Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A URGENCIAS HOSPITALARIAS

PREGUNTAS

1.- Según las guías ERC 2025, en el algoritmo de soporte vital básico ¿cuál es la secuencia correcta en un adulto en parada cardiaca?

a) Comprobar la respiración-iniciar RCP-llamar al Servicio de Emergencias Médicas (SEM).
b) Iniciar RCP-comprobar pulso-llamar al SEM.
c) Llamar al SEM y después valorar la respiración.
d) Administrar ventilaciones iniciales antes de activar el sistema de emergencias.

2.- En relación con la desfibrilación precoz en la parada extrahospitalaria, ¿cuál es la afirmación correcta.

a) En uso del DEA solo está indicado para personal sanitario.
b) La activación de sistemas comunitarios de respuesta precoz no se recomiendan.
c) Se recomienda la integración de sistemas de localización de DEA y primeros respondedores.
d) El DEA debe aplicarse sólo tras 10 minutos de RCP.

3.- Respecto al manejo post-reanimación, señale la opción correcta:

a) Se recomienda hipotermia terapéutica a 32-34ºC.
b) El objetivo es evitar la fiebre, manteniendo una temperatura ≤37,5ºC en el paciente que permanece en coma tras la RCE (retorno de la circulación espontánea).
c) No es necesario control térmico tras el retorno de la circulación espontánea.
d) Sólo está indicado el control de la temperatura en pacientes comatosos traumáticos.

4.- Parada cardiaca intrahospitalaria en varón de 62 años. En el monitor se observa ritmo desfibrilable. Tras 2 descargas y RCP de alta calidad, persiste fibrilación ventricular. ¿Cuál es la actitud más correcta?

a) Administrar atropina y continuar RCP.
b) Administrar 3º descarga, amiodarona y continuar RCP.
c) Administrar bicarbonato de forma sistemática.
d) Suspender la desfibrilación si no hay RCE (retorno de la circulación espontánea) tras 2 choques.



5.- En un paciente en parada cardiaca con hipotermia (T< 30ºC), cual es la actitud respecto a la desfibrilación?

a) No desfibrilar hasta alcanzar una temperatura de 35ºC.
b) Desfibrilar igual que en normotermia aunque puede ser menos efectiva.
c) Desfibrilación en una ocasión y suspender intentos posteriores si no es efectiva.
d) Está contraindicada la desfibrilación.

6.- Indique la respuesta correcta:

a) Un aumento de la ETCO2 durante la RCP puede indicar que se ha producido la RCE (retorno de la circulación espontánea) y es indicación de suspender las compresiones torácicas.
b) Se puede utilizar un valor bajo de ETCO2 como único criterio para decidir la interrupción de la resucitación.
c) La capnografía sirve para monitorizar la calidad de la RCP.
d) Todas son correctas.

7.- En un lactante en parada cardiorrespiratoria atendido por profesionales sanitarios entrenados en soporte vital pediátrico, ¿cuál es la relación compresión/ventilación recomendada?

a) 30:2.
b) 15:2.
c) 10:1.
d) Ventilación continua con compresiones a 100 latidos/min.

8.- ¿Cuál de los siguientes fármacos se considera una alternativa cuando la atropina es ineficaz en el tratamiento de la bradicardia sintomática?

a) El glucagón puede ser útil en la bradicardia asociada a intoxicaciones por betabloqueantes o calcioantagonistas.
b) La isoprenalina y adrenalina son fármacos de segunda linea.
c) La aminofilina está indicada en pacientes transplantados cardiacos.
d) Todas las respuestas son ciertas.

9.- La CVE es el tratamiento de elección para las taquiarrritmias en el paciente inestable con signos adversos potencialmente letales o inmediatamente después, tras la RCE. Señale la opción INCORRECTA:

a) Para la fibrilación auricular constituye una estrategia razonable administrar una energía escalonada en lugar de la máxima energía del desfibrilador.
b) Para el flútter ó taquicardia supraventricular paroxística, se recomienda una descarga inicial de 70-120J.
c) Para la TV con pulso, se deben utilizar niveles de energía de 120-150J para la descarga inicial.



d) Ante una taquiarritmia en un paciente inestable, si la cardioversión no logra restaurar el ritmo sinusal, se debe administrar amiodarona 300mg ev ó procainamida 10-15mg/kgr, seguida de un nuevo intento de CVE.

10.- Según la clasificación de Standford sobre disección aórtica, ¿qué tipo afecta a la aorta ascendente?

a) Tipo A.
b) Tipo B.
c) Tipo IIIA.
d) Tipo IIIB.

11.- ¿Cuál de los siguientes síntomas de la isquemia arterial aguda periférica es de aparición más tardía?

a) Palidez.
b) Frialdad.
c) Retardo del relleno capilar.
d) Hipoestesia.

12.- Señale la respuesta INCORRECTA sobre la taquicardia auricular multifocal:

a) Es frecuente en ancianos con enfermedad pulmonar crónica.
b) Habitualmente precisa tratamiento antiarrítmico específico.
c) El ritmo auricular casi siempre está entre 100-180 lpm.
d) Los intervalos P-P, P-R y RR son cambiantes.

13.- ¿Cuál de las siguientes alteraciones electrocardiográficas no es habitual encontrar en una situación de hiperpotasemia?

a) Aplanamiento de onda P.
b) Ensanchamiento de QRS.
c) Aplanamiento de onda T.
d) Depresión de ST.

14.- Seleccione la opción correcta:

a) La colchicina no es una opción de tratamiento en la pericarditis.
b) El roce pericárdico no es un signo físico frecuente en la pericarditis.
c) Cuando se genera abundante derrame pericárdico, se puede manifestar con el fenómeno de alternancia eléctrica.
d) En una ecografía POCUS cardiaca, en el eje paraesternal largo, la colección líquida posterior a la aorta descendente es indicativo de derrame pericárdico.

15.- En la mayoría de las emergencias hipertensivas, ¿cuál es el objetivo inicial de descenso de presión arterial?

a) Reducir la presión arterial media un 50% en la primera hora.
b) Reducir la presión arterial media un 20-25% durante la primera hora.
c) Disminuir la presión arterial a <160/100-110 en la primera hora.
d) Ninguna es cierta.

16.- ¿Cuál de los siguientes ACOD presenta mayor porcentaje de eliminación renal?

a) Apixaban.
b) Rivaroxaban.
c) Edoxaban.
d) Dabigatrán.

17.- ¿Cuál es el fármaco de elección en la emergencia hipertensiva con disección aórtica?

a) Nitroprusiato sódico en monoterapia.
b) Urapidilo intravenoso.
c) Nitroglicerina.
d) Labetalol intravenoso.

18.- En relación a la hemoptisis, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La hemoptisis masiva, es aquella que genera > 600ml/24h de sangre.
b) Predomina en varones.
c) Entre las principales causas están las bronquiectasias y la bronquitis.
d) Las arterias pulmonares, suelen ser el origen habitual del sangrado masivo.

19.- ¿Cuál de los siguientes factores se incluye en la escala CURB-65 para valorar la gravedad de la neumonía adquirida en la comunidad?

a) Saturación < 90%.
b) Frecuencia respiratoria > 25 rpm.
c) Urea sérica > 7 mmol/L
d) Presencia de derrame pleural.

20.- La neumonía nosocomial tardía, es la que aparece después de la hospitalización a partir del día:

a) 4º.
b) 5º.
c) 6º.
d) 7º.



21.- ¿En cuál de las siguientes situaciones NO está indicada la ventilación mecánica no invasiva?

a) Inestabilidad hemodinámica.
b) Secreciones abundantes con tos ineficaz.
c) No colaboración del paciente.
d) Todas.

22.- En relación al tratamiento de las crisis de asma moderada-graves, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Los SABA constituyen el tratamiento de primera linea, bien a través de nebulizador o bien mediante pMDI con cámara de inhalación.
b) La vía de administración de elección de los glucocorticoides es la vía intravenosa.
c) Los glucocorticoides sistémicos aceleran la resolución de las crisis y evitan las recidivas.
d) En pacientes con obstrucción grave (FEV1 25-30%) o hipotermia persistente, una dosis única de 2gr de sulfato de magnesio reduce la necesidad de hospitalización.

23.- ¿ En relación al tromboembolismo pulmonar, qué podemos observar en las pruebas complementarias?

a) Signo de McGinn-White.
b) Cambios inespecíficos en el segmento ST.
c) Signo de Westermark.
d) Todos son correctos.

24.- ¿A partir de qué puntuación se considera que existe una alta probabilidad de que haya un tromboembolismo pulmonar cuando se aplica el modelo de predicción clínica de Wells original?

a) > 6 puntos.
b) > 4 puntos.
c) > 5 puntos.
d) > 3 puntos.

25.- Cual es un factor predisponente para una neumonía aspirativa?

a) Enfermedad periodontal e higiene deficiente de la boca.
b) Reflujo gastroesofágico importante.
c) Empleo de sedantes.
d) Todas las respuestas son correctas.

26.- ¿Cuál de las siguientes causas de derrame pleural NO es un trasudado?

a) Cirrosis hepática.
b) Linfoma.
c) Síndrome de Meigs.
d) Insuficiencia cardiaca.

27.- Indique la respuesta correcta:

a) Las fracturas de columna cervical en niños son relativamente raras.
b) Las fracturas de odontoides de tipo II son poco frecuentes.
c) En adultos, el nivel más frecuente de fractura vertebral cervical es C4.
d) La fractura de Jefferson suele asociarse a compromiso medular y es inestable.

28.- ¿Cuál de las siguientes características corresponde al síndrome medular anterior?

a) Desproporcionada pérdida de fuerza muscular en las extremidades superiores con respecto a las inferiores.
b) Tiene buen pronóstico.
c) Grado variable de pérdida de sensibilidad.
d) Paraplejía con pérdida bilateral de la sensación de dolor y temperatura.

29.- Sobre la fractura de pelvis por compresión lateral, indique la respuesta correcta:

a) La compresión lateral, es el mecanismo más común de fractura pélvica.
b) No suele asociar daño en la vejiga y/o uretra.
c) Se asocian siempre a gran inestabilidad hemodinámica por hemorragia masiva.
d) Siempre son inestables.

30.- Varón politraumatizado que es trasladado a urgencias tras sufrir una colisión en moto. Comienza con deterioro brusco, observándose TA 80/50mmHg, taquicardia a 140lpm y distensión yugular. ¿Cuál es el diagnóstico MENOS probable?

a) Hemotórax masivo
b) Taponamiento cardiaco.
c) Tromboembolismo pulmonar masivo.
d) Neumotórax a tensión.

31.- La fractura de Le Fort II se define como:

a) La arcada superior es móvil pero la raíz nasal y sutura frontomalar son estables.
b) La arcada superior, la raiz y la sutura frontomalar son móviles.
c) La arcada superior y la raíz nasal son móviles y la sutura frontomalar es estable.
d) Afecta al hueso frontal.



32.- Paciente que sufre accidente laboral con atrapamiento y amputación traumática parcial de la extremidad inferior derecha con hemorragia pulsátil masiva. Está consciente, habla frases cortas y mantiene la vía aérea permeable. ¿Cuál debe ser la primera actuación?

a) Inmovilización cervical y valoración de la vía aérea.
b) Administración de cristaloides.
c) Administración de ácido tranexámico.
d) Control inmediato de la hemorragia exanguinante mediante torniquete o medidas hemostáticas.

33.- Según las recomendaciones actuales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta en el manejo de un paciente con traumatismo craneoencefálico grave?

a) Mantener la cabecera elevada entre 30-45º.
b) Hiperventilación mantenida.
c) Soluciones salinas hipertónicas para el tratamiento de la hipertensión intracraneal.
d) Evitar la hipotensión con un objetivo de TAS ≥ 100mmHg.

34.- Señale la respuesta correcta:

a) La taquicardia es el primer signo medible de hipovolemia.
b) La hipotensión en el shock neurogénico, se debe a la pérdida de señales parasimpáticas eferentes de la médula espinal.
c) La aurícula izquierda es la cavidad con mayor probabilidad de sufrir lesiones en la lesión cardiaca por traumatismo contuso.
d) La ansiedad es un signo tardío de shock hipovolémico.

35.- ¿Cuál es el órgano genitourinario que se lesiona con mayor frecuencia en un traumatismo?

a) Vejiga.
b) Uréter.
c) Riñón.
d) Uretra.

36.- En la reanimación cardiopulmonar pediátrica, los parámetros correctos a aplicar según el tipo de parada son:

a) Desfibrilación 4J/Kg-adrenalina 0.01mg/kg y amiodarona 5 mg/Kg.
b) Desfibrilación 4J/Kg-adrenalina 0.02mg/kg y amiodarona 10 mg/Kg.
c) Desfibrilación 6J/Kg-adrenalina 0.01mg/kg y amiodarona 5 mg/Kg.
d) Desfibrilación 6J/Kg-adrenalina 0.02mg/kg y amiodarona10 mg/Kg.



37.- Entre las recomendaciones para la prevención de la parada cardiaca en el hospital está/están:

a) Formación del personal en la identificación de signos de deterioro del paciente.
b) Monitorización apropiada de los signos vitales de los pacientes.
c) Utilización de escalas de aviso precoz para la detección temprana del deterioro.
d) Todas ellas.

38.- En una fibrilación ventricular monitorizada y presenciada se puede considerar inicialmente:

a) Iniciar compresiones y preparar amiodarona.
b) Administrar hasta tres descargas sucesivas con el desfibrilador sin interrupción y comprobando el ritmo entre ellas.
c) Intubar y ventilar a una frecuencia de 10 por minuto mientras pedimos ayuda.
d) Administrar 1 mg de adrenalina iv e iniciar compresiones.

39.- Respecto a los medicamentos utilizados en la parada cardiaca, es FALSO que:

a) La vasopresina se puede utilizar indistintamente en lugar de la adrenalina.
b) Se recomiendan 300mg de amiodarona iv si la FV/TVSP persiste tras 3 descargas.
c) NO se recomienda el uso rutinario de calcio NI bicarbonato.
d) En la bradicardia con signos adversos debe usarse atropina 0,5 mg y repetir, si NO hay respuesta, hasta un máximo de 3mg.

40.- Traen un paciente a urgencias con un traumatismo craneal y un Glasgow de 15 puntos. Según los criterios de Nueva Orleans, habría que realizar tac craneal si presenta:

a) Cefalea.
b) Vómitos.
c) Amnesia anterógrada persistente.
d) Cualquiera de los síntomas mencionados.

41.- Entre las siguientes lesiones de la columna cervical, ¿cuál es habitualmente inestable?

a) Luxación interfacetaria bilateral.
b) Fractura de arco posterior del atlas.
c) Fractura de la apófisis unciforme.
d) Fractura-avulsión del arco anterior del atlas.

42.- De los síndromes medulares incompletos de origen traumático, ¿cuál tiene PEOR pronóstico?

a) Síndrome medular anterior.
b) Síndrome medular central.



c) Síndrome de Brown-Séquard.
d) Síndrome de cola de caballo.

43.- ¿Qué hallazgo tiene mayor sensibilidad en la radiografía de tórax para la detección de la rotura traumática de aorta?

a) Neumotórax.
b) Hemotórax izquierdo.
c) Ensanchamiento mediastínico.
d) Fractura de primera costilla.

44.- Si utilizásemos tenecteplasa en un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en una persona con un peso de 75kgr la dosis recomendada sería:

a) 35mg.
b) 40mg.
c) 45mg.
d) 50mg.

45.- De entre las siguientes arritmias tempranas después de un infarto agudo de miocardio, la más frecuente es:

a) Contracciones auriculares prematuras.
b) Ritmo idioventricular acelerado.
c) Latidos ventriculares prematuros.
d) Taquicardia ventricular NO sostenida.

46.- En la calificación revisada de Ginebra para la embolia pulmonar, la edad mayor de 65 años, ¿cuántos puntos asigna al cálculo de la probabilidad de embolia?

a) 1.
b) 2.
c) 3.
d) 4.

47.- La causa más frecuente de isquemia aguda de una extremidad es:

a) Oclusión trombótica.
b) Oclusión embolica.
c) Traumatismo local.
d) Arteritis.



48.- De entre los siguientes fármacos administrables por vía oral para el tratamiento de una urgencia hipertensiva, el que tiene una duración de acción más prolongada es:

a) Nitroglicerina.
b) Captopril.
c) Nifedipino.
d) Losartan.

49.- ¿Cuál de las siguientes NO está entre las maniobras físicas recomendadas para el tratamiento del hipo?

a) Extracción de un cuerpo extraño del oido.
b) Beber agua helada en pequeños sorbos.
c) Deglutir una cucharada de azúcar.
d) Ingerir una bebida carbonatada.

50.- Un paciente con neumonía y 80 puntos en la escala de Fine, se considera que está en un riesgo de grado:

a) II.
b) III.
c) IV.
d) V.

51.- En relación con los fármacos utilizados en el epoc, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) Modifican la evolución de la enfermedad.
b) Producen alivio sintomático.
c) Controlan las exacerbaciones.
d) Mejoran la calidad de vida.

52.- ¿Qué antibióticos NO se han asociado con enfermedad por Clostridium Difficile?

a) Ampicilina/amoxicilina.
b) Clindamicina.
c) Quinolonas.
d) Aminoglucósidos.

53.- De entre los fármacos auxiliares en el tratamiento del estreñimiento, el Docusato sódico pertenece al grupo de los:

a) Estimulantes.
b) Laxantes salinos.
c) Emolientes.
d) Agentes hiperosmolares.

54.- La causa más frecuente de hemorragia digestiva baja es:

a) Enfermedad diverticular.
b) Colitis.
c) Polipos adenomatosos.
d) Neoplasias.

55.- La causa más frecuente de perforación esofágica es:

a) Yatrógena.
b) Síndrome de Boerhaave.
c) Ingestión de cáusticos.
d) Cuerpos extraños.

56.- A la hora de aplicar los criterios de Ramson en el momento de la admisión en una pancreatitis, ¿en cuál de las siguientes variables NO cambia la valoración de la misma si el origen es alcohólica o biliar?

a) Edad.
b) Glucemia.
c) Concentración de lactato deshidrogenasa.
d) Concentración de aminotransferasa de aspartato.

57.- Respecto a la insuficiencia renal aguda, señale la respuesta correcta:

a) En las extrahospitalarias el origen en el 70% de los casos es una necrosis tubular aguda.
b) En las intrahospitalarias el origen en el 70% de los casos es prerrenal.
c) En las intra y extrahospitalarias el 10% es post renal.
d) En las intra y extrahospitalarias el 40% es por nefropatía intrínseca.

58.- De entre los siguientes trastornos que pueden producir insuficiencia renal aguda, ¿cuál sospecharemos si encontramos en la orina proteinuria moderada, osmolaridad > 500 y fracción de excreción de sodio <1%?

a) Nefritis intersticial aguda.
b) Glomerulonefritis aguda.
c) Lesión tubular de origen isquémico.
d) Lesión tubular por nefrotoxinas.

59.- Un paciente con antecedentes de diabetes y alcoholismo crónico acude a urgencias por presentar edema escrotal y peneano con dolor intenso y a la exploración presenta crepitación y equimosis. Debemos sospechar:

a) Torsión testicular.
b) Orquiepididimitis.
c) Parafimosis.

d) Gangrena de Fournier.

60.- En relación con la urolitiasis, es FALSO que:

a) Las causas más frecuentes en los pacientes pediátricos son las anomalías metabólicas.
b) Cerca del 80% de los cálculos contiene calcio y una combinación de oxalato, fosfato o ambos.
c) Durante una obstrucción aguda, en la mayoría de los pacientes NO se incrementa la creatinina serica.
d) El 90% de los pacientes con cólico renal muestra hematuria macroscópica.

61.- ¿Cuál de los siguientes medicamentos puede recomendarse como alternativa médica al tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico?

a) Metotrexato.
b) Mifepristona.
c) Prostaglandinas.
d) Cloruro de potasio.

62.- Cuando hay muerte fetal antes de la semana 20 sin expulsión de tejido fetal durante 4 semanas después de la muerte del feto, hablamos de:

a) Aborto incompleto.
b) Aborto inevitable.
c) Aborto diferido.
d) Aborto completo.

63.- En relación con la patología del puerperio, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) La hemorragia puerperal es la causa más frecuente de mortalidad materna en el mundo.
b) El principal factor de riesgo de rotura uterina es la cesárea previa.
c) El factor de riesgo más importante de endometritis puerperal es el embarazo múltiple.
d) La mortalidad de la embolia de líquido amniótico es del 20-40%.

64.- Acude una mujer a urgencias con síntomas vulvovaginales con prurito y una secreción espesa como requesón. Sospecharemos vulvovaginitis por:

a) Cándida.
b) Gardnerella.
c) Trichomona.
d) Clamidia.



65.- ¿Cuál de los siguientes síntomas se presenta con más frecuencia en la enfermedad inflamatoria pélvica?

a) Fiebre.
b) Dolor abdominal.
c) Secreción vaginal anormal.
d) Hemorragia vaginal y poscoital.

66.- En los lactantes y niños menores de dos años la causa más frecuente de neumonía bacteriana es:

a) Haemophilus influenzae.
b) Staphylococcus aureus.
c) Bordetella pertussis.
d) Streptococcus pneumoniae.

67.- En el tratamiento de la gastroenteritis en niños es FALSO que:

a) Si se utilizan antieméticos es preferible el ondansetrón que la metoclopramida.
b) La loperamida puede reducir la diarrea pero tiene efectos secundarios graves y está contraindicada.
c) Los suplementos de cinc están contraindicados si NO hay desnutrición.
d) Los antibióticos son innecesarios en la mayoría de las ocasiones.

68.- En relación con los trastorno musculoesqueléticos en los niños, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) La clasificación de Salter-Harris se basa en la relación de la línea de fractura con el disco de crecimiento y el pronóstico del trastorno del crecimiento.
b) Las fracturas claviculares en niños menores de dos años de edad deben hacer sospechar maltrato infantil cuando se asocian a una historia inconsistente o a otras lesiones sugestivas.
c) La fractura aislada de fémur en niños pequeños origina habitualmente hipotensión que requiere reposición enérgica de volumen.
d) Las reglas de Otawa para la rodilla, han sido validadas para niños de ≥ 2 años de edad y pueden ayudar a determinar la necesidad de radiografías.

69.- En la drepanocitosis o anemia de células falciformes, es cierto que:

a) La manifestación más frecuente es el dolor intenso de las extremidades, secundario a crisis de obstrucción vascular.
b) Los factores desencadenantes principales son estrés, frío, deshidratación, altitud, hipoxia y otras enfermedades.
c) El tratamiento general de las crisis dolorosas por obstrucción vascular es con analgesia, hidratación y oxígeno.
d) Todas son ciertas.

70.- Dentro de las enfermedades de transmisión sexual, la infección por Clamidia Trachomatis en mujeres provoca con mayor frecuencia:

a) Uretritis.
b) Síndrome de Reiter.
c) Cervitis asintomática.
d) Enfermedad inflamatoria pélvica.

71.- En la endocarditis infecciosa, ¿qué válvula se afecta con más frecuencia?

a) Aórtica.
b) Mitral.
c) Tricúspide.
d) Pulmonar.

72.- Nos traen a un paciente a urgencias que presenta taquicardia, sudoración, fiebre y dolor y rigidez en los músculos maseteros. Es agricultor de profesión, y al parecer hace aproximadamente 10 días se hizo una herida en la pierna, por la que no consultó. ¿Cuál es la actitud más adecuada?

a) Administramos gamma globulina antitetánica y remitimos al paciente a su domicilio.
b) Revisamos la herida, administramos antibióticos y miorrelajantes y dejamos en observación.
c) Administramos inmunoglobulina y toxoide e ingresamos en planta con antibióticos.
d) El tratamiento incluye entre otras medidas inmunoterapia, antibióticos y vigilancia respiratoria por lo que solicitamos valoración por cuidados intensivos.

73.- El eritema migratorio crónico después de la picadura de una garrapata es sugestivo de:

a) Enfermedad de Lyme.
b) Fiebre recurrente.
c) Tularemia.
d) Babesiosis.

74.- En relación a la apendagitis epiploica es FALSO que:

a) El dolor abdominal se localiza de forma más habitual en el cuadrante inferior izquierdo.
b) La fiebre es poco habitual.
c) Las náuseas y vómitos son poco frecuentes.
d) Aproximadamente la mitad de los casos requieren intervención quirúrgica.

75.- En la colitis seudomembranosa por Clostridium difficile, NO es cierto que:

a) Los inhibidores de la bomba de protones pueden estar implicados.
b) El antibiótico fidaxomicina no está indicado en su tratamiento.
c) El uso de agentes antidiarreicos está contraindicado.

d) La enfermedad grave puede ser indicación de valoración quirúrgica.

76.- ¿En cuál de las siguientes entidades NO es característico que curse con diarrea?:

a) Botulismo
b) Insuficiencia suprarrenal aguda.
c) Saturnismo.
d) Infección por SARS-COV-2 (COVID-19).

77.- ¿Cuál de los siguientes fármacos antieméticos NO alarga el intervalo QTc en el electrocardiograma?:

a) Metoclopramida.
b) Ondansetrón.
c) Droperidol.
d) Aprepitant.

78.- En relación a la perforación espontánea de esófago o síndrome de Boerhaave, es FALSO que:

a) Puede producirse tras un acceso de tos, convulsión o esfuerzo de parto.
b) La mayor parte ocurren a en la pared posterolateral derecha del esófago distal.
c) La ausencia de enfisema mediastínico no la descarta.
d) Es menos frecuente que la perforación esofágica yatrógena.

79.- Con respecto al diagnóstico de colecistitis aguda es cierto que:

a) La presencia del signo de Murphy a la exploración física tiene una sensibilidad del 65% y una especificidad del 87% para su diagnóstico.
b) Cursa con fiebre en el 90% de los casos.
c) Los exámenes de laboratorio permiten diferenciar una colecistitis aguda de otras patologías.
d) Si por ecografía la pared de la vesícula biliar es superior a 1 mm debe considerase el diagnóstico de colecistitis aguda.

80.- En relación a la determinación de la amoniemia en la encefalopatía hepática NO es cierto que:

a) Existe una alta incidencia de falsos positivos.
b) Hay una alta incidencia de falsos negativos.
c) Está indicada su determinación con carácter urgente en pacientes con sospecha de encefalopatía hepática con evidencia de hepatopatía avanzada.
d) Hay una correlación entre las concentraciones séricas de amonio y la gravedad de la encefalopatía hepática.

81.- **Mujer de 70 años, hipertensa en tratamiento con lisinopril y antiagregada con ácido acetilsalicílico por posible isquemia cerebral transitoria. Acude a urgencias por episodios de melenas desde hace 2 días acompañadas de mareo y episodio transitorio de pérdida de consciencia que ha recuperado con el decúbito. Toma diclofenaco en ocasiones por gonartralgia. Constantes: TA 98/56 mmHg, FC 114 lpm, FR 24 rpm, temperatura 36,1ºC, sat O2 basal 95%. Paciente algo somnolienta que responde correctamente a órdenes, está pálida y sudorosa, relleno capilar superior a 2 segundos. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normales. No edemas en extremidades. No focalidad neurológica. Analítica: hemoglobina 8,1 g/dl, leucocitos y plaquetas normales, urea 96 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, iones normales, coagulación normal. ECG: taquicardia sinusal a 114 lpm. Con estos datos, la puntuación en la escala de Glasgow-Blatchford sería:**

a) 12 puntos.
b) 14 puntos.
c) 16 puntos.
d) 18 puntos.

82.- **En un líquido ascítico, si la determinación de proteínas es inferior a 2,5 mg/dl, sugiere que la etiología se debe a:**

a) Pancreatitis.
b) Peritonitis bacteriana espontánea.
c) Insuficiencia cardiaca congestiva.
d) Cirrosis hepática.

83.- **Varón de 22 años que acaba de regresar de un viaje a la India y acude a urgencias por presentar desde hace 12 horas diarrea acuosa profusa y vómitos, sin fiebre ni dolor abdominal. Sed intensa. Constantes: TA 82/58 mmHg, FC 128 lpm, FR 26 rpm, temperatura 35,6ºC, sat O2 basal 96%. A la exploración paciente afectado, deshidratado, mal perfundido. La auscultación cardiopulmonar muestra taquicardia sin soplos y buena ventilación pulmonar. Abdomen ablando e indoloro con aumento de peristaltismo. No focalidad neurológica. Analíticamente destaca: glucosa 96 mg/dl, urea 225 mg/dl, creatinina 3,2 g/dl, sodio 148 mEq/l, potasio 6,2 mEq/l, pH 7,22, bicarbonato 12 mEq/l, hemoglobina 15,6 g/dl, leucocitos 17.350, plaquetas 340.000, coagulación normal. La sospecha diagnóstica es:**

a) Diarrea del viajero por Escherichia coli enterotoxigénico
b) Cólera.
c) Salmonelosis.
d) Shigelosis.

84.- **¿Cuál de las siguientes situaciones NO es habitual que curse con seudohematuria (orina de color rojizo debido a elementos distintos a los hematíes)?:**

a) Tratamiento con gentamicina.
b) Orina del paciente febril.
c) Tratamiento con cloroquina.
d) Ingesta de moras.

85.- En la lesión renal aguda parenquimatosa, NO es característica la siguiente alteración analítica:

a) Densidad urinaria inferior a 1.010
b) Cociente creatinina urinaria / creatinina sérica superior a 20.
c) Cociente sodio urinario / potasio urinario superior a 1.
d) Sedimento urinario con cilindros pigmentados.

86.- Para el tratamiento de la hipertensión arterial a un paciente con síndrome nefrótico sin hiperpotasemia, ¿cuál de los siguientes es el fármaco de elección?:

a) Furosemida.
b) Espironolactona.
c) Clortalidona.
d) Enalapril.

87.- Varón de 25 años sin antecedentes de interés que hace habitualmente ejercicio pero que el día anterior fue mayor a lo habitual. Acude a urgencias porque desde hace 12 horas refiere debilidad generalizada más acusada en extremidades inferiores y orina de color rojizo. Constantes: TA 114/68 mmHg, FC 40 lpm, FR 16 rpm, temperatura 36.2ºC, sat O2 basal 98%. A la exploración bien perfundido y normocoloreado en piel y mucosas. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normales. Extremidades sin edemas, sin signos inflamatorios ni dolor a la movilización pasiva. A la exploración neurológica: paresia de todas las extremidades 3-4/5 más evidente en las inferiores, con hiperreflexia de reflejos osteotendinosos, sin alteraciones sensitivas. Analíticamente: urea 44 mg/dl, creatinina 1,5 mg/dl, sodio 139 mEq/l, potasio 7,2 mEq/l, calcio 9,3 mEq/l, creatin cinasa (CK) 8.230 U/l, pH 7,32, bicarbonato 22 mEq/l, hemograma normal. Bioquímica en orina: potasio 48 mEq/l, creatinina 71 mg/dl y mioglobinuria positiva. El ECG muestra: bradicardia sinusal a 40 lpm con P de escasa amplitud, intervalo PR alargado y ensanchamiento complejo QRS. Ante estos datos, ¿cuál es el diagnóstico sindrómico de la alteración analítica iónica?:

a) Hiperpotasemia moderada de causa extrarrenal.
b) Hiperpotasemia moderda de causa renal.
c) Hipepotasemia grave de causa extrarrenal.
d) Hiperpotasemia grave de causa renal.

88.- ¿Cuál de las alteraciones analíticas siguientes NO es característica de la lesión renal aguda prerrenal?:

a) Cociente sodio urinario / potasio urinario superior a 1.
b) Fracción de excreción de sodio inferior a 1%.
c) En el sedimento urinario presencia de cilindros hialinos.
d) Cociente creatinina urinaria / creatinina sérica superior a 40.

89.- ¿Cuál de los siguientes fármacos NO suele producir hematuria?:

a) Ciclofosfamida.
b) Clorpromazina.
c) Cloroquina.
d) Sufamidas.

90.- Varón de 17 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias porque desde hace 3 días orina de color rojo, oliguria, malestar general, anorexia, sensación febril sin termometrear, edemas periorbitarios de predominio matutino. Hace 10 días episodio de fiebre y odinofagia tratado con amoxicilina e ibuprofeno. Constantes: TA 128/92 mmHg, FC 74 lpm, FR 16 rpm, temperatura 37,2ºC, sat O2 basal 98%. A la exploración, paciente bien hidratado y perfundido, normocoloreado, leves edemas periorbitarios y ambos tobillos, sin lesiones cutáneas relevantes. Orofaringe normal. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Analítica a destacar: hemoglobina 14,8 g/dl, leucocitos 9100, plaquetas 322.000, coagulación normal, urea 68 mg/dl, creatinina 1,5 mg/dl, sodio 132 mEq/l, potasio 5,1 mEq/l, calcio 9,3 mEq/dl, pH 7,30, bicarbonato 18 mEq/l. Bioquímica urinaria: sodio 14 mEq/l, creatinina 260 mg/dl, proteínas ++, sedimento urinario con sangre +++, cilindros hemáticos y granulosos. Ante estos datos, el diagnóstico más probable es:

a) Nefritis por púrpura de Schönlein-Henoch.
b) Síndrome nefrótico.
c) Síndrome hemolítico urémico.
d) Síndrome nefrítico agudo.

91.- En relación al cólico nefrítico, la presencia de hematuria microscópica en la tira reactiva de orina, es cierto que:

a) La presencia de sangre en la orina confirma el diagnóstico de cólico renal.
b) Puede ser debida a causas distintas al cólico renal.
c) Siempre está presente en el paciente con cólico renal.
d) Todas son ciertas: a), b) y c).

92.- Si un paciente presenta dolor en un testículo, disminuyendo al elevarlo y además tiene un reflejo cremastérico presente en dicho lado, el diagnóstico más sugestivo es de:

a) Orquiepididimitis.
b) Ependimoma.
c) Torsión testicular.
d) Neoplasia testicular.

93.- En la pielonefritis aguda NO está indicada la realización de una ecografía abdominal urgente en las siguientes situaciones:

a) Presencia de signos de sepsis.
b) Afectación importante del estado general.
c) Factores de riesgo por anomalías en la vía urinaria.
d) Persistencia de la fiebre más allá de las 24 horas tras inicio de tratamiento antibiótico correcto.

94.- ¿Cuál de los siguientes fármacos NO causa retención aguda de orina?:

a) Nifedipino.
b) Diclofenaco.
c) Levodopa.
d) Diazepam.

95.- Mujer de 35 años sin antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias por presentar desde hace 2 días disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Desde hace 24 horas fiebre hasta 39ºC, malestar general, anorexia y dolor en la región lumbar derecha. Constantes: TA 124/78 mmHg, FC 98 lpm, FR 16 rpm, temperatura 38,1ºC, sat O2 basal 98%. A la exploración, bien perfundida e hidratada. Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen con dolor palpación profunda en flanco derecho sin signos de irritación peritoneal. Puño-percusión renal derecha dolorosa. Analítica: urea 38 mg/dl, creatinina 1,1 mg/dl, leucocitos 16.200 con desviación izquierda en la fórmula leucocitaria. Sedimento urinario con 40 leucocitos/campo y cilindros leucocitarios. Antes estos datos, el diagnóstico más probable es:

a) Cistitis complicada.
b) Cólico nefrítico complicado.
c) Pielonefritis aguda no complicada.
d) Pielonefritis aguda complicada.

96.- En cuanto al tratamiento antitrombótico durante el embarazo y la lactancia es cierto que:

a) Los fármacos antivitamina K pueden tomarse durante la lactancia.
b) El ácido acetilsalicílico no debe utilizarse durante la lactancia.
c) Las heparinas de bajo peso molecular se consideran inseguras durante el embarazo.
d) Los anticoagulantes directos (ACOD) no están contraindicados durante el embarazo.

97.- En cuanto a la torsión anexial (ovárica) es FALSO que:

a) Puede cursar con náuseas, vómitos y febrícula.
b) Es anormal que se produzca si el ovario está aumentado de tamaño (por ejemplo, existencia de un quiste ovárico).
c) Puede producir un abdomen agudo con signos de irritación peritoneal.
d) El tratamiento siempre es quirúrgico y lo más precoz posible.

98.- **Mujer de 34 años en gestación de 36 semanas, sin antecedentes de interés y embarazo correctamente controlado y de curso fisiológico. Acude por presentar desde hace 12 horas por dolor abdominal tipo cólico de predominio en hipocondrio derecho, acúfenos, cefalea y sensación de hinchazón. Constantes: TA 164/100 mmHg, FC 103, lpm, FR 20 rpm, temperatura 36.5ºC, sat O2 basal 98%. Monitorización del bienestar fetal con un test estresante normal. Analítica: 10.2 g/dl, leucocitos 10.350, plaquetas 310.000, urea 35 mg/dl, creatinina 0,9 mg/dl, iones normales, lactato deshidrogenasa (LDH) 245 UI/l, transaminasas normales, coagulación normal, proteínas en orina +++. Ante estos datos señale cual es el diagnóstico más probable:**

a) Síndrome HELLP.
b) Preeclampsia leve.
c) Preeclampsia grave.
d) Eclampsia.

99.- **Ante una embarazada en la semana 16 de gestación, en la exploración abdominal la altura a la que debe estar el fondo uterino es:**

a) A nivel de la sínfisis del pubis.
b) A 2-3 traveses de dedo por debajo del ombligo.
c) A nivel del ombligo.
d) A 2-3 traveses de dedo por encima de la sínfisis del pubis (media distancia entre ésta y el ombligo).

100.- **En el tratamiento de la hiperemesis gravídica NO está incluido:**

a) Difenhidramina.
b) Ondansetrón.
c) Tomar cubitos de hielo entre las comidas.
d) Vitamina B12.

101.- **En el síndrome HELLP, NO es cierto que:**

a) Una complicación grave es el hematoma hepático espontáneo.
b) Cursa con trombocitosis.
c) Es una forma de preeclampsia grave.
d) No siempre se acompaña de hipertensión arterial.

102.- **En el diagnóstico diferencial entre placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta es FALSO que:**

a) El inicio del cuadro es lento en el caso de placenta previa.
b) Hay hipertonía uterina en el caso de desprendimiento prematuro de placenta.
c) La hemorragia vaginal es escasa y de color oscuro en el desprendimiento prematuro de placenta.
d) La contracción uterina disminuye el sangrado en la placenta previa.

103.- La causa más frecuente de hemorragia posparto precoz es:

a) Retención de productos del parto.
b) Traumatismo del tracto genital.
c) Atonía uterina.
d) Coagulopatía.

104.- Mujer de 24 años que acude por dolor abdominal en hipogastrio desde hace 2 días irradiado a fosa iliaca izquierda, con leucorrea maloliente y fiebre hasta 38,2ºC. Vida sexual activa, múltiples parejas y no uso de métodos barrea. Constantes: TA 122/78 mmHg, FC 82 lpm, FR 16 rpm, temperatura 37,5ºC, sat O2 basal 98%. A la exploración, bien hidratada y perfundida. Abdomen con dolor a la palpación profunda en hipogastrio y fosa iliaca izquierda sin signos de irritación peritoneal, puñopercusión renal indolora. Tacto bimanual: dolor intenso movilización cuello uterino (signo Chandelier positivo) y dolor anexial bilateral. Especuloscopia: secreción endocervical mucopurulenta, cursándose cultivo. Ecografía pélvica: útero normal pero con engrosamiento y algo de líquido libre en fondo de saco de Douglas, signos sugestivos de salpingitis. Analítica destacable: leucocitos 15.650, PCR 42, sedimento urinario normal, test embarazo negativo. Se realiza cribado de VIH, clamidia y gonorrea. Ante estos datos, el manejo y tratamiento inicial sería:

a) Ceftriaxona 250 mg unidosis intramuscular más tratamiento ambulatorio con doxiciclina 100 mg/12 horas vía oral más metronidazol 500 mg/12 horas vía oral ambas durante 14 días.
b) Tratamiento ambulatorio con ofloxacino 400 mg/12 horas vía oral más metronidazol 500 mg/12 horas vía oral durante 7 días.
c) Ingreso hospitalario con cefoxitina 2 g/6 horas más doxicilina 100 mg/12 horas ambas intravenosas.
d) Ingreso hospitalario con gentamicina 6 mg/kg/ 24 horas intravenosa más clindamicicina 900 mg/8 horas intravenosa.

105.- En relación al sangrado menstrual abundante (SMA), también denominado hipermenorrea, es cierto que:

a) Se trata de una pérdida hemática superior a 200 ml por ciclo menstrual.
b) Nunca se debe a malignidad.
c) Deben ingresar las pacientes con SMA que presenten una hemoglobina inferior a 8 g/dl.
d) El ácido tranexámico por vía oral no es eficaz.

106.- Con respecto al tratamiento de la preeclamsia leve, es correcto que:

a) Tiene como objetivo conseguir cifras de presión arterial del rango de 130-135 / 80-85 mmHg.
b) Alfametildopa vía oral es una opción de tratamiento.
c) Se puede usar captopril vía oral.
d) Se debe administrar sulfato de magnesio como tratamiento profiláctico anticonvulsivo.

107.- En relación al posible hallazgo de sangre en el pañal, es FALSO que:

a) En los primeros dos o tres días de vida, la sangre en el pañal a menudo representa sangre materna ingerida durante el parto.
b) Pasados los primeros días de vida, la mayoría de los casos son debidos a malformaciones congénitas.
c) En niñas no es infrecuente que el origen sea vaginal.
d) La intolerancia a la leche de vaca puede generar deposiciones con restos hemáticos.

108.- NO se considera factor de riesgo para el síndrome de muerte súbita infantil:

a) Posición prona al dormir.
b) Dormir en un sofá o mueble blando.
c) Madre fumadora en periodo prenatal y/o posnatal.
d) Temperatura ambiental baja.

109.- En relación a un Evento Breve Resuelto e Inexplicado (BRUE, por sus siglas en inglés), antes denominado evento con amenaza aparente para la vida (ALTE) y relacionado con el síndrome de muerte súbita para el lactante (SMSL), es FALSO que:

a) Es un episodio brusco, breve (menos de 1 minuto) y resuelto que alarma al observador e incluye: cambio de color (cianosis, palidez), respiración ausente o irregular, cambio marcado del tono muscular o alteración en el nivel de respuesta.
b) La mayoría ocurren antes de las 10 semanas de edad.
c) La incidencia por sexos muestra una proporción de varones/mujeres de 1/2.
d) Son factores de riesgo, entre otros, la infección respiratoria y el reflujo gastroesofágico.

110.- Entre las variaciones características del electrocardiograma (ECG) pediátrico, NO se incluyen:

a) Frecuencia cardiaca acelerada en recién nacidos y lactantes,
b) Desviación del eje a la izquierda por predominio del ventrículo izquierdo en el recién nacido, desapareciendo en los primeros meses.
c) El intervalo PR se alarga conforme los lactantes y los niños crecen hasta la adolescencia.
d) Inversión de las ondas T en las derivaciones precordiales derechas durante los primeros años de vida.

111.- Lactante de 2 meses de edad que es llevado a urgencias por fiebre 40ºC sin presentar síntomas respiratorios los días previos. En la exploración está irritable pero consolable, está taquipneico (más de 60 rpm) con retracciones costales y quejido con buena perfusión periférica (rosado y extremidades calientes). Ante estos datos la puntuación en la escala de estratificación de YIOS para riesgo de infección bacteriana grave, sería de:

a) 3 puntos.
b) 5 puntos.
c) 7 puntos.

d) 9 puntos.

112.- En cuanto a la subluxación de la cabeza radial ("codo de niñera") es FALSO que:

a) Es más frecuente en niños de 1 a 4 años de edad, aunque el rango de edad es más amplio.
b) Al producirse, el niño experimente un dolor súbito e intenso con incapacidad funcional de la extremidad, manteniéndola en aducción, semiflexión y pronación.
c) En reposo generalmente no muestra deformidad ni hipersensibilidad local.
d) Para su reducción, parece que la técnica de supinación tiene mejores resultados y es menos dolorosa que la técnica de hiperpronación.

113.- La causa más frecuente de prescripción antibiótica en la infancia es:

a) Otitis media aguda recurrente.
b) Fraingoamigdalitis estreptocócica.
c) Rinosinusitis aguda bacteriana.
d) Laringitis aguda.

114.- En relación a la rubeola NO es correcto que:

a) Manchas de color rosa en el paladar blando (manchas de Forchheimer) pueden aparecer antes del exantema.
b) Tiene su máxima incidencia a finales del otoño y principios del invierno.
c) No suele cursar con fotofobia.
d) Los adultos jóvenes pueden referir dolor testicular.

115.- Niño de 12 meses sin antecedentes de interés traído por fiebre termometreada intermitente hasta 39ºC desde hace 4 días y desde hace 24 horas erupción cutánea que se inició en la cara y cuello, extendiéndose luego por todo el cuerpo. Al inicio del cuadro febril presentó tos seca, rinitis y edema ambos ojos, mejorando transitoriamente y cediendo la fiebre con paracetamol. A la exploración: temperatura axilar 38.5ºC, exantema maculopapular que afecta a cara, cuello, tronco y extremidades. Al examen ocular se detecta hiperemia y edema conjuntival, lagrimeo y algo de secreción serosa bilateral. Faringe hiperémica, sin otras alteraciones. No adenopatías retroauriculares, cervicales, axilares ni inguinales. No signos meníngeos. Auscultación cardipulomnar normal al igual que la exploración abdominal. Con los datos mencionados, el diagnóstico más probable es:

a) Rubeola.
b) Exantema súbito.
c) Enfermedad de Kawasaki.
d) Sarampión.



116.- El diagnóstico clínico de la laringitis aguda infantil o crup viene dado por la triada que NO incluye:

a) Tos ronca.
b) Tiraje.
c) Afonía.
d) Estridor inspiratorio.

117.- En relación a la púrpura de Schönlein-Henoch es FALSO que:

a) Es la forma más común de vasculitis sistémica en la infancia.
b) La erupción maculopapular se localiza principalmente en miembros superiores que luego constituye una púrpura que no suele ser palpable.
c) La evolución es autolimitada en la mayoría de los casos.
d) Tratamiento sintomático, aunque los corticoides mejoran las complicaciones gastrointestinales y neurológicas.

118.- En relación al sídrome serotoninérgico, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Es una reacción farmacológica adversa a la medicación serotoninérgica, que potencialmente amenaza la vida.
b) Su diagnóstico es un reto, por ser su sintomatología poco específica.
c) Las mioclonias son excepcionales en este síndrome.
d) Los signos y síntomas más frecuentes son la alteración del estado mental, la hipertermia y el aumento de tono muscular.

119.- ¿Cuál de los siguientes es un criterio mayor para el diagnóstico de síndrome neuroléptico maligno?

a) Cambio en el estado mental.
b) Rigidez muscular.
c) Temblor.
d) Taquicardia.

120.- Traen a una mujer joven a urgencias por somnolencia y mareo y sospecha de sobreingesta de benzodiacepinas (BZD). La actitud inicial, de entre las siguientes, es:

a) Solicitamos determinación de niveles séricos y de orina de BZD porque se correlacionan directamente con el estado clínico.
b) Administramos el antídoto flumazenilo aunque en el historial de la paciente encontramos que es epiléptica.
c) Avisamos al psiquiatra de guardia por si es un intento autolítico.
d) Realizamos una exploración general completa y exploraciones complementarias básicas; valoramos la utilización de carbón activado y monitorizamos a la paciente para vigilar el nivel de conciencia y la situación respiratoria.



121.- Ante una intoxicación aguda con más de 12 gramos de acetaminofen, señale la actitud más adecuada:

a) Iniciaremos tratamiento con acetilcisteína si el laboratorio no puede darnos los niveles de acetaminofen en sangre antes de 8 horas tras la ingesta.
b) Solicitaremos los niveles de acetaminofen en sangre para calcular la dosis de acetilcisteína según el nomograma.
c) Administraremos acetilcisteína por vía oral porque es mucho más eficaz que la vía intravenosa.
d) Realizaremos determinaciones seriadas de transaminasas para detectar precozmente hepatotoxicidad.

122.- En las lesiones por congelación, la presencia de vesículas cutáneas claras indica lesiones de:

a) Primer grado.
b) Segundo grado.
c) Tercer grado.
d) Cuarto grado.

123.- En el golpe de calor, es cierto que:

a) Las manifestaciones cardinales son hipertermia (> 40º C) y alteración del estado mental.
b) La ataxia puede ser una manifestación neurológica temprana porque el cerebelo es muy sensible a la temperatura.
c) Las convulsiones son bastante comunes, especialmente durante el enfriamiento.
d) Todas son ciertas.

124.- Con relación al ahogamiento, es cierto que:

a) El "ahogamiento seco" (espasmo laríngeo seguido de hipoxia y pérdida de conciencia) ocurre en un 50% de las lesiones por inmersión.
b) El Glasgow y la saturación de oxígeno al ingreso son buenos predictores del riesgo de complicaciones.
c) Si al ingreso en urgencias el paciente está en parada y la inmersión ha sido en agua tibia, debe duplicarse el tiempo de reanimación.
d) El tratamiento de las convulsiones en niños con hiponatremia dilucional por ahogamiento en agua dulce requiere casi siempre asociación de varios antiepilépticos.

125.- En relación a las quemaduras térmicas, es FALSO que:

a) Los niños < 10 años de edad y los adultos > 50 se consideran de alto riesgo.
b) Las quemaduras solares normalmente curan en 7 días sin dejar cicatriz.
c) Las quemaduras de 4º grado afectan todo el grosor de la piel pero NO llegan a la grasa subcutánea.
d) NO hay un método objetivo para medir la profundidad de una quemadura.



126.- De entre las manifestaciones cutáneas de la diabetes mellitus, el endurecimiento asimétrico de la piel predominantemente en cara posterolateral de cuello, hombros y mitad superior de torso, sugiere:

a) Dermatopatía del diabético.
b) Necrobiosis lipoídica.
c) Esclerederma de Buschke del adulto.
d) Acrocordones.

127.- Los objetivos con el tratamiento de la diabetes, respecto a las cifras de glucemia, son:

a) Conseguir glucemia plasmática preprandial entre 70 y 130 mg/100 ml.
b) Conseguir glucemia plasmática posprandial < 180 mg/100 ml.
c) Conseguir HbA1c < 6,5%.
d) Todas son correctas.

128.- ¿Cuál de las siguientes es causa de hipertiroidismo primario?

a) Enfermedad de Graves.
b) Adenoma hipofisario secretor de tirotropina.
c) Tiroiditis de Hashimoto.
d) Tiroiditis dolorosa subaguda.

129.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con el tratamiento de la crisis tiroidea NO es correcta?

a) El orden en que se practica el tratamiento es de enorme importancia en lo relativo al uso de tionamida y yodo.
b) El metimazol es la tionamida preferida.
c) El efecto Wolff-Chaikoff está relacionado con la administración de yodo.
d) Si hay contraindicación para la administración de tionamidas puede utilizarse el litio.

130.- En la coagulación intravascular diseminada, es cierto que:

a) Las manifestaciones clínicas son las mismas, al margen de la entidad patológica primaria desencadenante.
b) La hemorragia y la trombosis pueden aparecer de manera simultánea en un paciente, pero la más común es la hemorragia.
c) Si se administran antifibrinolíticos NO se usará heparina.
d) La alteración de laboratorio más frecuente es la prolongación del tiempo de protrombina.

131.- En relación con la anemia, es cierto que:

a) Los individuos con anemia crónica de evolución lenta pueden NO tener prácticamente manifestaciones, incluso con Hb de 5-6 gr/100 ml.
b) La asociación de ictericia y hepato esplenomegalia pueden sugerir origen hemolítico de la anemia.
c) Si se pierde >40% del volumen sanguíneo los síntomas serán más por la hipovolemia que por la anemia.
d) Todas son ciertas.

132.- El síndrome hemolítico urémico típico tiene lugar en niños aproximadamente una semana después de una diarrea infecciosa, a menudo hemática y sin fiebre, causada con mayor frecuencia por:

a) Escherichia coli.
b) Shigella.
c) Yersinia.
d) Campylobacter.

133.- Con respecto al síndrome de vena cava superior, es cierto que:

a) Los síntomas más frecuentes son ronquera, síncope, cefalea y mareo.
b) La radioterapia NO suele ser eficaz.
c) La neoplasia más frecuentemente asociada es el cáncer de pulmón.
d) La mayor parte de los pacientes se deterioran en las dos primeras semanas tras el diagnóstico.

134.- Acude una persona a urgencias por una cefalea brusca e intensa tras un esfuerzo. ¿Cuál es la actitud más correcta?

a) Sospecharemos migraña y pondremos tratamiento con triptanes.
b) Si la exploración neurológica es normal, la actitud será expectante.
c) Realizaremos TAC craneal y después daremos de alta si es normal.
d) Realizaremos TAC craneal y después haremos punción lumbar si es normal.

135.- ¿Cuál de los siguientes antiepilépticos tiene una vida media más larga?

a) Levetiracetam.
b) Ácido valproico.
c) Gabapentina.
d) Lamotrigina.

136.- Nos traen a un paciente a urgencias porque, tras ingerir comida enlatada en mal estado hace 24 horas, ha comenzado con debilidad. Si sospechamos botulismo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?



a) Se recomienda la administración de antitoxina botulínica e inmunoglobulina botulínica humana.
b) La presencia de náuseas, vómitos y diarrea NO es habitual.
c) A la exploración esperamos encontrar una parálisis simétrica ascendente.
d) La presencia de pupilas dilatadas obliga a excluir la miastenia como diagnóstico alternativo.

137.- Señale la respuesta correcta sobre la dexametasona en las meningitis bacterianas:

a) En niños es tan efectiva en las meningitis causadas por Haemophilus influenzae como en las producidas por Streptococcus pneumoniae.
b) La dosis recomendada en adultos es 4 mg.
c) NO se debe dar a adultos que ya hayan recibido antibióticos.
d) En las meningitis por meningococo en adultos reduce a la mitad la mortalidad.

138.- En las lesiones oculares de origen químico, es cierto que:

a) Son más frecuentes las lesiones por álcalis que por ácidos.
b) Las lesiones por álcalis tienden a ser más graves que las lesiones por ácidos.
c) La primera medida es el lavado con 1 ó 2 litros de suero salino.
d) Todas son correctas.

139.- La causa más habitual de asimetría pupilar es:

a) Aneurisma de la arteria comunicante posterior.
b) Anisocoria fisiológica.
c) Traumatismos.
d) Cirugía previa.

140.- En el tratamiento de la otitis externa, ¿cuál de los siguientes medicamentos administrados por vía ótica es más seguro en caso de perforación?:

a) Ciprofloxacino.
b) Ofloxacino.
c) Polimixina.
d) Aminoglucósidos.

141.- El tipo más frecuente de luxación de mandíbula es la luxación:

a) Anterior.
b) Posterior.
c) Lateral.
d) Superior.

142.- De los siguientes corticoides tópicos, ¿cuál es el menos potente?:

a) Propionato de clobetasol.
b) Dipropionato de betametasona.
c) Acetónido de triamcinolona.
d) Hidrocortisona.

143.- La causa más frecuente de úlceras neuropáticas en las piernas es:

a) Lesiones de la médula espinal.
b) Fármacos.
c) Diabetes.
d) Tabes dorsal.

144.- Acude una persona a urgencias por prurito intenso, sobre todo nocturno, desde hace un par de semanas y a la exploración encontramos pápulas longitudinales eritematosas en los espacios interdigitales. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

a) Escabiosis.
b) Dermatitis seborreica.
c) Pitiriasis rosada.
d) Psoriasis.

145.- El factor desencadenante más frecuente del eritema exudativo multiforme es:

a) Infección por micoplasma.
b) Antibióticos.
c) Neoplasias malignas.
d) Desconocido.

146.- La manifestación cutánea más frecuente de las reacciones farmacológicas es en forma de:

a) Urticaria.
b) Exantema morbiliforme.
c) Exantema fijo medicamentoso.
d) Exantema vesicoampollar.

147.- El hallazgo más frecuente en el síndrome de cola de caballo es:

a) Retención urinaria con o sin incontinencia por rebosamiento.
b) Debilidad o rigidez de las extremidades inferiores.
c) Parestesias o disfunciones sensitivas en extremidades inferiores.
d) Dificultades para la marcha.

148.- En la exploración del hombro, al realizar abducción del brazo a 90º y flexión hacia adelante a 30º con el pulgar apuntando hacia abajo, si en esta posición encontramos dolor o debilidad contra resistencia, sospecharemos lesión de:

a) Redondo menor.
b) Subescapular.
c) Infraespinoso.
d) Supraespinoso.

149.- La prueba de Finkelstein positiva se aprecia en:

a) Síndrome del túnel del carpo.
b) Contractura de Dupuytren.
c) Tenosinovitis estenosante de Quervain.
d) Quiste ganglionar.

150.- En caso de anafilaxia aguda, el medicamento que debe administrarse en primer lugar es:

a) Difenhidramina 25-50 mg IV.
b) Hidrocortisona 250-500 mg IV.
c) Epinefrina 0,3-0,5 mg IM.
d) Salbutamol 2.5-5 mg nebulizado.

151.- La llamada fractura de la marcha o de los reclutas es un ejemplo de:

a) Fractura patológica.
b) Fractura por fatiga o sobrecarga.
c) Fractura de la lámina epifisaria.
d) Fractura de Salter.

152.- El hueso del carpo que con mayor frecuencia se fractura es el:

a) Escafoides.
b) Piramidal.
c) Semilunar.
d) Ganchoso.

153.- Según las normas de Ottawa, está indicada la radiografía de rodilla ante un traumatismo en la misma, en caso de:

a) Paciente > 55 años.
b) Dolor a la palpación en la cabeza del peroné.
c) Imposibilidad de flexionar 90º la rodilla.
d) En todos estos casos.

154.- En relación con las luxaciones de tobillo, es cierto que:

a) Rara vez se acompañan de fractura.
b) La luxación anterior generalmente se acompaña de fractura tibial posterior.
c) Las luxaciones posteriores son las más frecuentes.
d) La luxación lateral se da sin rotura ligamentosa.

155.- El riesgo mayor de infección se da en las heridas localizadas en:

a) Extremidad inferior.
b) Extremidad superior.
c) Cuello.
d) Cabeza.

156.- En el manejo de las heridas, es FALSO que:

a) La irrigación de baja presión es suficiente para heridas NO contaminadas y para tejidos alrededor del escroto o párpados.
b) En las heridas traumáticas debe hacerse un frotado sistemático con una esponja o gasa.
c) En las heridas NO infectadas el apósito oclusivo supone una cicatrización más rápida y menor riesgo de infección.
d) El tipo más eficaz de desbridamiento es la ablación porque convierte una herida contaminada en una herida quirúrgica limpia.

157.- Señale la afirmación FALSA con respecto a los síndromes tóxicos más frecuentes que pueden encontrarse en las intoxicaciones agudas.

a) Los síntomas claves del síndrome serotoninérgico son el temblor, la hiperreflexia y las mioclonías.
b) En el síndrome anticolinérgico podemos encontrar taquicardia, delirio e hipertermia.
c) La intoxicación por fenciclidina puede desencadenar un síndrome simpáticomimético.
d) En el síndrome tricíclico podemos objetivar coma, taquicardia sinusal, hipotensión y miosis.

158.- En la intoxicación aguda por insecticidas organoclorados señale la respuesta FALSA:

a) Las manifestaciones clínicas más frecuentes son los vómitos, convulsiones, la hipertermia e incluso el coma.
b) El lavado gástrico y la administración de carbón activado son efectivos.
c) El objetivo básico del tratamiento es controlar las crisis convulsivas, habitualmente con benzodiazepinas, aunque pueden incluso llegar a requerir relajantes musculares.
d) Las arritmias supraventriculares se pueden tratar con fármacos betabloqueantes.

159.- Una paciente acude a Urgencias traída por su pareja tras encontrarla en su domicilio y manifestar haber consumido unos 30 comprimidos de AAS de 500mg

hace algo más de media hora. Señale la FALSA en cuanto al tratamiento en Urgencias:

a) El lavado gástrico estaría indicado ya que estaríamos dentro de la primera hora tras la ingesta.
b) La aparición de una crisis convulsiva requiere tratamiento inmediato.
c) Para tratar la acidosis metabólica estaría indicada la administración de Bicarbonato sódico 1M ev.
d) La tetania la trataríamos administrando glucobionato cálcico al 10%.

160.- Un paciente de profesión soldador, acude a Urgencias por crisis convulsiva autolimitada, habiendo presentado días previos dolor abdominal, vómitos, malestar general e hiporexia. En la exploración física se objetiva palidez de piel y mucosas sin presentar lesiones orofaríngeas, así como abdomen algo distendido, molesto a la palpación profunda sin signos de irritación peritoneal. La auscultación cardiopulmonar es normal. En la analítica se objetivan datos de insuficiencia renal y hepática así como anemia hemolítica. ¿Qué tipo de intoxicación deberíamos sospechar con mayor probabilidad?

a) Intoxicación por plomo.
b) Intoxicación por teofilinas.
c) Intoxicación por paraquat.
d) Intoxicación por monóxido de carbono.

161.- ¿Cuál es la asociación FALSA entre tóxico y antídoto?

a) Tetracloruro de carbono y N-acetilcisteína.
b) Cianuro y Fomepizol
c) Betabloqueantes y Milrinona.
d) Arsénico y Dimercaprol

162.- Señale la respuesta FALSA con respecto a la intoxicación por cocaína.

a) Desde su origen hasta su consumición la cocaína se adultera con numerosas sustancias siendo las más comunes los azúcares (manitol, inositol, lactosa, glucosa) y los anestésicos locales (novocaína, lidocaína y tetracaína) haciendo que su pureza pueda ser muy variada.
b) El crack es una forma más económica de la cocaína que se presenta de forma cristalizada en pequeñas piezas y se prepara mezclándola con alguna sustancia ácida, soda y agua.
c) Las manifestaciones clínicas derivan de sus efectos simpaticomiméticos y se caracterizan por: euforia, midriasis, agitación, hipertermia, coma, convulsiones, hemorragia cerebral, ictus isquémico, hipertensión arterial, arritmias, cardiopatía isquémica e incluso muerte súbita.
d) En cuanto a su tratamiento la diuresis ácida y la hemodiálisis son ineficaces.

163.- Señale la respuesta FALSA entre las siguientes asociaciones antídoto/adsorbente y tóxico:



a) Edetato cálcico disódico e intoxicación por paraquat.
b) Obidoxima e intoxicación por insecticidas organofosforados.
c) Silimarina e intoxicación por Amanita phalloides.
d) Fisostigmina e intoxicación por neurolépticos.

164.- Señale la respuesta FALSA en la intoxicación por Aldicarb:

a) Clínicamente origina una estimulación colinérgica más acusada y de mayor duración que los organofosforados.
b) El tratamiento específico consiste en la administración de Atropina.
c) Actualmente se considera que existe evidencia de que la administración de oximas es efectiva.
d) Penetra pobremente la barrera hematoencefálica por lo que tiene escasa repercusión en el sistema nervioso central.

165.- Señale la respuesta correcta en la intoxicación por colchicina:

a) Típicamente la intoxicación tiene 3 fases clínicas: una fase inicial (0-12h) en la que predominan los síntomas digestivos; una segunda fase (48h-7días) en la que se desarrolla un fracaso multiorgánico con shock cardiogénico, distress respiratorio, coagulación intravascular diseminada, rabdomiólisis y leucocitosis marcada; y una tercera fase (7-14 días) en la que se produce alopecia y recuperación progresiva del fracaso multiorgánico.
b) La diuresis forzada y los métodos de depuración extrarrenal están indicados sobre todo en la segunda fase.
c) Si aparece íleo paralítico se ha descrito una buena respuesta a anticolinesterásicos como neostigmina.
d) El carbón activado no es útil en este tipo de intoxicaciones.

166.- La provocación del vómito con jarabe de ipecacuana por vía oral está contraindicada en los siguientes casos excepto en:

a) Ingestión de derivados del petróleo.
b) Intoxicación por cianuro.
c) Intoxicación por hierro.
d) Embarazo.

167.- Señale la respuesta correcta en cuanto a las intoxicaciones agudas por hipnóticos no benzodiacepínicos:

a) Entre las manifestaciones clínicas de la intoxicación por meprobamato se encuentran las crisis convulsivas, las mioclonías y la hipertensión arterial.
b) En la intoxicación por Zaleplon es efectivo el flumazenilo.
c) El zolpidem se metaboliza por vía renal y tiene una semivida de 2.5 horas cuando se utiliza en dosis terapéuticas.
d) La Buspirona es menos sedante que el diazepam pero tiene más interacciones con el alcohol.

168.- ¿Cuál de las siguientes pautas de antibióticos empleados en el shock séptico es la correcta?

a) Ceftriaxona 2gr/12h.
b) Tobramicina 5mg/kg/6h.
c) Vancomicina 1gr/12h.
d) Piperacilina-tazobactam 4 + 0.5gr cada 12h.

169.- Varón de 45 años que acude a Urgencias con una puntuación en la escala de Glasgow de 13 puntos, una frecuencia respiratoria de 30 rpm y una tensión arterial sistólica de 110 mmHg, ¿qué puntuación en la escala qSOFA tendría?

a) Uno.
b) Dos.
c) Tres.
d) Cuatro.

170.- Señale la respuesta FALSA en relación a la valoración del paciente con tétanos.

a) El diagnóstico de tétanos es fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis y la exploración física.
b) Clínicamente se distinguen 3 periodos: el periodo de latencia, el periodo de estado y el periodo de convalecencia.
c) En la exploración física es posible encontrar hiperreflexia.
d) En la exploración física es posible encontrar retención urinaria y fecal.

171.- ¿Cuál es la dosis correcta de la inmunoglobulina antirrábica?

a) 10 UI/kg.
b) 15 UI/kg.
c) 20 UI/Kg.
d) 25 UI/kg.

172.- Varón de 56 años que acude a Urgencias con parálisis flácida simétrica y descendente con afectación de pares craneales, midriasis arreactiva, ptosis palpebral e íleo paralítico, sin alteración del nivel de conciencia, sospechándose botulismo. ¿Cuál de las siguientes sería la respuesta FALSA?

a) El diagnóstico de sospecha es clínico y la confirmación se realiza mediante la determinación de toxina botulínica en sangre, heces y alimentos y por cultivo en medio anaerobio de heces o exudado de herida.
b) Una de las causas de muerte es la neumonía por aspiración.
c) El aislamiento exclusivamente del microorganismo en el alimento es suficiente para el diagnóstico.
d) Es una enfermedad de declaración obligatoria y urgente.

173.- ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extrapulmonares y complicaciones no es propia de la COVID-19?

a) Isquemia mesentérica.
b) Síndrome coronario agudo.
c) Síndrome de Guillain-Barré.
d) Todas las anteriores pueden estar presentes.

174.- Varón de 49 años VIH que acude a Urgencias por fiebre elevada y disnea progresiva con taquipnea y trabajo respiratorio. La última analítica realizada en la consulta de Enfermedades Infecciosas muestra unos CD4 < 200/microlitro. Se le hace una radiografía de tórax donde presenta infiltrado intersticial bilateral. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Neumonía neumocócica.
b) Sarcoma de Kaposi pulmonar.
c) Tuberculosis miliar.
d) Neumonía por Pneumocystis jiroveji.

175.- En relación a la transmisión humana del virus de la gripe A (H1N1) señale la respuesta FALSA.

a) Se transmite por contacto directo al tocar objetos contaminados con las secreciones de la persona infectada.
b) El periodo de transmisibilidad es de 8 días (desde 1 día antes del inicio sintomático hasta 7 días después).
c) El virus puede permanecer más tiempo sobre los objetos contaminados si el ambiente es muy húmedo.
d) El mecanismo de transmisión de este virus es el mismo que el de la gripe estacional.

176.- Ante una paciente diagnosticada de la enfermedad por el virus de Crimea-Congo, ¿cuál de las alternativas de tratamiento NO emplearíamos?

a) Rivavirina.
b) Antitérmicos como Paracetamol o Antinflamatorios no esteroideos.
c) Hemodiálisis si precisa terapia renal sustitutiva.
d) Progestágenos en las mujeres.

177.- ¿Cuál de los siguientes parámetros NO forma parte de la escala Sequential (Sepsis-Related) Organ Failure Assessment?

a) Recuento de plaquetas en sangre.
b) Escala de Glasgow.
c) Niveles de bilirrubina.
d) Recuento de leucocitos en sangre.

178.- Varón de 65 años que acude a Urgencias por tos productiva, con expectoración purulenta, fiebre elevada y disnea de 4 días de evolución. Las constantes obtenidas a su llegada a Urgencias son las siguientes: TA 80/50, FC 130lpm, FR 28 rpm, Tª 38.6ºC. Se solicita una radiografía de tórax que muestra una condensación en lóbulo inferior izquierdo. Se inicia tratamiento con fluidoterapia intravenosa sin lograr mejorar la tensión arterial. Dada la situación actual, ¿cuál sería el vasopresor de primera elección indicado?

a) Noradrenalina.
b) Dobutamina.
c) Dopamina.
d) Adrenalina.

179.- De los siguientes criterios clínicos, ¿Cuál de ellos NO se considera de gravedad en un paciente con un síndrome febril?

a) Hipotermia.
b) Taquipnea.
c) Hipotensión arterial.
d) Desorientación temporoespacial.

180.- Señale la respuesta INCORRECTA con respecto a la rabia.

a) La infección se produce cuando la piel no intacta o las mucosas se han expuesto a un líquido orgánico (generalmente saliva, pero también líquido cefalorraquídeo o tejido cerebral) de un animal infectado.
b) La hidrofobia aparece en la fase encefalítica de la enfermedad.
c) La profilaxis postexposición en pacientes no vacunados se realiza con la administración de inmunoglobulina antirrábica y vacunación con células diploides humanas.
d) El hallazgo de corpúsculos de negri en la musculatura adyacente a la mordedura es un hallazgo específico de rabia.

181.- En cuanto a la profilaxis postexposición frente al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), señale la respuesta FALSA.

a) El riesgo de transmisión del VIH en los usuarios adictos a drogas por vía parenteral por cada episodio de inyección con jeringa o aguja compartida se estima en torno a un 0.6%.
b) El riesgo de transmisión del VIH en el ámbito sanitario tras una exposición percutánea se estima en un 0.3%, y tras un contacto con mucosas, en un 0.9%.
c) La eficacia del tratamiento postexposición con antirretrovirales disminuye rápidamente después de la exposición, por lo que se recomienda iniciarlo antes de transcurridas las primeras 6 horas de producido el contacto, y en cualquier caso antes de las 72 horas. No obstante, podría considerarse después de dicho límite en casos concretos con un alto riesgo de transmisión.
d) En cuanto a las medidas preventivas locales para las exposiciones percutáneas es importante comprimir la zona para que ceda el sangrado y posteriormente lavar con agua y jabón frotando la zona.

182.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con la donovanosis?

a) Se manifiesta por una úlcera genital sin afectación de tejidos blandos circundantes.
b) El tratamiento de elección es la eritromicina 500mg/6h durante 15 días.
c) Está causada por una bacteria grampositiva.
d) El periodo de incubación se estima en un promedio de 50 días.

183.- Varón de 27 años que acude a Urgencias por presentar varias úlceras irregulares, ovaladas y muy dolorosas localizadas en glande, cubiertas por un exudado necrótico amarillo-grisáceo y que además sangran con facilidad. A la exploración se objetivan también adenopatías inguinales dolorosas unilaterales con eritema en la piel subyacente de las mismas. Señale el diagnóstico más probable.

a) Chancro blando.
b) Granuloma inguinal.
c) Linfogranuloma venéreo.
d) Sífilis primaria.

184.- Señale la respuesta INCORRECTA con respecto a la infección por el virus de la viruela del mono (monkey-pox).

a) El riesgo de contagio es mayor cuando aparece la erupción cutánea.
b) Es una infección causada por un virus perteneciente al género Orthopoxvirus, endémico en regiones de África occidental y central.
c) El periodo de incubación es de 30 días o más.
d) Las personas que han recibido la vacuna contra la viruela tienen un riesgo reducido de sufrir la viruela del mono.

185.- Señale la respuesta correcta en relación a las infecciones en el paciente receptor de un trasplante.

a) Las infecciones por Candida spp tienen su máxima incidencia en el primer mes postrasplante y disminuyen posteriormente.
b) El virus más frecuentemente implicado en las infecciones durante los primeros días después del trasplante es el citomegalovirus.
c) Las infecciones por Nocardia asteroides tiene su máxima incidencia en el primer mes postrasplante.
d) Las infecciones por Pneumocystis jirovenci tiene su máxima incidencia en el primer mes postrasplante.

186.- Señale la respuesta FALSA con respecto a los accidentes de buceo.

a) Según el European Committee for Hyperbaric Medicine (ECHM) los accidentes de buceo pueden ser no disbáricos y disbáricos.



b) Los accidentes disbáricos se pueden dividir en barotraumáticos o descompresivos.
c) Los accidentes no disbáricos pueden ser debidos a fallos de adaptación al medio o por lesiones traumáticas.
d) La pérdida de calor corporal en el agua es 15 veces mayor que en condiciones ambientales normales.

187.- Señale la respuesta correcta en cuanto a las lesiones producidas por electricidad.

a) La resistencia tisular de los tendones es baja.
b) En cuanto a la trayectoria de la corriente, en general, los trayectos horizontales son peores que los verticales.
c) La corriente continua (industrial) es más peligrosa que la corriente alterna, ya que produce una contracción muscular tetánica que prolonga la exposición.
d) Las lesiones producidas en la piel por electricidad generalmente son muy extensas.

188.- Varón de 30 años que acude al Servicio de Urgencias trasladado en ambulancia tras sufrir electrocución con cables de alta tensión al enredársele el sedal de su caña de pescar mientras lo lanzaba al mar. ¿Cuál de las siguientes actitudes en Urgencias NO estaría indicada de entrada?

a) Valorar estado hemodinámico: control de constantes, monitorización electrocardiográfica, saturación de O2, control de diuresis mediante sondaje vesical y control del nivel de consciencia de manera frecuente.
b) Sueroterapia con suero fisiológico a dosis tituladas con el objetivo de mantener una diuresis adecuada (alrededor de 100 ml/h en adultos y de 1,5 ml/kg/h en niños).
c) Tratamiento antibiótico empírico precoz.
d) Si se sospecha síndrome compartimental, deben realizarse escarotomías en el quirófano.

189.- Señale la afirmación FALSA con respecto a la hipotermia.

a) Se considera hipotermia moderada cuando la temperatura corporal central se encuentra entre los 32ºC y los 28ºC.
b) La recomendación es que, si no hay contraindicaciones para la reanimación cardiopulmonar, se debe tratar de reanimar a toda víctima con hipertermia profunda, con independencia de la temperatura corporal central.
c) Detección y tratamiento con antiarrítmicos de forma precoz de las arritmias en la hipotermia grave.
d) La temperatura corporal más baja reanimada sin presencia de secuelas neurológicas documentada ha sido de 13,7ºC.

190.- Un alpinista acude a Urgencias por sospecha de congelación de los dedos de ambas manos y tras la exploración y valoración de las lesiones, se clasifican como lesiones por congelación profundas de tercer grado. ¿Cuál sería su evolución?

a) Necrosis limitada a la dermis, curación entre las 4 y 6 semanas con secuelas.
b) Flictenas con sensibilidad reducida. Posibles secuelas e hipersensibilidad al frío.
c) Necrosis con afectación ósea con secuelas inevitables.
d) Necrosis con afectación muscular con secuelas inevitables.



191.- Señale la respuesta FALSA con respecto a la patología inducida por el calor.

a) El síncope por calor ocurre principalmente en individuos predispuestos, como los ancianos y las personas con hipotensión esencial, y se produce como resultado de la redistribución de la sangre a la piel a través de la vasodilatación periférica.
b) El golpe de calor clásico se produce en personas no entrenadas ni aclimatadas que realizan ejercicio extenuante en ambientes de elevada temperatura y humedad.
c) Los calambres por calor son contracturas musculares involuntarias, dolorosas, breves e intermitentes que afectan a los músculos más usados tras ejercicio físico intenso, prolongado y a altas temperaturas, por excesiva sudoración.
d) El edema por calor se produce cuando el líquido intersticial se acumula en las extremidades como resultado de un aumento de presión hidrostática, vasodilatación cutánea y fragilidad vascular debida al aumento de temperatura.

192.- Señale la respuesta correcta con respecto al golpe de calor.

a) En el golpe de calor clásico, la transpiración puede estar ausente.
b) En el golpe de calor clásico, en torno a un 25% desarrollan insuficiencia renal aguda.
c) En el golpe de calor clásico, la aparición de coagulación intravascular diseminada es frecuente.
d) En el golpe de calor clásico, el debut suele ser rápido (minutos/horas).

193.- En cuanto a los factores de mal pronóstico en el golpe de calor, señale la respuesta INCORRECTA.

a) La presencia de acidosis metabólica.
b) La temperatura rectal mayor de 42.2ºC al ingreso.
c) La hiperpotasemia.
d) GOT mayor de 500 UI/l en las primeras 24 horas.

194.- Una chica de 16 años que acude a Urgencias por presentar fiebre junto con eritrodermia generalizada difusa con descamación sobre todo en manos y pies, sin afectación de la región facial. Los días previos había comenzado con vómitos, diarrea y mialgias. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

a) Síndrome de Sweet.
b) Gonococemia.
c) Síndrome de Stevens-Johnson.
d) Síndrome de shock tóxico estafilocócico.

195.- En cuanto a los síndromes febriles y aparición de adenopatías, señale la respuesta correcta.

a) En la sífilis secundaria pueden aparecer adenopatías epitrocleares.
b) En la toxoplasmosis pueden aparecer adenopatías submentonianas.



c) En la rubeola pueden aparecer adenopatías yugulares.
d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

196.- Ante sospecha de un cuadro clínico infeccioso agudo del sistema nervioso central, ¿cuándo hay que realizar un estudio de neuroimagen previamente a la realización de una punción lumbar?

a) Si se sospecha de carcinomatosis meníngea.
b) Si el paciente está inmunodeprimido.
c) En todos los casos de sospecha de encefalitis.
d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

197.- Señale la respuesta FALSA en cuanto a las infecciones en las leptomeninges y espacio subaracnoideo en enfermos con derivaciones del líquido cefalorraquídeo.

a) Las infecciones derivadas de estos dispositivos conllevan una alta morbilidad y, sobre todo, una alta mortalidad, que se ha estimado entre 11-24 %.
b) En la mayoría de las ocasiones, los microorganismos implicados son los propios de la piel y el cuero cabelludo siendo el más frecuente, en más del 50% de los casos, el Staphylococcus aureus.
c) En las derivaciones ventrículo-atriales, el cuadro suele ser más florido con fiebre, escalofríos e incluso sepsis.
d) Para la extracción de la muestra del LCR, lo ideal es realizarla por punción del reservorio, con la máxima asepsia y por personal experto, ya que la punción lumbar presenta baja sensibilidad.

198.- Con respecto a la infección por el virus del papiloma humano y la aparición de verrugas anogenitales, señale la respuesta FALSA.

a) Los serotipos del virus del papiloma humano 6, 11, 16, 18 y 31 presentan alta capacidad oncogénica e infectan predominantemente el cuello uterino y el tercio superior de la vagina.
b) La citología en este caso no será diagnóstica, sino que servirá como cribado de lesiones preneoplásicas.
c) Dentro de las opciones de tratamiento se puede emplear Podofilotoxina crema al 0,5%.
d) Dentro de las opciones de tratamiento se puede emplear Imiquimod crema al 5%.

199.- Debido al incremento en las últimas décadas de los viajes internacionales, y en especial hacia y desde el trópico, en el Servicio de Urgencias es cada vez más frecuente atender enfermedades infecciosas propias de otras zonas geográficas. Con respecto a este tema, señale la asociación INCORRECTA entre exposición e infección posible.

a) Visita a cuevas, ruinas o edificios con suelos húmedos o con excrementos de pájaros y murciélagos e histoplasmosis.
b) Contacto con agua dulce y tungiasis.



c) Consumo de agua no tratada y ciclosporidiasis.
d) Consumo de alimentos crudos o poco cocinados y fascioliasis.

200.- Los signos y síntomas acompañantes de las principales enfermedades infecciosas tropicales son muy variados. Con respecto a este tema, señale la respuesta FALSA.

a) La infección por virus Zika no produce conjuntivitis.
b) En la esquistosomiasis es frecuente la aparición de rash cutáneo.
c) La arbovirosis no es una causa frecuente de broncoespasmo.
d) En la piodermitis en frecuente la aparición de adenopatías.

201.- Respecto a las quemaduras producidas por agentes químicos, ácidos y álcalis, señale la respuesta FALSA.

a) Tanto los ácidos como los álcalis producen quemaduras profundas.
b) Pueden llegar a producir acidosis metabólica.
c) Pueden llegar a producir hipocalcemia.
d) Producen escaras secas con coloración distinta en función de los productos causantes.

202.- En relación a las mordeduras, es cierto que:

a) Normalmente el 20% de las mordeduras no tratadas se complican con infección.
b) En las mordeduras de perros y gatos en los pies se recomienda profilaxis antibiótica.
c) En las mordeduras por ratones suele haber infección por Pasteurella multocida.
d) En personas con inmunodepresión se han descrito complicaciones infecciosas graves por Capnocytophaga canimorsus tras mordedura de perro.

203.- El tiempo medio desde el cierre de la herida hasta la retirada del material de sutura o grapa en las heridas del pie debe ser:

a) 3-5 días.
b) 7-9 días.
c) 10-12 días.
d) 14-16 días.

204.- El método más común de intento de suicidio es:

a) Sobredosis de fármacos.
b) Precipitación.
c) Autolesiones con arma blanca.
d) Ahorcamiento.

205.- En relación con el uso de antipsicóticos, es cierto que:

a) La potencia de estos fármacos NO se refiere a su eficacia sino a la dosificación del fármaco para lograr una respuesta clínica eficaz.
b) Los medicamentos de potencia baja tienden a ser más sedantes y a menudo se acompañan de hipotensión, mareo y síntomas anticolinérgicos.
c) Los de potencia elevada suelen tener más efectos extrapiramidales.
d) Todas son ciertas.

206.- En el trastorno de pánico, ¿Cuál de los siguientes medicamentos está más indicado?

a) Maprotilina.
b) Deprenil.
c) Sertralina.
d) Buspirona.

207.- En relación con los medicamentos utilizados para la secuencia rápida de intubación, es FALSO que:

a) Antes del procedimiento deben administrarse lidocaína, fentanilo y atropina.
b) El propofol tiene un inicio de acción más rápido que el etomidato y duración de acción más breve.
c) La ketamina es un inductor disociativo que produce analgesia y amnesia.
d) La succinilcolina es el relajante muscular más a menudo utilizado en urgencias.

208.- La complicación más frecuente de la utilización de la vía intraósea en niños es:

a) Dolor.
b) Celulitis.
c) Lesiones en la placa de crecimiento.
d) Embolia gaseosa.

209.- En los niños mayores de 5 años de edad en lugar de acceso intraóseo más recomendable es:

a) Porción distal de la tibia.
b) Porción próxima al de la tibia.
c) Porción distal del fémur.
d) Porción proximal del húmero.

210.- Respecto a la utilización de la ecografía para la detección del neumotórax es FALSO que:

a) El perfil granuloso normal es sustituido por un artefacto de múltiples líneas horizontales.
b) Hay ausencia de los artefactos verticales normales en cola de cometa del pulmón normal.
c) El deslizamiento normal del pulmón tiene una sensibilidad como técnica para detectar neumotórax cercana al 100% por y un valor predictivo positivo del 90%.

d) El signo de punto pulmonar tiene una sensibilidad aproximada del 66% y una especificidad próxima al 100%.

211.- La primera causa de muerte en los receptores adultos de trasplante pulmonar entre el primer y el decimosegundo mes tras el trasplante es:

a) Fracaso de injerto.
b) Infección.
c) Bronquiolitis obliterante.
d) Embolia pulmonar.

212.- ¿Cuál es la variedad más frecuente del maltrato en ancianos?

a) Negligencia del cuidador.
b) Maltrato físico.
c) Inmovilización química por administración de sedantes.
d) Explotación económica.

213.- En relación con los fármacos sedantes, es cierto que:

a) Con el midazolam hasta un 15% de los pacientes puede tener agitación paradójica que requiere el uso de flumazenil.
b) La ketamina puede inducir hipersalivación, que se trata con atropina o glucopirrolato.
c) El efecto secundario más grave del propofol es la depresión respiratoria súbita y apnea.
d) Todas son ciertas.

214.- La lumbalgia es una entidad frecuente que llega a afectar, en algún momento de la vida, hasta al 90% de la población con diferentes grados de intensidad, por lo que no es una causa rara de consulta en nuestros servicios de urgencias. En la anamnesis y exploración física hay que detectar la presencia de signos de alarma, entre los cuales NO está:

a) Edad entre 30-50 años.
b) Uso prolongado de corticoides.
c) Presencia de anestesia en silla de montar.
d) Dolor nocturno y progresivo.

215.- Un paciente epiléptico conocido presenta dolor intenso a nivel del hombro derecho con limitación funcional tras haber presentado una crisis comicial. Tras la primera valoración, se ha solicitado un estudio radiológico (ver imagen). Señale la afirmación INCORRECTA.

a) En la radiografía se aprecia el signo de la bombilla característico de este tipo de lesiones.
b) Es habitual que la deformidad sea poco evidente.
c) En la exploración encontraremos una incapacidad para la rotación interna.
d) Con frecuencia requieren sedación e incluso anestesia general para su reducción.

216.- De las siguientes afirmaciones sobre lesiones a nivel de la cintura escapular, señale la afirmación INCORRECTA.

a) Las fracturas de escápula son poco frecuentes, se asocian a traumatismos de alta intensidad y suelen cursar con escasa deformidad ósea.
b) En las fracturas de clavícula puede aparecer a las 48 horas el hematoma de Hennequin.
c) El signo de Popeye se observa en la rotura de la porción larga del bíceps braquial.
d) El síndrome subacromial se debe a la compresión de los tendones del manguito rotador por el espacio subacromial, afectándose con mayor frecuencia el tendón supraespinoso.

217.- Al valorar a un paciente con dolor referido en tobillo tras una inversión forzada accidental, señale la respuesta correcta.

a) Se debe realizar un estudio de imagen cuando existe un mecanismo lesional de inversión o eversión de tobillo.
b) Si el paciente es capaz de deambular con carga cuatro pasos sin presenciar inestabilidad, pero presenta dolor local, hay indicación de realizar estudios radiológicos.
c) Una prueba de Thomson negativa debe hacernos sospechar una rotura del tendón de Aquiles.
d) La presencia de dolor a la exploración al nivel de la base del quinto metatarsiano o sobre el hueso navicular indica la realización de estudio radiológico.

218.- Sobre el síndrome del latigazo cervical o whiplash, señale la afirmación FALSA.

a) Es el motivo de consulta más frecuente en los servicios de urgencias por cervicalgia traumática.
b) El uso de collarines blandos favorece una pronta recuperación.
c) De forma rutinaria deben realizarse radiografías anteroposterior y lateral de columnas cervical.
d) Es habitual encontrar una rectificación de la lordosis cervical.

219.- Las fracturas de radio distal son una de las más frecuentes, llegando a suponer un 20% de todas las fracturas. Uno de los criterios de indicación quirúrgica es la inestabilidad de la fractura. Señale cuál de los siguientes NO es uno de ellos.

a) Acortamiento radial menor de 10mm.
b) Fractura intraarticular.
c) Desplazamiento secundario de la fractura.
d) Conminución metafisaria mayor del 50% del diámetro radial.

220.- Respecto al manejo de heridas, señale la respuesta INCORRECTA.

a) Si se sospechan cuerpos extraños se debe realizar radiografía.
b) A través de una radiografía no podemos detectar la presencia de cristales.

c) Se debe realizar una exploración vascular y nerviosa valorando la movilidad por grupos musculares, previa al tratamiento de las heridas.
d) Si en una extremidad persistirá un sangrado refractario a la presión local y a la ligadura del vaso, se debe realizar compresión proximal a la herida con el inflado de un esfigmomanómetro 10 mmHg por encima de la presión arterial sistólica, no prolongándolo más de 20 minutos.

221.- En una herida en la región facial que ha precisado sutura, ésta debe mantenerse:

a) Entre 3-7 días.
b) Entre 7-10 días.
c) Entre 8-12 días.
d) Entre 10-12 días.

222.- Aproximadamente el 1% de las consultas en los servicios de urgencias son por mordeduras, la mayor parte de ellas causadas por animales domésticos, no siendo infrecuentes las de etiología humana. De las lesiones por mordeduras, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Las causadas por perros tienen una tasa de infección de más del 50%.
b) Las mordeduras de gatos son las más frecuentes.
c) Las ocasionadas por humanos son polimicrobianas y casi todas se infectan localmente.
d) La localización más frecuente es en cabeza y cuello.

223.- En general, en las lesiones por mordeduras debe evitarse la sutura primaria. ¿En cuál de las siguientes situaciones podría realizarse la sutura?

a) Heridas punzantes.
b) Pacientes inmunodeprimidos.
c) Lesiones no infectadas.
d) Lesiones localizadas en manos y pies.

224.- Las mordeduras por serpiente son la causa de intoxicación más frecuente por animales terrestres. En la Península Ibérica existen principalmente víboras y culebras. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA sobre los efectos de sus venenos?

a) El veneno de las víboras es muy citotóxico e inflamatorio.
b) El veneno de las culebras es hematotóxico y puede provocar coagulación intravascular diseminada.
c) La inoculación de los venenos de ambas especies puede ocasionar anafilaxia.
d) El veneno de las culebras puede, en casos graves, llegar a producir disnea, disfagia y parálisis respiratoria.

225.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos clínicos NO esperaría encontrar en un paciente con una torsión testicular?

a) Testículo ascendido y lateralizado.
b) Signo de Prehn positivo.
c) La elevación del testículo afectado empeora el dolor.
d) Ausencia de reflejo cremastérico.

226.- Usted se encuentra atendiendo a un paciente con sospecha de cólico renoureteral. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La causa más frecuente son los cristales de ácido úrico.
b) En el 50% de los casos la litiasis se encuentra localizada en el uréter proximal.
c) Puede no encontrarse hematuria hasta en el 30% de los casos.
d) La presencia de dilatación moderada de la pelvis renal y dilatación leve de cálices renales se cataloga de hidronefrosis grado III.

227.- ¿Cuál de los siguientes datos NO esperaría encontrar en un paciente con insuficiencia renal aguda de origen prerrenal?

a) EFNa (Fracción de excreción de Na) mayor de 2.
b) Urea en orina/Urea plasmática mayor de 10.
c) Osmolaridad urinaria 500.
d) Na en orina menor de 20.

228.- Señale qué determinación analítica obliga a retrasar el inicio de la infusión de insulina en la cetoacidosis diabética:

a) Glucemia plasmática menor de 300 mg/dL.
b) Potasio sérico inferior a 3,3 mEq/L.
c) Creatinina superior a 2 mg/dL.
d) pH arterial inferior a 6,9.

229.- En la tormenta tiroidea, señale cuál de estos fármacos antitiroideos es el más recomendado para el bloqueo de la conversión periférica de T4 a T3:

a) Salicilatos vía oral.
b) Carbimazol vía sonda nasogástrica.
c) Carbonato de lítio vía intravenosa.
d) Propiltiouracilo vía oral.

230.- Señale cuál de las siguientes medidas terapéuticas considera como tratamiento de elección ante una hiponatremia severa que debuta con crisis convulsivas activas:

a) Suero salino hipertónico al 3%.
b) Restricción hídrica estricta aislada.
c) Infusión rápida de furosemida vía endovenosa.
d) Suero salino fisiológico al 0,9%.

231.- Señale cuál de éstos fármacos es de elección ante hipoglucemias graves provocadas por la sobredosis de sulfonilureas:

a) Octreótida por vía subcutánea.
b) Glucagón vía intravenosa en pacientes con accidente cerebrovascular reciente.
c) Suero glucosado al 50% en perfusión continua.
d) Diazóxido por vía intravenosa.

232.- En un paciente con sospecha de tumor hipofisario productor de ACTH que ingresa por crisis hipertensiva y potasio de 2,1 mEq/L, señale el diurético que está específicamente contraindicado en el manejo inicial:

a) Espironolactona vía oral a dosis de 100 mg/día.
b) Furosemida por vía intravenosa.
c) Eplerenona por vía oral.
d) Amilorida asociada a reposición de potasio vía oral.

233.- Una paciente con hipocalcemia severa sintomática tras tiroidectomía no responde clínicamente a la infusión continua de gluconato cálcico. Señale la alteración electrolítica coexistente que debe sospecharse y corregirse inmediatamente:

a) Hipopotasemia grave.
b) Acidosis respiratoria aguda descompensada.
c) Hipofosfatemia aislada severa.
Hipomagnesemia concomitante.

234.- Señale cuál de las siguientes situaciones NO cursa con una acidosis metabólica con anion gap elevado o normoclorémica:

a) Rabdomiolisis.
b) Cetoacidosis alcohólica.
c) Hipopotasemia grave.
d) Intoxicación por hierro.

235.- Señale cuál de los siguientes es el tratamiento farmacológico de elección en un paciente postoperado de neurocirugía craneal que desarrolla bruscamente poliuria (>500 mL/hora), hipernatremia de 156 mEq/L y osmolalidad urinaria muy baja:

a) Desmopresina por vía subcutánea.
b) Infusión de solución salina hipertónica al 3% cada 6 horas.
c) Restricción hídrica estricta a menos de un litro diario.
d) Administración de hidroclorotiazida por vía oral.

236.- Señale cuál es el esquema antibiótico empírico inicial de elección en urgencias ante un paciente con neutropenia grave febril:



a) Cefotaxima asociada a vancomicina intravenosa.
b) Cefepima en monoterapia.
c) Amoxicilina/ácido clavulánico por vía oral.
d) Azitromicina asociada a ciprofloxacino endovenoso.

237.- Señale cuál es el fármaco hipouricemiante de elección urgente ante un síndrome de lisis tumoral con hiperuricemia severa establecida:

a) Alopurinol a dosis máximas por vía oral.
b) Rasburicasa por vía intravenosa.
c) Feruxostat asociado a diuréticos de asa.
d) Probenecid en infusión continua.

238.- Señale la medida terapéutica de soporte que NO está indicada de forma sistemática en la Enfermedad de Moschcowitz o Púrpura trombocitopénica trombótica en urgencias:

a) Transfusión de plaquetas.
b) Infusión de plasma fresco congelado.
c) Administración de glucocorticoides a dosis altas.
d) Realización de recambio plasmático urgente.

239.- Señale cuál es el fármaco de elección que se debe administrar a los pacientes en tratamiento con dabigatrán, en caso de sangrado mayor o necesidad de intervención quirúrgica urgente:

a) Complejo protombínico concentrado de cuatro factores.
b) Emicizumab vía intravenosa.
c) Andexanet alfa en infusión contínua.
d) Idarucizumab vía intravenosa.

240.- Señale el fármaco considerado como el antídoto específico para revertir los inhibidores directos del factor Xa como el rivaroxabán:

a) Idarucizumab.
b) Andexanet alfa.
c) Protramina sulfato.
d) Fitomenadiona intravenosa.

241.- Indique cuál es la primera medida inmediata que debe tomarse ante la sospecha de una reacción transfusional hemolítica aguda en urgencias:

a) Administrar antihistamínicos y ralentizar la infusión.
b) Iniciar una infusión urgente de bicarbonato sódico.
c) Suspender inmediatamente la transfusión e iniciar infusión de solución salina.
d) Administrar plasma fresco y plaquetas.

242.- Señale la combinación analítica que define el síndrome de lisis tumoral según la clasificación de Cairo-Bishop:

a) Hiperuricemia, hiperpotasemia, hipofosfatemia e hipercalcemia.
b) Hiperuricemia, hipopotasemia, hiperfosfatemia e hipercalcemia.
c) Hipouricemia, hiperpotasemia, hipofosfatemia e hipocalcemia.
d) Hiperuricemia, hiperpotasemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia.

243.- El paciente que necesita estar en la cama más de la mitad del día y necesita ayuda para la mayoría de las necesidades de la vida diaria, tendría un grado en la escala del estado funcional del Grupo Cooperativo del Este (ECOG); señale la respuesta correcta:

a) Grado 1.
b) Grado 2.
c) Grado 3.
d) Grado 4.

244.- Según el Índice clínico de neutropenia febril estable (CISNE), el paciente con enfermedad cardiovascular crónica, hiperglucemia >120 mg/dL y monocitos < 200/µL, tiene un nivel de riesgo de sufrir complicaciones graves en los siguientes 7 días; señale la respuesta correcta:

a) Riesgo bajo.
b) Riesgo intermedio.
c) Riesgo alto.
d) Riesgo muy alto.

245.- En relación a la Clasificación SINS (Spine Instability Neoplastic Score) que evalúa el riesgo de inestabilidad de la columna vertebral afectada por metástasis o tumores malignos; señale la respuesta correcta:

a) La escala asigna una puntuación de 0 a 20 puntos basada en 8 variables.
b) A la localización de la lesión en la región rígida S2-S5 se le asignan 2 puntos.
c) Al dolor mecánico o postural, que mejora al tumbarse se le asignan 3 puntos.
d) A la lesión ósea mixta (lítica y blástica) se le asignan 2 puntos.

246.- Señale cuál es el procedimiento diagnóstico de elección ante la sospecha de compresión medular neoplásica si hay clínica neurológica progresiva asociada:

a) Resonancia magnética con gadolinio.
b) Tomografía computarizada vertebral con contraste.
c) Gammagrafía ósea corporal total con Tecnecio-99.
d) Radiografía simple de columna cervical, dorsal y lumbosacra.

247.- **La escala de toxicidad aguda para membranas mucosas del RTOG (Radiation Therapy Oncology Group) y la EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) clasifica la mucositis inducida por radiación o quimiorradiación en 5 grados; señale la respuesta correcta:**

a) Grado 0. Eritema difuso de la mucosa, con dolor leve.
b) Grado 1. Mucositis parcheada, con dolor moderado.
c) Grado 3. Mucositis confluente, con dolor severo.
d) Grado 2. Aftas con placas extensas, >1,5 cm, con ulceración profunda.

248.- **Los Criterios de Terminología Común para Eventos Adversos (CTCAE) versión 5.0, son el estándar internacional utilizado en oncología para estandarizar la clasificación y gradación de los efectos secundarios de los tratamientos contra el cáncer. Señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Asignan la gravedad del grado 1 al 4.
b) Grado 1. Síntomas leves. No requieren intervención médica.
c) Grado 2. Dolor moderado que no interfiere con la ingesta.
d) Grado 3. Dolor intenso que interfiere con la intesta.

249.- **En los pacientes en tratamiento oncológico, para controlar la emesis anticipatoria se administra; señale la respuesta correcta:**

a) Metoclopramida.
b) Metilprednisolona.
c) Lorazepam.
d) Ondansetrón.

250.- **Señale cuál de los siguientes fármacos, asociado a corticoides, constituye el tratamiento profiláctico de elección para tratar la emesis aguda por cisplatino:**

a) Metoclopramida.
b) Fosaprepitant.
c) Fenotizinas.
d) Antihistamínicos.

251.- **Señale el fármaco que responde específicamente a la diarrea posquimioterapia producida por irinotecán:**

a) Ciprofloxacino.
b) Loperamida.
c) Metronidazol.
d) Atropina.

252.- **Indique en cuál de los siguientes procesos puede aparecer en la exploración neurológica un nistagmo horizontal:**



a) Neuritis tóxica.
b) Esclerosis múltiple.
c) Insuficiencia vertebrobasilar.
d) Degeneraciones espinocerebelosas.

253.- En relación al Protocolo HINTS (*Head-Impulse, Nystagmus, Test of Skew*), señale la respuesta INCORRECTA:

a) Es un test de tres exámenes oculomotores realizados a la cabecera del paciente.
b) Demostró una sensibilidad del 100% y una especificidad del 96% para el infarto vertebrobasilar.
c) El test de impulso cefálico evalúa el reflejo vertical vestíbuloocular.
d) El test of Skew es anormal cuando hay estrabismo vertical.

254.- En relación con la Escala de Calgary (Cargary Syncope Symptom Score) señale la afirmación INCORRECTA:

a) La puntuación sólo se suma o resta si la respuesta a la pregunta es afirmativa.
b) Un resultado mayor o igual a -2 indica síncope de etiología vasovagal.
c) La puntuación se calcula respondiendo a 7 preguntas clave de la historia clínica.
d) Los antecedentes de bloqueo fascicular o diabetes mellitus puntúa +3.

255.- En relación a la Escala FOUR (Full Outline of Unresponsiveness) para evaluar el estado de consciencia en pacientes con daño neurológico, señale la respuesta correcta:

a) La escala evalúa 5 parámetros: respuesta ocular, motora, verbal, respiratoria y reflejos troncoencefálicos.
b) La respuesta ocular de ojos cerrados, con apertura al dolor, puntúa 2 puntos.
c) La respuesta motora, de flexión al dolor, puntúa 3 puntos.
d) El patrón respiratorio regular, en paciente no intubado, puntúa 4 puntos.

256.- Al explorar los reflejos oculocefálicos de una paciente en coma, la desviación conjugada de la mirada hacia el lado contrario a donde se gire la cabeza de la paciente, tanto en su plano horizontal como vertical, le indicaría; señale la respuesta correcta:

a) Normalidad del tronco del encéfalo y del sistema oculomotor.
b) Lesión mesencefálica.
c) Lesión protuberancial.
d) Lesión talámica.

257.- La presencia de una desviación conjugada brusca hacia abajo y regreso lento a su posición de origen, en la exploración de los reflejos oculocefálicos, en un paciente en coma; indique la respuesta correcta:



a) Lesión talámica.
b) Lesión mesencefálica.
c) Lesión hemisférica difusa.
d) Lesión protuberancial.

258.- Señale el cuadro clínico en el que NO está indicado el tratamiento con Valproato sódico, como primera línea de tratamiento:

a) Crisis focales secundariamente generalizadas.
b) Estatus no convulsivo de ausencias típicas.
c) Síndrome de Lennox-Gastaut.
d) Estatus epiléptico generalizado sutil.

259.- En relación a la Escala ABCD2, señale la respuesta correcta:

a) Estima el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico en las primeras 24 horas después de un accidente isquémico transitorio.
b) Se valoran 4 variables; edad, presión arterial, alteración del lenguaje y déficit motor.
c) El riesgo es moderado si la puntación es de 4-5 puntos.
d) Tiene un rango de 0 a 10 puntos.

260.- Señale cuál de los siguientes cuadros pertenece a un infarto de la circulación cerebral anterior:

a) Afasia.
b) Patología oculomotora.
c) Déficit sensitivo bilateral.
d) Deterioro rápido e inicial del estado de conciencia.

261.- En el ictus, se valora la Escala NIHSS para cuantificar la gravedad neurológica de un accidente cerebrovascular isquémico agudo; señale la respuesta correcta:

a) Valora 10 items y la puntuación total oscila entre 0 y 50 puntos.
b) La disartria se valora entre 0 (articulación normal) – 2 (disartria grave).
c) La sensibilidad se valora entre 0 (normal) - 1 (anestesia).
d) El lenguaje se valora entre 0 (normal) – 2 (afasia global).

262.- Señale el proceso oftalmológico en el que es típico el llamado “dolor de clavo”:

a) Queratitis.
b) Iridociclitis.
c) Glaucoma agudo.
d) Migraña orbitaria.

263.- Señale el microorganismo que suele asociarse a una conjuntivitis que se presenta de forma abrupta, con secreción purulenta muy copiosa, con manifestaciones clínicas



muy floridas, incluso con adenopatía preauricular y riesgo de ulceración y perforación corneal:

a) *Staphylococcus aureus.*
b) *Sterptococcus pneumoniae.*
c) *Neisseria.*
d) *Haemophilus influenzae.*

264.- Señale cuál de los siguientes antibióticos es el tratamiento de elección en una conjuntivitis de inclusión folicular del adulto:

a) Ciprofloxacino pomada al 0,3%.
b) Doxiciclina vía oral.
c) Amoxicilina-Clavulánico vía oral.
d) Ceftriaxona intramuscular.

265.- Indique la glándula que suele afectarse típicamente como una inflamación granulomatosa, en ocasiones como secuela de una infección estafilocócica, en el orzuelo interno:

a) Glándula de Meibomio.
b) Glándula de Krause.
c) Glándula de Möll.
d) Glándula de Wolfring.

266.- Señale cuál de los siguientes es el tratamiento antibiótico de elección en una paciente alérgica a la penicilina, con celulitis orbitaria:

a) Cloxacilina con ceftriaxona intravenosas.
b) Vancomicina con tobramicina intravenosas.
c) Piperacilina intramuscular con eritromicina vía oral.
d) Metronidazol intramuscular con Claritromicina vía oral.

267.- Señale en cuál de los siguientes situaciones se observa, en el examen del fondo de ojo, la típica mácula de color rojo cereza:

a) Obstrucción de la vena central de la retina.
b) Neuritis óptica.
c) Oclusión de la arteria central de la retina.
d) Uveítis posterior aguda.

268.- Señale cuál de los siguientes fármacos es de elección en el tratamiento del angioedema adquirido relacionado con la ingestión de medicamentos que degradan la bradicinina, como por ejemplo, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina:

a) Hidrocortisona.

b) Desloratadina.
c) Clorfeniramina.
d) Icatibant.

269.- Indique la respuesta INCORRECTA en relación al Síndrome de Costen:

a) Es más frecuente en hombres de edad avanzada.
b) Mejora tras la aplicación de calor local seco.
c) Es frecuente en personas con bruxismo crónico.
d) El tratamiento se basa, entre otros, en la administración de antiinflamatorios no esteroideos.

270.- En la exploración de una sordera brusca, en la prueba de Schwabach, al colocar el diapasón sobre la mastoides, cuando el paciente deja de oír el sonido vibratorio antes que el explorador, indicaría; seleccione la respuesta correcta:

a) Rinne positivo normal.
b) Rinne positivo patológico.
c) Rinne negativo.
d) Rinne indeterminado.

271.- En la valoración de la faringitis eritematopultácea aguda, señale cuál de los siguientes NO es un Criterio de Centor:

a) Presencia de fiebre mayor de 38ºC.
b) Presencia de exudado faringoamigdalar o hipertrofia de amígdalas.
c) Presencia de linfadenopatía cervical anterior dolorosa.
d) Presencia de tos seca intensa.

272.- Señale cuál de los siguientes síntomas NO es específico de la disnea laríngea:

a) Tiraje intercostal.
b) Estridor inspiratorio.
c) Disfonía.
d) Descenso inspiratorio de la laringe.

273.- En relación con un paciente con parálisis facial periférica que presenta sincinesias, asimetría facial en reposo y en actividad, posibilidad de cierre completo con esfuerzo, ligera debilidad de la boca con el máximo esfuerzo, indique qué grado de la clasificación de la función muscular facial de House-Brackmann presenta:

a) Grado II. Disfunción leve.
b) Grado III. Disfunción leve a moderada.
c) Grado IV. Disfunción moderada a severa.
d) Grado V. Disfunción severa.



274.- En un paciente que presente inhalación de humo en un incendio doméstico, señale la afirmación INCORRECTA:

a) El monóxido de carbono (CO) y cianuro (CNH) son los gases asfixiantes más peligrosos de los presentes en el humo.
b) La presencia de acidosis metabólica con anión GAP bajo es proporcional a la gravedad de la intoxicación.
c) En mujeres embarazadas con niveles de COHb (Carboxihemoglobina) >15 % está indicada la oxigenoterapia hiperbárica.
d) En caso de acidosis láctica con hiperlactacidemia >7,5 mmol/L está indicada la administración de 5 g de hidroxicobalamina.

275.- De las siguientes afirmaciones, señale la FALSA:

a) En caso de hiperemesis por cannabis se ha observado mejoría clínica con duchas calientes.
b) En las intoxicaciones por cocaína, no se recomienda la administración de antagonistas del calcio, ni de β bloqueantes, como tratamientos de primera línea.
c) En las intoxicaciones por éxtasis líquido está indicado el lavado gástrico.
d) En las intoxicaciones por metanol, el grado de acidosis metabólica se relaciona con los síntomas visuales y la mortalidad.

276.- Sobre las intoxicaciones por insecticidas, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Los organofosforados actúan uniéndose de forma irreversible a la acetilcolinesterasa.
b) Los carbamatos presentan una unión reversible a la acetilcolinesterasa.
c) En las intoxicaciones por carbamatos la sintomatología a nivel de SNC es muy florida al atravesar la barrera hematoencefálica.
d) En las intoxicaciones por organofosforados no se deben administrar oximas sin haber iniciado previamente la atropinización.

277.- Señale la manifestación clínica que NO es característica en la intoxicación por β-bloqueantes:

a) Hipoglucemia.
b) Hipertensión arterial.
c) Torsade de Pointes.
d) Convulsiones.

278.- Cuando se identifica un paciente como posible donante y se comunica al coordinador de trasplantes, es necesaria la realización de una valoración exhaustiva. Señale la respuesta INCORRECTA en relación a las contraindicaciones para la donación de órganos:

a) No existe límite de edad para la donación.
b) La pluripatología no constituye una causa de exclusión directa.
c) Los antecedentes de neoplasia son siempre una contraindicación absoluta para la donación.

d) Las infecciones agudas no controladas pueden ser causa de contraindicación para la donación.

279.- La toxicidad más frecuente producida por fármacos de inmunoterapia oncológica es:

a) Gastrointestinal.
b) Cutánea.
c) Hipotiroidismo.
d) Pulmonar.

280.- Es indicación de transfusión de hematíes en el servicio de urgencias:

a) Anemia crónica con Hg 8 g/dl asintomática.
b) Anemia no conocida previamente con Hb 8 g/dl con escasa sintomatología y sin hemorragia activa.
c) Insuficiencia cardíaca descompensada con Hb < 9 g/dl.
d) En todos los casos de anemia crónica con Hb < 7 g/dl.

281.- En el tratamiento de las heridas en los servicios de urgencias hay que valorar la indicación de administración de profilaxis antitetánica. Señale la afirmación FALSA:

a) Ante una herida limpia, si el paciente tiene 3-4 dosis previas, pero han pasado más de 10 años de la última, debe administrarse una dosis de vacuna.
b) En una herida potencialmente tetanígena y 3-4 dosis previas, si de la última dosis han pasado más de 3 años, debe administrarse una dosis de vacuna.
c) En pacientes con ≤ 3 dosis o pauta previa desconocida, con heridas potencialmente tetanígenas, se debe administras una dosis de vacuna junto con inmunoglobulina antitetánica.
d) En caso de heridas potencialmente tetanígenas y 5 o más dosis previas, última hace más de 10 años, puede considerarse la administración de una dosis adicional de vacuna.

282.- Indique la afirmación correcta:

a) Una trombopenia entre 20.000-50.000 plaquetas se considera grave.
b) Para la realización de procedimientos invasivos debe conseguirse una cifra de plaquetas >80.000.
c) En una PTI con plaquetas < 20.000 se debe iniciar tratamiento con corticoides e inmunoglobulinas independientemente de que exista o no hemorragia.
d) La aparición de trombocitopenia inducida por heparina se relaciona con las dosis administradas.

283.- ¿Cuál de las siguientes características NO es propia del angioedema mediado por histamina?

a) Rápida instauración.



b) El grupo de fármacos que más frecuentemente se asocia con su aparición son los IECA.
c) Presenta buena respuesta a antihistamínicos y corticoides.
d) La presentación con urticaria es frecuente.

284.- Sobre el tratamiento de la anafilaxia, señale la respuesta correcta:

a) La administración de glucagón está indicada en pacientes en tratamiento con calcioantagonistas.
b) La administración de corticoides ha demostrado aumentar la supervivencia.
c) Los antihistamínicos iv son la base del tratamiento.
d) El tratamiento de elección es la adrenalina 0,3-0,5 mg intramuscular.

285.- De los siguientes datos, indique el que NO es propio de una artritis séptica:

a) Líquido sinovial con < 50 % de glucemia.
b) Líquido sinovial con presencia de 75.000 leucocitos/mm3.
c) Predominio de polimorfonucleares > 50 % en el recuento celular de líquido sinovial.
d) Líquido sinovial de aspecto macroscópico opaco.

286.- En el pie diabético, señale la afirmación correcta:

a) Las infecciones superficiales suelen ser polimicrobianas.
b) La antibioterapia previa no es un factor de riesgo para infección por Pseudomona aeruginosa.
c) La infección de orina de repetición es un factor de riesgo para infección por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE).
d) Las infecciones profundas suelen ser monomicrobianas.

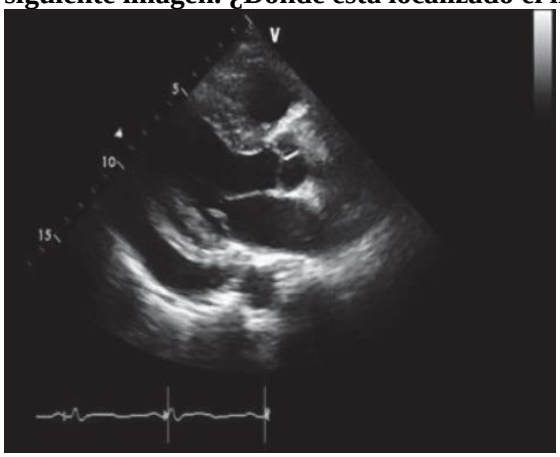
287.- Un paciente de 75 años presenta clínica larvada de dolor en cinturas escapulares y pelvianas con sensación de rigidez que mejora a lo largo del día y le aporta una analítica sanguínea en la que presenta una VSG 70 mm/h. Sobre la patología que sospecha, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Se asocia hasta en un 20 % de los casos con arteritis de células gigantes.
b) No se debe iniciar tratamiento con corticoides sin tener un diagnóstico de confirmación.
c) Es más frecuente a partir de los 50 años.
d) Hasta en un 20 % de los casos de esta patología puede existir una VSG normal.

288.- Ante un paciente en shock de etiología no determinada, señale cuál de los siguientes protocolos de ecografía realizada a pie de cama por el propio clínico **(POCUS** - Point-Of-Care Ultrasound) **aportaría más información de cara al diagnóstico diferencial:**

a) RUSH.
b) FAST.
c) E-FAST.
d) BLUE.

289.- Se encuentra ante un paciente con disnea y para el diagnóstico diferencial usted decide realizar una ecografía FoCUS (Focuss Cardiac Ultrasound), encontrando la siguiente imagen. ¿Dónde está localizado el líquido?



a) Pleural.
b) Pericárdico.
c) Se trata de ascitis.
d) Es grasa pericárdica.

290.- Señale la afirmación INCORRECTA sobre la punción lumbar:

a) La cefalea post punción lumbar puede aparecer horas o semanas tras el procedimiento.
b) La presencia de infección de la zona de punción es una contraindicación absoluta.
c) La presencia de crisis comiciales indica la realización de estudio de neuroimagen previo al procedimiento.
d) Se debe realizar una TC cerebral previa a la punción lumbar.

291.- De las siguientes afirmaciones sobre fármacos usados durante el procedimiento de asegurar y aislar la vía aérea, señale la FALSA:

a) Propofol tiene efecto broncodilatador.
b) Etomidato tiene una duración de efecto de 5-10 minutos.
c) Cisatracurio tiene reversor específico.
d) Rocuronio tiene inicio de acción en 1-2 minutos y duración de 35-45 minutos

292.- Ante un incidente NRBQ (Incidente con riesgo Nuclear, Radiológico, Biológico y Químico), señale la afirmación INCORRECTA:

a) Tanto para la colocación como retirada del equipo de protección individual es necesaria la presencia de un ayudante “espejo”.
b) En un incidente nuclear, para la protección contra partículas alfa y beta es suficiente una protección ligera de la piel.
c) Ante un incidente NBQR se debe zonificar el servicio de urgencias, siendo la zona templada la dedicada a descontaminación.

d) El gas mostaza es un agente neurotóxico.

293.- El Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) puede mostrarse según diferentes patrones electrocardiográficos. Señale la respuesta FALSA:

a) Infradesnivelación del segmento ST ≥ 1 mm en dos o más derivaciones contiguas.
b) Inversión de la onda T (simétricas, en derivaciones con onda R predominante).
c) Ausencia de alteraciones electrocardiográficas.
d) Infradesnivelación del ST en 8 o más derivaciones con supradesnivelación en aVR> o igual a 1mm.

294.- ¿Cuál NO es una contraindicación absoluta para la realización de fibrinólisis en la paciente con síndrome coronario con elevación del segmento ST (SCACEST)?

a) Traumatismo mayor, cirugía o traumatismo craneoencefálico reciente (3 semanas previas).
b) Malformación o neoplasia del sistema nervioso central.
c) Accidente isquémico transitorio en los últimos seis meses.
d) Disección aórtica.

295.- ¿Qué definición en relación con trastornos de la conducción cardiaca es FALSA?

a) En el bloqueo sinoauricular se produce un retraso o bloqueo en la transmisión del impulso desde el nodo sinusal hasta el miocardio auricular. El bloqueo sinoauricular de primer grado se reconoce en un ECG por un acortamiento progresivo del intervalo P-P.
b) La pausa o paro sinusal se produce por la ausencia de generación del impulso eléctrico a nivel del nodo sinusal de forma espontánea o tras un episodio de taquiarritmia supraventricular.
c) El bloqueo auriculoventricular de tercer grado o completo se produce por la interrupción total del impulso eléctrico de la aurícula al ventrículo. Se produce una disociación auriculo ventricular.
d) El ritmo de escape se produce cuando tanto el nodo sinusal como el nodo auriculoventricular fallan. Aparecen marcapasos accesorios de las estructuras más distales del sistema de conducción cardiaca y su frecuencia ventricular es baja.

296.- Estos fármacos pueden estar relacionados con una bradicardia inapropiada. Señale la respuesta FALSA:

a) Calcioantagonistas no dihidropiridínicos y betabloqueantes.
b) Carbamacepina, fenitoína y antidepresivos tricíclicos.
c) Fentanilo y litio.
d) Isoproterenol.

297.- En la fibrilación auricular (FA) se plantea la posibilidad de control del ritmo de forma aguda. Se considera como primera opción la restauración a ritmo sinusal

(con valoración siempre de la prevención de riesgo tromboembólico) en determinadas situaciones. Señale la FALSA:

a) Historia previa de FA paroxística.
b) FA que produce inestabilidad hemodinámica.
c) FA secundaria a una enfermedad transitoria o corregible.
d) FA permanente.

298.- El Clostridium difficile (CD) es un bacilo anaeróbico, que segrega toxinas que pueden causar enfermedades del aparato gastrointestinal, que van desde la diarrea a la colitis pseudomembranosa. Señale la respuesta FALSA:

a) La base del diagnóstico de la infección por CD está en las pruebas de laboratorio. El método ideal es la detección de la toxina en las heces del enfermo dada su elevada sensibilidad y especificidad.
b) C. difficile es la causa más común de diarrea infecciosa en pacientes hospitalizados y no hay casos informados de la infección en adultos sanos que no estuvieron expuestos a un entorno hospitalario.
c) En el caso de la colitis pseudomembranosa, la colonoscopia revela la existencia de típicas pseudomembranas, características de una infección por CD.
d) Uno de los tratamientos de primera línea es vancomicina 125 mg/6 h vía oral.

299.- De acuerdo con los criterios de saturación adaptados de Tudela P. et al., ¿cuál de las siguientes situaciones define formalmente un estado de saturación en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH)?

a) Más del 5 % de pacientes pendientes de ingreso hospitalario.
b) Una estancia superior a 4 horas en más del 80 % de los pacientes.
c) Un retraso en la valoración diagnóstica de los pacientes superior a 30 minutos.
d) Un retraso en el procedimiento de triaje superior a 10 minutos.

300.- Según los estándares y recomendaciones organizativas establecidos por el Ministerio de Sanidad, determine el límite de tiempo máximo recomendado para que un paciente pendiente de ingreso permanezca en el SUH desde que este es ordenado:

a) No ha de sobrepasar en ningún caso las 6 horas.
b) Máximo 12 horas desde que se ordena el mismo.
c) Un máximo de 24 horas, coincidiendo con la estancia tope en observación.
d) El 90 % de ellos deben ser trasladados obligatoriamente en menos de 4 horas.

301.- Con respecto a la organización del personal en la puerta de entrada de Urgencias, ¿cuál es el requisito mínimo indispensable de experiencia que debe cumplir el profesional de enfermería para ser el responsable de realizar el triaje estructurado?

a) Disponer de una especialidad reglada en Urgencias y Emergencias.
b) Una experiencia laboral demostrable en el SU superior a 1 año.
c) Contar con al menos 3 años de ejercicio profesional hospitalario general.

d) Estar supervisado directamente de forma presencial por el médico del área en cada clasificación.

302.- Si un paciente sometido a un ingreso involuntario por un traslado forzoso se fuga de la zona de Observación del Servicio de Urgencias, ¿cuál es el protocolo legal inmediato que debe activar la dirección del centro sanitario según el manual?

a) Solicitar de urgencia una orden judicial al Juzgado de Guardia para autorizar su busca y captura.
b) Comunicarlo inmediatamente a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado (CFSE) para que procedan a su localización y reintegro sin necesidad de orden judicial.
c) Notificar exclusivamente a la familia y esperar un margen de 24 horas antes de judicializar la fuga.
d) Emitir un alta forzosa inmediata por abandono voluntario eximiendo de responsabilidad al hospital.

303.- Ante la solicitud de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado (CFSE) para extraer muestras biológicas con repercusión médico-legal a un paciente con sospecha de intoxicación, ¿cómo debe actuar el médico si el paciente está inconsciente?

a) Realizar la extracción amparándose en el principio de colaboración activa con la justicia.
b) Obtener la muestra de forma inmediata bajo consentimiento por representación de los familiares directos presentes.
c) No realizar la extracción bajo ninguna circunstancia, salvo que medie una orden judicial expresa que lo autorice.
d) Tomar la muestra pero mantenerla retenida sin procesar en el laboratorio hasta que el paciente recupere la consciencia.

304.- Son causa de insuficiencia renal aguda parenquimatosa las siguientes, EXCEPTO:

a) HTA maligna.
b) Tromboembolismo pulmonar.
c) Síndrome de lisis tumoral.
d) Aminoglucósidos.

305.- En un paciente con hematuria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La causa más frecuente en pacientes mayores de 40 años son las nefrolitiasis.
b) La actitud inicial ante un paciente con hematuria debe ser el sondaje vesical y lavado vesical continuo.
c) La presencia en orina de < 5 % de eosinófilos orienta a una nefropatía tubulointersticial.
d) La presencia en el análisis sistemático de orina de cilindros y hematíes dismórficos orienta a una etiología parenquimatosa renal.

306.- Un paciente es trasladado por las emergencias extrahospitalarias a su servicio de urgencias tras ser encontrado 48 h después de su desaparición en montaña mientras

practicaba alpinismo, habiendo permanecido parcialmente expuesto a la climatología propia del mes de enero. Sobre la hipotermia que presenta el paciente, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Se debe verificar la temperatura corporal central lo más exacta posible, teniendo en cuenta que la temperatura axilar es 0,6 ºC menor que la central.
b) Pueden aparecer cuadros de pancreatitis secundarios a la hipotermia.
c) En las hipotermias moderadas o graves, durante el recalentamiento puede aparecer un nuevo descenso de la temperatura corporal central que puede generar fibrilación ventricular.
d) En las hipotermias moderadas (28-32 ºC) existe un aumento del gasto cardíaco y de la frecuencia cardíaca.

307.- De los siguientes, ¿cuál NO es un criterio que se valora en la escala SOFA (Sepsis related Organ Failure Assessment)?

a) PaO2.
b) Cifras de plaquetas.
c) Niveles de bilirrubina (mg/dl).
d) Nivel de consciencia (Glasgow Coma Score).

308.- Se encuentra en su servicio de urgencias ante un paciente con un cuadro infeccioso que cumple criterios de sepsis. Siendo una patología tiempo dependiente es necesario iniciar las medidas terapéuticas lo antes posible. ¿Cuál de los siguientes NO entra dentro de sus objetivos en la primera hora de tratamiento?

a) La determinación de lactato sérico y procalcitonina. Volver a medir el lactato arterial si el inicial, venoso, era > 2-2.5 mmol/L.
b) Iniciar antibioterapia de forma precoz.
c) Si es posible, control del foco infeccioso a través de cirugía urgente.
d) Si existe hipotensión o lactato > 2 mmol/L, iniciar resucitación con cristaloides.

309.- Existen varios biomarcadores que pueden resultar de utilidad en pacientes con sospecha de cuadros sépticos. Señale la afirmación FALSA.

a) La procalcitonina, aún con determinaciones con técnicas semicuantitativas, tiene un elevado valor diagnóstico y pronóstico para sepsis y shock séptico.
b) La procalcitonina se eleva a partir de las 12 h con un pico máximo a las 36 h.
c) El valor del suPAR (receptor soluble del activador del plasminógeno tipo uroquinasa) es útil para la estratificación del riesgo y como marcador pronóstico en sepsis, pero no es marcador diagnóstico.
d) La MRproADM (región medial de la proadrenomodulina) es superior a la procalcitonina como predictora de mortalidad a corto y medio plazo, pero no como marcador diagnóstico de sepsis.

310.- Se encuentra atendiendo a un paciente de 22 años, previamente sano, que presenta fiebre de 39 ºC, quebrantamiento del estado general, cefalea y vómitos desde hace 24 h. Su acompañante le indica que hace 5 días tuvo un contacto cercano con una

persona que a las 48 h fue ingresada en otro centro hospitalario por meningitis meningocócica. Ante su sospecha diagnóstica en este paciente, señale la afirmación FALSA:

a) Se trata de una emergencia médica que requiere del inicio de antibioterapia lo más precoz posible.
b) Previa realización de una punción lumbar no existe indicación de realizar una prueba de neuroimagen.
c) Una cifra de plaquetas de 65.000 contraindica la punción lumbar.
d) La presencia de la tríada fiebre, cefalea y signos meníngeos se encuentra en < 50 % de los casos.

311.- Sobre las endocarditis, señale la afirmación INCORRECTA:

a) La etiología más frecuente es por Staphylococcus aureus.
b) La ausencia de vegetaciones en la ecocardiografía transtorácica descarta el diagnóstico.
c) No se debe iniciar antibioterapia sin haber obtenido previamente muestras de sangre para hemocultivos.
d) En pacientes usuarios de drogas por vía parenteral la válvula más frecuentemente afectada es la tricúspide.

312.- Una paciente de 71 años que ha estado ingresada hasta hace 5 días por una celulitis acude a su servicio de urgencias por presentar fiebre de hasta 39 ºC, tos con expectoración verdosa y sensación disneica. Su TA es de 100/70 y Sat O2 91 % con FiO2 0,21. A la auscultación usted detecta ruidos respiratorios y en la radiografía de tórax se aprecian condensaciones en ambos lóbulos inferiores y lóbulo superior derecho. El ingreso previo se prolongó 1 semana, la paciente toma prednisona a dosis bajas desde hace meses por una patología autoinmune de reciente diagnóstico y es diabética. Sobre la patología que presenta la paciente, señale la respuesta correcta:

a) Se trata de una neumonía nosocomial de inicio tardío.
b) La antibioterapia empírica recomendada inicialmente es con amoxicilina-clavulánico o levofloxacino.
c) El tratamiento indicado es con ertapenem.
d) La antibioterapia empírica más correcta es con meropenem + amikacina.

313.- Una actuación que corresponde realizar en un servicio de urgencias ante un paciente con alteración conductual es valorar la posibilidad de que sea de causa orgánica. ¿Cuál de los siguientes datos NO es sugestivo de organicidad?

a) Presencia de deterioro cognitivo.
b) Aparición de cualquier tipo de sintomatología psiquiátrica en mayores de 55 años.
c) Debut de síntomas psicóticos en mayores de 45 años sin antecedentes psiquiátricos.
d) Alucinaciones visuales.

314.- La incidencia de intentos autolíticos e ideación suicida ha aumentado en nuestro medio en los últimos años. ¿Qué afirmación de las siguientes NO es correcta?



a) En todos los casos hay que indagar sobre el riesgo suicida.
b) Es un factor de riesgo de suicidio consumado ser hombre <19 o >45 años en medio rural.
c) Cualquier paciente que exprese ideación de muerte o verbalice amenazas suicidas debe ser valorado por psiquiatría.
d) Tener hijos o convivir con hijos pequeños en casa se considera un factor de protección.

315.- El coma mixedematoso es una expresión rara y potencialmente mortal del hipotiroidismo. Señale la respuesta FALSA:

a) Puede estar precipitado por una exposición al frio extremo, trauma grave, medicamentos, infarto agudo de miocardio, sepsis.
b) El diagnóstico es clínico. Se realizan estudios analíticos confirmatorios, pero no se debe demorar la aplicación del tratamiento hasta el resultado de las pruebas.
c) Los pacientes con coma por mixedema tienen hipotiroidismo y presentan una descompensación metabólica y multiorgánica, que incluye hipotermia, bradicardia, hipotensión y estado mental alterado.
d) En el diagnóstico analítico hay que tener en cuenta que la tiroxina libre (FT4) y la triyodotironina (FT3) están elevadas y la hormona estimulante del tiroides puede estar normal.

316.- Usted recibe a un paciente que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico. ¿Ante cuál de las siguientes situaciones NO está indicada la realización de estudio de neuroimagen?

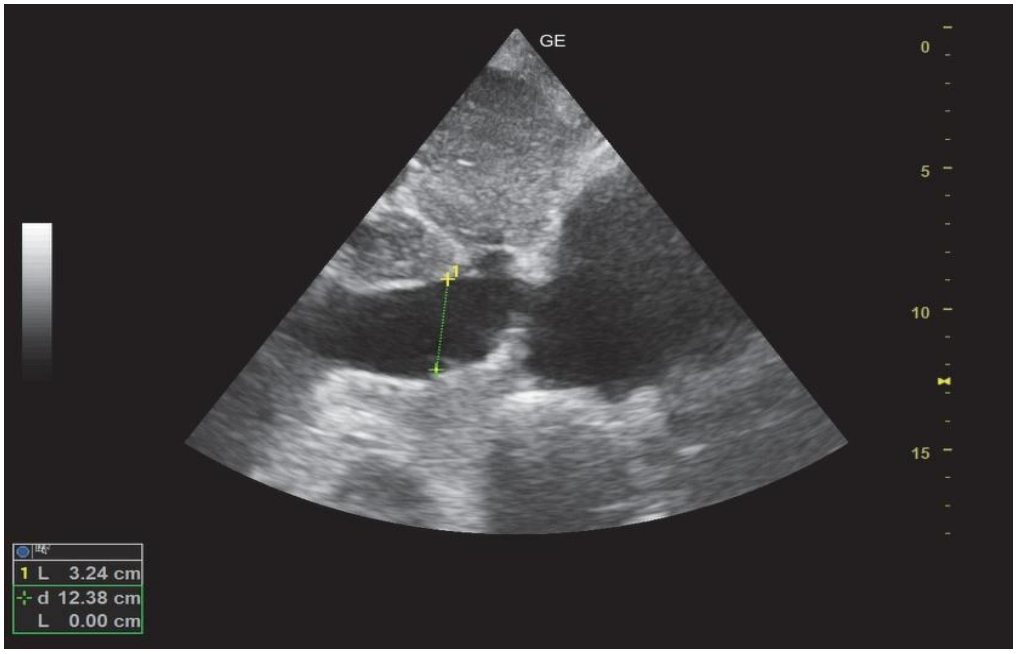
a) Presencia de convulsión posterior al traumatismo.
b) Glasgow Coma Score de 13.
c) Presencia de un vómito aislado.
d) Amnesia lacunar de lo ocurrido.

317.- Usted recibe en su servicio de urgencias a un paciente trasladado por los servicios de emergencias extrahospitalarios tras un accidente de moto de alta intensidad con un traumatismo torácico. Se la ha colocado un collarín rígido tipo Philadelphia. Presenta TAS 85 mmHg, Sat O2 91% con O2 en mascarilla 40%, frecuencia respiratoria 25 rpm y colapso de venas del cuello. ¿Cuál de las siguientes situaciones es más probable que esté causando la situación del paciente?

a) Hemotórax masivo.
b) Neumotórax a tensión.
c) Taponamiento cardíaco.
d) Todas las lesiones anteriores son congruentes con la situación del paciente.

318.- Se encuentra atendiendo a un paciente de 75 años que ha sufrido un accidente de tráfico. Sus constantes son TA 80/40, frecuencia cardíaca 130 lpm, Sat O2 85 % con FiO2 0,21 y frecuencia respiratoria 25 rpm. Usted realiza una exploración

ecográfica, con el hallazgo que muestra la imagen en la vena cava inferior. ¿Qué etiología de las siguientes NO podría ser la causa?



a) Neumotórax a tensión.
b) Tromboembolismo pulmonar masivo.
c) Shock hipovolémico por estallido esplénico.
d) Taponamiento cardíaco.

319.- ¿En qué entidades encontramos hiperpotasemia? Señale la FALSA.

a) Síndrome de Bartter.
b) Rabdomiólisis.
c) Síndrome de Addison.
d) Lisis tumoral.

320.- Se encuentra tratando a un paciente adulto de 100 kg con quemaduras de 2º y 3º grado localizadas en todo el miembro superior derecho, tórax, y abdomen. ¿Qué fluidoterapia calculada debe administrarse en base a la Fórmula de Parkland?

a) 10.800 ml de Ringer lactato en las primeras 8h.
b) 5.400 ml de Ringer lactato en las primeras 8h.
c) 7.200 ml de Suero fisiológico 0,9 % en las primeras 8h.
d) 3.600 ml de Ringer lactato en las primeras 8h.

321.- Ante un paciente adulto que se encuentra en situación de parada cardiorrespiratoria (PCR) con ritmo desfibrilable, señale la afirmación FALSA:

a) La posición de elección de los parches del desfibrilador es la antero-lateral.
b) En caso de pacientes con dispositivos implantables (DAI), colocar el parche a más de 8 cm del

dispositivo o considerar una colocación alternativa de los parches.

c) No hay ninguna indicación de administrar más de una descarga consecutiva.

d) Se deben administrar las descargas con mínimas interrupciones de las compresiones torácicas.

322.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la parada cardiorrespiratoria (PCR) en embarazadas NO es correcta?

a) La supervivencia de una paciente embarazada en una PCR es menor que la de la población general.

b) En gestantes de > 20 semanas, durante la RCP hay que desplazar de forma manual el útero hacia el lado izquierdo.

c) En una gestante de 26 semanas con una PCR debemos seguir la regla de los 6: tras 6 min de RCP sin éxito se debe estar preparado para una cesárea de emergencia para conseguir la extracción del feto en < 6 minutos.

d) Ante una PCR en una gestante de 25 semanas hay que iniciar RCP y alertar inmediatamente a Ginecología y Pediatría.

323.- Respecto a la utilidad de la ecografía durante una parada cardiorrespiratoria (PCR), señale la afirmación INCORRECTA:

a) Su uso es útil para detectar causas de PCR tratables.

b) Su uso durante la reanimación no debe causar interrupciones adicionales o prolongadas de las compresiones torácicas.

c) No debe usarse para valorar la contractilidad miocárdica como único indicador para interrumpir la RCP.

d) La visualización de una dilatación ventricular derecha aislada durante la reanimación es diagnóstica de un tromboembolismo pulmonar masivo.

324.- Sobre el uso de la capnografía durante la parada cardiorrespiratoria (PCR), indique la afirmación FALSA:

a) No se recomienda para valorar la calidad de la RCP.

b) Se recomienda su uso para confirmar la correcta posición del tubo endotraqueal durante la RCP.

c) Un aumento del EtCO2 puede indicar la recuperación de circulación espontánea (RCE) pero no es indicación, por sí solo, de interrupción de las compresiones torácicas.

d) Un valor bajo de EtCO2 no puede usarse como único parámetro para tomar la decisión de detener una RCP.

325.- Existen criterios que por sí solos indican el NO inicio o suspensión de maniobras de RCP ante una parada cardiorrespiratoria (PCR). De los siguientes, señale el que NO lo es:

a) No poder garantizarse la seguridad del reanimador.

b) Tiempo de RCP avanzada > 20 minutos.

c) Tiempo >10 min de PCR sin que se hayan realizado maniobras de RCP, excepto en caso de intoxicación por fenobarbital.

d) Intervalo entre la RCP básica y avanzada > 30 minutos.

326.- En el momento de la detección de una situación de parada cardiorrespiratoria (PCR), indique cuál es la primera actuación a realizar:

a) Iniciar inmediatamente RCP con una relación compresiones: ventilaciones de 30:2.
b) Evaluar el ritmo.
c) Solicitar ayuda.
d) Realizar maniobra de apertura y permeabilización de la vía aérea.

327.- En el paciente trasplantado renal, debido a la inmunosupresión que recibe, para prevenir el rechazo del órgano, se produce un aumento del riesgo de complicaciones como la enfermedad cardiovascular, las infecciones y las neoplasias. Con respecto a las infecciones bacterianas del tracto urinario, señale la respuesta FALSA:

a) Son las infecciones más frecuentes en los pacientes que reciben un trasplante renal.
b) La mayoría de los episodios de infección urinaria en paciente trasplantado están causados por bacilos Gram positivos, como en la población general.
c) Su presentación clínica es variable, desde pacientes asintomáticos hasta cuadros clínicos graves.
d) En el tratamiento empírico de la infección urinaria del paciente trasplantado deben incluirse antibióticos con actividad frente a microorganismos Gram negativos (teniendo en cuenta los patrones de susceptibilidad antimicrobiana de cada centro).

328.- En el caso del hipo persistente (> 48 horas) o intratable (>30 días), tras la ausencia de respuesta al tratamiento etiológico, señale la respuesta FALSA:

a) El tratamiento de elección son los inhibidores de la bomba de protones (IBP).
b) Para el tratamiento empírico de primera elección, se pueden utilizar baclofeno/gabapentina.
c) En casos refractarios no se puede asociar gabapentina a IBP.
d) Para el tratamiento empírico de segunda elección, se puede utilizar Clorpromacina/Metoclopramida.

329.- De las siguientes afirmaciones sobre la canalización de una vía venosa central, señale la correcta.

a) La vía yugular interna tiene la ventaja de poder utilizarse para uso prolongado.
b) La vía subclavia presenta un mayor colapso en caso de hipovolemia.
c) Se puede colocar bajo control ecográfico o siguiendo unas referencias anatómicas.
d) La vía subclavia es de difícil acceso mientras se controla la vía aérea en situación de emergencia.

330.- Denominamos hemoptisis masiva el sangrado que implica un riesgo vital para el paciente y se caracteriza por una serie de criterios. Indique el criterio FALSO:

a) Ritmo de sangrado menor de 100-200 ml en 24 horas.

b) Insuficiencia respiratoria e inestabilidad hemodinámica.
c) Anemización.
d) Hipotensión o inestabilidad hemodinámica.

331.- Con respecto al Dímero D de alta sensibilidad en el manejo del tromboembolismo pulmonar, señale la FALSA:

a) Tiene un valor predictivo negativo alto.
b) La especificidad aumenta con la edad.
c) Tiene alta sensibilidad.
d) Es aconsejable realizar ajuste de los valores con la edad (edad x 10 mcg).

332.- Para el manejo del tromboembolismo pulmonar TEP en las áreas de Urgencias se utilizan escalas de probabilidad clínica (combinación de síntomas, signos y factores predisponentes) que se corresponde con la prevalencia del TEP. La escala más utilizada en los Servicios de Urgencias es la escala de Wells. Según el algoritmo diagnóstico basado en esta escala, señale la respuesta FALSA:

a) Si según la escala de Wells el paciente tiene probabilidad baja/intermedia o TEP poco probable, se realizará DD de alta sensibilidad. Si el resultado es negativo, se descarta TEP.
b) Si según la escala de Wells el paciente tiene alta probabilidad de TEP, se debe realizar DD de alta sensibilidad. Si el resultado es positivo se realiza AngioTAC. Si el resultado radiológico es negativo, se descarta TEP.
c) Si según la escala de Wells el paciente tiene probabilidad baja/intermedia o TEP poco probable, se realizará DD de alta sensibilidad. Si el resultado es positivo, se realiza AngioTAC. Si su resultado es positivo, se confirma TEP.
d) Si según la escala de Wells el paciente tiene alta probabilidad de TEP se realiza AngioTAC. Si su resultado es negativo, se descarta TEP.

333.- Usted recibe a un paciente de 3 años con impotencia funcional de miembro superior izquierdo tras haber estado jugando en el parque con su hermano mayor. La madre le indica que no ha visto caída ni traumatismo directo en ese miembro y sólo ha presenciado un forcejeo entre ellos agarrándose de las manos y con probable mecanismo de tracción. El paciente presenta el brazo en semiflexión y pronación con impotencia funcional. De las siguientes afirmaciones sobre la lesión que sospecha, señale la FALSA:

a) Se trata de una lesión poco frecuente a partir de los 5 años de edad.
b) Una vez tratada, no precisa de inmovilización.
c) Se debe realizar inicialmente un estudio de imagen para confirmar la lesión.
d) Su tratamiento es mediante manipulación con hiperpronación y flexión del codo afectado.

334.- En el manejo urgente de la epistaxis, ¿podría indicar la respuesta FALSA?

a) Se debe valorar la situación clínica y se debe revisar la presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y nivel de consciencia.

b) Realizar una exploración exhaustiva de la orofaringe y fosas nasales y buscar puntos sangrantes.
c) Si no se aprecia claramente la zona de sangrado se realizará taponamiento anterior en un primer tiempo.
d) Se debe priorizar el control de la hemorragia en todas las circunstancias.

335.- Ante una disnea de origen laríngeo, señale la respuesta FALSA:

a) Es una urgencia otorrinolaringológica, que se produce por un aumento de las resistencias al flujo aéreo a nivel de glotis, supraglotis y/o subglotis.
b) Se deben identificar los signos de gravedad para iniciar el tratamiento inmediato.
c) Es un diagnóstico clínico, caracterizado por bradipnea inspiratoria, tiraje supraclavicular, intercostal y subcostal y ruidos inspiratorios laríngeos.
d) Los signos de hipoventilación alveolar no son criterio de gravedad.

336.- Ante la aparición de disnea intensa tras la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño debemos realizar una serie de medidas. Señale la FALSA:

a) Es una emergencia que puede conllevar un riesgo vital y es necesario actuar de forma inmediata.
b) Si el paciente está consciente se puede realizar la maniobra de Heimlich.
c) La cricotirotomía es un procedimiento de rescate, en el que se realiza una incisión a nivel de la membrana cricotiroidea para asegurar la ventilación.
d) La traqueotomía media es de elección en situaciones de emergencia.

337.- En el manejo del traumatismo ocular es muy importante una exploración sistemática y muy completa, dado que puede haber una disociación entre la clínica y el grado de afectación ocular. Señale la respuesta FALSA:

a) Hay que realizar una medición de la agudeza visual que sirva de referente para la evolución de la patología.
b) Se deben explorar los pares craneales oculomotores ante la sospecha de lesión orbitaria o neurológica.
c) Se debe explorar la pupila. Ésta aparece siempre midriática ante un traumatismo severo.
d) Si existe defecto pupilar aferente, hay sospecha de afectación grave.

338.- Con respecto a la pérdida de visión, señale la respuesta FALSA:

a) Una pérdida brusca transitoria bilateral podría ser una amaurosis fugaz.
b) Una pérdida brusca, duradera (>24 horas) con ojo rojo, dolorosa, podría ser un glaucoma agudo.
c) Una pérdida brusca, duradera (>24 horas) sin ojo rojo, dolorosa podría ser una neuritis óptica.
d) Una pérdida brusca, transitoria bilateral podría ser una insuficiencia vertebro-basilar.

339.- El glaucoma ocular agudo por cierre angular, que se produce por una oclusión de la malla trabecular por el iris periférico, obstruyendo el drenaje del humor acuoso,

necesita un tratamiento urgente por comprometer la visión. Señale la respuesta FALSA en relación con los fármacos utilizados y su efecto:

a) Los inhibidores de la anhidrasa carbónica producen un bloqueo de la producción de humor acuoso.
b) Manitol facilita la salida del humor acuoso.
c) Pilocarpina tópica facilita la salida del humor acuoso.
d) Los betabloqueantes tópicos bloquean la producción de humor acuoso.

340.- Con respecto a la sarna. Señale la respuesta FALSA:

a) La escabiosis es una infección dérmica producida por el Sarcoptes scabiei.
b) Se transmite más frecuentemente por contacto directo en convivientes o por contacto sexual.
c) Produce prurito nocturno + surco acarino + eccemas y lesiones por rascado.
d) En adultos las lesiones se localizan en pliegues interdigitales, muñecas, axilas, palmas y plantas y en genitales.

341.- Indique la respuesta FALSA en relación con la clasificación de las lesiones dérmicas:

a) Son lesiones elementales primarias la mácula, pápula, placa, vesícula y ampolla.
b) Son lesiones elementales secundarias la pústula y la mácula purpúrica.
c) Son lesiones elementales secundarias con solución de continuidad la erosión, la úlcera y la fisura.
d) Son lesiones elementales secundarias con residuo eliminable la escama, la costra y la escara.

342.- En pacientes con tumores de cuello y enfermedades neurodegenerativas es frecuente la aparición de disfagia, cuando el paciente es paliativo. Se debe comenzar con medidas de soporte (hidratación endovenosa o por SNG) lo antes posible, tratando la causa reversible. Si NO es posible se deben realizar una serie de medidas. Señale la respuesta FALSA:

a) Dieta absoluta si la obstrucción es completa.
b) Corticoides (Dexametasona) y anticolinérgicos.
c) Valorar tratamiento radioterápico, prótesis, cirugía paliativa.
d) No está indicada la nutrición parenteral en ningún supuesto.

343.- ¿Qué fármacos, utilizados en el síndrome confusional agudo, NO se corresponden con su clasificación?

a) Neurolépticos típicos: Haloperidol, Tiaprida.
b) Neurolépticos atípicos: Risperidona, Quetiapina.
c) Antidepresivos: Trazodona, Clometiazol.
d) Benzodiacepinas: Midazolam, Clorazepato dipotásico.

344.- Con respecto a la trombosis de senos venosos, señale la respuesta FALSA:

a) El paciente manifiesta síntomas de hipertensión intracraneal.
b) La prueba complementaria a realizar en Urgencias es un Angio-TAC en fase arterial.
c) El tratamiento es la anticoagulación, aunque exista hemorragia.
d) En un TAC basal se pueden observar hipodensidades en relación con infartos venosos secundarios y se puede asociar transformación hemorrágica.

345.- Señale la respuesta FALSA de las contraindicaciones absolutas para la realización de trombectomía mecánica.

a) Ictus grave evaluado clínicamente: NIHSS >30 o coma (salvo en territorio carotídeo).
b) Escala de Rankin modificada mayor de 2.
c) Recuento plaquetario menor de 30.000.
d) INR> 3 y/o TTPA > 2 veces el límite normal.

346.- Una lesión cutánea plana que no presenta ningún cambio en su textura o grosor y que no desaparece con la vitropresión se denomina:

a) Mácula purpúrica.
b) Mácula eritematosa.
c) Petequia.
d) Púrpura.

347.- Una lesión elevada de la piel formada por la coalescencia de varias pápulas o nódulos se denomina:

a) Habón.
b) Roncha.
c) Placa.
d) Pústula.

348.- ¿Cuál de las siguientes lesiones cutáneas NO se considera lesión primaria?

a) Equimosis.
b) Pústula.
c) Costra.
d) Placa.

349.- ¿Cuál de los siguientes es fármaco de primera elección ante un shock anafiláctico?

a) Adrenalina.
b) Metilprednisolona.
c) Dexclorfeniramina.



d) Salbutamol.

350.- Señale la opción INCORRECTA en relación al glucagón en el tratamiento de la anafilaxia.

a) Es un fármaco que pueda administrarse por vía intramuscular.
b) Tras su administración intravenosa, el efecto perdura 24h.
c) Está indicado ante la anafilaxia en pacientes con contraindicación para la adrenalina.
d) Está indicado en los pacientes en tratamiento con fármacos bloqueadores β.

351.- Señale cuál de los siguientes es un fármaco antihistamínico de primera generación:

a) Levocetirizina.
b) Rupatadina.
c) Fexofenadina.
d) Hidroxizina.

352.- Señale la principal ventaja de los antihistamínicos de segunda generación respecto a los de primera generación:

a) Son más rápidos de acción.
b) No producen somnolencia o se minimiza este efecto secundario.
c) Se pueden administrar por vía parenteral.
d) Tienen una duración de acción más corta que los de primera generación.

353.- ¿Cuál es la principal causa de muerte de un paciente con eritrodermia?

a) Bronconeumonía.
b) Insuficiencia cardíaca.
c) Shock cardiogénico.
d) Shock séptico.

354.- ¿Cuál de las siguientes aseveraciones sobre la necrólisis epidérmica tóxica NO es correcta?

a) Puede ser provocada por fármacos, como anticonvulsivantes o alopurinol.
b) Afecta a la piel y a las mucosas.
c) Es una enfermedad leve, con una baja mortalidad.
d) Puede acompañarse de fiebre y malestar general.

355.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento de la necrólisis epidérmica tóxica NO es correcta?

a) Suspensión de los fármacos que pudieran estar implicados en su desarrollo.
b) Lavado de mucosas con solución salina fisiológica después de realizar una intensa fricción y desbridamiento cutáneos.

c) Antisépticos locales, como clorhexidina, permanganato potásico o sulfato de cinc en solución acuosa.
d) Amoxicilina-ácido clavulánico si se sospecha sobreinfección bacteriana.

356.- ¿Cuál es el germen más frecuentemente implicado en el impétigo?

a) Staphylococcus aureus.
b) Streptococcus beta-hemolítico del grupo B.
c) Staphylococcus epidermidis.
d) Streptococcus pyogenes.

357.- ¿Cuál de las siguientes es la diferencia fundamental entre la celulitis y la erisipela?

a) El germen responsable.
b) La clínica.
c) El tratamiento.
d) La localización de la infección.

358.- ¿Cuál de los siguientes fármacos para el tratamiento del herpes zóster está contraindicado en pacientes que estén tomando 5-fluorouracilo?

a) Aciclovir.
b) Valaciclovir.
c) Famciclovir.
d) Brivudina.

359.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades origina cervicalgia de causa metabólica?

a) Fibromialgia.
b) Tendinitis.
c) Osteoporosis.
d) Síndrome de Marfan.

360.- ¿Cuál de las siguientes exploraciones complementarias, solicitadas con carácter urgente, solicitaría en primer lugar en el proceso diagnóstico de una paciente con cervicalgia y alteraciones sensitivas en un servicio de urgencias?

a) Gammagrafía ósea.
b) Radiología simple.
c) Tomografía computarizada.
d) Resonancia magnética.

361.- ¿Cuál de las siguientes aseveraciones respecto a la exploración de la movilidad del hombro NO es correcta?



a) Las rotaciones se realizan alrededor del eje longitudinal del húmero con el brazo en horizontal y el codo flexionado en ángulo recto.
b) La flexión lleva el brazo hacia delante en el plano sagital (normal, 180º).
c) La extensión lleva el brazo hacia atrás en el plano sagital (normal, 50º).
d) La abducción separa el brazo del cuerpo en el plano frontal (normal, 180º).

362.- Una limitación de la abducción del brazo a 20º sugiere:

a) Tendinopatía del manguito de los rotadores.
b) Capsulitis adhesiva.
c) Rotura del manguito de los rotadores.
d) Bursitis subacromial.

363.- ¿Cuál de las siguientes medidas generales NO es correcta en el tratamiento del hombro doloroso intrínseco?

a) Reposo articular relativo con el brazo en cabestrillo.
b) Movilización de la articulación a partir del tercer día si la causa no es traumática.
c) Los ejercicios pasivos previenen el hombro congelado.
d) Los ejercicios activos se inician, una vez controlado el dolor intenso, con ejercicios de péndulo.

364.- ¿Qué raíz está afectada cuando hay una dificultad o imposibilidad para la marcha de talones en un paciente con una lumbalgia aguda?

a) L3.
b) L4.
c) L5.
d) S1.

365.- ¿Cuál es el tratamiento urgente de elección de la artritis gotosa cuando el paciente acude más allá de las primeras 24 horas del inicio del dolor?

a) Alopurinol.
b) Naproxeno.
c) Ácido acetilsalicílico.
d) Colchicina.

366.- ¿Qué diagnóstico realizaría en primer lugar a un paciente que presenta una poliartritis acompañada de conjuntivitis?

a) Enfermedad de Behçet.
b) Artritis reactivas.
c) Síndrome de Reiter.
d) Panarteritis nodosa.



367.- ¿Cuál de los siguientes signos clínicos NO indica necesariamente fractura de la base del cráneo?

a) Otolicuorrea.
b) Signo de Battle.
c) Otorragia.
d) Rinolicuorrea.

368.- ¿Cuál es el traumatismo genitourinario más frecuente?

a) Renal.
b) Ureteral.
c) Vesical.
d) Testicular.

369.- ¿Qué es cierto respecto a la queratoconjuntivitis actínica?

a) Se produce en los soldadores.
b) La queratoconjuntivitis actínica se manifiesta inmediatamente después de la exposición a radiación ultravioleta.
c) El tratamiento se basa exclusivamente en la administración de pomada antibiótica.
d) En la exploración hay edema palpebral e hiperemia conjuntival, con la superficie corneal intacta.

370.- ¿Cuál de las siguientes exploraciones radiológicas solicitaría para visualizar en una sola radiografía toda la mandíbula, los arcos dentales, los senos maxilares y las órbitas?

a) Proyección de Hirtz.
b) Proyección de Waters.
c) Proyección lateral de huesos faciales.
d) Ortopantomografía.

371.- ¿Cuál de las siguientes es la primera causa de error en el diagnóstico de una fractura?

a) No aplicar el tratamiento correcto a los pacientes con signos clínicos evidentes de fractura, pero con radiografía “normal”.
b) No dar las recomendaciones necesarias al paciente.
c) No realizar una adecuada exploración física.
d) No explorar ni valorar posibles afectaciones neurovasculares.

372.- ¿Cuál de las siguientes aseveraciones sobre la fractura de cuello de húmero NO es correcta?

a) Habitualmente es una fractura sin desplazamiento.
b) El paciente acude en actitud de Desault.



c) Transcurridas 48 horas, puede aparecer el hematoma de Hennequin.
d) El tratamiento es generalmente quirúrgico.

373.- ¿Cuál de las siguientes aseveraciones sobre la fractura estrellada de rótula NO es correcta?

a) El mecanismo de producción es un impacto directo.
b) La rótula se fractura en varios fragmentos.
c) El desplazamiento es frecuente.
d) El tendón del cuádriceps suele permanecer intacto.

374.- ¿Cuál de las siguientes características del síndrome de la cola de caballo NO es correcta?

a) Sensibilidad perianal conservada.
b) Dolor radicular.
c) Déficit simétrico de los miembros inferiores.
d) Control intestinal y vesical.

375.- ¿Qué características tiene una herida por bala?

a) El giro y la compresión de la bala al entrar producen desgarramiento y separación.
b) A la salida, la herida se abre por presión.
c) En el orificio de entrada podemos encontrar zonas de abrasión, quemadura y tatuaje.
d) b) y c) son ciertas.

376.- Respecto a las heridas de escopeta:

a) El tipo de munición usado es la variable más importante cuando se evalúa a la víctima con una lesión por arma de fuego.
b) El rango al que dispararon al paciente es la variable más importante cuando se evalúa al a víctima con una lesión por arma de fuego.
c) El efecto de la resistencia del aire sobre los proyectiles aumenta el rango efectivo del arma y cambia las características básicas de las heridas que genera.
d) El diámetro de la dispersión de una columna de perdigones se reduce conforme aumenta el rango.

377.- Respecto a las heridas por escopeta, señale la INCORRECTA:

a) Las heridas de contacto tienen una tasa de mortalidad del 85-90%.
b) Las heridas de rango intermedio tienen una tasa de mortalidad del 0-5%.
c) Las heridas de rango corto no penetran más allá de la fascia profunda.
d) Las heridas de rango largo penetran piel superficial.

378.- Respecto a las heridas por arma de fuego:

a) Un orificio de entrada usualmente es una herida redonda u oval.
b) Un orificio de salida usualmente es una herida redonda u oval.
c) Un orificio de entrada por lo general es una herida estrellada.
d) Un orificio de salida rara vez es una herida estrellada.

379.- Señale la INCORRECTA respecto a las lesiones del cuero cabelludo:

a) La hemorragia no controlada de estas lesiones puede causar shock hipovolémico e incluso la exanguinación.
b) Este tipo de lesión a menudo se presenta en el ocupante del asiento trasero de un vehículo.
c) Un golpe grave en la cabeza puede causar la formación de un hematoma del cuero cabelludo, que por palpación pudiese confundirse con una fractura con hundimiento de cráneo.
d) Es habitual en trabajadores cuyo pelo largo se bloquea en alguna maquinaria.

380.- Sobre la laceración palpebral NO es cierto:

a) La laceración de un párpado debe llevar a considerar la posibilidad de penetración del globo ocular mismo.
b) El tratamiento en el campo consta de la cobertura inmediata del ojo con un escudo protector blando.
c) La principal consideración es evitar cualquier presión sobre el globo ocular que pudiese dañarlo más.
d) Todas son ciertas.

381.- Cuando un paciente acude al servicio de Urgencias por alteración aguda de comportamiento es necesario descartar organicidad. Cuál de los siguientes indicadores NO se considera como sospechoso de que el paciente presente patología somática.

a) Inicio brusco (horas o días) sin antecedentes psiquiátricos personales.
b) Edad menor de 25 años.
c) Alucinaciones visuales.
d) Síntomas tipo cefalea, crisis comiciales, fiebre, ...

382.- Sobre la crisis de ansiedad tratada en urgencias, es CIERTO que...

a) La hiperventilación mantenida durante cierto tiempo puede originar parestesias en manos y alrededor de la boca.
b) La clínica suele tener su máxima intensidad en los primeros 30 minutos.
c) La hiperventilación mantenida produce un aumento de la pCO2 y por consiguiente acidosis metabólica.
d) No suelen presentar sensación de palpitaciones, dolor torácico ni disnea



383.- En caso de que un paciente agitado precise contención física, ¿cuál es la posición correcta?

a) Decúbito prono con manos atadas a la espalda.
b) Decúbito supino con cabecera elevada y brazos en abducción de 30°.
c) Sedestación con sujeción de extremidades inferiores.
d) Decúbito lateral con sujeción de un solo miembro.

384.- Con respecto al tratamiento de la crisis de ansiedad es FALSO que...

a) En el abordaje inicial hay que conseguir un ambiente lo más tranquilo posible, explicándole al paciente que está ocurriendo y que su vida no corre peligro.
b) Si la hiperventilación continúa después de un intento de respiración dirigida, se propone que el paciente realice inspiración-espiración en una bolsa o mascarilla obturada.
c) Si las medidas generales no son suficientes se administran benzodiacepinas.
d) Las crisis de ansiedad suelen ser episodios autolimitados y aislados por lo que no es necesario recomendar medidas terapéuticas de continuidad al alta del servicio de urgencias.

385.- En relación con el tratamiento con fármacos neurolépticos en ancianos indique la afirmación CORRECTA

a) En pacientes con demencia diversos estudios han demostrado que la olanzapina y la risperidona son los más seguros
b) Deben evitarse los neurolépticos de primera generación priorizando los de segunda generación.
c) No es necesario disminuir la dosis.
d) La clorpromazina puede administrase en bolo intravenoso.

386.- Tras tratar y estabilizar las posibles lesiones sufridas por un paciente que ha cometido un intento autolítico fallido es necesario valorar la existencia de factores de riesgo de suicidio. NO se considera factor de riesgo…

a) Estar o haber estado en tratamiento psiquiátrico.
b) Intento de suicidio previo, especialmente habiendo utilizado un método violento.
c) Estar casado y tener hijos pequeños.
d) Tener problemas graves de salud física, especialmente dolor crónico o patología degenerativa

387.- ¿Qué afirmación es CORRECTA respecto a la entrevista clínica que el médico de urgencias debe realizar a un paciente con posible riesgo suicida?

a) Debe evitar preguntar por el método para no reforzar la idea suicida.
b) Debe realizarse siempre con familiares presentes.
c) Debe hacerse en un ambiente tranquilo, a solas, con lenguaje claro y sin expresar juicio crítico.
d) Debe centrarse solo en el motivo de consulta actual.



388.- Cuál de las siguientes situaciones se considera indicación para realizar intubación endotraqueal…

a) Dolor torácico sin alteración respiratoria.
b) Hipoxia o hipercapnia que impiden un intercambio gaseoso adecuado.
c) Fiebre persistente sin compromiso ventilatorio.
d) Vómitos aislados sin riesgo de broncoaspiración.

389.- Los siguientes hallazgos exploratorios se consideran predictores de vía aérea difícil EXCEPTO…

a) Incisivos superiores prominentes.
b) Capacidad para abrir la boca menor de 3 traveses de dedo entre incisivos superiores e inferiores.
c) Distancia tiromentoniana mayor de 7 cm.
d) Visibilizar únicamente la epiglotis mediante laringoscopia directa

390.- En relación con la pericardiocentesis es FALSO que…

a) La ecocardiografía ayuda a determinar el punto de acceso más seguro.
b) La vía de acceso más utilizada es la subxifoidea izquierda.
c) Cuando se extrae sangre si esta se coagula es de origen pericárdico.
d) Si se realiza con un electrodo conectado si se contacta con el miocardio aparecerá una onda de lesión.

391.- La vía venosa central considerada de elección por el menor número de complicaciones y la posibilidad de utilizar catéteres de menor calibre es la… señale la respuesta CORRECTA

a) Vena cubital.
b) Vena subclavia.
c) Vena femoral.
d) Vena yugular interna.

392.- Cuando se realiza una toracocentesis terapéutica, ¿qué volumen máximo debe extraerse para evitar edema pulmonar por reexpansión?

a) Hasta 1,5 litros.
b) Hasta 3 litros.
c) Hasta 2.5 litros.
d) Menos de 500 mL.

393.- Para realizar una punción lumbar, ¿qué posición del paciente es la más utilizada en adultos?



a) Decúbito lateral con flexión de cuello y rodillas.
b) Sedestación con extensión cervical.
c) Decúbito prono.
d) Sedestación con piernas extendidas.

394.- Se considera CONTRAINDICACIÓN absoluta para realizar punción lumbar…

a) Trombocitopenia leve.
b) Hipertensión intracraneal.
c) Meningitis.
d) Fiebre alta.

395.- Cuando se va a realizar una paracentesis es CIERTO que...

a) La ecografía permite detectar líquido ascítico cuando hay al menos 300 mL en la cavidad abdominal.
b) La punción debe realizarse preferentemente con la vejiga llena para facilitar la visualización ecográfica.
c) La arteria epigástrica se identifica como una estructura hiperecogénica fija sin pulsatilidad.
d) La aguja debe insertarse lateralmente en dirección a la vaina rectal, evitando la arteria epigástrica.

396.- Son indicaciones de realizar una cateterización vesical todas las siguientes circunstancias EXCEPTO

a) Retención urinaria.
b) Medición de diuresis horaria en pacientes gravemente enfermos.
c) Sospecha o presencia de lesión uretral secundaria a traumatismo pélvico.
d) Hematuria asociada a coágulos.

397.- En relación con el tipo de sonda vesical es CIERTO que

a) Las sondas de látex son preferibles para cateterizaciones prolongadas.
b) El calibre estándar en mujeres es 20 French.
c) Las sondas de silicona se prefieren para minimizar reacciones alérgicas.
d) Las sondas rígidas se utilizan para sondaje permanente.

398.- Entre las indicaciones para realizar un sondaje gástrico en el servicio de urgencias figuran

a) Descompresión gastrointestinal en casos de obstrucción o gastroparesia.
b) Aspiración-lavado gástrico tras la ingestión de tóxicos.
c) Sangrado por varices esofágicas.
d) a) y b) son ciertas.

399.- En relación con las infecciones en pacientes trasplantados es CIERTO que…

a) El tipo de órgano trasplantado no influye en el tipo y localización de la infección.
b) La mayoría de las infecciones ocurren cuando ha pasado más de un año desde la fecha del trasplante.
c) Es importante conocer la serología previa tanto del paciente como del donante, sobre todo de CMV, Toxoplasma, virus de Epstein-Barr y herpes simple.
d) En estos pacientes la aparición de fiebre es siempre signo de infección.

400.- En los pacientes trasplantados renales la infección más frecuente es…

a) Infección bacteriana del tracto urinario.
b) Neumonía.
c) Celulitis.
d) Meningitis

401.- Con respecto a la definición de enfermedad terminal señale la respuesta FALSA

a) La actuación médica debe centrarse únicamente en el control del dolor.
b) Se caracteriza por ser una enfermedad avanzada, incurable, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento.
c) Suele cursar con síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes.
d) Los cuidados paliativos tienen como finalidad mejora la calidad de vida de pacientes y familias.

402.- Cuando un paciente paliativo consulta en el servicio de urgencias por presentar náuseas y vómitos persistentes… señale la respuesta CORRECTA

a) El médico de urgencias tiene que plantear otros diagnósticos además de los efectos secundarios del tratamiento al que esté sometido el paciente.
b) En el caso de vómitos refractarios plantearemos un tratamiento con un único fármaco evitando combinaciones.
c) La colocación de sonda nasogástrica debería ser el tratamiento de elección inicial.
d) No está indicado asociar antieméticos de forma profiláctica al iniciar tratamiento con opioides.

403.- En relación con el tratamiento de la hemoptisis en pacientes paliativos es FALSO que…

a) Además de las causas tumorales e inflamatorias también hay que considerar en el diagnóstico diferencial el TEP.
b) Es importante diferenciar hemoptisis de hematemesis y en ocasiones es difícil.
c) En casos leves o moderados (<200 ml/24 h) puede tratarse con adrenalina nebulizada, corticoides o antifibrinolíticos.
d) En casos de hemoptisis masiva (>200 ml/24 h) solo se indicarán medidas no farmacológicas, principalmente posturales.



404.- En relación con el tratamiento de la disnea en pacientes en situación de cuidados paliativos…señale la respuesta CORRECTA

a) Está contraindicado el tratamiento con morfina porque aumenta la retención de CO2.
b) En caso de asociar ansiedad o crisis de pánico se pueden usar benzodiacepinas.
c) Solo se administrará oxígeno si la saturación es < 85 %.
d) Está contraindicado el uso de VMNI.

405.- En el manejo de los estertores al final de la vida es CIERTO que…

a) La butilescopolamina debe iniciarse solo cuando los estertores ya son intensos.
b) Se recomienda aumentar la sueroterapia para fluidificar secreciones.
c) Es importante reconocer la situación de últimos días de forma precoz e iniciar tratamiento con butilescopolamina antes de que aparezcan los estertores.
d) En pacientes en los que se pierde la vía intravenosa está contraindicado el uso de la vía subcutánea para la administración de butilescopolamina.

406.- Aunque el servicio de Urgencias no es el lugar ideal para realizar una sedación paliativa …. Indique la afirmación VERDADERA

a) Está indicada para aliviar de manera adecuada uno o más síntomas refractarios.
b) Puede ser intermitente o continua.
c) Puede ser necesario realizar una sedación rápida, denominada de emergencia, en determinadas circunstancias.
d) a), b) y c) son correctas.

407.- Respecto a la sedación para procedimientos, cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA

a) Produce siempre pérdida de los reflejos protectores de vía aérea.
b) Permite respuesta coherente solo a estímulos dolorosos intensos.
c) Habitualmente mantiene ventilación espontánea sin necesidad de intervención.
d) Lo ideal es llegar siempre a la sedación profunda del paciente.

408.- ¿Cuál es una contraindicación absoluta para realizar sedación procesal?

a) Ingesta reciente de alimentos.
b) Fractura de fémur.
c) Neumotórax estable.
d) Inestabilidad respiratoria que requiere atención inmediata.

409.- Ante un paciente que precisa una sedación procesal urgente pero que ha comido hace menos de 1 h indique la actuación CORRECTA

a) Cancelar la sedación procesal por riesgo de broncoaspiración.
b) Proceder con la sedación procesal valorando riesgo-beneficio.
c) Retrasar 6–8 h la intervención según el tipo y la cantidad de ingesta realizada.



d) Administrar antieméticos y continuar sin monitorización.

410.- Tras someter a un paciente a una sedación procesal indique la afirmación CORRECTA

a) Puede ser dado de alta inmediatamente siempre que el paciente esté orientado.
b) Hay que mantener al paciente en observación al menos 10 minutos.
c) El paciente debe continuar monitorizado hasta la recuperación completa.
d) Una vez finalizado el procedimiento se puede retirar la monitorización.

411.- La monitorización recomendada para realizar una sedación procesal moderada en el servicio de Urgencias incluye…

a) Solo pulsioximetría.
b) ECG + tensión arterial + pulsioximetría.
c) ECG + tensión arterial + pulsioximetría + capnografía.
d) ECG + tensión arterial + BIS.

412.- A pesar de ser uno de los fármacos más antiguos, el óxido nitroso se sigue utilizando en los servicios de urgencias y emergencias en los procedimientos de sedación. Indique la respuesta CORRECTA …

a) Proporciona analgesia o sedación adecuadas para procedimientos que causan dolor de moderado a intenso.
b) Se administra normalmente como una mezcla al 90%/10% con oxígeno a través de una mascarilla.
c) Su indicación principal es en procedimientos ortopédicos.
d) Se recomienda su administración en áreas bien ventiladas, por el riesgo de exposición ocupacional del personal sanitario.

413.- Señale la respuesta CORRECTA con respecto a la sedación

a) La sedación es un continuo, de forma que se puede pasar a un estado de sudación más profundo del deseado.
b) La sedación profunda mantiene siempre ventilación espontánea, para lo que se usan fármacos específicos.
c) La sedación mínima habitualmente requiere intervención sobre vía aérea, presentando respuesta verbal solo a estímulos dolorosos.
d) La anestesia general mantiene los reflejos protectores de la vía área y la función cardiovascular.

414.- En relación con la ketamina, fármaco usado en sedación en los servicios de urgencias y emergencias, es CIERTO que…

a) Disminuye el esfuerzo ventilatorio del paciente sin efecto sobre la tensión arterial.
b) Cuando el paciente llega al estado disociativo aumentar la dosis administrada prolonga este estado, sin profundizar el nivel de sedación.

c) La administración conjunta con propofol (ketofol) aumenta el riesgo de reacciones del despertar.
d) Estudios recientes demuestran que produce un importante aumento de la presión intracraneal.

415.- De las siguientes afirmaciones sobre los efectos secundarios de los fármacos utilizados habitualmente en sedación procesal es FALSO que…

a) Se han descrito casos de rigidez de la pared torácica con el uso de opioides.
b) El etomidato puede producir mioclonías.
c) El principal efecto secundario del propofol es la hipertensión arterial.
d) La ketamina puede producir broncorrea y sialorrea.

416.- Ante un paciente en coma, se debe realizar una exploración neurológica exhaustiva. Para evaluar la gravedad podemos utilizar la escala de Glasgow. Recogemos la respuesta motora, verbal y ocular. Indique la respuesta FALSA:

a) Obedece órdenes. Habla confusa. Apertura ocular espontánea. Glasgow de 14.
b) Retirada y flexión al dolor. Desorientado y hablando. Apertura ocular a la orden. Glasgow de 11.
c) Ausencia de respuesta al dolor. Lenguaje ausente. Apertura ocular ausente. Glasgow de 3.
d) Retirada y flexión al dolor, palabras inapropiadas y apertura ocular al dolor. Glasgow de 7.

417.- En un paciente politraumatizado hemodinámicamente inestable se indica la exploración ecográfica siguiendo el protocolo E-FAST. La exploración debe iniciarse en:

a) Región subxifoidea.
b) Receso hepatorrenal.
c) Receso esplenorrenal.
d) Tórax.

418.- Con respecto a la temporalidad de la cefalea. Son cefaleas agudas de reciente comienzo todas las descritas EXCEPTO una:

a) Trombosis de senos venosos.
b) Síndrome de hipertensión intracraneal.
c) Hemorragia subaracnoidea.
d) Diseión arterial.

419.- Con respecto al pie diabético, señalar la respuesta FALSA:



a) Las tres localizaciones más frecuentes son: primer y quinto metatarsiano en sus zonas acras y calcáneo en su extremo posterior.
b) Aproximadamente un 15 % de los pacientes diabéticos presentan una úlcera a lo largo de su vida.
c) Para realizar la clasificación del pie diabético, una de las escalas más utilizadas es la Escala de Wagner.
d) Una gangrena limitada con necrosis de una zona del pie (dedos, talón, planta) tiene un grado 2 de la Escala de Wagner.

420.- Con respecto al diagnóstico de la cetoacidosis diabética, señale la respuesta FALSA:

a) Glucosa > 250 mg/dl.
b) Anión gap < 10 mEq/L.
c) Bicarbonato < 15 mEq/L.
d) pH < 7,3.

421.- En el diagnóstico diferencial de acidosis metabólica por anión gap elevado están las siguientes entidades. Señale la respuesta FALSA:

a) Intoxicación por metanol, etanol, etilenglicol o salicilatos.
b) Cetoacidosis diabética.
c) Rabdomiólisis.
d) Acidosis tubular renal.

422.- ¿Cuál de los siguientes no es un criterio establecido de saturación del Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH)?

a) Pacientes pendientes de ingreso > 10%.
b) Pacientes con estancia > 4 horas > 90%.
c) Retraso en el triaje > 15 minutos.
d) Índice de ocupación del SUH > 100%.

423.- Según las recomendaciones de organización del Ministerio de Sanidad (2010), ¿cuál es el tiempo máximo recomendado de observación-valoración de un paciente en el SUH?

a) 6 horas.
b) 12 horas.
c) 24 horas.
d) 48 horas.

424.- Si un paciente debe permanecer más de 6 horas en el Servicio de Urgencias, se recomienda formalmente que sea atendido en:

a) El box de consulta rápida.
b) La Unidad de Observación (UO).

c) El área de admisión.
d) Una planta de hospitalización convencional externa.

425.- ¿Qué límite de tiempo máximo se establece para que un paciente con orden de ingreso permanezca esperando en el SUH?

a) 4 horas.
b) 6 horas.
c) 12 horas.
d) 24 horas.

426.- En la escala de triaje estructurado de 5 niveles, el nivel de gravedad II corresponde a la categoría de:

a) Reanimación (Color Rojo).
b) Emergencia (Color Naranja).
c) Urgente (Color Amarillo).
d) Menos urgente (Color Verde).

427.- Se recomienda que las Unidades de Observación (UO) tengan una capacidad mínima para atender a qué porcentaje de la demanda urgente diaria:

a) El 5%.
b) El 10%.
c) El 20%.
d) El 30%.

428.- Las Unidades de Corta Estancia (UCE), dependientes de los SUH, manejan criterios de ingreso determinados por protocolos con una duración no superior a:

a) 24 horas.
b) 48 hours.
c) 72 horas.
d) 96 horas.

429.- En caso de traslados forzosos de pacientes psiquiátricos con necesidad de ingreso involuntario, ¿quién debe comunicar el hecho al Juzgado de Guardia?

a) El médico de la ambulancia extrahospitalaria.
b) La Guardia de Psiquiatría del hospital receptor.
c) El personal administrativo de admisión.
d) Los familiares directos del paciente.

430.- ¿Ante qué circunstancia está un médico de urgencias obligado a judicializar un fallecimiento y no firmar el certificado ordinario?



a) Cuando el paciente sea mayor de 90 años.
b) Cuando la causa del fallecimiento pueda ser violenta, desconocida o sospechosa de criminalidad.
c) Siempre que ocurra dentro de las primeras 24 horas de estancia en el hospital.
d) Si el paciente no tiene seguro médico privado.

431.- Si las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad solicitan una extracción de sangre para pruebas toxicológicas a un paciente consciente con repercusión médico-legal:

a) Se debe realizar de inmediato sin preguntar al paciente.
b) El paciente debe estar conforme y otorgar su consentimiento.
c) Solo se requiere la autorización verbal del médico de guardia.
d) Se puede realizar únicamente si lo autoriza el jefe de servicio.

432.- Según la legislación española, el consentimiento informado en pacientes menores de 12 años debe ser otorgado por:

a) El propio menor si se considera que tiene madurez.
b) Los padres o tutores legales.
c) El Ministerio Fiscal de forma automática.
d) El médico responsable del box de urgencias de forma vinculante.

433.- En pacientes mayores de 16 años con capacidad para comprender, es el propio paciente quien da su consentimiento, excepto en una de las siguientes situaciones:

a) La interrupción voluntaria del embarazo.
b) El tratamiento de una fractura ósea simple.
c) La administración de fluidoterapia intravenosa.
d) La realización de una radiografía de tórax ordinaria.

434.- Para la existencia de responsabilidad médica clínica desde el punto de vista jurídico se requiere la presencia obligatoria de tres elementos, que son:

a) Imprudencia, dolo y mala fe del facultativo.
b) Denuncia del paciente, ingreso en UCI y secuelas físicas.
c) Acción u omisión (infracción de la lex artis), generación de un daño y relación de causalidad entre ambos.
d) Ausencia de consentimiento escrito, error de diagnóstico y fallecimiento del paciente.

435.- Al redactar un parte de lesiones en el SUH, ¿qué tiempo de curación estimado clasifica legalmente a una lesión como "grave"?

a) Cuando tardan en curar hasta 15 días.
b) Cuando la curación se prolonga entre 15 y 30 días.
c) Cuando las lesiones se prolongan más de 30 días para su curación.
d) Cualquier lesión que precise puntos de sutura.

436.- ¿Cuál es el orden correcto de las cinco densidades radiológicas básicas de mayor a menor densidad (de más blanco a más negro)?

a) Calcio, metal, agua, grasa, aire.
b) Metal, calcio, agua, grasa, aire.
c) Aire, grasa, agua, calcio, metal.
d) Metal, agua, calcio, grasa, aire.

437.- Ante la sospecha de patología torácica aguda y para descartar neumoperitoneo, las proyecciones estándar obligatorias en bipedestación son:

a) Anteroposterior (AP) y oblicua.
b) Posteroanterior (PA) y lateral.
c) PA en inspiración y PA en espiración máxima.
d) Decúbito supino y decúbito lateral con rayo horizontal.

438.- ¿Cuál de las siguientes es una característica semiológica típica del patrón alveolar pulmonar?

a) Bordes nítidos y perfectamente definidos en todas sus regiones.
b) Presencia de líneas B de Kerley en la periferia de la pleura.
c) Presencia de broncograma aéreo y tendencia a la coalescencia.
d) Aspecto exclusivo en "panal de abeja" subpleural.

439.- ¿Cuál es considerado el signo radiológico más específico para diagnosticar una atelectasia?

a) El aumento difuso de la densidad del hemotórax.
b) El desplazamiento de las cisuras pulmonares.
c) La elevación del hemidiafragma contralateral.
d) La hiperinsuflación del lóbulo afectado.

440.- Las densidades lineales finas, cortas y periféricas, perpendiculares a la pleura (líneas B de Kerley) son patognomónicas de:

a) Neumotórax espontáneo primario.
b) Edema intersticial por insuficiencia cardíaca izquierda.
c) Neumonía lobar bacteriana típica.
d) Atelectasia obstructiva por cuerpo extraño.

441.- En una radiografía de tórax posteroanterior (PA), el mediastino superior se considera ensanchado de forma general si ocupa:

a) Más del 10% del diámetro torácico.
b) Más del 25% del diámetro torácico.



c) Más del 50% del diámetro torácico.
d) Más del 75% del diámetro torácico.

442.- Varón de 19 años que acude por dolor torácico pleurítico y disnea. De los siguientes hallazgos ecográficos, ¿cual de ellos excluye la presencia de neumotórax?

a) Ausencia de lineas B.
b) Presencia de punto pulmón.
c) Presencia de deslizamiento pulmonar.
d) Ausencia de deslizamiento pulmonar.

443.- Mujer de 28 años con antecedente de asma intermitente conocida, consulta en Urgencias por aumento de disnea y sibilancias desde hace 24 horas por clínica de infección catarral. Refiere tos seca sin fiebre. No ha tenido ingresos previos ni antecedente de crisis graves Habla con frases completas, no tiene tiraje y la PEF es 75%. Saturación 97%, FR 20 y FC 92lpm. ¿Cual es la actitud terapéutica más adecuada?

a) Administrar salbutamol 200-400microgr (2-4 inhalaciones) con cámara de inhalación cada 20 minutos durante la 1º hora. Se puede continuar con 2 inhalaciones cada 3-4 horas. Si en las primeras 2 horas de tratamiento presenta una evolución favorable y se mantiene 3-4 horas, no son necesarios más tratamientos.
b) Pautaremos sistemáticamente corticoides orales 0,5-1mg/kg ideal (maximo 50mg) en dosis descendente, con el fin de conseguir una mejoría más rápida y evitar las recaídas.
c) Pautaremos sistemáticamente corticoides orales 0,5-1mg/kg ideal (máximo 50mg) durante 5-7 días con el fin de conseguir una mejoría más rápida y evitar las recaídas.
d) a) y c) son correctos.

444.- Varón de 38 años trasladado a urgencias tras sufrir un accidente de motocicleta. A su llegada, abre los ojos cuando se le llama por su nombre, emite palabras inapropiadas aisladas y retira el brazo con el estimulo doloroso. ¿Cual es la puntuación en la escala de coma de Glasgow?

a) 9 puntos.
b) 10 puntos.
c) 11 puntos.
d) 12 puntos.

445.- Mujer de 76 años que tras tropezar en la calle y caer hacia adelante y apoyar la muñeca en extensión, presenta dolor intenso, inflamación y deformidad evidente de la muñeca en "dorso de tenedor". Presenta dolor a la palpación en región distal del radio sin déficit neurovascular.
Señale la respuesta correcta:

a) Puede ir acompañado de parestesias palmares por presión en el nervio mediano.
b) A menudo, también hay fractura de apófisis estiloides del cúbito asociada.



c) La mayoría de estas fracturas se tratan con reducción cerrada.
d) Todas las respuestas son ciertas.

446.- Mujer de 40 años que sufre una caída por un precipicio. A su llegada a urgencias presenta FC 120 lpm, TAS 100 mmHg, SatO2 97% y Glasgow 15. ¿Cual es el Shock Index y la interpretación más adecuada?

a) SI= 0,83 normal. Improbable shock hemorrágico.
b) SI= 1,2. Sugiere compromiso hemodinámico y posible shock hemorrágico.
c) SI= 0,83. Sugiere compromiso hemodinámico y posible shock hemorrágico.
d) SI= 1,2 normal. Improbable shock hemorrágico.

447.- Mujer de 30 años gestante de 28 semanas que sufre parada cardiorrespiratoria. Señale la respuesta INCORRECTA:

a) La adrenalina está contraindicada en el embarazo.
b) Hay que considerar posibles causas adicionales específicas del embarazo para la PCR, las *4P*s.
c) Se sugiere el desplazamiento manual del útero hacia la izquierda en la parada cardiaca materna, para la descompresión aortocava.
d) La energia utilizada en las descargas del desfibrilador es la estándar recomendada en la parada cardiaca en el adulto.

448.- Varón de 60 años que acude a urgencias por disnea súbita y síncope. Mientras se realiza la valoración, presenta una parada cardiorrespiratoria. El ritmo inicial que se observa es actividad eléctrica sin pulso (AESP). ¿Cual de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) Los valores bajos de ETCO2 durante las compresiones torácicas de gran calidad, pueden apoyar un diagnóstico de embolia pulmonar. Es un signo muy específico.
b) El POCUS puede ayudar a identificar la causa si se realiza por personal entrenado, siempre minimizando las interrupciones de las compresiones.
c) Puede estar justificada la administración de fibrinolíticos.
d) Puede ser esperable observar el Signo de la D al realizar el POCUS.

449.- Un niño de 4 años está comiendo en la cafetería del hospital y de forma brusca comienza a toser intensamente. Un médico de urgencias que se encuentra allí se acerca. El niño está consciente, llorando y con una tos vigorosa. ¿Cual sería la actuación más adecuada?

a) Realizar 5 golpes interescapulares alternando con 5 compresiones abdominales.
b) Realizar compresiones abdominales.
c) Animarle a toser y vigilar si hay deterioro.
d) Introducir los dedos en la boca a ciegas, para intentar extraer el cuerpo extraño.

450.- **Varón de 38 años que consulta por episodio sincopal nocturno. No presenta cardiopatía estructural conocida y el ECG muestra elevación del punto J y del segmento ST en V1-V2 con morfología de bloqueo de rama derecha. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA según la sospecha?**

a) El tratamiento definitivo es la implantación de un DAI.
b) Es un trastorno genético que afecta a los conductos del calcio.
c) El ECG a menudo puede ser normal.
d) Predispone a taquicardia ventricular polimórfica y fibrilación ventricular.

CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1 PREGUNTAS 451-456

Recibe en su Servicio de Urgencias a un paciente de 55 años que le refiere sensación de palpitaciones, dolor torácico y disnea. En el primer contacto, le indica que es asmático, hipertenso, fumador y no presenta otros antecedentes de interés, pero afirma haber presentado episodios de dolor torácico autolimitados desde hace 1 semana. En el área de triaje se han objetivado TA 115/70, Sat O2 95 %, afebril. Se le realiza un ECG de 12 derivaciones que se muestra a continuación.

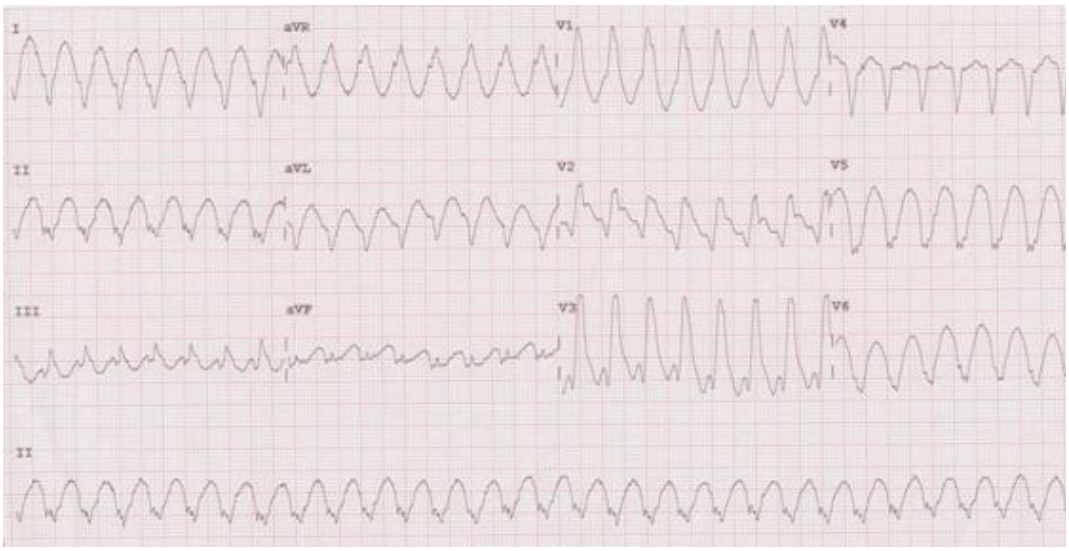


Figura 1

451.- **En el ECG, ¿qué ritmo presenta el paciente? (Figura 1)**

a) Taquicardia supraventricular con conducción aberrante.
b) Taquicardia supraventricular en presencia de una vía accesoria antidrómica.
c) Taquicardia ventricular monomorfa.

d) Taquicardia ventricular polimorfa.

452.- De los siguientes, señale el que NO es uno de los criterios de Brugada para diagnóstico diferencial de taquicardias regulares de QRS ancho.

a) Ausencia de complejos RS en derivaciones precordiales a taquicardia ventricular.
b) Intervalo RS < 100 ms en una derivación precordial a taquicardia ventricular.
c) Disociación auriculoventricular a taquicardia ventricular.
d) Patrón QR o QS en V6 en presencia de QRS con morfología de BRI a taquicardia ventricular.

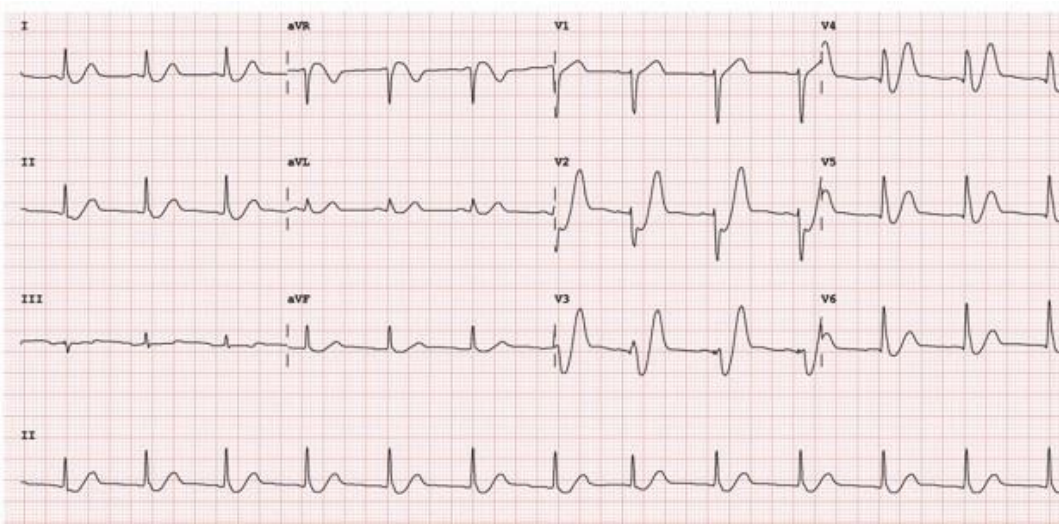
453.- En base a los antecedentes, clínica y ritmo que presenta este paciente, indique cuál de los siguientes fármacos sería el MENOS apropiado en este caso:

a) Procainamida.
b) Amiodarona.
c) Adenosina.
d) Lidocaína

454.- En este paciente, como tratamiento de la taquiarritmia que presenta (Figura 1) y teniendo en cuenta el contexto clínico y hemodinámico, ¿qué opción terapéutica le parece más apropiada?

a) Procainamida.
b) Amiodarona.
c) Tratamiento eléctrico en modo no sincrónico, previa información y sedación del paciente, con colocación de los parches del monitor desfibrilador preferentemente en localización anteroposterior.
d) Cardioversión eléctrica con colocación de los parches en localización anterolateral, previa información y sedación del paciente.

455.- Tras iniciar el tratamiento apropiado en este paciente, se ha conseguido revertir la taquiarritmia que presentaba, con discreta mejoría clínica, pero con persistencia de la molestia torácica. Se realiza un nuevo ECG que se aporta a continuación. Respecto a este registro, señale la respuesta correcta.



a) Se trata de un trazado con alteraciones inespecíficas de la repolarización.
b) El registro indica la presencia de un SCACEST de localización posterior, y tendrá que confirmarse con el registro de las derivaciones posteriores.
c) El trazado se correlaciona con un patrón de Wellens tipo B, considerado como un patrón de alto riesgo y altamente sugestivo de una oclusión aguda proximal en la descendente anterior.
d) Las alteraciones de la repolarización que se aprecian son un patrón de De Winter, patrón considerado como de alto riesgo y que se relaciona con una oclusión aguda proximal de la descendente anterior.

456.- De los siguientes datos visibles en un ECG de una taquicardia regular de QRS ancho, ¿cuál de ellos NO es sugerente de taquicardia de origen ventricular?

a) Presencia de latidos de fusión y capturas.
b) Presencia de complejos RS en derivaciones precordiales.
c) Presencia de complejos QRS con deflexiones uniformemente positivas o negativas en derivaciones precordiales.
d) QRS > 140 ms.

CASO CLÍNICO 2 PREGUNTAS 457-462

Usted recibe a un paciente de 64 años que consulta por haber presentado un episodio de hematemesis cuantiosa. Como antecedentes, es HTA, tiene un diagnóstico de insuficiencia cardiaca y está en tratamiento con dabigatrán y bisoprolol por una fibrilación auricular permanente. A su llegada, presenta TA 95/ 60 mmHg, frecuencia cardiaca 96 lpm y Sat O2 97 % basal con una frecuencia respiratoria de 23 rpm. En la exploración física presenta una discreta palidez cutáneo-mucosa y está sudoroso. A nivel abdominal tiene una discreta molestia a nivel de epigastrio y se encuentra nauseoso. En la analítica presenta urea 48 mg/dl, creatinina 1,7 mg/dl, Hb 9 g/dl y lactato 3 mmol/L.

457.- Ante esta situación, en este paciente, ¿qué afirmación es correcta?

a) Se trata de una hemorragia digestiva alta. Se deben canalizar 2 vías periféricas de grueso calibre y colocar una sonda nasogástrica para verificar el origen del sangrado y si éste es activo.
b) El cálculo del índice de shock en este paciente nos va a dar una orientación fiable de la estabilidad hemodinámica.
c) Está indicado el inicio de oxigenoterapia, inicialmente en gafas nasales.
d) Con los datos disponibles aún no podemos estratificar el riesgo y la indicación o no de realizar una gastroscopia urgente.

458.- En las hemorragias digestivas altas es importante la estratificación del riesgo. Respecto a esa cuestión, señale la afirmación INCORRECTA.

a) La escala usada en las hemorragias digestivas altas es la de Glasgow-Blatchford.
b) La presencia de coagulopatía, tanto por cifras de plaquetas como por índice de Quick, es uno de los parámetros incluidos en la escala de estratificación de riesgo.
c) En el caso del paciente, su valor de Hb otorga 6 puntos en la escala de estratificación de riesgo.
d) En este paciente su valor inicial de TA sistólica suma 2 puntos en la escala de estratificación de riesgo.

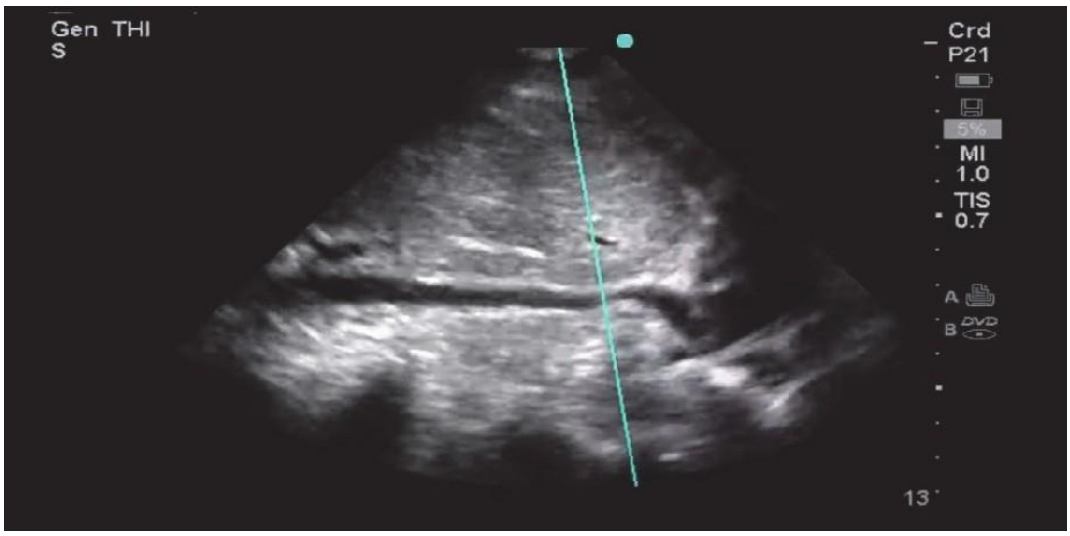
459.- El manejo inicial de este paciente incluye la resucitación y estabilización, que puede marcar su pronóstico vital a corto plazo. Señale la afirmación FALSA.

a) En situaciones de shock, valores iniciales de lactato > 2,5 mmol/L se relacionan con un aumento de la mortalidad intrahospitalaria de hasta el doble.
b) La resucitación inicial de este paciente debe ser con sueros cristaloides con el objetivo de mantener TAS > 90 mmHg.
c) Una infusión rápida de suero Ringer lactato puede generar acidosis metabólica.
d) Los coloides tienen efectos hemodinámicos más rápidos y duraderos que los cristaloides y, en este caso, estarían indicados en caso de que no hubiera sangre disponible

460.- A la espera del procedimiento endoscópico, se debe iniciar tratamiento con el objetivo de controlar el sangrado. De las siguientes afirmaciones, señale la correcta.

a) Al tratarse de un paciente en tratamiento con dabigatrán, es importante conocer el tiempo transcurrido desde la última toma del fármaco. En este caso, el valor de la función renal es irrelevante.
b) Existe antídoto específico para dabigatrán, que es el andexanet.
c) Se debe administrar una primera dosis de pantoprazol de 80 mg, seguido de perfusión continua a 8 mg/h, que debe mantenerse 48h en caso de úlceras Forrest Ia, Ib, IIa y IIb (de alto riesgo).
d) En caso de hemorragia masiva con shock refractario sin opción a tratamiento endoscópico debe considerarse tratamiento por radiología intervencionista. Si fracasa o tampoco está disponible, debe plantearse el tratamiento quirúrgico.

461.- **Su paciente tiene el antecedente de insuficiencia cardiaca, por lo que revisa la información disponible en la historia clínica informatizada y encuentra un informe de ecocardiografía realizada hace 3 meses donde se informa que presenta una FEVI calculada del 40 %. Se le ha administrado ya 1.000 ml de fluidoterapia, va a iniciar transfusión de hematíes y usted quiere valorar la situación hemodinámica del paciente, por lo que realiza POCUS, con el hallazgo que se muestra en la imagen de la vena cava inferior que mide 0,7 cm. Señale la afirmación INCORRECTA.**



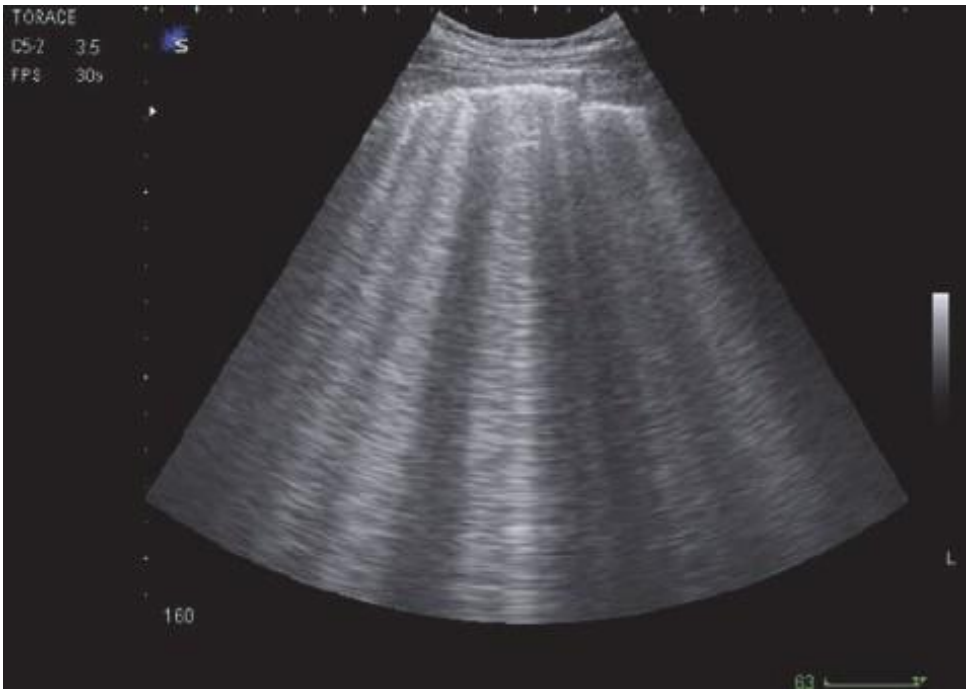
a) A pesar de la fluidoterapia ya administrada y la disfunción sistólica existente, es factible aumentar la fluidoterapia.

b) La valoración de presencia de hipercontractilidad ventricular es un dato que complementa la medición del calibre de la vena cava inferior en situaciones de hipovolemia.

c) Con ese calibre de vena cava inferior nos encontramos al límite de provocar una sobrecarga de volumen en este paciente.

d) Las situaciones de hipovolemia extrema pueden generar un cuadro añadido de shock obstructivo por obstrucción dinámica del tracto de salida del ventrículo izquierdo producido por un movimiento anterior sistólico de la valva anterior de la válvula mitral (fenómeno SAM)

462.- **Tras la administración de 1.000 ml de fluidoterapia y 1 unidad de concentrado de hematíes, el paciente presenta Sat O2 93 % y frecuencia respiratoria de 23 rpm y cardíaca de 100 lpm, con TA 140/95 mmHg. Usted realiza POCUS pulmonar y encuentra la siguiente imagen en varios campos pulmonares. Señale la respuesta correcta.**



a) Presenta > 3 líneas B y es un patrón sugestivo de congestión pulmonar.
b) Se trata de líneas A y es un patrón sugestivo de congestión pulmonar.
c) Se trata de líneas Z y es un patrón sugestivo de congestión pulmonar.
d) Se trata de líneas Z y son consideradas fisiológicas.

CASO CLÍNICO 3 PREGUNTAS 463-468

Un paciente de 35 años diabético insulinodependiente es llevado a su servicio de Urgencias desde el aeropuerto por presentar malestar general, dolor abdominal, náuseas y vómitos desde hace 24 h. Le explica que ha estado de viaje y hace 3 días que se le acabó la insulina y no consiguió más en la zona en la que se encontraba. Se encuentra taquipneico, algo sudoroso y con sequedad de mucosas. En las pruebas complementarias destaca glucemia de 350 mg/dl, creatinina 1,8 mg/dl, Na 128 mEq/l, K 4 mEq/l, pH 6,9, bicarbonato 4 mEq/l, PaCO2 30 mmHg, PaO2 120 mmHg, cuerpos cetónicos positivos +++ en orina y Osm plasmática de 280 mOsm/kg.

463.- Respecto a la complicación diabética que presenta el paciente, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Presenta una mortalidad inferior al 5 %.
b) Se produce por un aumento del catabolismo lipídico y de proteínas, aumentando la llegada al hígado de ácidos grasos libres que se transforman en cuerpos cetónicos.
c) El valor del Na que presenta el paciente puede tratarse de un nivel falsamente disminuido y hay que corregirlo en función de la glucemia (Na medido + 1,6 x glucemia (en mg/dl)/100).



d) El valor de la Osm plasmática que presenta el paciente es característico de una situación hiperosmolar.

464.- Desde el primer contacto con el paciente hay que realizar maniobras diagnósticas y terapéuticas. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) Aunque en el paciente parece que el desencadenante de la patología que presenta es la omisión del tratamiento insulínico, hay que realizar un ECG y despistaje de infecciones intercurrentes.
b) En el hemograma puede aparecer leucocitosis con neutrofilia que suele ser proporcional a la gravedad del cuadro. Ante una cifra de leucocitos > 25.000 y/o presencia de fiebre debe hacernos sospechar de presencia de una infección.
c) El manejo inicial de este paciente incluye la corrección de la hiponatremia.
d) Al iniciar el tratamiento hay que monitorizar los niveles de K y, aún con valores normales, en este caso, administrar 10-20 mEq/h, realizando un control a las 2 h.

465.- Los pilares del tratamiento de la patología que presenta el paciente son la fluidoterapia, insulinoterapia y corrección de alteraciones hidroelectrolíticas. De las siguientes afirmaciones, indique la FALSA:

a) La administración de bicarbonato sólo está indicada en caso de pH < 7 y/o bicarbonato sérico
b) < 5 mEq/l.
c) En el paciente que está tratando, se debe iniciar la administración de 80 mEq de bicarbonato (500 ml de bicarbonato 1/6 molar).
d) En caso de hipopotasemia grave no se debe iniciar insulinoterapia antes de conseguir cifras de K > 3,3 mEq/l.

466.- El tratamiento de este paciente con insulina rápida es primordial. Respecto a la insulinoterapia, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Se debe administrar un bolo intravenoso inicial de 0,20 UI/kg de peso.
b) El inicio de una perfusión continua de insulina tiene como objetivo conseguir una disminución de 50-70 mg/dl/h. En caso de no conseguirlo debe ajustarse la dosis hasta conseguirlo.
c) El objetivo final es mantener unos niveles de glucemia entre 140-180 mg/dl.
d) Con glucemia < 250 mg/dl, sustituir al menos 1.000 ml de suero fisiológico 0,9 % por suero glucosado 10 % del total de fluidos a administrar.

467.- Una vez iniciado el tratamiento se considerará resuelta la situación cuando:

a) La glucemia capilar se mantenga estabilizada y constante por debajo de 250 mg/dl.
b) Se consiga un pH venoso > 7,30.
c) Se hayan conseguido niveles de bicarbonato > 18 mEq/l.
d) El anión GAP calculado sea < 18 mEq/l.

468.- **Tras conseguir revertir y controlar la situación hay que iniciar la tolerancia oral, mantener la fluidoterapia hasta confirmar la estabilidad metabólica e iniciar la administración de insulina subcutánea. Señale la afirmación INCORRECTA:**

a) Hay que calcular la dosis de insulina iv que ha necesitado el paciente en las últimas 24 h, haciendo una media de la dosis que ha precisado en las últimas 6-12 h y multiplicándola por 24.
b) La dosis diaria de insulina subcutánea será el 50 % del total del cálculo de la intravenosa.
c) De la dosis a administrar subcutánea, el 50 % se administrará como insulina basal y el otro 50 % como insulina prandial repartida en 3 dosis antes de cada comida principal.
d) Se dejará pauta correctora con insulina ultrarrápida, añadiendo 1-2 UI extra por cada 50 mg/dl que supere los 180 mg/dl de glucemia capilar.

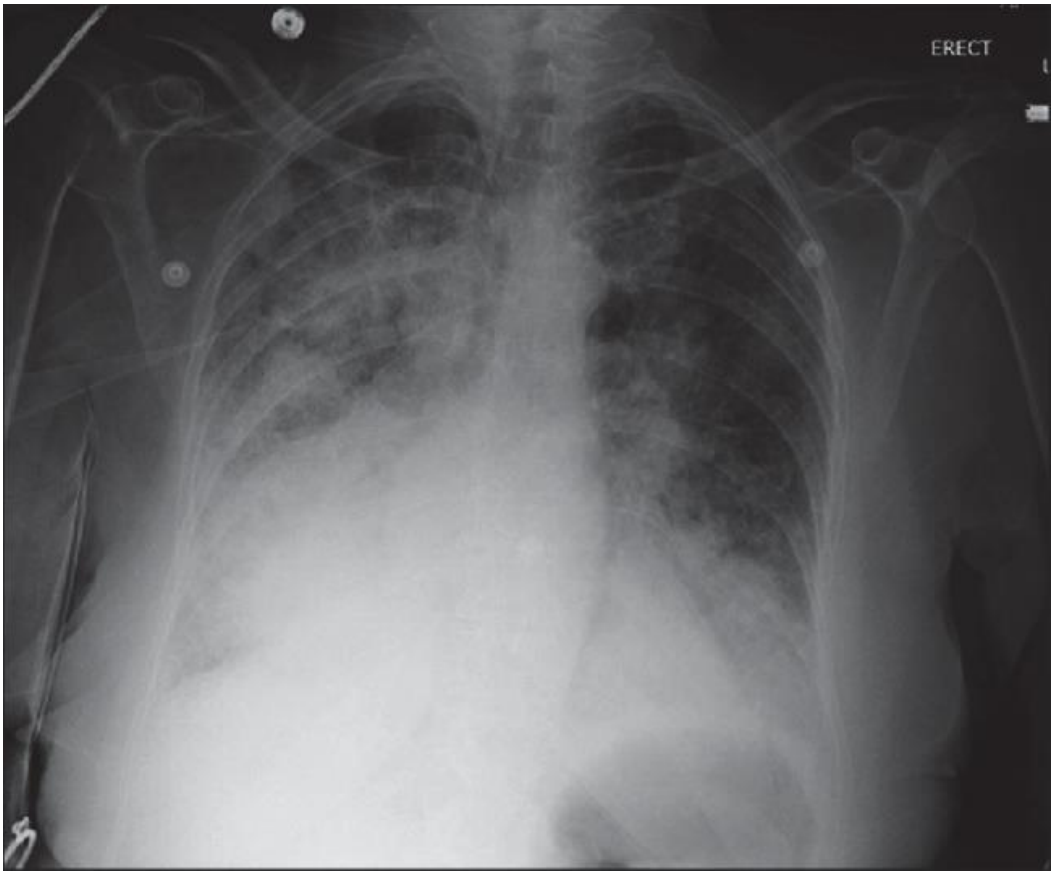
CASO CLÍNICO 4 PREGUNTAS 469-474

Paciente de 76 años, HTA, obeso, exfumador y con diagnóstico de EPOC, traído al servicio de Urgencias por presentar cuadro febril de 38,5 ºC, tos y disnea desde hace 3 días. A la exploración inicial se encuentra sudoroso, con frecuencia respiratoria de 33 rpm, con dificultad para terminar las palabras y discretamente confuso (GCS 14), uso de musculatura respiratoria accesoria y respiración abdominal, con Sat O2 basal 75 % y TA 170/90. A la auscultación presenta abundantes ruidos respiratorios. No se oyen ruidos cardiacos por la superposición de ruidos respiratorios. Su tratamiento basal es con formoterol/budesonida y losartán. No ha tenido ingresos hospitalarios en el último año. El paciente es trasladado a su llegada al box de críticos.

469.- **Una vez en el box de críticos se canaliza una vía venosa periférica y se extrae una muestra arterial para gasometría. De las siguientes actuaciones, ¿cuál es la primera actuación que le parece más correcta?**

a) Se trata de un paciente con sospecha de sepsis de origen respiratorio. Deben extraerse 2 hemocultivos e iniciar antibioterapia empírica de amplio espectro.
b) Dada la situación clínica del paciente, con intenso trabajo respiratorio, nivel de consciencia y criterios de sepsis, hay indicación de asegurar la vía aérea, intubación y conexión a ventilación mecánica invasiva, seguido de extracción de 2 hemocultivos e iniciar antibioterapia empírica de amplio espectro.
c) A la espera de resultados de gasometría, hay que iniciar oxigenoterapia con mascarilla Venturi al 50 %.
d) Al tratarse de un paciente con disnea grave, taquipnea, trabajo respiratorio e insuficiencia respiratoria no debe retrasarse el inicio de ventilación mecánica no invasiva (VMNI)

470.- **El resultado de la gasometría arterial obtenida con FiO2 0,21 muestra pH 7,23, PaCO2 68 mmHg, PaO2 40 mmHg, HCO3 27 y lactato 4 mmol/L. El resto de analítica muestra leucocitosis 17.000 (90 % neutrófilos), PCR 156 mg/L, procalcitonia 6 ng/ml, creatinina 1,7 mg/dl, y se realiza una RX tórax portátil en el box de críticos, donde se aprecian los hallazgos de la imagen. En base a esos hallazgos, señale la respuesta correcta.**



a) Está indicado el inicio de VMNI. El modo de elección inicial es CPAP, empezando con 5 cmH2O y aumentando de forma progresiva hasta conseguir Sat O2 > 93 %.

b) Con el uso de VMNI con CPAP vamos a conseguir mejorar la oxigenación y la ventilación, pudiendo modificar la FiO2, flujo de aire y nivel de presión.

c) Está indicado el inicio de VMNI en modo BiLevel que actúa sobre la oxigenación y la ventilación. Con la IPAP conseguiremos aumentar el reclutamiento alveolar y evitar su colapso durante la espiración.

d) Con el uso de la VMNI vamos a afectar a la hemodinámica del paciente, con una disminución del retorno venoso y de la precarga biventricular y caída del gasto cardíaco. En pacientes con disfunción sistólica de ventrículo izquierdo, la caída de la precarga puede mejorar el gasto cardíaco.

471.- Indique cuál de las siguientes es una afirmación INCORRECTA:

a) La indicación de inicio de VMNI se establece por la presencia de uno o más criterios clínicos y criterios gasométricos. De estos últimos, el paciente presenta 2.

b) El patrón radiológico que presenta el paciente es un factor predictor de fracaso de la VMNI.

c) En pacientes con enfermedad obstructiva es deseable programar en el ventilador una relación inspiración/espiración (I/E) de 1:1.

d) En este paciente la VMNI en modo BiPAP se recomienda con valores iniciales de IPAP de 8-12 cmH2O y EPAP 4-5 cmH2O, aumentando IPAP de forma progresiva y la presión de soporte.

472.- En base al diagnóstico que se puede establecer por la clínica, resultados analíticos y patrón radiográfico, indique la respuesta correcta.

a) Se trata de una neumonía con una estratificación de riesgo según la Pneumonia Severity Index (PSI) dentro del grupo IV. Hay indicación de ingreso y valorar la necesidad de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.
b) Se trata de una neumonía con una estratificación de riesgo según la Pneumonia Severity Index (PSI) dentro del grupo V. Hay indicación de ingreso y valorar la necesidad de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.
c) Por los antecedentes del paciente, existen criterios de riesgo para que el agente etiológico sea una enterobacteria productora de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), por lo que de forma empírica se recomienda iniciar antibioterapia con ertapenem + linezolid.
d) Por la situación del paciente una pauta de antibioterapia empírica correcta inicial es cefotaxima + azitromicina (10-14 días ambos), valorando añadir oseltamivir en caso de epidemia de gripe o test de antígeno positivo para gripe.

473.- En pacientes EPOC es importante disponer de escalas predictivas de riesgo para estratificar a los pacientes. Actualmente disponemos del índice DECAF para realizar esta estratificación. ¿Qué afirmación es FALSA sobre el índice DECAF?

a) Es un indicador de riesgo de mortalidad intrahospitalaria y a los 60 días.
b) Entre los parámetros que valora se encuentra la existencia de fibrilación auricular.
c) Uno de los parámetros que valora es la presencia de eosinopenia < 0,05 x 10^9/l.
d) La presencia de consolidación pulmonar en la Rx tórax se valora con 1 punto.

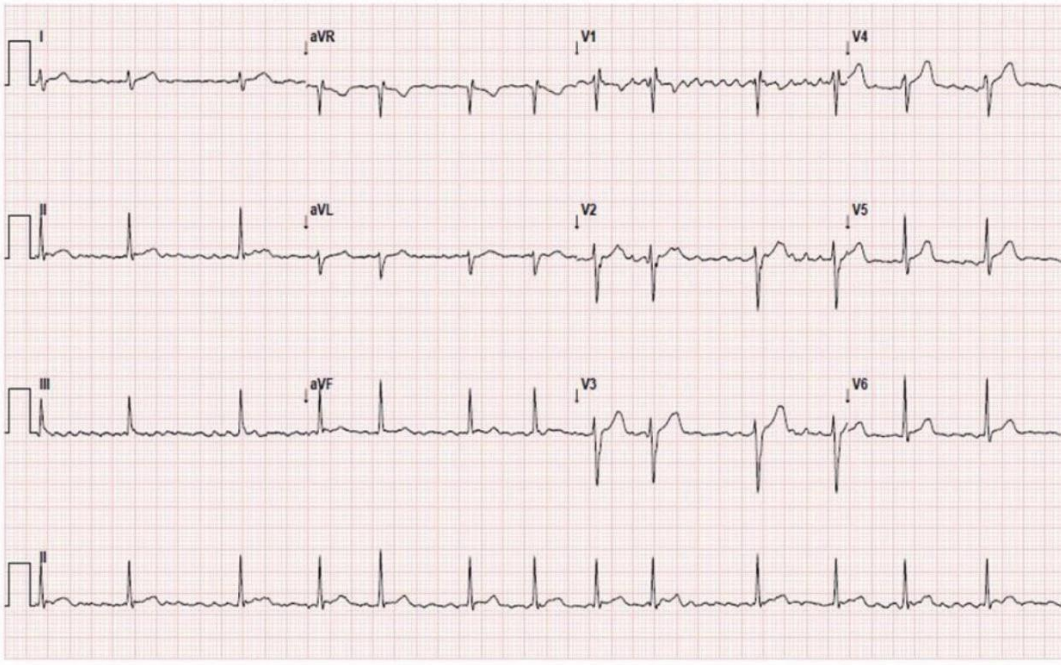
474.- Las agudizaciones de EPOC es un motivo de consulta frecuente en los servicios de Urgencias, con picos de incidencia estacionales. Indique cuál de las siguientes afirmaciones sobre el manejo terapéutico de las agudizaciones de EPOC es correcta.

a) Una de las bases del tratamiento son los broncodilatadores B2 de acción corta, debiendo suspender los broncodilatadores de acción larga, si el paciente los está usando como tratamiento de base, durante el episodio agudo.
b) La administración de corticoides sistémicos acelera la recuperación sintomática y tiempos de hospitalización, sin evidencia de repercusión sobre la función pulmonar.
c) En la administración de terapia broncodilatadora nebulizada mediante dispositivos de malla vibrante no se realiza aporte suplementario de O2.
d) La administración de corticoides iv presenta mayor biodisponibilidad y efecto respecto a la vía oral

CASO CLÍNICO 5 PREGUNTAS 475-479

475.- Paciente de 57 años, HTA en tratamiento con enalapril 20 mg/día, DLP sin tratamiento farmacológico y fumador, es llevado a su servicio de Urgencias tras haber presentado una caída mientras se encontraba deambulando y dificultad para mantener la bipedestación hace 2 h. A su llegada se objetiva TA 195/120 mmHg, Sat O2 98 % basal y frecuencia cardiaca 90 lpm. Presenta apertura ocular a la voz, su respuesta motora es de retirada al dolor y tiene dificultad para hablar, estando algo

confuso. A la exploración física usted detecta una hemiparesia izquierda con fuerza 1-2/5 en ambos MSI y MII. Se le realiza un ECG que puede ver en la imagen.



Indique cuál de las afirmaciones sobre las acciones iniciales a realizar es INCORRECTA:

a) Tenemos que valorar al paciente a través de la escala NIHHS y activar código ictus en base a la puntuación obtenida.
b) Una puntuación > 2 en la escala Rankin modificada (mRS) contraindicaría tratamiento de reperfusión.
c) El paciente presenta una puntuación de GCS (Glasgow Coma Score) de 8 y la primera actuación debe ir dirigida a proteger y aislar la vía aérea.
d) La hipoglucemia entra dentro del diagnóstico diferencial del paciente con deterioro de nivel de consciencia y focalidad neurológica.

476.- Respecto al ictus, señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta.

a) El ictus isquémico de etiología cardioembólica afecta a arterias cerebrales de pequeño calibre, principalmente lenticuloestriadas dependientes de arteria cerebral media y perforantes/paramedianas que dependen de arteria basilar.
b) La realización de una TC de perfusión da información sobre la existencia de zona de penumbra isquémica y de si existe un mismatch favorable. Tiene escasos falsos negativos en caso de ictus lacunares.
c) De forma general una puntuación en la escala ASPECTS < 5 contraindica la fibrinólisis intravenosa y < 3 la trombectomía mecánica.
d) El inicio de síntomas >4,5 h es contraindicación para fibrinólisis. No obstante, hay estudios que avalan su uso en el ictus del despertar siempre que hayan transcurrido < 9 h desde la última vez que se vio al paciente asintomático y en la TC exista un mismatch favorable.

477.- En este paciente se debe iniciar tratamiento con unos objetivos establecidos. Señale, de las siguientes, la respuesta INCORRECTA:

a) En el ictus isquémico se establece como objetivo TA < 184/105 mmHg, pudiendo usarse para ello urapidilo y/o labetalol.
b) En caso de presencia de hipotensión arterial pensar en la presencia de IAM, síndrome aórtico, tromboembolismo pulmonar o sangrado activo, iniciando fluidoterapia con suero glucosado.
c) Mantener niveles de glucemias < 150 mg/dl, evitando la hipoglucemia.
d) En caso de ictus hemorrágico se debe controlar la TAS de forma enérgica si TAS > 220 mmHg, si precisa con perfusión iv continua de fármacos hipotensores y con el objetivo de conseguir TAS por debajo de 140 mmHg.

478.- Durante la asistencia al paciente, éste presenta de forma repentina desviación de la mirada hacia lado derecho y movimientos involuntarios en hemicuerpo izquierdo que rápidamente se generalizan. Ante esta situación, indique qué actitud de las siguientes es la correcta:

a) Al inicio de la crisis, introducir una cánula orofaríngea para preservar la permeabilidad de la vía aérea y administrar O2 a alto flujo para garantizar una adecuada oxigenación.
b) Se trata de una crisis comicial focal con posterior generalización tónico-clónica. Colocar al paciente en posición lateral de seguridad, administrar O2 a alto flujo y no administrar, de momento, ningún fármaco a la espera de que remita de forma espontánea.
c) La presencia de una crisis aislada con una puntuación en la escala de ADAN < 1 predice un mayor riesgo de progresar a estatus epiléptico.
d) Se debe administrar de forma precoz una benzodiacepina (clonazepam o diazepam iv) para yugular la crisis. En caso de que no ceda iniciar seguidamente con un fármaco antiepiléptico como levetiracetam iv.

479.- A pesar del tratamiento instaurado, su paciente persiste con TAS 200 mmHg y presenta un mayor deterioro del nivel de consciencia con un GCS de 6 puntos, por lo que usted inicia la ventilación manual y se dispone a aislar y asegurar la vía aérea. De los siguientes fármacos, ¿cuál NO elegiría?

a) Ketamina.
b) Propofol.
c) Fentanilo.
d) Etomidato.

CASO CLINICO 6 PREGUNTYAS 480-484

480.- Atiende a un varón de 23 años de edad que tras una pelea es trasladado al servicio de urgencias custodiado por la Ertzaintza. Está alterado y refiere que ha sido agredido por varios atacantes propinándole puñetazos, golpes y patadas por todo el cuerpo. Grita y se lleva las manos a la cabeza y a la pierna izquierda, inmovilizada ya con una férula y un vendaje. ¿Cuál NO sería una actuación a seguir?

a) Realizaría una exploración completa comenzando por el ABCDE.
b) Intentaría calmarlo y ampliar la información de la anamnesis para saber posibles alergias medicamentosas, antecedentes médico-quirúrgicos personales, signos y síntomas presentes y previos a la llegada a urgencias.
c) Desvestiría al paciente para objetivar mejor las posibles lesiones.
d) Le pediría a la Ertzaintza que marchara.

481.- Objetiva, entre otras cosas, una herida inciso-contusa de 3cm en hemitórax derecho, en línea media clavicular, a la altura del 6º arco intercostal. Parece limpia, con algún resto de sangre seca en los bordes. El paciente se sorprende al verla. Todavía no se le ha constanteado, pero a simple vista no impresiona de palidez ni sudoración, tampoco de trabajo respiratorio. ¿Cuál es la actitud correcta?

a) Continuar con el resto de la exploración.
b) Esperar a las constantes vitales.
c) Colocar un parche de Asherman.
d) Solicitar una radiografía de tórax.

482.- Continúa con la exploración, abre la férula y retira el vendaje para observar la lesión de la pierna. Se trata de una herida inciso-contusa de aproximadamente 5cm sin pérdida de sustancia y en la que asoma un fragmento óseo. ¿Con qué material realizaría preferiblemente la sutura?

a) Con aguja recta y seda de 4/0.
b) Con aguja curva y seda de 3/0.
c) No realizaría sutura alguna, ya que se trata de una fractura abierta y debe ser tratada en quirófano.
d) Con grapas.

483.- Al preguntarle sobre la vacunación antitetánica refiere que es extranjero, que lleva 6 meses residiendo en España y que desconoce si en su país de origen le administraron las vacunas correspondientes o no. Con las lesiones previamente descritas, ¿qué actitud tomaría respecto a la profilaxis del tétanos?

a) Las heridas son potencialmente tetanígenas por lo que le administraría una dosis de recuerdo.
b) Las heridas son limpias, no está indicada la vacuna antitetánica.
c) A pesar de la alta sospecha de herida por arma blanca, con la edad que tiene, probablemente se le hayan administrado ya las 5 dosis de vacunación, con la última dosis hace menos de 10 años, por lo que no le administraría ninguna dosis de recuerdo.
d) Ante la sospecha de herida por arma blanca debería de administrarse tanto la vacuna como la inmunoglobulina antitetánica.

484.- Y respecto a la profilaxis antibiótica, ¿cuál sería el antibiótico de elección?

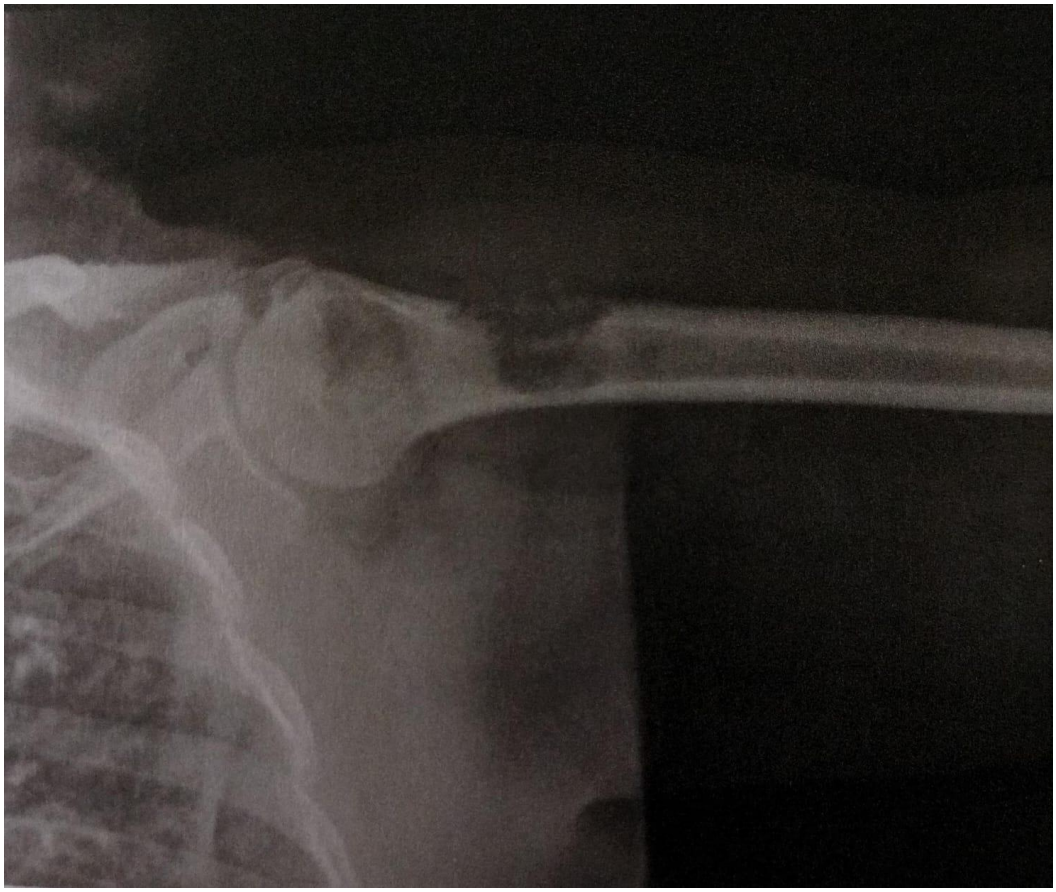
a) Cefazolina.

b) Amoxicilina.
c) Levofloxacino.
d) Meropenem.

CASO CLINICO 7 PREGUNTAS 485-489

485.- Un paciente de 74 años acude derivado por su médico de atención primaria al servicio de urgencias por dolor en el hombro izquierdo de 1 mes de evolución, acompañado de impotencia funcional por el propio dolor. No refiere caídas previas ni trauma sobre hombro o brazo. La intensidad del dolor es de 7 puntos sobre 10 en la escala del dolor verbal numérica. En la exploración, el brazo izquierdo es doloroso en la palpación en la zona proximal del húmero. El hombro izquierdo está ligeramente limitado en sus movimientos por dolor. No se aprecian signos inflamatorios, hematoma ni equimosis. Fuerza y sensibilidad conservadas. Pulsos axilar, braquial, cubital y radial conservados. El resto de la exploración física sistemática no muestra hallazgos patológicos de interés. Se administran 50mg de dexketoprofeno y 2g de metamizol magnésico por vía intramuscular. Se solicita radiografía AP y axial transtorácica del hombro izquierdo. Señale su impresión diagnóstica en las radiografías de este paciente:



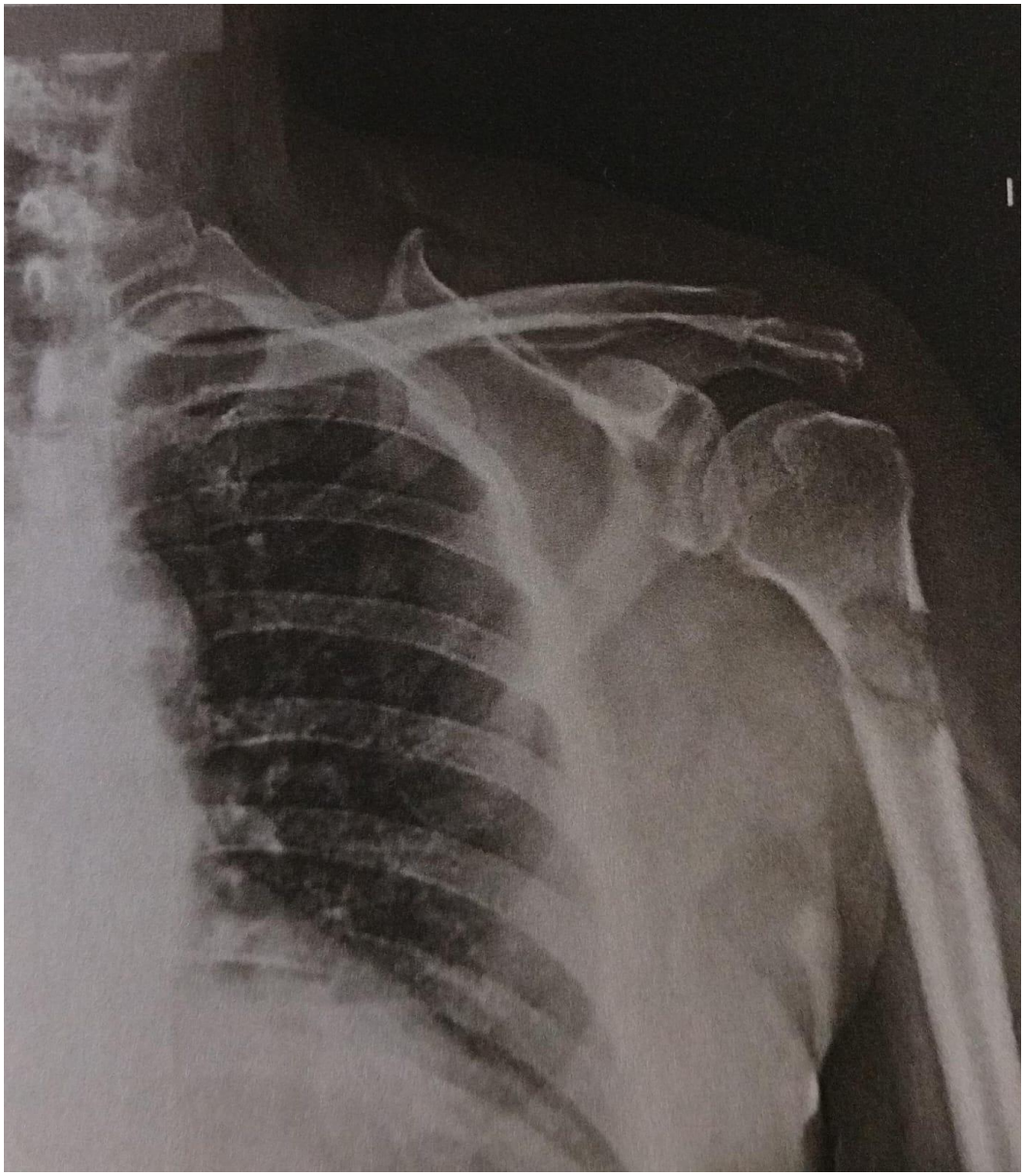


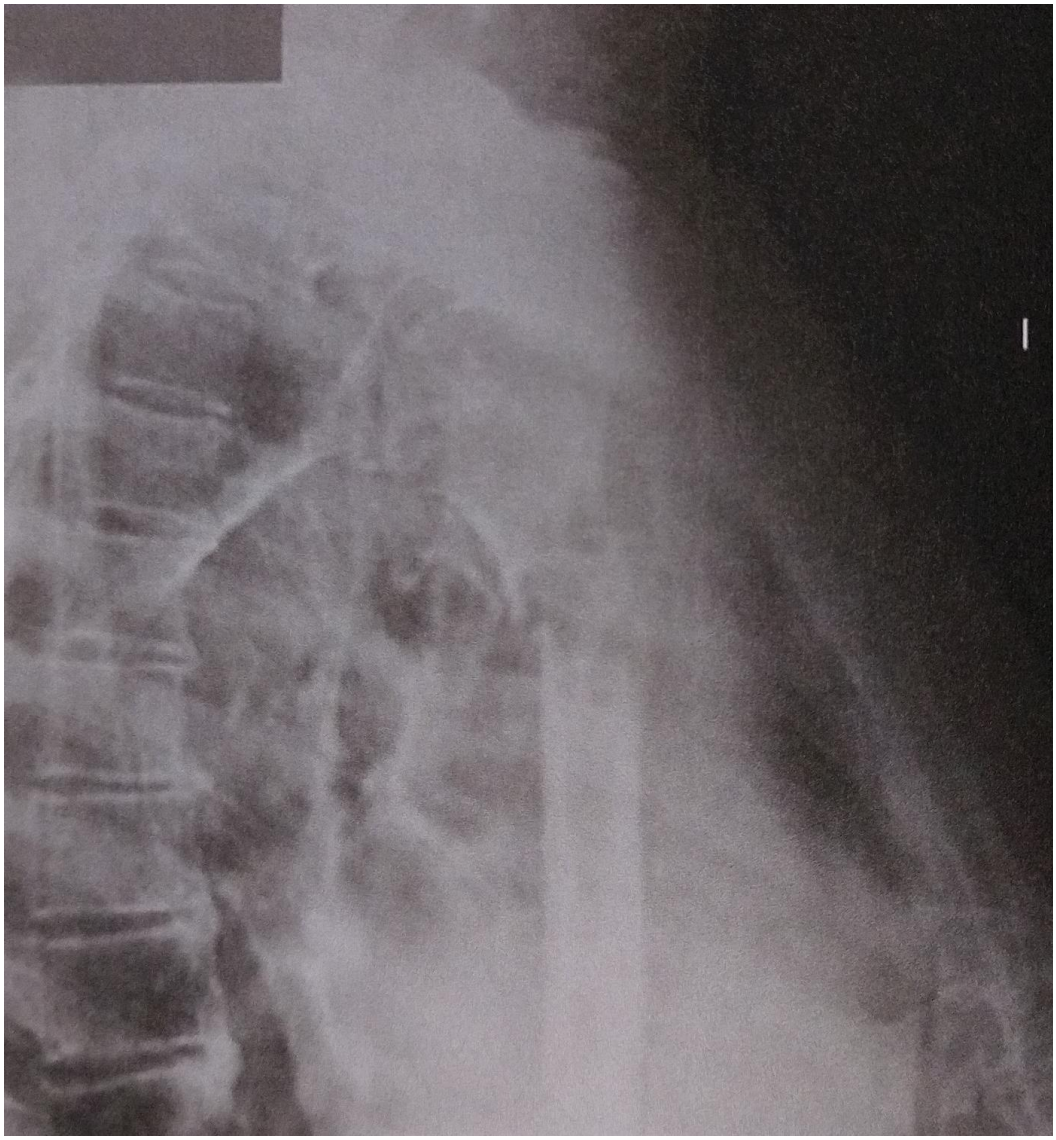
a) Quiste óseo aneurismático.
b) Metástasis ósea.
c) Osteosarcoma.
d) Osteomielitis.

486.- El paciente fue valorado por el traumatólogo y citado a consulta externa de traumatología para completar estudio, pero al día siguiente, tras golpearse en el hombro al caerse de la cama, el dolor se intensifica bruscamente. Tras comprobar el aumento de la impotencia funcional del brazo, al paciente se le realiza nuevo estudio radiológico, y se obtienen las imágenes que se muestran a continuación. Señale la respuesta correcta:

Osakidetza

epe
ope
23+24+25





a) Sin modificaciones respecto a las radiografías previas.
b) Fractura primaria de la zona metafisiaria del húmero.
c) Fractura secundaria del húmero.
d) Ninguna es correcta.

487.- De corresponder a una lesión metastásica, señale el origen menos probable en este caso:

a) Riñón.
b) Pulmón.
c) Tiroides.
d) Próstata.

488.- **Ante una imagen patológica ósea, en primer lugar hay que discernir si el aspecto es benigno o maligno. En este sentido, ¿cuál NO es un criterio radiológico de benignidad?**

a) Zona de transición amplia.
b) Reborde escleroso.
c) Lesión bien limitada.
d) Insuflación de la cortical sin destrucción ni rotura.

489.- **¿Qué es cierto sobre el Triángulo de Codman?**

a) Es la reacción perióstica. Cuando el crecimiento es muy rápido, llega un momento en que puede llegar a romper el hueso neoformado.
b) No es patognomónica de ningún tipo de lesión.
c) Puede aparecer en fracturas, osteomielitis, displasias y tumores.
d) Todas son ciertas.

CASO CLÍNICO 8 PREGUNTA 490

490.- **Mujer de 32 años , sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por presentar desde hace 4 días diarrea líquida (3-4 deposiciones diarias), con moco y desde hace 2 días algo de sangre roja mezclada con las heces. Refiere dolor abdominal tipo cólico que mejora algo tras deposición. Sensación febril no termometreada con escalofríos. No vómitos: Constantes: TA 116/74 mmHg, FC 88 lpm, FR 16 rpm, temperatura 37,2ºC, sat O2 basal 98%. La exploración abdominal muestra un abdomen globuloso y algo timpánico, doloroso difusamente a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, sin masas ni megalias y hay aumento de peristaltismo a la auscultación. El resto de la exploración física no muestra signos relevantes. Analítica: urea 36 mg/dl, creatinina 0.90 mg/dl, iones normales, proteína C reactiva 28 mg/dl, hemoglobina 12,5 g/dl, leucocitos 15.300 con 75% neutrófilos, plaquetas 227.000, coagulación normal. Radiografías de tórax y abdomen normales. Ante estos datos, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:**

a) Enfermedad de Crohn.
b) Gastroenteritis invasiva.
c) Gastroenteritis por toxinas.
d) Colitis ulcerosa.

CASO CLINICO 9 PREGUNTAS 491-495

Acude al servicio de Urgencias un varón de 58 años por cuadro de disnea y dolor a nivel de costado izquierdo, que ha empeorado en los últimos días. El paciente está diagnosticado de neoplasia pulmonar en situación de cuidados paliativos, con tratamiento analgésico domiciliario. A la su llegada presenta TA 105/60 mmHg, FC 110 lxm y SatO2 88% sin O2. FR 30 rpm, sin fiebre. Refiere dolor (7/10) principalmente a nivel de costado izquierdo, que aumenta con la inspiración profunda y que responde parcialmente al tratamiento analgésico.

491.- **En radiografías previas el paciente presentaba un pequeño derrame pleural izquierdo por lo que usted sospecha que este derrame puede haber aumentado. En la exploración física de un derrame pleural ¿cuál de los siguientes hallazgos es VERDADERO?**

a) Murmullo vesicular aumentado en la zona inferior del hemitórax correspondiente.
b) Sibilancias espiratorias aisladas.
c) Crepitantes difusos bilaterales.
d) Disminución de murmullo vesicular en el hemitórax correspondiente, con matidez a la percusión.

492.- **Se realiza Rx de tórax que confirma el derrame pleural masivo por lo que usted decide hacer una toracocentesis ¿cuál es el objetivo principal de realizar una toracocentesis terapéutica en un derrame pleural maligno?**



a) Obtener diagnóstico histológico definitivo del tumor.
b) Tratamiento definitivo del derrame pleural.
c) Aliviar la disnea y mejorar el confort del paciente.
d) Prevenir la progresión tumoral.



493.- En relación con la técnica de la toracocentesis indique la afirmación FALSA

a) El uso de ultrasonidos para identificar el lugar de la toracocentesis y guiar el procedimiento se ha convertido en una práctica habitual.
b) No deben evacuarse más de 1.000-1.500 mL por sesión.
c) El punto de punción debe localizarse, aproximadamente, de 2 a 3 cm por debajo de la línea de matidez del derrame, y siempre por encima de la novena costilla.
d) En el espacio intercostal seleccionado, localizar el borde inferior de la costilla superior como lugar de la punción, para evitar el paquete vasculonervioso.

494.- Durante la toracocentesis, ¿qué complicación inmediata debe vigilarse, especialmente en un paciente con tumor pulmonar avanzado?

a) Neumotórax iatrogénico.
b) Infección secundaria a la técnica.
c) Hipertensión arterial brusca.
d) Edema agudo de pulmón.

495.- Tras la toracocentesis, se repite la radiografía evidenciando que el pulmón se ha reexpandido solo parcialmente. ¿Cuál es el siguiente paso más indicado?

a) Realizar pleurodesis inmediata con talco.
b) Solicitar ecografía para confirmar si existe una atelectasia secundaria al proceso tumoral.
c) Administrar diuréticos para reducir el derrame.
d) Colocar un drenaje torácico permanente sin valorar reexpansión.

CASO CLÍNICO 10 PREGUNTAS 496-500

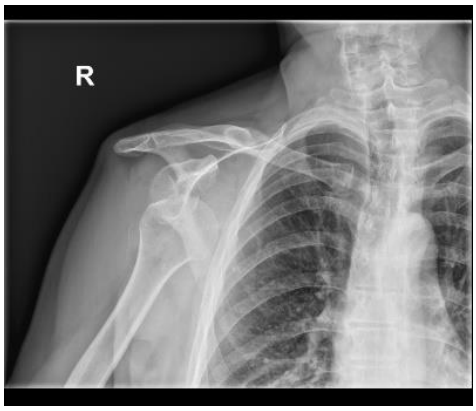
Un paciente de 30 años acude al servicio de urgencias tras sufrir un traumatismo por una caída accidental en la calle. Refiere dolor intenso e imposibilidad para movilizar el hombro derecho. En la anamnesis no refiere traumatismo a otro nivel ni pérdida del nivel de consciencia. No tienen antecedentes médicos de interés ni toma medicación de forma habitual.
A su llegada presenta TA 140/80, Saturación O2 del 97% sin oxígeno suplementario. Nivel de dolor 10/10. Se encuentra pálido y sudoroso. A la exploración se evidencia deformidad a nivel del hombro derecho, siendo el dolor tan intenso que el paciente se resiste a la exploración.

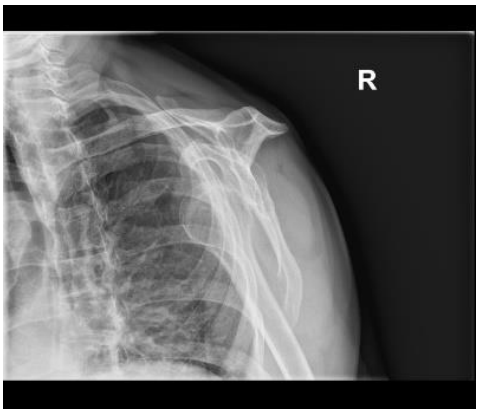
496.- En estas circunstancias es CIERTO que…

a) La primera medida a tomar será la realización de pruebas complementarias, RX del hombro, para determinar el alcance de la lesión.
b) No hará nada antes de realizar una anamnesis y exploración detallada para buscar factores de riesgo u otras lesiones asociadas al traumatismo.
c) Se administra tratamiento analgésico acorde al nivel de dolor que presenta el paciente.
d) Dado que la exploración muestra palidez y sudoración se procede a la monitorización del paciente ante el riesgo de cuadro sincopal.

497.- **Cuando realiza la RX solicitada se evidencia una luxación de hombro que precisa reducción. Al ser un procedimiento doloroso, que se une al dolor que ya presenta el paciente, usted decide realizar una sedación procesal. Previamente completa la anamnesis del paciente centrándose en una serie de datos importantes antes de llevar a cabo dicha técnica, entre los que se debe incluir…**

a) Situación de ayuno del paciente
b) Posibles reacciones alérgicas previas cuando se ha administrado algún fármaco sedante o anestésico
c) Toma de alcohol, drogas o algún fármaco previamente a su llegada a urgencias
d) a), b) y c) son ciertas





498.- **El paciente no refiere ningún tipo de alergia ni toma de drogas o fármacos antes del traumatismo, pero sí ingesta solida en los 30 minutos previos. Ante esta situación…señale la opción INCORRECTA**

a) Usted informa al paciente de la necesidad de esperar varias horas para conseguir el ayuno necesario para administrar sedación.
b) El paciente es trasladado a un área de urgencias donde se puede realizar monitorización del paciente y reanimación si fuese necesario.
c) Si es posible solicita la colaboración de una enfermera y otro médico para realizar la reducción de la luxación mientras usted se encarga de la sedación.
d) Informa al paciente de la técnica y los posibles efectos secundarios y solicita consentimiento informado.

499.- **La elección del fármaco que utilizará para la sedación depende de factores tanto del paciente, del procedimiento a realizar y de la farmacocinética del propio sedante. Usted decide utilizar propofol. Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con este fármaco es CIERTA…**

a) Produce un cierto grado de relajación muscular.
b) Produce hipertensión y taquicardia.
c) Su efecto dura unos 20 minutos habitualmente.
d) A diferencia de otros sedantes no causa dolor local en la zona de punción.

500.- **Tras realizar la técnica de reducción de la luxación y una vez comprobada radiológicamente usted decide dar de alta al paciente tras un periodo de observación hasta que recupere su estado mental y función cardiopulmonar basal… De que depende la duración del periodo de observación... indique la afirmación CORRECTA**

a) De las características farmacocinéticas del sedante y la dosis administrada
b) De la duración del procedimiento
c) De la aparición de cualquier evento adverso durante el procedimiento
d) a), b) y c) son correctas