CONVOCATORIA

CONCURSO-OPOSICIÓN

MÉDICO/A ADJUNTO/A DE URGENCIAS
SERVICIO NAVARRO DE SALUD- OSASUNBIDEA

(RESOLUCIÓN 1972E/2025, de 13 de octubre, del director gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea- BON Nº 218, de 31 de octubre de 2025)

PRUEBA: CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS

24 de febrero de 2026

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE

MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

CASO CLÍNICO 1

Paciente de 72 años, con antecedentes personales de EPOC en estadio de Gold III con FEV1 < 30%, en tratamiento con broncodilatadores inhalados y xantinas. Es trasladado al servicio de urgencias por un equipo de soporte vital avanzado, con un Glasgow de 12, una frecuencia respiratoria 40 rpm, con uso de musculatura accesoria y con los siguientes parámetros hemodinámicos: TA: 140/90 mmHg, frecuencia cardiaca 133 lpm, y una saturación de O2 del 90% con mascarilla con bolsa reservorio a 15 l/min (FiO2 del 100%).

Unos 4 días antes de su ingreso, según refiere su mujer, comienza con tos productiva y purulenta, con disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos y fiebre de hasta 38,5°C. Valorado por su médico hace tres días que inicia tratamiento con una pauta corta de esteroides, incremento de las dosis de broncodilatadores y antibiótico, pero sin mejoría, motivo por el que hoy llaman al 112.

A la llegada del equipo médico de UVI móvil se administra nebulización con broncodilatadores, corticoides parenterales, a pesar de lo cual la Saturación de O2 se mantiene en torno al 81%, por lo que se administra oxígeno con mascarilla reservorio con FiO2 de 100% hasta su llegada al hospital.

Las exploraciones complementarias más relevantes a su llegada a Urgencias fueron:

- Gasometría: PO2 77 mmHg, pCO2 112 mmHg, pH 7,21, $HCO3^-$ 43 mEq/l, SatO2 90% (FiO2 100%)
- Hemograma: 17.000 leucocitos (95% neutrófilos), Hemoglobina 14.6, Hematocrito 45%.
- Bioquímica: glucemia 166 mg/dl, urea 49 mg/dl, Cr 1.0 mg/dl, Na 130 mmol/l, K 4.8 mmol/l
- ECG: ritmo sinusal a 133 lpm con signos de sobrecarga del ventrículo derecho.
- Radiografía de Tórax: cambios sugestivos de EPOC sin infiltrados ni signos de fallo cardiaco.

Se decide iniciar ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en modo Bilevel ST con IPAP de 14 cm H_2O, una EPAP de 6 cm H_2O y frecuencia respiratoria de 18 rpm; una rampa de 0,05 segundos y una FiO2 de 34%

1. **Se inicia VMNI con IPAP 14, EPAP 6, frecuencia respiratoria (FR) 18 rpm. ¿Cuál es el objetivo principal de cada uno de estos parámetros en este paciente?**

   a) IPAP: mejorar oxigenación; EPAP: reducir pCO_2; FR: garantizar ventilación mínima.

   b) IPAP: aumentar volumen corriente y reducir pCO_2; EPAP: mejorar oxigenación y prevenir colapso alveolar; FR: backup en apneas.

   c) IPAP: prevenir atelectasias; EPAP: aumentar CRF (Capacidad Residual Funcional); FR: sustituir completamente el drive respiratorio.

   d) IPAP y EPAP: mejorar la oxigenación; FR: incrementar el trabajo respiratorio.

2. **El paciente presenta fugas persistentes por la mascarilla (>40 L/min) a pesar de reajustar los arneses. La monitorización muestra volumen corriente efectivo <4 mL/kg. ¿Cuál es la actuación más apropiada?**

   a) Aumentar IPAP en 4-6 cm H_2O para compensar las fugas y mantener volumen corriente.

   b) Comprobar que el tamaño de interfaz es el adecuado o cambiar el tipo de interfaz (de oronasal a facial completa) y revaluar fugas.

   c) Añadir sedación con midazolam para mejorar la tolerancia y reducir el movimiento.

   d) Mantener los parámetros actuales ya que las fugas son inevitables y no afectan la eficacia.

3. **El paciente presenta una adecuada adaptación inicialmente, pero tras 3 horas comienza con ciclos respiratorios irregulares. En las curvas del ventilador se observan inspiraciones con dos picos de presión consecutivos separados por una pequeña caída (patrón en "M"), y en la curva de flujo se aprecian dos picos inspiratorios consecutivos sin retorno completo a la línea basal entre ellos ¿Cuál es el problema y su solución?**

   a) Auto-trigger por fugas; optimizar sellado de la mascarilla.

   b) Esfuerzo inspiratorio del paciente que continúa tras alcanzar IPAP; reducir tiempo de rampa de 0,3 a 0,1 segundos.

   c) Criterio de ciclado inadecuado que causa un fin prematuro de la fase inspiratoria; cambiar de 25% a 40% del flujo pico.

   d) Doble trigger por volumen corriente insuficiente; aumentar IPAP.

4. **El paciente presenta trabajo respiratorio persistente y taquipnea (frecuencia respiratoria 30 rpm) a pesar de mejoría gasométrica parcial. Al analizar las curvas del ventilador, se observa que el flujo espiratorio no retorna a cero antes de que se inicie el siguiente ciclo inspiratorio ¿Qué fenómeno representa este hallazgo y cuál es el manejo más apropiado?**

   a) Condensación de líquido en el circuito, es necesario cambiar todas las tubuladuras.

   b) Auto-PEEP por hiperinsuflación dinámica; aumentar EPAP y optimizar el tratamiento broncodilatador.

   c) Obstrucción parcial del circuito espiratorio; revisar válvula espiratoria y circuito del ventilador.

   d) Patrón ventilatorio normal en EPOC con flujo espiratorio prolongado; mantener parámetros actuales sin cambios.

5. **El paciente lleva 8 horas en VMNI con buena evolución clínica. Frecuencia respiratoria 24 rpm, Glasgow 15, uso de musculatura accesoria notablemente reducido. La gasometría de control muestra pH 7,31, pCO_2 58 mmHg, HCO_3^- 30 mEq/L, pO_2 72 mmHg (FiO_2 28%). ¿cuál es la estrategia de manejo más adecuada en las primeras 24-48 horas?**

   a) Suspender VMNI completamente ya que lleva más de 6 horas de tratamiento y hay mejoría evidente.

   b) Mantener VMNI de forma continua o casi continua (permitiendo breves interrupciones de 15-30 minutos) hasta lograr mejoría clínica y gasométrica más completa.

   c) Iniciar períodos progresivos largos sin VMNI (2-3 horas cada 6 horas) desde ahora, monitorizando saturación de O_2 durante los períodos sin ventilación.

   d) Reducir progresivamente IPAP y EPAP en 1-2 cmH_2O cada 4 horas hasta alcanzar presiones mínimas (IPAP 8, EPAP 4) antes de suspender completamente.

PREGUNTA DE RESERVA Nº 1 (responda en el apartado de "preguntas de reserva")

1. **El paciente presenta disconfort progresivo. Al observar las curvas del monitor, se detecta que el flujo inspiratorio se mantiene constante sin descender y al final de cada inspiración hay un pico de presión que supera la IPAP programada. ¿Qué asincronía presenta y cuál es su corrección?**

   a) Auto-PEEP que dificulta el inicio de la espiración; aumentar la EPAP.

   b) Ciclado tardío con tiempo inspiratorio que excede el neural; aumentar criterio de ciclado.

   c) Esfuerzo espiratorio débil por fatiga muscular; reducir IPAP.

   d) Fuga oculta que prolonga artificialmente la inspiración; cambiar tipo de mascarilla.

CASO CLÍNICO 2

Paciente varón de 53 años de edad, con antecedentes patológicos de trastorno bipolar en tratamiento con litio, escitalopram y aripiprazol, varios intentos autolíticos (último en 2022) e infección por VIH grupo A-2 en tratamiento con abacavir, lamivudina y neviparina. Sin antecedentes de enfermedad renal.

Es trasladado al Servicio de Urgencias en UVI móvil tras ser encontrado inconsciente en el domicilio. Con inquietud psicomotriz durante la noche, sobre las 09:00 am presenta síncope no recuperado, Escala Coma Glasgow 3 a su recogida, con pupilas mióticas. Se administra flumazenilo y naloxona sin respuesta, por lo que procede a aislar vía aérea mediante la colocación de tubo endotraqueal de 7.5 mm, con la secuencia de intubación rápida con fentanilo, etomidato y succinilcolina. Traslado sin incidencias, estable desde el punto de vista hemodinámico y con buena ventilación bilateral, con etC02 (20mmHg).

A su llegada al Servicio de Urgencias, las constantes: TA 192/117 mmHg, frecuencia cardiaca 125 lpm, Saturación O2 99% (FiO2 100%).
Exploración física:
pupilas mióticas, E-FAST negativo. Sin sospecha de otros estigmas de trauma.
Pruebas complementarias:
Electrocardiograma: taquicardia sinusal, sin alteraciones de la repolarización
Radiografía tórax: tubo endotraqueal a unos 3 cm de la carina. Aumento del patrón intersticial en hemitórax derecho
Analítica sanguínea: Hb 16.8g/dl, leucocitos 16.6 x10v9/l, neutrófilos 12.1 x10v9/l, Glucosa 159 mg/dl, Urea 28 mg/dl, Creatinina 1.05 mg/dl, Proteína 93 g/l, ASAT 33 U/l,

ALAT 51 U/l, Na 145 mmol/l, K 5 mmol/l, Cloruro 117 mmol/l, Ca 10.6 mg/dl, Osmolaridad 365 mOsm/kg. Litemia 0.1mmol/l. Etanol < 0.10g/l
Gasometría arterial Reanimación (parámetros respirador Fi02 100%, PEEP 6, FR 16 rpm, VT 420 ml.): PH 6.85, PCO2 22 mmHg, PO2 582 mmHg, HCO3 6.7 mmol/l, EB -29.8 mmol/l, Na 150 mmol/l, K 5.5 mmol/l, Cl 116 mmol/l, Glucosa 150 mg/dl, Lactato 20.1 mmol/l
Gasometría arterial Laboratorio (parámetros respirador Fi02 100%, PEEP 6, FR 16 rpm, VT 420 ml.): PH 6.77, PCO2 45 mmHg, PO2 364 mmHg, HCO3 6,9 mmol/l, EB -27.6 mmol/l, Na 157 mmol/l, K 5 mmol/l, Cl 117 mmol/l, Glucosa 150 mg/dl, Lactato 22 mmol/l
Analítica orina: Uri-benzodiazepinas positivo (cualitativo). Hematíes 17 U/l, Leucocitos 2 U/l. Presencia de cristales de oxalato cálcico.

6. **Ante los hallazgos clínicos y bioquímicos en este paciente, considerando la alteración del equilibrio ácido-base y el anión gap, ¿cuál sería la causa MENOS PROBABLE de la acidosis observada?**
   a) Alcohol tóxico.
   b) Cianuro.
   c) Litio.
   d) Salicilatos.

7. **El principal metabolito tóxico que es responsable de la acidosis metabólica observada es:**
   a) Ácido fórmico.
   b) Ácido glicólico.
   c) Ácido oxálico.
   d) Gliceraldehído.

8. **En la evolución temporal del tipo de intoxicación que presenta este paciente se han identificado parámetros que se comportan de manera dinámica y discordante con la clínica. ¿Cuál es el parámetro que puede normalizarse mientras puede empeorar la clínica, reflejando un cambio en el mecanismo fisiopatológico más que una mejoría real?**
   a) pH arterial, que puede aumentar por compensación respiratoria.
   b) Anión gap, que disminuye a medida que se metaboliza el tóxico.
   c) Gap osmolar, que disminuye conforme se metaboliza el tóxico causante.
   d) Creatinina sérica, que puede normalizarse tras compensación de la volemia.

9. **El depósito de los cristales de oxalato cálcico hallados en la orina de este paciente producen:**

   a) Glomerulonefritis rápidamente progresiva.

   b) Vasoconstricción aferente por estrés oxidativo.

   c) Necrosis tubular aguda.

   d) Necrosis papilar isquémica.

10. **En un escenario donde el centro hospitalario tiene unos recursos limitados y no tiene acceso inmediato al tratamiento de primera elección, ¿cuál sería el tratamiento alternativo CORRECTO en este paciente?**

    a) Hidroxicobalamina IV, que actúa como quelante universal de metabolitos tóxicos.

    b) Naloxona en perfusión continua, para antagonizar los posibles efectos depresores asociados.

    c) Bicarbonato sódico en altas dosis, para neutralizar la acidosis metabólica resultante.

    d) Etanol intravenoso, que compite por la enzima, bloqueando la metabolización del tóxico.

PREGUNTA DE RESERVA Nº 2

2. **Según los criterios específicos de indicación de hemodiálisis en este tipo de intoxicaciones, ¿en cuál de las siguientes situaciones está formalmente indicada en este paciente?**

   a) Cuando el pH arterial es inferior a 7.15, independientemente de otros parámetros, requiere hemodiálisis inmediata para eliminación de tóxicos.
   b) Cuando el anión gap es 14 mmol/L, demostrando presencia significativa de aniones no medidos.
   c) Ante alteración del nivel de conciencia, como una manifestación de encefalopatía tóxica.
   d) Únicamente con la confirmación analítica de niveles del tóxico.

CASO CLÍNICO 3

Paciente varón de 28 años.

Mecanismo de lesión: precipitado desde 4 metros de altura (accidente laboral). Impacto lateral derecho sobre superficie dura, hormigón.

Informe de asistencia pre-hospitalaria:

GCS inicial 13. Deterioro rápido durante el transporte a GCS 7 (O1, V2, M4). Intubado en el lugar con dificultad. Tiempo desde la caída 40 minutos.

Llegada a sala de Reanimación:

Paciente intubado y ventilado mecánicamente. Se observa otorragia derecha y gran hematoma en flanco derecho.

Constantes Vitales:

- **TA:** 75/40 mmHg.
- **FC:** 138 lpm (taquicardia sinusal).
- **SatO2:** 94% (FiO2 1.0).
- **Pupilas:** Anisocoria (Derecha 5 mm arreactiva / Izquierda 2 mm reactiva).

Exploración Primaria

X no heridas externas sangrantes

A intubación + conexión a ventilación mecánica

Colocado collarín cervical y dama de elche

B ventilación simétrica crepitación en parrilla costal derecha baja, no se palpa enfisema

C signos de shock. Frio pálido sudoroso TA 80/40, fc 120 lpm tras administración de 1000 ml de cristaloides

Inmovilizador pélvico colocado

Vía venosa 18 g en fosa antecubital administrando suero fisiológico 1000 ml

Iniciado ácido tranexámico 1 gr iv

Adjuntos a valoración inicial (E-FAST): rx torax/pelvis

- **Torácico:**
  - E - fast Deslizamiento pleural presente bilateral.
  - **Rx torax directo fracturas costales bajas**

- **Abdominal:**
  - E-fast Líquido libre en espacio de Morrison y Esplenorrenal.
- **Pélvico:**
  - **Rx pelvis** fractura vertical derecha
  - hematoma en zona perineal, no uretrorragia

D Glasgow 7 previo a iot (ocular 1 verbal 2. Mot), actualmente iot sedo relajado, pupilas anisocoricas derecha midriática.

11. **El paciente presenta simultáneamente Shock Hemorrágico Grado IV (probable origen pélvico/abdominal) y signos de Hipertensión Intracraneal (HIC) con herniación uncal en curso.**
    Según las recomendaciones actuales de manejo del trauma grave, ¿cuál es el OBJETIVO de resucitación (Target BP) mandatorio en esta fase de reanimación previo al control del sangrado?

    a) Mantener una PAS entre 80-90 mmHg (Hipotensión Permisiva) hasta el control quirúrgico del sangrado, priorizando la hemostasia sobre la perfusión cerebral para evitar dilución de factores.

    b) Mantener una PAS > 110 mmHg (o PAM > 80 mmHg), ya que la hipotensión es el predictor sistémico más potente de mortalidad en el TCE grave, incluso a costa de reactivar el sangrado abdominal.

    c) Mantener una PAS > 140 mmHg mediante el uso agresivo de vasopresores para asegurar una Presión de Perfusión Cerebral (PPC) > 70 mmHg.

    d) El objetivo tensional es irrelevante en este momento; la prioridad absoluta es la transfusión de Plaquetas y plasma fresco congelado para corregir la coagulopatía traumática aguda.

12. **Persiste inestabilidad hemodinámica, hipotensión (TA 80/50 mmHg) a pesar de la administración de 1000 ml de suero fisiológico 0,9% y se inicia transfusión urgente de 2 Unidades de Concentrado de Hematíes (O Negativo). La pupila derecha sigue dilatada. Se decide administrar terapia hiperosmolar empírica. ¿Cuál es la pauta de elección en este contexto hemodinámico específico?**

    a) Manitol 20% a dosis de 1 g/kg en bolo rápido, por ser el agente con mayor evidencia en reducción de la PIC aguda.

    b) Suero Salino Hipertónico (SSH) al 3% o 7.5% en bolo, debido a su capacidad para expandir el volumen intravascular simultáneamente a la reducción de la PIC, evitando el efecto diurético del manitol.

    c) Furosemida 20 mg iv asociado a Manitol 0.5 g/kg para potenciar el efecto osmótico y reducir el edema cerebral rápidamente.

    d) Solución de Ringer Lactato en bolos de 500cc, ya que las soluciones hipertónicas están contraindicadas en presencia de sangrado activo por riesgo de coagulopatía por dilución.

13. **El paciente continúa hemodinamicamente inestable (TAS 85 mmHg, Fc 115 lpm) tras la colocación inicial de faja pélvica, transfusión emergente de 2 CH y activación del protocolo de transfusión masiva (PTM).**

    El e-FAST es positivo para líquido abdominal. La anisocoria persiste a pasar de la administración de solución osmótica. Se solicita la colaboración de los neurocirujanos y cirujanos generales.

    ¿Cuál es la decisión logística CORRECTA?

    a) Traslado inmediato a la sala de TC (Tomografía Computarizada) "Body-Tac" para filiar exactamente las lesiones cerebrales y abdominales y decidir el abordaje quirúrgico preciso.

    b) Traslado directo a Quirófano para Laparotomía exploradora de control de daños, posponiendo la valoración neuroquirúrgica hasta que el paciente esté hemodinámicamente estable.

    c) Traslado directo a Quirófano para intervención simultánea (Laparotomía de Control de Daños + Trépano/Craneotomía descompresiva) o secuencial inmediata, omitiendo el TC por inestabilidad hemodinámica.

    d) Realizar Angio-embolización pélvica en la sala de radiología intervencionista antes de cualquier otra medida, dado que la fractura de pelvis es la causa más probable de la hipotensión.

14. **Mientras esperamos a la decisión anterior se obtienen los primeros resultados de los test viscoelásticos para valorar la posible cagulopatia asociada al trauma del paciente (ROTEM/Tromboelastometría). Se observa una amplitud del coágulo a los 5 minutos (A5) de 4 mm.**

    ¿Cuál es la acción terapéutica específica indicada basada en las recomendaciones de manejo de la hemorragia crítica en trauma grave (HECTRA)?

    a) Administrar 1 g de Ácido Tranexámico adicional en bolo lento.

    b) Transfundir 10 Unidades de Plaquetas.

    c) Administrar Concentrado de Fibrinógeno (3-4 g).

    d) Administrar Complejo de Protrombina (4 factores) a 25 UI/kg.

15. **Una vez realizados los procedimientos para solucionar las lesiones con compromiso vital, el paciente permanece intubado y con respiración a presión positiva, debiendo mantener sedo –relajación o sedo –analgesia, Considerando que la presión intracraneal (PIC) sigue siendo un problema crítico.**

    En el manejo de la sedo-analgesia intravenosa del paciente con sospecha de hipertensión intracraneal y shock hemorrágico.

    ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente el efecto de los fármacos sobre la hemodinámica cerebral?

    a) El Propofol es el agente ideal en el paciente inestable porque aumenta el consumo metabólico de oxígeno cerebral (CMO_2) y mejora la presión de perfusión.

    b) La Ketamina debe evitarse por completo en este paciente debido a que clásicamente se asocia con un aumento incontrolado de la PIC, independientemente de si el paciente está ventilado o no.

    c) El Midazolam, aunque útil como hipnótico, puede disminuir la Presión Arterial Media (PAM) de forma significativa, comprometiendo secundariamente la Presión de Perfusión Cerebral.

    d) El Fentanilo en bolos rápidos es la técnica de elección para el control de la PIC, ya que produce una vasoconstricción cerebral refleja inmediata y potente.

PREGUNTA DE RESERVA Nº 3

3. **Una vez controlado el sangrado abdominal con packing (empaquetamiento) peritoneal, se procede a realizar el TC craneal que muestra un hematoma subdural agudo laminar residual, cambios quirúrgicos, drenaje de LCR y edema cerebral difuso.**

   Respecto a la ventilación mecánica,

   ¿Cuál es el objetivo de PaCO2 recomendado para las primeras 24 horas?

   a) Hiperventilación agresiva (PaCO2 25-30 mmHg) para inducir vasoconstricción cerebral y reducir la PIC preventivamente.
   b) Normoventilación estricta (PaCO2 35-40 mmHg), evitando la hiperventilación profiláctica que podría causar isquemia cerebral por vasoconstricción excesiva.
   c) Hipercapnia permisiva (PaCO2 50-55 mmHg) para mejorar la curva de disociación de la hemoglobina y la oxigenación tisular.
   d) La PaCO2 no tiene efecto significativo sobre la PIC si el paciente está sedoanalgesiado profundamente.

CASO CLÍNICO 4

Paciente: Varón de 52 años.

Antecedentes: Cirrosis hepática alcohólica conocida, sin seguimiento reciente.

Hora 0 (Llegada a Urgencias): Acude por hematemesis de gran cuantía en domicilio. A su llegada presenta frialdad acra, sudoración profusa y agitación.

Constantes: TA 85/50 mmHg, FC 122 lpm, SatO2 93% aire ambiente. Abdomen distendido con matidez cambiante.

Analítica inmediata (Gasometría venosa): pH 7.28, Lactato 5.5 mmol/L, Hb 6.8 g/dL.

Evolución:

Se comienza con la estabilización hemodinámica. A las 4 horas se programa endoscopia digestiva alta.

El paciente ingresa en la Unidad de Observación de Urgencias. Comienza con oliguria, febrícula (37.8ºC) y desorientación progresiva, con nuevos signos de sangrado digestivo externo (hematemesis)

Simultáneamente al inicio de fármacos vasoactivos (somatostatina), usted debe indicar la estrategia de fluidoterapia y transfusión.

16. **¿Cuál es la indicación CORRECTA para minimizar el riesgo de resangrado y mortalidad?**

    a) Transfundir concentrados de hematíes hasta alcanzar una Hb > 10 g/dL y plaquetas si < 100.000 para asegurar la capacidad de transporte de oxígeno dado el shock inicial.

    b) Administrar cristaloides a ritmo rápido (30 ml/kg) seguido de coloides sintéticos para expandir el volumen plasmático rápidamente y suprimir la respuesta adrenérgica.

    c) Adoptar una estrategia restrictiva con objetivo de Hb entre 7 y 9 g/dL, evitando la corrección total de la volemia para no aumentar la presión portal de rebote.

    d) Priorizar la transfusión de Plasma Fresco Congelado (PFC) sobre los hematíes con una relación 1:1 desde el inicio para corregir el INR antes de la endoscopia.

Hora 6 de ingreso en observación

Se realiza endoscopia urgente, confirmando sangrado por varices esofágicas y se realiza la ligadura exitosa de las varices.

El paciente se encuentra hemodinámicamente más estable (TA 100/60 mmHg). El residente pregunta sobre el mantenimiento no de la perfusión de Somatostatina.

17. **¿Cuál es la decisión clínica adecuada respecto a la terapia vasoactiva esplácnica?**

    a) Debe suspenderse inmediatamente tras la confirmación del cese del sangrado por endoscopia para evitar efectos adversos isquémicos.

    b) Debe mantenerse obligatoriamente entre 2 y 5 días post-endoscopia, ya que previene el resangrado precoz por hiperemia portal postprandial o por úlceras de ligadura.

    c) Se debe sustituir la perfusión IV por Betabloqueantes no cardioselectivos (Propranolol) orales inmediatamente a dosis altas.

    d) Solo debe mantenerse si el paciente presenta ascitis a tensión concomitante; de lo contrario, el efecto hemostático ya no es necesario.

Hora 12 de ingreso en observación

Ante la aparición de febrícula y deterioro del estado general, usted sospecha una Peritonitis Bacteriana Espontánea (PBE), aunque el paciente no refiere dolor abdominal espontáneo. Realiza una paracentesis diagnóstica.

18. ¿Qué hallazgo analítico en el líquido ascítico le obligaría a iniciar tratamiento antibiótico empírico inmediato?

a) Recuento de polimorfonucleares (PMN) > 250 células/mm³, independientemente del resultado de la tinción de Gram o cultivo.

b) Proteínas totales en líquido ascítico > 2.5 g/dL, lo que indica exudado inflamatorio activo.

c) Tinción de Gram positiva inmediata; si es negativa, se debe esperar 48 horas al cultivo definitivo para no usar antibióticos innecesarios.

d) Lactato en líquido ascítico elevado, siendo este el único marcador fiable en las primeras 6 horas de infección.

Hora 24 de ingreso en observación

Confirmada la PBE, se observa que la Creatinina sérica ha aumentado de 0.9 mg/dL (ingreso) a 1.4 mg/dL. Para revertir este deterioro renal y mejorar la supervivencia sistémica asociada a la PBE,

19. ¿Qué pauta de Albúmina intravenosa es la única que ha demostrado evidencia sólida en ensayos clínicos?

a) Albúmina al 20%: 1.5 g/kg el día del diagnóstico y 1 g/kg el día 3.

b) Albúmina al 20% en infusión continua para mantener una Presión Venosa Central (PVC) > 12 mmHg.

c) No está indicada la albúmina, se debe administrar Terlipresina en bolo IV asociada a volumen con cristaloides.

d) Albúmina a dosis bajas (20 g/día) mantenida durante 7 días hasta la resolución de la infección.

Hora 36 de ingreso en observación

El paciente desarrolla una Encefalopatía Hepática (EH) grado III, mostrándose muy agitado, agresivo y con riesgo de autolesión o retirada de vías.

Necesita control farmacológico para la agitación mientras hacen efecto las medidas antiamonio (lactulosa/enemas).

20. **¿Cuál es la aproximación farmacológica más segura en este escenario sin intubación inmediata?**

    a) Benzodiacepinas de vida media corta (Midazolam) IV, ya que tienen antídoto (Flumazenilo).

    b) Haloperidol a dosis bajas, dado su menor efecto depresor respiratorio en comparación con las benzodiacepinas, vigilando el QT o dexmedetomidina vigilando la aparición de bradicardias.

    c) Sujeción mecánica estricta sin medicación para evitar precipitar un coma hepático (Grado IV).

    d) Morfina en bolos pequeños, ya que reduce la precarga y calma la disnea asociada a la ascitis a tensión.

PREGUNTA DE RESERVA Nº 4

Hora 48 de ingreso en observación

El paciente requiere la colocación de un catéter venoso central para monitorización y medicación.

La analítica muestra un INR de 2.1 y Plaquetas de 60.000. El residente propone transfundir 2 bolsas de Plasma Fresco Congelado (PFC) "para corregir el INR" antes de la colocación de cateter venoso central.

4. **¿Cuál es su respuesta basada en el concepto actual de "Hemostasia inestable" en la cirrosis?**

    a) Correcto. Un INR > 1.5 es un predictor absoluto de sangrado por procedimiento y debe corregirse siempre.

    b) Incorrecto. El INR está alargado por el déficit de factores procoagulantes, pero también hay déficit de anticoagulantes naturales (Proteína C/S), por lo que el riesgo de sangrado real no se correlaciona con el INR y la transfusión de plasma aumenta la presión portal sin corregir la hemostasia.

    c) Incorrecto. Se debe administrar Vitamina K IV, ya que es más efectiva y rápida que el plasma en la cirrosis alcohólica.

    d) Correcto, pero solo si se asocia a transfusión de plaquetas para alcanzar > 100.000, que es el límite de seguridad para vías centrales.

CASO CLÍNICO 5

Está trabajando en ambulancia SVA en área de salud de Tudela. Recibe un aviso para atención de un paciente en Cadreita.

Se trata de un paciente varón de 55 años, con sobrepeso (120 kg) e HTA. El médico de SUR de la zona ha referido a SOS que, desde hace 1 hora, el paciente se encuentra agitado y le impresiona de focalidad neurológica, por lo que activan SVA . A la llegada del SUR el paciente no obedecía órdenes y hablaba de forma incoherente, parece que movilizaba 4 extremidades y no tenía asimetría facial.

21. Según la escala RACE:

a) Tiene un 6 por lo que es probable oclusión de gran vaso.

b) Tiene un 2 por lo que no es probable oclusión de gran vaso.

c) Tiene un 0 por lo que es probable oclusión de gran vaso.

d) La escala RACE no se aplica en extrahospitalaria.

En la toma constantes al paciente: TA: 165/85; FC: 100; Frecuencia respiratoria: 12; Sat O2: 97%; Glucemia: 110. En la exploración está consciente pero no se puede evaluar si orientado, más nervioso que agitado. El paciente no le comprende, por lo que no obedece sus órdenes. Mediante mímica se consigue hacer exploración neurológica: pares sin alteraciones, moviliza 4 extremidades y mantienen su fuerza, campimetría por amenaza normal, no se puede explorar la sensibilidad y por imitación no parece haber dismetrías. Se expresa con claridad, aunque solo repite "que me pasa, que me pasa". Mediante escritura en un papel "vamos a atenderle, puede que tenga un ictus y le llevamos al hospital", el paciente lee y se tranquiliza algo.

22. Su actitud siguiente sería:

a) Decide activar código ictus y trasladar al paciente al HRS Tudela para hacer teleictus con Neurólogo de guardia según recomendación del "Documento código ictus de la Comunidad Foral de Navarra" de 2024.

b) Decide administrar AAS oral 250 mg, activar código ictus y trasladar al paciente al HRS Tudela para hacer teleictus con neurólogo de guardia según recomendación del "Documento código ictus de la Comunidad Foral de Navarra" de 2024.

c) Según recomendación de "Documento código ictus de la Comunidad Foral de Navarra" de 2024, decide activar código ictus y trasladar al paciente a HUN.

d) Según recomendación de "Documento código ictus de la Comunidad Foral de Navarra" de 2024, decide activar código ictus, administrar Tenecteplasa 25 mgr iv y trasladar al paciente al HUN.

23. ¿Qué área cerebral está afectada en este paciente?

a) Área Broca.

b) Área Wernicke.

c) Área de circunvolución angular.

d) Área límbica.

A su llegada al hospital se hace TAC basal y angio-TAC que no muestran oclusión de gran vaso y tiene un ASPECT de 10. Se decide de acuerdo con neurología administrar fibrinólisis,

24. ¿Cuál de las siguientes opciones es la CORRECTA?

a) Alteplasa (Actilyse ©). Se calcula una dosis total de 90mg y administra 9 mg en bolo y 81 mg en perfusión a pasar en 1 hora.

b) Tenecteplasa (Metalyse ©). Se calculan 25 mg y se admnistra en bolo único.

c) Alteplasa (Actilyse ©). Se calcula dosis total de 120 mg y administra 12 mg en bolo y 108 mg en perfusión a pasar en 1 hora.

d) Tenecteplasa (Metalyse ©). Se calculan 30 mg y se adminsitra en bolo único.

25. ¿Cuál NO sería una contraindicación absoluta para hacer fibrinólisis?

a) PA > 185/110 mmHg a pesar de tratamiento antihipertensivo agresivo.

b) Antecedentes de hemorragia cerebral.

c) Tratamiento con anticoagulantes de acción directa, con toma de medicación en las últimas 24 horas.

d) Neoplasia intracraneal extraaxial.

PREGUNTA DE RESERVA Nº 5

5. Según su exploración, el paciente, ¿en qué rango de la escala NIHSS se encuentra?

a) 1

b) 24- 25

c) 17-18

d) 3-5

CASO CLÍNICO 6

Niño de 8 años de 25 kg, con antecedentes de asma episódica y dermatitis atópica, actualmente en tratamiento con dosis bajas de corticoides inhalados (GCI) y SABA a demanda. Acude a urgencias por dificultad respiratoria de instauración rápida tras exposición a alérgenos. En su domicilio se administra 4 pufs de salbutamol con cámara espaciadora sin mejora por lo que acuden a un servicio de Urgencias Hospitalarias.

A su llegada el niño pasa a triaje y se miden constantes: F.respiratoria >50; FC: 130; TA; 95/60 y Sat O2: 89% basal. Se clasifica como gravedad 2.

En la sala de reanimación está agitado con mal aspecto, habla con palabras sueltas, uso de musculatura ECM, tiraje intercostal, y respiración abdominal. Sibilancias audibles sin fonendoscopio, AP: sibilancias inspiratorias y espiratorias en ambos hemitórax.

26. Aplica la escala Pulmonary score, ¿Cuál es la CORRECTA?

a) SatO2 <90%; sibilancias audibles si fonendo; F.respiratoria >50.Grave 9 puntos.

b) SatO2 <90 %; sibilancias audibles si fonendo; F.respiratoria >50. Grave 8 puntos.

c) Sibilancias audibles; F.respiratoria >50 y Agitación. Grave 8 puntos.

d) F.respiratoria >50; Uso esternocleidomastoideo; Sibilancias audibles sin fonendo. Grave 8 puntos.

27. Ante la situación inicial del paciente, ¿cuál debe ser la actuación inmediata según las guías clínicas de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)?

a) Iniciar nebulización continua con salbutamol y bromuro de ipratropio exclusivamente.

b) Administrar oxígeno para alcanzar $SatO_2$ objetivo superior a 92% con el sistema más cómodo para el niño, salbutamol 5-10 pufs+ bromuro de ipratropio con cámara espaciadora y glucocorticoide sistémico precoz.

c) Administrar oxígeno para alcanzar $SatO_2$ objetivo superior a 92%. No optar por salbutamol + bromuro de ipatropio con cámara espaciadora por ser inferior la respuesta a nebulización.

d) Administrar oxígeno para alcanzar $SatO_2$ objetivo superior a 92% con el sistema más cómodo para el niño, salbutamol 5-10 PUFS+ bromuro de ipatropio con cámara espaciadora y una dosis de agonista de los receptores de leukotrienos.

28. Tras tratamiento inicial intensivo, el niño persiste con trabajo respiratorio franco, frecuencia respiratoria 45, mal aspecto general, y no se logra estabilizar la $SatO_2$ por encima de 90%. ¿Qué opción terapéutica es la recomendación que indica la SEUP previa al inicio de ventilación mecánica?

a) Añadir sulfato de magnesio iv 40 mg/kg en perfusión lenta durante 20 minutos.

b) Añadir sulfato de magnesio iv 20 mg/kg en bolo único y si no mejora en 2 horas valorar VM.

c) Añadir sulfato de magnesio iv 2g en perfusión lenta durante 20 minutos.

d) Añadir sulfato de magnesio 2g en bolo y repetir en 20 minutos si no hay respuesta con PS>6.

29. A pesar del tratamiento previo, el niño no mejora y en la gasometría venosa se observa un pH de 7.27 y PCO2 de 50 mmHg, por lo que se decide iniciar VMNI. ¿Qué parámetros considera más adecuados?

a) EPAP 10; IPAP 5; Trigger lo más sensible posible para facilitar el inicio de la respiración por el paciente; Tinsp corto; FiO2 para Sat 92-94% con control gasométrico en 1-2 horas.
b) EPAP 5; IPAP 10; Trigger lo más sensible posible para facilitar el inicio de la respiración por el paciente; Tinsp corto; FiO2 para Sat 92-94% con control gasométrico en 1-2 horas.
c) EPAP 5; IPAP 10; Trigger lo menos sensible posible para facilitar el inicio de la respiración por el paciente; Tinsp corto; FiO2 para Sat 92-94% con control gasométrico en 1-2 horas.
d) EPAP 5; IPAP 10; Trigger lo más sensible posible para facilitar el inicio de la respiración por el paciente; Tinsp largo; FiO2 para Sat 92-94% con control gasométrico en 3 horas.

30. Durante la VMNI presenta un deterioro brusco del nivel de conciencia y la gasometría de control pH 7.2, $PaCO_2$ de 55 mmHg. Ante el riesgo vital del paciente se decide VMI. ¿Qué hipnótico, nº tubo endotraqueal con neumotaponamiento y a que distancia de la comisura introduciría el tubo de IOT?

a) Ketamina a 2mg/kg. TOT nº 7 a 21 cm en comisura.

b) Midazolam 0.3 mg/kg. TOT nº6 a 22 cm en comisura.

c) Midazolam 0.2 mg/kg TOT nº8 a 15 cm en comisura.

d) Ketamina 2m/kg. TOT 5.5 a 16 cm en comisura.

PREGUNTA DE RESERVA Nº 6

6. **Durante la VMI, el niño presenta desaturación a pesar de FiO2 del 100%, pita la alarma de presión alta en la vía aérea. Realiza ecografía a pie de cama que muestra en hemitórax derecho, patrón A con deslizamiento pleural. En hemitórax izquierdo ausencia de deslizamiento pleural con patrón A y presencia de pulso pulmón. Qué actitud terapéutica implementaría según la sospecha clínica más probable:**

a) Neumotórax derecho, drenaje pleural derecho.
b) Neumotórax izquierdo, drenaje pleural izquierdo.
c) Intubación selectiva monobronquial, retirar un poco el tubo endotraqueal
d) Broncoaspiración grave, iniciar antibioterapia de amplio espectro.