



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



PROCESO SELECTIVO, POR CONCURSO OPOSICIÓN, POR EL SISTEMA GENERAL DE ACCESO LIBRE Y PROMOCIÓN INTERNA PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO

(Resolución de 25 de marzo de 2025).

Categoría: **T.E.C.S.: MEDICINA INTENSIVA**

LIBRE

ADVERTENCIAS:

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

PRIMERA PARTE

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

SEGUNDA PARTE - SUPUESTOS PRÁCTICOS

- Esta prueba consta de 2 supuestos prácticos:
- **SUPUESTO PRÁCTICO 1** consta de 10 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
- **SUPUESTO PRÁCTICO 2** consta de 10 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
- Las preguntas de cada supuesto práctico deben ser contestadas en la «Hoja de Examen», en la zona correspondiente a «2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 1 y 2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 2», entre los números 1 y 11, en ambos casos.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.

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

- SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR EN LA «HOJA DE EXAMEN» LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

- ESTE CUESTIONARIO PUEDE UTILIZARSE COMO BORRADOR Y NO SERÁ NECESARIA SU DEVOLUCIÓN AL FINALIZAR EL EJERCICIO.

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL

APERTURA

- 1.- El artículo 43.3 de la Constitución Española establece que:
- A) Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación sexual y el deporte.
 - B) Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.
 - C) Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización de los centros sociosanitarios.
 - D) Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización de los medicamentos.
- 2.- Según el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, la cartera común de servicios se actualizará mediante:
- A) Real Decreto.
 - B) Orden Ministerial.
 - C) Reglamento interno.
 - D) Ley orgánica.
- 3.- Según el artículo 17 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, los títulos de especialistas en Ciencias de la Salud serán expedidos por:
- A) El Ministerio de Sanidad.
 - B) El Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes.
 - C) El Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.
 - D) La Dirección General del Servicio de Salud que ostente la competencia.
- 4.- Con arreglo a lo dispuesto en la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en su artículo 21 sobre causas de extinción de la condición de personal estatutario fijo, señale la **INCORRECTA**:
- A) La renuncia.
 - B) La pérdida de la nacionalidad tomada en consideración para el nombramiento.
 - C) La jubilación.
 - D) La sanción disciplinaria no firme de separación del servicio.
- 5.- Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente el consentimiento informado?:
- A) Es un documento obligatorio siempre por escrito, sin excepciones.
 - B) Es la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada después de recibir información adecuada.
 - C) Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento siempre que su criterio clínico así lo considere.
 - D) El paciente puede delegar su consentimiento a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, si así lo desea.
- 6.- ¿A qué órgano se adscribe el Registro Nacional de Instrucciones Previas según el artículo 1 del Real Decreto 124/2007?:
- A) Ministerio de Justicia.
 - B) Ministerio de Derechos Sociales.
 - C) Ministerio de Sanidad.
 - D) Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

7.- ¿Cuál es, según el artículo 1 de la Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, uno de los objetivos expresados literalmente por la norma?:

- A) Regular la participación política de las personas LGTBI en los órganos del Estado.
- B) Garantizar y promover el derecho a la igualdad real y efectiva de las personas LGTBI, erradicando las situaciones de discriminación.
- C) Establecer un sistema estatal de adopción exclusivo para parejas del mismo sexo.
- D) Crear un registro único Estatal de personas trans para fines estadísticos.

8.- Según el artículo 26 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, ¿cómo se define literalmente la dependencia moderada (Grado I) ?:

- A) Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día.
- B) Cuando la persona necesita apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- C) Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente.
- D) Cuando la persona necesita apoyo indispensable y continuo para su autonomía personal.

9.- Según el artículo 29 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, ¿cuál de las siguientes es una obligación de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales?:

- A) Realizar evaluaciones de riesgos de su propio puesto de trabajo.
- B) Velar por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas personas a las que pueda afectar su actividad profesional.
- C) Elaborar el plan de prevención de la empresa.
- D) Determinar los equipos de protección individual que debe proporcionar la empresa.

10.- Según el Protocolo de actuación frente al acoso sexual y por razón de sexo en la Administración General del Estado, aprobado por el Real Decreto 247/2024, ¿qué se entiende literalmente por acoso sexual?:

- A) Cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.
- B) Cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.
- C) Todo trato desfavorable relacionado con el embarazo, la maternidad, paternidad o asunción de otros cuidados familiares.
- D) Cualquier comentario inapropiado realizado en el lugar de trabajo, con independencia de su contenido.

11.- ¿Qué tipo de estudio presenta una menor validez interna en relación con la efectividad de una determinada intervención preventiva o terapéutica?:

- A) Serie de casos.
- B) Estudios de cohortes.
- C) Estudios de casos y controles.
- D) Estudios transversales.

12.- ¿Qué etapa o paso **NO** forma parte de la aplicación práctica de la Medicina Basada en la Evidencia?:

- A) Formular una pregunta crítica.
- B) Búsqueda bibliográfica eficiente.
- C) Evaluación del coste-beneficio de la intervención preventiva o terapéutica.
- D) Análisis crítico de la evidencia y evaluación de su aplicabilidad.

13.- Señale qué línea estratégica **NO** forma parte de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Periodo 2025-2035, del Ministerio de Sanidad:

- A) Cultura de seguridad, factores humanos, organizativos y formación.
- B) Prácticas clínicas seguras en relación con los riesgos químicos y biológicos.
- C) Investigación e innovación en seguridad del paciente.
- D) Participación de pacientes, familias y ciudadanos en su seguridad.

14.- En relación con el Real Decreto 118/2023, de 21 de febrero, por el que se regula la organización y funcionamiento del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, señale la respuesta **VERDADERA**:

- A) La secretaría de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión del INGESA corresponde a la Subdirección General de Gestión Sanitaria.
- B) La administración y gestión de la reserva estratégica nacional de medicamentos, productos sanitarios y cualquier producto necesario para la protección de la salud para dar respuesta a emergencias de salud pública y crisis sanitarias corresponde a la Subdirección General de Gestión Sanitaria.
- C) La asistencia técnica y administrativa a todos los servicios centrales del INGESA corresponde a la Subdirección General de Asuntos Generales y Económico-Presupuestarios.
- D) La planificación, ordenación y gestión ordinaria de los recursos humanos del INGESA corresponde a la Subdirección General de Asuntos Generales y Económico-Presupuestarios.

15.- De acuerdo con el Real Decreto 718/2024, de 23 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, la Presidencia del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria corresponde a la persona titular de uno de los siguientes órganos superiores y directivos. Indique a cuál:

- A) A la Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información para el Sistema Nacional de Salud.
- B) A la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.
- C) A la Dirección General de Ordenación Profesional.
- D) A la Secretaría de Estado de Sanidad.

16.- ¿Qué modalidad asistencial **NO** está incluida en el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, con base en el actual Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD)?:

- A) Procedimientos ambulatorios de especial complejidad.
- B) Urgencias extrahospitalarias.
- C) Hospital de día médico.
- D) Hospitalización a domicilio.

17.- De los siguientes enunciados, indique cuál es el **VERDADERO**:

- A) La sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo son parámetros de validez interna de una prueba.
- B) La sensibilidad indica la probabilidad que tiene una prueba diagnóstica de dar resultados negativos entre los sujetos sanos.
- C) El valor predictivo positivo es la probabilidad de que un resultado negativo en una prueba corresponda a un sujeto sano.
- D) Se desea una prueba muy específica cuando la enfermedad es seria y difícilmente tratable, y sea importante conocer el hecho de no padecer la enfermedad.

18.- Señale la afirmación **VERDADERA** en relación con los sesgos y la validez en los estudios:

- A) Los sesgos se conocen también como errores aleatorios.
- B) La validez interna de un estudio se refiere a la extrapolación de los resultados a otras poblaciones.
- C) El sesgo de selección ocurre cuando el error se comete en la selección de la variable.
- D) El sesgo de información ocurre cuando el error se comete en la recogida de los datos.

19.- Indique la afirmación **FALSA** con respecto al riesgo relativo:

- A) También se denomina razón de riesgos.
- B) Corresponde a la proporción de la enfermedad que es atribuible a la exposición al factor de riesgo.
- C) Se calcula dividiendo la incidencia de la enfermedad en los expuestos entre la incidencia de la enfermedad en los no expuestos.
- D) Es una medida de asociación en los estudios de cohortes.

20.- En relación con la receta médica, señale la respuesta **VERDADERA**:

- A) La dispensación de medicamentos en la farmacia del hospital a pacientes no ingresados se realiza tanto por orden de dispensación hospitalaria, como por receta médica electrónica.
- B) La interoperabilidad de la receta médica electrónica permite que, en todas las oficinas de farmacia con independencia de la Comunidad Autónoma en la que se haya realizado la prescripción, se apliquen los topes de aportación establecidos.
- C) La receta médica interoperable incluye los productos de parafarmacia, tales como tiras de glucemia, jeringas, etcétera.
- D) Para la dispensación de medicamentos que contengan sustancias estupefacientes incluidas en las listas I y II de la Convención Única de 1961 de estupefacientes, el farmacéutico debe comprobar la identidad de la persona que acude a retirar el medicamento, y anotar el número de Documento Nacional de Identidad o documento asimilado para los extranjeros en la receta médica.

21.- Una de las siguientes afirmaciones sobre sedación profunda en el paciente crítico es **FALSA**:

- A) El uso de sedación profunda se ha relacionado con un aumento de la mortalidad.
- B) Está indicada en un grupo muy definido de pacientes críticos.
- C) Requiere de una monitorización multimodal (métodos subjetivos y objetivos) para evitar la sobredosificación.
- D) La sedación inhalada tiene cada vez un papel más marginal en la sedación profunda.

22.- ¿Cuál de las siguientes respuestas sobre la monitorización del delirium es **VERDADERA**?:

- A) Al ser un cuadro poco prevalente en el paciente crítico su monitorización rutinaria no es necesaria.
- B) Existen escalas de monitorización validadas específicamente para el paciente crítico.
- C) El delirium hipoactivo es fácil de detectar con las escalas habituales de monitorización.
- D) La escala ICDSC clasifica a los enfermos en dos categorías: delirium presente y delirium ausente.

23.- Indique la opción **VERDADERA** en referencia a los opiáceos:

- A) La morfina, a través de la liberación de histamina, puede producir inestabilidad hemodinámica.
- B) La morfina y el fentanilo no se acumulan en la insuficiencia hepática.
- C) El remifentanilo es más potente que el fentanilo.
- D) El remifentanilo tiene metabolismo hepático.

24.- ¿Cuál de las siguientes **NO** es una contraindicación absoluta para el uso de succinilcolina?:

- A) Insuficiencia renal crónica con hiperpotasemia.
- B) Insuficiencia hepática.
- C) Miopatía congénita.
- D) Antecedente de hipertermia maligna.

25.- Una de las siguientes afirmaciones sobre la escala SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) es **FALSA**:

- A) Las puntuaciones se calculan a las 24 horas del ingreso en UCI y cada 48 horas a partir de entonces.
- B) La escala SOFA-2 es una versión actualizada de la escala SOFA que incorpora medicaciones habituales y soportes mecánicos no empleados cuando se diseñó la escala SOFA.
- C) Es una escala aplicada frecuentemente a pacientes con sepsis/shock séptico aunque su uso no es exclusivo para estas patologías.
- D) La función de la coagulación es valorada a través del INR.

26.- Respecto a las escalas de monitorización del dolor, es **CIERTO** que:

- A) La escala visual analógica (EVA) puede aplicarse en pacientes con RASS < -3.
- B) La monitorización objetiva del dolor en el paciente crítico mediante dispositivos de tipo NOL y ANI está recomendada en RASS > -2.
- C) En la escala verbal numérica (EVN) no está recomendada en el paciente crítico comunicativo.
- D) Las escalas conductuales son útiles para valorar el dolor en pacientes con RASS -3.

27.- Un varón de 40 años sufre una PCR secundaria a una fibrilación ventricular en el contexto de un síndrome coronario agudo. Es atendido en su domicilio por los servicios de emergencia extrahospitalaria que acuden al lugar 5 minutos después del inicio del cuadro. Tras 40 min de RCP avanzada el paciente recupera ritmo, es trasladado al hospital e ingresa en UCI. Cuál de los siguientes hallazgos a las 72h de evolución **NO** es indicador de mal pronóstico neurológico:

- A) Ausencia de reflejo pupilar de forma bilateral.
- B) Enolasa neuronal específica de 90 mcg/L.
- C) N20 presentes de forma bilateral.
- D) Respuesta con flexión anormal de los miembros.

28.- Una de las siguientes afirmaciones que hace referencia al control de la temperatura como parte de los cuidados post-resucitación es **VERDADERA**:

- A) Se recomienda el enfriamiento prehospitalario con infusión rápida de grandes volúmenes de líquidos fríos intravenosos inmediatamente después de la recuperación de la circulación espontánea.
- B) Se sugiere prevenir activamente la fiebre, manteniendo una temperatura $\leq 37,5$ °C, en pacientes que permanecen en coma tras la recuperación de la circulación espontánea.
- C) Los pacientes que permanecen en coma tras la recuperación de la circulación espontánea y que presentan una hipotermia leve deben ser sometidos a un calentamiento activo para alcanzar la normotermia.
- D) En la actualidad, las subpoblaciones de pacientes que sufren una PCR y se benefician de una hipotermia moderada (32°C – 34°C) están bien definidas.

29.- En la desfibrilación durante las maniobras de RCP avanzada, señale la respuesta que considera **INCORRECTA**:

- A) La desfibrilación secuencial dual, que implica el uso de una combinación de palas de desfibrilación en posición anterolateral y anteroposterior, descargadas en rápida sucesión, está recomendada en ritmos desfibrilables por las Guías de la European Resuscitation Council.
- B) El uso de hasta tres descargas seguidas puede considerarse solo en casos en los que la fibrilación ventricular/taquicardia ventricular sin pulso ocurre mientras el paciente está monitorizado de forma continua y existe un desfibrilador disponible de forma inmediata.
- C) Si la primera descarga no tiene éxito y el desfibrilador es capaz de administrar descargas de mayor energía, es razonable aumentar la energía para las descargas posteriores.
- D) En casos de fibrilación ventricular refractaria, definida como aquella que persiste tras tres descargas consecutivas, y habiendo asegurado la correcta posición anterolateral de los parches de desfibrilación, puede considerarse emplear un cambio del vector de desfibrilación utilizando una posición anteroposterior de los parches de desfibrilación.

30.- En la adecuación de las terapias de soporte vital avanzado, indique la respuesta **FALSA**:

- A) La adecuación de las terapias de soporte vital avanzado es una buena práctica médica porque el mantenimiento de tratamientos fútiles y la obstinación terapéutica no tiene justificación ética ni científica.
- B) Clásicamente los tipos de adecuación de las terapias de soporte vital se han dividido en cuatro grupos: desestimar el ingreso de un paciente en la UCI; omitir tratamientos; mantener medidas de tratamiento y la retirada de los mismos.
- C) Actualmente el peso de la autonomía del paciente es cada vez más patente en la práctica clínica.
- D) La extubación terminal no debe ser considerada como una forma de adecuación de las terapias de soporte vital avanzado.

31.- De los siguientes enunciados referentes a drogas vasoactivas, señale el **FALSO**:

- A) La noradrenalina actúa sobre los receptores alfa-1 y beta-1, produciendo una potente vasoconstricción y un modesto aumento del gasto cardíaco.
- B) La vasopresina se utiliza principalmente como fármaco de segunda línea en el shock séptico y es útil para reducir la dosis de otras drogas vasoactivas de primera línea como la noradrenalina.
- C) La midodrina es un alfa-1 agonista de administración entérica.
- D) La angiotensina II se recomienda fundamentalmente en el shock hipovolémico.

32.- El protocolo SPIKES diseñado por Baile y Buckman para realizar una comunicación protocolizada de las malas noticias, **NO** engloba uno de los siguientes elementos:

- A) Diseñar una estrategia.
- B) Obviar información médica.
- C) Comunicar las noticias en un entorno adecuado.
- D) Identificar y permitir la expresión de las distintas emociones.

33.- En un paciente monitorizado con capnografía ¿Qué diagnóstico es más probable si detectamos un incremento progresivo en los niveles de CO₂ monitorizados?:

- A) Situación de shock con caída progresiva de tensión arterial.
- B) Obstrucción progresiva del tubo endotraqueal.
- C) Asincronías en el soporte ventilatorio.
- D) Reducción en la ventilación alveolar efectiva.

- 34.- Dentro del proyecto Neumonia Zero ¿qué medida está incluida dentro de las de obligado cumplimiento en el proyecto para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica?:
- A) Mantener la posición de la cabecera de la cama a 30° en todos los pacientes independientemente de su situación clínica.
 - B) Control de la presión del neumotaponamiento cada 24 horas.
 - C) Empleo de tubos traqueales impregnados de plata.
 - D) Administrar antibióticos durante las 24 horas siguientes a la intubación en pacientes con disminución del nivel de consciencia previo a la intubación.
- 35.- Dentro del proyecto Bacteriemia zero, ¿Qué medida **NO** es considerada como obligatoria para la prevención de la bacteriemia asociada a catéter?:
- A) Higiene adecuada de manos.
 - B) Uso de solución alcohólica de clorhexidina en la preparación de la piel.
 - C) Uso de medidas de barrera total durante la inserción de los catéteres venosos centrales.
 - D) Preferencia de la vena yugular como lugar de inserción.
- 36.- ¿Qué método de preoxigenación se considera preferible para minimizar el riesgo de desaturación de oxígeno en pacientes con vía aérea fisiológicamente difícil en UCI?:
- A) Oxigenación con cánula nasal de alto flujo únicamente.
 - B) Oxigenación con mascarilla bolsa-válvula estándar.
 - C) Intubación de secuencia retardada para todos los pacientes.
 - D) Ventilación no invasiva.
- 37.- La videolaringoscopia ha demostrado facilitar la intubación en el primer intento en el paciente crítico. ¿Cuál es la recomendación actual para su uso?:
- A) Usarla de forma rutinaria durante el primer intento de intubación.
 - B) Reservar la videolaringoscopia solo para intentos fallidos con laringoscopia directa.
 - C) Evitar la videolaringoscopia ya que no ha demostrado un claro beneficio sobre la laringoscopia directa en pacientes críticos.
 - D) Utilizar la videolaringoscopia solo si el operador tiene más de 100 intubaciones previas.
- 38.- Según el consenso de la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos (ESICM 2023) para el manejo de los pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo, ¿cuál es la recomendación para el uso de ventilación con bajo volumen circulante en estos pacientes?:
- A) No hay recomendación sobre el volumen circulante, ya que los ensayos clínicos no han mostrado diferencias significativas en la mortalidad.
 - B) Se sugiere usar volúmenes altos, de 12-15 ml/kg peso corporal predicho, para normalizar los gases en sangre.
 - C) Se recomienda usar volúmenes bajos solo en pacientes con SDRA relacionado con COVID-19, pero no en otras etiologías.
 - D) Se recomienda usar volúmenes de 4-8 ml/kg de peso corporal predicho, para reducir la mortalidad.
- 39.- Según el consenso de la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos (ESICM 2023) para el manejo de los pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo, ¿cuál es la recomendación de las guías sobre el uso rutinario de infusiones continuas de agentes bloqueantes neuromusculares en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo moderado o severo?:
- A) Se sugieren únicamente si la presión meseta supera los 30 cmH₂O.
 - B) Se recomiendan de forma rutinaria para reducir la mortalidad.
 - C) No hay recomendación, ya que la evidencia es demasiado contradictoria.
 - D) Se recomienda en contra de su uso rutinario para reducir la mortalidad.

40.- Para estimar el Gradiente alveolo-arterial de oxígeno es necesario conocer los siguientes valores **EXCEPTO**:

- A) Fracción inspirada de oxígeno.
- B) Presión de nitrógeno alveolar.
- C) Presión arterial de oxígeno.
- D) Presión barométrica.

41.- Respecto a las maniobras de reclutamiento pulmonar, ¿qué afirmación es **FALSA**?:

- A) Una maniobra de reclutamiento pulmonar puede dar lugar a una mejoría de la oxigenación y mejoría de la *compliance*.
- B) Un efecto favorable de una maniobra de reclutamiento pulmonar puede ser reducir el gradiente arterial y *end tidal* CO₂.
- C) Existen diferentes tipos de maniobras de reclutamiento pulmonar, todas ellas pueden comprometer la circulación reduciendo el retorno venoso, especialmente si el paciente presenta hipovolemia.
- D) La maniobra de reclutamiento pulmonar se debe realizar durante un tiempo prolongado para mejorar su eficacia.

42.- En un paciente en ventilación mecánica controlada por volumen, ¿qué cambios se producirán en las presiones en la curva de presión tiempo si hay un neumotórax y por tanto un descenso en la *compliance* total del sistema?:

- A) Aumento de la presión pico y aumento en la presión de resistencia.
- B) Aumento en la presión pico sin cambio en la presión de resistencia.
- C) Descenso de la presión pausa.
- D) Descenso en la presión de distensión o "driving pressure".

43.- De los siguientes parámetros de ventilación mecánica ¿cuál **NO** es necesario para estimar la elastancia pulmonar?:

- A) Volumen circulante.
- B) Presión pausa o plateau.
- C) AutoPEEP.
- D) Flujo inspiratorio programado.

44.- ¿Cuál de los siguientes **NO** es un mecanismo que se produzca con la utilización de la posición de decúbito prono en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo?:

- A) La mejora de la oxigenación en posición de prono se produce por una disminución del efecto shunt debido a una mejor ventilación en zonas pulmonares profundas.
- B) La posición de decúbito prono consigue hacer más homogénea la ventilación reduciendo el stress producido por la presión transpulmonar.
- C) Al mejorar la *compliance* pulmonar la posición de prono da lugar a mayor sobrecarga del ventrículo derecho.
- D) La posición de decúbito prono puede ser considerada como parte de una estrategia ventilatoria protectora del pulmón.

45.- En cuanto a las estrategias ventilatorias protectoras del pulmón en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo, ¿Qué afirmación es **INCORRECTA**?:

- A) El ajuste del volumen circulante por debajo de 6 ml/kg de peso ideal ha demostrado reducir la mortalidad en estos pacientes.
- B) No existen datos suficientes para afirmar la superioridad de algún modo ventilatorio como estrategia protectora del pulmón.
- C) La posición de decúbito prono permite reducir las presiones inspiratorias al conseguir reclutamiento pulmonar.
- D) En todos los pacientes con SDRA se deben emplear niveles elevados de PEEP por encima de 15 cm de H₂O.

- 46.- En relación con el proceso de la desconexión de la ventilación mecánica ¿Qué afirmación de las siguientes es **FALSA**?:
- A) La mayor parte de los pacientes ventilados durante más de 24 horas y que mejoran de su enfermedad de base fracasan en el primer test de ventilación espontánea.
 - B) Los test predictivos de la desconexión realmente lo que discriminan es qué pacientes van a tolerar o no un test de ventilación espontánea pero no descartan la necesidad de reintubación.
 - C) El disponer de un protocolo de desconexión de la ventilación mecánica acorta de forma significativa el tiempo a la desconexión.
 - D) Se denomina pacientes con desconexión o weaning prolongado a aquel grupo de pacientes que precisa más de 7 días tras fracasar el primer test de ventilación espontánea.
- 47.- Con respecto a las asincronías en ventilación mecánica, señale lo **INCORRECTO**:
- A) La monitorización de los trazados en ventilación mecánica es esencial para su diagnóstico.
 - B) El tipo de asincronía más frecuente es la presencia de esfuerzos inspiratorios ineficaces.
 - C) La presencia de un índice de asincronías elevado se asocia con peor pronóstico.
 - D) Solo se producen asincronías durante la inspiración.
- 48.- Según las recomendaciones de la AHA, estaríamos ante una emergencia hipertensiva en uno de estos casos:
- A) Paciente asintomático con TA 170/100 mmHg.
 - B) Paciente asintomático con TA 200/120 mmHg.
 - C) Paciente con anemia hemolítica y TA 180/110 mmHg.
 - D) Paciente con angina inestable y TA 120/70 mmHg.
- 49.- En el paciente con encefalopatía hipertensiva (PRES), el antihipertensivo de elección sería:
- A) Labetalol o nicardipino.
 - B) Clevidipino o fenoldopam.
 - C) Nitroprusiato o nitroglicerina.
 - D) Hidralazina o sulfato de magnesio.
- 50.- Si en un paciente con hipotensión en el postoperatorio inmediato de una cirugía cardíaca objetivamos un IC de 4 L/kg/m², RVS 520 dyn.s/cm⁵ y lactato de 5 mmol/L, nos encontraríamos ante:
- A) Shock postcardiotomía.
 - B) Síndrome de bajo gasto cardíaco postoperatorio.
 - C) Sepsis por catéter.
 - D) Síndrome vasopléjico.
- 51.- Paciente con disección aórtica aguda tipo B en el que, tras iniciar primera línea de tratamiento con betabloqueantes, se alcanza TA 150/90 y FC 80 lpm. Su siguiente paso sería:
- A) Aumentar dosis de betabloqueantes hasta alcanzar una FC menor a 60 lpm.
 - B) Sustituir betabloqueantes por verapamilo o diltiazem.
 - C) Asociar nitroprusiato.
 - D) Plantear la necesidad de intervención quirúrgica.
- 52.- Cuál de estos síntomas **NO** es característico del síndrome anticolinérgico:
- A) Midriasis.
 - B) Hipertensión.
 - C) Salivación excesiva.
 - D) Hipertermia.
- 53.- En cuál de estas circunstancias valoraría el empleo de dosis repetidas de carbón activado:
- A) Intoxicación leve por benzodiazepinas.
 - B) Paciente consciente intoxicado por organofosforados.
 - C) Ingesta accidental de cáusticos.
 - D) Paciente con sospecha de íleo paralítico secundario a intoxicación por desmopresina.

- 54.- El paciente fallecido en el que se ha iniciado la extracción de órganos para trasplante es:
- A) Donante real.
 - B) Donante efectivo.
 - C) Potencial donante.
 - D) Posible donante.
- 55.- ¿Cuál de estos valores predice el fracaso ventilatorio de un paciente ingresado por crisis miasténica?:
- A) Capacidad vital <20 ml/kg.
 - B) FEV1 <20L/segundo.
 - C) PEF <20 L/segundo.
 - D) Dinamometría mano dominante <20 kg.
- 56.- Entre las indicaciones quirúrgicas de una hemorragia cerebelosa **NO** se encuentra:
- A) Deterioro del nivel de conciencia.
 - B) Compresión troncoencefálica.
 - C) Hidrocefalia.
 - D) Volumen >10 mL.
- 57.- Respecto a la fibrinólisis con alteplasa en el paciente con ictus isquémico agudo, es **CORRECTO**:
- A) Los fármacos de elección para el control tensional previo a la infusión de fibrinolítico incluyen labetalol, nicardipino y clevidipino.
 - B) En el caso de que se produzca una hemorragia intracraneal en las primeras 24 horas postfibrinólisis, el ácido tranexámico está contraindicado.
 - C) Las últimas guías indican que la efectividad es la misma si se administra antes de las 3 horas o entre las 3 y las 4,5 horas.
 - D) En pacientes con más de 80 años está contraindicado su uso más allá de las 3 horas de establecido el ictus.
- 58.- En la hemorragia subaracnoidea:
- A) El tratamiento con antifibrinolíticos puede reducir el riesgo de resangrado mejorando el pronóstico funcional.
 - B) En pacientes con hemorragia subaracnoidea sin factores de riesgo para presentar crisis comiciales, no se debe iniciar profilaxis con anticomiciales.
 - C) Las escalas clínicas clásicas (Hunt-Hess, World Federation of Neurosurgical Societies...) no tienen utilidad en la era de la neurorradiología.
 - D) En todos los pacientes con hemorragia subaracnoidea clínicamente significativa se debe administrar una combinación de nimodipino enteral y estatinas a altas dosis.
- 59.- El estatus epiléptico refractario:
- A) Es un cuadro de estatus epiléptico en el que las crisis duran más de 30 minutos.
 - B) Es el que no cede tras la administración de fármacos anticomiciales de tercera línea.
 - C) Contraindica el empleo de ketamina.
 - D) El tratamiento debe ser guiado por EEG continuo siempre que sea posible.
- 60.- En un paciente con GCS 6/15 que asocia hipertermia, rigidez muscular e hiperreflexia, sospecharía de:
- A) Síndrome serotoninérgico.
 - B) Intoxicación por opiáceos.
 - C) Síndrome colinérgico.
 - D) Intoxicación por organofosforados.

- 61.- Los pares craneales implicados en los reflejos oculocefálico y oculovestibular son:
- A) III, V, VI y VIII.
 - B) III, IV, VI y VIII.
 - C) V, VI y VIII.
 - D) III, IV y VII.
- 62.- Una de las siguientes técnicas de neuromonitorización **NO** mide la oxigenación cerebral:
- A) Espectroscopia cercana al infrarrojo (NIRS).
 - B) Saturación venosa yugular.
 - C) Índice NOL.
 - D) Presión tisular de oxígeno (PtiO₂).
- 63.- Con respecto a la fisiopatología de la hipotermia podemos afirmar que:
- A) El ser humano tiene gran capacidad de adaptación a los entornos fríos, por lo que solo en condiciones ambientales extremas se producen casos de hipotermia grave.
 - B) La activación de los termorreceptores produce vasodilatación periférica.
 - C) Es habitual que el temblor aparezca con temperatura central menor de 30°C.
 - D) En la pérdida de calor corporal intervienen diferentes mecanismos como son la convección y la conducción.
- 64.- La fiebre, definida como elevación de la temperatura corporal central por encima del rango diario para un individuo, es un signo muy frecuente de los pacientes críticos en cualquier momento del ingreso. En una minoría de casos este aumento de temperatura se debe a hipertermia. ¿Cuál de estas afirmaciones acerca de la hipertermia es **CIERTA**?:
- A) Los antipiréticos no sirven para reducir la temperatura en casos de hipertermia.
 - B) El objetivo de descenso de temperatura debe ser lentamente progresivo para evitar efectos deletéreos.
 - C) La termorregulación es un sistema independiente del tratamiento farmacológico que reciba un paciente.
 - D) La hipertermia maligna se produce en pacientes genéticamente susceptibles a los que se administran fármacos anestésicos intravenosos.
- 65.- Con respecto a los hallazgos electrocardiográficos producidos por alteraciones en las cifras de calcemia, señale la asociación **CORRECTA**:
- A) Hipocalcemia – elevación del ST / Hipercalcemia - descenso del ST.
 - B) Hipocalcemia – acortamiento QT / Hipercalcemia – prolongación QT.
 - C) Hipocalcemia – bradicardia extrema / Hipercalcemia - ondas T negativas.
 - D) Hipocalcemia – prolongación QT / Hipercalcemia – acortamiento QT.
- 66.- En relación con los factores que modifican el anión gap (AG) en casos de acidosis metabólica del paciente crítico, señale la opción **INCORRECTA**:
- A) La intoxicación por metanol o etilenglicol debe sospecharse cuando existe acidosis metabólica con anion gap elevado y se descarta la presencia de etanol, lactato o cuerpos cetónicos.
 - B) El descenso de la concentración plasmática de albúmina reduce el valor del anion gap basal, por lo que el paciente hipoalbuminémico podría no tener anion gap elevado en situaciones en las que suele producirse.
 - C) El anion gap aumentado en pacientes con insuficiencia renal habitualmente es un hallazgo tardío y refleja una reducción marcada del filtrado glomerular, con retención de aniones.
 - D) La rabdomiolisis con destrucción masiva de masa muscular es una causa de acidosis metabólica con anion gap normal por elevación transitoria de aniones no medidos.

67.- En el tratamiento del coma mixedematoso, una de las siguientes afirmaciones es **FALSA**:

- A) Deben administrarse dosis altas de levotiroxina (T4), inicialmente en bolo de 200-400 mcg por vía intravenosa, con el objetivo de reemplazar el déficit y de saturar los depósitos circulantes de hormona tiroidea.
- B) Además de T4, se administrará triyodotironina (T3) con una dosis inicial de 5 – 20 mcg intravenosa seguida de 2,5 – 10 mcg cada 8 horas.
- C) Se deben analizar los niveles de T4, TSH y cortisol para diagnosticar a los pacientes que presenten insuficiencia adrenal además de patología tiroidea, los cuales necesitarán posteriormente asociar tratamiento corticoideo.
- D) Las medidas habituales de soporte de estos pacientes incluyen sueroterapia, recalentamiento, corrección de alteraciones iónicas y tratamiento de factores precipitantes del cuadro.

68.- En el tratamiento de la crisis adrenal, el conocimiento de las propiedades farmacodinámicas de los distintos esteroides es fundamental para optimizar el manejo. Teniendo en cuenta las características de los fármacos, señale la opción **INCORRECTA**:

- A) La hidrocortisona es el fármaco de elección porque, en dosis de 40 mg o superiores, aporta una actividad mineralocorticoide suficiente para que no sea necesario añadir fludrocortisona durante la fase inicial del tratamiento.
- B) La dexametasona es una alternativa válida como glucocorticoide potente, pero debido a que carece totalmente de actividad mineralocorticoide, los pacientes con insuficiencia primaria suelen requerir el uso de fludrocortisona.
- C) La metilprednisolona tiene un efecto muy similar a la hidrocortisona en el manejo de la crisis adrenal primaria debido a que su actividad mineralocorticoide es mayor, lo que permite corregir la hiperpotasemia con mayor rapidez.
- D) La actividad glucocorticoide da lugar a la corrección de la hiponatremia y la hipoglucemia, mientras que la hiperpotasemia indica una deficiencia que requiere actividad mineralocorticoide.

69.- Mujer de 31 años con antecedente personal de diabetes mellitus tipo 1 en tratamiento habitual con insulina. Es traída a Urgencias por cuadro de 3 días de vómitos persistentes, dolor abdominal difuso y deterioro progresivo del estado general. Refiere abandono parcial del tratamiento con insulina en los últimos días. Presenta TA 90/60 mmHg, FC 128 lpm, 35 rpm, muy deshidratada a la exploración. Gasometría venosa: pH 6,97, pCO₂ 18 mmHg, bicarbonato 5 mmol/L, exceso de bases -23 mmol/L. Bioquímica: glucosa 490 mg/dL, sodio 130 mEq/L, potasio 2,9 mEq/L, creatinina 1,8 mg/dL, urea 70 mg/dL. ¿Cuál de las siguientes opciones de tratamiento inicial es **INCORRECTA**?:

- A) La reposición de volumen con cristaloides isotónicos debe iniciarse de forma inmediata, ajustando la velocidad en función de la volemia de la paciente.
- B) Se comenzará en primer lugar con insulina intravenosa a la dosis habitual de 0,1 U/kg/h para normalizar la glucemia lo antes posible.
- C) La monitorización estrecha de glucemias, gasometría, electrolitos y signos vitales es obligatoria durante las primeras horas, ajustando el tratamiento para prevenir complicaciones graves.
- D) La reposición de potasio debe comenzar de forma inmediata considerando la redistribución intracelular inducida por la insulina y la corrección del pH, y monitorizando los niveles frecuentemente.

70.- Un paciente de 72 años con creatinina basal de 0,6 mg/dL, ingresado por sepsis abdominal, presenta al segundo día de ingreso creatinina de 1 mg/dL. Se ha registrado una diuresis de 500 cc en las últimas 12 horas. Según los **criterios KDIGO**, ¿qué estadio de lesión renal aguda presenta?:

- A) No cumple criterios de lesión renal.
- B) Estadio I.
- C) No se puede clasificar ya que no se dispone del peso del paciente.
- D) Estadio II.

71.- ¿Cuál es el principal mecanismo de eliminación de solutos pequeños (como urea o creatinina) en la hemodiálisis convencional?:

- A) Convección dependiente del gradiente de presión transmembrana.
- B) Ultrafiltración independiente del tamaño molecular.
- C) Adsorción sobre la membrana del filtro.
- D) Difusión dependiente del gradiente de concentración.

72.- La trombocitopenia es un hallazgo muy común en los pacientes críticos y puede estar relacionado con un gran número de procesos. En relación con este problema, ¿cuál de los siguientes fármacos **NO** está implicado en la aparición de trombopenia?:

- A) Vancomicina.
- B) Metformina.
- C) Trimetoprim-sulfametoxazol.
- D) Ácido valproico.

73.- Según el documento multidisciplinar de consenso sobre el manejo de la hemorragia masiva (HEMOMAS-II), ¿cuál es la recomendación principal sobre el uso de ácido tranexámico en pacientes con hemorragia masiva secundaria a trauma?:

- A) Administrarlo si hay evidencia de hiperfibrinólisis en test viscoelásticos.
- B) Administrarlo únicamente si se ha iniciado en la atención extrahospitalaria.
- C) Administrarlo de forma precoz en las primeras 3 horas tras el traumatismo.
- D) Evitar su uso en el TCE por el riesgo de aumentar el edema cerebral.

74.- En un paciente con dolor abdominal agudo, hipotensión, acidosis metabólica y lactato elevado, ¿cuál de los siguientes hallazgos en la tomografía computarizada con contraste es más específico para isquemia mesentérica aguda?:

- A) Engrosamiento mural circunferencial del colon sin alteraciones vasculares.
- B) Aire libre subdiafragmático.
- C) Dilatación vesicular con engrosamiento de la pared y líquido perivesicular.
- D) Ausencia de realce mural intestinal asociado a gas en la pared intestinal (neumatosis) y gas portal.

75.- En el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, ¿cuál de las siguientes combinaciones clínicas y de laboratorio es más sugestiva de megacolon tóxico secundario a colitis grave?:

- A) Distensión abdominal marcada, fiebre, leucocitosis $>15,000/\mu\text{L}$, y dilatación colónica >6 cm en radiografía simple.
- B) Dolor abdominal leve, leucocitosis leve, colon de calibre normal.
- C) Dolor en hipocondrio derecho, ictericia, elevación de transaminasas.
- D) Dolor epigástrico, elevación de amilasa/lipasa, imagen de necrosis pancreática.

76.- En un paciente con hematoquecia y signos de inestabilidad hemodinámica, ¿cuál es el siguiente paso diagnóstico recomendado por la American College of Gastroenterology para descartar un origen alto de la hemorragia?:

- A) Colonoscopia urgente sin preparación.
- B) Angiografía mesentérica.
- C) Endoscopia digestiva alta (EGD) antes de la colonoscopia.
- D) Tomografía abdominal sin contraste.

77.- Según la clasificación revisada de Atlanta, ¿cuál de los siguientes criterios define la pancreatitis aguda grave?:

- A) Presencia de necrosis pancreática sin fallo orgánico.
- B) Fallo orgánico persistente (>48 h), independientemente de la presencia de complicaciones locales.
- C) Fallo orgánico transitorio (<48 h).
- D) Pseudoquiste pancreático sin fallo orgánico.

78.- ¿Cuál es la recomendación actual sobre el inicio de la nutrición en pacientes con pancreatitis aguda grave según la evidencia más reciente?:

- A) Nutrición parenteral exclusiva desde el ingreso.
- B) Ayuno absoluto hasta resolución del dolor.
- C) Nutrición oral solo tras resolución completa de síntomas.
- D) Nutrición enteral precoz, preferentemente por vía nasogástrica o nasoyeyunal.

79.- ¿Cuál es la causa más frecuente de fracaso hepático agudo en adultos en países desarrollados?:

- A) Toxicidad por paracetamol (acetaminofén).
- B) Hepatitis viral crónica.
- C) Enfermedad de Wilson.
- D) Isquemia hepática.

80.- Según las recomendaciones de la Surviving Sepsis Campaign, ¿cuál es la intervención inicial prioritaria en el manejo de la sepsis grave y shock séptico?:

- A) Corticoides intravenosos.
- B) Transfusión de sangre.
- C) Nutrición parenteral.
- D) Administración precoz de antibióticos y fluidoterapia intravenosa.

81.- ¿Cuál es el tratamiento inicial recomendado en la endocarditis aguda con sospecha de infección por *Staphylococcus aureus* en válvula nativa, antes de disponer de resultados de sensibilidad?:

- A) Ceftriaxona.
- B) Vancomicina intravenosa.
- C) Penicilina G.
- D) Azitromicina.

82.- En un paciente hospitalizado con fiebre, infiltrado pulmonar y más de 48 horas de estancia hospitalaria, ¿cuál de los siguientes hallazgos microbiológicos orienta más hacia neumonía nosocomial o asociada a ventilación mecánica?:

- A) Cultivo de secreciones respiratorias con crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente.
- B) Detección de *Streptococcus pneumoniae* en esputo.
- C) Serología positiva para *Legionella*.
- D) Serología positiva para *Mycoplasma pneumoniae*.

83.- Según las recomendaciones actuales, ¿cuál es el tratamiento empírico inicial en adultos inmunocompetentes con sospecha de meningitis bacteriana aguda en regiones con prevalencia de *Streptococcus pneumoniae* resistente a ceftriaxona >1%?:

- A) Ceftriaxona sola.
- B) Vancomicina más ceftriaxona.
- C) Ampicilina más gentamicina.
- D) Meropenem.

84.- ¿Cuál es el tratamiento empírico inicial recomendado en neutropenia febril de alto riesgo según la American Society of Clinical Oncology y la Infectious Diseases Society of America?:

- A) Ceftriaxona oral.
- B) Vancomicina oral.
- C) Monoterapia intravenosa con un antibiótico antipseudomónico (p. ej., cefepima, piperacilina-tazobactam o meropenem).
- D) Azitromicina intravenosa.

85.- ¿Cuál es el objetivo principal de la cirugía de control de daños (“*damage control surgery*”) en el paciente politraumatizado con shock hemorrágico y coagulopatía?:

- A) Reparar todas las lesiones anatómicas.
- B) Controlar la hemorragia y evitar la contaminación, posponiendo la reparación definitiva.
- C) Realizar fijación interna de fracturas.
- D) Administrar nutrición parenteral precoz.

86.- ¿Cuál es la prueba de imagen de elección para el diagnóstico inicial de hematomas extraparenquimatosos en el paciente con traumatismo craneoencefálico agudo?:

- A) Resonancia magnética cerebral.
- B) Radiografía de cráneo.
- C) Angiografía cerebral.
- D) Tomografía computarizada craneal sin contraste.

87.- En el hematoma epidural traumático, ¿cuál es el mecanismo fisiopatológico principal que explica el deterioro neurológico rápido?:

- A) Desgarro de la arteria meníngea media con acumulación rápida de sangre entre la duramadre y el cráneo.
- B) Sangrado venoso lento.
- C) Edema cerebral difuso.
- D) Vasoespasmo arterial.

88.- Todas las anteriores son características del shock neurogénico de origen medular, **EXCEPTO**:

- A) Cursa con bradicardia e hipotensión.
- B) Se produce generalmente en lesiones caudales a T6.
- C) Por debajo del nivel de la lesión hay alteraciones en la piel con trastornos en la percepción de la temperatura.
- D) Suele resolverse en menos de 3 semanas.

89.- En un paciente que sufre un politraumatismo y debe ir a quirófano de manera urgente, ¿cómo descartaría si tiene un daño aórtico por traumatismo torácico cerrado?:

- A) Ecocardiografía transesofágica si no hay lesiones cervicales o de esófago.
- B) Ecocardiografía transtorácica.
- C) Radiografía simple de tórax descarta lesiones graves.
- D) Si no se puede hacer aortografía, hay que esperar a realizar un TAC con contraste intravenoso.

90.- En un paciente con traumatismo abdominal cerrado, que se presenta hemodinámicamente inestable, ¿cuál sería su actitud inicial?:

- A) Realizar eco-FAST y si hay líquido libre debe ir a quirófano.
- B) Es imprescindible realizar angiografía para embolizar las lesiones.
- C) Realizar lavado peritoneal para definir mejor la actitud a seguir.
- D) Activar el protocolo de transfusión masiva y aunque siga con hipotensión arterial grave, realizar TAC “*total-body*”.

91.- Atiende a un varón de 45 años que ha sufrido un accidente de motocicleta. El informe del TAC abdominal revela que un hematoma esplénico subcapsular >50 percent del área de superficie con una laceración del parénquima de 4 cm de profundidad. El paciente está estable, no hay extravasación de contraste, ni otras lesiones añadidas. ¿Cuál sería su actitud ante este paciente?:

- A) Cirugía.
- B) Angiografía y embolización si hay punto sangrante.
- C) Vendaje abdominal compresivo.
- D) Ingreso en UCI y vigilancia.

92.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es **FALSA** respecto a la transfusión masiva de un paciente con sangrado activo?:

- A) La proporción habitual suele ser 1:1:1 (1 pool de plaquetas:200-300ml de plasma:1 concentrado de hematíes).
- B) Los niveles de fibrinógeno deben estar por encima de 175mg/dl.
- C) Los agentes antifibrinolíticos están contraindicados en caso de coagulación intravascular diseminada.
- D) Mantener al paciente en hipotermia mejora los requerimientos transfusionales.

93.- Según los criterios internacionales (Denver y ABA 2011), ¿cuál de estos criterios tradicionales de intubación en el paciente quemado **NO** es criterio de intubación urgente?:

- A) Estridor.
- B) Edema en la laringoscopia.
- C) Hollín en la orofaringe.
- D) Quemaduras faciales profundas.

94.- Dentro de las medidas obligatorias en el programa Neumonía Zero, se encuentran todas las anteriores, **EXCEPTO**:

- A) Administración de descontaminación selectiva intestinal.
- B) Aspiración continua de secreciones subglóticas.
- C) Administrar antibióticos durante las 24 horas siguientes a la intubación de pacientes con disminución de consciencia previo a la intubación.
- D) Cambiar las tubuladuras del respirador de forma programada cada 5 días.

95.- ¿Cuál de los siguientes patógenos es más probable en un receptor de trasplante renal con deterioro progresivo de la función del injerto en los primeros meses?:

- A) Virus varicela-zóster.
- B) Virus BK.
- C) Parvovirus B19.
- D) Adenovirus.

96.- Según las recomendaciones actuales, ¿qué estrategia mejora de forma más consistente la calidad del triaje en accidentes con múltiples víctimas?:

- A) Formación teórica puntual con algoritmo único nacional.
- B) Simulación virtual de cada interviniente.
- C) Ejercicios y entrenamiento regular con sistemas validados.
- D) Centralización del triaje hospitalario.

97.- En el algoritmo START de triaje, ¿qué criterio define la asignación a categoría I (ROJO)?:

- A) Incapacidad para caminar.
- B) Presencia de una condición vitalmente amenazante según ABCD.
- C) Necesidad de descontaminación.
- D) Necesidad de cirugía diferida.

98.- ¿Cuál es el papel principal de un indicador dentro de un sistema de calidad?:

- A) Proporcionar diagnóstico clínico común entre las UCI.
- B) Actuar como señal de alarma.
- C) Sustituir la evaluación individual de casos.
- D) Justificar decisiones económicas.

99. Dentro de las recomendaciones de la OMS en el tratamiento de pacientes graves ingresados en UCI con neumonía por SARS-CoV-2 bajo tratamiento con ventilación mecánica invasiva, ¿cuál de los siguientes fármacos **NO** tiene una recomendación fuerte de uso?:

- A) Dexametasona.
- B) Tocilizumab.
- C) Baricitinib.
- D) Remdesivir.

100.- Varón de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad que ingresa en UCI por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía por SARS-CoV-2. A su llegada, requiere intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica invasiva. En la analítica destaca un Dímero-D de 1.500 ng/mL y una función renal normal. No presenta signos clínicos de trombosis venosa profunda (TVP) ni antecedentes de sangrado activo. En relación con el tratamiento antitrombótico, ¿cuál sería la conducta más adecuada siguiendo las recomendaciones internacionales actuales (ASH, ISTH, NIH)?

- A) Iniciar anticoagulación a dosis terapéuticas con heparina de bajo peso molecular (HBPM) de forma empírica dada la gravedad del cuadro respiratorio y el nivel de Dímero-D.
- B) No iniciar trombopprofilaxis debido al alto riesgo de sangrado asociado a la ventilación mecánica invasiva.
- C) Administrar dosis profilácticas de anticoagulación, previa evaluación individualizada del riesgo beneficio.
- D) Administrar únicamente antiagregantes plaquetarios (Aspirina 100 mg) como medida de prevención primaria.

PREGUNTAS DE RESERVA

101.- De conformidad con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, ¿quién es el titular del derecho a la información asistencial?:

- A) El profesional sanitario.
- B) Los Centros de Salud de Atención Primaria y los Hospitales.
- C) El paciente.
- D) El paciente y las personas vinculadas a él, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa y por escrito.

102.- En relación con la documentación clínica y con los sistemas de información sanitaria, señale la respuesta **VERDADERA**:

- A) El Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, con base en el actual Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD), afecta a hospitales y centros ambulatorios que prestan servicios de atención especializada, tanto públicos como privados.
- B) El derecho de acceso del paciente a la historia clínica únicamente puede ejercerse por el propio paciente, salvo en caso de fallecimiento.
- C) La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) del Sistema Nacional de Salud, recaba información con carácter bianual con fines estadísticos y de investigación.
- D) El ámbito de aplicación del Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, con base en el actual Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD) se circunscribe, únicamente, a procesos que requieren, al menos, una pernocta en centro hospitalario.

103.- En lo que respecta al uso de la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) durante la RCP (ECPR) señale la opción más **CORRECTA**:

- A) La evidencia científica publicada hasta el momento ha demostrado la superioridad de la ECPR frente a la RCP avanzada.
- B) Uno de los criterios de inclusión para la ECPR es que la PCR sea presenciada.
- C) El tiempo desde el inicio de la RCP hasta la canulación y comienzo de la perfusión con ECMO no es relevante.
- D) No existe límite de edad para la aplicación de la ECPR.

104.- Acerca de las instrucciones previas, señale la **FALSA**:

- A) El médico, el equipo sanitario y cuantas personas atiendan al paciente respetarán las mencionadas instrucciones previas dentro de los límites establecidos en la Ley.
- B) La Administración sanitaria adoptará las medidas necesarias para garantizar que se cumpla la voluntad del paciente expresada en el documento de instrucciones previas.
- C) No es indispensable que las instrucciones previas consten por escrito.
- D) Para otorgar el documento de instrucciones previas se requiere no haber sido incapacitado judicialmente.

105.- Con relación a la autoPEEP o PEEP intrínseca es **FALSO** que:

- A) La autoPEEP se produce por un vaciado incompleto del pulmón al terminar la espiración en ventilación mecánica.
- B) Sólo existe autoPEEP en pacientes ventilados mecánicamente.
- C) El atrapamiento de aire al final de la espiración puede ser dinámico por taquipnea o por programar una frecuencia respiratoria elevada.
- D) La presencia de autoPEEP depende del volumen tidal o circulante, de la distensibilidad pulmonar, de la resistencia de la vía aérea y del tiempo espiratorio.

106.- En el uso de sistemas de soporte circulatorio mecánico en el postoperatorio de cirugía cardíaca, es necesario tener en cuenta:

- A) **NO SE RECOMIENDA** iniciar soporte circulatorio mecánico en ningún paciente con baja probabilidad de recuperación mecánica.
- B) Antes de iniciar el soporte circulatorio mecánico se deben valorar factores relacionados con el mal pronóstico vital, como la edad avanzada y las comorbilidades graves.
- C) La indicación de soporte circulatorio mecánico se establece una vez que el lactato ha subido por encima de 4 mmol/L, puesto que con valores menores el balance riesgo/beneficio no es adecuado.
- D) El soporte circulatorio mecánico **NO ESTÁ INDICADO** en pacientes que no han respondido al tratamiento con BCIAo.

107.- En cuanto al tratamiento farmacológico inicial de la crisis tirotóxica, ¿cuál de las siguientes obedece al orden temporal en la administración de yodo?:

- A) En los pacientes con enfermedad de Graves o con bocio multinodular debe administrarse inmediatamente antes de la primera dosis de tiamida para saturar la glándula.
- B) La administración de yodo debe retrasarse al menos 12 horas después de haber iniciado el tratamiento con glucocorticoides.
- C) La administración será preferiblemente intravenosa por los efectos irritantes sobre el tracto gastrointestinal.
- D) Se recomienda administrar la solución de yodo una hora después de la tiamida para evitar que el yodo se utilice como sustrato para la síntesis de nuevas hormonas.

108.- En relación con la prevención del síndrome de realimentación en pacientes críticos malnutridos, ¿cuál de las siguientes estrategias es la más adecuada según las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Metabolismo y Nutrición de la SEMICYUC?:

- A) Comenzar la nutrición con 10–15 kcal/kg/día, monitorizar electrolitos y suplementar tiamina antes y durante los primeros días.
- B) Iniciar la nutrición con 20 kcal/kg/día, con suplementación electrolítica y de tiamina según resultados analíticos.
- C) Priorizar la corrección de hipofosfatemia y tiamina y retrasar el inicio de cualquier aporte nutricional al menos 4-5 días.
- D) Administrar tiamina si aparece síndrome de realimentación tras iniciar la nutrición.

109.- En el diagnóstico diferencial entre meningitis bacteriana y viral, ¿cuál de los siguientes hallazgos en el líquido cefalorraquídeo (LCR) es más sugestivo de meningitis bacteriana aguda?:

- A) Pleocitosis linfocitaria, glucosa normal, proteínas normales.
- B) Pleocitosis neutrofílica (>50% neutrófilos), glucosa baja, proteínas elevadas.
- C) LCR claro, leucocitos <5/ μ L.
- D) LCR con predominio de eosinófilos.

110.- Recibe a un paciente con palidez, taquicardia e hipotensión arterial tras un politraumatismo por un accidente laboral. La primera hemoglobina es de 8,1 g/dl. Está tomando dabigatran. ¿Cuál es el tratamiento **CORRECTO** para revertir su efecto?:

- A) Idarucizumab
- B) Andexanet alfa
- C) Transfusión de plaquetas
- D) Vitamina K

SUPUESTO PRÁCTICO Nº 1

Historia Actual:

Mujer de 80 años que es traída a Urgencias por el Servicio de emergencias extrahospitalarias por presentar un episodio de pérdida brusca de conciencia (síncope) mientras caminaba rápido hacia la cocina. El episodio duró menos de 1 minuto, con recuperación espontánea de las Conciencia.

Refiere que, previo a la caída, notó "opresión en el centro del pecho" y sudoración profusa. En el último mes había notado que se "ahogaba" (disnea) al subir la cuesta de su calle, cosa que antes no le ocurría.

Antecedentes:

- HTA de larga data.
- Dislipemia.
- Diabetes Mellitus tipo 2.
- No antecedentes conocidos de cardiopatía isquémica previa.
- Disnea de pequeño esfuerzo reciente

Exploración Física en Box de Críticos:

Estado general: Paciente pálida, sudorosa, perfusión periférica pobre (frialidad acra).

Constantes: TA 85/50 mmHg | FC 92 lpm | SatO₂ 91% (aire ambiente) | FR 24 rpm.

Auscultación Cardíaca: Rítmica, pero se ausculta un soplo rudo, (4/6), sistólico, audible en todo el precordio y que se irradia a cuello. El segundo tono está abolido.

Auscultación Pulmonar: Crepitantes húmedos en bases bilaterales (hasta campos medios).

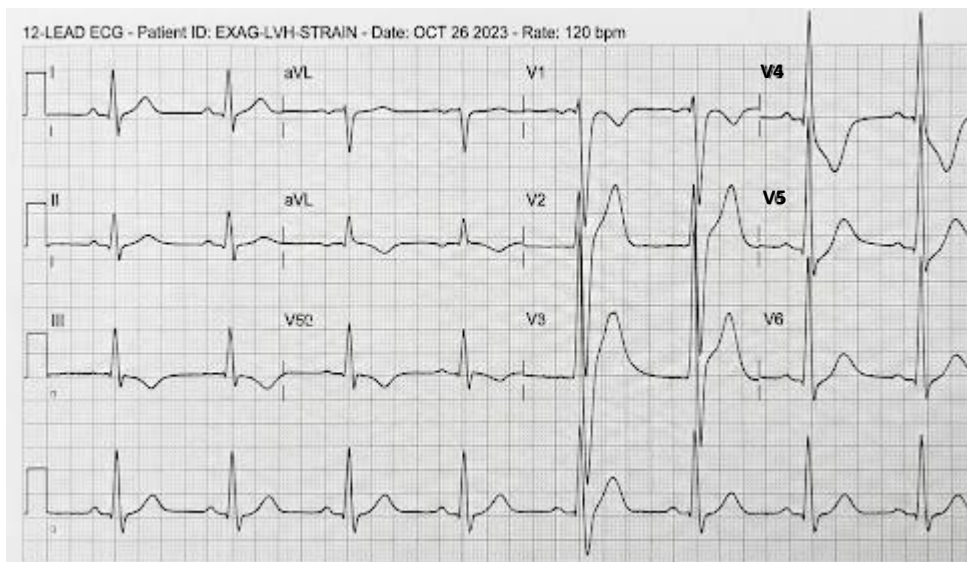
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A) Analítica Sanguínea de Urgencia:

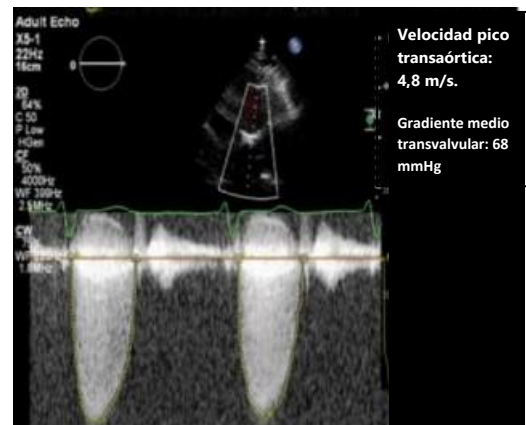
| Parámetro | Resultado | Valor de Referencia |
|------------|------------|---------------------|
| Lactato | 4.2 mmol/L | < 2.0 |
| Creatinina | 2.1 mg/dL | 0.7-1.1 |

| Parámetro | Resultado | Valor de Referencia |
|------------------|-------------------------------|---------------------|
| Troponina I (hs) | 120 ng/L | < 40 |
| NT-proBNP | 4,500 pg/mL | < 300 |
| Gasometría | pH 7.32 / HCO ₃ 18 | - |
| Perfil Hepático | GOT 65 / GPT 70 | < 40 |

B) Electrocardiograma (ECG):



C) Ecocardiografía a pie de cama:



Ventrículo Izquierdo: Hipertrofia concéntrica (paredes >15mm). Función sistólica conservada (FEVI 60%).

Válvula Aórtica: Muy calcificada, apertura muy reducida.

Doppler: Velocidad pico de flujo aórtico muy elevada.

- 1.- En base al cuadro clínico de síncope de esfuerzo y angina en esta paciente, ¿cuál es el mecanismo fisiopatológico principal responsable de esta sintomatología?:
- A) Espasmo coronario difuso secundario a liberación de catecolaminas.
 - B) Incapacidad del ventrículo izquierdo para aumentar el gasto cardíaco ante la vasodilatación periférica del esfuerzo, provocando hipoperfusión cerebral y coronaria.
 - C) Obstrucción dinámica del tracto de salida del ventrículo izquierdo por movimiento anterior sistólico (SAM) de la mitral.
 - D) Arritmia ventricular maligna (TV sostenida) como causa única del síncope.
- 2.- Respecto al hallazgo de descenso del ST generalizado y T invertidas en precordiales izquierdas en esta paciente, ¿cuál es la interpretación más **CORRECTA**?:
- A) Indica una lesión de tronco coronario izquierdo agudo que requiere cateterismo inmediato.
 - B) Sugiere una pericarditis aguda en fase 1.
 - C) Es un patrón de "strain" o sobrecarga sistólica del ventrículo izquierdo, típico de la estenosis aórtica severa, aunque puede coexistir con isquemia subendocárdica.
 - D) Es secundario a impregnación digitálica (cazoleta digitálica).
- 3.- Si usted realiza el Doppler continuo sobre la válvula aórtica, ¿qué valores definirían hemodinámicamente una Estenosis Aórtica Crítica (Severa) según las guías europeas y americanas vigentes?:
- A) Velocidad pico > 2.5 m/s y Gradiente medio > 20 mmHg.
 - B) Velocidad pico \geq 4.0 m/s, Gradiente medio \geq 40 mmHg y Área valvular \leq 1.0 cm².
 - C) Velocidad pico > 3.0 m/s y Área valvular < 1.5 cm².
 - D) Gradiente pico > 80 mmHg exclusivamente.
- 4.- La paciente tiene una Troponina I ultrasensible de 120 ng/L (Límite normal <40), sin curva de ascenso típica de IAMCEST. ¿Cuál es la causa más probable en este contexto?:
- A) Infarto Tipo 2 por desequilibrio aporte/demanda de oxígeno, sumado a estrés parietal y apoptosis miocárdica por la postcarga elevada.
 - B) Infarto Agudo de Miocardio Tipo 1 por rotura de placa aterosclerótica.
 - C) Miocarditis viral aguda fulminante.
 - D) Es dato patognomónico de tromboembolismo pulmonar.
- 5.- ¿Qué implicación clínica tiene el nivel de NT-proBNP de 4,500 pg/mL en esta paciente con estenosis aórtica?:
- A) Descarta el origen cardiogénico de la disnea, sugiriendo causa pulmonar.
 - B) Confirma la presencia de insuficiencia cardíaca y se correlaciona directamente con el estrés parietal del ventrículo izquierdo y peor pronóstico a corto plazo.
 - C) Es un hallazgo incidental sin valor pronóstico en valvulopatías.
 - D) Indica la presencia de insuficiencia respiratoria.
- 6.- La paciente presenta oliguria y elevación de creatinina y urea. La orina es concentrada con Sodio bajo (<10 mEq/L). ¿Cuál es el diagnóstico sindrómico renal?:
- A) Necrosis Tubular Aguda tóxica.
 - B) Nefritis Intersticial Aguda.
 - C) Enfermedad Renal Crónica reagudizada por contraste.
 - D) Síndrome Cardiorrenal Tipo 1 (Agudo).
- 7.- ¿Qué traduce fisiopatológicamente la elevación de lactato en esta paciente normotérmica y sin signos de infección?:
- A) Hipoxia tisular global (Shock) con cambio a metabolismo anaerobio por bajo gasto cardíaco (suministro de O₂ insuficiente).
 - B) Aumento de la glucólisis aeróbica por estrés adrenérgico.
 - C) Insuficiencia hepática fulminante que impide el aclaramiento de lactato.
 - D) Efecto secundario de la medicación antidiabética (Metformina) exclusivamente.

8.- Según la clasificación de estadios de la valvulopatía aórtica (Guías ACC/AHA), ¿en qué estadio se encuentra esta paciente?:

- A) Estadio B (Progresivo).
- B) Estadio C1 (Severa asintomática).
- C) Estadio D1 (Severa sintomática con alto gradiente).
- D) Estadio D2 (Severa sintomática con bajo flujo/bajo gradiente y FEVI reducida).

9.- La paciente persiste hipotensa (TAS 80 mmHg) a pesar de cargas de volumen moderadas. ¿Cuál sería el fármaco vasoactivo de primera elección para estabilizarla mientras se decide tratamiento definitivo?:

- A) Dobutamina a dosis altas para aumentar contractilidad.
- B) Nitroprusiato sódico para reducir la postcarga.
- C) Noradrenalina para elevar la presión de perfusión coronaria, vigilando no aumentar excesivamente la postcarga.
- D) Levosimendan en bolo rápido.

10.- Dada la edad (80 años), la fragilidad clínica (síncope, shock) y el riesgo quirúrgico, ¿cuál es la estrategia terapéutica de elección actualmente recomendada si la anatomía es favorable?:

- A) Sustitución Valvular Aórtica Quirúrgica (Cirugía abierta con CEC).
- B) TAVI (Implante de Válvula Aórtica Transcatéter) transfemoral.
- C) Valvuloplastia aórtica con balón como tratamiento único y definitivo.
- D) Tratamiento médico conservador paliativo.

PREGUNTA DE RESERVA

11.- Para calcular el gradiente de presión transvalvular a partir de la velocidad máxima del jet aórtico medida por Doppler, ¿qué fórmula física simplificada se utiliza?:

- A) Gradiente = Velocidad x 2.
- B) Gradiente = 4 x (Velocidad)².
- C) Gradiente = Velocidad / Área.
- D) Gradiente = 220 / Tiempo de hemipresión transmitral.

SUPUESTO PRÁCTICO Nº 2

Acude a Urgencias un paciente varón de 67 años de edad con los siguientes antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Es exfumador desde hace más de 20 años (25 paquetes/año), sin otros hábitos tóxicos y su tratamiento habitual es metformina (850 mg/24 h); lisinopril (10 mg/24 h) y atorvastatina (10 mg/24 h). Recibió hace varios años la pauta recomendada de vacunación contra el SARS-COV 2, pero desde entonces no ha recibido nuevas dosis y tampoco se vacuna de forma habitual frente a la gripe A.

El paciente refiere una historia de aproximadamente 4 días de evolución de fiebre con malestar general, mialgias y cefalea que trató con analgésicos y antitérmicos, presentando una ligera mejoría hasta que 24 horas antes de acudir comienza de nuevo con fiebre de 38'5° C, escalofríos y dolor pleurítico en hemitórax derecho, con astenia intensa y sensación de falta de aire.

En la valoración inicial en Urgencias se objetiva: TA 85/55; FC: 120 lpm; FR: 35 rpm. La exploración neurológica es normal; la auscultación cardíaca es anodina y en la pulmonar, se aprecian estertores basales derechos con hipofonesis. El resto de la exploración física no presenta alteraciones.

Se solicitan las siguientes pruebas complementarias: analítica sanguínea con gasometría arterial basal, Rx de tórax, test antigénico para gripe A, SARS-Cov2 y VRS, así como Hemocultivos, con los siguientes resultados (se reflejan solo los relevantes):

Leucocitosis de 25.000 /mL (90% neutrófilos); INR: 2.5; Cr: 2.3; Urea: 30 mg/dL); PCR de 350; pO₂: 68 mmHg; Lactato 5 mmol/L.

Rx tórax: infiltrado alveolar en lóbulo medio derecho

Test antigénico rápido positivo para Influenza A

Tras reposición de 2000 mL de suero fisiológico, persiste la situación clínica descrita y le avisan para valoración.

1.- La denominada escala qSOFA permite una evaluación rápida a pie de cama de la disfunción orgánica y el riesgo de mala evolución. En el caso de este paciente puntúa para esta escala:

- A) La leucocitosis.
- B) La taquipnea.
- C) La taquicardia.
- D) La hiperlactacidemia.

2.- El CURB-65 es una escala clínica de predicción de mortalidad utilizada para evaluar la gravedad de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y ayudar en la toma de decisiones sobre el manejo y la necesidad de hospitalización, e incluso que ésta sea en Medicina Intensiva. Este paciente presentaba un CURB-65 de:

- A) 2.
- B) 3.
- C) 4.
- D) 5.

3.- Dada la evolución clínica del paciente, y con el diagnóstico de shock séptico secundario a una neumonía adquirida en la comunidad decide su ingreso en M. Intensiva para continuar con las medidas de resucitación, incluyendo el soporte vasoactivo, el inicio de tratamiento antibiótico y el soporte de las disfunciones orgánicas que presenta. En relación al tratamiento antibiótico inicial y dado que no se sospecha una neumonía nosocomial, que opción le parece la preferible:

- A) Una quinolona de las comúnmente denominadas respiratorias (p. ejemplo, levofloxacino).
- B) Un betalactámico intravenoso (p. ejemplo, ceftriaxona o cefotaxima).
- C) La combinación de un betalactámico intravenoso con una quinolona como el levofloxacino.
- D) La combinación de un betalactámico intravenoso con un macrólido como la azitromicina.

4.- Tras el ingreso en M. Intensiva, le solicita al paciente un exudado nasofaríngeo para determinación de PCR-RT de Influenza A, VRS y SARS-COV 2. Mientras recibe el resultado el enfermo se deteriora rápidamente desde el punto de vista respiratorio: aunque se inició oxigenoterapia de alto flujo, el paciente acaba necesitando intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Unas horas después del ingreso recibe el resultado de la PCR que confirma el test antigénico realizado en Urgencias en el sentido de ser positivo para Influenza A. ¿Modificaría con esta información la antibioterapia empírica inicial?:

- A) No, la cobertura empírica iniciada es adecuada mientras no haya más información microbiológica de la que ya dispongo.
- B) Por el resultado de la PCR añado al tratamiento inicial oseltamivir.
- C) Por el resultado de la PCR añado al tratamiento inicial un antiestafilocócico que cubra incluso SAMR (*S. aureus* meticilin-resistente).
- D) Por el resultado de la PCR añado al tratamiento inicial un antiestafilocócico que cubra SAMR y, además, oseltamivir.

5.- Con las medidas iniciales el paciente se estabiliza desde el punto de vista hemodinámico, persistiendo insuficiencia respiratoria con gradiente A-a elevado y disfunción renal. La previsión es que continúe precisando intubación orotraqueal y soporte ventilatorio. ¿Cuál de las siguientes medidas no se considera obligatoria dentro del proyecto "Neumonía Zero" de la SEMICYUC?:

- A) Cambiar de forma programada las tubuladuras del respirador.
- B) Mantener la posición de la cabecera de la cama por encima de 30° excepto si existe contraindicación clínica.
- C) Administrar antibióticos durante las 24 horas siguientes a la intubación de pacientes con disminución de consciencia previo a la intubación.
- D) Controlar de forma continua la presión del neumotaponamiento de los tubos traqueales.

6.- 10 días después del ingreso, y tras 3 ya sin antibioterapia, la evolución estaba siendo favorable con estabilidad hemodinámica sin precisar soporte vasoactivo, mejoría de la función renal, mejoría del gradiente respiratorio sin otros datos de disfunción orgánica relevante; incluso en la radiografía de tórax los infiltrados iniciales están prácticamente resueltos y el paciente está solo con dexmedetomidina en perfusión continua como sedante. En este escenario le avisan porque el paciente presenta fiebre de 38.5°C y tos con aumento de secreciones. Además, en un cultivo reciente de secreciones respiratorias obtenidas por broncoscopia le informan del crecimiento de una *Klebsiella pneumoniae* pendiente aún de antibiograma. ¿Según las indicaciones del Programa ENVIN ¿cuál sería la causa más probable de esta complicación?

- A) Fiebre e hiperreactividad bronquial secundaria a inflamación residual.
- B) Neumonía asociada a la ventilación mecánica.
- C) Traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica.
- D) Fiebre farmacológica asociada al uso de dexmedetomidina.

7.- En el mismo cultivo de secreciones respiratorias en el que se aislaba una *Klebsiella pneumoniae* el laboratorio de microbiología identifica también una *Candida albicans*. Teniendo en cuenta las características del paciente ¿qué actitud sería la más correcta?:

- A) Interpretarlo como colonización y no añadir tratamiento específico.
- B) Por la aparición de nuevos síntomas, añadir tratamiento antifúngico con azoles, dada la ausencia de exposición previa a éstos.
- C) Por la aparición de nuevos síntomas, añadir tratamiento antifúngico con una equinocandina dada la gravedad del paciente y la persistencia de la vía aérea artificial.
- D) Solicitar galactomanano en un BAL y actuar en función del resultado.

8.- Según las recomendaciones de los “Proyectos Zero” de la SEMICUYC, hay que realizar una búsqueda activa de bacterias multirresistentes tanto al ingreso de los pacientes en M. Intensiva como luego con una periodicidad semanal. Si no se identifica en esta vigilancia SAMR en las muestras nasales o de la orofaringe, ¿qué implicaciones tendría de cara al tratamiento antibiótico empírico de una posible neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) por SAMR?:

- A) Es indiferente porque el tratamiento empírico de una NAVM siempre debe asegurar la cobertura de SAMR, además de gramnegativos.
- B) El valor predictivo negativo de los cultivos de vigilancia solo es útil para los gramnegativos multirresistentes, no tiene valor para cocos grampositivos.
- C) El valor predictivo negativo de la ausencia de colonización orofaríngea o nasal por SARM en un paciente intubado es bajo con lo que no se puede descartar este germen como responsable de una NAVM.
- D) El valor predictivo negativo de la ausencia de colonización orofaríngea o nasal por SARM en un paciente intubado es alto, entre el 96% y el 98% en la mayoría de los estudios, y permite descartar con alta seguridad este germen como responsable de una NAVM.

9.- El paciente finalmente evoluciona de forma favorable hacia la retirada de la ventilación mecánica y la extubación. 24 h. después de la misma, Enfermería le avisa por agitación psicomotriz ¿Cuál de las siguientes escalas sería más útil para confirmar la presencia de delirium en este paciente?:

- A) RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)).
- B) CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool).
- C) CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU).
- D) EVA (Escala Visual Analógica).

10.- Tras 20 días de ingreso el paciente es dado de alta a una planta de hospitalización convencional. Entre los diagnósticos al alta se incluye el de “Debilidad adquirida en UCI / miopatía del paciente crítico”. De cara a la prevención de este síndrome ¿qué medida se ha demostrado eficaz?:

- A) Potenciar el descanso nocturno con benzodiazepinas.
- B) Uso de corticoides en la fase proinflamatoria de la sepsis.
- C) Uso de suplementos nutricionales de glutamina.
- D) Movilización precoz.

PREGUNTA DE RESERVA:

11.- Este paciente fue sometido a OAF (oxigenoterapia de alto flujo) tras su ingreso en M. Intensiva, hasta que su deterioro clínico obligó definitivamente a la intubación orotraqueal. Respecto a la OAF ¿qué afirmación es correcta?:

- A)** Se recomienda la OAF como primera técnica de soporte respiratorio no invasivo en pacientes con neumonía grave y/o SDRA, frente a oxigenoterapia y VMNI en pacientes sin indicación directa de intubación orotraqueal.
- B)** El índice ROX ($[\text{SpO}_2/\text{FiO}_2]/$ frecuencia respiratoria) no ha demostrado utilidad en la evaluación de la respuesta a la OAF.
- C)** La mejor forma de evaluar la respuesta a la OAF es la mejoría de la $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$.
- D)** Los enfermos que van a responder bien a la OAF no suelen mostrar variaciones en su frecuencia respiratoria en las primeras horas.

