



**2º EXERCICIO: PARTE ESPECIFICA**

**INSTRUCCIÓN:**

1. - Non abra nin lea o interior deste caderno ata que se lle indique.
2. Esta proba consiste nun cuestionario eliminatorio de supostos prácticos da parte específica do programa, de 100 preguntas tipo test con 10 de reserva (as 10 últimas, da E101 á E110), que deberán ser contestadas entre os números **E1** e **E110**, no corpo principal da "FOLLA DE RESPOSTAS".
3. - O tempo total de realización do exercicio, é de **150 minutos**.
4. - Todas as preguntas teñen catro respostas alternativas, sendo unha a correcta. As respostas correctas sumarán **0,50** puntos, as non contestadas non terán valoración algunha e as contestadas erroneamente restarán **0,125** puntos.
5. - Comprobe sempre que o número de resposta que sinale na "FOLLA DE RESPOSTAS" é o que corresponde ao número da pregunta do cuestionario.
6. - Este cuestionario debe utilizarse na súa totalidade como borrador das respostas elixidas, para non marcar unha resposta ata estar totalmente seguro/a.
- 7.- A resposta correcta marcarase cun **X** ben feito dentro dos límites do recadro. De ter que anular algunha resposta, o recadro da resposta que se marcou incorrectamente ten que encherse por completo.  
  
Unha vez que se anule, xa non poderá recuperarse de novo dita opción de resposta.
8. - Ao rematar o seu exercicio, no suposto de que non teña que realizar o exercicio de lingua galega, advírtao á organización para a súa recollida. Debe entregar a "FOLLA DE RESPOSTAS", no lugar que lle indique a organización, onde lle entregarán a última folla autocopiativa. Ao abandonar o recinto **NON** poderá levar ningún cuestionario de preguntas. O Servizo Galego de Saúde facilitaralle o acceso aos mesmos a través da páxina web: [www.sergas.es](http://www.sergas.es), logo de finalizados os tempos de exame.  
Se ten que realizar o exercicio de lingua galega, permaneza no seu lugar. Ao finalizar o exercicio, garde este cuestionario no chan, baixo o seu asento e espere as indicacións para realizar a continuación o outro exame, en unidade de acto.

**EXAME EN GALEGO**

***LEA DETIDAMENTE AS INSTRUCCIÓNS QUE FIGURAN NO REVERSO  
DA FOLLA DE RESPOSTAS PARA O SEU CORRECTO ENCHEMENTO***

**1. Representa un factor de risco de mala evolución despois do tratamento cirúrxico na peritonite secundaria:**

- A) Retraso cirúrxico superior a 24 horas ou mal tratamento antibiótico empírico inicial.
- B) Idade avanzada, desnutrición e comorbilidades asociadas
- C) APACHE II > 14 ao ingreso.
- D) Todo o anterior representa factores de risco de mala evolución.

**2. En relación coa inhibición plaquetaria farmacolóxica empregada como parte do tratamento do SCACEST, sinale a resposta INCORRECTA:**

- A) O prasugrel está contraindicado naqueles pacientes con antecedentes de ACV ou AIT e, xeralmente o seu uso non se recomenda para pacientes de  $\geq 75$  anos ou peso corporal < 60 kg.
- B) O ticagrelor pode causar disnea transitoria ao comezo do tratamento que non se relaciona con anomalías pulmonares morfolóxicas.
- C) Demostrouse beneficio no uso prehospitalario de inhibidores da glucoproteína IIb/IIIa xa que reducen a incidencia de fluxo lento ou formación de trombos durante a realización de ICP.
- D) Está indicado como tratamento antiagregante combinado con fibrinólise a administración de clopidogrel ademais de ácido acetilsalicílico.

**3. Muller de 64 anos, no 2º día de ingreso na UCI por unha pancreatite aguda grave de etiología enólica. Precisa Noradrenalina < 0,1 mcg/kg/min, mantén diuresis > 0,5ml/kg/h, atópase en ventilación mecánica con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 250 e a presión intraabdominal mantívose por baixo de 10. Se se considerase iniciar soporte nutricional:**

- A) Evitaría a nutrición parenteral total (NPT), salvo que non lograse acadar os requirimentos calórico proteicos coa nutrición enteral (NE) nos próximos días.
- B) A NE reduce as complicacións infecciosas, o fracaso de órganos e a mortalidade se se compara coa NPT.
- C) No caso de precisar NPT, engadiríalle glutamina a dose 0,2 gr/kg/día.
- D) Todas son correctas.

**4. Na monitorización multimodal dun paciente con TCE, cal dos seguintes considera como un VALOR CRÍTICO, que obriga a tomar medidas urxentes?:**

- A) PIC (Presión Intracranial) 20 mmHg.
- B) PtiO<sub>2</sub> (Presión Tisular de Osíxeno) 25 mmHg.
- C) PPC (Presión de Perfusión Cerebral) 60 mmHg.
- D) Relación Lactato/Piruvato > 40.

**5. En relación coas Síndromes Aórticas Agudas, sinale a resposta CORRECTA:**

- A) Os hematomas intramurales diagnósticanse pola presenza dun engrosamento da parede aórtica > 5 mm, circular ou en forma de media lúa, en ausencia de fluxo detectable.
- B) A úlcera aórtica penetrante defínese como a ulceración dunha placa aterosclerótica penetrante a través da lámina elástica interna dentro da media.
- C) O pseudoaneurisma aórtico (falso aneurisma) defínese como unha dilatación da aorta por rotura de todas as capas da parede, só contida polo tecido conectivo periaórtico.
- D) Todas son correctas.

**6. Cal dos seguintes parámetros NON debe considerarse a priori como criterio de ingreso na UCI nun paciente con EPOC exacerbada:**

- A) Acidose respiratoria persistente ( $\text{pH} < 7,25$ ).
- B) Disnea intensa á chegada a urxencias que mellora despois do tratamento con VNI e broncodilatadores.
- C) Empeoramento progresivo da acidose respiratoria a pesar da ventilación mecánica non invasiva.
- D) Diminución do nivel de conciencia.

**7. O termo MINOCA emprégase para referirse a pacientes con infarto de miocardio sen enfermidade coronaria obstrutiva. Sinale a resposta CORRECTA en relación cos criterios diagnósticos:**

- A) Criterios de IAM definidos na cuarta definición universal de infarto de miocardio.
- B) Arterias coronarias non obstruídas segundo criterios angiográficos, sen lesións  $\geq 50\%$  nun vaso epicárdico maior.
- C) Ausencia dun diagnóstico alternativo para a presentación clínica.
- D) Todos son criterios diagnósticos de MINOCA.

**8. A arritmia supraventricular máis frecuente nas primeiras horas tras un SCACEST é a fibrilación auricular (FA). En relación co tratamento desta arritmia, sinale a resposta INCORRECTA:**

- A) A cardioversión eléctrica inmediata está indicada cando o control da frecuencia cardíaca non se logra dunha maneira precoz con axentes farmacolóxicos e aparecen síntomas de isquemia miocárdica, compromiso hemodinámico grave ou insuficiencia cardíaca.
- B) A amiodarona intravenosa está indicada para facilitar a cardioversión eléctrica e/o diminuír o risco de recorrencia precoz de FA tras a cardioversión eléctrica en pacientes inestables.
- C) A digoxina é efectiva para o control do ritmo cardíaco e reverter a FA de inicio recente a ritmo sinusal, polo que está indicado o seu uso se existe insuficiencia cardíaca e/o hipotensión de maneira concomitante.
- D) En pacientes con FA de novo documentada durante a fase aguda de SCACEST, a indicación de anticoagulación sistémica debe considerarse en función do score CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc.

**9. Respecto ao tratamento da Síndrome de Guillain-Barré, sinala cal das seguintes respostas é FALSA:**

- A) A plasmaférese seguida inmediatamente da administración de inmunoglobulina IV é un tratamento moi eficaz.
- B) A metilprednisolona IV, soa ou combinada con inmunoglobulina IV, pode empregarse para o tratamento.
- C) Non se recomenda utilizar corticosteroides orais para o tratamento.
- D) A inmunoabsorción non se recomenda para o tratamento.

**10. Respecto da utilidade da capnografía durante o soporte vital avanzado, é FALSO que:**

- A) Valores elevados e crecentes do EtCO<sub>2</sub> durante a reanimación, asócianse a maior taxa de recuperación da circulación espontánea.
- B) O valor do EtCO<sub>2</sub> pode usarse para confirmar a colocación de tubo na vía aérea.
- C) Pode utilizarse o valor persistentemente baixo do EtCO<sub>2</sub> como único criterio para decidir a suspensión da reanimación por futilidade.
- D) A curva do EtCO<sub>2</sub> é útil para monitorizar a calidade da reanimación.

**11. O obxectivo principal do Proxecto Neumonía Zero actualizado en 2021 é:**

- A) Diminuír nun 20% a taxa media anual de NAVM respecto dos valores do ano 2019 (último ano non pandémico).
- B) Diminuír a taxa media nacional de NAVM a menos de 7 episodios por mil días de ventilación mecánica.
- C) Promover e reforzar a cultura de seguridade nas UCI do Sistema Nacional de Saúde.
- D) Diminuír a taxa media nacional de NAVM a 9 episodios por 1000 días de estancia.

**12. En relación coas complicacións tras o infarto agudo de miocardio (IAM) que afectan ao pericardio, sinala a resposta CORRECTA:**

- A) A súa aparición non garda relación coa reperfusión coronaria tardía nin coa área de miocardio afectado.
- B) Os corticoides son fármacos de elección xa que non incrementan o risco de desenvolvemento de aneurisma ventricular nin rotura.
- C) Naqueles pacientes con derrame pericárdico > 10 mm sen signos clínicos suxestivos de inflamación pericárdica debe considerarse a posibilidade de rotura subaguda de parede libre de ventrículo esquerdo.
- D) A síndrome de Dressler tipicamente aparece nos primeiros tres días tras o IAM.

**13. Sinala cal das seguintes opcións NON é unha contraindicación ABSOLUTA para a trombolise sistémica en pacientes con TEP de alto risco:**

- A) Ictus isquémico nos 6 meses anteriores.
- B) Traumatismo cranial nas 3 semanas anteriores.
- C) Neoplasia do sistema nervioso central.
- D) Anticoagulación oral.

**14. O paquete de medidas do Proxecto Neumonía Zero para a prevención da NAVM foi actualizado en 2021. Sinala a VERDADEIRA:**

- A) O emprego de tubos traqueais co sistema de aspiración de secrecións subglóticas é unha medida non obligatoria altamente recomendable.
- B) Controlar de forma continua a presión do balón de pneumotaponamento non é unha das medidas incluídas.
- C) Recoméndase administrar antibióticos durante as 96 horas seguintes á intubación aos pacientes con diminución de conciencia.
- D) Recoméndase utilizar a descontaminación selectiva dixestiva completa.

**15. Cal dos seguintes NON é un criterio no score de BISAP?**

- A) Idade.
- B) Necrose infectada.
- C) Síndrome de resposta inflamatoria sistémica (SIRS).
- D) Derrama pleural.

**16. Muller de 70 anos, diabética, que acode a Urgencias por febre e disuria con TA 65/35 mmHg, FC 110 lpm e SpO<sub>2</sub> basal 94%. O médico da primeira atención inicia 1000 ml de SSF 0,9% e avisa para valoración. Sinala a CORRECTA:**

- A) Aseguraríame de administrar sueroterapia a razón de 30ml/kg nas primeiras 6 horas.
- B) Usaría o recheo capilar como marcador de perfusión para guiar a resucitación.
- C) A e B son correctas.
- D) A e B son falsas.

17. Cal dos seguintes scores usarías para identificar de forma precoz a sepsé?

- A) MEWS.
- B) SIRS.
- C) SOFA.
- D) A e B.

18. Segundo o consenso europeo do 2018 sobre a cuarta definición universal do infarto agudo de miocardio (IAM), sinala a resposta INCORRECTA:

- A) Clasifícase como IAM tipo 1 aquel que está causado por unha enfermidade aterotrombótica que adoita precipitarse pola rotura ou erosión dunha placa aterosclerótica.
- B) O mecanismo fisiopatolóxico que conduce ao dano miocárdico isquémico polo desaxuste entre a achega e a demanda de osíxeno clasifícase como IAM tipo 2.
- C) A demostración post mortem de aterotrombose aguda na arteria culpable do miocardio infartado cumpre os criterios de IAM tipo 3.
- D) A aparición illada de ondas Q patolóxicas novas cumpre os criterios de IAM tipo 4 se os valores de troponina cardíaca están elevados, en aumento e son 5 veces > ao límite superior de referencia do percentil 99.

19. As lesións hepatoesplénicas clasifícanse segundo a escala lesional de órganos (Organ injury Scale) da American Association for the Surgery of trauma (AAST). Indica cal dos seguintes é o enunciado CORRECTO respecto á dita clasificación:

- A) Gradúa as lesións de I a III de menor a maior gravidade.
- B) Gradúa as lesións de I a IV de menor a maior gravidade.
- C) Gradúa as lesións de I a V de menor a maior gravidade.
- D) Gradúa as lesións de I a VI de menor a maior gravidade.

20. Respecto dun paciente con EPOC exacerbada, indica a resposta FALSA:

- A) As exacerbacións non infecciosas representan aproximadamente o 20–40% dos casos.
- B) Hai un maior risco de hospitalización en pacientes cun FEV1 < 50% do valor previsto.
- C) Haemophilus influenza, Streptococcus pneumoniae e Moraxella catarrhalis son responsables do 90% das exacerbacións bacterianas.
- D) Mais de tres ingresos por exacerbacións o ano pasado non representan un factor de risco de nova hospitalización.

21. Entre os criterios de elegibilidade para recibir trombolectomía mecánica nas primeiras seis horas desde o inicio de síntomas dun ictus isquémico, NON se atopa:

- A) Puntuación na escala de coma de Glasgow menor de oito.
- B) Puntuación na escala NIHSS maior ou igual a seis.
- C) Puntuación na escala de Rankin menor ou igual a un.
- D) Puntuación ASPECTS maior ou igual a seis.

**22. Segundo a guía de práctica clínica do 2019 para o diagnóstico e tratamento da embolia pulmonar aguda, sinala a resposta INCORRECTA en relación co tratamento da embolia pulmonar no embarazo:**

- A) A anticoagulación con heparina de baixo peso molecular (HBPM) é o tratamento de elección do TEP en pacientes embarazadas que non presentan inestabilidade hemodinámica.
- B) Na reinstauración do tratamento anticoagulante durante o puerperio, débese administrar unha dose profiláctica de HBPM inmediatamente tras a retirada do catéter epidural.
- C) O uso de heparina non fraccionada asóciase con trombocitopenia inducida por heparina e osteoporose, pero é o fármaco empregado para o tratamento do TEP agudo de alto risco.
- D) Naquelas pacientes embarazadas a tratamento con HBPM nas que se considere o uso de anestesia rexional na planificación do parto, deben transcorrer como mínimo 24 horas desde a última dose de HBPM antes de proceder á punción medular ou epidural.

**23. Vostede debe decidir se un paciente diagnosticado de pneumonía comunitaria grave debe de ingresar na planta ou nun nivel superior de coidados. Se actúa segundo as Guías ATS/IDSA de 2019 é CERTO que:**

- A) Deberá decidir segundo a escala CURB-65 deseñada especificamente para este propósito.
- B) Por si soa a inestabilidade hemodinámica con necesidade de uso de noradrenalina non xustifica o ingreso na UCI si esta pode ser administrada por vía periférica.
- C) En ausencia de criterios maiores de severidade terá en conta os criterios menores definitorios de pneumonía grave (IDSA/ATS 2007) recollidos nestas guías e o seu propio xuízo clínico para decidir o lugar de ingreso.
- D) A necesidade de ventilación mecánica non invasiva é un dos criterios menores definitorios de gravidade recollidos nestas guías e por si mesmo non indica o ingreso en UCI

**24. En relación coa clasificación da gravidade do TEP e o risco de morte precoz, sinala a resposta INCORRECTA:**

- A) Recoméndase a estratificación inicial do risco de sospeita ou TEP confirmada con base na presenza de inestabilidade hemodinámica para identificar os pacientes con risco alto de mortalidade precoz.
- B) Aparte dos parámetros clínicos, os pacientes con evidencia de disfunción de ventrículo dereito (por ecocardiografía ou anxio-TC) e concentracións elevadas de biomarcadores cardíacos circulantes (particularmente troponinas cardíacas) clasifícanse na categoría de risco intermedio-alto.
- C) A inestabilidade hemodinámica combinada con TEP confirmada en anxio-TC e/o evidencia de disfunción de VD no estudo ecocardiográfico, é suficiente para clasificar a un paciente na categoría de TEP de alto risco.
- D) Nos pacientes con TEP de alto risco, é preciso calcular a puntuación PESI do mesmo xeito que solicitar a determinación de biomarcadores de laboratorio (troponinas cardíacas e péptidos natriuréticos) para a toma de decisións terapéuticas inmediatas.

**25. Sinala a resposta INCORRECTA respecto á abordaxe clínica de pacientes con TEP de risco alto:**

- A) En caso de sospeita de TEP de risco alto, realice o estudo ecocardiográfico a pé de cama ou anxio-TC urxente (dependendo da dispoñibilidade e as circunstancias clínicas) para o diagnóstico.
- B) Ante a sospeita de TEP de risco alto, inicie a anticoagulación intravenosa con heparina non fraccionada tras a confirmación por anxio-TC, incluíndo un "bolo" intravenoso axustado ao peso.
- C) Tan pronto diagnostique ou teña a sospeita firme de TEP de risco alto, seleccione a mellor opción de perfusión, tendo en conta o perfil de risco do paciente, así como os recursos e a experiencia do hospital.
- D) A embolectomía pulmonar está recomendada para aqueles pacientes nos que o tratamento trombolítico recomendado está contraindicado ou fracasou.

**26. Cal dos seguintes parámetros NON é frecuente na insuficiencia renal aguda prerrenal?**

- A) Sodio na urina < 12 mEq/L.
- B) Osmolaridade urinaria < 350 mOsm/kg.
- C) Presenza de cilindros hialinos.
- D) Relación Na/K na urina: K>Na.

**27. Cal das seguintes escalas utilizadas na hemorraxia subaracnoidea se usa para estimar o risco de vasoespasmo baseándose nos achados do TC?:**

- A) Escala de Hunt e Hess.
- B) Escala da World Federation of Neurosurgeons.
- C) Escala de coma de Glasgow.
- D) Escala de Fisher.

**28. Muller de 50 anos de idade que ingresa en UCI procedente de Urxencias por crise asmática grave. Chega a UCI con osioxenoterapia convencional (VMK ao 50%) , consciente, taquipneica, aínda que sen signos de fatiga (GSA: pO<sub>2</sub> 60 mmHg, pCO<sub>2</sub> 36 mmHg, SpO<sub>2</sub> 97%). As constantes ao ingreso son TA 120/80 mmHg, FR 26 rpm e FC 126 lpm. Sinale a resposta CORRECTA:**

- A) Estaría indicada unha mestura de helio e osíxeno (heliox), nunha proporción de 80/20, 70/30 para evitar unha posible intubación.
- B) Os agonistas β<sub>2</sub> adrenérxicos de acción curta inhalados (SABA) contraindicaríanse pola frecuencia cardíaca.
- C) As teofilinas endovenosas seguen representando unha opción eficaz como tratamento na crise aguda.
- D) Respecto aos antagonistas dos leucotrienos, tanto por vía oral como intravenosa, non existen datos que apoiem o seu uso.

**29. A contaminación das vías respiratorias baixas con flora endóxena de orixe dixestiva prodúcese de forma MÁIS frecuente como consecuencia dunha das seguintes:**

- A) Durante a aspiración de secreción bronquiais por hixiene incorrecta das mans.
- B) Por perda de presión prolongada e inadvertida do pneumotaponamento.
- C) Por contaminación das solucións de nebulización.
- D) Por técnica incorrecta no uso do fibrobroncoscopio.

**30. No contexto da parada cardiorrespiratoria de orixe traumático, é CERTO que:**

- A) Nas guías de 2021, o ERC suxire suspender a reanimación se se comproba ecograficamente a ausencia de actividade cardíaca se se trataron ou excluiron as causas reversibles.
- B) A taxa de mortalidade é baixa pero os superviventes adoitan ter peor pronóstico neurolóxico que noutras causas de parada cardiorrespiratoria.
- C) O ritmo inicial máis prevalente é fibrilación ventricular.
- D) O ERC nas súas guías de 2021 recomenda suspender as manobras de soporte vital se o paciente non tivo signos de vida nos últimos cinco minutos.

**31. No tratamento médico do swelling que ocorre tras un infarto cerebral, e segundo as guías AHA/American Stroke Association de 2019, é CERTO que:**

- A) O uso de terapia osmótica é razoable en pacientes que se están deteriorando clinicamente.
- B) O uso de hipotermia controlada é moi beneficioso (forza de recomendación 2a).
- C) En casos refractarios o uso de corticoides, pese a aumentar o risco infeccioso, pode estar indicado (forza de recomendación 2a).
- D) Non hai ningún lugar para o uso de hiperventilación (Forza de recomendación HARM).

**32. Varón de 59 anos ingresado desde hai 19 días na UCI por pancreatite aguda de etiología biliar con fracaso renal establecido, que precisa terapia de substitución renal. Realízase TC con contraste de control onde se describe necrose do 30% da glándula e coleccións estables, sen achados que suxiran infección. Segundo a clasificación DBC (Determinant based classification), trátase dunha pancreatite de grao:**

- A) Leve.
- B) Moderado.
- C) Severo.
- D) Crítico.

**33. Segundo as guías do European Resuscitation Council de 2021, a respiración agónica:**

- A) É un ritmo respiratorio normal.
- B) Indica a persistencia de certa función cerebral.
- C) É un signo de vida.
- D) Ocorre excepcionalmente nas paradas cardiorrespiratorias.

**34. Segundo a clasificación radiolóxica de Marshall, aquel TCE que presenta cisternas ausentes ou comprimidas, desviación da liña media < 5 mm, sen lesión masa > 25 cc, presenta unha lesión:**

- A) TIPO II.
- B) Tipo III.
- C) Tipo IV.
- D) Tipo V.

**35. Con respecto ao diagnóstico dun paciente con sospeita de hemorraxia dixestiva baixa aguda, sinale a resposta FALSA:**

- A) A colonoscopia é o exame inicial de elección para a hemorraxia dixestiva baixa aguda en pacientes hemodinamicamente estables.
- B) En pacientes con HDB e inestabilización hemodinamicamente significativa, o anxio-TC é a proba diagnóstica inicial que se recomenda.
- C) Hoxe en día, a angiografía mesentérica é a proba inicial de elección en todos os casos.
- D) A colonoscopia debe realizarse preferentemente unha vez que o paciente fose reanimado e realizouse unha preparación intestinal adecuada.

**36. Tras realizárselle a punción lumbar a un paciente con sospeita de meninxite bacteriana aguda avísanos a garda de microbioloxía de que na primeira análise do LCR obsérvanse diplococos Gram negativos. Sinale a resposta CORRECTA:**

- A) Non cambia o manexo clínico nin terapéutico, pois posiblemente trátase dun contaminante.
- B) Débese realizar illamento por pingas durante as 24 horas posteriores ao comezo dunha terapia antimicrobiana eficaz.
- C) O tratamento con trimetoprim-sulfametoxazol, a dose de 15 a 20 mg/kg por día dividido cada seis a oito horas é o indicado.
- D) Está indicada a monitorización da presión intracranial en todos os casos.

**37. Un achado diagnóstico crítico do taponamento cardíaco é o pulso paradoxal. Sinale a resposta CORRECTA:**

- A) Defínese como unha diminución da presión arterial sistólica na inspiración > 10 mmHg durante a respiración normal.
- B) Débese á esaxerada interdependencia ventricular, cando o volume das cámaras vólvese fixo e calquera cambio de volume nun dos lados do corazón desencadea cambios opostos no outro.
- C) No exame ecocardiográfico pode observarse unha variación da velocidade do fluxo de saída aórtico.
- D) Todas son correctas.

**38. Paciente de 38 anos que presenta clínica de dor torácica de características pleuríticas que mellora en sedestación, elevación de marcadores de dano miocárdico e función sistólica de ventrículo esquerdo preservada. Respecto a a etioloxía e diagnóstico clínico desta entidade, sinale a resposta FALSA:**

- A) As infeccións virales son a causa máis frecuente en países desenvolvidos.
- B) É unha síndrome pericárdico primario con afección miocárdica predominante.
- C) A súa confirmación definitiva require unha biopsia endomiocárdica pero a presenza de achados benignos como a ausencia de disfunción de ventrículo esquerdo fai que esta non sexa obrigatoria.
- D) En casos de pericarditis con miocarditis asociada, recoméndase angiografía coronaria segundo a presentación clínica e factores de risco asociados para descartar síndrome coronaria agudo.

**39. Diferentes estudos demostraron a superioridade da presión continua na vía aérea (CPAP) e a VMNI respecto á oxigenoterapia convencional no tratamento do EAP cardioxénico, reducindo a taxa de intubaciones e a mortalidade. Entre os seus efectos fisiolóxicos neste contexto NON se atopa:**

- A) Aumento da precarga do ventrículo dereito.
- B) Diminución da poscarga do ventrículo esquerdo, aumento da contractilidade do miocardio e do gasto cardíaco.
- C) Reclutamento alveolar e aumento da "compliance" pulmonar.
- D) Diminución do traballo respiratorio.

**40. Unha das seguintes afirmacións sobre a manobra de decúbito prono no manexo do SDRA é FALSA:**

- A) Mellora as relacións ventilación/perfusión.
- B) Aumenta a capacidade residual funcional.
- C) Aumenta a poscarga do ventrículo dereito.
- D) Mellora a supervivencia aos 90 días.

**41. O tratamento periprocedemento dos pacientes con SCASEST inclúe a anticoagulación para inhibir a xeración ou a actividade da trombina. Sinale a resposta INCORRECTA:**

- A) A heparina non fraccionada é o fármaco de elección para os pacientes con SCASEST polo seu favorable perfil de risco-beneficio.
- B) Débese evitar o cambio de anticoagulantes, particularmente entre HNF e heparina de baixo peso molecular, coa excepción de engadir HNF a fondaparinux cando un paciente sométese a ICP despois de recibir tratamento con fondaparinux.
- C) Débese considerar a administración de enoxaparina i.v. para pacientes pretratados con enoxaparina subcutánea.
- D) Está recomendada a anticoagulación parenteral para todos os pacientes con SCASEST tras a finalización do procedemento de revascularización segundo os riscos isquémico e hemorráxico.

**42. Respecto ao manexo do TCE, cal das seguintes afirmacións é CORRECTA?:**

- A) Aínda que a terapia hiperosmolar pode reducir a presión intracraneal, non hai suficiente evidencia para apoiar unha recomendación específica do seu uso.
- B) A hipotermia profiláctica temperá a curto prazo está recomendada para mellorar os resultados en pacientes con lesión difusa.
- C) Hiperventilación profiláctica prolongada con PaCO<sub>2</sub> 25 mmHg está indicada nos casos de midriase bilateral arreactiva tras TCE grave.
- D) Nos pacientes con TCE grave, o uso de metilprednisolona en altas doses asociouse cun descenso da mortalidade.

**43. Respecto ás terapias continuas de substitución renal, que afirmación é FALSA?**

- A) A difusión consiste no transporte de solutos, a través dunha membrana semipermeable, xerados por un gradiente de concentración.
- B) A convección defínese como o paso de solutos arrastrados por un fluxo de solvente, a través dunha membrana, pola diferenza de presión entre ambos os lados da mesma.
- C) A hemofiltración venovenosa continua é unha terapia difusiva, onde o soluto e a auga son transportados a través dunha membrana semipermeable.
- D) A dosificación das técnicas continuas de depuración extrarrenal no fracaso renal agudo, encamiñase a unha formulación dinámica das terapias, adecuando a dosificación a cada período evolutivo do paciente.

**44. Cal dos seguintes criterios diagnósticos da Síndrome de Guillain-Barré é MENOS frecuente?**

- A) Afectación dos nervios craniais.
- B) Reflexos tendinosos ausentes ou diminuídos nas extremidades afectadas.
- C) Empeoramento progresivo durante non máis de 4 semanas.
- D) Nistagmo.

**45. Entre os obxectivos fisiolóxicos que se buscan ao instaurar a ventilación mecánica nun paciente, NON se atopa:**

- A) Asegurar unha ventilación e osixenación adecuadas.
- B) Manter o recrutamento alveolar previndo atelectasias e evitando a sobredistensión alveolar.
- C) Reducir o traballo respiratorio.
- D) Dobrar a capacidade residual funcional.

**46. A síndrome perde sal é frecuente na evolución da hemorraxia subaracnoidea aneurismática. Cal dos seguintes é o elemento fundamental para o diagnóstico diferencial coa síndrome de secreción inadecuada de ADH?:**

- A) Osmolalidade urinaria alta.
- B) Hiponatremia.
- C) Deplección de volume.
- D) Sodio en ouriños elevado.

**47. O uso de ventilación mecánica non invasiva en pacientes con EPOC gravemente exacerbada con criterios de ingreso en UCI:**

- A) Non está indicada na UCI, xa que atrasar a IOT só empeorará o pronóstico do paciente.
- B) É unha opción recomendada para a prevención do fracaso postextubación en pacientes con EPOC exacerbada que precisaron ventilación mecánica.
- C) Hai poucas evidencias do seu uso en exacerbacións da EPOC con insuficiencia respiratoria global e acidose respiratoria.
- D) Todas as respostas anteriores son falsas.

**48. De acordo ao documento Español de Consenso sobre a utilización do Soporte Respiratorio Non Invasivo no paciente con Insuficiencia Respiratoria Aguda grave (2021), sinala a resposta FALSA sobre as recomendacións de terapia inicial con lentes nasais de alto fluxo (GNAF):**

- A) Un fluxo de gas de 45–50 l/min sería o adecuado de inicio.
- B) Unha temperatura de acondicionamento do gas ao redor de 37°C é mellor tolerada.
- C) Para o seguimento da súa eficacia é útil o uso do índice ROX ( $SpO_2/FiO_2:FR$ ). Un valor  $< 4,88$  asóciase a maior probabilidade de éxito.
- D) Debe programarse unha  $FiO_2$  mínima para manter a  $SpO_2$  ao redor de 93–94% – entre 88–89% en casos de enfermidade pulmonar crónica asociada.

**49. Das seguintes respostas, unha delas non se corresponde cos obxectivos desexables na aplicación da ventilación mecánica para tratar o SDRA. Indica cal é:**

- A) Manter un valor de presión meseta inferior a 30 cm H<sub>2</sub>O.
- B) Manter un valor de “driving pressure” (DP) entre 15 e 30 cm H<sub>2</sub>O.
- C) Manter un Vt arredor dos 6 ml/kg do peso previsto do paciente.
- D) Manter unha FR inferior a 35 rpm.

**50. Varón de 52 anos sen antecedentes, que ingresa na UCI por dor abdominal de 24 h de evolución, con amilasa de 550 U/L, hipotensión e oliguria. Sinala a que considere CORRECTA:**

- A) Solicitaría unha ecografía abdominal para valorar a etiloxía biliar da probable pancreatite aguda.
- B) Solicitaría unha analítica completa con función hepática (AST/ALT/GGT/BT/LDH), triglicéridos e calcio canto antes.
- C) Solicitaría unha TAC abdominal sen contraste inmediatamente, para descartar necrose pancreática e ver complicacións asociadas á probable pancreatite.
- D) A e B son correctas.

**51. Na prevención e manexo do vasoespasmo e a isquemia cerebral retardada, NON está indicado:**

- A) Procurar hipertensión e hipervolemia inmediatamente despois do ingreso.
- B) Administar precozmente nimodipino por vía enteral.
- C) Manter a euvolemia.
- D) En caso de vasoespasmo severo considerar o uso de vasodilatadores intraarteriais.

**52. Un paciente ingresado en UCI que presente anuria >12 horas, segundo a clasificación KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) da insuficiencia renal aguda, atópase no estadio:**

- A) 1.
- B) 2.
- C) 3.
- D) 4.

**53. Sinala a resposta CORRECTA sobre o uso de fármacos betabloqueantes (BB) no tratamento do SCACEST:**

- A) A administración precoz de BB i.v. no momento da presentación clínica seguida de BB orais pódese considerar para pacientes hemodinamicamente estables que van someterse a ICP primaria.
- B) Recoméndase o tratamento con BB en pacientes con función sistólica do VI reducida (FEVI < 40%) en ausencia de contraindicacións nin signos de insuficiencia cardíaca aguda e a PA sistólica sexa > 120 mmHg.
- C) En pacientes que non recibiron tratamento precoz con BB i.v. e que están estables hemodinamicamente, debe considerarse o inicio de tratamento oral con BB nas primeiras 24 horas.
- D) Todas son correctas.

**54. Con respecto á fluidoterapia na reanimación do shock séptico:**

- A) Na fase 1, débese alcanzar unha PAM (Presión Arterial Media) e un GC (Gasto Cardíaco) mínimo que manteña a perfusión tisular.
- B) Na fase 4, o principal obxectivo é incrementar a dispoñibilidade intracelular de osíxeno.
- C) A fase 1, precisa monitorización avanzada.
- D) Ningunha das anteriores é correcta.

**55. Paciente de 35 anos, obeso (1,75 mts // 95 kg) sen outros antecedentes de interese, diagnosticado hai 3 días de Gripe A. Acude a Urgencias por mor dunha disnea intensa e febre alta. Ao chegar está taquipneico (30 rpm) e na GSA (VMK con reservorio), ten unha pO<sub>2</sub> 60 mmHg, pH 7,25 e PCO<sub>2</sub> 48 mmHg. A radiografía de tórax mostra unha extensa afectación pulmonar con infiltrados bilaterais difusos. Decidiuse intubar ao paciente e iniciar ventilación mecánica, sedación profunda e bloqueo neuromuscular. Dos seguintes, cales serían os parámetros do respirador máis axeitados:**

- A) FiO<sub>2</sub> 0.8; PEEP 6; Vt 640; FR 20 (PPlatteau 22)
- B) FiO<sub>2</sub> 1; PEEP 10; Vt 620; FR 20 (PPlatteau 26)
- C) FiO<sub>2</sub> 0.8; PEEP 16; Vt 420; FR 20 (PPlatteau 28)
- D) FiO<sub>2</sub> 1; PEEP 12; Vt 480; FR 20 (PPlatteau 29)

**56. O tratamento inicial para o estado epiléptico convulsivo debe incluír unha benzodiazepina e un fármaco antiepiléptico de longa duración. Cal dos seguintes NON se usa nese momento e con esa indicación?:**

- A) Levetiracetam.
- B) Valproato.
- C) Propofol.
- D) Fenitoína/fosfenitoína.

57. Solicitan que vostede valore a un home de 50 anos con antecedentes familiares de síndrome de Marfan e fumador de 20 cig/día. Acode a Urxencias por clínica de malestar xeral, disnea e taquicardia desde hai unha hora. Cando explora ao paciente, presenta datos de mala perfusión, TAs 85 mmHg e na auscultación destaca sopro diastólico en foco aórtico. Sinale a resposta **INCORRECTA** en relación coa entidade clínica do paciente:

- A) É a segunda causa de mortalidade en pacientes con disección aórtica tras a rotura aórtica aguda.
- B) A presentación clínica máis frecuente e habitual desta entidade é a dor torácica penetrante, desgarrante, de rotura ou cortante.
- C) Prodúcese pola dilatación tanto da raíz aórtica como do anel, a rotura do anel ou das cúspides valvulares, o descenso dunha cúspide por baixo da liña do peche valvular, a perda de soporte da cúspide e a interferencia física no peche da válvula aórtica por flap intimal.
- D) A isquemia miocárdica pode estar exacerbada nestes cadros clínicos.

58. Respecto ao manexo respiratorio do paciente con TCE, é **FALSO** que:

- A) O uso de óxido nítrico inhalado pode considerarse en caso de hipoxemia refractaria con hipertensión pulmonar.
- B) A posición de decúbito prono pode considerarse como terapia de rescate, para mellorar a osixenación.
- C) As manobras de recrutamento pódense usar de maneira preventiva para evitar atelectasias.
- D) A terapia ECMO (Osixenación de Membrana Extracorpórea) pode considerarse no TCE sen hemorragia intracranial activa.

59. En relación coa definición dos termos relativos ao tratamento de reperfusión para os pacientes con IAMCEST, sinale a resposta **CORRECTA**:

- A) Defínese intervención coronaria percutánea (ICP) primaria como a ICP emerxente con balón, stent ou outro dispositivo, realizada na arteria responsable do infarto sen tratamento fibrinolítico previo.
- B) Defínese ICP de rescate como a ICP emerxente que se realiza canto antes en caso de fracaso do tratamento fibrinolítico.
- C) Defínese estratexia sistemática de ICP precoz como a coronariografía, seguida de ICP da arteria responsable do infarto se está indicada, que ten lugar 2–24 horas despois da fibrinólise eficaz.
- D) Todas son correctas.

60. A presenza de desadaptación ou asincronía paciente–ventilador conduce invariablemente a un aumento do traballo respiratorio, o que fará fracasar o obxectivo fundamental do soporte ventilatorio que non é outro que a diminución do devandito traballo. Sinale a resposta **CORRECTA**:

- A) O dobre "trigger" é unha forma de asincronía que se pode observar cando a demanda do paciente é moi baixa e o tempo inspiratorio mecánico é longo.
- B) As asincronías terán lugar unicamente durante a fase de "trigger".
- C) O autociclado ou "autotrigger" pode producirse como consecuencia de artefactos no circuío do ventilador, presenza de auga nas tubuladuras, fugas e oscilacións cardíacas.
- D) En modos variables como SIMV son pouco frecuentes as asincronías.

**61. Cal dos seguintes enunciados é FALSO?:**

- A) As fracturas das dúas primeiras costelas teñen unha elevada taxa de mortalidade.
- B) No volet costal, a redución aberta e fixación interna do tórax acurta a estancia na unidade de coidados intensivos.
- C) As dúas últimas costelas fractúranse menos que o resto.
- D) A radiografía é un método de imaxe capaz de detectar ata o 75% das fracturas costais en pacientes traumatizados.

**62. A hemorraxia intracerebral en pacientes anticoagulados ten unha mortalidade extremadamente alta. Para reverter os efectos anticoagulantes do dabigatrán, el antagonista específico es:**

- A) Idarucizumab.
- B) Tozilizumab.
- C) Sulfato de protamina.
- D) Andenaxet alfa.

**63. Segundo as guías da “Surviving Sepsis Campaign” do 2021:**

- A) Recoméndase evitar o uso de hidrocortisona no shock séptico se con fluídos e vasopresores conseguíuse a estabilización hemodinámica.
- B) Recoméndase usar a procalcitonina xunto coa avaliación clínica para decidir cando iniciar a antibioterapia.
- C) Recoméndase usar coloides para a resucitación inicial de pacientes con sepse ou shock séptico.
- D) Ningunha das anteriores é unha recomendación das guías.

**64. En relación coas causas de insuficiencia respiratoria hipoxémica secundaria ao tromboembolismo pulmonar agudo, sinale a resposta CORRECTA:**

- A) A presenza de baixo gasto cardíaco dá lugar á desaturación do sangue venosa mixta.
- B) As zonas de fluxo reducido en arterias pulmonares obstruídas, combinadas con zonas de fluxo excesivo no leito capilar irrigadas por vasos pulmonares non obstruídos, dan lugar a un desaxuste entre a ventilación e a perfusión, e, consecuentemente, hipoxemia.
- C) Ata nun terzo dos pacientes, pode existir un cortocircuíto de dereita a esquerda a través dun foramen oval permeable que leva á hipoxemia grave e maior risco de embolización paradoxal.
- D) Todas son correctas.

**65. Con respecto á fluidoterapia na sepse, sinale a CORRECTA:**

- A) A principal desvantaxe da VPP (Variación de Presión de Pulso) é a existencia de falsos negativos coa respiración espontánea.
- B) A elevación pasiva de pernas ten resultados fiables en ventilación mecánica con VT (Volume Tidal) ou compliances pulmonares baixas.
- C) Durante o minifluid challenge, a simple medición da PA (Presión Arterial) sería fiable para predicir a resposta ao volume.
- D) As probas dinámicas non teñen limitacións para valorar a resposta ao volume.

**66. Respecto ao uso de fármacos en soporte vital avanzado, as guías do ERC de 2021 din que:**

- A) Amiodarona debe utilizarse exclusivamente por vía endovenosa.
- B) Atropina debe de administrarse a doses de 3 mg ao mesmo tempo que a primeira dose de adrenalina se o ritmo é non desfibrilable.
- C) Lidocaína pode administrarse a dobre dose por vía intratraqueal se non se dispón de acceso vascular.
- D) Lidocaína pode administrarse en lugar de amiodarona se así se decidiu nun protocolo local.

**67. Con respecto á hemorragia dixestiva alta sinale a resposta FALSA:**

- A) A presenza dunha hematemese franca suxire sangrado proximal ao ligamento de Treitz.
- B) O antecedente dun aneurisma de aorta abdominal ou prótese aórtica non achega información relevante cara a súa etioloxía.
- C) Asíciase con uso de AINEs, tabaquismo, exceso de alcol ou historia de infección por H. Pylori.
- D) Os pacientes con hemorragia dixestiva alta aguda adoitan ter un ratio urea / creatinina elevado (>60:1).

**68. En relación cos marcadores xerais de hipoxia tisular nunha situación clínica de shock, sinale a resposta CORRECTA:**

- A) A  $SvcO_2$  representa a cantidade de osíxeno que permanece na circulación sistémica despois do seu paso polos tecidos. Valores de  $SvO_2$  inferiores ao 60–65% ou de  $SvcO_2 < 70\%$  nun contexto de enfermidade aguda son indicadores dunha achega inadecuada de osíxeno aos tecidos.
- B) Aínda que a literatura é heteroxénea no valor de aclaramiento de lactato, descensos inferiores ao 10% débense considerar inadecuados e requiren novas intervencións hemodinámicas para incrementar o  $DO_2$ .
- C) A diferenza arteriovenosa central de  $CO_2$  (gap de  $CO_2$ ) está moi relacionada coa perfusión tisular en situacións de baixo fluxo sanguíneo e podería considerarse un indicador indirecto da idoneidade do GC. Valores de gap de  $CO_2 > 6$  mmHg indican unha situación de fluxo sanguíneo diminuído.
- D) Todas son correctas.

**69. O bloqueo paravertebral torácico proporciona unha analxesia eficaz no manexo do traumatismo torácico. Indica que enunciado é FALSO respecto ao dito bloqueo:**

- A) Publicáronse casos de mortalidade asociada ao procedemento.
- B) Pode aumentar o risco de pneumotórax.
- C) A súa principal complicación é o bloqueo errado.
- D) Pode aumentar o risco de síndrome de Claude Bernard–Horner.

**70. No manexo do ARDS NON é certo que:**

- A) O peso corporal previsto (PWB) é o que se debe utilizar para calcular o  $V_t$  a utilizar.
- B) O uso de relaxantes neuromusculares reduce o traballo respiratorio e as asincronías ventilador–paciente.
- C) Segundo o ensaio EOLIA, a ECMO representa unha opción segura como terapia de rescate, sen apenas complicacións isquémicas e/ou hemorráxicas.
- D) Hai que ter en conta a posibilidade de desenvolver unha "cor pulmonale" aguda.

**71. Paciente de 35 anos de idade, que ingresa en UCI por meninxite bacteriana. Ao día seguinte confírmase por Film-array PCR en LCR positiva para Streptococcus pneumoniae, sen dispoñer de sensibilidades antibióticas polo momento. Indique o CORRECTO:**

- A) O tratamento empírico inicial inclúe vancomicina, máis ceftriaxona ou cefotaxima.
- B) Recoméndase administrar dexametasona 0,15 mg/kg cada seis horas durante catro días.
- C) O tratamento dirixido unha vez confirmada a microbioloxía será con ampicilina (2 g cada catro horas) ou penicilina G (4 millóns de unidades cada catro horas) durante 21 días.
- D) As respostas a e b son correctas.

**72. A Neurocritical Care Society define estatus epiléptico como a presenza de actividade crítica clínica e/ou electroencefalográfica ou crisis recorrentes sen recuperación entre elas durante ao menos:**

- A) Cinco minutos.
- B) Un minuto.
- C) Quince minutos.
- D) Dez minutos.

**73. A duración recomendada do tratamento antibiótico na peritonite secundaria:**

- A) Se hai un adecuado control do foco e o paciente evoluciona favorablemente, serán suficientes 4 ou 5 días.
- B) Polo menos 14 días unha vez que comezan os síntomas, aínda que o foco estea controlado.
- C) Só se recomendaría un réxime de profilaxe antibiótica intraoperatoria.
- D) Debe seguirse sempre unha antibioterapia de 7 días.

**74. Sinal que perfil hemodinámico correspóndese co shock obstrutivo secundario a taponamento cardíaco:**

- A) Precarga baixa, índice cardíaco normal e poscarga elevada.
- B) Precarga elevada, índice cardíaco baixo e poscarga elevada.
- C) Precarga baixa, índice cardíaco baixo, poscarga baixa.
- D) Precarga baixa, índice cardíaco alto, poscarga baixa.

**75. Respecto ao manexo do traumatismo hepático, indica cal dos seguintes enunciados é FALSO:**

- A) A maioría dos pacientes con trauma hepático son tratados sen necesidade de intervención cirúrxica, incluso as lesións graves AAST (American Association for the Surgery of Trauma).
- B) Na lesión vascular hepática debe valorarse a arteriografía, mesmo en pacientes estables.
- C) Nos pacientes inestables hemodinamicamente, que precisan intervención cirúrxica, pode ser necesaria a cateterización de REBOA (Balón Endovascular de Resucitación por Oclusión de Aorta) previa ao traslado ao quirófano.
- D) Ata a metade dos pacientes con inestabilidade hemodinámica inicial, pero respondedores á resucitación, non requiren intervención cirúrxica, pero deberán ser monitorizados de forma estreita.

**76. Cal dos seguintes fármacos se usa no tratamento da síndrome serotoninérxica?:**

- A) Escitalopram.
- B) Sumatriptan.
- C) Tramadol.
- D) Ciproheptadina.

77. Paciente de 50 anos que ingresa en UCI por IAMCEST anterior extenso e disfunción sistólica grave de VI. Ás dúas horas da súa chegada, o paciente presenta deterioración do nivel de consciencia (de Glasgow 15 pasa a Glasgow 12), frialdade cutánea, crepitanes bilaterais, diuresis < 30 ml/h e lactato de 5.8 mmol/L. A pesares dunha adecuada reposición de volemia, é preciso iniciar soporte hemodinámico cunha droga inotrópica. Avalía a situación do paciente unha hora máis tarde, non existindo melloría na exploración clínica. A maiores, rexístranse valores de PA sistólica < 90 mmHg, polo que se engade soporte vasoactivo, e cifras de lactato de 7.2 mmol/L. Sinale en que estadio da clasificación SCAI para o shock cardioxénico se atopa este paciente:

- A) B
- B) C
- C) D
- D) E

78. O Protocolo BLUE (Bedside Lung Ultrasound in Emergency Protocol) establece un algoritmo de diagnóstico da insuficiencia respiratoria aguda mediante ultrasóns. De acordo a este protocolo, ¿qué patrón dos seguintes observaremos con máis probabilidade nun paciente con SDRA severo?:

- A) "Sliding" presente e liñas A bilaterais.
- B) Ausencia de "sliding" e ausencia de liñas B.
- C) "Sliding" diminuído ou ausente e presenza de liñas B bilaterais.
- D) "Sliding" presente, liñas B nun lado e liñas A noutro.

79. Dentro do tratamento graduado da hipertensión intracranial no TCE, que medida se considera de 2º nivel?:

- A) Manter PPC entre 60–70 mmHg.
- B) Manter PaCO<sub>2</sub> entre 30–35 mmHg.
- C) T<sup>a</sup> vesical < 37,5 °C.
- D) T<sup>a</sup> vesical entre 32 e 35 °C.

80. Trala fase inicial de reanimación do shock séptico, sinale a CORRECTA:

- A) É esencial determinar a capacidade de resposta ao volume antes de administrar fluídos.
- B) Deberíase monitorizar a resposta ao volume.
- C) Recoméndase guiar a fluidoterapia segundo parámetros clínicos xa que tenden a mellorar de forma precoz.
- D) A e B son correctas.

81. No caso dunha hemorraxia dixestiva alta por varices esofáxicas, indique a resposta FALSA:

- A) A cirrose de orixe alcohólica, a presenza de ascite e/ou de encefalopatía hepática representan un maior risco asociado de resangrado precoz.
- B) Recoméndase o tratamento farmacolóxico cun medicamento vasoactivo (terlipresina, somatostatina, octreotido, vasopresina) ademais do tratamento endoscópico.
- C) A terlipresina non demostrou reducir a mortalidade destes pacientes.
- D) A endoscopia dixestiva alta debe realizarse nas primeiras 12 horas do inicio do sangrado.

**82. Muller de 66 anos, obesa e hipertensa grave (toma tres fármacos antiHTA en domicilio), con diverticulose colónica que acode a Urgencias por dor en hemiabdomen esquerdo e deposicións hematoquécicas nas últimas horas. Chega con TA 100/50 mmHg; FC 110 lpm; T<sup>a</sup> 35°C; pálida e suorenta. Analiticamente destaca Hb 7.5 gr/dL e Hcto 25%; Ca iónico 1.01 mmol/L e un lactato 3.9 mmol/L. Con respecto ao tratamento indicado neste caso:**

- A) Se existe sangrado activo nun divertículo durante a colonoscopia recoméndase a cirurxía con colostomía de descarga.
- B) En caso de inestabilidade hemodinámica a terapia endoscópica é a de elección.
- C) Se persiste inestabilidade hemodinámica e sangrado visible en anxiotC débese realizar anxiografía e embolización.
- D) Ningunha das respostas anteriores é a correcta.

**83. Dentro do manexo do TCE grave, que aspecto considera FALSO?:**

- A) Manexo de líquidos: A elección da solución hipertónica óptima aínda é incerta.
- B) Manexo da coagulación: O ácido tranexámico pode considerarse en casos illados de pacientes con TCE grave, pero non en TCE leve ou moderado.
- C) Manexo de PIC (Presión Intracranial) elevada: O tratamento da lesión cerebral traumática implica algo máis que tratar a PIC elevada.
- D) Manexo de PPC (Presión de Perfusión Cerebral): Optimizar a perfusión cerebral pode ser un desafío e a monitorización auxiliar do osíxeno do tecido cerebral ou da autorregulación poden ser útiles.

**84. Con respecto ao diagnóstico da pancreatite aguda (PA):**

- A) Todos os pacientes con PA severa necesitan unha TAC con contraste que, idealmente, realízase entre o 7º e o 10º día de evolución da sintomatoloxía.
- B) Cando a etioloxía da PA non se puido determinar cos estudos habituais, débese considerar realizar unha colangiornm ou unha ecoendoscopia para descartar litíase oculta.
- C) Na PA moderada está indicado realizar unha TAC de seguimento aos 7–10 días do primeiro escáner.
- D) O dímero D ao ingreso ten un elevado valor predictivo positivo para o desenvolvemento de fracaso de órganos.

**85. En relación coa antiagregación plaquetaria e o pretratamento, sinale a resposta INCORRECTA segundo a guía ESC 2020 sobre o diagnóstico e tratamento do SCASEST:**

- A) Recoméndase a administración sistemática de pretratamento cun inhibidor do P2Y<sub>12</sub> para pacientes con anatomía coronaria descoñecida cando se planifica unha estratexia invasiva temperá.
- B) Débese considerar a administración de prasugrel antes que ticagrelor para pacientes con SCASEST que se someten a ICP.
- C) Pola súa rápida acción, o tratamento con inhibidores potentes do P2Y<sub>12</sub> (ticagrelor ou prasugrel) pódese administrar despois da coronariografía diagnóstica e directamente antes da ICP.
- D) Pódese considerar o cangrelor para pacientes non tratados cun inhibidor do P2Y<sub>12</sub> que se someten a ICP.

**86. Segundo as guías do ERC 2021, sinala a actuación CORRECTA despois da recuperación sostida da circulación espontánea:**

- A) En pacientes que continúen baixo ventilación mecánica, axuste o ventilador para conseguir  $PCO_2$  menor de 35 mmHg.
- B) En pacientes que recuperan conciencia, respiran espontaneamente e están hipoxémicos, administre oxíxeno para conseguir  $SatO_2$  arterial do 94%.
- C) En calquera caso solicite como primeira proba un TC craneal.
- D) Se se inicia TTM a 34 graos é obrigatorio axustar por temperatura para avaliar os resultados das gasometrías.

**87. Segundo as recomendacións sobre o tratamento inicial da insuficiencia cardíaca aguda propostas pola guía ESC 2021 sobre o diagnóstico e tratamento da insuficiencia cardíaca aguda e crónica, sinala a resposta INCORRECTA:**

- A) Recoméndase a administración sistemática de osíxeno e asistencia ventilatoria para os pacientes con  $SpO_2 < 95\%$ .
- B) Pódese considerar a administración de vasodilatadores endovenosos aos pacientes con PA sistólica  $> 110$  mmHg como tratamento inicial para mellorar os síntomas e reducir a conxestión.
- C) Pódese considerar a combinación dun diurético de asa cunha tiazida para os pacientes con edema resistente que non responde o aumento de dose de diuréticos do asa.
- D) Non se recomenda a administración sistemática de opiáceos, excepto para pacientes seleccionados con dor, ansiedade intensa ou intratables.

**88. No caso dun paciente con SDRA que foi tratado inicialmente con osixenoterapia con cánulas nasais de alto fluxo, cal é a escala ou índice que pode ser útil para predicir o fracaso deste tratamento?**

- A) Índice ROX (Respiratory/ rate – Oxygenation).
- B) Escala HACOR (Heart rate, Acidosis, Consciousness, Oxygenation, Respiratory rate).
- C) Escala CPIS (Clinical Pulmonary Infection Score).
- D) Escala CURB65 (Confusion, Uremia, Respiratory rate, Blood pressure, Age  $> 65$  years).

**89. En relación coas recomendacións da guía ESC 2020 sobre o diagnóstico e tratamento do SCASEST para pacientes en situación de shock cardioxénico, sinala a resposta INCORRECTA:**

- A) Está recomendada a coronariografía urxente para pacientes con SCA complicado por shock cardioxénico.
- B) Recoméndase a ICP urxente da lesión culpable para pacientes en shock cardioxénico causado por SCASEST, independentemente do tempo transcorrido desde a presentación dos síntomas, sempre que a anatomía coronaria sexa adecuada para ICP.
- C) En caso de complicacións mecánicas do SCASEST, está contraindicado o implante do balón de contrapulsación intraaórtico.
- D) En caso de inestabilidade hemodinámica, recoméndase a reparación cirúrxica ou percutánea das complicacións mecánicas do SCA, segundo a valoración do equipo cardiolóxico.

**90. Na inhalación de fume é importante a toxicidade por ácido cianhídrico e derivados. O seu antídoto é:**

- A) Hidroxicobalamina.
- B) Emulsión lipídica ao 20%.
- C) N-acetilcisteína.
- D) Bicarbonato de sodio.

**91. A lesión pulmonar pulmonar inducida polo ventilador (VILI) pode ser unha consecuencia adversa da ventilación mecánica, empeorando o intercambio gaseoso, prolongando a ventilación mecánica e aumentando ademais a morbi-mortalidade asociada. É CERTO que:**

- A) A sobredistensión alveolar (volutrauma) produce lesión pulmonar sen existir cambios significativos da presión transpulmonar.
- B) A expansión alveolar cíclica (durante a inspiración) e o colapso (durante a espiración) son os responsables das lesións de barotrauma.
- C) O biotrauma secundario á liberación de mediadores inflamatorios non supón un mecanismo significativo dentro da fisiopatoxenia do VILI.
- D) A lesión pulmonar autoinflixida polo paciente (P-SILI) pódese presentar nos diferentes tipos de ventilación, xa sexa invasiva ou non invasiva.

**92. Cal dos seguintes NON é un síntoma típico do bloqueo colinérxico?:**

- A) Midriase.
- B) Diarrea.
- C) Sequedade de pel e mucosas.
- D) Confusión.

**93. Cal dos seguintes fármacos se asociou con exceso de mortalidade e morbilidad cando se usou como profilaxe anticomial no contexto de hemorraxia subaracnoidea aneurismática?:**

- A) Fenitoína.
- B) Levetiracetam.
- C) Lacosamida.
- D) Valproato.

**94. Segundo as Guías AHA/ American Stroke Asociation de 2019, respecto do tratamento xeral de soporte na fase aguda dun ictus isquémico agudo, é CERTO que:**

- A) Existe consenso xeral en baixar a tensión arterial sistólica ao menos a 180 mmHg.
- B) Debemos de tratar sempre a hipoglucemia grave.
- C) De modo xeral, axustaremos o fluxo de oxíxeno para obter saturación arterial de oxíxeno maior de 98%.
- D) É necesario acadar os obxectivos de nutrición administrada por vía enteral nos primeiros cinco días.

**95. A estratexia do tratamento da insuficiencia cardíaca aguda (ICA) comeza coa determinación da súa etioloxía. En relación coas causas específicas da ICA, sinala cal NON forma parte do acrónimo CHAMPIT:**

- A) Embolia pulmonar.
- B) Síndrome coronaria aguda.
- C) Incompetencia de válvula nativa ou protésica secundaria a endocardite.
- D) Anemia moderada.

**96. Segundo as guías para Soporte Vital Avanzado de 2021 do European Resuscitation Council é CERTO que:**

- A) Durante cada intento de intubación traqueal debe de procurarse que a pausa nas compresións non sexa maior de 15 segundos.
- B) Só deben de intentar a intubación traqueal aqueles operadores cuxa taxa de éxito ao segundo intento sexa maior do 95%.
- C) É de elección o uso de videolaringoscopia sobre a laringoscopia directa.
- D) Recoméndase confirmación ecográfica da correcta colocación do tubo endotraqueal.

**97. Entre as vantaxes para o uso dunha máscara facial total como interfase dunha VMNI, NON se atopa:**

- A) Mínima fuga perimáscara.
- B) Menor sensación de claustrofobia.
- C) Menor espazo morto.
- D) Maior tolerancia.

**98. Respecto da lacosamida é CERTO que:**

- A) É un fármaco moi sedante.
- B) Está contraindicada no tratamento do estatus epiléptico.
- C) Pode usarse asociada a unha benzodiazepina no tratamento inicial do estatus epiléptico.
- D) Habitualmente úsase en perfusión continua.

**99. Cal das seguintes é unha forma de estatus epiléptico NON convulsivo?:**

- A) Estatus mioclónico xeralizado.
- B) Estado de epilepsia parcial continua.
- C) Estado de ausencia típico.
- D) Estado tónico-clónico.

**100. Os parámetros fisiolóxicos dinámicos no shock séptico baséanse en avaliar a resposta cardiovascular a un cambio temporal e reversible na precarga, sendo a manobra de elevación pasiva de pernas un método para a predición da resposta á achega de volume. En relación con esta manobra, sinale a resposta INCORRECTA:**

- A) Débese dispoñer dun sistema de monitorización do gasto cardíaco e considerárase positiva cando esta manobra produza un aumento > 10% do gasto cardíaco.
- B) Non é aplicable a pacientes con arritmias.
- C) Pódese empregar en pacientes con respiración espontánea e baixa distensibilidade pulmonar.
- D) Está limitada nalgunhas situacións como pacientes con hipertensión intracranial.

#### Preguntas de reserva

**1. Sinale a resposta CORRECTA en relación cos fármacos inhibidores do P2Y<sub>12</sub> segundo a guía ESC 2020 sobre o diagnóstico e tratamento do SCASEST:**

- A) O clopidogrel é un profármaco derivado da tienopiridina cuxa acción é irreversible e require axuste de dose na insuficiencia renal.
- B) O prasugrel é un profármaco derivado da tienopiridina cuxa acción é reversible e non require axuste de dose na insuficiencia renal.
- C) O ticagrelor é un fármaco cuxa acción é reversible e non require bioactivación, xa que non é un profármaco.
- D) O cangrelor é un fármaco análogo da ATP cun efecto irreversible, requirindo axuste de dose en insuficiencia renal e cuxa administración é oral.

**2. En canto ao tratamento da exacerbación grave en pacientes con EPOC, NON é certo que:**

- A) Recoméndase o uso de inhibidores da fosfodiesterasa 4 (Roflumilast) no momento agudo nas últimas revisións das directrices GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)
- B) Os agonistas B2 de acción curta son a terapia broncodilatadora inicial de elección
- C) Unha dose equivalente a 40 mg de prednisona/día durante 5 días mellora a función pulmonar (FEV1), a oxixenación e o risco de recaída precoz.
- D) Recoméndase a terapia antibiótica durante 5–7 días, se coexisten aumento da disnea, do volume de esputo e da purulencia

**3. En situación de hipokalemia crítica con risco inminente de parada cardíaca é CERTO que:**

- A) A velocidade de reposición de potasio non debe de superar en ningún caso os 10 mequiv/hora.
- B) O electrocardiograma amosará típicamente ondas T picudas.
- C) Debemos administrar rapidamente gluconato cálcico polo seu efecto estabilizador da membrana celular.
- D) Se coexiste hipomagnesemia, a súa corrección é importante para asegurar unha rápida repleción de potasio.

**4. Cal dos seguintes patróns do Doppler transcranial suxire tipicamente vasoespasmo?:**

- A) Velocidades medias normais para o vaso insonado con índice de Lindegaard menor de 3.
- B) Velocidades medias altas para o vaso insonado con índice de Lindegaard maior de 3.
- C) Velocidades medias normais para o vaso insonado con índice de Lindegaard maior de 3.
- D) Velocidades medias baixas para o vaso insonado independentemente do índice de Lindegaard.

**5. No contexto da hemorraxia cerebral espontánea, segundo as guías AHA/ASA 2022, é CERTO que:**

- A) A terapia hiperosmolar precoz no tratamento da hipertensión endocranial non debe utilizarse por ser prexudicial (forza de recomendación HARM).
- B) A monitorización invasiva da PIC é obrigatoria en caso de hipertensión endocranial severa independentemente do nivel de conciencia.
- C) O uso de corticoides é eficaz para reducir a mortalidade en casos de hipertensión endocranial (forza de recomendación clase 1).
- D) En pacientes con hemorraxia cerebral espontánea complicada con hidrocefalia que cause diminución do nivel de conciencia, está indicada a drenaxe ventricular con forza de recomendación clase 1.

**6. Indica o enunciado CORRECTO respecto ás lesións abdominais postraumáticas:**

- A) As lesións de víscera oca son comúns nos traumas abdominais non penetrantes.
- B) Aproximadamente o 25% das lesións renais traumáticas deben ser intervidas cirurxicamente.
- C) O trauma duodenal presenta unha incidencia estimada do 10–15% dos traumas abdominais, sendo máis frecuente no trauma abdominal penetrante.
- D) No trauma uretral pode estar indicada a uretrografía retrógrada.

**7. En relación coas distintas causas que poden dar lugar ao shock cardioxénico e o seu manexo clínico, sinala a resposta CORRECTA:**

- A) O shock causado por estenose aórtica grave é un estado dependente da precarga.
- B) No shock causado por insuficiencia aórtica grave manter unha frecuencia cardíaca baixa pode acurtar o tempo de enchido diastólico.
- C) O shock cardioxénico resultante da estenose mitral é un estado dependente da precarga. Evitar axentes cronotrópicos positivos e diminuír a frecuencia cardíaca pode mellorar a precarga.
- D) O balón intraaórtico de contrapulsación está contraindicado no manexo da comunicación interventricular post-infarto de miocardio.

**8. ¿Cal dos seguintes factores NON inflúe na mortalidade nos pacientes con ventilación mecánica con SDRA?:**

- A) Ventilación controlada por volume versus ventilación controlada por presión.
- B) Frecuencia respiratoria.
- C) Potencia mecánica (enerxía entregada polo respirador).
- D) Presión diferencial (driving pressure).

**9. Respecto ao traumatismo torácico, cal dos seguintes enunciados é FALSO?:**

- A) As fracturas costais constitúen a lesión máis frecuente tras un traumatismo torácico.
- B) As lesións cardíacas por traumatismo prodúcense habitualmente por un mecanismo non penetrante.
- C) A contusión pulmonar é a lesión máis común do parénquima pulmonar.
- D) As lesións diafragmáticas son máis frecuentes nas lesións non penetrantes.

**10. Respecto ás recomendacións sobre o tratamento de reperfusión miocárdico da guía ESC 2017 sobre o tratamento IAMCEST, sinala a resposta INCORRECTA:**

- A) O tratamento de reperfusión está indicado para todo paciente con síntomas de isquemia de duración  $\leq 12$  horas e elevación persistente do segmento ST.
- B) A máxima demora prevista entre o diagnóstico de IAMCEST e a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria (paso da guía) para escoller entre a estratexia de ICP primaria ou fibrinolise é  $\leq 90$  minutos.
- C) Para pacientes con síntomas de máis de 12 horas está indicada a estratexia de ICP primaria en presenza de síntomas compatibles con isquemia, inestabilidade hemodinámica ou arritmias potencialmente mortais.
- D) A máxima demora desde o diagnóstico de IAMCEST ata a administración dun "bolo" ou infusión de fibrinolise a pacientes que non poden cumprir os prazos indicados para ICP primaria é  $\leq 10$  minutos.