



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

ACCESO: LIBRE

CATEGORÍA: FEA MEDICINA INTENSIVA.

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:

Resolución de 5 de julio de 2018 (BOJA núm. 134, 12 de julio).

ADVERTENCIAS:

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

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

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

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

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

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

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

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

-
-
- 1 Los derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte se regulan, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en la Ley:**
- A) Ley 3/2001, de 28 de Mayo
 - B) Ley 7/2007, de 12 de Abril
 - C) Ley 22/2009, de 18 de Diciembre
 - D) Ley 2/2010, de 8 de Abril
- 2 La entidad que surge en el SSPA con el fin de poner a disposición de las organizaciones, y de todos los interesados, el conocimiento generado por sus profesionales (buenas prácticas, acciones de mejora, notificación de incidentes, etc.) con la finalidad de ayudar a proporcionar cuidados cada vez más seguros, se denomina...**
- A) Escuela Andaluza de Salud Pública
 - B) Observatorio para la Seguridad del Paciente
 - C) Fundación para la Seguridad del Paciente
 - D) El Defensor del Paciente
- 3 Señale cuál de los siguientes no es un Estudio Descriptivo:**
- A) Estudios transversales
 - B) Estudios de series de casos
 - C) Estudios de cohortes
 - D) Estudios ecológicos
- 4 ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de causalidad según Breslow?**
- A) Fuerza de la asociación
 - B) Secuencia temporal
 - C) Verosimilitud biológica
 - D) Existencia de hipótesis alternativas
- 5 ¿Cuál de los siguientes sistemas de información no está integrado en DIRAYA?**
- A) Conjunto mínimo básico de datos (CMBD)
 - B) Módulo de acceso centralizado de operadores (MACO)
 - C) Historia de salud (HS)
 - D) Base de datos de usuarios (BDU)

6 El test no paramétrico para realizar una inferencia estadística sobre dos medias independientes, alternativo a la t de Student es:

- A) Test de Mann-Whitney
- B) Correlación de Spearman
- C) Test exacto de Fisher
- D) Test de Wilcoxon

7 Cuando el investigador divide los resultados muestrales en una zona de rechazo y otra de aceptación, estamos realizando...

- A) Contraste de Hipótesis
- B) Estimación por intervalo
- C) Nivel de Confianza
- D) Ninguna de ellas

8 El tipo de Muestreo determinado por, primero, la ordenación numérica de todos los individuos de la población, luego, la división del tamaño poblacional entre el tamaño de la muestra, resultando un cociente k y finalmente, la elección al azar de un elemento de la población, y a partir de él se seleccionan de k en k todos los elementos siguientes, se denomina...

- A) Muestreo Aleatorio Simple
- B) Muestreo Aleatorio Estratificado
- C) Muestreo Aleatorio Sistemático
- D) Muestreo Aleatorio por áreas

9 El instrumento AGREE es específico de la evaluación de:

- A) Ensayos clínicos controlados
- B) Estudios de cohortes
- C) Guías de práctica clínica
- D) Meta-análisis

10 El Sistema de Clasificación de Pacientes utilizado actualmente en Andalucía es...

- A) CMBDA
- B) COAN H y D
- C) GRD's
- D) CIE-10

11 La capacidad de las Comunidades Autónomas de asumir competencias en materia de Sanidad e Higiene, viene recogida en la Constitución en su Artículo...

- A) 143
- B) 146
- C) 148
- D) 155

12 No es un derecho recogido en el Artículo 22 del Estatuto de Andalucía

- A) Fertilización in Vitro
- B) Consejo Genético
- C) Acceso a Cuidados Paliativos
- D) Asistencia Geriátrica Especializada

13 La elaboración del Plan Andaluz de Salud corresponde a...

- A) Servicio Andaluz de Salud
- B) Consejería de Salud
- C) Parlamento Andaluz
- D) Consejo de Gobierno Andaluz

14 Según la Orden de 11 de marzo de 2004: ¿Quién tiene entre sus funciones elaborar y aprobar la memoria anual del Servicio Andaluz de Salud en materia de prevención de riesgos laborales?:

- A) La Consejería de Empleo.
- B) La Consejería de Salud.
- C) La Subdirección de Personal de la Dirección General de Profesionales del SAS.
- D) La Unidad de Coordinación de Prevención de Riesgos Laborales.

15 Según el Art 26 del Estatuto Marco, procederá la prórroga en el servicio activo, a instancia del interesado, cuando en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa, al interesado le resten cotizaciones para causar pensión de jubilación de:

- A) 7 años o menos
- B) 6 años o menos
- C) 5 años o menos
- D) 4 años o menos

16 En cuanto al diagnóstico y tratamiento de la hemoptisis, indica la respuesta INCORRECTA:

- A) La radiología de tórax es normal hasta en un 30%.
- B) Siempre es preferible el uso de broncoscopia flexible.
- C) El rendimiento diagnóstico de la broncoscopia es mayor con el sangrado activo o en las primeras 48 horas.
- D) El papel de la cirugía urgente en la hemoptisis masiva es controvertido.

17 Respecto a la ventilación asistida ajustada neuronalmente, señala la respuesta

CORRECTA:

- A) El tiempo de respuesta en el inicio del ciclado inspiratorio es 10 veces más rápido que en sistemas neumáticos de ventiladores modernos.
- B) El ciclado espiratorio ocurre cuando la actividad eléctrica diafragmática desciende a un 70% del valor máximo inspiratorio.
- C) Facilita la sincronía por ajustarse al inicio inspiratorio del paciente pero la asistencia no es proporcional a su esfuerzo.
- D) Una de sus limitaciones es su afectación por las fugas.

18 ¿Cuál de las siguientes drogas vasopresoras/inotrópicas puede reducir la frecuencia cardíaca por activar el reflejo vagal?

- A) Adrenalina.
- B) Fenilefrina.
- C) Dopamina.
- D) Efedrina.

19 En el contexto de una fibrilación auricular pre excitada en el caso de un Wolff-Parkinson-White, en un paciente estable hemodinámicamente, ¿qué tratamiento farmacológico se indica como primera opción?:

- A) Ibutilida.
- B) Flecainida.
- C) Procainamida.
- D) Amiodarona.

20 En la exploración neurológica de muerte encefálica, señale la afirmación FALSA con respecto al nivel anatómico explorado:

- A) Reflejo fotomotor: Mesencéfalo.
- B) Reflejo corneal: Protuberancia.
- C) Reflejo oculocefálico: unión bulbotuberancia
- D) Reflejo tusígeno: Protuberancia.

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

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

22 En el uso de relajantes musculares señale la opción VERDADERA:

- A) La Succinilcolina es el fármaco de elección para el aislamiento de la vía aérea en pacientes Gran Quemados.
- B) El uso de Rocuronio (bloqueante neuromuscular no despolarizante) está indicado en pacientes con Insuficiencia Hepática.
- C) El Cisatracurio (bloqueante neuromuscular no despolarizante) es eliminado por degradación de Hofmann.
- D) El Sugammandex es el antagonista específico del Cisatracurio.

23 En los indicadores utilizados para medir la calidad en UCI. Señale las tres características que debe reunir todo indicador.

- A) Fiabilidad, validez y sensibilidad.
- B) Validez, sensibilidad y especificidad.
- C) Fiabilidad, sensibilidad y especificidad.
- D) Validez, fiabilidad y especificidad.

24 El Síndrome de Miller Fisher:

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

25 Señale la opción FALSA en relación a las alteraciones hidroelectrolíticas :

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

26 Señale lo INCORRECTO en el tratamiento de tormenta tiroidea.

- A) Las tionaminas inhiben la síntesis de hormonas tiroideas y actúan tras 1-2h de su administración.
- B) Un efecto secundario muy frecuente del metamizol es la insuficiencia hepática.
- C) El propiltiouracilo puede producir agranulocitosis .
- D) Los corticoides, el propiltiouracilo y el propranolol inhiben la conversión periférica de T4 en T3.

27 Señale la respuesta CORRECTA en el aporte nutricional de los pacientes críticos.

- A) En el paciente con insuficiencia respiratoria crónica están indicadas las fórmulas enterales específicas de bajo contenido hidrocbonato y elevado contenido en grasas.
- B) En los pacientes en tratamiento con técnicas de depuración extrarrenal es necesario aumentar el aporte proteico, hasta un máximo de 2,5g/Kg/día.
- C) Siempre está indicada la restricción del aporte proteico en pacientes con alto estrés metabólico.
- D) En la pancreatitis aguda están recomendadas las dietas oligoméricas por encima de las poliméricas.

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

- A) Pseudomona aeruginosa, Escherichia Coli y Klebsiella Pneumoniae.
- B) Acinetobacter Baumannii, Klebsiella Pneumoniae y Staphilococcus Epidermidis.
- C) Escherichia Coli, Pseudomona Aeruginosa y Staphilococcus Aureus.
- D) Escherichia Coli, Pseudomona Aeruginosa y Staphilococcus Epidermidis.

29 Las siguientes afirmaciones son ciertas respecto a la evaluación de la lesión medular aguda traumática, salvo una. Señale la FALSA:

- A) Según los últimos estudios no se recomienda el uso de la metilprednisolona en la Lesión Medular Aguda Traumática.
- B) Un nivel D de la escala de evaluación ASIA significa que se preserva la función motora por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos por debajo del nivel neurológico tienen un grado menor de 3.
- C) El síndrome centromedular de Schneider es el más frecuente de los síndromes medulares y es mucho más frecuente en la región cervical.
- D) Un nivel B en la escala ASIA significa que está preservada la función sensitiva debajo del nivel neurológico, que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5, con ausencia de función motora.

30 En el manejo de las intoxicaciones agudas, señale la opción FALSA:

- A) Si el paciente tiene un Glasgow menor de 9 se debe proteger la vía aérea mediante intubación, antes del lavado gástrico.
- B) La intoxicación por monóxido de carbono puede producir una emergencia hipertensiva.
- C) La ingesta de dosis de tóxicos potencialmente mortales, obliga a practicar descontaminación digestiva durante las primeras 24 horas.
- D) Los hidrocarburos, el litio, el petróleo y derivados se absorben muy bien con el carbón activado.

31 El indicador de calidad en UCI para complicaciones de la nutrición parenteral total.

- A) Es un indicador de proceso.
- B) La dimensión que mide es la efectividad.
- C) El estándar es menor de un 20% para la hiperglucemia.
- D) El estándar es menor de un 25% para la disfunción hepática.

32 En relación a la Neumonía asociada a Ventilación Mecánica ¿cuál de las siguientes aseveraciones es FALSA?

- A) El tratamiento basado en cultivos cualitativos de los aspirados traqueales, condicionará un uso excesivo de antimicrobianos procedentes de la orofaringe o del contenido gástrico.
- B) Los derrames paraneumónicos con cultivo del líquido pleural positivo sin signos de empiema, no requieren necesariamente drenaje, salvo que el estado del paciente no mejore o se deteriore con tratamiento antibiótico.
- C) La radiografía de tórax presenta una elevada sensibilidad para detectar infiltrados pulmonares.
- D) El mecanismo fisiopatológico principal, son las secreciones colonizadas procedentes de la orofaringe o del contenido gástrico.

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

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

34 En relación a la ventilación mecánica con presión positiva, señale cual de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- A) La presión máxima en las vías respiratorias es la presión necesaria para vencer las fuerzas elásticas y de resistencia en los pulmones y en la pared torácica.
- B) La presión meseta es la presión máxima en los alveolos al final de la inspiración .
- C) La presión teleespiratoria es la presión mínima en las vías respiratorias durante un ciclo ventilatorio .
- D) La presión media en las vías respiratorias está relacionada con los efectos hemodinámicos de la ventilación con presión positiva.

- 35 La monitorización de la saturación de oxígeno por pulsioximetría con sensor en la región frontal, se caracteriza por (señale la respuesta VERDADERA):**
- A) Ser menos fiable que la monitorización por pulsioximetría en los dedos de las manos, debido a que la circulación arterial en la frente es más propensa a sufrir vasoconstricción que las arterias digitales en los dedos de las manos.
 - B) Presentar riesgo de lectura de la saturación de oxígeno falsamente alta.
 - C) Basarse en la oximetría de reflectancia.
 - D) Proporcionar toda la información sobre la oxigenación arterial del paciente.
- 36 Señale cual de las siguientes aseveraciones en relación al levosimendán es FALSA:**
- A) Aumenta la contractilidad cardíaca.
 - B) Es el único inodilatador que se asocia a una mejoría de la supervivencia.
 - C) Dilata las coronarias y no estimula el consumo de oxígeno miocárdico.
 - D) Promueve la vasodilatación al facilitar la salida de potasio desde el musculo liso vascular.
- 37 El oxigenador de membrana extracorpórea se caracteriza por las siguientes aseveraciones, excepto:**
- A) Ser un sistema mecánico de soporte extracorpóreo que puede proporcionar asistencia circulatoria y respiratoria parcial o completa en pacientes con insuficiencia cardíaca o respiratoria refractarias al tratamiento convencional.
 - B) Dependiendo de la ubicación de las cánulas, se distinguen las siguientes modalidades: venoarterial, venovenoso y arteriovenoso.
 - C) Las diferentes modalidades que existen permiten el soporte cardiorrespiratorio total.
 - D) La ecocardiografía nos puede ayudar a comprobar el buen funcionamiento del circuito.
- 38 Las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento con perampanel son ciertas, EXCEPTO:**
- A) Está indicado en el tratamiento del status epiléptico refractario en niños y adultos.
 - B) Es un antagonista selectivo y no competitivo de los receptores AMPA.
 - C) Entre sus ventajas se incluyen su administración una vez al día.
 - D) Su eliminación es principalmente renal y por heces.
- 39 Las guías europeas (European Stroke Organisation) del 2014 sobre el manejo de la hemorragia intracerebral espontánea incluyen las siguientes recomendaciones (con moderado nivel de evidencia) EXCEPTO:**
- A) Utilizar medias de compresión intermitente.
 - B) No usar corticoides.
 - C) En las primeras seis horas del comienzo de la hemorragia, reducir la tensión arterial sistólica por debajo de 140 mmHg.
 - D) El manejo de estos pacientes en una unidad especializada de neurología.

40 En relación al manejo de la hemorragia subaracnoidea aneurismática, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- A) El labetalol utilizado para el control de la hipertensión arterial por su efecto bloqueante selectivo causará una reducción del gasto cardíaco sin provocar vasoconstricción cerebral.
- B) El tratamiento con ácido tranexámico en ciclos de corta duración previo al tratamiento del aneurisma ha demostrado reducir el riesgo de sangrado, aunque sin mejoría en la evolución final.
- C) Estudios prospectivos randomizados han demostrado la utilidad del nimodipino (en Hemorragia subaracnoidea de bajo grado) tanto de forma oral como intravenosa, en la prevención del de déficits neurológicos asociados a la hemorragia subaracnoidea.
- D) En el tratamiento del vasoespamo diversos estudios randomizados han demostrado el beneficio de la terapia Triple-H.

41 Los siguientes fármacos, de uso frecuente en la Unidad de Cuidados Intensivos, pueden causar delirio, con excepción de:

- A) Sulfato de atropina.
- B) Lidocaína.
- C) Clonidina.
- D) Prednisona.

42 SeñaleCuál de las siguientes afirmaciones respecto al síndrome neuroléptico maligno es FALSA:

- A) Puede encontrarse hipomagnesemia.
- B) Es frecuente encontrar elevaciones de la concentración de la isoenzima muscular de la creatinfosfocinasa.
- C) No existe dato analítico patognomónico.
- D) Puede ser producida por la administración de fármacos que facilitan la transmisión dopaminérgica en los ganglios basales y el eje hipotálamo-hipofisario.

43 De las siguientes afirmaciones de los criterios RIFLE para definir los estados de la lesión renal aguda, señale la INCORRECTA:

- A) Consta de cinco categorías, tres categorías de gravedad y dos categorías de evolución clínica.
- B) Si los criterios de creatinina y diuresis no concuerdan, se usa el peor parámetro para definir la categoría.
- C) El cambio mínimo en la creatinina sérica exigible para el diagnóstico de lesión renal aguda se considera demasiado pequeño.
- D) Los criterios RIFLE y los criterios AKIN para definir la lesión renal aguda son equivalentes en cuanto a la predicción de la tasa de mortalidad.

44 Los siguientes fármacos pueden producir acidosis láctica, EXCEPTO:

- A) Linezolid.
- B) Antirretrovirales.
- C) Abuso de laxantes .
- D) Metformina.

45 En relación al tromboelastograma, señale la afirmación FALSA:

- A) Informa del estado funcional del coágulo.
- B) Permite integrar las pruebas de coagulación convencionales con la función plaquetaria.
- C) Es una herramienta que nos permite medir las propiedades viscoelásticas de la sangre de una manera estática y global.
- D) Identifica el defecto subyacente en la cascada de coagulación, lo que facilita un tratamiento selectivo de la hemostasia.

46 En relación al ticagrelor, señale la respuesta FALSA:

- A) Es un antagonista selectivo del receptor P2Y₁₂ del adenosín difosfato en las plaquetas.
- B) Su efecto es más rápido y de mayor duración que clopidogrel y prasugrel.
- C) La inhibición plaquetaria producida es reversible.
- D) Es un fármaco activo y también su metabolito.

47 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en la preeclampsia?

- A) Su inicio suele ser insidioso y no se acompaña de sintomatología clara.
- B) Generalmente afecta a primíparas, se inicia preferentemente al final de la gestación y raramente antes de la semana 20ª.
- C) Se caracteriza por un incremento rápido del nitrógeno ureico en sangre y creatinina, oliguria persistente, hiponatremia dilucional e hiperpotasemia.
- D) Se manifiesta por hipertensión, edemas y proteinuria.

48 En la elaboración de un artículo científico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

- A) En el resumen del artículo científico se debe recalcar los aspectos nuevos e importantes del estudio
- B) El texto de los artículos de observación y experimentales siguen el "IMRYD".
- C) La estructura "IMRYD" es un reflejo indirecto de proceso de descubrimiento científico.
- D) Se deben extraer conclusiones que estén completamente respaldadas por los datos.

49 En uno de los siguientes casos NO podemos establecer una sospecha de neumonía asociada a ventilación mecánica según los criterios del CDC, INDIQUE cual:

- A) Infiltrado pulmonar, secreciones purulentas y fiebre.
- B) Infiltrado pulmonar, fiebre e hipoxemia.
- C) Infiltrado pulmonar, secreciones purulentas y shock.
- D) Infiltrado pulmonar, leucocitosis y formas inmaduras.

- 50 La laringotraqueobronquitis puede causar obstrucción de la vía aérea superior en niños. Su CAUSA más frecuente es:**
- A) Staphylococcus aureus.
 - B) Virus Parainfluenza e Influenza A y B.
 - C) Virus Respiratorio Sincitial.
 - D) Bordetella pertussis.
- 51 En ventilación mecánica con presión positiva, la resistencia de la vía aérea tiene la siguiente expresión, Señale la respuesta CORRECTA:**
- A) Presión plateau/Volumen tidal.
 - B) Presión pico/Flujo inspiratorio.
 - C) Presión pico-presión plateau/Flujo inspiratorio.
 - D) Presión pico-presión plateau/Volumen tidal.
- 52 Respecto de la viscosidad sanguínea señale la respuesta FALSA:**
- A) La viscosidad de la sangre varía de modo inverso a la velocidad del flujo.
 - B) El instrumento que mide la viscosidad se denomina viscómetro.
 - C) El hematocrito es el principal determinante de la viscosidad de la sangre.
 - D) El efecto de la viscosidad de la sangre sobre el gasto cardiaco es despreciable en la práctica clínica.
- 53 Una de las siguientes afirmaciones, es causa muy INFRECUENTE de taquicardia ventricular (TV) en el corazón normal, señálela:**
- A) TV por reentrada de rama.
 - B) TV del tracto de salida del VD.
 - C) TV del tracto de salida del VI.
 - D) TV sensible al verapamilo o fascicular.
- 54 Respecto al umbral de captura de un marcapasos definitivo señale la proposición FALSA:**
- A) Se incrementa en las primeras semanas tras el implante.
 - B) La hiperkaliemia incrementa el umbral de captura.
 - C) Los antiarrítmicos clase I disminuyen el umbral de captura.
 - D) Los corticoides disminuyen el umbral de captura.
- 55 Respecto al tratamiento del estatus convulsivo una de las siguientes afirmaciones es FALSA señálela :**
- A) La nutrición parenteral disminuye los niveles de fenitoina.
 - B) La administración rápida de fenitoina puede provocar hipotensión y arritmias cardíacas.
 - C) El ácido valproico es eficaz en todos los tipos de convulsiones, pero produce sedación e hipotensión del paciente.
 - D) Los barbitúricos pueden ser útiles en el estatus refractario.

- 56 Respecto al uso de las benzodiacepinas en el tratamiento del delirio en UCI, es FALSO que:**
- A) Es la droga de 1ª elección en el tratamiento del delirio en UCI.
 - B) Son medicamentos de 2ª línea cuando otros han fallado.
 - C) Son fármacos de elección en el delirio relacionado con la retirada de depresores del SNC.
 - D) Pueden agravar el delirio y los trastornos del comportamiento.
- 57 Un paciente que acaba de iniciar un tratamiento con sumatriptan comienza con taquicardia, hipertensión, sudoración, temblor, clonus, agitación e hipertermia, ¿cual sería la orientación diagnóstica inicial?**
- A) Hipertermia maligna.
 - B) Síndrome serotoninico.
 - C) Síndrome neuroléptico maligno.
 - D) Hiperpirexia.
- 58 Entre las complicaciones graves atribuidas a la descompensación cetósica aguda, podemos encontrar todas las siguientes excepto una, señálela:**
- A) Distress respiratorio del adulto.
 - B) Fenómenos tromboembólicos.
 - C) Edema cerebral.
 - D) Pancreatitis aguda.
- 59 Respecto del tratamiento de la tormenta tiroidea, una de las siguientes respuestas es FALSA, señálela:**
- A) Las tionamidas son los fármacos más eficaces en el bloqueo de la formación de hormona tiroidea.
 - B) Los compuestos de yodo en monoterapia pueden agravar la tirotoxicosis.
 - C) La plasmaféresis es una terapia de 1º línea para el aclaramiento de la hormona tiroidea.
 - D) La administración de corticoides es importante en los pacientes con enfermedad de Graves.
- 60 Respecto al fisiopatología de la CID una de las siguientes afirmaciones es FALSA señálela**
- A) Existe una activación de las vías extrínseca e intrínseca de la coagulación.
 - B) Los niveles de antitrombina están habitualmente disminuidos.
 - C) El nivel plasmático del Inhibidor del Activador del Plasminógeno tipo I está elevado.
 - D) La liberación de citokinas del endotelio vascular y las células mononucleares es el principal factor desencadenante .

- 61 La reacción transfusional mediada inmunológicamente más frecuente en pacientes de UCI, es:**
- A) Reacción hemolítica aguda.
 - B) Reacción anafiláctica.
 - C) Reacción transfusional alérgica.
 - D) Reacción febril no hemolítica.
- 62 Indique la causa mas frecuente de muerte en el fallo hepático fulminante no trasplantado:**
- A) Disfunción multiorgánica.
 - B) Hemorragia intratable.
 - C) Insuficiencia renal.
 - D) Edema cerebral.
- 63 Señale la respuesta INCORRECTA respecto al diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVIM):**
- A) Los métodos invasivos de diagnóstico no han demostrado aumento de la supervivencia en pacientes con NAVIM.
 - B) Los métodos cuantitativos y cualitativos de diagnóstico tienen una similar especificidad en el diagnóstico de NAVIM.
 - C) Las pautas de tratamiento cortas (8 días), son adecuadas para la mayoría de los pacientes con NAVIM.
 - D) La antibioterapia empírica en las NAVIM después de 5 días de UCI, debe incluir cobertura para *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*.
- 64 Una laceración esplénica que afecta a vasos segmentarios e hiliares y produce desvascularización de más del 25% del bazo, corresponde según la Asociación Americana de Cirujanos, a una lesión de grado:**
- A) II.
 - B) III.
 - C) IV.
 - D) V.
- 65 En el envenenamiento por mordedura de víbora, uno de los siguientes mecanismos NO interviene en la génesis del cuadro clínico:**
- A) Coagulación intravascular diseminada.
 - B) Lesión tisular directa por metaloproteasas.
 - C) Depleción de fibrinógeno y fibrina por fibrinolisinias.
 - D) Trombocitopenia inducida por veneno.

66 Una de las siguientes afirmaciones NO es correcta en relación con el síndrome de infusión de propofol, señálela:

- A) Se asocia generalmente a infusiones prolongadas de dosis elevadas de propofol (>4 mg/kg/h).
- B) Se caracteriza por bradicardia, hiperlipemia, acidosis metabólica y rabdomiolisis.
- C) Aunque es muy aparatoso, la mortalidad es baja si se suprime el fármaco.
- D) Es una reacción idiosincrásica y puede aparecer incluso en sedaciones de corta duración con dosis mas bajas.

67 En la atención a una catástrofe, los servicios sanitarios se despliegan en:

- A) El área de socorro para evitar riesgos innecesarios ligados al rescate.
- B) El área de salvamento para atender a las víctimas de forma inmediata.
- C) El área de base para mejor coordinación con el resto del equipo de salvamento.
- D) En las áreas de salvamento y socorro para garantizar la atención continuada de los heridos.

68 De las siguientes afirmaciones sobre la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), señale la respuesta CORRECTA:

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

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

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

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

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

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

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

72 Los pacientes críticos sometidos a técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE) precisan de correcciones en la dosificación de antimicrobianos, ya que se producen pérdidas en el efluente. En dicha dosificación hay que tener en cuenta una serie de factores. Indique la respuesta INCORRECTA:

- A) Debe ajustarse la dosificación cuando la fracción de aclaramiento extracorpóreo (F_{cl} extracorpóreo) es superior al 25% .
- B) El factor más importante en el aclaramiento de antibióticos en TCDE el "coeficiente de sieving".
- C) El segundo determinante en el aclaramiento de antibióticos en TCDE es la fracción libre de fármaco no unido a las proteínas plasmáticas.
- D) Los fármacos con márgenes de seguridad muy estrechos deben dosificarse mediante la cuantificación de los niveles plasmáticos.

73 En los pacientes críticos, la monitorización del uso de relajantes musculares mediante neuroestimulación es fundamental, permitiendo adecuar su dosificación y evitar secuelas importantes, como la miopatía del paciente crítico. Señale la respuesta incorrecta respecto a la monitorización del TOF (Train-of-four):

- A) La ausencia de desvanecimiento ("fade") y cociente TOF igual a 1 distingue al relajante neuromuscular despolarizante tipo 1.
- B) La pérdida de la tercera respuesta (T3) significa una profundidad de bloqueo de aproximadamente 85% de receptores ocupados.
- C) A partir de TOF ratio o cociente TOF (T4/T1) menor de 0,7 los pacientes se pueden extubar con seguridad.
- D) El test de Doble ráfaga tetánica, Doble Burst Stimulation (DBS), es el patrón de estimulación que debe emplearse para detectar bloqueo neuromuscular residual.

74 Indique cuales son las características del Síndrome HELLP:

- A) La hemolisis extravascular junto a trombocitopenia y alteraciones de las enzimas hepáticas asociadas a preeclampsia/eclampsia.
- B) La hepatolisis provoca con frecuencia hematomas subcapsulares de repetición con distensión de la capsula hepática y eventual rotura.
- C) Debe hacerse el diagnóstico diferencial con la necrosis de Sheehan.
- D) Las respuestas B y C son ciertas.

75 La fiabilidad en la monitorización de pacientes críticos es un aspecto fundamental para la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas. Respecto a la monitorización invasiva hemodinámica, por tanto, en el análisis de la respuesta del sistema de medición (equipo de transducción) hay que tener en cuenta (señale la respuesta CORRECTA):

- A) El test del flush (test de onda cuadrada) una frecuencia natural (f_n) de 8- 20 Hz y un cociente de amplitudes $< 0,7$ se considera una respuesta adecuada del sistema.
- B) Existe sobreamortiguación cuando el coeficiente de amortiguación es elevado ($\zeta > 0,6$) y las f_n altas (> 35 Hz).
- C) Un sistema se encuentra subamortiguado cuando para cualquier f_n , ζ es $> 0,7$.
- D) Las presiones arteriales medias son independientes de ambos: ζ y f_n .

76 Cual de las siguientes afirmaciones ES FALSA con respecto al SCACEST:

- A) La administración sistemática de nitratos en la fase inicial del SCACEST, reduce la mortalidad y por tanto está recomendado.
- B) El uso de IECA debe iniciarse en las primeras 24 horas, si no hay contraindicaciones.
- C) Los bloqueadores beta reducen la mortalidad y el reinfarto por lo que se recomienda su inicio oral y precoz si no hay contraindicaciones
- D) No está justificado el empleo profiláctico de fármacos antiarrítmicos en la fase aguda del SCACEST.

77 Con respecto al Síndrome Aórtico Agudo (SAA), es CIERTO:

- A) La entidad engloba a la Úlcera Penetrante, Hematoma Intramural y Disección Aórtica.
- B) En el SAA tipo B de Standford el tratamiento de elección es cirugía emergente
- C) En el SAA tipo A de Standford el tratamiento de elección es tratamiento médico
- D) En el SAA tipo A de Stanford el tratamiento de elección es el endoprotésico

78 Con respecto a la fibrinólisis en el Ictus isquémico agudo, es FALSO que:

- A) Se realiza evaluando el grado de afectación neurológica del paciente mediante la Escala NIHSS y ayudado por técnicas de TAC craneal simple o avanzadas.
- B) Se realiza con rtPA a dosis de 0.9 mgr/ Kg de peso.
- C) La ventana terapéutica está fijada hoy en día en las 3 horas tras el inicio de síntomas.
- D) El paciente con ictus con oclusión completa de la arteria cerebral media, debería realizarse además intervencionismo si está dentro de las primeras 6 horas.

79 Con respecto a las meningitis bacterianas, es FALSO que:

- A) Los microorganismos causantes más frecuentes pueden predecirse de acuerdo con la edad y las enfermedades subyacentes del paciente.
- B) La llegada de bacterias a las meninges tiene lugar predominantemente por vía hematógica.
- C) *Listeria monocytogenes* es una causa común de meningitis en el período neonatal o cuando existen enfermedades debilitantes como cáncer, trasplante, inmunodepresión y alcoholismo.
- D) El tratamiento corticoideo adyuvante con dexametasona (0.6 mg/kg/día) sólo se iniciará después de haber administrado el tratamiento antibiótico correcto.

80 Ante un paciente con intento de autólisis tras ingesta de antidepresivos tricíclicos, es FALSO que:

- A) A los pacientes con alteración del estado mental, se les debe de aislar la vía aérea mediante intubación endotraqueal y soporte con ventilación mecánica .
- B) Las crisis convulsivas, si aparecen, deben de tratarse con benzodiazepinas.
- C) La administración de flumazenil en paciente con bajo nivel de conciencia, previene la necesidad de intubación.
- D) La hemodiálisis y la hemoperfusión, no son útiles para reducir la toxicidad de los antidepresivos tricíclicos.

81 En el postoperatorio de neurocirugía, es FALSO que la meningitis postquirúrgica:

- A) Es una complicación poco frecuente tras procedimientos neuroquirúrgicos limpios.
- B) Es una complicación grave que requiere tratamiento con antibioterapia para cubrir gramnegativos y grampositivos de forma empírica hasta tener resultados.
- C) El germen causal más frecuente es el neumococo.
- D) Es más frecuente en pacientes portadores de drenaje ventricular externo.

82 El Doppler transcraneal mide exactamente:

- A) Los valores del flujo sanguíneo cerebral.
- B) Los valores del volumen sanguíneo cerebral.
- C) El grado de vasoespasmo en un paciente con hemorragia subaracnoidea.
- D) Los valores de las velocidades del flujo sanguíneo cerebral.

83 Con respecto al TRALI (Transfusion-Related Acute Lung Injury) es FALSO que:

- A) Es una complicación de la hemoterapia que suele ocurrir en las primeras 6 horas después de la transfusión.
- B) Es la tercera reacción transfusional en frecuencia tras la incompatibilidad ABO y la hepatitis.
- C) Aparece siempre en el contexto de la politransfusión.
- D) Puede aparecer tras la transfusión de cualquier hemoderivado.

84 Con respecto a las Heparinas de Bajo Peso Molecular (HBPM), es CIERTO que:

- A) Tienen un mayor efecto antitrombótico que anticoagulante con respecto a las heparinas no fraccionadas.
- B) No necesitan ajustar su dosis en los pacientes con insuficiencia renal.
- C) Tienen una menor biodisponibilidad con respecto a las heparinas no fraccionadas.
- D) Tienen una importante interacción con la AT-III, lo cual es su principal mecanismo de acción.

85 Qué medida NO es de obligado cumplimiento en el Protocolo de Neumonía Zero:

- A) Evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino a 0°.
- B) Medición de la presión del neumotaponamiento del tubo orotraqueal cada 8 horas.
- C) Higiene oral con clorhexidina cada 6-8 horas.
- D) Descontaminación Digestiva selectiva.

86 ¿Qué puntuación, según la escala SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assesment), tendría un paciente con los siguientes datos: paO₂/FiO₂: 220, Plaquetas: 48.000/mm³, Bilirrubina 1.8 mg/dl, TA 100/60 mmHg, a expensas de noradrenalina a 0.1 microgr/Kg/min, GCS: 11 puntos y creatinina 3.6 mg/dl?:

- A) 12 puntos.
- B) 14 puntos.
- C) 16 puntos.
- D) 18 puntos.

87 Dentro del material de inmovilización y rescate del paciente accidentado, con respecto el arnés-chaleco de extricación o férula de Kendrick, señale la afirmación CIERTA:

- A) Es igual que el tablero espinal largo, pero más evolucionado.
- B) Se usa para pacientes relativamente estables, con sospecha de lesión de columna, desde la posición de sentados.
- C) Se precisa sólo un rescatador para su correcta colocación.
- D) Cuando se usa, ya no es necesario colocar el collarín cervical.

88 En la evaluación de un paciente quemado crítico mediante la "Regla de los 9 de Wallace" , ¿qué porcentaje se le asigna a un paciente que presenta quemaduras en la cabeza y tronco anterior?

- A) 18%
- B) 27%
- C) 36%
- D) 45%

- 89 En una situación de accidente con víctimas múltiples la clasificación de un paciente como AMARILLO, significa que:**
- A) Requiere de actuaciones terapéuticas inmediatas que pueden solucionar un problema vital.
 - B) Precisa asistencia en poco tiempo con el fin de tratar lesiones graves, que se pueden empeorar progresivamente.
 - C) No hay lesiones o éstas pueden tratarse más tarde sin riesgo vital o funcional.
 - D) Personas fallecidas o con lesiones con escasa posibilidad de supervivencia.
- 90 El Síndrome HELLP es una complicación obstétrica, Indique cuál de las siguientes afirmaciones CIERTA:**
- A) Puede parecer en el tercer trimestre de la gestación pero nunca en el postparto.
 - B) Se caracteriza por una anemia hemolítica microangiopática, hiperbilirrubinemia no conjugada, elevación de GOT-AST y LDH y plaquetopenia.
 - C) Siempre mejora con la finalización de la gestación.
 - D) Los corticoides y la plasmaféresis no son útiles.
- 91 Con respecto al score o índice pronóstico APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), señale la respuesta CIERTA:**
- A) Fue introducido por primera vez por Knaus y colaboradores en 1991.
 - B) La versión más reciente es el APACHE IV.
 - C) En el APACHE II la puntuación máxima posible es de 55 puntos .
 - D) La versión más utilizada es el APACHE III, que ha conseguido desplazar del uso cotidiano al APACHE II.
- 92 Un médico NO puede poner una medida que esté claramente contraindicada a un paciente, aunque el paciente dé su consentimiento. Este planteamiento responde al Principio Ético de:**
- A) Justicia.
 - B) No maleficencia.
 - C) Beneficencia.
 - D) Autonomía.
- 93 La Ley de Boyle de los gases dice que:**
- A) Si el volumen es constante, la Temperatura y presión varían de forma directamente proporcional.
 - B) En una mezcla de gases, cada gas ejerce la presión que ejercería si ocupara por sí solo todo el volumen.
 - C) Si la Presión es constante, el volumen y la temperatura varían de forma directamente proporcional.
 - D) A una temperatura constante, la Presión varía inversamente con el volumen.

94 Señale lo cierto en el manejo de la insuficiencia cardíaca:

- A) En menos de un 20% de los casos la insuficiencia cardíaca se produce por disfunción diastólica.
- B) Ante un paciente con la sospecha diagnóstica de insuficiencia cardíaca de reciente instauración, una determinación de BNP < de 100 ng/litro, descarta prácticamente el diagnóstico.
- C) En el caso de un paciente con insuficiencia cardíaca que esté tomando previamente betabloqueantes, si presenta fallo cardíaco agudo, la primera medida es retirarlos.
- D) El principal efecto del levosimendán como inotropo en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda es el aumento de la vasoconstricción que produce tanto arterial como venosa.

95 En el tromboembolismo pulmonar es FALSO :

- A) El dímero D es bastante específico, por lo que debe solicitarse de entrada en pacientes inestables, en los que se sospeche alta probabilidad diagnóstica.
- B) El examen Ecocardiográfico no está indicado de entrada en pacientes normotensos hemodinámicamente estables, con baja probabilidad de TEP.
- C) En los pacientes de alto riesgo de Embolia pulmonar en shock, la ausencia de signos ecocardiográficos de sobrecarga de o disfunción de Ventrículo Derecho prácticamente excluye el embolismo pulmonar.
- D) En la embolia pulmonar aguda se encuentra Dilatación del VD al menos en un 25% de los pacientes.

96 Ante un paciente que acude a Urgencias con una TA de 220/110 mmHg podemos afirmar:

- A) Que se trata de una emergencia hipertensiva.
- B) En este caso a disminución de la TA debe hacerse de forma paulatina especialmente si hay algún fallo orgánico.
- C) La clonidina no es un tratamiento de primera línea, especialmente en enfermos con alteraciones neurológicas, por la disminución que produce del flujo cerebral
- D) Todo lo anterior es falso.

97 En relación con las recomendaciones, de la Organización Nacional de Trasplantes, para la obtención del consentimiento para la donación de órganos. Todas las afirmaciones siguientes son correctas, excepto:

- A) Se recomienda no prejuzgar el resultado de la entrevista e intentarlo siempre (con excepción de los casos en que se sabe con certeza que el trasplante no se podrá realizar), y no preestablecer un tiempo máximo de entrevista.
- B) Es útil establecer una relación de ayuda profesional que facilite la confianza necesaria para que los familiares acepten la opción de la donación.
- C) La comunicación de muerte la debe hacer el facultativo del paciente, que responderá cuantas preguntas le haga la familia.
- D) La solicitud del consentimiento a la donación debe hacerla el facultativo del paciente de forma clara, directa y sin rodeos, como una opción, un derecho, un privilegio o una forma de ayudar a los demás.

98 En relación con los eventos adversos. Un cuasi incidente es:

- A) Un evento o situación que pudo haber acabado en accidente, pero donde una intervención a tiempo, o la causalidad, evita que se produjera el daño al paciente.
- B) Cualquier desviación de la asistencia que causa una lesión o pone en riesgo al paciente.
- C) Una lesión relacionada con la asistencia sanitaria.
- D) Un evento que alcanza al paciente pero no le causa ningún daño apreciable.

99 El tratamiento de la pancreatitis necrohemorrágica aguda grave es un reto entre el manejo médico y quirúrgico en las UCIs. Respecto al tratamiento, cuál NO es cierta:

- A) El tratamiento con antibióticos profilácticos ha demostrado reducir la incidencia de la infección del páncreas y grasa peripancreática, así como la mortalidad.
- B) En el origen biliar, aún con tratamiento con Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y esfinterotomía, presenta un alto porcentaje de recidivas.
- C) En casos de necrosis pancreática estéril, la cirugía de desbridamiento (necrosectomía abierta) demuestra reducción de la respuesta inflamatoria al remover el tejido necrótico.
- D) El manejo con múltiples drenajes guiados por TAC presenta mejores resultados que el drenaje por cirugía abierta.

100 Seleccione la respuesta más correcta sobre el traumatismo torácico.

- A) Si no se puede estabilizar la vía aérea mediante intubación orotraqueal, la traqueostomía inmediata es la técnica de elección en los casos de obstrucción, fracturas cricotiroides y rotura traqueal.
- B) La existencia de hemotórax o neumotórax sin fracturas costales debe hacer sospechar lesiones de la tráquea distal o bronquiales.
- C) Las lesiones diafragmáticas, sobre todo el derecho, pueden pasar desapercibidas durante tiempo, manifestándose en forma de incarcerationes y estrangulamientos de vísceras abdominales en el tórax.
- D) Las hemorragias pulmonares graves que requieren toracotomía urgente se asocian a traumatismos pulmonares penetrantes de alta energía (armas de fuego).

CASO I:

Paciente de 40 años de edad que sufre un traumatismo craneoencefálico grave. Al llegar al hospital su nivel de conciencia es de 7 puntos de la escala de Glasgow. Es intubado. Al examen clínico, presenta una dilatación pupilar derecha arreactiva. La tomografía axial computarizada muestra hematoma subdural derecho de gran volumen que desplaza la línea media 8 mm. El paciente es transferido a quirófano donde se realizan craneotomía para evacuación del hematoma subdural, colocación de sensor de presión intracraneal, y de sensor de presión tisular cerebral de oxígeno. El paciente ingresa en UCI. ¿Respecto al manejo del cuadro de deterioro neurológico que presenta el paciente (antes de ir al quirófano)

101 ¿Cuál de los siguientes grupos de medidas terapéuticas considera que es la más adecuada?

- A) Intubación e hiperventilación.
- B) Intubación, hiperventilación y manitol.
- C) Intubación y cloruro sódico hipertónico.
- D) Intubación pero no hiperventilación.

102 A la llegada a la unidad de cuidados intensivos procedentes de quirófano, la presión intracraneal es de 10 mmHg, y la presión tisular cerebral de oxígeno es de 10 mmHg (límite inferior de la normalidad 20 mmHg). ¿Cuál de los siguientes planteamientos clínicos es el más correcto?

- A) Realizar transfusión de hematíes, dado que se trata de una hipoxia cerebral anémica.
- B) Incrementar la fracción inspiratorias de oxígeno en el respirador a fin de incrementar el valor de presión tisular cerebral de oxígeno y mejorar la oxigenación cerebral.
- C) Esperar al menos dos horas para dar valor a la presión tisular cerebral de oxígeno.
- D) Administrar manitol a fin de intentar corregir la hipoxia cerebral.

103 Unas 48 horas después del traumatismo, la presión intracraneal basal se sitúa en 25 mmHg, con múltiples ondas A y B. La presión de perfusión cerebral se sitúa en 40 mmHg. Se repite la tomografía axial computarizada craneal que muestra un aumento global del volumen cerebral, ausencia completa de la cisterna ambiens, ausencia completa del tercer ventrículo y ligera disminución del volumen de los ventrículos laterales. La pCO₂ es de 35 mmHg. El tratamiento médico hasta ese momento es: sedación con benzodiazepinas (RASS -5), y bolos de manitol para tratar las ondas A.

¿Cuál de las siguientes actitudes terapéuticas sería la más adecuada para esta situación?

- A) Deberían iniciarse medidas de segundo nivel con barbitúricos a altas dosis.
- B) Debería colocarse un catéter intraventricular para drenar líquido cefalorraquídeo.
- C) Debería administrarse manitol en perfusión continua.
- D) Debería realizarse hiperventilación a nivel de 20 mmHg de pCO₂.

104 A pesar de la intensificación del tratamiento continuó el empeoramiento neurológico del paciente, con cuadro prolongado de midriasis bilateral arreactiva. El Doppler transcraneal realizado muestra, en todas las arterias, un patrón de flujo reverberante. Dados estos hallazgos ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al Doppler transcraneal?

- A) Es un dato sonográfico sugestivo de vasoespasmo grave.
- B) Es un patrón de riesgo inminente de paro circulatorio cerebral.
- C) Es un dato sugestivo de hiperventilación insuficiente.
- D) Es un patrón compatible con paro circulatorio cerebral.

CASO II:

Varón de 65 años, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento, que acude a urgencias por dificultad respiratoria de 12 horas de evolución. Refiere historia de 48 horas previas de tos productiva, fiebre de 39°C y astenia. A su ingreso en el hospital, se procede a administración de oxigenoterapia, extracción de hemograma, gasometría arterial, bioquímica y hemocultivos. Se realiza radiografía de tórax, evidenciándose un infiltrado en lóbulo medio. Se inicia tratamiento antimicrobiano intravenoso con cefotaxima 2 gr IV/8h + levofloxacin 500 mg IV/12h. El paciente presenta evolución desfavorable con empeoramiento de la insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica y aumento del trabajo respiratorio. El hemograma muestra 17.200 leucocitos con un 90% de neutrófilos. En la gasometría arterial se objetiva una PaO₂ de 52 mmHg; PaCO₂ de 50 mmHg, y un pH de 7,30. Se solicita traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos.

105 ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A) Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto (SDRA).
- B) Insuficiencia respiratoria aguda hipercápnic.
- C) Neumonía bacteriana comunitaria.
- D) Neumonía vírica.

- 106 A su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, se procede a intubación endotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Se programan los parámetros ventilatorios con el fin de minimizar las lesiones pulmonares inducida por el respirador, entre las que se incluyen las siguientes, excepto:**
- A) Barotraumatismo o lesión pulmonar relacionada con la presión.
 - B) Volutraumatismo o la lesión pulmonar relacionada con el volumen.
 - C) Biotraumatismo o lesión pulmonar producida por citocinas antiinflamatorias.
 - D) Atelectraumatismo o lesión pulmonar debida a las fuerzas de cizallamiento de alta velocidad creadas por la apertura de las vías respiratorias colapsadas.
- 107 Tras el inicio de una ventilación mecánica convencional, el paciente presenta evolución desfavorable, con hipoxemia severa (PaO_2/FiO_2 de 90 mmHg) y presiones elevadas en vías respiratorias, con imposibilidad de mantener una ventilación adecuada. En la radiografía de tórax se observa infiltrados alveolares difusos. En esta situación clínica, para establecer el diagnóstico de SDRA, según los criterios de Berlín, tendremos que valorar las siguientes manifestaciones, excepto:**
- A) Presión de enclavamiento en la arteria pulmonar menor 18 mmHg.
 - B) PaO_2/FiO_2 menor o igual 300 mmHg.
 - C) Infiltrados bilaterales en la radiografía de tórax.
 - D) Ausencia de signos de insuficiencia cardíaca izquierda o de sobrecarga de líquidos.
- 108 Se decide modificar los parámetros ventilatorios convencionales establecidos por una ventilación pulmonar protectora debido a:**
- A) La presencia de un patrón homogéneo de infiltración pulmonar.
 - B) Los volúmenes de insuflación utilizados durante la ventilación mecánica convencional se proporcionan a un volumen notablemente reducido del pulmón disponible.
 - C) La localización de la consolidación predominantemente en la mitad anterior del tórax.
 - D) Todas son falsas.
- 109 En relación a la ventilación pulmonar protectora utilizada, señale la falsa:**
- A) Utiliza volúmenes corrientes bajos (6 ml/kg) para limitar el riesgo de volutraumatismo y emplea PEEP para limitar el riesgo de atelectraumatismo.
 - B) Es una de las pocas medidas que han demostrado buenos resultados sobre la mejoría de la supervivencia en el SDRA.
 - C) Uno de los objetivos es el mantenimiento de una presión teleinspiratoria de meseta (Ppl) 20 cm H₂O.
 - D) Si el pH es menor de 7,15, se recomienda aumentar la frecuencia respiratoria hasta un pH por encima de 7,30 o una frecuencia respiratoria de 35 rpm.

110 Con respecto a la fluidoterapia a administrar en este paciente, señale la falsa:

- A) Al evitar un balance de líquidos positivos se impedirá una acumulación adversa de líquidos en los pulmones, que agravaría la insuficiencia respiratoria.
- B) Las consolidaciones pulmonares presentes, al tratarse de un exudado inflamatorio, no deben estar influidas por el equilibrio hídrico.
- C) Estudios clínicos han demostrado que el evitar un equilibrio hídrico positivo se asocia a una disminución en el tiempo de ventilación mecánica y en la mortalidad.
- D) Todas son correctas.

111 Finalmente, se plantea el empleo de corticoesteroides, realizándose una revisión de su utilidad en los pacientes con SDRA. De las siguientes aseveraciones, señale la correcta:

- A) Ha demostrado un beneficio constante sobre la supervivencia.
- B) No ha demostrado una reducción en los marcadores de la inflamación, ni en la mejoría del intercambio gaseoso.
- C) Ha demostrado una disminución del tiempo de la ventilación mecánica y de la estancia en UCI.
- D) En los casos de SDRA grave precoz, se recomienda el tratamiento con metilprednisolona con una dosis de carga de 2 mg/kg (peso corporal ideal) en 30 minutos, seguidos de una infusión de 2 mg/kg/día durante 14 días.

CASO III:

Un paciente varón de 54 años de edad, diagnosticado de cirrosis hepática acude al hospital por un cuadro de una semana de evolución de malestar general, aumento del perímetro abdominal y molestias abdominales difusas. A su tratamiento habitual con espironolactona había añadido ibuprofeno 600 mg. cada 8 horas en los últimos 5 días. La creatinina plasmática a la llegada era de 1,3 mg/dl, siendo la basal de 0,7 mg/dl. Tras el sondaje el débito urinario es de 50 ml/h.

112 ¿Cuál sería, de entre las siguientes, la actitud inicial a seguir?

- A) Observación cerrada y repetir determinación de creatinina a las 24 horas.
- B) Suspender ibuprofeno y espironolactona y observación.
- C) Suspender ibuprofeno y espironolactona y expansión de volumen con albúmina.
- D) Suspender ibuprofeno y espironolactona, expansión de volumen con albúmina y vasoconstrictores.

113 Después de 36 horas el paciente presenta ascitis a tensión, diuresis de 20 ml/h y la creatinina sérica es de 2,3 mg/dl. La causa mas probable del fallo renal es:

- A) Insuficiencia renal aguda prerrenal.
- B) Nefritis intersticial.
- C) Necrosis tubular aguda.
- D) Síndrome hepatorenal tipo I.

- 114 A través del catéter vesical se realiza una medición de la presión intraabdominal que arroja un resultado de 27 mmHg. ¿Qué mecanismo fisiopatológico puede estar influyendo en el desarrollo del fracaso renal en relación con este hallazgo?**
- A) Depleción de volumen.
 - B) Infarto renal.
 - C) Vasoconstricción arterial renal y congestión venosa renal.
 - D) Vasoconstricción arterial renal exclusivamente.
- 115 Se realiza una paracentesis evacuadora obteniendo 6000 cc de líquido ascítico cuyo análisis muestra 970 neutrófilos/mm³. ¿Cual sería la actitud más correcta a seguir?**
- A) Iniciar antibioterapia empírica.
 - B) Cultivar el líquido ascítico y esperar el resultado.
 - C) Dejar un drenaje continuo en el abdomen.
 - D) Ninguna de las anteriores.
- 116 ¿Qué germen de los siguientes esperaría encontrar con mayor probabilidad?**
- A) Streptococcus pneumoniae.
 - B) Escherichia Coli.
 - C) Enterococcus faecium.
 - D) Klebsiella pneumoiae.
- 117 En el 3º día de hospital la diuresis es de 600 cc en 24 horas y la creatinina sérica de 2,9 mg/dl. ¿Cual de entre las siguientes sería la actitud más indicada?**
- A) Continuar terapia con albúmina 1 gr/Kg y día.
 - B) Realizar sobrecarga de salino.
 - C) Iniciar vasoconstrictores.
 - D) Colocar un TIPS (shunt protosistémico transyugular).
- 118 Además de la mejora de la función renal, la terapia vasoconstrictora tiene como objetivo primario en el síndrome hepatorenal tipo I. Señale la correcta**
- A) Hacer de puente para la diálisis en pacientes no elegibles para trasplante.
 - B) Hacer de puente para el trasplantes en paciente elegibles para el mismo.
 - C) Mejorar la supervivencia en pacientes elegibles para trasplante.
 - D) B y C.
- 119 Si se inician vasoconstrictores, ¿qué consecuencias hemodinámicas son probables que favorezcan la mejoría de la función renal?**
- A) Disminución de resistencias vasculares sistémicas (RVS) y disminución de la presión arterial media (PAM).
 - B) Aumento de RVS y aumento de PAM.
 - C) Disminución de RVS y aumento de PAM.
 - D) Aumento de RVS y disminución de PAM.

CASO IV:

Paciente de 70 años, diagnosticado de síndrome de Fahr (calcificaciones en los ganglios de la base) , en tratamiento con trazadona y antidepresivos tricíclicos que ingresa en urgencias por síncope y temblores. Se ingresa en Observación y en el monitor se observan rachas de taquicardia ventricular no sostenida. Se hace una consulta al intensivista.

120 Señale cual sería la actitud más correcta:

- A) Ante la presencia de arritmias se debería descartar patología isquémica realizando un ECG completo y solicitud de marcadores.
- B) Lo más posible es que se trate de un cuadro convulsivo secundario a su patología de base por lo que se debería solicitar un TAC craneal para ver evolución.
- C) Habría que descartar alteraciones electrolíticas como la hipocalcemia, ya que este síndrome se asocia con frecuencia al hipoparatiroidismo.
- D) Todo lo anterior puede ser cierto.

121 El paciente siguió presentando taquicardias ventriculares no sostenidas, por lo que se administró tratamiento con amiodarona. A pesar de ello y aun aumentando la dosis, el paciente continuó presentando las taquicardias. En uno de los registros se evidenció una taquicardia ventricular polimórfica. Señale la actitud terapéutica más correcta:

- A) Administrar lidocaína como antiarrítmico.
- B) En este paciente habría que descartar que la taquicardia está producida por fármacos.
- C) Se debe retirar toda la medicación previa, incluida la amiodarona y administrar sulfato de magnesio.
- D) B y C son correctas.

CASO V:

Paciente de 75 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, cardiopatía hipertensiva con grado funcional II, FA paroxística, en tratamiento con apixabán 2,5mg vo cada 12 horas. Ingresada hace cinco días en el Hospital por insuficiencia cardiaca descompensada, durante 10 días, que respondió bien al tratamiento con diuréticos. Ingresada en el Hospital por síncope., con caída al suelo y cefalohematoma. TA 130/70, FC 100 l.p.m. Se realiza TAC craneal que se informa como normal. La paciente ingresa en planta. Estando en planta sufre hipotensión, con TA de 70/60, disnea, con saturaciones de 85%, Se realizan determinaciones analíticas encontrándose niveles elevados de troponina ultrasensible, tres veces el punto de corte, y una leucocitosis de 12000 leucocitos, con marcadores de sepsis elevados. En la Rx de tórax aparece un infiltrado bilateral.

- 122 ¿Qué prueba diagnóstica inicial le parece la MENOS apropiada en relación a los hallazgos anteriores?**
- A) ECG para valorar la posibilidad de un evento isquémico.
 - B) Extracción de hemocultivos para descartar infección. Y administración de antibioterapia empírica.
 - C) Realizar Ecocardiografía .
 - D) Todas las pruebas pueden ser correctas.
- 123 En el caso que se sospechara una neumonía grave, en dicha paciente ¿qué pauta antibiótica sería la menos correcta ?:**
- A) Ceftriaxona + claritromicina.
 - B) Meropenem + amikacina.
 - C) Piperacilina/Tazobactam.+ Linezolid.
 - D) Piperazilina/Tazobactam+ Levofloxacino.
- 124 La paciente anterior ingresa en UCI , continúa con disnea, y a la auscultación presenta crepitantes pulmonares hasta campos superiores. Aparece soplo polifocal III/VI. Sigue en situación de shock .Se instaura Ventilación Mecánica no invasiva y tratamiento con vasopresores.**
- A) Una rotura de músculo papilar mitral puede justificar el cuadro.
 - B) La elevación de los marcadores de sepsis y la hipoxemia rápidamente progresiva orienta de forma clara y definitiva a una neumonía rápidamente progresiva.
 - C) La elevación de la troponina es diagnóstica de síndrome coronario agudo con insuficiencia cardiaca congestiva complicada en el caso de esta paciente.
 - D) Nada de lo anterior es correcto.

125 Se realiza Ecocardiografía transesofágica que muestra una endocarditis en válvula mitral. ¿Qué régimen de tratamiento antibiótico considera más correcto?

- A) Meropenem+ Linezolid+gentamicina.
 - B) Linezolid+ gentamicina.
 - C) Cloxacilina + amikacina + gentamicina.
 - D) Todos los anteriores.
-

CASO VI:

Varón de 48 años con antecedentes de cirrosis alcohólica y ADVP. . Fumador y alérgico a Penicilina- Consulta por fiebre de 2 días de evolución con gran afectación del estado general, mialgias y escalofríos. Dolor en el costado y alteración progresiva del nivel de conciencia con vómitos frecuentes y rigidez de nuca. A la auscultación se detecta soplo III/VI polifocal. TA: 90/60. En la Rx de tórax se encontraba una condensación en base derecha. El paciente sufre deterioro respiratorio y precisa intubación y conexión a ventilación mecánica.

126 ¿Qué germen es que el que con mayor probabilidad explica el cuadro clínico?

- A) Streptococcus pneumoniae.
- B) Streptococcus viridans.
- C) Haemophilus influenzae.
- D) Streptococcus pyogenes.

127 Al ingreso se realiza punción lumbar con el siguiente resultado: líquido turbio, glucosa 45mg/dl, proteínas 159g/dl, Pandy positivo, hematíes 250/mm, dismórficos y leucocitos 200/mmm, Cultivo del líquido positivo. Se solicita Eco transtorácica que muestra una verruga en una válvula cardíaca. ¿Qué afirmación es la más correcta sobre el diagnóstico, que explique todo el cuadro clínico?

- A) Se trata de trata de una endocarditis derecha por embolia séptica pulmonar en un adulto ADVP.
- B) La triada de meningitis, neumonía y endocarditis se denomina triada de Osler.
- C) El diagnóstico más probable es un Síndrome de Austrian y la válvula que con más frecuencia se afecta en este síndrome es la válvula aórtica.
- D) B y C son ciertas.

CASO VII:

Paciente de 70 años, Obeso y fumador. Ingresa en UCI en el postoperatorio de cirugía abdominal, tras intervención por obstrucción intestinal con peritonitis secundaria. El paciente ha estado inestable hemodinámicamente y presenta problemas con el destete de la ventilación mecánica en los días siguientes. Precisa drogas inotropas, reposición abundante de fluidos y nutrición parenteral. Desarrolla fallo renal con necesidad de Hemofiltración venovenosa continua.

128 En relación a la nutrición en este paciente ¿Qué aporte de proteínas es el correcto?

- A) 1 gr / Kg / día.
- B) Entre 1 a 1,5 g / Kg / día.
- C) Entre 2 a 2,5 g / Kg / día.
- D) Entre 3 a 3,5 g / Kg / día

129 En el caso anterior. En lo que respecta al aporte de lípidos :

- A) Deben suponer el 20% del aporte calórico no proteico.
- B) El aporte mínimo es de 1gr/Kg/día.
- C) El aporte mínimo debe ser 2gr/Kg/día.
- D) El aporte mínimo es de 2,5gr/Kg/día.

130 En los hidratos de carbono, la mínima cantidad que se debe aportar en el paciente crítico es de:

- A) 1gr/Kg/día.
- B) 2g/Kg/día.
- C) 3gr/Kg/día
- D) Deben suponer el 40% de las calorías no proteicas.

CASO VIII:

Varón de 77 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, fumador de 2 paquetes de cigarrillos al día, ictus isquémico que no dejó secuelas hace 3 meses, que acude a Hospital Comarcal (sin Servicio de Hemodinámica) por dolor torácico opresivo de 1 hora de evolución, irradiado a espalda, con sudoración profusa y mareo. TA: 160/95, FC: 90 lpm, FR: 26, Tª 36,5 °C. Saturación O2: 93 %. La auscultación cardíaca es normal y la pulmonar muestra crepitantes bibasales. El ECG muestra ascenso de ST de 2 mm desde V1 a V5, con descenso de ST en I, II, III, aVL. En su hospital puede realizar fibrinólisis, la angioplastia está en hospital de referencia (demora de 140 minutos).

131 ¿Qué pauta de reperfusión le parece la mas adecuada?

- A) AAS + Ticagrelor + Angioplastia primaria.
- B) AAS + Clopidogrel + Fibrinólisis con Tenecteplase + enoxaparina a dosis plenas (1mg/kg sc cada 12 h, con bolo inicial).
- C) AAS + Clopidogrel + Fibrinólisis con Tenecteplases + enoxaparina (0,75 mg/kg sc cada 12 h, sin bolo).
- D) AAS + Clopidogrel + Angioplastia primaria.

132 Mientras se plantea la estrategia de reperfusión adecuada revisa los tiempos de atención. En los pacientes con Síndrome coronario agudo con elevación del ST, la Sociedad Europea de Cardiología en su Guía de 2017 establece objetivos importantes relativos al tiempo. Señale el FALSO:

- A) Tiempo máximo desde el primer contacto médico hasta el ECG y el diagnóstico menor o igual a 10 minutos.
- B) Máxima demora desde el diagnóstico de IAMCEST hasta la administración de un bolo o infusión de fibrinólisis a pacientes que no puede cumplir los plazos indicados para la ICP, menor o igual a 10 minutos.
- C) Máxima demora desde el inicio de la fibrinólisis hasta la evaluación de su efecto (éxito o fracaso) 60-90 minutos .
- D) Máxima demora desde el diagnóstico de IAMCEST hasta la administración de un bolo o infusión de fibrinólisis a pacientes que no puede cumplir los plazos indicados para la ICP, menor o igual a 15 minutos.

133 Tras realizar la terapia de reperfusión adecuada, el cateterismo mostro lesión del 90 % en arteria descendente anterior proximal, implantando un stent farmacoactivo. Varias horas después el paciente está inquieto, con dolor precordial (2/10), consciente, estuporoso, con frialdad de miembros. La auscultación cardíaca muestra tonos apagados, analítica con hemoglobina de 9 gr/dL; hematocrito de 33 %. El ECG muestra alternancia eléctrica, con onda Q y normalización del ST en cara anterior. El ecocardiograma muestra derrame pericárdico e hipoquinesia anterior. ¿Qué diagnóstico es el mas probable?

- A) Taponamiento cardíaco.
- B) Insuficiencia mitral severa por rotura de musculo papilar.
- C) Comunicación interventricular.
- D) Rotura de pared libre ventricular.

- 134 El paciente con infarto de miocardio anterior presenta durante su evolución bloqueo Aurículoventricular completo, que alterna con bloqueo AV de 2º grado mobitz II. ¿En qué momento estará indicada la estimulación cardíaca permanente?**
- A) En caso de persistencia del bloqueo inmediatamente después de la implantación de stent en la arteria descendente anterior.
 - B) Con seis días evolución si persiste el bloqueo Aurículoventricular completo.
 - C) Con mas de 14 días de evolución del infarto con bloqueo Aurículoventricular completo persistente.
 - D) Con 1 mes de evolución con bloqueo Aurículoventricular completo.
- 135 En el caso anterior, el paciente tras una evolución tórpida tras presentar bloqueo Aurículoventricular completo, se implantó marcapasos definitivo. Han pasado seis meses del infarto, consulta por disnea, NYHA II. AP con crepitantes bibasales. TA: 110/60 mm Hg, FC: 40 lpm. El ECG muestra bloqueo Aurículoventricular completo, con frecuencia de ondas P a 85 lpm, espigas de estimulación ventricular que no van seguidas de complejo QRS, QRS no precedidas de ondas P a 40 lpm con morfología de bloqueo de rama izquierda. Realiza una revisión y encuentra aumento anormal de impedancia del electrodo ventricular con aumento anormal del umbral de captura de estimulación ventricular. ¿Cuál es su sospecha?**
- A) El electrodo ventricular está normal.
 - B) Dislocación del electrodo ventricular.
 - C) Fractura del electrodo ventricular, por rotura del conductor.
 - D) Fuga de corriente a través del electrodo ventricular por rotura del aislante.
-

CASO IX:

Mujer de 47 años que es trasladada a nuestro hospital tras ingerir un número indeterminado de comprimidos (los familiares no conocen el nombre del medicamento, ni encuentran la caja) y comenzar hace 2 horas con vómitos, obnubilación y crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas. Ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos. A la exploración destaca disminución del nivel de conciencia con un score de Glasgow de 7 puntos (Ojos 2 Motor 4 Verbal 1), FC 120 lpm, TA: 120/70 mmHg, FR 40, Sat O2 95 %. Resto de exploración normal. La analítica muestra gasometría arterial basal con pH: 7,0, PCO2: 65; PO2: 66; CO3H: 8. Sat O2: 80 %. Glucemia: 210 mg/dL; Leucocitos: 17.000 (Neutrófilos: 60%). Resto de analítica incluyendo hemoglobina, creatinina, urea, sodio, potasio, perfil hepático, y estudio de coagulación normales. Orina: normal sin cuerpos cetónicos. Radiografía de tórax normal.

- 136 ¿Cuál de los siguientes fármacos considera el menos probable como causa?**
- A) Salicilatos.
 - B) Metformina.
 - C) Isoniacida.
 - D) Litio.

137 En esta paciente, tras valorarla, canalizar vía venosa, realizar intubación y conexión a ventilación mecánica, sondaje vesical e inserción de sonda nasogástrica, realización de lavado gástrico. Se está planteando administración de carbón activado por sonda nasogástrica. ¿En cuál de los siguientes tóxicos considera menos útil la administración por SNG de carbón activado?

- A) Litio.
- B) Isoniacida.
- C) Salicilatos.
- D) Metformina.

138 ¿Qué tipo de diuresis forzada realizaría en esta paciente?

- A) Diuresis forzada alcalina.
- B) Diuresis forzada acida.
- C) Diuresis forzada neutra.
- D) No está claro que la diuresis forzada sea útil en este paciente.

139 Se está planteando realizar técnicas de depuración renal para eliminación del tóxico. ¿En cuál de los siguientes fármacos considera menos útil dicha técnica?

- A) Etilenglicol.
- B) Metanol.
- C) Salicilatos.
- D) Isoniacida.

140 ¿Qué antídoto considera mas útil en esta paciente?

- A) Etanol.
- B) Piridoxina.
- C) Tiamina.
- D) Ninguna de las anteriores es cierta.

CASO X:

Paciente de 27 años sin antecedentes médicos de interés, fumador y consumidor habitual de cocaína y MDMA. Presenta desde hacía dos semanas cuadro de decaimiento, astenia, anorexia, dolor abdominal y vómitos ocasionales, al que hace una semana se añade ictericia progresiva. Hoy es traído al hospital por encontrarle con un comportamiento extraño. En la primera exploración, el paciente se muestra confuso, con asterixis, hepatomegalia no dolorosa e ictericia cutáneomucosa. Se realiza una primera determinación analítica en la que destacan: AST 3670 UI/l, ALT 2790 UI/l, Bilirrubina total 11 mgr/dl, LDH 2745 UI/l, Fosfatasa Alcalina de 280 UI/l, INR 2,2, Actividad de protrombina 41%, tiempo de protrombina 49 sg, Factor V 37%, ph 7,31, lactato 6 mmol/l, plaquetas 75.000, glucemia 75 mg/dl. Con sospecha clínica de Insuficiencia Hepática Aguda Grave (IHAG) de probable origen tóxico, se decide ingreso en la UCI para monitorización y tratamiento de soporte.

141 Respecto a las pruebas diagnósticas a realizar en el paciente con IHAG, señale cuál de las siguientes es FALSA:

- A) Es necesario realizar estudio bioquímico completo con función hepática, amilasa, albumina, creatinina, amonio, estudio de coagulación, gasometría, lactato, hematimetría, serología de virus hepatotropos, ceruloplasmina, determinación de tóxicos y metabolismo de hierro.
- B) La ecografía abdominal permite encontrar datos sugerentes de enfermedad hepática crónica.
- C) El diagnostico etiológico preciso no es necesario al no tener influencia pronóstica ni terapéutica y por ser el trasplante hepático el único tratamiento definitivo de la IHAG.
- D) Es importante precisar el tiempo entre la aparición de la ictericia y la encefalopatía por tener carácter pronóstico.

142 El paciente al ingreso en UCI es evaluado como posible candidato a trasplante hepático. De los siguientes, ¿Cuál NO es un criterio del King's College para indicación de trasplante hepático en situación de IHAG?

- A) En intoxicación por paracetamol, ph arterial < 7.30 independientemente del grado de encefalopatía.
- B) En cualquier etiología de IHAG distinta de paracetamol, tiempo de protrombina con INR > 6,5.
- C) En cualquier etiología de IHAG distinta de paracetamol, bilirrubina total > 18 mg/dl.
- D) En intoxicación por paracetamol, creatinina sérica > 2.5 mg/dl.

- 143 En las 48 horas siguientes y a pesar del tratamiento de soporte iniciado, la evolución del paciente es claramente desfavorable, con rápido empeoramiento de la encefalopatía y precisa intubación y conexión a ventilación mecánica. Respecto al soporte neurológico de los pacientes con IHAG, señale la respuesta FALSA:**
- A) Hay que realizar en todos los casos profilaxis de las convulsiones con fenitoina.
 - B) Se desaconseja el uso de corticoides como tratamiento de la hipertensión intracraneal.
 - C) En pacientes con alto riesgo de edema cerebral, se recomienda el tratamiento con suero salino hipertónico para alcanzar un nivel de sodio plasmático de 145-155 mEq/L.
 - D) La administración de manitol intravenoso, se recomienda como tratamiento de primera línea de la hipertensión intracraneal de los pacientes con IHAG.
- 144 El paciente entra en Urgencia 0 para trasplante hepático, siendo intervenido en las 24 horas siguientes sin incidencias operatorias. En las primeras horas de postoperatorio el paciente permanece sedado, con soporte respiratorio y, en la primera analítica: AST 3356 UI/l, ALT 2908 UI/l, Bilirrubina total 12 mg/dl, Creatinina 4.1 mg/dl, Fosfatasa alcalina 256 UI/l, Factor V 35%, INR 2.5. ¿Cuál considera entre los siguientes el inmunosupresor MENOS indicado en este paciente?**
- A) Tacrolimus.
 - B) Corticoides.
 - C) Micofenolato Mofetilo.
 - D) Basiliximab.
- 145 Las infecciones son la causa más frecuente de morbimortalidad en el paciente trasplantado. ¿Cuál de los siguientes agentes infecciosos esperaría encontrar con mayor frecuencia en el primer mes de postoperatorio de trasplante hepático?**
- A) Infecciones bacterianas
 - B) Pneumocystis
 - C) Citomegalovirus
 - D) Infecciones fúngicas

CASO XI:

Varón de 29 años que hace aproximadamente 1 hora sufre accidente de tráfico (colisión frontal con otro vehículo). Ha sido atendido por los servicios de emergencias sanitarias, con una extricación difícil en la que consta que el paciente presentaba un Glasgow Coma Score (GCS) de 15 con amnesia postraumática, PA 90/50 mmHg, Fc 120 lpm y en la exploración general, deformidades de ambos miembros inferiores sin herida abierta. Se procede a traslado con collarín cervical, O₂ por Vmsk al 50%, dos vías periféricas e inmovilización de ambas extremidades inferiores con férulas neumáticas. Durante el traslado presenta persistencia de hipotensión a pesar de administración de 1 L de cristaloides y 1L de coloides, reducción del nivel de consciencia, taquipnea a 40 resp/min, Saturación arterial por pulsioximetría del 89% y en la auscultación reducción del murmullo vesicular en hemitórax lzqdo. Se procede a inserción de catéter 12 F a nivel infraclavicular en 2º espacio intercostal lzqdo, con emisión de aire, IOT por secuencia rápida y ventilación mecánica con respirador de transporte. A su llegada a Sala de Críticos nos avisan por encontrarse en parada cardiorrespiratoria.

146 ¿Cuál sería su actitud?

- A) Maniobras de soporte vital avanzado (SVA).
- B) Inserción de trócar 24F en hemitórax lzqdo.
- C) Maniobras de SVA e inserción de sendos trócares 24 F en ambos hemitórax.
- D) Son correctas la A y B.

147 Tras 10 minutos de reanimación, el paciente recobra pulso estable, pero persiste con hipotensión arterial (PA 80/45 mmHg, Fc 120 lpm). Se realiza Ecocardiograma de urgencia en la que no se visualiza derrame pericárdico, ni anomalías valvulares, y una ecografía abdominal demuestra líquido libre intraabdominal y probable laceración esplénica. Se avisa a Cirugía que indica TAC para evaluación de las lesiones abdominales. En el informe radiológico del TAC craneal y cervical se informa como sin alteraciones, en el toracoabdominal se informa de En el informe radiológico del TAC craneal y cervical se informa como sin alteraciones, y en el toracoabdominal con contraste se informa de desgarró esplénico que abarca vasos segmentarios o hiliares y que produce desvascularización mayor, con hemoperitoneo en grado moderado y fuga de contraste. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A) Laceración esplénica grado III del índice de lesión orgánica (ILO).
- B) Laceración esplénica grado IV del ILO.
- C) Laceración esplénica grado V del ILO.
- D) Avulsión esplénica.

148 ¿Qué actitud terapéutica definitiva sería la más adecuada en esta situación?

- A) Manejo conservador en UCI.
- B) Intervención quirúrgica inmediata si inestabilización en UCI.
- C) Inicialmente manejo conservador en UCI con politransfusión y vasoactivos.
- D) Intervención quirúrgica inmediata.

149 Tras esplenectomía y revisión de la cavidad abdominal, donde han evidenciado desgarro de mesos con afección isquémica de un tramo de unos 60 cm de yeyuno con la consiguiente resección yeyunal y anastomosis termino-terminal, pasa a UCI estable. Ha precisado en total transfusión de 8 Unidades de concentrados de hematíes y 800 ml de plasma fresco congelado. La evolución postoperatoria en UCI es favorable en las primeras 48 horas. Respecto al soporte nutricional de este paciente, indique lo más adecuado.

- A) Es un paciente hipermetabólico y requerirá alto soporte nutricional mixto.
- B) Debe iniciarse nutrición enteral por sonda que sobrepase la zona de anastomosis.
- C) En fase aguda no estaría indicado soporte nutricional.
- D) Estaría indicado el soporte nutricional parenteral.

150 ¿Qué otras medidas considera que debería realizarse en este paciente?

- A) Inmunización frente a Haemophilus influenzae y Meningococcus en la 2-3 semana postesplenectomía.
- B) Antibioterapia de amplio espectro si antes de 5 día presenta el paciente fiebre, leucocitosis mayor a 15.000/mm³ y trombocitosis, ya que es indicativo de infección subyacente.
- C) El drenaje intraoperatorio reduce la posibilidad de abscesificación de la fosa esplénica, ya que estos pacientes tienen un aumento de incidencia de dicha complicación.
- D) Todas son incorrectas.

-
-
- 151 Durante su guardia recibe un paciente al que le acaban de realizar un Trasplante de Hígado. ¿Qué combinación de inmunosupresores NO utilizaría?**
- A) Prednisona + Micofenolato + Tacrólimus.
 - B) Prednisona + Micofenolato + Timoglobulina.
 - C) Prednisona + Micofenolato + Basiliximab.
 - D) Prednisona + Micofenolato + Ciclosporina.
- 152 En relación al transporte, entrega y consumo de oxígeno, señale la afirmación que es FALSA:**
- A) El transporte de oxígeno tiene dos componentes: la tasa de aporte de oxígeno a la microcirculación (D_{O2}) y la tasa de captación de oxígeno hacia los tejidos (V_{O2}).
 - B) La disoxia ocurre cuando el rendimiento energético del metabolismo de nutrientes está limitado por la disponibilidad del oxígeno.
 - C) La hipoxia tisular es debida a un defecto en la utilización del oxígeno en las mitocondrias.
 - D) La hipoxia citopática es el mecanismo de lesión orgánica en la sepsis grave y en el shock séptico .
- 153 La hiponatremia es una complicación frecuente de las enfermedades intracraneales, incluyendo TCE, tumores, ACV, hemorragia subaracnoidea e infecciones. Dos síndromes se han relacionado con este hallazgo, el síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) y el síndrome de pérdida cerebral de sal (CSW). Una de las siguientes proposiciones es FALSA respecto al diagnóstico diferencial entre ambos síndromes.**
- A) La osmolaridad plasmática es alta o normal en el CSW y baja en el SIADH.
 - B) La eliminación urinaria de Na es alta en ambos.
 - C) La PCP es normal o alta en el SIADH y baja en el CSW.
 - D) El volumen plasmático está conservado en ambos síndromes.



JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

CONSEJERÍA DE SALUD

JUNTA DE ANDALUCIA

