza en el tratamiento del sangrado por varices, y no se recomienda de manera sistemática en pacientes con HDA no varicosa.
- D) El tratamiento con vasoconstrictores en la HDA por varices debe iniciarse tan pronto como sea posible, y el fármaco de primera elección es la Terlipresina en bolo o en perfusión intravenosa.

**152 En el manejo de un paciente con una reagudización grave de EPOC, que hemos tenido que conectar a ventilación mecánica invasiva, ¿cuál es la respuesta correcta?**

- A) Disminuiremos la hiperinsuflación dinámica reduciendo el tiempo inspiratorio, sin tener que modificar la frecuencia respiratoria.
- B) Compensaremos con PEEP externa el 80% la PEEP intrínseca medida.
- C) El flujo inspiratorio debe ser menor de 60 L/min.
- D) El objetivo será ajustar la FiO<sub>2</sub> para tener una SaO<sub>2</sub> por encima el 95%.

**153 Con respecto a la atención en red del shock cardiogénico (SC), es cierto que:**

- A) Para lograr la estabilización precoz de un paciente con SC no secundario a IAM diagnosticado fuera del hospital, se puede transportar al centro de Nivel 3 más cercano en caso de que el traslado al centro nivel 1-2 exceda los 30 min comparado con el nivel 3.
- B) Un paciente con SC diagnosticado fuera del hospital, o que se encuentra en un centro nivel 3, se puede trasladar al centro de nivel 1 en caso de que se prevea necesidad de asistencia de alta complejidad.
- C) Respecto a la activación del equipo ECMO, se puede desplegar una unidad móvil desde el centro de nivel 1, hasta sus diferentes centros de referencia (niveles 2 y 3). Y en caso de necesidad, implantar una asistencia circulatoria mecánica de alta complejidad para asegurar el traslado de vuelta al centro de Nivel 1.
- D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.



## **INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS Opositoras:**

Las personas opositoras están obligadas a colaborar en el correcto desarrollo del examen cumpliendo las siguientes instrucciones; en caso contrario nos veríamos obligados a pedirle que abandone el examen.

**EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE A CONTINUACIÓN LE DETALLAMOS SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.**

### **SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:**

- ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELÉFONO MÓVIL (o cualquier otro dispositivo electrónico conectado a datos).
- En caso de que necesite algún dispositivo electrónico por tema médico o relacionado con medidas de seguridad en el ámbito de la violencia de género, informe de ello a su entrada en el aula, y le indicarán qué instrucciones específicas debe seguir.
- SI SE LE HUBIERA OLVIDADO DEJAR EL MÓVIL EN CASA O A UN ACOMPAÑANTE, TIENE QUE PONERLO EN CONOCIMIENTO Y ENTREGÁRSELO A LOS RESPONSABLES DEL AULA, QUE LO CUSTODIARÁN HASTA FINALIZAR SU PRUEBA:
- Para ello le entregarán un sobre con autopegado, en el que deberá escribir su DNI, nombre y apellidos, introducir el dispositivo apagado en el sobre, cerrarlo y dejarlo claramente visible en su mesa de examen para que, antes del inicio del reparto de los cuadernillos de examen, sea depositado por las personas de la organización en la mesa del responsable del aula.
- Finalizada la prueba, podrá recoger su móvil tras la presentación de su DNI.

### **SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:**

- ENCIMA DE LA MESA DE EXAMEN SÓLO PUEDEN ESTAR su documento identificativo (DNI, pasaporte), el cuadernillo de examen y la hoja de respuesta que se le entreguen, el/ los bolígrafo/s y, en su caso, una botella de agua y caramelos. Los enseres personales, como bolsos, carteras, mochilas, etc., debe colocarlos en el suelo, a sus pies.
- ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS Opositoras Y ENTRE ÉSTAS Y EL EXTERIOR, ASÍ COMO EL USO Y TENENCIA DE DISPOSITIVOS MÓVILES.
- NO ESTÁ PERMITIDO LEVANTARSE DEL ASIENTO NI SALIR DEL AULA EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SE INICIE EL EJERCICIO. Después, podrá ir al baño, siempre acompañado por uno de los vigilantes del aula.

### **SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:**

- Iniciada la prueba, si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, levante la mano y, cuando le atiendan, solicite su sustitución.
- Si entiende que existen preguntas confusas, incorrectamente formuladas o con respuestas erróneas, **LE RECORDAMOS QUE LA/S ALEGACIÓN/ES A LA/S PREGUNTA/S HA DE REALIZARSE A TRAVÉS DE LA V.E.C. EN LOS TRES DIAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

**NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.**

**ANTE CUALQUIER CUESTIÓN O INCIDENCIA QUE TENGA, LEVANTE LA MANO Y ESPERE SENTADO/A Y EN SILENCIO A QUE LE ATIENDAN LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL DESARROLLO DE LA PRUEBA.**

