

**CONVOCATORIA**  
**CONCURSO-OPOSICIÓN**  
**P U E S T O**  
**MÉDICO ADJUNTO DE URGENCIAS**  
**DEL SNS-OSASUNBIDEA**

**RESOLUCIÓN 56E/2021, de 13 de enero, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se aprueba el texto de la convocatoria para la provisión, mediante concurso-oposición, de 7 puestos de Médico Adjunto de Urgencias del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea**

**PRUEBA: CUESTIONARIO PREGUNTAS**

**Fecha: 5 DE JUNIO DE 2021**

**NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE**  
**MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR**

1. **En los pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) inestable con indicación de fibrinólisis, es una contraindicación relativa:**
  - a) Hipertensión arterial no controlada > 180/110
  - b) Sangrado reciente (extracraneal)
  - c) Ictus isquémico > 3 meses antes
  - d) Anticoagulación
  
2. **Respecto a las reacciones adversas de las transfusiones sanguíneas ¿Cuál de ellas NO es una reacción inmune?**
  - a) Fiebre
  - b) Reacción hemolítica aguda
  - c) Trombocitopenia
  - d) Urticaria
  
3. **Señale de las siguientes respuestas cual es la VERDADERA sobre el ácido tranexámico**
  - a) La dosis recomendada en bolo actual es de 30 mg/kg (máximo 1'5 g)
  - b) Posteriormente al bolo se puede administrar una perfusión de 0'5 g/hora durante un máximo de 6 horas
  - c) En el estudio CRASH-2 (Clinical Randomisation of an Antifibrinolytic in Significant Haemorrhage) el ácido tranexámico demostró mejoría en pronóstico de recuperación, pero no disminución en la mortalidad
  - d) Se encuentra dentro de los fármacos con acción antifibrinolítica en la hemorragia masiva
  
4. **En un paciente doblemente antiagregado con ácido acetilsalicílico y clopidogrel ¿qué fármaco está indicado para control de la hemorragia grave?**
  - a) Fitometadiona
  - b) Idarucizumab
  - c) Ácido tranexámico
  - d) Acetato de desmopresina
  
5. **Referido a las causas de coagulación intravascular diseminada (CID) ¿Cuál de éstas NO es correcta?**
  - a) Sepsis
  - b) Preeclampsia
  - c) Fractura de pelvis
  - d) Neoplasia sólida
  
6. **¿Cuál de estos factores NO es considerado de riesgo para infección por Enterococcus en las infecciones intraabdominales?**
  - a) Neutropenia
  - b) Valvulopatía
  - c) Receptor de trasplante de órgano solido
  - d) Origen colónico

- 7.Cuál de los siguientes es un microorganismo frecuente en meningitis bacteriana en neonatos:**
- a) Listeria monocytogenes
  - b) Neisseria meningitidis
  - c) Haemophilus influenzae b
  - d) Streptococcus grupo A
- 8. ¿Cuál de las siguientes infecciones NO precisa medidas de aislamiento para evitar la transmisión por vía aérea?**
- a) Herpes zoster diseminado
  - b) Sarampión
  - c) Tosferina
  - d) Tuberculosis no bacilífera
- 9. Se recomienda la realización de una serología para el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) de carácter NO urgente en personas atendidas en los servicios de urgencias por:**
- a) Pacientes en los que se sospeche que haya existido práctica de “chemsex” actual o previa.
  - b) Con diagnóstico de herpes zoster en menores de 65 años sin otros factores predisponentes conocidos para padecer herpes zoster.
  - c) Personas con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad entre 18 y 65 años sin patologías predisponentes alternativas que impliquen un aumento del riesgo de padecer neumonía adquirida en la comunidad
  - d) Todas las anteriores
- 10. NO es una opción de tratamiento ambulatorio de la enfermedad inflamatoria pélvica:**
- a) Ceftriaxona 250 mg dosis única intramuscular más doxiciclina 100 mg/12 h 14 días
  - b) Ceftriaxona 125 mg dosis única intramuscular más azitromicina 1 g vía oral dosis única
  - c) Ceftriaxona 250 mg dosis única intramuscular más doxiciclina 100 mg/12 h 14 días más metronidazol 500 mg/12 h 14 días
  - d) Cefoxitin 2 g intramuscular dosis única más Probenecid 1 g oral dosis única más Doxiciclina 100 mg/12 h 14 días
- 11. En los últimos años la escala de ictus del NIH (National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS) se ha convertido en la escala más utilizada para valorar el estado neurológico inicial, indica qué ítem NO se puntúa en dicha escala:**
- a) Ataxia troncal
  - b) Cuadrantanopsia
  - c) Negligencia
  - d) Extinción auditiva

- 12. Ante un paciente con cefalea en trueno y sospecha de hemorragia subaracnoidea aguda (HSA) indica la respuesta CORRECTA:**
- a) El TAC (tomografía arterial computerizada) craneal sin contraste tiene una sensibilidad para HSA cercana al 100% en las primeras 6 horas
  - b) Una alternativa a la punción lumbar en caso de contraindicación puede ser un angioTAC craneal si el TAC craneal sin contraste resulta no diagnóstico
  - c) Una exploración neurológica normal y la ausencia de signos meníngeos no descarta una HSA
  - d) Todas son correctas
- 13. En la exploración del paciente con diplopía binocular indica la respuesta INCORRECTA:**
- a) Diplopía vertical que empeora al mirar abajo sugiere afectación del III o IV PC
  - b) Diplopía horizontal sugiere afectación del músculo recto medial o recto lateral
  - c) Diplopía en la mirada hacia arriba puede sugerir afectación del oblicuo superior
  - d) El test de Bielschowsky explora la paresia del nervio troquelar
- 14. Ante un paciente con un cuadro agudo vertiginoso continuado y persistente al llegar a urgencias, asociado a náuseas, vómitos y nistagmus, realizamos un diagnóstico diferencial entre neuritis vestibular e ictus vertebrobasilar mediante la exploración con el test HINTS (Head Impulse Nistagmus Test of Skew) con los siguientes resultados. Señala la respuesta INCORRECTA:**
- a) Un nistagmus horizontal de dirección cambiante sugiere un origen central
  - b) El impulso oculocefálico (HIT) normal sugiere una neuritis vestibular
  - c) El desalineamiento ocular vertical (skew deviation) indica origen central
  - d) Un nistagmus horizontal unidireccional no descarta un origen central
- 15. En el manejo de la TA del paciente con Ictus isquémico elegible para tratamiento trombolítico (rtPA) iv, indica la respuesta CORRECTA:**
- a) La TA se trata con Urapidilo de 10-50 mg en bolus iv lento. Contraindicado en caso de asma e Insuficiencia cardíaca.
  - b) Tratar la TA si presenta TAS>185 o TAD>110 antes de iniciar el tratamiento fibrinolítico
  - c) No tratar la TA si presenta TAS<220 o TAD<120 antes de iniciar el tratamiento fibrinolítico
  - d) La fibrinólisis está contraindicada en caso de HTA
- 16. Respecto al índice de definición de riesgo en pacientes neoplásicos neutropénicos (IDSA) ¿Cuál de estos criterios NO forma parte del índice de BAJO riesgo?:**
- a) Neutropenia > 100/m<sup>3</sup> o neutropenia esperada > 7 días
  - b) Neoplasia no progresiva
  - c) Fiebre de foco desconocido o infección simple (infección de tracto urinario, celulitis simple...)
  - d) Neoplasia no progresiva

- 17. En un paciente oncológico en tratamiento con NIVOLUMAB, que presenta síntomas de diarrea en nº 4-6 al día, dolor abdominal y sangre en heces, ¿A qué estadiaje clínico referido a efectos adversos del tratamiento correspondería?:**
- a) Grado 1
  - b) Grado 2
  - c) Grado 3
  - d) Grado 4
- 18. En el tratamiento del dolor oncológico irruptivo, que terapia NO está indicada:**
- a) Morfina de liberación rápida vía oral
  - b) Fentanilo intranasal
  - c) Oxiconona de liberación rápida vía oral
  - d) Fentanilo vía oral
- 19. En un paciente oncológico que presenta mucositis por radioterapia ¿Cuál de estas administraciones NO está indicada?**
- a) Sulcrafato oral
  - b) Aerosol de lidocaína
  - c) Palifermina
  - d) Enjuagues de solución salina al 0.9%
- 20. Según el modelo predictivo de Khorana, ¿cuál de los siguientes cánceres NO tienen un riesgo alto de trombosis?**
- a) Ginecológico
  - b) Pulmón
  - c) Estómago
  - d) Vejiga
- 21. Un niño de 20 kg diagnosticado de diabetes mellitus tipo 1 no portador de ISCI (sistema de infusión continua de insulina subcutánea) es traído a urgencias por no respuesta a estímulos. Se objetiva glucemia 30 mg/dl. ¿Qué tratamiento aplicaría?**
- a) Glucagón intramuscular 0'5 mg y glucosa 10% 80 ml
  - b) Glucagón intramuscular 0'5 mg y glucosa 10% 40 ml
  - c) Glucagón intramuscular 1 mg y glucosa 10% 80 ml
  - d) Glucagón intramuscular 1 mg y glucosa 10% 40 ml
- 22. Asiste usted a una parada cardiorrespiratoria en un niño de 6 años. ¿Qué calibre de tubo endotraqueal sin balón escogería?**
- a) 4'5
  - b) 5
  - c) 5'5
  - d) 6
- 23. Según las nuevas recomendaciones del Consejo Europeo de Reanimación 2021, ¿cuál es el enunciado INCORRECTO en la reanimación del recién nacido?**
- a) Retrasar el pinzamiento del cordón si es posible
  - b) Si respiración jadeante (gasping) realice 5 ventilaciones
  - c) En recién nacido pretérmino (menor de 32 semanas) envuelva sin secar en plástico y coloque en fuente de calor radiante
  - d) Si tras 60 segundos de ventilación la frecuencia cardiaca es menor de 60 lpm iniciar compresiones

- 24. Acude niño de 18 meses con fiebre sin foco al servicio de urgencias. En la valoración se objetiva llanto quejumbroso intermitente con los padres; alerta, pero con respuesta breve a estímulos, rosado y buen estado de hidratación. Que puntuación en la escala YALE (YOS o Escala de McCarthy) obtendría:**
- a) 13
  - b) 10
  - c) 11
  - d) 12
- 25. Lactante de 7 meses, es traído a urgencias por taquipnea y cianosis. Inicio del cuadro progresivo desde hace 6 horas con inicio unos 30 minutos tras la cena. Al extraer muestra analítica se objetiva sangre color chocolate. Usted administraría para tratar al paciente:**
- a) No precisa azul de metileno
  - b) 3-5 mg de azul de metileno
  - c) 4-6 mg de azul de metileno
  - d) 7-14 mg de azul de metileno
- 26. ¿Cuál de los siguientes NO se incluye entre los criterios de hospitalización para los pacientes del servicio de urgencias con un episodio psiquiátrico agudo?**
- a) El paciente manifiesta deseo expreso de ingreso dentro del contexto de su episodio agudo.
  - b) El paciente muestra riesgo de suicidio u homicidio.
  - c) El paciente tiene una enfermedad comórbida que hace el tratamiento ambulatorio poco seguro.
  - d) El paciente no tiene un apoyo psicosocial para llevar un tratamiento ambulatorio.
- 27. Entre las contraindicaciones del uso del haloperidol NO está:**
- a) La enfermedad de Parkinson.
  - b) La insuficiencia renal crónica.
  - c) Intoxicación alcohólica con depresión del sistema nervioso central.
  - d) Hipersensibilidad al compuesto.
- 28. En el diagnóstico diferencial de trastornos mentales en pacientes con comportamiento anómalo, NO es un factor que sugiera etiología orgánica:**
- a) Primera aparición con menos de 35 años.
  - b) Presencia de alucinaciones visuales.
  - c) Obnubilación.
  - d) Inicio brusco de síntomas en persona previamente sana.
- 29. ¿Cuál de las siguientes NO es una causa de agitación considerada no orgánica?**
- a) Trastorno por ideas delirantes (paranoia)
  - b) Situación de desconexión ambiental en un ingreso en una unidad de cuidados intensivos
  - c) Crisis de angustia
  - d) Delirium tremens

**30.Cuál de los siguientes NO es un ítem de la escala CAM-ICU (Método para valoración del estado confusional en paciente crítico)**

- a) Curso fluctuante
- b) Alteraciones cognitivas
- c) Antecedente de enfermedad psiquiátrica
- d) Disminución de la atención

**31. Ante una sospecha de perforación esofágica, señale la respuesta FALSA**

- a) La Radiografía con contraste hidrosoluble puede ser útil para localizar el nivel de la perforación
- b) La endoscopia digestiva, si estuviera disponible, sería la primera exploración a realizar
- c) El TAC define mejor el aire extraesofágico que la Radiología simple
- d) Las perforaciones espontáneas son más frecuentes a nivel tercio distal.

**32. En una Hemorragia Digestiva Alta por varices esofágicas, señalar la respuesta FALSA**

- a) La terlipresina debe usarse con precaución en pacientes con cardiopatía isquémica
- b) La dosis inicial de somatostatina en bolus IV es de 250 microgramos
- c) La derivación portosistémica percutánea, TIPS, se debe plantear en los casos de hepatopatías muy avanzadas (Child > de 14)
- d) La ligadura con bandas elásticas es el tratamiento endoscópico de elección

**33. En referencia a las pancreatitis Aguda (PA) señale la respuesta CORRECTA**

- a) Las escalas predictivas de gravedad son menos precisas a partir de las 48h
- b) Se han relacionado la etiología con el consumo de diuréticos como furosemida o tiazidas
- c) Al ingreso se recomienda siempre el uso de antibioterapia profiláctica
- d) Todas son falsas

**34. Pueden ser causas de hiperamilasemia**

- a) Insuficiencia Renal
- b) Alcoholismo
- c) Cetoacidosis diabética
- d) Todas

**35. Entre las causas de dolor abdominal por patología vascular aguda, la causa más frecuente es:**

- a) Colitis isquémica
- b) Isquemia de la arteria mesentérica superior
- c) Trombosis venosa mesentérica
- d) Isquemia focal segmentaria

**36. Respecto a la diverticulitis Aguda**

- a) La clasificación de Hinchey se basa en criterios radiológicos para orientar el abordaje terapéutico
- b) Es más frecuente en el colon izquierdo
- c) El TC abdominal es la técnica de elección para el diagnóstico
- d) Todas son ciertas

**37. Respecto a un brote de colitis ulcerosa, señalar la respuesta FALSA**

- a) Se considera grave con diarrea sanguinolenta de > de 6 deposiciones/día, más un signo de afectación sistémica (taquicardia, fiebre, Hb<10,)
- b) No usar profilaxis con Heparina de bajo peso molecular en los brotes graves. La rectorragia contraindica su uso.
- c) No usar antidiarreicos ni de espasmolíticos por riesgo de favorecer un Megacolon tóxico
- d) Debe vigilarse y corregirse la hipopotasemia.

**38. Sobre el fallo hepático agudo**

- a) La etiología más frecuente en España es la tóxica (Amanita, disolventes industriales, alcohol,)
- b) El fallo hepático acontece dentro de las primeras 28 semanas desde el inicio de los síntomas.
- c) La ictericia es más acentuada en los cuadros hiperagudos respecto a los subagudos.
- d) Sólo son ciertas la A y la C

**39. Un paciente en insuficiencia respiratoria aguda con hipercapnia y un gradiente Alveolo-Arterial normal, sería más probable que estemos ante**

- a) EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- b) Edema Agudo de Pulmón
- c) Neumotórax
- d) Depresión Centro Respiratorio

**40. En la evaluación de la probabilidad clínica pretest del tromboembolismo pulmonar (TEP) usando la escala de Ginebra original, un paciente de 70 años, con Frecuencia Cardíaca de 101, hemoptisis y cáncer de colon activo, la puntuación obtenida sería:**

- a) 6
- b) 8
- c) 10
- d) 12

**41. Respecto al derrame pleural, señale la respuesta FALSA**

- a) En derrames paraneumónicos complicados, la obtención de un líquido pleural con un pH < 7,20 establece indicación de drenaje torácico
- b) La insuficiencia cardiaca es una causa muy frecuente de derrame pleural de tipo exudado
- c) La ecografía pulmonar a pie de cama se ha convertido en exploración de suma utilidad en el ámbito de urgencias en el Diagnóstico de Derrame pleural vs neumotórax.
- d) En la Rx de tórax se necesitan en torno a 75 ml de líquido pleural para borrar el seno costofrénico posterior.

**42. En la valoración en urgencias del ojo rojo, señale la respuesta CORRECTA:**

- a) El hiposfagma requiere una exploración obligada de fondo de ojo
- b) La uveítis cursa con dolor, midriasis e inyección ciliar
- c) La escleritis cursa con disminución de agudeza visual y no responde a la administración vasoconstrictores como la fenilefrina
- d) Todas son falsas

**43. En la sialolitiasis, señale la respuesta CORRECTA**

- a) La glándula más frecuentemente afectada es la parótida
- b) Con la sospecha clínica hay que solicitar una ortopantomografía
- c) En el caso de que el cálculo esté enclavado en la desembocadura del conducto excretor, puede extraerse mediante una incisión
- d) Todas son falsas

**44. En la sordera brusca o hipoacusia neurosensorial brusca adquirida**

- a) Suele ser bilateral
- b) La causa más frecuente es de etiología vascular
- c) En la exploración con diapasón, las pruebas de Rinne y Weber permiten una primera aproximación para discriminar si estamos ante una hipoacusia neurosensorial o de conducción
- d) Todas son correctas

**45. La ecografía a pie de cama realizada por emergenciólogos ha adquirido relevancia en estos últimos años. Entre los principios físicos básicos de esta técnica, señale la afirmación FALSA**

- a) Las sondas de alta frecuencia (más de 5 Mhz) tienen gran penetración, aunque la resolución sea menos nítida
- b) El "refuerzo acústico posterior" consiste en falso aumento de ecogenidad más allá de las estructuras anecoicas (llenas de líquido).
- c) La reverberación o artefactos en cola de cometa se puede producir tras el paso de los ultrasonidos por estructuras de doble pared, altamente reflectantes como la pleura o peritoneo.
- d) La utilidad del modo M es valorar situaciones clínicas en las que haga falta una demostración de movimiento.

- 46. En la ecografía pulmonar en la sala de Urgencias, señale la respuesta CORRECTA:**
- a) La ausencia de deslizamiento pleural descarta el neumotórax
  - b) La presencia de líquido en un derrame pleural hace que el diagrama sea más ecogénico
  - c) La exploración en Modo M ayuda a confirmar la existencia de neumotórax (signo de la estratosfera)
  - d) Todas son falsas
- 47. En la escala pronóstica de neumonía PSI (Pneumonia Severity Index) o escala de FINE, ¿Qué parámetros suman + 30 puntos?**
- a) pH < 7'35
  - b) Frecuencia respiratoria FR > 30 rpm
  - c) Tensión Arterial Sistólica TAS < 90 mmHg
  - d) Todos
- 48. En la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI), la IPAP**
- a) Mejora la ventilación alveolar al aumentar el volumen corriente y reduce la PaCO<sub>2</sub>
  - b) Contrarresta la autoPEEP del paciente obstructivo
  - c) Es una presión positiva mantenida durante todo el ciclo respiratorio sobre la que el paciente respira espontáneamente
  - d) Las respuestas a y c son correctas
- 49. En Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI), indique la respuesta CORRECTA:**
- a) Son necesarios dos niveles de presión BiPAP (Bilevel positive Airway Pressure) para reclutar alveolos colapsados, no siendo suficiente el empleo de CPAP
  - b) La CPAP disminuye la capacidad residual funcional (CRF)
  - c) La CPAP disminuye el grado de shunt
  - d) Ninguna es correcta
- 50. En la exploración del manguito de rotadores del hombro doloroso, la maniobra de Gerber explora la afectación tendinosa del músculo:**
- a) Subescapular
  - b) Supraespinoso
  - c) Infraespinoso
  - d) Redondo menor
- 51. En las radiculopatías lumbares, un trastorno sensitivo en región antero lateral de pierna, un déficit motor en el extensor del 1er dedo del pie y conservación de los reflejos osteotendinosos, sugiere afectación de la raíz**
- a) L4
  - b) L5
  - c) S1
  - d) Ninguna de ellas por ser incongruente

**52. En el manejo en Urgencias de una artritis de rodilla**

- a) En el caso de hacerse artrocentesis se solicitará perfil bioquímico, recuento celular, visualización microscópica de cristales, tinción GRAM urgente y cultivo.
- b) En el caso de obtenerse un recuento celular por encima de 40.000 leucocitos /mm<sup>3</sup> y hemartros, hay que ingresar por estar muy probablemente ante una artritis séptica
- c) Si no hay fiebre, de entrada, es preferible evitar la artrocentesis para no convertir una posible artritis inflamatoria en una artritis séptica
- d) Todas son ciertas

**53. En relación al vértigo posicional paroxístico benigno**

- a) La ubicación más frecuente de la canalolitiasis es el canal semicircular anterior
- b) El test de Dix-Hallpike es positivo si reproduce la clínica y desencadena el nistagmus posicional
- c) La fase lenta del nistagmus es hacia el lado sano
- d) Son ciertas la b y la c

**54. En relación a la parálisis facial periférica**

- a) El síndrome de Ramsay Hunt es la segunda causa más frecuente, pudiendo asociar vesículas en CAE e hipoacusia neurosensorial
- b) La escala de House Brackmann se usa para describir el grado de severidad de la disfunción
- c) Entre las causas de parálisis periférica se encuentra la enfermedad de Lyme
- d) Todas son ciertas

**55. En el paciente con Traumatismo Cráneo Encefálico, señale la respuesta FALSA**

- a) Una midriasis arreactiva unilateral inmediata tras el traumatismo nos hace sospechar el inicio del desarrollo de una herniación del uncus temporal aunque el paciente no esté en coma
- b) Una equimosis gradual sobre la mastoides es un signo de fractura de base de cráneo
- c) La presión intracraneal se puede tratar con suero salino hipertónico al 7'5%
- d) Son falsas la A y la C

**56. Respecto a la clasificación de Tile de las fracturas de pelvis, una fractura con inestabilidad rotacional y con estabilidad vertical, sería del tipo:**

- a) Tipo A
- b) Tipo B
- c) Tipo C
- d) Tipo D

**57. En relación a los traumatismos del Raquis cervical, señale la respuesta CORRECTA**

- a) La fractura del atlas (fractura de Jefferson) se suele producir por compresión axial. Las lesiones medulares asociadas son muy frecuentes
- b) La fractura de la base de odontoides se considera estable salvo que afecte al cuerpo del axis
- c) La fractura “en lagrima” de los cuerpos vertebrales de columna cervical inferior se producen por hiperextensión forzada.
- d) Todas son falsas

**58. En relación al angioedema**

- a) Ante un ataque agudo de un angioedema hereditario, si no se dispone de C1 inhibidor, se puede utilizar acetato de Icatibant
- b) El angioedema de bradicinergico cursa sin urticaria y con buena respuesta a corticoides
- c) Los IECAs son fármacos que con frecuencia están implicados en el angioedema histaminérgico
- d) Todas son ciertas

**59. Ante un paciente politraumatizado en la fase de Reanimación**

- a) Pensaremos que estamos ante una posible hemorragia masiva si se requiere más de 4 Concentrados de hematíes la primera hora
- b) En la reanimación avanzada, el tromboeslatograma aporta información dinámica valiosa sobre la formación, estabilidad y disolución del coagulo.
- c) La administración IV de Fibrinógeno como fármaco hemostático se recomienda con niveles fibrinógeno en sangre por debajo de 100 mg/dl.
- d) Todas son ciertas.

**60. En la luxación escapulo humeral del hombro**

- a) La más frecuente es la anterior
- b) La secuencia de la maniobra de reducción de Kocher es aducción -rotación externa – aproximación – rotación interna
- c) La complicación más relevante es la parálisis del nervio circunflejo
- d) Todas son ciertas

**61. ¿Cuál se considera el principal factor pronóstico en un paciente con tromboembolismo pulmonar?**

- a) Presencia de un trombo en el ventrículo derecho.
- b) Edad mayor de 65 años.
- c) La elevación de los niveles de lactato en la gasometría arterial temprana.
- d) La inestabilidad hemodinámica

**62. La clínica que presentan los pacientes intoxicados por pesticidas organofosforados se debe:**

- a) Al bloqueo selectivo del citocromo P-450 a nivel hepático.
- b) A la inhibición de la respiración celular por bloqueo mitocondrial.
- c) A la inhibición de la acetilcolinesterasa.
- d) A la producción de metahemoglobinemia.

- 63. Varón con antecedente de cirrosis hepática y con SCACEST (Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del segmento ST).Cuál de las siguientes NO sería una medida terapéutica indicada:**
- a) Acetilsalicilato de lisina 450mg endovenosos.
  - b) Ticagrelor 180mg vía oral.
  - c) TNK-Tpa (tenecteplase) 8000UI en bolo endovenoso.
  - d) Heparina no fraccionada 60mg/kg en bolo endovenoso.
- 64. ¿En qué situación podemos encontrar una elevación del valor de dímero D en plasma? Indica la respuesta CORRECTA.**
- a) Trombosis venosa profunda.
  - b) Gestación.
  - c) Edad avanzada.
  - d) Cualquiera de las situaciones anteriores puede elevar el dímero D en plasma.
- 65. En relación a la intoxicación por gases, señale la respuesta INCORRECTA:**
- a) La intoxicación por monóxido de carbono provoca un bloqueo de la respiración celular por unión a la enzima citocromo-oxidasa a3 a nivel mitocondrial.
  - b) Niveles de ácido láctico superiores a 10 mmol/l nos deben hacer sospechar una intoxicación por cianuro, si el paciente ha sido rescatado de un incendio.
  - c) Ante la sospecha de intoxicación por cianuro, administraremos hidroxibalamina de forma precoz como antídoto de elección, a dosis de 5 gramos vía endovenosa.
  - d) La intoxicación por monóxido de carbono debe tratarse con oxígeno y precozmente administrar vitamina C, vía oral, a dosis de 1-2 mg/kg de peso.
- 66. Indique qué medida terapéutica de las siguientes NO ha demostrado su utilidad en el tratamiento del síndrome de la hiperémesis cannabinoide:**
- a) Administración endovenosa de metoclopramida para control de las náuseas y vómitos.
  - b) Aplicación de capsaicina tópica a nivel abdominal para control del dolor y los vómitos.
  - c) Administración endovenosa de haloperidol para control de las náuseas y vómitos.
  - d) Administración endovenosa de morfina para control del dolor abdominal.
- 67. El síndrome nefrítico es un cuadro caracterizado por una serie de manifestaciones clínicas. Indique cuál de las siguientes NO encontraremos en un paciente con este proceso:**
- a) Hematuria.
  - b) Proteinuria.
  - c) Aumento del filtrado glomerular.
  - d) Edemas.

- 68. Ante un paciente con un cólico renal el tratamiento se basará en todas las siguientes recomendaciones EXCEPTO una. Indícala.**
- a) Aplicación de calor local, ya que consigue disminuir la percepción del dolor.
  - b) Beber abundantes líquidos, ya que ayudan a expulsar el cálculo ureteral al aumentar la presión hidrostática en éste.
  - c) Administración de antiinflamatorios no esteroideos como media analgésica.
  - d) Administración de anticolinérgicos, que relajan la musculatura lisa ureteral.
- 69.Cuál de los siguientes parámetros nos indica que nos encontramos ante una acidosis metabólica:**
- a) pH 7,29; pCO<sub>2</sub> 23; HCO<sub>3</sub> 6.
  - b) pH 7,25; pCO<sub>2</sub> 60; HCO<sub>3</sub> 15.
  - c) pH 7,01; pCO<sub>2</sub> 21; HCO<sub>3</sub> 42.
  - d) pH 6,97; pCO<sub>2</sub> 35; HCO<sub>3</sub> 27.
- 70. Acude a Urgencias un varón joven tras haber ingerido una sustancia cáustica. Refiere quemazón oral e intenso dolor retroesternal. ¿Qué medida crees que la CORRECTA?**
- a) Endoscopia digestiva precoz (antes de 6 horas de la ingesta) si sospechamos perforación esofágica con mediastinitis, ya que de este modo podremos aspirar el contenido cáustico del estómago, evitando que refluya hacia esófago.
  - b) Administración de antibioterapia de amplio espectro de forma profiláctica, ya que el riesgo de perforación y, por tanto, de mediastinitis y/o peritonitis, es elevado.
  - c) Administración de inhibidores de la bomba de protones, ya que sus beneficios para evitar más lesiones por reflujo están ampliamente demostrados.
  - d) No se aconseja el sondaje nasogástrico precoz para realizar aspirado del contenido gástrico.
- 71. Al realizar una pericardiocentesis a un paciente con taponamiento cardíaco, podemos esperar todas las siguientes complicaciones, EXCEPTO una. Indica esta última:**
- a) Neumotórax por punción pleural.
  - b) Peritonitis por punción peritoneal.
  - c) Punción de la arteria aorta.
  - d) Arritmias ventriculares.
- 72. ¿En qué situación esperarías encontrar en el electrocardiograma una onda J de Osborn?**
- a) Gran quemado.
  - b) Crisis tirotóxica.
  - c) Intoxicación por monóxido de carbono.
  - d) Hipotermia severa.

- 73. En relación al síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST), indica la afirmación FALSA:**
- a) La reperfusión coronaria urgente es fundamental, por lo que estos pacientes deben ser derivados a un centro con cardiología intervencionista.
  - b) La determinación de los niveles de troponinas son fundamentales, ya nos permitirán discernir si estamos ante un infarto sin elevación del ST o ante una angina inestable.
  - c) El electrocardiograma puede ser normal.
  - d) El tratamiento farmacológico inicial se basa en la administración de nitratos y los betabloqueantes, que deben iniciarse tan pronto como sea posible.
- 74. ¿Qué NO esperarías encontrar en un paciente con un cuadro compatible con cetoacidosis diabética?**
- a) Glucemia en plasma de 950 mg/dL.
  - b) pH de 7,19.
  - c) Cuerpos cetónicos de 0,3 mmol/L.
  - d) Osmolaridad plasmática elevada.
- 75. El tratamiento de una crisis suprarrenal se basa en todo lo siguiente, EXCEPTO:**
- a) Hidrocortisona endovenosa a dosis de 100 mg cada 6 horas o en perfusión continua.
  - b) Si presenta cuadro de vómitos, duplicaremos la dosis de hidrocortisona para su correcto control y evitar mayor deshidratación.
  - c) De 1 a 3 litros de suero salino isotónico 0.9% durante las primeras 12 horas, en función del grado de deshidratación.
  - d) Buscar la probable causa precipitante de la crisis suprarrenal, y tratarla convenientemente.
- 76. En relación al dolor escrotal agudo, qué afirmación es la CORRECTA:**
- a) En la torsión testicular la aparición del dolor es paulatina y de características cólicas.
  - b) En la torsión testicular el signo de Prehn es positivo.
  - c) La orquiepididimitis es la causa más frecuente de escroto agudo.
  - d) En la torsión testicular el reflejo cremastérico se encuentra exacerbado.
- 77. En una crisis tirotóxica, podemos encontrar todos los hallazgos siguientes, EXCEPTO:**
- a) Fibrilación auricular con respuesta ventricular media rápida.
  - b) Diarreas.
  - c) Piel fría y húmeda.
  - d) Temblor fino de manos.
- 78. Una de las siguientes NO es una medida útil en una taquicardia supraventricular paroxística:**
- a) Realización de maniobras vagales.
  - b) Administración endovenosa de 0,5 mg de digoxina en perfusión durante 20 minutos.
  - c) Administración endovenosa de 6 mg de adenosina en bolo.
  - d) Administración endovenosa lenta en 2-3 minutos de 5-10 mg de verapamilo.

**79. Indica la aseveración CORRECTA respecto a las nuevas Guías de Reanimación Cardio-Pulmonar del European Resuscitation Council (ERC) de 2021:**

- a) Vuelven a incluir la obligatoriedad de la administración de 2 ventilaciones de rescate en la reanimación cardiopulmonar básica por parte de primeros intervinientes no sanitarios.
- b) Se acepta la utilización de sistemas antiatragantamiento en escuelas y guarderías para la desobstrucción de la vía aérea en caso de obstrucción por cuerpo extraño.
- c) Se insiste en la necesidad de unas correctas compresiones torácicas durante la reanimación, minimizando las posibles interrupciones de las mismas.
- d) Todas las anteriores son correctas.

**80. Indique la afirmación VERDADERA en cuanto al manejo de la hipocalcemia en Urgencias:**

- a) Al contrario que en los cuadros de hipercalcemia, no deberíamos esperar encontrarnos en el electrocardiograma alteraciones del segmento QT.
- b) En hipocalcemia grave (calcemia total < 7 mg/dL) es fundamental la administración precoz de calcio oral (carbonato cálcico 1 g/8 horas)
- c) Si detectamos hipomagnesemia deberemos corregir previamente este defecto antes de intentar corregir la hipocalcemia.
- d) El objetivo principal será conseguir un calcio total en plasma nunca superior a 7,5 mg/dL.

**81.Cuál de las siguientes aseveraciones es CIERTA según las últimas guías europeas. (2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation) para el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular:**

- a) En una mujer de 55 años con una fibrilación auricular no valvular, con un valor de 1 en la escala CHA2DS2-VASc el tratamiento indicado es la antiagregación con ácido acetil salicílico a dosis de 100 mg al día, vía oral.
- b) Un paciente con fibrilación auricular no valvular en tratamiento con acenocumarol desde hace 8 años y con mal control del INR, sería candidato ideal a la anticoagulación con warfarina.
- c) Los anticoagulantes de acción directa han demostrado una reducción de las causas de muerte secundarias a anticoagulación, frente a los anticoagulantes antivitamina K.
- d) Todas las anteriores son ciertas.

**82. En un paciente con disección aórtica aguda tipo I de DeBakey (Tipo A de Stanford), siendo el dolor torácico el síntoma más frecuente, ¿qué otra sintomatología podremos encontrar?**

- a) Insuficiencia cardíaca aguda.
- b) Insuficiencia renal aguda.
- c) Síncope.
- d) Cualquiera de los anteriores.

- 83. Cualesquiera de las siguientes situaciones o signos nos harán sospechar que nos encontramos ante un síncope de características cardiogénicas, EXCEPTO uno. Indícalo.**
- a) Síncope durante el ejercicio.
  - b) Síncope durante la ingesta.
  - c) Hallazgos en el ECG de un bloqueo auriculo-ventricular de 2º grado, tipo Mobitz I.
  - d) Antecedentes familiares de muerte súbita a edad temprana.
- 84. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO está indicado como tratamiento de primera elección en una emergencia hipertensiva?**
- a) Bisoprolol.
  - b) Enalapril.
  - c) Labetalol.
  - d) Esmolol.
- 85. En relación al manejo de un paciente con un cuadro de anafilaxia, indique la aseveración CORRECTA:**
- a) A nivel extrahospitalario la administración de adrenalina endovenosa es más segura que la administración intramuscular, ya que presenta menor riesgo de eventos secundarios.
  - b) Para la administración de adrenalina es preferible la vía subcutánea a la intramuscular a fin de evitar necrosis del músculo.
  - c) En algunos pacientes con estridor puede ser útil la administración de adrenalina nebulizada.
  - d) Si el paciente tiene una vía endovenosa priorizaremos la administración de corticoides potentes de acción rápida (por ejemplo, hidrocortisona) a la administración de adrenalina.
- 86. El tratamiento de un paciente con cetoacidosis diabética tiene como objetivo principal:**
- a) Descenso de la glucemia.
  - b) Mantenimiento de una diuresis de unos 50 ml/h.
  - c) Descenso de los cuerpos cetónicos plasmáticos por debajo de 0,6 mmol/L.
  - d) Todos ellos son objetivos principales.
- 87. Qué NO esperarás encontrarte en una situación de shock cardiogénico:**
- a) Dilatación de la vena cava inferior en la ecografía.
  - b) Hipotensión.
  - c) Edema agudo de pulmón.
  - d) Bloqueo de rama derecha, no presente en ECG previos.

**88. Mujer de 52 años, obesa, con cólicos nefríticos de repetición. En la analítica sanguínea en Urgencias presenta glucemia 213 mg/dL y función renal normal. En analítica previa de hace una semana, pendiente de valorar por su médico, glucemia basal de 195 mg/dL. Al alta y según consenso entre la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, la Sociedad Española de Diabetes y la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, ¿Cuál debería ser nuestra actitud terapéutica?**

- a) Indicarle que acuda a su médico de familia para que valore tratamiento antidiabético.
- b) Comenzar tratamiento antidiabético con metformina a dosis bajas con ascenso progresivo por su médico de familia.
- c) Comenzar con sulfonilureas, ya que mejorarán la glucemia y le ayudarán a perder peso.
- d) No dar ninguna indicación, ya que es muy probable que esas glucemias sean secundarias a su proceso renal y se normalizarán en unos días.

**89. Uno de las siguientes parejas de antídoto y tóxico NO es correcto. Indícalo:**

- a) Penicilina G sódica en intoxicación por amanita phalloides.
- b) Atropina en intoxicación por organofosforados.
- c) Fisostigmina en intoxicación por metanol.
- d) Azul de metileno en la metahemoglobinemia.

**90. Durante la reanimación de un paciente en parada cardio-respiratoria que presenta un ritmo desfibrilable, ¿qué afirmación es INCORRECTA?:**

- a) Administraremos 1 mg de adrenalina cada 3-5 minutos.
- b) Tras cada descarga eléctrica deberemos mirar el monitor para comprobar cambios de ritmo.
- c) Administraremos amiodarona tras haber realizado tres descargas con el desfibrilador.
- d) Intentaremos identificar y tratar posibles causas reversibles.

## **PREGUNTAS DE RESERVA**

**1. Cuál de las siguientes infecciones a considerar en el viajero NO tiene un periodo de incubación de entre 10 y 21 días**

- a) Leptospirosis
- b) Leishmaniasis
- c) Brucela
- d) Fiebre tifoidea

**2. Referido a la fisiopatología por la exposición a la altura en el TRANSPORTE AÉREO, se debe tener en cuenta**

- a) El aumento de la PO<sub>2</sub> inspirada
- b) El aumento de la presión ambiental
- c) La disminución de la PO<sub>2</sub> inspirada
- d) La disminución de la P<sub>CO2</sub> ambiental

- 3. ¿Cuál es el tratamiento MÁS ADECUADO para la emesis retardada por quimioterapia?**
- a) Granisetron 1 mg cada 12 horas
  - b) Tropisetron 5 mg cada 12 horas
  - c) Ondansetrón 8 mg cada 8 horas
  - d) Metoclopramida 20-30 mg cada 6 horas
- 4. En la estrategia terapéutica del Trombo Embolismo Pulmonar (TEP)**
- a) En situaciones de inestabilidad hemodinámica está indicada la terapia de reperfusión con trombolíticos
  - b) Un PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) I-II se considera de bajo riesgo, y se puede considerar alta precoz con tratamiento anticoagulante
  - c) Un PESI (III-V) nos obliga a investigar una posible disfunción ventricular derecha y a determinar troponinas y Pro NBP para estratificar en riesgo intermedio alto o bajo.
  - d) Todas son correctas
- 5. En Ventilación Mecánica, la utilización de PEEP tiene los siguientes efectos**
- a) Aumenta el volumen corriente por ayudar la inspiración
  - b) En los sujetos sanos aumenta el gasto cardiaco
  - c) Produce apertura de los alveolos colapsados
  - d) Ninguna de las respuestas es cierta
- 6. La parada cardiaca en el paciente politraumatizado, entre las que se enumeran a continuación, la causa MAS FRECUENTE sería:**
- a) Taponamiento cardiaco
  - b) Hipovolemia
  - c) Neumotórax a tensión
  - d) Arritmia cardiaca
- 7. En relación al síndrome de la vena cava superior, solo una de las siguientes aseveraciones es CIERTA:**
- a) La ecografía a pie de cama ha demostrado mayor sensibilidad diagnóstica que la tomografía computerizada.
  - b) La tríada clásica de presentación clínica es: disnea, edema en esclavina y marcada palidez facial.
  - c) El manejo inicial se basa en la elevación de la cabecera de la cama, oxigenoterapia y administración de diferentes fármacos (diuréticos, corticoides, analgésicos)
  - d) Deberemos realizar diagnóstico diferencial con procesos neumológicos agudos de etiología infecciosa.

- 8. Un paciente con insuficiencia cardíaca y edema agudo de pulmón secundario presenta clínica de taquipnea a 35 respiraciones por minuto. En la gasometría arterial se objetiva pH 7,28, pO<sub>2</sub> 56 mmHg, pCO<sub>2</sub> 24 mmHg y lactato de 3,2 mmol/L. ¿Qué medida sería la MÁS INDICADA?**
- a) Ventilación no invasiva modo BiPAP con presión espiratoria baja.
  - b) Oxígeno mediante gafas a 3 l/min para evitar retención de anhídrido carbónico.
  - c) Ventilación no invasiva modo CEPAP con presión al final de la espiración entre 5-7 cmH<sub>2</sub>O.
  - d) Cualquiera de las anteriores medidas sería óptima en este paciente.
- 9. Ante un paciente con una mordedura por víbora, en qué situación estaría indicada la administración de suero antiofídico:**
- a) Actualmente el suero antiofídico está en desuso por los problemas de anafilaxia que acarrea, por lo que no está indicado.
  - b) Cuando el paciente presente síntomas sistémicos graves, como insuficiencia renal, rabdomiolisis o shock.
  - c) El suero antiofídico se debe administrar precozmente tras la mordedura, sin esperar la aparición de ninguna clínica.
  - d) Si administramos suero antiofídico, administraremos conjuntamente 100-200 mg endovenosos de dexametasona a fin de evitar posibles reacciones alérgicas secundarias.