



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD



# PROCESO SELECTIVO PARA ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO (BOE.: 24-05-2021)

## Categoría: FEA EN MEDICINA INTENSIVA

### ADVERTENCIAS:

- **No abra este cuestionario** hasta que se le indique. Para hacerlo introduzca la mano en el cuadernillo y con un movimiento ascendente rasgue el lomo derecho (ver figura esquina inferior derecha).
- Marque las respuestas con bolígrafo negro, o en su defecto, azul. Compruebe siempre que la marca que va a señalar en la «Hoja de Examen» corresponde al número de pregunta del cuestionario.
- El tiempo de realización de este ejercicio es de **180 minutos**.

### PRIMERA PARTE

- Esta prueba consta de 100 preguntas y 10 de reserva, con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
- Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Examen» en la zona correspondiente a «PRIMERA PARTE», entre los números 1 y 110.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.

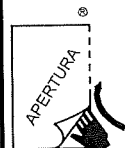
### SEGUNDA PARTE

- Esta prueba consta de 2 supuestos prácticos:
- SUPUESTO PRÁCTICO 1 consta de 15 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
- SUPUESTO PRÁCTICO 2 consta de 15 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
- Las preguntas de cada supuesto deben ser contestadas en la «Hoja de Examen», en la zona correspondiente a «2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 1 y 2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 2», entre los números 1 y 16, en ambos casos.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.

- La puntuación máxima posible de este ejercicio será de 100 puntos.
- No serán valoradas las preguntas no contestadas ni aquellas en las que las marcas o correcciones efectuadas no se ajusten a las indicaciones dadas en la «Hoja de Examen».
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario, solicite su sustitución.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro elemento electrónico.

- **SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR EN LA «HOJA DE EXAMEN» LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.**
- **ESTE CUESTIONARIO PUEDE UTILIZARSE COMO BORRADOR Y NO SERÁ NECESARIA SU DEVOLUCIÓN AL FINALIZAR EL EJERCICIO.**

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL



1. La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud descrita en el Artículo 8 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, comprende todas las actividades asistenciales **SALVO**:
  - A) Las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios.
  - B) La prestación farmacéutica.
  - C) Las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sociosanitarios.
  - D) Transporte sanitario urgente.
  
2. Según la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, todas estos supuestos se consideran situación de servicio activo **EXCEPTO**:
  - A) La prestación de servicios correspondientes a su nombramiento como tal.
  - B) Acceso a una plaza de formación sanitaria especializada mediante residencia.
  - C) Desempeño de puesto de trabajo de las relaciones de puestos de las Administraciones públicas abierto al personal estatutario.
  - D) Desempeño de funciones de gestión clínica.
  
3. Según el Real Decreto 124/2007, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas, señale cuál de los siguientes **NO** está legitimado para acceder a los asientos de dicho Registro:
  - A) Las personas otorgantes de las instrucciones previas inscritas en él.
  - B) Los representantes legales de las personas otorgantes o los que a tal efecto hubieran sido designados de manera fehaciente por estas personas.
  - C) Los médicos responsables del proceso asistencial de las personas otorgantes de las instrucciones previas.
  - D) Los responsables acreditados de los registros autonómicos.
  
4. La Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, clasifica la situación de dependencia en:
  - A) Grado I o moderada; Grado II o severa, y Grado III o gran dependencia.
  - B) Leve, moderada, severa y gran dependencia.
  - C) Grado bajo, Grado medio, Grado alto, Grado Máximo.
  - D) Inferior, media, superior y absoluta.
  
5. Según la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, el acceso a la información médica de carácter personal se limitará, además de al personal médico que lleve a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, a:
  - A) Las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores.
  - B) Al empresario.
  - C) Las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención.
  - D) La Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
  
6. La participación en el control y vigilancia de la gestión del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se llevará a cabo por:
  - A) Las Direcciones Territoriales del Instituto en ambas ciudades.
  - B) Consejo de Participación y por las Comisiones Ejecutivas.
  - C) La Junta Técnico Asistencial de los hospitales de Ceuta y Melilla.
  - D) La Mesa sectorial de Sanidad del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

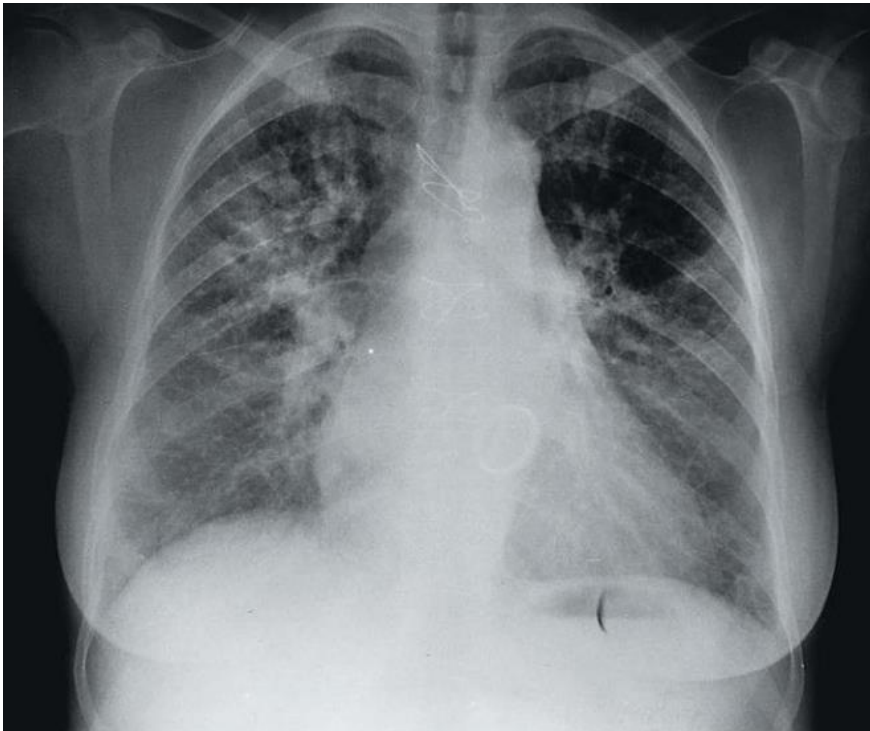
7. El Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada regulado por el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, tiene todos los siguientes objetivos **EXCEPTO**:
- A) Adecuar la gestión económico-financiera y de tesorería de los créditos presupuestarios a la demanda asistencial.
  - B) Conocer la demanda asistencial y la morbilidad atendida en los dispositivos de atención especializada y favorecer la realización de estudios de investigación clínica, epidemiológica y de evaluación de servicios sanitarios y de resultados en salud.
  - C) Proporcionar a los registros autonómicos la información necesaria para la evaluación y control de la atención prestada en el conjunto del Sistema Nacional de Salud a sus ciudadanos.
  - D) Facilitar la realización de estadísticas del sector salud a nivel estatal, así como las que deriven de compromisos con organismos oficiales internacionales.
8. El Código Deontológico Médico establece en sus principios generales algunos conceptos respecto a la relación del médico con los pacientes entre los que podemos destacar uno de los siguientes:
- A) La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico.
  - B) El médico debe atender a los pacientes con motivo real de demanda.
  - C) La principal lealtad del médico es consigo mismo y sus principios.
  - D) El médico deberá tener en cuenta para iniciar la asistencia, las posibilidades de éxito terapéutico que tiene para cualquier circunstancia y patología.
9. Respecto al uso de fármacos vasoactivos una de las siguientes es **FALSA**:
- A) La hipovolemia debe corregirse antes de la institución de la terapia con vasopresores para una máxima eficacia.
  - B) Los receptores adrenérgicos alfa-1 inducen vasoconstricción, mientras que los receptores beta-1 inducen inotropía más cronotropía y los receptores beta-2 inducen vasodilatación.
  - C) Las complicaciones de la terapia con vasopresores no incluyen la hipoperfusión, puesto que su función es evitarla.
  - D) La elección de un agente inicial debe basarse en la posible etiología subyacente del shock.
10. La vasoconstricción inducida por el receptor alfa-adrenérgico de la noradrenalina da como resultado en ocasiones una disminución de la frecuencia cardíaca. Este efecto lo podemos encuadrar dentro de una de las siguientes:
- A) Efectos secundarios directos habituales.
  - B) Inversamente proporcional a la dosis empleada.
  - C) No es un efecto secundario esperable.
  - D) Se basa en la presencia de efectos reflejos.
11. Dentro de los documentos sobre "Sobresedación" Zero como herramienta de comodidad, seguridad y gestión en la unidades de cuidados intensivos, elaborados por Grupo de Trabajo de Sedación, Analgesia y Delirio (GTSAD) / Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), se señalan como recomendaciones de "No hacer" una de las siguientes afirmaciones:
- A) Asegúrate de la existencia y seguimiento del protocolo de sedoanalgesia de tu unidad de cuidados intensivos.
  - B) No mantener al paciente en sedación profunda si no presenta distrés respiratorio grave, hipertensión intracraneal, estatus epiléptico activo o bloqueo neuromuscular.
  - C) Monitoriza, prevé y trata adecuadamente el dolor en el paciente crítico.
  - D) Utiliza la sedación adecuado a cada situación clínica, lo más superficial posible, utilizando sistemas de monitorización.

12. ¿Cuál de las siguientes es una recomendación ética de la SEMICYUC para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19?:
- A) Se ingresarán de forma condicionada a la evolución clínica en los primeros 7- días.
  - B) Se valorará el fracaso orgánico medido por el APACHE al ingreso y reevaluando diariamente la evolución medida por esta escala.
  - C) Se podrá utilizar Ingresos condicionados o "ICU trial" en los casos en los que no esté claro el potencial beneficio de la instauración de tratamientos invasivos.
  - D) No será necesario informar al paciente del plan terapéutico por el principio del beneficio terapéutico.
13. El Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Nefrológicos de la SEMICYUC recomienda una de las siguientes medidas como efectiva para evitar o minimizar el daño renal:
- A) Utilizar la dopamina, a dosis renales, como profilaxis de la disfunción renal aguda.
  - B) La furosemida, puede ser útil en la profilaxis de la disfunción renal aguda.
  - C) La correcta hidratación ha demostrado disminuir el riesgo de nefrotoxicidad por contraste.
  - D) Una vez que se han recuperado de un fracaso renal agudo se pueden utilizar fármacos nefrotóxicos con los mismos criterios que antes de tener el episodio de fallo renal.
14. Respecto al manejo del síndrome aórtico agudo, una de las siguientes es **FALSA**, señálela:
- A) La cirugía está indicada para pacientes con aneurisma de la raíz aórtica, con diámetro aórtico máximo > 50 mm en pacientes con Síndrome de Marfan.
  - B) En caso de Aneurismas de Aorta Abdominal (AAA) rotos, está indicada la reparación diferida, una vez controlado hemodinámicamente al paciente.
  - C) Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico de los aneurismas del arco aórtico plantean cuestiones particulares, debido a los riesgos asociados a la protección cerebral.
  - D) Gracias a las mejoras técnicas, su naturaleza relativamente no invasiva y los costes más bajos, tanto la tomografía computarizada como la resonancia magnética, se han alzado como las actuales pruebas de referencia en la evaluación tanto pre-como postoperatoria de los AAA.
15. ¿Cuál de los siguientes es fármaco utilizado en la reversión de los efectos anticoagulantes del dabigatran?:
- A) Idarucizumab.
  - B) Protamina.
  - C) Vitamina K.
  - D) Bevacizumab.
16. En la Indicación de transfusión profiláctica de plaquetas en pacientes que van a ser sometidos a cirugía y/o procedimientos invasivos, una de la siguientes es **FALSA**, señálela:
- A) No solo hay que tener en cuenta la cifra de plaquetas sino también el riesgo global de hemorragia relacionada con el tipo y duración de la cirugía, la capacidad para controlar la hemorragia intraoperatoria, las posibles consecuencias de una hemorragia no controlada.
  - B) Se recomienda la transfusión profiláctica de plaquetas en pacientes sometidos a cirugía cardíaca tipo by-pass, excepto en aquellos pacientes que presenten una trombocitopenia menor a 100.000/mcl.
  - C) Se sugiere realizar transfusión profiláctica de plaquetas para mantener la cifra de plaquetas mayor a 50.000/mcl en pacientes trombocitopénicos que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos y/o invasivos mayores.
  - D) Existen multitud de fármacos que afectan a la función plaquetaria que deberán ser valorados si procede o no su suspensión previo al procedimiento.
17. En relación a los pacientes inmunosuprimidos existen unas peculiaridades en cuanto a los riesgos de infección y sus patógenos responsables. Señale entre las siguientes la verdadera:
- A) La aspergilosis pulmonar invasiva no se asocia con mayor riesgo de muerte.
  - B) El fracaso respiratorio agudo (FRA) es la complicación menos frecuente en pacientes con neoplasias hematológicas.
  - C) La neutropenia se asocia de forma independiente con mayor riesgo de fracaso renal agudo.
  - D) El número de pacientes críticos oncohematológicos está disminuyendo.

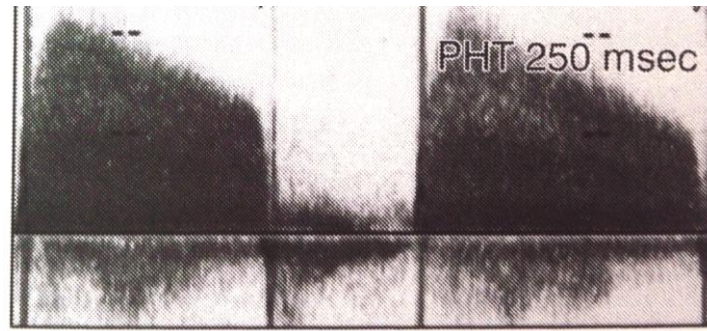
- 18.** Respecto a las recomendaciones de tratamiento de las infecciones fúngicas en los pacientes críticos inmunosuprimidos podemos decir que una de las siguientes es verdadera:
- A)** En pacientes en tratamiento con una candina o anfotericina B lipídica, si la especie aislada es sensible con 3 días de tratamiento será suficiente.
  - B)** En la candidemia en un paciente neutropénico no es necesario considerarse la retirada del catéter venoso central (CVC) si se inicia un antifúngico.
  - C)** En el tratamiento antifúngico empírico durante la neutropenia febril, cuando se sospeche una candidemia, se debe esperar al tener el fungograma para iniciar el tratamiento.
  - D)** El tratamiento de la infección por *Cándida* spp. en pacientes con trasplante de órgano sólido no difiere del recomendado en las guías terapéuticas en vigor para otros pacientes.
- 19.** ¿Qué indica la incidencia de un evento o de una enfermedad?:
- A)** Es la proporción de casos de una población que presenta el evento.
  - B)** Es el número de casos nuevos de un evento que aparecen en una población a lo largo de un período de tiempo.
  - C)** Es el número de casos nuevos de un evento en un período de tiempo dividido por la suma de unidades de tiempo en riesgo de cada uno de los sujetos expuestos.
  - D)** Es el exceso de riesgo de una población de tener un evento.
- 20.** La Atendiendo a la clasificación del nivel de evidencia científica de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), ¿de dónde procede la evidencia científica que correspondería el mayor nivel de evidencia para la práctica clínica (nivel Ia)?:
- A)** La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado.
  - B)** La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.
  - C)** La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.
  - D)** La evidencia científica procede a partir de metaanálisis de ensayos clínicos controlados aleatorizados.
- 21.** Entre los indicadores de calidad asistencial existen diferentes tipos. Cuando hablamos de un indicador de proceso, ¿a qué nos estamos refiriendo?:
- A)** Son indicadores que miden aspectos relacionados con los recursos tecnológicos, humanos u organizativos, necesarios para la práctica asistencial, así como la disponibilidad de protocolos.
  - B)** Son indicadores que evalúan la manera en que se desarrolla la práctica asistencial, realizada con los recursos disponibles, protocolos y evidencia científica.
  - C)** Son indicadores que miden las consecuencias del proceso asistencial, en términos de complicaciones, mortalidad, ocasiones perdidas, fallos de circuitos, calidad de vida, etc.
  - D)** No existen los indicadores de proceso.
- 22.** Paciente de 55 años de edad intubado en fase de mejoría de un Síndrome de distres respiratorio agudo. Ventilado con oxígeno al 60%, volumen circulante de 600 ml, flujo inspiratorio de 60 lpm, en modo controlado por volumen y frecuencia de 22 rpm. La presión pico medida en estas condiciones es de 35 cm de H<sub>2</sub>O, con una presión plateau o pausa de 32 cm de H<sub>2</sub>O. De forma súbita y sin cambio en los parámetros ventilatorios suenan las alarmas del respirador que muestra una presión pico de 45 cm de H<sub>2</sub>O con una presión pausa de 33 cm de H<sub>2</sub>O. De las siguientes respuestas ¿cuál sería la causa más probable de este evento?:
- A)** Acodamiento y obstrucción del tubo endotraqueal.
  - B)** Intubación selectiva del bronquio derecho.
  - C)** Neumotórax.
  - D)** Hiperinsuflación dinámica y presencia de autoPEEP.

23. En relación con la monitorización del paciente ventilado, ¿qué afirmación **NO** es correcta?:
- A) La pulsioximetría puede medir adecuadamente el nivel de oxigenación pero su seguridad en la medida disminuye cuando la Saturación arterial de oxígeno cae por debajo del 80%.
  - B) La capnografía es una técnica útil para establecer la posición intratraqueal del tubo durante la intubación.
  - C) La medición de la presión en la vía aérea en los 0,1 segundos de inicio de la inspiración, es útil en la evaluación del trabajo respiratorio del paciente.
  - D) La presión de distensión o driving pressure se establece en modo controlado por volumen mediante la diferencia entre la presión pico y la PEEP (presión positiva al final de la espiración).
24. ¿Cuál de las siguientes estrategias reduce el riesgo de daño pulmonar inducido por la ventilación mecánica en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda?:
- A) Utilización de un volumen circulante superior a 10 ml/kg de peso ideal.
  - B) Ajuste adecuado de PEEP.
  - C) Añadir suspiros cada 10 minutos en la programación de la ventilación.
  - D) Realización programada de maniobras de reclutamiento pulmonar.
25. En pacientes con Síndrome de distrés respiratorio agudo, el empleo de relajación muscular continua puede ser beneficioso, ¿por qué mecanismo se consigue este beneficio?:
- A) Incremento de la tasa de asincronías.
  - B) Incremento de las necesidades de sedación.
  - C) Descenso en la presión transpulmonar.
  - D) Descenso en el retorno venoso.
26. De las siguientes intervenciones, ¿cuál se ha asociado con una reducción de la mortalidad en los ensayos clínicos en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo?:
- A) Ventilación con bajo volumen circulante (inferior a 8 ml/kg de peso ideal).
  - B) Ventilación con niveles de PEEP superiores a 10 cm de H<sub>2</sub>O.
  - C) Ventilación con relación inspiración/espiración superior a 2/1.
  - D) Ventilación con alta frecuencia.
27. Tras una intubación endotraqueal en UCI, ¿cuál es el método más seguro para asegurar la correcta posición del tubo endotraqueal?:
- A) Movimiento pasivo de la caja torácica con la inspiración.
  - B) Monitorización de capnografía.
  - C) Condensación visible en el tubo endotraqueal.
  - D) Auscultación pulmonar.
28. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con un embolismo pulmonar agudo?:
- A) En un embolismo pulmonar agudo se puede producir un incremento en la presión de la arteria pulmonar con transmisión al ventrículo derecho con desplazamiento septal y puede producir una situación de shock cardiogénico.
  - B) En los pacientes con embolismo pulmonar se debe emplear un protocolo agresivo de resucitación con volumen para mantener en todo caso una elevada presión y flujo transpulmonar.
  - C) En ningún caso en pacientes con embolismo pulmonar se debe emplear noradrenalina ya que puede agravar el incremento de la resistencia vascular pulmonar.
  - D) Ante un embolismo pulmonar masivo diagnosticado por radiología, sin repercusión hemodinámica, se debe proceder a la intubación urgente del paciente.
29. ¿Cuál de los siguientes factores **NO** influye en la presión parcial de oxígeno alveolar?:
- A) Fracción inspirada de oxígeno.
  - B) Presión de vapor de H<sub>2</sub>O.
  - C) Presión arterial de oxígeno.
  - D) Nivel de CO<sub>2</sub> alveolar.

30. Con respecto a las asincronías en ventilación mecánica, señale lo **INCORRECTO**:
- A) La monitorización de los trazados en ventilación mecánica es esencial para su diagnóstico.
  - B) El tipo de asincronía más frecuente es la presencia de esfuerzos inspiratorios ineficaces.
  - C) La presencia de un índice de asincronías elevado se asocia con peor pronóstico.
  - D) Solo se producen asincronías durante la inspiración.
31. ¿Qué afirmación de las siguientes es correcta en relación con la desconexión de la ventilación mecánica?:
- A) Tanto la prueba de tubo en T como la Presión de soporte pueden ser empleados como métodos de prueba de ventilación espontánea en el proceso de desconexión.
  - B) La duración del test de ventilación espontánea debe ser siempre superior a 120 minutos.
  - C) El mejor criterio para conocer si un paciente tiene riesgo de reintubación es el valor de la Presión inspiratoria en el primer milisegundo de la inspiración (P0.1).
  - D) Si realizamos pruebas predictivas de la desconexión como la medición de la P 0.1, no necesitamos hacer un test de ventilación espontánea.
32. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es **FALSA** en relación con el soporte ventilatorio en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica reagudizada?:
- A) El empleo de ventilación no invasiva en este grupo de pacientes tiene un nivel de recomendación fuerte con un alto grado de evidencia.
  - B) El nivel objetivo de Saturación arterial de oxígeno debe ser superior al 95%.
  - C) Al emplear la ventilación no invasiva, el tratamiento con nebulización puede ser administrado durante los descansos en el soporte ventilatorio.
  - D) En caso de emplear sedación en estos pacientes, el nivel de conciencia debe ser monitorizado estrechamente.
33. Paciente mujer de 58 años, con antecedentes de estenosis mitral reumática sin hipertensión pulmonar que fue intervenida hace 8 años. En la actualidad, presenta disnea progresiva desde hace 5 días y acude al hospital por este motivo. La paciente sigue tratamiento habitual con sintrom, digoxina y atenolol. En la exploración física la frecuencia cardiaca es arrítmica a 45 lpm, está taquipneica, con SatpO<sub>2</sub> de 85% y con crepitantes bilaterales en la auscultación. La Radiografía de tórax muestra:



Además de la Radiografía, se realiza un ecocardiograma transtorácico en el que el doppler posicionado sobre la prótesis mitral muestra el siguiente patrón de flujo de llenado:



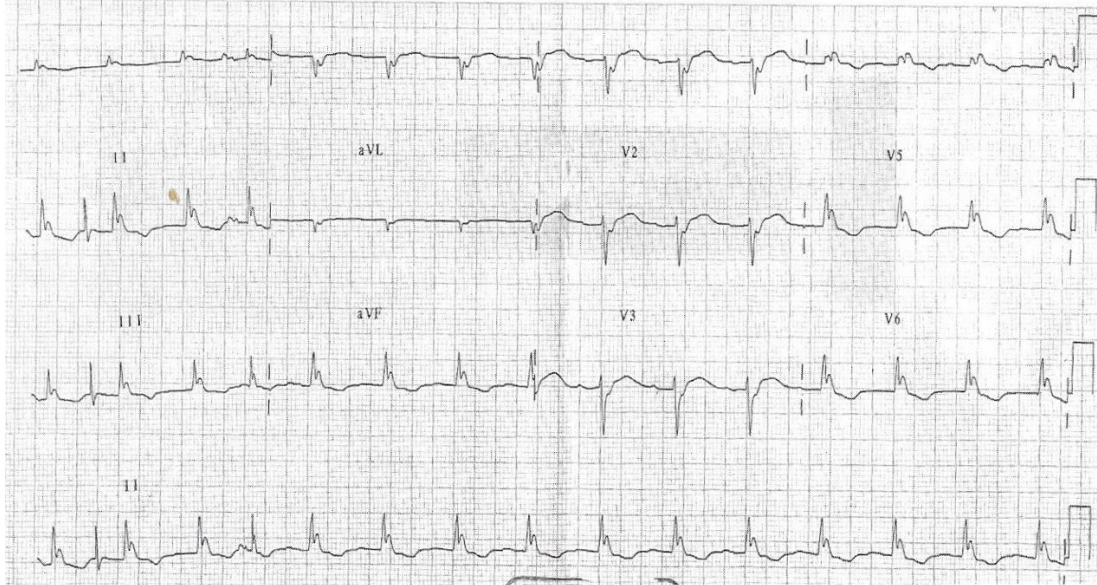
El diagnóstico más probable es:

- A) Insuficiencia cardiaca por fibrilación auricular lenta.
  - B) Trombosis mitral protésica.
  - C) Leak perivalvular mitral.
  - D) Insuficiencia mitral protésica.
34. El shock cardiogénico es una patología que tratamos habitualmente en UCI. A nivel conceptual, se define como el estado crítico de hipoperfusión orgánica y tisular secundario a una disminución del gasto cardiaco. En la práctica, son criterios que apoyan el diagnóstico todos los que se presentan a continuación **MENOS** uno; señálelo:
- A) Hipotensión arterial, en ausencia de hipovolemia, o requerimiento de vasopresores.
  - B) Niveles de lactato sistémico inferiores a 2mmol/l.
  - C) Signos clínicos de hipoperfusión.
  - D) Bajo índice cardiaco.
35. En los pacientes con shock cardiogénico refractarios a tratamiento convencional, con optimización de precarga, soporte circulatorio farmacológico, revascularización coronaria si está indicada, se debe considerar el uso de un sistema de soporte circulatorio mecánico. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es **FALSA**?:
- A) Inicialmente, se prefieren los sistemas percutáneos, de fácil inserción.
  - B) Se debe valorar siempre el beneficio potencial que se le puede aportar al enfermo frente a los riesgos potenciales del dispositivo.
  - C) En los casos que consideremos adecuado su uso, es recomendable el implante precoz del mismo.
  - D) En todos los procedimientos de revascularización coronaria es necesario el soporte mecánico.
36. Con respecto al manejo y tratamiento respiratorio de la insuficiencia cardiaca aguda, señale la afirmación **INCORRECTA**:
- A) Se recomienda la intubación endotraqueal en los pacientes con hipoxemia franca (<60 mmHg) y acidosis, que no pueden manejarse con ventilación no invasiva.
  - B) Se recomienda aporte de oxigenoterapia con gafas nasales o ventimask en todos los pacientes.
  - C) Se recomienda la monitorización transcutánea con saturación de O<sub>2</sub>.
  - D) La ventilación no invasiva debe considerarse en los pacientes que presentan taquipnea y saturación de O<sub>2</sub> menor del 90%.
37. ¿Qué parámetro ecocardiográfico nos puede resultar útil para valorar como aproximación el gasto cardiaco de forma no invasiva?:
- A) El método de Teichholz para calcular la fracción de eyección del ventrículo izquierdo.
  - B) La Integral de la velocidad tiempo medida en el tracto de salida del VI.
  - C) El cociente onda E/onda A en el Doppler pulsado medido sobre la válvula mitral.
  - D) La medición de la excursión sistólica del anillo tricúspide.



38. La variación de la presión de pulso es un buen indicador dinámico de la respuesta a volumen. Entre los prerrequisitos clínicos para la valoración de la presión pulso están los siguientes **EXCEPTO** uno:
- A) Presencia de ritmo sinusal.
  - B) Ausencia de esfuerzo ventilatorio espontáneo.
  - C) Ausencia de fallo cardíaco derecho.
  - D) Volumen tidal igual o inferior a 8 ml/kg.
39. Nos avisan para valoración de un paciente con síndrome de Wolff-Parkinson-White conocido y que viene a las Urgencias del Hospital con una taquicardia por reentrada AV ortodrómica. De las siguientes afirmaciones, señale cuál es **FALSA**:
- A) Si el paciente acude con inestabilidad hemodinámica, el tratamiento de elección es la amiodarona intravenosa.
  - B) Si el paciente está estable, la primera opción terapéutica son las maniobras vagales o la adenosina intravenosa.
  - C) Una vez estabilizado el paciente debemos plantear al Servicio de Cardiología la posibilidad de ablación de la vía accesorio.
  - D) El diltiazem intravenoso puede ser un fármaco adecuado en pacientes.
40. En los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con dolor torácico, sugerente por las características clínicas, de síndrome coronario agudo, señale cuál de las siguientes acciones **NO** debemos plantearnos realizar en los primeros 10 minutos de llegada al hospital:
- A) Triaje como paciente potencialmente tiempo-dependiente.
  - B) Obtener un ECG de 12 derivaciones.
  - C) Obtener una vía intravenosa y extraer marcadores de necrosis miocárdica.
  - D) Gasometría arterial.
41. A la urgencia de su hospital es traído un paciente que ha ingerido accidentalmente un líquido industrial, probablemente un anticongelante, cuatro horas antes. El paciente presenta disminución del nivel de conciencia y dolor en ambos flancos. En la analítica de urgencias destacan un pH de 6.9, bicarbonato 8 mEq/L, urea 70 mg/dL, creatinina 2,5 mg/dL, lactato sanguíneo 35 mg/dL y presencia de cristales de oxalato cálcico en orina. ¿Cuál considera el tóxico más probable causante de la situación clínica?:
- A) Etanol.
  - B) Hidróxido de calcio.
  - C) Metanol.
  - D) Etilenglicol.
42. El síndrome anticolinérgico se caracteriza por una de las siguientes situaciones:
- A) Taquicardia, hipotermia, midriasis y retención urinaria.
  - B) Taquicardia, midriasis, sequedad de mucosas e íleo.
  - C) Bradicardia, hipertermia, calambres intestinales y sudoración.
  - D) Alucinaciones, sequedad de mucosas, miosis y diarrea.
43. Durante una cirugía de coledocistitis mediante anestesia general, se produce un episodio de aumento brusco del CO<sub>2</sub> espirado y taquicardia sinusal. El paciente muerde el tubo orotraqueal y el cirujano refiere falta de relajación de la musculatura abdominal. El anestesista decide interrumpir la cirugía y que el paciente pase a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sin extubar. A su llegada a UCI se detecta una temperatura de 39,1°C. Indique cuál considera la actuación correcta posterior en UCI:
- A) Relajar al paciente con succinilcolina, administrar diltiazem para tratar la taquicardia e iniciar midazolam.
  - B) Sedar al paciente con propofol, monitorizar el potasio sanguíneo y administrar dantroleno.
  - C) Relajar al paciente con rocuronio, administrar diltiazem para la taquicardia y sedar con propofol.
  - D) Continuar anestesia con sevoflurano, interrumpir otros hipnóticos y tratar de extubar en cuanto el paciente deje de morder el tubo orotraqueal.

44. Un paciente de 56 años es trasladado a urgencias tras caer con su coche a un río en la montaña, quedando atrapado durante varios minutos. Tras ser rescatado es necesario realizar maniobras de RCP durante más de 60 minutos dado que se encuentra en parada cardiorrespiratoria y se encuentra a 29°C de temperatura rectal. Es trasladado a UCI, en donde se realiza un electrocardiograma (ECG), con el resultado que se muestra:



Señale la respuesta correcta en relación con este ECG:

- A) Muestra ondas J de Osborn.  
B) Presenta un patrón compatible con bloqueo de rama derecha del haz de His.  
C) El ECG muestra alteraciones de la repolarización compatibles con infarto agudo anteroseptal.  
D) Una RCP prolongada excluye una interpretación precisa del ECG.
45. Señale la respuesta correcta con respecto al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH).
- A) La reposición de sodio no debe hacerse con suero salino isotónico.  
B) El sodio en orina es menor de 20 mEq/L.  
C) El bicarbonato sérico se encuentra habitualmente disminuido.  
D) Se acompaña de hiperpotasemia.
46. Señale la respuesta **FALSA** en relación con las alteraciones del magnesio sanguíneo:
- A) La administración de diuréticos es causa de hipomagnesemia.  
B) La administración de magnesio en la eclampsia puede producir hipocalcemia al suprimir la secreción de paratohormona.  
C) La hipocalcemia producida por hipomagnesemia grave se corrige con administración de calcio exclusivamente.  
D) La hiperglucemia no controlada es causa de hipomagnesemia.
47. Señale cuál de las siguientes causas de acidosis metabólica **NO** transcurre con aumento del anión GAP:
- A) Cetoacidosis.  
B) Acidosis hiperclorémica.  
C) Rabdomiolisis.  
D) Intoxicación por metanol.

48. Señale la respuesta correcta en relación a las siguientes causas de acidosis metabólica:
- A) En la cetoacidosis diabética existe una buena correlación entre la glucemia y la intensidad de la acidosis.
  - B) En la acidosis hiperlactacidémica, la administración de bicarbonato debe mantenerse al mismo tiempo que se corrige la causa, con independencia del pH sérico.
  - C) Para la corrección de la acidosis hiperclorémica debe tenerse en cuenta el cloro administrado en la nutrición parenteral y emplear soluciones balanceadas.
  - D) Las pérdidas intestinales de bicarbonato producen acidosis metabólica con anión GAP aumentado.
49. Señale la causa más frecuente de hipotiroidismo central:
- A) Infecciones del sistema nervioso central.
  - B) Traumatismos craneoencefálicos.
  - C) Insuficiencia suprarrenal en paciente crítico.
  - D) Tumores pituitarios.
50. Una paciente de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo, se encuentra ingresada en el hospital por una pielonefritis. Su médico responsable nos cuenta que la paciente tiene un deterioro progresivo del nivel de conciencia hasta encontrarse obnubilada, con dificultad para contactar con ella, con varios días de íleo adinámico (por lo que se ha evitado dieta oral los últimos días), temperatura periférica 34°C, tensión arterial 89/40 mmHg, bradicardia sinusal a 35 lpm y en anasarca. En la analítica destacan 28.500 leucocitos/mm<sup>3</sup>, sodio 128 mEq/L y glucosa 48 mg/dL. ¿Cuál de las siguientes considera la actitud inicial más correcta?:
- A) Reponer sodio con suero isotónico, administrar 50 mL de glucosa 50%.
  - B) Administrar sodio hipertónico, administrar glucosa 50% hasta normalizar glucemia y 40 mg de furosemina.
  - C) Administrar suero hipertónico, glucosa 50% hasta normalizar glucemia, y hormona tiroidea T4 0,2 mg.
  - D) Administrar suero hipertónico, glucosa 50% hasta normalizar glucemia, y hormona tiroidea (T4 100 mcgr y T3 20 mcgr) e hidrocortisona 100 mg cada 8 horas.
51. Señale la respuesta **FALSA** en relación con las características de la tormenta tiroidea:
- A) El calcio total y libre pueden estar elevado.
  - B) La hormona tiroidea T3 se encuentra característicamente muy elevada.
  - C) Los niveles de hormona tiroidea T4 ayudan a distinguir la tirotoxicosis de la tormenta tiroidea.
  - D) Fiebre, delirio y taquicardia son las características clínicas de la tormenta tiroidea.
52. Señale cuál de estos datos analíticos **NO** espera encontrar en la tormenta tiroidea:
- A) Hiperglucemia.
  - B) Aumento de transaminasas.
  - C) Hipocalcemia.
  - D) Leucocitosis.
53. Indique cuál de los siguientes hallazgos **NO** espera encontrar en un paciente crítico con hipocortisolismo:
- A) Hipoglucemia.
  - B) Hiponatremia.
  - C) Hipotensión.
  - D) Agitación.
54. Con respecto a la cetoacidosis diabética, ¿cuál de estas alteraciones metabólicas esperaría encontrar antes de comenzar su tratamiento?:
- A) Hipertrigliceridemia.
  - B) Hipofosfatemia.
  - C) Hipomagnesemia.
  - D) Disminución de beta-hidroxibutirato.

55. Indique cuál de las siguientes situaciones **NO** es habitual en el síndrome hiperglucémico hiperosmolar:
- A) Acidosis con pH superior a 7,25.
  - B) Osmolaridad sérica mayor de 350 mOsm/kg.
  - C) Importante cetonemia.
  - D) Hiponatremia.
56. Indique cuál de las siguientes **NO** es causa de hipoglucemia en el adulto:
- A) Comienzo de insuficiencia renal en el paciente diabético bajo administración de insulina.
  - B) Hemodiálisis en paciente diabético.
  - C) Administración de betabloqueantes no selectivos en paciente en hemodiálisis.
  - D) Empleo de diuréticos de asa.
57. Señale la **FALSA** sobre las Guías de Práctica Clínica en Medicina Intensiva:
- A) En su elaboración se considera la población local de pacientes, los modelos de organización y los recursos disponibles en cada servicio de medicina intensiva.
  - B) Tienen como objetivo aumentar la probabilidad de que el paciente crítico reciba el tratamiento adecuado.
  - C) La elaboración de recomendaciones de tratamiento debe realizarse tras la revisión sistemática de la evidencia disponible.
  - D) Evalúan el nivel de evidencia de las recomendaciones en función de una escala (p.e GRADE).
58. Señale la **FALSA** con respecto a la fibrinólisis sistémica en pacientes con ictus isquémico:
- A) Es segura y eficaz cuando se administra en las 3 primeras horas desde el inicio de los síntomas independientemente de la edad del paciente.
  - B) La antiagregación plaquetaria oral previa al ictus, tanto doble como simple, no contraindica la fibrinólisis.
  - C) Es contraindicación para la fibrinólisis la administración en las 12 horas previas de heparina de bajo peso molecular tanto a dosis profilácticas como terapéuticas.
  - D) Si es necesario se debe administrar tratamiento hipotensor para mantener la TAS <185 en el ictus isquémico antes de la fibrinólisis.
59. En el tratamiento inicial de la hemorragia cerebral intraparenquimatosa espontánea es recomendable:
- A) El tratamiento profiláctico de las crisis convulsivas.
  - B) El tratamiento hipotensor si la tensión arterial sistólica es mayor de 180 mmHg.
  - C) La trasfusión de plaquetas si el paciente está previamente antiagregado.
  - D) La prevención de la trombosis venosa profunda con heparina de bajo peso molecular desde el ingreso.
60. Todos menos uno son factores asociados al resangrado en la hemorragia subaracnoidea:
- A) El tamaño del aneurisma.
  - B) La glucemia menor de 50 mg/dl.
  - C) La hipertensión arterial previa y después del sangrado.
  - D) La relación temporal con el sangrado inicial.
61. Señale la **FALSA** sobre la fase refractaria del estatus epiléptico:
- A) Se define por persistir a pesar de dos líneas de tratamiento antiepiléptico a dosis adecuadas.
  - B) Los pacientes deben estar intubados y monitorizados para conseguir estabilidad respiratoria y hemodinámica.
  - C) Es conveniente la monitorización continua mediante EEG para guiar el tratamiento.
  - D) Si se controlan las crisis con midazolam o propofol se puede empezar a retirar el tratamiento antiepiléptico.

62. Son características del estado vegetativo persistente todas **MENOS UNA**:
- A) Ausencia de movimientos intencionados.
  - B) Ausencia de control de esfínteres.
  - C) Ausencia de respuesta verbal.
  - D) Ausencia de ciclo vigilia sueño.
63. En el diagnóstico del coma, el reflejo oculocefálico:
- A) Se encuentra abolido como causa de la lesión cortical hemisférica bilateral.
  - B) Se explora mediante la inyección 50 cc de agua o suero salino frío en el conducto auditivo externo.
  - C) La rotación lateral de la cabeza provoca la desviación de la mirada hacia el lado contrario si está intacto.
  - D) Se considera una respuesta adecuada la desviación lenta de la mirada hacia el lado contrario a la irrigación.
64. El diagnóstico diferencial del tétanos en fase precoz debe incluir las siguientes entidades **EXCEPTO**:
- A) *Trismus* secundario a infección dental.
  - B) Intoxicación por estricnina.
  - C) Distonía secundaria a metoclopramida.
  - D) Tetania hipercalcémica.
65. En una paciente con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barre **NO** esperaríamos encontrar:
- A) Debilidad progresiva simétrica de miembros inferiores y superiores.
  - B) Pleocitosis en LCR (mayor de 50 cels/mm<sup>3</sup>).
  - C) Oftalmoplejia externa.
  - D) Afectación de la musculatura bulbar.
66. En la exploración neurológica del paciente en muerte encefálica:
- A) El reflejo fotomotor está conservado y las pupilas son midriáticas.
  - B) Tras la administración de 0.04 mg/kg de atropina la frecuencia cardiaca aumenta más del 20%.
  - C) La ausencia del reflejo tusígeno implica lesión a nivel bulbar.
  - D) Para realizar un test de apnea correcto el paciente no debe tener oxigenoterapia.
67. ¿Cuál de los siguientes enunciados es **FALSO** en la atención de paciente en situación de parada cardiorrespiratoria (PCR)?:
- A) Se debe administrar 1 mg de Adrenalina iv cada 3-5 minutos mientras continuamos con maniobras de soporte vital avanzado.
  - B) La administración de adrenalina 1mg, se debe iniciar lo antes posible en cualquier ritmo de parada.
  - C) Se administrara Amiodarona 300 mg iv en pacientes en Fibrilación ventricular /Taquicardia ventricular sin pulso (FV/TVSP) después de la tercera descarga.
  - D) Se administrará dosis adicional de 150 mg de Amiodarona iv a pacientes en PCR en FV/TVSP después de la quinta descarga.
68. La administración de nutrición enteral de forma continua frente a la administración en bolo ha demostrado:
- A) Reducción de la diarrea.
  - B) Reducción de la mortalidad.
  - C) Menor incidencia de aspiración.
  - D) Conseguir objetivo calórico más rápido.

69. Paciente con dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo y diarrea sanguinolenta, señale el enunciado **INCORRECTO**:
- A) La arteriografía es el método diagnóstico de elección.
  - B) El diagnóstico más probable es la colitis isquémica.
  - C) La realización de endoscopias repetidas pueden ser útiles para vigilar la progresión de la enfermedad y valorar necesidad de cirugía.
  - D) El diagnóstico diferencial incluye la enfermedad inflamatoria intestinal, colitis infecciosa, diverticulitis.
70. Ante un paciente que presenta hemorragia digestiva baja con inestabilidad hemodinámica a pesar de resucitación inicial, con sospecha de sangrado activo masivo, ¿cuál de los siguientes procedimientos diagnósticos realizaría inicialmente?:
- A) Arteriografía.
  - B) Colonoscopia.
  - C) AngioTAC.
  - D) Cirugía.
71. Paciente con pancreatitis aguda necrotizante, que presenta infección de necrosis pancreática, señale la respuesta **FALSA**:
- A) El tratamiento antibiótico siempre está recomendado.
  - B) El tratamiento antibiótico empírico debe cubrir gérmenes aerobios y anaerobios Gram positivos y negativos y profilaxis antifúngica dada la elevada frecuencia de *Cándida* en paciente con infección de necrosis pancreática.
  - C) No se recomienda la utilización de aminoglucósidos por mala penetración en tejido pancreático.
  - D) Quinolonas y Carbapenémicos presentan buena penetración en tejido pancreático y excelente cobertura frente a anaerobios, aunque debido a la alta tasa de resistencia a las quinolonas deben utilizarse sólo en pacientes con alergia a los agentes betalactámicos.
72. ¿Cuál de los siguientes parámetros **NO** se incluye en los criterios de Kings para la indicación de trasplante hepático urgente en fallo hepático agudo no debido a paracetamol?:
- A) INR.
  - B) Edad.
  - C) Niveles de ácido láctico.
  - D) Niveles de Bilirrubina.
73. Según las recomendaciones de las guías Surviving Sepsis Campaign la reanimación inicial de los pacientes sepsis/shock séptico, señale el enunciado **FALSO**:
- A) Se recomienda que la hidratación inicial se lleve a cabo con 30 ml/Kg de cristaloides en las primeras 3 h.
  - B) Se continúa recomendando la medición de la Presión venosa central debido a la adecuada capacidad para predecir la respuesta a sobrecarga hídrica cuando la presión venosa central está entre 8-11 mmHg.
  - C) Los niveles de láctico sérico no es una medición directa de la perfusión tisular pero varios ensayos clínicos han demostrado una importante reducción de la mortalidad en la reanimación guiada por lactato.
  - D) Se han propuesto la utilización de medidas dinámicas (elevación de las piernas, variación de presión sistólica...) como buenos predictores de necesidades de aporte de volumen.
74. ¿Cuál es la principal causa de mortalidad prevenible en la enfermedad traumática?:
- A) Shock hemorrágico.
  - B) Neumotórax a tensión.
  - C) Vía aérea difícil.
  - D) Traumatismo craneoencefálico.

75. Las medidas de autoprotección para el personal sanitario recomendadas en la atención inicial hospitalaria al paciente con trauma grave incluyen el uso de:
- A) Guantes y mascarilla.
  - B) Guantes y bata desechable impermeable.
  - C) No es necesario el uso de medidas de autoprotección.
  - D) Guantes, bata desechable, mascarilla y gafas.
76. Para llevar a cabo una adecuada valoración y tratamiento en la evaluación inicial del paciente con trauma grave, la Advanced Trauma Life Support (ATLS®) estandariza la atención inicial mediante prioridades establecidas por algoritmos. Estas prioridades son:
- A) Lo primero es controlar el nivel de conciencia y posteriormente controlar el shock hemorrágico.
  - B) Lo primero es la cirugía urgente seguido del estudio radiológico para determinar la magnitud y el tipo de lesiones.
  - C) Lo primero es controlar la vía aérea, seguido de controlar el shock y proceder a la ventilación mecánica si precisa.
  - D) La primera prioridad es controlar la vía aérea, seguidos de controlar la ventilación y la oxigenación y posteriormente controlar la hemorragia.
77. La principal causa de Shock en paciente politraumatizado es:
- A) Shock séptico.
  - B) Shock neurogénico.
  - C) Shock hemorrágico.
  - D) Shock cardiogénico.
78. En un paciente con traumatismo craneoencefálico, al explorarlo se objetiva que no emite ningún sonido ni a la llamada ni al dolor, permaneciendo con los ojos cerrados, localiza el dolor con el miembro superior derecho y presenta signos de descerebración en la extremidad superior izquierda. ¿Cuál es el valor del Glasgow Coma Score (GCS) del paciente?:
- A) GCS: O2, V1, M3 = 6.
  - B) GCS: O0, V0, M4 = 4.
  - C) GCS: O1, V1, M5 = 7.
  - D) GCS: O1, V1, M3 = 5.
79. ¿Qué características presenta el síndrome de Brown-Séquard?:
- A) Producir una pérdida de la propiocepción únicamente.
  - B) Presentar mayor debilidad en los miembros inferiores que en los miembros superiores.
  - C) Presentar mayor debilidad en los miembros superiores que en los miembros inferiores.
  - D) Lesión medular unilateral con parálisis y pérdida de la propiocepción ipsilateral y pérdida contralateral del dolor.
80. ¿Cuál de los siguientes datos clínicos presentaría un paciente con shock medular?:
- A) Bradicardia.
  - B) Hipertensión arterial.
  - C) Piel fría y húmeda.
  - D) Respuesta a la reanimación con volumen.
81. Ante un paciente que ha sufrido una herida en la región precordial con arma blanca, ¿qué datos clínicos nos harán sospechar de la presencia de taponamiento cardíaco?:
- A) Taquicardia, hipotensión y venas del cuello colapsadas.
  - B) Ingurgitación yugular, ruidos cardíacos apagados e hipoventilación.
  - C) Hipotensión, ingurgitación yugular y ruidos cardíacos apagados.
  - D) Bradicardia, hipoventilación e ingurgitación yugular.

82. ¿Cuál sería la actitud adecuada ante un paciente, que, tras sufrir un accidente de tráfico, se encuentra consciente y presenta dolor torácico, dificultad respiratoria muy marcada, taquicardia y clara hipotensión arterial, ingurgitación yugular y ausencia de ruidos respiratorios en el hemitórax derecho?:
- A) Realizar TC total-body urgente y actuar de acuerdo a los resultados.
  - B) Intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica.
  - C) Colocación de drenaje torácico derecho inmediatamente.
  - D) Canalización de catéter venoso central para iniciar resucitación.
83. Es indicación de laparotomía urgente en el paciente con traumatismo abdominal una de las siguientes situaciones:
- A) Traumatismo abdominal cerrado sin evidencia de sangrado intraperitoneal.
  - B) Todos los traumatismos abdominales precisan de revisión quirúrgica.
  - C) Traumatismo abdominal cerrado, sin deterioro hemodinámico con un lavado peritoneal diagnóstico con aspiración de contenido gastrointestinal.
  - D) Nunca es necesaria la realización de una laparotomía urgente en los pacientes con estabilidad hemodinámica.
84. ¿En cuál de las siguientes situaciones, en un paciente con fractura de pelvis valoraría la realización de una angioembolización urgente?:
- A) Paciente con inestabilidad hemodinámica, tras descartar la existencia de sangrado extrapélvico.
  - B) Paciente con inestabilidad hemodinámica con fracturas pélvicas, sin descartar otro foco de sangrado.
  - C) La presencia de coagulopatía contraindicaría la realización de angioembolización.
  - D) Paciente con fractura estable de pelvis y estabilidad hemodinámica.
85. Para el adecuado tratamiento de un paciente con lesiones por quemaduras es necesaria conocer la estimación del área de superficie corporal y la profundidad de la quemadura. ¿Qué respuesta es correcta de las siguientes?:
- A) Las quemaduras de primer grado son potencialmente mortales y se incluye en la evaluación del tamaño total de la quemadura.
  - B) Las quemaduras de tercer grado son generalmente muy dolorosas y de aspecto húmedo.
  - C) La superficie de una quemadura profunda en la cara anterior toracoabdominal en un paciente adulto supone alrededor del 18% de superficie corporal total.
  - D) La superficie palmar (incluyendo los dedos) de la mano representa aproximadamente el 5% de la superficie del cuerpo del paciente.
86. Para el cálculo del gasto cardiaco (GC) por métodos no invasivos, cada vez más se recurre a su estimación mediante la ecocardiografía transtorácica. El volumen que atraviesa una determinada sección se puede calcular mediante el producto del área de dicha zona, por la integral de la velocidad respecto al tiempo (IVT) del flujo que la atraviesa. Para el cálculo del GC, indique cuál respuesta es la correcta:
- A) No es necesario saber la frecuencia cardiaca para su cálculo.
  - B) El área que se utiliza más frecuentemente en la práctica clínica para este propósito es la del tracto de salida del ventrículo derecho.
  - C) El diámetro utilizado para calcular el área se mide a nivel de la inserción de los velos aórticos.
  - D) El cálculo de GC realizado mediante ecocardiografía, no tiene ninguna utilidad clínica.
87. Respecto a la técnica ecografía FAST en el paciente con trauma:
- A) Es el acrónimo de "The Focused Abdominal Sonography for Trauma Scan") consiste en una exploración, centrada en 4 puntos. El principal objetivo es determinar inmediatamente si el shock es atribuible a hemoperitoneo, hemopericardio o hemo/neumotórax.
  - B) La ausencia de líquido libre abdominal, hemotórax, neumotórax o derrame pericárdico descarta la necesidad de cirugía urgente.
  - C) Su validez no depende de la habilidad y la experiencia del médico que la realiza.
  - D) Actualmente está totalmente desaconsejada.



88. ¿Cuál es la complicación cardíaca más frecuente en cirugía torácica?:
- A) El taponamiento pericárdico.
  - B) La arritmia postoperatoria.
  - C) El infarto agudo de miocardio.
  - D) La rotura ventricular.
89. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la meningitis (en los países europeos) es correcta?:
- A) La mayor parte de los casos de meningitis bacteriana en adultos está causada por meningococo.
  - B) La mayor parte de las meningitis ocurre en niños.
  - C) La mayor parte de las meningitis meningocócicas en adultos ocurre en ancianos.
  - D) La mayor parte de las meningitis meningocócicas en adultos está causada por el serotipo B.
90. Elija la opción más adecuada, en relación con el manejo inicial del paciente con shock hemorrágico post-traumático con hemorragia no controlada:
- A) La relación recomendada de plasma fresco congelado y concentrado de hematíes es de al menos 1:1.
  - B) Se recomienda la administración de ácido tranexámico lo antes posible, incluso durante el traslado pre-hospitalario.
  - C) El Ringer Lactato es la solución de cristaloides más adecuada cuando se asocia TCE.
  - D) En el caso de hipo-fibrinogenemia, el tratamiento recomendado es el plasma fresco congelado.
91. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones **NO** está incluida en el proyecto Resistencia Zero?:
- A) No realizar una búsqueda activa de la presencia de BMR (Bacilo multirresistente) en todos los pacientes en el momento de ingreso en la Unidad y, por lo menos, una vez cada diez días a lo largo de toda su estancia.
  - B) Incluir en la higiene diaria de los pacientes infectados por BMR productos que contengan clorhexidina.
  - C) Incluir en la higiene diaria de los pacientes colonizados por BMR productos que contengan clorhexidina.
  - D) Ante la sospecha de un brote epidémico, tipificar a nivel molecular el microorganismo causante.
92. En el post-operatorio del trasplante cardíaco (señale la respuesta correcta):
- A) La técnica más eficaz para el diagnóstico del rechazo celular agudo es la biopsia endomiocárdica.
  - B) El acceso vascular más frecuente para la realización de biopsia endomiocárdica es la vena subclavia derecha.
  - C) Habitualmente se realiza una biopsia endomiocárdica cada mes durante los primeros 6 meses.
  - D) La técnica más sensible para el diagnóstico de enfermedad vascular del injerto es la coronariografía.
93. El mayor riesgo de infección por Citomegalovirus (CMV) en el paciente trasplantado corresponde a:
- A) Receptor seronegativo (R-) y órgano donante seropositivo (D+).
  - B) Receptor seronegativo (R-) y donante seronegativo (D-).
  - C) Receptor seropositivo (R+) y donante seropositivo (D+).
  - D) Receptor seropositivo (R-) y donante seronegativo (D).
94. En el triaje y etiquetado de las víctimas de una catástrofe, una víctima que presenta una parada cardíaca no presenciada debe marcarse con una etiqueta de color:
- A) Verde.
  - B) Amarillo.
  - C) Rojo.
  - D) Negro.

95. Tras un atentado urbano con centenares de víctimas (señale la respuesta correcta):
- A) Las víctimas acceden a los hospitales típicamente en 4 oleadas.
  - B) Las víctimas con trauma acústico o estrés emocional suelen llegar a los hospitales en la primera oleada.
  - C) En la segunda oleada llegan generalmente a los hospitales víctimas graves que ha sido triadas en la escena, han recibido un tratamiento inicial y son trasladadas por los servicios de emergencias.
  - D) En la tercera oleada, llegan a los hospitales próximos a la escena víctimas con lesiones menores, trasladados por sus propios medios o por transeúntes, sin triaje previo.
96. Los efectos adversos más frecuentes durante el traslado de pacientes críticos están relacionados con:
- A) Fallos en los equipos (aparatos y sistemas), incluyendo baterías.
  - B) Errores humanos del personal que interviene en el traslado.
  - C) Valoración inadecuada del paciente previa al traslado.
  - D) Agravamiento inesperado de la condición clínica del paciente.
97. Los siguientes indicadores de calidad son **considerados relevantes** por la SEMICYUC, **EXCEPTO** uno. Señale cuál:
- A) Indicación de la posición prona en el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).
  - B) Tiempo puerta aguja (trombolisis) en el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).
  - C) Debilidad adquirida en UCI.
  - D) Donantes reales en muerte encefálica.
98. Los indicadores de calidad, según el enfoque de la evaluación, se clasifican en:
- A) Indicadores de estructura, proceso y resultado.
  - B) Indicadores clínicos, estadísticos y de gestión.
  - C) Indicadores cuantitativos y cualitativos.
  - D) Indicadores positivos y negativos.
99. Los indicadores de calidad deben reunir tres características que se enumeran a continuación. Señale la opción **INCORRECTA**:
- A) Sensibilidad.
  - B) Especificidad.
  - C) Validez.
  - D) Fiabilidad.
100. ¿Cuál de los siguientes **NO** se considera un procedimiento de alto riesgo de transmisión vírica en un paciente con COVID-19?:
- A) Aerosolterapia.
  - B) Oxigenoterapia con gafas nasales de alto flujo.
  - C) Desfibrilación y compresiones torácicas.
  - D) Ventilación manual con mascarilla.
101. Ante una prescripción en receta médica, se considera que dos medicamentos son intercambiables y sustituibles por el farmacéutico cuando:
- A) Los dos fármacos tienen distinta estructura química pero las mismas indicaciones y los mismos efectos terapéuticos.
  - B) Fármacos con igual composición, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación.
  - C) Dos fármacos que usados en dosis equivalentes tienen igual eficacia y el mismo perfil de efectos adversos.
  - D) Tienen un coste comparable de tratamiento.

102. En diagnóstico de la coagulación intravascular diseminada (CID) una de las siguientes es verdadera:
- A) La presencia de trombocitopenia moderada es específica y sensible.
  - B) Con la transfusión de plasma fresco se normalizan las alteraciones analíticas.
  - C) Los valores elevados de productos de la degradación de la fibrina (PDF) y dímero D carecen de valor diagnóstico.
  - D) No hay ninguna prueba analítica única que sea lo bastante sensible o específica de CID.
103. ¿Cuál es la medida de asociación que establece una comparación entre la densidad de mortalidad de dos cohortes?:
- A) Hazard Ratio o Razón de densidades de mortalidad.
  - B) Riesgo Relativo.
  - C) Reducción del riesgo absoluto.
  - D) Densidad de incidencia.
104. Con respecto al tratamiento del síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), señale la afirmación correcta:
- A) En pacientes con SDRA siempre se debe iniciar el soporte ventilatorio con ventilación no invasiva.
  - B) Las maniobras de reclutamiento pulmonar han demostrado mejorar la posibilidad de supervivencia de los pacientes con SDRA.
  - C) El efecto principal de la PEEP en estos pacientes es evitar el colapso y la pérdida de reclutamiento pulmonar.
  - D) El empleo de PEEP superior a 10 cm de H<sub>2</sub>O siempre se asocia con hipotensión arterial.
105. Con respecto al tratamiento farmacológico en la insuficiencia cardíaca aguda, señale la respuesta correcta:
- A) Se recomienda el uso de diuréticos de asa intravenosos en los pacientes con signos/síntomas de sobrecarga hídrica, para mejorar los síntomas.
  - B) Se recomienda el uso de inotropos intravenosos en todos los pacientes con sobrecarga de volumen.
  - C) Se recomienda el uso de noradrenalina en los pacientes con insuficiencia cardíaca que se presenten con TAS <100 mmhg.
  - D) Todas las afirmaciones previas son correctas.
106. Señale la respuesta correcta en el tratamiento de la tormenta tiroidea:
- A) El propranolol disminuye los efectos adrenérgicos y la conversión de hormona T<sub>4</sub> en T<sub>3</sub>.
  - B) Los corticoides se emplean en formas leves de tirotoxicosis pero están contraindicados en la tormenta tiroidea por aumentar los niveles de tiroxina T<sub>3</sub>.
  - C) La plasmaféresis no ha demostrado ser de utilidad en su tratamiento.
  - D) La colestiramina favorece la absorción intestinal de hormona tiroidea.
107. Señala la **FALSA** con respecto a la Miastenia Gravis:
- A) Es una enfermedad de la trasmisión neuromuscular.
  - B) La etiología más frecuente es el timoma.
  - C) En la forma clínica de miastenia ocular se afectan los párpados y la musculatura extraocular pero no la ocular.
  - D) La afectación de los músculos flexores y extensores del cuello pueden producir el síndrome de la cabeza caída.

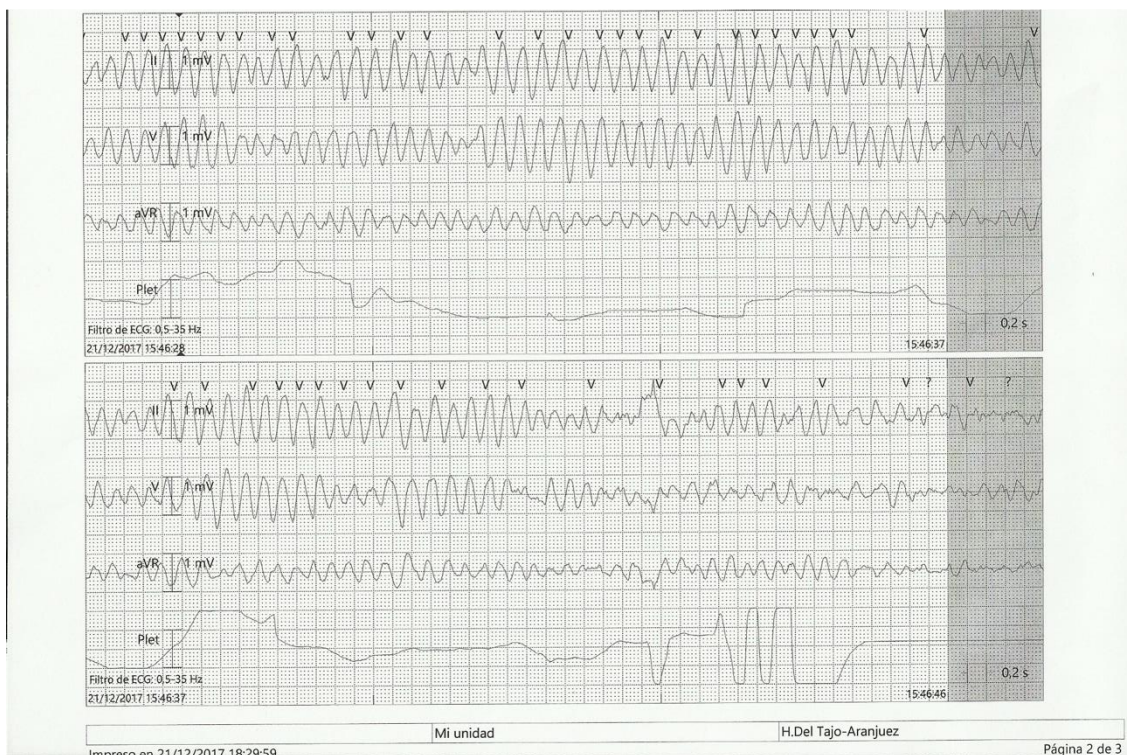
- 108.** Señala el enunciado **FALSO** respecto a las técnicas utilizadas para el diagnóstico de neumonía asociada a ventilación mecánica:
- A)** El diagnóstico mediante pruebas invasivas ( fibrobroncoscopia, con lavado broncoalveolar o cepillado bronquial mediante catéter telescopado protegido) , ha mostrado disminución de la mortalidad y duración de la estancia cuando se compara con la utilización de pruebas no invasivas (aspirado endotraqueal) para la obtención de muestras del tracto respiratorio.
  - B)** En pacientes con NAV en estado crítico, los beneficios de la utilización de técnicas invasivas para la obtención de muestras no son tan claros frente a los riesgos que presentan.
  - C)** Para el diagnóstico se deben obtener muestras del tracto respiratorio inferior y hemocultivos.
  - D)** La toma de muestras del tracto respiratorio inferior mediante técnicas invasivas y cultivos cuantitativos favorecen la adecuada antibioterapia y su duración.
- 109.** En el traumatismo craneoencefálico grave se altera la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral aumentando el riesgo de isquemia y daño. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:
- A)** El flujo sanguíneo cerebral depende de la presión de perfusión cerebral.
  - B)** El aumento de la presión intracraneal aumenta la presión de perfusión cerebral.
  - C)** La hipoventilación produce vasoconstricción cerebral.
  - D)** El edema cerebral produce aumento del flujo sanguíneo cerebral.
- 110.** ¿Cuál de los siguientes factores **NO** se asocia con un riesgo elevado de bacteriemia por catéter central?:
- A)** Hospitalización prolongada previa a la inserción del catéter.
  - B)** Cateterización de la vena yugular interna.
  - C)** Relación enfermera-o / paciente en la UCI reducida.
  - D)** Sexo femenino.

## SUPUESTO PRÁCTICO nº1

Acude a Urgencias de nuestro hospital una mujer de 57 años con por pérdida de conciencia de repetición, de recuperación espontánea. Entre sus antecedentes personales refiere hipertensión arterial, diabetes tipo II y síndrome depresivo, para los que toma enalapril 5 mg al día, fluoxetina (10 mg/día, 20 mg/día en la última semana), clonazepam 5 mg/día, cloracepato 10 mg/día y metformina 500 mg, tras comidas.

En la exploración destacan los siguientes hallazgos: TA 195/110 mmHg, FC 64 lpm, SatO2 98% respirando aire ambiente; consciente y orientada en tiempo y espacio; auscultación cardiaca con soplo diastólico en foco aórtico; auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado en todos los campos; extremidades con edemas maleolares y pulsos periféricos presentes y simétricos; abdomen blando y depresible, con hepatomegalia de 3 cm.

A su llegada a urgencias se encuentra asintomática, presentando durante su estancia un nuevo cuadro sincopal. En la monitorización se muestra el siguiente ritmo:



1. ¿De qué ritmo se trata?
  - A) Fibrilación ventricular.
  - B) Taquicardia ventricular monomorfa.
  - C) Taquicardia ventricular helicoidal.
  - D) Taquicardia supraventricular con conducción aberrante.
2. ¿Qué medida terapéutica considera de forma inmediata para resolver esta situación?
  - A) Administrar 300 mg de amiodarona.
  - B) Colocar un marcapasos transitorio.
  - C) Cardioversión eléctrica.
  - D) Administración de sulfato de magnesio.

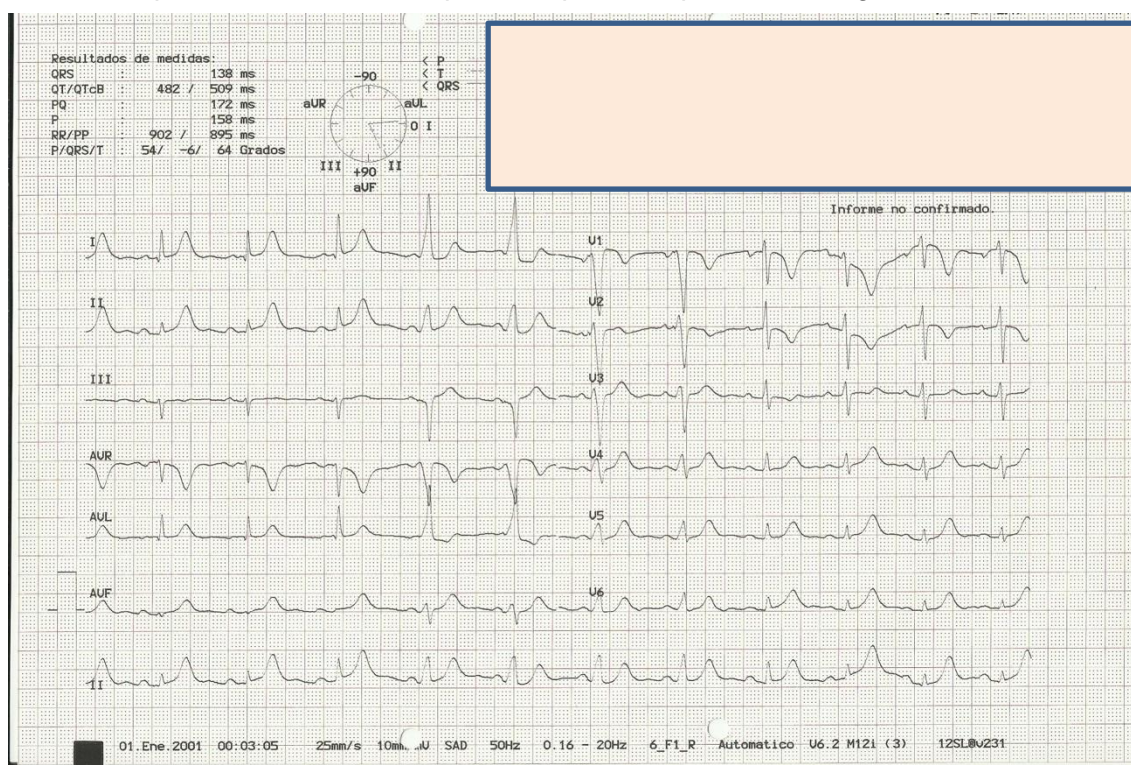
3. Tras recuperar conciencia, se toma analítica en la que destacan los siguientes datos: Hemoglobina 10 gr/dL, sodio 134 meq/L, potasio 5,4 meq/L, magnesio 1,7 mg/dL (0,85 mmol/L), glucosa 234 mg/dL, TroponinaT ultrasensible 14 ng/L, NT-proBNP 254 pg/mL. En relación a los datos analíticos mostrados, señale la respuesta correcta:
- A) La hipomagnesemia justifica la arritmia que ha presentado la paciente.
  - B) La cifra de TroponinaT ultrasensible no permite descartar la existencia de infarto de miocardio.
  - C) La paciente se encuentra con sobrecarga de presiones en cavidades cardiacas.
  - D) La cifra de potasio justifica el cuadro clínico.
4. Se realiza en urgencias un ecocardiograma transtorácico, con los siguientes hallazgos más importantes: diámetro ventrículo izquierdo 50 mm, FEVI ventrículo izquierdo (mediante Teichholz) 55%, grosor de pared posterior y septo 11 mm, presión sistólica pulmonar (regurgitación aórtica presente) 25 mmHg, TAPSE 17 mm, insuficiencia aórtica moderada, diámetro raíz aórtica 3,5 cm. Con estos hallazgos, indique la respuesta correcta:
- A) El ventrículo izquierdo tiene una función sistólica que podemos considerar normal.
  - B) La presión pulmonar y el TAPSE indican disfunción del ventrículo derecho.
  - C) El diámetro de la raíz aórtica y la hemoglobina hacen sospechar la existencia de disección aórtica.
  - D) Los datos indican una posible miocardiopatía hipertrófica obstructiva.
5. En urgencias la paciente presenta la siguiente radiografía de tórax, realizada con portátil:



Señale la respuesta correcta en relación con esta prueba de imagen:

- A) Aunque no muestra datos de neumotórax, es imprescindible realizar un TAC torácico para descartarlo, ya que éste podría ser la causa del síncope.
- B) La imagen sugiere la existencia de derrame pericárdico extenso.
- C) Existe una imagen aérea bajo la silueta cardíaca, diagnóstica de neumoperitoneo.
- D) No se aprecia nada que pueda justificar el síncope.

6. Tras la recuperación de ritmo con pulso, la paciente presenta el siguiente electrocardiograma:



Señale la respuesta correcta:

- A) La presencia de extrasístoles ventriculares con P retrógradas sugiere arritmias ventriculares que requieren un estudio electrofisiológico.
  - B) Tanto el intervalo QT como el QTc son anormales.
  - C) Aunque el intervalo QT es normal, el QTc está prolongado.
  - D) Aunque el intervalo QT está prolongado, el QTc es normal.
7. La paciente fue ingresada en UCI. Indique la actitud inmediata que considera correcta:
- A) Administrar magnesio a pesar de que se encuentra en rango de normalidad.
  - B) Monitorización exclusivamente dado que la paciente se encuentra estable.
  - C) Insertar inmediatamente un marcapasos transitorio endovenoso.
  - D) Iniciar administración de isoproterenol.
8. Una vez estabilizada la paciente, ¿cuál considera la actitud correcta?
- A) Añadir a su tratamiento amiodarona para prevenir nuevos episodios de arritmia.
  - B) Añadir a su tratamiento magnesio de forma crónica.
  - C) Implantar marcapasos permanente DDDR para mantener frecuencias cardiacas más elevadas.
  - D) Revisar tratamientos que recibe por si pudieran ser la causa de la prolongación del intervalo QT.
9. En el caso de considerar la medicación como responsable de la prolongación del intervalo QT, ¿cuál de su medicación habitual suspendería?
- A) Clorazepato.
  - B) Enalapril.
  - C) Fluoxetina.
  - D) Ninguna debe ser suspendida.
10. Una de las siguientes circunstancias haría necesario supervisar a largo plazo la prolongación del QT:
- A) Toma de Metformina.
  - B) Sobrepeso.
  - C) Tratamiento con Lorazepam
  - D) Trastornos del Comportamiento alimenticio.

11. Una de las siguientes alteraciones electrolíticas no se relaciona con Síndrome de QT largo:
- A) Hipercalcemia.
  - B) Hipomagnesemia.
  - C) Hipopotasemia.
  - D) Hipocalcemia.
12. Una de las siguientes medidas no se considera beneficiosa para un síndrome de QT largo adquirido:
- A) Sulfato magnésico.
  - B) Isoproterenol.
  - C) Lidocaína.
  - D) Amiodarona.
13. Entre los hallazgos y antecedentes del paciente cuál puede haber influido en facilitar la presentación de la Arritmia:
- A) Hipertensión arterial.
  - B) Toma de IECAS.
  - C) Saturación del 98%.
  - D) Bradicardia.
14. En el caso clínico descrito una de las medidas siguientes podría haber evitado el cuadro arrítmico grave:
- A) Tras cambio de dosis de fármacos hacer un ECG de control.
  - B) Toma de tensión arterial.
  - C) Control glucémico.
  - D) Gasometría.
15. Si la medición del QT fuera normal en una paciente con dicha arritmia, ¿cuál de las siguientes causas sería la más frecuente en la etiopatogenia?
- A) Cardiopatía hipertensiva.
  - B) Valvulopatía.
  - C) Descompensación diabética.
  - D) Isquemia cardíaca.
16. ¿Cuál de los antecedentes clínicos de la paciente te parece más importante en cuanto que orientaría a haber realizado una valoración preventiva de la alteración arrítmica?
- A) Diabetes.
  - B) Hipertensión arterial.
  - C) Toma de IECAS.
  - D) Sincopes de repetición.



## SUPUESTO PRÁCTICO nº2

*Durante el pase de guardia, nos avisan al “busca” de UCI para atender a un paciente joven que ha sufrido una pérdida de conocimiento en la puerta del Hospital. A nuestra llegada a la escena, el paciente ya ha sido diagnosticado de parada cardíaca por compañeros de Medicina Interna que estaban cerca de la entrada del Hospital, han sido testigos del colapso y han comenzado la reanimación del paciente.*

1. Con respecto a la atención inicial en un Hospital, la ubicación de los DEAs (desfibriladores semiautomáticos) está indicada, con señalización clara, ya que debemos plantear como objetivo la desfibrilación en los primeros 3 minutos. De las siguientes afirmaciones, señale la correcta:
  - A) En cuanto llegue el DEA, se debe encender y poner en funcionamiento.
  - B) Si hay más de un reanimador, uno debe colocar las pegatinas del DEA, mientras el otro le ayuda a localizar el sitio correcto para que las pegatinas queden correctamente colocadas.
  - C) Si el DEA no indica una descarga hay que volver a activarlo para comprobar que el paciente no presenta un ritmo desfibrilable.
  - D) Todas las respuestas anteriores son incorrectas.
  
2. Una vez llegado el equipo de soporte vital avanzado (SVA), se deben considerar como conceptos esenciales:
  - A) Priorizar las compresiones torácicas de alta calidad, con mínimas interrupciones.
  - B) Administrar adrenalina de manera precoz si la parada presenta ritmo no desfibrilable.
  - C) Solo los reanimadores con experiencia deben intentar la intubación traqueal.
  - D) Todos los conceptos anteriores son esenciales en el soporte vital avanzado.
  
3. ¿Cuál/ cuáles de las siguientes características definen al soporte vital avanzado cuando se realiza una RCP?
  - A) Realización por personal entrenado y equipado.
  - B) La dirección o liderazgo de las maniobras de RCP debe ser realizada por la persona más experimentada.
  - C) Es necesario que, al menos, sea realizada por dos reanimadores.
  - D) Todas las características previas son necesarias en el soporte vital avanzado.
  
4. Durante la periparada, son frecuentes las arritmias. El tratamiento de las mismas depende de la naturaleza de las arritmias y su repercusión clínica en el paciente. ¿Cuál es el tratamiento antiarrítmico de elección en las taquiarritmias que inestabilizan al paciente?
  - A) Betabloqueantes.
  - B) Cardioversión eléctrica.
  - C) Procainamida.
  - D) Amiodarona.
  
5. Con respecto al tratamiento de las arritmias periparada, señale la afirmación **INCORRECTA**:
  - A) Por su alta rentabilidad y su vida media corta, la adenosina es el fármaco de elección en las taquiarritmias irregulares de QRS estrecho y estabilidad hemodinámica.
  - B) La taquiarritmia ventricular puede beneficiarse de la administración de amiodarona intravenosa.
  - C) En los casos con taquiarritmia que cursa con inestabilidad hemodinámica, lo mejor es realizar una cardioversión eléctrica lo antes posible.
  - D) Realmente, todas las afirmaciones previas deben considerarse incorrectas.

*Durante la reanimación nos proporcionan algunos datos: paciente de 35 años, con antecedentes de fumador de 10 cigarrillos/día, consumidor de cocaína y marihuana muy ocasional. La familia refiere que el día previo se encontraba “mal” y la mañana siguiente (momento del evento) acude conduciendo al hospital y se “desmaya” al entrar en el mismo. No nos proporcionan más datos.*

6. En pacientes muy seleccionados, en aquellos hospitales que sea factible, se puede considerar la RCP extracorpórea como terapia de rescate cuando el SVA fracase. ¿Cuál/cuáles de las siguientes afirmaciones se consideran necesarias para plantear como opción la colocación de un ECMO VA como RCP extracorpórea?
- A) Parada cardíaca presenciada, con sospecha de taponamiento cardíaco por disección aórtica, para ganar tiempo hasta la intervención quirúrgica.
  - B) Parada cardíaca que se consigue recuperar latido a los 35 minutos de inicio de las maniobras de SVA.
  - C) Parada cardíaca que se empieza a reanimar por testigos, fracasan las medidas convencionales y pensamos que el motivo de la parada es un síndrome coronario agudo que potencialmente podría beneficiarse de intervencionismo.
  - D) Todas las afirmaciones anteriores son correctas.
7. Los cuidados post-resucitación, que se realizan en la UCI, son fundamentales para poder obtener un resultado favorable en los pacientes que recuperan la circulación espontánea tras una parada cardíaca. De las afirmaciones siguientes, señale la **INCORRECTA**:
- A) Es necesario optimizar la situación hemodinámica, considerando fundamental el control de la TAM y de los datos de perfusión tisular.
  - B) Es fundamental mantener el control de temperatura inferior a 32° en todos los casos secundarios a fibrilación ventricular.
  - C) Debe realizarse control de la glucemia para disminuir efectos neurológicos deletéreos.
  - D) En la ventilación del paciente que se ha recuperado de una parada cardíaca debe considerarse mantener la normocapnia.
8. El pronóstico neurológico de un paciente que se ha recuperado de una parada cardíaca puede ser difícil; por ello, se recomienda realizar una evaluación multimodal con el fin de establecer un pronóstico basado en múltiples datos. De las siguientes afirmaciones, cuál/ cuáles son **INCORRECTAS**:
- A) La ausencia bilateral del reflejo pupilar de un enfermo que sigue en coma tras 72 h de la recuperación del pulso es un dato de mal pronóstico.
  - B) El status mioclónico en las primeras 48 horas de evolución es un dato de mal pronóstico.
  - C) La lesión anóxica difusa en el TAC craneal realizado al tercer día de recuperación del pulso no debe considerarse un dato de mal pronóstico neurológico.
  - D) Las respuestas B y C deben considerarse incorrectas.

*Tras recuperación de pulso y circulación espontánea, tras 45 minutos totales de RCP, el paciente es trasladado al Box Vital. La situación clínica es de shock cardiogénico profundo (grado E), con necesidad de vasopresores e inotropos a dosis elevadas. El ECG muestra ritmo sinusal, muy aberrado, con datos que sugieren isquemia aguda miocárdica. La Ecocardiografía muestra disfunción sistólica severa de ventrículo izquierdo (<15%).*

*En esta situación, tras la recuperación del latido y en shock cardiogénico se coloca ECMO VA periférico.*

*El paciente, con el soporte circulatorio farmacológico y mecánico se llevó al Laboratorio de Hemodinámica, donde se constató una oclusión trombótica de la coronaria descendente anterior. Se realizó ACTP e implante de stent Resolute Onix. Buen resultado angiográfico.*

*Inmediatamente el paciente se ingresó en UCI, con monitorización invasiva y tratamiento de soporte multisistémico.*

9. La carga trombótica en estos pacientes debemos considerarla elevada, por lo que debemos tener en cuenta:
- A) El cangrelor intravenoso puede ser un fármaco antiplaquetario muy eficaz y útil en estos pacientes.
  - B) Debemos realizar doble antiagregación.
  - C) Debemos considerar el clopidogrel como el fármaco antiplaquetario de elección en estos pacientes.
  - D) Las respuestas A y B se consideran ciertas.

10. En los pacientes con un shock cardiogénico se recomienda fuertemente la realización de un ecocardiograma (ETT o ETE según circunstancias) para identificar la potencial causa del shock y para detección de complicaciones. Además, debido a su gravedad, el SC durante el ingreso en UCI, habitualmente hay que hacer una monitorización muy estrecha para poder evaluar y manejar a estos pacientes. Señale, de las siguientes respuestas, la **ERRÓNEA**:
- A) Dado que la medición de PVC es una medida estática de medición de precarga, se considera que en todos los pacientes se debe utilizar un sistema de termodilución transpulmonar para valorar la misma.
  - B) Se recomienda el uso de un catéter arterial para monitorizar la tensión arterial.
  - C) El aclaramiento de lactato (sobre todo en ausencia de perfusión de adrenalina) es muy útil en la evaluación de la perfusión del paciente.
  - D) Todas las consideraciones previas son correctas.
11. Los pacientes con shock cardiogénico deben ser manejados como pacientes “críticos con disfunción multiorgánica”, atendiendo de forma cuidadosa no solo el soporte vasoactivo, sino también el resto de funciones orgánicas. De las siguientes afirmaciones, señale la **INCORRECTA**:
- A) Debe considerarse el uso de la hemodiafiltración en pacientes con deterioro agudo de función renal.
  - B) El aporte de nutrición es secundario en aquellos pacientes que precisan soporte circulatorio mecánico.
  - C) Debe realizarse control glucémico de manera similar al resto de pacientes críticos.
  - D) Se considera fundamental el soporte ventilatorio en los pacientes con datos clínicos de compromiso respiratorio.
12. ¿Cuál de las siguientes posibilidades debe considerarse como contraindicación absoluta en el implante de un sistema ECMO VA?
- A) Insuficiencia aórtica moderada.
  - B) Edad > 70 años.
  - C) Disección aórtica no corregida.
  - D) Hipertensión pulmonar.
13. Cuando en un paciente con shock cardiogénico refractario hemos implantado un sistema ECMO VA, nos planteamos conseguir una estabilización hemodinámica adecuada. ¿Cuál / cuáles de los siguientes deben considerarse como objetivos hemodinámicos a conseguir?
- A) Flujo de la bomba de sangre del ECMO venoarterial: 50-80 ml/Kg/min.
  - B) Presión arterial media  $\geq$  65 mmHg.
  - C) Restauración de la diuresis ( $>0,5$  ml/Kg/h).
  - D) Todos los parámetros previos deben considerarse como objetivo hemodinámico tras el implante de un ECMO VA.
14. Cuando estás de guardia y te llama la enfermera porque ha objetivado que en la consola del ECMO VA del paciente ingresado ha disminuido el flujo de la bomba, hay que considerar todas las siguientes afirmaciones, menos una. Señala la que **NO** es correcta:
- A) El paciente está demasiado sedado y le ha bajado la tensión arterial a 65 mmHg.
  - B) Se han acodado las cánulas.
  - C) El paciente ha tosido y puede haber hecho un neumotórax.
  - D) Al paciente le ha subido mucho la tensión arterial porque hemos subido demasiado la noradrenalina.
15. Uno de los problemas o limitaciones que nos podemos encontrar durante un soporte circulatorio mecánico con ECMO VA periférico, es la inadecuada descarga del ventrículo izquierdo. Esto puede condicionar aumento de resistencias vasculares y el desarrollo de edema pulmonar. ¿Cuál de las siguientes medidas puede ser adecuada para el manejo de estos pacientes?
- A) Aumento del flujo de la bomba.
  - B) Colocación de un balón de contrapulsación intraaórtico.
  - C) Aporte de fluidos para que la bomba funcione con mayor precarga.
  - D) Ninguna de las afirmaciones previas es correcta.

- 16.** Respecto a las complicaciones relacionadas con el ECMO, señale la respuesta correcta:
- A)** Actualmente las complicaciones más frecuentes son las complicaciones hemorrágicas.
  - B)** La mortalidad relacionada con las complicaciones es muy elevada, superior al 25%, por lo que es necesario un diagnóstico precoz.
  - C)** El análisis de las complicaciones se basa en los resultados de ensayos clínicos aleatorizados.
  - D)** La posibilidad de sesgos en el análisis de las complicaciones es baja.