Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A MEDICINA INTENSIVA

PREGUNTAS

1. **¿Cuál de los siguientes NO es un mecanismo que genera insuficiencia respiratoria?**

   a) Hipoventilación alveolar.
   b) Reducción de la capacidad de transporte de O2 por la hemoglobina.
   c) Shunt o cortocircuito intrapulmonar.
   d) Alteración de la relación ventilación-perfusión.

2. **¿Cuál de las siguientes NO es una causa de insuficiencia respiratoria neuromuscular?**

   a) Esclerosis lateral amiotrófica (ELA).
   b) Intoxicación por benzodiacepinas.
   c) Síndrome de Guillain-Barré
   d) Miastenia gravis.

3. **¿Cuál de los siguientes NO es un criterio diagnóstico de Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto (SDRA)?**

   a) Aparición aguda, en menos de 7 días desde la causa que lo origina.
   b) La insuficiencia respiratoria puede tener origen cardiogénico.
   c) Aparición de opacidades bilaterales en la radiografía de tórax, TAC o ecografía.
   d) Afectación de la oxigenación, con descenso de la PaO2/FiO2.

4. **¿Cuál de los siguientes NO es un factor que se asocie a un peor pronóstico en el Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto (SDRA)?**

   a) Severidad de la hipoxemia.
   b) Severidad de la alteración de la distensibilidad o compliance.
   c) Origen pulmonar del SDRA.
   d) Asociación con fracaso multiorgánico.

5. **¿Cuál de los siguientes NO es un parámetro de ventilación protectora en el Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto (SDRA)?**

   a) Volumen tidal de 6 a 8 ml/kg.
   b) Presión plateau inferior a 30 cm H2O.
   c) Presión Positiva al Fin de la Espiración (PEEP) moderado o alto.
   d) Saturación de oxígeno objetivo superior al 95%.



6. **Tenemos una paciente con Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto (SDRA), con una PaO2/FiO2 de 167. Según los criterios de Berlín de 2023, ¿qué nivel de gravedad presenta?**

   a) Leve.
   b) Moderado.
   c) Grave.
   d) Crítico.

7. **Señale la respuesta incorrecta en relación a los mecanismos fisiopatológicos de la alteración del intercambio gaseoso en el SDRA:**

   a) El incremento en la relación Vd/Vt produce hipercapnia.
   b) La baja o moderada relación VA/Q produce hipoxemia.
   c) La muy baja relación VA/Q produce hipoxemia e hipercapnia.
   d) El shunt intracardíaco produce hipercapnia.

8. **En relación con la definición de Berlin del SDRA, una de las siguientes es incorrecta:**

   a) Las variables seleccionadas fueron tiempo de inicio, imagen torácica, origen del edema y grado de hipoxemia.
   b) La relación PaO2/FiO2 determina la estratificación en niveles Leve, Moderado y Grave.
   c) Se mantiene el concepto de ALI (Acute Lung Injury).
   d) El nivel de PEEP puede afectar a la relación PaO2/FiO2, por lo que se requiere un nivel mínimo de 5 cm H2O.

9. **En cuanto a las definiciones de SDRA, una de las siguientes respuestas es incorrecta:**

   a) La primera definición fue la realizada por Asbaugh en 1967.
   b) La segunda definición realizada por Murray et al, introdujo conceptos cronológicos, e introdujo una escala para valoración de variables clínicas.
   c) La tercera definición introdujo el concepto de Lesion Pulmonar Aguda.
   d) En la última definición, denominada de Berlín se ha introducido el termino DAD (Daño Alveolar Difuso).

10. **En paciente con SDRA y en ventilación mecánica, una de las siguientes es incorrecta:**

    a) Se recomienda ventilación mecánica protectora con volumen corriente 4-8 ml/kg y presión meseta < 30 cmH2O.
    b) Se sugiere ajustar la ventilación protectora para mantener la presión de conducción (*driving pressure*) < 14 cmH2O.
    c) Las estrategias para establecer PEEP óptima en SDRA han demostrado una reducción significativa en la mortalidad.



d) Las personas pacientes con SDRA y una presión de conducción (*driving pressure*) superior a 14 cmH2O tienen una mayor mortalidad hospitalaria.

11. Se ha objetivado disminución de la mortalidad en personas pacientes diagnosticadas de SDRA en ventilación mecánica asociada al decúbito prono en pacientes (señale la respuesta incorrecta):

a) Ventilados con volumen corriente bajo.
b) Pronación prolongada.
c) Instauración después de una semana de instaurar la ventilación mecánica.
d) Pacientes con hipoxemia severa.

12. Citar la respuesta incorrecta en relación a los cambios fisiopatológicos ligados al decúbito prono:

a) Incrementa de forma potencial la Capacidad Residual Funcional.
b) Incrementa la motilidad diafragmática.
c) Homogeniza la presión transpulmonar por lo que mejora el reclutamiento.
d) Disminuye el esfuerzo del ventrículo derecho.

13. En relación al decúbito prono en pacientes con SDRA, una de las siguientes es incorrecta:

a) Se debe emplear precozmente en pacientes con SDRA con PaO2/FiO2 < 150 mmHg.
b) Se asocia con una menor mortalidad a los 28 días comparando con la ventilación mecánica en decúbito supino.
c) Los efectos adversos más frecuentes son las úlceras por presión y la obstrucción del tubo endotraqueal.
d) Se recomienda utilizar al menos 12 H y suspender si la PaO2/FiO2 > 150 mmHg con PEEP> 10 cmH2O.

14. ¿Cuál de los siguientes es un microorganismo habitual en la neumonía asociada a ventilación mecánica precoz (menos de 4 días de evolución)?

a) Staphylococcus aureus sensible a meticilina.
b) Pseudomonas aeruginosa.
c) Klebsiella pneumoniae.
d) Acinetobacter baumannii.Respuesta

15. ¿Cuál de las siguientes NO es una medida para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica, incluida en las medidas de Neumonía Zero?

a) Mantener la posición de la cabecera de la cama por encima de 30º excepto si existe contraindicación clínica.
b) Mantener la presión de neumotaponamiento entre 10 y 20 cm de H2O.
c) No cambiar de forma programada las tubuladuras del respirador.
d) Administrar antibióticos durante las 24 horas siguientes a la intubación de pacientes con disminución de consciencia previo a la intubación.Respuesta



16. ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio diagnóstico de la neumonía asociada a ventilación mecánica?

a) Aparición de nuevos infiltrados radiológicos.
b) Empeoramiento de la función respiratoria.
c) Hemocultivos positivos sin otro foco evidente.
d) Aumento de procalcitonina por encima de 2 ng/ml.

17. En la neumonía asociada a ventilación mecánica, señale el mecanismo más frecuente de infección:

a) La diseminación hematógena.
b) Por traslocación bacteriana.
c) Por inoculación directa.
d) La vía aspirativa.

18. Ante una persona con una neumonía comunitaria, sin factores de riesgo añadido, ¿qué microorganismos es MENOS probable que la origine?

a) Streptoccus pneumoniae.
b) Haemophilus influenzae.
c) Legionella pneumophila.
d) Pseudomonas aeruginosa.

19. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo para el desarrollo de neumonía por Pseudomonas aeruginosa?

a) Neutropenia grave.
b) Antibioterapia previa.
c) Broncoaspiración,
d) Bronquiectasias.

20. Ante una paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) reagudizada, ¿Cuál NO es un tratamiento de primera línea?

a) Broncodilatadores de acción corta, por ejemplo salbutamol y bromuro de ipratropio.
b) Antibioterapia durante 5-7 días.
c) Tanda de corticoides sistémicos de 10 días.
d) Oxigenoterapia para mantener una saturación de oxígeno entre 88-92%.

21. ¿Cuál de los siguientes NO sería un parámetro adecuado en la ventilación mecánica de una paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) reagudizada?

a) Relación inspiración/espiración acortada, inferior a 1/1,5.
b) b. Hipercapnia permisiva.
c) c. PEEP extrínseca ajustada al 70-80% de la auto-PEEP medida.



d) d. Flujo inspiratorio alto (>60 l/min) para acortar el tiempo inspiratorio y prolongar el espiratorio

22. En el momento actual, en torno a definición, tratamiento y evaluación del asma severo, una de las siguientes cuestiones es correcta:

a) Se han unificado el asma grave y el refractario con el fin de facilitar la aproximación terapéutica efectiva.
b) En el patrón fatal de rápida progresión predominan los neutrófilos como desencadenantes inflamatorios, lo que condiciona una menor respuesta a corticoides.
c) Una de las características del asma no controlado es el hallazgo del FEV1<80% del predicho tras retirada apropiada de broncodilatadores.
d) La hipercapnia permisiva evitando la hiperinflación pulmonar es de obligado cumplimiento del manejo ventilatorio.

23. ¿Cuál de los siguientes es un microorganismo habitual en la neumonía asociada a ventilación mecánica precoz (menos de 4 días de evolución)?

a) Staphylococcus aureus sensible a meticilina.
b) Pseudomonas aeruginosa.
c) Klebsiella pneumoniae.
d) Acinetobacter baumannii.

24. Nos encontramos ante una persona que ha sufrido un ahogamiento en el mar, con insuficiencia respiratoria grave. ¿Cuál de las siguientes es una medida adecuada?

a) No debemos realizar inmovilización cervical, ya que el riesgo de traumatismo es bajo.
b) Si se produjera una situación de parada cardio-respiratoria, nuestras maniobras considerarán la salinidad del agua.
c) En caso de hipotermia grave y situación de parada cardio-respiratoria, no se administrará adrenalina hasta superar los 30ºC de temperatura corporal.
d) No hay casos de uso de ECMO en parada cardio-respiratoria y ahogamiento.

25. ¿Cuál de los siguientes dispositivos de oxigenoterapia es de alto flujo?

a) Mascarilla simple.
b) Gafas nasales.
c) Mascarilla reservorio.
d) Mascarilla venturi,

26. ¿Cuál de los siguientes NO es un beneficio de las gafas nasales de alto flujo?

a) Lavado del espacio muerto.
b) b. Enfriamiento de la vía aérea.
c) c. Generan una leve presión positiva.
d) d. Lavado del espacio muerto.



27. ¿Cuál de las siguientes NO es una complicación de la ventilación mecánica no invasiva?

a) Claustrofobia o ansiedad.
b) Abrasiones corneales.
c) Hipertensión arterial.
d) Insuflación gástrica.

28. De los siguientes enunciados, ¿cuál NO es correcto en lo que respecta al uso de ventilación mecánica no invasiva?

a) Puede generar barotrauma y neumotórax.
b) Debemos realizar prevención de las úlceras por presión.
c) La modalidad CPAP se programa frecuencia respiratoria, FiO2 PEEP y presión de soporte.
d) El retraso en la intubación y conexión a ventilación mecánica se asocia a un aumento de mortalidad.

29. De las siguientes entidades clínicas, ¿en cuál NO está demostrado el beneficio del uso de ventilación mecánica no invasiva?

a) Edema agudo de pulmón.
b) Reagudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
c) Enfermedades neuromusculares.
d) Insuficiencia respiratorio secundario a síndrome de distrés respiratorio del adulto y lesión pulmonar aguda.

30. ¿De las siguientes medicaciones, cuál NO tiene efecto broncodilatador?

a) Adrenalina.
b) Propofol.
c) Ketamina,
d) Midazolam

31. ¿Cuál de los siguientes resultados confirmarían de forma microbiológica una neumonía asociada a ventilación mecánica?

a) Aspirado endotraqueal: Cultivo cuantitativo con un crecimiento mayor o igual a 106UFC/mL.
b) Lavado broncoalveolar (LBA): Cultivo cuantitativo con un crecimiento mayor o igual a 10 4 \UFC/mL.
c) Hemocultivo positivo con foco extrapulmonar conocido.
d) Cepillo telescopado protegido (CTP): Cultivo cuantitativo con un crecimiento mayor o igual a 10^3 UFC/mL.



32. De los siguientes, ¿cuál NO es un criterio clínico de sospecha de neumonía asociada a ventilación mecánica?

a) Temperatura superior a 37,5ºC.
b) Temperatura inferior a 36ºC.
c) Secreciones respiratorias purulentas.
d) Leucocitosis superior a 12.000/ mm³.

33. Estamos ante una paciente con sospecha de neumonía asociada a ventilación mecánica, y vamos a realizar una fibrobroncoscopia para obtener una muestra respiratoria. ¿Cuál de las siguientes medidas NO está indicada?

a) El calibre del tubo endotraqueal debe ser, al menos, 1,5 mm mayor que el diámetro externo del fibrobroncoscopio (FB).
b) La persona paciente debe recibir relajación muscular.
c) Programaremos el ventilador con un flujo inspiratorio máximo superior a 60 l/min.
d) Se debe monitorizar el volumen corriente mediante el control continuo del volumen corriente espiratorio.

34. ¿Cuál es el FiO2 máximo que se puede conseguir con una mascarilla tipo Venturi?

a) 50%.
b) 35%.
c) 31%.
d) 28%.

35. ¿Cómo se define una hemoptisis masiva?

a) Hemoptisis que dura más de 24 horas.
b) Cualquier sangrado que comprometa la respiración o cause inestabilidad hemodinámica, independientemente del volumen exacto.
c) Hemoptisis que supera los 1000 ml en 24 horas.
d) Hemoptisis que requiere medidas invasivas para su control

36. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la hemoptisis NO es cierta?

a) Se define la hemoptisis amenazante como aquella que afecta a la respiración o circulación de la persona afectada.
b) El sangrado proviene de la circulación bronquial en un 90% de los casos.
c) La muerte se produce habitualmente por shock hipovolémico, más que por asfixia u obstrucción de la vía aérea.
d) Sus causas principales son las bronquiectasias, la tuberculosis o las neoplasias.

37. ¿Cuál de las siguientes es una contraindicación para el uso de ventilación mecánica no invasiva?

a) Cirugía abdominal reciente.
b) Vómitos copiosos.



c) Esperanza de vida estimada inferior a 6 meses.
d) Obesidad importante, con IMC superior a 30 kg/m².

38. ¿Cuál de los siguientes NO es un indicador de éxito en ventilación mecánica no invasiva?

a) Menor gravedad del cuadro, medido mediante escala APACHE II.
b) Paciente capaz de cooperar, con buena situación neurológica.
c) Dentadura intacta.
d) Hipercapnia grave, de 98 mm Hg.

39. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo para desarrollar insuficiencia respiratoria aguda postextubación?

a) Antecedentes de insuficiencia cardiaca.
b) Más de un fallo consecutivo en las pruebas de desconexión de la ventilación mecánica.
c) Vía aérea difícil en la intubación.
d) Tos inefectiva

40. Ante una persona en edema agudo de pulmón cardiogénico, a la que aplicamos ventilación mecánica no invasiva, ¿cuál NO es un efecto que se origina?

a) Disminución de la poscarga del ventrículo derecho.
b) Disminución de la precarga del ventrículo derecho.
c) Disminución de la poscarga del ventrículo izquierdo.
d) Aumento del gasto cardiaco.

41. En relación con los cambios fisiopatológicos ocasionados por la ventilación mecánica, uno de los siguientes enunciados es incorrecto:

a) El volumen pulmonar bajo incrementa el tono vasomotor pulmonar por estimular la vasoconstricción pulmonar hipóxica.
b) El volumen pulmonar alto incrementa la resistencia vascular pulmonar.
c) La ventilación espontánea disminuye la presión intratorácica incrementando el retorno venoso.
d) La ventilación con presión positiva incrementa la presión intra-torácica incrementando la postcarga del ventrículo izquierdo.

42. En relación con la escala HACOR como predictor de fracaso de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), señale la afirmación incorrecta:

a) El acrónimo HACOR integra cinco parámetros fisiológicos: frecuencia cardíaca, acidosis mediante pH, nivel de consciencia por escala de Glasgow, oxigenación mediante la relación PaO2/FiO2 y frecuencia respiratoria.
b) La escala HACOR se aplica tras la primera hora de tratamiento con VMNI, siendo la ausencia de mejoría en sus parámetros un indicador de alto riesgo de fracaso.



c) Una puntuación elevada en la escala HACOR indica buena respuesta a la VMNI y permite diferir con seguridad la decisión de intubación orotraqueal.
d) La alteración del nivel de consciencia y la presencia de shock son factores de riesgo de fracaso de la VMNI que quedan recogidos dentro de los parámetros que evalúa la escala HACOR.

43. Según las recomendaciones del grupo de trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias sobre la monitorización hemodinámica en la persona paciente crítica, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?:

a) Se recomienda la medición al inicio del shock del ph venoso, como marcador metabólico del equilibrio DO2/VO2.
b) En situaciones de SvcO2 >= 70% con gradiente arterio-venoso de CO2 bajo, se recomienda la optimización del DO2 hasta valores de P(v-a) CO2 > 6 mmHg.
c) La maniobra de elevación pasiva de las piernas medida mediante contorno de pulso, para identificar a las personas pacientes que responden a la administración de fluidos, no se afecta en casos de fibrilación auricular.
d) La fracción de eyección del ventrículo izquierdo estimada por ecocardiografía es el parámetro fundamental de estimación de la contractilidad cardiaca al no depender de las condiciones de precarga y postcarga.

44. Dentro de los objetivos de reanimación hemodinámica en la persona paciente crítica, la afirmación correcta es:

a) Para la instauración de las medidas de reanimación y la consecución de los objetivos marcados, el plazo recomendado es de 24 horas.
b) La corrección de la disoxia tisular se define como la restauración de los parámetros de SvcO2 >= 70% y/o la normalización de los niveles de lactato.
c) El primer paso será la consecución y mantenimiento de unos valores mínimos de presión de perfusión de los tejidos, definido como PAM > 75 mmHg.
d) La monitorización del aclaramiento de lactato ha mostrado ser superior a la monitorización de la SvcO2 en la guía de monitorización hemodinámica.

45. ¿Cuál es el valor normal del índice de volumen de la aurícula izquierda en pacientes que se encuentran en ritmo sinusal?

a) Más de 48 ml/m^2.
b) Exactamente 45 ml/m^2.
c) Menos de 40 ml/m^2.
d) Menos de 35 ml/m^2.

46. ¿Cuántas regiones en total deben examinarse para calcular el "LUS Aeration SCORE" completo en personas pacientes adultas, adolescentes y mayores de 1 año?

a) 6 regiones (3 por hemitórax).
b) 8 regiones (4 por hemitórax).
c) 10 regiones (5 por hemitórax).



d) 12 regiones (6 por hemitórax).

47. En personas adultas ¿Cuál es el número mínimo de exámenes supervisados requerido para aprender a calcular con precisión el score de aireación pulmonar?

a) 10.
b) 15.
c) 25.
d) 50.

48. ¿Cuál es la definición de gasto cardiaco?

a) Presión generada por el ventrículo izquierdo.
b) Volumen de sangre expulsado por latido.
c) Resistencia vascular sistémica.
d) Flujo sanguíneo que circula por el sistema cardiovascular por unidad de tiempo.

49. ¿Qué parámetro dinámico tiene mejor capacidad de predecir respuesta a volumen?

a) Variación del volumen sistólico.
b) Presión venosa central.
c) Presión de enclavamiento pulmonar.
d) Presión arterial media.

50. Según la ecuación de Fick, el gasto cardiaco se calcula mediante (CO: gasto cardiaco; FC: frecuencia cardiaca; VS: volumen sistólico; VO_2: consumo de oxígeno; CaO_2: contenido arterial de oxígeno; CvO_2: contenido venoso de oxígeno; PAM: presión arterial media; RVS: resistencia vascular sistémica; IC: índice cardiaco; SCT: superficie corporal total):

a) $CO = FC \times VS$
b) $CO = VO_2/(CaO_2 - CvO_2)$
c) $CO = PAM/RVS$
d) $CO = IC \times SCT$

51. La maniobra de elevación pasiva de piernas se defiende como uno de los indicadores más fiables en la predicción de respuesta hemodinámica favorable a la expansión del volumen intra-vascular de la persona paciente crítica. Elija el supuesto que encaja mejor con sus limitaciones:

a) Tratamiento con hemofiltración venovenosa continua (HVVC).
b) Síndrome compartimental abdominal y shock hipovolémico.
c) Riesgo de bradicardia.
d) Presencia de ventilación mecánica invasiva.



52. En una persona paciente con shock ingresada en UCI, ¿cuál de las siguientes estrategias de monitorización es coherente con el paradigma actual?

a) Combinar indicadores de perfusión tisular con evaluación hemodinámica.
b) Basar el tratamiento exclusivamente en la medición de la presión venosa central.
c) Evitar cualquier monitorización hemodinámica.
d) Ante la necesidad de aumentar la monitorización, utilizar el catéter de arteria pulmonar como primera elección en todos los casos de shock.

53. La fórmula del aclaramiento del lactato es:

a) Lactato inicial – lactato final.
b) Lactato final/lactato inicial.
c) Lactato x tiempo.
d) (Lactato inicial-Lactato en el momento) / lactato inicial x 100

54. ¿Qué valores de los siguientes definen shock cardiogénico desde el punto de vista de la monitorización hemodinámica?

a) Índice cardiaco > 3.0 L/min/m² y presión de enclavamiento pulmonar < 5 mmHg.
b) Índice cardiaco ≤ 2.2 L/min/m² y presión de enclavamiento pulmonar ≥ 15 mmHg.
c) Frecuencia cardiaca < 40 latidos por minuto
d) Saturación de oxígeno arterial del 100%.

55. Según el concepto de la "hora dorada", ¿en cuánto tiempo debe realizarse la evaluación clínica, el ECG de 12 derivaciones y la medición de lactato tras la llegada de la persona paciente en shock?

a) Dentro de los primeros 10 minutos.
b) Dentro de los primeros 60 minutos.
c) En las primeras 24 horas.
d) Tras estabilizar a la persona en UCI.

56. ¿Cuál es el signo que suele aparecer de forma temprana en el shock hemorrágico y que a menudo se pasa por alto debido a una presión sistólica normal?

a) Estrechamiento de la presión de pulso (*narrowed pulse pressure*).
b) Bradicardia extrema.
c) Aumento del gasto urinario.
d) Hipertensión arterial sistémica.

57. ¿Cuál es el fármaco antifibrinolítico que, administrado preferentemente en las primeras 3 horas tras la lesión, ha demostrado reducir la mortalidad por hemorragia?

a) Heparina.
b) Ácido acetil salicílico.



c) Ácido antifosfolípido.
d) Ácido tranexámico.

58. Son tipos de shock los siguientes, EXCEPTO:

a) Shock cardiogénico.
b) Shock distributivo.
c) Shock metabólico disfuncional.
d) Shock hipovolémico.

59. En relación con la utilización de fluidoterapia en la reanimación de la persona paciente crítica, señale de las siguientes la afirmación correcta:

a) El Suero Salino al 0'9% es la solución de elección en casos de shock séptico con alcalosis hiperclorémica.
b) En pacientes con shock séptico en los que se requiera una rápida expansión de volumen se recomienda el empleo de Gelatina al 4%.
c) Se recomienda considerar la Albúmina en la reanimación del shock séptico en pacientes con traumatismo craneal.
d) El Ringer Lactato es el cristaloide de elección para iniciar la reanimación de pacientes con shock séptico.

60. En el manejo de los diferentes tipos de shock, se pueden utilizar diferentes fármacos. De los enunciados siguientes relativos a fármacos utilizados en el shock, señale el incorrecto:

a) La Epinefrina a dosis menores de 0'05 microgramos/kg/min, reduce la Presión Arterial Diastólica y las Resistencias Vasculares Periféricas porque predominan los efectos beta-estimulantes.
b) La Norepinefrina es una catecolamina con efectos agonistas alfa 1, beta 1 y beta 2 muy potentes, por lo que aumenta la Presión Arterial, las Resistencias Vasculares Periféricas y el Gasto Cardiaco.
c) La Vasopresina tiene un efecto vasopresor mediado por los receptores V1, y aumenta la Presión Arterial en el Shock Séptico y en el Shock tras salida de By-pass Cardiovascular.
d) La Terlipresina es un análogo sintético de la Vasopresina con vida media más larga que esta y tiene como efecto secundario la reducción del recuento de Plaquetas, pudiendo producir Trombopenia.

61. ¿Qué descenso en los niveles de péptido natriurético tipo B (BNP) al alta identifica a las personas pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada con bajo riesgo de reingreso?

a) Descenso del 5%.
b) Descenso del 10%.
c) Descenso del 30% o superior.
d) Cualquier descenso.



62. ¿Cuál es el grupo de diuréticos más potente para el manejo de la sobrecarga de volumen en la insuficiencia cardíaca?

a) Diuréticos del asa.
b) Diuréticos tiazídicos.
c) Antagonistas de la aldosterona.
d) Ahorradores de potasio.

63. ¿Qué es el perfil hemodinámico de Stevenson "frío y húmedo" en insuficiencia cardíaca?

a) Persona paciente bien compensada con hemodinámica normal en reposo.
b) Persona paciente con sobrecarga de volumen con perfusión de órganos conservada.
c) Persona paciente con gasto cardíaco disminuido sin signos de sobrecarga.
d) Persona paciente que presenta simultáneamente baja perfusión sistémica y signos de congestión.

64. En relación con la utilidad del BNP (Brain Natriuretic Peptide) y del NT-ProBNP (péptido aminoterminal del ProBNP), ¿cuál de las siguientes es falsa?:

a) Niveles de BNP > 100 pg/mL han demostrado alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la Insuficiencia Cardiaca en urgencias.
b) Los niveles de BNP y NT-ProBNP están elevados en la Hipertensión Pulmonar Primaria y en el Trombo-embolismo Pulmonar.
c) En personas pacientes críticas que presentan disfunción en el Ecocardiograma, los valores de BNP y NT-ProBNP están elevados, siendo mayores en la disfunción diastólica que en la sistólica.
d) En personas pacientes críticas sin disfunción cardiaca, pueden elevarse los niveles de BNP y NT- proBNP por la ventilación mecánica con PEEP o por fármacos betabloqueantes.

65. En la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección deprimida, ¿cuál de los siguientes NO es un mecanismo compensador?

a) La activación adrenérgica.
b) La activación del sistema renina-angiotensina.
c) La fibrilación auricular.
d) La dilatación ventricular.

66. ¿Qué medida ecocardiográfica de la función sistólica del ventrículo derecho se considera un indicador pronóstico en pacientes con hipertensión pulmonar?

a) Fracción de eyección del ventrículo izquierdo.
b) Excursión sistólica del plano del anillo tricúspideo.
c) Diámetro de la aurícula izquierda.
d) Grosor de la pared del ventrículo derecho.



67. Respecto al uso de milrinona para el soporte inotrópico del ventrículo derecho. ¿qué precaución es fundamental tener en cuenta?

a) Que produce vasoconstricción pulmonar potente.
b) Que solo puede administrarse por vía inhalada.
c) Que se elimina exclusivamente por el hígado.
d) Que debe evitarse o ajustarse en pacientes con aclaramiento de creatinina por debajo de 10 ml/min.

68. En el Síndrome de Leucoencefalopatía Posterior Reversible (RPLS/PRES), ¿por qué el edema suele localizarse en las regiones posteriores del cerebro?

a) Debido a una menor concentración de fibras simpáticas alrededor de las arteriolas en la parte posterior del cerebro.
b) Porque el flujo sanguíneo es mayor en el cerebelo.
c) Porque la barrera hematoencefálica es inexistente en el lóbulo occipital.
d) Por un aumento del metabolismo en la corteza visual.

69. ¿Cuál es el límite de tiempo recomendado en un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST desde el primer contacto médico hasta la apertura del vaso con el dispositivo (balón) en un centro con capacidad de ICP primaria?

a) Exactamente 30 minutos.
b) Menos de 60 minutos.
c) 90 minutos o menos.
d) 120 minutos o menos.

70. Ante la sospecha de un infarto de cara inferior, ¿qué derivaciones adicionales se deben obtener para evaluar la extensión al ventrículo derecho?

a) V3R y V4R.
b) V7, V8, V9.
c) DIV y DV.
d) El ECG de 12 derivaciones es suficiente.

71. Tras una fibrinólisis exitosa en IAM con elevación del segmento ST, ¿en qué intervalo de tiempo se recomienda a día de hoy realizar la angiografía coronaria sistemática?

a) Inmediatamente en los primeros 10 minutos.
b) Entre las siguientes 2 y 24 horas después del bolo de fibrinolítico.
c) Solo se realiza si persiste el dolor.
d) A los 30 días del alta.



72. ¿Qué complicación mecánica del infarto se asocia típicamente con la aparición de un nuevo soplo sistólico fuerte y shock cardiogénico?

a) Rotura del músculo papilar o rotura del septo interventricular.
b) Pericarditis epistenocárdica.
c) Bloqueo auriculoventricular de tercer grado.
d) Trombosis del stent.

73. En un varón menor de 40 años, ¿cuántos milímetros de elevación del segmento ST en el punto J se requieren en la derivación V3 para cumplir los criterios de IAMSEST?

a) Mayor o igual a 1 mm.
b) Mayor o igual a 1,5 mm.
c) Mayor o igual a 2,0 mm.
d) Mayor o igual a 2,5 mm.

74. ¿Cuál es la recomendación sobre el uso de oxígeno suplementario en pacientes con IAMSEST?

a) Administrar a todos de forma rutinaria a 4L/min.
b) Solo si la saturación de oxígeno está por debajo del 90%.
c) Solo si la persona paciente tiene dolor torácico.
d) Está contraindicado en todas las personas pacientes.

75. ¿Cuál es el tiempo máximo recomendado para obtener e interpretar el primer electrocardiograma de 12 derivaciones en una persona paciente con sospecha de síndrome coronario agudo al llegar al punto de contacto médico?

a) 60 minutos.
b) 30 minutos.
c) 20 minutos.
d) 10 minutos.

76. En relación con la clasificación de Killip para el infarto agudo de miocardio, señale la opción correcta:

a) La clase III se presenta en un 10-15% del total de Infartos de Miocardio que llegan al hospital y se caracteriza por la presentación de signos de Edema Agudo de Pulmón.
b) La Clasificación de Killip es una clasificación pronóstica que se basa en datos clínicos y de monitorización hemodinámica (Índice Cardiaco y Presión Capilar Pulmonar).
c) La clase I se presenta en el 90% de las personas pacientes a su llegada al hospital, y como datos clínicos puede presentar crepitantes basales y tercer tono cardiaco.
d) La clase IV presenta datos clínicos y hemodinámicos de Edema Agudo de Pulmón, es el estadio previo al shock cardiogénico y presenta una mortalidad superior al 80%.



77. ¿Cúal de los siguientes no se corresponde con la cardiopatía de Tako-Tsubo?:

a) Dolor torácico opresivo irradiado a cuello y brazo izquierdo, de características coronarias.
b) Ecocardiograma trans-torácico sin anomalías de la contractilidad regional.
c) Cursa con antecedente de episodio de stress emocional, y elevación de marcadores de daño miocárdico.
d) En la exploración física pueden aparecer signos de insuficiencia cardiaca.

78. En pacientes con IAM SIN elevación del segmento ST, ¿qué define a una persona paciente como de muy alto riesgo requiriendo una estrategia invasiva inmediata (<2 horas)?

a) Edad mayor de 75 años.
b) Inestabilidad hemodinámica, shock cardiogénico o dolor torácico refractario a tratamiento.
c) Gracia Score de 110.
d) Antecedentes de diabetes mellitus.

79. ¿Qué puntuación en la escala GRACE se considera un criterio de alto riesgo en IAM SIN elevación del segmento ST para indicar una angiografía en las primeras 24 horas?

a) > 100.
b) > 140.
c) > 200.
d) < 109.

80. ¿Cuál es el anticoagulante parenteral de elección para pacientes con IAM SIN elevación del segmento ST en los que NO se planea una angiografía inmediata (estrategia conservadora o diferida)?

a) Fondaparinux.
b) Heparina no fraccionada en bolo único.
c) Bivalirudina.
d) No requieren anticoagulación.

81. En relación con la angina inestable secundaria, indique de los siguientes, el enunciado incorrecto:

a) La Angina Inestable Secundaria se da en pacientes con estenosis coronarias previas y angina estable.
b) El pronóstico de la Angina Inestable Secundaria es mejor que el de la Angina Inestable Primaria.
c) La Hipertensión y la Estenosis Aórtica son causas de la Angina Inestable Secundaria.
d) Los Estados de Hiperviscosidad son causa de Angina Inestable Secundaria.



82. En relación con las escalas de riesgo multifactoriales que se utilizan en el síndrome coronario agudo sin elevación de ST, señale de los siguientes enunciados el correcto:

a) El "TIMI risk score" identifica a aquellas personas pacientes que tienen un mayor riesgo de fallecimiento a los seis meses del evento coronario.
b) El "TIMI risk score" incluye como factor de riesgo la ausencia de Intervencionismo Coronario Percutáneo en el centro asistencial en el que se encuentra la persona paciente.
c) El "GRACE "("Global Registry on Acute Coronary Events") incluye como factor de riesgo la presencia de más de dos episodios de angina en las últimas 24 horas.
d) Tanto el "TIMI risk score" como el "GRACE" incluyen como factores de riesgo la edad mayor de 65 años y la elevación de enzimas cardiacos.

83. Indique la indicación de reperfusión urgente en el síndrome coronario sin elevación de ST/NSTEMI:

a) Si cursa con insuficiencia cardiaca izquierda aguda.
b) Arritmias ventriculares recurrentes.
c) Patrón EKG de alto riesgo: descenso de ST en derivaciones precordiales, inferiores y elevación de ST>1m en aVR.
d) Todas las respuestas anteriores son ciertas

84. <u>NO</u> es indicación de implantación inmediata de marcapasos cardiaco temporal:

a) Bloqueo auriculoventricular de tercer grado persistente tras infarto de miocardio inferior.
b) Taquicardia ventricular dependiente de bradicardia.
c) Bloqueo de tercer grado en paciente hemodinámicamente inestable.
d) Bloqueo auriculoventricular tipo Mobitz II asintomático.

85. Desde el punto de vista de la farmacocinética ¿Cuál es el principal <u>inconveniente</u> de la amiodarona para su uso en arritmias supraventriculares en la persona paciente crítica?

a) Rápida degradación por las enzimas hepáticas.
b) Requiere monitorización constante de los niveles en sangre.
c) Aclaramiento lento que puede derivar en una vida media prolongada.
d) Solo es eficaz en combinación con otros fármacos cronótropos negativos.

86. ¿Cuál es el mecanismo fisiológico por el cual la estimulación cardiaca resulta efectiva en pacientes con intervalos QT prolongados?

a) Aumentando la conducción a través del nodo auriculoventricular.
b) Disminuyendo la dispersión de la refractariedad del miocardio ventricular.
c) Incrementando la fuerza de contracción auricular.
d) Bloqueando los receptores beta adrenérgicos del ventrículo.



87. Ante una persona paciente que presenta una taquicardia con QRS ancho y morfología de bloqueo completo de rama derecha del haz deHis, ¿cuál de los siguientes nos indica que se trata de una taquicardia ventricular?:

a) En V6 una onda R mayor que onda S.
b) En V1 una onda R inicial de más de 30 ms.
c) En V1 un patrón monofásico de R, QR o RS.
d) En V1 un intervalo entre el inicio de onda R y nadir de onda S mayor de 60 ms.

88. Paciente varón de 78 años en tratamiento con sales de litio, clopidrogrel, ácido acetilsalicilico, atorvastatina, cimetidina y furosemida. Presenta mareo e inestabilidad, así como oliguria, y en el electrocardiograma se detecta una bradicardia por disfunción del nodo sinusal. ¿qué fármacos pueden ser los responsables de dicho cuadro?:

a) Atorvastatina y Ácido Acetilsalicílico.
b) Clopidrogrel y Furosemida.
c) Sales de Litio y Cimetidina.
d) Ninguno de los que tiene prescritos.

89. El implante de un desfibrilador automático NO está indicado en uno de los siguientes supuestos:

a) Muerte súbita por fibrilación ventricular revertida en paciente con IAM previo hace más de 2 meses y sin nuevas lesiones coronarias.
b) Miocardiopatía dilatada idiopática que cursa con fibrilación ventricular revertida.
c) Síncope de origen no filiado en paciente con arritmias ventriculares malignas inducibles en laboratorio de electrofisiología.
d) Fibrilación ventricular primaria revertida con desfibrilación en contexto de IAM con elevación de ST.

90. ¿Qué fármaco elegiría para el control del ritmo en una persona paciente con cardiopatía isquémica, disfunción ventricular moderada e insuficiencia cardíaca (clase funcional III de NYHA) tras cardioversión efectiva de fibrilación auricular?

a) Bisoprolol.
b) Dronedarona.
c) Amiodarona.
d) Sotalol.

91. Si una disección de aorta se inicia en aorta ascendente, según la clasificación de Stanford:

a) Es una disección tipo A
b) Es una disección tipo B
c) Es una disección del subgrupo ni A ni B
d) Es una disección tipo II.



92. ¿Cuál es la modalidad de imagen diagnóstica de primera línea recomendada por las guías europeas para la visualización de la aorta y sus patologías?

a) Radiografía de tórax convencional.
b) Angiografía por tomografía computarizada desde arterias carótidas hasta femorales.
c) Resonancia magnética.
d) Angiografía convencional.

93. En el tratamiento médico de un síndrome aórtico agudo (AAS), según las guías europeas ¿qué objetivo de presión arterial sistólica se recomienda alcanzar para reducir el estrés de la pared aórtica?

a) Entre 100 y 120 mmHg
b) Superior a 160 mmHg para asegurar la perfusión
c) No se recomienda un objetivo específico de presión
d) Entre 60 y 90 mmHg.

94. ¿Cuál de las siguientes situaciones constituye una indicación de cirugía EMERGENTE según el consenso internacional de 2024?

a) Aneurisma de aorta abdominal asintomático con un diámetro de 40 mm en un varón.
b) Disección aórtica tipo B no complicada.
c) Hematoma intramural aórtico tipo B sin signos de mala perfusión ni dolor persistente.
d) Disección aórtica aguda tipo A.

95. ¿Qué es la clasificación de Ishimaru?

a) Un sistema de puntuación clínica utilizado para predecir la mortalidad a 30 días en pacientes con disección aórtica aguda.
b) Una clasificación morfológica que divide el arco aórtico en tipos I, II y III según el nivel de los troncos supraaórticos.
c) Una escala de gravedad para la isquemia de órganos diana en el contexto de un síndrome aórtico agudo.
d) Un sistema de división de la aorta en 12 zonas (del 0 al 11) utilizado como estándar para reportar la extensión de la patología y de los tratamientos quirúrgicos o endovasculares.

96. En relación con la disección de aorta, de los siguientes enunciados, señale el correcto:

a) En todos los casos de Disección, la causa es una lesión en la íntima de la Aorta.
b) La localización más frecuente de Disección Aórtica es la Aorta Ascendente.
c) Según la clasificación de Stanford, la tipo B incluye la Disección del Cayado y la Aorta Descendente.
d) La Disección Aguda de Aorta es la que se detecta en menos de 72 horas desde el inicio de los síntomas.



97. ¿Cuál de los siguientes consumos de sustancias de abuso, está asociado a la aparición de disección de aorta por la producción de una lesión vascular directa, vasculitis o endarteritis?:

a) Cocaína.
b) Heroína.
c) Esteroides anabólicos.
d) Metanfetaminas.

98. ¿Qué escala de riesgo clínica se recomienda utilizar para identificar de forma fiable a pacientes con bajo riesgo de mortalidad a 30 días y complicaciones tras un tromboembolismo pulmonar?

a) Escala de Wells.
b) Escala de Ginebra (Geneva).
c) Escala PESI o su versión simplificada (sPESI).
d) Índice de choque (Shock Index).

99. ¿Cuál es la indicación principal para considerar la administración de terapia trombolítica sistémica en una persona paciente con tromboembolismo pulmonar agudo?

a) Inestabilidad hemodinámica manifestada por hipotensión sistémica (PAS < 90 mmHg).
b) Presencia de una gran carga de trombo en la arteria pulmonar principal.
c) Elevación aislada de troponinas o BNP.
d) Presencia de dolor torácico pleurítico refractario a analgésicos.

100. ¿Cuál es el vasopresor de primera elección recomendado para el soporte hemodinámico en el TEP agudo que cursa con hipotensión profunda?

a) Dopamina.
b) Fenilefrina.
c) Noradrenalina.
d) Isoproterenol.

101. Respecto al manejo de fluidos en un tromboembolismo pulmonar ¿qué estrategia se estima como adecuada actualmente?

a) Administración agresiva de fluidos para forzar el paso del coágulo (3-5 litros)
b) Administración cautelosa de bolos pequeños en caso de sospechar hipovolemia.
c) Uso mandatorio de soluciones salinas hipertónicas al 7.5%.
d) Restricción absoluta de líquidos e inicio de diálisis inmediata.



102. De las siguientes afirmaciones en relación con el papel del ecocardiograma en el paciente crítico con sospecha de fracaso agudo de ventrículo derecho (cor pulmonale agudo), señale la correcta:

a) En el plano para-esternal longitudinal, el diámetro tele-diastólico del ventrículo derecho superior a 15 mm se considera patológico.
b) El TAPSE (tricuspid anular plane systolic excursion) medido en modo M inferior a 15 mm es patológico y tiene valor pronóstico.
c) El signo de McConnell (en el Embolismo Pulmonar Agudo), en plano apical, es la acinesia de la zona apical del ventrículo derecho sin afectar a la pared libre.
d) En casos de sobrecarga aguda del ventrículo derecho, en el ecocardiograma sólo se observan alteraciones del septo interventricular en diástole.

103. En relación con la estratificación del riesgo de mal pronóstico a corto plazo del embolismo pulmonar agudo en personas pacientes críticas, indique cuál de los siguientes clasifica el embolismo pulmonar como de alto riesgo sin precisar otros criterios:

a) Presión arterial sistólica inferior a 90 mmHg y alteración del estado mental.
b) PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) clase I o II.
c) Péptido Natriurético atrial y Troponina T-Troponina I, elevadas.
d) Disfunción aguda de ventrículo derecho en Ecocardiograma transtorácico.

104. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se observa en la ecocardiografia de una persona paciente con tromboembolismo pulmonar (TEP) grave?

a) Excursión sistólica del anillo tricuspídeo (TAPSE) < 17 mm.
b) Relación de diámetro VD/VI < 1.
c) Visualizar trombos en cavidades derechas.
d) Pared libre del VD acinética con contractilidad conservada a nivel apical.

105. ¿Cuál es la característica principal que define a una "emergencia hipertensiva" frente a una "urgencia hipertensiva"?

a) El nivel absoluto de presión arterial sistólica (por encima de 200 mmHg)
b) Presencia de daño agudo en órgano diana.
c) La edad avanzada de la persona paciente.
d) La necesidad de usar fármacos intravenosos.

106. ¿Cuál es el riesgo principal asociado a infusiones prolongadas y a dosis altas de nitroprusiato de sodio?

a) Bradicardia grave.
b) Insuficiencia hepática fulminante.
c) Toxicidad por cianuro.
d) Hiperpotasemia.



107. ¿Qué agente antihipertensivo venodilatador es la elección inicial ideal en pacientes con edema agudo de pulmón ("flash pulmonary edema")?

a) Nitroglicerina.
b) Enalapril.
c) Hidralazina.
d) Nicardipina.

108. ¿En qué rango de presión arterial media (MAP) se mantiene generalmente la autorregulación para asegurar un flujo sanguíneo constante a los órganos en condiciones normales?

a) 40-80 mmHg.
b) 60-150 mmHg.
c) 100-200 mmHg.
d) La autorregulación no depende de la presión arterial.

109. Para el tratamiento de las emergencias hipertensivas, pueden utilizarse diversos fármacos según los órganos afectados y el objetivo de tratamiento. Indique cuál de las siguientes aproximaciones terapéuticas es la más adecuada:

a) En caso de Emergencia Hipertensiva que cursa con Fracaso Renal, la administración de Nitroprusiato, Nitroglicerina y Betabloqueantes.
b) En caso de Emergencia Hipertensiva que cursa con Hemorragia Cerebral, la administración de Nitroprusiato, Betabloqueantes e Hidralacina.
c) En caso de Emergencia Hipertensiva que cursa con Insuficiencia Cardiaca, la administración de Nitroprusiato, Nitroglicerina y Labetalol.
d) En caso de Emergencia Hipertensiva que cursa con Disección Aórtica, la administración de Nitroprusiato, Betabloqueantes y Labetalol.

110. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de fármacos antihipertensivos con su mecanismo de acción es FALSA?

a) Nitroprusiato sódico: vasodilatador mixto directo.
b) Urapidilo: Diurético de asa.
c) Esmolol: Bloqueador beta cardioselectivo.
d) Labetalol: antagonista alfa1-adrenérgico y beta no cardioselectivo.

111. Según las recomendaciones de la ESICM 2025 ¿cuál es la estrategia sugerida para la administración de fluidos en personas adultas con fallo circulatorio por taponamiento cardiaco?

a) Administración liberal de cristaloides para revertir la hipotensión de forma definitiva.
b) Uso mandatorio de diuréticos y vasodilatadores para reducir la presión retrógrada.
c) Restricción absoluta de fluidos para evitar el aumento de la presión intrapericárdica.
d) Administración cautelosa de fluidos como medida temporal hasta que se realice el tratamiento definitivo.



112. Los indicadores ecocardiográficos de taponamiento cardiaco incluyen los siguientes, EXCEPTO:

a) Aumento en la velocidad del flujo aórtico durante la inspiración.
b) Inversión diastólica del ventrículo izquierdo.
c) Colapso de la aurícula derecha.
d) Disminución de las dimensiones telesistólica y telediastólica.

113. Es causa de pericarditis inducida por fármacos:

a) Propofol.
b) Piperacilina- tazobactam.
c) Procainamida.
d) Furosemida.

114. Según las recomendaciones de la ESC 2023, ¿cuál es la modalidad de imagen de primera línea recomendada ante la sospecha de endocarditis infecciosa (EI)?

a) Tomografía computarizada (TC) cardiaca.
b) Tomografía espectral de positrones (PET).
c) Ecocardiografía transtorácica (ETT).
d) Resonancia magnética (RM) cardiaca.

115. ¿En qué situación clínica se recomienda realizar una cirugía de EMERGENCIA (dentro de las primeras 24 horas) en una persona paciente con endocarditis de válvula nativa o protésica?

a) Ante la presencia de una vegetación aislada de 10 mm sin otras complicaciones.
b) Cuando la persona paciente presenta fiebre persistente tras una semana de antibióticos.
c) Únicamente si el patógeno causante es un hongo.
d) Ante una insuficiencia aguda grave, obstrucción o fístula que cause shock cardiogénico o edema pulmonar refractario.

116. En relación con la pericarditis aguda, ¿cuál de los siguientes enunciados es incorrecto?:

a) La Pericarditis Urémica está directamente relacionada con los niveles séricos de creatinina y urea, y mejora con su reducción, independientemente del método empleado.
b) En el electrocardiograma, los hallazgos típicos son la elevación de ST cóncava y generalizada, y la depresión del segmento PR.
c) El germen más frecuentemente implicado en la pericarditis bacteriana es el *Staphylococcus aureus*.
d) La pericarditis postpericardiotomía aparece típicamente en las primeras 2-4 semanas.



117. La aparición de alternancia eléctrica en el electrocardiograma (cambios de la dirección y de la amplitud de la onda P, onda T y segmento QRS) es altamente específica de una entidad de las siguientes. Señale la entidad diagnóstica:

a) Pericarditis constrictiva.
b) Miopericarditis aguda.
c) Taponamiento cardiaco.
d) Tromboembolismo pulmonar.

118. ¿Cuál de los siguientes antimicrobianos se considera, según las guías de práctica clínica el tratamiento empírico inicial, más adecuado para la endocarditis infecciosa aguda grave sobre válvula nativa?

a) Levofloxacino, linezolid.
b) Cloxacilina, ampicilina, gentamicina.
c) Rifampicina, cotrimoxazol.
d) Cefuroxima, anidulafungina

119. Durante el curso de una Endocarditis Infecciosa, ¿cuál de los siguientes criterios debe inclinarnos a trasladar a una persona paciente para realizar una cirugía urgente- preferente? (Señale la opción más correcta)

a) Fallo cardiaco progresivo en Endocarditis Infecciosa de válvula aórtica.
b) Dos o más episodios embólicos múltiples tras una semana de tratamiento antibiótico adecuado.
c) Bacteriemia persistente después de 7 días de tratamiento antimicrobiano adecuado.
d) Todos los anteriores criterios poseen un grado alto de evidencia para realizar una cirugía urgente-preferente.

120. Ante una persona paciente diagnosticada de taponamiento cardiaco con inestabilidad hemodinámica ¿cuál cree que es la actitud MENOS adecuada?

a) Iniciar tratamiento con diuréticos de asa.
b) Realizar una evaluación anatómica y funcional mediante ecocardiografía.
c) Iniciar la expansión del volumen intra-vascular con cristaloides.
d) Valorar el inicio de perfusión de dobutamina.

121. La cardioversión eléctrica está indicada:

a) Fibrilación ventricular inestable.
b) Presencia de insuficiencia cardiaca aguda secundaria a arritmia.
c) Bloqueo cardiaco de alto grado.
d) Fibrilación auricular estable de más de 48 horas de evolución y sin tratamiento ni otras pruebas complementarias.



122. Respecto a la cardioversión eléctrica en personas pacientes críticamente enfermas con fibrilación auricular (FA) ¿cuál es la tasa de éxito para convertir a ritmo sinusal?

a) Es la estrategia más eficaz, con una tasa de éxito por encima del 90%.
b) La tasa de éxito es baja, cardiovertiendo a menos del 30% de los/las pacientes.
c) En pacientes con FA preexistente, la tasa de éxito es mayor que en la *de novo*.
d) Si la FA se cardiovierte en un primer intento, es muy infrecuente que recurra (<10%).

123. Según las guías de la ERC 2025, ¿cuál es la recomendación ante una fibrilación ventricular (FV) refractaria tras tres choques con parches en posición antero-lateral sin recuperar pulso?

a) Considerar cambio del vector de desfibrilación a una posición alternativa, p.ej. anteroposterior.
b) Administrar 1 mg de atropina.
c) Suspender las compresiones durante 2 minutos.
d) Iniciar inmediatamente una infusión de magnesio.

124. En la parada cardíaca durante el embarazo, ¿cuál es la maniobra recomendada para aliviar la compresión aortocava en pacientes con más de 20 semanas de gestación?

a) Posición de Trendelenbourg.
b) Desplazamiento uterino manual hacia la izquierda.
c) Inclinación lateral derecha de 45 grados.
d) Elevación de ambas piernas.

125. Según las recomendaciones éticas, ¿qué modelo de consentimiento se considera aceptable para la investigación de emergencia en parada cardíaca?

a) Consentimiento previo obligatorio de un familiar.
b) Modelo de consentimiento diferido.
c) Consentimiento verbal de la persona paciente.
d) No se requiere de ningún consentimiento en ningún momento.

126. ¿Qué medida inicial se debe tomar ante una parada cardíaca que ocurre durante una sesión de hemodiálisis?

a) Detener la diálisis y retornar el volumen de sangre con un bolo de fluido.
b) Continuar la diálisis para filtrar toxinas.
c) Desconectar el acceso vascular de forma inmediata y no utilizar dicho acceso.
d) Administrar de forma inmediata y sistemática calcio, magnesio y fósforo.



127. ¿Cuál es la dosis inicial de amiodarona recomendada en el algoritmo de ALS para una persona paciente adulta en parada cardíaca con un ritmo desfibrilable (FV/TVSP) tras el tercer choque?

a) 1 mg IV.
b) 8 nmol IV.
c) 150 mg IV.
d) 300 mg IV.

128. ¿Cuál de los siguientes es el mejor predictor del pronóstico neurológico tras una parada cardiorrespiratoria resucitada, en una persona paciente en coma con ausencia de respuesta motora a las 72 horas de la parada cardiaca?:

a) Presencia de un Estatus Mioclónico persistente.
b) Elevación de los niveles de Enolasa Específica Neuronal.
c) Presencia de signos de lesión isquémica difusa en la Resonancia Magnética cerebral.
d) Ausencia de reflejos pupilares y corneales.

129. Ante una parada cardiaca intrahospitalaria por una fibrilación ventricular presenciada

a) Administraré hasta tres desfibrilaciones antes de proceder a cualquier otra cosa.
b) Procederé a reanimación cardiopulmonar para aumentar la probabilidad de éxito de la desfibrilación.
c) Iniciaré secuencia rápida de intubación para garantizar la vía aérea.
d) Administraré midazolam y procederé a desfibrilación.

130. ¿A qué técnica o conjunto de técnicas se refiere el acrónimo POCUS?

a) Point of CareUltraSound.
b) Pediatric Organ Critical UltraSound.
c) Portable Operative Clinical UltraSound.
d) Prioritary Oingoing Care UltraSound.

131. Respecto a la evaluación ecográfica de los riñones y el tracto urinario ¿cuál de las siguientes se considera una habilidad básica para especialistas en medicina intensiva?

a) Medición del índice de resistencia Doppler renal (RDRI) para predecir el fallo renal.
b) Realización de una biopsia renal guiada por ecografía.
c) Evaluación en modo B de ambos riñones y vejiga para detectar hidronefrosis o sobredistensión vesical.
d) Evaluación Doppler de las venas renales para medir el flujo de salida.



132. ¿Qué áreas debe identificar un intensivista como parte de la formación básica en el examen FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma)?

a) Únicamente el receso hepatorrenal.
b) La presencia patológica de líquido libre o sangre en el saco pericárdico, el espacio pleural y el peritoneo.
c) La profundidad de las asas intestinales y el flujo de la arteria mesentérica.
d) La presencia de aire libre subdiafragmático.

133. ¿Qué hallazgo ecocardiográfico específico se describe como hipocinesia de la pared libre del ventrículo derecho con preservación de la contractilidad del ápex?

a) Signo de Westermark.
b) Signo de Smith.
c) Signo de Hamman.
d) Signo de McConnell.

134. En relación con la utilidad de la ecocardiografía para valorar la viabilidad del corazón en la persona paciente potencial donante cardiaca, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

a) En el momento de realizar el Ecocardiograma, la PVC debe ser inferior a 10 mmHg, en caso contrario la exploración no tiene validez.
b) El Ecocardiograma debe realizarse 12 horas antes o dentro de la primera hora tras producirse la muerte encefálica.
c) En el momento de realizar el Ecocardiograma, dosis de Dobutamina inferiores a 15 microgramos/kg/min no alteran la interpretación de la prueba.
d) En el momento de realizar el Ecocardiograma, la tensión arterial media debe encontrarse entre 70 y 90 mmHg, aunque pueda precisar para ello noradrenalina.

135. Señale la opción FALSA respecto a la ecografía torácica para el diagnóstico de un neumotórax:

a) Para la exploración la persona paciente tiene que colocarse decúbito lateral sobre el lateral sospechoso.
b) La ecografía torácica presenta una sensibilidad muy alta para el diagnóstico de los neumotórax de pequeño tamaño.
c) La presencia de deslizamiento pulmonar excluye la presencia de neumotórax con una sensibilidad cercana al 100 %.
d) La presencia de líneas B nos permite descartar la presencia de neumotórax.

136. ¿Cuál es el objetivo principal del manejo de la presión arterial (PA) antes de asegurar un aneurisma intracraneal?

a) Evitar la variabilidad extrema de la PA y la hipotensión.
b) Reducción agresiva de la PA sistólica a menos de 120 mmHg.
c) Mantener una PA media superior a 110 mmHg mediante vasopresores.
d) Lograr una PA sistólica idéntica a la basal de la persona paciente.



137. Un paciente de 58 años con glioblastoma multiforme conocido ingresa en UCI por deterioro neurológico progresivo. La RM muestra hiperintensidad en T2 perilesional en sustancia blanca. ¿Cuál es el tipo de edema predominante y cuál es el tratamiento de elección?

a) Edema citotóxico; el tratamiento de elección es el suero salino hipertónico al 3%.
b) Edema vasogénico; el tratamiento de elección son los corticosteroides (dexametasona).
c) Edema intersticial; el tratamiento de elección es el drenaje ventricular externo.
d) Edema osmótico; el tratamiento de elección es la corrección lenta de la osmolaridad plasmática.

138. Paciente con hidrocefalia obstructiva aguda por tumor de fosa posterior. El TC muestra ventrículos laterales masivamente dilatados con hipodensidad periventricular en corona radiada bilateral. ¿Qué tipo de edema explica este hallazgo y cuál es su tratamiento?

a) Edema vasogénico bilateral por invasión tumoral de la sustancia blanca; tratar con dexametasona a altas dosis.
b) Edema intersticial por trasudación transependimaria de LCR a presión; tratar con drenaje ventricular externo.
c) Edema citotóxico por compresión axonal crónica; tratar con manitol en perfusión continua.
d) Edema osmótico por hiponatremia dilucional secundaria a SIADH tumoral; tratar con restricción hídrica.

139. ¿Qué modalidad de drenaje de LCR mediante DVE (drenaje ventricular externo) es más efectiva para el control de la presión intracraneal (PIC) elevada en el traumatismo craneoencefálico grave?

a) Punción lumbar intermitente según necesidad clínica.
b) Extracción de volumen fijo cada 12 horas.
c) Drenaje intermitente activado solo cuando la PIC supera 30 mmHg.
d) Drenaje continuo calibrado a un nivel de presión específico.

140. Según la teoría de Monro-Kellie, ¿cuáles son los tres componentes que mantienen un volumen constante dentro de la cavidad craneal?

a) Parénquima cerebral, aire intracraneal y sangre arterial.
b) Líquido cefalorraquídeo (LCR), sangre y espacio intersticial libre.
c) Parénquima cerebral, líquido cefalorraquídeo (LCR) y sangre.
d) Corteza cerebral, cerebelo y tronco encefálico.



141. ¿En qué rango de Presión Arterial Media (PAM) se mantiene habitualmente la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral (FSC) para proteger el tejido cerebral de cambios bruscos?

a) 60−150 mmHg.
b) 10−20 mmHg.
c) 40−100 mmHg.
d) 90−180 mmHg.

142. En el análisis de la morfología de la onda de presión intracraneal (PIC), ¿qué alteración sugiere una pérdida de la distensibilidad o complianza cerebral?

a) La sincronización exacta entre las ondas respiratorias y las ondas cardíacas.
b) Una disminución drástica de la amplitud de todas las ondas cardíacas.
c) La desaparición de la onda P3 (onda dícrota).
d) La onda P2 (onda de Tidal) se vuelve más alta que la onda P1 (onda de Percusión).

143. ¿Cuál es el objetivo principal de elevar el cabecero a 30º en el manejo inicial de la hipertensión intracraneal?

a) Evitar la aparición de crisis convulsivas subclínicas.
b) Prevenir la producción excesiva de líquido cefalorraquídeo en los plexos coroideos.
c) Aumentar la presión de perfusión cerebral disminuyendo la presión arterial.
d) Optimizar el retorno venoso a través de las venas yugulares.

144. En relación con la definición de paro circulatorio cerebral en el diagnóstico de muerte encefálica mediante Doppler transcraneal, se describen cuatro tipos evolutivos de flujo cerebral por Doppler. ¿cuál de las siguientes características corresponde al tipo 2?:

a) Se produce cuando la Presión Intracraneal (PIC) es superior a la Presión Arterial Media (PAM) e inferior a la Presión Arterial Sistólica.
b) Se caracteriza por presentar sólo picos sistólicos de velocidad > 50 cm/seg.
c) La velocidad media de la onda de flujo es > 10 cm/seg con el final de la diástole cero.
d) Se caracteriza por el flujo cerebral reverberante, flujo oscilante bifásico o flujo diastólico invertido.

145. De las siguientes medidas para el control de la hipertension intracraneal, recogidas en las guías de manejo del trauma craneoencefálico de la "American College of Surgeons", señale las que corresponden a medidas de segundo nivel:

a) Hipocapnia de 30 a 35 mm Hg; Parálisis neuromuscular con perfusión continua de relajante muscular.
b) Elevación del cabecero de la cama 30º; Bolos intermitentes de Manitol.
c) Bolos intermitentes de Suero Salino Hipertónico; si autorregulación cerebral perdida, reducir la Presión de Perfusión Cerebral para reducir PIC a 50 mm Hg.
d) Hipotermia de < 36º; Bolos intermitentes de relajante muscular.



146. En relación con la neuro-monitorización multimodal en personas pacientes neurocriticas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La monitorización de la Presión Tisular de Oxígeno (PTiO2) debe recomendarse en todas las personas pacientes con TCE grave con Escala de Coma de Glasgow < 9 y TAC patológica con nivel de recomendación II.
b) Los niveles de Presión Tisular de Oxígeno (PTiO2) en la persona paciente neurocrítica tienen valor pronóstico, independientemente de las cifras de Presión Intracraneal (PIC) y de la Presión de Perfusión Cerebral (PPC).
c) La monitorización de la Presión Intracraneal (PIC) debe recomendarse en pacientes con TCE grave y TAC normal, normotensas y mayores de 40 años con nivel de recomendación III.
d) La causa más frecuente de Hipoxia Cerebral en la persona paciente Neurocrítica es la Hipoxia por baja extracción de Oxigeno secundaria a anemia o a hipoxia arterial.

147. Señale la respuesta FALSA sobre el Flujo Sanguíneo Cerebral:

a) La presión de perfusión cerebral se calcula restando a la presión arterial media la presión intracraneal.
b) Con presiones de perfusión cerebral entre 50 y 100 mmHg, la autorregulación cerebral mantiene el flujo sanguíneo cerebral.
c) Bradicardia, hipertensión y depresión respiratoria constituyen la triada de Cushing de hipertensión intracraneal.
d) La aparición de bradicardia e hipertensión no requiere intervención inmediata.

148. En relación con la neuro-monitorización multimodal en personas pacientes neurocríticas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La monitorización de la Presión Tisular de Oxígeno (PTiO2) debe recomendarse en todas las personas pacientes con TCE grave con Escala de Coma de Glasgow < 9 y TAC patológica con nivel de recomendación II.
b) Los niveles de Presión Tisular de Oxígeno (PTiO2) en la persona paciente neurocrítica tienen valor pronóstico, independientemente de las cifras de Presión Intracraneal (PIC) y de la Presión de Perfusión Cerebral (PPC).
c) La monitorización de la Presión Intracraneal (PIC) debe recomendarse en pacientes con TCE grave y TAC normal, normotensos y mayores de 40 años con nivel de recomendación III.
d) La causa más frecuente de Hipoxia Cerebral en la persona paciente Neurocrítica es la Hipoxia por baja extracción de Oxigeno secundaria a anemia o a hipoxia arterial.

149. ¿Cuál de las siguientes NO es una medida de tercer nivel para controlar la hipertensión endocraneal?

a) Drenaje de líquido cefalorraquídeo.
b) Craniectomía descompresiva.
c) Barbitúricos a altas dosis.
d) Hipotermia



150. ¿Cuál es la duración recomendada de la profilaxis anticonvulsiva para prevenir convulsiones postraumáticas tempranas en el traumatismo craneoencefálico grave?

a) 24 horas.
b) 7 días.
c) 6 meses.
d) De por vida.

151. Un paciente con traumatismo craneoencefálico grave presenta PIC de 18 mmHg y $PtiO_2$ de 25 mmHg. Según la clasificación SIBICC (Seattle International Severe Traumatic Brain Injury Consensus Conference), ¿en qué perfil se encuentra y qué medidas corresponden?

a) Tipo B: iniciar drenaje de LCR y osmoterapia
b) Tipo C: aumentar FiO_2 al 60% y optimizar PPC hasta 70 mmHg
c) Tipo A: medidas de nivel cero, sin escalar tratamiento
d) Tipo D: combinar medidas para PIC e hipoxia simultáneamente

152. Un paciente con traumatismo craneoencefálico grave tiene PIC de 26 mmHg y $PtiO_2$ de 15 mmHg. ¿Qué medida está CONTRAINDICADA en este perfil Según la clasificación SIBICC (Seattle International Severe Traumatic Brain Injury Consensus Conference)?

a) Aumentar FiO_2.
b) Drenaje de LCR.
c) Hiperventilación intensa con $PaCO_2 < 28$ mmHg.
d) Optimizar PPC hasta 70 mmHg.

153. ¿Cuál es la diferencia fundamental entre el estado vegetativo (EV) y el estado de mínima consciencia (EMC) desde el punto de vista de la consciencia?

a) El EV cursa sin apertura ocular; el EMC sí la presenta.
b) En el EV existe vigilia sin ninguna evidencia de consciencia; en el EMC hay evidencia mínima de consciencia y es reproducible.
c) El EMC implica capacidad de comunicación funcional; el EV no.
d) Solo el EV puede progresar a síndrome de cautiverio (locked-in)

154. El término "síndrome de vigilia sin respuesta" (unresponsive wakefulness syndrome) fue propuesto en 2010 para sustituir a "estado vegetativo" principalmente porque:

a) Implica peor pronóstico que el estado vegetativo clásico.
b) Elimina la connotación negativa del término "vegetativo" y describe mejor la clínica: vigilia presente, ausencia de respuesta consciente.
c) Solo se aplica a etiología no traumática.
d) Incluye también al “estado de mínima consciencia” dentro de su definición.



155. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el Levetiracetam es correcta?

a) Actúa principalmente bloqueando canales de sodio dependientes de voltaje.
b) Presenta un metabolismo hepático extenso mediado por el sistema citocromo P450.
c) Se une a la proteína vesicular sináptica SV2A y se elimina principalmente por vía renal.
d) Tiene alta unión a proteínas plasmáticas, lo que favorece múltiples interacciones farmacológicas.

156. Paciente de 72 años con insuficiencia renal en tratamiento con cefepime por neumonía nosocomial presenta deterioro del nivel de conciencia y mioclonías. Se realiza un EEG que resulta normal. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Tras descartar descargas periódicas generalizadas y ondas trifásicas, continuar el tratamiento.
b) Iniciar tratamiento antiepiléptico de forma empírica sin modificar antibiótico.
c) Suspender o ajustar la dosis de cefepime y solicitar niveles, ya que un EEG normal no excluye neurotoxicidad.
d) Solicitar únicamente una resonancia magnética cerebral antes de tomar decisiones.

157. En el contexto del estatus epiléptico tónico-clónico generalizado, ¿qué representan los tiempos operativos t1 y t2?

a) t1 marca el inicio de la crisis y t2 marca el final de la fase posictal.
b) t1 indica cuándo iniciar el tratamiento (5 min) y t2 cuándo pueden aparecer consecuencias a largo plazo (30 min).
c) t1 es el tiempo de observación (10 min) y t2 es el inicio de la monitorización por EEG (60 min).
d) t1 es el tiempo para el diagnóstico definitivo y t2 es el tiempo límite para la recuperación completa.

158. En el estatus epiléptico generalizado refractario, al escalar al tercer escalón terapéutico con anestésicos en infusión continua, ¿cuál es el objetivo electroencefalográfico que guía la titulación del tratamiento?

a) Conseguir un trazado EEG con ondas delta difusas de alto voltaje, indicativas de encefalopatía metabólica subyacente controlada.
b) Alcanzar un patrón de brote-supresión, con períodos de silencio eléctrico intercalados con brotes de actividad, como marcador de supresión ictal máxima.
c) Normalizar el EEG hasta un ritmo alfa posterior de 8-12 Hz, equivalente al trazado de vigilia fisiológica.
d) Inducir un patrón de hipsarritmia controlada para sincronizar la actividad cortical y facilitar la recuperación sináptica.



159. En el estatus epiléptico súper-refractario, ¿cuál de las siguientes intervenciones no farmacológicas actúa mejorando la neurotransmisión inhibitoria mediante la producción de cuerpos cetónicos y posee además propiedades antioxidantes y antiinflamatorias?

a) Hipotermia moderada (32–35°C) mantenida durante 24–48 horas.
b) Estimulación magnética transcraneal repetitiva de baja frecuencia.
c) Dieta cetogénica administrada por sonda nasogástrica o gastrostomía.
d) Terapia electroconvulsiva como alternativa de rescate.

160. En relación con el estatus epiléptico, ¿cuál de los siguientes enunciados es correcto?

a) La definición de Estatus Epiléptico es la aparición de convulsiones durante más de 20 minutos sin interrupción.
b) El estatus epiléptico más frecuente en personas pacientes críticas es el Estatus Simple Parcial.
c) El Estatus Epiléptico No Convulsivo es la causa de alteración del estado de conciencia no explicado en UCI en más de 30% de los casos.
d) El Estatus Mioclónico se asocia a encefalopatías metabólicas y es de mejor pronóstico.

161. La causa más frecuente de crisis convulsiva en mayores de 65 años es:

a) Tumoral.
b) Enfermedad degenerativa.
c) Traumatismo craneoencefálico.
d) Accidente cerebrovascular

162. En la hemorragia subaracnoidea aneurismática, la isquemia cerebral diferida es una complicación que puede aparecer posteriormente y empeora el pronóstico de las personas pacientes. De los siguientes enunciados, señale el correcto:

a) La Isquemia Cerebral Diferida es siempre secundaria a Vaso-espasmo de las arterias cerebrales.
b) De la clásica Terapia Triple H (Hipervolemia, Hemodilución, Hipertensión), sólo la Hipertensión puede ser eficaz en revertir la Isquemia Cerebral Diferida.
c) El pico de aparición de la Isquemia Cerebral Diferida es entre el primero y tercer día tras la Hemorragia subaracnoidea.
d) Las Estatinas y el Nimodipino son los únicos fármacos que han demostrado mejorar el pronóstico de la Isquemia Cerebral Diferida.

163. En la hemorragia subaracnoidea aneurismática, la isquemia cerebral diferida es una complicación que puede aparecer posteriormente y empeora el pronóstico de las personas pacientes. De los siguientes enunciados, señale el correcto:

a) La Isquemia Cerebral Diferida es siempre secundaria a Vasoespasmo de las arterias cerebrales.



b) De la clásica Terapia Triple H (Hipervolemia, Hemodilución, Hipertensión), sólo la Hipertensión puede ser eficaz en revertir la Isquemia Cerebral Diferida.
c) El pico de aparición de la Isquemia Cerebral Diferida es entre el primero y tercer día tras la Hemorragia subaracnoidea.
d) Las Estatinas y el Nimodipino son los únicos fármacos que han demostrado mejorar el pronóstico de la Isquemia Cerebral Diferida.

164. En la escala de evaluación de reperfusión tras trombectomía mecánica en el contexto del ictus isquémico agudo (escala TICI – Thrombolysis In Cerebral Infarction), la categoría 2b se corresponde con, señale lo correcto:

a) Perfusión completa con relleno enlentecido.
b) Mínima perfusión presente.
c) Perfusión parcial de al menos el 50% pero inferior a 2/3 del territorio esperado.
d) Perfusión completa del territorio esperado.

165. Respecto al tratamiento trombolítico en el ictus isquémico agudo dentro de la ventana de 4,5 horas, señale la afirmación correcta:

a) La tenecteplasa a dosis de 0,40 mg/kg (máx. 40 mg) ha demostrado superioridad frente a la alteplasa en los ensayos fase III, siendo la dosis recomendada de elección.
b) b) La tenecteplasa a dosis de 0,25 mg/kg (máx. 25 mg) ha demostrado no inferioridad frente a la alteplasa en múltiples ensayos fase III con más de 6.000 pacientes, con un perfil de seguridad similar y mayor facilidad de administración.
c) c) La tenecteplasa a dosis de 0,25 mg/kg debe administrarse en bolo seguido de infusión de 60 minutos, igual que la alteplasa, por lo que no presenta ventajas en cuanto a la forma de administración.
d) d) La alteplasa sigue siendo el trombolítico de elección en las guías AHA/ASA (American Heart Association/ American Stroke Association) 2026, ya que la tenecteplasa no ha demostrado no inferioridad en los ensayos fase III.

166. En relación a los criterios de selección para trombectomía mecánica en el ictus isquémico agudo por oclusión de gran vaso de circulación anterior (ACI o M1), según las guías American Heart Association/ American Stroke Association 2026, señale la afirmación correcta:

a) En pacientes que se presentan dentro de las 6 horas desde el inicio de los síntomas, la edad avanzada (> 80 años) es un criterio de exclusión absoluto independientemente del ASPECTS y la situación funcional previa.
b) En pacientes que se presentan entre 6 y 24 horas desde el inicio de los síntomas con ASPECTS 3-5, la trombectomía mecánica está recomendada (nivel de recomendación 1) independientemente de la edad y de la situación funcional previa.
c) En pacientes que se presentan dentro de las 6 horas, con NIHSS $\geq$ 6 y ASPECTS $\geq$ 6, la trombectomía mecánica es razonable (nivel de recomendación 2a) incluso en pacientes con mRS previo de 2, con el objetivo de reducir la discapacidad acumulada.
d) En pacientes con oclusión de arteria basilar, la trombectomía mecánica está indicada con cualquier puntuación NIHSS y sin límite de ventana temporal, independientemente del ASPECTS y la situación funcional previa.



167. En relación al tratamiento farmacológico para la prevención de la isquemia cerebral tardía (DCI, Delayed Cerebral Ischemia) en la hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática, según la guía American Heart Association/ American Stroke Association, Guideline for the management of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage 2023, señale la afirmación correcta:

a) El nimodipino intravenoso precoz es el tratamiento de elección para la prevención de la DCI, junto con el uso rutinario de estatinas y magnesio intravenoso.
b) El nimodipino enteral iniciado de forma precoz es beneficioso para la prevención de la DCI y la mejora del pronóstico funcional, mientras que el uso rutinario de estatinas y magnesio intravenoso no está recomendado.
c) El uso rutinario de terapia antifibrinolítica mejora el pronóstico funcional y está recomendado en todas las personas pacientes con HSA aneurismática durante la fase aguda.
d) La terapia con magnesio intravenoso y estatinas está recomendada de forma rutinaria junto al nimodipino enteral para la prevención de la DCI tras HSA aneurismática

168. ¿Qué ventaja principal ofrece el doppler transcraneal (DTC) en el contexto de la monitorización de la isquemia cerebral tardía (DCI, Delayed Cerebral Ischemia)?

a) Es el estándar de oro por encima de la angiografía por sustracción digital.
b) El DTC es una técnica no invasiva, portátil y reproducible.
c) No depende de la pericia de la persona que opera ni de la anatomía de la persona paciente.
d) Permite visualizar directamente la microcirculación cerebral.

169. Mujer de 28 años, en su semana 34 de gestación, acude a urgencias con cefalea intensa de 5 días de evolución, vómitos y visión borrosa. La RM con venografía confirma trombosis del seno sagital superior. ¿Cuál es el tratamiento anticoagulante de elección?

a) Warfarina oral ajustada a INR 2-3.
b) Apixabán 10 mg/12h durante 7 días, luego 5 mg/12h.
c) Heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas.
d) Heparina no fraccionada en perfusión continua exclusivamente de cara al parto.

170. Paciente de 74 años con fibrilación auricular en tratamiento con apixabán 5 mg/12h ingresa con hemorragia intracerebral espontánea en putamen izquierdo con volumen de 18 mL y deterioro neurológico progresivo. La última dosis de apixabán fue hace 6 horas. ¿Cuál es la estrategia de reversión más adecuada según la guía American Heart Association/American Stroke Association del 2022 para el manejo de la hemorragia intracerebral espontánea?

a) Andexanet alfa intravenoso como agente de reversión de primera elección, con el concentrado de complejo protrombínico de 4 factores (CCP-4F) como alternativa.
b) Plasma fresco congelado (PFC) en dosis de 12 ml/kg intravenoso.
c) Idarucizumab 5 g intravenoso en dosis única.
d) Vitamina K 10 mg intravenoso más concentrado de complejo protrombínico (CCP).



171. Según la guía American Heart Association/American Stroke Association dell 2022 para el manejo de la hemorragia intracerebral espontánea, ¿cuál es la afirmación correcta sobre la craniectomía descompresiva?

a) Mejora de forma consistente la recuperación funcional, por lo que tiene recomendación fuerte (Clase I).
b) Reduce la mortalidad y mejora claramente la funcionalidad, con evidencia de alta calidad.
c) Puede considerarse en casos seleccionados graves; podría reducir la mortalidad, pero su beneficio sobre la funcionalidad es incierto y la evidencia es limitada (Clase IIb).
d) Está contraindicada debido a la ausencia total de beneficio clínico.

172. Un sensor de PtiO2 recién implantado hace 1 hora marca 8 mmHg. ¿Cuál es la interpretación más correcta?

a) Riesgo inminente de infarto cerebral; iniciar tratamiento intensivo de inmediato.
b) Valor no fiable por estar dentro del periodo de run-in-time; esperar a completar 2-6 horas.
c) Isquemia cerebral confirmada; indicar craniectomía descompresiva.
d) Error del sensor; reemplazar el dispositivo.

173. ¿De qué manera puede contribuir la inequidad lingüística a sesgos diagnósticos en un ictus agudo?

a) Facilitando una valoración neurológica más objetiva independientemente del idioma.
b) Confundiendo dificultades de comprensión del idioma con síntomas neurológicos como afasia o desorientación.
c) Reduciendo la necesidad de pruebas neurológicas complementarias.
d) Mejorando la precisión diagnóstica en pacientes bilingües.

174. En una persona paciente con hemorragia subaracnoidea, cuál de los siguientes parámetros debe hacer sospecha de vasoespasmo severo a nivel de arteria cerebral media (ACM) señale la correcta:

a) Velocidad media a nivel de ACM > 120 cm/seg con índice de Lindegaard < 3.
b) Velocidad media a nivel de ACM > 120 cm/seg con índice de Sviri > 3.
c) Velocidad media a nivel de ACM > 120 cm/seg con índice de Lindegaard > 3.
d) Velocidad media a nivel de ACM > 120 cm/seg con índice de Sviri < 3.

175. En cuanto al manejo de las crisis comiciales en la hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática, según la guía American Heart Association/ American Stroke Association 2023, señale la afirmación correcta:

a) La profilaxis anticomicial rutinaria está recomendada en todas las personas pacientes con HSA aneurismática, siendo la fenitoína el fármaco de elección por su amplio respaldo bibliográfico.
b) Ante una crisis comicial de nueva aparición tras HSA aneurismática se recomienda tratamiento anticomicial durante 7 días; la profilaxis rutinaria no está indicada,



aunque puede considerarse en pacientes de alto riesgo, y debe evitarse el uso de fenitoína.

c) La profilaxis anticomicial rutinaria está recomendada únicamente en pacientes con aneurisma de arteria cerebral media, dado que es la localización con mayor riesgo de crisis comiciales.
d) El tratamiento anticomicial debe mantenerse de forma indefinida en todas las perosnas pacientes con HSA aneurismática independientemente de si han presentado crisis o no, utilizando preferentemente fenitoína.

176. Según la escala de Fisher modificada, ¿qué grado del TC craneal en la hemorragia subaracnoidea aneurismática se asocia a un riesgo intermedio-bajo de vasoespasmo e isquemia cerebral tardía (DCI, Delayed Cerebral Ischemia), al presentar hemorragia subaracnoidea fina sin hemorragia intraventricular bilateral?

a) Grado 0
b) Grado 1
c) Grado 3
d) Grado 4

177. Con respecto a la evaluación cognitiva tras una hemorragia subaracnoidea aneurismática, ¿qué herramienta ha demostrado mayor sensibilidad que el Mini-Mental State Examination para detectar déficits cognitivos?

a) Escala de Coma de Glasgow.
b) Índice de Barthel.
c) Evaluación Cognitiva de Montreal.
d) Escala de Rankin Modificada.

178. En relación con el perfil epidemiológico y los factores de riesgo específicos en mujeres que han sufrido una hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática, señale la afirmación correcta de acuerdo con la actualización de la guía American Heart Association/ American Stroke Association 2023:

a) El riesgo relativo de sufrir una HSA aneurismática es significativamente superior en hombres que en mujeres (RR 1.5).
b) El sexo femenino se considera un factor protector que reduce la probabilidad de crecimiento de aneurismas de novo tras el tratamiento inicial.
c) El cribado de secuelas mediante escalas validadas solo es necesario en mujeres que presentan un grado neurológico grave al ingreso (Hunt-Hess 4 o 5).
d) La incidencia de la hemorragia subaracnoidea aneurismática aumenta con la edad, observándose un incremento particularmente notable en mujeres mayores de 55 años.



179. En el contexto del manejo quirúrgico de la lesión medular aguda traumática, ¿cuál de las siguientes afirmaciones refleja con mayor precisión el balance riesgo-beneficio de la descompresión quirúrgica temprana (≤24 horas)?

a) La cirugía temprana se asocia a una mortalidad significativamente mayor que la tardía, por lo que debe reservarse para casos seleccionados.
b) Aunque la cirugía temprana puede aumentar discretamente la frecuencia de deterioro neurológico y sepsis, estas diferencias no alcanzan significación estadística, y el retraso quirúrgico conlleva riesgos documentados mayores.
c) La cirugía ultra-temprana (<12 horas) ha demostrado en ensayos de alta calidad ser superior a la realizada entre 12 y 24 horas, sin diferencias en complicaciones.
d) El consenso experto desaconseja la cirugía en las primeras 24 horas debido al riesgo aumentado de complicaciones del dispositivo quirúrgico como fallos de fijación.

180. Un paciente con lesión medular incompleta presenta función motora conservada por debajo del nivel neurológico de la lesión. Durante la exploración de los cinco músculos clave representativos por debajo de la lesión se obtienen los siguientes resultados: tres músculos presentan una fuerza de 2/5 en la escala Medical Research Council (MRC), y los dos restantes alcanzan una fuerza de 4/5. Considerando los criterios de la American Spinal Injury Association (ASIA), ¿qué grado de la escala AIS (ASIA Impairment Scale) corresponde a este paciente?

a) AIS B: Lesión sensitiva incompleta.
b) AIS C: Lesión motora incompleta.
c) AIS D: Lesión m otora incompleta.
d) AIS E: Función normal

181. En el contexto de la meningitis bacteriana, cuando el cultivo de LCR es negativo, pero existe una fuerte sospecha clínica (especialmente en pacientes que recibieron antibióticos antes de la punción lumbar), ¿qué prueba tiene un valor incremental significativo para identificar al patógeno?

a) Reacción en cadena de la polimerasa (PCR).
b) Prueba de aglutinación de látex.
c) Niveles de citocinas en suero.
d) Electroencefalograma cuantitativo.

182. Un paciente de 28 años acude a urgencias con fiebre de 38,8°C, cefalea intensa y rigidez de nuca de 12 horas de evolución. No presenta convulsiones, púrpura ni alteración del nivel de conciencia. Se realiza punción lumbar con los siguientes resultados: Glucosa LCR/suero: ratio normal; Proteínas LCR: 65 mg/d; Neutrófilos en sangre: 7.800/mm³; Tinción de Gram: negativa; Celularidad: pleocitosis con predominio linfocitario; Neutrófilos en LCR: bajos. Según los algoritmos de estratificación de riesgo (Bacterial Meningitis Score, Boyer, Hoen) y las guías European Society of Clinical Microbiology and Infectious Disease, ¿cuál es la conducta más adecuada?



a) Iniciar antibioterapia empírica inmediata con ceftriaxona, ya que ningún algoritmo descarta con certeza absoluta la meningitis bacteriana y el juicio clínico prevalece sobre la puntuación.
b) Dar de alta al paciente con analgesia ambulatoria, ya que todos los criterios del Bacterial Meningitis Score son negativos y el riesgo de etiología bacteriana es prácticamente nulo.
c) Solicitar únicamente una PCR en LCR y esperar su resultado antes de tomar cualquier decisión terapéutica, sin iniciar tratamiento empírico.
d) Repetir la punción lumbar a las 24 horas para reevaluar, sin iniciar tratamiento hasta confirmar el patógeno por cultivo.

183. Se plantea por qué la neurotoxicidad por cefepime puede ser más frecuente o grave en mujeres mayores en UCI. ¿Cuál de los siguientes factores farmacocinéticos relacionados con el sexo contribuye a este mayor riesgo?

a) Las mujeres producen más betalactamasas que los hombres, lo que aumenta la acumulación del fármaco.
b) Las mujeres tienen, en general, menor masa muscular y menor volumen de distribución, lo que puede producir concentraciones plasmáticas más elevadas con dosis calculadas solo por peso corporal total.
c) El efecto neuroprotector estrogénico aumenta la permeabilidad de la barrera hematoencefálica al cefepime.
d) No existen diferencias farmacocinéticas por sexo relevantes para los antibióticos betalactámicos.

184. Al alta de UCI tras 18 días con ventilación mecánica, sepsis abdominal y corticoterapia, una mujer de 55 años presenta una fuerza de 3/5 en extremidades inferiores y es incapaz de incorporarse sin ayuda. Su ingreso previo era completamente funcional. ¿Cuál es el factor de riesgo independiente que, según la evidencia, más diferencia su situación respecto a un varón con el mismo proceso?

a) El uso de corticoides, que produce miopatía exclusivamente en mujeres.
b) El sexo femenino, identificado como factor de riesgo independiente de debilidad adquirida en UCI, es más grave y con mayor impacto en la recuperación funcional.
c) La edad, que por encima de los 50 años anula el efecto protector estrogénico sobre el músculo.
d) La duración de la ventilación mecánica, que en mujeres genera atrofia diafragmática exclusiva.

185. Entre los factores de riesgo reconocidos para desarrollar una enfermedad meningocócica invasiva en caso de tener contacto con el germen, se encuentran todos los siguientes, excepto:

a) Fumador activo.
b) Enolismo activo.
c) Asplenia.
d) Hipogammaglobulinemia.



186. Señale de entre de los siguientes antimicrobianos el que mejor difusión presenta en el líquido cefalorraquídeo:

a) Amikacina.
b) Linezolid.
c) Daptomicina.
d) Vancomicina.

187. Señale cuál de estos microorganismos está más frecuentemente asociado a la meningitis en pacientes con fractura de base de cráneo con fístula de líquido cefalorraquídeo:

a) Streptococcus pneumoniae.
b) Staphylococcus aureus.
c) Neisseria meningitidis.
d) Klebsiella pneumoniae.

188. Un paciente de 45 años ingresa en UCI con trismus, rigidez generalizada, espasmos musculares dolorosos y disfagia de 3 días de evolución. Tiene antecedente de herida punzante en el pie hace 10 días, sin vacunación actualizada. ¿Cuál es el tratamiento específico más prioritario a administrar de forma precoz?

a) Toxoide tetánico intramuscular
b) Inmunoglobulina antitetánica humana (IGTH) intramuscular
c) Penicilina G sódica intravenosa
d) Metronidazol intravenoso

189. Un paciente con tétanos grave en UCI presenta espasmos generalizados incontrolables a pesar de dosis altas de benzodiacepinas. ¿Cuál es el siguiente escalón terapéutico indicado para el control neuromuscular?

a) Aumentar la dosis de diazepam hasta 120 mg/día.
b) Intubación orotraqueal y relajación neuromuscular con relajantes no despolarizantes.
c) Iniciar propofol en perfusión continua.
d) Administrar baclofen intratecal.

190. Según el modelo mEGRIS (Modified Erasmus Guillain-Barré Syndrome Respiratory Insufficiency Score), ¿qué factor clínico al ingreso aumenta el riesgo de requerir ventilación mecánica en un paciente con Síndrome de Guillain-Barré?

a) Aumento de la fuerza de prensión manual.
b) Edad menor a 10 años.
c) Progresión lenta de síntomas durante más de 3 semanas.
d) Presencia de parálisis bulbar y debilidad en la flexión del cuello.



191. En un paciente recién diagnosticado de Síndrome de Guillain-Barré, ¿qué herramienta pronóstica se recomienda para estimar la probabilidad de que no pueda caminar de forma independiente a los 6 meses del inicio de la enfermedad?

a) mEGOS (Modified Erasmus GBS Outcome Score.
b) Criterios de Brighton (Brighton Collaboration Criteria).
c) Score de Apgar (Apgar Score).
d) Escala INCAT (Inflammatory Neuropathy Cause and Treatment).

192. De los siguientes enunciados sobre el sindrome de Guillain Barré, señale el enunciado incorrecto:

a) Aparece entre 2 a 4 semanas tras una infección leve por virus como el Citomegalovirus o bacterias como el Mycoplasma.
b) Hay una variante de la enfermedad en la que aparece una debilidad muscular descendente desde pares craneales a brazos y piernas.
c) El 50% de las personas pacientes desarrollan completa la clínica en 2 semanas desde el inicio de los síntomas.
d) Las anomalías pupilares y el papiledema son muy frecuentes en la variante de Miller-Fisher.

193. Tras la ingestión de una comida en malas condiciones, un varón de 20 años comienza con afectación de pares craneales y debilidad descendente. El tratamiento de elección sería:

a) Corticoides.
b) Antitoxina heptavalente equina.
c) Inmunoglobulina humana.
d) Plasmaféresis.

194. En relación al tratamiento del síndrome de Guillain Barre, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La plasmaféresis con albúmina ha mostrado eficacia para mejorar la recuperación neurológica.
b) La Inmunoglobulina iv ha mostrado resultados similares a la plasmaféresis.
c) La utilización conjunta de inmunoglobulinas y plasmaféresis muestra unos resultados superiores a cada una de las terapias por separado.
d) La disfunción autonómica es frecuente.

195. En relación al sesgo de género en el diagnóstico y manejo del Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM), señale la afirmación INCORRECTA:

a) Las mujeres reciben antipsicóticos con mayor frecuencia en el contexto de trastornos del ánimo y trastornos afectivos, lo que aumenta su exposición y riesgo potencial de desarrollar SNM.
b) En mujeres, los síntomas del SNM como la rigidez, la alteración del nivel de consciencia y la inestabilidad autonómica pueden ser erróneamente atribuidos a causas psiquiátricas funcionales, generando retraso diagnóstico.



c) Los protocolos de tratamiento del SNM con dantroleno y bromocriptina están ampliamente ajustados por sexo en las guías internacionales, garantizando una dosificación individualizada en la mujer.
d) La infrarrepresentación de mujeres en los ensayos clínicos sobre antipsicóticos limita la extrapolación de datos de seguridad y eficacia, incluyendo el riesgo de SNM, a la población femenina real.

196. En relación con el manejo del golpe de calor según las guías de la Society of Critical Care Medicine 2025, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Se recomienda el enfriamiento activo sobre el pasivo, siendo la inmersión en agua fría o con hielo el método que logra la tasa de reducción de temperatura más rápida.
b) El objetivo del enfriamiento es alcanzar una temperatura inferior a 39°C en un plazo máximo de 30 minutos desde el reconocimiento de los síntomas.
c) El dantroleno está recomendado en el golpe de calor por esfuerzo dado que ha demostrado reducir la mortalidad en este subgrupo de pacientes.
d) El uso profiláctico de antibióticos y anticonvulsivos solo se contempla en el contexto de investigación por falta de evidencia en humanos que respalde su beneficio.

197. En relación con los anestésicos volátiles y la hipertermia maligna, señale la afirmación incorrecta:

a) El sevoflurano y el isoflurano son anestésicos inhalatorios capaces de desencadenar una crisis de hipertermia maligna en personas pacientes genéticamente predispuestas.
b) Ante la sospecha de una crisis de hipertermia maligna, el primer paso es suspender inmediatamente el agente anestésico inhalatorio y administrar dantroleno.
c) El propofol está contraindicado en pacientes con susceptibilidad conocida a la hipertermia maligna, debiendo sustituirse por anestésicos inhalatorios de baja concentración.
d) El golpe de calor puede actuar como desencadenante de una crisis de hipertermia maligna en personas pacientes portadoras de variantes en el gen RYR1, al igual que los anestésicos volátiles.

198. En un paciente diagnosticado de golpe de calor, una de ellas es incorrecta:

a) La hipopotasemia incrementa el riesgo de golpe de calor por disminución del flujo sanguíneo muscular.
b) Entre los fármacos causantes del golpe de calor se encuentran los anticolinérgicos y los beta miméticos.
c) El consumo de alcohol puede incrementar de manera significativa el riesgo de golpe de calor.
d) El paciente casi siempre presenta situación de coma o estupor profundo.

199. Una de las siguientes drogas no está relacionada con hipertermia y/o síndrome serotoninérgico:

a) Linezolid.
b) Anfetaminas.



c) Baclofeno.
d) Citalopram.

200. En el desarrollo de un síndrome neuroléptico maligno (SNM) se han visto involucradas diferentes medicaciones. Señale el supuesto que incluye las medicaciones que MENOS FRECUENTEMENTE pueden causar SNM:

a) Clorpromazina y haloperidol.
b) Quetiapina y risperidona.
c) Droperidol y metoclopramida.
d) Lorazepam y dantrolene

201. Paciente ingresado en UCI tras parada cardiorrespiratoria recuperada presenta ausencia de reflejos troncoencefálicos, coma arreactivo y apnea en el test de apnea. La temperatura corporal es de 32°C y recibe perfusión de propofol y midazolam. ¿Se puede establecer el diagnóstico de muerte encefálica?

a) Sí, los tres criterios clínicos están presentes y es suficiente para certificarla.
b) No, porque la hipotermia y la presencia de depresores del SNC son condiciones que invalidan el diagnóstico.
c) Sí, pero debe confirmarse con EEG de silencio eléctrico cortical.
d) No, porque solo puede diagnosticarse muerte encefálica en TCE, no en anoxia.

202. Según la clasificación de Maastricht modificada, ¿a qué categoría pertenece una persona paciente que sufre una parada cardiorrespiratoria presenciada, se inicia resucitación cardiopulmonar inmediata pero no se consigue recuperación de la circulación espontánea y es trasladado al hospital con maniobras de RCP en curso?

a) Maastricht I
b) Maastricht II
c) Maastricht III
d) Maastricht IV

203. Con respecto al diagnóstico de Muerte Encefálica, es cierto que:

a) La exploración clínica debe ser sistemática, completa y rigurosa, en situación de estabilidad hemodinámica, en ausencia de hipotermia y alteraciones graves y fármacos- tóxicos depresores del sistema nervioso central, y en la mayoría de los casos es suficiente para hacer el diagnóstico de forma correcta.
b) En aquellas condiciones clínicas en las que existen circunstancias que dificultan o complican el diagnóstico clínico, además de la exploración neurológica deberá realizarse, al menos, una prueba instrumental de soporte diagnóstico confirmatoria.
c) Al final del Test de apnea se recomienda alcanzar al menos los 60 mmHg de CO_2.
d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.



204. En el diagnóstico de confirmación de muerte encefálica se aceptan las siguientes pruebas complementarias, EXCEPTO:

a) BIS (Índice Biespectral).
b) Angiografía por sustracción digital.
c) Gammagrafía de perfusión con isótopos.
d) Doppler transcraneal

205. ¿Qué se entiende por isquemia fría en la donación de órganos?

a) El tiempo durante el cual el órgano permanece a baja temperatura desde su extracción hasta el implante en el receptor.
b) El tiempo que transcurre desde la parada cardiaca hasta el enfriamiento del órgano.
c) La disminución de la temperatura corporal del donante antes de la extracción.
d) El tiempo que tarda el receptor en recuperar la función del injerto.

206. En relación a la donación en asistolia tipo III de Maastrich, una de las siguientes respuestas es incorrecta:

a) Las guías internacionales establecen 120 min como tiempo máximo de espera hasta la PCR para considerar válido un donante.
b) La evolución a largo plazo en los trasplantes renales es equiparable a la de los trasplantados procedentes de Muerte Encefálica.
c) El hígado es el órgano más sensible a la isquemia caliente, siendo la colangiopatía isquémica la complicación más temida.
d) Por el tipo de manejo de paciente, el trasplante de pulmón presenta resultados que no son equiparables con los de la Muerte Encefálica.

207. La clasificación de donantes en asistolia según la clasificación de Maastricht modificada de Madrid establece varios tipos de donantes. Señale la que es incorrecta:

a) Los donantes tipo II son donantes en asistolia no controlada.
b) Los donantes tipos III son donantes en asistolia controlada.
c) Los donantes tipo IIa son aquellos en los que la parada se produce extrahospitalaria.
d) Los donantes tipo IV son aquellos a los que se les aplica limitación de Tratamiento de Soporte Vital.

208. Un paciente de 45 años es diagnosticado de púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) de novo, con anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia severa, fiebre y alteración neurológica fluctuante. Los estudios confirman deficiencia grave de ADAMTS13. Según las últimas guías de la Sociedad Americana de Aféresis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la indicación del recambio plasmático terapéutico (plasmaféresis) en este paciente?

a) Es una terapia de Categoría III: la evidencia es insuficiente y la decisión debe individualizarse según el juicio clínico del equipo tratante.



b) Es una terapia de Categoría I: se acepta como tratamiento de primera línea, siendo el estándar de atención inicial dado que sin ella la mortalidad supera el 90%.
c) Es una terapia de Categoría II: puede considerarse como complemento a otros tratamientos convencionales como corticoides y rituximab, pero no como tratamiento primario.
d) Es una terapia de Categoría IV: la evidencia actual sugiere que el recambio plasmático es ineficaz en PTT mediada por anticuerpos anti-ADAMTS13 y no debe utilizarse de rutina.

209. ¿Cuál es un riesgo potencial significativo del recambio plasmático terapéutico (plasmaferesis) diario cuando se utiliza albúmina como único líquido de reposición?

a) Infección inmediata por transmisión viral a través de la albúmina. La albúmina humana se somete a procesos de pasteurización que eliminan virtualmente el riesgo de transmisión viral.
b) Sobrecarga de calcio y riesgo de toxicidad por citrato. Aunque el citrato se usa como anticoagulante, el riesgo de hipocalcemia es más común que una sobrecarga de calcio.
c) Aumento excesivo de la viscosidad sanguínea. El TPE suele reducir la viscosidad al eliminar proteínas grandes; el uso de albúmina no causa hiperviscosidad.
d) Agotamiento de los factores de coagulación, como el fibrinógeno.

210. Según las guías de la Sociedad Americana de Aféresis 2023 (9.ª edición), la Categoría IV indica que la aféresis terapéutica es ineficaz o potencialmente perjudicial. ¿En cuál de los siguientes trastornos el recambio plasmático terapéutico (plasmaféresis) tiene esta clasificación?

a) Púrpura trombótica trombocitopénica.
b) Síndrome de Guillain-Barré.
c) Esquizofrenia.
d) Miastenia gravis.

211. Respecto al síndrome de infusión por propofol, ¿cuál es FALSA?

a) Es una complicación rara asociada a dosis altas y uso prolongado.
b) El uso concomitante de catecolaminas y corticoides son factores de riesgo reconocidos.
c) Se manifiesta con taquicardia, hipotensión, acidosis metabólica y rabdomiólisis.
d) El tratamiento consiste en reducir la dosis a la mitad y añadir vitamina C.

212. En relación a la dexmedetomidina, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Es un agonista alfa-2 adrenérgico altamente selectivo con efecto sedante, ansiolítico y analgésico.
b) La dosis de carga puede producir hipertensión transitoria por estimulación de receptores alfa-2b periféricos.



c) Su metabolización es hepática, por lo que se debe usar con precaución en insuficiencia hepática.
d) No requiere ningún ajuste de dosis en insuficiencia hepática severa.

213. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el midazolam en la persona paciente crítica es INCORRECTA?

a) Su infusión prolongada incrementa el riesgo de delirio.
b) Los azoles antifúngicos prolongan su efecto al inhibir el citocromo P450.
c) No presenta reacciones paradójicas de agitación en ninguna persona paciente.
d) Su acumulación en tejido graso puede prolongar el efecto sedante tras suspender la infusión, especialmente en obesos.

214. Con el objeto de establecer una monitorización y diagnóstico de agitación, las escalas más utilizadas son la Sedation Agitation Scale (SAS) y la Richmon Agitation Sedation Scale (RASS). Señale la respuesta incorrecta:

a) La escala SAS ha sido validada y consta de 7 categorías desde ausencia de reactividad hasta agitación peligrosa.
b) La escala RASS parte de nivel 0 y tiene un total de 10 categorías para cuantificar agitación y sedación.
c) Al usar la escala RASS, es preciso llegar a la puntuación 0 para, si está indicado, valorar el delirio.
d) La escala RASS muestra una buena correlación con la escala RAMSAY.

215. Al utilizar la dexmedetomidina como fármaco en la persona paciente crítica, una de las siguientes afirmaciones es incorrecta:

a) Es un agonista alfa-2 de acción corta y alta especificidad.
b) Produce Ansiolisis y sedación sin producir analgesia.
c) Es un fármaco que previene la aparición del temblor postoperatorio.
d) Inhibe los receptores postsinápticos produciendo reducción en la presión arterial y en la frecuencia cardíaca.

216. Al utilizar el droperidol para neuroleptoanalgesia, una de las siguientes afirmaciones es incorrecta:

a) Es una butirofenona de inicio rápido y de larga duración.
b) Es útil para situaciones de agitación psicomotriz y agresividad.
c) No tiene efecto analgésico.
d) Existe riesgo de síntomas extrapiramidales y alargamiento de QT.

217. Al analizar el papel del Indice Biespectral (BIS) en persona paciente crítica, una de las siguientes es incorrecta:

a) La mayor ventaja es la capacidad de control de la sedación en paciente con bloqueo neuromuscular.
b) Para una anestesia quirúrgica se considera apropiado un intervalo 40 – 60.



c) La sedación por debajo de 40 y el aumento de la tasa de supresiones se ha asociado con incremento en la mortalidad.
d) No se recomienda para la evaluación del estado de conciencia en pacientes con fallo hepático fulminante.

218. El síndrome de infusión de propofol se caracteriza por todas las siguientes características excepto una, señálela.

a) Cursa con acidosis metabólica y rabdomiólisis.
b) En analítica se objetiva hiperpotasemia e hiperlipidemia.
c) Los síntomas se evidencian tras dosis altas a partir de 24-48 horas de infusión.
d) La mortalidad de estas personas pacientes oscila entre el 60-75%.

219. Un hombre de 65 años con alcoholismo crónico activo acude a Urgencias con fiebre, cefalea intensa y desorientación de 12 horas de evolución. A la exploración presenta rigidez de nuca sin focalidad neurológica. Ante la sospecha clínica de meningitis bacteriana aguda, ¿cuál sería el tratamiento antibiótico empírico más adecuado?

a) Ceftriaxona + Meropenem.
b) Ceftriaxona + Vancomicina + Ampicilina.
c) Ceftriaxona + Vancomicina.
d) Ceftriaxona en monoterapia.

220. Con respecto a la evolución clínica de la intoxicación por etilenglicol, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La etapa neurológica inicial se debe a los efectos del etilenglicol no metabolizado; en ausencia de etanol, los síntomas neurológicos pueden profundizarse entre las 12-24 horas con aparición de edema cerebral y signos focales.
b) La etapa cardiopulmonar se caracteriza por disnea e insuficiencia cardíaca congestiva, pudiendo hallarse depósitos de cristales de oxalato cálcico en miocardio y pulmones.
c) La etapa renal ocurre entre las 24-72 horas postingestión y se manifiesta como insuficiencia renal aguda (oligúrica o no oligúrica) por depósito de cristales de oxalato en el riñón.
d) La acidosis metabólica con respiración de Kussmaul e hipotensión es exclusiva de la etapa renal, siendo infrecuente en las fases previas.

221. Una mujer de 76 años, con euskera como lengua materna, ingresa en la UCI por una neumonía grave. Tras varios días de sedación ligera y ventilación mecánica, el equipo realiza una valoración neurológica para descartar delirium. El personal sanitario no habla euskera y utiliza preguntas y órdenes simples en español durante el cribado. La paciente muestra dificultad para responder adecuadamente y parece desorientada. ¿Cuál es el principal riesgo en la interpretación de este cuadro?

a) Confirmar correctamente un deterioro cognitivo irreversible por el ingreso en UCI.



b) Interpretar la falta de respuesta como delirium sin considerar la barrera lingüística.
c) Asumir que la sedación no influye en la evaluación neurológica.
d) Considerar que el idioma no afecta a las pruebas de cribado en personas pacientes críticas.

222. ¿Cuál de los siguientes alcoholes tóxicos produce hiperosmolalidad significativa con osmol gap (brecha osmolar) elevado, pero sin acidosis metabólica ni elevación del anión gap (brecha aniónica)?

a) Etilenglicol.
b) Propilenglicol.
c) Isopropanol.
d) Metanol.

223. ¿Cuál es la enzima que cataliza el primer paso del metabolismo de los alcoholes tóxicos y constituye el objetivo principal del tratamiento con fomepizol?

a) Formaldehído deshidrogenasa.
b) Lactato deshidrogenasa.
c) Aldehído deshidrogenasa.
d) Alcohol deshidrogenasa.

224. ¿Cuál es la fórmula estándar para calcular la osmolalidad sérica estimada en mOsm/L a partir de parámetros analíticos de pacientes expresados en mg/dL?

a) Na + K + glucosa/18
b) 2Na + 2.8 BUN + glucosa
c) 2×Na + glucosa/18 + BUN/2.8
d) 2×(Na + K) + glucosa + BUN

225. ¿Qué complicación neurológica grave y característica puede desarrollarse tras una intoxicación severa por metanol, manifestándose con rigidez, temblor y un cuadro clínico similar al parkinsonismo?

a) Parálisis bulbar.
b) Neuropatía craneal tardía.
c) Edema cerebral difuso.
d) Necrosis putaminal.

226. Señale la respuesta incorrecta en cuanto al manejo de una persona paciente con delirium:

a) El haloperidol es el medicamento de elección para el manejo de la persona paciente con delirium grave.
b) Los antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona o ketiapina) se recomiendan como alternativa el manejo del delirium.
c) Las benzodiacepinas están indicadas para el manejo del delirium ya que se objetiva una mejoría en la disfunción cognitiva.



d) Está contraindicado el uso de inhibidor de la colinesterasa, donezepilo, en el manejo del delirium.

227. En cuanto al manejo del síndrome de abstinencia en unidades de críticos, una de la siguientes es incorrecta:

a) No se recomienda la administración de metadona oral durante la retirada de opioides administrados a dosis altas y largo tiempo.
b) Se recomienda el uso de buprenorfina en el manejo del síndrome de abstinencia de opioides.
c) Se recomienda el uso de lorazepam durante la retirada de infusiones con dosis altas y largo tiempo de midazolam.
d) Las benzodiacepinas son el tratamiento de elección en el síndrome de abstinencia por alcohol.

228. En relación al uso de propofol en sedoanalgesia y las diferencias por sexo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Los estudios farmacocinéticos demuestran que hombres y mujeres metabolizan el propofol de forma idéntica, por lo que el ajuste de dosis por sexo no está justificado científicamente.
b) Las mujeres presentan un riesgo de hipoxia 1,6 veces superior al de los hombres durante la sedación con propofol, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad fisiológica ante este fármaco.
c) A pesar de las diferencias farmacodinámicas documentadas entre sexos, las guías clínicas actuales no contemplan el ajuste de dosis de propofol según el sexo de la persona paciente.
d) A pesar de su mayor susceptibilidad a complicaciones, las mujeres reciben de media dosis totales de propofol inferiores a las de los hombres, evidenciando una gestión sedoanalgésica no individualizada

229. En relación al sesgo de género en el diagnóstico y tratamiento de emergencias endocrinas en la mujer, señale la afirmación INCORRECTA:

a) El hipotiroidismo manifiesto durante el embarazo requiere monitorización estrecha de la función tiroidea, ya que se asocia con complicaciones maternas graves como hipertensión, hemorragia posparto y mayor riesgo de morbimortalidad fetal.
b) El trastorno de somatización se diagnostica de forma abrumadora en mujeres; en pacientes con hipotiroidismo y somatización, los síntomas pueden persistir a pesar de pruebas de laboratorio normales.
c) En mujeres con hipotiroidismo y probable trastorno de somatización, se recomienda el abordaje conjunto con salud mental para descartar traumas previos como abuso físico o sexual, evitando terapias alternativas costosas y no estándar.
d) El trastorno de somatización en mujeres con hipotiroidismo se resuelve completamente al normalizar los niveles de TSH (Thyroid Stimulating Hormone).



230. De los siguientes enunciados en relación con la insuficiencia suprarrenal, señale la opción correcta:

a) La Enfermedad de Addison con frecuencia se asocia a la Tiroiditis de Hashimoto.
b) La causa más frecuente de Insuficiencia Suprarrenal Secundaria en persona paciente crítica es la Sepsis.
c) Dentro de las manifestaciones clínicas hay ausencia de fiebre y es frecuente la diarrea.
d) En la Insuficiencia Suprarrenal Primaria el Cortisol plasmático es bajo, pero se incrementa tras administrar ACTH.

231. De las siguientes alteraciones de las pruebas de laboratorio, señale la que no se observa en la cetoacidosis diabética sin tratar:

a) Hiponatremia e hipercloremia.
b) Incremento de Creatinina y Urea.
c) Hipomagnesemia e hipofosforemia.
d) Amilasa y lipasa elevadas.

232. Respecto a los índices urinarios utilizados en el diagnóstico diferencial de la lesión renal aguda (LRA), ¿cuál de los siguientes hallazgos es más compatible con una causa prerrenal?

a) Sodio urinario > 40 mEq/L, osmolalidad urinaria < 300 mOsm/L y presencia de cilindros granulosos en el sedimento.
b) Sodio urinario < 20 mEq/L, osmolalidad urinaria > 500 mOsm/L y sedimento urinario normal o con cilindros hialinos.
c) Excreción fraccional de sodio > 2%, osmolalidad urinaria < 350 mOsm/L y sedimento activo.
d) Cociente BUN/creatinina aproximado a 10:1, sodio urinario > 40 mEq/L y sedimento con cilindros granulosos.

233. En cuanto a la prevención de la lesión renal aguda (LRA) en la persona crítica, señale la afirmación CORRECTA:

a) La dopamina a dosis bajas (1-3 µg/kg/min) ha demostrado reducir de forma significativa la mortalidad y la necesidad de diálisis en la LRA establecida.
b) Dado que la LRA no causada por causas prerrenales o postrenales se produce frecuentemente por la combinación de hipoperfusión y daño farmacológico, la optimización hemodinámica y la revisión de nefrotóxicos son las medidas preventivas prioritarias.
c) El uso de contraste yodado intravenoso está contraindicado en personas con creatinina sérica > 1,5 mg/dL, independientemente de las medidas de hidratación.
d) La administración profiláctica de furosemida en dosis altas previene la progresión a LRA en personas con oliguria de inicio reciente.



234. Respecto al ajuste de fármacos en la insuficiencia renal aguda, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) La creatinina sérica puede subestimar el grado real de disfunción renal en personas con escasa masa muscular, por lo que su valor aislado no refleja con exactitud la tasa de filtración glomerular.
b) El nitrógeno ureico en sangre (BUN) puede estar elevado por causas extrarrenales, como hemorragia digestiva, rabdomiolisis o tratamiento con corticosteroides, sin que ello implique disfunción renal.
c) En la insuficiencia renal aguda el BUN aumenta en promedio 10-15 mg/dL/día y la creatinina 1-2,5 mg/dL/día tras la interrupción brusca de la función renal, con tasas potencialmente dobladas en situaciones de hipercatabolismo.
d) La monitorización con aPTT es el método de elección para ajustar la dosis de heparina de bajo peso molecular (HBPM) en personas con LRA.

235. En relación con las técnicas de depuración extracorpórea en la persona crítica con lesión renal aguda (LRA), ¿cuál es la afirmación más adecuada según la evidencia disponible?

a) La hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC) ha demostrado una superioridad en cuanto a supervivencia frente a la hemodiálisis intermitente (HDI), por lo que debe emplearse de forma sistemática en todos los casos de LRA.
b) Para la mayoría de las personas críticas con LRA estable desde el punto de vista hemodinámico, la HDI a días alternos ofrece resultados similares a la terapia de reemplazo renal continua (TRRC) o a la HDI diaria.
c) La diálisis peritoneal es la técnica de elección en la persona crítica con LRA, dado que no produce inestabilidad hemodinámica y permite tasas de aclaramiento superiores a las de la hemodiálisis.
d) El síndrome de desequilibrio por diálisis se previene administrando sesiones largas con alto flujo sanguíneo en las primeras diálisis de personas con urea muy elevada.

236. Respecto a la intensidad del tratamiento de reemplazo renal (TRR) en la persona crítica con lesión renal aguda (LRA), ¿cuál de las siguientes afirmaciones refleja mejor la evidencia disponible?

a) Una estrategia intensiva de TRR (hemodiafiltración continua a dosis de efluente > 35 mL/kg/h o hemodiálisis intermitente diaria) ha demostrado reducir significativamente la mortalidad frente a una estrategia convencional en los ensayos clínicos aleatorizados más relevantes.
b) Para la mayoría de las personas críticas con LRA hemodinámicamente estables, los resultados de supervivencia y recuperación renal con hemodiálisis intermitente tres veces por semana son equivalentes a los obtenidos con hemodiálisis diaria o TRR continua.
c) La terapia de reemplazo renal continua (TRRC) debe emplearse de forma prioritaria frente a la hemodiálisis intermitente en todas las personas con LRA en la UCI, independientemente de su situación hemodinámica.
d) La hemodiálisis peritoneal es la técnica de TRR de elección en la persona crítica con LRA oligúrica, ya que evita la anticoagulación sistémica y proporciona tasas de aclaramiento de pequeñas moléculas superiores a las técnicas de hemodiálisis convencional.



237. ¿Cuál de los siguientes fármacos puede producir daño renal mediante dos mecanismos lesionales: nefritis alérgica intersticial y desencadenando una glomerulonefritis aguda?:

a) Cisplatino.
b) Aminoglucósidos.
c) Rifampicina.
d) Manitol.

238. Según los criterios RIFLE (Risk, Injury Failure, Loss And End-Stage) de insuficiencia renal aguda, un grado "F" estaría definido por los siguientes parámetros:

a) Incremento de Creatinina sérica más de tres veces en una semana y anuria de más de 12 horas.
b) Incremento de Creatinina sérica 2 veces en una semana y diuresis < 0,5 mL/kg/h más de 6 horas.
c) Creatinina sérica más de 4 mg/dL y anuria más de 6 horas.
d) Incremento de Creatinina sérica más de 0,5 mg/dL, sobre Creatinina sérica basal de 2 mg/dL, y anuria de 6 horas.

239. Dentro de las diferentes posibilidades para el mantenimiento de la permeabilidad de los circuitos de tratamientos de depuración extracorpórea de la sangre, elija el supuesto correcto:

a) Los protocolos con heparina de bajo peso molecular son los de elección por su seguridad.
b) Los protocolos con heparina no fraccionada son los de elección por su simplicidad.
c) La anticoagulación regional con citrato es el protocolo de elección en ausencia de contraindicación a la misma.
d) El epoprostenol no forma parte de ningún protocolo de mantenimiento de la permeabilidad de los circuitos de tratamientos de depuración extracorpórea de la sangre.

240. Respecto a los diuréticos de asa, señale el supuesto correcto:

a) Su mecanismo de acción es intra-tubular.
b) Su farmacodinamia es predecible incluso con filtrado glomerular muy bajo.
c) No permiten el empleo concomitante de otros diuréticos.
d) Todas las anteriores son falsas.



241. Una persona ingresada en la UCI presenta gasometría arterial con pH 7,28, $PaCO_2$ 20 mmHg y HCO_3^- 9 mEq/L. La $PaCO_2$ esperada según la fórmula de compensación ($PaCO_2$ esperada = 1,5 × HCO_3^- + 8 ± 2) sería de 21,5 ± 2 mmHg. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Acidosis metabólica con alcalosis respiratoria concomitante, dado que la $PaCO_2$ observada es inferior a la esperada.
b) Acidosis metabólica pura con compensación respiratoria adecuada, dado que la $PaCO_2$ observada se ajusta a la predicha por la fórmula de compensación.
c) Acidosis respiratoria aguda con compensación metabólica insuficiente.
d) Alcalosis metabólica con acidosis respiratoria compensatoria.

242. ¿Cuál de las siguientes características es IMPRESCINDIBLE para establecer el diagnóstico de SIADH?

a) Presencia de edemas generalizados con osmolalidad sérica < 280 mOsm/L y sodio urinario > 20 mEq/L.
b) Hiponatremia hipotónica con osmolalidad urinaria inapropiadamente elevada respecto a la plasmática, volemia normal o levemente aumentada, y función renal, tiroidea y suprarrenal normales.
c) Osmolalidad urinaria < 100 mOsm/L como respuesta a la sobrecarga hídrica, lo que confirma la supresión fisiológica de la ADH.
d) Hiponatremia con BUN/creatinina > 20:1, indicativo de hipovolemia significativa.

243. Una persona politraumatizada con traumatismo craneoencefálico grave presenta en la UCI poliuria (> 5 L/24 h), osmolalidad urinaria de 80 mOsm/L, osmolalidad plasmática de 310 mOsm/L y sodio sérico de 155 mEq/L. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y el tratamiento de elección?

a) Diuresis osmótica por hiperglucemia; el tratamiento consiste en insulinoterapia intensiva y reposición con suero fisiológico.
b) Polidipsia psicógena; el tratamiento consiste en restricción hídrica estricta.
c) Diabetes insípida central; el tratamiento de elección es la administración de desmopresina (DDAVP) y reposición con fluidos hipotónicos.
d) SIADH; el tratamiento consiste en restricción hídrica y corrección gradual del sodio.

244. En el tratamiento de la hiponatremia grave sintomática (sodio < 120 mEq/L con convulsiones), ¿cuál de las siguientes recomendaciones es la más adecuada?

a) Corregir el sodio sérico a una velocidad máxima de 20 mEq/L en las primeras 24 horas para evitar el edema cerebral.
b) Administrar solución salina hipertónica al 3% para elevar el sodio a una velocidad no superior a 8-10 mEq/L en 24 horas, con el objetivo de controlar los síntomas neurológicos agudos y evitar la mielinólisis osmótica pontina.
c) Administrar agua libre oral o por sonda para diluir el sodio sérico y corregir así la hiponatremia.
d) Iniciar diálisis urgente como primera medida terapéutica en toda hiponatremia con sodio < 120 mEq/L.



245. Una persona en la UCI presenta hiperpotasemia grave (K^+ 7,2 mEq/L) con cambios electrocardiográficos (ondas T picudas, QRS 130 ms y patrón en onda sinusoidal incipiente). ¿Cuál es el orden CORRECTO de prioridades terapéuticas inmediatas?

a) Administrar resinas de intercambio iónico (poliestireno sulfónico) por vía rectal como primera medida, ya que eliminan el potasio del organismo de forma más rápida que cualquier otra intervención.
b) Iniciar hemodiálisis urgente como primera y única medida, ya que es la única técnica capaz de normalizar el potasio sérico con suficiente rapidez ante cambios ECG graves.
c) Administrar gluconato cálcico IV (estabilización de membrana), seguido de insulina + glucosa e hiperventilación o bicarbonato (redistribución intracelular), y de forma simultánea iniciar medidas de eliminación corporal (diuréticos, resinas o diálisis).
d) Administrar bicarbonato sódico como única medida inicial ya que, al alcalinizar el pH, desplaza el potasio al compartimento intracelular y normaliza el ECG en menos de 5 minutos.

246. En las personas pacientes neurológicas críticas, ¿cuál es el trastorno hidroelectrolítico que aparece con más frecuencia?:

a) Hipopotasemia.
b) Hipofosfatemia.
c) Hiponatremia.
d) Hipernatremia.

247. En un paciente neurológico crítico con sodio plasmático de 129 mmol/l, con incremento de natriuresis, ¿cuál de los siguientes parámetros discriminan el síndrome pierde-sal cerebral (SPC) del síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH)?:

a) Cociente Osmolaridad plasmática/Osmolaridad urinaria, reducido en Sd. Pierdesal y aumentado en el SIADH.
b) Nivel de Ácido urico, aumentada en el Sd. Pierdesal y reducida en el SIADH.
c) Nivel de Potasio en plasma, reducido en el Sd. Pierdesal y aumentado en SIADH.
d) Nivel de Albúmina en plasma, reducida en el Sd. Pierdesal y aumentada en SIADH.

248. ¿Cuáles de los siguientes tipos de encefalopatías metabólicas pueden presentar con más frecuencia signos clínicos similares a una lesión cerebral focal, pudiendo confundirse con un ictus?:

a) Encefalopatía Hiponatrémica y Encefalopatía Hipernatrémica.
b) Encefalopatía Hepática y Encefalopatía Pancreática.
c) Encefalopatía Hipoglucémica y Encefalopatía Hiperglucémica.
d) Encefalopatía Urémica y Encefalopatía Hipoglucémica.



249. La hipernatremia puede ser un hallazgo en un paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos en diferentes situaciones clínicas, ¿qué supuesto cree MENOS plausible de los siguientes?:

a) Puede cursar con aumento de la osmolaridad plasmática.
b) Se correlaciona con alteraciones patognomónicas en el EEG.
c) Puede ser secundaria a uropatía obstructiva.
d) Entre las alteraciones neurológicas que pueden acompañarla están convulsiones y coma.

250. Dentro de las causas de acidosis láctica relacionadas con una alteración de estado redox por aumento de la tasa metabólica se encuentran todas la siguientes excepto una: (señale el supuesto que incluye la causa ERRÓNEA):

a) Estatus epiléptico.
b) Ejercicio extenuante.
c) Intoxicación por monóxido de carbono.
d) Crisis de asma grave.

251. Señale la respuesta cierta acerca de los trastornos del sodio en postoperatorio neuroquirúrgico:

a) La hipernatremia es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en personas pacientes neurocríticas.
b) En el síndrome pierde sal el volumen plasmático está disminuido, el sodio en orina es120 mEq/l y el sodio en plasma < 130 mEq/l.
c) En la diabetes insípida la osmolaridad en orina es > 300 mOsm/kg y el sodio en plasma 130 mEq/l.
d) En la secreción inadecuada de ADH la osmolaridad en plasma es > 290 mOsm/l y el sodio en orina es > 130 mEq/l.

252. En relación con la acidosis metabólica, señale la afirmación correcta:

a) La acidosis metabólica se caracteriza por un pH elevado y un bicarbonato aumentado como mecanismo compensador.
b) El anión gap elevado en la acidosis metabólica indica la presencia de ácidos no medibles como el lactato o los cetoácidos.
c) La compensación respiratoria de la acidosis metabólica consiste en retener CO_2 para equilibrar el descenso del bicarbonato.
d) La acidosis láctica tipo B se produce exclusivamente en situaciones de hipoperfusión tisular severa.



253. ¿Cuál de las siguientes patologías constituye una indicación de primera línea del recambio plasmático terapéutico (plasmaféresis)?

a) Coagulación intravascular diseminada aguda fulminante en el contexto de sepsis grave.
b) Púrpura trombótica trombocitopénica por déficit de ADAMTS-13, en la que el recambio plasmático elimina los anticuerpos inhibidores y repone la enzima deficitaria.
c) Trombocitopenia inducida por heparina tipo II con trombosis activa.
d) Hiperpotasemia refractaria en la persona con LRA oligúrica.

254. En cuanto al principio técnico del recambio plasmático, señale la afirmación CORRECTA:

a) El recambio plasmático elimina exclusivamente partículas de alto peso molecular como los complejos inmunes, sin afectar a los factores de coagulación.
b) La principal limitación del recambio plasmático es que solo puede realizarse en personas con acceso venoso periférico y no requiere anticoagulación del circuito.
c) El recambio plasmático separa el plasma de los elementos formes de la sangre mediante centrifugación o filtración por membrana, descarta el plasma patológico y lo sustituye por plasma fresco congelado, albúmina u otras soluciones, lo que permite eliminar sustancias patogénicas de alto peso molecular que no se eliminan con la diálisis convencional.
d) El recambio plasmático y la hemodiálisis son técnicas equivalentes en cuanto a las moléculas que eliminan, por lo que pueden sustituirse mutuamente en cualquier indicación clínica.

255. En una persona que recibe una serie de recambios plasmáticos con albúmina al 5% como fluido de sustitución (sin plasma fresco congelado), ¿cuál de las siguientes complicaciones hemostáticas es la MÁS CARACTERÍSTICA y requiere monitorización específica?

a) Elevación progresiva del fibrinógeno sérico, ya que la albúmina estimula la síntesis hepática de proteínas de fase aguda.
b) Descenso progresivo del fibrinógeno sérico, que es el factor de coagulación que tarda más en recuperar sus niveles basales
c) Trombocitosis reactiva, secundaria a la estimulación de la trombopoyesis por la hipoproteinemia transitoria tras el recambio.
d) Prolongación del tiempo de hemorragia exclusivamente, sin afectación del tiempo de protrombina ni del fibrinógeno, dado que la albúmina preserva la función plaquetaria.



256. Una persona ingresada en la UCI presenta insuficiencia renal aguda rápidamente progresiva con hematuria, proteinuria y hemoptisis. La biopsia renal muestra depósitos lineales de IgG en la membrana basal glomerular y los anticuerpos anti-MBG resultan positivos (enfermedad de Goodpasture). ¿Cuál es la indicación del recambio plasmático en este contexto?

a) El recambio plasmático está contraindicado en la enfermedad de Goodpasture porque los anticuerpos anti-MBG son de clase IgG, con alta unión a proteínas, y no son eliminados de forma eficaz por la técnica.
b) El recambio plasmático tiene indicación de categoría I (recomendado) en la enfermedad de Goodpasture con hemorragia alveolar difusa activa, independientemente del grado de dependencia de diálisis, dado que puede revertir la hemorragia pulmonar potencialmente letal.
c) El recambio plasmático está indicado en la enfermedad de Goodpasture únicamente si la persona ya es dependiente de diálisis, ya que es la única situación en que la eliminación de anticuerpos anti-MBG puede modificar el pronóstico renal.
d) El recambio plasmático no tiene papel en la enfermedad de Goodpasture; el tratamiento de elección es exclusivamente la inmunosupresión con ciclofosfamida y corticosteroides en altas dosis.

257. Durante un recambio plasmático en una persona crítica con púrpura trombótica trombocitopénica, sedada y en ventilación mecánica, se detecta a los 40 minutos del inicio del procedimiento un intervalo QTc de 560 ms (previo: 430 ms), espasmo muscular y descenso de la contractilidad miocárdica en el ecocardiograma. ¿Cuál es la causa MÁS PROBABLE de estos hallazgos y cuál es la medida terapéutica prioritaria?

a) Hiperpotasemia aguda por el contenido en potasio del plasma fresco congelado utilizado como fluido de sustitución; la medida terapéutica es la administración de gluconato cálcico y bicarbonato sódico.
b) Toxicidad por citrato, anticoagulante del circuito de aféresis, que produce hipocalcemia aguda al quelar el calcio ionizado; la medida terapéutica prioritaria es la monitorización del calcio ionizado y la administración de calcio intravenoso.
c) Reacción alérgica grave al plasma fresco congelado del fluido de sustitución; la medida terapéutica es la administración de adrenalina intramuscular y corticosteroides.
d) Hiponatremia dilucional secundaria al exceso de fluido de reposición hipotónica; la medida terapéutica es la restricción hídrica y la administración de suero salino hipertónico al 3%.

258. Según la ASFA (American Society For Apheresis), ¿en cuál de los siguientes diagnósticos la indicación de plasmaféresis terapéutica es de categoría II, como tratamiento de segunda línea?:

a) Púrpura Trombótica Trombocitopénica.
b) Enfermedad de Wilson Fulminante.
c) Miastenia Gravis Moderada-Severa.
d) Síndrome Miasténico Lambert-Eaton.



259. Respecto al diagnóstico de laboratorio de la coagulación intravascular diseminada (CID), ¿cuál de los siguientes patrones analíticos es más característico?

a) Tiempo de protrombina (TP) normal, tiempo de tromboplastina parcial activada (aPTT) prolongado, plaquetas elevadas y fibrinógeno aumentado.
b) TP y aPTT prolongados, trombocitopenia, hipofibrinogenemia y elevación de productos de degradación del fibrinógeno y dímero
c) TP normal, aPTT acortado, trombocitosis reactiva y dímero D negativo.
d) Anemia hemolítica con test de Coombs directo positivo, trombocitopenia e icteria, sin alteración del TP ni del fibrinógeno.

260. Una persona hospitalizada que recibe heparina no fraccionada (HNF) a dosis plenas desde hace 8 días presenta un descenso brusco del recuento plaquetario de 280.000 a 52.000/mm³, sin sangrado activo, junto con una trombosis venosa profunda de nueva aparición. ¿Cuál es la actitud terapéutica más adecuada?

a) Reducir la dosis de HNF a la mitad y añadir ácido acetilsalicílico, dado que la trombocitopenia moderada no contraindica el tratamiento anticoagulante.
b) Suspender inmediatamente la HNF, evitar la warfarina hasta que el recuento supere 100.000/mm³ y sustituir la anticoagulación por un inhibidor directo de trombina (p. ej., argatrobán o bivalirudina).
c) Transfundir plaquetas para elevar el recuento y continuar la anticoagulación con HNF hasta confirmación analítica de trombocitopenia inducida por heparina (HIT) tipo II.
d) Cambiar de HNF a heparina de bajo peso molecular (HBPM), dado que esta no produce HIT y puede emplearse de forma segura en este contexto.

261. En la persona crítica hemodinámicamente estable y sin sangrado activo, ¿cuál es el umbral de hemoglobina a partir del cual se recomienda la transfusión de hematíes según las guías actuales de medicina intensiva?

a) Hemoglobina < 10 g/dL, independientemente de la situación clínica.
b) Hemoglobina < 7-9 g/dL, reservando umbrales más altos para personas con hemorragia activa o riesgo particularmente elevado de anemia.
c) Hemoglobina < 12 g/dL, para garantizar una adecuada capacidad de transporte de oxígeno en todas las personas ingresadas en UCI.
d) Hematocrito < 40%, con independencia de los valores de hemoglobina.

262. Con respecto a la interpretación de las pruebas de coagulación en la UCI, señale la opción CORRECTA:

a) El aPTT es el test de elección para monitorizar el efecto anticoagulante de la heparina no fraccionada y, por tanto, debe solicitarse de forma rutinaria junto al TP en toda persona que recibe warfarina.
b) Un TP prolongado, aPTT prolongado, plaquetas normales y fibrinógeno disminuido, junto a PDF elevados, en una persona con ictericia y hepatomegalia, sugiere enfermedad hepática como causa de la coagulopatía más que una CID.
c) Las pruebas de coagulación habituales (TP, aPTT y recuento plaquetario) no son capaces de detectar los trastornos de coagulación adquiridos más frecuentes en la UCI.



d) El aPTT es la prueba de elección para monitorizar la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular en personas con insuficiencia renal.

263. De los siguientes cuadros que cursan con trombopenia, ¿en cuál es característico un descenso brusco y profundo del recuento plaquetario (por debajo de 10,000/microlito) ?:

a) Púrpura Trombótica Trombocitopénica.
b) Trombopenia inducida por heparina.
c) Coagulación Intravascular Diseminada.
d) Púrpura post-transfusional.

264. En el diagnóstico diferencial de las anemias hemolíticas autoinmunes (AIHA), ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre el test de Coombs directo y los tipos de anticuerpos es MÁS CORRECTA?

a) En la AIHA de tipo caliente, los anticuerpos son de clase IgM, producen aglutinación eritrocitaria a temperatura ambiente y la hemólisis es fundamentalmente intravascular.
b) En la AIHA de tipo caliente, los anticuerpos son de clase IgG, reaccionan de forma óptima a 37 °C sin producir aglutinación, y la hemólisis es principalmente extravascular mediada por macrófagos esplénicos a través de receptores Fc.
c) La presencia de test de Coombs directo positivo únicamente para C3 (sin IgG) es patognomónica de la AIHA de tipo caliente y excluye otras causas de hemólisis.
d) Los anticuerpos fríos de la AIHA de tipo frío actúan de forma óptima a 37 °C y producen hemólisis exclusivamente intravascular sin participación del sistema del complemento.

265. En el manejo de la hemorragia masiva en la persona crítica, ¿cuál de las siguientes estrategias de transfusión es la más adecuada actualmente?

a) Transfundir exclusivamente hematíes concentrados hasta alcanzar una hemoglobina de 10 g/dL, evitando el uso de plasma fresco congelado y plaquetas salvo que existan alteraciones analíticas documentadas.
b) Aplicar una estrategia de transfusión equilibrada con una ratio aproximada de 1:1:1 de plasma fresco congelado, plaquetas y hematíes concentrados, junto con la corrección del contexto de la triada letal (hipotermia, acidosis e hipocalcemia).
c) Restringir la transfusión de plasma fresco congelado en todas las situaciones de hemorragia, dado que su administración no mejora la coagulopatía y aumenta el riesgo de lesión pulmonar asociada a la transfusión.
d) Administrar cristaloides en grandes volúmenes como primera línea en la hemorragia masiva, reservando los hemoderivados para cuando el hematocrito sea inferior al 20%.



266. ¿Cuál de las siguientes es una complicación INMUNOLÓGICA reconocida de la transfusión de hemoderivados?

a) Hemólisis extravascular tardía por anticuerpos anti-eritrocitarios preformados de clase IgG, que aparece habitualmente a las 24-72 horas de la transfusión.
b) Hipocalcemia aguda por toxicidad directa del calcio presente en los concentrados de hematíes.
c) Hiperpotasemia dilucional por el bajo contenido en potasio de los hemoderivados almacenados.
d) Trombocitosis reactiva que aparece en las primeras horas tras la transfusión masiva de plaquetas.

267. En una persona con hemorragia grave y coagulopatía asociada al sangrado, ¿cuál es el papel del ácido tranexámico (ATX)?

a) El ATX está contraindicado en la hemorragia masiva traumática porque aumenta el riesgo de trombosis venosa profunda.
b) El ATX es un agente antifibrinolítico que inhibe la activación del plasminógeno; su administración precoz (idealmente en las primeras 3 horas del inicio del sangrado) ha demostrado reducir la mortalidad por hemorragia en el contexto del trauma.
c) El ATX es un derivado de la vitamina K que restaura la síntesis hepática de los factores de coagulación II, VII, IX y X, por lo que su efecto terapéutico se observa a las 6-24 horas de su administración.
d) El ATX actúa estimulando la agregación plaquetaria y está indicado exclusivamente en trombocitopenias graves (< 20.000/mm^3) con sangrado activo.

268. Una persona ingresada en la UCI desarrolla disnea grave, hipoxemia ($SatO_2$ 82% con FiO_2 0,6), hipotensión y fiebre a los 90 minutos de recibir una transfusión de plasma fresco congelado. La radiografía de tórax muestra infiltrados bilaterales difusos. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS PROBABLE y cuál es la clave diagnóstica diferencial con la sobrecarga circulatoria asociada a transfusión (TACO)?

a) TACO, ya que la disnea y los infiltrados bilaterales tras la transfusión son exclusivos de esta entidad; la clave diferencial es que la fiebre solo aparece en la lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión (TRALI).
b) TRALI, cuyo mecanismo principal es la presencia de anticuerpos en el plasma del donante contra antígenos HLA o leucocitarios del receptor; la clave diferencial con el TACO es que en el TRALI la diuresis con furosemida generalmente NO mejora el cuadro, mientras que en el TACO SÍ es eficaz.
c) Reacción transfusional hemolítica aguda, dado que la presencia de infiltrados bilaterales es la manifestación más frecuente de la hemólisis intravascular masiva por incompatibilidad ABO.
d) TRALI, pero su mecanismo es idéntico al del TACO: ambas entidades se producen por sobrecarga de volumen y se tratan del mismo modo con diuréticos de asa y ventilación no invasiva.



269. En la hemorragia masiva traumática, ¿cuál de las siguientes recomendaciones tiene un mayor grado de recomendación y nivel de evidencia?:

a) La administración precoz (3 primeras horas) de Ácido Tranexámico en pacientes con hemorragia masiva secundaria a trauma.
b) El mantenimiento de un recuento de plaquetas por encima de 100x109 /l en pacientes con sangrado masivo y traumatismo craneal.
c) El uso de vasopresores tipo epinefrina o norepinefrina para mantener la presión arterial, en ausencia de respuesta adecuada a la fluidoterapia.
d) La administración de soluciones hipertónicas en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave.

270. Una de las siguientes es incorrecta al considerar el umbral transfusional de plaquetas específico en una persona paciente crítica:

a) Se recomienda la transfusión terapéutica en pacientes con sangrado activo para mantener valores por encima de 50 x 109 plaquetas/l.
b) Se desaconseja la transfusión terapéutica en pacientes sangrantes antiagregados.
c) Se aconseja la transfusión profiláctica en pacientes con recuento plaquetar menor de 10 x 10^9 plaquetas/l para evitar sangrado espontaneo en trombocitopenia hipoproliferativa.
d) Se sugiere mantener cifras por encima de 100 x 10^9 plaquetas/l en pacientes con sangrado masivo y traumatismo craneal.

271. En cuanto al uso de concentrado de complejo protrombínico (CCP) en la persona con hemorragia activa y coagulopatía, señale la afirmación más correcta:

a) El CCP contiene exclusivamente factor VII activado y está indicado solo en personas con hemofilia A.
b) El CCP de 4 factores contiene los factores II, VII, IX y X (vitamina K-dependientes), permite una corrección más rápida del TP que el plasma fresco congelado y con menor volumen de infusión, siendo especialmente útil para revertir la anticoagulación secundaria a fármacos anti-vitamina K en situaciones de sangrado urgente.
c) El CCP está contraindicado en personas con coagulopatía por hepatopatía grave, dado que el hígado no puede activar los factores administrados.
d) El CCP solo puede utilizarse en personas que no hayan recibido nunca heparina, dado que la heparina inactiva de forma irreversible los factores del CCP.

272. Respecto a las diferencias farmacológicas entre la heparina no fraccionada (HNF) y las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Tanto la HNF como las HBPM se monitorizan de forma fiable con el aPTT, siendo este test igualmente válido para ambos tipos.
b) La HNF actúa potenciando la acción de la antitrombina III para inhibir la trombina (factor IIa) y el factor Xa, mientras que las HBPM actúan preferentemente sobre el factor Xa con menor efecto sobre la trombina; la HNF se monitoriza con el aPTT y las HBPM con la actividad anti-Xa.



c) Las HBPM tienen una vida media más corta que la HNF y, por tanto, son de elección en personas con insuficiencia renal grave, dado que no se acumulan en este contexto.
d) La protamina revierte de forma completa y predecible el efecto anticoagulante de las HBPM, igual que el de la HNF.

273. En relación con la farmacología de los fármacos fibrinolíticos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la más precisa?

a) Los fibrinolíticos actúan inhibiendo la síntesis hepática de los factores de coagulación vitamina K-dependientes, por lo que su efecto anticoagulante máximo se alcanza a las 72-96 horas.
b) Los fibrinolíticos actúan convirtiendo el plasminógeno en plasmina, enzima que degrada la fibrina del trombo; su principal complicación es la hemorragia, especialmente intracraneal, y están contraindicados en situaciones de alto riesgo hemorrágico como cirugía reciente, accidente cerebrovascular previo o hipertensión arterial grave no controlada.
c) Los fibrinolíticos son seguros en personas con trombocitopenia grave (< 20.000/mm³) dado que actúan exclusivamente sobre la fibrina sin afectar a la función plaquetaria.
d) La warfarina es un fármaco fibrinolítico indirecto que actúa elevando los niveles de plasminógeno al inhibir su degradación hepática.

274. En relación con los agentes de reversión de los anticoagulantes orales directos (ACODs) en situaciones de hemorragia grave o cirugía urgente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El idarucizumab es un anticuerpo monoclonal aprobado que revierte el efecto anticoagulante de todos los inhibidores directos del factor Xa (rivaroxabán, apixabán) y del inhibidor directo de la trombina (dabigatrán) con igual eficacia.
b) El idarucizumab revierte de forma específica y rápida el efecto anticoagulante del dabigatrán (inhibidor directo de la trombina); para los inhibidores directos del factor Xa el agente de reversión específico es el andexanet alfa, aunque el concentrado de complejo protrombínico (CCP) se ha utilizado como alternativa.
c) La hemodiálisis está contraindicada como medida de rescate en la intoxicación o sobredosis por dabigatrán, dado que su alta unión a proteínas plasmáticas impide su eliminación extracorpórea.
d) El sulfato de protamina es el agente de reversión de elección tanto para los inhibidores directos de la trombina como para los inhibidores del factor Xa, ya que su mecanismo de acción es inespecífico sobre la cascada de coagulación.

275. En relación con el uso de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en situaciones clínicas especiales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Las HBPM están contraindicadas durante el embarazo porque atraviesan la barrera placentaria y producen anticoagulación fetal, lo que aumenta el riesgo de hemorragia intracraneal neonatal.
b) Las HBPM son el tratamiento anticoagulante de elección en el tromboembolismo venoso durante el embarazo (habría que ajustar la dosis si padecen insuficiencia



renal), ya que no atraviesan la barrera placentaria; en cambio, la warfarina y los anticoagulantes orales directos están contraindicados en el embarazo.

c) Las HBPM tienen una vida media de 2-3 horas, similar a la de la heparina no fraccionada, y pueden revertirse completamente con protamina en todas las situaciones clínicas.
d) Las HBPM no requieren monitorización en ninguna situación clínica especial, incluyendo el embarazo, la obesidad mórbida y la insuficiencia renal, dado que su perfil farmacocinético es altamente predecible en todas las personas pacientes.

276. Respecto a la farmacología de la warfarina como anticoagulante oral antagonista de la vitamina K, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es MÁS CORRECTA?

a) La warfarina inhibe exclusivamente los factores procoagulantes vitamina K-dependientes (II, VII, IX y X), sin afectar a las proteínas anticoagulantes naturales C y S, por lo que no existe riesgo de estado protrombótico transitorio al inicio del tratamiento.
b) La warfarina inhibe la carboxilación gamma de los factores II, VII, IX y X y también de las proteínas C y S. Dado que las proteínas C y S tienen vidas medias cortas, en los primeros días de tratamiento puede producirse un estado protrombótico transitorio que justifica la administración concomitante de heparina como puente hasta alcanzar el rango terapéutico de INR.
c) El rango terapéutico del INR con warfarina es universalmente 2,5-3,5 para todas las indicaciones clínicas, independientemente de la indicación (fibrilación auricular, TEV o válvula mecánica).
d) La warfarina se monitoriza con el tiempo de tromboplastina parcial activada (aPTT), dado que su mecanismo de acción afecta fundamentalmente a la vía intrínseca de la coagulación.

277. Para decidir si iniciar o no terapia antimicrobiana en un paciente con sospecha de sepsis, ¿qué estrategia Surviving Sepsis Campaign?

a) Utilizar exclusivamente el valor de la procalcitonina (PCT) por encima de 2.0 ng/mL.
b) Utilizar la evaluación clínica sola en lugar de la combinación de procalcitonina más evaluación clínica.
c) Esperar a que el recuento de leucocitos sea superior a 15.000/mm^3.
d) Iniciar tratamiento solo si la proteína C reactiva esta elevada.

278. Cuáles son los factores según la guía de consenso SCCM/ASHP de 2024 prevención de sangrado por ulceras de stress en críticos, probablemente aumentan el riesgo de hemorragia digestiva alta (HDA) clínicamente importante en personas adultas críticas?

a) Ventilación mecánica aislada y uso de esteroides.
b) Edad avanzada y fracaso renal agudo.
c) Coagulopatía, shock y enfermedad hepática crónica.
d) Nutrición enteral y estancia en UCI superior a 7 días.



279. En pacientes con factores de riesgo que requieren profilaxis de ulceras de stress, ¿qué agentes se recomiendan como primera línea según la guía de consenso SCCM/ASHP de prevencion de sangrado por ulceras de stress en críticos de 2024?

a) Únicamente los inhibidores de la bomba de protones (IBP).
b) Sucralfato en todas las personas pacientes alimentadas por sonda.
c) Tanto los IBP como los antagonistas de los receptores H2 (ARH2).
d) Antiácidos líquidos cada 4 horas por sonda.

280. En el manejo de un paciente cirrótico con sospecha de hemorragia por várices esofágicas, ¿cuál de las siguientes medidas debe iniciarse de forma temprana para reducir la mortalidad y el resangrado?

a) Lavado gástrico con suero salino helado.
b) Profilaxis antibiótica (ej. Ceftriaxona 1g) y fármacos vasoactivos esplácnicos (ej. Octreotida).
c) Cirugía inmediata de derivación portosistémica (shunt).
d) Administración rutinaria de Vitamina K y Plasma Fresco Congelado para corregir el INR antes de la endoscopia.

281. En un paciente con hematoquecia hemodinámicamente significativa y persistente que se presenta dentro de las primeras 4 horas, ¿cuál es la modalidad diagnóstica inicial más apropiada?

a) Colonoscopia urgente sin preparación previa.
b) AngioTAC.
c) Gammagrafía con glóbulos rojos marcados con Tecnecio-99m.
d) Enema de bario de urgencia.

282. ¿Cuál es la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta en personas pacientes admitidas en la Unidad de Cuidados Intensivos, representando entre un tercio y la mitad de los casos?

a) Desgarros de Mallory-Weiss.
b) Várices esofágicas por hipertensión portal.
c) Enfermedad ulcerosa péptica.
d) Gastritis erosiva por estrés.

283. ¿Cuál es el porcentaje aproximado de episodios de hemorragia digestiva baja que se resuelven de forma espontánea solo con medidas de soporte?

a) Menos del 25%.
b) Entre el 40% y 50%.
c) Entre el 75% y 85%.
d) Prácticamente el 100%.



284. En el manejo de la hemorragia digestiva alta han demostrado utilidad las siguientes medidas EXCEPTO una: (señale ese supuesto INCORRECTO):

a) Antagonistas de los receptores H2.
b) Tratamiento endoscópico.
c) Tratamiento quirúrgico.
d) Tratamiento mediante técnicas de radiología intervencionista.

285. ¿En qué escenario se recomienda el uso de la CPRE en la fase temprana de la pancreatitis aguda?

a) En todos los casos de pancreatitis de etiología biliar.
b) Solo cuando existe colangitis concomitante u obstrucción biliar persistente.
c) Como método para drenar necrosis pancreática estéril.
d) Para la administración de antibióticos directamente en el conducto pancreático.

286. Ante una necrosis pancreática infectada, ¿cuál es el abordaje intervencionista preferido según el modelo actual?

a) Necrosectomía abierta inmediata tras el diagnóstico.
b) Enfoque escalonado (step-up approach) con drenaje mínimamente invasivo inicial.
c) Punción aspiración con aguja fina (PAAF) diaria de todas las colecciones.
d) Lavado peritoneal continuo sin drenaje.

287. En la pancreatitis aguda grave señale la profilaxis antibiótica recomendada:

a) Pipieracilina-tazobactam.
b) Meropenem.
c) Ciprofloxacino.
d) No se recomienda profilaxis antibiótica.

288. Respecto a las pruebas de imagen a realizar en una pancreatitis aguda grave:

a) Está indicado realizar una ecografía abdominal al ingreso para descartar el origen biliar de la pancreatitis.
b) Si precisamos descartar una isquemia mesentérica, o una peritonitis por una perforación secundaria, está indicado la realización de un TAC abdominal al ingreso.
c) La RMN es menos sensible que el TAC para detectar la presencia de aire dentro de colecciones líquidas.
d) Todas las opciones son correctas.

289. Respecto a la analgesia en la pancreatitis aguda, señale la respuesta FALSA:

a) Los AINEs deberían ser evitados en las personas pacientes con pancreatitis y fracaso renal agudo.
b) El control del dolor no es una parte prioritaria del tratamiento de la pancreatitis.



c) La analgesia controlada mediante bomba por la persona paciente (PCA) puede tenerse en cuenta si no se controla el dolor.
d) Nos podemos plantear analgesia por vía epidural, en pacientes con altas dosis de opiáceos durante un periodo muy prolongado.

290. Una persona paciente que presenta una infección recurrente o persistente de la cavidad peritoneal tras haber sido sometido a más de un procedimiento de control del foco sin éxito se clasifica según la evidencia actual como:

a) Peritonitis primaria bacteriana.
b) Peritonitis secundaria por perforación.
c) Peritonitis terciaria (o peritonitis persistente).
d) Peritonitis química abacteriana.

291. ¿Cuál de las siguientes estrategias describe mejor la recomendación actual sobre la duración de la antibioticoterapia en pacientes con infección intraabdominal (IIA) complicada tras haber logrado un control efectivo de la fuente (quirúrgico o percutáneo)?

a) Ciclos largos de 10 a 14 días para prevenir la recurrencia del absceso.
b) Ciclos cortos, guiados por el control del foco y, en ocasiones, por biomarcadores.
c) Suspender los antibióticos solo cuando el recuento de blancos sea exactamente de 4.000 cél/µl.
d) Los antibióticos deben continuarse hasta que la persona paciente sea dada de alta de la UCIa.

292. En un paciente cirrótico con ascitis y sospecha de infección peritoneal, ¿qué hallazgo en el análisis del líquido ascítico establece el diagnóstico de PBE, incluso en ausencia de un cultivo positivo (ascitis neutrocítica)?

a) Recuento de leucocitos totales > 500/µ Respuesta.
b) Recuento de neutrófilos polimorfonucleares (PMN) ≥ 250/µ.
c) Proteínas totales en líquido ascítico > 1 g/dL.
d) pH del líquido ascítico <7,30.

293. En un paciente con shock séptico de origen abdominal, ¿cuál es el tiempo máximo recomendado desde el diagnóstico para realizar la intervención quirúrgica o de drenaje (source control) para optimizar la supervivencia?

a) Inmediatamente, dentro de los primeros 60 minutos.
b) En un plazo no superior a 6 horas.
c) Entre las 12 y 24 horas posteriores a la estabilización con fluido.
d) Entre 6 y 12h.



294. En un paciente críticamente enfermo con colecistitis aguda y demasiado inestable o fisiológicamente comprometido que impide la cirugía inmediata, ¿cuál es el procedimiento de primera elección recomendado?

a) Colecistectomía laparoscópica de urgencia
b) Drenaje biliar transpapilar endoscópico
c) Drenaje de la vesícula biliar por vía percutánea.
d) Manejo conservador exclusivo con antibióticos de amplio espectro

295. En personas pacientes recuperadas de una fase crítica que fueron tratadas inicialmente con drenaje biliar percutáneo por colecistitis, ¿cuál es el tiempo mínimo recomendado antes de realizar una colecistectomía laparoscópica diferida?

a) 24 a 48 horas después del drenaje.
b) Al menos 2 semanas tras la resolución de la fiebre.
c) Al menos 6 semanas después del drenaje de la vesícula biliar
d) No se recomienda cirugía diferida, solo seguimiento radiológico

296. En el contexto de un fallo hepático agudo inducido por paracetamol, ¿cuál de los siguientes criterios individuales se considera una indicación clara para el trasplante hepático según el modelo de King's College?

a) Bilirrubina total mayor a 18 mg/dL.
b) Creatinina > 3 mg/dl con INR > 2
c) pH arterial menor de 7.30 tras una reanimación adecuada con líquidos.
d) Encefalopatía grado II con INR > 2.0

297. ¿Cuál es el criterio clínico y temporal fundamental que define a la Insuficiencia Hepática Aguda (IHA) o hepatitis fulminante?

a) Presencia de ictericia y coagulopatía de más de 26 semanas de evolución.
b) Desarrollo de encefalopatía hepática y coagulopatía (habitualmente INR ≥ 1.5) en una persona paciente sin cirrosis previa y con una enfermedad de ≤ 26 semanas de duración.
c) Elevación de transaminasas (AST/ALT) por encima de 5.000 IU/ y coagulopatía con ≤ 26 semanas de evolución.
d) Presencia de ascitis y várices esofágicas en una persona paciente con hepatitis viral crónica.

298. ¿Qué proceso fisiopatológico explica mejor el desarrollo de edema cerebral e hipertensión intracraneal, responsable de hasta el 25% de las muertes en IHA?

a) Una respuesta inflamatoria sistémica que rompe mecánicamente la barrera hematoencefálica.
b) La captación de amoníaco por los astrocitos, que lo convierten en glutamina osmóticamente activa, atrayendo agua y causando edema citotóxico.
c) Isquemia cerebral difusa causada únicamente por la hipotensión arterial sistémica.
d) Hiponatremia severa por sobrecarga de volumen iatrogénica en la UCI.



299. En un paciente con insuficiencia hepática aguda que presenta shock vasodilatador refractario a la reanimación con fluidos, ¿qué agente vasopresor se desaconseja específicamente debido al riesgo de aumentar el flujo sanguíneo cerebral y exacerbar la hipertensión intracraneal?

a) Norepinefrina.
b) Dopamina
c) Epinefrina.
d) Vasopresina (o terlipresina)

300. En relación al score MELD (Model for End-stage Liver Disease Score) al manejar una persona paciente con disfunción hepática severa, una de ellas es incorrecta:

a) El MELD (Model for End-stage Liver Disease) es un score de severidad de Cirrosis validado que predice la posibilidad de supervivencia a 3 meses.
b) Las personas pacientes cirróticas se consideran candidatas a trasplante hepático cuando el score MELD≥ 25.
c) Los parámetros en los que se basa para su medición son: la bilirrubina, el INR y la creatinina.
d) Es mejor predictor de morbilidad y mortalidad en pacientes con fallo hepático que el score de Child-Pugh.

301. Según los criterios del King's College para la indicación de trasplante hepático en la insuficiencia hepática aguda (fallo hepático fulminante) inducida por paracetamol, ¿cuál de los siguientes parámetros constituye, por sí solo, un criterio suficiente para indicar el trasplante hepático?:

a) Encefalopatía grado III o IV.
b) Tiempo de Protrombina > 100 seg.
c) Concentración de creatinina > 3,4 mg/dl.
d) Ph < de 7,3 independientemente del grado de encefalopatía.

302. Uno de los siguientes criterios NO se considera de mal pronóstico en el fallo hepático agudo:

a) Un pH mayor de 7,5 en fallo hepático secundario a intoxicación por paracetamol.
b) Un INR mayor de 6,5 en fallo hepático secundario a intoxicación por paracetamol.
c) Una bilirrubina mayor de 2,3 mg/dl en fallo hepático no secundario a intoxicación por paracetamol.
d) Un TP (tiempo de protrombina) mayor de 100 segundos en fallo hepático no secundario a intoxicación por paracetamol.

303. Uno de los siguientes se considera criterio mayor diagnóstico de síndrome hepatorrenal:

a) Sodio en orina menor de 10 mEq/l.
b) Osmolaridad urinaria mayor que la plasmática.
c) Oliguria menor de 500 ml/24 h.



d) Proteinuria menor de 500 mg/24 h.

304. Respecto al diagnóstico de insuficiencia hepática aguda, señale la afirmación FALSA:

a) La asterixis se encuentra típicamente ausente en la encefalopatía grado IV.
b) El paracetamol es el tóxico más comúnmente asociado a insuficiencia hepática aguda.
c) El síndrome de HELLP no está asociado con la insuficiencia hepática aguda.
d) Las toxinas de la amanita phalloides pueden provocar insuficiencia hepática aguda.

305. En un paciente con infección por Clostridium difficile fulminante que presenta hipotensión, íleo o megacolon, ¿cuál es el régimen de tratamiento antibiótico recomendado?

a) Ridaxomicina 200 mg cada 12 horas por vía oral exclusivamente.
b) Vancomicina 125 mg cada 6 horas por vía oral.
c) Vancomicina 500 mg cada 6 horas (vía oral o sonda) más metronidazol intravenoso (500 mg cada 8 horas).
d) Trasplante de microbiota fecal como terapia de primera línea inmediata

306. ¿Cuál es la indicación actual más aceptada de cirugía urgente en megacolon tóxico?

a) Dilatación >6 cm.
b) Presencia de diarrea con sangre.
c) Falta de respuesta al tratamiento médico o aparición de complicaciones mayores.
d) Diagnóstico radiológico inicial

307. De acuerdo con las definiciones de consenso de la World Society of the Abdominal Compartment Syndrome (WSACS), ¿cómo se define el Síndrome Compartimental Abdominal (SCA)?

a) Una presión intraabdominal (PIA) sostenida > 12 mmHg.
b) Una PIA sostenida > 15 mmHg en pacientes con obesidad mórbida.
c) Una PIA sostenida > 20 mmHg asociada con una nueva disfunción orgánica.
d) Cualquier elevación de la PIA por encima de 10 mmHg tras una cirugía abdominal mayor.

308. Para obtener una medición fiable de la presión intraabdominal (PIA) mediante el método transvesical (bolsa de orina/Foley), ¿cuál de las siguientes recomendaciones técnicas debe seguirse?

a) Medir siempre con el cabecero de la cama elevado a 30-45 grados.
b) Realizar la medición al final de la espiración y en posición supina completa.
c) Medir durante la inspiración máxima para captar el pico de presión.
d) Utilizar la línea media clavicular como punto cero para el transductor



309. En cuanto a la hipertension abdominal, una de las siguientes es INCORRECTA:

a) La hipertension intra-abdominal y el síndrome compartimental son entidades diferentes.
b) Los valores de presión intra-abdominal media en personas pacientes críticas se encuentras entre 5 -7 mmHg.
c) La presión de perfusión abdominal resulta de la diferencia entre la tensión arterial media y la presión intra-abdominal.
d) Hablamos de hipertension intra-abdominal cuando su valor es > 20 mmHg.

310. Una de las siguientes causas NO se considera como potencial precipitante de megacolon tóxico:

a) Hipopotasemia.
b) El uso de corticoides.
c) Realización de colonoscopia.
d) Administración de loperamida.

311. Señale la respuesta INCORRECTA en relación al síndrome compartimental abdominal:

a) Es un valor independiente de la edad definido como nivel de presión intra-abdominal mayor de 20 mmHg.
b) Es independiente del valor de presión de perfusión abdominal.
c) Existe una nueva disfunción orgánica.
d) La posición en decúbito prono es un factor de riesgo porque disminuye la compliance abdominal.

312. Señale la afirmación FALSA, respecto a la medición de la presión intraabdominal:

a) Es aconsejable monitorizarla en pacientes con pancreatitis aguda grave.
b) Se considera hipertensión intraabdominal, si la presión intraabdominal es mayor a 12 mm Hg en más de una medición.
c) Se puede medir indirectamente con el uso de catéteres a nivel gástrico, del colon, o en vena cava inferior, entre otras localizaciones.
d) La exploración física a nivel abdominal predice de forma muy fiable la presencia de síndrome compartimental abdominal.

313. En la infección por Clostridioides difficile, señale la respuesta FALSA:

a) Bezlotoxumab es una opción de tratamiento en la infección complicada.
b) Como complicación grave puede producirse un megacolon tóxico.
c) Es un bacilo grampositivo anaerobio esporulado.
d) En la infección no complicada el tratamiento de elección es el transplante de microbiota fecal.



314. ¿Cuál es el límite máximo de administración de glucosa (carbohidratos) en la persona paciente crítica para evitar complicaciones como la hiperglucemia, el aumento de la producción de CO2 y la lipogénesis hepática?

a) 3 mg/kg/min.
b) 5 mg/kg/min.
c) 7 mg/kg/min.
d) 10 mg/kg/min

315. En el contexto de la Nutrición Parenteral, ¿Cuál es el límite máximo diario de lípidos intravenosos recomendado, incluyendo fuentes no nutricionales como el Propofol?

a) 0.5 g/kg/día.
b) 1 g/kg/día.
c) 1.5 g/kg/día.
d) 3.5 g/kg/día.

316. ¿En cuál de las siguientes situaciones se debe iniciar el tratamiento nutricional especializado durante la fase aguda, según las recomendaciones de la SEMICYUC?

a) Únicamente cuando la persona paciente haya superado los 10 días de estancia en UCI.
b) En pacientes en los que sea improbable una ingesta oral completa en los siguientes 5 días.
c) Solo si la persona paciente presenta un Índice de Masa Corporal (IMC) inferior a 18.
d) Una vez que la persona paciente haya sido extubada y tolere la vía oral.

317. En la fase aguda de un paciente con sepsis, ¿qué recomendación sugiere la guía respecto al aporte calórico?

a) Aportar al menos 35 kcal/kg/día para compensar el hipercatabolismo.
b) No superar las 20 kcal/kg/día de aporte calórico.
c) Mantener el ayuno absoluto hasta que el lactato sea normal.
d) Administrar nutrición parenteral total desde el primer momento

318. Si la ingesta oral no es posible en una persona paciente adulta en estado crítico, ¿cuál es la estrategia recomendada por las guías ESPEN para iniciar la nutrición dentro de las primeras 48 horas?

a) Iniciar Nutrición Parenteral (PN) de forma temprana para asegurar el aporte calórico total.
b) Iniciar Nutrición Enteral (EN) temprana antes que retrasar la nutrición o iniciar PN.
c) Administrar únicamente fluidos intravenosos hasta que la persona paciente esté estabilizada tras 7 días.
d) Utilizar Nutrición Enteral postpilórica (yeyunal) de forma sistemática en todos los casos.



319. ¿Cuál de los siguientes hallazgos bioquímicos es el sello distintivo y la mayor preocupación al iniciar nutrición en una persona paciente severamente desnutrida?

a) Hipernatremia por sobrecarga de solutos.
b) Hipofosfatemia severa asociada a cambios intracelulares.
c) Hiperpotasemia por incapacidad de excreción renal.
d) Hipoglucemia reactiva por infusión rápida de lípidos.

320. En relación con la nutrición enteral en persona paciente crítica, una de las siguientes es incorrecta:

a) La nutrición enteral incrementa el flujo sanguíneo intestinal y ejerce protección frente a la isquemia intestinal mejorando la respuesta inmune local y sistémica.
b) Un volumen gástrico residual alto (mayor de 400 ml) es un marcador útil y seguro para riesgo de neumonía aspirativa.
c) En personas pacientes diabéticas críticamente enfermas se recomienda la nutrición enteral postpilórica ya que presentan alteración en el vaciamiento gástrico por lo que no toleran nutrición enteral gástrica precoz.
d) No existe suficiente evidencia de que la elevación de la cabecera de la persona paciente entre 10º y 30º se asocie con mayor riesgo de neumonía que la elevación a 45º.

321. Una de las siguientes es incorrecta en la definición del síndrome de realimentación:

a) Se define como las alteraciones hidroelectrolíticas secundarias al soporte nutricional intensivo en persona paciente desnutrida.
b) En pacientes con riesgo de síndrome de realimentación se deben corregir los déficits iónicos previamente al inicio de la nutrición.
c) Se debe administrar tiamina IV los primeros 3 días e iniciar el soporte nutricional al 75% del cálculo realizado.
d) Puede manifestarse con hipofosfatemia, arritmias e insuficiencia cardíaca.

322. Señale la respuesta correcta respecto al soporte nutricional en la pancreatitis aguda:

a) Está recomendada la nutrición enteral en pacientes con pancreatitis aguda grave porque reduce la morbi-mortalidad.
b) Se debe de iniciar en las primeras 24 horas para disminuir la mortalidad.
c) Para mejorar la tolerancia es necesaria la colocación inicial de una sonda nasoyeyunal.
d) Es necesario comenzar con NE poliméricas para mejorar la mortalidad.



323. Cuál es el objetivo de presión arterial en personas adultas de 65 años o más con shock séptico, ¿qué rango de Presión Arterial Media (MAP) sugieren las nuevas recomendaciones para reducir la exposición excesiva a vasopresores?

a) 75 a 80 mmHg.
b) 70 a 75 mmHg.
c) 60 a 65 mmHg.
d) Más de 85 mmHg para asegurar la perfusión renal.

324. Ante un paciente en shock séptico que requiere vasopresores de forma inmediata y no tiene un acceso venoso central, ¿cuál es la recomendación actual de las guías de 2026?

a) Esperar a la canalización de una vía central antes de iniciar cualquier vasopresor.
b) Inicio de vasopresores por vía periférica para restaurar la presión arterial media.
c) Utilizar únicamente dopamina por vía periférica, ya que la norepinefrina no se debe administrar por esa vía.
d) Fluidoterapia masiva (más de 60 mL/kg) para evitar el uso de vasopresores periféricos.

325. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico principal por el cual el óxido nítrico contribuye al colapso vascular en el shock séptico?

a) Inhibición de la liberación de catecolaminas en las glándulas suprarrenales.
b) Estimulación de la enzima iNOS (óxido nítrico sintasa inducible) para producir NO en respuesta al estrés.
c) Activación de la guanilato ciclasa por la iNOS, aumentando el cGMP y provocando relajación del músculo liso vascular.
d) Bloqueo directo de los receptores alfa-adrenérgicos en las arteriolas.

326. Respecto a la etiología de la sepsis en las últimas décadas cual es la respuesta correcta:

a) Los bacilos Gram-negativos son ahora los principales causantes de shock séptico.
b) Los bacilos Gram-positivos son ahora los principales causantes de shock séptico.
c) Las infecciones fúngicas (como Candida) son cada vez menos frecuentes en la UCI.
d) Los organismos Gram-positivos han resurgido como patógenos principales, representando casi el 50% de los casos.

327. En personas adultas con hipoperfusión inducida por sepsis o shock séptico, ¿qué volumen inicial de cristaloides se sugiere administrar en las primeras 3 horas?

a) Al menos 10 mL/kg de peso corporal.
b) 500 mL de cristaloides todas las personas pacientes.
c) Al menos 30 mL/kg de cristaloides intravenosos.
d) Fluidos solo si la presión arterial media es inferior a 50 mmHg.a.



328. ¿Cuál es el tratamiento preferido para una persona paciente adulta con un episodio inicial de infección por Clostridioides difficile (CDI), según la actualización de las guías IDSA/SHEA de 2021?

a) Vancomicina 125 mg por vía oral 4 veces al día durante 10 días.
b) Fidaxomicina 200 mg por vía oral 2 veces al día durante 10 días.
c) Metronidazol 500 mg por vía oral 3 veces al día durante 10 a 14 días.
d) Vancomicina en un régimen de pauta descendente y pulsada durante 8 semanas.

329. En cuanto a la nueva definición de sepsis y shock séptico, es incorrecto que:

a) La nueva definición excluye el concepto de SIRS (Sindrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica).
b) La escala SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) se ha designado para estimar de forma más objetiva la disfunción orgánica asociada a la sepsis.
c) Se utiliza la escala "quick SOFA" (qSOFA) como criterio para sospecha de sepsis si existen 3 o más criterios que lo definen.
d) Se define Shock como la condición clínica asociada a requerimiento de vasopresor para mantener TAM mayor de 65 mmHg y lactato sérico mayor 18 mg/dl en ausencia de hipovolemia.

330. En la sepsis señale qué parámetros se evalúan en la escala quick SOFA:

a) Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial sistólica.
b) Plaquetas, lactato, presión arterial sistólica.
c) Estado neurológico, frecuencia respiratoria, presión arterial sistólica.
d) Procalcitonina, lactato, plaquetas.

331. Señale de las opciones siguientes la causa MENOS probable de infección fúngica en una persona paciente crítica:

a) Infección relacionada con catéter venoso central en paciente con nutrición parenteral.
b) Ventriculitis asociada a derivación ventricular externa por hemorragia cerebral con invasión ventricular.
c) Peritonitis terciaria.
d) Infección de tracto urinario relacionada con sonda uretral en paciente en tratamiento corticoideo.

332. Señale cuál de las siguientes recomendaciones es la correcta para la prevención de la bacteriemia relacionada con catéter venoso central en el proyecto Bacteriemia Zero:

a) Desinfección de la piel con clorhexidina.
b) Preferencia de la localización subclavia.
c) Retirada de los catéteres venosos centrales innecesarios.
d) Todas son correctas.



333. Según las guías internacionales de la Campaña para Sobrevivir a la Sepsis para el manejo de la Sepsis y Shock Séptico de 2021, señale la recomendación correcta:

a) El tiempo de inicio del tratamiento antibiótico en caso de shock séptico debe ser después de 6 horas del diagnóstico.
b) En la primera hora de resucitación se debe iniciar el tratamiento con hidrocortisona.
c) Nunca se debe monitorizar el lactato sérico.
d) Ninguna respuesta es correcta.

334. En relación con la infección del tracto urinario relacionada con la sonda uretral señale la respuesta correcta:

a) La duración del sonaje urinario no es un factor de riesgo.
b) Siempre son polimicrobianas.
c) La vía extraluminal es la más frecuente en la patogénesis de la infección.
d) En personas pacientes críticas el microorganismo causante más frecuente es Candida spp.

335. En cuanto a la definición vigente de sepsis y shock séptico, es incorrecto que:

a) La definición excluye el concepto de SIRS (Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica).
b) La escala SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) se ha designado para estimar de forma más objetiva la disfunción orgánica asociada a la sepsis.
c) Se utiliza la escala "quick SOFA" (qSOFA) como criterio para sospecha de sepsis si existen 3 o más criterios que lo definen.
d) Se define shock como la condición clínica asociada a requerimiento de vasopresor para mantener TAM mayor de 65 mmHg y lactato sérico mayor 18 mg/dl en ausencia de hipovolemia.

336. En la persona paciente con COVID-19 y SDRA moderado-grave, ¿Cuál es la posición recomendada para mejorar la oxigenación?

a) Posición semiincorporada 45°.
b) Decúbito prono ≥ 16 horas al día.
c) Trendelenburg.
d) Decúbito lateral izquierdo.

337. Ante una persona paciente con COVID-19 e hipoxemia refractaria a pesar de ventilación mecánica protectora y prono, ¿cuál es el siguiente escalón terapéutico?

a) Aumentar FiO_2 a 1.0 de forma indefinida.
b) ECMO venovenoso (VV-ECMO).
c) Traqueotomía urgente.
d) Óxido nítrico inhalado como terapia definitiva.



338. ¿Cuál de los siguientes parámetros de ventilación mecánica es prioritario en pacientes con SDRA por COVID-19?

a) Volumen tidal 10-12 ml/kg de peso ideal.
b) Volumen tidal 6 ml/kg de peso ideal con presión meseta ≤ 30 cmH_2O.
c) Frecuencia respiratoria > 35 rpm.
d) PEEP mínima para evitar colapso hemodinámico.

339. En el contexto de la pandemia COVID-19, ¿qué tipo de mascarilla se recomienda para el personal sanitario durante procedimientos generadores de aerosoles en UCI?

a) Mascarilla quirúrgica convencional.
b) Respirador FFP2 o FFP3.
c) Doble mascarilla quirúrgica.
d) Pantalla facial sin mascarilla.

340. ¿Cuál es la complicación trombótica más frecuente descrita en personas pacientes críticas con COVID-19?

a) Trombosis arterial de miembros superiores.
b) Tromboembolismo pulmonar.
c) Trombosis de arteria renal.
d) Trombosis venosa mesentérica.

341. ¿Qué hallazgo en la tomografía computarizada es más característico del SDRA por COVID-19?

a) Consolidaciones lobar únicas perihiliares.
b) Opacidades en vidrio deslustrado bilaterales y periféricas.
c) Derrame pleural masivo bilateral.
d) Neumotórax bilateral espontáneo.

342. Respecto a la sedoanalgesia en personas pacientes con COVID-19 ventiladas mecánicamente, ¿cuál es la recomendación inicial?

a) Sedación profunda con barbitúricos desde el inicio.
b) Sedación mínima necesaria con monitorización mediante escalas (RASS, BIS).
c) Parálisis neuromuscular continua en todas las personas pacientes.
d) Evitar opiáceos por riesgo de depresión respiratoria.

343. En el manejo inicial del politraumatizado, ¿cuál es el primer paso en la evaluación primaria según el protocolo ATLS?

a) Control de hemorragia externa.
b) Vía aérea con control cervical.
c) Evaluación neurológica.
d) Exposición de la persona paciente.



344. ¿Cuál es el objetivo de presión arterial sistólica recomendado durante la resucitación hipotensiva en el shock hemorrágico traumático antes del control quirúrgico de la hemorragia?

a) 120-130 mmHg.
b) 80-90 mmHg.
c) < 60 mmHg.
d) 140 mmHg.

345. En la resucitación hemostática del politraumatizado en shock, ¿cuál es la ratio recomendada de concentrado de hematíes: plasma fresco congelado: plaquetas?

a) 3:1:1.
b) 1:1:1.
c) 2:1:0.
d) 1:2:1.

346. ¿Cuál es el fármaco de elección para reducir la mortalidad en el shock hemorrágico traumático administrado en las primeras 3 horas?

a) Vitamina K IV.
b) Ácido tranexámico.
c) Heparina sódica.
d) Fibrinógeno en primera línea exclusiva.

347. ¿Cuál de los siguientes hallazgos indica la necesidad de activar el protocolo de transfusión masiva en el politraumatizado?

a) Hb < 10 g/dl aislada.
b) Shock Index ≥ 1 (FC/PAS ≥ 1) con mecanismo lesional de alto impacto.
c) SpO_2 < 95%.
d) Frecuencia cardiaca > 90 lpm.

348. ¿Cuál es la complicación tardía más temida en el politraumatizado que recibe grandes volúmenes de cristaloides?

a) Hipernatremia grave.
b) Síndrome de compartimento abdominal.
c) Hipoglucemia severa.
d) Hiponatremia dilucional.

349. En el politraumatizado, la denominada 'tríada mortal' incluye:

a) Hipovolemia, hipoxia e hipoglucemia.
b) Acidosis, hipotermia y coagulopatía.
c) Anemia, trombocitopenia y prolongación del TP.
d) Hipotensión, taquicardia y oliguria.



350. En el politraumatizado con sospecha de taponamiento cardíaco (triada de Beck), ¿cuál es la primera medida terapéutica urgente?

a) Toracotomía de urgencia sin más pruebas.
b) Pericardiocentesis urgente guiada por ECO.
c) Iniciar heparina IV para descartar TEP.
d) Colocación de marcapasos transitorio.

351. ¿Cuál es el cristaloide de elección en la resucitación inicial del politraumatizado con shock hemorrágico?

a) Suero glucosado 5%.
b) Suero salino isotónico (SSF 0,9%) o Ringer lactato.
c) Bicarbonato 1/6 M.
d) Solución hipertónica al 20%.

352. En la atención prehospitalaria de una persona paciente politraumatizada, se han descrito criterios de bajo riesgo de lesión cervical en los que no es necesaria la inmovilización con collarín. Señale de los siguientes escenarios aquel en el que, al no cumplir dichos criterios, es necesaria la inmovilización con collarín:

a) Paciente consciente sin signos neurológicos, con fractura de fémur muy dolorosa.
b) Ausencia de dolor en cuello en paciente consciente sin síntomas neurológicos.
c) Lesión penetrante cervical en paciente sin síntomas neurológicos.
d) Paciente consciente que es capaz de rotar de manera voluntaria el cuello 45º a la derecha y a la izquierda.

353. En relación con el síndrome cerebral de embolismo graso que se produce en personas pacientes traumatizadas, señale el enunciado correcto:

a) Se presenta en más de un 30% de pacientes con múltiples fracturas o tras procedimientos ortopédicos.
b) Es más probable su aparición en pacientes con un foramen oval permeable.
c) Los émbolos grasos se acumulan más en la sustancia blanca, aunque las petequias se dan en la sustancia gris.
d) Los criterios mayores de diagnóstico son taquicardia, rash petequial y encefalopatía (criterios de Gurd).

354. ¿Cuál es el objetivo de presión de perfusión cerebral (PPC) recomendado en el TCE grave?

a) < 40 mmHg.
b) 60-70 mmHg.
c) > 90 mmHg.
d) 50 mmHg exactos.



355. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento de primera línea para la hipertensión intracraneal refractaria en el TCE grave?

a) Hiperventilación intensa a PCO_2 < 25 mmHg.
b) Manitol 20% o solución salina hipertónica al 3%.
c) Metilprednisolona a dosis altas.
d) Furosemida en bolos repetidos.

356. En el TCE, la escala de Glasgow valora tres parámetros. ¿Cuál es la puntuación mínima posible?

a) 0
b) 3
c) 1
d) 5

357. ¿Qué valor de PaO_2 debe evitarse en el TCE grave para no agravar la lesión cerebral secundaria?

a) PaO_2 < 60 mmHg (hipoxemia).
b) PaO_2 > 120 mmHg.
c) PaO_2 entre 80-100 mmHg.
d) PaO_2 < 80 mmHg.

358. ¿Cuál es la indicación de craniectomía descompresiva en el TCE grave?

a) Glasgow 15 con cefalea intensa.
b) Hipertensión intracraneal refractaria al tratamiento médico máximo.
c) PIC > 10 mmHg en cualquier circunstancia.
d) Todo TCE grave en las primeras 2 horas.

359. En el TCE grave, ¿cuál debe ser el objetivo glucémico?

a) Glucemia < 80 mg/dl (hipoglucemia estricta).
b) Glucemia entre 140-180 mg/dl.
c) Glucemia > 250 mg/dl para asegurar sustrato.
d) Glucemia < 60 mg/dl.

360. ¿Cuál es el objetivo de presión arterial media (PAM) recomendado en las primeras 7 días tras lesión medular aguda?

a) PAM < 65 mmHg.
b) PAM 85-90 mmHg.
c) PAM < 50 mmHg.
d) PAM > 110 mmHg.



361. El shock neurogénico se caracteriza por:

a) Taquicardia e hipertensión.
b) Bradicardia e hipotensión sin vasoconstricción periférica.
c) Taquicardia con vasoconstricción intensa.
d) Hipertensión con bradicardia y frialdad distal.

362. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO está recomendado de forma rutinaria en el traumatismo medular agudo según la evidencia actual?

a) Analgesia multimodal.
b) Tromboprofilaxis con heparina.
c) Metilprednisolona a dosis altas de forma rutinaria.
d) Sonda vesical.

363. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los traumatismos medulares es cierta?

a) En la fase de shock medular está preservado el reflejo bulbocavernoso.
b) El síndrome de hemisección medular se presenta con pérdida de movilidad y sensibilidad propioceptiva homolateral a la lesión y pérdida de la sensibilidad termoalgésica contralateral.
c) Tras los estudios NASCIS 2 y NASCIS 3 los corticoides siguen siendo parte fundamental del tratamiento de la lesión medular traumática.
d) En la escala ASIA de daño medular los grados A y B corresponden a lesiones completas.

364. Una persona paciente con traumatismo torácico presenta ausencia de murmullo vesicular en hemitórax derecho, hipotensión y desviación traqueal a la izquierda. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Hemotórax masivo izquierdo.
b) Neumotórax a tensión derecho.
c) Taponamiento cardíaco.
d) Contusión pulmonar bilateral.

365. En el traumatismo torácico con neumotórax a tensión, ¿cuál es la primera maniobra terapéutica?

a) Radiografía de tórax urgente antes de cualquier maniobra.
b) Punción-descompresión en 2º espacio intercostal línea medioclavicular.
c) Intubación orotraqueal inmediata.
d) Pericardiocentesis.

366. ¿Cuál es el criterio de hemotórax masivo en traumatismo torácico?

a) Derrame pleural visible en Rx de tórax.
b) Drenaje > 1500 ml inicial o > 200 ml/h durante 2-4 h.
c) Hematocrito en líquido pleural > 20%.



d) Necesidad de transfusión de 2 concentrados de hematíes.

367. ¿Cuántas costillas fracturadas en una persona adulta definen el tórax inestable (volet costal)?

a) 2 costillas fracturadas en un punto.
b) 3 o más costillas adyacentes fracturadas en 2 o más puntos.
c) Fractura de esternón.
d) 1 costilla fracturada con neumotórax.

368. En la contusión pulmonar grave con insuficiencia respiratoria, ¿cuál es el principal tratamiento ventilatorio recomendado?

a) Ventilación mecánica convencional con Vt 10 ml/kg.
b) Ventilación protectora con Vt 6 ml/kg y PEEP óptima.
c) CPAP nasal sin intubación siempre que sea posible.
d) Hiperventilación para mantener $PCO_2 < 30$ mmHg.

369. De las siguientes afirmaciones sobre el traumatismo torácico, indique cuál es falsa:

a) En la enfermedad traumática grave, una de cada cuatro muertes traumáticas está en relación con la presencia de lesiones torácicas.
b) En el traumatismo torácico grave, la Radiología Convencional tiene una alta sensibilidad, y una baja especificidad.
c) En pacientes con traumatismo torácico cerrado, conscientes, estables a nivel respiratorio y hemodinámico, no se precisa Radiografía Convencional si se realiza una TC torácica.
d) Para la detección de Neumotórax Traumático, la Ecografía tiene mayor sensibilidad que la Radiografía Convencional y la clínica.

370. En el abordaje de paciente con trauma abdominal catastrófico, tras el control inicial de daños, los factores que condicionan la posibilidad de dejar abdomen abierto incluyen todos los siguientes excepto uno. Señálelo:

a) Temperatura corporal menor de 34ºC.
b) Necesidades de trasfusión de hematíes mayor de 6 Unidades.
c) Ph menor de 7,2 ó Lactato mayor de 5 mmol/l.
d) Base Exceso por debajo de -6 en pacientes mayores de 55 años.

371. En el síndrome de aplastamiento (crush syndrome), ¿cuál es la complicación renal más temida?

a) Glomerulonefritis aguda.
b) Fracaso renal agudo por mioglobinuria.
c) Pielonefritis aguda bilateral.
d) Necrosis cortical renal.



372. ¿Cuál es el objetivo de diuresis en el síndrome de aplastamiento con rabdomiólisis grave?

a) 0,5 ml/kg/h.
b) 1-3 ml/kg/h con orina de color normal.
c) < 0,3 ml/kg/h.
d) Restricción hídrica estricta.

373. ¿Qué hallazgo analítico confirma el diagnóstico de rabdomiólisis significativa?

a) CPK > 100 U/L.
b) CPK > 1000 U/L (> 5 veces el límite superior de la normalidad).
c) LDH > 300 U/L.
d) Mioglobinuria sin alteración de la CPK.

374. ¿Cuál es la complicación más precoz y grave del síndrome de compartimento abdominal?

a) Peritonitis bacteriana.
b) Fallo multiorgánico con oliguria, hipoventilación e isquemia visceral.
c) Obstrucción intestinal mecánica.
d) Sangrado digestivo alto.

375. En un paciente traumatizado con una fractura abierta de fémur, en la que se observa una herida limpia de partes blandas de 4 cm sin exposición de hueso, ¿a qué tipo de fractura según la clasificación de Gustilo-Anderson corresponde y cuál es la actitud a seguir?

a) Es un tipo I, requiere limpieza de la herida y fijación definitiva de la fractura que se puede realizar en el mismo momento.
b) Es un tipo IIIA, requiere desbridamiento y limpieza en un primer acto, fijación definitiva de la fractura después de 24 horas y cobertura antibiótica con Cefalosporina y Aminoglucósido.
c) Es un tipo IIIC, requiere desbridamiento y limpieza con fijación temporal de la fractura con fijador externo, y cobertura antibiótica con Cefalosporina y Aminoglucósido.
d) Es un tipo II, requiere desbridamiento y limpieza de la herida, fijación definitiva de la fractura y cobertura antibiótica con Cefalosporina de menos de 3 días.

376. Usando la regla de los nueves, ¿qué superficie corporal quemada (SCQ) corresponde a quemadura de toda una extremidad inferior en una persona adulta?

a) 9%.
b) 18%.
c) 4,5%.
d) 27%.



377. ¿Cuál es el indicador más fiable para guiar la resucitación con fluidos en el quemado crítico?

a) Presión venosa central.
b) Diuresis horaria (0,5-1 ml/kg/h en personas adultas).
c) Frecuencia cardiaca < 90 lpm.
d) Presión arterial media > 100 mmHg.

378. En la intoxicación por monóxido de carbono (CO) asociada a quemadura inhalatoria, ¿cuál es el tratamiento de elección?

a) Oxígeno al 24% con mascarilla Venturi.
b) Oxígeno al 100% con mascarilla de alto flujo (o cámara hiperbárica si indicada).
c) Corticoides sistémicos.
d) Broncodilatadores nebulizados.

379. Una de las respuestas es INCORRECTA a la hora de valorar la infección en persona paciente gran quemada:

a) El índice farmacocinético/farmacodinámico de los antimicrobianos es un factor diferenciador en estas personas pacientes por el incremento del volumen de distribución y el posible incremento en la filtración glomerular.
b) Los cultivos de biopsias de zona quemada tienen poco valor para el diagnóstico de infección.
c) En pacientes con superficie total quemada superior al 20% la incidencia de lesión por inhalación es superior al 37% por lo que al precisar ventilación mecánica aumenta el riesgo de neumonía.
d) La escisión precoz, entre 1 y 7 días, está recomendada ya que se ha objetivado su efectividad en cuanto a reducción de morbi-mortalidad.

380. En la llamada resucitación farmacológica en la persona paciente gran quemada, uno de ellos es incorrecto:

a) El control de stress oxidativo con altas dosis de ácido ascórbico disminuye la respuesta inflamatoria y las necesidades de volumen.
b) La administración de bajas dosis de propanolol reduce los requerimientos miocárdicos de oxígeno sin afectar al aporte de oxígeno.
c) Dosis altas de oxandrolona disminuyen la respuesta catabólica disminuyendo la incidencia de infecciones y sepsis.
d) En pacientes con lesión por inhalación está indicado el uso de heparina nebulizada para descomponer los depósitos de fibrina.

381. En relación con el síndrome de inhalación en la persona paciente gran quemada, señale la afirmación correcta:

a) La intoxicación por cianuro en el síndrome de inhalación solo se produce en incendios de materiales naturales como la madera, no en entornos con plásticos o materiales sintéticos.



b) La hidroxocobalamina está indicada como antídoto en la intoxicación por cianuro producida en la combustión de materiales sintéticos, actuando como agente quelante del cianuro.
c) El monóxido de carbono y el cianuro producen toxicidad por mecanismos completamente distintos y nunca coexisten en la misma persona paciente.
d) El tratamiento de la intoxicación por cianuro en el síndrome de inhalación es exclusivamente de soporte, sin que exista ningún antídoto disponible.

382. Señale la respuesta incorrecta en cuanto al diagnóstico de infección de herida por quemadura:

a) El "gold standard" para el diagnóstico de infección de herida por quemadura es la evidencia histopatológica de la invasión de microorganismos en el tejido sano subyacente.
b) Los valores de corte superiores a 105 CFU/g de tejido muestra evidencia histopatológica de infección en el 75% de los casos.
c) El diagnóstico se basa en criterios clínicos y el tratamiento está guiado por los resultados de cultivos de quemadura.
d) Los puntos de corte con valores inferiores a 105 CFU/g de tejido no se acompaña de evidencia histopatológica de infección.

383. En la intoxicación por opiáceos con depresión respiratoria grave, ¿cuál es el antídoto y la vía de administración inicial?

a) Flumazenilo IV.
b) Naloxona IV (o IM/SC si no hay acceso venoso).
c) Fisostigmina IV.
d) Bromuro de pralidoxima IM.

384. En la intoxicación grave por paracetamol, ¿cuál es el antídoto de primera línea?

a) Vitamina C IV.
b) N-acetilcisteína (NAC) oral o IV.
c) Carbón activado solo.
d) Diálisis sin NAC.

385. En la intoxicación por organofosforados (insecticidas), ¿cuál es el síntoma colinérgico más peligroso y el tratamiento de primera línea?

a) Midriasis y propranolol.
b) Broncospasmo/broncorrea y atropina a dosis altas.
c) Hipertensión y nitroprusiato.
d) Convulsiones y fenitoína.



386. ¿Cuándo está indicada la hemodiálisis en el manejo de intoxicaciones agudas?

a) En toda intoxicación por benzodiacepinas.
b) En intoxicaciones por tóxicos dializables con fallo orgánico o niveles elevados (ej: metanol, etilenglicol, litio, salicilatos).
c) En cualquier intoxicación por alcohol.
d) Solo en intoxicaciones por opiáceos.

387. ¿Cuál es la indicación principal del carbón activado en las intoxicaciones agudas orales?

a) Siempre, en cualquier intoxicación.
b) En la primera hora tras la ingesta de tóxicos que adsorba, sin riesgo de aspiración.
c) Solo en intoxicaciones por cáusticos.
d) A las 6 horas de la ingesta independientemente del tóxico.

388. En relación con las intoxicaciones, una de las siguientes cuestiones es incorrecta…

a) El Nomograma de Rumack-Matthew usa los niveles de paracetamol para predecir su toxicidad.
b) Los criterios del Kings College se usan como pronostico en la hepatotoxicidad inducida por el paracetamol.
c) Se recomienda usar bicarbonato sódico intravenoso para alcalinizar el pH sanguíneo hasta 7,45 – 7,55 como terapia para prevenir y tratar las arritmias asociadas a los antidepresivos tricíclicos.
d) La presencia de acidosis metabólica con anión gap sin osmol gap significativo sugiere presentación precoz tras intoxicación por alcoholes.

389. En una persona paciente intoxicada se preconiza en lo posible la utilización de antídotos/quelantes. Señale la respuesta incorrecta.

a) Hierro --- Deferoxamina.
b) Ácido Valproico --- L-Carnitina.
c) Organofosforado ---Pralidoxima.
d) Isoniacida --- Octeotrido.

390. En intoxicación por metanol y etilenglicol, si se usa fomepizole, ¿con qué niveles se recomienda finalizar?:

a) Con niveles < de 20 mg/dl.
b) Con niveles < de 20 gr/l.
c) Con niveles < 40 gr/l.
d) Con niveles < 40 mg/dl.

391. En la inhalación de vapores de ácido cianhídrico es FALSO que:

a) Es un importante irritante de la vía aérea, sin interferir con la respiración celular.
b) Tiene un olor característico, similar al de las almendras amargas.



c) La cianosis no es característica, aunque puede estar presente.
d) Se utiliza la hidroxicobalamina como antídoto.

392. ¿Cuál es la ventaja principal de las técnicas continuas de depuración renal (TCRR) frente a la hemodiálisis intermitente en la persona paciente crítica inestable?

a) Mayor aclaramiento de urea en menos tiempo.
b) Mejor tolerancia hemodinámica por ultrafiltración lenta y continua.
c) Menor coste económico.
d) No requieren acceso vascular central.

393. ¿Cuál es la principal indicación de inicio de terapia de depuración renal continua en la persona paciente crítica?

a) Creatinina > 1,5 mg/dl aislada.
b) Sobrecarga de volumen refractaria, hiperpotasemia grave, acidosis metabólica severa o uremia sintomática.
c) Diuresis < 1 ml/kg/h durante 2 h.
d) Urea > 40 mg/dl.

394. ¿Cuál es el anticoagulante de elección para el circuito de hemofiltración continua para prolongar la vida del filtro con menor riesgo hemorrágico?

a) Heparina no fraccionada sistémica a dosis altas.
b) Citrato regional.
c) Acenocumarol oral.
d) Fondaparinux subcutáneo.

395. Todos los siguientes se han descrito como factores que predisponen a disfunción primaria del injerto tras el trasplante pulmonar, excepto:

a) La utilización de líquidos de preservación de los pulmones con dextrano y bajas en potasio.
b) Presencia de hipertensión pulmonar previa en el receptor.
c) Edad menor de 21 años y mayor de 45 años en el donante.
d) Bronco-aspiración previa en el donante.

396. ¿Cuál es el criterio diagnóstico de preeclampsia grave por presión arterial?

a) PA > 130/80 mmHg en una sola determinación.
b) PAS ≥ 160 mmHg o PAD ≥ 110 mmHg en 2 determinaciones con ≥ 4 h de diferencia.
c) Cualquier PA > 140/90 mmHg.
d) PAS > 150 mmHg en la semana 20.



397. ¿Cuál es el tratamiento de elección para prevenir y tratar las convulsiones en la eclampsia?

a) Fenitoína IV.
b) Sulfato de magnesio IV.
c) Diazepam IM.
d) Levetiracetam oral.

398. El síndrome HELLP se caracteriza por la tríada:

a) Hipertensión, edemas y leucocitosis.
b) Hemolisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.
c) Hiperglucemia, encefalopatía y linfopenia.
d) Anemia, leucocitosis y elevación de creatinina.

399. ¿Cuál es la dosis de carga de sulfato de magnesio recomendada en la eclampsia?

a) 1 g IV en 5 minutos.
b) 4-6 g IV en 15-20 minutos seguido de perfusión de 1-2 g/h.
c) 10 g IM en una dosis.
d) 0,5 g IV en bolo directo.

400. En la hemorragia masiva obstétrica, de los siguientes enunciados indique el incorrecto:

a) Además de la fluidoterapia y los hemoderivados, la primera medida en caso de Hemorragia Masiva Obstétrica es la Histerectomía.
b) La Atonía Uterina es la causa más frecuente de Hemorragia Masiva Obstétrica, tanto en parto vaginal como en parto por cesárea.
c) El tratamiento farmacológico de primera línea en la Hemorragia Masiva Obstétrica es la Oxitocina en perfusión endovenosa continua.
d) La Metilergonovina es un tratamiento farmacológico de segunda línea para el tratamiento de la Hemorragia Masiva Obstétrica, excepto en casos de Pre-eclampsia.

401. Paciente gestante de 40 años, en la semana 28 de gestación. Presenta datos de hipertensión arterial y edemas. En la analítica presenta anemia, esquistocitosis, trombopenia; incremento de bilirrubina y elevación de transaminasas. De los enunciados siguientes, señale la opción incorrecta:

a) Se trata de una forma grave de Preeclapsia denominada Síndrome HELLP.
b) En este caso no está indicado el Sulfato de Magnesio ni los fármacos antihipertensivos.
c) Además de tratamiento de soporte, el tratamiento de elección es la Dexametasona.
d) Si el cuadro persiste más allá de 72 horas tras el parto, está indicado el recambio plasmático.



402. El síndrome HELLP es una de las causas de deterioro de la función hepática, siendo sus letras un acrónimo, ¿a qué alteraciones analíticas hacen referencia?

a) Hemoconcentración, enzimas hepáticas elevadas y trombosis portal.
b) Hemodilución, enzimas hepáticas elevadas y tromboembolia sistémica.
c) Anemia hemolítica, enzimas hepáticas elevadas y trombosis portal.
d) Anemia hemolítica, enzimas hepáticas elevadas y contaje de plaquetas bajo.

403. ¿Cuál es el umbral de plaquetas para indicar transfusión profiláctica en persona paciente hematológica en UCI sin sangrado activo?

a) < 50.000/µl en todos los casos.
b) < 10.000/µl (o < 20.000/µl si fiebre o factores de riesgo).
c) < 100.000/µl siempre.
d) < 5.000/µl exclusivamente.

404. ¿Cuál es el tratamiento específico de la púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) en UCI?

a) Transfusión de plaquetas de inicio.
b) Plasmaféresis con plasma fresco congelado urgente.
c) Esplenectomía urgente.
d) Heparina a dosis anticoagulantes.

405. ¿Cuál es el objetivo de Hb recomendado para la transfusión en la persona paciente crítica estable sin cardiopatía?

a) Hb < 10 g/dl.
b) Hb < 7 g/dl (estrategia restrictiva).
c) Hb < 12 g/dl.
d) Hb < 8 g/dl en todos los casos.

406. En la punción lumbar de paciente en UCI con sospecha de meningitis bacteriana, ¿cuándo está contraindicada de urgencia?

a) Siempre que haya fiebre alta.
b) Cuando hay datos de hipertensión intracraneal, herniación o coagulopatía grave.
c) Si la persona paciente está sedada.
d) Si recibe heparina profiláctica.

407. La ecografía point-of-care (POCUS) en UCI permite:

a) Sustituir completamente a la ecocardiografía formal.
b) Valoración rápida de la función ventricular, derrames, neumotórax y guía de procedimientos.
c) Solo medir la PVC.
d) Diagnosticar embolismo pulmonar con certeza absoluta.



408. El grado III de Cormack – Lehane al realizar una laringoscopia para intubación, significa:

a) Que se ve la parte posterior de la epiglotis.
b) Que solo se ve la epiglotis.
c) Que no se ve la epiglotis ni la glotis.
d) Se ve toda la glotis.

409. Con respecto a la realización de traqueotomía en una persona paciente intubada, es cierto que:

a) La técnica quirúrgica presenta un riesgo de complicaciones o mortalidad similar al de la técnica percutánea.
b) No existe evidencia de que la realización de una traqueotomía precoz disminuya el tiempo de ventilación mecánica.
c) Se sugiere la realización de traqueotomía precoz sobre la tardía en pacientes con lesión cervical espinal aguda.
d) No existe evidencia de que la realización de traqueotomía percutánea a la cabecera del paciente disminuya costos en relación a la realizada en quirófano.

410. ¿Qué es la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) en UCI?

a) Suspender toda la atención a la persona paciente.
b) Decisión de no iniciar o retirar medidas de soporte vital cuando no ofrecen beneficio a la persona paciente.
c) Sedar a la persona paciente hasta el fallecimiento en todos los casos.
d) Eutanasia activa.

411. ¿Cuál es el principio ético que obliga al/ a la médico/a a actuar en beneficio de la persona paciente?

a) Autonomía.
b) Beneficencia.
c) No maleficencia.
d) Justicia.

412. ¿Qué son las voluntades anticipadas (instrucciones previas)?

a) El testamento de la persona paciente.
b) Documento en el que la persona paciente expresa sus deseos sobre cuidados y tratamientos para situaciones en que no pueda decidir.
c) Un contrato entre médico/a y familia.
d) El formulario de alta voluntaria.



413. ¿Cuándo es válido el consentimiento informado de una persona paciente en UCI?

a) Siempre que la persona paciente firme un papel.
b) Cuando la persona paciente tiene capacidad para decidir, recibe información adecuada y toma la decisión de forma libre y voluntaria.
c) Solo cuando lo presencian dos testigos.
d) Nunca en UCI porque siempre hay urgencia.

414. ¿Qué son los cuidados paliativos en UCI?

a) Sinónimo de abandono del tratamiento activo.
b) Atención integral que alivia el sufrimiento físico, psicológico y espiritual de la persona paciente crítica y su familia, compatible con el tratamiento activo.
c) Exclusivamente sedación terminal.
d) Solo se aplican cuando no hay tratamiento posible.

415. ¿Cuál es la diferencia entre donación en asistolia controlada (tipo III de Maastricht) y no controlada (tipo II)?

a) No hay diferencia legal ni práctica.
b) En la controlada, la asistolia se produce tras LTSV planificada; en la no controlada, ocurre de forma inesperada (PCR extrahospitalaria).
c) La no controlada permite más tiempo de isquemia.
d) La controlada solo se aplica en traumatismos.

416. ¿Cuántos/as médicos/as y de qué especialidades deben certificar la muerte encefálica en España según la legislación vigente?

a) Uno/a, cualquier especialidad.
b) Tres médicos/as, ninguno/a de ellos/as perteneciente al equipo de trasplante.
c) Cinco médicos/as incluyendo al/a la jefe de UCI.
d) Dos médicos/as, uno/a de ellos/as neurólogo/a obligatoriamente.

417. ¿Cuál es la diferencia fundamental entre sedación paliativa y eutanasia?

a) No hay diferencia, son sinónimos.
b) La sedación paliativa busca aliviar el sufrimiento refractario sin acelerar la muerte; la eutanasia tiene como fin la muerte de la persona paciente.
c) La sedación paliativa es ilegal en España.
d) La eutanasia es un derecho sin restricciones en España.

418. Según la LO 3/2021, ¿cuál de los siguientes es un requisito imprescindible para solicitar la prestación de ayuda para morir?

a) Tener más de 65 años.
b) Ser ciudadano/a español/a o residente legal, mayor de 18 años, con capacidad de decidir, y padecer una enfermedad grave e incurable o padecimiento crónico incapacitante.



c) Contar con el consentimiento de dos familiares de primer grado.
d) Ser persona paciente oncológica terminal.

419. ¿Qué garantiza la LO 3/2021 en cuanto al acceso a la prestación de ayuda para morir en el sistema sanitario público?

a) Solo puede realizarse en centros privados.
b) Las administraciones sanitarias deben garantizar el acceso en todos los centros del sistema sanitario, incluyendo los que ejercen objeción de conciencia.
c) Cada comunidad puede negar el acceso sin causa.
d) Solo en hospitales de tercer nivel.

420. ¿Cuál de los siguientes receptores estimula con MENOR intensidad la noradrenalina?

a) Beta1.
b) Beta 2.
c) Alfa 1,
d) Alfa 2.

421. En un caso de shock séptico severo, ¿a partir de qué dosis de noradrenalina se recomienda la asociación de vasopresina?

a) 0,2 mcg/kg/min.
b) 0,25-0,5 mcg/kg/min.
c) 0,75 mcg/kg/min.
d) 1 mcg/kg/min.

422. Sobre el uso de la adrenalina intravenosa en el shock anafiláctico, ¿qué afirmación NO es correcta?

a) Debe realizarse con precaución, y bajo monitorización continua.
b) La dosis inicial es de 0,1 a 0,3 mg intravenoso, y se puede repetir.
c) Se administra sin diluir, a concentración 1:1.000 directamente por vía intravenosa.
d) La dosis en niños/as se ajusta por peso.

423. Sobre los efectos adversos de la dobutamina, señale la que NO es cierta.

a) Los efectos neurológicos más comunes son las náuseas y el dolor de cabeza.
b) Puede generar arritmias supraventriculares.
c) Las personas con sensibilidad a los sulfitos presentan mayor número de reacciones alérgicas.
d) Disminuye el consumo de oxígeno miocárdico.



424. ¿En qué tipo de pacientes es mayor el efecto hemodinámico de la angiotensina II?

a) Pacientes de edad avanzada.
b) Pacientes con insuficiencia hepática.
c) Pacientes con niveles elevados de renina.
d) Pacientes con shock séptico de origen respiratorio.

425. De las siguientes afirmaciones sobre el fentanilo, ¿cuál NO es correcta?

a) Se puede emplear tanto en la inducción como en el mantenimiento de la sedación.
b) Dada su seguridad de uso, se puede retirar de forma brusca, aunque se haya empleado de forma prolongada.
c) Puede generar hipotensión arterial, sobre todo en pacientes con hipovolemia.
d) El efecto adverso más grave es la depresión respiratoria.

426. ¿Qué puntuación obtendría en la escala Richmons Agitation Sedation Scale (RASS) una persona paciente agresiva, que intenta retirarse los tubos o catéteres?

a) +4.
b) +3.
c) +2.
d) +1.

427. Sobre el uso de opiáceos en Medicina Intensiva, señala la opción INCORRECTA.

a) El remifentanilo tiene una vida media muy corta, y puede haber hiperalgesia tras su retirada.
b) El fentanilo se puede emplear en bolos o perfusión continua.
c) La morfina es un fármaco poco hidrófilo (soluble en agua) y tiene una alta liposolubilidad en comparación con otros opioides como el fentanilo.
d) La morfina tiene una mayor duración medular, y puede durar hasta 24 horas tras su administración intratecal.

428. ¿Qué efecto secundario NO produce el fentanilo?

a) Depresión respiratoria.
b) Náuseas y vómitos.
c) Estreñimiento.
d) Descenso de la presión intracraneal.

429. ¿Cuál de los siguientes NO es un antibiótico eficaz frente al Staphylococcus aureus meticilin-resistente?

a) Cloxacilina.
b) Vancomicina.
c) Linezolid.
d) Ceftarolina



430. Una de las siguientes NO es un enzima que producen las enterobacterias productoras de betalactamasas:

a) KPC.
b) OXA-48.
c) NDM (Nueva Delhi).
d) HPH.

431. Ante una infección por enterobacterias productoras de carbapenemasas, ¿cuál de los siguientes antibióticos NO sería eficaz?

a) Cefatzidima-avibactam.
b) Aztreonam-avibactam.
c) Ceftarolina.
d) Meropenem-vaborbactam.

432. A la hora de elegir el antibiótico adecuado para las enterobacterias productoras de carbapenemasas, hay que considerar qué enzima genera la resistencia. ¿Qué pareja antibiótico-enzima es correcta?

a) Ceftazidima/Avibactam y metalo-beta-lactamasas (MBL).
b) Meropenem/Vaborbactam y OXA-48.
c) Aztreonam/ avibactam y metalo-beta-lactamasas (MBL).
d) En pacientes con resistencia tipo Nueva Delhi se emplea Ceftazidima/Avibactam en monoterapia.

433. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el dispositivo IMPELLA NO es cierta?

a) Se puede emplear en intervenciones coronarias de alto riesgo,
b) Los modelos quirúrgicos aportan un mayor flujo que los percutáneos,
c) Una de las complicaciones principales es la hemólisis.
d) Dada su velocidad, no precisa anticoagulación.

434. ¿Cuál de las siguientes NO es una contraindicación para el uso de balón de contrapulsación?

a) Afectación de tronco coronario.
b) Insuficiencia aórtica.
c) Disección aórtica.
d) Aneurisma aórtico.

435. ¿Cuál de las siguientes NO es una indicación para el uso de balón de contrapulsación?

a) Angina inestable refractaria.
b) Edema agudo de pulmón por sobrecarga de volumen.
c) Complicaciones mecánicas del infarto agudo de miocardio.
d) Intervencionismo coronario de alto riesgo



436. El uso de balón de contrapulsación intraaórtico está indicado en: (Señale la opción más correcta)

a) Pacientes con IAM en shock cardiogénico.
b) Pacientes con insuficiencia valvular aórtica.
c) Pacientes con mala función ventricular izquierda previo a la cirugía de revascularización coronaria.
d) Las respuestas a y c son correctas.

437. Ante una persona con shock vasopléjico después de cirugía cardiaca, ¿qué fármaco NO estaría indicado?

a) Noradrenalina.
b) Vasopresina.
c) Dobutamina.
d) Angiotensina II.

438. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las complicaciones tras neumonectomía NO es correcta?

a) El edema pulmonar posneumonectomía es muy frecuente, pero de poca gravedad.
b) La aparición de enfisema subcutáneo nos debe hacer pensar en una fístula broncopleural.
c) El síndrome posneumonectomía se debe a un desplazamiento extremo del mediastino (corazón y tráquea) hacia el lado vacío, lo que puede comprimir las vías respiratorias.
d) La fibrilación auricular es una complicación bastante frecuente.

439. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de mal pronóstico en cirugía cardiaca?

a) Edad avanzada.
b) Insuficiencia renal crónica.
c) Origen reumático de las valvulopatías.
d) Cirugía urgente.

440. ¿Cuál de los siguientes parámetros no se considera en la escala SOFA?

a) Niveles de creatinina.
b) Niveles de bilirrubina.
c) Edad.
d) Sat O2/FiO2.

441. Entre las diferencias entre la escala SOFA y la escala APACHE II, ¿cuál NO es cierta?

a) La escala SOFA tiene menos variables que la escala APACHE II.
b) La escala SOFA considera si el fracaso renal es agudo o no, mientras que la escala APACHE II no lo hace.
c) La escala SOFA no considera la enfermedad crónica.



d) La escala APACHE II categoriza la edad en 5 categorías.

442. Existen escalas de gravedad específicas para algunas enfermedades. ¿Cuál de estos binomios NO es correcto?

a) BISAP / pancreatitis aguda.
b) CURB-65 / neumonía adquirida en la comunidad.
c) NIHSS / ictus isquémico,
d) FAST y traumatismo craneo-encefálico

443. Sobre la escala SOFA, ¿qué afirmación es correcta?

a) Requiere estar con ventilación mecánica invasiva para ser aplicada.
b) Su uso evolutivo es muy útil, ya que un aumento en 48 horas indica mal pronóstico.
c) Considera la comorbilidad de la persona paciente.
d) Es imprescindible disponer de una gasometría arterial.

444. ¿Cuál es el nivel adecuado de respuesta con el uso de la escala TOF (train of four) para el uso de relajación muscular mantenida en Medicina Intensiva?

a) 4 respuestas.
b) 3 respuestas.
c) 1-2 respuestas.
d) 0 respuestas.

445. ¿En relación a la capnografía en la persona paciente crítica, que respuesta NO es correcta?

a) Puede emplearse para conocer si la intuación orotraqueal es correcta.
b) Los niveles obtenidos son ligeramente superiores a la paCO2.
c) Puede ser útil para valorar la recuperación de circulación y respiración espontánea en la parada cardio-respiratoria.
d) Se puede emplear en el paciente intubado y no intubado.

446. De las siguientes afirmaciones sobre la capnografía, ¿cuál NO es una afirmación correcta?

a) La onda presenta 3 fases.
b) Se puede emplear para verificar la vía aérea.
c) En pacientes con asma y EPOC puede ser de utilidad para valorar la respuesta broncodilatadora.
d) Se puede emplear para controlar la ventilación durante la asistencia a la persona paciente con sospecha de hipertensión intracraneal.



447. La variabilidad de presión de pulso se emplea para conocer el volumen intravascular. ¿Qué requisito no es necesario para su uso?

a) Buena compliance pulmonar.
b) Ventilación mecánica controlada.
c) Ritmo sinusal.
d) Temperatura corporal inferior a 40 ºC.

448. Nos encontramos ante una persona con los siguientes parámetros hemodinámicos: índice cardiaco de 6 l/min/m², resistencias vasculares sistémicas de 670 dinas-seg/cm5, variabilidad de presión de pulso del 7%. ¿Qué tipo de shock presenta con mayor seguridad?

a) Shock cardiogénico.
b) Shock distributivo.
c) Shock hipovolémico.
d) Shock hemorrágico.

449. ¿Qué parámetro NO permite evaluar un catéter de Swan-Ganz?

a) Presión capilar pulmonar.
b) Presión venosa central.
c) Variabilidad de la presión de pulso.
d) Presión de arteria pulmonar.

450. ¿Cuál de las siguientes condiciones NO es necesaria para que la medida de variabilidad de volumen sistólico (VVS) sea fiable?

a) Paciente en ventilación mecánica controlada.
b) Paciente sin ningún esfuerzo terapéutico.
c) Paciente en ritmo sinusal.
d) Dosis máxima de noradrenalina de 1 mcg/kg/min.



EJERCICIOS PRÁCTICOS

CASO 1 PREGUNTAS 451-457

Mujer de 62 años, antecedente personal de dislipemia. Ingresa en el Servicio de Digestivo hace 48 horas por un cuadro de pancreatitis aguda que se inició hace 72 horas. Desarrolla dolor abdominal que no cede con analgésicos de primer nivel, afectación de la función renal e insuficiencia respiratoria, motivo por el que es trasladada al Servicio de Medicina Intensiva.

A su llegada al Servicio de Medicina Intensiva presenta una TA de 112/63 mm Hg, FC 108 lpm, FR 26 resp/min, Sat O2 basal de 91%, Tª de 36,4ºC. Se encuentra consciente, orientada, con buena perfusión, pero sequedad de piel y mucosas. Respiración superficial con taquipnea. Abdomen globuloso, distendido, doloroso a la palpación en epigastrio. No se ausculta peristaltismo. Las extremidades son normales.

451. Se decide monitorizar la presión intra-abdominal (PIA). Al respecyo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a) Se mide de forma invasiva con un catéter peritoneal.
b) Unos valores superiores a 25 cm de H2O indican síndrome compartimenal abdominal de forma automática.
c) En caso de hipertensión intraabdominal se propone un tratamiento quirúrgico inmediato.
d) Se calibra el "cero" a la altura de la línea medioaxilar, a nivel de la cresta ilíaca.

452. Se inicia tratamiento con analgesia, sueroterapia, y se coloca una sonda nasogástrica. En menos de 48 horas la paciente desarrolla un shock distributivo, con necesidades de noradrenalina a 0,22 mcg/kg/min, fracaso renal con una creatinina de 2,2 mg/dL, pero diuresis conservada, e insuficiencia respiratoria que requiere intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Ante la sospecha de un Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto (SDRA), ¿cuál de los siguientes NO es un criterio diagnóstico?

a) Tiempo: los síntomas deben aparecer o empeorar en las dos primeras semanas tras una agresión clínica conocida o un factor desencadenante.
b) Imagen: opacidades bilaterales en la radiografía o TAC de tórax que no se explican por derrames pleurales, atelectasias o nódulos.
c) Origen: el fallo respiratorio no se explica en su totalidad por insuficiencia cardíaca o sobrecarga de líquidos.
d) Oxigenación: Hipoxemia evaluada mediante la relación entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno.



453. Confirmado el Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto (SDRA), ¿cuál de los siguientes parámetros de ventilación mecánica NO es adecuado?

a) Volumen tidal de 6 a 8 ml/kg.
b) Presión plateau inferior a 30 cm H2O.
c) Driving Pressure (Presión de distensión) inferior a 20 cm H2O.
d) Se tolera la hipercapnia permisiva.

454. Se decide añadir relajación muscular al tratamiento, con una sedación adecuada. Para el control de la sedación se monitoriza el índice biespectral (BIS). ¿Cuál sería el rango ideal para esta paciente?:

a) 90-100.
b) 60-80.
c) 40-60.
d) 20-40.

455. La evolución de la paciente es buena, con mejoría de la distensibilidad pulmonar y la oxigenación, Recupera la función renal, se baja la noradrenalina hasta dosis mínimas, y tolera la nutrición enteral. El día 12 comienza con fiebre, secreciones purulentas por tubo endotraqueal, y alteración de la oxigenación. ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio de neumonía asociada a ventilación mecánica?:

a) Fiebre > 38.2ºC sin otra causa evidente o hipotermia.
b) Aumento de proteína C reactiva (PCR).
c) Leucocitosis > 12000 o leucopenia < 4500.
d) Aparición un nuevo infiltrado radiológico.

456. En el aspirado traqueal extraído se aísla un Enterobacter cloacae complex, resistente a cefotaxima, sensible a meropenem. ¿Cuál debe ser la duración estimada del ciclo antibiótico?

a) 5 días.
b) 7 a 10 días.
c) 10 a 14 días.
d) 14 a 21 días.

457. A los 6 días de antibioterapia se mantienen las secreciones purulentas, con aumento de temperatura y aumento de procalcitonina. Repetido el aspirado traqueal, se aisla Enterobacter colacae complex, productor de carbapenemasas, tipo metalo-beta-lactamasa (MBL). ¿Cuñal sería la mejor combinación antibiótica?

a) Ceftarolina y aztreonam.
b) Ceftazidima-avibactam y aztreonam.
c) Meropenem y amikacina inhalada.
d) Ciprofloxacino y amikacina inhalada.



CASO 2 PREGUNTAS 458-462

Mujer de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad, ingresada en la UCI por neumonía grave por SARS-CoV-2. Por un antígeno positivo para neumococo y ligera elevación de procalcitonina, se decide añadir al tratamiento ceftriaxona y azitromicina. Precisa ventilación mecánica invasiva y presenta un cuadro de shock distributivo que requiere soporte con noradrenalina a 0,4 mcg/kg/min. Al quinto día, la paciente presenta una fibrilación auricular de nueva aparición (NOAF) con respuesta ventricular de 155 lpm, por lo que se le pauta amiodarona. Otras complicaciones han sido un íleo paralítico (se añade metoclopramida con buena respuesta).

458. Para optimizar el reclutamiento alveolar en esta paciente con SDRA, usted decide monitorizar los cambios mediante ecografía pulmonar cuantitativa. Según el consenso ESICM-ESPNIC (2025), ¿qué ajuste técnico es fundamental para la correcta visualización de artefactos?:

a) Activar siempre los armónicos de tejido (tissue harmonics) para mejorar la resolución.
b) Desactivar las funciones de post-procesamiento, eliminación de artefactos y auto-optimización.
c) Ajustar la profundidad del campo para que sea exactamente la misma que la de la pleura.
d) Utilizar exclusivamente una sonda lineal de alta frecuencia en las regiones posteriores.

459. ¿Qué habrá ocurrido con el gasto cardiaco en el momento en el que se desata la arritmia?

a) Subirá porque siempre sube al aumentar la frecuencia cardiaca.
b) Se mantendrá igual, la arritmia no tiene ningún efecto sobre el mismo.
c) Probablemente disminuirá por la ausencia de contracción auricular y por recortarse el tiempo de diástole en frecuencias tan altas.
d) No es posible predecir lo que ocurre con el gasto cardiaco sin tener monitorizadas las resistencias sistémicas.

460. Durante la evolución y tras remitir la fibrilación auricular, la paciente presenta una racha de taquicardia ventricular polimórfica ¿Qué fármaco consideras que NO ha participado en esta complicación?

a) Amiodarona.
b) Azitromicina.
c) Metoclopramida.
d) Noradrenalina

461. A pesar de los esfuerzos la paciente pierde la consciencia y el pulso sin cambiar el trazado electrocardiográfico. ¿Cuál es la actitud adecuada en ese momento?

a) Intubación inmediata dado que la paciente está en parada cardiorrespiratoria
b) Iniciar compresiones torácicas y comprobar ritmo a los dos minutos.
c) Administrar tres descargas consecutivas dado que se trata de una parada en ritmo desfibrilable en una persona monitorizada, y después continuar con compresiones.
d) Administrar inmediatamente 1 mg de adrenalina porque se inicia el algoritmo de parada en ritmo desfibrilable.

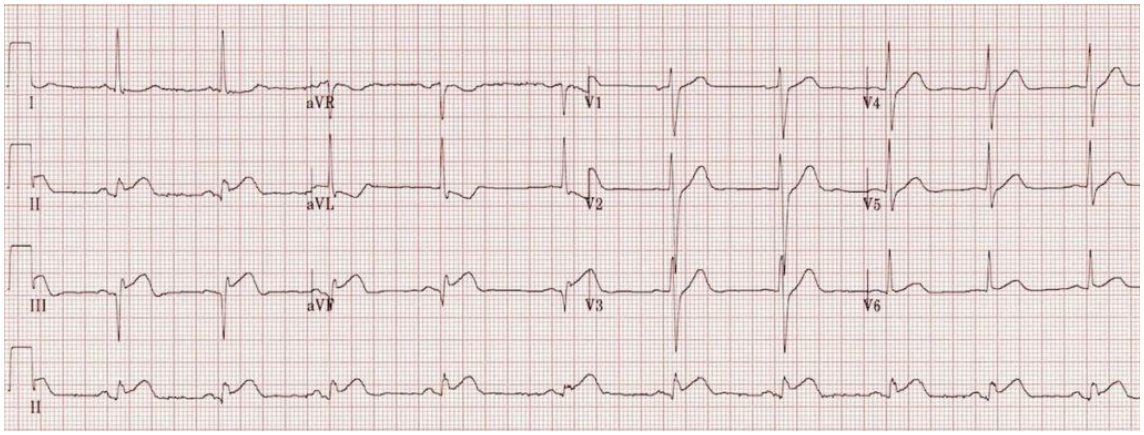
462. Tras recuperar el ritmo, la paciente muestra signos de shock profundo. Se instaura un sistema de monitorización mínimamente invasivo que aporta los siguientes datos: el índice cardiaco es bajo, con volúmenes de llenado bajos, contractilidad normal, resistencias altas y agua extravascular pulmonar bajas. ¿qué etiología para este nuevo shock es compatible con lo descrito?

a) Nuevo shock séptico por reinfección.
b) Shock cardiogénico por taquimiocardiopatía.
c) Anafilaxia por alguno de los fármacos introducidos.
d) Tromboembolismo pulmonar.

CASO 3 PREGUNTAS 463-464

Varón de 58 años, fumador activo y con hipertensión arterial en tratamiento, que acude a un hospital comarcal (sin capacidad de ICP) por dolor torácico opresivo irradiado a brazo izquierdo de 2 horas de evolución. El paciente se encuentra pálido, sudoroso y con signos de dificultad respiratoria. Su presión arterial es de 92/58 mmHg, frecuencia cardíaca de 108 lpm y saturación de oxígeno de 94% al aire ambiente. En la auscultación cardíaca destaca un soplo holosistólico de nueva aparición en el ápex y crepitantes húmedos en las bases pulmonares.

El EKG realizado:





463. Ante este trazado electrocardiográfico y la clínica descrita, ¿cuál es el diagnóstico sindrómico de sospecha actual?

a) Síndrome coronario agudo SIN elevación del ST con comunicación interventricular.
b) Síndrome coronario agudo CON supradesnivelación del segmento ST en cara inferior complicado con rotura papilar o rotura interventricular.
c) Angina inestable con isquemia ventricular derecha.
d) Pericarditis aguda con derrame pericárdico grave y taponameinto cardiaco.

464. El centro de ICP más cercano se encuentra a 150 minutos de transporte terrestre. Según las guías actuales, ¿cuál es la estrategia recomendada?

a) Traslado inmediato a centro de referencia con intento de estabilización previa, mecánica si es necesario.
b) Administración inmediata de fibrinolítico y traslado posterior.
c) Esperar 60 minutos para repetir el ECG antes de decidir.
d) Realizar angiografía coronaria pasadas 24 horas y solucionado el estado de shock.

CASO 4 PREGUNTAS 465-471

Mujer de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Acude a urgencias por debilidad progresiva en ambas extremidades inferiores con parestesias de 4 días de evolución, a las que se suman en las últimas horas parestesias en manos, dolor muscular difuso y visión borrosa. Dos semanas antes refirió diarrea hemática de 4 días con dolor abdominal, náuseas y cefalea. En la exploración actual presenta déficit motor en extremidades inferiores y manos, parestesias, ROT disminuidos y reflejos pupilares lentos. Se sospecha síndrome de Guillain-Barré (SGB).

465. Se solicita punción lumbar para estudio del LCR. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los hallazgos esperados en el LCR es FALSA?

a) La disociación albuminocitológica está presente desde el inicio del cuadro hasta la resolución.
b) La concentración normal de proteínas en el LCR no descarta el diagnóstico de SGB.
c) La presencia de pleocitosis marcada con células mononucleares sugiere afectación neoplásica como alternativa.
d) La disociación albuminocitológica es un hallazgo clásico que apoya el diagnóstico de SGB.

466. En la exploración neurológica de esta paciente se objetivan varios hallazgos compatibles con SGB. ¿Cuál de los siguientes NO esperaría encontrar?

a) Parálisis facial.
b) Inicio en las extremidades inferiores.
c) Hiperreflexia.
d) Debilidad muscular flácida.



467. Confirmado el diagnóstico de SGB, el equipo asistencial decide iniciar tratamiento. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los criterios y opciones terapéuticas es FALSA:

a) El tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) está indicado para el SGB.
b) El tratamiento con plasmaféresis es igual de eficaz que las inmunoglobulinas.
c) La dosis de IgIV es de 0,4 g/kg de peso corporal diariamente durante cinco días.
d) Están indicados los corticoides combinados con plasmaféresis o inmunoglobulina.

468. Durante los primeros días de ingreso, la paciente refiere dolor intenso de características neuropáticas en miembros inferiores, con sensación de quemazón y alodinia. La EVA es 8/10. No presenta alteraciones hemodinámicas ni respiratorias. Según las guías European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society Guideline on diagnosis and treatment of Guillain-Barré síndrome 2023, ¿cuál es la estrategia analgésica más adecuada como primera línea?:

a) Iniciar morfina intravenosa en perfusión continua como primera opción, dado que el dolor es severo y requiere analgesia potente inmediata.
b) Administrar ibuprofeno a dosis altas pautado cada 8 horas, ya que los AINEs son suficientes para el control del dolor neuropático en la fase aguda.
c) Iniciar gabapentinoides, antidepresivos tricíclicos o carbamazepina, por ser los fármacos de primera línea indicados para el dolor neuropático y radicular del SGB.
d) Administrar metilprednisolona intravenosa, ya que los corticosteroides tienen efecto tanto antiinflamatorio como analgésico en el SGB agudo.

469. Al tercer día de ingreso, la paciente presenta dificultad para levantar la cabeza de la almohada y no puede elevar las piernas contra gravedad. La saturación de oxígeno es 96% y la gasometría arterial es aún normal. Aplicando la escala mEGRIS (modified Erasmus GBS Respiratory Insufficiency Score), ¿cuál es la conducta más adecuada en este momento?:

a) Alta vigilancia y monitorización estrecha de la función respiratoria, ya que la debilidad de flexión cervical y de cadera son predictores de ventilación mecánica inminente, aunque la gasometría sea normal.
b) Tranquilizar al paciente y esperar deterioro gasométrico antes de tomar decisiones, ya que la intubación solo está indicada cuando la PaO_2 cae por debajo de 60 mmHg.
c) Iniciar ventilación mecánica no invasiva (VMNI) de forma inmediata como tratamiento definitivo, ya que en SGB es suficiente para evitar la intubación orotraqueal.
d) Solicitar una nueva electromiografía para confirmar la progresión antes de cualquier decisión sobre el manejo respiratorio.



470. Finalmente, la paciente requiere intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva. Al segundo día tras la intubación presenta fiebre de 38 °C e hipotensión arterial. Ante este cuadro, ¿cuál es la actitud más adecuada?

a) Dado que la fiebre y la hipotensión pueden formar parte del cuadro de disautonomía del SGB, se recomienda observación y esperar evolución.
b) Iniciar cobertura antibiótica de amplio espectro de forma empírica sin realizar cultivos previos.
c) Obtener hemocultivo, cultivo de aspirado traqueal y urocultivo, y no iniciar tratamiento hasta confirmación microbiológica.
d) Exploración clínica, hemograma con marcadores de inflamación y sepsis, hemocultivos, cultivo de aspirado traqueal y urocultivo, e iniciar cobertura antibiótica de amplio espectro.

471. Tras diagnóstico y tratamiento dirigido al proceso séptico se realiza ventana de sedación. La paciente presenta letargia, hipoactividad y escasa respuesta durante la valoración neurológica. Se sabe que el delirio en mujeres puede manifestarse con formas hipoactivas menos evidentes clínicamente, lo que favorece su infradiagnóstico frente al delirio hiperactivo. Para reducir los sesgos de sexo en la atención neurológica al paciente crítico, ¿cuál de las siguientes intervenciones refleja mejor el concepto de equidad (frente a igualdad) en la práctica clínica de UCI?

a) Aplicar el mismo protocolo de sedoanalgesia a todos los pacientes con independencia del sexo, ya que la igualdad de trato garantiza la equidad.
b) Reservar la monitorización neurológica intensiva para pacientes varones por su mayor riesgo de delirio hiperactivo y autoextubación.
c) Adaptar la valoración del riesgo (delirio, debilidad, depresión) y los planes de cuidados considerando el sexo biológico como variable, utilizando herramientas validadas de forma sistemática en todas las pacientes.
d) Aumentar la dosis de antipsicóticos en mujeres de forma preventiva para compensar el infradiagnóstico del delirio hipoactivo.

CASO 5 PREGUNTAS 472-478

Persona de 70 años de edad, de sexo femenino, con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 10 mg/24 h, diabetes mellitus tipo 2 con metformina 850 mg/12 h, y síndrome ansioso-depresivo en tratamiento crónico con clonazepam 2 mg/noche y amitriptilina 75 mg/noche.

La paciente es encontrada en su domicilio en estado de disminución del nivel de consciencia, con envases vacíos de clonazepam, amitriptilina y metformina. El familiar refiere ánimo deprimido desde hacía semanas. Es trasladada en SVA al servicio de urgencias, con llegada aproximada 90 minutos después de la ingesta presumida.

Presenta Glasgow Coma Scale 7/15, con agitación psicomotriz que alterna con períodos con hipotonía. PA 85/50 mm Hg, FC 125 lpm FR 10 (bradipnea superficial), SpO2 88% con mascarilla 15 lpm, Tª 37,2ºC. Pupilas midriáticas bilaterales (8 mm) poco reactivas. Piel seca, caliente. Retención urinaria y abolición de ruidos intestinales. El ECG muestra taquicardia sinusal a 122 lpm, QRS de 130 mseg, QTc 550 mseg, R prominente



en aVR>3 con eje desviado a la derecha. La gasometría arterial a su llegada tiene pH 7,18, PaCO2 52 mm Hg, PaO2 58 mm Hg, HCO3- 18 mEq/L, lactato 6,2 mmol/L, glucemia 78 mg/dL. En la bioquímica urgente los datos llamativos son creatinina 2,1 mg/dL, Na+ 141 mEq/L, K+ 5,8 mEq/L, glucosa de 80 mg/dL.

A los 25 min del ingreso en urgencias evoluciona con parada cardiorrespiratoria en Torsada de Pointes. Recibe maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada durante 18 min con recuperación de la circulación espontánea y se traslada a UCI.

472. A la llegada a urgencias, 90 minutos tras la ingesta presunta, con un paciente con GCS 7 por intoxicación mixta grave, ¿cuál es la estrategia de descontaminación gastrointestinal MÁS ADECUADA?

a) Administrar jarabe de ipecacuana para inducir el vómito y facilitar la eliminación del tóxico gástrico antes del lavado.
b) Realizar lavado gástrico de forma inmediata a través de sonda nasogástrica, sin protección previa de la vía aérea, ya que la eficacia es mayor cuanto más precoz.
c) Asegurar la vía aérea mediante intubación orotraqueal y administrar carbón activado (1 g/kg), dada la ingesta de amitriptilina, clonazepam y metformina, siendo el carbón la opción de mayor eficacia y menor riesgo en este contexto.
d) No realizar ninguna medida de descontaminación digestiva, ya que han transcurrido más de 60 minutos y la evidencia demuestra que la eficacia es nula a partir de esta hora.

473. El electrocardiograma de la paciente muestra QRS 130 ms, QTc 550 ms y onda R prominente en aVR > 3 mm, compatible con toxicidad por antidepresivo tricíclico (ATC). ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de PRIMERA LINEA para revertir la cardiotoxicidad por ATC?

a) Administrar fisostigmina intravenosa (2 mg IV lento) para antagonizar el efecto anticolinérgico central y revertir el QRS ancho.
b) Administrar bicarbonato sódico hipertónico intravenoso (1-2 mEq/kg en bolo) para alcalinizar el suero hasta pH 7,45-7,55, con el objetivo de revertir el bloqueo de canales de sodio y reducir el QRS.
c) Administrar amiodarona IV como antiarrítmico de primera línea en el QRS ancho por ATC, dado su perfil de seguridad en la taquicardia ventricular.
d) Administrar fenitoína IV para controlar las arritmias ventriculares y las convulsiones en la intoxicación por ATC, dado su mecanismo de bloqueo de canales de sodio.

474. Con respecto a la evolución hacia la Torsada y la aplicación de medidas para recuperar la circulación espontánea en esta paciente ¿Cuál de las siguientes medidas de soporte vital avanzado es MAS CORRECTA en el manejo de la PCR por intoxicación grave con antidepresivos tricíclicos (ATC)?

a) Administrar adrenalina cada 3-5 minutos a dosis estándar (1 mg IV) como único vasopresor, evitando cualquier otra medida, ya que la interacción con el ATC contraindicaría otras drogas vasoactivas.



b) Ante la ausencia de recuperación de la circulación espontánea tras 15-20 minutos, suspender la reanimación, ya que la encefalopatía post-anóxica es invariablemente fatal en la intoxicación por ATC.
c) Administrar propranolol IV para controlar las arritmias ventriculares refractarias secundarias a la intoxicación por ATC durante la RCP.
d) Considerar de forma precoz la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en la PCR refractaria por intoxicación por ATC cuando las medidas convencionales de reanimación no logran la recuperación de la circulación espontánea, dada la potencial reversibilidad del cuadro.

475. En el contexto de la intoxicación mixta por clonazepam y amitriptilina, ingresada en la UCI tras la recuperación de la parada, ¿cuál es la actitud MAS CORRECTA respecto a la administración de flumazenilo?

a) El flumazenilo está contraindicado en esta paciente: puede precipitar convulsiones por síndrome de abstinencia a benzodiazepinas en persona con uso crónico, y no revierte de forma fiable la depresion respiratoria en la intoxicación mixta con antidepresivos tricíclicos.
b) El flumazenilo es el antídoto de primera línea en toda intoxicación por benzodiazepinas y debe administrarse de forma sistemática para revertir la sedación y evitar la intubación orotraqueal.
c) El flumazenilo puede administrarse de forma segura en esta paciente ya que el uso crónico de clonazepam no predispone al síndrome de abstinencia al antagonizar los receptores GABA.
d) El flumazenilo está indicado únicamente si la paciente no responde al bicarbonato sódico, dado que sus efectos sobre el QRS son superiores a los del bicarbonato en la intoxicación mixta

476. Teniendo en cuenta los hallazgos de la gasometría y el tratamiento crónico con metformina 850 mg/12 h que tenía la paciente, ¿cuál es la interpretación fisiopatológica MAS CORRECTA y la actitud terapéutica prioritaria?

a) La acidosis láctica se debe exclusivamente a la hipoperfusión tisular durante la PCR y se corregirá de forma espontánea con la normalización del gasto cardiaco; no es necesaria ninguna medida específica para la metformina.
b) La combinación de insuficiencia renal aguda (creatinina 2,1 mg/dL), acidosis láctica grave (lactato 6,2 mmol/L) y tratamiento crónico con metformina hace altamente probable la acidosis láctica asociada a metformina (MALA); la hemodiálisis es el tratamiento mas eficaz para eliminar la metformina y corregir la acidosis.
c) La metformina no produce acidosis láctica salvo en sobredosis masiva intencionada; en este caso la acidosis láctica es de origen exclusivamente respiratorio por la hipoventilación.
d) El tratamiento de elección de la MALA es la administración de bicarbonato sódico en perfusión continua hasta normalizar el pH, sin necesidad de técnicas de depuración extracorpórea.



477. Respecto a las indicaciones de las tecnicas de depuración extracorpórea (TDE) en la persona intoxicada, señale la afirmación MAS CORRECTA:

a) La hemodiálisis es eficaz para la eliminación de los antidepresivos tricíclicos (ATC), dado que su efecto sobre la mortalidad ha sido demostrado en ensayos clínicos aleatorizados.
b) La terapia de reemplazo renal continua (TRRC) es superior a la hemodiálisis intermitente (HDI) para la eliminación de tóxicos en la intoxicación aguda grave, por lo que debe ser la técnica de primera elección.
c) Las TDE son más eficaces para tóxicos con bajo volumen de distribución (< 1 L/kg), baja unión a proteínas plasmáticas, bajo peso molecular y alta hidrosolubilidad; los ATC no cumplen estos criterios, mientras que la metformina y el litio si los cumplen.
d) La hipoperfusión con carbón es equivalente a la hemodiálisis convencional en todas las intoxicaciones y debe emplearse de forma preferente por su mayor disponibilidad en los servicios de urgencias.

478. Durante el ingreso en UCI, al revisar el tratamiento crónico de la paciente, se identifica que también tomaba de forma crónica enalapril. En el contexto de la intoxicación aguda grave y el manejo del soporte vasopresor, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la interacción farmacodinámica del enalapril con el manejo del shock toxico es MAS CORRECTA?

a) El enalapril crónico no tiene relevancia en el manejo hemodinámico de la intoxicación aguda, ya que su efecto vasodilatador se antagoniza por la descarga adrenérgica del estrés.
b) En la hipotensión por intoxicación toxica, la dopamina es el vasopresor de primera línea de elección porque su efecto dopaminérgico renal protege la función renal, que ya está comprometida por la metformina.
c) La vasopresina está contraindicada en personas con tratamiento crónico con IECAs por el riesgo de hiperpotasemia grave al combinarse con la hiperpotasemia ya presente (K+ 5,8 mEq/L).
d) La norepinefrina es el vasopresor de primera linea en la hipotension por intoxicacion, ya que la hipotension en el shock toxico se debe principalmente a pérdida del tono vasomotor periférico; el tratamiento cronico con IECA puede potenciar la vasodilatacion y aumentar el requerimiento de vasopresor.

CASO 6 PREGUNTAS 479-487

Varón de 42 años que ingresa en UCI tras accidente de tráfico de alta energía. A su llegada: GCS 9 (O2V2M5), PA 68/40 mmHg, FC 132 lpm, FR 28 rpm, SatO_2 88% con O_2 en mascarilla. Exploración: anisocoria derecha, crepitación costal bilateral (3.ª-7.ª costilla izquierda), timpanismo en hemitórax izquierdo, abdomen tenso y doloroso en hipocondrio derecho.

TC body: hematoma subdural frontoparietal derecho con desviación de línea media de 6 mm, hemotórax masivo izquierdo, laceración hepática grado IV, fractura pélvica con hematoma retroperitoneal.

Analítica: Hb 6,8 g/dL | Plaquetas 68.000/µL | TP 18 seg | TTPa 48 seg | Fibrinógeno 0,9 g/L | Lactato 8,2 mmol/L | pH 7,18 | BE -12.



479. Según el perfil gasométrico y analítico, ¿cuál es el diagnóstico fisiopatológico prioritario en este momento?

a) Acidosis respiratoria por insuficiencia respiratoria aguda secundaria al hemotórax izquierdo.
b) Coagulopatía traumática aguda con acidosis metabólica en el contexto de shock hemorrágico clase IV.
c) Cetoacidosis diabética desencadenada por el traumatismo.
d) Shock distributivo por respuesta inflamatoria sistémica post-traumática.

480. ¿Cuál es la estrategia transfusional inicial más adecuada en este paciente siguiendo los principios de Damage Control Resuscitation (DCR)?

a) Transfundir concentrados de hematíes hasta Hb > 10 g/dL antes de cualquier intervención quirúrgica.
b) Iniciar transfusión de plasma fresco congelado de forma aislada para corregir la coagulopatía.
c) Activar protocolo de transfusión masiva con ratio 1:1:1 (hematíes:plasma:plaquetas) y administrar ácido tranexámico precoz.
d) Restringir transfusión hasta confirmar la fuente de sangrado mediante angiografía.

481. La anisocoria derecha con hematoma subdural de 6 mm de desviación de línea media, ¿qué implica en la gestión inmediata del TCE?

a) Indica herniación transtentorial inminente: hiperventilación moderada transitoria, manitol 20% (0,5-1 g/kg) y valoración neuroquirúrgica urgente.
b) No requiere intervención inmediata; prioridad absoluta es el control de la hemorragia abdominal.
c) Contraindicación absoluta para la cirugía abdominal hasta resolver quirúrgicamente el TCE.
d) Se debe iniciar tratamiento anticoagulante para prevenir extensión del hematoma subdural.

482. Respecto al manejo de la hipotensión en este paciente con TCE grave y shock hemorrágico, ¿qué objetivo de presión arterial media (PAM) es el más adecuado?

a) PAM 50 mmHg, priorizando la hipotensión permisiva para reducir el sangrado activo.
b) PAM ≥ 80 mmHg para garantizar una presión de perfusión cerebral adecuada pese al riesgo de aumentar el sangrado.
c) PAM 65-70 mmHg como compromiso entre perfusión cerebral mínima y no exacerbación del sangrado.
d) La PAM no es relevante; la prioridad es normalizar la frecuencia cardíaca por debajo de 100 lpm.



483. El timpanismo en hemitórax izquierdo junto con la inestabilidad hemodinámica, ¿qué diagnóstico hay que descartar de forma inmediata y cuál sería el tratamiento de primera línea?

a) Contusión pulmonar izquierda: broncoscopia diagnóstico-terapéutica urgente.
b) Neumotórax a tensión: descompresión con aguja en 2.º espacio intercostal línea medioclavicular seguida de tubo de drenaje.
c) Hemotórax masivo izquierdo: solo drenaje torácico sin necesidad de descompresión previa.
d) Rotura diafragmática izquierda: laparotomía urgente como único tratamiento.

484. Una vez controlado el sangrado quirúrgicamente, ¿cuál es el objetivo principal del manejo neuroprotector en las primeras 24 horas en UCI?

a) Hipercapnia permisiva (pCO_2 50-55 mmHg) para vasodilatación cerebral y mejora de la perfusión.
b) Sedoanalgesia profunda con bloqueo neuromuscular continuo, normotermia estricta, normoglucemia (140-180 mg/dL) y monitorización de PIC si GCS $\leq$ 8 con lesión significativa en TC.
c) Administración profiláctica de corticoides a dosis altas para reducir el edema cerebral postraumático.
d) Restricción hídrica absoluta para minimizar el edema cerebral, aceptando una PAS de hasta 80 mmHg.

485. La fractura pélvica con hematoma retroperitoneal visible en el TC, ¿qué medida de control de la hemorragia tiene mayor evidencia como primera intervención en el paciente hemodinámicamente inestable?

a) Fijación quirúrgica definitiva de la fractura pélvica en el mismo acto operatorio.
b) Aplicación de cinturón pélvico o fijador externo de emergencia para estabilización mecánica y reducción del volumen pélvico, con arteriografía/embolización si persiste inestabilidad.
c) Laparotomía exploradora inmediata con taponamiento pélvico como primera medida, sin estabilización previa.
d) Esperar a la normalización hemodinámica con fluidoterapia antes de intervenir sobre la pelvis.

486. En relación con la monitorización y el manejo de la presión intracraneal (PIC) una vez el paciente está en UCI, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta según las guías actuales?

a) La monitorización de PIC está contraindicada en pacientes con coagulopatía hasta normalizar completamente la hemostasia.
b) El umbral de tratamiento de la PIC elevada es > 20 mmHg según las guías de Brain Trauma Foundation.
c) La hiperventilación mantenida (pCO_2 < 30 mmHg) es el tratamiento de primera línea para la hipertensión intracraneal refractaria.
d) Una PPC (Presión de Perfusión Cerebral) > 100 mmHg es el objetivo óptimo para todos los pacientes con TCE grave.



487. Respecto al manejo ventilatorio de este paciente en las primeras horas, ¿cuál es la estrategia más adecuada?

a) Ventilación protectora estricta con VC 6 ml/kg de peso ideal y PEEP alta (12-15 cmH_2O) para prevenir el SDRA.
b) Ventilación con VC elevado (10-12 ml/kg) para optimizar la oxigenación cerebral y evitar la hipercapnia.
c) Estrategia ventilatoria individualizada: VC 6-8 ml/kg, PEEP moderada (5-8 cmH_2O), normocapnia (pCO_2 35-40 mmHg) y $SatO_2$ > 95%, ajustando según monitorización de PIC y mecánica pulmonar.
d) Ventilación en decúbito prono inmediata para maximizar la oxigenación dada la contusión pulmonar bilateral.

CASO 7 PREGUNTAS 488-492

Varón de 50 años que ingresa procedente del Servicio de Urgencias por politraumatismo.

ANTECEDENTES: No Alergias. Hipercolesterolemia. Divertículos de colon, diagnosticado en 2015.

HISTORIA ACTUAL: El paciente refiere caída tras traumatismo directo contra un pivote de metal mientras corría, con traumatismo a nivel torácico y abdominal.

TAC toracoabdominal de ingreso: Engrosamiento de la cabeza pancreática, con área focal de hipodensidad que atraviesa todo el espesor, entre la cabeza y el cuello, compatible con lesión traumática pancreática grado III. No clara lesión de colédoco. Cuerpo y colas pancreáticas normales.

Se decide intervención quirúrgica que objetiva: hemoperitoneo de 2,5 litros; esteato-necrosis difusa secundaria a sección pancreática traumática completa a nivel de cuello pancreático y gran hematoma a nivel de celda pancreática y mesenterio; integridad de asas de delgado y colon, hígado de aspecto normal. Se realiza pancreatectomía corporo-caudal y esplenectomía.

488. Durante los siguientes días de evolución, se produce un deterioro clínico lentamente progresivo con episodios delirio hiperactivo que precisan tratamiento específico. ¿Cuál cree que, de los siguientes supuestos, sería la progresión de tratamiento medicamentoso más adecuada para estas crisis de delirio hiperactivo?

a) Dexmedetomidina a dosis medias y Lorazepam.
b) Midazolam a dosis medias seguido de Propofol a dosis bajas.
c) Analgesia, Propofol puntual y Dexmedetomidina.
d) Benzodicepinas, antinflamatorios no esteroideos y cloruro mórfico.



489. El paciente después de 15 días ingresado en UCI desarrolla una colección intrabdominal, fiebre e hipotensión arterial. Ante la sospecha de infección grave señale la pauta de tratamiento antimicrobiano más adecuada de las siguientes:

a) Amoxicilina-clavulánico 1 g/8h iv.
b) Tigeciclina 50 mg/12h iv.
c) Meropenem 2 g/8h iv en perfusión extendida de 3 horas.
d) Vancomicina en perfusión continua

490. La aparición de una perforación gástrica en la que se desestima intervención quirúrgica descarta la nutrición a través de sonda nasogástrica. ¿Qué alternativas de tratamiento nutricional NO valora como opción adecuada, dentro de los supuestos que se enumeran a continuación?

a) Nutrición enteral por sonda naso-yeyunal con extremo distal (para nutrición) trans-Treitz y luz gástrica a aspiración.
b) Permanecer sin tratamiento nutricional, ya que tiene antecedentes de hipercolesterolemia, hasta resolución de la perforación gástrica y la adecuada valoración de la integridad intestinal.
c) Nutrición enteral por sonda naso-yeyunal con extremo distal (para nutrición) trans-Treitz y luz gástrica a aspiración, apoyada por nutrición parenteral en caso de no alcanzar objetivos terapéuticos nutricionales.
d) Nutrición parenteral total mientras se valora la integridad intestinal.

491. El paciente presenta shock séptico y fracaso renal agudo anúrico. Presenta: acidosis metabólica grave, creatinina de 3 mg/dl, urea de 200 mg/dl, hiperkaliemia de 6 mEq/L y plaquetopenia de 25.000 por mcL. Además, precisa noradrenalina a 0,5 mcg/kg/min. Señale la actitud más adecuada de los siguientes supuestos:

a) Se decide llamar al servicio de Nefrología para diálisis intermitente de 3h con ultrafiltrado de 2.000 ml.
b) Se decide sueroterapia y esperar hasta que la uremia sea mayor de 350 mg/dl.
c) Se inicia HDFVVC con anticoagulación con heparina sódica a 5 unidades/kg/h.
d) Se inicia HDVVC con anticoagulación regional con citrato.

492. Después de 30 días de ingreso, persisten colecciones intrabdominales con signos de infección. Desde el servicio de Microbiología se alerta de presencia de levaduras en hemocultivos. Señale la medida más adecuada según las guías de práctica clínica de la IDSA (Infectious Disease Society of América) de 2016 en el manejo de la Candidiasis Invasiva:

a) Se deberían retirar los catéteres venosos centrales tan pronto como sea posible e iniciar tratamiento antifúngico intravenoso.
b) El tratamiento de elección inicial es isavuconazol.
c) Las equinocandinas nunca son el tratamiento de elección.
d) Todas son correctas.

CASO 8 PREGUNTAS 493-495

Paciente varón de 59 años.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Exfumador. Hipertenso. Dislipémico. Artropatía reumática en tratamiento con un solo fármaco y en seguimiento por el Sº de Reumatología de vuestro centro, sin precisar ningún ingreso, sin otros antecedentes de interés, con una vida activa, y un índice de Barthell de 100.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Acude al Sº de Urgencias por cuadro de 4 días de evolución de tos seca, Tª termometrada de hasta 38,5 ºC a pesar de paracetamol, y sensación de disnea progresiva.

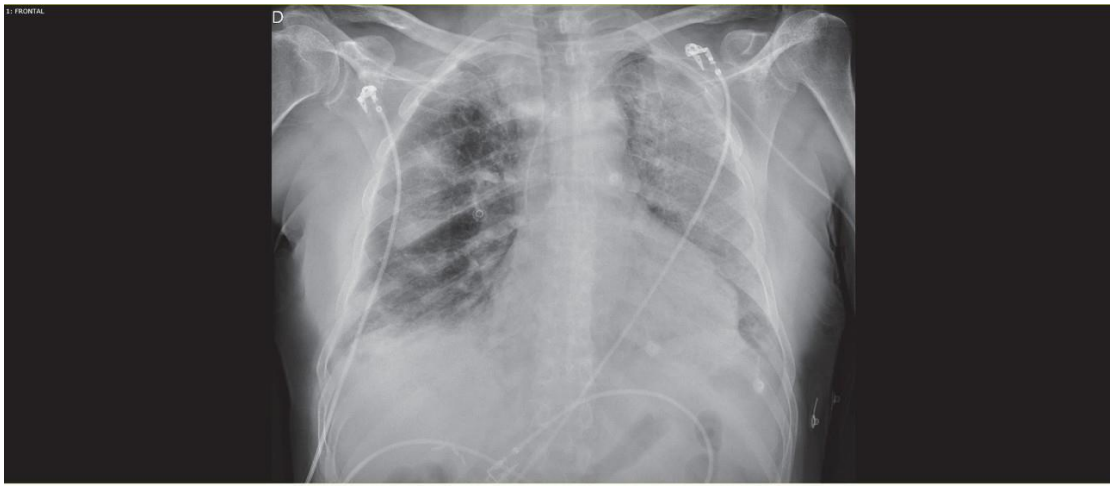
EXPLORACIÓN FÍSICA:

TA 140/80, FC 55 lpm, Tª 37,3 ºC, FR 24 rpm, saturación de O2 93 % aire ambiente. Consciente y orientado. Sin focalidad neurológica. AC: rítmico, sin soplos. AP: crepitantes finos dispersos. Abdomen: blando y depresible, sin dolor a la palpación superficial ni profunda, sin signos de irritación peritoneal, y con ruidos hidroaéreos conservados. EEII: sin edemas, ni signos de TVP, y con pulsos conservados.

ANALÍTICA:

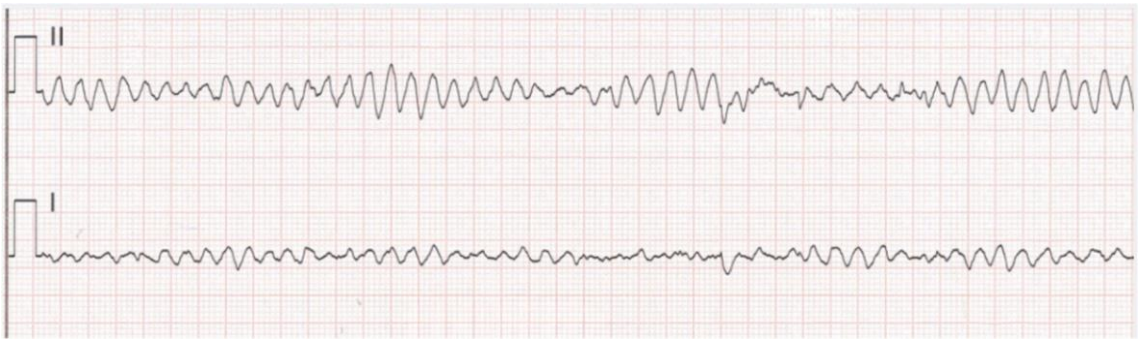
Bioquímica: Glucosa 108 mg/dL, Urea 55 mg/dL, Creatinina 1,07 mg/dL, Na 134 mEq/L, K 4,1 mEq/L, PCR 37 mg/dL, PCT 0,32 ng/mL, Bilirrubina total 0,65 mg/dL, GOT 52 UI/L; GPT 35 UI/L; Troponina T 10 ng/mL. Hemograma: Hb 14,1 g/dL, Hto 39 %, leucos 8.000/mm3 (Segmentados 75 %), plaquetas 171.000/mm3. Coagulación: Tiempo protrombina 59 %, TTPa 30 segundos, INR 1,41; Fibrinógeno 643 mg/dL; Dímero D 3.127 ng/mL. Gasometría arterial (FiO2 0,35) pH 7,45; pCO2 34; pO2 65; Bicarbonato 20; Sat O2: 96 %; lactato 1,8 mmol/L.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:



Se realiza inicialmente test de antígenos para SARS-CoV2 que resulta negativo, además de antígenos urinarios para neumococo y legionella que también son negativos. Ingresando en planta de Neumología con O2 en gafas nasales de bajo flujo a 4L, tratamiento antibiótico con ceftriaxona y azitromicina y su tratamiento habitual, además de IBP y anticoagulación con HBPM profiláctica. Tras unas horas, presenta muy mala evolución con deterioro de la oxigenación, precisando Ventimask con reservorio para saturación de O2 de 92 %, y taquipnea de unos 30 rpm.

493. Ingresa en la unidad con necesidades de gafas nasales de alto flujo a 50 L FiO2 70 %, sufriendo a los pocos minutos de su ingreso parada cardiorrespiratoria por presentar:



¿Qué debería realizar en esta situación?

a) Maniobras de soporte vital avanzado, que incluyesen desfibrilación y tras la recuperación, monitorización de cifras magnesio y potasio, y revisar en el ECG el intervalo QT.



b) Revisar si existen interacciones farmacológicas entre los antibióticos pautados y su medicación habitual con hidroxicloroquina.
c) Solicitar PCR para SARS-CoV2 y aislar al paciente.
d) Todas las respuestas son correctas.

494. Tras el ajuste de la ventilación mecánica, y la nueva analítica con PCR 32 mg/dL, PCT 0,2 ng/mL, Ferritina 2.512 ng/mL, y Dímero D 20.000 ng/mL. De los siguientes tratamientos, señale la afirmación FALSA según las recomendaciones en el manejo de pacientes críticos de esta patología de la SEMICYUC:

a) En pacientes con formas graves en ventilación mecánica está recomendado (grado de recomendación de la SEMICYUC A-I) el uso de Dexametasona 6 mg/día durante 10 días.
b) Con un grado de recomendación de la SEMICYUC A-II, en pacientes graves en ventilación mecánica, el uso de Hidrocortisona 200 mg/día durante 7 días.
c) El uso de Anakinra 200 mg/12 horas durante los 3 primeros días, y posteriormente pauta descendente, está recomendado con un grado A-II de la SEMICYUC.
d) Asociar Tocilizumab 8 mg/kg a los corticoides, está recomendado con un grado de recomendación A-II de la SEMICYUC.

495. Nuestro paciente presenta una mejoría inicial, que nos hace albergar muchas esperanzas en su próxima extubación, pero en el pase de guardia nos informan que el paciente se ha deteriorado desde el punto de vista de la oxigenación, con febrícula y en la analítica presenta un ligerísimo repunte de la PCR, de la PCT, con leucocitosis de 18.000 mm3, señale la FALSA respecto a estas afirmaciones según las recomendaciones en el manejo de pacientes críticos de esta patología de la SEMICYUC:

a) Se recomienda recoger únicamente una muestra serológica de Galactomanano en sangre.
b) Se sugiere obtener muestras respiratorias inferiores, mediante lavado broncoalveolar (LBA) o mini-LBA para su análisis cuantitativo.
c) Se recomienda la detección de Galactomanano en lavado broncoalveolar.
d) Se sugiere suspender el tratamiento antibiótico pautado de forma precoz tras descartar la presencia de co/sobreinfección.

CASO 9 PREGUNTAS 496-500

Mujer de 46 años acude a urgencias por mareo intenso, cefalea, náuseas y vómitos.

ANTECEDENTES PERSONALES: No alergias medicamentosas conocidas. Fumadora. No tratamiento habitual.

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que comienza de forma brusca con cefalea intensa, vómitos y mareo.



EXPLORACIÓN FÍSICA: PNI: 123/77 mm Hg, FC110 ppm, SpO2: 100 % Consciente, y orientada. Bien hidratada y perfundida. Eupneica. PICNR. No focalidad neurológica No rigidez de nuca. GCS 15. Pupilas isocóricas normorreactivas. ACP: Normal. Abdomen: Anodino.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ECG. Fibrilación auricular a 110 lpm. Onda T negativa de V2 a V6.

ANALÍTICA DE INGRESO: Bioquímica: Glucosa 212 mg/dl; urea 21 mg/dl, Creatinina 0,57 mg/dl; Na 139 mEq/dl; Potasio 3,4 mEq/dl, Calcio 7,7 mg/dl; Proteínas 6,1 gr/dl.
Gasometría arterial: pH 7,30, pCO2 34 mmHg, pO2 129 mmHg, Saturación de oxígeno medida 98,2 %, lactato 2,7 mmol/L, Bicarbonato 16,7 mmol/L.
Hemograma: Hemoglobina 13 gr/dl, Hematocrito 36,3 %, VCM 93,1 fL, Leucocitos 8.730/mL Estudio de coagulación: APTT 23 segundos, APTT ratio 0,8, TP 12 segundos, TP 100 %.

RX TÓRAX. Sin hallazgos patológicos TC - ANGIOTC CRANEAL: HSA extensa con patrón de afectación difusa, con afectación a nivel de cisternas de la base centrales, supraselares, con extensión hacia hoz interhemisférica y ambas regiones Silvianas e inferiormente hacia cisternas basales bajas, cisternas periprotuberenciales, peribulbares y perimedulares.
Presenta leve componente de hidrocefalia y leve componente de vertido ventricular tanto en ventrículos laterales, tercer ventrículo como en cuarto ventrículo.
Imagen compatible con aneurisma a nivel de la bifurcación de la arteria cerebral media.

496. Esta descripción radiológica a qué grado correspondería según la escala modificada de Fisher:

a) Fisher I.
b) Fisher II.
c) Fisher III.
d) Fisher IV.

497. Siguiendo las últimas guías sobre hemorragia subaracnoidea publicadas por la AHA en 2023, cuál de los siguientes fármacos tiene indicación 1A, para la prevención de la isquemia cerebral tardía:

a) Propranolol.
b) Nimodipino.
c) Magnesio.
d) Atorvastatina.

Se traslada a la paciente al quirófano de neuroradiología, procediéndose a la colocación de un coil en el aneurisma de la arteria cerebral media.
Se realiza ventana de sedación al volver de quirófano, destacando en la exploración la no conexión con el medio y los movimientos mioclónicos. Se repite el TC, objetivándose mayor hidrocefalia. Se coloca catéter de derivación ventricular externa.
Se extuba a la paciente.



Siete días después de la colocación del drenaje ventricular, presenta fiebre de hasta 38,5 ºC, elevación de reactantes de fase aguda. Se recoge batería de cultivos.
La bioquímica del líquido cefalorraquídeo es la siguiente:
Glucosa 22 mg/dL (glucemia 238 mg/dL), proteínas 350 mg/dL, leucocitos 1.150 microL, con 85 % de neutrófilos.

498. ¿Cuál de las siguientes le parece la actitud más correcta y recomendada en relación a la situación clínica actual?

a) Medidas antitérmicas y esperar el resultado de los cultivos.
b) Iniciar tratamiento con Ampicilina 2 g/4h y Aciclovir 10 mg/kg/8h.
c) Iniciar tratamiento con Linezolid 600 mg/8h y Meropenem 2 g/8h.
d) Iniciar tratamiento con Cefotaxima 2 g/ 4h y Vancomicina 15-20 mg/kg/8h.

Al 10º día presenta somnolencia, bradipsiquia e hipotensión (95/56).
Se realiza ecodoppler transcraneal con los siguientes resultados: Vm (Velocidad media) de ACM (arteria cerebral media) derecha 195 mm Hg, IP (Indice de pulsatilidad) 0,7. Vm ACM Izquierda 105 mm Hg, IP 0,8. Vm ACA (arteria comunicante anterior) derecha 122 mm Hg, IP 0,9. Vm ACA izquierda 90 mm Hg, IP 1,07, por lo que se sospecha vasoespasmo en ACM derecha y ACA derecha.

499. ¿Cuál sería la actitud y tratamiento más adecuado de acuerdo a las guías y recomendaciones de AHA 2023?

a) Euvolemia, elevar la presión arterial, AngioTC y tratamiento endovascular.
b) Elevar la presión arterial, hipervolemia, hemodilución, AngioTC y tratamiento endovascular.
c) Hipervolemia, hemodilución, estatinas, AngioTC y tratamiento endovascular.
d) Euvolemia, magnesio intraveonoso, AngioTC y tratamiento endovascular.

A las 72 h del vasoespasmo y tratamiento endovascular se produce un deterioro del nivel de conciencia (GCS 4) precisando intubación. En TC y AngioTC urgente realizado: vasoespasmo generalizado a nivel de ACM y ACA bilaterales con áreas hipodensas en territorio de ACM derecha sugestivas de lesiones isquémicas en evolución. Dado el mal pronóstico se desestima tratamiento invasivo activo, siendo subsidiaria de cuidados encaminados a la donación de órganos.

500. ¿Qué tipo de donación se trataría de acuerdo a la Clasificación de Maatricht?

a) Donación Maastricht tipo I.
b) Donación Maastricht tipo II.
c) Donación Maastricht tipo III.
d) Donación Maastricht tipo IV.


epe
ope