

1. Según la Ley General de Sanidad, son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria:
 - A. Los españoles y los extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.
 - B. Los españoles siempre y los extranjeros sólo en los casos de urgencia o accidente.
 - C. Los españoles siempre y los extranjeros sólo en caso de embarazo.
 - D. Los españoles y los extranjeros cuando se encuentren en territorio español.

2. En el Contrato Programa entre el SAS y los Distritos de Atención Primaria se define la "demora" como la diferencia entre el día solicitado por el ciudadano y la cita obtenida en el Centro de Atención Primaria, y se considera que existe demora cuando esta diferencia es:
 - A. Superior a 12 horas
 - B. Superior a 24 horas
 - C. Superior a 36 horas
 - D. Superior a 48 horas

3. De conformidad con lo previsto en el Decreto 197/2007, los profesionales adscritos a una Zona Básica de Salud han de desarrollar su actividad organizados funcionalmente en:
 - A. Equipos de Atención Primaria
 - B. Dispositivos de Apoyo
 - C. Unidades Clínicas de Gestión
 - D. Unidades de Gestión Clínica

4. En el Servicio Andaluz de Salud la carrera profesional es de aplicación:
 - A. Al personal estatutario fijo y al personal estatutario temporal
 - B. Sólo al personal licenciado sanitario.
 - C. Al personal estatutario fijo.
 - D. A todo el personal que preste servicios en el SAS.

5. Según la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del Personal Estatutario es causa de extinción de la condición de personal estatutario fijo:
 - A. La Jubilación
 - B. La Excedencia Voluntaria
 - C. La Excedencia Forzosa
 - D. La Suspensión de Funciones

6. Respecto a las pirámides de población, cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta:
 - A. Una pirámide de población es una distribución de frecuencias por edad y sexo en la que se representa gráficamente la población más joven en la base y los ancianos en la cúspide
 - B. Las pirámides de población con morfología de pagoda se corresponden con poblaciones con alta natalidad y mortalidad.
 - C. La morfología de la pirámide de población de Andalucía actualmente es de tipo campana.
 - D. Las pirámides de población con morfología de bulbo o hucha se corresponden con poblaciones con marcado envejecimiento.

- 7.Cuál de las siguientes no es una característica de los estudios de cohortes:
 - A. Son estudios observacionales
 - B. El criterio de selección de los sujetos es la presencia o no de enfermedad
 - C. Son estudios longitudinales
 - D. Pueden ser prospectivos o retrospectivos

8. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los valores predictivos de una prueba diagnóstica es correcta:

- A. Si aumenta la especificidad de la prueba aumenta el valor predictivo positivo.
- B. El valor predictivo positivo disminuye cuando aumenta la prevalencia de la enfermedad.
- C. El valor predictivo negativo aumenta cuando aumenta la prevalencia de la enfermedad.
- D. Los valores predictivos no dependen de la prevalencia de la enfermedad.

9. En una guía de práctica clínica, una recomendación clasificada como "A" significa que esa recomendación:

- A. Se basa en la evidencia obtenida a partir de estudios de tipo descriptivo
- B. Se basa en la evidencia obtenida a partir de estudios de tipo experimental
- C. Se basa en la evidencia obtenida a partir de estudios de tipo observacional
- D. Se basa en la evidencia obtenida a partir de opiniones de expertos

10. En Estadística, determinar si dos variables cualitativas están o no asociadas, se puede realizar mediante:

- A. Chi Cuadrado.
- B. Correlación.
- C. t de Student.
- D. Análisis de Varianza.

11. El Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias se inició en el año:

- A) 1.990.
- B) 1.995.
- C) 2.000.
- D) 2.005.

12. El número de asistencias médicas realizadas en los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud en el año 2.006 fue de:

- A) 1.000.000 a 2.000.000.
- B) 2.000.001 a 3.000.000.
- C) 3.000.001 a 4.000.000.
- D) 4.000.001 a 5.000.000.

13. ¿Qué es Diraya?

- A) El sistema que se utiliza en el sistema sanitario público de Andalucía como soporte para la atención sanitaria exclusivamente en los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias.
- B) El sistema que se utiliza en el Sistema Sanitario Público de Andalucía exclusivamente para la protocolización de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias.
- C) El sistema que se utiliza en el Sistema Sanitario Público de Andalucía como soporte de la historia clínica electrónica.
- D) El sistema que se utiliza en el Sistema Sanitario Público de Andalucía para la gestión por procesos de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias.

14. Cuál de las siguientes patologías NO suele incrementarse, de forma ostensible, en las áreas de urgencias de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU), durante las estaciones de otoño-invierno, según el Plan de Alta Frecuentación de los SCCU:

- A) Cardiopatía isquémica.
- B) Insuficiencia cardíaca.
- C) Nefrolitiasis.

- D) Descompensaciones de pacientes pluripatológicos por procesos infecciosos de vías respiratorias.

15. El estándar del porcentaje de pacientes hospitalizados en la planta del hospital desde las camas de observación del área de urgencias es, según el Plan Funcional de los SCCU:

- A) El 75 % de pacientes pueden ser dado de alta después de solucionar o estabilizar su proceso y el otro 25 % precisa ingreso hospitalario.
- B) El 25 % de pacientes pueden ser dado de alta después de solucionar o estabilizar su proceso y el otro 75 % precisa ingreso hospitalario.
- C) El 50 % de pacientes pueden ser dado de alta después de solucionar o estabilizar su proceso y el otro 50 % precisa ingreso hospitalario.
- D) El 90 % de pacientes pueden ser dado de alta después de solucionar o estabilizar su proceso y el otro 10 % precisa ingreso hospitalario.

16. El número de Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) de los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud son:

- A) De 5 a 15.
- B) De 16 a 20 SCCU.
- C) De 21 a 26 SCCU.
- D) De 27 a 35 SCCU.

17. El color negro se emplea en el triage de las emergencias colectivas para identificar a los pacientes que:

- A) Han fallecido.
- B) Presentan hemorragia de 500 a 1.000 ml.
- C) Presentan quemaduras de 2º grado (>30%).
- D) No están afectados inicialmente en su salud.

18. ¿Cuál de las siguientes técnicas NO es adecuada para establecer un acceso definitivo y aislamiento de la vía aérea:

- A) Colocación de mascarilla laríngea.
- B) Traqueotomía.
- C) Intubación retrógrada.
- D) Colocación de Fastrach.

19. Los 3 componentes de la escala de coma de Glasgow (GCS) son:

- A) Respuesta pupilar, respuesta motora y respuesta verbal.
- B) Focalidad motora, respuesta verbal y respuesta pupilar.
- C) Respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora.
- D) Focalidad motora, respuesta verbal y focalidad pupilar.

20. ¿Cuál de los siguientes NO es un efecto farmacológico de las benzodiazepinas? :

- A) Sedación, hipnosis y ansiolisis, con amnesia anterógrada.
- B) Ligera hipotensión. Más acentuada en situaciones de estrés e hipovolemia.
- C) Depresión respiratoria.
- D) Aumento del consumo de Oxígeno y Presión Intracerebral (PIC).

21. ¿Qué energía bifásica debe emplearse para la primera descarga en un adulto que presenta un ritmo desfibrilable en un desfibrilador manual en el que el fabricante no reseña la energía aconsejada?

- A) 100 julios (J).

- B) 200 julios (J).
- C) 300 julios (J).
- D) 360 julios (J).

22. Ante un paciente comatoso (GSC 8/15) con sospecha de adicción al consumo de drogas, ¿cuál es la primera actuación que usted realizaría?:

- A) Administración de naloxona intravenosa.
- B) Administración de flumazenilo intravenoso.
- C) Asegurar la vía aérea.
- D) Administración de tiamina intramuscular.

23. En el politraumatizado grave se debe evaluar en primer lugar:

- A) Nivel de conciencia (Glasgow).
- B) Que las vías aéreas estén permeables y si no lo están despejarlas y protegerlas.
- C) Buscar hemorragias arteriales y controlarlas con presión directa.
- D) Inmovilizar las fracturas.

24. La presencia de aire en la vena porta en un adulto es sugestivo de:

- A) Perforación duodenal alta.
- B) Obstrucción de intestino delgado.
- C) Pancreatitis aguda enólica.
- D) Isquemia intestinal evolucionada.

25. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la ventilación sin equipo?:

- A) La duración de cada insuflación debe ser de aproximadamente un segundo, confirmando cada vez la elevación torácica.
- B) Entre cada insuflación se dejan unos 3-4 segundos, hasta que ha descendido totalmente el tórax.
- C) Se realiza mediante la insuflación de aire espirado, que contiene un 36-48% de O₂.
- D) La relación compresiones torácicas – ventilaciones de rescate con un solo reanimador se aconseja que sea: 30:2.

26. ¿Cuál es el medicamento de primera elección para el tratamiento de la taquicardia supraventricular paroxística?:

- A) Verapamilo.
- B) Diltiazem.
- C) Adenosina.
- D) Amiodarona.

27. ¿Cuál de estas respuestas es verdadera con respecto a la punción lumbar?:

- A) El lugar de la punción está situado en el punto de intersección de una línea imaginaria entre ambas espinas ilíacas antero inferiores y el eje de la columna vertebral.
- B) Debe realizarse con el paciente en el borde de la cama tumbado en decúbito supino.
- C) El espacio ínter espinal L3-L4 es el lugar de punción donde existe menos riesgo de puncionar la médula

- D) Introducir el trócar sin el fiador y cuando se obtengan las muestras necesarias de LCR, introducir fiador y retirar ambos.

28. Cual de las siguientes no se considera una contraindicación absoluta de la realización de una endoscopia alta:

- A) Cardiopatía isquémica.
- B) Hipoxia severa.
- C) Perforación digestiva.
- D) Subluxación atloaxoidea.

29. En la atención al paciente traumatizado grave en un Servicio de Urgencias Hospitalaria, ¿cuál de los siguientes estudios radiológicos no es básico para la valoración inicial?

- A) Radiografía lateral columna cervical.
- B) Radiografía anteroposterior de tórax.
- C) Radiografía simple de abdomen.
- D) Radiografía anteroposterior de pelvis.

30. Ante un paciente de 75 años con antecedentes de cardiopatía embolígena, con dolor abdominal difuso sin clara irritación peritoneal, diarrea sanguinolenta y acidosis metabólica pensaría en:

- A) Pancreatitis.
- B) Obstrucción intestinal
- C) Perforación.
- D) Isquemia mesentérica.

31. En relación con las maniobras de RCP avanzadas indica la FALSA:

- A) Una vez objetivada la presencia de fibrilación ventricular / taquicardia ventricular, se debe realizar una descarga con el desfibrilador, (150 – 200 J en bifásicos ó 360 J en los monofásicos) comenzando seguidamente con las compresiones torácicas, sin volver a valorar el ritmo, ni comprobar la presencia de pulso.
- B) El aporte de bicarbonato puede producir un efecto paradójico, agravando la acidosis en el sistema nervioso central y a nivel intracelular, incluida la fibra miocárdica.
- C) Las tasas de supervivencias de la asistolia suelen ser peores cuando se presenta asociada a hipotermia, ahogamiento, intoxicación medicamentosa, bloqueo A-V completo por afectación trifascicular o bradicardia extrema.
- D) El cloruro cálcico puede ser especialmente útil en casos de intoxicación por antagonistas del calcio, hipocalcemia e hiperpotasemia.

32. En la evaluación del déficit neurológico dentro del Reconocimiento Primario del Soporte Vital al Traumatizado Grave, es FALSO que:

- A) Se debe usar la Escala de Glasgow para valorar el nivel de conciencia.
- B) Exploraremos las pupilas.
- C) Valoraremos detenidamente la sensibilidad en caso de sospecha de lesión medular.
- D) Buscaremos la existencia de focalidad motora.

33. La Ventilación Mecánica No Invasiva es una técnica que

- A) Se debe de aplicar a todos los enfermos con Fallo Respiratorio Agudo Hipoxémico.
- B) Se considera primera línea terapéutica a los enfermos con Edema Pulmonar Cardiogénico severo.

- C) Tiene indicación exclusiva en el Fallo Respiratorio Agudo Hipercápnico.
- D) Se debe de aplicar a todos los enfermos con Fallo Respiratorio Agudo Hipoxémico y tiene indicación exclusiva en enfermos con Fallo Respiratorio Agudo Hipoxémico.

34. La dosis y forma de administración de la meperidina (Dolantina®) ante un dolor severo es de:

- A) 25-50 mg diluido en 100 mL S. Salino a pasar en 1-2 h. IV.
- B) 25-50 mg/Kg en bolo IV.
- C) 0.01 mg/Kg en Intramuscular.
- D) 0.05 mg/Kg diluido en 100 mL S. Salino a pasar en 1 h. IV. y 0.05 mg/Kg subcutáneo.

35. En relación a los indicadores del Proceso Dolor Abdominal, es FALSO que:

- A) El alivio del dolor con analgésicos a pacientes con dolor abdominal agudo facilita la evaluación clínica, es seguro y humano.
- B) El informe clínico permite la comunicación entre niveles asistenciales, facilita la asistencia y evita actuaciones innecesarias al paciente.
- C) La realización de un ECG en los pacientes de más de 45 años con dolor abdominal debe de ser una práctica habitual.
- D) Se considera asistencia inmediata a la prestada en las dos horas siguientes a la demanda.

36. Sobre la Obstrucción intestinal es cierto que:

- A) El dolor abdominal es continuo y localizado al origen de la obstrucción.
- B) La deshidratación es infrecuente en su evolución.
- C) El vólvulo intestinal da una imagen en "grano de café" en la radiografía de abdomen.
- D) No suele existir dolor en los pacientes diabéticos.

37. La complicación más frecuente y grave de un cuerpo extraño en recto es:

- A) Sepsis.
- B) Obstrucción intestinal.
- C) Perforación.
- D) Incontinencia anal.

38. La causa más frecuente de hemorragia digestiva alta es:

- A) Varices esofágicas y gástricas.
- B) Gastritis erosivas y esofagitis.
- C) Síndrome de Mallory Weiss.
- D) Enfermedad ulceropéptica (úlceras gástricas, duodenales y del estoma).

39. En el Síndrome Diarreico, ¿cuál de las siguientes respuestas es verdadera?

- A) La Diarrea es una manifestación poco común en la Urgencia representando menos del 1% de las consultas.
- B) Con mucha frecuencia es un trastorno benigno que cede de forma espontánea y se puede tratar en función de los síntomas.
- C) La Diarrea Aguda se define como Diarrea de tres semanas de evolución.
- D) El empleo regular de cultivos en heces arroja resultados positivos en un 45-60% de los casos.

40. De las siguientes respuestas sobre la Pancreatitis Aguda, cual es la correcta:

- A) Los niveles de amilasa en sangre se correlacionan con la gravedad.
- B) La lipasa en sangre tiene mayor sensibilidad y especificidad que la amilasemia.
- C) El TAC de abdomen se debe realizar de forma ineludible ante la sospecha de pancreatitis.

D) La escala APACHE II tiene poco valor en la evaluación de la gravedad de los pacientes con pancreatitis.

41. La acción de la lactulosa en el tratamiento de la encefalopatía hepática es:

- A) Realizar aporte hidrocarbonado.
- B) Reducir la formación de amoníaco.
- C) Actuar como resina de intercambio iónico.
- D) Proteger la mucosa del esófago.

42. En el tratamiento inicial del Edema Agudo de Pulmón franco, con cifras de Presión Arterial elevadas, NO utilizaremos como primera línea de tratamiento:

- A) Furosemida IV.
- B) CPAP con mascarilla de Boussignac.
- C) Nitroglicerina en perfusión continua.
- D) Dobutamina en perfusión continua.

43. ¿Cual es la cardiopatía congénita que se diagnostica más frecuentemente en la edad adulta?

- A) Comunicación Interauricular.
- B) Comunicación Interventricular.
- C) Estenosis válvula pulmonar.
- D) Coartación aórtica.

44. En relación con el Proceso Dolor Torácico señala la respuesta VERDADERA:

- A) La evaluación inmediata de gravedad del paciente, no debe de ser dirigida (anamnesis enfocada al dolor torácico, exploración física cardiovascular...), porque disminuye la calidad de dicha evaluación.
- B) El ECG tiene que ser realizado siempre (incluso a pacientes conocidos, en que se descarta razonablemente la existencia de patología potencialmente grave).
- C) En el dolor torácico con indicios de gravedad, se evitarán en lo posible las inyecciones intramusculares.
- D) La determinación de la mioglobina, al ser muy específica, no debe usarse con otro marcador sino de forma aislada.

45. Nos encontramos ante un enfermo con Pericarditis Aguda en Urgencia

- A) En la Pericarditis aguda la intensidad del roce pericárdico cuando se detecta es más acusada con el enfermo en decúbito supino.
- B) La Ecocardiografía es el método más sensible para descubrir el derrame pericárdico que suele acompañar a la Pericarditis Aguda.
- C) Finalmente se ha descartado la pericardiectomía como alternativa terapéutica a la clínica refractaria al tratamiento y recurrente.
- D) La causa más frecuente de Pericarditis Aguda es la neoplasia metastásica.

46. Ante una paciente de 24 años de edad que consulta por palpitaciones como único síntoma, PA 120/65 mm Hg., y ECG con taquicardia de QRS fino, rítmica, a 180 spm, el tratamiento a seguir sería:

- A) Cardioversión eléctrica previa sedación con propofol.
- B) Maniobras vagales y si no revierte adenosina en dosis crecientes.
- C) Amiodarona como 1ª elección.
- D) Digitalización rápida IV.

47. Ante un paciente en Shock y con ingurgitación de venas yugulares, ¿cuál es el diagnóstico MENOS probable como su origen?:

- A) Infarto agudo de miocardio de ventrículo derecho.

- B) Sección medular a nivel de D8.
- C) Taponamiento pericárdico.
- D) Tromboembolismo pulmonar masivo.

48. En un paciente que ha presentado un episodio sincopal, los tiempos de comienzo y recuperación orientan a un diagnóstico inicial de sospecha, señale la opción INCORRECTA:

- A) Comienzo y recuperación rápida sugiere arritmia cardíaca.
- B) Comienzo rápido y duración prolongada sugiere crisis epiléptica.
- C) Comienzo lento y recuperación prolongado sugiere síncope de origen reflejo como por ejemplo síncope vasodepresor.
- D) Comienzo y recuperación lenta sugiere causa o componente metabólico.

49. Ante un paciente de 65 años, hipertenso, y con dolor abdominal de inicio brusco en región lumbar y shock grave asociado a distensión abdominal, deberemos descartar en primer lugar:

- A) Cólico nefrítico.
- B) Pielonefritis grave.
- C) Rotura de aneurisma aórtico.
- D) Isquemia medular.

50. ¿Cuál de las siguientes respuestas es verdadera con respecto al Fallo Respiratorio Agudo en Urgencias?

- A) Ante cualquier grado tipo de Fallo Respiratorio Agudo nuestra respuesta debe ser oxigenar a flujos altos como primera medida.
- B) Ante una Emergencia de origen desconocido nuestra respuesta debe ser oxigenar a flujos altos como primera medida.
- C) Ante cualquier tipo de Fallo Respiratorio Agudo nuestra respuesta debe ser aplicar O₂ en Gafa Nasal a 2 l/mto.
- D) Ante cualquier tipo de Fallo Respiratorio Agudo nuestra respuesta debe ser aplicar O₂ por mascarilla al 40% .

51. En un EPOC agudizado la oxigenoterapia inicial debe ser de:

- A) Alto flujo y alta FiO₂ hasta conseguir SpO₂ 98-100%.
- B) Bajo flujo y alta FiO₂ hasta conseguir SpO₂ 95-100%.
- C) Alto flujo y FiO₂ baja hasta conseguir SpO₂ 87-92%.
- D) Se administra estándar con gafas nasales a 4 L/min.

52. Con respecto a la crisis asmática ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

- A) La crisis asmática requiere para su tratamiento hospitalización en la mayoría de los casos.
- B) La ausencia de murmullo vesicular en la auscultación de una crisis asmática severa indica gravedad extrema.
- C) La ausencia de murmullo vesicular en la presentación de una crisis asmática indica mejoría clínica.
- D) La ansiedad es un componente ocasional dentro de la clínica de una crisis asmática.

53. ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta en relación a la Neumonía de la Comunidad?

- A) Una Neumonía Comunitaria debe de ser ingresada siempre en el Hospital.
- B) El Gram del esputo en Urgencias es actualmente una técnica de diagnóstico desechada.

- C) Una Neumonía de la Comunidad en un anciano se puede manifestar con poca sintomatología específica.
- D) Las Neumonías en Urgencias que evolucionan hacia Fallo Respiratorio Hipoxémico implican una extensión de infiltrado radiológico mayor de dos tercios del parénquima pulmonar.

54. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta con respecto a la hemoptisis? :

- A) La Hemoptisis es en todos los casos fácilmente distinguible de la Hematemesis.
- B) La aparición de una Hemoptisis implica la rotura de un vaso de la pared bronquial.
- C) Ante una Hemoptisis debemos proceder a la intubación del enfermo y conexión a ventilación mecánica.
- D) Es prioritario realizar una exploración endoscópica de las vías respiratorias altas mayores de 5 mm para establecer su procedencia.

55. Tras analizar el líquido pleural obtenido evacuando por toracocentesis un derrame pleural, se aprecia que es un exudado. De entre los siguientes: ¿Cuál sospecharíamos como causa del derrame pleural?:

- A) Insuficiencia cardíaca congestiva.
- B) Neumonía bacteriana.
- C) Síndrome nefrótico.
- D) Cirrosis con ascitis.

56. Ante un paciente con Neumotórax, cual es FALSA:

- A) La técnica de diagnóstico es la Rx en inspiración y espiración máxima.
- B) En el Neumotórax espontáneo juvenil, de menos del 20%, oligosintomático y si es el primer episodio, la actitud inicial es el reposo y no drenar.
- C) La colocación del drenaje torácico se realiza a nivel 5º espacio intercostal anterior por dentro de la línea claviclar media.
- D) En el caso que sea secundario a traumatismo es frecuente la coexistencia de hemotórax.

57. Una vez activado el Código Ictus en un paciente menor de 75 años, autosuficiente, sin ictus previos, con déficit motor de 1 hora de evolución, se decide no realizar fibrinólisis por:

- A) Ictus isquémico establecido.
- B) Valoración en la escala de NIHSS de 15 puntos.
- C) Inicio de los síntomas menor de 3 horas.
- D) La TAC craneal muestra signos de infarto multilobular (hipodensidad mayor de un tercio de hemisferio cerebral).

58. Ante un paciente que llega a urgencias en coma y del que desconocemos antecedentes médicos previos y en el que no podemos saber las circunstancias en las que el paciente ha entrado en coma, debemos en primer lugar.

- A) Procede a la intubación orotraqueal del paciente.
- B) Administrar Naloxona y Flumazenil.
- C) Valoración rápida de la vía aérea, la respiración y la circulación.
- D) Determinación de tóxicos en sangre y orina.

59. Señale la respuesta INCORRECTA, en relación al delirium o sd confusional agudo:

- A) El delirium implica una alteración de la conciencia ocasionado siempre por causa orgánica.
- B) Los ancianos tienen mayor riesgo de presentar un delirium.
- C) Suele ser de comienzo gradual, con presencia raramente de alucinaciones

- D) Dentro de las causas desencadenantes se encuentra el déficit de vitamina B12 y folatos.

60. A un paciente con síndrome meníngeo se le realiza punción lumbar obteniéndose un líquido cefalorraquídeo e el que existen 800 leucocitos, de los cuales el 20% son polimorfonucleares, la glucosa es de 60 mg/dl (glucemia de 110 mg/dl), las proteínas es de 120 mg/dl y la tinción de Gram es negativa, la causa más probable del síndrome meníngeo es:

- A) Bacteriana.
- B) Viral.
- C) Neoplásica.
- D) Micótica.

61. En la neuralgia del trigémino el tratamiento médico de elección es:

- A) Carbamazepina.
- B) Ketorolaco.
- C) Opiáceos.
- D) Ibuprofeno+Paracetamol.

62. Ante una crisis convulsiva generalizada tónico-clónica en el área de urgencias la primera medida a adoptar será:

- A) Monitorizar constantes.
- B) Determinar la glucemia con tira reactiva.
- C) Mantener vía aérea permeable.
- D) Canalizar vía venosa periférica y extraer analítica.

63. De los casos referidos a continuación ¿cuál de los siguientes NO constituye un signo de alarma de la cefalea?

- A) Varón de 65 años con cefalea holocraneal, intensa y comienzo brusco.
- B) Cefalea en mujer de 32 años, migrañosa previa, que cursa con papiledema.
- C) Mujer de 35 años, con cefalea holocraneal desde hace 4 meses.
- D) Varón de 29 años, que comienza con cefalea tras el coito.

64. De las siguientes. ¿Cuál no se corresponde con el vértigo periférico paroxístico benigno?:

- A) Nistagmo vertical.
- B) Periodo de latencia de 1 a 5 segundos entre la posición de la cabeza que precipita el vértigo y el inicio del nistagmo.
- C) La intensidad del nistagmo aumenta a su máximo antes de resolverse lentamente.
- D) El cambio repetido de posición de la cabeza ocasiona que el vértigo y el nistagmo concomitante se fatiguen y se desvanezcan.

65. La presencia de los siguientes valores analíticos: glucemia > 600 mgr/dl, osmolaridad plasmática > 350 y pH = 7.45, en un paciente anciano, le hará pensar como primera opción diagnóstica en:

- A) Insuficiencia renal crónica agudizada.
- B) Cetoacidosis diabética.
- C) Descompensación hiperosmolar.
- D) Cuadro séptico.

66. Con respecto a la diabetes Mellitus tipo 1 es FALSO que:

- A) La edad de inicio es menor de 30 años.
- B) Se considera tipo 1 si el paciente no es obeso (Índice de masa corporal menor de 25).
- C) Los pacientes normotensos con albuminuria no deben recibir tratamiento con IECAs
- D) Existe cetonuria habitualmente.

67. ¿En una paciente adulta de edad media con clínica de pérdida ponderal importante de dos meses de evolución, exoftalmos, manos calientes y temblorosas, sudoración, nerviosismo y con electrocardiograma que refleja una fibrilación auricular con respuesta ventricular acelerada, que orientación diagnóstica le daría:

- A. Crisis ansiosa.
- B. Hipertiroidismo.
- C. Insuficiencia cardiaca.
- D. Intoxicación medicamentosa.

68. ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias solicitaría de inicio en un paciente con cólico renoureteral no complicado

- A. Sodio y creatinina en orina.
- B. Ecografía abdominopelvica.
- C. Estudio de coagulación.
- D. Sedimento urinario.

69. El diagnóstico diferencial más grave a considerar en un paciente de 70 años, con clínica de cólico renoureteral y que no refiere cuadros previos de cólicos renales, es:

- A) Pielonefritis.
- B) Disección aórtica abdominal.
- C) Trombosis de la arteria renal
- D) Neoplasia del aparato genitourinario.

70. Sobre el Fracaso renal Agudo pre-renal, ¿cual de las siguientes respuestas es falsa?:

- A) Se produce por baja perfusión renal.
- B) Se acompaña de oliguria casi siempre.
- C) La presión venosa central (PVC) está elevada.
- D) Suele resolverse tan pronto como se corrige el trastorno hemodinámico.

71. En la torsión testicular aguda, de qué tiempo aproximado dispone para realizar las maniobras de detorsión para asegurar la viabilidad testicular en el 80% de los casos:

- A. 6 horas
- B. 12 horas
- C. 24 horas
- D. Antes de las primeras 48 horas

72. Señale la respuesta FALSA con respecto a la vulvo-vaginitis secundaria a infección por Tricomonas vaginalis:

- A) Aunque la mayoría de los varones infectados son asintomáticos, se aconseja su tratamiento médico.
- B) El flujo característico es: escaso, blanquecino, con formación de grumos.
- C) Los nitroimidazoles son los únicos fármacos constantemente eficaces en la tricomoniasis.
- D) El Metronidazol no debe emplearse durante el primer trimestre del embarazo.

73. **En un paciente adulto con síndrome febril, sin clara orientación diagnóstica, tras la anamnesis y exploración física inicial anodina, solicitará las siguientes pruebas complementarias, EXCEPTO:**
- A) Hemograma.
 - B) Sedimento urinario.
 - C) Radiografía de tórax.
 - D) Punción lumbar.
74. **En la intoxicación por cocaína que presenta dolor torácico y ECG con alteraciones isquémicas, ¿qué medicamento está contraindicado?:**
- A) Beta bloqueantes.
 - B) Nitroglicerina.
 - C) Acido acetil salicílico.
 - D) Calcioantagonistas.
75. **Paciente con infección VIH, fiebre de 10 días, con disnea y tos seca, e infiltrado intersticial difuso en RX. Etiología más probable:**
- A) Tuberculosis.
 - B) Legionella.
 - C) Pneumocystis carinii.
 - D) Neumococo.
76. **En un paciente con diagnóstico clínico de sepsis se iniciará tratamiento antibiótico:**
- A) Tras la corrección de trastorno ácido-base.
 - B) Tras confirmar leucocitosis en el hemograma.
 - C) Lo más precoz posible.
 - D) Tras confirmar el foco que originó la sepsis.
77. **Ante una monoartritis séptica aguda, ¿cuál es el dato más concluyente para su diagnóstico?**
- A) Presencia de signos sistémicos, fiebre y decaimiento.
 - B) El dolor e inflamación sin traumatismo previo.
 - C) La valoración del líquido sinovial (artrocentesis diagnóstica).
 - D) Las pruebas complementarias sanguíneas.
78. **Un paciente que acude a urgencias refiriendo cuadro súbito de dolor lumbosacro irradiado a ambas piernas, anestesia perineal y pérdida de control del esfínter vesical, la primera posibilidad diagnóstica sería:**
- A) Estenosis raquídea.
 - B) Afectación metastásica de L5.
 - C) Síndrome de cola de caballo.
 - D) Sacroilitis.
79. **Ante un paciente anticoagulado con acenocumarol, que acude a urgencias por hematuria franca y en estudio de coagulación se aprecia un INR de 7, debemos:**
- A) Suspender tratamiento anticoagulante y realizar lavado vesical continuo tras sondaje vesical con sonda de tres vías.
 - B) Suspender tratamiento anticoagulante y administrar vitamina K oral.
 - C) Suspender tratamiento anticoagulante exclusivamente.
 - D) Suspender tratamiento anticoagulante y sustituirlo por heparinas de bajo peso molecular.

- 80. En relación con transfusión con hemoderivados, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) Cada unidad de concentrado de hematíes (CH) transfundida eleva el hematocrito (Hto) en un 3% y la hemoglobina (Hb) en 1 g/dL aproximadamente.
 - B) Pérdidas inferiores al 20% de la volemia no suelen necesitar transfusión de CH excepto en ancianos y pacientes cardiovasculares.
 - C) La transfusión de plasma fresco está indicada en el tratamiento de coagulopatías congénitas o adquiridas y no necesitan compatibilidad ABO ni Rh.
 - D) La reacción febril no hemolítica son la causa más frecuente de reacción transfusional.
- 81. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:**
- A) Las heridas por mordedura humana se infectan con mayor frecuencia que la de otros animales.
 - B) Las mordeduras de gatos suelen tener más probabilidad de producir una artritis o una osteomielitis que las de perro.
 - C) Las mordeduras de perro representan un 80 % de todas las mordeduras.
 - D) Sólo se deben suturar las heridas puntiformes penetrantes, por la escasa probabilidad de infección.
- 82. Señale la respuesta FALSA:**
- A) En la asistencia a quemados, es importante la valoración de signos de quemaduras por inhalación.
 - B) En la asistencia a heridos por energía eléctrica, se deben inmovilizar de forma adecuada por presentar a veces fracturas de huesos largos que pasan desapercibidas.
 - C) En los casos de PCR en pacientes que han sufrido hipotermia, las maniobras de reanimación deben prolongarse más de lo habitual.
 - D) El Golpe de Calor es una enfermedad muy frecuente en lugares de altas temperaturas, pero de escasa gravedad.
- 83. En relación con la intoxicación aguda, señala la asociación sustancia-sintomatología CORRECTA:**
- A) Barbitúricos - Confusión, ataxia, agitación y delirio.
 - B) Alucinógenos – letargia, hipotensión, hipotermia.
 - C) Benzodiazepinas - Somnolencia, miosis depresión respiratoria.
 - D) Antidepresivos tricíclicos – quemaduras orales, dolor, babeo.
- 84. Respecto a la neutropenia febril en el paciente Oncológico, es cierto:**
- A) Se considera cuando hay menos de 1500 neutrófilos / mm³.
 - B) Se considerará la etiología infecciosa de la fiebre cuando además haya signos de respuesta inflamatoria sistémica.
 - C) Iniciaremos el tratamiento antibiótico cuando haya aislamiento microbiológico positivo para así dirigir la antibioterapia.
 - D) Es criterio de ingreso y de aislamiento.
- 85. El impétigo es una erupción pustulosa de evolución lenta, más frecuente en la primera infancia y en niños con antecedentes de dermatitis atópica. Con respecto al tratamiento de esta entidad: ¿Cuál de las siguientes es FALSA?:**
- A) Puede tratarse de forma tópica con una pomada de mupirocina.

- B) Puede tratarse de forma sistémica con eritromicina oral.
- C) Puede tratarse de forma tópica con una pomada de aciclovir.
- D) El impétigo ampolloso puede tratarse con dicloxacilina oral.

86. En un paciente que acude al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias por una Esquizofrenia ¿Cuál de las siguientes manifestaciones alucinatorias es más frecuente que presente?

- A) Alucinaciones auditivas.
- B) Alucinaciones visuales.
- C) Alucinaciones sensitivas táctiles.
- D) Alucinaciones olfativas.

87. De las siguientes causas de pérdida aguda de visión monolateral, ¿cuál se acompaña de dolor ocular con mayor frecuencia? :

- A) Desprendimiento de retina.
- B) Neuritis optica.
- C) Hemorragia vítrea.
- D) Oclusión arterio-venosa.

88. Un paciente que acude a Urgencias por hipoacusia unilateral, y a la exploración muestra Rinne negativo en el oído afecto y Weber lateralizado a ese mismo oído, será:

- A) Es una hipoacusia de percepción o neurosensorial.
- B) Es una hipoacusia de transmisión, y la causa más frecuente es el tapón de cerumen.
- C) Es una hipoacusia mixta.
- D) La exploración fundamental sería una audiometría urgente.

89. La pre-eclampsia se caracteriza por todo lo siguiente, EXCEPTO:

- A) HTA.
- B) Proteinuria > 5gr / 24 h.
- C) Edemas.
- D) Convulsiones.

90. Al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias acude un niño que presenta impotencia funcional para la flexión del codo, dolor al movimiento de este, actitud en semiflexión. Como único antecedente traumático refiere su madre un tirón brusco del brazo. ¿Qué maniobra esta indicada?:

- A) Supinación y flexión.
- B) Pronación forzada y flexión.
- C) Flexión forzada.
- D) Hiperextensión y pronación.

91. En relación con el Proceso Atención al Trauma Grave, indica cual de las siguientes NO es una indicación de IOT (intubación oro-traqueal):

- A) Presencia de Neumotórax abierto.
- B) Fracturas maxilofaciales severas.
- C) Glasgow menor o igual a 8.
- D) Taquipnea >35 rpm. o bradipnea <10 rpm.

92. La primero que evaluaremos en un paciente con un traumatismo craneoencefálico será:

- A) El nivel de conciencia.
- B) La vía aérea.
- C) La circulación.
- D) Las pupilas.

93. De los siguientes síntomas cuál es el más característico del shock neurogénico:

- A) Pulso filiforme.
- B) Taquicardia.
- C) Vasoconstricción cutánea.
- D) Hipotensión.

94. Un paciente con un traumatismo por torsión de rodilla que se sigue de una historia de bloqueos, claudicación y derrame sinovial nos debe hacer sospechar:

- A) Lesión del ligamento cruzado posterior.
- B) Lesión del ligamento cruzado anterior.
- C) Condromalacia rotuliana.
- D) Lesión meniscal.

95. Ante la presencia de un paciente que acude por traumatismo torácico, acompañado de Tensión arterial: 70/55 mmHg., Frecuencia cardiaca: 130 spm, frecuencia respiratoria: 30 rpm, abolición del murmullo vesicular y aumento de la resonancia en el hemitórax derecho, pensaríamos que se trata de:

- A) Neumotórax a tensión.
- B) Neumotórax derecho.
- C) Hemotórax.
- D) Volet costal.

96. Señala cuál de estas respuestas es verdadera respecto a los traumatismos abdominales:

- A) Un paciente politraumatizado en coma con traumatismo abdominal penetrante y en situación de shock debe hacerse un TAC craneal antes de ir a quirófano.
- B) La ecografía abdominal es la técnica más fiable en la valoración de una perforación de víscera hueca en el traumatismo abdominal.
- C) Las fracturas costales bajas no implican una mayor probabilidad de lesión abdominal asociada.
- D) La uretrorragia no debe sondarse jamás de entrada.

97. En el transporte secundario a un Traumatismo Craneoencefálico Grave, debemos atender a muchos factores, destaque de los siguientes cuál debería conocer el celador conductor, de nuestro equipo de transporte.

- A) Debe circular a toda velocidad pues es crucial llegar a tiempo.
- B) Debe intentar mantener una velocidad constante de unos de 80 Km/h.
- C) Debe colocar al paciente en trendelenburg.
- D) Debe de tratar de reducir el tiempo de traslado al mínimo, pues con ello aumentaría la supervivencia del paciente.

98. ¿Cuál de las siguientes situaciones supone criterio de ingreso hospitalario?:

- A) Sospecha de pielonefritis no complicada en paciente adulto.

- B) Fiebre de más 39.5°C de menos de 12 horas de evolución, sin afectación del estado general.
- C) Lactante menor de 3 meses con fiebre y sospecha de infección de tracto urinario. Infección de tracto urinario en gestante de 15 semanas.
- D) Infección de tracto urinario en gestante de 15 semanas.

99. De entre los siguientes supuestos: ¿Cuál es la posición más adecuada para trasladar a un paciente en ambulancia?:

- A) Un paciente con traumatismo craneoencefálico e hipertensión se debe trasladar en posición de Trendelemburg.
- B) Los pacientes con lesión medular espinal por encima de D10, serán trasladados en posición anti-Trendelemburg.
- C) Las embarazadas en el tercer trimestre deben ser trasladadas en decúbito lateral izquierdo.
- D) En presencia de un prolapso del cordón umbilical, la embarazada debe ser trasladada en decúbito supino con piernas elevadas y abiertas para no interrumpir el flujo sanguíneo en el cordón.

100. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de una niña de 9 meses de edad que es traída a Urgencias por presentar desde hace unas 12 horas letargo, vómitos y llanto de forma intermitente, junto con la emisión de heces de color rojo oscuro. El abdomen es doloroso de forma discreta y distendido:

- A) Estenosis pilórica.
- B) Invaginación ileo-cecal.
- C) Apendicitis.
- D) Infección urinaria

PREGUNTAS DE RESERVA:

101. ¿Cual de estos fármacos está contraindicado en la crisis tirotoxicosa?:

- A) Corticoides.
- B) Acido acetil salicílico.
- C) Yoduro sódico.
- D) Propanolol.

102. En el transporte terrestre de un paciente crítico ¿cuál de estos factores no tiene repercusión sobre su fisiología?:

- A) Efectos gravitacionales (aceleración / desaceleración).
- B) Iluminación.
- C) Ruidos.
- D) Temperatura.

103. Ante un paciente con pielonefritis y fiebre (>38,3°C); taquipnea (>30 rpm); SpO₂ 91% a FiO₂ 0,4; TA 75/40 mmHg que tras 500 cc de Suero Salino pasa a 120/60, y 15% de cayados en el hemograma, y sin otros datos de interés, diremos que tiene:

- A) Sepsis leve.

- B) Sepsis grave.
- C) Shock séptico.
- D) Shock séptico leve.

SUPUESTO PRÁCTICO A (1)

Paseando por la calle tras acudir a una charla sobre la Nuevas Recomendaciones de la AHA 2005 sobre RCP, nos encontramos con una persona de aproximadamente 50 años, que llevándose la mano al cuello, presenta imposibilidad para toser y para hablar.

- 1) En este caso ¿qué maniobra estaría recomendada que realizara usted?:**
 - A) Aplicar 5 palmadas fuertes entre los omoplatos con el talón de la mano, comprobando la efectividad o no de cada una de ellas.
 - B) Comenzar con las compresiones abdominales.
 - C) Como se trata probablemente de un obstrucción leve de las vías aéreas, las maniobras están contraindicadas.
 - D) Ir en busca de ayuda.
- 2) La persona a la que estamos auxiliando, presenta disminución del tono muscular, y se cae al suelo de forma súbita, expulsando un resto de carne de la cavidad oral. Lo primero que debemos de hacer es:**
 - A) Comprobar el estado de consciencia/inconsciencia.
 - B) Abrir la vía aérea.
 - C) Llamar al 112.
 - D) Comenzar con las compresiones torácicas.
- 3) Si tras zarandear al paciente y preguntarle ¿se encuentra bien?, le responde, realizaría lo siguiente EXCEPTO:**
 - A) déjela en la posición en que está, siempre que no se exponga a mayores peligros.
 - B) intente averiguar qué le pasa.
 - C) obtenga ayuda si es necesario.
 - D) Iniciar masaje cardíaco externo.
- 4) ¿Cómo colocaría en esta situación al paciente?:**
 - A) Colocación en decúbito supino con las piernas más altas que el resto del cuerpo.
 - B) Colocación decúbito lateral con el cuerpo y piernas flexionadas.
 - C) Colocación del paciente decúbito prono con la cabeza lateralizada.
 - D) Posición estable, cercana a una verdadera posición lateral con la cabeza apoyada, y sin presión sobre el tórax.

Pasados unos minutos el paciente presenta de nuevo una pérdida de conciencia. Tras zarandear de nuevo al paciente y preguntarle “¿se encuentra bien?”, no le responde.

- 5) ¿Qué actitud de las siguientes tomaría?:**
 - A) Apertura de la vía aérea.
 - B) Avisar equipos de emergencia.
 - C) Gritar pidiendo ayuda.
 - D) Iniciar masaje cardíaco externo.
- 6) Tras pedir ayuda, se encuentra sólo, lo siguiente que realizaría sería:**
 - A) Colocar la mano en la frente del paciente, extendiendo su cabeza hacia atrás y elevar el mentón.
 - B) Colocar una mano del reanimador en la frente del paciente para fijar la cabeza sin realizar hiperextensión, mientras que con la otra mano se tracciona de la mandíbula hacia arriba.
 - C) Iniciar masaje cardíaco externo.
 - D) Se forma un gancho sobre la mandíbula entre los dedos índice y pulgar y se tira de ella hacia arriba.

- 7) En relación con el “puñetazo precordial” es FALSO que:**
- A) Se debe de realizar al confirmar una parada tras un colapso súbito.
 - B) Suele ser habitual su uso en los pacientes que presentan una parada cardiorrespiratoria encontrándose monitorizados.
 - C) La garantía de éxito tras el puñetazo es mayor en presencia de una FV que de una TV.
 - D) La mayoría de los casos comunicados de éxito fueron realizados en los primeros 10 segundos de la FV.
- 8) Si tras unos 8-10 segundos de valoración, comprueba que no respira lo siguiente sería:**
- A) Comenzar con las compresiones torácicas.
 - B) Comenzar con las ventilaciones de rescate.
 - C) Comprobar la presencia de pulso.
 - D) Explorar la presencia de heridas sangrantes activas.
- 9) ¿Cuál sería la forma más correcta de la realización de las compresiones torácicas?:**
- A) Colocándose verticalmente a la víctima, coloque los brazos semiflexionados, realizando movimientos de flexo-extensión de los mismos, con una compresión de unos 4-5 cm.
 - B) Colocándose verticalmente a la víctima, coloque los brazos rectos, realizando movimientos de balanceo de la cintura sobre el paciente, con una compresión de unos 8-10 cm.
 - C) Colocándose verticalmente a la víctima, coloque los brazos semiflexionados, realizando movimientos de flexo-extensión de los mismos, a un ritmo aproximado de unas 100 por minuto.
 - D) Colocándose verticalmente a la víctima, coloque los brazos rectos, realizando movimientos de balanceo de la cintura sobre el paciente, sin perder el contacto entre sus manos y el esternón.
- 10) ¿Cuándo comenzaría con las ventilaciones de rescate?:**
- A) Antes de comenzar con las compresiones torácicas.
 - B) Tras las primeras 10 compresiones torácicas.
 - C) Entre cada 5 compresiones torácicas.
 - D) Tras las primeras 30 compresiones torácicas.
- 11) Tras ¿cuantas respiraciones comenzaría de nuevo con las compresiones?:**
- A) Tras 1 ventilación.
 - B) Tras 2 ventilaciones.
 - C) Tras 3 ventilaciones.
 - D) Tras 5 ventilaciones.

Al poco tiempo se acerca una persona que se identifica como sanitario, ofreciéndole su ayuda.

- 12) ¿Qué relación compresiones-ventilación usarías en las maniobras?:**
- A) 30 compresiones: 2 ventilaciones.
 - B) 15 compresiones: 2 ventilaciones.
 - C) 30 compresiones: 3 ventilaciones.
 - D) 15 compresiones: 1 ventilación.

Pasados unos 3 minutos de maniobras de reanimación, acude una tercera persona que, al ver la situación fue en busca de un desfibrilador externo automático (DEA).

13) ¿Qué consideraría lo más acertado?:

- A) La persona que se encuentra con el DEA colocará los electrodos mientras la RCP sigue su curso.
- B) El personal dejará de realizar las maniobras de RCP hasta la colocación de los electrodos de forma correcta.
- C) Las maniobras de RCP se pueden continuar incluso mientras se analiza el ritmo.
- D) No se deben suspender las maniobras de reanimación ni en el momento de la descarga, ya que los nuevos DEA lo permiten.

14) En relación con la desfibrilación, señale cual de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- A) El electrodo derecho se coloca a la derecha del esternón.
- B) La pala apical se coloca en la línea media axilar, aproximadamente en el lugar que ocuparía la derivación v6.
- C) Otra posición aceptada sería un electrodo sobre el precordio izquierdo y el otro en la espalda, posterior al corazón.
- D) Es muy importante, aún en el lugar correcto, no cambiar las polaridades de los electrodos (ápex y esternón).

15) En relación con la desfibrilación, señale cual de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- A) Si conocemos que el desfibrilador es monofásico, la primera descarga debe ser de 360 J.
- B) Si conocemos que el desfibrilador produce una onda de descarga bifásica, la primera descarga debe de ser de 200J
- C) Si desconocemos si el desfibrilador es mono o bifásico, la primera descarga debe de ser de 360J
- D) Si un ritmo desfibrilable (fibrilación ventricular recurrente) reaparece tras una desfibrilación con éxito, el siguiente choque debe ser con el mismo nivel de energía que ha tenido éxito previamente.

El paciente es llevado al Hospital próximo. Ya en la sala de “Emergencias – parada”, se colocan las palas del desfibrilador y se descubre que el paciente presenta un ritmo de FV (fibrilación ventricular).

16) ¿Cual de las siguientes sería la maniobra correcta:

- A) Comprobar la existencia de pulso
- B) Reiniciar las maniobras de rcp.
- C) Maniobras de IOT (intubación oro-traqueal).
- D) Descarga de un choque (360J monofásico).

17) Tras la realización de la maniobra anterior, ¿Qué estaría indicado realizar ahora?:

- A) Comprobar la existencia de pulso.
- B) Reiniciar las maniobras de RCP.
- C) Valorar ritmo cardiaco.
- D) Descarga de un choque (150-200J bifásicos).

18) Si pasados 2 minutos, persiste la FV deberíamos:

- A) Dar un segundo choque de 360 J (monofásico).
- B) Maniobras de RCP.
- C) Maniobras de IOT (intubación oro-traqueal).
- D) Puñetazo precordial.

- 19) Seguidamente presenta una TV (taquicardia ventricular), por lo que lo siguiente que deberíamos realizar sería:**
- A) Administración de Adrenalina.
 - B) Administración de bicarbonato.
 - C) Administración de amiodarona.
 - D) Administración de lidocaína.
- 20) Si tras haber administrado el fármaco anterior y realizar una nueva descarga persiste la TV estaría indicado:**
- A) Administración de Adrenalina.
 - B) Administración de bicarbonato.
 - C) Administración de amiodarona.
 - D) Administración de lidocaína.
- 21) ¿Cuál de las siguientes técnicas de ventilación considera más eficaz en la RCP?:**
- A) Boca-boca.
 - B) Balón-mascarilla con colocación de cánula orofaríngea.
 - C) Balón-mascarilla con colocación de cánula orofaríngea, más bolsa de reservorio.
 - D) Balón-mascarilla con colocación de cánula orofaríngea, más bolsa de reservorio, más conexión a fuente de oxígeno a 15/MIN.
- 22) En cual de la siguientes arritmias no estaría indicada la cardioversión sincronizada:**
- A) Taquicardia supraventricular.
 - B) Aleteo - flutter-auricular.
 - C) Fibrilación auricular.
 - D) Fibrilación ventricular.
- 23) Si el paciente presenta una FA (fibrilación auricular). ¿Cuál de las siguientes respuestas es incorrecta?:**
- A) Es preferible el uso de un desfibrilador monofásico a uno bifásico.
 - B) Si se usa un desfibrilador bifásico debe comenzarse con una descarga de 120-150J.
 - C) Si se usa un desfibrilador monofásico debe comenzarse con una descarga de 360J.
 - D) La misma cantidad de energía se puede emplear ante la presencia de Taquicardia Ventricular con pulso.

Tras realizar al paciente una valoración según escala de Glasgow nos encontramos con: sólo abre los ojos ante un estímulo doloroso; emite sonidos incomprensibles; no presenta movimientos de las extremidades.

- 24) ¿Qué puntuación le asignaría a nuestro paciente?:**
- A) 15
 - B) 10
 - C) 7
 - D) 5
- 25) ¿En cuál de las siguientes situaciones no considera necesaria la intubación orotraqueal?:**
- A) Parada cardio-respiratoria.
 - B) Traumatismo craneo-encefálico (TCE) con Glasgow de 10 .
 - C) Insuficiencia respiratoria. Frecuencia respiratoria < de 10 respiraciones por minuto o > de 30 respiraciones por minuto.
 - D) Disminución del nivel de conciencia con Glasgow de 7, descartando causas rápidas y fácilmente reversibles como intoxicaciones, sobredosis de opiáceos o hipoglucemia.

- 26) Llegado el momento de la intubación oro-traqueal (IOT), señala la respuesta INCORRECTA:**
- A) El intento de IOT no debe de sobrepasar os 30 segundos antes de recomenzar con ventilación con bolsa-mascarilla.
 - B) Una vez intubado el paciente se debe seguir con la maniobras de compresión-ventilación 30:2.
 - C) Tras la intubación se debe confirmar la correcta colocación y fijación del tubo.
 - D) Se debe ventilar unas 10 veces por minuto.
- 27) En relación con la succinil-colina, indica cual de las siguientes repuestas es FALSA:**
- A) Puede provocar bradicardia y arritmias ventriculares.
 - B) Su acción va precedida de la aparición de fasciculaciones musculares.
 - C) Es un relajante muscular despolarizante. Provoca un bloqueo muscular potente, rápido (30 seg.) y breve (3 minutos).
 - D) Son fármacos sedantes y analgésicos, que pueden ser muy útiles como adyuvantes en la intubación en pacientes con dolor intenso.
- 28) En relación al acceso intravenoso central, señala la respuesta FALSA:**
- A) El pico de concentración de drogas es mayor cuando las drogas se inyectan en un catéter central.
 - B) Permite administración rápida de drogas vasoactivas en situación de riesgo vital.
 - C) La inserción de un catéter central no requiere la interrupción de las maniobras de rcp.
 - D) Las drogas inyectadas de forma periférica deben seguirse de un chorro de al menos 20 ml de liquido para facilitar la llegada de la droga a la circulación central.
- 29) Si en el paciente persiste la FV, señale lo INCORRECTO en relación con el uso de la adrenalina:**
- A) No se debe de interrumpir las maniobras para la administración de las drogas.
 - B) Esta indicado si tras la realización de dos choques eléctricos persiste las FV.
 - C) Se debe de administrar adrenalina cada 3-5 minutos durante la parada cardiaca.
 - D) La dosis de administración endovenosa es de 3 mg diluido en 10 ml de suero fisiológico.
- 30) Si aún persiste la FV, señala la respuesta INCORRECTA:**
- A) la administración de bicarbonato tras el retorno de la circulación espontánea no está indicado.
 - B) La administración de bicarbonato se reserva a las situaciones de hiperkaliemia o intoxicación con antidepresivos tricíclicos.
 - C) Ante la sospecha de hipomagnesemia está indicado el uso de Magnesio.
 - D) La administración de lidocaína a dosis de 1mg/Kg., está indicada si previamente la amiodarona no da resultados.
- 31) Si el paciente pasa a asistolia, ¿Cuál de las siguientes opciones considera INCORRECTA?:**
- A) Administración de 3 mg de atropina.
 - B) Revisar que las derivaciones sigan conectadas correctamente
 - C) Si se tiene duda entre la presencia de asistolia o una FV fina se debe mejor desfibrilar que realizar maniobras de compresión-ventilación.
 - D) Si están presentes ondas "P" en el trazado, puede responder a la colocación de un marcapasos.
- 32) En relación con el uso del cloruro cálcico en la PCR, indique la respuesta falsa**
- A) Su dosis aconsejada es de 3 mg/kg.
 - B) Debe de administrarse de forma precoz en cualquier parada cardiorrespiratoria.
 - C) Está indicado en presencia de hiperpotasemia.
 - D) Está indicado en presencia de hipermagnesemia.

33) En que situaciones se debe de prolongar mas de 30 minutos las maniobras de RCP

- A) Tras Golpe de calor.
- B) Electrocuci3n.
- C) Ahogamiento.
- D) Intoxicaciones.

34) ¿Cuándo NO está contraindicado la realizaci3n de las maniobras de RCP:

- A) Cuando la PCR se deba a la evoluci3n de una enfermedad irreversible.
- B) Cuando la parada cardiaca lleve m3s de 10 minutos de evoluci3n sin realizar maniobras de rcp.
- C) Cuando se aprecie midriasis bilateral.
- D) Ante la presencia de signos francos de muerte biol3gica.

Tras la estabilizaci3n del paciente, y al tercer d3a de estancia presenta dolor abdominal que ha mantenido las 72h de evoluci3n, por el que no hab3a consultado, que empeora con la ingesta, acompa3ado de nauseas. Entre sus antecedentes destaca consumo regular de alcohol (1L de vino al d3a).

Frecuencia cardiaca: 130 spm, TA: 90/70 mmHg; Temperatura: 37,2 3C.

A la exploraci3n f3sica destaca: Afebril, telangiectasias, hipertrofia parot3dea, eritema palmar, distensi3n abdominal discreta, dolor abdominal localizado en epigastrio, irradiado a espalda, refiere dolor a la palpaci3n en epigastrio con ausencia de contractura muscular refleja, y a la auscultaci3n se aprecia disminuci3n de los ruidos intestinales.

Los hallazgos de laboratorio a su ingreso son:

Hb: 14 mg/dl, leucocitos: 13.000 /mm³, glucemia: 300 mg/dl, LDH: 450 U/L, GOT: 300. estudio de coagulaci3n normal. Estudio de gasometr3a normal.

35) Con estos hallazgos, ¿que cuadro cl3nico sospechar3a?.

- A) Colecistitis.
- B) Obstrucci3n intestinal.
- C) Perforaci3n de ulcus g3strico.
- D) Pancreatitis aguda.

36) En este paciente ¿por cu3l de las siguientes sospechas etiol3gicas se inclinari3a?:

- A) Secundaria a tumoraci3n ampular.
- B) De origen liti3sica.
- C) Secundaria a hipercalcemia.
- D) De origen et3lica.

37) La forma etiol3gica de presentaci3n m3s frecuente en nuestro medio es:

- A) Secundaria a litiasis biliar.
- B) Secundaria al consumo de alcohol.
- C) Secundaria a tumores.
- D) Secundaria a causa metab3lica (hipertrigliceridemia).

38) En estos pacientes, las cifras de amilasa sangu3nea, es FALSO que:

- A) Empieza a elevarse en las primeras 2-3 horas de la enfermedad, alcanzando su pico m3ximo a las 24 horas.
- B) Las cifras de amilasemia se correlaciona con la gravedad de la enfermedad.
- C) La amilasemia puede ser falsamente normal incluso en enfermedad grave.
- D) Aunque puede aumentar en otros procesos, valores tres veces superiores al valor normal es caracter3stico de la pancreatitis aguda.

39) Durante su evoluci3n presenta decoloraci3n azulada de la piel periumbilical (cianosis periumbilical). ¿C3mo se denomina a este signo?

- A) Signo de Cullen.
- B) Signo de Gray-Turner.
- C) Signo de Chamberlain.
- D) Signo de Ogilvie.

40) En relación con la determinación de la lipasa sérica es FALSO que:

- A) Posee mayor sensibilidad y especificidad que la amilasa en el diagnóstico de pancreatitis aguda.
- B) La determinación conjunta de amilasa y lipasa aumentará el valor diagnóstico.
- C) La determinación de los niveles séricos de lipasa no es especialmente útil en el diagnóstico de los casos tardíos, debido a que disminuye en las primeras 24 horas de la enfermedad.
- D) Su determinación es útil en determinadas situaciones donde la elevación sérica de amilasa no se acompaña de elevación de lipasa como la macroamilasemia y la parotiditis.

41) ¿Cuál de los siguientes hallazgos no esperaría encontrar en este paciente?:

- A) Hipoglucemia.
- B) Hipocalcemia.
- C) Elevación de la GPT.
- D) Hiperbilirrubinemia.

42) En el estudio radiológico abdominal de estos pacientes podemos encontrar los siguientes hallazgos EXCEPTO uno que no es característico. Señale cual:

- A) Atelectasias basales, elevación del diafragma y un derrame pleural izquierdo.
- B) Presencia de gas en colon que se interrumpe bruscamente.
- C) Puede existir borramiento de la línea del psoas izquierdo.
- D) Áreas parcheadas en vidrio deslustrado en el parénquima hepático.

Se le realiza un estudio de TAC, donde aparecen imágenes sugestivas de colección líquida mal definida alrededor del páncreas.

43) Cual de las siguientes técnicas de imagen ha demostrado mayor correlación de los hallazgos con el índice de gravedad clínica:

- A) Radiografía de Tórax.
- B) Ecografía abdominal.
- C) Tomografía axial computerizada (TAC).
- D) Resonancia Nuclear Magnética.

44) Con los hallazgos encontrados en la TAC, ¿a qué grado de los siguientes de gravedad correspondería?

- A) Grado A.
- B) Grado B.
- C) Grado C.
- D) Grado D.

45) La mortalidad de estos pacientes es del:

- A) 10%.
- B) 80%.
- C) 20%.
- D) 50%

46) ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas considera la base del tratamiento de este cuadro?:

- A) Fluidoterapia.
- B) Colocación de sondaje nasogástrico con aspiración suave.
- C) Uso de antibioterapia de forma empírica.
- D) Lavado peritoneal.

47) ¿Cuál de las siguientes complicaciones locales NO espera encontrar en la evolución de estos pacientes?:

- A) Colección líquida periglandular.
- B) Presencia de tejido necrótico glandular.
- C) Presencia de colección purulenta glandular.
- D) Palpación de un tumor de tamaño variable, a veces poco definido y generalmente situado en la FID.

48) ¿Cuál de las siguientes exploraciones determina mejor la presencia de necrosis en la evolución?:

- A) TAC con contraste incrementado (TAC dinámica).
- B) TAC sin contraste.
- C) Ecografía abdominal Doppler.
- D) Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

No informa nuestra enfermera que el paciente refiere que presenta desde hace una hora dolor centrotorácico, irradiado a miembro superior izquierdo, con sensación de “apretamiento” en el cuello, acompañado de sudoración y náuseas. Se aprecia en la exploración taquicardia y ritmo de galope. En la auscultación pulmonar se aprecia crepitantes en bases.

49) Ante estos síntomas la primera sospecha diagnóstica será:

- A) Síndrome ansioso.
- B) Síndrome coronario agudo.
- C) Pericarditis.
- D) Disección aórtica.

50) Si presenta una elevación de CPK de tres veces mayor de lo normal y cifras de troponina muy elevada. En la realización del ECG se aprecia: onda “Q”, elevación de S-T, en DII, DIII y AvF. ¿Cuál sería su diagnóstico?:

- A) Infarto anterior poco extenso.
- B) Infarto anterior muy extenso.
- C) Infarto inferior transmural.
- D) Infarto posterior.

PREGUNTAS DE RESERVA

51) ¿Cuál de los siguientes marcadores cardíacos séricos sería más útil para confirmar el diagnóstico de infarto agudo de miocardio?:

- A) CPK.
- B) CPK-MB.
- C) Troponina T.
- D) LDH.

52) En relación con la rentabilidad de la determinación de la CPK, ¿Cuál de las siguientes situaciones no produce elevación de la misma?:

- A) Inyección intramuscular.
- B) Traumatismo muscular.
- C) Postcirugía.
- D) Taquicardia.

53) ¿Cuál es el tratamiento de elección para el dolor en el infarto agudo de miocardio.

- A) Morfina i.v.
- B) Meperidina i.v.
- C) Ácido acetil salicílico v.o.
- D) Nitroglicerina i.v.

SUPUESTO PRÁCTICO B (2)

Paciente de 73 años que acude a la Sección de Urgencias del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) por Disnea.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- **No alergias conocidas.**
- **Diabetes tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales, mal control de glucemias;**
- **HTA, en tratamiento con Enalapril 10 mg al día; cifras habituales 145/85 mm Hg.**
- **Fumador de menos de 1 paquete de cigarrillos al día;**
- **Infarto Agudo de Miocardio hace más de 12 años con fibrinólisis. No cateterismo posterior. Desde entonces asintomático. Hace tratamiento con Acido acetil salicílico 100 mg al día.**
- **Catarros bronquiales ocasionales. Sin estudio por neumología.**
- **No ingresos hospitalarios ni atenciones en Urgencias por patología médica.**
- **Intervenido de apendicitis cuando joven y hernia inguinal derecha, por Cirugía Mayor Ambulatoria, hace 3 semanas.**
- **Profesión: Jubilado. Vida activa y autónoma.**

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos 2 días, viene notando cansancio fácil y disnea al andar rápido, con sensación de disconfort centrotorácico que cedían al parase. Lo achacó a la inactividad por la intervención quirúrgica. Esta noche (00:30h) al acostarse comienza con asfixia que le impide estar acostado y sensación de resquemor centrotorácico que no sabe (ni puede) definir. Como vive muy cerca del Hospital es traído por su hijo.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

[Atendido a las 1:05] Regular estado general, sentado en la camilla en posición de trípode; sudoroso, mal perfundido, PA 165/100 mm Hg; Corazón rítmico a 110 spm sin soplos; taquipnéico (28 rpm) con buen murmullo vesicular y crepitantes húmedos bibasales con algunas sibilancias. Abdomen no valorable por la posición del paciente. No se aprecian edemas y los pulsos periféricos son simétricos y palpables.

- 1) El Nivel de triage aplicado a este paciente según la clasificación de Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE) es:**
 - A) Nivel I.
 - B) Nivel II.
 - C) Nivel III.
 - D) Nivel IV.
- 2) ¿A qué ubicación de Urgencias NO debe pasar el paciente una vez realizado el triage?**
 - A) Consulta convencional, sólo si fuese la única libre para su atención.
 - B) Consulta - Sala de Emergencias.
 - C) Sala de Espera.
 - D) Box de críticos.

- 3) **¿Qué medida terapéutica pondríamos siempre en todo paciente con Insuficiencia Respiratoria y de forma inmediata?**
- A) Oxigenoterapia.
 - B) Cloruro mórfico.
 - C) Nitroglicerina sublingual.
 - D) Ácido Acetil Salicílico.
- 4) **Con estos datos ¿cuál el diagnóstico de aproximación menos probable?:**
- A) Tromboembolismo Pulmonar (TEP).
 - B) Crisis Asmática.
 - C) Insuficiencia Cardíaca Aguda.
 - D) EPOC agudizado.
- 5) **¿Qué medidas diagnósticas podemos recurrir en la propia consulta de forma inmediata que nos aporten datos de valor en el caso?**
- A) ECG.
 - B) Pulsioximetría (SpO₂).
 - C) BM test.
 - D) Analítica de orina.
- 6) **La causa más frecuente de hipoxemia es:**
- A) Hipoventilación central.
 - B) Alteraciones de la difusión.
 - C) Aumento del espacio muerto.
 - D) Alteraciones del V/Q (ventilación / perfusión).
- 7) **La D(A-a)O₂ (Diferencia alveolocapilar de O₂):**
- A) Diferencia la IRA pulmonar de la extrapulmonar.
 - B) Es patológica por encima de 15-20 mm Hg.
 - C) Depende de la edad.
 - D) Todas son ciertas.
- 8) **El objetivo mínimo al tratar un paciente con Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) es:**
- A) Eliminar la cianosis.
 - B) Conseguir la mayor SO₂ posible (100-150%).
 - C) Conseguir una pCO₂ de 40 mm Hg.
 - D) Conseguir una SO₂ por lo menos de 90%.
- 9) **La FiO₂ más adecuada para tratar la IRA es:**
- A) La más alta posible para conseguir SO₂ 100%.
 - B) 0.4-0.6.
 - C) La más baja posible para conseguir SO₂ > 90%.
 - D) 1 (Cuanto más O₂ mejor).
- 10) **En un EPOC descompensado el objetivo de la oxigenoterapia inicial debe ser de:**
- A) FiO₂ hasta conseguir SpO₂ 98-100%.
 - B) FiO₂ hasta conseguir SpO₂ 95-100%.
 - C) FiO₂ baja hasta conseguir FiO₂ 87-92%.
 - D) Se administra estándar con gafas nasales a 4 L/min.
- 11) **El aparato de para realizar un ECG se está utilizando en ese momento en otro paciente. ¿Qué información nos aporta el ECG del monitor?**
- A) Si se aprecia alteración del ST estaremos ante una cardiopatía isquémica.
 - B) Si se aprecia alteración del ST cambiaremos de derivación para confirmar que es una cardiopatía isquémica.
 - C) Si no se aprecia alteración del ST cambiaremos de derivación para confirmar que es una cardiopatía isquémica.
 - D) No puede evaluar la repolarización de forma completa, solo nos da datos diagnósticos sobre el ritmo.

- 12) El ECG se realiza y se aprecia una taquicardia sinusal a 125 spm, patrón de hipertrofia de ventrículo izquierdo con patrón de sobrecarga sistólica, y descenso del ST (punto J) de 1 mm en V1-V4. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones es falsa?**
- A) Un ECG normal no descarta cardiopatía isquémica.
 - B) El patrón de sobrecarga dificulta la valoración de la repolarización en los síndromes coronarios agudos.
 - C) Un descenso del ST implica activar el protocolo de fibrinólisis.
 - D) La taquicardia sinusal no requiere tratamiento específico.
- 13) ¿Qué prueba analítica NO es indispensable solicitar desde la consulta de Urgencias en la valoración de este paciente?**
- A) Glucemia, Urea, Creatinina, iones.
 - B) Gasometría arterial.
 - C) Enzimas cardíacas.
 - D) Estudio de Coagulación.
- 14) ¿Cuál de estas analíticas nos aportaría datos, en caso de normalidad, para ayudar a descartar el tromboembolismo pulmonar (TEP)?**
- A) Estudio de Coagulación.
 - B) Dímero D.
 - C) Hemograma.
 - D) Todas ellas.
- 15) ¿Cuál de estas afirmaciones sobre la gasometría arterial en el TEP es falsa?**
- A) La $D(A-a)O_2$ (diferencia alveolo-capilar) de O_2 está elevado en el 95% de los casos.
 - B) La mayoría de los pacientes (80%) presenta hipoxemia.
 - C) La hipocapnia con hipoxemia es un patrón típico de TEP.
 - D) La gasometría arterial siempre es anormal en el TEP.
- 16) ¿Cuál de estas analíticas nos apoyaría más específicamente el diagnóstico de FVI?**
- A) NT ProBNP.
 - B) CPK.
 - C) Iones en orina.
 - D) Ninguna de ellas.
- 17) Ante la probabilidad de que el paciente esté en FVI ¿Cuál es la causa menos probable del mismo?**
- A) Emergencia hipertensiva.
 - B) SCASEST.
 - C) Taquiarritmia.
 - D) Todas.
- 18) Si estuviese en FVI, ¿qué tratamiento no iniciaríamos en consulta?**
- A) Diurético.
 - B) Vasodilatador.
 - C) Aminas (dopamina, dobutamina)..
 - D) Ninguno.
- 19) ¿Qué prueba complementaria de imagen inicial y urgente necesita este paciente?**
- A) TAC de tórax.
 - B) Rx de tórax.
 - C) Ecocardiografía.
 - D) Gammagrafía de perfusión.
- 20) ¿Sobre la técnica de imagen a realizar?**
- A) Lo mandaríamos al servicio de rayos con oxígeno.
 - B) Lo mandaríamos al servicio de rayos con oxígeno y enfermero/a.
 - C) Debe ir con médico, monitorización, oxígeno y enfermero/a.
 - D) Se debe esperar a su estabilización y realizar una Rx de tórax con portátil.

- 21) ¿A qué área debe ser enviado el paciente una vez completado la atención en consulta?**
- A) Sala de espera con oxígeno.
 - B) No debe moverse de la consulta.
 - C) Sala con monitorización y vigilancia; observación.
 - D) UCI.
- 22) ¿Una vez que monitorizamos al paciente, qué parámetros seleccionaríamos?**
- A) Pulsioximetría (SpO₂) y Frecuencia respiratoria (FR).
 - B) Presión arterial no invasiva (PANI) y Frecuencia Cardíaca (FC).
 - C) Diuresis.
 - D) Todos ellos.
- 23) Señala cuál de las siguientes afirmaciones es cierta:**
- A) La necesidad de monitorizar a un paciente viene dada por la inestabilidad clínica actual o potencial del proceso agudo que motiva la Urgencia.
 - B) La monitorización electrocardiográfica es poco fiable y de difícil interpretación.
 - C) Los artefactos son infrecuentes en la monitorización electrocardiográfica.
 - D) La monitorización no es indispensable con el uso de drogas vasoactivas.
- 24) Respecto a la pulsioximetría, podemos afirmar sin temor a equivocarnos:**
- A) Es una técnica invasiva aunque de fácil aplicación.
 - B) Detecta tanto la hipoxemia como la hipercapnia.
 - C) El uso de ventilación mecánica invalida sus mediciones al aumentar la FiO₂ real que recibe el paciente.
 - D) La mala perfusión periférica hace poco fiables las mediciones.
- 25) Especifica qué de lo afirmado es correcto sobre la presión arterial no invasiva (PANI):**
- A) El tamaño de la circunferencia del brazo no altera las mediciones de PANI.
 - B) La medición de la TA da unos valores que reflejan las cifras tensionales del paciente durante al menos 20 minutos.
 - C) La medición de presión arterial no es siempre un buen indicador del flujo sanguíneo, aunque es un dato orientador.
 - D) Todas son ciertas.
- 26) Se canaliza vía venosa con catéter tipo Drum ®. Indica cuál de las siguientes frases es FALSA:**
- A) La medición de presión venosa central requiere habitualmente medidas invasivas
 - B) La Presión Venosa Central es una medida que orienta a la precarga ventricular.
 - C) Nunca es necesario comprobar la ubicación de un catéter mediante radiología para comprobar la veracidad de las mediciones.
 - D) La columna de medida oscila con las respiraciones.

Una vez en Observación se reevalúa al paciente. Permanece taquipnéico a 30 rpm, una SpO₂ del 86% a FiO₂ de 0.5, PANI 170/90 y a una FC de 120 spm rítmico. Se aprecian signos de aumento del trabajo respiratorio y mayor sudoración con frialdad distal marcada. Los crepitantes se auscultan hasta campos superiores. El resquemor centrotorácico casi ha desaparecido. El ECG es de mala calidad por los movimientos respiratorios del paciente, pero aparentemente no hay cambios significativos.

El tratamiento aplicado en consulta, aparte del oxígeno, fue de 0.4mg de Nitroglicerina Sublingual y 40 mg de furosemida.

- 27) En las medidas generales incluiremos:**
- A) Dieta absoluta.
 - B) Reposo en cama a 45 grados.
 - C) Monitorizaremos el ECG con el desfibrilador.
 - D) Todas ellas.

- 28) De las medidas para mejorar la oxigenación en el Edema Agudo de Pulmón (EAP) ¿cuál sería la más útil en este paciente?**
- A) Mascarilla ventimask.
 - B) Sistema CPAP.
 - C) Ventilación Mecánica invasiva.
 - D) Ninguna de ellas.
- 29) ¿Cuál no es indicación de intubación orotraqueal y conexión a la ventilación mecánica en el EAP?**
- A) Cuando no se consigue $SO_2 > 90\%$ con mascarilla con reservorio.
 - B) Aparecen signos evidentes de fatiga muscular.
 - C) Falta de respuesta a CPAP o BiPAP (si se dispone).
 - D) Bajo nivel de conciencia.
- 30) Sobre la CPAP tipo Bossignac, es falso que:**
- A) Es de utilización exclusiva hospitalaria.
 - B) Utiliza un sistema de alto flujo de oxígeno que crea una válvula virtual.
 - C) Precisa de un caudalímetro de 30 L/min.
 - D) Un flujo de 15 L/min. da una CPAP de +4-5 cm H_2O .
- 31) Respecto a los diuréticos en el EAP es falsa:**
- A) Se usan los diuréticos de asa.
 - B) La furosemida tiene un efecto inicial vasodilatador directo.
 - C) La dosis es de 40/80 mg que puede repetirse según respuesta.
 - D) Puede provocar acidosis metabólica por pérdida de potasio.
- 32) El uso de la nitroglicerina en el EAP se basa en lo siguiente, excepto:**
- A) Es un vasodilatador que produce una disminución de la postcarga.
 - B) Es un vasodilatador que produce una disminución de la precarga.
 - C) Aumenta la frecuencia cardiaca.
 - D) Mejora la perfusión coronaria.
- 33) ¿Cuál de los siguientes fármacos está contraindicado en el EAP?**
- A) Propanolol.
 - B) Diltiazem.
 - C) Quinidina.
 - D) Todos.
- 34) Sobre el uso del Cloruro mórfico en el EAP es cierto:**
- A) Se puede administrar en pacientes con bajo nivel de conciencia.
 - B) Tiene un efecto de vasodilatación.
 - C) La dosis es de 7-10 mg/Kg.
 - D) No está indicado en el EAP
- 35) ¿Cuál de las siguientes drogas no utilizarías en este paciente?**
- A) Dopamina a dosis alfa.
 - B) Noradrenalina.
 - C) Isoproterenol
 - D) Ninguna de ellas.

Los resultados de las pruebas complementarias extraídas en consulta aportan los siguientes datos:

- **Gasometría arterial:** pH 7.27; PaO₂ 56 mmHg; PaCO₂ 36 mmHg; Bicarbonato Total 18 mEq/L; Exceso de Base -6 mEq/L, SaO₂ 88%.
- **Bioquímica;** Glucosa 240 mg/dL; Urea 45 mg/dL; Creatinina 1.1 mg/dL; Na 138 mEq/L; K 3.3 mEq/L.
- **CPK 98 u/L; MB <3%; Tnl: 0.01 ng/L (rango 0.0-0.1)**
- **Hemograma:** Hb 13.1 g/dL; Hto 40%; 15.550 leucocitos con neutrofilia sin formas jóvenes.
- **E. Coagulación informado como dentro de la normalidad.**
- **Rx de tórax (portátil):** Aumento índice cardio-torácico con patrón alveolar en alas de mariposa.

36) La gasometría revela;

- A) Acidosis respiratoria.
- B) Acidosis metabólica.
- C) Alcalosis respiratoria.
- D) Acidosis mixta.

37) La causa más probable de la alteración detectada en la gasometría arterial es:

- A) Mala perfusión periférica.
- B) Excesivo consumo de O₂ por la musculatura respiratoria que llega a metabolismo anaeróbico.
- C) Hipoxemia.
- D) Todas ellas.

38) Las enzimas cardíacas permiten el diagnóstico de procesos isquémicos ¿Qué es cierto con los datos que disponemos?:

- A) Se puede descartar al estar normales.
- B) No se puede descartar, es preciso seriar enzimas.
- C) No era necesario solicitar enzimas cardíacas al no tener dolor torácico típico.
- D) Ninguna es cierta.

39) El marcador de daño miocárdico que primero se eleva es:

- A) CPK MB.
- B) Tnl o TnT.
- C) Mioglobina.
- D) CPK.

40) Respecto a la sensación que el paciente refería «resquemor centrotorácico que no sabe (ni puede) definir», podemos decir que:

- A) Es un dolor torácico claramente no isquémico,
- B) La localización y el contexto clínico hace que lo consideremos como isquémico hasta que se demuestre lo contrario.
- C) Es el dolor torácico mecánico.
- D) El producido por diferentes sensaciones (asfixia, ansiedad, etc.).

41) ¿Qué pacientes pueden presentar eventos coronarios sin dolor?

- A) Alcohólicos.
- B) Ancianos.
- C) Diabéticos.
- D) Todos ellos.

El paciente va mejorando progresivamente, FR 20 rpm; SpO2 99%; FC 100 spm; PANI 125/75 mmHg. El paciente se encuentra mejor, la sensación de asfixia es escasa y no refiere dolor torácico, ha cedido la sudoración, hay mejor perfusión periférica.

Se realiza otro ECG y vemos: Ritmo sinusal con PR 180 msc, patrón de hipertrofia ventricular izquierda con patrón de sobrecarga, y el ST se ha hecho isoelectrico en V1-V4.

42) ¿Qué valor tiene el ECG en este paciente? Señala la incorrecta:

- A) Ninguno, los cambios son producidos por la hipertrofia ventricular.
- B) Tiene significancia etiológica.
- C) Tiene significancia pronóstica.
- D) Modifica la actitud terapéutica.

43) En este momento el diagnóstico es de:

- A) Insuficiencia respiratoria por TEP.
- B) EPOC agudizado con neumonía bilateral.
- C) EAP en el contexto de Sd. Coronario Agudo.
- D) Edema pulmonar de causa desconocida.

44) Como etiquetaríamos a este paciente:

- A) Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST (SCASEST) de riesgo bajo.
- B) SCASEST de riesgo intermedio.
- C) SCASEST de alto riesgo.
- D) No es un Síndrome Coronario Agudo.

45) El tratamiento específico del SCASEST de alto riesgo:

- A) Tratamiento antitrombótico: AAS + Clopidogrel
- B) Tratamiento antitrombótico: AAS + Clopidogrel + anti GPIIb/IIIa.
- C) Tratamiento fibrinolítico (TNK).
- D) Anticoagulación con dicumarínicos.

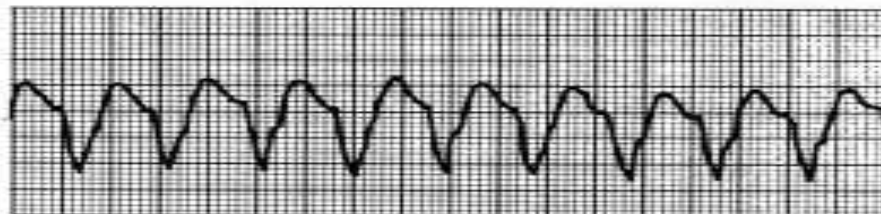
46) El destino del paciente debe ser:

- A) Observación 24h y alta para revisión por cardiólogo.
- B) Ingreso en planta pasadas las primeras 24h.
- C) Ingreso en UCI / Unidad Coronaria.
- D) Traslado en UVI móvil a Centro con Hemodinámica si no hubiese en el nuestro.

47) Completaremos el arsenal terapéutico específico de su Insuficiencia cardiaca, ahora que está más estable y puede tomar medicación VO, con:

- A) Amlodipino.
- B) Captopril.
- C) Hidralazina.
- D) Todos.

El paciente está pendiente de subir la UCI –Unidad Coronaria pasadas 2 hora de su ingreso comienza con opresión centrotorácica acompañada de náuseas y sudoración profusa. El monitor da una alarma de FC alta 180 spm y vemos el siguiente trazado:



48) Lo interpretamos como:

- A) Taquicardia con bloqueo de rama izquierda del haz de Hiss.
- B) Taquicardia de QRS ancho mal tolerada, Taquicardia ventricular.
- C) Fibrilación auricular con conducción aberrada.
- D) Taquicardia supraventricular antidrómica.

49) La actitud terapéutica es:

- A) Amiodarona en bolo IV + perfusión continua.
- B) Lincaina en bolo IV + perfusión continua.
- C) Sedar al paciente + cardioversión eléctrica.
- D) Flecainida IV.

50) El paciente sale en ritmo sinusal con un choque eléctrico, que tratamiento esta recomendado posteriormente:

- A) Amiodarona.
- B) Lincaina.
- C) Propranolol.
- D) Flecainida.

PREGUNTAS DE RESERVA

51) El Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST (SCASEST) de alto riesgo, se caracteriza por entre otras por:

- A) Angina de reposo con cambios del segmento ST ≥ 1 mm ($\geq 0,1$ mV) durante la crisis.
- B) Inestabilidad hemodinámica: hipotensión arterial, shock, edema agudo de pulmón o soplo de insuficiencia mitral.
- C) Troponina T (TnT) marcadamente elevada: TnT $\geq 0,1$ ng/mL.
- D) Todas ellas.

52) De los referidos a continuación, ¿qué fármacos han demostrado que disminuye la mortalidad en la Insuficiencia Cardíaca a largo plazo?

- A) Digoxina.
- B) Beta bloqueantes.
- C) Amlodipino.
- D) Furosemida.

53) El tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca grado III de la NYHA, es cierto que:

- A) IECA + beta bloqueantes + espironolactona a dosi bajas.
- B) Usaremos ARA II si intolerancia a IECA o beta bloqueantes.
- C) Esta indicada la digoxina + diuréticos.
- D) Todas son ciertas.

SUPUESTO PRÁCTICO C (3)

Varón de 71 años, que acude a urgencias acompañado por los DCCU, después de haber sido atropellado, al cruzar la calle, por un coche que circulaba a gran velocidad y que se dio a la fuga. Información recogida de testigos presentes del hecho por el personal del dispositivo.

A su llegada a urgencias, el paciente está frío, pálido, obnubilado y taquidisnéico (35 respiraciones por minuto). Tensión arterial: 85/50 mmHg, Frecuencia cardiaca: 135 latidos por minuto. Saturación de O2 de 89 % (con mascarilla de alto flujo).

El paciente es valorado, tratado y estabilizado, realizándosele diversas pruebas complementarias. Como quiera que llevaba la documentación encima, se pudo averiguar sus datos personales y con ellos, se accedió a su historial médico informatizado.

Se conoció entonces que el paciente padecía de Diabetes Mellitus tipo 2 desde hacía 20 años, con aceptable buen control. Había sido diagnosticado de EPOC de grado leve-moderado hacía 8 años y desde entonces había tenido dos episodios de descompensación.

También se pudo averiguar que hacía 5 años presentó un cuadro de dolor centrotorácico acompañado de alteraciones electrocardiográficas, por lo que se le realizó cateterismo, colocándosele Stent en tercio medio de coronaria derecha. El paciente también era hipertenso, bien controlado desde que inició tratamiento de su cardiopatía isquémica. En su juventud se le intervino de apendicitis aguda.

En su última visita al centro hospitalario reconoció seguir siendo fumador activo de 5-10 cigarrillos al día.

Ya en la UCI, se comenzó a recibir las pruebas complementarias.

En la radiografía de tórax se apreciaba fracturas segmentarias (afectando a dos o más sitios de la misma costilla) de 7º, 8º y 9º arcos costales izquierdos, infiltrado bilateral, con borramiento de senos costofrénicos y neumotórax izquierdo. En la TAC de tórax se confirmó la presencia de un hemoneumotórax izquierdo.

La TAC craneal y la Rx lateral de columna cervical eran normales. En el resto de estudio radiológico se apreciaba fractura intertrocantérea de fémur derecho y fractura transversal de la metáfisis distal del radio(a unos 2 cm. de la superficie articular distal del radio).

En la ecografía abdominal no se apreciaba líquido libre.

El hemograma presentaba descenso del número de hematíes, del hematocrito y de la hemoglobina. Existía leucocitosis (15.000) con neutrofilia y linfopenia discreta. Serie plaquetaria y coagulación normales (salvo ligero aumento del fibrinógeno).

En el estudio bioquímico destacaba glucemia: 325 mg/dl, Potasemia: 6 mEq/L. Ligero aumento de los valores de las transaminasas. Marcadores de daño miocárdicos normales. Lactato arterial: 6 mmol/L. Gasometría arterial: PaO₂: 55 mmHg (con mascarilla de alto flujo), PaCO₂: 50 mmHg, pH: 7,29, determinándose un déficit de bases de menos 7 (-7).

1.- ¿Qué es lo primero que se debe hacer a la llegada a urgencias de este paciente?:

- A) Exploración neurológica rápida con determinación de escala de Glasgow.
- B) Verificar que la vía aérea está permeable y que está controlada la estabilidad de la columna cervical.
- C) Explorar cabeza y columna, sobre todo lumbar ya que el paciente ha sido atropellado.
- D) Explorar tórax y abdomen en busca de inestabilidad torácica o de abdomen agudo postraumático.

2.- Con los datos obtenidos se llega a la conclusión de que el paciente está en situación clínica de shock. De entre los siguientes: ¿Cuál de ellos es el más probable en este caso?:

- A) Hipovolémico.
- B) Cardiogénico.
- C) Obstructivo.
- D) Distributivo.

3.- Al paciente se le coloca sonda vesical, midiéndosele la diuresis horaria: ¿Qué cifra se correspondería con un signo de mala perfusión renal, si el paciente pesa 70 kg.?:

- A) 50 ml/hora.
- B) Menos de 0,5 ml/Kg. de peso/hora.
- C) Entre 0,5 y 1 ml/kg. De peso/hora.
- D) 500 ml en 6 horas.

4.- ¿Cuál de los siguientes métodos de lectura de las cifras tensionales es el más fidedigno?:

- A) Utilización de esfigmomanómetro y auscultación con fonendoscopio de la aparición (tensión arterial sistólica) y desaparición (tensión arterial diastólica) de los latidos del pulso en la flexura del codo.
- B) Conexión de esfigmomanómetro a monitor de pared.
- C) El método osciloscópico que no necesita fonendoscopio, utilizando para ello el osciloscopio.
- D) Monitorización invasiva con catéter arterial.

5.- Ante un paciente en shock debemos conseguir como objetivo terapéutico de la reanimación hemodinámica:

- A) Mantener una presión arterial sistólica mayor o igual de 100 mmHg.
- B) Mantener una presión arterial diastólica mayor o igual de 30 mmHg.
- C) Mantener una presión arterial media mayor o igual de 60 mmHg.
- D) Mantener una presión arterial sistólica mayor de 60 mmHg.

6.- En el shock hipovolémico, la base del tratamiento para recuperar la estabilidad hemodinámica es:

- A) Dopamina a dosis de 5 a 15 picogramos/kg/minuto.
- B) Dobutamina en perfusión intravenosa de 10-80 ml/hora de una dilución de 250 mg en 250 c.c. de suero salino fisiológico
- C) Bicarbonato 1M en pauta de reposición rápida.
- D) Fluidoterapia intensa mediante la administración de coloides y/o cristaloides.

7.- La necesidad de transfusión sanguínea en este paciente, con varias zonas de sangrado (hemotórax, fractura de fémur, costales, etc...) estará determinada por:

- A) Cuando la hemoglobina descienda a 11 gr/100 ml.
- B) Cuando el hematocrito desciende al 30%.
- C) Se debe comenzar lo antes posible independientemente de las cifras del hemograma.
- D) Si tras administrar solución salina isotónica a dosis de 30 ml/Kg de peso, persisten los signos de hipoperfusión (ya que probablemente las pérdidas de sangre sean mayores del 15% del volumen sanguíneo total)

8.- Antes de que el paciente sea trasladado para realización de pruebas de imagen, se decide asegurar la vía aérea. ¿ Cual de las siguientes elegiría en 1º lugar?:

- A) Intubación orotraqueal utilizando la técnica de secuencia rápida.
- B) Intubación nasotraqueal utilizando la técnica ciega.
- C) Mascarilla laríngea.
- D) Combitubo esofagoatraqueal.

9.- ¿Cuál de los siguientes fármacos elegiría en este paciente con hipotensión arterial, para facilitar la técnica que le asegure la vía aérea?:

- A) Midazolam.
- B) Propofol.
- C) Succinilocolina.
- D) Pancuronio.

10.- En este paciente politraumatizado y en shock, es necesario establecer una vía de acceso venoso. ¿ Cual sería la vía de elección para el tratamiento inicial de este paciente?:

- A) Colocación de un catéter venoso central con acceso a través de la vena yugular externa o interna.
- B) Colocación de un catéter venoso central con acceso a través de la vena subclavia supra o infraclavicular.
- C) Colocación de dos catéteres de gran calibre en venas periféricas gruesas de miembros superiores.
- D) Colocación de un catéter en vena safena externa a la altura del tobillo.

11.- Ya el paciente en UCI, se decide cateterismo venoso central. De entre las siguientes: ¿Cual de ellas no es, por sí misma, indicación para la colocación de un catéter venoso central?:

- A) A todo paciente en shock hipovolémico se le debe colocar un catéter venoso central.
- B) Cuando se requiere administrar medicamentos en la circulación coronaria durante la reanimación cardiopulmonar.
- C) Para acceso venoso cuando las venas periféricas son inadecuadas.
- D) Cuando se precisa medir la presión venosa central.

12.- En este paciente, el catéter venoso central se decidió colocarlo utilizando la vena yugular interna izquierda porque:

- A) El vértice pulmonar izquierdo tiene una posición un poco más inferior que el derecho.
- B) Existe una relación más directa de la vena yugular interna izquierda con la cava superior.
- C) No puede producirse lesión del conducto torácico ya que está situado en el hemitórax derecho.
- D) En caso de traumatismo torácico unilateral, sin sospecha de lesión vascular, se debe intentar cateterismo en el lado lesionado, para proteger al otro de eventuales complicaciones del propio cateterismo.

13.- Para tratar el hemoneumotórax de este paciente se decide drenaje del mismo mediante toracocentesis con colocación de tubo de toracotomía. Hablaríamos de hemotórax masivo si:

- A) Se obtienen 900 ml en el drenaje inicial.
- B) Si tras el drenaje inicial sigue drenando a razón de 600 ml en menos de 6 horas.
- C) Si drena 1.200 ml en 24 horas.
- D) Si tras el drenaje inicial sigue drenando a razón de 40 ml/hora.

14.- En el estudio radiológico de este paciente se apreció fractura intertrocanterea de fémur derecho. ¿ Cual de las siguientes es falsa?:

- A) La necrosis avascular de la cabeza del fémur es extraordinariamente frecuente en esta fractura (más que en las restantes fracturas de cadera.
- B) Existe dolor intenso, edema en la cadera y equimosis local.
- C) La extremidad se encuentra en rotación externa y acortada.
- D) En las fracturas intertrocanterea, el acortamiento es considerablemente más evidente que en las fracturas del cuello del fémur.

15.- El infiltrado bilateral del paciente se diagnosticó como contusión pulmonar. Previamente se decidió, en el contexto general del cuadro, intubación orotraqueal y ventilación mecánica. De entre las siguientes modalidades de ventilación mecánica:¿Cuál sería la de elección en los pacientes con contusión pulmonar, al proporcionar una mejor razón entre ventilación/perfusión, un mejor retorno venoso y un “destete” ventilatorio más rápido?:

- A) Ventilación mecánica controlada.
- B) Ventilación con control asistido.
- C) Ventilación obligatoria intermitente con presión positiva al final de la espiración.
- D) Ventilación de proporción inversa.

16.- En este paciente con cifras de glucemia de 325 mg/dl. El paso inicial más importante para normalizar la glucemia es:

- A) Metformina cada 8 horas.
- B) Insulina regular “rápida” subcutánea cada 6 horas.
- C) Insulina regular “rápida” en perfusión iv.
- D) Administración de líquidos para restaurar el volumen intravascular.

17.- Si este paciente estuviese en franca descompensación diabética y tuviera que tratarse con insulina: ¿ Cual sería la forma de administración de la misma al comienzo del cuadro de descompensación?:

- A) Insulina regular “rápida” subcutánea cada 6 horas.
- B) Insulina regular “rápida” intramuscular cada 6 horas.
- C) Insulina regular “rápida” en perfusión intravenosa, tanto si se trata de cetoacidosis diabética como de síndrome hiperosmolar hiperglucémico no cetósico.
- D) Insulina regular “rápida” en perfusión intravenosa, exclusivamente en cetoacidosis diabética.

18.- En este caso no se aprecia en las primeras fases del proceso un cuadro de mediastinitis aguda, pero de haberse apreciado esta circunstancia: ¿ Cual de las siguientes pensaríamos en primer lugar como causa del cuadro, por ser la causa más frecuente del mismo?:

- A) Rotura de tráquea.
- B) Rotura de la aorta.
- C) Rotura de esófago.
- D) Absceso subdiafragmático.

Tras 12 horas de estancia en UCI, el paciente sigue taquicárdico, hipotenso, frío. Los leucocitos superan los 25.000 y el hematocrito y la hemoglobina permanecen bajas a pesar de las transfusiones de concentrados de hematíes y de que del drenaje pleural sale escasa cantidad. El lactato y la proteína C reactiva siguen altos y la CPK se ha elevado a cerca de 7.000 UI/L. Los valores gasométricos siguen siendo malos aunque no críticos y el pH permanece alrededor de 7,3.

El infiltrado pulmonar alveolar se ha intensificado. La fractura de fémur se ha estabilizado. La glucemia actualmente está controlada. Se plantea la reevaluación del cuadro para encontrar la causa que hace que persista la inestabilidad hemodinámica.

Se realiza nueva ecografía abdominal, apreciándose, esta vez, líquido libre. Se decide entonces TAC abdominal, apreciándose laceración hepática grado III, hematoma subcapsular esplénico de unos 3,5 cm. y laceración del parénquima renal izquierdo de menos de 1 cm. de profundidad, limitado a la corteza, sin extravasación.

19.- En este momento estaría indicado:

- A) Punción/lavado peritoneal.
- B) Arteriografía selectiva.
- C) Gammagrafía con radioisótopos.
- D) Laparotomía.

20.- De entre las siguientes: ¿ Qué prueba diagnóstica es la menos adecuada en este caso y en general en otros casos de traumatismo abdominal cerrados?:

- A) Radiografía de tórax anteroposterior.
- B) Radiografía simple de abdomen.
- C) Punción/lavado peritoneal.
- D) Gammagrafía con radioisótopos.

21.- ¿Cuál sería el procedimiento de elección para controlar la evolución de las lesiones esplénicas observadas en el supuesto caso de que decidamos tratamiento conservador?

- A) Ecografía abdominal.
- B) Resonancia magnética nuclear.
- C) TAC abdominal con contraste.
- D) Arteriografía seriada.

22.- Si en la radiografía inicial de este paciente se hubiera apreciado la existencia de un neumoperitoneo, el siguiente paso sería:

- A) Realización de ecografía abdominal, en el caso de que no se hubiese solicitado previamente.
- B) Realización de TAC abdominal.
- C) Laparotomía.
- D) Punción/lavado peritoneal.

23.- ¿Cuál es la víscera sólida abdominal que a priori tiene menos probabilidades de lesionarse en este caso o en otros casos de traumatismo abdominal cerrado?:

- A) Hígado.
- B) Bazo.
- C) Riñón.
- D) Páncreas.

24.- Si para el diagnóstico de afectación abdominal hubiésemos utilizado la punción/lavado peritoneal: ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de positividad del lavado peritoneal?:

- A) Aspiración de más de 10 cc. de sangre fresca, no coagulada.
- B) Aspiración de bilis.
- C) Recuento leucocitario en el líquido de lavado menor de 500 leucocitos por ml.
- D) Recuento de hematíes en el líquido de lavado mayor de 100.000 hematíes por ml.

- 25.- Si durante la exploración inicial del paciente se observa sangrado de la uretra debemos:**
- A) Sondar al paciente con sonda vesical de 3 vías para lavado continuo.
 - B) Realizar inexcusablemente una uretrografía o cistografía retrógrada.
 - C) Solicitar pielografía intravenosa de urgencias.
 - D) Realizar ecografía urológica renal bilateral urgente.
- 26.- ¿Cuál de las siguientes lesiones renales hubiésemos esperado encontrar en este paciente por ser la más frecuentes?:**
- A) Laceración renal.
 - B) Contusión renal.
 - C) Lesión del pedículo renal.
 - D) Desgarro renal.
- 27.- La lesión renal que se aprecia en la TAC abdominal en este paciente, si se valora de forma aislada sería subsidiaria de:**
- A) Reparación quirúrgica mediante laparoscopia.
 - B) Reparación quirúrgica mediante laparotomía.
 - C) Nefrectomía.
 - D) Tratamiento conservador.
- 28.- ¿ Qué entidad tenemos mayor probabilidad de encontrarnos en este tipo de lesión renal?:**
- A) Insuficiencia renal aguda.
 - B) Oligoanuria.
 - C) Hematuria.
 - D) Cilindruria.
- 29.- En este paciente que presenta en la TAC una lesión hepática tipo III (se aprecia laceración mayor de 3 cm.) la medida que debemos adoptar teniendo en cuenta todo el contexto clínico del paciente, debe ser:**
- A) Realizar laparotomía.
 - B) Actitud expectante con tratamiento conservador.
 - C) Realizar angiografía.
 - D) Realizar gammagrafía con radioisótopos.
- 30.- Al elevarse las cifras de la creatin fosfocinasa (CPK) cerca de las 7.000 UI/L, se piensa que el paciente está en pleno cuadro de rbdomiolisis. ¿Cuál de los siguientes parámetros analíticos esperaríamos encontrar también?:**
- A) Hipercalcemia al inicio del cuadro.
 - B) Hiperpotasemia sobre todo si se acompaña de insuficiencia renal.
 - C) Disminución de las cifras de urea.
 - D) Disminución de los niveles de aldolasa.
- 31.- ¿Cuál sería la complicación más grave que esperaríamos encontrar en este paciente a causa de la rbdomiolisis?:**
- A) Coagulación intravascular diseminada.
 - B) Insuficiencia renal aguda.
 - C) Síndrome compartimental.
 - D) Neuropatía periférica.
- 32.- ¿ Que tratamiento no aplicaríamos en este paciente con respecto al cuadro de rbdomiolisis, al no estar indicado en el mismo?:**
- A) Fluidoterapia.
 - B) Acidificación de la orina.
 - C) Manitol al 20%.
 - D) Resinas de intercambio iónico.

33.- Recurrirémos a la hemodiálisis en todos los casos siguientes excepto:

- A) Persistencia de la insuficiencia renal.
- B) Alcalosis metabólica.
- C) Anuria refractaria.
- D) Hiperpotasemia severa.

34.- ¿Cuál es la complicación más frecuente y la menos sintomática que podemos encontrarnos en este paciente a consecuencia de la rabiomiolisis?:

- A) Hipocalcemia.
- B) Hiperfosfatemia.
- C) Hiperuricemia.
- D) Hiperpotasemia.

35.- Si en este paciente observamos el signo de Trousseau (espasmo carpal tras mantener durante 3 minutos un manguito de presión inflado por encima del límite de presión arterial sistólica) pensaríamos que se debe a:

- A) Hipercalcemia.
- B) Hipopotasemia.
- C) Hipocalcemia.
- D) Hiperpotasemia.

El paciente es llevado a quirófano para practicarle laparotomía. Durante la misma, casi finalizando, se aprecia en el monitor unas alteraciones de la repolarización, por lo que realizan ECG de 12 derivaciones presentando en el mismo elevación significativa del segmento ST en la derivación II, III, aVF, V5 y V6.

36.- ¿Qué nos sugiere este hecho?:

- A) Es una alteración habitual en los paciente a los que se les realiza una laparotomía.
- B) El paciente presenta probablemente un infarto agudo de miocardio anteroseptal.
- C) El paciente presenta probablemente un infarto agudo de miocardio inferior.
- D) El paciente presenta probablemente un infarto agudo de miocardio inferolateral.

37.- En este paciente con afectación de II,III,aVF,V5, V6, la afectación coronaria probablemente se encuentra en:

- A) Circunfleja.
- B) Porción proximal de coronaria derecha.
- C) Descendente posterior derecha.
- D) Descendente anterior izquierda.

38.- Se solicita determinación de marcadores de daño miocárdico. ¿Cuál se puede considerar actualmente el mejor indicador bioquímico de daño miocárdico?:

- A) CPK.
- B) CK-MB.
- C) Troponina I.
- D) Troponina T.

39.- ¿Qué pauta debemos seguir para seriar los marcadores de daño miocárdico si no estuviéramos seguros de que el paciente sufre un infarto agudo de miocardio?:

- A) Debe determinarse troponina y CPK-MB masa y/o mioglobina cada 4-6 horas, durante las primeras 8-12 horas.
- B) Si el dolor cede y la primera analítica es normal, no es necesario seguir seriando los marcadores.
- C) Debe realizarse control diario a partir del inicio de la sintomatología.
- D) Se debe seriar exclusivamente la CPK cada 6 horas.

40.- ¿Qué situación de entre las siguientes nos hubiera dificultado, hasta prácticamente imposibilitar, la interpretación de un ECG en busca de alteraciones sugerentes de daño miocárdico?:

- A) Pericarditis.
- B) Repolarización precoz.
- C) Hipertrofia del ventrículo izquierdo.
- D) Bloqueo de la rama izquierda del haz de His conocido previamente.

41.- ¿Cuál es la complicación que esperaríamos encontrar, por ser la más frecuente, en este paciente achacable al cuadro coronario agudo?:

- A) Insuficiencia cardiaca.
- B) Aneurisma de la pared ventricular.
- C) Arritmias.
- D) Pericarditis.

42.- Si este paciente como complicación del cuadro coronario agudo, presenta insuficiencia cardiaca congestiva, con estertores basales bilaterales, diríamos que presenta un estado clínico:

- A) Killip I.
- B) Killip II.
- C) Killip III.
- D) Killip IV.

43.- ¿Cuál de los siguientes medicamentos no nos sería de utilidad en el tratamiento del cuadro coronario agudo?:

- A) Inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa.
- B) Ticlopidina.
- C) Gluconato cálcico.
- D) Enoxaparina.

44.- Este paciente presenta con casi toda probabilidad un infarto inferolateral. Esta localización se suele asociar (aunque no en este caso) a otro tipo de infarto que no debe tratarse con nitroglicerina ya que necesita conservar la precarga. ¿ De qué tipo de infarto se trata?:

- A) Infarto anteroseptal.
- B) Infarto posterior.
- C) Infarto de ventrículo derecho.
- D) Infarto anterolateral.

45.- En este paciente que tiene como antecedente EPOC moderado y DM tipo 2: ¿Qué fármaco de los siguientes no sería aconsejable utilizar como tratamiento de su cardiopatía isquémica?:

- A) Aspirina.
- B) Atenolol.
- C) Trifusal.
- D) Magnesio.

46.- ¿Qué analgésico utilizaría si fuese necesario, como primera elección en este paciente teniendo, en cuenta los antecedentes del mismo, para el tratamiento del dolor torácico en el curso de un infarto agudo de miocárdico?:

- A) Salicilato de lisina.
- B) Cloruro mórfico.
- C) Pentazocina.
- D) Fenilbutazona.

47.- La terapia inicial en este paciente y en cualquier otro paciente que presente IAM acompañado de hipotensión y presión capilar pulmonar de 4 mm Hg. Es:

- A) Lidocaína.
- B) Expansión de volumen.
- C) Digoxina.
- D) Isoproterenol.

48.- A este paciente no se le debe realizar fibrinólisis porque:

- A) Tiene más de 70 años.
- B) Mantiene presiones arteriales medias por encima de 60 mmHg.
- C) Es un paciente con prioridad ARIAM II.
- D) Existe sospecha de foco hemorrágico .

49.- En los pacientes con clara indicación de reperfusión, pero con contraindicación para el tratamiento fibrinolítico, se debe:

- A) Valorar la realización de ACTP primaria.
- B) Realizar ACTP de rescate.
- C) Realizar Angioplastia facilitada.
- D) Heparinizar.

50.- Si este paciente lograra superar la situación clínica en la que se encuentra, se debería valorar la existencia de isquemia residual, mediante Test de Isquemia Miocárdica (TIM). De entre los siguientes: ¿Cuál de ellos no se considera como TIM?:

- A) Gammagrafía de stress.
- B) Prueba de Bruce.
- C) Ecocardiografía de stress.
- D) Test farmacológico con vasoactivos.

PREGUNTAS DE RESERVA

51.- Si tras realizarle el TIM, se evidencia isquemia residual significativa, se debe considerar la realización de Coronariografía. Existen otras situaciones en las que también se debe considerar la Coronariografía postinfarto. De entre las siguientes: ¿ En cuál de ellas no está indicada la realización de coronariografía)?:

- A) Cuando el paciente permanezca con estabilidad hemodinámica persistente.
- B) Cuando existe depresión severa de la función ventricular.
- C) Pacientes con procedimientos previos de revascularización.
- D) Cuando existan arritmias ventriculares graves tardías.

52.- En ocasiones existe elevación del segmento ST en ausencia de infarto de miocardio. Entre estas se encuentran las siguientes excepto:

- A) Hipotermia.
- B) Aneurisma del ventrículo izquierdo.
- C) Efecto digitálico.
- D) Estenosis subaórtica hipertrófica idiopática.

Tras 36 horas desde su llegada, el paciente presenta Síndrome del Distrés Respiratorio del Adulto (SDRA) seguido de fallo multiorgánico que le conduce al Éxito.

53.- Las causas del SRDA son múltiples, pero una de ellas es la causa más frecuente y el paradigma clínico del SRDA:

- A) Politraumatismo.
- B) Sepsis.
- C) Grandes quemados.
- D) Pancreatitis.

