

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 sinala 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, advirtao 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, 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.

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

EXAME EN GALEGO

1. Nun paciente en ventilación mecánica, é causa de autoPEEP ao final da expiración:

- A) Un volume corrente excesivo.
- B) Unha frecuencia respiratoria elevada.
- C) Unha relación I/E moi curta.
- D) Todas poden ser causa de autoPEEP.

2. Sinale a resposta FALSA, respecto á sepse e ao shock séptico:

- A) A sepse e o shock séptico son emerxencias médicas e precisan dun tratamento precoz e adecuado; é unha patoloxía tempo dependente.
- B) En SEPSE 3 redefínese a sepse e desaparece a entidade "Sepse severa" como categoría de uso clínico.
- C) En SEPSE 3 defínese o dano orgánico como un cambio agudo na puntuación SOFA maior ou igual a 2.
- D) En SEPSE 3 considérase a SIRS (síndrome de resposta inflamatoria sistémica) na definición de sepse e shock séptico.

3. Sinale a resposta FALSA dacordo coa etioloxía da pneumonía adquirida na comunidade (NAC) grave:

- A) O *S. pneumoniae* é o patóxeno bacteriano máis frecuentemente aillado na NAC grave hospitalizada, supoñendo o 80% das bacteriémicas.
- B) A incidencia de *P. aeruginosa*, *Enterobacteriaceae* con beta-lactamasas de espectro-extendido e *Staphylococcus aureus* meticilín resistente na NAC grave alcanza o 6% das NAC con diagnóstico etiolóxico.
- C) A maioría das NAC por aspiración (doentes con disfagia orofarínxea ou outras condicións que favorezan o paso de contido gástrico ou orofarínxeo ao pulmón) están causadas por microorganismos anaerobios.
- D) O *S. aureus* e *S. aureus* meticilín resistente comunitario, poden causar NAC grave, particularmente como complicación dunha infección por gripe.

4. Respecto á ventilación mecánica non invasiva (VMNI) nos pacientes cunha exacerbación da EPOC e fallo respiratorio agudo hipercápnico:

- A) A VMNI en pacientes hospitalizados con fallo respiratorio agudo hipercápnico diminúe a mortalidade.
- B) A VMNI en pacientes hospitalizados con fallo respiratorio agudo hipercápnico diminúe a necesidade de intubación.
- C) A VMNI en pacientes hospitalizados con fallo respiratorio agudo hipercápnico diminúe a estancia hospitalaria e na unidade de cuidados intensivos.
- D) Todas as opcións son correctas.

5. Na reanimación cardiopulmonar, que se entende por compresións torácicas de alta calidade?

- A) Compresións na metade inferior do esterno "centro do peito", cunha profundidade polo menos de 5 cm pero non máis de 6 cm.
- B) Deixar que o tórax se reexpanda completamente despois de cada compresión.
- C) Compresións a un ritmo de 100-120 por minuto co mínimo de interrupcións posibles.
- D) Todas as opcións anteriores son correctas.

6. Cal das seguintes afirmacións sobre o tratamento intervencionista endovascular mediante anxioembolización no paciente traumatizado é FALSA?:

- A) A embolización hepática debe propoñerse incluso por diante da cirurxía de control de danos mediante packing, en caso de lesión extensa e inestabilidade hemodinámica.
- B) No traumatismo pélvico sanguento a embolización considérase o tratamento de primeira liña por diante da cirurxía.
- C) As lesións renais que máis probablemente se beneficien de anxioembolización son as de grao III-IV da AAST (Asociación Americana para a Cirurxía do Trauma).
- D) Pódese considerar a embolización esplénica en pacientes hemodinamicamente estables que teñen evidencia clínica ou radiolóxica de sangrado activo.

7. A anxioplastia primaria é a estratexia de reperusión de elección nos pacientes que se presentan cunha síndrome coronaria aguda con elevación do ST dentro das primeiras 12 horas do inicio dos síntomas. Con todo, non hai consenso sobre se a ICP é tamén beneficiosa en pacientes que se presentan máis aló das 12h do inicio dos síntomas. En cal dos seguintes escenarios NON estaría indicada a realización da anxioplastia primaria máis aló das 12h do inicio dos síntomas?

- A) Dor anxinosa persistente e que non responde a tratamento médico.
- B) Recorrentes cambios dinámicos no segmento ST ou na onda T, particularmente con elevación intermitente do segmento ST.
- C) Datos electrocardiográficos de necrose extensa, sobre todo a nivel anterior.
- D) Signos e síntomas de insuficiencia cardíaca, shock cardioxénico ou arritmias malignas.

8. Cal das seguintes opcións que fan referencia á meninxite aguda bacteriana é CORRECTA?

- A) O tratamento da Listeria monocytogenes debe ter unha duración de 10–14 días.
- B) Para tratar unha meninxite asociada a coidados sanitarios por Propionibacterium acnes recoméndase administrar Penicilina G.
- C) A dexametasona como tratamento asociado da meninxite aguda comunitaria demostrou diminuír a perda auditiva e mellorar o pronóstico neurolóxico, do mesmo xeito que diminuír a mortalidade.
- D) Nun portador de drenaxe ventricular externo a obtención de múltiples illamentos do mesmo xerme en líquido cefalorraquídeo con células, proteínas e glicosa normais, xunto con ausencia de síntomas debería considerarse unha contaminación.

9. En relación coa adrenalina na parada cardíaca, sinale a resposta CORRECTA:

- A) Se non se dispón de vía venosa, pódese administrar por vía intraósea.
- B) A dose para administrar é de 1 mg con repetición se é necesario cada 3–5 minutos.
- C) Recoméndase administrar 1 mg de adrenalina intravenosa ou intraósea canto antes ante un ritmo non desfibrilable.
- D) Todas as respostas anteriores son correctas.

10. Sinale a resposta FALSA respecto a a afectación do ventrículo dereito (VD) durante un infarto de miocardio:

- A) A presentación clínica do infarto de VD ten un amplo espectro, desde unha evolución sen complicacións, ata arritmias ou o shock cardioxénico. Pero a tríade típica é hipotensión + incremento da presión venosa xugular + ausencia de conxestión pulmonar (campos pulmonares limpos).
- B) O diagnóstico electrocardiográfico baséase na presenza de elevación do segmento ST > 1 mm nas derivacións aVR, V1, e/ou nas derivacións precordiais dereitas (V3R e V4R).
- C) En pacientes con infarto de VD recoméndase o uso de nitratos e diuréticos como tratamento de primeira liña para reducir a precarga, xa que presentan elevación da presión venosa xugular.
- D) O manexo da isquemia do VD inclúe a reperusión precoz e a corrección da asincronía aurículo-ventricular (Fibrilación auricular e bloqueo aurículo-ventricular).

11. Seleccione a opción INCORRECTA en relación co manexo do shock cardioxénico:

- A) Recoméndase realizar unha proba de fluídos (salino ou Ringer lactato, 200 ml/15–30 min) como primeira liña de tratamento se non existen signos de sobrecarga de volume.
- B) Debe considerarse o uso de vasopresores (Noradrenalina preferible sobre Dopamina) se é necesario para manter a presión arterial sistólica en presenza de hipoperfusión persistente.
- C) A Adrenalina en comparación coa Noradrenalina, asóciase a maior taquicardia, acidose metabólica e shock cardioxénico refractario.
- D) A Dobutamina é o inotropo de elección en caso de baixo gasto cardíaco porque non produce aumento do consumo de osíxeno miocárdico.

12. Respecto á infección intraabdominal:

- A) A infección intraabdominal é unha causa importante de mortalidade no enfermo crítico.
- B) A infección intraabdominal é moi frecuente e prodúcese case sempre por perforación ou inflamación da parede intestinal (ruptura da barreira anatómica normal).
- C) Ás veces orixínanse por diseminación vía hematóxena ou por inoculación ou extensión de procesos da proximidade.
- D) Todas as opcións anteriores son correctas.

13. A lesión axonal difusa é unha consecuencia do traumatismo cranioencefálico que ten as seguintes características EXCEPTO:

- A) O grao I da clasificación de Adams define a presenza de lesións microhemorráxicas no corpo caloso.
- B) É o resultado dun movemento rotacional de aceleración-deceleración da cabeza que provoca o cizallamento de axóns e capilares.
- C) A localización radiolóxica das lesións asóciase ao prognóstico neurolóxico.
- D) As lesións grao III de Adams a nivel dorsolateral teñen unha alta correlación cun estado vexetativo persistente.

14. Anatomicamente, a disección de aorta pode clasificarse de acordo coa localización e a súa extensión.

Seleccione a resposta CORRECTA:

- A) Disección aorta Tipo I de DeBakey: Disección limitada á aorta ascendente.
- B) Disección aorta Tipo II de DeBakey: Disección que se inicia na aorta ascendente e se propaga distalmente incluíndo polo menos o arco aórtico e tipicamente a aorta descendente.
- C) Disección aorta Tipo III de DeBakey: Disección que se inicia na aorta descendente e frecuentemente se propaga máis distalmente.
- D) Disección aorta Tipo A de Stanford: Toda disección que afecte á aorta descendente ou ao arco aórtico, independentemente de que non se propague cara á aorta ascendente.

15. O mecanismo implicado na depuración de moléculas nas técnicas continuas de depuración extracorpórea é:

- A) Convección.
- B) Difusión.
- C) Adsorción.
- D) Todos están implicados.

16. Tendo en conta os factores de risco relacionados coa extubación errada, en cal das seguintes opcións NON estaría indicada a ventilación non invasiva post extubación con carácter preventivo?:

- A) Índice de masa corporal maior de 30.
- B) Destete da ventilación invasiva prolongada.
- C) Capacidade vital maior de 10 mL/kg.
- D) Idade maior de 65 anos.

17. Respecto ás peritonites secundarias, sinale a FALSA:

- A) A etioloxía depende da localización do foco primario da infección, do lugar de adquisición e das posibles modificacións da flora pola administración previa de antimicrobianos e as comorbilidades do paciente.
- B) A etioloxía adoita ser polimicrobianas igual que nas peritonites primarias.
- C) O diagnóstico de sospeita é fundamentalmente clínico e a microbioloxía é imprescindible para establecer a etioloxía e determinar a sensibilidade.
- D) Un bo manexo inclúe o control do foco causal e drenaxe adecuada das coleccións intracavitarias.

18. Cál é o tratamento antibiótico de elección no doente con Neumonía adquirida na comunidade grave, sen factores de risco para infección por Staphylococcus aureus meticilín resistente ou Pseudomonas aeruginosa?

- A) Levofloxacino 750 mg ao día durante 10 días.
- B) Amoxicilina-clavulánico 500 mg/125 mg tres veces ao día durante 7 días.
- C) Cefotaxima 1-2 gr cada 8 h + Azitromicina 500 mg o primeiro día seguido de 250 mg ao día. Duración do tratamento: ata a estabilidade clínica e non menos de 5 días en total.
- D) Cefepime 2 gr cada 8 h + Linezolid 600 mg cada 12 h. Duración do tratamento: ata a estabilidade clínica e non menos de 7 días.

19. En relación coa pericardite aguda. Cal dos seguintes enunciados é FALSO?

- A) No ECG, os achados típicos son a elevación do ST cóncava e xeneralizada e a depresión do segmento PR.
- B) A pericardite purulenta é rara e os microorganismos máis frecuentemente implicados son os estafilococos, estreptococos e pneumococos.
- C) Na pericardite purulenta recoméndase a drenaxe pericárdica eficaz e está indicado a administración de antibióticos intravenosos de maneira empírica.
- D) Na pericardite purulenta non se recomenda enviar o líquido pericárdico para estudos bacterianos, fúnxicos e tuberculosos, pola súa baixa rendibilidade diagnóstica.

20. A escala PESI (índice de severidade do embolismo pulmonar) axúdanos a valorar o pronóstico do embolismo pulmonar, pero que valor outorga un risco alto de mortalidade?:

- A) 66–85 puntos.
- B) 86–105 puntos.
- C) 106–125 puntos.
- D) Ningún dos anteriores.

21. Elix a opción FALSA sobre a hemorraxia subaracnoidea:

- A) Nun 10–40% dos casos pode aparecer unha cefalea sentinela.
- B) O grao de deterioración neurolóxica tras a sangrado inicial non ten implicacións prognósticas a longo prazo.
- C) Non está recomendada a profilaxe comicial de forma rutineira e xeneralizada.
- D) O risco de resangrado permanece elevado durante os 30 días posteriores ao sangrado inicial.

22. En referencia á síndrome de distrés respiratoria aguda, cal é a opción INCORRECTA?:

- A) As manobras de recrutamento buscan unha redución do shunt intrapulmonar e aumentar a compliancia pulmonar.
- B) A tomografía por impedancia eléctrica permite valorar a distribución do volume tidal, estimar o recrutamento e sobredistensión, para determinar a mellor PEEP.
- C) As manobras de recrutamento asocian máis barotrauma e menor tempo de ventilación mecánica, aínda que non reducen a mortalidade.
- D) A manobra de decúbito prono tenta mellorar a ventilación en zonas dorsais moi profundidas e así mellorar o shunt.

23. Respecto á insuficiencia suprarrenal, cal das seguintes opcións é FALSA:

- A) Ante a sospeita de insuficiencia suprarrenal aguda recoméndase se é posible a extracción de sangue para determinar cortisol e ACTH antes de empezar o tratamento.
- B) É imprescindible a determinación de cortisol e ACTH previo inicio do tratamento da insuficiencia suprarrenal aguda aínda que conleve atraso no inicio do mesmo.
- C) O habitual é atopar un nivel de cortisol diminuído e ACTH elevado na insuficiencia suprarrenal primaria e baixo ou inapropiadamente normal na secundaria.
- D) A base do tratamento inmediato da insuficiencia suprarrenal aguda é a administración de hidrocortisona intravenosa en dose de estrés, a corrección rápida da hipovolemia e as alteracións electrolíticas.

24. Seguindo as Recomendacións actuais sobre a colanxiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) na pancreatite aguda, cando NON estaría indicado realizala de forma precoz?

- A) Cando é de orixe biliar e presenta colanxite.
- B) Cando existe unha obstrución do colédoco.
- C) Cando se obxectiva dilatación do colédoco e aumento de probas hepáticas sen que exista colanxite.
- D) Cando é de orixe biliar pero non presenta colanxite nin datos de obstrución do colédoco.

25. En relación coa meninxite aguda bacteriana, cal dos seguintes contextos clínicos NON estaría ben tratado de forma empírica coa opción antibiótica descrita?:

- A) Paciente de 61 anos san que acode a urxencias: Cefotaxima + Vancomicina.
- B) Paciente de 53 anos con ventriculite asociada a drenaxe ventricular externa: Cefepima + Vancomicina.
- C) Adulto de 45 anos transplantado renal que acode a urxencias: Ceftriaxona + Rifampicina + Ampicilina.
- D) Paciente de 70 anos no postoperatorio dun meninxioma e alérxico a betalactámicos: Ciprofloxacino + Linezolid.

26. Nun paciente cunha intoxicación, con axente causal coñecido e ante a posibilidade de utilización de antídotos específicos, sinala das seguintes asociacións tóxico/antídoto a resposta INCORRECTA.

- A) Ferro/Deferoxamina.
- B) Organofosforados/Pralidoxima.
- C) Isoniacida/Octotrido.
- D) Paracetamol/N-acetilcisteína.

27. O manexo da disección de aorta tipo B baséase no tratamento médico. Sinala a opción INCORRECTA en canto á indicación do tratamento endovascular (TEVAR) en pacientes con disección de aorta tipo B complicada.

- A) Dor persistente/recorrente ou hipertensión mal controlada a pesar de tratamento médico máximo.
- B) Trombose distal da luz falsa.
- C) Signos de mala perfusión de órganos.
- D) Signos de ruptura (Hemotórax, aumento do hematoma mediastínico ou periaórtico).

28. Respecto ao Quick SOFA (qSOFA), sinala a resposta FALSA:

- A) É unha escala recomendada como método de cribado de sepsis.
- B) Unha puntuación qSOFA menor de 2 puntos selecciona a pacientes con maior risco de ingreso en UCI e mortalidade.
- C) Valóranse tres criterios, cada un valorado con 1 punto.
- D) Valórase a frecuencia respiratoria maior ou igual a 22 rpm, a alteración do nivel de conciencia e a TAS menor ou igual a 100 mmHg.

29. Respecto á intoxicación por monóxido de carbono (CO), sinala a resposta FALSA:

- A) O CO xérase por combustión incompleta de produtos que conteñen carbono en lugares pobres de osíxeno.
- B) A PaO₂ nunca é normal.
- C) As manifestacións tóxicas son consecuencia de hipoxia tisular.
- D) Concentracións de carboxihemoglobina do 40-60% asóciense con taquicardia, taquipnea, ataxia, síncope, coma e convulsións.

30. O diagnóstico dunha síndrome coronaria aguda con elevación do ST (SCACEST) xeralmente baséase na presenza de síntomas compatibles con isquemia miocárdica (por exemplo, dor torácica persistente) e achados electrocardiográficos característicos. Cal das seguintes afirmacións é CORRECTA, respecto aos achados electrocardiográficos (ECG) no SCACEST?

- A) Os criterios ECG no SCACEST non difiren en relación coa idade e o sexo.
- B) En pacientes con descenso illado do segmento ST > 0,5 mm en derivacións precordiales V1–V3, recoméndase realizar as derivacións precordiales dereitas (V3R e V4R) para confirmar o diagnóstico de infarto posterior.
- C) A presenza dun ascenso do segmento ST > 1 mm concordante co QRS (por exemplo, en derivacións con deflexión do QRS positivo) é un dos mellores indicadores de infarto de miocardio secundario a oclusión coronaria en pacientes con bloqueo de rama esquerda.
- D) A presenza de descenso do ST > 1 mm en catro derivacións de superficie, acompañado de ascenso do ST en aVR e/ou V1, suxire enfermidade multivazo ou obstrución do tronco común esquerdo, particularmente se o paciente presenta inestabilidade hemodinámica.

31. En relación ao tratamento do coma mixedematoso, sinala a CORRECTA:

- A) Debe esperarse á confirmación polo laboratorio do hipotiroidismo antes de iniciar o tratamento.
- B) Non é necesario corrixir as alteracións hidroelectrolíticas acompañantes.
- C) O tratamento inclúe corticoides e hormonas tiroides.
- D) Debe evitarse un tratamento agresivo inicial dado que o cadro clínico reviste pouca gravidade.

32. Cal é unha causa de shock obstrutivo?

- A) Infarto agudo de miocardio anterior extenso.
- B) Pneumotórax a tensión.
- C) Sepsis.
- D) Hemorragia por varices esofáxicas.

33. Sinala a definición FALSA dos seguintes termos, en relación co estado epiléptico:

- A) Estado epiléptico: crises epilépticas continuas clínicas ou electrográficas cunha duración de polo menos 5–10 minutos ou crise recorrente sen recuperación neurolóxica ao estado basal entre crises.
- B) Estado epiléptico refractario: estado epiléptico que non pode ser controlado con benzodiazepinas e terapia anticonvulsivante urxente (Fenitoina, Ácido valproico, Lacosamida, Levetiracetam, Fenobarbital).
- C) Estado epiléptico super refractario: situación de incapacidade para controlar as crises con infusión de fármacos anestésicos, sendo excluída a recorrencia tras reducir ou retirar a administración destes.
- D) Estado epiléptico refractario de nova aparición (NORSE): presentación clínica de estado epiléptico refractario en paciente sen historia de epilepsia nin causa estrutural, metabólica nin infecciosa.

34. En relación aos fármacos vasoactivos utilizados no tratamento dos distintos tipos de shock, sinala a resposta FALSA:

- A) A Fenilefrina é o fármaco vasoactivo de elección no shock séptico.
- B) A Adrenalina é o tratamento de elección no shock anafiláctico.
- C) A Noradrenalina recoméndase no shock cardioxénico postinfarto como parte do soporte vasoactivo.
- D) A Noradrenalina é o fármaco de elección no shock séptico.

35. Cal dos seguintes obxectivos está incluído dentro do Plan de asistencia á sepe de Galicia – Código sepe?

- A) Identificar precozmente ao enfermo séptico en todos os ámbitos asistenciais mediante unha abordaxe coordinada multidisciplinar.
- B) Garantir a implantación de maneira inmediata de todas as medidas que demostraron reducir a mortalidade da sepe.
- C) Administrar un antibiótico eficaz en menos dunha hora desde a chegada a urxencias do paciente ou o diagnóstico de sepe.
- D) Todos os obxectivos anteriores están incluídos.

36. A presentación clínica dunha síndrome coronaria aguda (SCA) ten un amplo espectro. Respecto ás características clínicas que se engloban nunha SCA sen elevación do ST, sinala a resposta FALSA.

- A) Dor torácica prolongada (> 20 min) en repouso.
- B) O alivio dos síntomas tras a administración de nitratos é patognomónico de SCASEST.
- C) As presentacións atípicas incluíndo dor epigástrico, síntomas similares a indigestión, dispnea ou fatiga, son máis frecuentemente observados en pacientes de idade, mulleres, diabéticos, con insuficiencia renal ou demencia.
- D) Anxina de esforzo de recente comezo (< 3 meses) de clase II ou III da clasificación da Canadian Cardiovascular Society (CCS).

37. Respecto ao tratamento da crise asmática moderada e grave, segundo as guía GEMA 5.0, sinala a FALSA:

- A) É necesaria a administración de osíxeno sen demora para alcanzar unha saturación de O₂ superior sempre ao 95%.
- B) Os agonistas beta2 adrenérxicos de acción curta inhalados (SABA) constitúen o tratamento broncodilatador de primeira liña.
- C) A utilización de bromuro de ipratropio, de forma simultánea a un SABA na fase inicial, asóciase a un incremento maior da función pulmonar.
- D) Os glucocorticoides sistémicos aceleran a resolución da crise e evitan recidivas.

38. Cal é o tratamento de elección para o control de frecuencia nunha paciente con insuficiencia cardíaca con fracción de exección reducida, que ingresa por descompensación en relación con fibrilación auricular rápida?

- A) O tratamento betabloqueante vía oral é o fármaco de primeira elección para control de frecuencia en insuficiencia cardíaca, independentemente da situación clínica.
- B) En pacientes con insuficiencia cardíaca en NYHA IV, débese considerar o uso de Amiodarona ou Digoxina iv para diminuír a frecuencia cardíaca.
- C) En caso de contraindicación de betabloqueantes, o fármaco de elección son os calcioantagonistas non dihidropiridínicos (Diltiazem ou Verapamilo).
- D) A Dronedarona demostrou ser máis segura e eficaz que a Amiodarona para o control de frecuencia nos pacientes con insuficiencia cardíaca en fibrilación auricular.

39. Paciente de 45 anos traído ao Hospital tras sufrir accidente de tráfico con resultado de traumatismo craneoencefálico. É recollido con escala de Glasgow 7, polo que se procede a illamento de vía aérea. O resto de constantes básicas son normais, pupilas isocóricas normorreactivas e porta collar ortopédico cervical. Cal das seguintes medidas está **MENOS** recomendada no manexo inicial dentro das primeiras 24 horas?:

- A) Extraería mostra para determinación de biomarcadores séricos (enolasa específica, S100B) para avaliar a severidade inicial do traumatismo.
- B) Estaría indicada a realización de TAC cerebral e cervical urgente.
- C) Un estudo doppler transcranial cunha velocidade diastólica menor de 20 cm/s e un índice de pulsatilidade maior de 1.4 obrigaríanos a tomar medidas para mellorar a perfusión cerebral.
- D) Colocaría un sensor de presión intracranial se se vai a realizar procedemento cirúrxico extracranial.

40. Un cuarto dos pacientes que se presentan con síndrome coronaria aguda SIN elevación do ST teñen unha oclusión arterial na coronariografía, o cal se asocia cun incremento na mortalidade. Polo tanto, o recoñecemento de patróns electrocardiográficos en ausencia de elevación do segmento ST asociados con estes achados anxiográficos é de gran importancia. Sinale a resposta **FALSA** respecto aos patróns ECG asociados a oclusión/severa estenose do tronco común esquerdo ou a nivel proximal da arteria descendente anterior.

- A) Patrón De Winter ST– T: Depresión ascendente do segmento ST no punto J nas derivacións V1–V6 que se continúa con T positiva, simétrica e picuda.
- B) Signo de Wellens: ST isoelectrico ou minimamente elevado no punto J (< 1 mm) acompañado de onda T bifásica en V2 e V3 ou onda T investida, simétrica e profunda nas derivacións V2 e V3 (Ocasionalmente en derivacións V1, V4, V5 e V6).
- C) Inversión da onda U en repouso.
- D) Baixa voltaxe do QRS: Voltaxe complexa QRS (pico a pico) < 0,5 mV nas derivacións de membros e < 1,0 mV en todas as derivacións precordiais.

41. Paciente ingresado en UCI por traumatismo craneoencefálico severo monitorizado con sensor de presión intracranial (PIC) e presión tisular cerebral de osíxeno (PtiO₂), baixo cuidados xerais básicos habituais. Segundo a Conferencia de Consenso Internacional de Seattle sobre Traumatismo Craneoencefálico Severo, sinale a opción **FALSA** sobre as medidas a adoptar aconselladas para o contexto clínico determinado en cada opción:

- A) PIC menor de 22 mmHg e PtiO₂ menor de 20 mmHg, Nivel 2: elevar presión arterial de osíxeno (PaO₂) ata 150 mmHg, diminuír PIC, test de autorregulación e elevar presión de perfusión cerebral se é posible
- B) PIC maior de 22 mmHg e PtiO₂ maior de 20 mmHg, Nivel 2: iniciar hipocapnia leve, parálise neuromuscular, test de autorregulación e se está intacta aumentar presión de perfusión cerebral.
- C) PIC menor de 20 mmHg e PtiO₂ menor de 20 mmHg, Nivel 3: coma barbitúrico, craniectomía descompresiva, hiperoxia normobárica PaO₂ 150 mmHg, transfusión para hemoglobina maior de 9 g/ L.
- D) PIC maior de 22 mmHg e PtiO₂ menor de 20 mmHg, Nivel 3: craniectomía descompresiva, coma barbitúrico, hiperoxia normobárica PaO₂ maior de 150 mmHg, transfusión para hemoglobina maior de 9 g/ L.

42. O shock cardioxénico complica a evolución do infarto agudo de miocárdico nun 3–13% dos casos. Cal das seguintes afirmacións é FALSA?

- A) A noradrenalina pode ser máis segura e efectiva que a dopamina en pacientes con shock cardioxénico e hipotensión severa.
- B) De acordo co estudo CULPRIT–SHOCK, en pacientes con infarto agudo de miocardio en shock cardioxénico e enfermidade multivazo, o intervencionismo coronario percutáneo (ICP) da lesión responsable do infarto demostrou un beneficio clínico significativo, redución da mortalidade aos 30 días ou a necesidade de terapia de substitución renal, fronte á revascularización completa inicial.
- C) Non está indicado o uso rutineiro do balón intra–aórtico de contrapulsación no IAM complicado con Shock cardioxénico. Debe considerarse en pacientes con inestabilidade hemodinámica/shock cardioxénico en relación con complicacións mecánicas.
- D) O dispositivo de asistencia circulatoria percutánea Impella CP, comparado co balón intra–aórtico de contrapulsación, demostrou beneficio clínico con diminución da mortalidade aos 30 días, no IAM complicado en shock cardioxénico.

43. Paciente adulto con febre, cefalea, rixidez de caluga e deterioración neurolóxica severa progresiva polo que solicitan a súa valoración ao chegar a Urgencias. Sinale a opción FALSA:

- A) O axente causal máis probable é Streptococcus pneumoniae seguido de Neisseria meningitidis e Listeria monocytogenes.
- B) Dada a situación clínica, está recomendado realizar TC cerebral antes dunha punción lumbar.
- C) A utilidade do lactato en líquido cefalorraquídeo para diferenciar unha meninxite bacteriana dunha aséptica é similar antes e despois de recibir tratamento antibiótico.
- D) A presenza de rash petequeal é indicativo de infección meningocócica en máis do 90% de pacientes.

44. Tras iniciar soporte respiratorio non invasivo e con respecto ao fracaso da técnica, todas as opcións son correctas EXCEPTO:

- A) Son criterios clínicos de fracaso o aumento do traballo respiratorio e a persistencia de frecuencia respiratoria elevada.
- B) A melloría significativa da PaO₂/FiO₂ a pesar de maior grao de encefalopatía, non é indicador de fracaso da ventilación non invasiva.
- C) Acidose respiratoria con pH menor de 7,25 ou unha PaO₂/FiO₂ menor de 150 ao cabo de 1 hora de ventilación son criterios gasométricos de fracaso.
- D) A intolerancia á técnica tamén define o fracaso da mesma.

45. No que respecta á abordaxe terapéutica dun paciente ingresado por hemorraxia subaracnoidea, en cal das seguintes circunstancias estaría máis indicado como primeira opción o tratamento cirúrxico mediante clipaxe dun aneurisma cerebral roto?:

- A) Paciente con idade maior de 70 anos.
- B) Aneurisma de circulación posterior.
- C) Aneurisma con rama arterial emerxente.
- D) Aneurisma de pescozo estreito.

46. No manexo do traumatismo craneoencefálico nun paciente unicamente monitorizado con sensor de presión intracranial, sinala a opción recomendada:

- A) Administración programada de terapia hiperosmolar cada 4–6 horas.
- B) Utilización de hipotermia 33–34° C para control de hipertensión intracranial.
- C) Descenso sistemático de PaCO₂ por debaixo de 30 mmHg.
- D) Evitar unha presión de perfusión cerebral por encima de 90 mmHg.

47. Respecto á administración de sulfato de magnesio, no tratamento da crise asmática moderada e grave, sinala a FALSA:

- A) A súa administración de forma rutineira sempre está indicada.
- B) Está indicada a súa administración en pacientes seleccionados, con obstrución grave ou hipoxemia persistente.
- C) A administración dunha dose única de 2 gr en perfusión en pacientes seleccionados con obstrución grave ou hipoxemia persistente, reduce a necesidade de hospitalización.
- D) Débese considerar o seu uso nas exacerbacións con risco vital ou severas que non responden ao tratamento inicial.

48. Das seguintes afirmacións con respecto á fibrilación ventricular nunha parada cardiorespiratoria, sinala a CORRECTA:

- A) Recoméndase aplicar unha soa descarga eléctrica e logo continuar con compresións torácicas aínda que se trate dun paciente que se atopa monitorado na UCI e cuxa fibrilación ventricular foi presenciada.
- B) A desfibrilación considérase fundamental pero o momento en que se aplique é secundario.
- C) Unha opción para colocar os parches de desfibrilación nun paciente en decúbito prono sería biaxilar.
- D) Tras realizar a descarga eléctrica recoméndase comprobar de forma inmediata se existe unha recuperación da circulación espontánea antes de continuar coas compresións torácicas.

49. Sinala a opción INCORRECTA sobre a ventilación non invasiva:

- A) A situación de coma é unha contraindicación absoluta para o seu inicio excepto en encefalopatía hipercápnica.
- B) Fugas non intencionais de ata 30 L/min poden ser compensadas.
- C) O aumento da PEEP e unha frecuencia respiratoria elevada poden diminuír a reinhalación.
- D) A sedoanalxesia só está indicada se o paciente presenta intolerancia á técnica e baixo vixilancia estreita.

50. Paciente que sofre un infarto anterior en relación con oclusión trombótica de arteria coronaria descendente anterior proximal, reperfundido mediante angioplastia primaria e implante de stent. Ingresar na UCI en situación clínica Killip I, pero no ecocardiograma de control evidénciase disfunción ventricular moderada con fracción de execución do VE de 33%. Respecto ao tratamento farmacolóxico, cal das seguintes opcións é **INCORRECTA**?

- A) Debe iniciarse tratamento con betabloqueantes orais nas primeiras 24h, xa que se atopa hemodinamicamente estable, sen insuficiencia cardíaca nin bloqueo AV de alto grao.
- B) Debe realizarse unha determinación do perfil lipídico e iniciar tan pronto como sexa posible o tratamento intensivo con estatinas tras do ingreso por SCACEST, independentemente dos niveis de colesterol ao ingreso.
- C) Dado que o paciente non presentou insuficiencia cardíaca, non se considera indicado o inicio precoz, durante as primeiras 24h, de IECAs.
- D) Os fármacos antagonistas do receptor mineralocorticoide están recomendados en pacientes con FEVE < 40% e insuficiencia cardíaca ou diabetes, que estean a recibir tratamento cun IECA e un betabloqueante, sempre que non haxa fracaso renal ou hiperkaliemia.

51. Segundo as Guías WSES do 2019 para o tratamento da pancreatite aguda grave, é indicación de intervención cirúrxica como primeira opción:

- A) Dor abdominal persistente tras oito semanas de evolución clínica.
- B) Deterioración clínica con presenza dun pseudoquiste en crecemento.
- C) Colecistite necrotizante aguda e isquemia intestinal.
- D) Sospeita de pancreatite necrotizante infectada.

52. Dentro dos mecanismos propostos para o ictus isquémico asociado ao consumo de cocaína, sinale a **CORRECTA**:

- A) Vasoconstrición.
- B) Debilidade e disección da parede vascular.
- C) Aumento da agregación plaquetaria.
- D) Todas as respostas son correctas.

53. En relación cos esforzos respiratorios vigorosos dun paciente durante a ventilación mecánica invasiva, **NON É CERTO QUE**:

- A) Para o seu recoñecemento é imprescindible un catéter con balón esofáxico.
- B) Producen unha elevación da presión transpulmonar e transvascular.
- C) Poden aumentar o traballo respiratorio do paciente.
- D) Poden representar un risco durante a ventilación protectora do pulmón.

54. Ante a sospeita dun tromboembolismo pulmonar como causa dunha parada cardiorespiratoria, sinale a resposta **CORRECTA**:

- A) Só debemos realizar fibrinólise se temos confirmación definitiva do tromboembolismo pulmonar.
- B) En caso de administrarse fibrinolítico recoméndase manter as manobras de reanimación cardiopulmonar durante 60–90 minutos tras a súa administración.
- C) A dose de fibrinolítico a utilizar durante unha parada cardiorespiratoria é de Alteplase (r- tPA) 6 mg/Kg intravenoso a administrar durante 3 horas.
- D) Está contraindicada a fibrinólise durante a reanimación cardiopulmonar.

55. Dentro dos criterios de exclusión para activar o Código ICTUS, dentro do Plan de asistencia ao ictus en Galicia, cal é a resposta INCORRECTA?

- A) Paciente en situación terminal.
- B) Demencia.
- C) Grao de incapacidade 1–2 segundo a escala de Rankin.
- D) Enfermidades hepáticas crónicas activas.

56. Sinale a afirmación CORRECTA respecto ás intoxicacións.

- A) Algúns tóxicos posúen absorción transdérmica e toxicidade potencialmente grave, como os insecticidas carbamatos e o benceno.
- B) Na intoxicación por litio está indicado o tratamento precoz con carbón activado.
- C) Respecto á intoxicación por antidepressivos tricíclicos é eficaz a diuresis forzada e a depuración extrarrenal.
- D) O paracetamol ten toxicidade propia e absorbése de forma errática por vía dixestiva.

57. Cal das seguintes opcións está descrita como unha manobra de recrutamento alveolar?

- A) CPAP mantida: alcánzase unha presión determinada (habitualmente 35–50 cmH₂O) durante 20–40 segundos.
- B) Suspiro prolongado: auméntase de forma progresiva a PEEP e diminúese ao mesmo tempo o volume tidal durante un tempo prolongado.
- C) Incrementos progresivos da PEEP en presión control, mantendo un delta de presión de 15 cmH₂O que garanta un volume corrente.
- D) Todas estas manobras están descritas.

58. En canto ao uso de relaxantes musculares na síndrome de distrés respiratoria aguda, un dos seguintes NON é un efecto beneficioso potencial:

- A) Diminución do número de asincronías e tolerancia da ventilación protectora.
- B) Efecto antiinflamatorio.
- C) Diminución da compliancia toracopulmonar e da capacidade funcional residual.
- D) Redución da demanda respiratoria.

59. En referencia ao tratamento fibrinolítico no ictus isquémico agudo, é FALSO que:

- A) É necesario avaliar o grao de afectación neurolóxica do paciente mediante a Escala NIHSS e unha proba de imaxe para excluír a existencia de hemorraxia.
- B) A ventá terapéutica está fixada exclusivamente en 3 horas tras o inicio dos síntomas.
- C) A fibrinólise realízase con rtPA, descartadas contraindicacións, a unha dose de 0,9mg/kg de peso.
- D) Nos pacientes que se traten con fibrinólise, o médico debería estar preparado para tratar os potenciais efectos adversos, incluíndo complicacións hemorráxicas e anxioedema (con potencial risco de obstrución da vía aérea).

60. No Plan de asistencia ao ICTUS en Galicia, son obxectivos do Código ictus os seguintes EXCEPTO:

- A) Garantir unha asistencia en tempo e forma aos pacientes cun accidente cerebrovascular agudo.
- B) Coordinar a actuación dos diferentes profesionais implicados para reducir o tempo entre o inicio do ICTUS e o acceso ao diagnóstico e tratamento especializado.
- C) Protocolizar o traslado e os coidados dos pacientes ata a confirmación diagnóstica.
- D) Diminuír o número de pacientes que poidan acceder a unha técnica confirmatoria rápida e ao tratamento de trombolise.

61. Cal das seguintes opcións para manexar a un paciente con síndrome de distrés respiratoria aguda (SDRA) NON está recomendada?:

- A) Utilizaría un Vt de 6 ml/kg de peso corporal predito.
- B) As manobras de recrutamento non deberían utilizarse de forma rutineira.
- C) Niveis altos de PEEP deberían ser utilizados en todos os pacientes con SDRA.
- D) A osixenación por membrana extracorpórea venovenosa debe ser considerada en SDRA severo refractario con PaO₂/ FiO₂ menor de 80 mmHg.

62. Cal das seguintes NON é causa de insuficiencia suprarrenal primaria?

- A) Adrenalite autoinmune.
- B) Enfermidades infiltrativas: hemocromatose, amiloidose, sarcoidose.
- C) Infeccións: tuberculose, micose, parasitose, sífilis, VIH, CMV.
- D) Interrupción brusca de tratamento prolongado con glucocorticoides.

63. Con respecto ás inmunoglobulinas intravenosas no tratamento da síndrome de Guillain Barré, sinala a FALSA:

- A) Demostraron ser tan eficaces como a plasmaférese.
- B) A pauta de administración máis frecuente é de 0,4 g/kg peso/día durante 5 días.
- C) Demostraron que acurtan o período de tempo ata o inicio da recuperación.
- D) A administración combinada coa plasmaférese demostrou un maior beneficio clínico.

64. Sinala a opción correcta sobre o tratamento do estado epiléptico refractario:

- A) Os anestésicos inhalados mostráronse inefectivos para o manexo do estado epiléptico.
- B) A hipotermia moderada versus normotermia consegue un mellor control do estado epiléptico refractario, sen reflexo no resultado funcional.
- C) A Ketamina aconséllase como opción final no estado epiléptico refractario prolongado, unha vez estudado de forma preliminar o seu efecto e descartada a súa administración precoz.
- D) Hai suficiente evidencia comparativa que apoia o uso de Midazolam ou Propofol por encima de barbitúricos para conseguir o control do estado epiléptico.

65. No contexto do tratamento dunha hemorragia dixestiva alta activa secundaria a unha úlcera gástrica, sinala a resposta CORRECTA:

- A) O uso de antagonistas dos receptores H₂ demostrou unha redución significativa da taxa de resangrado.
- B) Doses altas dunha infusión de inhibidores da bomba de protóns reduce significativamente a taxa de resangrado.
- C) O tratamento con inhibidores da bomba de protóns por vía oral ou intravenosa non inflúe na estancia hospitalaria nin na necesidade de transfusións en pacientes con úlceras de alto risco tratadas con terapia endoscópica.
- D) Está recomendado o uso de forma rutineira do ácido tranexámico.

66. Cal é a opción CORRECTA no paciente con síndrome de distrés respiratoria aguda (SDRA)?:

- A) En decúbito prono, a distribución da perfusión rexional pulmonar é similar á posición supina.
- B) Hai evidencia definitiva para concluír que a presión de distensión (driving pressure) é o mellor marcador de mortalidade do SDRA.
- C) As manobras de recrutamento demostraron unha redución de mortalidade.
- D) A presión para abrir unidades alveolares colapsadas é similar á presión de mantemento unha vez abertas.

67. Muller de 68 anos, con antecedentes de obesidade e hipertensión arterial, que ingresa por insuficiencia respiratoria. A paciente refire ortopnea, bendopnea e redución da capacidade funcional. Á exploración está taquicárdica e presenta ritmo de galope con terceiro ruído. Cal das seguintes afirmacións é FALSA?

- A) A determinación de péptidos natriuréticos é unha ferramenta útil para o diagnóstico de insuficiencia cardíaca, pero o seu valor pode estar diminuído en pacientes con obesidade.
- B) Unha fracción de execución do ventrículo esquerdo superior á 50% medida por ecocardiografía, exclúe o diagnóstico de insuficiencia cardíaca.
- C) En pacientes con clínica de insuficiencia cardíaca, debemos realizar un ecocardiograma para avaliar cambios estruturais (tamaño da aurícula esquerda ou a masa do ventrículo esquerdo) ou elevación das presións de enchido (por exemplo, relación E/e').
- D) Se os datos ecocardiográficos non son concluíntes, pode ser necesaria a avaliación das presións de enchido (Presión telediastólica do VE ou presión de enclavamento capilar pulmonar) de forma invasiva.

68. Seguindo as Guías KDIGO do 2012 para o manexo da insuficiencia renal aguda, a dose para administrar de inicio con técnicas continuas de soporte renal para o tratamento da insuficiencia renal aguda é:

- A) 20–25 ml/kg/h.
- B) 35 ml/kg/h.
- C) 35–40 ml/kg/h.
- D) 15–20 ml/kg/h.

69. Paciente de 52 anos que ingresa por hemorraxia subaracnoidea en relación con aneurisma de arteria cerebral media esquerda que se emboliza satisfactoriamente, ás 24 horas da súa chegada. No noveno día de evolución presenta dificultade para falar con fluidez, cal sería a proposta máis adecuada?:

- A) É moi probable que o déficit neurolóxico teña relación co proceso de embolización, solicitaría un anxio TC cerebral e propoñería abordaxe endovascular.
- B) Asumiría o probable diagnóstico de isquemia cerebral tardía e iniciaría hipertensión inducida, avaliando a resposta antes de seguir o manexo diagnóstico e terapéutico.
- C) Realizaría doppler transcranial e se as velocidades medias de arterias cerebrais medias son normais, non tomaría ningunha outra actitude salvo vixilancia neurolóxica.
- D) Realizaría anxio TC con perfusión cerebral, e se demostran vasoespasmo radiolóxico con repercusión isquémica cerebral propoñería abordaxe vasodilatador intraarterial como primeira opción.

70. En base á evidencia actual, nun paciente ingresado con factores de risco para dano renal e sen contraindicacións para a expansión de volume, que estratexia é a máis recomendada para previr a nefropatía por contraste?

- A) Fenoldopam ou Teofilina intravenosa.
- B) N-acetilcisteína oral.
- C) Soro salino fisiolóxico 1 ml/kg/h intravenoso durante 6 ou 12 h antes do procedemento e ata 6–12 h despois do mesmo.
- D) Hidratación oral.

71. Respecto ao diagnóstico etiológico da agudización da EPOC, sinale a FALSA.

- A) Entre o 50 e o 70% das ocasións, a causa da exacerbación é a infección da árbore traqueobronquial.
- B) A contaminación ambiental pode ser causante do 5 ao 10% das exacerbacións.
- C) As bacterias identificadas con maior frecuencia son Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae e Moraxella catarrhalis.
- D) É moi infrecuente en agudizacións graves, a presenza de enterobacterias e Pseudomonas aeruginosa.

72. Sinale a resposta FALSA respecto á agudización da EPOC.

- A) A agudización defínese como un episodio agudo de inestabilidade clínica caracterizado por un empeoramento mantido dos síntomas respiratorios.
- B) Non é necesario distinguir unha nova agudización dun fracaso terapéutico previo ou dunha recaída.
- C) Na agudización da EPOC, a principal intervención é optimizar a broncodilatación (aumentando a dose e/ou a frecuencia dos broncodilatadores de acción curta).
- D) O diagnóstico dunha agudización da EPOC consta de tres pasos: diagnóstico diferencial, establecer a gravidade da mesma e identificar a súa etioloxía.

73. O uso de inhibidores da glicoproteína IIb/IIIa (GP IIb/IIIa) asóciase cun incremento significativo do risco de presentar trombocitopenia; que é un preditor independente de mal pronóstico no SCASEST. Respecto á trombocitopenia asociada ao uso dos inhibidores da GP IIb/IIIa:

- A) Recoméndase o reconto plaquetario ás 8–12h tras a primeira administración do fármaco, no momento de calquera complicación hemorráxica e ás 24h. Pacientes tratados con abciximab debe realizarse un reconto adicional de plaquetas ás 4h da primeira administración do fármaco.
- B) Débese deter a infusión dos inhibidores da GP IIb/IIIa se o reconto de plaquetas cae a $< 100.000/\text{mL}$ ou ao 50% do reconto basal.
- C) Recoméndase a administración de plaquetas cando hai un sangrado activo asociado a trombocitopenia profunda definida como reconto plaquetario $< 20.000/\text{mL}$.
- D) Todas as opcións anteriores son correctas.

74. O hematoma intramural aórtico é unha entidade dentro do espectro da síndrome aórtica aguda (10–25% dos SAA) que se caracteriza por un sangrado na parede da aorta en ausencia de flap intimal ou falsa luz. Sinale a resposta CORRECTA:

- A) O hematoma intramural aórtico é máis frecuente en aorta torácica ascendente (60–70%).
- B) O ecocardiograma é a técnica de imaxe de elección, porque nos permite facer unha avaliación funcional da válvula aórtica, frecuentemente afectada nesta entidade.
- C) O hematoma intramural aórtico rara vez evoluciona á disección de aorta clásica (menos do 10% dos casos).
- D) Como norma xeral, está indicada a cirurxía urxente ou emerxente no hematoma intramural aórtico que afecta a aorta ascendente (Tipo A). Pode considerarse un manexo conservador en base a unha valoración individual en pacientes con alto risco cirúrxico, pequeno tamaño aórtico (diámetro menor de 50 mm) e grosor do hematoma menor de 11 mm.

75. Respecto ás comorbilidades e agravantes máis comúns na asma, sinale a CORRECTA:

- A) Tabaco e outros tóxicos inhalados.
- B) Refluxo gastroesofáxico.
- C) Enfermidade nasosinusal.
- D) Todas as opcións son correctas.

76. Seleccione a resposta FALSA en relación cos factores asociados a un incremento na mortalidade nos doentes ingresados por Neumonía adquirida na comunidade (NAC) grave:

- A) Puntuación na escala de risco PSI (Pneumonia Severity index) < 70.
- B) Retraso na administración do tratamento antibiótico axeitado (Primeiras 6 horas trala avaliación inicial no departamento de urxencias).
- C) Retraso no ingreso en UCI (Maior mortalidade aos 28 días nos doentes que ingresan na UCI dende planta de hospitalización fronte aos que ingresan directamente dende urxencias).
- D) Necesidade de ventilación mecánica a partir das 72 horas do inicio da clínica, comparado cos que necesitan ventilación mecánica durante as primeiras 72 horas.

77. Segundo as guías ERS/ESICM/ESCMID/ALAT para o manexo da pneumonía adquirida no hospital e a pneumonía asociada a ventilación mecánica. Cál dos seguintes factores NON se considera un factor de risco para microorganismos multirresistentes?

- A) Fallo renal agudo con terapia de reemprazo renal.
- B) Estancia hospitalaria maior de 5 días ou administración previa de antibióticos.
- C) Colonización previa por patóxenos multirresistentes.
- D) Prevalencia maior do 25% de patóxenos multirresistentes na unidade.

78. A maior parte dos pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca presentan signos ou síntomas de sobrecarga hídrica. En relación co manexo da conxestión na insuficiencia cardíaca aguda:

- A) Os diuréticos de asa son os fármacos de primeira elección. Recoméndase unha dose inicial de Furosemida de 20–40 mg iv en pacientes sen tratamento diurético previo, ou unha dose inicial iv polo menos equivalente á dose oral previa.
- B) Débesse considerar un tratamento combinado de diurético de asa cun diurético tiazida naqueles pacientes con insuficiente resposta diurética.
- C) Non se recomenda o uso rutineiro da ultrafiltración como terapia de primeira liña de tratamento da conxestión fronte aos diuréticos de asa.
- D) Todas as respostas anteriores son correctas.

79. Cando se considera que estamos ante un fracaso de tratamento (farmacolóxico ou endoscópico) da hemorraxia dixestiva secundaria a varices esofáxicas?

- A) Cando existe un sangrado clinicamente significativo que ocorre tras un periodo maior ou igual a 120 horas despois da primeira hemorraxia na que se conseguiu inicialmente hemostase.
- B) Cando existe unha diminución da hemoglobina maior ou igual a 3g/dl nun período de 24 horas dentro das 120 horas desde o ingreso hospitalario (tempo cero).
- C) Cando existe unha aspiración por sonda nasogástrica de máis de 100 ml de sangue fresco máis de 2 horas despois do tratamento instaurado dentro das 120 horas desde o ingreso hospitalario (tempo cero).
- D) As opcións B e C son correctas.

80. En relación ás probas de imaxe a realizar nunha pancreatite aguda grave:

- A) Está indicado realizar unha ecografía abdominal ao ingreso a todos os pacientes para descartar unha orixe biliar.
- B) Está indicado realizar unha TAC abdominal ao ingreso a todos os pacientes que presentan un diagnóstico incerto para descartar isquemia mesentérica, peritonite por perforación secundaria entre outros.
- C) A RNM estaría indicada en pacientes embarazadas.
- D) Todas as opcións anteriores son correctas.

81. Un paciente que presenta unha diuresis de menos de 0,3 ml/Kg/ h durante 24 h ou máis e que ten unha elevación de tres veces o valor da súa creatinina basal, en que estadio de lesión renal aguda, segundo as Guías KDIGO, enmarcaríao?

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

82. Respecto á intoxicación por litio, sinala a resposta INCORRECTA:

- A) Os síntomas iniciais son xeralmente dixestivos e os máis importantes son os neurolóxicos e cardiovasculares.
- B) O tratamento precoz con carbón activado está indicado.
- C) O tratamento fundamental na intoxicación grave é a hemodiálise.
- D) As intoxicacións durante o tratamento crónico son as máis frecuentes.

83. A definición de shock cardioxénico engloba un amplo espectro clínico que non permite caracterizar a severidade do shock cardioxénico, polo que a “ Society for Cardiovascular Angiography and Interventions (SCAI)” propuxo unha clasificación do Shock cardioxénico en 5 estadios de gravidade (A – E), que posteriormente foi validada nunha cohorte de pacientes críticos. Sinala a resposta CORRECTA respecto a dita clasificación:

- A) O estadio A “At risk” ou pre-shock, defínese pola presenza de hipotensión, elevación da presión venosa xugular, pero sen hipoperfusión.
- B) O estadio B “ Beginning” caracterízase pola presenza de datos de hipoperfusión, definido pola elevación do lactato > 2 mMol/L.
- C) O estadio D “Deteriorating” defínese pola ausencia de resposta ás 24h de iniciar o tratamento óptimo.
- D) A presenza de parada cardíaca ao ingreso, independentemente da duración (necesidade de compresións torácicas ou rápida estabilización tras cardioversión directa), asóciase cunha maior mortalidade hospitalaria axustada a cada un dos estadios (A-E).

84. Paciente de 71 anos, con antecedente de fibrilación auricular (FA) non valvular desde hai 1 ano, anticoagulado con Acenocumarol. Ingresna na súa unidade por síndrome coronaria aguda sen elevación do ST de alto risco. Sinala a resposta CORRECTA en relación ao seu manexo:

- A) Inicio de Tripla terapia anticoagulante: Dobre antiagregación plaquetaria (Aspirina e Clopidogrel), interromperemos os anticoagulantes orais e comezaremos con Enoxaparina sc axustada por peso e función renal, administrando a primeira dose ás 12h da última administración de Acenocumarol.
- B) Se o paciente é sometido a intervencionismo coronario percutáneo (ICP) e o control de anticoagulación mostra un INR > 2,5, previo ao procedemento administraremos doses baixas de heparina non fraccionada iv. (60 UI/Kg).
- C) Como estratexia xeral, nos pacientes con SCASEST sometidos a ICP, a dobre antiagregación con Aspirina e Clopidogrel debe manterse ata 1 semana desde o evento inicial, continuando posteriormente con anticoagulación oral + Clopidogrel ata completar 12 meses.
- D) En pacientes con FA sen próteses valvulares mecánicas ou estenose mitral moderada-severa, non hai evidencia que soporte o uso dos novos anticoagulantes directos (NACO) fronte aos antagonistas da Vitamina K.

85. Os pacientes sometidos a angioplastia primaria deben recibir dobre terapia antiagregante plaquetaria como tratamento coadjuvante, que consiste na combinación de aspirina e un inhibidor P2Y₁₂. Respecto ao uso dos inhibidores de P2Y₁₂ na síndrome coronaria aguda con elevación do ST, indique a resposta CORRECTA:

A) Clopidogrel, Ticagrelor e Prasugrel son fármacos inhibidores P2Y₁₂ que mostran unha eficacia similar no SCACEST, polo que poden utilizarse de forma indistinta.

B) Prasugrel (dose carga 60 mg seguido dunha dose diaria de 10 mg) está contraindicado en pacientes con peso < 60 kg ou > 75 anos, por non asociarse a un beneficio clínico neto. No caso de que se use Prasugrel nestes pacientes, recoméndase unha dose de carga de 30 mg seguido dunha dose diaria de 5 mg.

C) Ticagrelor pode causar dispnea transitoria ao comezo do tratamento, asociado a infiltrados pulmonares bilaterais que frecuentemente leva á suspensión do fármaco.

D) Non pode utilizarse Prasugrel nin Ticagrelor en pacientes cun ictus hemorráxico previo, pacientes con tratamento anticoagulante oral (Acenocumarol) ou en pacientes con enfermidade hepática moderada-severa.

86. Atendendo á definición de infarto de miocardio, denomínase infarto de miocardio silente ao desenvolvemento de datos electrocardiográficos de necrose nun ECG de seguimento rutineiro. Sinale a resposta INCORRECTA en relación aos achados electrocardiográficos asociados cun infarto de miocardio previo (en ausencia de bloqueo de rama esquerda e hipertrofia ventricular esquerda).

A) Onda Q en derivacións V2-V3 > 0,02 s ou complexo QS en derivacións V2-V3.

B) Onda Q < 0,03 s e < 0,25 da amplitude da onda R na derivación III se o eixo frontal do QRS é entre -30° e 0°.

C) Onda R > 0,04 s en V1-V2 e R/S > 1 cunha onda T positiva concordante en ausencia de trastornos de condución.

D) Onda Q > 0,03 s e > 1 mm de profundidade ou complexo QS en derivacións I, II, aVL, aVF ou V4-V6 en dúas derivacións contiguas.

87. Paciente de 52 anos que ingresa en UCI por embolismo pulmonar con afectación de ambas arterias pulmonares, coas seguintes características clínicas e analíticas: tensión arterial sistólica de 120 mmHg, escala de gravidade da embolia pulmonar (PESI) Clase III, disfunción de ventrículo dereito e elevación de troponinas cardíacas. Segundo a Guía da Sociedade Europea de Cardiología, cal é o manexo recomendado deste paciente?:

A) Iniciaría heparina non fraccionada intravenosa e se presenta deterioración hemodinámica severa propoñería trombólise sistémica con rtPA.

B) Iniciaría anticoagulación con fondaparinux ou heparina de baixo peso molecular e se presenta deterioración hemodinámica severa propoñería tratamento percutáneo dirixido por catéter.

C) Iniciaría trombólise sistémica con rtPA máis heparina non fraccionada intravenosa e se presenta deterioración hemodinámica severa propoñería tratamento percutáneo dirixido por catéter.

D) Iniciaría anticoagulación con fondaparinux ou heparina de baixo peso molecular e se presenta deterioración hemodinámica severa propoñería trombólise sistémica con rtPA.

88. Sinale a resposta FALSA, respecto aos criterios de valoración pola unidade de Coidados Intensivos, tras as medidas de reanimación iniciais que se inclúen dentro do Plan de asistencia á sepsis de Galicia – Código sepsis.

A) Lactato sérico maior de 2 mmol/L (ou acidose metabólica).

B) Inestabilidade hemodinámica persistente: TAS menor de 90 mmHg ou TAM menor de 65 mmHg.

C) Alteración do nivel de conciencia: GCS menor de 13 ou descenso de 2 puntos respecto ao previo.

D) Disfunción renal con diurese menor de 0,5 ml/Kg/h durante 2 horas.

89. En relación á manobra de elevación pasiva das pernas, sinala a resposta FALSA:

- A) Esta manobra medida mediante contorno do pulso, ecocardiografía ou doppler esofáxico, identifica con gran fiabilidade aos pacientes que responden á administración de fluídos.
- B) A súa capacidade predictiva non se ve afectada en casos de fibrilación auricular, volumes correntes baixos ou respiración espontánea.
- C) Simula unha carga de volume de aproximadamente 600 ml e é reversible.
- D) Un aumento do gasto cardíaco de máis do 10% predice unha boa resposta ao volume.

90. No que respecta ao traumatismo torácico, sinala a opción FALSA:

- A) A fractura das primeiras costelas é un indicador de alto risco de lesións traqueobronquiais, vasculares, cardíacas e pulmonares asociadas.
- B) A ausencia de sons respiratorios, presenza de enfisema subcutáneo e desaturación nun paciente baixo soporte con ventilación mecánica practicamente garante o diagnóstico dun neumotórax a tensión.
- C) A fixación costal é unha opción indiscutible no manexo do traumatismo torácico, indicada principalmente cando hai fragmentos impactados en parénquima pulmonar.
- D) No traumatismo torácico pechado o hemotórax habitualmente prodúcese por afectación de vasos intercostais e/ou vasos pulmonares intraparenquimatosos.

91. Sinala a opción INCORRECTA sobre a ventilación non invasiva aplicada na insuficiencia respiratoria aguda grave:

- A) A interfase de elección en fase aguda no adulto é a oronasal ou facial total, ademais debemos tentar utilizar ventiladores específicos e ventilación por presión.
- B) Para monitorizar a eficacia da ventilación non invasiva non é obrigatorio realizar unha gasometría arterial.
- C) Son indicacións recoñecidas para iniciar ventilación non invasiva o edema pulmonar cardioxénico, a crise asmática, a agudización de EPOC con PaCO₂ maior de 45 mmHg independentemente do pH e o traumatismo torácico.
- D) O obxectivo da programación no paciente adulto é proporcionar un volume superior a 300 ml ou 5 ml/kg peso ideal e conseguir unha frecuencia espontánea menor de 25 rpm.

92. Cal das seguintes NON inflúe na potencia mecánica que se transmite ao paciente co respirador?

- A) Nivel de PEEP.
- B) Frecuencia respiratoria pautada.
- C) FiO₂ aplicada.
- D) Presión pico inspiratoria.

93. Paciente de 25 anos que sofre accidente de tráfico circulando en moto con casco. Impacta contra un muro. Solicitan avaliación por intensivista de garda á súa chegada ao hospital, recollendo os seguintes datos: TA 80/40, FC 115 lpm, SatO2 non se detecta, taquipneico, palidez cutánea, vía aérea superior permeable, lixeiramente obnubilado aínda que colabora na exploración (GCS 13), mobiliza as 4 extremidades e refire dor intensa a nivel abdominal, pélvico e fémur dereito que mostra deformidade. Con respecto a este paciente e a súa situación actual, sinala a opción máis indicada:

- A) Hai que empezar soporte vasopresor con noradrenalina para subir o obxectivo tensional polo menos a 100 mmHg ante a sospeita de traumatismo craneoencefálico.
- B) Tras colocar estabilizador pélvico externo, realizaría proba de imaxe urxente, xa que o paciente pode ser candidato a balón de resucitación aórtico endovascular colocado en zona I ou III, cirurxía de control de danos e/ou anxiembolización.
- C) Dado que estamos nas primeiras 6 horas de evolución administraríase ácido tranexámico ante a sospeita de sangrado activo e iniciaría transfusión de plasma fresco e concentrado de hematíes nun cociente de polo menos 1:2.
- D) Recoméndase administración de fluídos enérxica en concreto elixiría solución salina (máis de 3 litros nas primeiras 6 horas).

94. Con respecto ao manexo do shock hemorráxico secundario ao trauma, sinala a resposta FALSA:

- A) O índice de shock, definido como o cociente de frecuencia cardíaca e presión arterial sistólica, avalía o grao de shock hipovolémico e a mortalidade asociada.
- B) Algúns autores recomendan realizar TC completo de forma precoz e rápida para identificar tipos de lesións e puntos de sangrado, incluso en pacientes con inestabilidade hemodinámica.
- C) Recoméndase de forma xeral administrar solucións balanceadas fronte a solución salina na reanimación.
- D) O déficit de base non demostrou correlación co risco de mortalidade no shock hemorráxico traumático.

95. En relación á Dobutamina, cal das seguintes respostas é CORRECTA?:

- A) Debido ao seu maioritario efecto beta1, é un potente inotrópico con moderado efecto cronotrópico.
- B) A doses baixas (menos de 5 ug/kg/min), debido ao efecto agonista e antagonista dos receptores alfa1 e á estimulación dos beta2 produce unha vasodilatación moderada.
- C) A Dobutamina aumenta significativamente o consumo miocárdico de osíxeno.
- D) Todas as respostas anteriores son correctas.

96. Respecto aos abscesos intraperitoneais, sinala a FALSA:

- A) Pódese producir por extensión de procesos inflamatorios localizados, traumatismos abdominais, perforacións, complicacións dunha cirurxía abdominal previa ou poden ser unha reacción defensiva favorable ante un proceso infeccioso peritoneal difuso.
- B) A clínica depende do proceso desencadeante e adoita ser inespecífica con febre, náuseas, vómitos e dor abdominal.
- C) É fundamental para o éxito do tratamento a drenaxe de maneira precoz, preferentemente percutánea e guiada por imaxe se é posible e non existe contraindicacións. Sería recomendable unha valoración conxunta de cirurxía e radioloxía.
- D) Son infeccións polimicrobianas e en pacientes poscirúrxicos ou con tratamento antimicrobiano previo á etiología é similar ás peritonites primarias.

97. Sinale a resposta CORRECTA en relación coa Neumonía adquirida no hospital (NAH) e a Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM).

- A) Hai unha maior taxa de diagnóstico etiolóxico na NAH que na NAVM.
- B) A etioloxía é similar nos doentes con NAVM e con NAH en doentes non ventilados (cando dispoñemos de cultivos), con predominio de *P. aeruginosa*, *S. aureus* e *Enterobacteriaceae* spp.
- C) A NAH que non precisa ventilación mecánica ten unha mortalidade similar á NAVM.
- D) Todas as opcións anteriores son correctas.

98. Cal das seguintes opcións sería o diagnóstico máis probable nun paciente ingresado en UCI desde hai dúas semanas, que presenta debilidade flácida simétrica das catro extremidades, máis marcada a nivel proximal, reflexos osteotendinosos profundos diminuídos e perda da sensibilidade periférica con niveis de CPK normais?

- A) Polineuropatía/miopatía do paciente crítico.
- B) Rabdomiólise.
- C) Neuropatía porfírica.
- D) Hemorragia temporal dereita.

99. Cal dos seguintes enunciados é FALSO respecto á pericardite post infarto de miocardio?

- A) As complicacións pericárdicas tras un infarto agudo comprenden o derrame pericárdico, a pericardite precoz asociada a infarto e a pericardite tardía ou síndrome de Dressler.
- B) A pericardite post infarto precoz é un factor de risco independente de peor pronóstico.
- C) A pericardite precoz tras infarto adoita aparecer pronto despois do infarto e é transitoria, sendo unha complicación rara na era da angioplastia primaria.
- D) A pericardite post infarto precoz asóciase a un tamaño de infarto máis grande.

100. Paciente de 45 anos con fractura de tibia e peroné dereitos dun mes de evolución que acode a urxencias por dor torácica, dispnea progresiva e agudización da dor e edema en membro inferior. Na exploración física destaca taquicardia sinusal a 115 lpm e tensión arterial de 70/40 mmHg que asocia datos que suxiren compromiso da perfusión sistémica. No electrocardiograma apréciase un bloqueo incompleto de rama dereita. Cal é a opción INCORRECTA respecto ao manexo deste paciente?:

- A) Un valor normal do dímero D non exclúe tromboembolismo pulmonar neste paciente, por tanto non estaría recomendada a súa realización.
- B) Iniciaría anticoagulación iv con heparina non fraccionada unha vez realizado ecocardiograma e/ou anxio-TC torácico.
- C) A ausencia de signos ecocardiográficos de sobrecarga ou disfunción do VD practicamente exclúe un tromboembolismo pulmonar.
- D) Se anxio-TC é normal, débese descartar o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar sen realizar outras probas.

1. Segundo as guías de práctica clínica da ATS/IDSA 2019 para o diagnóstico e tratamento da Neumonía adquirida na comunidade do adulto. ¿Cándo está indicado o estudo etiolóxico do doente con pneumonía adquirida na comunidade (NAC) que requira ingreso hospitalario?

- A) Recoméndase a realización de hemocultivos e cultivo de secrecións do tracto respiratorio inferior previo ao inicio do tratamento, a todos os doentes con NAC que requiran ingreso hospitalario.
- B) Recoméndase a determinación de antíxeno en orina para Legionella e Neumococo previo ao inicio do tratamento, a todos os doentes con NAC que requiran ingreso hospitalario.
- C) Cando o virus da gripe esté circulando na comunidade, recoméndase a realización de test rápidos de detección (p.ex., test de antíxenos) fronte aos test de amplificación de ácidos nucleicos (PCR).
- D) Recoméndase a obtención de hemocultivos e cultivo de secrecións do tracto respiratorio inferior previo ao inicio de tratamento, nos doentes con NAC que ingresen no hospital e reciban tratamento empírico fronte a Staphylococcus aureus meticilín resistente ou Pseudomonas aeruginosa.

2. A diferenciación entre a luz verdadeira e a luz falsa é importante para identificar de forma precisa que colaterais están perfundidas exclusivamente pola luz falsa, podendo presentar problemas de hipoperfusión tisular, e cando se considera o tratamento endovascular. Respecto aos achados radiolóxicos dunha tomografía computerizada:

- A) A cara convexa do flap intimal adoita estar cara á falsa luz que rodea a luz verdadeira. A luz falsa xeralmente ten un fluxo máis lento, un diámetro maior e pode conter trombos.
- B) Na disección de aorta tipo A, a luz falsa xeralmente localízase ao longo da parede anterolateral dereita da aorta ascendente e esténdese distalmente, nunha forma espiral, ao longo da parede posterolateral esquerda da aorta descendente. Na maioría dos casos, a luz que se estende máis caudalmente é a luz verdadeira.
- C) O "cobwed sign" é a presenza de áreas lineais de baixa atenuación, que corresponden á disección incompleta da media, son un achado específico para identificar a luz falsa.
- D) Todas as opcións anteriores son correctas.

3. En función dos coñecementos actuais, sinale a opción CORRECTA sobre a síndrome de distrés respiratoria aguda asociado a COVID 19:

- A) Algúns autores defenden a existencia dun fenotipo H, con alta elastancia, cuxo pulmón é recrutable.
- B) Algúns autores defenden a existencia dun fenotipo L, con alta elastancia, cuxo pulmón non é recrutable.
- C) En ausencia de contraindicacións debemos usar decúbito prono cando o cociente PaO₂/FiO₂ sexa maior de 200 mmHg.
- D) Non debemos considerar a intubación ante unha situación de elevado traballo respiratorio.

4. Nun paciente con insuficiencia cardíaca con fracción de exección reducida (FEVE < 35%) secundaria a miocardiopatía dilatada idiopática, que continúa sintomático a pesar do tratamento con betabloqueantes, IECAs e antagonistas dos receptores mineralocorticoides a doses óptimas. Indique cal dos seguintes tratamentos NON está indicado:

- A) O uso de estatinas a doses elevadas demostrou mellorar o prognóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de exección reducida, independentemente da etiología da insuficiencia cardíaca.
- B) Debe considerarse o tratamento con Ivabradina en pacientes en ritmo sinusal cunha frecuencia cardíaca en repouso > 70 latexados por minuto.
- C) Recoméndase substituír o IECA por Sacubitril/Valsartán.
- D) A Empaglifozina (iSGLT2) mostrou mellorar o prognóstico (redución de mortalidade e hospitalización por insuficiencia cardíaca) nos pacientes con insuficiencia cardíaca.

5. Respecto á intoxicación por Paracetamol, sinale a resposta INCORRECTA:

- A) Os pacientes poden estar por completo asintomáticos e os síntomas temperáns inclúen anorexia, náuseas e vómitos.
- B) A dose tóxica é de aproximadamente 150 mg/kg e con gave risco de hepatotoxicidade se pasa de 300 mg/kg.
- C) En todos os casos de sobredose potencial ou coñecida débese medir o nivel sérico de Paracetamol 4 horas tras a inxesta ou tan pronto como sexa posible e usar o nomograma modificado de Rumack– Matthew.
- D) O inicio da administración de N- acetilcisteína débese atrasar en espera dos resultados dos niveis séricos en pacientes con sobredoses de paracetamol e risco significativo de hepatotoxicidade.

6. Cal dos seguintes tratamentos NON ten indicación nunha crise miasténica?

- A) Inmunoglobulinas intravenosas.
- B) Plasmaférese.
- C) Hidroxicloroquina.
- D) Glicocorticoides.

7. Sinale a resposta FALSA, respecto ao tratamento da sepse e shock séptico, segundo as guías "Surviving Sepsis Campaign".

- A) Recoméndase a noradrenalina como vasopresor de primeira elección.
- B) Suxírese usar hidrocortisona para o tratamento do shock séptico en pacientes nos que a reanimación adecuada con fluídos e vasopresores non é capaz de restaurar a estabilidade hemodinámica.
- C) Recoméndase a transfusión de hemoderivados se a hemoglobina é inferior a 7 g/dL sempre, sen ter en conta circunstancias atenuantes.
- D) Sepse e shock séptico son unha emerxencia médica e recoméndase que o tratamento e a resucitación se inicie inmediatamente.

8. Seleccione a opción CORRECTA sobre os efectos teóricos da manobra de decúbito prono nos pacientes con síndrome de distrés respiratoria aguda (SDRA):

- A) Redúcese o shunt intrapulmonar e a heteroxeneidade da ventilación–perfusión.
- B) Adoita asociar deterioración hemodinámica fundamentada nun menor retorno venoso e unha maior postcarga de ventrículo dereito.
- C) Recrútase parénquima pulmonar xa que a masa pulmonar ventral é maior que a dorsal.
- D) Todas as opcións son correctas.

9. Seleccione a resposta INCORRECTA en relación co algoritmo diagnóstico perante un paciente con sospeita clínica de síndrome aórtico agudo.

A) As guías de práctica clínica recomendan a utilización de algoritmos diagnósticos baseados en escalas de risco para avaliar a probabilidade pre-test da enfermidade. A Sociedade Europea de Cardiología (ESC) recomenda o uso do "Aortic dissection detection risk" que permite clasificar aos pacientes en risco baixo (score = 0), intermedio (score = 1) ou alto (score = 2-3), en base a factores predispoñentes, características da dor e os achados á exploración clínica.

B) Unha determinación de Dimeros D < 500 ng/ mL durante as primeiras 6h do inicio dos síntomas, exclúe calquera tipo de síndrome aórtico agudo.

C) O ecocardiograma transtorácico (ETT) é unha ferramenta útil para descartar complicacións da disección aguda de aorta como a insuficiencia aórtica ou o taponamento, pero dada a súa relativa baixa sensibilidade, un ETT negativo non exclúe unha disección aguda de aorta.

D) En pacientes de alto risco cunha proba de imaxe inicial negativa, na que persista a sospeita clínica, recoméndase a realización dunha segunda proba de imaxe (TC ou RMN).

10. Seleccione a resposta FALSA respecto ás arritmias ventriculares na fase aguda da síndrome coronaria aguda con elevación do segmento ST:

A) Frecuentemente as arritmias ventriculares na fase aguda do SCACEST preséntanse en forma de taquicardia ventricular polimórfica, relativamente rápida e que frecuentemente dexenera en fibrilación ventricular.

B) A presenza de taquicardias ventriculares non sostidas de curta duración ou extrasístoles múltiples son preditores de fibrilación ventricular e son indicación de tratamento anti-arrítmico profiláctico.

C) Debe iniciarse tratamento con betabloqueantes intravenosos en pacientes con taquicardia ventricular polimórfica e/ou fibrilación ventricular salvo contraindicación.

D) A amiodarona intravenosa está recomendada para o tratamento de taquicardia ventricular polimórfica recorrente. A lidocaína é unha alternativa en pacientes con TV recorrente, con repercusión hemodinámica, que non responden á cardioversión eléctrica repetida e ao tratamento con betabloqueantes, amiodarona e sobreestimulación.