1. Con respecto a los indicadores de actividad asistencial, señale la respuesta FALSA:

A) Pueden ser cuantitativos y cualitativos
B) Sirven como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial
C) Deben ser válidos y fiables
D) Un empeoramiento de resultados, hay que considerarlo como un signo de alarma.

2. Uno de los siguientes NO es un indicador de calidad relevante en la atención del paciente crítico:

A) Bacteriemia relacionada con catéter venoso central
B) Debilidad adquirida en UCI
C) Sustitución de sistemas de humidificación pasiva (intercambio de calor y humedad)
D) Rondas diarias por un equipo multidisciplinar

3. Señale la respuesta FALSA con respecto a las curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic* o Característica Operativa del Receptor):

A) Se utilizan para evaluar la capacidad discriminativa de una prueba diagnóstica dicotómica
B) Se trata de curvas en las que se presenta la sensibilidad en función de los falsos positivos para distintos puntos de corte
C) El área bajo la curva ROC puede interpretarse como la probabilidad de que, ante un par de individuos, uno enfermo y el otro sano, la prueba los clasifique correctamente
D) Un aprueba diagnóstica con un área bajo la curva ROC entre 0,65 y 0,75 se considera con una buena capacidad diagnóstica

4. Señale la respuesta VERDADERA con respecto a las fases de un ensayo clínico

A) Ensayo clínico en fase I. Esta fase se realiza en animales
B) Ensayo clínico en fase II. En esta fase se comprueba exclusivamente si el fármaco es seguro
C) Ensayo clínico en fase III. En esta fase se verifican aspectos de seguridad y eficacia del fármaco
D) Ensayo clínico en fase IV. Si los resultados obtenidos en esta fase son suficientes y positivos, las agencias reguladoras de medicamentos pueden conceder la autorización y comercialización del fármaco con indicaciones específicas.

5. Señale la respuesta FALSA con respecto a los objetivos generales de una revisión sistemática

A) Generar evidencia científica de alta calidad
B) Evaluar la consistencia de los estudios primarios (grado de heterogeneidad)
C) Obtener un estimador de una asociación
D) Identificar subgrupos en los que la exposición presenta una asociación más fuerte o más débil

6. Con respecto a la intubación endotraqueal, señale la respuesta FALSA:

A) Es muy recomendable evaluar la presencia de signos predictores de vía aérea difícil antes de proceder
B) Es muy recomendable comprobar que todo el material necesario está completo y que funciona correctamente antes de proceder
C) La intubación mediante vídeolaringoscopio se asocia con un aumento de la supervivencia con respecto a la laringoscopia directa en pacientes con vía aérea difícil
D) La ketamina es una opción muy recomendable para inducir la anestesia en pacientes hipotensos que requieren intubación endotraqueal

7. Con respecto a la ventilación mecánica no invasiva, señale la respuesta FALSA:

A) Está indicada fundamentalmente en la EPOC y el edema agudo de pulmón.
B) Está contraindicada en pacientes inestables hemodinámicamente
C) La persistencia de taquipnea > 30 respiraciones/minuto es un predictor de fracaso
D) Un volumen corriente > 9 ml/kg es un predictor de éxito

8. Uno de los siguientes NO es un predictor de éxito del destete de la ventilación mecánica invasiva:

A) Presión inspiratoria máxima = - 40 cm H_2O
B) PaO_2/FiO_2 > 150
C) P0.1 = - 2 cm H_2O
D) Cociente FR/VT = 80

9. Con respecto a la aplicación de PEEP en el SDRA, señale la respuesta FALSA:

A) El mayor retroceso elástico del pulmón en el SDRA requiere una PEEP más alta para mantener el pulmón abierto al final de la espiración
B) Aumenta la postcarga del ventrículo izquierdo
C) Aumenta las resistencias vasculares pulmonares por compresión de los capilares pulmonares
D) Debe mantenerse siempre una presión diferencial (presión meseta – PEEP) < 15 cm H_2O

10. Hombre de 52 años con síndrome de distrés respiratorio agudo secundario a neumonía bacteriana que presenta una PaO_2/FiO_2 de 86, presión meseta 33 cm H_2O que disminuye a 29 tras relajación muscular con cisatracurio. El paciente requiere noradrenalina a dosis de 0,5 µg/kg/min para mantener una tensión arterial media mayor de 65 mm Hg. Parámetros del ventilador: volumen corriente: 6 ml/kg del peso ideal, FiO_2: 70%, frecuencia respiratoria: 30 respiraciones/min, volumen corriente: 360 ml, PEEP: 16 cm H_2O. Gasometría arterial: pH: 7,25, pCO_2: 46 mm Hg, PaO_2: 60 mm Hg, presión pico 32 cm H_2O, presión meseta 29 cm H_2O.

De acuerdo con la evidencia científica actualmente disponible, ¿cuál de los siguientes pasos es el más apropiado en este momento para el manejo correcto de la paciente?

A) Iniciar óxido nítrico inhalado
B) Pronar al paciente
C) Realizar una maniobra de reclutamiento
D) Iniciar ECMO VV

11. Una de las siguientes NO es una indicación de oxigenación con membrana extracorpórea veno-venosa (ECMO VV):

A) Ventilación mecánica durante más de 7 días con $FiO_2 \geq 80\%$, VT 6 ml/kg, PEEP $\geq$ 10 cm H_2O y posición de decúbito prono
B) Hipercapnia persistente con acidosis definida como una $PaCO_2 \geq 60$ mm Hg y pH < 7,25 a pesar de una frecuencia respiratoria > 35 respiraciones por minuto y un VT ajustado para mantener la presión meseta menor de 30 cm H_2O
C) Hipoxemia severa y refractaria definida como PaO_2/FiO_2 < 50 con FiO_2 1 durante más de 3 horas o menor de 80 durante más de 6 horas
D) Se considerará la técnica cuando el riesgo de muerte supere el 50%

12. Con respecto a la ventilación mecánica invasiva en el asma grave, señale la respuesta FALSA:

A) La hipotensión post-intubación es muy frecuente principalmente debida a la hiperinsuflación pulmonar

B) La reducción de la $PaCO_2$ es un objetivo secundario

C) La presión pico en la vía aérea es un parámetro fiable del grado de hiperinsuflación

D) La mejor estrategia es administrar un volumen minuto bajo junto con un flujo inspiratorio elevado

13. Hombre de 64 años recientemente hospitalizado por disnea aguda. Tiene antecedentes de obesidad mórbida, apnea obstructiva del sueño y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El paciente presenta somnolencia, pero se despierta con facilidad y responde preguntas sencillas. Se sospecha exacerbación de su EPOC y se ha iniciado tratamiento con broncodilatadores, glucocorticoides, antibióticos, y oxígeno suplementario a 4 litros por minuto a través de cánulas nasales. Gasometría arterial: pH: 7,28; PCO_2: 78 mm Hg; PaO_2: 78 mm Hg.

¿Cuál es el siguiente paso MÁS apropiado en el tratamiento de este paciente?

A) Realizar intubación endotraqueal

B) Administrar 0,4 mg de naloxona por vía intravenosa

C) Aumentar la suplementación de oxígeno a 10 litros por minuto a través de una máscara facial cerrada

D) Iniciar ventilación de presión positiva no invasiva BIPAP.

14. Con respecto al pronóstico de la encefalopatía anóxica tras sufrir una parada cardiaca, señale la respuesta FALSA:

A) Se recomienda establecer un neuro pronóstico multimodal en todos los pacientes que permanecen comatosos con una respuesta motora ausente o extensora al dolor, a partir de las 72 horas tras la recuperación de la circulación espontánea

B) La ausencia bilateral de onda n20 de los potenciales evocados corticales es indicativa de mal pronóstico y alcanza una especificidad del cien por cien

C) La aparición de un patrón electroencefalográfico de brotes supresión dentro de las primeras 72 horas proporciona una mayor exactitud pronóstica que la ausencia de reflejos pupilares

D) Debería realizarse una resonancia magnética cerebral entre 2 y 5 días después de la recuperación de la circulación espontánea

15. Mujer de 74 años con diabetes tipo 2, hipertensión e hiperlipidemia que refiere 2 días de malestar torácico intermitente en reposo. Su frecuencia cardíaca inicial es de 120 latidos/minuto y la TA es de 100/80 mm Hg. El electrocardiograma revela taquicardia sinusal con depresión del segmento ST en cara lateral de 1 mm durante un episodio de dolor torácico, que se resolvió con nitroglicerina sublingual. Se inició tratamiento antiplaquetario y antitrombótico. Las pruebas de laboratorio revelan los siguientes resultados: Troponina T 2,5 ng/ml (0–0,03), Creatinina 0,9 mg/dL (0,6–1,1). Puntuación de riesgo GRACE 2.0 = 155. Puntuación TIMI = 5.

¿Cuál de las siguientes estrategias de tratamiento es la más apropiada para esta paciente?

A) Coronariografía tardía (después de 24 horas, pero dentro de las 72 horas)
B) Coronariografía e intervención coronaria inmediata (dentro de las 2 horas posteriores al primer contacto médico)
C) Coronariografía e intervención coronaria precoz (dentro de 24 horas)
D) Tratamiento antiplaquetario y antitrombótico durante 48 horas, seguido de Coronariografía dentro de 3 a 5 días

16. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el manejo del embolismo pulmonar (EP) es FALSA?:

A) En pacientes con riesgo intermedio no debería iniciarse la anticoagulación hasta que el EP se confirme mediante angioTAC
B) Si la probabilidad clínica es baja y el dímero D es normal, el diagnóstico de EP es muy poco probable
C) La determinación de péptidos natriuréticos y troponinas cardiacas en combinación con las pruebas de imagen son útiles para estratificar a los pacientes de riesgo intermedio
D) En pacientes con inestabilidad hemodinámica y contraindicación para fibrinolisis la trombectomía es el tratamiento más adecuado

17. Hombre de 66 años diagnosticado de estenosis aórtica que ingresa en la UCI para seguimiento postoperatorio de peritonitis por diverticulitis perforada. Poco después del ingreso presenta en el ECG un cambio de ritmo sinusal a fibrilación auricular con una frecuencia ventricular de 90 lats/min. Su TA pasa de 110/60 mm Hg a 100/52 mm Hg. La presión capilar pulmonar (PCP) aumenta de 16 a 22 mm Hg.

¿Cuál es la medida MÁS adecuada en este momento?

A) Tratamiento inotrópico con dobutamina.
B) Diuréticos para mantener la PCP inferior a 20 mm Hg.
C) Amiodarona para pasar de nuevo a ritmo sinusal.
D) Vasodilatadores para disminuir la postcarga.

18. Una de las siguientes NO es una indicación de oxigenación con membrana extracorpórea veno-arterial (ECMO VA):

A) Tromboembolismo pulmonar con disfunción grave del ventrículo derecho y shock
B) Disfunción miocárdica severa asociada al shock séptico
C) Disección aórtica y shock cardiogénico
D) Pacientes con tormenta eléctrica que no responden a tratamiento antiarrítmico

19. Hombre de 25 años, estudiante, que es trasladado a Urgencias desde el colegio mayor por el 061 por presentar una convulsión generalizada. El paciente ha disfrutado recientemente unas vacaciones y ha practicado rafting en aguas de río. Recién llegado, comenzó con fiebre, cefalea, desorientación y conducta anormal que en 24 horas se complicó con afasia y ocasionalmente alucinaciones. A la llegada del 061 el paciente no podía mover su brazo derecho, durante el traslado se observa una convulsión focal en ese brazo. Exploración física al ingreso en la UCI: temperatura 39,3 °C, frecuencia respiratoria 18 respiraciones/minuto, frecuencia cardíaca 106 latidos/minuto, tensión arterial 110/70 mm Hg. Arreactivo y con ligera rigidez de nuca, pupilas medias reactivas a la luz, hiperreflexia en brazo derecho. Resto de exploración normal.

Electroencefalograma: mínima anormalidad en el lóbulo temporal. Punción lumbar: 1.000 hematíes/mm^3, 200 células/mm^3, la mayoría mononucleares, proteínas ligeramente elevadas, glucosa normal, tinción de Gram: negativa.
Antecedentes: esplenectomía por un accidente de circulación 5 años antes. ¿Cuál de las siguientes acciones es más beneficioso para este paciente?

A) Dexametasona seguida inmediatamente de ceftriaxona y ampicilina
B) Aciclovir
C) Anfotericina B
D) Repetir punción lumbar en 6 horas

20. Paciente varón de 72 años que ingresa en la UCI para seguimiento post-intervención de endarterectomía carotídea. A las dos horas del ingreso presenta somnolencia progresiva, cefalea hemicraneal derecha cuando se le despierta, TA 180/100 mm Hg, FC 70 lpm, FR 8 rpm.
¿Cuál de los siguientes es el tratamiento MÁS adecuado en este momento?

A) Administrar labetalol.
B) Solicitar TAC craneal para descartar hemorragia intracraneal.
C) Administrar fentanilo.
D) Realizar doppler transcraneal para descartar vasoespasmo.

21. De las siguientes afirmaciones referidas al eco doppler transcraneal, señale la FALSA:

A) Actualmente los sonogramas identificables con el cese circulatorio son: patrón de separación diástole-sístole, patrón de flujo reverberante y patrón de espigas sistólicas aisladas
B) Para identificar la arteria cerebral media habitualmente utilizaremos la ventana temporal y una profundidad de 70-80 mm
C) En un paciente con hemorragia subaracnoidea un índice de Lindergaard de 5 indica vasoespasmo
D) El índice de pulsatilidad representa la variabilidad de la velocidad de la sangre en el vaso, siendo la diferencia entre la velocidad pico sistólica y la diastólica mínima dividido entre la velocidad media

22. ¿Cuál de los siguientes perfiles hemodinámicos es más compatible con un infarto de ventrículo derecho?:

	PVC	PAP	PCP	PAM	IC
A)	2	22/8	6	86/46	4,7
B)	18	36/25	24	88/70	1,8
C)	18	32/18	18	90/70	1,7
D)	20	22/16	12	84/50	2,2

23. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la hemorragia por varices esofágicas es FALSA?:

A) El tratamiento de elección es la embolización angiográfica

B) La terlipresina puede ser beneficiosa para reducir la hemorragia

C) Se deberían iniciar antibióticos de amplio espectro inmediatamente

D) El shunt transyugular porto sistémico intrahepático (TIPS) y el trasplante de hígado se pueden considerar en la hemorragia grave

24. Uno de los siguientes NO es un criterio de trasplante hepático

A) Intoxicación por paracetamol y pH arterial < 7,30 a pesar de una reanimación adecuada con fluidos

B) Fallo hepático agudo e INR > 6,5

C) Concentración arterial de lactato mayor de 3 mmol/L en las primeras 4 horas

D) Paciente con cirrosis por hepatitis C en estadio terminal

25. Con respecto a las sobredosis por drogas recreativas señale la respuesta FALSA:

A) Una ingesta de etanol entre 2 y 3 g/L puede causar parada cardiorrespiratoria

B) La intoxicación por cocaína debería considerarse en cualquier paciente joven que se presenta con dolor torácico

C) El clordiazepoxido es el tratamiento de elección para el síndrome de abstinencia aguda de alcohol

D) La ingesta de cannabis sintético puede provocar agitación, alucinaciones, y psicosis irreversible

26. Con respecto al trauma pélvico es FALSO que:

A) El 30% de las fracturas de pelvis se asocian con lesiones intraabdominales que pueden ser causa de hemorragia

B) La inmovilización precoz puede conseguirse rodeando la pelvis al nivel de las crestas iliacas con una sábana o un cinturón

C) En hemorragias incontroladas puede utilizarse el REBOA (*resuscitative endovascular ballon occlusion of the aorta*) que debería inflarse en región proximal al hiato aórtico

D) En los pacientes con fracturas pélvicas se debe realizar una TAC tóraco-abdomino-pélvica con contraste antes de la cirugía

27. Con respecto a los cuidados postoperatorios del paciente sometido a cirugía torácica una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

A) El problema más frecuente durante el postoperatorio es el dolor y la movilización de secreciones

B) Una política liberal de fluidos se asocia con mejores resultados en la neumonectomía

C) La antibioterapia precoz está indicada ante la sospecha de infección

D) La insuficiencia cardiaca derecha suele deberse a un aumento de la postcarga

28. Con respecto a las indicaciones de transfusión de plaquetas en pacientes con trombocitopenia es FALSO que:

A) Es infrecuente que se produzca una hemorragia espontánea grave con plaquetas superiores a 10.000/uL

B) Si hay factores de riesgo como sepsis, hipertensión arterial mal controlada o alteración de otros parámetros de la coagulación, el nivel de seguridad estaría en 20.000/uL

C) Para realizar procedimientos invasivos se requieren niveles por encima de 100.000/uL

D) para realizar cirugía del sistema nervioso central o del globo ocular se requieren niveles por encima de 80.000/uL

29. Con respecto a la coagulación intravascular diseminada en el politraumatizado es FALSO que:

A) El TP y el TTPa suelen estar alargados y son los test más fiables para el diagnóstico

B) El recuento de plaquetas será inferior a 100.000/uL

C) El Dímero D está elevado y es un test muy específico

D) El fibrinógeno será inferior a 1 g/l

30. Paciente 26 años, motorista que mientras circulaba ha sufrido una caída accidental y se ha golpeado con el guardarraíl. Cuando llega a urgencias presenta alteración de la conciencia, taquipnea, taquicardia y presión del pulso disminuida con tensión arterial sistólica conservada. Exceso de bases - 8 mEq/L. No signos de neumotórax a tensión. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

A) Deberá realizarse un ECOFAST

B) La pérdida de sangre puede estimarse en 20-30% de la volemia

C) Ha de activarse el protocolo de entrega rápida de hemoderivados

D) Dependiendo de la exploración puede aplicarse una secuencia (C)-ABCDE priorizando el control de la hemorragia

31. Con respecto a la intubación endotraqueal del paciente anterior una de las siguientes afirmaciones es FALSA

A) Este paciente presenta una alta probabilidad de colapso durante la intubación

B) Una secuencia (C)-ABCDE puede ser recomendable en este caso antes de intubar

C) En este caso la ketamina es probablemente el fármaco más seguro para la inducción

D) El etomidato es el fármaco de primera elección en este caso

32. Uno de los siguientes NO es un objetivo fisiológico en el tratamiento del traumatismo cráneo-encefálico grave:

A) Presión de perfusión cerebral 60-70 mm Hg

B) $PaCO_2$ 30-35 mm Hg

C) Presión intracraneal menor de 22 mm Hg

D) $PtiO_2$ > 20 mm Hg

33. En referencia al tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda grave con ventilación mecánica, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

A) La ventilación mecánica no invasiva ha demostrado reducir la necesidad de intubación y una mejoría en la supervivencia en este grupo de pacientes.

B) Si es preciso, el volumen corriente puede reducirse a 4 ml/kg para mantener la presión meseta inferior a 30 cm de H_2O.

C) En aquellos casos en los que la distensibilidad de la caja torácica está disminuida como en la obesidad mórbida o en la hipertensión intrabdominal pueden tolerarse presiones meseta más elevadas sin complicaciones.

D) El gradiente entre presión alveolar y PEEP no debería superar los 15 cm de H_2O.

34. Con respecto a la hipertensión intracraneal una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

A) La onda P1 se produce al final de la sístole y refleja la distensibilidad intracraneal

B) P1 > P2 > P3 indica distensibilidad cerebral elevada

C) P1 < P2 > P3 indica distensibilidad intracraneal reducida

D) La onda A de Lundberg indica hipertensión intracraneal grave y riesgo elevado de herniación cerebral

35. Uno de los siguientes no es un principio de bioética para la toma de decisiones

A) No maleficencia (evitar un daño físico)
B) Justicia (distribución de recursos y uso eficiente)
C) Autonomía del paciente
D) La evidencia científica más reciente

36. La corriente de salida en el implante de un marcapasos endocavitario temporal por un bloqueo auriculo-ventricular completo es > 1,5 mA. Señale la respuesta FALSA:

A) El umbral de estimulación es alto y puede deberse a fibrosis endomiocárdica.

B) La posición del electrodo de estimulación no es adecuada y debe reposicionarse hasta conseguir un umbral inferior a 1 mA.

C) Es un umbral adecuado, y, por tanto, la posición del electrodo es correcta.

D) Puede deberse a trastornos electrolíticos.

37. El índice de ROX en un paciente tratado con Oxigenoterapia Nasal de alto flujo (ONAF) por insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica secundaria a una neumonía comunitaria, ayuda junto a otros datos, a predecir la necesidad de intubación orotraqueal y ventilación mecánica, SI:

A) A las 12 h de iniciada la ONAF el índice de ROX es < 4,8.

B) A las 6 horas de iniciada la ONAF el índice de ROX es > 3,5.

C) A las 2 h de iniciada la ONAF el índice de ROX es > 3.

D) A las 24 h de iniciada la ONAF el índice de ROX es > 4,8

38. La diferencia de presión del dióxido de carbono venoso-arterial mixto [P (v-a) CO2] puede indicarnos el estado global de oxigenación de los tejidos. Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

A) Valores > 6 mmHg sugieren un flujo suficiente de sangre a los tejidos.
B) Valores > 6 mmHg sugieren flujo insuficiente solo cuando la $SvcO_2$ es > 70%.
C) Valores < 6 mmHg indican flujo insuficiente independientemente de la $SvcO_2$.
D) Valores > 6 mmHg sugieren flujo insuficiente de sangre a los tejidos incluso cuando ya se ha normalizado la SvcO2 > 70%

39. En un paciente politraumatizado con grandes pérdidas hemáticas, todas las siguientes son ciertas menos una. Señálela:

A) Se recomienda activar el protocolo de transfusión masiva si el *score TASH* (*Trauma-Associated Severe Hemorrhage Score*) es superior a 18 puntos.
B) Se recomienda la utilización de CH/PFC (Concentrados Hematíes/ Plasma Fresco Congelado) en una relación 1:1 – 1:2
C) Se debe administrar 1 g de Ácido Tranexámico transcurridas las 3 primeras h del trauma.
D) Se recomienda que los niveles de fibrinógeno sean superiores a 1,5-2 g/L.

40. ¿Cuál de los siguientes criterios NO define la hemorragia masiva?

A) Hemorragia que no cesa tras la trasfusión de 4 concentrados de hematíes en 1 hora.
B) Pérdida sanguínea superior a 150 ml/min durante más de 10 min.
C) Pérdida del 25% de la volemia en 3 horas.
D) Alteraciones en la gasometría sugerentes de gravedad como un déficit de bases > 6 mEq/L, Hb < 11 g/dL y pH < 7,25.

41. Un paciente de 52 años ingresa en UCI por una endocarditis infecciosa sobre válvula nativa. Después de 10 días de tratamiento antibiótico dirigido tras hemocultivos positivos a S. *aureus meticilin* sensible con cloxacilina 12 g/día iv en 4-6 dosis, se plantearía intervención quirúrgica en caso de:

A) Situación de shock cardiogénico y/o edema agudo de pulmón refractario.
B) Vegetación de > 30 mm para prevenir embolismo séptico
C) Absceso miocárdico
D) Todas las anteriores

42. ¿Cuál de las siguientes es la causa menos común de la depresión del nivel de consciencia?

A) Hemorragia intracraneal
B) Trauma craneal
C) Estatus no convulsivo
D) Lesión cerebral anóxica

43. Ante un estatus epiléptico superrefractario y sospecha de encefalitis por anticuerpos antirreceptor de NMDA ¿Cuál de los siguientes tratamientos elegiría en primer lugar?

A) Metilprednisolona

B) Inmunoglobulinas

C) Plasmaféresis

D) Ciclofosfamida

44. El delirium hipoactivo se caracteriza por:

A) CAM-ICU positivo, RASS negativo

B) CAM-ICU negativo, RASS negativo

C) CAM-ICU positivo, RASS positivo

D) CAM-ICU negativo, RASS negativo

45. Varón de 52 años sin antecedentes de interés, con fibrilación auricular de reciente diagnóstico y sin anticoagular por CHADS2 0. Acude al hospital por ictus isquémico. Se realiza trombolisis con alteplasa intravenosa (rTPA) y trombectomía posterior de la ACM1 derecha con buen resultado y recuperación neurológica. De las siguientes, cual le parece MÁS apropiada:

A) El origen es cardioembólico y se debe anticoagular lo antes posible para evitar nuevos episodios embólicos

B) Realizar TAC craneal 12-24h después de la trombectomía y si no hay complicaciones hemorrágicas, iniciar antiagregación (AAS 100 mg/24 h) y anticoagular en 4-14 días del ictus.

C) Iniciar doble antiagregación con AAS y clopidogrel por la ACxFA, ya que no se puede anticoagular por riesgo de sangrado.

D) Comenzar con perfusión de eptifibatide, inhibidor de la glicoproteína IIB/IIIA, para un mejor control de la isquemia cerebral.

46. Ante un ictus isquémico maligno, indicaría craniectomía descompresiva SI:

A) Volumen del infarto > 75 cm^3 en la RMN de difusión

B) NIHSS ≥ 15 en infartos de hemisferio no dominante o ≥10 en hemisferio dominante.

C) Deterioro neurológico respecto al ingreso (≥4 puntos NIHSS) en infarto extenso de ACM o infarto carotídeo.

D) Edad <70 años

47. Ingresa un varón de 35 años en UCI con sospecha de Síndrome de Guillain-Barré que precisa intubación orotraqueal por capacidad vital de 5 ml/Kg. Se plantea iniciar tratamiento con:

A) Plasmaféresis, 40-50 ml/Kg de intercambio plasmático durante 3-5 sesiones, si los síntomas han aparecido antes de 4 semanas.

B) Corticoides a altas dosis desde el ingreso, 1 g iv en 24h.

C) Inmunoglobulinas 0,4 g/kg/día durante 5 días, si aparición de los síntomas < 2 semanas.

D) Plasmaféresis e inmunoglobulinas a días alternos.

48. Un paciente de 54 años acude a Urgencias por dificultad respiratoria y fiebre. La gasometría muestra: pH 7,07, pCO_2 79 mmHg, Bicarbonato real (HCO_3^-) 23 mmol/L, TCO2 25,5 mmHg, EB -7, Bicarbonato estándar 16,2 mmol/L, lactato 3,8 mmol/L. Na^+ 140 mEq/L, Cl^- 100 mEq/L. ¿Cuál de las siguientes respuestas le parece más adecuada?

A) El paciente presenta una acidosis metabólica con Anión Gap de 24 mEq/L con hiperlactacidemia.

B) El paciente tiene una acidosis respiratoria pues el pH es de 7,07 y la pCO_2 es de 79 mmHg.

C) El paciente presenta doble acidosis, respiratoria y metabólica pues el CO_2 está aumentado con un Anión Gap de 17 mEq/L.

D) El paciente presenta una acidosis metabólica con Anión Gap de 20,5 mEq/L pues el Bicarbonato estándar más actual dividido por 2 es de 19,5.

49. La acidosis metabólica provoca desplazamiento transcelular de iones. Cuál de las siguientes es la más adecuada:

A) Desplaza al potasio intracelularmente y al calcio extracelularmente.

B) Desplaza al potasio extracelularmente y al magnesio extracelularmente.

C) Desplaza al potasio extracelularmente y al calcio intracelularmente.

D) Desplaza al calcio extracelularmente y al magnesio intracelularmente.

50. Un paciente ingresa con un Na^+_p de 123 mEq/L por insuficiencia suprarrenal aguda. Se pauta suero salino isotónico e hidrocortisona. A las 24 h la natremia es de 136 mEq/L ¿Qué deberíamos hacer?

A) Seguir con el tratamiento pues ya se ha corregido la natremia.

B) Administrar Glucosado 5% 3-4 ml/Kg y desmopresina iv para intentar disminuir el sodio al producirse una hipercorrección.

C) Se ha hipercorregido, pero al tratarse de una hiponatremia aguda, no hay riesgo de un síndrome de desmielinización osmótica cerebral.

D) Administrar fludrocortisona.

51. El manejo de la hiperpotasemia NO incluye:

A) Monitorización ECG si cifras > 5,5 mEq/L o con alteraciones ECG.
B) Administración inmediata de cloruro de calcio o gluconato cálcico, y si hay hipercalcemia Suero Salino Hipertónico 3%.
C) Iniciar terapias que favorecen la eliminación de potasio como diálisis.
D) Administración de fármacos que favorecen redistribución como β-bloqueantes y furosemida.

52. ¿Cuál de los siguientes NO define la Lesión Renal Aguda según las guías KDIGO?

A) Aumento de la creatinina sérica ≥ 0,3 mg/dl en menos de 48 horas
B) Aumento ≥ 1,5 veces la creatinina sérica basal
C) Volumen urinario ≤ 0,5ml/Kg/h por 6 horas.
D) Anuria en 2 horas

53. ¿Cuál o cuáles cree que son las alteraciones hidroelectrolíticas más frecuentes durante la Terapia Continua de Reemplazo Renal (TCRR) prolongada en un paciente crítico con lesión renal aguda? Elija el supuesto más acertado.

A) Hipopotasemia, hipofosforemia, hipermagnesemia.
B) Hiperpotasemia, hipofosforemia, hipermagnesemia.
C) Hipocalcemia, hipofosforemia, hipermagnesemia.
D) Hipopotasemia, hipofosforemia, hipomagnesemia.

54. Respecto a la anticoagulación regional con citrato (ARC) durante las terapias continuas de reemplazo renal ¿cuál de los siguientes supuestos NO es cierto? Elija el más acertado.

A) Uno de los aspectos del medio interno a monitorizar más estrechamente en un paciente crítico con fallo renal agudo TCRR y ARC es el potasio plasmático.
B) Uno de los aspectos del medio interno a monitorizar más estrechamente en un paciente crítico con fallo renal agudo TCRR y ARC es el bicarbonato plasmático.
C) Uno de los aspectos del medio interno a monitorizar más estrechamente en un paciente crítico con fallo renal agudo TCRR y ARC es el calcio total plasmático.
D) B y C son correctas.

55. La gasometría arterial de un paciente crítico con lesión renal aguda bajo terapias continuas de reeemplazo renal y anticoagulación regional con citrato (ARC) muestra: pH 7,50 pCO2 53 mm Hg pO2 87 mm Hg, Bicarbonato 39 EB + 13 SatO2 96% Ca Iónico 1,2 mg/dL ¿Cuál es la actitud más acertada? Elija el supuesto más acertado.

A) No modificar nada el tratamiento.
B) Aumentar el Qd (Flujo de diálisis).
C) Aumentar el Qb (Flujo de sangre).
D) Suspender la ARC.

56. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta respecto al aporte proteico en los pacientes críticos?

A) En pacientes delgados y en obesos se ha propuesto utilizar el peso ideal.
B) Alcanzar los objetivos de aporte proteico mínimo de 1,3 g/kg puede reducir la mortalidad en los pacientes críticos.
C) En pacientes con hemodiálisis, quemados o con diarreas se deben alcanzar los 2 g/Kg.
D) En la fase de recuperación se recomiendan aportes elevados de 1,5-2 g/kg.

57. Ante la sospecha de una colecistitis alitiásica en un paciente ingresado en UCI, cuál de las siguientes NO es cierta:

A) La colecistitis alitiásica suele reflejar cambios isquémicos o inflamatorios de la vesícula biliar.
B) Debería considerarse su diagnóstico ante todo paciente ingresado en UCI con dolor en hipocondrio derecho, fiebre y empeoramiento de la leucocitosis.
C) Requiere administración de antibioterapia de forma precoz.
D) No suele precisar tratamiento quirúrgico al no tener litiasis.

58. Ingresa un paciente en UCI por Hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas. Precisa hemoderivados y apoyo vasopresor con noradrenalina para mantener una Presión arterial media > 60 mmHg. La creatinina es de 1,8 mg/dL y la Bilirrubina de 5 mg/dl. Se diagnostica de fallo hepático agudo sobre crónico o ACLF (*acute on chronic liver failure*), estadio:

A) ACLF 1
B) ACLF 2
C) ACLF 3
D) ACLF 4

59. ¿Cuál NO se considera un factor precipitante del fallo hepático agudo sobre crónico?

A) Infecciones bacterianas
B) Hemorragia gastrointestinal
C) Reactivación del virus B
D) Todos son factores precipitantes

60. Un paciente con shock séptico al que le han administrado 30 ml/Kg de peso de cristaloides balanceados, perfusión de noradrenalina a 0,5 µg/Kg/min y que continúa hipotenso (PAM < 65 mmHg) y con hiperlactacidemia, cuál de las siguientes propuestas le parece más razonable:

A) Añadir vasopresina a 0,01-0,03 U/min tras la realización de una ecocardiografía o monitorización hemodinámica.
B) Aumentar la dosis de noradrenalina pues la dosis que lleva es insuficiente.
C) Administrar dobutamina para contrarrestar los efectos vasoconstrictores de la noradrenalina.
D) Administrar vasopresina a una dosis superior a 0,06 U/min para que el efecto fuese más rápido.

61. Un varón de 48 años acude a urgencias por tos, fiebre de 39º C y dolor pleurítico derecho. La radiografía muestra infiltrado pulmonar de lóbulo inferior derecho. No tiene antecedentes reseñables. La TA es de 120/76 mm Hg, la FC de 115 lpm, la FR 39 rpm y la SpO_2 es de 92% sin O_2. Se encuentra confuso. En la analítica destaca trombocitopenia de 67.000/µL y leucopenia de 3.400 cells/ µL. ¿Cuál de las siguientes le parece más apropiada?

A) Según los criterios de gravedad de la Neumonía adquirida en la Comunidad (NAC) de la ATS (*American Thoracic Society*), si tiene 3 o más criterios menores se considera grave y debería ingresar en UCI con un β-lactámico y un macrólido, como es nuestro caso.

B) Se trata de una NAC leve pues no está hipotenso ni requiere ventilación mecánica, que son los criterios mayores de gravedad de la ATS. Puede ingresar en la sala con una fluoroquinolona.

C) Se trata de una NAC leve, pero por la trombocitopenia debe ingresar en la sala de hospitalización con un β-lactámico y un macrólido.

D) Es una NAC grave, debe ingresar en UCI y hay que cubrir SAMR y Pseudomona aeruginosa.

62. En un paciente con Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAVM) habrá que considerar la posibilidad de patógenos multirresistentes a la hora de elegir el tratamiento antibiótico, SI:

A) Hospitalización prolongada (> de 5 días previos a la NAVM).

B) Tratamiento antibiótico en los 3 meses previos al ingreso en la UCI.

C) Técnica de reemplazo renal previa a la NAVM.

D) En todas las anteriores.

63. Entre los criterios microbiológicos para diagnosticar una NAVM, se incluyen todos EXCEPTO:

A) Aislamiento de un patógeno en cultivo de líquido pleural.

B) Lavado broncoalveolar a través de fibrobroncoscopio con ≥ 10^4 unidades formadoras de colonias/ml.

C) Se prefiere estudios cuantitativos de muestras invasivas respecto a las no invasivas para el diagnóstico.

D) Presencia de un 5% o más de células (PMN y macrófagos) con bacterias intracelulares en el estudio mediante tinción de Gram del fluido obtenido mediante lavado broncoalveolar (BAL).

64. Para diagnosticar una bacteriemia asociada a catéter se requiere cualquiera de los siguientes anunciados menos uno, señálelo:

A) Aislamiento del mismo microoorganismo en cultivo de sangre periférica y en sangre obtenida a través de la luz del catéter si en esta última muestra la detección se realiza 2 h antes que en la primera.

B) Aislamiento del mismo microoorganismo en cultivo de sangre periférica y en sangre obtenida a través de la luz del catéter con un recuento tres veces superior en esta segunda muestra.

C) Aislamiento del mismo microoorganismo en cultivo de sangre periférica y en cultivo semi cuantitativo (> 15 UFC) de la punta del catéter.

D) Aislamiento del mismo microoorganismo en cultivo de sangre periférica y en sangre obtenida a través de la luz del catéter con un recuento tres veces superior en la primera muestra.

65. Todos son antibióticos concentración dependiente excepto:

A) Aminoglucósidos

B) Vancomicina

C) Daptomicina

D) Fluoroquinolonas

66. Nos avisan desde urgencias para valorar un paciente de 72 años que acude por temperatura de 40,5ºC, malestar general, taquipnea, taquicardia, hipotensión arterial, se encuentra agitado, con lesión renal aguda, coagulopatía, leucocitosis de 32.000/mm^3 y crepitantes basales bilaterales en la auscultación pulmonar. En el diagnóstico diferencial deberíamos incluir todos, siendo el MENOS probable:

A) Shock séptico

B) Golpe de calor

C) Síndrome serotoninérgico

D) Coma mixedematoso

67. ¿Cuál de los siguientes datos son sugestivos de lesión de la vía aérea por inhalación?

A) Expectoración carbonácea

B) Quemaduras cervicofaciales

C) Síntomas respiratorios en la asistencia inicial

D) Todos son datos sugestivos

68. Ante la sospecha de una intoxicación por β-bloqueantes, usted administraría:

A) 2 mg de atropina iv seguidos de 1 mg iv cada 3-5 minutos

B) Bolo de 1-2 ml/kg de bicarbonato con monitorización cardiaca

C) Glucagón 3 mg iv en 1 minuto que se puede aumentar a 5 mg en bolo

D) Biperideno 2 mg iv que se puede repetir cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 8 mg en 24 h

69. El test de apnea realizado para el diagnóstico de muerte encefálica será positivo SI:

A) $PaCO_2$> 60 mmHg por encima del valor basal partiendo de un pH y una pCO_2 medidos en sangre arterial normales.

B) $PaCO_2$> 50 mmHg por encima del valor basal partiendo de un pH y una pCO_2 medidos en sangre arterial normales.

C) $PaCO_2$> 70 mmHg por encima del valor basal partiendo de un pH y una pCO_2 medidos en sangre arterial normales.

D) $PaCO_2$> 60 mmHg por encima del valor basal independientemente del pH y de la pCO_2 medidos en sangre arterial.

70. Entre los criterios bioquímicos diagnósticos del síndrome de lisis tumoral se encuentran todos los siguientes menos uno, señálelo:

A) Calcio ≥ 7 mg/dL o aumento del 25% del basal

B) Ácido úrico ≥ 8 mg/dL o incremento del 25% basal

C) Potasio ≥6 mEq/L o incremento del 25% basal

D) Fósforo ≥4,5 mg/dl o incremento del 25% basal

PREGUNTAS DE RESERVA

71. Si aparecen convulsiones en el contexto de una preeclampsia se deben tratar de inmediato. El fármaco de elección es:

A) Fenitoína
B) Lacosamida
C) Sulfato de Magnesio
D) Levetiracetam

72. Una de las complicaciones inmunológicas descritas con la transfusión de hemoderivados es el TRALI. Entre sus características se encuentran todas las siguientes EXCEPTO una, señálela:

A) Es más frecuente con la transfusión de concentrados de hematíes.

B) Se define como la presencia de disnea, hipoxia e infiltrados bilaterales radiológicos (SDRA) en ausencia de sobrecarga hídrica

C) Su manejo incluye el soporte ventilatorio y corticoterapia

D) Es causado por anticuerpos antigranulocitarios presentes en el producto transfundido.

73. Una deficiencia de la proteína ADAMTS13 (del inglés *A disintegrin-like and metalloprotease with thrombospondin type I motif nº 13*) le sugiere:

A) Púrpura trombocitopénica idiopática

B) Síndrome hemolítico-urémico

C) Púrpura trombótica trombocitopénica

D) Trombopenia inducida por heparina

74. En relación con las maniobras de reclutamiento alveolar, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

A) La cantidad de alvéolos pulmonares potencialmente reclutables es directamente proporcional al incremento de la mortalidad, por lo que el incremento de alvéolos abiertos mejora la supervivencia

B) El incremento del número de alvéolos abiertos supone una reducción de la sobredistensión alveolar, del espacio muerto, y un descenso de las resistencias vasculares pulmonares

C) El descenso de los alvéolos colapsados producirá una disminución del shunt, de las resistencias vasculares pulmonares y del edema, mejorando la función del surfactante y de la oxigenación

D) El descenso del número de alveolos colapsados puede implicar la apertura de alvéolos inflamados con riesgo de VILI

75. En relación con el consentimiento informado, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

A) Se trata de un trámite burocrático para proteger jurídicamente a los profesionales

B) Ha de ser voluntario, no manipulado ni coaccionado

C) Debe ser protagonizado por un paciente capaz con actitudes psicológicas adecuadas que garanticen una decisión autónoma

D) Debe ser adecuadamente registrado en la historia clínica mediante los formularios escritos de consentimiento informado