

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

ACCESO: LIBRE

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:
MÉDICO/A DE FAMILIA EN UNIDADES DE URGENCIA HOSPITALARIA

ADVERTENCIAS:

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

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla.**
- **El tiempo de duración de las dos pruebas es de tres horas.**
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**» y «**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba 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.

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 desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL

MÉDICO/A DE FAMILIA EN UNIDADES DE URGENCIA HOSPITALARIA 2021 / TURNO LIBRE

CUESTIONARIO TEÓRICO

-
- 1 El artículo 4 del Estatuto de Autonomía de Andalucía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía de Andalucía) establece la capitalidad y sedes. Así, determina que en la capital de Andalucía, que es la ciudad de Sevilla, radicarán las sedes de las siguientes instituciones, EXCEPTO:**
- A) El Tribunal Superior de Justicia.
 - B) La Presidencia de la Junta.
 - C) El Parlamento.
 - D) El Consejo de Gobierno.
- 2 ¿Cuándo podría decirse que Andalucía alcanzó la titularidad de las competencias sanitarias?**
- A) Cuando se promulgó el Estatuto de Autonomía de Andalucía, mediante la Ley Orgánica 2/1981.
 - B) Cuando se promulgó la Ley 8/1986, de 6 de mayo, por la que se crea el Servicio Andaluz de Salud.
 - C) Cuando se promulgó la Ley 2/1998, de Salud de Andalucía.
 - D) Cuando se promulgó la Ley 14/1986, General de Sanidad.
- 3 ¿Qué norma legal regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria en nuestra Comunidad Autónoma?**
- A) El Decreto 197/2007, de 3 de julio.
 - B) La Orden SAS 21/2008.
 - C) La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
 - D) El Decreto 462/1996, de 8 de octubre.
- 4 Según el artículo 123.2 de la Constitución Española, el Presidente del Tribunal Supremo será nombrado por:**
- A) El Rey, a propuesta del Consejo General del Poder Judicial, en la forma que determine la ley.
 - B) El Presidente del Consejo General del Poder Judicial, en la forma que determine la ley.
 - C) El Presidente del Congreso de los Diputados, a propuesta del Consejo General del Poder Judicial, en la forma que determine la ley.
 - D) El Presidente del Gobierno, a propuesta del Consejo General del Poder Judicial, en la forma que determine la ley.

- 5 **Como se recoge en el decreto 462/1996, de 8 de octubre, por el que se modifica el Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales, entre las funciones de la Junta Facultativa, como órgano colegiado de participación de los facultativos del área hospitalaria, se encuentran todas las siguientes, EXCEPTO:**
- A) Conocer el Contrato-Programa del Hospital con carácter previo a su formalización por la Dirección Gerencia.
 - B) Proponer el nombramiento del Director Médico del Hospital.
 - C) Vigilar y controlar las condiciones de trabajo y seguridad en el empleo.
 - D) Elaborar el programa de formación para el personal facultativo del Hospital.
- 6 **Los datos de salud son una categoría especial de datos personales, que el vigente Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, prohíbe tratarlos a menos que concurren determinadas circunstancias. ¿En qué artículo del Reglamento citado se recogen estas excepciones?**
- A) En el artículo 9.2.
 - B) En el artículo 12.
 - C) En el artículo 3.1.
 - D) En el artículo 43.
- 7 **La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas, como queda recogido en su artículo 1. Señale la respuesta INCORRECTA referido al texto de este articulado:**
- A) Regula la estructura general de la formación de los profesionales.
 - B) Regula el desarrollo profesional cuando la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos, no aplicando en el ámbito de la sanidad privada.
 - C) Regula la participación de los profesionales en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias.
 - D) Establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.
- 8 **La Junta de Andalucía ha regulado, en el ámbito de la salud y desde hace más de una década, una serie de derechos ciudadanos considerados de "segunda generación", entre los que se encuentran todos los siguientes, EXCEPTO:**
- A) Libre elección de médico y de hospital.
 - B) Consentimiento informado para pruebas diagnósticas y tratamientos médicos.
 - C) Declaración de voluntad vital anticipada.
 - D) Segunda opinión médica.

- 9 **Un ensayo clínico aleatorizado y doble ciego, que evaluó la seguridad de sinvastatina frente a placebo en términos de mortalidad, encontró una diferencia de mortalidad por cualquier causa entre el grupo control y el grupo experimental que fue estadísticamente significativa ($p=0.0003$), con un RR de 0.71 (IC95% entre 0.58 y 0.85). ¿Cuál fue la reducción relativa de riesgo (RRR) -puntual y aproximada- en este ensayo clínico?**
- A) 5%.
 - B) 29%.
 - C) 0.03%.
 - D) No se puede calcular con los datos aportados.
- 10 **¿Cuál de las siguientes variables del CMBD NO es verdadera (esto es, no se registra por cada episodio de hospitalización producido en el ámbito de la hospitalización convencional, en el HDQ, en el HDM o en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental)?**
- A) Circunstancias del ingreso o contacto.
 - B) Hospital.
 - C) Residencia postal.
 - D) CNP del facultativo responsable del episodio.
- 11 **A efectos de la necesaria cooperación para el desarrollo de la salud pública en el territorio, la Ley de Salud Pública de Andalucía tiene regulado un órgano de colaboración, coordinación y cooperación entre la Administración de la Junta de Andalucía y las Corporaciones Locales, que se llama:**
- A) Comisión Andaluza de Cooperación en Salud Pública.
 - B) Consejo Andaluz de Salud Pública Local.
 - C) Comisión Paritaria en Salud Pública del territorio.
 - D) Consejo Andaluz de desarrollo de Planes Locales de Salud Pública.
- 12 **En la estructura organizativa del Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), establecida por el Decreto 1/2013, de 8 de enero, existe un comité externo de ética. ¿Cuál es este comité o quien ejerce sus funciones?**
- A) El Comité de Ética de Investigación de la provincia de Granada, donde está el nodo coordinador.
 - B) El Comité Científico del Biobanco del SSPA.
 - C) El Comité de Bioética de Andalucía.
 - D) El Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía.
- 13 **¿A quién corresponde la resolución de expedientes de responsabilidad patrimonial cuando la asistencia sanitaria se haya prestado en un centro del Sistema Andaluz de Salud (SAS)?**
- A) Al Servicio de Aseguramiento y Riesgos del SAS.
 - B) A la Dirección Gerencia del SAS.
 - C) A la Viceconsejería de Salud.
 - D) A la Dirección General de Gestión Económica del SAS.

- 14 Según la Ley andaluza de Declaración de Voluntad Vital Anticipada (Ley 5/2003, de 9 de octubre), en cuanto al contenido de la declaración (artículo 3 de la citada norma), su autor podrá manifestar:**
- A) Las opciones e instrucciones, expresas y previas, que, ante circunstancias clínicas que le impidan manifestar su voluntad, deberá respetar el personal sanitario responsable de su asistencia sanitaria.
 - B) La designación de un representante, plenamente identificado, que será quien le sustituya en el otorgamiento del consentimiento informado, en los casos en que éste proceda.
 - C) Su decisión respecto de la donación de sus órganos o de alguno de ellos en concreto, en el supuesto que se produzca el fallecimiento, de acuerdo con lo establecido en la legislación general en la materia.
 - D) Las tres respuestas anteriores son correctas.
- 15 Un estudio cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de una nueva medida de autocontrol de la glucemia en pacientes diabéticos tipo 2, que se diseñó comparando la nueva estrategia con la convencional en dos grupos de pacientes, conformados cada uno por la pertenencia a un determinado centro de salud del mismo distrito sanitario (esto es, los pacientes del grupo de intervención eran de un centro de salud y los del grupo control eran de otro centro de salud), debe considerarse:**
- A) Un ensayo clínico con aleatorización por conglomerados.
 - B) Un estudio cuasiexperimental con dos grupos concurrentes.
 - C) Un estudio de vida real con cohortes prefijadas.
 - D) Un ensayo clínico cruzado.
- 16 En la parada cardiaca (PC) del niño, señale la respuesta FALSA:**
- A) La PC más común en Pediatría es la de origen respiratorio.
 - B) Las PC súbitas o de origen cardiaco y con ritmos desfibrilables son las más frecuentes.
 - C) Las causas de fallo circulatorio son hipovolemia o problema distributivo.
 - D) Las causas de depresión grave del SNC/coma son: convulsiones prolongadas, aumento de presión intracraneal, intoxicaciones, trauma craneoencefálico.
- 17 Respecto a las causas reversibles de parada cardiorrespiratoria, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:**
- A) En paciente con recuperación de circulación espontánea (RCE) y SCASEST, valorar coronariografía urgente si se sospecha que persiste la isquemia o inestabilidad hemodinámica.
 - B) En caso de intoxicación, posponer el uso de antídotos mientras se realiza soporte vital avanzado, para aumentar su efectividad.
 - C) En caso de hipotermia accidental, la frecuencia de las compresiones torácicas y ventilaciones no debe ser diferente a la RCP en pacientes normotérmicos.
 - D) Administre tratamiento trombolítico en situación de parada cardiaca cuando se sospeche tromboembolismo pulmonar (TEP) como causa del paro cardiaco.

18 Señale la respuesta INCORRECTA en relación a la escala del coma de Glasgow:

- A) Es una herramienta muy útil en los casos de traumatismo craneoencefálico en los que no sea posible contar con la colaboración del paciente.
- B) Una apertura ocular espontánea corresponderá a una puntuación de 4.
- C) Valora tres grandes aspectos de la exploración neurológica, que son: respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora.
- D) La puntuación máxima es de 15 y la mínima de 0.

19 En el traumatismo craneoencefálico se deben tener en cuenta una serie de consideraciones especiales, EXCEPTO:

- A) En todo paciente con puntuación en la Escala de Coma de Glasgow (GCS) < 9 se debe aislar la vía aérea mediante intubación endotraqueal como método de elección.
- B) Optimizar al máximo la oxigenación-ventilación: la hipoxia y la hipercapnia producen vasodilatación cerebral, con el consiguiente edema cerebral y aumento de la presión intracraneal (PIC).
- C) En el control de la hemorragia se deben evitar los sueros hipotónicos (producen edema cerebral) y glucosados (aumentan el daño cerebral por aumento del metabolismo anaerobio), pudiendo usarse soluciones hipertónicas (disminuyen el edema cerebral al aumentar la osmolaridad plasmática).
- D) Se requerirá una PAS más baja, en torno a 70-80 mmHg, para mantener una adecuada perfusión cerebral.

20 Sobre la cardioversión eléctrica es cierto que:

- A) No se debe realizar en la fibrilación auricular de menos de 48 horas, bien tolerada.
- B) Se utiliza la misma energía para la fibrilación auricular y flutter auricular.
- C) La energía necesaria para el tratamiento de una taquicardia supraventricular paroxística mal tolerada es de 70 a 120 Julios en dispositivos bifásicos.
- D) La energía necesaria para el tratamiento de taquicardia ventricular mal tolerada es de 70 Julios en dispositivos bifásicos.

21 La vía intraósea está indicada en todas aquellas situaciones en las que se requiera tratamiento urgente y no sea posible el acceso intravenoso (i.v.) de forma precoz, EXCEPTO:

- A) Gran quemado.
- B) Estatus epiléptico.
- C) Reanimación cardiopulmonar.
- D) Fractura en el hueso elegido para la inserción.

22 En el uso del protocolo FAST, NO es cierto:

- A) Buscamos líquido libre en el espacio hepatorrenal.
- B) Buscamos líquido libre en el espacio esplenorrenal.
- C) Buscamos derrame pericárdico.
- D) Buscamos posible lesión intestinal.

- 23 Respecto al manejo de la vía aérea difícil, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?**
- A) El traumatismo o quemadura facial es un indicador predictor de vía aérea difícil.
 - B) La indicación de cricotiroidotomía la estableceremos tras segundo intento de intubación orotraqueal fallido y desaturación < 90% durante la ventilación.
 - C) Tras ventilación con mascarilla facial y tercer intento de intubación orotraqueal (IOT), colocar dispositivo supraglótico.
 - D) La videolaringoscopia directa es un procedimiento útil en el manejo de la vía aérea.
- 24 En la exploración de un paciente adulto con dolor abdominal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?**
- A) El signo de Courvoisier-Terrier consiste en la detección en el hipocondrio derecho de una vesícula biliar palpable, y sugiere la existencia de una neoplasia de vías biliares o de la cabeza del páncreas.
 - B) El signo de Rovsing consiste en la presencia de dolor en el lado izquierdo cuando se realiza presión sobre el punto de Mac Burney (fosa ilíaca derecha).
 - C) El signo del psoas consiste en la presencia de dolor en la palpación de la fosa ilíaca cuando se levanta en extensión la extremidad inferior homolateral, y es muy útil en el diagnóstico de la apendicitis aguda.
 - D) El signo del obturador consiste en la presencia de dolor cuando se coloca el muslo del paciente en ángulo recto y se le hace rotar interna y externamente, siendo característico de la apendicitis aguda en situación pélvica.
- 25 Referido a la patología anal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?**
- A) Las hemorroides grado 3 prolapsan por el orificio anal con la defecación y requieren reducción manual.
 - B) El absceso submucoso o interesfinteriano debe sospecharse cuando exista proctalgia y fiebre con inspección anal normal.
 - C) Una fisura de localización atípica, evolución abigarrada o indolora, nos debe hacer descartar otros procesos como enfermedad inflamatoria intestinal (EII), VIH, sífilis, etc.
 - D) La fisura anal en fase aguda es indicación de tratamiento quirúrgico urgente.
- 26 En la valoración pronóstica de la Hemorragia Digestiva Alta (HDA) medida por la escala de Glasgow-Blatchford, ¿qué parámetro NO está incluido?**
- A) Urea.
 - B) Hematemesis.
 - C) Hemoglobina.
 - D) Insuficiencia cardiaca.

- 27 Con respecto a la etiología de la diarrea aguda en la edad pediátrica, ¿qué respuesta considera que es FALSA?**
- A) En nuestro medio, la etiología vírica es la más frecuente, sobre todo en niños menores de 2 años de edad.
 - B) El Rotavirus es el principal responsable de diarrea grave en la infancia.
 - C) La E. coli es el agente bacteriano encontrado con mayor frecuencia en la GEA esporádica infantil en nuestro medio.
 - D) En lactantes puede aparecer diarrea aguda en relación con procesos infecciosos extraintestinales, como otitis o infecciones de orina.
- 28 En una paciente de 67 años de edad que vamos a ingresar por una pancreatitis aguda, ¿qué situación NO se considera factor de mal pronóstico?**
- A) La edad de la paciente.
 - B) Disminución del nivel de consciencia.
 - C) Presencia de íleo paralítico.
 - D) La presencia en el hemograma de 16.000 leucocitos/mcl.
- 29 En relación a la Insuficiencia Hepática Aguda Grave (IHAG) o Fallo Hepático Fulminante, señale la respuesta FALSA:**
- A) Es una disfunción hepática aguda que aparece sobre un hígado sano, secundario a una necrosis masiva o submasiva de los hepatocitos, y causa una mortalidad elevada.
 - B) Entre las causas más frecuentes se encuentran las hepatitis víricas, fármacos, tóxicos o infiltración tumoral.
 - C) El tratamiento principal es el mantenimiento de las funciones vitales con control estrecho de constantes, tratamiento y prevención de las complicaciones. Pero lo que realmente consigue aumentar la supervivencia es el trasplante hepático.
 - D) La encefalopatía hepática y el edema cerebral no son complicaciones de la IHAG.
- 30 En el diagnóstico y tratamiento de la encefalopatía hepática, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- A) Las determinaciones seriadas de amonio se recomiendan por su correlación con la evolución, el pronóstico y el grado de encefalopatía hepática aguda.
 - B) Se deben evitar los sedantes, y valorar el uso de contenciones mecánicas si existe agitación.
 - C) La rifaximina en dosis de 400 mg/8 horas es de utilidad para la profilaxis secundaria de nuevos episodios de encefalopatía hepática.
 - D) Las respuestas B) y C) son correctas.

- 31 En el paciente con edema agudo de pulmón, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?**
- A) La morfina de 2 a 5 mg i.v. puede aliviar la congestión y la ansiedad, pero está asociada con episodios adversos como la necesidad de ventilación mecánica, hospitalización prolongada, ingreso en la UCI y mortalidad.
 - B) El edema pulmonar no puede ocurrir cuando la presión sistólica sanguínea está por debajo de 150 mmHg.
 - C) El shock cardiogénico se caracteriza por evidencia de hipoperfusión tisular y la presión arterial sistólica suele ser > de 90 mm Hg.
 - D) Considerar la posibilidad de ventilación no invasiva con presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP), nunca dos niveles de presión positiva (bilevel) en las vías respiratorias (BiPAP).
- 32 Las cardiopatías congénitas en el primer año de vida pueden ocasionar todos los siguientes síntomas o signos, SALVO uno:**
- A) Cianosis.
 - B) Obesidad.
 - C) Insuficiencia respiratoria.
 - D) Taquicardia.
- 33 La escala de GRACE nos da el riesgo isquémico en el SCASEST. ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio de dicha escala?**
- A) Frecuencia cardíaca.
 - B) Tensión arterial sistólica.
 - C) Saturación O₂.
 - D) Edad.
- 34 ¿Cuál de los siguientes electrocardiogramas, en pacientes con dolor torácico de características isquémicas, NO precisaría activar el código infarto "Código Infarto Andalucía (CODINFA); Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud (2018)"?**
- A) Elevación del segmento ST en el punto J en al menos dos derivaciones contiguas, ≥ 2 mm en hombres > 40 años o $\geq 1,5$ mm en mujeres en V2-V3. Elevación del segmento ST en el punto J en al menos dos derivaciones contiguas ≥ 1 mm en el resto de derivaciones.
 - B) Descenso del ST-T $\geq 0,5$ mm en precordiales (V1-V3) con elevación $\geq 0,5$ mm en derivaciones posteriores (V7-V9).
 - C) Elevación en guirnalda del ST-T de V2 a V6, I, AVL, II, III y AVF, con descenso del PR en II.
 - D) Bloqueo completo de rama izquierda no conocido.
- 35 En el proceso de reperfusión con fibrinolítico en el SCACEST, es cierto que:**
- A) La fibrinólisis está indicada si el tiempo puerta-balón es superior a 120 minutos (90 minutos si es trasladado desde otro hospital).
 - B) En pacientes mayores de 75 años no se debe administrar enoxaparina intravenosa y la dosis inicial de clopidogrel es de 75 mg.
 - C) Está indicada en pacientes con historia de hemorragia cerebral en los últimos 3 meses.
 - D) Las respuestas A) y B) son ciertas.

- 36 Un paciente de 67 años, con antecedentes de un infarto de miocardio 2 años antes, acude por síncope al servicio de urgencias, y en el ECG se objetiva una taquicardia regular de complejo QRS de 200 ms, latidos de captura y latidos de fusión. El diagnóstico más probable es:**
- A) Fibrilación auricular en el síndrome de Wolf-Parkinson-White.
 - B) Flutter con aberrancia de conducción.
 - C) Taquicardia ventricular monomorfa sostenida.
 - D) Fibrilación ventricular.
- 37 Ante una paciente anticoagulada con dabigatrán 110 mg/12 h, que sufre caída por escaleras con traumatismo y diagnóstico en TAC de hematoma subdural, ¿cuál de las siguientes considera que es la actuación más adecuada?**
- A) Administrar carbón activado, si hace menos de 6 horas de la ingesta del anticoagulante oral.
 - B) Control de coagulación y administrar idarucizumab como antídoto comercializado específico para dabigatrán disponible en el hospital.
 - C) Administrar concentrado de complejo protrombínico (CCP) en dosis de 25-50 UI/kg, ya que la paciente tiene tratamiento anticoagulante con dabigatrán.
 - D) Administrar vitamina K y plasma para reversión de la anticoagulación.
- 38 ¿Cuál de las siguientes manifestaciones electrocardiográficas NO es característica del síndrome del seno enfermo o disfunción del nodo sinusal (DNS)?**
- A) Síndrome de bradicardia-taquicardia.
 - B) Bloqueo sinoauricular.
 - C) Incompetencia cronotrópica.
 - D) Bloqueo auriculoventricular Mobitz tipo I.
- 39 Señale la respuesta FALSA sobre las arritmias cardiacas:**
- A) La fibrilación auricular es la arritmia sostenida más frecuente, y la más prevalente en los servicios de urgencias.
 - B) La torsades de pointes es una taquicardia ventricular polimorfa helicoidal, y el sulfato de magnesio está indicado en su tratamiento.
 - C) Los nuevos anticoagulantes orales (NACO) son el tratamiento de primera elección de la fibrilación auricular de origen valvular.
 - D) La bradicardia sinusal puede aparecer en pacientes sanos deportistas y delgados, y no precisa tratamiento si es asintomática.
- 40 Un paciente de 22 años sufre caída de bicicleta con traumatismo en zona abdominal con manillar. A las pocas horas del accidente comienza con dolor intenso en hipocondrio izquierdo y acude a consultar a un Servicio de Urgencias. A la llegada, pálido y sudoroso, cifras de tensión arterial 82/54 mmHg y la frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto. ¿Qué tipo de shock es el que con mayor probabilidad padece este paciente?**
- A) Séptico.
 - B) Cardiogénico.
 - C) Neurogénico.
 - D) Hipovolémico.

- 41 Señale cuál de las siguientes NO es una característica de un síncope cardiovascular:**
- A) Historia familiar de muerte súbita prematura de causa desconocida.
 - B) Activación autonómica antes del síncope: palidez, sudoración, náusea/vómito.
 - C) Aparición durante el esfuerzo o en supinación.
 - D) Presencia de cardiopatía estructural o enfermedad arterial coronaria.
- 42 En relación con el manejo y tratamiento del síncope, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?**
- A) En el tratamiento del paciente con síncope ortostáticos y riesgo de caída, los objetivos de presión arterial no varían de la población general.
 - B) En el manejo del síncope en urgencias, la valoración del riesgo no se incluye en el proceso de tomas de decisión.
 - C) En el manejo del síncope neuromediado se incluye el reconocimiento precoz de los síntomas prodrómicos, y la adopción de medidas de contrapresión.
 - D) Hasta el 85% de los síncope quedan filiados tras su valoración integral en el servicio de urgencias.
- 43 ¿Cuál es el fármaco de elección en la emergencia hipertensiva que se manifiesta como disección aórtica?**
- A) Nitroprusiato sódico.
 - B) Fentolamina.
 - C) Nitroglicerina.
 - D) Labetalol.
- 44 ¿Cuál de las siguientes entidades NO se considera emergencia hipertensiva?**
- A) Edema agudo de pulmón.
 - B) Disección aórtica.
 - C) Accidente isquémico transitorio.
 - D) Eclampsia.
- 45 ¿Qué marcador bioquímico tiene utilidad como estratificación pronóstica en el tromboembolismo pulmonar agudo?**
- A) Dímero D.
 - B) Troponina.
 - C) Péptido natriurético (BNP).
 - D) Las respuestas B) y C) son correctas.
- 46 Una de las siguientes situaciones NO es criterio de interrupción de Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI):**
- A) Agitación psicomotriz de difícil control.
 - B) Aparición de inestabilidad hemodinámica, arritmias ventriculares o infarto agudo de miocardio.
 - C) Criterios de intubación orotraqueal.
 - D) Frecuencia respiratoria > 30 rpm y pH < 7,20.

- 47 En las terapias respiratorias no invasivas existen algunos parámetros que se son útiles a la hora de valorar la respuesta en el paciente. Seleccione la respuesta correcta:**
- A) El índice de ROX tiene utilidad para predecir el éxito de los pacientes con fallo respiratorio hipercápnico tratados con dos niveles de presión.
 - B) La respuesta clínica y gasométrica a la hora del inicio de ventilación no se relaciona con mejor o peor pronóstico en pacientes tratados con BIPAP.
 - C) La presencia de neumonía en un fallo respiratorio agudo es un dato que orienta hacia una buena evolución tras el inicio de VMNI en modo BIPAP.
 - D) La relación entre saturación periférica de O₂/fracción inspirada de O₂ y la frecuencia respiratoria es un parámetro muy útil para predecir el fracaso de la oxigenoterapia de alto flujo con cánulas nasales en pacientes con neumonía.
- 48 Con respecto a la oxigenoterapia, ¿qué respuesta considera verdadera?**
- A) Lo que define los sistemas de alto flujo es el poder predecir de forma fiable la FiO₂ que damos al paciente.
 - B) Una mascarilla con reservorio es un sistema de alto flujo.
 - C) Al usar un sistema Venturi (mascarilla Ventimask®) fijaremos la FiO₂ que queremos administrar al paciente y pondremos el número de litros de O₂ que nos marca el fabricante, pero nunca más.
 - D) Las gafas nasales siempre se deben de poner entre 1 y 3 l/min.
- 49 Con respecto al uso de ventilación mecánica no invasiva en la agudización de EPOC, señala la respuesta FALSA:**
- A) Aunque no existe una fuerte evidencia para su uso en este caso, suele ser muy utilizada.
 - B) Se usa cuando existe trabajo respiratorio, taquipnea, pH menor de 7,35, pCO₂ mayor de 45 y ausencia de respuesta al tratamiento convencional.
 - C) El objetivo de su uso es el de aumentar la ventilación alveolar, y disminuir la acidosis respiratoria y el trabajo respiratorio.
 - D) La interfase de elección será la máscara oronasal.
- 50 Ante un paciente con disnea aguda, ¿cuál de las siguientes actuaciones realizaremos inicialmente?**
- A) Solicitar pruebas complementarias orientadas según sospecha clínica.
 - B) Determinar el grado de disnea según la escala MRC.
 - C) Valorar la existencia de inestabilidad hemodinámica.
 - D) Determinar la existencia de criterios de ingreso.

- 51 La fase de presurización o de entrega de flujo en ventilación mecánica no invasiva en modo BIPAP (dos niveles de presión asistida/controlada) se caracteriza por todo lo que sigue, EXCEPTO:**
- A) La curva de flujo presenta un pico inicial y un descenso progresivo.
 - B) El final de esta fase o paso a espiración suele ocurrir al caer el flujo por debajo de un porcentaje del pico inicial.
 - C) Con las mismas condiciones en los parámetros del respirador, esta fase es más prolongada en un paciente con un trastorno restrictivo que en un paciente con EPOC.
 - D) Se inicia, en las respiraciones asistidas, al detectarse una inspiración del paciente.
- 52 Respecto a la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?**
- A) El diagnóstico de una agudización de la EPOC consta de 3 pasos esenciales: a) diagnóstico diferencial; b) establecer la gravedad; y c) identificar su etiología.
 - B) Ante toda agudización de la EPOC está indicada administrar una pauta corta de corticoides.
 - C) Es criterio de agudización grave una PCO₂ superior de 45 mmHg en pacientes sin hipercapnia previa.
 - D) La mayoría de las causas de agudización son las infecciones del árbol traqueobronquial.
- 53 Paciente traído a urgencias con agudización de EPOC, portando una mascarilla tipo Venturi con FiO₂ al 28%, que presenta la siguiente gasometría: pH 7,28, pCO₂ 71 mmHg, pO₂ 61mmHg, EB 5. ¿Qué respuesta de las siguientes cree que es FALSA?**
- A) El paciente presenta una insuficiencia respiratoria global, en acidosis respiratoria.
 - B) Si se encuentra con bajo nivel de consciencia, lo más probable es que se trate de una insuficiencia respiratoria de origen central secundaria a un ictus.
 - C) Si no mejora tras el tratamiento inicial, deberíamos plantearnos lo antes posible el uso de ventilación mecánica no invasiva.
 - D) Si mantiene una saturación de O₂ en torno a 90%, no deberíamos elevar la FiO₂.
- 54 ¿Cuál de los siguientes fármacos es el tratamiento de elección para la infección bacteriana de vías respiratorias bajas en un paciente con EPOC grado III sin riesgo de infección por pseudomonas?**
- A) Claritromicina.
 - B) Cefditoreno.
 - C) Moxifloxacino.
 - D) Azitromicina.
- 55 Con respecto al tratamiento del paciente EPOC agudizado, señale la FALSA:**
- A) El objetivo de la oxigenoterapia es alcanzar una SatO₂ entre el 88 y el 92%.
 - B) En fase aguda es útil la asociación de un agonista betaadrenérgico de acción rápida (salbutamol o terbutalina) y un anticolinérgico de acción rápida (bromuro de ipratropio).
 - C) La ventilación mecánica no invasiva está indicada siempre en caso de neumotórax no drenado.
 - D) Se recomienda antibioterapia empírica en los enfermos que presenten esputo purulento, ante sospecha de infección bacteriana de vías bajas.

- 56 Los siguientes factores son de riesgo para sufrir una crisis asmática de riesgo vital, EXCEPTO:**
- A) Segunda crisis asmática en los últimos doce meses.
 - B) Episodios previos de hospitalización en el último año.
 - C) Abuso de agonista beta-2 de acción corta.
 - D) Condiciones psicosociales que condicionan la adhesión al tratamiento
- 57 ¿Cuál de los siguientes síntomas o signos NO presagian una parada cardiorrespiratoria inminente en un paciente con una crisis asmática?**
- A) Taquicardia.
 - B) Hipotensión.
 - C) Disminución del estado de conciencia.
 - D) Tórax silente.
- 58 En un paciente con una neumonía adquirida en la comunidad, a la hora de decidir su ingreso, es útil la evaluación de factores pronósticos. En este sentido, seleccione la respuesta verdadera:**
- A) La valoración PSI (Pneumonia Severity Index) en urgencias no tiene ninguna utilidad a la hora de evaluar la indicación de ingreso.
 - B) Los pacientes con PSI IV-V, en general, pueden ser dados de alta a domicilio.
 - C) En la evaluación CURB-65, la concentración de anhídrido carbónico en sangre arterial o venosa no se evalúa.
 - D) En la evaluación PSI, la concentración de anhídrido carbónico en sangre arterial o venosa no se evalúa.
- 59 ¿Cuál NO es un factor predisponente de neumonía aspirativa?**
- A) Coma etílico.
 - B) Traumatismo craneoencefálico grave.
 - C) Edad > 65 años.
 - D) Demencia avanzada con disfagia.
- 60 ¿Cuál de los siguientes signos radiológicos NO aparece en una neumonía?**
- A) Desplazamiento de la cisura adyacente hacia la zona colapsada.
 - B) Generalmente, distribución segmentaria o lobar.
 - C) Broncograma aéreo.
 - D) Aumento de la densidad pulmonar.
- 61 ¿Cuál de los siguientes criterios de ingreso en una unidad de cuidados intensivos se considera un criterio mayor en un paciente con neumonía?**
- A) Confusión o desorientación.
 - B) Cociente $\text{PaCO}_2/\text{FiO}_2$ igual o inferior a 250.
 - C) Neumonía multilobar.
 - D) Shock con necesidad de fármacos inotrópicos.

62 Ante un paciente que consulta por haber notado sangre tras toser, elija lo que considere que es FALSO:

- A) Si el paciente está estable desde el punto de vista hemodinámico, lo primero que deberíamos intentar averiguar es si estamos ante una hemoptisis o ante otro origen del sangrado.
- B) Cuantificar el volumen del sangrado nos puede ayudar a tomar decisiones.
- C) El tratamiento con codeína puede ayudar a controlar el sangrado.
- D) En casi todos los pacientes se prescriben aerosoles (con las limitaciones en el momento actual por la pandemia), asociándose a un mejor pronóstico.

63 Son criterios de hemoptisis masiva los siguientes, EXCEPTO:

- A) Pérdida sanguínea cuantificada de 250 ml en un periodo de 24 horas.
- B) Pérdida sanguínea cuantificada superior a 100 ml/hora.
- C) Inestabilidad hemodinámica.
- D) Insuficiencia respiratoria aguda.

64 Varón de 52 años que acude a Urgencias con un cuadro de un mes de evolución de tos seca irritativa, fiebre termometrada en domicilio de hasta 38°C y dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas. En la radiografía de tórax se observa derrame pleural derecho, por lo que se procede a toracocentesis diagnóstica, con análisis de líquido pleural que muestra recuento de neutrófilos 20%, linfocitos 51%, LDH elevada, proteínas > 3g/dL y glucosa normal. ¿Cuál le parece el diagnóstico más probable en este caso entre los siguientes?

- A) Embolismo pulmonar.
- B) Insuficiencia cardíaca.
- C) Derrame pleural paraneumónico.
- D) Tuberculosis pulmonar.

65 ¿Cuál es la causa más frecuente de neumotórax secundario en un paciente con EPOC?

- A) Rotura de bulla.
- B) Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*.
- C) Necrosis pulmonar.
- D) Tuberculosis pulmonar.

66 Un paciente varón de 75 años es traído por el 061 a urgencias como “Código Ictus”. Indique en cuál de las siguientes situaciones estaría contraindicada la administración de fibrinólisis intravenosa:

- A) Hemorragia gastrointestinal hace 3 meses.
- B) Presencia de un meningioma en TAC craneal.
- C) Mejoría rápida de la clínica neurológica.
- D) TCE hace 6 meses.

67 En relación al manejo recomendado de un código ictus, señale la respuesta FALSA:

- A) Una puntuación de 10 en ASPECT (Alberta Stroke Program Early CT Score) significa TC normal (sin infarto establecido).
- B) La fibrinólisis será con rtPA o alteplasa ajustado al peso: $\text{Kg} \times 0,9 \text{ mg} = \text{dosis total a administrar}$, de la cual un 10 % será en forma de bolo lento (a pasar en un minuto aproximadamente) y, pasados 5 minutos, el 90 % restante en perfusión continua (a pasar en 2 horas).
- C) En caso de hemorragia intracraneal sintomática relacionada con la administración de rtPA, detendría la infusión del fibrinolítico, solicitaría estudio urgente de coagulación y pruebas cruzadas sanguíneas, y podría administrar crioprecipitados + plaquetas + fibrinógeno (si su nivel en sangre fuese $< 100 \text{ mg/dl}$).
- D) La hipotensión arterial en un paciente con ACV obliga a descartar infarto agudo de miocardio, TEP, sepsis, hipovolemia, hemorragia interna o disección aórtica, y a administrar la terapia apropiada (cristaloides, hemáties, dopamina, etc.).

68 Ante un paciente que se encuentra en coma con miosis bilateral, depresión respiratoria y reflejos oculocefálicos (ROC) y oculovestibulares (ROV) normales, ¿qué administraría?

- A) Tiamina.
- B) Naloxona.
- C) Glucosa hipertónica.
- D) Flumazenil.

69 Ante un paciente de 67 años, sin deterioro cognitivo previo, que presenta alteración del nivel de conciencia, dificultad para centrar la atención, desorientación y alucinaciones, de unas 24 h de evolución:

- A) Lo más probable es que estemos ante un caso de amnesia global transitoria.
- B) El tratamiento debería iniciarse inmediatamente con neurolépticos, y mantenerlo un mínimo de 6 meses o hasta ser visto en psiquiatría.
- C) El diagnóstico clínico inicial debería ser de síndrome confusional agudo.
- D) La técnica diagnóstica definitiva es la punción lumbar y el análisis del líquido céfalo raquídeo.

70 ¿Cuál de estos resultados del análisis de un líquido cefalorraquídeo NO se corresponde con el que sería habitual de una meningitis bacteriana?

- A) Aspecto turbio.
- B) Pleocitosis polinuclear.
- C) Descenso de las proteínas por ruptura de la barrera hematoencefálica.
- D) Descenso de la glucorraquia.

71 ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas NO se presenta en la miastenia gravis?

- A) Diplopia.
- B) Parálisis pupilar.
- C) Ptosis parpebral.
- D) Insuficiencia respiratoria.

- 72 Señale cuál de los siguientes fármacos sería de elección en un paciente con ausencias típicas:**
- A) Etosuximida.
 - B) Topiramato.
 - C) Oxcarbacepina.
 - D) Levetiracetam.
- 73 De los siguientes cuadros clínicos, ¿cuál considera más característico de la hidrocefalia normotensiva en el anciano?**
- A) Crisis convulsivas, alteraciones de la marcha y pérdida de visión.
 - B) Demencia, pérdida de visión e incontinencia de esfínteres.
 - C) Incontinencia de esfínteres, pérdida de visión y alteraciones de la marcha.
 - D) Demencia, incontinencia de esfínteres y alteraciones de la marcha.
- 74 Indique la respuesta FALSA respecto al vértigo de origen central:**
- A) Evolución progresiva.
 - B) Nistagmo de componente rápido hacia el oído sano.
 - C) Inicio insidioso.
 - D) Nistagmo vertical.
- 75 ¿Cuál es la medida terapéutica más importante en el tratamiento de la hipercalcemia aguda sintomática?**
- A) Bifosfonatos.
 - B) Hidratación y diuresis alcalina.
 - C) Denosumab.
 - D) Corticoides.
- 76 Una vez calculada la dosis de insulina diaria necesaria en un paciente en urgencias, ¿cómo sería más correcta su distribución?**
- A) 50% de la dosis como insulina basal y 50 % de insulina ultrarápida distribuida en comidas al 30%-40%-30 % con pautas de corrección.
 - B) 40% de la dosis como insulina basal y 60 % de insulina ultrarápida distribuida en comidas al 30-40-30 % con pautas de corrección.
 - C) 60% de la dosis como insulina basal y 40 % de insulina ultrarápida distribuida en comidas al 30-40-30 % con pautas de corrección.
 - D) 60% de la dosis como insulina basal y 20 % de insulina ultrarápida distribuida en comidas al 30-40-30 % y un 20% como pauta de corrección.
- 77 Ante un paciente que acuda a nuestras urgencias con clínica compatible con un cólico nefrítico, ¿cuál es respuesta FALSA?**
- A) Solicitaremos coagulación si creemos que se va a practicar un procedimiento instrumental.
 - B) Solicitaremos ecografía abdominal en pacientes monorrenos.
 - C) El tratamiento expulsivo con tamsulosina únicamente se indica en litiasis cálcicas de menos de 20 mm de diámetro o de eje mayor.
 - D) Los espasmolíticos -como la butilescopolamina- no están recomendados.

78 En la Insuficiencia renal aguda (IRA), ¿qué enunciado es cierto?

- A) La IRA prerrenal suele presentar una fracción de excreción de sodio (FeNa) >1%.
- B) La anemia normocítica normocroma es un hallazgo frecuente en la IRA.
- C) Es frecuente detectar alcalosis metabólica en la gasometría de un paciente con IRA.
- D) La terlipresina y la albúmina conforman la base del tratamiento médico en el síndrome hepatorenal tipo 1.

79 Respecto al tratamiento de la anafilaxia, señale la respuesta FALSA:

- A) La adrenalina es el fármaco de primera elección.
- B) El glucagón está indicado en pacientes en tratamiento con calcioantagonistas no dihidropirimidínicos.
- C) La metilprednisolona es útil para prevenir o disminuir las reacciones tardías.
- D) Podemos usar bolos de Ringer lactato en la reposición de volumen.

80 Respecto a las manifestaciones clínicas de la intoxicación aguda por bloqueadores beta, señale la respuesta INCORRECTA:

- A) Bradicardia sinusal.
- B) Crisis convulsivas.
- C) Hipopotasemia.
- D) Hipocalcemia.

81 Respecto a la neutropenia febril en el paciente oncológico, señale la respuesta INCORRECTA:

- A) Las causas más frecuentes son las infecciones.
- B) No requieren ingreso hospitalario.
- C) Las medidas generales incluyen aislamiento de barrera inversa.
- D) El tratamiento de soporte se basa en la administración de factores estimulantes de colonias.

82 Indique la enfermedad dermatológica de menor riesgo vital, en el listado siguiente:

- A) Necrolisis epidérmica tóxica.
- B) Síndrome de Stevens-Johnson.
- C) Síndrome de la piel escaldada estafilocócica.
- D) Herpes simple extenso.

83 Los factores predictivos de suicidio son múltiples, encontrándose entre ellos los siguientes, EXCEPTO:

- A) Intentos de suicidio previos.
- B) Cáncer.
- C) Consumo de drogas.
- D) Embarazo.

- 84 Si un paciente consulta por pérdida brusca de la visión y dolor en un ojo, su primera sospecha diagnóstica será:**
- A) Oclusión arterial retiniana.
 - B) Neuritis óptica.
 - C) Hemorragia en el vítreo.
 - D) Desprendimiento de retina.
- 85 En el tratamiento del esguince de tobillo, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) Heparina de bajo peso molecular, si inmovilización.
 - B) Grado I: Vendaje elástico, durante 3 semanas.
 - C) Grado II: Férula enyesada, durante 3 semanas.
 - D) Grado III: Botín de yeso, durante 4 semanas.
- 86 Según las recomendaciones del Proceso Asistencial Integrado de la Atención al Trauma Grave (2ª edición, 2020), señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) La compresión manual directa es la primera medida ante un sangrado activo externo.
 - B) En pacientes con trauma grave con signos de shock hemorrágico, se debe administrar ácido tranexámico lo antes posible.
 - C) En pacientes inconscientes se debe asumir daño de columna hasta que haya evidencia que lo excluya.
 - D) Se recomienda la administración de metilprednisolona en el tratamiento de la lesión medular aguda
- 87 Son signos de alerta, en un paciente con lesión medular cervical, todos los citados a continuación, EXCEPTO:**
- A) Priapismo.
 - B) Hipertensión arterial.
 - C) Bradicardia.
 - D) Arreflexia.
- 88 En el neumotórax a tensión pueden encontrarse todos los siguientes hallazgos exploratorios, EXCEPTO:**
- A) Ingurgitación yugular con desviación contralateral de la tráquea.
 - B) Disminución de la movilidad del hemitórax afectado.
 - C) Matidez a la palpación del hemitórax afectado.
 - D) Abolición del murmullo vesicular del hemitórax afectado.
- 89 En el manejo del shock hipovolémico por traumatismo abdominal, señale respuesta INCORRECTA:**
- A) Administración de Ringer lactato si coexiste un traumatismo craneoencefálico.
 - B) Administración precoz de ácido tranexámico, en todo shock hipovolémico.
 - C) Administración de hematíes, en función del grado de shock hipovolémico.
 - D) La cirugía está incluida en la evaluación primaria.

- 90 De las siguientes afirmaciones señale la opción INCORRECTA respecto al síndrome de Guillain Barré (SGB):**
- A) En 2/3 de los pacientes existen antecedentes de virasis inespecíficas en las semanas previas al inicio de los síntomas, siendo más frecuente el *Campylobacter jejuni*.
 - B) Los hallazgos clínicos que caracterizan al SGB son la arreflexia y la debilidad muscular simétrica de inicio en las extremidades inferiores, con más frecuencia que en las superiores.
 - C) Es muy rara la afectación del sistema vegetativo.
 - D) La complicación más temida es la debilidad de la musculatura respiratoria, que acontece en un tercio de los pacientes.
- 91 En el estudio de síndrome de hipertensión intracraneal, señale la respuesta que considere verdadera:**
- A) En su forma característica se manifiesta por cefalea hemicraneal, pulsátil, expansiva, de inicio brusco al comienzo.
 - B) En la exploración física pueden encontrarse paresia del VI par craneal y signos de focalidad neurológica, siendo excepcional el edema de papila.
 - C) Entre sus causas destacan: hematoma subdural, abscesos cerebrales, procesos expansivos intracraneales o la hipertensión arterial esencial.
 - D) Ante un síndrome de hipertensión intracraneal está formalmente contraindicada la realización de una punción lumbar. Debe realizarse una tomografía computarizada craneal urgente.
- 92 De las siguientes características diferenciales entre la diabetes mellitus (DM) tipo 1 y 2, ¿cuál es FALSA?**
- A) La DM-1 tiene marcada agregación familiar.
 - B) La DM-2 se asocia a obesidad.
 - C) La DM-2 suele tener un inicio insidioso.
 - D) La DM-1 tiene tendencia a la cetosis.
- 93 En relación con las urgencias tiroideas, señale la respuesta FALSA:**
- A) La semiología de la crisis tirotóxica incluye hipertermia, alteración del sistema nervioso central, alteraciones cardiovasculares y alteraciones gastrointestinales.
 - B) En caso de disminución del estado de conciencia hasta el coma profundo, en la tirotoxicosis grave, se debe sospechar una trombosis de senos venosos cerebrales por su alta prevalencia.
 - C) En todo paciente con crisis mixedematosa lo usual es tener temperatura corporal normal.
 - D) En el coma mixedematoso, la administración de corticoides debe realizarse siempre 30-60 minutos antes de iniciar el tratamiento con hormonas tiroideas, ya que en una emergencia es difícil descartar con seguridad el origen central del hipotiroidismo.

94 En relación a la hematuria, señale la respuesta FALSA:

- A) La anticoagulación en rango terapéutico no predispone a la hematuria, de manera que, si estos pacientes presentan dicho síntoma, se debe buscar una lesión orgánica como causa de la misma.
- B) El sondaje vesical debe evitarse en la hematuria originada por anticoagulantes orales y en la de origen infeccioso sin coágulos. Asimismo, debe valorarse no sondar en la hematuria sin coágulos de otras causas, en ausencia de obstrucción urinaria y en casos autolimitados y recidivantes.
- C) En el diagnóstico diferencial, si la tira reactiva es positiva para sangre, pero en el sedimento no se hallan hematíes, pensaremos en una mioglobinuria o hemoglobinuria.
- D) La hematuria que aparece al comienzo de la micción, sugiere un posible origen supravesical.

95 Ante la sospecha de hemólisis (anemia hemolítica), solicitaremos los siguientes parámetros, MENOS:

- A) Bilirrubina indirecta.
- B) Test de Coombs.
- C) LDH (lactato deshidrogenasa).
- D) Transferrina.

96 En la atención al trauma grave, en pacientes con lesiones con sangrado activo, la secuencia de valoración es:

- A) A-B-C-D-E.
- B) C-A-B-C-D-E.
- C) A-B-C.
- D) Todas son ciertas.

97 En un paciente con antecedentes de intentos de suicidio previo, se consideran factores de alto riesgo de consumación todos los siguientes EXCEPTO uno:

- A) Planificación.
- B) Impulsividad.
- C) Aparente "tranquilidad".
- D) Método violento.

98 Sobre las Reglas de Ottawa aplicadas al traumatismo agudo de tobillo, indique la opción que considere INCORRECTA:

- A) Es una herramienta útil para la correcta indicación de radiografías en los traumatismos de tobillo.
- B) La presencia de dolor en la zona maleolar no es imprescindible.
- C) Incluye la presencia de dolor a la palpación ósea del maléolo lateral o externo.
- D) Incluye incapacidad para dar 4 pasos seguidos sin ayuda con ese tobillo.

99 La maniobra de Phalen explora:

- A) Síndrome del túnel carpiano
- B) Meniscopatía
- C) Tenosinovitis de De Quervain.
- D) Ninguna de las respuestas es correcta.

100 En relación con la atención al parto inminente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

- A) Se considera parto inminente cuando la mujer presenta pujos intensos con dilatación completa y presentación baja.
- B) Una puntuación en el test de Malina superior a 7 indica parto inminente
- C) No cortaremos el cordón umbilical si no disponemos de material estéril.
- D) En medio extrahospitalario, o en centros sin presencia de urgencias obstétricas, se realizará de forma sistemática episiotomía.

CASO PRACTICO 1:

Varón de 68 años que presenta dolor centrotorácico irradiado a hombro izquierdo y zona interescapular acompañado de sudoración profusa, náuseas y disnea de 20 min de duración mientras estaba en un parque. Se avisa al centro coordinador que envía equipo 061. El equipo asistencial llega en 4 min. AP: No alergias medicamentosas conocidas, HTA, Diabetes Mellitus, dislipemia, hiperuricemia. Conciliación de tratamiento: enalapril 20 mg/24h, bisoprolol 5 mg/12h, metformina 850 mg/24h, omeprazol 20 mg/24h. Hábitos tóxicos: Fumador 10 cigarros/día, bebedor 3 cervezas /día. Exploración física: consciente, orientado, colaborador, taquipnea 32 rpm, normocoloreado y bien perfundido. ACR: tonos rítmicos sin soplos a 90 lpm. TA 189/97 mmHg, Sat. O2 95%. Abd: blando y depresible, no masas ni megalias, no doloroso a la palpación. Extremidades inferiores: no edemas ni signos de TVP. Pulsos simétricos y conservados. Tras realizar ECG se objetiva ritmo sinusal con elevación persistente del segmento ST en el punto J en II, III y aVF.

101 ¿Cuál de las siguientes medidas generales iniciales NO estaría indicada?

- A) Canalizar vía venosa periférica, preferiblemente en miembro superior izquierdo a nivel de la flexura.
- B) Ponerle gafas nasales y administrar oxígeno a un flujo de 2 lpm.
- C) Administrar nitroglicerina sublingual o en perfusión intravenosa.
- D) Administrar 300 mg de aspirina masticada.

102 Diga cuál de estas aseveraciones es la INCORRECTA en la primera asistencia al paciente:

- A) Toma de constantes y monitorización electrocardiográfica con desfibrilación precoz si precisara.
- B) Se debe de realizar un ECG de 12 derivaciones lo antes posible.
- C) Este es el momento que marca la puesta en marcha del reloj (minuto 0) para decidir estrategia de reperfusión en un paciente con SCACEST.
- D) Doble antiagregación y esperar respuesta para realizar nuevo ECG.

103 ¿Cómo debemos de actuar en este momento si estamos en un área urbana con centro hospitalario de tercer nivel?

- A) Fibrinólisis i.v. en < 10 min.
- B) Traslado urgentemente al hospital para solicitud de troponinas de alta sensibilidad (hs-cTn).
- C) Contacto y traslado directo al hospital para ICP primaria.
- D) Antiagregación con sólo AAS, y esperar a decidir inhibidor de la P2Y12 a la llegada al hospital.

104 ¿Qué fármacos son de elección como tratamiento antiagregante y anticoagulante en este paciente?

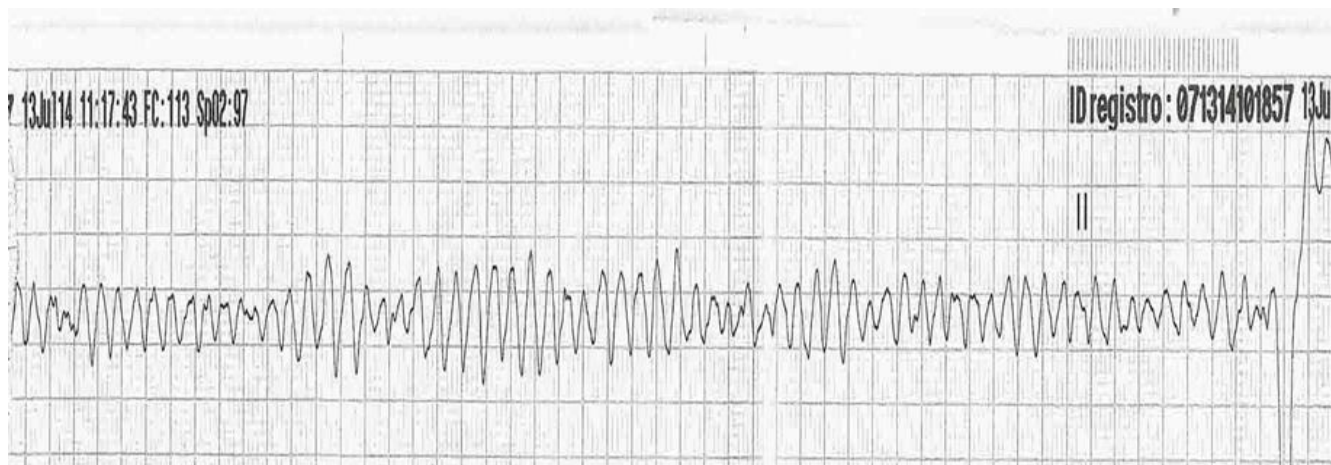
- A) AAS 300 mg + Clopidogrel 600 mg + Enoxaparina 30 mg i.v. (no en mayores de 75 años). Continuar con 1 mg/kg subcutánea cada 12 horas hasta un máximo de 100 mg de dosis acumulada.
- B) AAS 300 mg + Ticagrelor 180 mg + HNF 100 UI/kg i.v.
- C) AAS 300 mg + Prasugrel 10 mg + Fondaparinux 2,5 mg sc.
- D) AAS 300 mg + inhibidor de la GPIIb/IIIa i.v.

105 Tras colocación de stent fármaco-activo (SFA), en lo que se refiere al tiempo de mantenimiento del tratamiento antiagregante doble (TADP), señale la respuesta FALSA:

- A) Se recomienda el TAPD con un inhibidor del P2Y12 y AAS durante 12 meses (IA).
- B) Para los pacientes con SCA e implante de stent que tengan riesgo de sangrado alto, se debe considerar la interrupción del tratamiento con el inhibidor del P2Y12 después del primer mes (IIaB).
- C) Se puede considerar la continuación del TAPD más allá de 12 meses para los pacientes con SCA que han tolerado el tratamiento y no han sufrido complicaciones hemorrágicas (IIbA).
- D) Para pacientes con un infarto de miocardio y riesgo isquémico alto, que han tolerado el TAPD sin complicaciones hemorrágicas, puede ser preferible el ticagrelor 60 mg 2 veces al día durante más de 12 meses (IIbB).

CASO PRACTICO 2:

Paciente de 55 años que ingresa por dolor torácico de una hora de duración asociado a dificultad respiratoria. Antecedentes personales de cardiopatía isquémica. Durante la evaluación inicial, el dolor torácico se incrementa, la respiración se hace más dificultosa y el nivel de conciencia disminuye. En la exploración clínica presenta respiración agónica sin signos de circulación y en la monitorización el siguiente trazado:



106 De los siguientes ¿cuál es el diagnóstico correcto?

- A) Taquicardia ventricular.
- B) Torsades de pointes.
- C) Fibrilación ventricular.
- D) Taquicardia supraventricular con aberrancia del QRS.

107 Dentro de las maniobras de reanimación iniciales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A) Se debe iniciar la colocación de parches de marcapasos por tratarse de una arritmia relacionada con un bloqueo auriculoventricular.
- B) Se trata de un ritmo desfibrilable monitorizado y, tras comprobar la ausencia de signos de vida, se deben iniciar compresiones torácicas y proceder a realizar una descarga de 150 J.
- C) Se trata de un ritmo desfibrilable monitorizado y, tras comprobar la ausencia de signos de vida, se deben realizar tres descargas sucesivas.
- D) Se trata de un ritmo desfibrilable monitorizado y se debe administrar inicialmente amiodarona 300 mg para conseguir que la primera descarga del desfibrilador sea efectiva.

108 La situación clínica se mantiene tras la actuación anterior. ¿Cuál sería la siguiente medida a realizar?

- A) Proceder a la intubación orotraqueal del paciente para preservar la vía aérea.
- B) Canalizar vía central para la infusión de fármacos.
- C) Realizar compresiones torácicas en ritmo de 30:2 durante 2 minutos y nueva descarga de energía si persiste el ritmo anterior.
- D) Administrar dosis de 1mg de adrenalina por vía subcutánea.

109 De las siguientes vías de acceso, ¿cuál es la primera opción en la actual situación?

- A) Vía de acceso central subclavia.
- B) Vía de acceso periférico.
- C) Vía de acceso central femoral.
- D) Vía intraósea.

110 Una vez canalizada la vía, ¿cuál de las siguientes ha de ser la actuación correcta?

- A) Realizar sucesivas descargas hasta normalización del ritmo cardíaco.
- B) Administrar bicarbonato sódico 1 M para resolver la previsible acidosis metabólica.
- C) Administrar dosis sucesivas de adrenalina 1 mg cada minuto.
- D) Administrar 1 ampolla de adrenalina 1 mg y amiodarona 300 mg en bolo, tras la tercera descarga, si persiste el ritmo electrocardiográfico anterior.

111 Si la situación anterior persiste, ¿cuál de las siguientes consideraría que NO debe ser la actuación correcta?

- A) Considerar aumentar la energía después de una descarga que no haya revertido el ritmo, si se considera desfibrilable.
- B) Considerar colocar los parches de desfibrilación en una posición alternativa.
- C) Administrar una dosis adicional de 300 mg i.v. de amiodarona a los pacientes adultos en parada cardíaca en FV después de la quinta descarga.
- D) Se puede utilizar 100 mg i.v. de lidocaína, si no se dispone de amiodarona.

CASO PRÁCTICO 3:

Paciente, mujer de 56 años, con AP de DM, HTA, fumadora activa, que acude a Urgencias del hospital por presentar desde hace 3 días disnea, dolor torácico y tos. A su llegada está confusa, taquipneica a 38 rpm y taquicárdica a 120 lpm. Sibilantes diseminados en ambos campos pulmonares. TAS 150 mmHg. Mientras se está haciendo el abordaje de la paciente, ésta presenta una pérdida de conciencia y ausencia de respiración.

112 De las siguientes acciones, ¿cuál es la prioritaria a realizar?

- A) Intubación orotraqueal.
- B) Ventilar con oxígeno a alta concentración.
- C) Realizar compresiones torácicas lo antes posible.
- D) Realizar masaje cardíaco a alta frecuencia.

113 El monitor muestra una taquicardia sinusal a 140 spm. La paciente tiene midriasis y ausencia de pulso central. Se ha canalizado vía venosa. ¿Qué medicación estaría indicada?

- A) Amiodarona 300 mg.
- B) Adenosina 6 mg.
- C) Adrenalina 1 mg.
- D) Lidocaína 100 mg.

114 Las compresiones de alta calidad incluyen lo siguiente, EXCEPTO:

- A) Las compresiones deben realizarse en la mitad inferior del esternón ("en el centro del pecho").
- B) La reexpansión del tórax es variable, según el paciente.
- C) Debe comprimirse hasta una profundidad de al menos 5 cm pero no más de 6 cm.
- D) Debe comprimirse el tórax a un ritmo de 100-120 por minuto con el menor número de interrupciones posible.

115 Con respecto a la intubación de la paciente y pasos subsiguientes, es FALSO:

- A) Durante la RCP, comenzar con las técnicas básicas de manejo de la vía aérea y progresar gradualmente según las habilidades del reanimador hasta conseguir una ventilación efectiva.
- B) El objetivo ha de ser que la pausa de las compresiones torácicas para la intubación traqueal sea menor a 5 segundos.
- C) Una vez insertado un tubo traqueal o un dispositivo supraglótico (DSG), debe ventilarse los pulmones a una frecuencia de 15 rpm.
- D) Utilizar la onda de capnografía para confirmar la posición del tubo traqueal.

116 Dentro de las causas reversibles (4 H y 4 T) que han condicionado la parada cardiorrespiratoria de esta paciente, tenemos que pensar en:

- A) Hiperpotasemia.
- B) Neumotórax a tensión.
- C) Tromboembolismo de pulmón.
- D) Taponamiento cardíaco.

CASO PRACTICO 4:

Paciente de 67 años, obeso, diabético, hipertenso, EPOC con bronquiectasias y múltiples agudizaciones invernales en los últimos años y fumador activo de alrededor de 10 cigarrillos al día desde los 25 años. Independiente para actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Consulta en nuestro Servicio de Urgencias por tos productiva con expectoración purulenta, fiebre de hasta 38,9°, disnea y dolor costal derecho de características pleuríticas de 3 días de evolución. Vacunación incompleta ante el SARS-CoV2 (una sola dosis), sí habiéndose administrado la vacuna de la gripe y la antineumocócica. A su llegada a Clasificación se observa que el paciente está taquipneico y tendente al sueño y se anotan las siguientes constantes: Presión arterial (PA) 113/57 mmHg (PAM 76); Frecuencia cardiaca (FC) 122 lpm, Frecuencia respiratoria (FR): 34 rpm; SatO2 con FiO2 0.21 (aire ambiente): 91%; Tª 38,3°; Glucemia capilar 320

mg/dl.

117 Ante este caso, ¿qué actitud inicial tomaría con el enfermo?

- A) Trasladaría a circuito de riesgo biológico, e iniciaría ventilación mecánica no invasiva de forma precoz.
- B) Trasladaría a circuito de riesgo biológico clasificándolo en Circuito de Críticos, y activaría código sepsis.
- C) Administraría 6 mg de dexametasona de forma empírica.
- D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

118 A su entrada en el box, exploramos al paciente y le encontramos con un Glasgow de 14/15, PA 107/50 (PAM 69); taquipneico (36 rpm) con uso de musculatura accesoria y prensa abdominal, mal perfundido, febril, con auscultación en la que apreciamos ruidos de secreciones abundantes, espiración alargada y sibilantes teleespiratorios. ¿Qué actitud NO contemplaríamos con estos datos?

- A) Solicitar hemograma, coagulación, bioquímica, gasometría arterial, Rx tórax, Antígeno/PCR SARS CoV2.
- B) Administrar antibioterapia precoz siempre que ya hayamos extraído muestra de hemocultivo. Y, si fuera posible, toma de muestra de esputo para microbiología.
- C) Administrar broncodilatadores, O2 y reposición de volumen.
- D) Monitorización estricta cardio-respiratoria y de diuresis.

119 Llegan los resultados de las pruebas complementarias, de los que destacamos llamativa elevación de reactantes de fase aguda (leucocitosis con neutrofilia, proteína C reactiva 132 mg/l, procalcitonina 5,4 ng/ml), creatinina de 1.9 mg/dl, urea 109 mg/dl; Gasometría con pH 7,03, pO2 58 mmHg, pCO2 69 mmHg, HCO3 32; y una radiografía de tórax en la que se aprecia un infiltrado lobar con broncograma aéreo en lóbulo medio derecho. El antígeno y PCR para SARS CoV2 resultan negativos. ¿Cuál de los siguientes enunciados es el correcto?

- A) Comenzar con ventilación mecánica no invasiva (modo CPAP) y mantener las medidas de aislamiento de contacto.
- B) Iniciar antibioterapia precoz con piperacilina-tazobactam si no lo hemos hecho hasta ahora.
- C) Estaríamos ante una neumonía con una puntuación en la escala de CURB-65 de 2 puntos.
- D) Administrar 150 ml de bicarbonato sódico 1M.

120 Tras 3 horas de iniciar tratamiento con las medidas adecuadas de antibioterapia, ventilación y fluidoterapia, la PA sigue descendiendo (84/47 mmHg), con diuresis de 0.2 ml/Kg/h. Señale la respuesta FALSA:

- A) Iniciaremos perfusión de dopamina a 5 mcg/Kg/minuto.
- B) Iniciaremos perfusión de noradrenalina a 0.1 mcg/Kg/minuto.
- C) Es necesario realizar un seguimiento de los valores de ácido láctico.
- D) La ecografía clínica a pie de cama de la vena cava inferior puede darnos datos que se correlacionan con bastante fiabilidad con la presión venosa central, y con ello, con la respuesta a la fluidoterapia.

121 Realizamos una ecografía clínica a pie de cama y observamos un derrame pleural derecho de moderada cuantía, que no evidenciábamos en la Rx de tórax, al haberse realizado en decúbito. Diga qué enunciado de los siguientes es correcto:

- A) Debemos suspender la VMNI hasta que no descartemos neumotórax asociado.
- B) Realizaremos toracocentesis diagnóstica en Urgencias
- C) Algunos de los objetivos de resucitación deben ser mantener una TAM > 55 mmHg y una diuresis > 0.3 ml/Kg/h. Si se dispone de un acceso venoso central, alcanzar una PVC > 5 mmHg.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

CASO PRACTICO 5:

Varón 20 años, que es trasladado al hospital en ambulancia convencional por accidente de motocicleta ocurrido treinta minutos antes de su llegada a Urgencias. A la entrada presenta Glasgow 12 puntos, estridor inspiratorio, frecuencia respiratoria de 24 rpm, presión arterial de 90/60 mmHg y frecuencia cardíaca de 100 lpm.

122 ¿Qué intervención está indicada realizar en primer lugar?

- A) Valorar si hay sangrado activo, y en caso afirmativo compresión manual directa.
- B) Comprobar la vía aérea y permeabilizarla, manteniendo la inmovilización cervical manual.
- C) Colocar un collarín cervical.
- D) Intubación endotraqueal e iniciar ventilación mecánica.

123 En este paciente la puntuación obtenida en el TSR (Trauma Score Revisada) es:

- A) 12.
- B) 11.
- C) 10.
- D) 9.

124 El paciente refiere dolor torácico, sensación disneica y mal estado general.

Auscultación: tonos taquicárdicos y abolición del murmullo vesicular derecho.

Percusión: timpanismo en hemitórax derecho. ¿Qué decisión es la correcta?

- A) Radiografía de tórax urgente.
- B) TC corporal completo urgente.
- C) Insertar angiocatéter en el hemitórax derecho.
- D) Intubación endotraqueal e iniciar ventilación mecánica.

125 El paciente presenta una presión arterial de 70/40 mmHg, y una frecuencia cardíaca de 120 lpm. ¿Qué está indicado administrar inicialmente, una vez conseguido un acceso venoso?

- A) Soluciones cristaloides.
- B) Soluciones coloides.
- C) Concentrados hematíes.
- D) Fármacos vasopresores.

126 ¿Qué fármaco vasopresor es el de elección?

- A) Adrenalina.
 - B) Dobutamina.
 - C) Dopamina.
 - D) Noradrenalina.
-

CASO PRACTICO 6:

Varón de 55 años que acude al servicio de urgencias con cuadro de ojo rojo doloroso, con anisocoria (pupila midriática arreactiva), disminución de la agudeza visual, náuseas y vómitos.

127 ¿Cuál sería su primer diagnóstico de sospecha ante este cuadro clínico?

- A) Epiescleritis.
- B) Queratitis.
- C) Glaucoma agudo.
- D) Iridociclitis.

128 Considerando su sospecha diagnóstica, ¿qué signo de los siguientes esperaría encontrar en la exploración?

- A) Defectos epiteliales puntiformes.
- B) Aumento de la presión intraocular.
- C) Zona elevada de hiperemia mixta localizada.
- D) Pupila miótica e irregular.

129 ¿Qué fármaco prescribiría para su tratamiento?

- A) Colirio de diclofenaco.
 - B) Colirio ciclopléjico.
 - C) Pomada antibiótica.
 - D) Acetazolamida.
-

CASO PRACTICO 7:

Varón de 54 años que es traído al Servicio de Urgencias por presentar, desde hace 1 hora aproximadamente, un cuadro clínico de pérdida de fuerza en los miembros superior e inferior derechos, y dificultad para articular palabras. Entre sus antecedentes personales destaca hipertensión arterial en tratamiento con un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (con aparente buen control), hipercolesterolemia en tratamiento con atorvastatina (40 mg/24 h) y que es fumador de un paquete de cigarrillos al día. Hasta la fecha realizaba una vida activa, sin ninguna limitación. La exploración física revela presión arterial (PA) de 170/95 mmHg, paciente consciente con desviación oculocefálica de la mirada hacia la izquierda, y afasia motora, pero no sensitiva (no habla, pero responde adecuadamente a órdenes como cierre los ojos, abra la boca, etc.). Asimismo, presenta una hemiplejía derecha global sin alteraciones

sensitivas aparentes y sin alteración manifiesta de pares craneales. Reflejo plantar en extensión. La analítica (hemograma y bioquímica sanguínea básica), el electrocardiograma y la tomografía computarizada (TC) craneal sin contraste son normales.

130 ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A) Accidente cerebrovascular hemorrágico.
- B) Hemorragia subaracnoidea.
- C) Infarto de circulación cerebral anterior.
- D) Infarto de circulación cerebral posterior.

131 ¿Cuál es el tratamiento específico de elección en este paciente?

- A) Fibrinólisis intravenosa, previo tratamiento hipotensor por vía oral con labetalol hasta que la PA sea inferior a 160/90 mmHg.
- B) Fibrinólisis intravenosa sin necesidad de controlar la PA, ya que ésta es inferior a 220/110 mmHg.
- C) Anticoagulación con enoxaparina o heparina sódica, ya que la fibrinólisis está contraindicada por ausencia de alteraciones en la TC craneal.
- D) Fibrinólisis intraarterial en sustitución de la intravenosa, ya que se obtienen mejores resultados.

132 ¿Cuál es el fibrinolítico de elección en el tratamiento del ACV isquémico?

- A) Tenecteplasa.
 - B) Reteplasa.
 - C) Estreptocinasa.
 - D) Alteplasa.
-

CASO PRACTICO 8:

Mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, que consulta por presentar desde hace 24 horas dolor abdominal difuso, con náuseas y vómitos alimenticios, con disminución progresiva del nivel de consciencia. Exploración objetiva con regular estado general, febril, tendencia al sueño, feto cetósico, con auscultación cardiorrespiratoria normal y abdomen blando depresible, doloroso de forma difusa a la palpación, sin defensa. TA 110/70 mmHg, Fc 90 lpm, tª 37,5°C, Peso 58 Kg. Analítica: Glucemia sanguínea 567 mg/dl, pH 7.09, EB -7, HCO3 10, Na 148, K 3,5, Osmp 320.

133 Indique, con los datos aportados, cuál es el diagnóstico más probable de esta paciente:

- A) Sepsis de origen biliar.
- B) Cetoacidosis diabética (CAD) grave como debut de DM tipo 1.
- C) Cetoacidosis diabética (CAD) moderada como debut de DM tipo 1.
- D) Situación hiperosmolar como debut de DM tipo 1.

134 ¿Qué medida NO utilizaría, de inicio, en el tratamiento de esta paciente?

- A) Infusión de Suero Fisiológico a ritmo de 1000 cc en la primera hora.
- B) CLK 20 mEq por cada litro de Suero infundido.
- C) Bicarbonato 1 molar 120 cc en 30 minutos.
- D) Bolo de insulina i.v. seguido de perfusión de insulina a 8 ml/h.

135 En el manejo de esta paciente, señale la respuesta FALSA:

- A) La perfusión de insulina debe conseguir descensos de la glucemia en torno a 50-100 mg/dl a la hora.
- B) Debemos anticiparnos a la aparición de hipopotasemia.
- C) El objetivo fundamental no es solo el control de la glucemia, y por eso se debe añadir suero glucosado para poder continuar con la perfusión de insulina una vez conseguido el objetivo glucémico, con objeto de mejorar la cetogénesis.
- D) La fluidoterapia no constituye una prioridad del tratamiento.

136 Una vez controlada la situación clínica, y con glucemia ya menor de 200 mg/dl, ¿cuál sería la opción correcta?

- A) Si la paciente tolera la vía oral, retiramos la insulina intravenosa y pasamos a pauta basal/bolus/corrección según peso.
- B) Iniciamos la insulina subcutánea y la dieta oral manteniendo la perfusión de insulina intravenosa ajustada a glucemia al menos 2 horas más.
- C) Debemos mantener obligatoriamente la perfusión de insulina 24h, para poder calcular la dosis necesaria en 24h.
- D) Podemos iniciar el tratamiento con insulina subcutánea, independientemente de la tolerancia oral de la paciente.

137 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en la CAD?

- A) Los vómitos pueden contribuir a la deshidratación.
- B) Es más frecuente en DM tipo 2.
- C) El factor desencadenante más frecuente son las infecciones.
- D) La respiración de Kussmaul intenta compensar la acidosis.

CASO PRACTICO 9:

Paciente de 68 años, diagnosticado de EPOC grave en tratamiento con triple terapia inhalada, que es traído a urgencias por presentar desde hace dos días aumento de la tos, con expectoración verdosa abundante y disnea en aumento, hasta no permitirle dar unos pasos. El paciente ha presentado fiebre con tendencia al sueño desde la noche anterior, aunque se despierta con facilidad. A la exploración presenta taquipnea y trabajo respiratorio. Se realiza una radiografía de tórax, una analítica general y una gasometría venosa, obteniéndose en esta última los siguientes valores: pH 7,23, pCO₂ 87 mmHg, bicarbonato 35 mmol/L.

138 Señale de entre las siguientes, la respuesta correcta referida a la situación gasométrica y clínica de este paciente, y al manejo clínico subsecuente:

- A) Al tratarse de una gasometría venosa no deberíamos tomar decisiones en función de los resultados con respecto al inicio de ventilación no invasiva (VNI).
- B) Si presenta una prueba de infección activa de SARS-Cov2 no se podría indicar VNI por riesgo de contagio.
- C) Si tras tratamiento con broncodilatadores no se consigue una mejoría clínica, estaría indicado el inicio de VNI.
- D) Se trata de una insuficiencia respiratoria crónica compensada, porque tiene elevado el bicarbonato.

139 Cuando se reciben todos los resultados de las pruebas y, tras valorar de nuevo al paciente, se decide el inicio de VMNI. Señale la respuesta INCORRECTA:

- A) Se debería de iniciar VMI con dos niveles de presión.
- B) El ritmo de los movimientos respiratorios debería marcarlo el paciente.
- C) Debemos programar una frecuencia respiratoria de rescate, para que el respirador se dispare en caso de no detectar la respiración del paciente.
- D) Durante la atención al paciente, deberíamos programar una fracción inspiratoria de oxígeno que mantenga una saturación periférica de oxígeno del paciente por encima de 95%.

140 Con respecto a la programación del respirador de VNI y la repercusión sobre el paciente, señale la respuesta correcta:

- A) Se debería programar una presión de soporte para permitir un volumen tidal de 12 ml/Kg.
- B) En los pacientes con un patrón obstructivo como el nuestro, debemos programar unos parámetros que faciliten una inspiración prolongada y una espiración corta.
- C) Una EPAP (presión espiratoria) elevada, por encima de 8 cmH₂O, puede provocar empeoramiento clínico por aumentar la hiperinsuflación y la "autoPEEP".
- D) El nivel que marquemos de trigger inspiratorio no influirá en la adaptación del respirador a la frecuencia respiratoria del paciente.

141 Tras una hora y media de tratamiento con VNI volvemos a evaluar al paciente. Presenta una frecuencia respiratoria similar a la previa, algo menos de trabajo respiratorio, aunque aún es muy intenso y, en la gasometría, persiste un pH bajo, de 7,21 y una pCO₂ de 86. Si nos fijamos, vemos que el paciente no está bien adaptado al respirador. Señale la respuesta INCORRECTA:

- A) Deberíamos asegurarnos de minimizar las fugas si existen.
- B) El tratamiento broncodilatador no tiene sentido mantenerlo mientras se trata con VNI.
- C) Deberíamos asegurarnos de que hemos seleccionado la interfase más adecuada.
- D) Si es un sistema de rama única, subir la EPAP puede disminuir la reinhalación de CO₂.

142 En la evolución de la interacción entre el respirador y el paciente, señale la respuesta INCORRECTA:

- A) El subir la presión inspiratoria no supone siempre aumentar el volumen minuto.
- B) Si subimos la presión de soporte, aumentaremos -por lo general- el volumen corriente.
- C) Podemos mejorar la oxigenación -medida en saturación periférica de oxígeno- al subir la presión espiratoria.
- D) Si hacemos el trigger inspiratorio más sensible, estamos aumentando el tiempo inspiratorio.

CASO PRACTICO 10:

Paciente mujer de 46 años, traída al Servicio de Urgencias hospitalario por el SUAP, con disnea intensa, cianosis generalizada, tiraje supraclavicular, TA 190/110 mmHg, FC 130 lpm, frecuencia respiratoria 30 rpm, Sat O₂ 80%. Auscultación respiratoria con sibilantes en mitad de campos superiores. AP: DM, Asma bronquial, HTA, Valvulopatía mitral. Tratamiento habitual: gliclazida 30 mg/24h, metformina 850 mg/8h, carvedilol 25 mg/24h, amlodipino 10mg/olmesartan 40mg cada 24 h, salmeterol/fluticasona 50/500 mcg/inh/12h y montelukast 10 mg/24 h.

143 ¿Con qué terapia iniciaría el tratamiento de esta paciente?

- A) Oxigenoterapia con Ventimask 50%.
- B) Gafas nasales a 5 lpm.
- C) VMNI.
- D) Oxigenoterapia con reservorio a 15 lpm.

144 ¿Qué tratamiento iniciaría en primer lugar, desde el punto de vista farmacológico, sabiendo que tiene una FEVI del 35 %?

- A) Betabloqueantes.
- B) Calcioantagonistas.
- C) Nitroglicerina.
- D) Dobutamina.

145 Como tratamiento complementario al anterior, estaría de acuerdo con todo lo siguiente, EXCEPTO:

- A) Cloruro mórfico se debe evitar, pues se ha asociado en estos casos con una mayor frecuencia de ventilación mecánica, hospitalización prolongada, más ingresos en la unidad de cuidados intensivos y mayor mortalidad.
- B) Administrar diuréticos a dosis bajas, e incrementar según respuesta del paciente, si es insuficiente.
- C) La hipertensión puede ser una limitación importante para el uso de los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 3 o del levosimendán.
- D) Los inotrópicos se deben reservar para pacientes con disfunción sistólica del VI, gasto cardíaco bajo y PAS baja.

- 146 La gasometría arterial realizada nada más llegar a urgencias muestra pH 7,20, PCO₂ 78, PO₂ 56 y SatO₂ 85 %. La terapia respiratoria inicial, si la usa, sería:**
- A) CPAP con presión de 10 cm de H₂O.
 - B) Oxigenoterapia con reservorio a 15 lpm, FiO₂ 90 %.
 - C) BiPAP, con IPAP 14, EPAP 5.
 - D) Intubación endotraqueal.
-

CASO PRACTICO 11:

Paciente de 21 años que es llevada en ambulancia convencional a urgencias del hospital y nos comenta que ha ingerido más de 10 comprimidos de paracetamol de 1 gramo, con fines autolíticos. A su llegada, está asintomática. Las constantes son: TA 140/70 mmHg, FC 80 lpm, SO₂ 97%, Glucemia capilar 118 mg/dl, T^a 35.6°C.

- 147 ¿Qué medida terapéutica de las siguientes NO está indicada?**

- A) Lavado gástrico.
- B) Jarabe de ipecacuana.
- C) Carbón activado.
- D) Antídoto.

- 148 ¿Cuál es el antídoto específico de elección en este caso?**

- A) Flumazenil.
- B) Protrombina.
- C) Vitamina K.
- D) N-acetilcisteína.

- 149 ¿Cuándo debería administrarse el antídoto específico?**

- A) Inmediatamente.
- B) Tras la confirmación de niveles elevados de AST en sangre.
- C) Tras la confirmación de niveles tóxicos de paracetamol en sangre.
- D) Las opciones B) y C) son correctas.

- 150 Se ha solicitado hemograma con fórmula y recuento leucocitarios, bioquímica (glucosa, iones, renal, hepática), estudio de coagulación, concentración plasmática de paracetamol, electrocardiograma y radiografía de tórax. ¿Qué otra exploración complementaria urgente incluiría inicialmente?**

- A) Radiografía de abdomen.
- B) Ecografía de abdomen.
- C) Gasometría venosa.
- D) Análisis de orina.

**MÉDICO/A DE FAMILIA EN
UNIDADES DE URGENCIA
HOSPITALARIA 2021 / TURNO LIBRE**

**CUESTIONARIO
RESERVA**

151 Dentro de la terminología de clasificación de la fibrilación auricular (FA), ¿cuál de las siguientes es INCORRECTA?

- A) La FA paroxística es la que revierte espontáneamente o con una intervención en los primeros 7 días.
- B) La FA persistente es aquella que se mantiene durante más de 7 días, incluidos los episodios que se terminan por cardioversión farmacológica o eléctrica tras más de 7 días.
- C) La FA crónica es aquella en la que el paciente y el médico asumen la FA y no se adoptan nuevas medidas para restaurar o mantener el ritmo sinusal.
- D) La FA diagnosticada por primera vez es aquella que no ha sido diagnosticada antes, independientemente de la duración de la arritmia o la presencia y la gravedad de los síntomas relacionados con ella.

152 Con respecto a los beneficios que se obtienen de la ventilación con dos niveles de presión en VMNI, indique la respuesta FALSA:

- A) La presión espiratoria puede mejorar la relación ventilación/perfusión, al colaborar a mantener abiertos los alveolos.
- B) La presión inspiratoria se relaciona más con el volumen corriente que la presión de soporte.
- C) El retardo inspiratorio en pacientes con autoPEEP (aumento de presión alveolar en relación con la hiperinsuflación dinámica) mejora al aplicar EPAP (presión espiratoria).
- D) En los respiradores de rama única, hay que tener cuidado con la presión espiratoria ya que, al subirla, puede aumentar la reinhalación de CO₂.

153 En la última actualización de la GEMA 5.0 (Guía Española para el Manejo del Asma), en relación a las recomendaciones en crisis moderadas o graves de asma, ¿qué respuesta de las siguientes es FALSA?

- A) El sulfato de magnesio en dosis única intravenosa en pacientes seleccionados, puede disminuir el número de ingresos hospitalarios.
- B) La ventilación mecánica no invasiva puede ser una opción en la crisis grave resistente al tratamiento.
- C) Existe un elevado nivel de evidencia a favor del tratamiento con heliox (mezcla de helio y oxígeno, en una proporción de 80/20 ó 70/30) en este tipo de crisis.
- D) La utilización conjunta de corticoides inhalados y sistémicos proporciona una mayor reducción del número de ingresos.

INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS OPOSITORAS:

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

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

SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

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

SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:

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

SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:

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

NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.

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

