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: CUESTIONARIO de PREGUNTAS (test)

24 de febrero de 2026

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE

MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

1. **Una paciente de 54 años presenta dolor torácico anginoso. El ECG evidencia depresión del segmento ST ascendente de 2 mm en el punto J en derivaciones V1-V4, acompañada de ondas T simétricas prominentes sin elevación evidente del segmento ST. ¿Cuál es el diagnóstico más probable entre los siguientes patrones electrocardiográficos considerados con alto riesgo de oclusión coronaria?**

   a) Patrón de De Winter con oclusión proximal crítica de la arteria descendente anterior (LAD), requiriendo angiografía urgente.

   b) Síndrome de Wellens tipo II con estenosis crítica pero no oclusiva de la arteria descendente anterior, con patrón estático de bajo riesgo inmediato.

   c) Angina inestable con cambios isquémicos secundarios de la onda T por estenosis de moderada intensidad de LAD.

   d) Mikling de la porción media de LAD, fenómeno dinámico de bajo riesgo que no requiere intervención emergente.

2. **Un paciente presenta un tromboembolismo pulmonar con inestabilidad hemodinámica (TAS <90 mmHg) con disfunción ventricular derecha confirmada por ecocardiografía. ¿Cuál es el anticoagulante de primera elección y cuál es la razón?**

   a) Heparina de bajo peso molecular para inicio rápido de fibrinólisis posterior.

   b) Fondaparinux por su efecto anticoagulante prolongado.

   c) Heparina no fraccionada para permitir fibrinólisis y terapias de reperfusión.

   d) El tratamiento de inicio es la fibrinólisis, no estando indicada la administración previa de anticoagulantes.

3. **Respecto a la intoxicación por gases en un incendio, indique el enunciado INCORRECTO:**

   a) El mecanismo de hipoxia tisular del CO es por alta afinidad por hemoglobina y desplazamiento de la curva de disociación de HbO_2

   b) Se debe sospechar intoxicación por cianuro si se cumplen los criterios BAUD, entre los que se incluye lactato > 8 mmol/L.

   c) Ante sospecha de intoxicación por cianuro, se administrará hidroxicobalamina de forma precoz como antídoto, a dosis de 5 gramos IV.

   d) Los niveles de carboxihemoglobina (COHb) confirman el grado de intoxicación por CO y guían el manejo, independientemente del tiempo transcurrido.

4. **En el algoritmo de Parada Cardiaca Traumática de las Guías ERC 2025, ¿cuál es la prioridad fundamental que difiere del algoritmo estándar de SVA de causa médica?**

   a) La intubación inmediata es la máxima prioridad antes que cualquier otra maniobra.

   b) Se prioriza el tratamiento de las causas reversibles sobre las compresiones torácicas.

   c) Se debe administrar adrenalina antes de iniciar el masaje cardiaco.

   d) La desfibrilación precoz está indicada en todos los casos de trauma.

5. **En un Catéter Venoso Central (CVC) estándar de 3 luces (7 Fr), la nomenclatura internacional suele asignar los colores Marrón (Distal), Azul (Medial) y Blanco (Proximal). Si usted necesita monitorizar la Presión Venosa Central (PVC) y administrar simultáneamente una perfusión continua de Noradrenalina, ¿cuál es la configuración de seguridad recomendada?**

   a) PVC en luz Proximal (Blanca) y Noradrenalina en luz Distal (Marrón).

   b) PVC en luz Distal (Marrón) y Noradrenalina en luz Proximal (Blanca) o Medial (Azul).

   c) PVC en luz Medial (Azul) y Noradrenalina en luz Distal (Marrón) para aprovechar el mayor calibre.

   d) Es indiferente, siempre que se rotulen correctamente las bombas de infusión.

6. **Ante una sospecha de impactación de cuerpo extraño esofágico (bolo de carne) en un adulto que puede manejar secreciones (no hay riesgo inminente de aspiración), ¿cuál es el fármaco que se puede administrar en urgencias para intentar facilitar el paso, aunque con evidencia limitada?**

   a) Glucagón iv (1 mg).

   b) Baclofeno iv (1mg).

   c) Papaína oral (100 mg).

   d) Metoclopramida. iv (10 mg).

7. **Gestante de 35+4 semanas que acude a urgencias por cuadro de convulsión en domicilio. Llega en vehículo propio. A su llegada presenta cefalea fronto-occipital y edemas en extremidades inferiores ++/+++. Constantes en triaje FC: 90 lat/min, TA: 142/96, Temperatura 36.6 ºC, saturación de O2 98%. ¿Cuál de estos fármacos antihipertensivos estaría contraindicado?**

   a) Enalapril.

   b) Hidralazina.

   c) Labetalol.

   d) Sulfato de magnesio.

8. **Un paciente de 78 años acude a Urgencias por síncope. El ECG muestra un bloqueo AV de segundo grado tipo Mobitz II con QRS ancho a una frecuencia ventricular de 35 lpm. El paciente presenta frialdad acra y obnubilación. Mientras se prepara el marcapasos transvenoso, ¿cuál es la medida inicial recomendada?**

   a) Administrar 0,5 mg de Atropina IV, repitiendo hasta un máximo de 3 mg.

   b) Iniciar inmediatamente estimulación con marcapasos transcutáneo.

   c) Infusión de Isoproterenol a dosis altas.

   d) Maniobra de Valsalva para intentar revertir el tono vagal.

9. **En caso de que un paciente en shock se presente con un derrame pericárdico y una vena cava inferior a 2 cm con un colapso >50%, ¿cuál de los siguientes seria el diagnóstico más probable y la conducta más adecuada?**

   a) Taponamiento cardiaco y por tanto proceder a realizar una pericardiocentesis.

   b) Shock cardiogénico por SCACEST y por tanto activar código infarto.

   c) Shock hipovolémico o distributivo, por lo tanto, buscar activamente la causa.

   d) TEP masivo, indicar fibrinólisis.

10. **En la hipercalcemia grave (>14 mg/dL), ¿cuál es la medida inicial prioritaria en relación con su tratamiento específico?**

    a) Bifosfonatos.

    b) Hidratación con suero fisiológico al 0,9%.

    c) Calcitonina.

    d) Furosemida.

11. **Un paciente de 68 años presenta trombosis venosa superficial de la vena safena mayor (6 cm de longitud, 4,5 cm del cayado), sin factores de riesgo adicionales. Según el estudio CALISTO, ¿cuál es el tratamiento indicado?**

    a) AINES durante 8-10 días con seguimiento en Atención Primaria, sin necesidad de anticoagulación.

    b) Fondaparinux 2,5 mg/24h subcutáneo durante 45 días.

    c) Heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas durante 14 días.
    d) Antivitamina K con INR objetivo de 2-3 durante un mínimo de 3 meses.

12. **Un paciente de 78 años presenta pérdida de visión, con dolor retrobulbar a los movimientos oculares, e historia de cefalea, claudicación mandibular y PCR elevada. ¿Cuál es el diagnóstico y el tratamiento de urgencia?**

    a) Neuritis óptica asociada a esclerosis múltiple; metilprednisolona oral 60 mg diarios.

    b) Neuritis óptica anterior isquémica arterítica; inmediatamente administrar metilprednisolona IV, para continuar con 250 mg/6 h las primeras 48 horas.

    c) Oclusión de la arteria central de la retina; trombolisis urgente.
    d) Desprendimiento de retina; tratamiento quirúrgico urgente.

13. **En el servicio de urgencias un paciente presenta hiperpotasemia (k 7,8 meq/L), si el paciente presenta cambios ECG graves (ej. QRS ancho, bradicardia), ¿cuál es el orden correcto de administración de fármacos?**

    a) Salbutamol> Calcio IV >insulina/glucosa.

    b) Calcio IV -> Insulina/Glucosa -> furosemida.

    c) Diálisis urgente sin medicación previa.
    d) Bicarbonato > glucosa/ insulina > salbutamol.

14. **Paciente con fractura de pelvis inestable (Libro abierto). Tras la colocación correcta de faja/inmovilizador pélvico y transfusión de hemoderivados, activado protocolo de transfusión masiva (PTM), persiste inestabilidad hemodinámica. El e-FAST es negativo para líquido abdominal. ¿Cuál es el siguiente paso terapéutico a realizar en este paciente?**

    a) Laparotomía exploradora inmediata y realizar en packing peritoneal.

    b) Retirar la faja para reevaluar la deformidad.

    c) Angiografía / Embolización y packing preperitoneal.

    d) ingreso en UCI para seguir con protocolo de transfusión masiva.

15. **¿Cuál de los siguientes NO es ítem de la escala de Gorelick en la deshidratación pediátrica?**
    a) Respiración anormal.
    b) Ausencia de lagrima.
    c) Ojos hundidos.
    d) Fontanela anterior deprimida.

16. **En el diagnóstico diferencial de las siguientes enfermedades neuromusculares que causan debilidad generalizada, indique la respuesta FALSA:**
    a) Guillain-Barré se caracteriza por una parálisis ascendente, simétrica con abolición ó disminución de los reflejos y afectación sensitiva.
    b) El botulismo se caracteriza por una parálisis descendente, simétrica y la frecuente afectación pupilar que lo diferencia de la miastenia gravis.
    c) La intoxicación por organofosforados presenta debilidad, fasciculaciones, sialorrea y midriasis.
    d) La afectación de la motoneurona inferior se caracteriza por debilidad, arreflexia y fasciculaciones.

17. **En la ventana paraesternal eje largo, ¿cuál es la estructura anatómica clave para diferenciar un derrame pericárdico de un derrame pleural?**
    a) La válvula mitral.
    b) La aorta torácica ascendente.
    c) La aorta torácica descendente.
    d) El ventrículo derecho.

18. **Según directrices ERS/ATS, en un paciente con edema agudo de pulmón cardiogénico, con insuficiencia respiratoria aguda, sin shock ni necesidad inmediata de revascularización, ¿cuál es la recomendación correcta sobre ventilación mecánica no invasiva (VMNI)?**

    a) La VMNI está contraindicada; se recomienda únicamente oxigenoterapia convencional y diuréticos hasta disponer de cama de UCI.

    b) Se recomienda el uso de VMNI (indistintamente CPAP o presión soporte/bilevel) frente al tratamiento estándar, al haber demostrado reducción de necesidad de intubación y mejoría clínica.

    c) Sólo CPAP está recomendada; el modo presión de soporte/bilevel aumenta la incidencia de infarto agudo de miocardio y está desaconsejado.

    d) La decisión de utilizar VMNI debe reservarse exclusivamente al entorno de UCI, no recomendándose su uso en Urgencias.

19. **Un paciente de 58 años con hipertensión arterial presenta pérdida brusca, indolora y completa de visión en ojo izquierdo. En el fondo de ojo se observa mancha "rojo cereza" macular. ¿Cuál es el diagnóstico?**

a) Hemorragia vítrea.

b) Desprendimiento de retina regmatógeno.

c) Oclusión arterial central de retina.

d) Obstrucción venosa central de retina.

20. **Según las recomendaciones de las guías de la *Difficult Airway Society* (DAS) 2015/22 para la intubación difícil no prevista en adultos, tras el fracaso de la intubación traqueal (Plan A) y el fracaso subsiguiente de la oxigenación mediante dispositivo supraglótico (Plan B), ¿cuál es la acción prioritaria en el "Plan C"?**

a) Realizar una cricotiroidotomía con aguja inmediatamente.

b) Despertar al paciente si es posible, posponiendo la cirugía.

c) Intentar ventilar con mascarilla facial a dos manos y considerar el uso de relajante muscular si no se ha administrado dosis plenas anteriormente.

d) Realizar un tercer intento de intubación con video-laringoscopio u otro cambio en el procedimiento.

21. **Paciente con trauma grave que se inicia protocolo de transfusión masiva activado por la escala ABC y confirmado por TASH score. Comienza con hipotensión refractaria a pesar de los hemoderivados y vasopresores, objetivándose un alargamiento del QT en el monitor y ECG de 12 derivaciones. ¿Qué alteración electrolítica debe sospechar y tratar empíricamente?**

a) Hiperpotasemia.

b) Hipocalcemia.

c) Hipomagnesemia.

d) Hiponatremia.

22. **La dosis de adrenalina intramuscular en anafilaxia en un lactante de 4 kg es:**

a) 0,02
b) 0,03
c) 0,04
d) 0,05

23. Paciente de 65 años en tratamiento con quimioterapia por cáncer de pulmón no microcítico. Acude a urgencias por fiebre de 38.5°C. Analítica: 300 neutrófilos/mm³. El paciente está hipotenso (TA 90/60) y confuso. Según la escala MASCC, ¿cuál es la clasificación de riesgo y el manejo empírico inicial más adecuado?

a) Riesgo bajo; alta con Ciprofloxacino + Amoxicilina/Clavulánico oral.

b) Riesgo bajo; ingreso para observación y Ceftriaxona iv.

c) Riesgo alto; ingreso y tratamiento con Piperacilina-Tazobactam iv (o Carbapenem) +/- Amikacina.

d) Riesgo alto; ingreso y tratamiento con Vancomicina iv en monoterapia.

24. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA en relación con el contacto accidental con ácido fluorhídrico (HF)?

a) La exposición cutánea a HF puede causar dolor retrasado y quemaduras profundas incluso con concentración baja.

b) El lavado con agua está contraindicado porque favorece la penetración del HF en tejidos profundos.

c) La hipercalcemia es la complicación más frecuente tras la exposición cutánea.

d) La toxicidad sistémica es similar a la del ácido sulfúrico.

25. Señale la respuesta FALSA respecto a la escala ABCD2:

a) La escala ABCD2 sirve para valorar el riesgo de recurrencia de AIT.

b) La escala ABCD2 puntúa entre 0 y 7 puntos.

c) La secala ABCD2 puntua a pacientes mayores de 60 años, TA>140/90, duración>10 minutos y la clínica del episodio.

d) La escala ABCD2 incluye: edad, TA clínica, deterioro cognitivo y duración del episodio.

26. Indique cuál de los siguientes ítems NO sería criterio para la activación del código Ictus:

a) Tiempo de inicio de los síntomas desconocido.

b) Un punto en la escala de Cincinnati(CPSS).

c) Cuatro puntos en la escala de mRankin.

d) Pérdida de equilibrio o coordinación.

27. En relación con los mecanismos de acción de la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) en insuficiencia respiratoria aguda, ¿cuál de los siguientes NO contribuye realmente al efecto terapéutico?

a) Menor dilución del oxígeno suministrado (mejor FiO2 efectiva suministrada).

b) Efecto CPAP-like con presiones de 2-3 cm H2O (boca abierta) o 5-7 cm H2O (boca cerrada).

c) Eliminación completa del CO2 espirado mediante mejor oxigenación y disminución del trabajo respiratorio.

d) Disminución del espacio muerto anatómico e incremento de ventilación alveolar efectiva.

28. Un paciente con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con empagliflozina presenta glucemia 120 mg/dL, pH 7,28, HCO3- 18 mEq/L, cetonemia 3,2 mmol/L, anion gap 15. ¿Cumple criterios diagnósticos de cetoacidosis diabética?

a) No, porque no tiene hiperglucemia significativa.

b) Sí, cumple los 3 criterios esenciales (es una cetoacidosis diabética euglucémica).

c) No, porque el pH no es lo suficientemente bajo.

d) Sí, pero es una entidad distinta que no requiere insulina.

29. Un paciente con cetoacidosis diabética grave en tratamiento con insulina IV continua con mejoría clínica (glucemia 180 mg/dL, pH 7,35, HCO3- 20 mEq/L) y tras 8 horas tolera vía oral. ¿Cuál es la pauta CORRECTA para transición a insulina subcutánea?

a) Suspender la perfusión de insulina IV y administrar inmediatamente la primera dosis de insulina subcutánea para evitar hiperglucemia de rebote.

b) Administrar la primera dosis de insulina subcutánea y mantener la perfusión intravenosa continua de insulina durante 2 horas adicionales como medida de seguridad.

c) Mantener la perfusión de insulina IV 4 horas más tras la primera dosis de insulina subcutánea para garantizar cobertura metabólica durante la transición.

d) Suspender la perfusión de insulina 30 minutos antes de la administración de insulina subcutánea para minimizar riesgo de hipoglucemia.

30. Un paciente con shock séptico manifiesta presión arterial media <65 mmHg persistente a pesar de noradrenalina 0,25 µg/kg/min y una reposición adecuada de volumen. ¿Cuál es la conducta CORRECTA?

a) Aumentar progresivamente noradrenalina hasta el máximo permitido.

b) Añadir vasopresina en lugar de incrementar más noradrenalina.

c) Cambiar a adrenalina como único vasopresor.

d) Agregar dobutamina inmediatamente.

31. En un paciente adulto con hipotermia accidental grave y parada cardiorrespiratoria, ¿en cuál de las siguientes situaciones está indicada la aplicación de la escala HOPE para guiar la toma de decisiones terapéuticas?

a) En todo paciente con temperatura central <35 °C independientemente del ritmo cardíaco.

b) En pacientes con hipotermia secundaria a sepsis y fracaso multi-orgánico.

c) En pacientes con hipotermia accidental con parada cardíaca candidata a recalentamiento extracorpóreo.

d) En pacientes con hipotermia moderada con estabilidad hemodinámica.

32. En un paciente intubado, la morfología de la onda de capnografía muestra una fase de meseta (fase III) muy inclinada y prolongada, sin alcanzar una meseta plana, asemejando una aleta de tiburón. Esto indica:

a) Obstrucción al flujo aéreo espiratorio (Broncoespasmo / EPOC / Asma).

b) Fuga en el manguito del tubo endotraqueal.

c) Hipoventilación central.

d) Oscilaciones cardiogénicas.

33. Cuál NO es un criterio de la enfermedad de Kawasaki en el niño:

a) Inyección conjuntival bilateral.

b) Exantema polimorfo generalizado vesicular.

c) Linfadenopatia cervical al menos un ganglio linfático en el cuello mayor de 1.5 cm.

d) Cambios en la mucosa bucal como labios agrietados y rojos, lengua aframbuesada.

34. En un paciente con TCE grave y signos clínicos de herniación inminente (anisocoria en progresión con posturas de descerebración), ¿cuál es el manejo CORRECTO de la ventilación mecánica en Urgencias?

a) Mantener normocapnia estricta (etc02 35-40 mmHg) en todo para evitar la isquemia.

b) Hiperventilación profiláctica mantenida (etc02 < 25 mmHg) desde ingreso para reducir el volumen sanguíneo cerebral.

c) Hiperventilación moderada transitoria (etc02 30-35 mmHg) solo como medida de rescate ante signos de herniación.

d) Permitir hipercapnia permisiva (etc02 45-50 mmHg) para mejorar la oxigenación cerebral mediante vasodilatación.

35. En relación con el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) y su interpretación clínica ante una situación de urgencia, señale la respuesta FALSA:

a) Un paciente que presenta una apariencia normal, pero con aumento del trabajo respiratorio (tiraje subcostal y aleteo nasal) y piel rosada, se clasifica en una situación de Dificultad Respiratoria.

b) Si un lactante presenta una apariencia alterada (hipotonía y falta de interacción) junto con una piel moteada/marmórea, pero mantiene una frecuencia respiratoria normal sin signos de esfuerzo, debemos sospechar de un Shock Descompensado.

c) La presencia exclusiva de una apariencia alterada (nemotecnia TICLS positiva), manteniendo el lado de la respiración y la circulación normales, siempre indica una Parada Cardiorrespiratoria inminente.

d) El componente de la "Apariencia" es el indicador más sensible para valorar el estado de oxigenación, ventilación y perfusión cerebral del paciente pediátrico.

36. Respecto a las tendencias suicidas asociadas al uso de antidepresivos en niños y adolescentes, es FALSO que:

a) La fluoxetina es el único fármaco aprobado para el tratamiento del trastorno depresivo en niños y adolescentes.

b) La sertralina está indicada en pacientes de 6 a 17 años con trastorno obsesivo compulsivo.

c) En caso de emplearse antidepresivos en niños y adolescentes debe supervisarse cuidadosamente la aparición de tendencias suicidas.

d) Según la evidencia observacional los ISRS no aumentan el riesgo de suicidio.

37. ¿En cuál de las siguientes situaciones clínicas es más probable encontrar el signo electrocardiográfico de Spodick?

a) Infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST).

b) Repolarización precoz.

c) Pericarditis aguda en fase inicial.

d) Hiperkalemia moderada.

38. Un paciente de 19 años presenta depresión del SNC, miosis y compromiso respiratorio. Test de drogas en orina negativo para opioides. Se sospecha intoxicación por isotonitazeno. ¿Cuál es el antídoto indicado y la dosis recomendada?

a) Los nitazenos requieren dosis habituales de naloxona de 0,2-0,4 mg IV, que se pueden repetir cada 2-3 minutos, hasta una dosis total de 2-4 mg.

b) La cinética de disociación lenta de los nitazenos se correlaciona con una reducida sensibilidad a la naloxona, por lo que se requieren dosis altas y repetidas, y/o perfusión continua.

c) El antídoto de primera elección de los nitazenos es nalmefeno, especialmente indicado en uso concomitante de agonistas opioides.

d) La naloxona es ineficaz en la intoxicación por nitazenos, dado que son nuevas sustancias psicoactivas sintéticas no opioides.

39. Un paciente en tratamiento anticoagulante con heparina sódica IV por tromboembolia pulmonar desarrolla hemorragia activa grave. ¿Cuál es el antagonista específico y dosis recomendada?

a) Vitamina K 10 mg IV.

b) Sulfato de protamina IV: 1 mg por cada 100 UI de heparina a neutralizar.

c) Plasma fresco congelado 10-15 mL/kg.

d) Transfusión de plaquetas.

40. Según las Surviving Sepsis Campaign International Guidelines, ¿cuál de las siguientes escalas tiene MENOR valor predictivo como herramienta única de cribado de sepsis en Urgencias?

a) NEWS-2 (National Early Warning Score 2).

b) SOFA completo (Sequential Organ Failure Assessment).

c) qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment).

d) MEWS (Modified Early Warning Score).

41. **Un paciente de 67 años presenta fiebre 38.5°C, TA 95/62 mmHg, frecuencia cardiaca (FC) 128 lpm, frecuencia respiratoria (FR) 26 rpm, con una infección urinaria sospechada. Según Sepsis-3 (2016, reafirmada 2021), ¿cuál es el criterio diagnóstico más preciso para confirmar sepsis?**

a) Infección sospechada más dos de los siguientes: TAS <90 mmHg, FC >120 lpm, FR >24 rpm, alteración del nivel de conciencia.

b) Infección confirmada o sospechada más aumento agudo de ≥2 puntos en la escala SOFA respecto al nivel basal.

c) Presencia de bacteriemia documentada mediante hemocultivo positivo más fiebre superior a 38°C.

d) Cumplimiento de criterios de SIRS más identificación de foco infeccioso.

42. **Una paciente de 24 años ingiere 15 gramos de paracetamol. A las 4 horas, el nomograma Rumack-Matthew sitúa el nivel plasmático por encima de línea de riesgo. ¿Cuál es el marcador analítico que se eleva primero indicando hepatotoxicidad?**

a) Elevación de bilirrubina total que anticipa daño hepatocelular irreversible.

b) Elevación de AST/ALT, siendo AST la que se eleva primero entre las 24-36 horas postingesta.

c) Prolongación del tiempo de protrombina con cifras críticas si TP <30% en primeras 48 horas.

d) Hipoglucemia persistente que indica necrosis masiva.

43. **Paciente de 30 años con Síndrome Antifosfolípido (SAF) primario en tratamiento con acenocumarol (sintrom). Acude por dolor abdominal, confusión y disnea. En la analítica: Trombocitopenia severa (<50.000), anemia hemolítica microangiopática (esquistocitos) y elevación de enzimas hepáticas y creatinina. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

a) Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT).

b) Síndrome Antifosfolípido Catastrófico (CAPS).

c) Coagulación Intravascular Diseminada (CID) por sepsis.

d) Sobredosificación de acenocumarol.

44. **¿Cuál es el esquema de tratamiento inicial de dexametasona en compresión medular neoplásica con síntomas neurológicos?**

a) 10 mg en bolo IV, seguidos de 4 mg/12 h IV desde el inicio.
b) 10-20 mg en bolo IV, seguidos de 4-6 mg/6-8 h IV.
c) 40 mg/24 h IV.
d) 8 mg/12 h IV.

45. Un paciente adulto, sin antecedentes personales de interés, acude a urgencias por una monoartritis de rodilla derecha con signos flogosis e hidrops. Se realiza artrocentesis y se obtienen muestar de líquido sinovial: bioquímica aspecto turbio 15.000 leucocitos/µL, 85% de polimorfonucleares, proteínas 2,5 g/dL y glucosa de 25 mg/dL (glucemia 120 mg/dL). Hasta la obtención de la tinción de Gram. ¿Cuál es la mejor elección antibiótica empírica inicial para este paciente a la espera del gram y de los cultivos?

a) Cloxacilina 2 g/6 h IV más ceftriaxona 2 g/24 h IV.

b) Ceftazidima 1 g/8 h IV más vancomicina 1 g/12 h IV.

c) Ciprofloxacino 400 mg/12 h IV más aztreonam 1 g/8 h IV.

d) Cloxacilina 2 g/6 h IV en monoterapia.

46. ¿Según la fórmula de Parkland – Baxter a qué velocidad (en ml/h) debe infundirse el Suero Ringer lactato durante las primeras 8 horas en un varón de 75 kg de peso y 27% de SCQT?

a) 253 ml/h

b) 374 ml/h

c) 490 ml/h

d) 506 ml/h

47. Un varón de 55 años con antecedentes de HTA mal controlada acude por dolor transfixiante irradiado a región interescapular de inicio súbito. Presenta una PA de 180/100 mmHg y un soplo de insuficiencia aórtica de nueva aparición. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica más probable y la clasificación correspondiente?

a) Disección aórtica Stanford B.

b) Disección aórtica Stanford A.

c) Aneurisma de aorta abdominal complicado.

d) Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).

48. En el plano paraesternal eje corto a nivel de grandes vasos podemos visualizar:

a) Válvula Aortica y válvula tricúspide.

b) Valvulas aortica, mitral y pulmonar.

c) Aorta, cava inferior y cava superior.

d) Ninguna es cierta.

49. Ante un paciente que a su llegada a urgencias presenta un cuadro agudo vertiginoso continuado y persistente que se asocia a náuseas, vómitos y nistagmus, realizaríamos un diagnóstico diferencial entre neuritis vestibular e ictus vertebrobasilar mediante la exploración con el test HINTS obteniendo los siguientes resultados. Señale la repuesta INCORRECTA:

a) Un nistagmus horizontal de dirección cambiante sugiere un origen central.

b) El impulso oculocefálico (HIT) normal sugiere un origen central.

c) El desalineamiento ocular vertical (skew desviation) indica origen central.

d) Un nistagmus horizontal unidireccional descarta un origen central.

50. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente el signo de Spodick en el electrocardiograma?

a) Elevación difusa del segmento ST con concavidad superior.

b) Descenso del segmento PR y elevación del ST localizada en derivaciones contiguas.

c) Descenso progresivo del segmento TP, especialmente visible en derivaciones inferiores y laterales.

d) Ondas T negativas simétricas en derivaciones precordiales.

51. En un paciente malnutrido (IMC 13 kg/m^2) que inicia soporte nutricional, a las 24 horas desarrolla edema, debilidad, tetania, hipotensión, desorientación y arritmias. La sospecha clínica es un síndrome de realimentación. ¿Cuál de los siguientes datos analíticos constituye un criterio MAYOR diagnóstico?

a) Sodio sérico 160 mmol/L (hipernatremia).

b) Fosfato sérico 1,9 mg/dL (hipofosfatemia).

c) Magnesio sérico 1,5 mg/dL (hipomagnesemia).

d) Potasio sérico 3,2 mmol/L (hipopotasemia).

52. En la hiponatremia severa (Na+ 118 mEq/L) aguda sintomática con convulsiones, ¿cuál es la velocidad máxima segura de corrección para evitar encefalomielinolisis osmótica?

a) 4-6 mEq/L en 24 h.

b) 8-10 mEq/L en 24 h.

c) 20 mEq/L por urgencia grave.

d) Suero fisiológico rápido hasta Na+ >125.

53. Durante un episodio de Taquicardia Ventricular Monomórfica Sostenida en un paciente con función ventricular deprimida (FEVI 30%), el paciente se mantiene estable hemodinámicamente. Según la evidencia actual y las recomendaciones de la ERC, ¿qué fármaco es preferible para el control del ritmo?

a) Procainamida 50 mgr IV en 2min.

b) Amiodarona 150 mg IV en 10 min.

c) Sotalol 1.5 mg/kg IV.

d) Lidocaína 1 mg/kg IV.

54. En un paciente con trauma grave atendido en el box de reanimación inducida por trauma se monitoriza la coagulación mediante el uso de test viscoelásticos, (tromboelastometría rotacional (ROTEM)). Un trazado en FIBTEM con una amplitud a los 5 minutos (A5) < 7 mm indica:

a) Déficit de factores de la vía intrínseca.

b) Hiperfibrinolisis fulminante.

c) Déficit funcional o cuantitativo de fibrinógeno.

d) Trombocitopenia severa.

55. Respecto a la presentación de las líneas B en la ecografía pulmonar, ¿qué afirmación es la CORRECTA?

a) Son artefactos de reverberación verticales, que se repitan a intervalos regulares debajo de la línea pleural y se asocian siempre con el pulmón normal.

b) Son artefactos de reverberación verticales, profundos, hiperecoicos, que parten de la línea pleural y que borran las líneas A.

c) Son artefactos de reverberación hiperecoicos, verticales y profundos que no parten de la línea pleural y borran las líneas A.

d) Son artefactos de reflexión perpendiculares a la línea pleural, profundos, que borran las líneas A. Traduce un aumento de densidad en el tejido intersticial que distingue específicamente entre neumonía y edema pulmonar.

56. ¿Cuál es el hallazgo ecográfico clave que permite diferenciar un desprendimiento de retina (DR) de un desprendimiento de vitreo posterior (DVP)?

a) La presencia de una membrana hiperecoica móvil en la cavidad vítrea.
b) La membrana se mantiene anclada o unida al disco óptico.
c) La apariencia de la membrana como “algas marinas balanceándose”.
d) La membrana desaparece o se desvanece al reducir la ganancia del ecógrafo.

57. La gasometría arterial de un paciente evidencia: pH 7,28, PaCO2 30 mmHg, HCO3- 14 mEq/L, anion gap 24 mEq/L. ¿Cuál es la interpretación correcta del trastorno ácido-base y la etiología más probable?

a) Acidosis metabólica con anion gap normal compatible con diarrea grave y pérdidas de bicarbonato.

b) Acidosis metabólica con anion gap elevado compatible con cetoacidosis, intoxicación o insuficiencia renal aguda.

c) Acidosis respiratoria compensada compatible con EPOC reagudizado.

d) Alcalosis metabólica mixta compatible con vómitos severos y deshidratación.

58. En un paciente con insuficiencia cardíaca con fracción eyección 30% e hiperpotasemia moderada crónica (K 5,8 mEq/L), ¿cuál es el agente antihiperkalemiante con una mejor tolerabilidad hemodinámica?

a) Poliestireno de sodio (resina intercambiadora catiónica).

b) Diuréticos de asa.

c) Ciclosilicato de sodio-zirconio (SZC/Lokelma).

d) Diuréticos ahorradores de potasio.

59. Una paciente diabética con descompensación hiperglucémica hiperosmolar presenta glucemia 680 mg/dL, osmolaridad 345 mOsm/kg y estado mental confuso. Tras 8 horas de tratamiento: glucemia 330 mg/dL, osmolaridad 330 mOsm/kg, persistiendo la confusión. ¿Cuál es la conducta CORRECTA?

a) Criterio de resolución cumplido: glucemia <350 mg/dL, puede trasladarse a planta.

b) Criterio de resolución cumplido: osmolaridad <335 mOsm/kg, iniciar transición a insulina subcutánea.

c) Criterio de resolución parcialmente cumplido: falta normalizar solamente el nivel de consciencia.

d) Ningún criterio de resolución se ha cumplido aún; debe continuar tratamiento intensivo con monitorización.

60. Un joven de 19 años con WPW presenta una taquicardia ortodrómica (complejo estrecho) a 190 lpm. Tras el fracaso de maniobras vagales y ante la aparición de hipotensión moderada, el médico se plantea el uso de fármacos. ¿Cuál es el riesgo fisiopatológico primordial de administrar calcio-antagonistas, beta-bloqueantes o Digoxina en este contexto?

a) Inducción de una Fibrilación Ventricular por facilitación de la conducción por la vía accesoria.

b) Desarrollo de una asistolia por bloqueo completo del sistema His-Purkinje.

c) Crisis hipertensiva por estimulación simpática refleja.

d) Edema agudo de pulmón por efecto inotrópico negativo extremo.

61. En el contexto de un neumotórax traumático oculto (visible en TAC, pero no en Radiografía simple de tórax) en un paciente estable, ¿cuál es la recomendación actual respecto al drenaje torácico?

a) Drenaje torácico profiláctico siempre.

b) Observación clínica, salvo que el paciente vaya a ser sometido a ventilación mecánica con presión positiva (VPP) prolongada o transporte aéreo, donde se puede considerar el drenaje.

c) Punción aspirativa con aguja.

d) Video-toracoscopia urgente.

62. En la valoración de la gravedad de una Colitis Ulcerosa aguda grave en urgencias, ¿qué criterios definen el "Brote Grave" que requiere ingreso inmediato y esteroides iv (Criterios de Truelove-Witts modificados)?

a) > 4 deposiciones/día y dolor abdominal.

b) > 6 deposiciones sanguinolentas/día, toxicidad sistémica (Taquicardia >90, Tª >37.8, Hb <10.5 o VSG >30).

c) Presencia de megacolon o niveles en la radiografía.

d) PCR elevada aislada.

63. En el manejo de la taquicardia ventricular polimorfa tipo *Torsades de Pointes* adquirida, señale la repuesta INCORRECTA:

a) Corregir las alteraciones hidroelectrolíticas y retirar fármacos desencadenantes.

b) Administrar Sulfato de magnesio iv para estabilizar la membrana celular miocárdica.

c) Valorar Isoprenalina iv para aumentar la frecuencia cardíaca.

d) Realizar cardioversión sincronizada en caso de inestabilidad hemodinámica.

64. El algoritmo de Barcelona se utiliza para el diagnóstico electrocardiográfico de infarto agudo de miocardio en paciente con bloqueo de rama izquierda. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre dicho algoritmo es FALSA?

a) Considera como criterio diagnóstico la desviación del ST ≥1 mm concordante con la polaridad del QRS en cualquier derivación.

b) Incluye como criterio diagnóstico la desviación del ST ≥1 mm discordante en derivaciones donde la amplitud máxima de la onda R o S sea ≤6 mm.

c) El algoritmo Barcelona ha demostrado mayor sensibilidad que los criterios clásicos de Sgarbossa en cohortes validadas.

d) Considera relevante cualquier elevación discordante del ST ≥5 mm, sin importar el voltaje del QRS.

65. Un paciente de 65 años en tratamiento con dabigatrán por fibrilación auricular acude al servicio de urgencias por una hemorragia intracraneal. ¿Cuál es el antagonista específico recomendado y su dosis CORRECTA?

a) Vitamina K 10 mg intravenosa lenta.

b) Idarucizumab 5 g, dos infusiones consecutivas de 2,5 g separadas no más de 15 minutos.

c) Concentrado de complejo protrombínico 15-25 UI/kg máximo 3.000 UI.

d) Plasma fresco congelado 10-15 mL/kg.

66. Un paciente con una intoxicación por betabloqueantes recibe glucagón intravenoso en altas dosis sin respuesta hemodinámica satisfactoria. ¿Cuál es el siguiente paso farmacológico?

a) Seguir aumentando progresivamente el glucagón IV hasta 10 mg/kg/min.

b) Administrar terapia HIET con insulina IV en altas dosis más glucosa IV (indicación grado I).

c) La adrenalina es la catecolamina de elección si hay hipotensión.

d) Cambiar a emulsión lipídica si no hay respuesta al glucagón IV.

67. En un paciente con sospecha clínica de sepsis grave, pero SIN confirmación de infección bacteriana tras 48-72 horas, con antibioterapia empírica, ¿cuál es la recomendación según Antibiotic Stewardship Programs?

a) Mantener la antibioterapia empírica indefinidamente hasta descartar completamente infección.

b) Cambiar a antibióticos de espectro restringido basados en resultados de cultivos.

c) Interrumpir la antibioterapia si el síndrome clínico no es consistente con infección bacteriana.

d) Añadir fármacos inmunomoduladores para mejorar la respuesta del hospedador.

68. ¿Cuál es el mecanismo de acción y la dosis recomendada de Sugammadex para la reversión inmediata de un bloqueo profundo por Rocuronio (1.2 mg/kg) en una situación de "no intubable, no ventilable" al que se quiere despertar?

a) Quelante selectivo, dosis de 4 mg/kg.

b) Inhibidor de la colinesterasa, dosis de 16 mg/kg.

c) Quelante selectivo, dosis de 16 mg/kg.

d) Antagonista competitivo, dosis de 2 mg/kg.

69. Mujer de 45 años con trauma toraco-abdominal. Presenta pH 7.23, Exceso de Bases - 7 mmol/L, Calcio iónico 0.7 mmol/L y Temperatura de 35.3ºC. En prehospitalaria (ASVAs) se ha administrado 1 gr de ácido tranexamico ¿Qué medida es prioritaria para optimizar la eficacia de los factores de coagulación en esta paciente atendiendo a las recomendaciones de la guía "European Guideline on Management of Major Bleeding and Coagulopathy"?

a) Administración de Gluconato de Calcio al 10%.

b) Administración de Bicarbonato Sódico 1molar 50 meq.

c) Hiperventilación controlada.

d) Uso de mantas de aire caliente (calentamiento superficial) más administración de 1gr adicional de ácido tranexámico.

70. Acude al servicio de urgencias un paciente con luxación temporomandibular (ATM) aguda bilateral espontánea tras un bostezo. Tiene la boca abierta, bloqueada y es incapaz de cerrarla (mordida abierta anterior). ¿Cuál es la maniobra de reducción manual indicada?

a) Maniobra de Kocher.

b) Maniobra de Nelaton.

c) Maniobra de Stimpson.

d) Maniobra de Gerber.

71. En la hemorragia digestiva alta (HDA) por varices esofágicas en un paciente cirrótico con sangrado activo, señale la opción que mejor recoge la estrategia farmacológica y de rescate recomendada:

a) Iniciar somatostatina o terlipresina lo antes posible, asociando posteriormente ligadura endoscópica; en caso de fracaso farmacológico-endoscópico, considerar derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) precoz en pacientes Child-Pugh B8–B9 con sangrado activo o C ≤ 13.

b) Reservar el tratamiento con terlipresina para después de la ligadura endoscópica, para evitar hipotensión severa.

c) Utilizar exclusivamente balón de Sengstaken-Blakemore como tratamiento de primera línea y dejar la TIPS como alternativa muy excepcional.

d) Evitar profilaxis antibiótica en el cirrótico con HDA varicosa, por falta de impacto demostrado en la mortalidad.

72. En cuanto a la clasificación de fármacos antiarrítmicos de Sing-Vaughan Willians, señale la respuesta FALSA:

a) Los antiarrítmicos Clase IV bloquean los canales de Calcio no dihidropiridínicos.

b) La lidocaína es un antiarrítmico que pertenece al grupo IA.

c) La Amioradona se incluye en el grupo III de fármacos antiarrítmicos.

d) La clase II son fármacos antagonistas de los receptores beta-adrenérgicos.

73. Paciente de 25 años que acude tras sufrir una agresión física con impacto directo en la órbita derecha con un objeto romo (puño). A la exploración presenta endoftalmos visible, diplopía monocular vertical (al mirar hacia arriba) y anestesia en la región infraorbitaria, ala nasal y labio superior ipsilateral. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y la estructura anatómica afectada?

a) Fractura del suelo de la órbita con atrapamiento del músculo recto inferior.

b) Fractura del techo de la órbita con afectación del nervio supratroclear.

c) Fractura naso-órbito-etmoidal (NOE) con lesión del canto medial.

d) Fractura del arco cigomático aislada.

74. Una mujer de 60 años presenta dolor retroesternal súbito e intenso, episodios de vómitos enérgicos, acompañado de enfisema subcutáneo cervical y taquipnea. La radiografía de tórax muestra neumomediastino y derrame pleural izquierdo. Ante la sospecha de perforación esofágica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones se ajusta mejor a las recomendaciones de tratamiento?

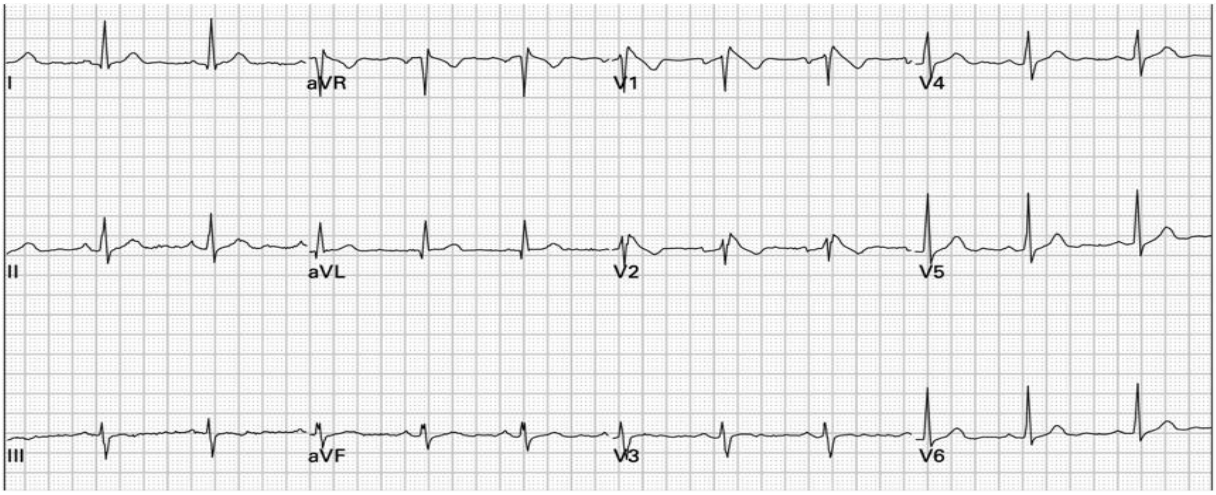
a) La endoscopia digestiva alta es la prueba de elección inicial, incluso si se sospecha perforación, porque permite confirmar el diagnóstico y tratar la lesión.

b) La esofagografía con bario está indicada de entrada, ya que el contraste hidrosoluble tiene elevada sensibilidad diagnóstica.

c) La tomografía computarizada (TC) de tórax con contraste es la técnica de elección cuando la radiografía simple es normal o poco concluyente y hay sospecha de perforación y mediastinitis.

d) En perforaciones cervicales pequeñas no debe utilizarse antibiótico de amplio espectro, ya que aumenta el riesgo de mediastinitis necrosante.

75. Indique cuál es el diagnóstico más probable ante un paciente de 35 años que presenta el siguiente ECG en urgencias tras haber sufrido episodio sincopal, que a su llegada se encuentra recuperado:



a) Síncope neuromediado con patrón de repolarización precoz.

b) Bloqueo de rama derecha con IAM anterior.

c) Síndrome de Brugada.

d) Intoxicación por antidepresivos tricíclicos.

PREGUNTAS DE RESERVA (Responda en el apartado de "preguntas de reserva")

1. **En endocarditis con hemocultivos NEGATIVOS recurrentes, ¿cuál es el grupo de microorganismos de mayor prevalencia?**

   a) Pseudomona aeruginosa.

   b) Microorganismos como Coxiella, Bartonella, Brucella.

   c) Candida albicans únicamente.

   d) Mycobacterium tuberculosis.

2. **En la intoxicación por salicilatos con acidosis metabólica, ¿cuál es el mecanismo fisiopatológico a nivel del centro respiratorio?**

   a) Depresión directa del centro respiratorio

   b) Estimulación paradójica del centro respiratorio, asociando daño mitocondrial

   c) Acidosis metabólica necesitando solamente una compensación respiratoria

   d) Edema cerebral que produce depresión del centro respiratorio.

3. **Paciente con shock séptico y agitación psicomotriz severa que impide la preoxigenación adecuada con mascarilla reservorio (SatO2 80%). Se decide intubación. ¿Qué procedimiento es el más indicado para lograr la preoxigenación antes de la sedo-relajacion?**

   a) Intubación despierto con fibrobroncoscopio.

   b) Secuencia de Intubación Retardada (DSI) administrando ketamina disociativa (1-1.5 mg/kg) para permitir preoxigenación/CPAP y luego paralizar.

   c) Ventilación agresiva con Bolsa-Mascarilla (Ambu) con presión cricoidea.

   d) Inducción de secuencia rápida estándar inmediata, asumiendo la desaturación.

4. **Exploración sensitiva por dermatomos; indique la respuesta INCORRECTA:**

   a) C6-C7-C8 exploran respectivamente los dedos de la mano 1º-3º-5º.

   b) L5-S1-S2 exploran respectivamente la rótula-primer dedo del pie-fosa poplítea.

   c) L1-L2-L3 exploran respectivamente la región inguinal-parte anterior del muslo-cóndilo femoral medial.

   d) C2-C3-C4 exploran respectivamente la protuberancia occipital-fosa supraclavicular- fosa acromioclavicular.

5. **Respecto a la prevención de crisis epilépticas en un paciente con TCE grave y contusiones hemorrágicas corticales en el TC inicial, señale la opción CORRECTA:**

   a) Está indicado el tratamiento profiláctico con Levetiracetam como primera elección y/o Fenitoína solo durante los primeros 7 días tras el trauma.

   b) Se debe mantener tratamiento anticonvulsivante de por vida para prevenir la epilepsia postraumática tardía.

   c) Solo se debe tratar si el paciente presenta una crisis clínica evidente o actividad focal en el EEG.

   d) El Ácido Valproico es el fármaco de elección por su menor perfil de interacciones en el paciente crítico.

6. **Lactante varón, primogénito de 7 meses es llevado al servicio de urgencias de un hospital comarcal por sus padres. Refieren que el niño presenta tos y secreción nasal y abundante, como antecedente piel atópica. Ambiente epidémico domiciliario. A la auscultación sibilancias y crepitantes inspiratorios. Según la escala Wodd-Downes modificada, señale la respuesta FALSA respecto al cuadro clínico presentado por el paciente.**

   a) Sat02 92-94% respirando a aire ambiente = 1 punto.

   b) Uso de musculatura accesoria de manera intensa y bamboleo abdominal = 2 puntos.

   c) Presencia de frecuencia cardiaca mayor de 130 lpm = 1 punto.

   d) Presencia de frecuencia respiratoria 50-60 rpm = 1 punto.

7. **En la intoxicación por bloqueadores de canales de calcio, ¿cuál es el parámetro de laboratorio que diferencia de la intoxicación por betabloqueantes?**

   a) Hipercalcemia.

   b) Hipopotasemia.

   c) Hiperglucemia severa.

   d) Hipercalemia grave.

8. **En un paciente con adenocarcionoma microcítico de pulmón en tratamento de 2ª línea que presenta un síndrome de lisis tumoral con datos clínicos y analíticos de insuficiencia renal aguda, oliguria, disminución del FG 30 con aumento de creatinina 2, 7 y urea 123, ¿cuál es el fármaco de elección y dosis recomendada?**

   a) Manitol 1 g/kg IV en bolo.

   b) Furosemida 20 mg/8 h por vía intravenosa.

   c) Dopamina 5-10 µg/kg/min IV.

   d) Albúmina humana al 20% 100 mL.

9. Entre los diferentes criterios electrocardiográficos y algoritmos que se emplean en el diagnóstico diferencial de la taquicardia regular de QRS ancho que permiten diferenciar taquicardia ventricular (TV) y taquicardia supraventricular conducida con aberrancia (TSV). Señale la respuesta INCORRECTA:

a) El algoritmo de Vereckei valora la morfología del QRS en aVR.

b) La presencia de onda R inicial en aVR sugiere taquicardia ventricular (TV).

c) La ausencia de complejos RS en precordiales sugiere TV según el algoritmo de Brugada.

d) La disociación aurículo-ventricular es muy sensible pero poco específica para TV.