

MEDICINA INTENSIVA Y URGENCIAS



2024-25

1	Monitorización del paciente crítico I	ÁLVAREZ
2	Monitorización del paciente crítico II	ÁLVAREZ
3	El shock y sus tipos	ÁLVAREZ
4	Shock hipovolémico y hemorragia masiva	ÁLVAREZ
5	Shock anafiláctico	ÁLVAREZ
6	Sepsis y Shock Séptico	ÁLVAREZ
5	Tratamiento de Shock séptico	ÁLVAREZ
7	Paciente politraumatizado	ÁLVAREZ
8	Traumatismo craneoencefálico	TABOADA
5	Analgesia y sedación	TABOADA
9	Neumonía asociada a ventilación mecánica	ÁLVAREZ
10	SDRA	ÁLVAREZ
5	Embolismo pulmonar	ÁLVAREZ
5	Ventilación mecánica	ÁLVAREZ
11	Insuficiencia Renal Aguda	VEIRAS
12	Síndrome compartimental abdominal	ÁLVAREZ
5	Nutrición artificial	ÁLVAREZ
13	Urgencia, emergencia y triaje	MOROÑO
14	Disnea	BARCALA
5	Hemoptisis	BARCALA
5	Fiebre	BARCALA
15	Coma	LÓPEZ
16	Manejo del paciente neurocrítico	ARIAS
5	Cefalea en urgencias	LEIRA
5	Síndrome confusional agudo	LÓPEZ
17	Dolor torácico	ACUÑA
5	Parada cardiorrespiratoria e hipotermia	ACUÑA
18	Dolor abdominal agudo	DOMINGUEZ
19	Hemorragia digestiva	DOMINGUEZ
20	Urgencias hematológicas	ENCINAS
21	Urgencias endocrinológicas	PEINÓ
22	Introducción á toxicología clínica	CRUZ

23	Diagnóstico intoxicación	CRUZ
24	Tratamiento de intoxicaciones agudas I	CRUZ
25	Tratamiento de intoxicaciones agudas II	CRUZ
26	Intoxicación por gases I. Monóxido de carbono	CRUZ
27	Intoxicación por gases II	CRUZ
28	Intoxicación por gases III	CRUZ
29	Narcóticos sintéticos	CRUZ
30	Intoxicación por paracetamol y salicilatos	CRUZ
31	Intoxicación por digoxina	CRUZ
32	Intoxicación por psicofármacos I	CRUZ
33	Intoxicación por psicofármacos II	CRUZ
33	Intoxicación por setas	CRUZ
34	Alcoholes tóxicos	CRUZ

INTENSIVA

1. MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DEL PACIENTE CRÍTICO I

. La presión arterial media estimada en un paciente con presión arterial sistólica de 100 mmHg y diastólica de 55 mmHg es: (2018 julio)

- a) 70.
- b) 85.
- c) 77,5.
- d) 60.
- e) 95.

→ si se suma la presión arterial sistólica (PAS) y dos veces la presión arterial diastólica (PAD) y se divide todo entre 3 = se obtiene la presión arterial media (PAM → representa el índice fundamental de viabilidad de los órganos)

$$- PAM = (PAS + 2PAD) / 3 = (100 + 2 \times 55) / 3 = 70$$

*correcta: a

. El test de Allen sirve para: (2019 enero) (2015 julio)

- a) Comprobar la permeabilidad de la arteria radial y cubital.
- b) Comprobar la permeabilidad de la arteria femoral.
- c) Comprobar la permeabilidad de la arteria carótida.
- d) Comprobar la permeabilidad de las venas yugular interna y subclavia.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

→ canulación arteria = registró permanente presión arterial → st arteria radial

- test Allen = comprobar sistemas vasculares mano (doble vascularización = arteria radial + cubital) funcionan

1. paciente cierra puño + nosotros apretamos con ambas manos → cerramos arteria radial + cubital
2. paciente abre mano = se libera 1/2 arterias
 - arteria :) = se revascularización mano (llenado capilar + recupera Tª/color)
 - arteria :(= mano blanca
3. repetimos proceso con la otra arteria

*correcta: a

. Las vías de elección para canular una vena central son: (2018 julio)

- a) Subclavia y femoral.
- b) Femoral y basílica.
- c) Yugular interna y femoral.
- d) Yugular interna y subclavia.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ canulación venosa = 3 vías acceso venosas → yugular interna + subclavia (+ femoral)

*correcta: d

. La técnica de Seldinger consiste en: (2019 enero)

- a) Canulación vascular para realizar medición por termodilución del gasto cardíaco.
- b) Punción vascular o de otra estructura anatómica, con una aguja o catéter a través de la cual se introduce una guía, que posibilita la introducción de dispositivos de calibre mayor.
- c) Técnica empleada para realizar nutrición parenteral central.
- d) Técnica empleada para realizar nutrición parenteral periférica, sin necesidad de canular vías centrales.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

→ técnica Seldinger:

1. se canula vaso con agua
2. se introduce guía metálica acabada en J (para que al avanzar x vena NO dañe estructura = NO hematomas)
3. retira aguja
4. introducen dilatadores
5. mete catéter (calibre que se quiera)

*correcta: b

. La técnica de Seldinger: (2017 julio) (2015 julio)

- a) Consiste en valorar la profundidad anestésica.
- b) Consiste en puncionar y dilatar la pared de una estructura anatómica, de forma que se pueda abordar para colocar en su interior dispositivos y/o realizar procedimientos diagnósticos.
- c) Es una técnica empleada habitualmente en la canulación de vías venosas periféricas.
- d) Es una técnica específica de la anestesiología pediátrica.
- e) Todas las anteriores son ciertas

→ técnica de Seldinger = punción con aguja → paso guía metálica → retirada aguja + paso/dilatación progresiva sobre guía para introducir catéteres/dispositivos

- técnica estándar para colocación de catéteres vasculares centrales, catéteres de drenaje, etc.

*correcta: b

. La anatomía de los vasos y nervios femorales es la siguiente: (2015 julio)

- a) Internamente arteria, vena y nervio.
- b) Internamente vena, arteria y nervio.
- c) Internamente nervio, arteria y vena.
- d) En la región femoral hay muchas variaciones anatómicas.
- e) Todas las contestaciones anteriores son falsas.

→ canalización vena - vena femoral (inguinal) =

- vía emergencia x fácil contaminación

- internamente IVAN = vena > arteria > nervio (ext)

*correcta: b

. Respecto a medición da presión venosa central é certo que: (2020 diciembre)

- a) O seu emprego é moi discutido polo que se limitou o seu emprego a situacións de risco moi elevado.
- b) É un indicador da situación da volemia.
- c) Emprégase para decidir se se administran coloides o cristaloides.
- d) É un marcador da presión de perfusión renal.
- e) O catéter debe introducirse polas veas basilíca, femoral ou cefálica.

*correcta: b

. La presión venosa central: (2019 enero)

- a) Se correlaciona con la precarga del ventrículo derecho.
- b) Se relaciona con la precarga del ventrículo izquierdo.
- c) Es el único indicador para valorar la volemia.
- d) Predice las resistencias vasculares pulmonares.
- e) Tienen un significado patológico idéntico a la presión capilar pulmonar.

→ canulación vena:

- 3 vías accesos venosos = yugular interna + subclavia + femoral ⇒ grandes troncos venosos intratorácicos = (+) duración + uso nutrición parenteral total

- presión venosa central = medida indirecta → precarga ventrículo derecho (NO correlación exacta)

• ¡cuidado! depende complianza → (+) complianza = (+)P para (-)V / (-) complianza = (-)P para (+)V (dejando de haber correlación entre PVC-precarga VD)

*correcta: a

. El sitio ideal para medir la presión venosa central (PVC) es: (2014 julio)

- a) Vena femoral o basilíca.
- b) Aurícula derecha.
- c) Ventrículo derecho.
- d) Arteria pulmonar.
- e) Capilares pulmonares.

→ presión venosa central / presión aurícula derecha = medida indirecta precarga VD

*correcta: b

. El extremo distal del catéter de Swan-Ganz se localiza en: (2018 julio) (2016 enero) (2014 enero)

- a) Vena cava inferior.
- b) Aurícula derecha.
- c) Ventrículo derecho.
- d) Arteria pulmonar.
- e) Vena pulmonar.

*correcta: d

. Respeto al catéter de Swan Ganz, es cierto que: (2019 enero)

- a) Con el balón inflado mide presión venosa central y con el balón desinflado presión arteria pulmonar.
- b) Con el balón inflado mide presión capilar pulmonar y con el balón desinflado presión venosa central.
- c) Con el balón inflado mide presión capilar pulmonar y con el balón desinflado presión arteria pulmonar.
- d) Con el balón inflado mide presión venosa central y con el balón desinflado presión capilar pulmonar.
- e) Con el balón inflado y desinflado, la presión medida se modifica mínimamente.

→ catéter Swan-Ganz (vena central *femoral* → cava → AD → VD → arteria pulmonar) = nivel arteria pulmonar = mide 2 presiones:

1. NO enclavado (balón NO inflado) = presión arteria pulmonar (precarga VD)
2. enclavado (balón inflado) = presión capilar pulmonar (precarga VI)

*correcta: c

. En el uso clínico de la monitorización hemodinámica mediante el análisis del contorno de la onda del pulso, es cierto lo siguiente: (2020 enero)

- a) El área delimitada por la onda del pulso, se correlaciona con el gasto cardíaco.
- b) El área delimitada por la onda del pulso, se correlaciona con el volumen sistólico.
- c) El área delimitada por la onda del pulso, se correlaciona con el índice cardíaco.
- d) El área delimitada por la onda del pulso, se correlaciona con la presión capilar pulmonar.
- e) El área delimitada por la onda del pulso, se correlaciona con la Saturación venosa central.

→ modelo de Windkessel ⇒ con tono onda pulso arterial es proporcional a VS

- onda pulso (curva presión arterial periférica) = volumen sistólico
- onda pulso mediada x termodilución con hilo metálico en catéter con sensor distal en arteria pulmonar que nos da una curva (temperatura vs tiempo)

*correcta: b

. La saturación venosa mixta (SvO₂) depende de la relación entre: (2018 julio)

- a) Presión arterial de oxígeno (PaO₂) y consumo de oxígeno (VO₂).
- b) Aporte de oxígeno a los tejidos (DO₂) y consumo de oxígeno (VO₂).
- c) Aporte de oxígeno a los tejidos (DO₂) e índice cardíaco (IC).
- d) Aporte de oxígeno a los tejidos (DO₂) y hematocrito.
- e) Ninguno de los anteriores es cierto.

→ Saturación venosa oxígeno (SvO₂) = relación aporte-consumo O₂

- DO₂ = aporte oxígeno tejidos → depende: gasto cardíaco + saturación Hb + oxigenación Hb (oxigenación)
- VO₂ = cantidad O₂ devuelve organismo x sistema venosos → depende: metabolismo (se puede disminuir con hipotermia y aumentar con hipotermia)

*correcta: b

. La disminución de la SvO₂ puede indicar: (2018 julio) (2015 julio)

- a) Aumento del gasto cardíaco.
- b) Hipoxia.
- c) Hipercapnia.
- d) Disminución del CO₂ end tidal.
- e) Todos los anteriores son ciertos.

*correcta: b

. La disminución de la SvO₂ puede indicar: (2018 julio)

- a) Hipercapnia.
- b) Insuficiencia renal aguda.
- c) Taquicardia moderada sin compromiso del gasto cardíaco.

- d) Coma.
- e) Anemia.

→ (+) extracción tisular oxígeno = (-) SvO_2

- ocasiones (+) extracción tisular O_2 = hipoxia + anemia + (-) gasto cardíaco + (+) consumo tisular de O_2

*correcta: e

. La saturación venosa mixta de oxígeno normal en un paciente es: (2018)

- a) 75%.
- b) 65%.
- c) 55%.
- d) 95%.
- e) 85%.

*correcta: a

. La saturación venosa mixta de oxígeno normal en un paciente es: (2014 enero)

- a) 95%.
- b) 85%.
- c) 75%.
- d) 65%.
- e) 55%.

→ saturación venosa normal en arteria pulmonar = 75%

*correcta: c

. Con los datos proporcionados como un catéter de Swan-Ganz correctamente colocados en la arteria pulmonar, podemos conocer: (2017 enero) (2015 julio)

- a) Presión arteria pulmonar, presión capilar pulmonar, gasto cardíaco, saturación venosa mixta, temperatura.
- b) Presión arteria pulmonar, presión capilar pulmonar, presión arterial, gasto cardíaco, saturación venosa mixta.
- c) Presión arteria pulmonar, presión capilar pulmonar, gasto cardíaco, saturación venosa mixta, saturación periférica de oxígeno.
- d) Saturación periférica de oxígeno, presión arteria pulmonar, presión capilar pulmonar, gasto cardíaco, saturación venosa mixta.
- e) Presión arteria pulmonar, presión capilar pulmonar, gasto cardíaco, saturación venosa mixta, presión alveolar de oxígeno.

→ catéter Swan-Ganz

- no enclavado = presión arteria pulmonar
- enclavado = presión capilar pulmonar
- estimar gasto cardíaco x termodilución
- si colocamos pulsioxímetro = saturación hemoglobina arteria pulmonar (75%)

*correcta: a

*. El gasto cardíaco se puede medir por cualquiera de estos sistemas excepto: (2018 enero) (2015 julio) (2014 julio)

- a) Análisis de la onda del pulso.
- b) Termodilución.
- c) Principio de Fick.
- d) Resonancia nuclear magnética.
- e) Dilución de colorantes.

→

*correcta: d

A este profe le gustan mucho las preguntas del Mir así que échale un vistazo

2. MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DEL PACIENTE CRÍTICO II

. La saturación periférica de oxígeno (SpO₂) normales de: (2014 julio)

- a) 95-97%.
- b) 89-91%.
- c) 81-83%.
- d) 75-77%.
- e) 68-71%.

→ pulsioximetría = saturación periférica hemoglobina (valores normales = 95-100%)

*correcta: a

. A medición da saturación periférica da hemoglobina realízase: (2020 diciembre)

- a) Con dous tipos de ultrasons con dúas lonxitudes de onda diferentes, que non se captan polo oído humano.
- b) Co sistema ELU: espectrofotometría, luz infravermella e ultrasóns
- c) Con dous tipos de luces con lonxitudes de onda diferentes, vermella e infravermella.
- d) Con varios tipos de luces de intensidades diferentes, vermella e ultravioleta.
- e) Con dous tipos de luces con lonxitudes de onda fóra do espectro visual.

*correcta: c

. La saturación periférica de oxígeno SpO₂ se mide en:

- a) Con luz roja, infrarroja y ultrarroja.
- b) Con luz roja y ultravioleta.
- c) Con luz infrarroja y roja.
- d) Con luz polarizada.

→ pulsioximetría = saturación periférica hemoglobina → luz pulsioxímetro = luz roja + luz infrarroja

*correcta:

. Una disminución del CO₂ "end tidal" se corresponde con: (2014 enero)

- a) Transfusión del paciente.
- b) Reposición agresiva de la volemia.
- c) Disminución del gasto cardíaco.
- d) Aumento del gasto cardíaco.
- e) A y B son correctas.

→ capnógrafo = mirar consume O₂ x medición CO₂ espirado

- CO₂ producido x metabolismo glucosa ciclo Krebs = sí hay CO₂ es que ha habido consumo CO₂

- niveles CO₂ relacionados con integridad circulación => sí gasto cardíaco disminuye = eliminación CO₂ disminuye

*correcta: c

. A profundidade anestésica ou da sedación, mídese mediante: (2020 diciembre)

- a) Algoritmo anestesia sedación: AAS comenzando a sedación en 60 e a anestesia xeral en 40.
- b) Índice bispectral (BIS), que analiza o metabolismo cerebral cortical, sendo de 100 o paciente nun plano moi profundo e 0 nun plano moi superficial.
- c) Índice bispectral (BIS), que analiza o metabolismo cerebral cortical, sendo de 0 o paciente nun plano moi profundo e 100 nun plano moi superficial.
- d) Situación de profundidade observada en dous siveis (SpO₂), que valora a presenza de CO₂ cerebral, sendo normal un valor superior e a 95%, sedado un 85% e anestesiado un valor de 60%.
- e) Profundidade inducida cerebral (PIC), que valora o consumo de osíxeno cerebral, sendo 100 o paciente consciente e 0 o paciente sen ningunha actividade cerebral.

→ monitorización neurolóxica - electroencefalograma:

- algoritmo profundidade anestésica / grado sedación = análise bispectral (BIS) → correlaciona ondas - escala 0-100

98-97 = despierto / consciente / activo

<40 = supresión profunda para isquemia controlada

0 = supresión EEG

*correcta: c

. La presión de perfusión cerebral es igual: (2016 enero)

- a) Presión arterial sistólica.
- b) Presión arterial media.
- c) Presión arterial media menos presión venosa central.
- d) Presión arterial sistólica menos presión intracraneal.
- e) Presión arterial media menos presión intracraneal.

→ $PPC = PAM - PIC$

*correcta: d

. Una de las siguientes afirmaciones es falsa: (2019 enero)

- a) La presión intracraneal depende del volumen del cerebro, de la sangre y del líquido cefalorraquídeo, y tiene un valor de 10-15 mm Hg en una persona sana.
- b) El flujo sanguíneo cerebral depende de varios factores, entre los que se incluye: presión de perfusión cerebral, aporte de oxígeno, CO_2 , y autorregulación cerebral.
- c) El CO_2 no influye en el flujo sanguíneo cerebral.
- d) El flujo sanguíneo cerebral se modifica un 3-4% por cada mm HG de $PaCO_2$.
- e) La presión de perfusión cerebral depende de la presión arterial media y de la presión intracraneal.

→ monitorización neurológica - PIC:

- flujo sanguíneo cerebral = constante ante presiones muy variables
- se modifica si: modifica $PaCO_2$ + hipoxia
- $PPC = PAM - PIC$
- correlaciona con: $PA + CO_2$ (= vasodilatación cerebral → hiperventilación = (-) CO_2 = (-) PIC)

*correcta: c

3. EL SHOCK Y SUS TIPOS

. Qué palabra relacionaría más estrechamente con el shock: (2018 julio)

- a) Bajo gasto.
- b) Hipoperfusión.
- c) Acidosis respiratoria.
- d) Vasoplejia.
- e) Hipovolemia.

→ shock = expresión clínica fallo circulatoria = inadecuada utilización oxígeno a nivel circulación capilar → caracteriza x hipoperfusión tisular

→ shock - tipos = NO definimos x GC → importante: hipotension + hipoperfusión

*correcta: b

. El shock hemodinámico se define por hipotensión arterial, acidosis metabólica, y: (2019 enero) (2015 enero)

- a) Acidosis respiratoria.
- b) Disminución del flujo sanguíneo renal y por tanto del filtrado glomerular.
- c) Hipoperfusión tisular.
- d) Bajo gasto cardíaco.
- e) Presión capilar pulmonar y presión venosa central elevadas.

→ shock = 3 componentes:

1. hipotensión arterial
2. hipoperfusión tisular
3. signos clínicos - bioquímico = acidosis metabólica

*correcta: c

. La hipoperfusión tisular, se identifica habitualmente en pacientes chocados, con independencia del tipo de shock, por los siguientes signos/síntomas clínicos: (2020 enero)

- a) Síntomas cutáneos: piel fría, cianótica, pegajosa. Gasto cardíaco disminuido. Trombopenia. Alteraciones de la coagulación.
- b) Gasto cardíaco aumentado. Síntomas cutáneos, piel fría, cianótica, pegajosa. Hiperbilirrubinemia. Trombocitosis.
- c) Oliguria. Gasto cardíaco aumentado. Síntomas cutáneos. Piel fría, cianótica, pegajosa. Hiperbilirrubinemia. Trombocitosis
- d) Ácido láctico aumentado. Síntomas cutáneos: piel fría, cianótica, pegajosa. Oliguria. Síntomas neurológicos: obnubilación, desorientación, confusión.
- e) Síntomas cutáneos, piel fría, cianótica, pegajosa. Gasto cardíaco aumentado. Hiperbilirrubinemia.

→ shock ⇒ 3 componentes = hipotensión arterial + hipoperfusión tisular + signos clínicos:

- cutáneos = piel fría + sudoración + viscosa + cianótica (mal llenado capilar x vasoconstricción)
- renales = (-) TFG + oligoanuria
- neurológicos = obnubilación + aletargado + desorientación + confusión
- bioquímica = acidosis metabólica = (+) ácido láctico

*correcta: d

. Los signos de hipoperfusión son todos los siguientes excepto: (2018 enero)

- a) Acidosis respiratoria.
- b) Piel fría, moteada y pegajosa.
- c) Situación mental alterada.
- d) Oliguria.
- e) Acidosis metabólica.

*correcta: a

. El shock es un síndrome que cursa con los siguientes signos y síntomas excepto: (2018 enero)

- a) Hipoperfusión tisular.
- b) Bajo gasto cardíaco.
- c) Hipotensión arterial.
- d) Oxigenación tisular inadecuada.
- e) Acidosis metabólica.

→ shock:

- sd x alteración perfusión sistémica (hipoperfusión) + caracteriza x flujo orgánico inadecuado para cubrir demandas metabolismo oxígeno
 - demandas titulares O₂ exceden aporte oxígeno
 - 3 componentes = hipotensión + hipoperfusión + signos (acidosis metabólica x demandas tisulares O₂ > aporte)
- *correcta: b

. Señala cuál de los siguientes es indicador de mala perfusión tisular global en un paciente con shock o con sospecha de él: (2014 julio)

- a) Elevación de ácido láctico en sangre.
- b) Elevación de urea sérica.
- c) Oliguria.
- d) Hipernatremia.
- e) Hipotensión arterial.

→ hipoperfusión = NO ciclo Krebs → SI glucólisis anaerobia = ácido láctico ⇒ acidosis metabólica

*correcta: a

. Clásicamente el shock se divide en los siguientes tipos, excepto: (2018 julio) (2015 enero)

- a) Distributivo.
 - b) Hipovolémico.
 - c) Cardiogénico.
 - d) Traumático.
 - e) Obstructivo.
- shock - tipos = hipovolémico + cardiogénico + obstructivo + distributivo

*correcta: d

. El aporte de oxígeno (DO₂) crítico, puede definirse como: (2018 enero)

- a) Es aquel nivel de DO₂, que cuando disminuye implica reducir el consumo de oxígeno (VO₂) y cuando aumenta implica aumentar el VO₂.
- b) Es aquel nivel de DO₂, que cuando disminuye implica no modificar el consumo de oxígeno (VO₂) y cuando aumenta implica aumentar el VO₂.
- c) Es aquel nivel de DO₂, que cuando disminuye implica reducir el consumo de oxígeno (VO₂) y cuando aumenta no se modifica el VO₂.
- d) Es aquel nivel de DO₂, que cuando disminuye implica aumentar el consumo de oxígeno (VO₂) y cuando aumenta implica aumentar el VO₂.
- e) Ninguno es cierto.

*correcta: c

. El DO₂ (aporte de oxígeno) crítico, es aquel:

- a) Superior a 1000 ml/min.
- b) Que se alcanza con hemoglobinas superiores a 12 g/dl.
- c) Que se alcanza con saturaciones periféricas de oxígeno (SpO₂) superiores a 95%.
- d) Que por encima de él, no se modifica el consumo de oxígeno (VO₂).
- e) Que por debajo de él, no se modifica el consumo de oxígeno (VO₂).

*correcta: d

. El DO₂ (aporte de oxígeno) crítico, es aquel: (2017 enero)

- a) Superior a 1000 ml/min.
- b) Que se alcanza con hemoglobina superiores a 12 g/dl.
- c) Que se alcanza con saturaciones periféricas de oxígeno (SpO₂) superiores a 95%.
- d) Que por encima de él, no se modifica el consumo de oxígeno (VO₂).
- e) Que por debajo de él, no se modifica el consumo de oxígeno (VO₂).

→ DO₂ (aporte oxígeno a tejidos) crítico = si sigue bajando = compromete VO₂ (consumo)

- x encima DO₂ crítico = VO₂ se mantiene (reserva funciona)
- x debajo DO₂ crítico = VO₂ compromete = (-) = metabolismo anaerobio = ácido láctico = acidosis metabólica = fallo celular

*correcta: d

. El tipo más frecuente de shock es: (2018 julio) (2015 julio)

- a) Hipovolémico.
- b) Cardiogénico.
- c) Obstrutivo.
- d) Distributivo séptico.
- e) Distributivo no séptico.

→ shock - tipos = 1. hipovolémico = 16% / 2. cardiogénico = 16% / 3. obstructivo = 2% / 4. distributivo = 4% aséptico + 64% séptico

*correcta: d

. La definición clínica de shock cardiogénico es: (2016 enero)

- a) Gasto cardíaco normal y evidencia de hipoxia tisular en presencia de un volumen intravascular adecuado.
- b) Gasto cardíaco disminuido y evidencia de hipoxia tisular en presencia de un volumen intravascular disminuido.
- c) Gasto cardíaco disminuido y evidencia de hipoxia tisular en presencia de un volumen intravascular adecuado.
- d) Gasto cardíaco aumentado sin evidencia de hipoxia tisular en presencia de un volumen intravascular adecuado.
- e) Todas las anteriores son falsas.

→ shock cardiogénico:

- bomba no funciona = volemia no puede ser movilizada
- fallo bomba = (-) volumen sistólico = dilatación ventrículo
- bajo GC = hipoperfundido (x <PA) (= hipoxia tisular)
- NO hipovolémico

*sangre hay pero el corazón no la menea hasta los tejidos

*correcta: c

. Señala en cuál de los siguientes está siempre aumentada la presión de enclavamiento pulmonar (presión capilar pulmonar): (2017 enero)

- a) Shock séptico.
- b) Shock hipovolémico.
- c) Shock cardiogénico.
- d) Shock obstructivo por tromboembolismo pulmonar masivo.
- e) En C y en D.

*correcta: c

. Señala cuál de los siguientes es indicativo de que un shock es cardiogénico por un infarto agudo de miocardio: (2016 enero) (2014 enero)

- a) Ph 7.3
- b) Presión arterial sistólica 80 mmHg.
- c) Oliguria <1000 mL/24 h.
- d) Presión de enclavamiento pulmonar (PCP) 18 mmHg (normal, 5-10).
- e) Índices (gasto) cardíaco 2.1 L/min/m² (normal, 2.8-4.2).

→ shock cardiogénico = PVC + PCP aumentadas

*correcta: d

. El perfil hemodinámico clásico del shock hiperdinámico es: (2019 enero) (2014 julio)

- a) Gasto cardíaco disminuido, saturación venosa mixta disminuida, resistencias vasculares altas.
- b) Gasto cardíaco elevado, saturación venosa mixta elevada, resistencias vasculares bajas.
- c) Gasto cardíaco disminuido, saturación venosa mixta elevada, resistencias vasculares bajas.
- d) Gasto cardíaco elevado, saturación venosa mixta disminuida, resistencias vasculares bajas.
- e) Gasto cardíaco elevado, saturación venosa mixta elevada, resistencias vasculares altas.

→ shock distributivo (séptico) ⇒ vasodilatación = (-) poscarga = (+) GC + (+) sat venosa mixta (hematíes no pasan x capilares - eco = corazón se mueve con bajas resistencias)

*correcta: b

. Entre las medidas que mejoran el aporte de oxígeno (DO₂) en un enfermo en shock, se encuentran las siguientes excepto: (2019 enero)

- a) Aporte de líquidos para mejorar la precarga.

- b) Sedación.
 - c) Mejora de la contractilidad con catecolaminas.
 - d) Mejoría del gasto cardíaco mediante el uso de catecolaminas.
 - e) Transfusión.
- *correcta: b

. Entre las medidas que disminuyen el consumo de oxígeno (VO_2) en un enfermo en shock, se encuentran las siguientes excepto: (2020 enero)

- a) Intubación orotraqueal y ventilación mecánica.
 - b) Sedación y analgesia.
 - c) Aporte de líquidos para mejorar la precarga.
 - d) Control de la fiebre.
 - e) Todas las medidas anteriores disminuyen el VO_2 .
- *correcta: c

. Entre las medidas que disminuyen el consumo de oxígeno (VO_2) en un enfermo en shock, se encuentran las siguientes excepto: (2018 julio)

- a) Intubación.
 - b) Sedación.
 - c) Analgesia.
 - d) Mejoría del gasto cardíaco mediante el uso de catecolaminas.
 - e) Tratamiento de la fiebre.
- shock - tto = (+) aporte (DO_2) / (-) demanda (VO_2)
- aumentar aporte = (+)GC (+precarga, inotrópicos, catecolaminas) + (+)Hb (transfusión) + (+)saturación oxi-Hb (ventilación, oxigenación)
 - disminuir demanda = intubación + sedación + analgesia + tto fiebre
- *correcta: d

. Señala en cuál de las siguientes situaciones es especialmente importante el aporte de volumen intravenoso, cosa en la cual los médicos solemos ser inapropiadamente remisos, especialmente en urgencias. (2018 enero)

- a) Shock cardiogénico por infarto agudo de miocardio.
 - b) Shock grave por una pielonefritis aguda.
 - c) Shock cardiogénico por insuficiencia mitral masiva por rotura valvular mitral en una endocarditis.
 - d) Shock obstructivo por una embolia de pulmón masiva.
 - e) Hepatitis aguda alcohólica.
- *correcta: b

. Una de las siguientes situaciones clínicas no suele producir hipovolemia: (2017 enero)

- a) Quemaduras severas.
 - b) Edema de pulmón.
 - c) Hemorragia digestiva.
 - d) Diarreas.
 - e) Obstrucción intestinal.
- *correcta: b

. En un paciente politraumatizado con hipotensión arterial (65/45 mmHg), oliguria ingurgitación venosa yugular y aumento de tamaño de la silueta cardiopericárdica en la radiografía de tórax, una sospecha diagnóstica principal ha de ser: (2017 julio)

- a) Shock hipovolémico (hemorrágico)
- b) Shock séptico.
- c) Shock anafiláctico.
- d) Shock obstructivo por embolia de pulmón masiva.
- e) Shock obstructivo por taponamiento pericárdico.

→ triada = hipotensión + IVY + >silueta cardiopericárdica ⇒ shock obstructivo x taponamiento pericárdico

*correcta: e

4. SHOCK HIPOVOLÉMICO Y HEMORRAGIA MASIVA

. Los 3 factores fundamentales a evitar en el tratamiento de la hemorragia masiva: (2018 enero)

- a) Alcalosis, hipotermia, coagulopatía.
- b) Acidosis, hipotermia, coagulopatía.
- c) Acidosis, coagulopatía, fallo renal.
- d) Alcalosis, coagulopatía, fallo renal.
- e) Anemia severa, hipotermia, alcalosis.

→ shock hipovolémico - evitar triada fatal = acidosis + hipotermia + fibrinolisis

*correcta: b

. Los signos de hipoperfusión son todos los siguientes excepto: (2018 enero)

- a) Acidosis respiratoria.
- b) Piel fría, moteada y pegajosa.
- c) Situación mental alterada.
- d) Oliguria.
- e) Acidosis metabólica.

*correcta: a

. El perfil hemodinámico del shock hipovolémico es: (2018 julio) (2015 julio)

- a) Gasto cardíaco elevado, saturación venosa mixta elevada, resistencias vasculares bajas.
- b) Gasto cardíaco disminuido, saturación venosa mixta elevada, resistencias vasculares bajas.
- c) Gasto cardíaco elevado, saturación venosa mixta disminuida, resistencias vasculares bajas.
- d) Gasto cardíaco elevado, saturación venosa mixta elevada, resistencias vasculares altas.
- e) Gasto cardíaco disminuido, saturación venosa mixta disminuida, resistencias vasculares altas.

*correcta: e

. El shock hipovolémico cursa habitualmente con todos los siguientes datos clínicos excepto: (2022 julio) (2017 enero)

- a) Situación mental alterada.
- b) Oliguria.
- c) Niveles elevados de ácido láctico.
- d) Dilatación de las cavidades cardíacas.
- e) Presión venosa central disminuida.

→ shock hipovolémico => (-) aguda volemia = desequilibrio oferta-demanda O₂-CO₂ en tejidos = alteración aguda circulación

- (-) PVC

- ventrículo = (-) tamaño + hiperdinámicos

- (-) GC

- SvO₂ (-)

- signos hipoperfusión = oliguria + alteración estado mental + elevación ácido láctico

*correcta: d

. En la reanimación inicial del shock hipovolémico, la relación cristaloides/coloides es habitualmente: (2018 julio) (2015 enero)

- a) 1/1
- b) 1/2.
- c) 2/1.
- d) 3/1.
- e) 1/3.

→ shock hipovolémico - tto bajo gasto - reposición volemia = cristaloides 3:1 coloides → ambos expansiones plasmas Iperol
cristaloides difunden mejor intersticio (por eso 3, para mantener mismo V intravascular)

*correcta: d

. Entre los efectos adversos de la reanimación agresiva con fluidoterapia del shock hipovolémico se encuentran todos los siguientes, excepto: (2022 diciembre)

- a) Hemodilución.
- b) Coagulopatía.
- c) Trombosis.

- d) Insuficiencia renal aguda.
- e) Síndrome compartimental abdominal.

. Entre os efectos adversos da reanimación agresiva con fluidoterapia do shock hipovolémico atópanse todos os seguintes, excepto: (2020 diciembre)

- a) Hemodilución.
- b) Coagulopatía.
- c) Trombose.
- d) Alteracións inmunolóxicas.
- e) Síndrome compartimental abdominal.

→ shock hipovolémico - reanimación - efectos adversos:

- hemodilución
- coagulopatía dilucional
- Von Willebrand funcional
- alteración calidad coágulo
- (+) sangrado vascular hasta control Qx
- cambios inmunológicos + gran respuesta inflamatoria
- hipotermia

*correcta: d (gracias Andrea, feliz cumple)

. El aporte de oxígeno (DO₂) crítico, puede definirse como: (2018 enero)

- a) Es aquel nivel de DO₂, que cuando disminuye implica reducir el consumo de oxígeno (VO₂) y cuando aumenta implica aumentar el VO₂.
- b) Es aquel nivel de DO₂, que cuando disminuye implica no modificar el consumo de oxígeno (VO₂) y cuando aumenta implica aumentar el VO₂.
- c) Es aquel nivel de DO₂, que cuando disminuye implica reducir el consumo de oxígeno (VO₂) y cuando aumenta no se modifica el VO₂.
- d) Es aquel nivel de DO₂, que cuando disminuye implica aumentar el consumo de oxígeno (VO₂) y cuando aumenta implica aumentar el VO₂.
- e) Ninguno es cierto.

*correcta: c

. El DO₂ (aporte de oxígeno) crítico, es aquel: (2022 diciembre)

- a) Superior a 1000 mm/min.
- b) Que se alcanza con hemoglobinas superiores a 12 g/dl.
- c) Que se alcanza con saturaciones periféricas de oxígeno (SpO₂) superiores a 95%.
- d) Que por encima de él, no se modifica el consumo de oxígeno (VO₂).
- e) Que por debajo de él, no se modifica el consumo de oxígeno (VO₂).

*correcta: d

. El DO₂ (aporte de oxígeno) crítico, es aquel: (2017 enero)

- a) Superior a 1000 ml/min.
- b) Que se alcanza con hemoglobina superiores a 12 g/dl.
- c) Que se alcanza con saturaciones periféricas de oxígeno (SpO₂) superiores a 95%.
- d) Que por encima de él, no se modifica el consumo de oxígeno (VO₂).
- e) Que por debajo de él, no se modifica el consumo de oxígeno (VO₂).

→ DO₂ crítico = nivel DO₂:

- cuando disminuye → implica reducir consumo O₂ (VO₂)
- cuando aumenta → NO modifica VO₂

*correcta: d

. A orde razoable de reposición dos elementos perdidos nunha hemorraxia masiva son: (2020 diciembre)

- a) Hemoglobina, Factores de coagulación, volemia.
- b) Factores de coagulación, volemia, hemoglobina.
- c) Factores de coagulación, hemoglobina, volemia.
- d) Volemia, hemoglobina, factores de coagulación.

e) Volemia, factores de coagulación, hemoglobina.

→ hemorragia + shock hemorrágico

1. comprimir herida
2. reponer volemia (se tolera muy mal hipovolemia)
3. reponer masa eritrocitaria
4. factores coagulación (st fibrinógeno)

- paciente agudo = le mata hipovolemia - NO anemia

*correcta: d (gracias a Esperanza que esta haciendo la revisión que todos necesitamos)

. Los 3 factores fundamentales a evitar en el tratamiento de la hemorragia masiva: (2018 enero)

- a) Alcalosis, hipotermia, coagulopatía.
- b) Acidosis, hipotermia, coagulopatía.
- c) Acidosis, coagulopatía, fallo renal.
- d) Alcalosis, coagulopatía, fallo renal.
- e) Anemia severa, hipotermia, alcalosis.

→ hemorragia masiva - consenso resucitación = evitar:

- acidosis (regular PCO2)
- hipotermia (calentamiento)
- coagulopatía (reposición factores coagulación)

*correcta: b

. La hemorragia masiva, puede ser definida como: (2015 enero)

- a) La pérdida de media volemia entre una y tres horas, o la pérdida de una volemia en 24 horas.
- b) La pérdida de una volemia entre una y tres horas, o la pérdida de dos volemias en 24 horas.
- c) La pérdida de dos volemias entre una y tres horas, o la pérdida de tres volemias en 24 horas.
- d) La pérdida de tres volemias entre una y tres horas, o la pérdida de cuatro volemias en 24 horas.
- e) La pérdida de cuatro volemias entre una y tres horas, o la pérdida de cinco volemias en 24 horas.

→ hemorragia masiva:

- precisa 10/> Ud concentrados hematíes en 24h
- Dr alvares = pierde >50% volumen

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes suele emplearse inicialmente para la reposición de volumen en un paciente que llega a urgencias con hipotensión arterial y sospecha de shock? (2014 julio)

- a) Sangre del grupo cero-negativo.
- b) Suero glucosado al 5%.
- c) Suero glucosado al 10%.
- d) Suero salino fisiológico al 0,9%.
- e) Suero salino hipertónico al 3%.

→ mantenimiento normovolemia:

- cristaloides = suero fisiológico 0,9% (ringer lactato) → empiezo x cristaloides (si no llegan alterno con coloide) - ¡cuidado! edema
- coloides = gelatinas + almidón 6% + albúmina
- suero salino hipertónico (3-7,5%) = poco uso - útil en reposición aguda volemia

*correcta: d

. A administración inicial (30 minutos) de volumen no tratamiento de sepsis severa incluye: (2022 julio)

- a) 3000 ml de cristaloides.
- b) 2000 ml de cristaloides ó 600-900 ml de coloides.
- c) 2000 ml de cristaloides más 600-900 ml de coloides.
- d) 1000 ml de cristaloides ó 300-500 ml de coloides.
- e) 1000 ml de cristaloides más 300-500 ml de coloides.

. La administración inicial de volumen en el tratamiento de la sepsis severa incluye en 30 minutos: (2020 julio)

- a) 1000mL de cristaloides ó 300-500mL de coloides.
- b) 1000mL de cristaloides más 300-500mL de coloides.

- c) 2000mL de cristaloides ó 600-900mL de coloides.
- d) 2000mL de cristaloides más 600-900mL de coloides.
- e) 3000mL de cristaloides.

*correcta: c

. En la fluidoterapia inicial de un paciente séptico con hipoperfusión, se debe iniciar la siguiente pauta: (2020 enero)

- a) Coloides, 60 ml/Kg en 3 las primeras 3 horas.
- b) Cristaloides, 60 ml/Kg en 3 las primeras 3 horas.
- c) 50% de cristaloides + 50% coloides, 45 ml/Kg en las primeras 3 horas.
- d) Coloides, 30 ml/Kg en 3 las primeras 3 horas.
- e) Cristaloides, 30 ml/Kg en 3 las primeras 3 horas.

→ mantenimiento normovolemia:

- cristaloides = suero fisiológico 0,9% (ringer lactato) → 20-25ml/kg (1500-2000mL adulto) en 10-20min → empiezo x coloides y cuando >50ml/kg → alterno con coloides
- coloides = albúmina + almidón 6% (en hipovolemia → ¡contraindicado! pacientes sépticos)

*correcta: e

. El complejo protrombina, frecuentemente usado en el paciente con alteraciones de la coagulación y hemorragia aguda grave, contiene los siguientes factores de coagulación: (2020 enero)

- a) Factor II, Fibrinógeno, Factor VII y Factor IX.
- b) Factor II, Factor VII, Factor IX y Factor X.
- c) Factor III, Factor VIII, Factor X y Factor XI.
- d) Factor IV, Factor V, Factor XI y Factor XII.
- e) Factor VI, Factor VII, Factor IX y Factor X.

→ valoración hemostasia - concentrado complejo protrombínico (CCP) = contiene: factores II + VII + IX + X

*correcta: b

. A indicación fundamental do complexo protrombina da hemorraxia severa é: (2020 diciembre)

- a) Hemorraxia con máis dun 40% da volemia.
- b) Hemofilia de calquera tipo.
- c) Fibrinólisis con niveis de fibrinóxeno inferiores a 1g/L.
- d) Déficit adquirido de factores Vitamina K dependentes.
- e) Coagulopatía do cirrótico.

*correcta: d

. La indicación fundamental del complejo protrombina es: (2018 enero)

- a) Evitar la coagulopatía en la transfusión masiva.
- b) Reponer fibrinógeno.
- c) Control de la fibrinólisis.
- d) Reversión de anticoagulantes antagonistas de vitamina K.
- e) Todas las anteriores son ciertas.

→ hemorragia masiva - manejo - transfusionales hemoderivados = concentrado complejo protrombínico (CCP) - indicaciones:

- déficit adquirido factores vitK dependentes / congénito factores II y X sin alternativa terapéutica
- hemorragia/proximalis operatoria
- reversión anticoagulantes antagonistas vitK (uso fundamental)
- hemorragia grave / cirugía urgente

*correcta: d

5. SHOCK ANAFILÁCTICO

. ¿Qué tipo de shock presenta un paciente que sufre un shock anafiláctico y un broncoespasmo muy severo? (2015 enero)

- a) Shock hipovolémico.
- b) Shock hemorrágico.
- c) Shock distributivo.
- d) Shock obstructivo.
- e) Shock cardiogénico.

→ shock anafiláctico = uno de los shock distributivos (+) frec

*→ shock anafiláctico = manifestación (+) grave - anafilaxia = organismo libera mediadores químicos (histamina) → 2 efectos ppl = conducen al shock:

1. Vasodilatación masiva = caída resistencia vascular periférica = caída presión arterial.
2. (+) permeabilidad capilar = plasma se filtra desde vasos sanguíneos hacia espacio intersticial = (-) V sanguíneo efectivo (hipovolemia relativa).

Shock resultante se clasifica como = Shock distributivo (o vasogénico)

- problema principal = distribución inadecuada V sanguíneo x: pérdida tono vasomotor (vasodilatación) + fuga plasma
- aunque V total sangre puede ser normal/bajo, el "contenedor" (los vasos) se ha ensanchado, y hay menos volumen dentro de los vasos (hipovolemia relativa) para mantener la presión.

*correcta: c

. La inestabilidad hemodinámica del shock anafiláctico se debe a: (2018 julio)

- a) Vasodilatación más bajo gasto por disminución de la precarga.
- b) Caída de la contractilidad por la hipotensión debida a la vasodilatación.
- c) Vasoconstricción pulmonar y disminución del retorno venoso.
- d) Hipovolemia severa por aumento de la permeabilidad capilar.
- e) Taquicardia y vasoconstricción.

→ shock anafiláctico - fisiopatología = vasodilatación → bajo GC

*correcta: a

. Señala cuál de los siguientes es indicativo de que un shock es probablemente anafiláctico: (2017 julio)

- a) Hipotensión arterial.
- b) Acidosis láctica.
- c) Oliguria.
- d) Hipoxemia.
- e) Elevación de triptasa sérica.

→ no lo encuentro en los apuntes - IA dice:

- anafilaxia (~ shock anafiláctico) = causada x liberación masiva mediadores químicos ← mastocitos + basófilos (células sistema inmunitario)
- triptasa sérica = enzima casi exclusiva mastocitos → se activan = liberan su contenido (degranulación) en una reacción anafiláctica = triptasa se libera al torrente sanguíneo
- elevación significativa triptasa sérica 1-4h post [start] síntomas = marcador bioquímico (+) específico activación mastocitos = sugestivo dx anafilaxia/shock anafiláctico.

*correcta: e

. Un porcentaje de reacciones anafilácticas que cursan con shock anafiláctico es de aproximadamente: (2020 enero)

- a) Casi el 100%.
- b) Próximas al 75%.
- c) Cercanas al 50%.
- d) Aproximadamente 25%.
- e) Alrededor del 5%

. No todas las reacciones de hipersensibilidad (anafilácticas o anafiláctoides) acaban en shock anafiláctico. ¿qué porcentaje de las mismas sufren este cuadro? (2020 julio) (2015 enero)

- a) 5%.
- b) 15%.
- c) 25%.

d) 35%.

e) 45%.

→ de las reacciones anafilácticas - la mayor parte de los casos NO acaban en shock = [only] 5%

*correcta: a

. Los signos y síntomas más habituales en las reacciones de hipersensibilidad incluyen sintomatología sobre todos los siguientes órganos y sistemas excepto: (2022 diciembre) (2017 enero) (2014 enero)

a) Cardiovascular.

b) Respiratoria.

c) Cutánea.

d) Gastrointestinal.

e) Osteoarticular.

→ hipersensibilidad = clínica / sintomatología:

- piel = vasodilatación → inflamación → lesión tisular

- respiratoria = broncoconstricción + (+) resistencias pulmonares

- cardiovascular = edema → hipotensión

- digestiva = repleción estómago + hipermotilidad intestinal

*correcta: e

. Los signos y síntomas más frecuentes en las reacciones de hipersensibilidad son: (2020 julio)

a) Cardiovasculares.

b) Respiratorios.

c) Cutáneos.

d) Gastrointestinales.

e) Neurológicos.

. La sintomatología más frecuente de la reacción anafiláctica o anafilactoide es: (2018 enero) (2015 julio)

a) Cutánea.

b) Cardiovascular.

c) Respiratoria.

d) Digestiva.

e) Neurológica.

→ hipersensibilidad - dx x sintomatología:

- cutáneos = signos/síntomas (+) frec → urticaria angioedema

- respiratorios = 2º (+) frec → broncoespasmos + edema laríngeo + sibilancias + ...

- cardiovasculares = hipotensión + edemas + cambios EEG + estado shock

- GI = edema mucosa intestinal

*correcta: a

. O tratamiento del shock anafiláctico incluye todo lo siguiente excepto: (2022 julio)

a) Adrenalina.

b) Estabilización hemodinámica.

c) Antibióticos.

d) Corticoides.

e) Antihistamínicos.

. El tratamiento del shock anafiláctico incluye todo lo siguiente excepto: (2014 julio)

a) Adrenalina.

b) Estabilización hemodinámica.

c) Corticoides.

d) Antihistamínicos.

e) Antibióticos.

→ shock anafiláctico - tto:

1. suspensión agente causal

2. mantenimiento vía aérea (edema glotis/faringe) = intubación

3. soporte hemodinámico = adrenalina (alfa1 vasoconstricción + beta broncodilatación)

4. bloqueo mediadores = corticoides iv + antihistamínicos 2ª generación

5. RCP

*correcta: e

. La catecolamina de elección en el shock anafiláctico es: (2019 enero) (2014 enero)

- a) Noradrenalina.
- b) Adrenalina.
- c) Dopamina.
- d) Dobutamina.
- e) Efedrina.

*correcta: b

. Señala cuál de los siguientes podría ser especialmente útil en un paciente con shock anafiláctico: (2018 enero)

- a) Dobutamina.
- b) Corticoides.
- c) Dopamina.
- d) Noradrenalina.
- e) Clorfenamina.

*correcta: d

. Señale cuál de los siguientes sería más eficaz en un paciente con shock anafiláctico: (2017 enero)

- a) Corticoides intravenosos .
- b) Antihistamínicos intravenosos.
- c) Adrenalina intramuscular.
- d) Dobutamina intravenosa.
- e) Todos los anteriores por igual.

→ shock anafiláctico

- tto inicial = adrenalina (iv/im)

- tto secundario = corticoesteroides + antihistamínicos

*correcta: c

. De los siguientes grupos de pacientes, hay uno de ellos con especial incidencia de alergia al látex: (2020 diciembre) (2015 enero)

- a) Pacientes en programa de quimioterapia.
- b) Niños con espina bífida.
- c) Asmáticos.
- d) Alérgicos a anestésicos locales.
- e) Alérgicos a la penicilina.

→ alergia látex - prevalencia:

- población general <1%

- sanitarios = 3-25%

- niños con espina bífida / mielomeningocele = 24-60%

*correcta: b

6. SHOCK SÉPTICO

*. En la situación de sepsis, el concepto fundamental es: (2020 diciembre)

- a) Hipotensión debida al bajo gasto cardíaco.
- b) Hipoperfusión debida a bajo gasto cardíaco.
- c) Hipoperfusión con independencia del gasto cardíaco.
- d) Edema de pulmón con $PaO_2/FiO_2 < 150$.
- e) Necrosis tubular aguda.

→

*correcta: c

. El SIRS puede deberse a las siguientes causas excepto: (2016 enero)

- a) Infección.
- b) Pancreatitis.
- c) Politraumatismo.
- d) Alteraciones hidroelectrolíticas.
- e) Cirugía cardíaca.

→ Roger C.Bone = identificó SIRS + def sepsis:

- sepsis (SIRS + infección) = sd respuesta inflamatoria sistémica x infección = invasión torrente sanguíneo x microorganismos (/ sus toxinas) + reacción organismo contra infección
- circunstancias paciente simulan sepsis pero NO causa infecciosa = trauma + quemaduras + pancreatitis + sobre dosis heroína + circulación extracorpórea + ...) = SIRS

*correcta: d

. El SIRS se define como la presencia de al menos dos de los siguientes signos y síntomas, excepto: (2020 diciembre)

- a) Frecuencia cardíaca > 90 lpm.
- b) Temperatura $> 38^\circ\text{C}$.
- c) Temperatura $< 35^\circ\text{C}$.
- d) $PaCO_2 < 32$ mm Hg.
- e) Presión arterial media < 80 mm Hg.

*correcta: e

. El SIRS se define como la presencia de al menos 2 de los siguientes signos y síntomas, excepto: (2014 julio)

- a) Frecuencia cardíaca > 90 lpm.
- b) Temperatura mayor de 38°C .
- c) Temperatura menos de 35°C .
- d) $PaCO_2$ menos de 32 mmHg.
- e) Presión arterial media menos de 100 mmHg.

*correcta: e

. El SIRS se define por todos los siguientes excepto: (2014 enero)

- a) Hipotermia o hipertermia.
- b) Taquicardia.
- c) Leucocitosis o leucopenia.
- d) En la forma leucocitaria más de 10% de cayados.
- e) Hipotensión.

→ SIRS (sd respuesta inflamatoria sistémica) = > 2 signos/sintomas

- $T^\circ > 38^\circ\text{C}$ (hipertermia) / $< 36^\circ\text{C}$ (hipotermia)
- FC > 90 lpm
- FR > 20 rpm (taquipnea) / $PaCO_2 < 32$ mmHg (hiperventilación)
- leucocitosis (> 12.000) / leucopenia (< 4.000) / $> 10\%$ cayadas (o formas inmaduras = desviación izquierda)

*correcta: e

. Consideramos que la sepsis cursa con hipotensión cuando: (2018 enero)

- a) Presión arterial sistólica <110 mmHg o presión arterial media <90 mmHg o descenso de ≥ 40 mmHg o dos desviaciones estándar de la presión arterial normal para esa edad en ausencia de otras causas de hipotensión.
- b) Presión arterial sistólica <90 mmHg o presión arterial media <70 mmHg o descenso de ≥ 40 mmHg o dos desviaciones estándar de la presión arterial normal para esa edad en ausencia de otras causas de hipotensión.
- c) Presión arterial sistólica <70 mmHg o presión arterial media <50 mmHg o descenso de ≥ 20 mmHg o dos desviaciones estándar de la presión arterial normal para esa edad en ausencia de otras causas de hipotensión.
- d) Presión arterial sistólica <80 mmHg o presión arterial media <60 mmHg o descenso de ≥ 30 mmHg o dos desviaciones estándar de la presión arterial normal para esa edad en ausencia de otras causas de hipotensión.
- e) Presión arterial sistólica <100 mmHg o presión arterial media <80 mmHg o descenso de ≥ 40 mmHg o dos desviaciones estándar de la presión arterial normal para esa edad en ausencia de otras causas de hipotensión.

*correcta: b

. Consideramos que la sepsis cursa con hipotensión cuando: (2016 enero) (2015 julio)

- a) Cuando la PAM < 70 mmHg o cae 20 mm Hg bajo los valores basales.
- b) Cuando la PAM < 80 mmHg o cae 30 mm Hg bajo los valores basales.
- c) Cuando la PAM < 90 mmHg o cae 40 mm Hg bajo los valores basales.
- d) Cuando la PAM < 100 mmHg o cae 50 mm Hg bajo los valores basales.
- e) Cuando la PAM < 110 mmHg o cae 60 mm Hg bajo los valores basales.

→ sepsis grave = hablamos de hipotensión:

- TAS <90mmHg
- TAM <70mmHg
- descenso >40 mmHg de TA habitual / 2 Desviaciones Estándar (DE) TA normal edad

*correcta: a

. Señala cuál de los siguientes te parece más indicativo de gravedad en un paciente con sepsis: (2015 julio)

- a) Taquicardia a 100 lpm.
- b) Alcalosis respiratoria con ph 7,52.
- c) Presión arterial 110/70 mmHg.
- d) Leucocitos (22000/mm³) con 10% de cayados.
- e) Acidosis metabólica con ph 7,30 y lactato elevado.

→ sepsis grave = fracaso orgánico (al menos 1 órganos disfunción) - datos alertan daño orgánico:

- pulmonar = $Pa/FiO_2 < 300$
- renal = oliguria + creatinina > 2 mg/dL
- hepático = bilirrubina total > 2 mg/dL
- alteraciones coagulación = INR $> 1,5$ + TTPA > 60 s + trombopenia
- marcador hipoperfusión = lactarías > 2 mmol/L

*correcta: e

. Los dos marcadores más utilizados en el diagnóstico de la sepsis son: (2018 julio) (2014 enero)

- a) Procalcitonina y factor de necrosis tumoral (TNF).
- b) Procalcitonina e interleucina 6.
- c) Procalcitonina y proteína C reactiva.
- d) Procalcitonina y elastasa.
- e) Pero calcitonina y E selectina.

*correcta: c

. Los marcadores biológicos de sepsis más usados en la clínica son: (2015 enero)

- a) Procalcitonina.
- b) Proteína C reactiva.
- c) Eritropoyetina.
- d) a y b son correctas.
- e) a, b y c son correctas.

→ sepsis - criterios dx ⇒ datos infección laboratorio

- (+) usados = procalcitonina (PCT) + proteína C reactiva (PCR) <- marcadores inflamación (procalcitonina específico infecciones bacterianas)

*correcta: d

. No "Sequential Organ Failure Assessment" (SOFA), valóranse os seguintes parámetros excepto: (2020 diciembre) (2015 julio)

- a) PaO₂/FIO₂.
- b) Plaquetas.
- c) Leucocitos.
- d) Bilirrubina.
- e) Presión arterial.

→ SOFA ("Sequential Organ Failure Assessment") = 6 parámetros:

- | | |
|---------------------------------------|---------------|
| 1. PaO ₂ /FIO ₂ | 4. TAM |
| 2. plaquetas | 5. glasgow |
| 3. bilirrubina | 6. creatinina |

*correcta: c

. De acuerdo a la Conferencia de Consenso Sepsis-3 de 2016, la Sepsis puede definirse como: (2020 diciembre) (2017 enero)

- a) Presencia del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Generalizada o Sistémica (SIRS) debido a una infección SIRS sospechada o demostrada.
- b) Pacientes con infecciones pero sin alteraciones severas circulatorias, metabólicas y celulares, aunque pueden presentar niveles elevados de ácido láctico.
- c) Existencia de disfunción orgánica, potencialmente mortal causada por una respuesta del huésped a la infección. Clínicamente se puede definir como un aumento en el "Sequential Organ Failure Assessment" (SOFA) de 2 puntos y se asocia a una mortalidad hospitalaria de al menos el 10%.
- d) Pacientes con infecciones, en los que existe anormalidades severas circulatorias, metabólicas y celulares, asociadas con mortalidad superior al 40%. Necesitan vasopresores para mantener la presión arterial y presentan el ácido láctico mayor que 2 mmol / L (> 18 mg / dL) en ausencia de hipovolemia.
- e) Deterioro grave del paciente, tras demostrar la infección en tejidos estériles, con aparición del Síndrome de Disfunción Multiorgánica (SDM) habitualmente secundario a la infección.

→ conferencia "sepsis 3"

- sepsis = disfunción orgánica, potencialmente mortal x respuesta huésped a infección. Clínicamente determinada x aumento SOFA 2ptos y se asocia con mortalidad hospitalaria 10%.

*correcta: c

. El qSOFA score positivo se basa en la identificación de al menos 2 de los 3 siguientes criterios clínicos: (2018 julio)

- a) Fiebre de más de 38°C, situación mental alterada, presión arterial sistólica ≤ de 100 mmHg.
- b) Frecuencia respiratoria ≥ 32 min, situación mental alterada, presión arterial sistólica ≤ de 100 mmHg.
- c) Frecuencia respiratoria ≥ 22 min, situación mental alterada, presión arterial sistólica ≤ de 100 mmHg.
- d) Situación mental alterada, presión arterial sistólica ≤ de 80 mmHg, Fiebre o hipotermia.
- e) Presión arterial media ≤ de 65 mmHg, Fiebre o hipotermia, taquicardia con FC ≥90 lpm.

*correcta: c

. El "qSOFA score" positivo se basa en la identificación de al menos dos de los tres siguientes criterios clínicos: (2022 julio)

- a) Frecuencia respiratoria de >22/min; Situación mental alterada; Presión arterial sistólica <100mmHg.
- b) Situación mental alterada; Presión arterial sistólica <100mmHg; Fiebre o hipotermia.
- c) Presión arterial sistólica < de 100mmHg; Fiebre o hipotermia. Taquicardia con FC >90lpm.
- d) Fiebre o hipotermia. Taquicardia con FC >90lpm; leucocitos >12000cl/mm³.
- e) Fiebre o hipotermia. Taquicardia con FC >90lpm; Leucocitos <4000cl/mm³.

*correcta: a

. El "qSOFA score" Positivo se basa en la identificación de al menos 2 de los 3 siguientes criterios clínicos: (2017 enero)

- a) Frecuencia respiratoria de ≥22/min; situación mental alterada; presión arterial sistólica ≤ de 100 mmHg.
- b) Situación mental alterada; presión arterial sistólica ≤ de 100 mmHg; fiebre o hipotermia.
- c) Presión arterial sistólica ≤ de 100 mmHg; fiebre hipotermia; taquicardia con FC ≥ 90 lpm.
- d) Fiebre o hipotermia; taquicardia con FC ≥ 90 lpm; leucocitosis ≥ 12000 cl/mm³.
- e) Fiebre o hipotermia; taquicardia con FC ≥ 90 lpm; leucocitosis ≤ 4000 cl/mm³.

*correcta: a

. Referente al "qSOFA" score" una de las siguientes afirmaciones es cierta: (2022 diciembre)

- a) Valora la frecuencia respiratoria, la situación mental y la presión arterial y debe utilizarse siempre, para la identificación precoz de la sepsis.
- b) Valora la frecuencia respiratoria, la situación mental y la presión arterial y no debe utilizarse para la identificación de la sepsis, porque no está validado.
- c) Valora el recuento de leucocitos, la frecuencia respiratoria, la situación mental y la presión arterial y no debe utilizarse porque no está validado.
- d) Valora el cociente PaO₂/FIO₂, el recuento de leucocitos, y la presión arterial y no debe utilizarse porque no está validado.
- e) Valora la PaO₂, la frecuencia respiratoria y la presión arterial y debe utilizarse para la identificación precoz de la sepsis.

→ pacientes sospecha infección planta/urgencias - identificar rápidamente peor pronóstico = si tienen 2/3 criterios clínicos → quickSOFA = alerta posibilidad sepsis:

- FR >22rpm
- situación mental alterada
- PAS <100mmHg

*correcta: b

. El tratamiento clásico de la sepsis incluye todo lo siguiente excepto: (2016 enero)

- a) Estabilización hemodinámica.
- b) Cirugía o drenaje colecciones.
- c) Antibioterapia.
- d) Ventilación mecánica.
- e) Anticoagulación.

→ sepsis - tto:

1. tomar muestras
2. dar ATB precozmente
3. estabilización hemodinámica = cristaloides (almidones contraindicados) → no respuestas = noradrenalina
4. Cx = drenaje cavidades sépticas
5. ventilación mecánica = oxigenación
6. hemofiltración convencional

*correcta: e

. Inicialmente, en el tratamiento de los pacientes sépticos, se deben evitar las siguientes soluciones: (2018 julio) (2014 enero)

- a) Todos los coloides.
- b) Los almidones.
- c) La mayor parte de los cristaloides, salvo las soluciones de glucosa al 5-10%, que son de elección.
- d) La albúmina al 5%.
- e) La albúmina al 20-25%.

→ sepsis - tto = estabilización hemodinámica → cristaloides + ¡contraindicados! almidones

*correcta: b

. Señala cuál de los siguientes ha de ser la primera medida administrar en un paciente con sepsis y algún dato de gravedad: (2016 enero) (2015 julio)

- a) Dopamina.
- b) Dobutamina.
- c) Noradrenalina.
- d) Metil-prednisolona.
- e) Infusión energética de volumen.

→ sepsis - tto ⇒ llega paciente séptico:

1. reposición volumen
2. catecolaminas = noradrenalina
3. sacar muestra laboratorio
4. ATB (<1h)
5. soporte ventilatorio
6. operar

*correcta: e

. Respecto al uso de catecolaminas y vasopresores en el shock séptico y shock anafiláctico, es cierto que: (2024 diciembre)

- a) La adrenalina se usa generalmente en el shock anafiláctico y la noradrenalina en el shock séptico.
- b) La adrenalina se usa generalmente en el shock séptico y la noradrenalina en el shock anafiláctico.
- c) La vasopresina es el fármaco de elección en ambos tipos de shock.
- d) Ambas se usan habitualmente en ambos tipos de shock.
- e) En el shock anafiláctico el fármaco de elección es la dobutamina.

→ tto catecolaminas:

- shock anafiláctico = adrenalina (alfa1 vasoconstricción + beta broncodilatación)
- shock séptico = noradrenalina (evitar hipoperfusión → (+) contractilidad + vasoconstricción arteriolas periféricas => mejora presión perfusión)

*correcta: a

. Señala cuál de los siguientes es la medida más eficaz para intentar aumentar la presión arterial mediante aumento de las resistencias periféricas (efecto alfa-adrenérgico) en un paciente con shock séptico, que no responde a la infusión de volumen: (2015 enero)

- a) Administrar dopamina en dosis bajas.
- b) Administrar dobutamina.
- c) Administrar noradrenalina.
- d) Colocar al paciente en posición de trendelenburg.
- e) Transfusión de sangre.

→ shock séptico - tto = noradrenalina (evitar hipoperfusión → (+) contractilidad + vasoconstricción arteriolas periféricas => mejora presión perfusión)

*correcta: c

S. TRATAMIENTO SHOCK SÉPTICO

. Inicialmente en un paciente séptico, usted no debería usar, por estar contraindicado: (2017 julio)

- a) Concentrado de hematíes.
- b) Suero salino.
- c) Albúmina.
- d) Almidones.
- e) Nutrición parenteral total.

→ sepsis + shock séptico - manejo hemodinámico = NO recomienda uso almidones

*correcta: d

*. Una de las siguientes afirmaciones es cierta en el tratamiento del shock séptico: (2019 enero)

- a) Los antibióticos solucionan el problema en prácticamente todos los pacientes.
- b) Antes de recibir los resultados de los cultivos, es conveniente administrar dos antibióticos del mismo grupo farmacológico para que se potencien sus efectos.
- c) No se deben usar más de un antibiótico a la vez. El segundo se debe poner al menos 24 horas después del primero, y solo si no mejora el enfermo.
- d) Los antibióticos, son imprescindibles, pero no suficientes en el tratamiento del shock séptico.
- e) La B y la C son ciertas.

*correcta: d

. En el tratamiento de la sepsis, es cierto lo siguiente: (2015 julio)

- a) Los antibióticos son convenientes.
- b) Los antibióticos son imprescindibles y suficientes si se administran en las 12 horas del debut del cuadro clínico.
- c) Los antibióticos son imprescindibles, pero no suficientes y deben ser administrados precozmente tras la sospecha del cuadro.
- d) Los antibióticos son imprescindibles, pero no deben ser administrados antes de la operación quirúrgica.
- e) La cirugía es imprescindible siempre.

→

*correcta: d

. El tratamiento del shock séptico incluye todos los siguientes excepto: (2017 julio) (2015 julio)

- a) Antibióticos.
- b) Cirugía y drenaje.
- c) Reanimación hemodinámica con aumento de la precarga.
- d) Reanimación hemodinámica con vasodilatadores.
- e) Reanimación hemodinámica con catecolaminas.

→ sepsis + shock séptico = manejo hemodinámico = uso vasopresores (noradrenalina 1ª elección)

*correcta: d

SEMINARIO TTO SHOCK SÉPTICO

. Aunque no hay unanimidad en todas las indicaciones, podemos afirmar que en el control de la glucemia en el paciente crítico buscamos el siguiente objetivo/ Aún que no hay unanimidad en todas las indicaciones, podemos afirmar que el control de la glucemia en el paciente crítico buscamos el siguiente objetivo: (2020 julio)

- a) Glucemia <110 mg/dl evitando la hipoglucemia.
- b) Glucemia <145 mg/dl evitando la hipoglucemia.
- c) Glucemia <180 mg/dl evitando la hipoglucemia.
- d) Glucemia <215 mg/dl evitando la hipoglucemia.
- e) Glucemia <250 mg/dl evitando la hipoglucemia.

→

*correcta: c

. En un paciente con shock séptico, el control de la glucemia con insulina intravenosa, con el objetivo de unos niveles de glucemia de: (2020 enero)

- a) Glucemia $\leq$ 120mg/dl.

- b) Glucemia ≤ 150 mg/dL.
- c) Glucemia ≤ 180 mg/dL.
- d) En pacientes no diabéticos, las glucemias habituales 80-110 mg/dL.
- e) En pacientes diabéticos glucemia 220-250 mg/dL.

→

*correcta:

. Nun paciente con shock séptico e glicemias próximas a 360 mg/dL, vostede decide controlar as glicemias e faíno coa seguinte pauta: (2020 diciembre)

- a) Insulina rápida intravenosa en perfusión continua, cunha glicemia diana ≤ 180 mg/dL.
- b) Insulina protamina intravenosa en perfusión continua, cunha glicemia diana ≤ 180 mg/dL.
- c) Insulina glargina, IM/12 horas cunha glicemia diana de 150 mg/dL.
- d) Insulina protamina subcutánea/4 horas cunha glicemia diana de 160 mg/dL.
- e) Antidiabéticos orais, por vía enteral sempre que se poida, en caso contrario insulinas de acción prolongada IV, cunha glicemia diana de 180 mg/dL.

→

*correcta:

. En la fluidoterapia inicial de un paciente séptico con hipoperfusión, se debe iniciar la siguiente pauta: (2020 enero)

- a) Coloides, 60 ml/Kg en 3 las primeras 3 horas.
- b) Cristaloides, 60 ml/Kg en 3 las primeras 3 horas.
- c) 50% de cristaloides + 50% coloides, 45 ml/Kg en las primeras 3 horas.
- d) Coloides, 30 ml/Kg en 3 las primeras 3 horas.
- e) Cristaloides, 30 ml/Kg en 3 las primeras 3 horas.

→

*correcta: e

. La administración inicial de volumen en el tratamiento de la sepsis severa incluye en 30 minutos: (2018 enero)(2015 julio) (2015 enero)

- a) 1000 ml de cristaloides más 300-500 ml de coloides.
- b) 1000 ml de cristaloides o 300-500 ml de coloides.
- c) 2000 ml de cristaloides o 600-900 ml de coloides.
- d) 2000 ml de cristaloides más 600-900 ml de coloides.
- e) 3000 ml de cristaloides.

*correcta: b

. En un paciente séptico, con una fluidoterapia inicial correcta, que persiste la hipotensión, si usted debe emplear corticoides, usará una pauta de: (2020 enero)

- a) Metilprednisolona 60 mg/6 horas intravenoso.
- b) Dexametasona 4 mg/6 horas intravenoso.
- c) Hidrocortisona 50 mg/24 horas intravenoso.
- d) Hidrocortisona 200 mg/24 horas intravenoso.
- e) No se deben usar jamás corticoides en pacientes sépticos.

→

*correcta:

. En el tratamiento del shock séptico, buscamos mantener inicialmente una presión arterial media: (2024 diciembre) (2018 enero)

- a) Superior a 50 mm Hg.
- b) Superior a 65 mm Hg.
- c) Superior a 80 mm Hg.
- d) Superior a 105 mm Hg.
- e) Superior a 120 mm Hg.

→

*correcta: b

. La presión venosa central (PVC) y la presión arterial media (PAM) objetivo en la estabilización hemodinámica del paciente séptico es de: (2022 diciembre)

- a) PVC = 4-8 mm Hg; PAM = 60 mm Hg.
- b) PVC= 8-12 mm Hg; PAM= 65 mm Hg.
- c) PVC= 12-16 mm Hg; PAM= 70 mm Hg.
- d) PVC=16-20 mm Hg; PAM= 75mm Hg.
- e) PVC= 20-24 mm Hg; PAM = 80 mm Hg.

→

*correcta: b

. En el tratamiento del shock séptico, la presión arterial media (PAM), se debe mantener por encima de: (2017 julio)

- a) 55 mm Hg.
- b) 65 mm Hg.
- c) 75 mm Hg.
- d) 85 mm Hg.
- e) 95 mm Hg.

*correcta: b

. La presión venosa central que se debe alcanzar en la estabilización hemodinámica de paciente séptico es de: (2017 julio)

- a) 4-8 mm Hg.
- b) 8-12 mm Hg.
- c) 12-16 mm Hg.
- d) 16-20 mm Hg.
- e) 20-24 mm Hg.

*correcta: b

. La secuencia, en la que es razonable utilizar los vasoconstrictores en un paciente en shock sépticos es: (2022 diciembre)

- a) Noradrenalina, dopamina, terlipresina, adrenalina, selepresina.
- b) Noradrenalina, adrenalina, dopamina, vasopresina, selepresina.
- c) Adrenalina, Noradrenalina, dopamina, vasopresina, selepresina.
- d) Adrenalina, dopamina, vasopresina, noradrenalina, terlipresina.
- e) Noradrenalina, dopamina, vasopresina, adrenalina, selepresina.

→

*correcta: e

. Señala cuál de los siguientes ha de ser la primera medida administrar en un paciente con sepsis y algún dato de gravedad: (2016 enero) (2015 julio)

- a) Dopamina.
- b) Dobutamina.
- c) Noradrenalina.
- d) Metil-prednisolona.
- e) Infusión energética de volumen.

→

*correcta: e

7. POLITRAUMATISMO

. Definimos al politraumatismo como: (2018 julio)

- a) Paciente que presenta una lesión que pone en peligro su vida y/o traumatismo craneoencefálico o con quemaduras severas.
- b) Paciente que presenta dos o más lesiones que ponen en peligro su vida y/o traumatismo craneoencefálico o con quemaduras severas.
- c) Paciente que presenta 3 o más lesiones que ponen en peligro su vida y/o traumatismo craneoencefálico con quemaduras severas.
- d) Paciente que presenta 4 o más lesiones que ponen en peligro su vida y/o traumatismo craneoencefálico con quemaduras severas.
- e) Paciente que presenta 5 o más lesiones que ponen en peligro su vida y/o traumatismo craneoencefálico con quemaduras severas.

→ politraumatismo - def:

- paciente sufre traumatismo tan intenso provoca múltiples lesiones en su organismo y estas amenazan su vida
- lesión 2/+ huesos largos, 1 lesión grave y al menos otra / TCE + otra lesión

*correcta: b

. En factor de peor pronóstico en el politraumatismo es: (2024 diciembre) (2020 julio)

- a) Contusión miocárdica.
- b) Contusión pulmonar.
- c) Fractura de pelvis.
- d) Traumatismo craneoencefálico.
- e) Trasfusión.

→ paciente politraumatizado = traumatismo craneoencefálico siempre añade gravedad (empeora pronóstico).

*correcta: d

. Se calcula que la mortalidad evitable en el politraumatismo oscila entre: (2017 enero)

- a) 5-15%.
- b) 15-25%.
- c) 25-35%.
- d) 35-45%.
- e) 45-55%.

→ politraumatismo

- 1ª causa muerte <45a países industrializados
- 25-35% = "evitables"
- media exitus 28a

*correcta: c

. La causa de fallecimiento inmediato del paciente politraumático es: (2017 julio) (2016 enero)

- a) Exanguinación.
- b) Vasodilatación.
- c) Sepsis.
- d) Broncoespasmo.
- e) Embolia de pulmón.

. La causa del fallecimiento inmediato del paciente politraumatizado es: (2015 julio) (2014 julio)

- a) Sepsis.
- b) Exanguinación.
- c) Hemorragia interna.
- d) Broncoespasmo.
- e) Embolia de pulmón.

*correcta: b

. En el politraumatismo, se considera que el porcentaje de pacientes que fallecen de forma precoz es de: (2018 enero)

- a) 65%.

- b) 50%.
 - c) 30%.
 - d) 20%.
 - e) 80%.
- *correcta: c

. Las causas de fallecimiento precoz del paciente politraumatizado son las siguientes excepto: (2024 diciembre)

- a) Hemorragia muy severa.
- b) TCE grave.
- c) Lesión medular alta.
- d) Sepsis.
- e) Obstrucción de la vía aérea.

→ politraumatismo - 3 periodos:

1. inmediata = obstrucción vía aérea + lesiones medulares altas + TCE grave + exanguinación
2. precoz = lesiones intracraneales + hemorragias internas
3. tardía = sepsis + fallo multiorgánico

*correcta: d (un poco tricky)

. En el politraumatismo, se considera que el tanto por ciento de pacientes que fallecen de forma tardía es de: (2014 julio)

- a) 20%.
- b) 30%.
- c) 50%.
- d) 65%.
- e) 80%.

*correcta: a

. A causa más frecuente de fallecimiento tardío del paciente politraumatizado es: (2022 julio)

- a) Exanguinación.
- b) Hemorragia interna.
- c) Infecciones e Sepsis.
- d) Complicaciones cardíacas.
- e) Embolia de pulmón.

*correcta: c

. En el politraumatismo, se considera que el % de pacientes que fallecen de forma inmediata, precoz o tardía es: (2020 enero)

- a) Inmediata 20%. Precoz 40%. Tardía 40%.
- b) Inmediata 30%. Precoz 30%. Tardía 40%.
- c) Inmediata 40%. Precoz 40%. Tardía 20%.
- d) Inmediata 50%. Precoz 30%. Tardía 20%.
- e) Inmediata 60%. Precoz 20%. Tardía 20%.

→ politraumatismo - mortalidad = 3 periodos:

1. inmediata = 50% → no se puede hacer nada + mueren seg/min + pacientes con obstrucción vía aérea, lesiones medulares altas, TCE grave, exanguinación, ...
2. precoz = 30% → muerte min/h + potencialmente salvables (hora de oro = evitar acidosis x DO₂ debajo DO₂ crítico) + pacientes con lesiones intracraneales + hemorragias internas
3. tardía = 20% → falleces días/sem + pacientes con sepsis y fallo multiorgánico +

*correcta: d

. El "Revised Trauma Score" (RTS) que se emplea para la valoración del politraumatizado, valora tres parámetros: (2020 enero)

- a) Frecuencia cardíaca, Presión arterial media, saturación periférica de oxígeno.
- b) Frecuencia respiratoria, Presión Arterial Sistólica, Escala de coma de Glasgow.
- c) Frecuencia respiratoria, Presión Arterial Sistólica, Diuresis horaria.
- d) Niveles de ácido láctico, Presión Arterial Sistólica, Escala del coma de Glasgow.
- e) Frecuencia respiratoria, pH Arterial, Escala del coma de Glasgow.

→ politraumatismo - valoración primaria → valoración gravedad = escala trauma revisado (RTS) → 3 parámetros

1. frecuencia respiratoria
2. tensión arterial sistólica
3. escala Glasgow

*correcta: b

. En un paciente politraumatizado, que habla claramente, podemos afirmar: (2020 julio)

- a) Que no tienen fracturas de huesos largos ni costales.
- b) Que no está hipovolémico ni anémico.
- c) Que no tienen compromiso de la vía aérea y que su cerebro funciona razonablemente.
- d) Las contestaciones "a" y "b" son ciertas.
- e) Son ciertas las contestaciones "a", "b", "c".

→ politraumatismo - valoración primaria = 1. vía aérea (A)

- evaluar vía aérea superior para ver si es permeable
- paciente habla con cierta coherencia puede decirse que NO tiene VA comprometida ya eh cerebro funciona razonablemente

*correcta: c

. Nun paciente politraumatizado, un dos seguintes signos non é típico a obstrución da vía aérea: (2022 julio)

- a) Estridor.
- b) Axitación.
- c) Cianoses.
- d) Escasa expansión torácica.
- e) Tiraje e taquipnea.

. En un paciente politraumatizado, uno de los siguientes signos no es típico la obstrucción de la vía aérea: (2018 enero) (2015 enero)

- a) Agitación.
- b) Estridor.
- c) Cianosis.
- d) Escasa expansión torácica.
- e) Tiraje y taquipnea.

→ politraumatizado - valoración primaria - respiración → signos:

- bajo nivel conciencia
- estridor + ronquidos + afonía
- inadecuada alineación traqueal
- tiraje + taquipnea
- escasa expansión torácica
- cianosis

*correcta: a

. No paciente politraumatizado o "control da vía aérea" debe facerse en todas as situacións excepto: (2020 diciembre)

- a) Paciente axitado.
- b) Paciente apneico.
- c) "Volet" costal con insuficiencia respiratoria.
- d) Alto risco de broncoaspiración.
- e) Traumatismo facial inestable.

→ politraumatismo - valoración primaria = respiración → control vía aérea - debe llevarse a cabo si:

- apnea
- Glasgow <9 / actividad convulsiva sostenida
- trauma facial inestable
- lesión vía aérea
- "volet" / insuficiencia respiratoria
- alto riesgo broncoaspiración
- imposibilidad mantener vía aérea x otro método

*correcta: a

. La transfusión en el politraumatismo severo, en situación de grave inestabilidad hemodinámica será: (2014 enero)

- a) Muy restrictiva, porque la transfusión empeora el pronóstico.
 - b) Con un esquema similar al de los pacientes con anemia aguda, por haber sufrido una hemorragia moderada en una cirugía programada.
 - c) Precoz en el uso de concentrado de hematíes, pero se debe ser muy restrictivo con el plasma.
 - d) Precoz, con una infusión concentrado hematíes/plasma = 1/1.
 - e) Ninguna de las anteriores es cierta.
- politraumatismo - tratamiento:
- hipotensión permisiva (tensiones altas aumentan sangrado)
 - tto agresivo hipotermia + acidosis = ventilación + perfusión → uso O₂ + evitar acidosis láctica
 - si hemorragia masiva → uso precoz: hematíes + plasma + plaquetas (1/1/1) + procoagulante (ácido tranexámico / factor V recombinante / complejo protrombínico)
 - NUNCA sangre total (evita problema transfusionales, inmunológicos, sobrecarga, ... tto más dirigido, ...)
 - tto NO restrictivo = porque queremos evitar bajar DO₂ crítico = acidosis = muerte
- *control: acidosis + hipotermia + coagulopatía → control triada fatal
- *correcta: d

8. TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

. Una de las siguientes afirmaciones es falsa: (2019 enero)

- a) La escala de coma de Glasgow valora la apertura de los ojos, la respuesta verbal y la respuesta motora.
- b) La escala de coma de Glasgow tiene un máximo de 15 puntos y un mínimo de 0 puntos.
- c) Un paciente que tras un TCE no tiene ninguna respuesta verbal, ninguna respuesta motora, y no abre los ojos ni al dolor ni ante estímulos verbales, decimos que tiene un Glasgow de 3.
- d) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el traumatismo craneoencefálico (TCE) se divide en: TCE leve cuando presenta un test de Glasgow de 14-15, TCE moderado con test de Glasgow de 9-13, y TCE severo con test de Glasgow menor de 9.
- e) Un TCE, es una lesión recibida por el cráneo, sus cubiertas y su contenido encefálico producto de la acción que ejercen sobre él, fuerzas externas.

→ TCE = lesión recibida x: cráneo + sus cubiertas + su contenido encefálico → x acción ejercen sobre el fuerzas externas.

*correcta: b

.Cuál de los siguientes ítems se incluye en la escala de coma de Glasgow: (2016 enero)

- a) La reacción de la pupila al estímulo lumínico.
- b) El patrón de respiración.
- c) La apertura de los ojos.
- d) El signo de Babinski.
- e) La rigidez de nuca.

*correcta: c

. No " Glasgow Coma Scale" (GCS), a apertura dos ollos espontaneamente, recibe unha puntuación de: (2022 julio)

- a) 1.
- b) 2.
- c) 3.
- d) 4.
- e) 5.

*correcta: d

. En la escala de coma de Glasgow (GCS), la apertura de los ojos al dolor recibe una puntuación de: (2018 enero) (2016 enero)

- a) 1.
- b) 2.
- c) 3.
- d) 4.
- e) 5.

*correcta: b

. En el "Glasgow Coma Scale" (GCS), la no apertura de los ojos ante estímulos dolorosos, recibe una puntuación de: (2014 julio)

- a) 1.
- b) 2.
- c) 3.
- d) 4.
- e) 5.

*correcta: 1

. En el "Glasgow Coma Scale" (GCS), son ciertas todas las siguientes afirmaciones excepto: (2024 diciembre)

- a) Valora apertura de ojos, respuesta verbal y respuesta motora.
 - b) Su valor oscila entre 3 y 15 puntos.
 - c) A la localización del dolor le da una puntuación de 6 puntos.
 - d) A la apertura de ojos al sonido, le da un valor de 3 puntos.
 - e) A la respuesta verbal confusa le da un valor de 4 puntos.
- traumatismo craneoencefálico - calificación clínica = escala Glasgow → puntuación 3-15
- respuesta motora
 - 6. obedece órdenes

5. señala localización dolor
 4. flexión al dolor
 3. flexión anormal
 2. extensión anormal
 1. NO responde
 - respuesta verbal
 5. orientado tiempo-persona-espacio
 4. confuso
 3. palabras inapropiadas
 2. sonidos incomprensibles
 1. NO responde
 - apertura ojos
 4. espontánea
 3. al sonido
 2. al dolor
 1. NO responde
- *correcta: c

. Una de las siguientes afirmaciones es falsa: (2019 enero)

- a) La presión intracraneal depende del volumen del cerebro, de la sangre y del líquido cefalorraquídeo, y tiene un valor de 10-15 mm Hg en una persona sana.
- b) El flujo sanguíneo cerebral depende de varios factores, entre los que se incluye: presión de perfusión cerebral, aporte de oxígeno, CO₂, y autorregulación cerebral.
- c) El CO₂ no influye en el flujo sanguíneo cerebral.
- d) El flujo sanguíneo cerebral se modifica un 3-4% por cada mm HG de PaCO₂.
- e) La presión de perfusión cerebral depende de la presión arterial media y de la presión intracraneal.

→ TCE - fisiología:

- PIC = x presencia: cerebro + sangre + LCR
- PPC = PAM - PIC
- FSC - depende:
 - presión perfusión cerebral (PPC)
 - mecanismo autorregulación
 - aporte oxígeno
 - CO₂ => cada mmHg PaCO₂ +/- = +/- 3-4% FSC

*correcta: c

. Una de las siguientes contestaciones es falsa en un paciente con traumatismo craneoencefálico: (2017 enero)

- a) Es muy importante mantener una adecuada presión de perfusión cerebral.
- b) La presión de perfusión cerebral es la diferencia entre la presión arterial media (PAM) y la presión intracraneal (PIC).
- c) En el cerebro sano existe un mecanismo de autorregulación cerebral que permite que ante cambios de la presión arterial media (PAM) entre 50 y 150 mmHg, el flujo sanguíneo cerebral permanece constante.
- d) En el TCE severo o grave, debido a la pérdida de la autorregulación cerebral, la relación entre la presión arterial media (PAM) y el flujo sanguíneo cerebral (FSC) es lineal: cuando baja la presión arterial media (PAM) disminuye el flujo sanguíneo cerebral (FSC) y cuando la presión arterial media (PAM) sube, aumenta el flujo sanguíneo cerebral (FSC).
- e) En el TCE severo, la autorregulación cerebral no se pierde.

→ TCE grave:

- PPC = PAM - PIC
- mecanismos autorregulación = mantener PPC 50-100mmHg a pesar +/- PAM/PIC → PAM 60-160mmHg = flujo puede mantenerse constante
- TCE = cerebro lesionado = pierde autorregulación vascular cerebral
- muy importante mantener PPC 70-90mmHg (>85) = nos aseguramos perfusión adecuada cerebral = (-) mortalidad/morbilidad

*correcta: e

. En el traumatismo craneoencefálico (TCE), el flujo sanguíneo cerebral (FSC): (2014 julio)

- a) No se modifica.

- b) Aumenta desde el impacto y se mantiene elevado durante varios días, provoca por tanto edema cerebral.
- c) Disminuye desde el impacto y se mantiene elevado durante varios días, provoca por tanto isquemia cerebral.
- d) Aumenta inicialmente y disminuye después.
- e) Disminuye inicialmente y aumenta posteriormente.

→ TCE - flujo sanguíneo cerebral (FSC):

- inicio = (+) [x hipoxia = (-) PaO₂ = (+) FSC]
- post = (-) [>PIC + <PAM = (-) FSC]

*correcta: d

. De las siguientes afirmaciones, hay una que no es cierta: (2017 enero)

- a) El paciente con TCE y puntuación de la escala de Glasgow menor de 9 debe ser intubado para proteger la vía aérea y asegurar una ventilación y oxigenación adecuada.
- b) La escala de coma de Glasgow valora la respuesta motora, verbal y la apertura de ojos.
- c) Según la escala de coma de Glasgow podemos dividir el TCE en leve, moderado y severo, siendo el TCE severo aquel con GCS menor de 9.
- d) El TAC craneal, es una prueba diagnóstica que se debe realizar de forma urgente en un paciente con TCE y bajo nivel de conciencia.
- e) La escala de coma de Glasgow valora la respuesta motora, verbal y dilatación pupilar.

→ TCE

- Glasgow
 - respuesta motora + respuesta verbal + apertura ojos
 - 15-14 leve / 13-9 moderado / <8 grave
- manejo inicial prehospitalario - vía aérea = GCS<8-9 → IOT
- manejo hospitalario = 1ª prueba → TAC

*correcta: e

. El tratamiento del traumatismo craneoencefálico severo, incluye todas las siguientes medidas, excepto: (2020 julio) (2014 enero)

- a) Intubación traqueal y ventilación mecánica.
- b) Elevación de la cabeza por 20-30°.
- c) Mantenimiento de la presión parcial de anhídrido carbónico (paCO₂) entre 15 y 25 mmHg.
- d) Mantener la presión arterial sistólica entre 120 y 160 mmHg.
- e) Mantener la osmolaridad plasmática entre 280 y 320 mOsmoles.

→ TCE grave - manejo hospitalario:

1. intubación orotraqueal (GCS <8)
2. posición semisentada 20-30°
3. mantener PVC entre +5 y +10cm H₂O
4. control hidroelectrolítico = Na 135-145mEq/L
5. osmolaridad plasmática = 280-320mOsm
6. mantener TA sistólica 120-160mmHg
7. mantener CO₂ 30-35mmHg
8. control PIC

*correcta: c

9. NEUMONÍA ASOCIAD A VENTILACIÓN MECÁNICA

. Una de las siguientes afirmaciones referente a la neumonía nosocomial es cierta:

- a) Es la primera infección nosocomial.
- b) Es la segunda infección nosocomial.
- c) Es la tercera infección nosocomial.
- d) Es una infección muy poco frecuente en nuestros hospitales.
- e) No se conoce su incidencia y prevalencia real.

→ no encuentro respuesta en los apuntes

→ [chatGPT] En los hospitales, las infecciones nosocomiales más frecuentes suelen ordenarse así:

1. Infección urinaria asociada a sonda
2. Neumonía nosocomial (incluye NAV)
3. Infección de herida quirúrgica

*correcta: b

. La mortalidad de la neumonía asociada a ventilación mecánica es muy variable, pero una aproximación razonable puede ser de: (2020 julio)

- a) 10-20%.
- b) 20-30%.
- c) 30-40%.
- d) 40-50%.
- e) 50-60%.

→ neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)

- mortalidad atribuible: 20-30%

*correcta: b

. Todos los criterios menos uno se consideran de multiresistencias: (2024 diciembre) (2017 julio)

- a) Antibioterapia en los 90 días previos.
- b) Cirugía ambulatoria en los 90 días previos.
- c) Inmunosupresión.
- d) Diálisis de mas de 1 mes.
- e) Todos los anteriores son criterios de multiresistencias.

→ NAV - factores riesgo multirresistencia:

- antibioterapia intravenosa 90d preg Cx
- hospitalización actual >5d
- shock séptico (cuando aparece NAV)
- SDRA pre-NAV
- frecuencia alta resistencia en comunidad / ud hospitalaria
- inmunosupresión (ej corticoides inhalados)
- ingreso centro sociosanitario
- patología crónica:
 - hospitalización (2d en los 90previos)
 - asistencia domiciliaria < ingreso residencia sociosanitario
 - fármacos i.v domicilio
 - diálisis >1mes

*correcta: b

. En el diagnóstico de la neumonía asociada a ventilación mecánica, habitualmente se identifican tres criterios mayores que son: (2017 julio)

- a) Leucocitosis, fiebre y deterioro hemodinámico.
- b) Leucopenia, secreciones purulentas e inestabilidad hemodinámica.
- c) Fiebre, secreciones purulentas e infiltrado en la radiografía y/o TAC de tórax.
- d) Deterioro mental e hiperglucemia.
- e) Todos son criterios mayores para el diagnóstico de la neumonía asociada a ventilación mecánica.

→ NAV - dx:

- 2/3 criterios mayores:

1. fiebre
2. secreciones purulentas
3. infiltrado pulmonar TAC/Rx

- 1/4 criterios menores:

1. leucocitosis/leucopenia

2. hipoxemia
3. >10% cayado
4. inestabilidad hemodinámica

*correcta: c

. Los denominados criterios de Pugin se utilizan para ayudar en el diagnóstico de: (2020 enero)

- a) Sepsis.
- b) Neumonía.
- c) Pancreatitis.
- d) Cirrosis.
- e) Rabdomiolisis.

→ NAV - Dx - criterios Pugin = ayuda a diagnosticar o establecer altas sospechas de neumonía en casos complejos

*correcto: b

. El catéter telescópico se utiliza para: (2020 enero)

- a) El diagnóstico microbiológico de la neumonía.
- b) El diagnóstico microbiológico de la pielonefritis.
- c) Medición de la Presión Capilar Pulmonar (PCP).
- d) Medición de la Presión Venosa Central (PVC).
- e) Medición de la Presión Intraabdominal (PIA).

→ NAV - Dx confirmación - criterio microbiológico = aspirado traqueal + lavado bronco alveolar + catéter telescópico

*correcta: a

. Podemos hablar de neumonía asociada a ventilación mecánica cuando crecen al menos las siguientes unidades formadoras de colonias en el Lavado Broncoalveolar (BAL): (2022 diciembre) (2017 julio) (2016 enero) (2014 julio)

- a) 10^3 Unidades formadoras de colonias
- b) 10^3 - 10^4 Unidades formadoras de colonias.
- c) 10^4 - 10^5 Unidades formadoras de colonias.
- d) 10^5 - 10^6 Unidades formadoras de colonias.
- e) 10^6 - 10^7 Unidades formadoras de colonias.

→ Lavado broncoalveolar $>10^4$ - 10^5 UFC/ml $\leq$ número unidades formadoras de colonias a partir del cual se considera infección

*correcta: c

. Podemos hablar de neumonía asociada a ventilación mecánica cuando crecen al menos las siguientes unidades formadoras de colonias en catéter telescópico: (2024 diciembre) (2017 enero)

- a) Más 10^3 unidades formadoras de colonias.
- b) Más 10^4 unidades formadoras de colonias.
- c) Más 10^5 unidades formadoras de colonias.
- d) Más 10^6 unidades formadoras de colonias.
- e) Más 10^7 unidades formadoras de colonias.

*correcta: a

. Podemos hablar de neumonía asociada a ventilación mecánica cuando crecen al menos las siguientes unidades formadoras de colonias en catéter telescópico: (2014 julio)

- a) 10^3 Unidades formadoras de colonias
- b) 10^3 - 10^4 Unidades formadoras de colonias.
- c) 10^4 - 10^4 Unidades formadoras de colonias.
- d) 10^5 - 10^6 Unidades formadoras de colonias.
- e) 10^6 - 10^7 Unidades formadoras de colonias.

→ NAV - confirmación Dx - criterios microbiológicos = aspirado vías respiratorias inferiores:

- aspirado traqueal $>10^5$ - 10^6 UFC/mL
- lavado broncoalveolar $>10^4$ - 10^5 UFC/mL
- catéter telescópico $>10^3$ UFC/mL

*correcta: a

. En un paciente con un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda debido a una neumonía, que precisa ventilación mecánica, podemos confirmar que se trata de una infección debida a Legionella pneumophila: (2017 julio)

- a) Si ha habido más casos en el entorno del enfermo en los 30 días previos al diagnóstico del cuadro.
- b) Identificación de Legionella pneumophila por técnicas inmunológicas o de cultivo en muestras respiratorias.
- c) Identificación de Legionella pneumophila por serología positiva en orina.
- d) Incremento de la serología plasmática en más de cuatro diluciones en muestras obtenidas con diferencia de tres o más semanas.

e) Las contestaciones b,c,d son ciertas.

→ NAV - confirmation dx = identificación Legionella pneumophila x:

- técnica cultivo / inmunología
- serología orina (+)
- incremento serología plasmática >4 diluciones en muestras obtenidas con diferencia >3 semanas

*correcta: e

. Una de las siguientes medidas no permite prevenir la aparición de una neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV): (2018 enero)

- a) Mantener a los pacientes semi-incorporados, con la cabeza elevada entre 30 y 45°.
- b) Usar PEEP de al menos 10 mmHg.
- c) Evitar la sobredistensión gástrica.
- d) Evitar la extubación no planificada y la reintubación.
- e) Usar tubos endotraqueales con aspiración subglótica.

→ NAV - prevención - estrategias prevención aspiración:

- mantener pacientes semi-incorporados (elevar cabecera 30-40°C)
- evitar sobredistensión gástrica con nutri enteras
- evitar extubation y reintubacion NO planificada
- utilizar tubo endotraqueal con balón con aspiración en línea / subglótica

*correcta: b

. En la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) todas las medidas siguientes son eficaces, excepto: (2024 diciembre) (2020 enero)

- a) Limitación de los anti-H2.
- b) Limitación de los inhibidores de la bomba de protones (IBP).
- c) Decontaminación del tubo digestivo.
- d) Intubación nasotraqueal en lugar de orotraqueal.
- e) Todas las anteriores son eficaces.

→ NAV - prevención - estrategias predican colonización tracto aéreo-digestivo:

- intubación oro-traqueal >pref> naso-traqueal = (+) sinusitis
- evitar → antiH2 + IBP = x alcalinizar secreciones gástricas
- descontaminación selectiva tubo digestivo
- higiene bucal con antiséptico clorhexidina /8h
- ATB amplio espectro uso pocos días

*correcta: d

. En la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica, las medidas más eficaces son: (2022 diciembre)

- a) Decontaminación selectiva del tubo digestivo o decontaminación selectiva de la faringe, aspiración subglótica de secreciones, ciclos largos de antibioterapia.
- b) Decontaminación selectiva del tubo digestivo o decontaminación selectiva de la faringe, aspiración subglótica de secreciones, ciclos cortos de antibioterapia.
- c) Aspiración subglótica de secreciones, ciclos cortos de antibioterapia, uso de al menos dos antibióticos.
- d) Decontaminación selectiva del tubo digestivo o decontaminación selectiva de la faringe, uso de tubo traqueal con neumotaponamiento, ciclos cortos de antibioterapia.
- e) Lavado frecuente de manos, decontaminación selectiva del tubo digestivo o decontaminación selectiva de la faringe, aspiración subglótica de secreciones.

→ NAV - prevención = (+) eficaces:

- descontaminación selectiva tubo digestivo

- aspiración subglótica
- higiene orofaringe
- ciclos antibióticos amplio espectro corta duración
- ventilación posición semisentada

*correcta: b

. O tratamento da NAV, sen risco de multiresistencias, debe incluír: (2022 julio)

- a) Un antibiótico.
- b) Dous antibióticos.
- c) Tres antibióticos.
- d) Un antibiótico con efecto antipseudomonas.
- e) Dous antibióticos, un dos cales debe ter efecto antipseudomonas.

*correcta: a

. El tratamiento de la NAV, sin riesgo de multiresistencia, debe incluir: (2019 enero) (2015 enero)

- a) Un antibiótico.
- b) Dos antibióticos.
- c) Tres antibióticos.
- d) Un antibiótico con efecto antipseudomonas.
- e) Dos antibióticos, uno de los cuales debe tener efecto antipseudomonas.

→ NAV NO riesgo multirresistencias - tto = monoterapia

*correcta: a

. En pacientes con neumonía hospitalaria, o neumonía asociada a ventilación mecánica, debido a un germen multirresistente tipo *Pseudomona aeruginosa*, en tratamiento antibiótico deberá ser: (2022 diciembre)

- a) Siempre un antibiótico.
- b) Siempre un antibiótico que no sea un aminoglicósido.
- c) Siempre dos antibióticos.
- d) En pacientes sin shock séptico, que no estén en alto riesgo de muerte, se recomienda la monoterapia.
- e) Siempre más de dos antibióticos.

*correcta: d

. En un paciente en ventilación mecánica durante 9 días, con una neumonía con aislamiento de *P. aeruginosa* en un catéter telescópado, con 10^6 unidades formadoras de colonias, el tratamiento antibiótico debe: (2024 diciembre)

- a) Incorporar siempre 2 antibióticos, de distintos grupos y administrarlos durante al menos 15 días.
- b) En pacientes en shock, con alto riesgo de fallecimiento, no administrar nunca aminoglucósidos, por riesgo de fallo renal
- c) En pacientes, que no se encuentran en shock y sin alto riesgo de fallecimiento, se recomienda la monoterapia en lugar de la terapia combinada.
- d) En pacientes, que no se encuentran en shock y sin alto riesgo de fallecimiento, se recomienda la monoterapia con amikacina en lugar de la terapia combinada.
- e) En pacientes en fallo multiorgánico (MOF), se debe asociar precozmente o una equinocandina o anfotericina, ante el riesgo de infección sobreañadida por hongos.

. Nun paciente en ventilación mecánica durante 9 días, cunha pneumonía con illamento de *P. Aeruginosa* nun catéter telescópado, con 10^6 unidades formadoras de colonias, o tratamento antibiótico debe: (2020 diciembre)

- a) Incorporar sempre 2 antibióticos, de distintos grupos e adminístralos durante polo menos 15 días.
- b) En pacientes en shock, con alto risco de falecemento, non administrat nunca aminoglucósidos por risco de fallo renal
- c) En pacientes que non se atopan en shock e sen alto risco de falecemento, recoméndase monoterapia en lugar de terapia combinada.
- d) En pacientes que non se atopan en shock e sen alto risco de falecemento, recoméndase monoterapia con amikacina en lugar de terapia combinada.
- e) En pacientes en fallo multiorgánico (MOF) débese asociar precozmente unha equinocandina ou anfotericina, ante o risco de infección a maiores por fungos.

→ NAV/neumonía hospitalaria - *P. aeruginosa* - tto = NO shock séptico / alto riesgo muerte → monoterapia

*correcta: c

. En un paciente politraumatizado, con grave riesgo de sufrir una insuficiencia respiratoria aguda e infectado por una bacteria gram negativa y multiresistente: (2016 enero)

- a) Los aminoglucósidos pueden darse sin problema.
 - b) Los aminoglucósidos deben ser eliminados totalmente.
 - c) Los aminoglucósidos deben ser administrados entre 1/3 y la mitad de la dosis habitual.
 - d) Si se deciden utilizar aminoglucósidos, solo se puede usar la gentamicina.
 - e) Los aminoglucósidos se deben valorar cuidadosamente y administrarse siempre controlando sus niveles plasmáticos.
- NUNCA tratar Pseudomonas multirresistentes/gram(-) monoterapia aminoglucósidos

*correcta: e

*. El tratamiento de la NAV, con sospecha de infección por pseudomonas multirresistentes debe incluir: (2014 julio)

- a) Un antibiótico antipseudomonas.
- b) Dos antibióticos antipseudomonas.
- c) Dos antibióticos antipseudomonas y un antifúngico.
- d) 3 antibióticos antipseudomonas y un antifúngico.
- e) Dos antibióticos antipseudomonas y un antifúngico.

→

*correcta: b

. As Polimixinas no tratamiento da pneumonia asociada a ventilación mecánica (NAV) están indicadas en: (2022 julio)

- a) Sospeita ou evidencia de infección polimicrobiana.
- b) Sospeita ou evidencia de infección por Gram positivos multiresistentes.
- c) Sospeita ou evidencia de infección por Gram negativos multiresistentes.
- d) Sospeita ou evidencia de infección por Candida non albicans.
- e) Pacientes con alto risco de falecemento.

*correcta: c

*. Las polimixinas en el tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) están indicadas en: (2018 enero)

- a) Sospecha o evidencia de infección polimicrobiana.
- b) Sospecha o evidencia de infección por gram negativos multirresistentes.
- c) Sospecho evidencias de infección por gram positivos multirresistentes.
- d) Sospecha o evidencia de infección por cándida no albicans.
- e) Pacientes con alto riesgo de fallecimiento.

→ [chatGPT] polimixinas:

- antibióticos bactericidas activos principalmente contra bacilos gramnegativos = Pseudomonas + Acinetobacter + Klebsiella multirresistentes
- NO eficaces contra gram (+) / hongos
- último recurso cuando otros antibióticos NO funcionan x resistencia

*correcta: b

10. SÍNDROME DISTRÉS RESPIRATORIO DEL ADULTO (SDRA)

. Respecto al edema de pulmón, es cierto que: (2022 diciembre)

- a) El edema de pulmón cardiogénico se debe a una lesión de la membrana basal el edema no cardiogénico a un aumento de la presión hidrostática capilar pulmonar.
- b) El edema de pulmón cardiogénico se debe a una disminución de la presión hidrostática capilar pulmonar y el edema no cardiogénico a una lesión de la membrana basal.
- c) El edema agudo de pulmón sea cardiogénico o no cardiogénico cursa siempre con elevación de la presión capilar pulmonar, y la lesión de la membrana basal aparece ocasionalmente y siempre de forma tardía.
- d) El edema agudo de pulmón sea cardiogénico o no cardiogénico cursa siempre con lesión de la membrana basal y la elevación de la presión capilar pulmonar aparece frecuente y habitualmente de forma precoz.
- e) El edema de pulmón cardiogénico se debe a un aumento de la presión hidrostática capilar pulmonar y el edema no cardiogénico a una lesión de la membrana basal.

. Respecto al edema de pulmón es cierto que: (2018 julio) (2015 enero)

- a) El edema de pulmón cardiogénico se debe a un aumento de la presión hidrostática capilar y el edema no cardiogénico a una lesión de la membrana basal.
- b) El edema de pulmón cardiogénico se debe a una lesión de la membrana basal y el edema no cardiogénico a un aumento de la presión hidrostática capilar pulmonar.
- c) El edema de pulmón cardiogénico se debe a una disminución de la presión hidrostática capilar pulmonar y el edema de pulmón no cardiogénico a una lesión de la membrana basal.
- d) El edema agudo de pulmón sea cardiogénico o no cardiogénico cursa siempre con elevación de la presión capilar pulmonar, y la lesión de la membrana basal aparece ocasionalmente y siempre de forma tardía.
- e) El edema agudo de pulmón sea cardiogénico o no cardiogénico curso siempre con lesión de la membrana basal y la elevación de la presión capilar pulmonar no aparece frecuentemente y habitualmente de forma precoz.

→ edema pulmón:

- cardiogénico → fallo bomba cardíaca = (+) presión hidrostática capilar en pulmones (>PCP)
- NO cardiogénico → daño pulmonar agudo = lesión directa membrana basal alveolo-capilar = (+) permeabilidad capilar

*correcta: a

. Habitualmente el edema de pulmón no cardiogénico cursa con: (2016 enero)

- a) Gasto cardíaco disminuido.
- b) Precarga muy elevada.
- c) Anemia muy severa.
- d) Lesión pulmonar primaria o secundaria.
- e) Contractilidad disminuida.

→ edema pulmón NO cardiogénico = existe daño pulmonar agudo que se traduce en lesión directa de membrana basal alveolo-capilar = (+) permeabilidad capilar

- GC (+)
- PCP < 18 = precarga normal/baja
- contractilidad miocardio normal

*correcta:

. En el SDRA el cociente proteínas alveolares/proteínas plasmáticas suele ser mayor de: (2016 enero)

- a) 0,1.
- b) 0,7.
- c) 1,7.
- d) 3.
- e) 5.

→ edema cardiogénico [vs] edema NO cardiogénico

- edema cardiogénico → proteína pleural/suero = <0,5
- edema NO cardiogénico → proteína pleural/suero = >0,7

*correcta: b

. Una de las siguientes contestaciones es cierta: (2020 julio) (2019 enero) (2018 enero) (2016 enero)

- a) En el edema de pulmón cardiogénico aumenta la presión hidrostática, mientras en el edema de pulmón no cardiogénico aumenta la presión oncótica intersticial.
- b) En el edema de pulmón no cardiogénico aumenta la presión hidrostática, mientras en el edema de pulmón cardiogénico aumenta la presión oncótica intersticial.
- c) Tanto en el edema de pulmón cardiogénico como en el no cardiogénico aumenta la presión hidrostática.
- d) Tanto en el edema de pulmón cardiogénico como en el no cardiogénico aumenta la presión oncótica intersticial.
- e) En ambos tipos de edema pulmonar está elevada la presión hidrostática y la presión oncótica intersticial.

→ edema pulmón:

- cardiogénico = (+) presión hidrostática
- NO cardiogénico = (+) presión oncótica

*correcta: a

. Una de las siguientes etiologías del Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto (SDRA/ARDS), se considera lesión pulmonar. (2020 enero)

- a) Sepsis.
- b) Síndrome isquemia reperfusión.
- c) Obstrucción vía aérea.
- d) Aspiración de contenido gástrico.
- e) Coagulación intravascular diseminada.

*correcta: d

. Una de las siguientes etiologías no es una causa directa del síndrome de distrés respiratorio del adulto: (2018 julio) (2014 enero)

- a) Aspiración de contenido gástrico.
- b) Pancreatitis aguda.
- c) Infección pulmonar.
- d) Traumatismo torácico severo.
- e) Inhalación de tóxicos.

→ SDRA - fisiopatología:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - lesión pulmonar directa: <ul style="list-style-type: none"> • aspiración contenido gástrico • infección pulmonar • traumatismo torácico grave • inhalación tóxicos • episodios embólicos | <ul style="list-style-type: none"> - lesión pulmonar indirecta <ul style="list-style-type: none"> • shock / sepsis • politransfusión = sd isquemia-reperfusión • politraumatizado • pancreatitis aguda • CID • obstrucción vía aérea (vacuum) |
|--|---|

*correcta: b

. Una de las siguientes etiologías del Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto, no es una lesión directa del pulmón. (2019 enero)

- a) Aspiración de contenido gástrico.
- b) Politransfusión.
- c) Infección pulmonar.
- d) Traumatismo torácico.
- e) Inhalación de tóxicos.

→ SDRA - fisiopatología = lesión pulmonar:

- directa = aspiración contenido gástrico + infección pulmonar + traumatismo torácico grave + inhalación tóxicos + episodios embólicos
- indirecta = shock + politransfusión + politraumatizado + pancreatitis aguda + sobredosis drogas + daño x isquemia-reperfusión + CID + obstrucción vía aérea

*correcta: b

. Referente a la fisiopatología del Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto (SDRA/ARDS), es cierto que: (2020 enero)

- a) Los neumocitos tipo I constituyen el 10% de las células de la superficie alveolar y se lesionan más fácilmente que los neumocitos tipo II.

- b) Los neumocitos tipo I constituyen el 90% de las células de la superficie alveolar y se lesionan más fácilmente que los neumocitos tipo II.
- c) Los neumocitos tipo I constituyen el 90% de las células de la superficie alveolar y son más resistentes a la lesión que los neumocitos tipo II.
- d) Los neumocitos tipo I constituyen el 10% de las células de la superficie alveolar y son más resistentes a la lesión que los neumocitos tipo II.
- e) Los neumocitos tipo I y II constituyen aproximadamente el 50% de las células de la superficie alveolar, pero los neumocitos tipo I se lesionan más fácilmente que los neumocitos tipo II.

→ SDR - histología lesión:

- neumocito tipo I = 90% superficie alveolar + se lesionan fácilmente
- neumocito tipo II = 10% superficie alveolar + (+) resistentes lesión

*correcta: b

. En un paciente con Síndrome de Distrés respiratorio del adulto (SDRA), la compliance pulmonar habitualmente es de: (2019 enero)

- a) <10 mL/cm H₂O.
- b) <20 mL/cm H₂O.
- c) <30 mL/cm H₂O.
- d) <40 mL/cm H₂O.
- e) <50 mL/cm H₂O.

→ SDRA - criterios dx => mecánica pulmonar = compliance pulmonar <40mL/cm H₂O

*correcta: d

. La "compliance" pulmonar en el síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) es habitualmente: (2017 enero)

- a) Menor de 100 mL/cm H₂O.
- b) Menor de 80 mL/cm H₂O.
- c) Menor de 60 mL/cm H₂O.
- d) Menor de 40 mL/cm H₂O.
- e) Menor de 20 mL/cm H₂O.

→ SDRA - criterios dx:

- mecánica pulmonar = disminución compliance pulmonar (<40mL/cm H₂O)
- [explicación más profunda] compliance/distensibilidad pulmonar:
- en SDRA = muy baja → refleja la rigidez + dificultad inflar pulmones x: edema + inflamación + colapso alveolar (atelectasia).
- normal = 70 a 100 mL/cm H₂O
- SDRA = <40 mL/cm H₂O
- baja compliance = [need] presiones inspiratorias elevadas → para alcanzar volúmenes tidales adecuados en ventilación mecánica = [need] estrategias ventilatorias protectoras (como volúmenes tidales bajos) para evitar daño pulmonar inducido x ventilador (VILI)

*correcta: d

. Referente á presión capilar pulmonar (PCP), no diagnóstico da Síndrome de Distress respiratorio do Adulto (SRDA/ARDS), é certo que: (2020 diciembre)

- a) Unha PCP < 14 mmHg descarta totaamente a existencia de SDRA.
- b) Unha PCP <18 mmHg descarta totalmente a existencia de SDRA.
- c) Unha PCP <22 mmHg descarta totalmente a existencia de SDRA.
- d) O SDRA pode existir con PCP maiores de 18 mmHg.
- e) O SDRA pode existir con PCP maiores de 22 mmHg.

*correcta: d

. Respecto a la presión capilar pulmonar (PCP) es cierto que: (2014 enero)

- a) El síndrome de distrés respiratorio del adulto solo se puede diagnosticar en presencia de una PCP elevada.
- b) La PCP elevada en el síndrome de distrés respiratorio del adulto ni confirma ni excluye el diagnóstico.
- c) La PCP elevada excluye el diagnóstico de edema de pulmón cardiogénico.
- d) Todas las anteriores contestaciones son ciertas.
- e) Todas las anteriores contestaciones son falsas.

→ edema pulmón cardiogénico / NO cardiogénico

- cardiogénico = PCP > 18 mmHg
- NO cardiogénico = PCP < 18 mmHg

→ SDR - criterios dx = presión vasculares pulmonares ⇒ PCP < 18 mmHg (hasta conferencia de Berlín, ahora se sabe que SDR puede coexistir con PCP > 18 mmHg)

*correcta: b

. El término "ALI" (Acute lung Injury) significa: (2022 julio) (2014 julio)

- a) La gravedad mayor de la disfunción pulmonar.
- b) La gravedad menor de la lesión pulmonar en el SDR (Síndrome de distrés respiratorio del adulto) es un término que no debe usarse y se ha sustituido por SDR ligero.
- c) Biolesión pulmonar.
- d) Barotrauma pulmonar.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

→ ALI

- lesión pulmonar aguda → algo (+) leve / (-) grave → SDR
- concepto eliminado conferencia Berlín 2012
- $PaO_2/FiO_2 = 200-300$ ⇒ conferencia Berlín define = distrés leve

*correcta: b

. O cociente PaO_2/FiO_2 no SDR leve es de: (2024 diciembre)

- a) $PaO_2/FiO_2 < 100$.
- b) PaO_2/FiO_2 entre 100 y 200.
- c) PaO_2/FiO_2 entre 200 y 300.
- d) PaO_2/FiO_2 entre 300 y 400.
- e) PaO_2/FiO_2 entre 400 y 500.

*correcta: c

. El cociente PaO_2/FiO_2 en el SDR ligero es de: (2018 enero) (2015 julio) (2015 enero) (2014 julio)

- a) PaO_2/FiO_2 entre 400 y 500.
- b) PaO_2/FiO_2 entre 300 y 400.
- c) $PaO_2/FiO_2 < 100$.
- d) PaO_2/FiO_2 entre 200 y 300.
- e) PaO_2/FiO_2 entre 100 y 200.

→ SDR - clasificación Berlín - gravedad según PaO_2/FiO_2 :

- NO distrés = 300
- distrés leve = 300-200
- distrés moderado = 200-100
- distrés severo = <100

*correcta: d

. O cociente PaO_2/FiO_2 no SDR severo es de: (2020 diciembre) (2017 julio) (2014 enero)

- a) $PaO_2/FiO_2 < 100$.
- b) PaO_2/FiO_2 entre 100 y 200.
- c) PaO_2/FiO_2 entre 200 y 300.
- d) PaO_2/FiO_2 entre 300 y 400.
- e) PaO_2/FiO_2 entre 400 y 500.

→ SDR - gravedad definición Berlín = 300 NO / 200-300 distrés leve / 100-200 distrés moderado / <100 = distrés severo

*correcta: a

. En un paciente sin insuficiencia respiratoria, la PaO_2 es de: (2014 julio)

- a) 110-120 mmHg.
- b) 90-100 mmHg.
- c) 60-70 mmHg.
- d) 40-50 mmHg.
- e) 20-30 mmHg.

→ $PaO_2 = 70-100$ mmHg

*correcta: b

. El CO₂ "end tidal" normal: (2014 enero)

- a) 17-30 mmHg.
- b) 30-43 mmHg.
- c) 43-56 mmHg.
- d) 56-69 mmHg.
- e) 69-82 mmHg.

→ no encuentro yo este concepto en los apuntes pero vamos a entenderlo

→ EtCO₂ (End-tidal CO₂) = [CO₂] final espiración - medida x capnógrafo

- CO₂ sale ultima parte aire espirado - proviene alveolos (donde hay intercambio gaseosos) = refleja PaCO₂ arterial

- EtCO₂ = 35-45mmHg

- (+) = hipoventilación

- (-) = hiperventilación → cuando el transporte de CO₂ desde tejidos a pulmones disminuye

*correcta: b

. Una de las siguientes condiciones clínicas, no se incluyen el diagnóstico de la insuficiencia respiratoria aguda: (2014 julio)

- a) Valor absoluto de creatinina igual o mayor de 2,5 mg/dl en varones y 2,3 mg/dl en mujeres.
- b) Incremento de creatinina sérica igual o mayor 0,5 mg/dl sobre el basal igual o mayor 50% del basal.
- c) Reducción igual o mayor 50% del aclaramiento de creatinina.
- d) Todos los anteriores son ciertos.
- e) Ninguno de los anteriores es cierto.

→ [ChatGPT] Insuficiencia Respiratoria Aguda = problema respiratorio - caracterizado principalmente x:

- Hipoxemia (PaO₂ < 60 mmHg)

- Hiperapnia (PaCO₂ > 50 mmHg)

- Alteraciones agudas de la ventilación/oxigenación

(Los nombrados son criterios insuficiencia renal)

*correcta: e

. Uno de los siguientes cuadros de insuficiencia respiratoria, no se debe a afectación neuromuscular: (2017 julio)

- a) Esclerosis lateral amiotrófica.
- b) Esclerosis múltiple.
- c) Miastenia gravis.
- d) EPOC.
- e) Enfermedad de Guillain-Barré.

→

*correcta: d

S. EMBOLISMO PULMONAR

. El patrón electrocardiográfico S1Q3T3 aparece en: (2022 diciembre)

- a) El 40-50% de los pacientes con shock séptico y baja fracción de eyección del ventrículo izquierdo.
- b) El 20-30% de los pacientes con síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA).
- c) El 10-15% de los pacientes con traumatismos torácicos severos.
- d) El 10-15% de los pacientes con embolias de pulmón.
- e) El 40-50% de los pacientes con embolias de pulmón.

*correcta: d

. El patrón electrocardiográfico "S1Q3T3" aparece en: (2017 enero)

- a) El 40-50% de los pacientes con shock séptico y baja fracción de eyección del ventrículo izquierdo.
- b) El 40-50% de los pacientes con embolia pulmonar.
- c) El 20-30% de los pacientes con síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA).
- d) El 10-15% de los pacientes con traumatismos torácicos severos.
- e) El 10-15% de los pacientes con embolias de pulmón.

→ embolismo pulmonar - ECG = S1Q3T3 → signo embolia pulmón - [only] 12% casos

*correcta: e

. Una embolia de pulmón severa producirá: (2018 enero)

- a) Hipoxemia, disminución de PaCO₂, disminución de la CO₂ "end tidal".
- b) Hipoxemia, aumento de PaCO₂, aumento de la CO₂ "end tidal".
- c) Hipoxemia, aumento de la PaCO₂, disminución de la CO₂ "end tidal".
- d) Hipoxemia, disminución de la PaCO₂, aumento de la CO₂ "end tidal".
- e) Ninguna de las anteriores.

*correcta: a

. Una embolia de pulmón severa producirá: (2016 enero) (2015 julio)

- a) Hipoxemia, aumento de PaCO₂ disminución de la CO₂ "end tidal".
- b) Hipoxemia, aumento de PaCO₂ aumento de la CO₂ "end tidal".
- c) Hipoxemia, disminución de PaCO₂ disminución de la CO₂ "end tidal".
- d) Hipoxemia, disminución de PaCO₂ aumento de la CO₂ "end tidal".
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

→ embolia pulmonar - dx

- stO₂ cae

- capnografía = caída brusca CO₂

*correcta: c

. El embolismo pulmonar puede estar ocasionado por todas las siguientes causas excepto: (2020 julio) (2017 junio)

- a) Embolismo aéreo.
- b) Trombos venosos.
- c) Embolia grasa.
- d) Embolia de coloides sintéticos.
- e) Embolia de líquido amniótico.

→ tipos embolia pulmón

- trombosis venosa profunda (TVP) = (+)frec

- embolismo aéreo = frec en canalización vías centrales

- embolia grasa

- embolia líquido amniótico

- embolia tumoral

*correcta: d

. Habitualmente, en un paciente diagnosticado de tromboembolismo pulmonar grave, hay los siguientes antecedentes excepto: (2017 junio)

- a) Inmovilización.
- b) Canulación venosa.

- c) Cirugía en los tres últimos meses.
- d) Accidente cerebrovascular.
- e) Cáncer.

→ TEP - antecedentes = inmovilización + cirugía 3 últimos meses + accidente cerebrovascular + antecedentes trombosis venosa + cáncer

*correcta: b

. El dímero D puede estar aumentado en todos los pacientes excepto: (2020 enero)

- a) Pacientes oncológicos.
- b) Pacientes encamados.
- c) Pacientes con inestabilidad hemodinámica.
- d) Pacientes con cirugía reciente.
- e) Pacientes con embolia de pulmón.

*correcta: c

. El dímero D puede estar aumentado en: (2015 julio)

- a) Pacientes oncológicos.
- b) Pacientes encamados.
- c) Pacientes con cirugía reciente.
- d) Pacientes con embolia de pulmón.
- e) Todas las anteriores.

→ dímero D - aumentado = EP + pacientes encamados (hospitalizados) + oncológicos + Cx reciente

*correcta: e

. Una de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al dímero de D: (2015 enero)

- a) En casos de embolismo pulmonar es muy sensible y muy específico.
- b) En casos de embolismo pulmonar es muy poco sensible y muy específico.
- c) En casos de embolismo pulmonar es muy sensible y poco específico.
- d) En casos de embolismo pulmonar es muy poco sensible y muy específico.
- e) Ninguna de las afirmaciones es cierta.

→ TEP - TVP - dx => dímero D:

- inespecífico + muy sensible
- casi todos TEP tienen dímero D alto ¡pero! NO todos dímero D alto son TEP
- descarta + NO confirma
- bajo = descarta EP
- alto = sospecha EP + otros

*correcta: c

. Paciente varón de 76 años que presenta tumefacción y calor en toda la extremidad inferior izquierda días después de un traumatismo que le obligó a guardar reposo. Presenta un dímeroD elevado y alta sospecha de trombosis venosa profunda. Hemograma, estudio de coagulación y bioquímica básica normal. Señale la respuesta más correcta sobre el manejo inmediato del paciente: (2015 enero)

- a) Antiinflamatorios y solicitar un eco doppler para confirmar la sospecha de trombosis.
- b) Colocar un filtro en la vena cava.
- c) Iniciar terapia con heparina a dosis terapéuticas.
- d) Iniciar terapia con acenocumarol.
- e) Agentes trombolíticos.

→ TVP:

- FR = paciente inmovilizado (encamado) + con cáncer + Cx 3 meses antes + ...
- antecedentes = inmovilización + Cx 3 meses + accidente cerebro vascular + antecedentes trombosis venosa + cáncer
- exploración típica = pierna edematosa -> tratar inmediatamente
- algoritmo Dx:
 - baja sospecha => dímero D = alto -> ECO Doppler = confirma dx
 - alta sospecha => iniciar tto
- tto = HBPM

*correcta: c

. No tratamento dunha embola de pulmón, unha das seguintes afirmacións é certa: (2020 decembro)

- a) Antiagregación mediante clopidogrel iv.
- b) Heparina sódica intravenosa a pesar de que non se poden monitorizar os seus efectos anticoagulantes.
- c) Heparina de baixo peso molecular a pesar de que non se poden monitorizar os seus efectos anticoagulantes.
- d) Heparina sódica intravenosa porque se poden monitorizar facilmente os seus efectos anticoagulantes.
- e) Heparina de baixo peso molecular porque se poden monitorizar facilmente os seus efectos anticoagulantes.

*correcta: c

. En el tratamiento de una embolia de pulmón, una de las siguientes afirmaciones es cierta: (2015 enero)

- a) Antiagregación mediante clopidogrel intravenoso.
- b) Heparina sódica intravenosa a pesar de que no se pueden monitorizar sus efectos anticoagulantes.
- c) Heparina sódica intravenosa porque se pueden monitorizar fácilmente sus efectos anticoagulantes.
- d) Heparina de bajo peso molecular a pesar de que no se pueden monitorizar sus efectos anticoagulantes.
- e) Heparina de bajo peso molecular porque se pueden monitorizar fácilmente sus efectos anticoagulantes.

→ embolia pulmonar - protocolo heparinización = heparina bajo peso molecular (HBPM)

- NO hay ningún elemento lab que diga si el enfermo está anticoagulado
- (-) mortalidad heparina sódica

*correcta: c

. No contexto dun paciente con trombose venosa, sinala a resposta correcta: (2020 decembro)

- a) Un valor do dímero D non elevado apoia a sospeita de trombose venosa.
- b) O tratamento farmacolóxico de elección nunha trombose sen embolia son os trombolíticos.
- c) A dose de heparina sódica axústase polo TTPa (tempo de tromboplastina parcial activada).
- d) O ácido tranexámico está indicado para o tratamento da síndrome post-flebítico.
- e) O tratamento recomendado ára unha trombose venosa profunda é heparina durante 30 días.

. No contexto dun paciente con trombose venosa, sinala a resposta correcta: 2020 decembro)

- a) Un valor do dímero D non elevado apoia a sospeita de trombose venosa.
 - dímero D = inespecífico lpero! sensible
 - baixo = descartamos EP
 - alto = NO confirma EP
- b) O tratamento farmacolóxico de elección nunha trombose sen embolia son os trombolíticos.
 -
- c) A dose de heparina sódica axústase polo TTPa (tempo de tromboplastina parcial activada).
 - heparina sódica = monitoriza con TTPA
- d) O ácido tranexámico está indicado para o tratamento da síndrome post-flebítico.
 -
- e) O tratamento recomendado ára unha trombose venosa profunda é heparina durante 30 días.
 -

*correcta: c

. Una de las siguientes situaciones no es indicación de la trombolisis en el embolismo pulmonar: (2015 enero)

- a) Embolismo pulmonar masivo.
- b) Paciente en shock.
- c) Pacientes con fallo del ventrículo derecho.
- d) Trombosis venosa profunda iliofemoral.
- e) Pacientes con cirugía reciente.

→ TEP - TVP - tto = trombolisis - indicaciones:

- embolismo pulmonar masivo
- pacientes en shock
- pacientes (+) graves
- bajo riesgo sangrado
- TVP masiva iliofemoral
- fallo VD

*correcta: e

S. VENTILACIÓN MECÁNICA

. La frecuencia respiratoria a la cual se suele introducir la ventilación mecánica: (2016 enero)

- a) 20 respiraciones por minuto.
- b) 25 respiraciones por minuto.
- c) 30 respiraciones por minuto.
- d) 35 respiraciones por minuto.
- e) 40 respiraciones por minuto.

*correcta: d

. Desde el punto de vista de la ventilación por minuto, consideramos que un paciente precisa ventilación mecánica cuando: (2017 julio)

- a) Su ventilación por minuto es inferior a los 10 l o superior a los 20 l.
- b) Su ventilación por minuto es inferior a los 3 l o superior a los 20 l.
- c) Su ventilación por minuto es inferior a los 10 l o superior a los 30 l.
- d) Su ventilación por minuto es inferior a los 5 l o superior a los 15 l.
- e) La ventilación por minuto nunca se considera un criterio para instaurar la ventilación mecánica.

*correcta: b

. Las indicaciones para realizar ventilación mecánica en un enfermo son: (2019 enero) (2014 julio)

- a) $PaO_2 < 40$ mm Hg con $FiO_2 > 60\%$; $PaCO_2 > 60$ mm Hg y $pH < 7.35$.
- b) $PaO_2 < 50$ mm Hg con $FiO_2 > 50\%$; $PaCO_2 > 60$ mm Hg y $pH < 7.55$.
- c) $PaO_2 < 60$ mm Hg con $FiO_2 > 50\%$; $PaCO_2 > 50$ mm Hg y $pH < 7.25$.
- d) $PaO_2 < 70$ mm Hg con $FiO_2 > 40\%$; $PaCO_2 > 40$ mm Hg y $pH < 7.15$.
- e) $PaO_2 < 80$ mm Hg con $FiO_2 > 30\%$; $PaCO_2 > 50$ mm Hg y $pH < 7.20$.

→ ventilación mecánica - ¿cuándo?

- cuando falla mecánica respiratoria
 - $FR > 35$ rpm
 - fuerza inspiratoria negativa < -25 cm H₂O
 - capacidad vital < 10 mL/Kg
 - ventilación/minutos < 3 lpm / > 20 lpm
- cuando falla intercambio gaseoso
 - $PaCO_2 < 60$ mmHg con $FiO_2 > 50\%$
 - $PaCO_2 > 50$ mmHg + $pH < 7.25$

*correcta: c

. La ventilación mecánica se emplea habitualmente para todas las siguientes indicaciones excepto: (2022 diciembre)

- a) Para permitir sedación y bloqueo neuromuscular.
- b) Para la oxigenación en pacientes con anemia severa.
- c) Para disminuir el consumo de oxígeno miocárdico.
- d) Para reducir la PIC.
- e) Para prevenir atelectasias.

*correcta: b

. Os obxectivos da ventilación mecánica son os seguintes excepto: (2022 julio)

- a) Reverter a fatiga dos músculos respiratorios.
- b) Permitir a sedación e o bloqueo n- m.
- c) Diminuír as necesidades de cristaloides.
- d) Reducir a PIC.
- e) Estabilizar a parede torácica.

*correcta: c

. Los objetivos de la ventilación mecánica son los siguientes excepto: (2019 enero)

- a) Mejorar la hipoxemia.
- b) Corregir la acidosis respiratoria.
- c) Prevenir o quitar atelectasias.

- d) Corregir la acidosis metabólica.
- e) Aliviar la disnea y el discomfort.

*correcta: d

. La ventilación mecánica se empieza habitualmente para todas las siguientes indicaciones excepto: (2014 julio)

- a) Para permitir sedación y bloqueo neuromuscular.
- b) Para tratar la sepsis.
- c) Para disminuir el consumo de oxígeno miocárdico.
- d) Para reducir la PIC.
- e) Para prevenir atelectasias.

→ ventilación mecánica - objetivos:

- mejorar hipoxemia
- corregir acidosis respiratoria
- aliviar disnea y discomfort (la ansiedad)
- prevenir o solucionar atelectasia
- revertir fatiga músculos respiratorios
- permitir sedación + bloqueo Neuro-Muscular
- disminuir VO₂ sistémico/miocárdico
- reducir PIC
- estabilizar pared torácica (en fractura costal)

*correcta: b

. Unha das seguintes, non é unha indicación de ventilación mecánica: (2022 julio)

- a) Hipoxemia.
- b) Expansión pulmonar inadecuada.
- c) Glasgow de 13-14.
- d) Trabajo respiratorio excesivo.
- e) Tórax inestable.

*correcta: c

. Una de las siguientes, no es una indicación de ventilación mecánica: (2019 enero) (2017 julio) (2016 enero) (2015 enero)

- a) Hipoxemia.
- b) Expansión pulmonar inadecuada.
- c) Glasgow de 13-14.
- d) Trabajo respiratorio excesivo.
- e) Tórax inestable.

→

*correcta: c

. Una de las siguientes, no es una indicación de ventilación mecánica:

- a) Fatiga de músculos respiratorios.
- b) Fracturas vertebrales torácicas bajas con traumatismo medular.
- c) Inestabilidad Hemodinámica.
- d) Hipertensión Endocraneal.
- e) Hipoxia severa.

*correcta: b

. Una de las siguientes no es una indicación de ventilación mecánica: (2015 julio)

- a) Fatiga de músculos respiratorios.
- b) Fracturas vertebrales torácicas bajas con traumatismo medular.
- c) Inestabilidad hemodinámica.
- d) Hipertensión endocraneal.
- e) Apnea.

→

*correcta: c

. Entre las complicaciones de la ventilación mecánica, se encuentran todas las siguientes excepto: (2020 enero)

- a) Aumento del Gasto Cardíaco.
- b) Empeoramiento de la función hepática.
- c) Mala movilización de secreciones.
- d) Neumonía nosocomial.
- e) Barotrauma y volotrauma.

. Entre las complicaciones de la ventilación mecánica se encuentran todas las siguientes excepto: (2019 enero)

- a) Barotrauma.
- b) Volotrauma.
- c) Disminución de gasto cardíaco.
- d) Aumento del drenaje venoso central.
- e) Empeoramiento de la función renal.

*correcta: d

. Entre las complicaciones de la ventilación mecánica, se encuentran todas las siguientes excepto: (2016 enero)

- a) Aumento del gasto cardíaco.
- b) Empeoramiento de la función hepática.
- c) Mala movilización de secreciones.
- d) Neumonía nosocomial.
- e) Toxicidad por oxígeno.

→ ventilación mecánica - complicaciones:

- barotrauma / volotrauma
- biotrauma
- (-) GC
- (+) PIC
- insuficiencia renal
- insuficiencia hepática
- acúmulo secreciones
- neumonía nosocomial
- toxicidad por oxígeno (st neonatos)

*correcta: a

. La presión positiva al final de la espiración (PEEP), durante la ventilación mecánica está contraindicada en: (2017 julio)

- a) Hipoxemia.
- b) Infiltrado pulmonar difuso.
- c) Atelectasias.
- d) Tórax inestable.
- e) Neumotórax.

→ ventilación mecánica positiva con presión positiva al final espiración (PEEP)

- indicaciones:
 - hipoxemia refractaria
 - $PaO_2 < 60-70$ mmHg infiltrado pulmonar difuso
 - atelectasia lobares/segmentarias
- contraindicaciones absolutas:
 - EPOC
 - FBP / neumotórax
 - cardiopatía congénita

*correcta: e

. Referente al uso de las modalidades "Presión Positiva Continua" (CPAP) y la "Presión Positiva de Vía Aérea de dos Niveles" (BPAP) no es cierto que: (2020 enero)

- a) Ninguna de ellas puede usarse en pacientes incapaces de mantener la vía aérea.
- b) La CPAP está indicada en situaciones de insuficiencia respiratoria que cursan con hipercapnia y la BPAP en situaciones de insuficiencia respiratoria que cursan con hipocapnia.
- c) Ambas pueden evitar la intubación orotraqueal y sus consecuencias.

- d) La CPAP se considera un método de soporte ventilatorio, pero no propiamente un sistema de ventilación mecánica, mientras que la BPAP si se considera un auténtico método de ventilación mecánica.
- e) Ambas entran dentro de la denominada "Ventilación No Invasiva" (VMNI).
- ventilación mecánica NO invasiva (VMNI)
- soporte ventilatorio NO IOT
 - tipos = CPAP + BPAP
 - CPAP = NO se considera verdadero modo ventilación → sistema soporte ventilatorio
 - ventajas = evita IOT + sus consecuencias
 - contraindicaciones = incapacidad para proteger vía aérea
 - ¿cuándo usar cada una? = CPAP hipoxia / BPAP hipoxia + hipercapnia
- *correcta: b

. A ventilación protectora, caracterízase por: (2022 julio)

- a) Presión ao final da espiración (PEEP) alta e volume tidal alto.
 - b) Presión ao final da espiración (PEEP) alta e volume tidal baixo.
 - c) Presión ao final da espiración (PEEP) baixa e volume tidal alto.
 - d) Presión ao final da espiración (PEEP) baixo e Frecuencia respiratoria elevada.
 - e) Ningunha das anteriores é certa.
- *correcta: b

. La ventilación protectora, se caracteriza por: (2019 enero)

- a) Presión al final de la espiración (PEEP) alta y volumen tidal alto.
 - b) Presión al final de la espiración (PEEP) alta y volumen tidal bajo.
 - c) Presión al final de la espiración (PEEP) baja y volumen tidal alto.
 - d) Presión al final de la espiración (PEEP) bajo y frecuencia respiratoria elevada.
 - e) Ninguna de las anteriores contestaciones es cierta.
- ventilación protectora = supervivencia superior cuando:
- volúmenes tidal = bajo
 - presiones (PEEP) = elevadas
- *correcta: b

. Los niveles habituales de PEEP (Presión positiva al final de la espiración) en la ventilación mecánica son de: (2024 diciembre) (2019 enero) (2015 enero)

- a) -10 a +5 cm H₂O.
- b) +5 a +15 cm H₂O.
- c) +15 a +25 cm H₂O.
- d) +25 a + 35 cm H₂O.
- e) +35 a +45 cm H₂O.

→

*correcta: b

11. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

. Ante un paciente oligúrico, la actitud del médico de Urgencias debe ser: (2024 diciembre)

- a) No dar importancia. La oliguria está sobrevalorada.
- b) Recoger una historia clínica detallada con posibles causas de deshidratación o ingesta de nefrotóxicos.
- c) Analítica de sangre con especial atención a la bioquímica (urea, creatinina e iones).
- d) Detección de signos de depleción hídrica (sequedad de mucosas, signo del pliegue) y en caso afirmativo, administración prudente de sueros cristaloides.
- e) "b", "c" y "d" son correctas.

→

*correcta: e

. Cal é a definición máis adecuada de insuficiencia renal aguda? (2020 diciembre) (2019 enero)

- a) Disminución da diuresis e retención de compostos nitrogenados.
- b) Incremento da creatinina sérica maior ou igual a 0.5 mg/dL sobre o valor basal.
- c) Incremento da creatinina sérica maior ou igual do 50% sobre o valor basal
- d) Redución do 50% ou máis da depuración de creatinina.
- e) Todas son certas.

→ IRA - def:

- descenso brusco tasa filtrado glomerular
- retención productos nitrogenados (urea + creatinina)
- alteración regulación volumen extra celular + electrolitos
- oliguria → diuresis <0.5ml/kg/h / <400mL/24h
- creatinina = >1.5varones/>1.3mujeres + >0.5 sobre valor basal + reducción 50% aclaramiento creatinina

*correcta: e

. Una de las siguientes condiciones clínicas no se incluye en el diagnóstico de la insuficiencia renal aguda: (2018 julio)

- a) Valor absoluto de creatinina igual o mayor de 2.5 mg/dL en varones y 2.3 mg/dL en mujeres.
- b) Incremento de creatinina sérica igual o mayor a 0.5 mg/dL sobre el basal o igual o mayor al 50% del basal.
- c) Reducción igual o mayor del 50% del aclaramiento de creatinina.
- d) Todos los anteriores son ciertos.
- e) Ninguno de los anteriores es cierto.

→ IRA - def = creatinina:

- >1.5varones/>1.3mujeres
- >0.5 sobre valor basal
- reducción 50% aclaramiento creatinina

*correcta: a

. La etiología de las Insuficiencia Renal Aguda, se clasifica habitualmente en: (2020 enero)

- a) Necrosis, fibrosis y litiasis.
- b) Nefritis, ectasia calicial y litiasis.
- c) Vascular o parenquimatosa.
- d) Prerrenal, renal o parenquimatosa y post-renal.
- e) Ninguna es correcta.

. Etiología de la insuficiencia renal: (2019 enero)

- a) Necrosis, fibrinosis y litiasis.
- b) Nefritis, ectasia calicial y litiasis.
- c) Prerrenal, parenquimatosa o renal y post-renal.
- d) Séptica, hipovolémica y cardiogénica.
- e) Ninguna es correcta.

→ IRA - etiología/causa = prerrenal + renal/parenquimatosa + postrenal

*correcta: c

. La insuficiencia renal aguda, debida a un shock cardiogénico, debe ser etiquetada como: (2014 julio)

- a) Renal.

- b) Prerenal.
- c) Postrenal.
- d) Mixta renal y postrenal.
- e) Mixta prerenal y postrenal.

→ IRA - prerenal = 2ª hipoperfusión renal + función tubular íntegra

*correcta: b

. Si un paciente de 84 años, institucionalizado en un centro socio sanitario, se traslada a Urgencias por cuadro de fiebre y diarrea de cinco días de evolución, ¿qué alteración renal cabe encontrarse como hallazgo frecuentemente asociado? (2024 diciembre)

- a) Neumonía vírica.
- b) Insuficiencia renal de causa obstructiva o post-renal.
- c) Insuficiencia renal aguda de causa pre-renal.
- d) Nefroangioesclerosis.
- e) Hepatitis hipoxémica.

→ IRA - prerenal = perdidos volumen intravascular - pérdidas GI (diarrea)

*correcta: c

. Consideramos, qué en un enfermo crítico, son factores de riesgo para desarrollar un Insuficiencia renal aguda, de etiología renal o parenquimatosa: (2020 enero)

- a) Es uso de contrastes radiológicos y algunos antibióticos.
- b) El empleo de cristaloides, paracetamol.
- c) La nutrición parenteral y la administración de albúmina.
- d) El empleo de AINEs, diuréticos.
- e) "a" y "d" son ciertas.

*correcta: e

. Son factores de riesgo para desarrollar una insuficiencia renal o parenquimatosa: (2019 enero)

- a) Contrastes radiológicos, antibióticos.
- b) Uso de cristaloides y paracetamol.
- c) Uso de albúmina, nutrición parenteral.
- d) AINEs, diuréticos.
- e) A y d son ciertas.

→ IRA

- causa prerenal = fármacos AINEs + IECA + ARAII

- dx → paciente expuesto sustancias nefrotóxicas = contrastes radiológicos + ATB + QT + rabdomiolisis (traumatismo, ejercicio intenso)

*correcta: e

. ¿Qué prueba o pruebas de imagen pueden ayudarnos a diagnosticar una causa obstructiva de insuficiencia renal? (2024 diciembre)

- a) Gammagrafía de perfusión.
- b) Urografía con contraste.
- c) Ecografía abdominal.
- d) Tomografía abdominal (scanner).
- e) "a", "c" y "d" son correctas.

→ IRA - dx - pruebas complementarias - imagen = eco > Rx > TAC > angiografía/pielografía

*correcta: e

. ¿Qué técnicas invasivas conoces para tratar una obstrucción de vía urinaria? (2024 diciembre)

- a) Sondaje vesical, nefrostomía percutánea, catéter JI.
- b) Nefrectomía radical.
- c) Cistoprostatectomía ampliada.
- d) Perfusión de furosemida a dosis diuréticas.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ IRA - tto → causa obstructiva = sonda vesical + catéter doble nota + nefrostomía

*correcta: a

. Ante un paciente con creatinina de 3mg/dl, ph de 6,8 y potasio de 7mmol/l, con un ECG que presenta abundantes extrasístoles ventriculares, ¿Cuál es la terapia más razonable?: (2020 enero) (2019 enero)

- a) Fluidoterapia intravenosa y furosemida.
- b) Manitol y dopamina.
- c) Hemodiálisis urgente.
- d) Tratamiento conservador: observar y esperar resolución espontánea.
- e) Ninguna es correcta.

→ diálisis - indicación:

- hiperpotasemia tóxica (no responde terapia conservadora) [extrasístoles ventriculares = cardiotoxicidad potasio>5]
- acidosis metabólica severa = pH<7,1

*correcta: c

. ¿Cuál o cuáles de los siguientes fármacos son reconocidos como nefrotóxicos? (2024 diciembre)

- a) Paracetamol.
- b) N-acetil-Cisteína.
- c) Gentamicina, dextetropreno y vancomicina.
- d) Contrastes Yodados.
- e) "c" y "d" son correctas.

→ nefrotóxicos

- fármacos = vancomicina + aminoglucósidos (AINES, IECAS, ARALI, ...)
- contraste radiológico / radiocontraste (prevención con suero fisiológico + N-acetilcisteína)

*correcta: e

. En el tratamiento de la insuficiencia renal aguda, previo al uso de técnicas de depuración extraterrenal, es cierto que: (2014 enero) (2020 julio)

- a) Los fluidos intravenosos diarios no deben superar los 2000 ml.
- b) El aporte de sodio debe ser muy abundante, de más de 10g/día de ClNa, para intentar recuperar la función renal.
- c) Si el enfermo entra en fase poliúrica se debe evitar el balance negativo importante.
- d) No se deben administrar beta miméticos, para evitar la vasoconstricción de la arteria aferente.
- e) Todas las respuestas son falsas.

→ [IA]

- fluidos intravenosos NO >2000mL en pacientes oligúricos / sobrecarga volumen → si IRA prerrenal + paciente euvolémico/deshidratado = admin agresiva fluidos i.v
- aporte de sodio tan alto contraindicado IRA establecida x sobrecarga volumen
- fase poliúrica = pérdida excesiva volúmenes orina → importante! reponer perfidia volumen + electrolitos (K+/Na+) = evitar deshidratación severa + balance negativo
- betamiméticos = vasodilatación periférica → problema x hiperpotasemia

*correcta: c

. Unha das seguintes afirmacións é certa: (2022 julio)

- a) A hemofiltración e a hemodiálisis son moi parecidas e só modifícase o volume de reposición.
- b) A hemodiálisis realízase por difusión, por transporte pasivo e a hemofiltración por convección, por transporte activo.
- c) A hemofiltración realízase por difusión, por transporte pasivo e a hemodiálisis por convección, por transporte activo.
- d) A hemodiálisis realízase por difusión, por transporte activo e a hemofiltración por convección, por transporte pasivo.
- e) A hemofiltración realízase por difusión, por transporte activo e a hemodiálisis por convección, por transporte pasivo.

→ [IA] Hemodiálisis (HD)

- Mecanismo principal: Difusión.
- Transporte: Pasivo.
- Proceso: La sangre fluye por un lado de la membrana y el líquido de diálisis (dializado) fluye en sentido contrario por el otro. Las toxinas (solutos) pasan de la sangre (mayor concentración) al dializado (menor concentración) por gradiente de concentración.

→ Hemofiltración (HF)

- Mecanismo principal: Convección o Arrastre por solvente.

- Transporte: Pasivo.
- Proceso: Se aplica una presión hidrostática positiva en la sangre, forzando una gran cantidad de líquido plasmático a través de la membrana (ultrafiltración). Las toxinas (solutos) son arrastradas junto con este líquido. El líquido filtrado se reemplaza luego por un líquido de reposición estéril.
- Ambas usan una máquina similar y membranas, pero la HF requiere la adición de un volumen significativo de líquido de reposición para reemplazar el líquido ultrafiltrado, mientras que en HD solo se elimina el líquido sobrante. Son similares en principio (filtrar la sangre).
- *correcta: b (según IA = a)

. El tratamiento de la hiperpotasemia en la insuficiencia renal aguda, puede hacerse con todos los siguientes tratamientos excepto: (2017 enero)

- a) Salbutamol.
- b) Insulina más glucosa.
- c) Gluconato cálcico.
- d) Noradrenalina.
- e) Diálisis.

→ noradrenalina = vasoconstrictor = tto hipotension x IRA (NO trata alteración electrolítica)

*correcta: d

. El tratamiento de la hiperpotasemia incluye todas las medidas excepto: (2022 julio) (2014 enero)

- a) Administración intravenosa de insulina más glucosa.
- b) Administración de diuréticos tipo espironolactona.
- c) Administración de gluconato cálcico.
- d) Administración de salbutamol.
- e) Todas las anteriores son correctas.

→ hiperkalemia - tto = diálisis + hemo filtró

→ [IA] hiperpotasemia - tto:

- gluconatocálcico = protección cardíaca (revierte efectos cardiotóxicos K⁺ ~arritmias~ / NO reduce K⁺ sangre)
- insulina + glucosa i.v. = redistribución celular → insulina promueve entrada K⁺ [IN] célula (junto glucosa) = (-) K⁺ plasma
- salbutamol (agonista beta2) = redistribución celular
- diálisis = métodos (+) eficaz para eliminar potasio cuerpo

→ espironolactona = diurético ahorrador potasio → retardada excreción potasio x riñón.

*correcta: b

12. SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL

. Además de la repercusión clínica, hablamos de Hipertensión intraabdominal (HIA) y de Síndrome Compartimental Abdominal (SCA), con las siguientes presiones: (2019 enero)

- a) HIA > 6 mm Hg: SCA > 10 mm Hg.
 - b) HIA > 9 mm Hg: SCA > 15 mm Hg.
 - c) HIA > 12 mm Hg: SCA > 20 mm Hg.
 - d) HIA > 15 mm Hg: SCA > 25 mm Hg.
 - e) HIA > 18 mm Hg: SCA > 30 mm Hg.
- SCA = PIA > 20 mmHg (x3 veces intervalos 4-6h)
→ HIA = PIA > 12(15) mmHg (x3 veces cada 4-6h)

*correcta: c

. El síndrome compartimental abdominal puede definirse como: (2018 enero)

- a) Presión intraabdominal (PIA) ≥ 20 mmHg registrada al menos en 3 ocasiones con intervalos de 4-6 horas más el fracaso de un órgano o más de 1 que previamente funcionaban correctamente: disminución GC, hipotensión, oliguria, acidosis, aumento de presión intracraneal (PIC), aumento de presión pico torácica.
- b) Presión intraabdominal (PIA) ≥ 12 mmHg registrada al menos en 3 ocasiones con intervalos de 4-6 horas más el fracaso de 2 órganos o más que previamente funcionaban correctamente: disminución GC, hipotensión, oliguria, acidosis, aumento de presión intracraneal (PIC), aumento de presión pico torácica.
- c) Presión intraabdominal (PIA) ≥ 25 mmHg registrada al menos en 3 ocasiones con intervalos de 4-6 horas más el fracaso de dos órganos o más de dos órganos que previamente funcionaban correctamente: disminución GC, hipotensión, oliguria, acidosis, aumento de presión intracraneal (PIC), aumento de presión pico torácica.
- d) Presión intraabdominal (PIA) ≥ 30 mmHg registrada al menos en 3 ocasiones con intervalos de 4-6 horas más el fracaso de un órgano o más de 1 que previamente funcionaban correctamente: disminución GC, hipotensión, oliguria, acidosis, aumento de presión intracraneal (PIC), aumento de presión pico torácica.
- e) Presión intraabdominal (PIA) ≥ 35 mmHg registrada al menos en 3 ocasiones con intervalos de 4-6 horas más el fracaso de un órgano o más de 1 que previamente funcionaban correctamente: disminución GC, hipotensión, oliguria, acidosis, aumento de presión intracraneal (PIC), aumento de presión pico torácica.

→ SCA:

- PIA > 20 mmHg (mantenida en tiempo, NO aislada) registrada al menos 3 ocasiones intervalos 4-6h
- fracaso > 1 órgano previamente funciona correctamente + ahora:
 - (-)GC • oliguria • (+)PIC
 - hipotension • acidosis • (+)Ppic torácica

*correcta: a

. La presión abdominal (PIA) se considera normal, cuando está por debajo de: (2022 diciembre)

- a) 7 mmHg.
- b) 12 mmHg.
- c) 15 mmHg.
- d) 20 mmHg.
- e) 25 mmHg.

. La presión abdominal (PIA) normal es de: (2018 enero)

- a) 26-30 mmHg.
- b) 7-1 mmHg.
- c) 16-20 mmHg.
- d) 12-15 mmHg.
- e) 21-25 mmHg.

→

*correcta: b

. Una de las siguientes no es una causa síndrome compartimental abdominal: (2020 diciembre)

- a) Traumatismo abdominal.
- b) Reanimación excesiva con líquidos.

- c) Ruptura aneurisma aorta abdominal.
- d) Cierre laparotomía a tensión.
- e) Acidosis respiratoria.

*correcta: e

. Una de las siguientes no es una causa de síndrome compartimental agudo: (2017 julio)

- a) Traumatismo abdominal.
- b) Reanimación excesiva con líquidos.
- c) Ruptura aneurisma aorta abdominal.
- d) Cierre laparotomía a tensión.
- e) Acidosis respiratoria.

→ HIA aguda - causas:

- intraperitoneal = trauma abdominal mayor + hemoperitoneo + packing hemostático hígado/bazo
- retroperitoneal = ruptura aneurisma aórtico + traumatismo pélvico
- extrínseco = cierre laparotomía a tensión
- problema de Vd = resucita culín con líquidos (reanimación excesiva st en procesos séptico abdominales = causa importante (+)PIA)

*correcta: e

. El glicocálix es: (2019 enero)

- a) Una parte de la membrana celular, fundamental en el mantenimiento del agua intracelular.
- b) La parte exterior de la membrana basal pulmonar.
- c) La alteración del túbulo renal coma que aparece en la insuficiencia renal aguda prerrenal.
- d) Una barrera de glicoproteínas y proteoglicanos situada en la superficie endotelial con implicaciones en el intercambio de líquidos transcápar.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

→ dinámica fluidos compartimentos - ley starling modificada

- gradiente transcápar = diferencia global hidrostática + oncótica entre plasma-intersticio
- gradiente presión oncótica x barrera glicoproteínas-proteoglicanos en superficie endotelial (glicocálix)
- intercambio transcápar dependen = diferencia presiones entre: plasma - espacio debajo glicocálix endotelial

*correcta: d

. La presión abdominal se suele medir habitualmente en: (2017 enero)

- a) Útero.
- b) Estomago.
- c) Recto.
- d) Vejiga.
- e) Sigma.

→ presión intraabdominal (PIA) - medición => vejiga (forma (+) habitual

*correcta: d

. El aumento de la presión intraabdominal (PIA), en el curso de un síndrome compartimental abdominal (SCA) produce los siguientes efectos: (2024 diciembre)

- a) Disminución la Presión capilar pulmonar (PCP); Aumento presión venosa central (PVC); Disminución del Gasto Cardíaco (GC); Aumento de la Presión Intracraneal (PIC); Disminución flujo sanguíneo renal.
- b) Aumento la Presión capilar pulmonar (PCP); Disminución presión venosa central (PVC); Disminución del Gasto Cardíaco (GC); Aumento de la Presión Intracraneal (PIC); Disminución flujo sanguíneo renal.
- c) Aumento de la Presión capilar pulmonar (PCP); Aumento presión venosa central (PVC); Disminución del Gasto Cardíaco (GC); Aumento de la Presión Intracraneal (PIC); Disminución flujo sanguíneo renal.
- d) Aumento de la Presión capilar pulmonar (PCP); Aumento presión venosa central (PVC); Aumento del Gasto Cardíaco (GC); Aumento de la Presión Intracraneal (PIC); Disminución flujo sanguíneo renal.
- e) Aumento de la Presión capilar pulmonar (PCP); Aumento presión venosa central (PVC); Disminución del Gasto Cardíaco (GC); Aumento de la Presión Intracraneal (PIC); Aumento flujo sanguíneo renal.

. O aumento da presión intraabdominal (PIA), no curso dunha síndrome compartimental abdominal (SCA), produce os seguintes efectos: (2020 diciembre)

- a) Diminución da presión capilar pulmonar (PCP), aumento da presión venosa central (PVC), diminución do gasto cardíaco (GC), aumento da presión intracraneal (PIC), disminución fluxo sanguíneo renal.
- b) Aumento PCP, diminución PVC, diminución GC, aumento PIC, diminución do fluxo sanguíneo renal.
- c) Aumento PCP, aumento PVC, diminución GC, aumento PIC, diminución fluxo sanguíneo renal.
- d) Aumento PCP, aumento PVC, aumento GC, aumento PIC, diminución fluxo sanguíneo renal.
- e) Aumento PCP, aumento PVC, diminución GC, aumento PIC, aumento fluxo sanguíneo renal.

→ (+) PIA = afectación sistémica:

- sistema cardio vascular = (+)PVC/PCP + (-)GC
- renal = (-) flujo sanguíneo renal (insuficiencia renal prerrenal)
- cerebro = (+)PIC + (-)PPC

*correcta: c

. En el síndrome compartimental abdominal, la descompresión quirúrgica se suele indicar con presiones intraabdominales (PIA): (2017 enero)

- a) 5-15 mmHg.
- b) 15-25 mmHg.
- c) 25-35 mmHg.
- d) 35-45 mmHg.
- e) 45-55 mmHg.

→ SCA - tto = inicialmente médico → PIA>25mmHg descompresión Qx

*correcta: c

S. NUTRICIÓN ARTIFICIAL

. A nutrición enteral está contraindicada en las siguientes situaciones excepto: (2022 julio) (2015 enero)

- a) Infección activa.
- b) Diarrea severa.
- c) Fístula intestinal alto débito.
- d) Inestabilidad hemodinámica severa.
- e) Distensión abdominal.

*correcta: a

. La nutrición enteral está contraindicada en las siguientes situaciones, excepto: (2020 julio)

- a) Fase precoz TCE grave.
- b) Fase inicial del Síndrome de Intestino Corto.
- c) Inestabilidad hemodinámica grave.
- d) Diarrea intratable grave (> 1500 ml/d).
- e) Sutura intestinal en 3 semanas previas.

*correcta: e

. A nutrición enteral está contraindicada nas seguintes situacións excepto: (2020 diciembre) (2015 julio)

- a) Obstrucción intestinal distal.
- b) Sangrado gastrointestinal agudo.
- c) Diarrea intratable grave (>1500 ml/día).
- d) Sutura intestinal nas 3 semanas previas.
- e) Fístula intestinal de alto débito (>500 ml/día).

*correcta: d

. La nutrición enteral está contraindicada en las siguientes situaciones excepto: (2016 enero)

- a) Obstrucción intestinal distal.
- b) Sangrado gastrointestinal agudo.
- c) Sutura intestinal en las 3 semanas previas.
- d) Fístula intestinal de alto débito (>500 ml/d).
- e) Diarrea intratable grave (>1500 ml/d).

→ nutrición enteral - contraindicaciones:

- obstrucción intestinal distal
- sangrado gastrointestinal
- fístula intestinal de alto débito (>500mL/d)
- diarrea intratable grave (>1500mL/d)
- fase inicial síndrome intestino corto
- inestabilidad hemodinámica grave

*correcto: d

. Una de las siguientes no es una vía de acceso para una nutrición artificial: (2022 julio) (2016 enero)

- a) Stent duodenal.
- b) Esofagostomía.
- c) Gastrostomía quirúrgica o PEG.
- d) Yeyunostomía.
- e) Sonda nasogástrica.

→ nutrición enteral - vías de acceso - invasivas = faringostomía + esofagostomía + gastrostomía quirúrgica (/PEG) + yeyunostomía + endoprotesis (Wall stent).

*correcta: a

. Una de las siguientes contraindica la realización de una gastrostomía: (2017 enero)

- a) Paciente con neoplasia de esófago.
- b) Paciente inconsciente.
- c) Vaciamiento gástrico anormal.
- d) Paciente con disfunción de pares craneales bajos.

e) Pacientes encamados.

→ nutrición enteral - PEG (gastrostomía endoscópica percutánea) - indicada:

- NO patología primaria estómago
- vaciamiento gastroduodenal normal
- NO reflujo gastroesofágico
- reflejo nauseoso está intacto

*correcta: c

. Respecto á nutrición artificial, unha das seguintes afirmacións é certa: (2020 diciembre)

- a) Unha fórmula nutricional polimérica refírese a unha nutrición parenteral total e unha fórmula oligomérica a unha alimentación enteral.
- b) Unha fórmula nutricional oligomérica refírese a unha nutrición parenteral total e unha fórmula polimérica a unha alimentación enteral.
- c) Ambos son parenterais, pero as fórmulas poliméricas son peptídicas e elementais, mentres que as fórmulas oligoméricas están en forma macromolecular intacta.
- d) Ambos son enterais, pero as fórmulas poliméricas son peptídicas e elementais, mentres que as fórmulas oligoméricas están en forma macromolecular intacta.
- e) Ambos son enterais, pero as fórmulas oligoméricas son peptídicas e elementais, mentres que as fórmulas poliméricas están en forma macromolecular intacta.

→ nutrición enteral - clasificación dietas:

- poliméricas/nutricionalmente completas = nutrientes macro molecular mente intactos (capacidad digestiva enfermo debe estar conservada)
- oligoméricas (peptídicas y elementales) = nutrientes parcialmente hidrolizados

*correcta: e

. Las complicaciones de la nutrición enteral incluyen las siguientes excepto: (2017 junio)

- a) Lesiones bucales.
- b) Diarrea.
- c) Dolor abdominal.
- d) Otitis.
- e) Neumonía.

→ nutrición enteral - complicaciones:

- de la sonda = lesiones nasales + colocación traqueal + úlceras de decúbito esofágicas + obstrucción
- infecciosas = otitis media + contaminación dieta + neumonía aspirativa
- gastrointestinales = diarrea + náusea + vómitos + distensión abdominal + dolor abdominal + estreñimiento

*correcta: a

13. URGENCIA, EMERGENCIA Y TRIAJE

. La causa más importante del colapso de los servicios de urgencia hospitalarios es: (2024 diciembre) (2018 julio)

- a) Los picos de demanda asistencial.
- b) La petición injustificada de pruebas complementarias.
- c) El secuestro de espacio y recursos por los pacientes pendientes de ingreso hospitalario y de valoración especializada.
- d) La escasez de espacio dónde ubicar a los pacientes.
- e) La dotación insuficiente de personal sanitario.

→ servicio urgencia hospitalaria - colapso - causas - hospitalizas = pacientes pendientes (+relevante) → demora ingreso hospitalario (causa +imp colapso)

*correcta: c

. La causa más importante del colapso de los servicios de urgencias hospitalarios es: (2017 enero)

- a) Los picos de demanda asistencial.
- b) La petición injustificada de pruebas complementarias.
- c) El secuestro de espacio y recursos por los pacientes pendientes de ingreso hospitalario y de valoración especializada.
- d) La escasez de espacio dónde ubicar a los pacientes.
- e) La dotación insuficiente de personal sanitario.

→ colapso SUH (servicio urgencias hospitalario) - causas hospitalarias = (+) importantes

- pacientes pendientes → demora ingreso hospitalario = causa (+) importante colapso

*correcta: c

. En un accidente con múltiples víctimas ¿dónde se realiza el tiraje extrahospitalario primario? (2022 diciembre) (2020 julio)

- a) En el puesto médico avanzado.
- b) En el área de socorro.
- c) En el área de salvamento.
- d) En el área base.
- e) En la puerta de urgencias, antes de entrar en el hospital.

*correcta: c

. ¿En qué escenario está indicada la aplicación del método de triaje SHORT? (2018 enero)

- a) En el centro coordinador de emergencias.
- b) En el medio hospitalario.
- c) En el puesto médico avanzado.
- d) En el área de rescate en un accidente con múltiples víctimas.
- e) En ninguno de los anteriores.

→ triaje - métodos extra hospitalarios = START + SHORT ⇒ atención accidentes múltiples víctimas

- primario/básico = se hace en área salvamento / de rescate / zona cero

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes es un objetivo del triaje hospitalario? (2020 julio)

- a) Gestionar la asistencia según un orden justo basado en la urgencia/gravedad del paciente.
- b) Identificar rápidamente a los pacientes con riesgo vital.
- c) Determinar el área más adecuada para tratar al paciente.
- d) Disminuir la congestión del servicio mejorando el flujo de pacientes.
- e) Todos los anteriores son objetivos del triaje hospitalario.

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes no es una función del triaje hospitalario? (2018 enero)

- a) Establecer una prioridad de asistencia dependiendo del momento de llegada del paciente.
- b) Clasificar a los pacientes en función de su urgencia.
- c) Aumentar la seguridad del paciente.
- d) Favorecer la organización asistencial de los servicios de urgencias

→ triaje - hospitalario ⇒ objetivos:

- orden justos según urgencia/gravedad paciente

- disminuir riesgo paciente - identificar rápidamente pacientes riesgo vital

- determinar área (+) adecuada tratar pacientes (áreas funcionales)
- disminuir congestión servicio mejorando flujo pacientes x circuitos asistenciales

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes es un método de triage extrahospitalario? (2014 julio)

- a) Método S.T.A.R.T.
- b) Trauma score.
- c) Sistema de triage de Manchester.
- d) Trauma Index.
- e) Escala de Lindsey.

*correcta: a

. Atiendes como médico del 061 a un paciente accidentado de tráfico, único pasajero de un vehículo que ha impactado contra un árbol. Se trata de un varón joven, atrapado dentro del coche, obnubilado, taquipneico y con una herida en cuero cabelludo sin sangrado activo. ¿Cuál de los siguientes emplearías como método de triage? (2014 enero)

- a) Trauma score.
- b) Sistema español de triage.
- c) S.T.A.R.T.
- d) Sistema de triage de Manchester.
- e) Ninguno.

→ triaje - extrahospitalario - primario (básico) = se hace en área salvamento / de rescate / zona cero → rápido

- START

- SHORT

*correcta: c

. De los siguientes ¿cuál emplearía como método de triage extrahospitalario secundario? (2015 enero)

- a) Método S.T.A.R.T.
- b) Escala de Lindsey.
- c) Sistema de triage de Manchester.
- d) Sistema español de triage (SET).
- e) Modelo andorrano de triage.

→ triaje - extrahospitalario - secundario/avanzado = trauma Index + escala Lindsay

*correcta: b

. Según el método de triage S.T.A.R.T. ¿cuál es la primera medida en la clasificación de pacientes en un accidente con múltiples víctimas? (2014 julio)

- a) Asistencia inicial a pacientes inconscientes.
- b) Separar los pacientes que pueden andar de los que no pueden.
- c) Taponamiento de hemorragias con compromiso vital.
- d) Asistencia prioritaria a pacientes con dificultad respiratoria.
- e) Masaje cardíaco en pacientes en parada cardiorrespiratoria.

→ triaje - extrahospitalario → START = clasificación pacientes 4 colores - 4 parámetros:

1. deambulación = verde
2. calidad respiración
3. perfusión
4. estado mental

*correcta: b

. Según el método de triage S.T.A.R.T. un paciente se clasifica como verde si: (2016 enero)

- a) Respira de forma esporádica.
- b) No presenta heridas con sangrado activo.
- c) Su frecuencia cardíaca es inferior a 100 lpm.
- d) Es capaz de andar.
- e) Responde a órdenes.

*correcta: d

. ¿Qué medidas terapéuticas están incluidas en el sistema de triaje START? (2018 julio)

- a) Apertura de vía aérea.
- b) Compresiones torácicas.
- c) Taponamiento de heridas.
- d) Ventilación boca a boca.
- e) A y C son correctas.

*correcta: e

.Cuál de estas maniobras NO se realiza en el sistema de triaje S.T.A.R.T: (2017 enero)

- a) Apertura de vía aérea.
- b) Palpación del pulso radial.
- c) Valoración del relleno capilar.
- d) Compresión de heridas sangrantes.
- e) Inmovilización cervical.

→ triaje - extrahospitalario - primario:

- NO se hacen maniobras traqueóticas complejas ¡pero! Sí entra taponar hemorragias

→ START

1. deambula
2. respira → apertura vía aérea
3. perfusión → pulso radial = ausente → relleno capilar = >2s → control hemorragia
4. estado mental

*correcta: e

. Asistimos a un accidente de tráfico con una única víctima que se encuentra inconsciente, con sangrado activo por herida en cuero cabelludo y ausencia de respiración tras apertura de vía aérea. La actitud inicial en este caso es: (2017 julio)

- a) Taponamiento de la herida.
- b) Valoración de la perfusión periférica.
- c) Clasificar al paciente como negro (sistema de triaje S.T.A.R.T).
- d) Inmovilización cervical e intubación orotraqueal.
- e) Iniciar compresiones torácicas.

→ triaje básico ⇒ NO respira = negro

*correcta: c

. En un accidente con múltiples víctimas, según el método de triaje S.T.A.R.T, un paciente que no presenta respiración espontánea a pesar de maniobras de apertura de vía aérea se clasificaría como: (2015 julio)

- a) Rojo.
- b) Verde.
- c) Azul.
- d) Naranja.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ triaje - extrahospitalario - primario → START = 4 parámetros

1. deambula = verde
2. calidad respiración - respira = SI (rojo) / NO (negro)
3. perfusión
4. estado mental

*correcta: e

. ¿Cuál sería la actitud más correcta con el paciente de la pregunta anterior?: (2015 julio)

- a) Iniciar compresiones torácicas.
- b) Desfibrilación.
- c) Asumir que ha fallecido y clasificar como negro.
- d) Intubación orotraqueal.
- e) Traslado hospital de tercer nivel.

→

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes es un método de triage hospitalario? (2017 junio)

- a) S.T.A.R.T
- b) Escala de Lindsey.
- c) Sistema de triage de Manchester.
- d) Trauma index.
- e) Revised trauma score.

→ triaje - métodos triaje:

- extrahospitalario = START + SHORT
- mixtos = trauma Index + escala Lindsay
- hospitalario = Manchester Triage System (MTS)

*correcta: c

. Señale la falsa respecto al sistema de triaje de Manchester: (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Su objetivo es el diagnóstico precoz de patología urgente.
- b) Es un sistema informatizado.
- c) Clasifica a los pacientes en 5 niveles de urgencia.
- d) Lo realiza personal de enfermería cualificado.
- e) Es el sistema adoptado por el SERGAS para el triaje hospitalario.

*correcta: a

. Señale la respuesta falsa respecto al sistema de triaje de Manchester: (2016 enero)

- a) Es un sistema informatizado.
- b) Lo realiza personal de enfermería.
- c) Clasifica a los pacientes en 5 niveles de urgencia.
- d) Es un sistema de triaje extrahospitalario.
- e) El máximo nivel de urgencia es el rojo.

*correcta: d

. Señale la respuesta falsa respecto al sistema de triaje de Manchester: (2015 enero)

- a) Es el método de triaje extrahospitalario adoptado por el Sergas.
- b) Lo realiza personal de enfermería.
- c) Clasifica a los pacientes en 5 niveles de urgencia.
- d) Es útil en la organización funcional de los servicios de urgencia.
- e) Los pacientes clasificados como rojo requieren asistencia inmediata.

→ triaje - hospitalario → Manchester Triage System (MTS)

- métodos informatizados para que los hagan enfermería entrenada en triaje
- clasifica pacientes 5 niveles urgencia asistencia clínica
- buscan valoración primaria - NO dx
- rojo = crítico = inmediato

*correcta: a

. Según el sistema de triaje de Manchester ¿con qué color se clasifican los pacientes que precisan asistencia médica? (2014 enero)

- a) Negro.
- b) Rojo.
- c) Naranja.
- d) Verde.
- e) Amarillo.

→ triaje - hospitalario = Manchester Triage System (MTS)

1. rojo = resucitación inmediata
2. naranja = emergencia (muy urgente)
3. amarillo = urgente
4. verde = estándar (precisa asistencia médica)
5. azul = NO urgente (leve)

*correcta: d

14. DISNEA

. El concepto de disnea aguda: (2015 enero)

- a) Implica una presión parcial de oxígeno en sangre inferior a 55 mmHg.
- b) Debe presentar siempre una frecuencia respiratoria superior a 25 respiraciones/minuto.
- c) Es sinónimo de taquipnea.
- d) Excluye aquellos casos cuya etiología es una enfermedad del aparato respiratorio.
- e) Se define como una sensación subjetiva de falta de aire, de percepción aumentada de la respiración o sensación de dificultad para respirar, que se instaura en horas o días.

→ disnea:

- sensación subjetiva falta aire
- sensación dificultad para respirar + percepción aumentada respiración
- aguda = se desarrolla en corto periodo tiempo (min/h/d)

*correcta: e

. Sobre los signos de gravedad de la disnea, todas las respuestas son ciertas, excepto una: (2019 enero)

- a) Alteración del estado mental.
- b) Saturación de oxígeno $\geq 94\%$.
- c) Acidosis ($\text{pH} < 7,35$).
- d) Hipercapnia ($\text{PaCO}_2 > 45$ mm Hg).
- e) Utilización de musculatura accesorio.

→ disnea aguda - signos gravedad

1. alteración estado mental
2. taquipnea ($> 30-35$ rpm)
3. taquicardia (> 125 lpm)
4. uso musculatura accesorio
5. incardinación toraco-abdominal
6. $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg / $\text{SatO}_2 < 90\%$
7. hipercapnia: $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg
8. acidosis: $\text{pH} < 7,25-7,30$

*correcta: b

. Ante un paciente con disnea aguda: (2014 julio)

- a) La laringoscopia es la primera exploración a realizar.
- b) Debe realizarse una TAC como exploración complementaria en todos los casos.
- c) La hipercapnia con una PaCO_2 superior a 60 mmHg es un criterio de gravedad.
- d) La imposibilidad de conseguir una saturación de oxígeno superior al 90% administrando oxígeno suplementario es un criterio de gravedad.
- e) c y d son correctas.

→ cuidado la d = los pacientes con EPOC graves que tienen pulmones incapacitados y acostumbrados a rangos de $90\% \text{satO}_2$ tienen un cerebro que no respira x exceso CO_2 (como en personas normales) porque se ha acostumbrado a este al siempre tenerlo alto sino que respira x falta O_2 → si le das mucho O_2 su cerebro piensa que tiene suficiente O_2 inhibiendo el estímulo de emergencia ("ya tengo P_2 de sobra, no hace falta respirará tanto" dice el cerebro) = hipoventila = (+)acumulación CO_2 = coma hipercápnica

*correcta: e

. Ante un paciente con disnea aguda: (2014 enero)

- a) La laringoscopia es la primera exploración a realizar.
- b) Debe realizarse una TAC como exploración complementaria en todos los casos.
- c) La acidosis respiratoria con un pH menor de 7,25 es un criterio de gravedad.
- d) La frecuencia cardiaca superior a 90 latidos/minuto es un criterio de gravedad.
- e) Ninguna es correcta.

→ disnea aguda - signos gravedad:

- alteracion estado mental
- taquipnea $> 30-35$ rpm
- taquicardia > 125 lpm
- uso musculatura accesorio
- incoordinación toraco-abdominal
- $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg / $\text{StO}_2 < 90\%$

- hipercapnia $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$ - acidosis $\text{pH} < 7,25-7,30$
 - SI estridor => laringoscopia urgente
 - NO estridor => valorar intubación
- > disnea - exploración complementaria = TAC -> TEP
- *correcta: c

. En la valoración de los pacientes con disnea, ¿qué respuesta es correcta?: (2019 enero)

- Es importante conocer la forma y el momento de inicio de la disnea.
- Debe saberse la intensidad de la disnea.
- Debe investigarse la presencia de otros síntomas y signos asociados.
- Debe preguntarse por la existencia de neoplasias conocidas, ingresos hospitalarios previos, o cirugía reciente.
- Todas las anteriores son ciertas.

-> disnea - Hª clínica

1. enfermedad actual

- cronología = forma + momento inicio - intensidad disnea = (MRC)
- desencadenantes - eventos precedentes

2. AP

- hábitos tóxicos - profesión / aficiones
- alergias - Cx/ procedimientos previos

3. FR

- fumador - Hª neoplasia
- asma - ingresos hospitalarios previos
- FRCV - tos + fiebre + expectoración
- Cx ortopédica

*correcta: e

. En un paciente con disnea de inicio súbito, que hace 15 días fue intervenido de una fractura de tibia y peroné, debe valorarse siempre una de las siguientes opciones diagnósticas: (2015 julio)

- Tromboembolismo pulmonar.
- Infarto agudo de miocardio.
- Pericarditis aguda.
- Ninguna de las anteriores.
- Todas las anteriores.

-> disnea aguda - Hª clínica - factores riesgo => Cx ortopédica reciente = frecuente TEP

*correcta: a

. En la disnea aguda: (2014 junio)

- Puede ser necesario iniciar tratamiento empírico mientras se desarrolla el proceso diagnóstico, aún en ausencia de diagnóstico definitivo.
- La primera medida a tomar será la intubación y la ventilación mecánica en todos los casos.
- Los antecedentes personales del paciente y la evolución de los síntomas previa a la consulta urgente no son relevantes en la evaluación de la disnea aguda.
- Debe evaluarse la vía aérea superior, mediante laringoscopia, para descartar patología a ese nivel como cuerpos extraños o edema de glotis.
- a y d son correctas.

-> disnea aguda

- 1º distinguir urgente/NO urgente => ambos casos = tto empírico a espera proceso dx

1. signos gravedad

2. estridor = obstrucción vía aérea superior

- SI estridor = laringoscopia urgente -> buscar: cuerpo extraño, tumor, edema glotis, absceso faríngeo/laríngeo
- NO estridor = valorar intubación

3. dx etiológico

*correcta: e

.Cuál de las siguientes es falsa: (2016 enero)

- La disnea aguda es una situación potencialmente grave que requiere atención médica urgente.

- b) La taquicardia superior a 150 latidos/minuto es un signo de gravedad en la disnea.
- c) En la historia clínica es de ayuda la cronología de la disnea, la forma y momento de inicio del síntoma.
- d) La TAC de tórax es una prueba complementaria imprescindible en el estudio de todos los casos de disnea.
- e) El ecocardiograma puede ser de utilidad en el estudio etiológico de los pacientes con disnea relacionada con cardiopatía estructural.

→ disnea aguda:

- no siempre tiene que ser grave pero la aguda sugiere mayor gravedad
- signos gravedad = taquicardia >125lpm
- Hª clínica = enf actual → cronología = forma + momento inicio
- pruebas complementarias = TAC (TEP) + ecocardi (cardiopatía estructural)

*correcta: d

. En la disnea aguda: (2014 enero)

- a) La causa puede ser un tromboembolismo pulmonar (TEP).
- b) El electrocardiograma puede ser de ayuda para establecer el diagnóstico de TEP como responsable de la disnea.
- c) La gasometría arterial con alcalosis respiratoria refuerza la hipótesis diagnóstica de TEP.
- d) La TAC es de utilidad en el diagnóstico diferencial.
- e) Todas son correctas.

→ disnea:

- causas (disnea aguda) = pulmonar (asma, atelectasia, edema NO cardiogénico, neumonía, embolismo pulmonar) + NO pulmonar
- pruebas complementarias
 - gasometría => alcalosis = TEP
 - ECG => SCA + TEP (SIQ3T3)
 - TAC = prueba confirma dx TEP

*correcta: e

. Un paciente con dolor torácico y disnea de aparición súbita acude al Servicio de Urgencias. ¿Cuál de las siguientes decisiones le parece MENOS habitual?: (2020 diciembre)

- a) Solicitar una radiografía de tórax.
- b) Solicitar un dímero D.
- c) Pedir una ecografía abdominal.
- d) Pedir una ecocardiografía.
- e) Solicitar una gasometría arterial.

→ ecografía abdominal NO prueba estándar evalúa disnea aguda → otras pruebas sí ayudan diferencia neumonía/TEP/fallo cardíaco.

*correcta: c

. Un varón de 48 años, fumador ocasional de fin de semana, que trabaja de administrativo y refiere hipertensión leve por lo cual hace tratamiento dietético sin precisar tratamiento farmacológico, acude a urgencias por un cuadro de disnea de dos días de evolución. ¿Cuál es la opción falsa?: (2024 enero)

- a) La historia clínica, evaluando los desencadenantes puede aportar información relevante para el diagnóstico.
- b) Si asocia tos, expectoración purulenta y fiebre, la radiografía de tórax será de utilidad para confirmar el diagnóstico.
- c) La presencia de roncus de predominio inspiratorio asociadas a la disnea confirma el diagnóstico de asma.
- d) Asociada con dolor torácico, hemoptisis, hipoxemia y radiografía de tórax normal es compatible con tromboembolismo pulmonar.
- e) Todas son falsas.

. Ante un paciente con disnea aguda, cuál es falsa: (2015 julio)

- a) La historia clínica, evaluando los desencadenantes puede aportar información relevante para el diagnóstico.
- b) Si asocia tos, expectoración purulenta y fiebre, la radiografía de tórax será de utilidad para confirmar el diagnóstico.
- c) La presencia de sibilancias asociadas a la disnea confirma el diagnóstico de asma.
- d) Asociada con dolor torácico, hemoptisis, hipoxemia y radiografía de tórax normal es compatible con tromboembolismo pulmonar.
- e) Todas son falsas.

→ disnea:

- historia clínica - valoración factores riesgo = tos + fiebre + expectoración = sugestivo bronquitis aguda / neumonía → DD x Rx tórax
 - dolor pleurítico + hemoptisis + síncope = TEP/infarto pulmonar
 - sibilancias = sugestivo Asma (dx confirmación x espirometría / respuesta tto)
- *correcta: c

. Un home de 62 anos, fumador de 20 cigarros diarios, hipertenso ben controlado con tratamento oral, dado de alta no hospital 48 horas antes onde fora intervido por unha fractura de fémur, acode a urxencias por presentar dor torácica e dispnea intensa de poucas horas de evolución, sen febre nin expectoración. Na exploración física inicial obxectívase temperatura de 36,5 °C, pulso de 140 lpm, taquipnea a 35 respiracións por minuto, tensión arterial 170/100 mmHg. Cal é a opción correcta? (2020 decembro)

- a) Pode ser dado de alta a domicilio con cita en consultas xa que non presenta criterios de gravidade.
- b) O electrocardiograma non é necesario xa que non sería de utilidade
- c) O máis probable é que presente unha condensación alveolar multilobar na radiografía de tórax.
- d) O dímero D probablemente estea elevado.
- e) Todas son falsas.

→ Cx recente (st fémur) + disnea súbita + taquicardia = TEP → elevación dímero D

*correcta: d

. Una paciente con dolor torácico que aumenta con la respiración profunda y la tos que aparece súbitamente días después de estar inmovilizada por una fractura de tibia y peroné, es necesario descartar en primer lugar como causa probable: (2015 enero)

- a) Tromboembolismo pulmonar.
- b) Infarto agudo de miocardio.
- c) Disección de aorta.
- d) Neumonía.
- e) Ninguno de los anteriores.

→ disnea súbita → clínica = dolor pleurítico + hemoptisis + síncope → TEP / infarto pulmonar

*correcta: a

. Una mujer de 34 años, sin alergias conocidas a medicamentos, peluquera, nunca fumadora, no bebedora, acude a urgencias por aumentos de disnea de pocas horas de evolución, tos irritativa y opresión torácica. En los días previos se despertó algunas noches con sibilancias espontáneas, aunque también presenta episodios durante el día, tanto al andar como en reposo. Andar de prisa le produce tos. En la infancia había tenido algunos episodios similares, pero lleva varios años sin presentar estos síntomas. La saturación de oxígeno es del 95% a su llegada a urgencias, la frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, la frecuencia cardíaca de 89 latidos/minuto, la temperatura de 36,5°C. En la auscultación pulmonar se observan sibilancias dispersas en ambos campos pulmonares. La auscultación cardíaca es rítmica sin soplos, y no presenta edemas en miembros inferiores. ¿Cuál es la opción incorrecta? (2020 enero)

- a) Estamos ante una situación de riesgo porque presenta criterios de gravedad.
- b) La radiografía de tórax puede ser normal en estas situaciones.
- c) Es probable que se trate de una agudización de asma.
- d) El diagnóstico de edema pulmonar cardiogénico es poco probable.
- e) El diagnóstico de neumonía no parece probable.

→ joven + opresión torácica + sibilancias = asma

*correcta: a

. Un varón de 62 años, camarero jubilado, exfumador desde los 55 años dem40 paquetes-año, con hipertensión e hiperlipemia en tratamiento, acude a urgencias por un cuadro de 1-2 días de evolución de sensación subjetiva de falta de aire. Refiere que 3-4 días antes empezó con tos, aumento del volumen de expectoración que es de color blanco-amarillento y sensación distérmica. En la exploración física destaca la tensión arterial es de 140/90 mmHg, la frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto, la temperatura corporal de 37,9°C, utilización de musculatura respiratoria accesoria, la auscultación cardíaca con taquicardia rítmica y la pulmonar con crepitantes en base pulmonar derecha. La saturación de oxígeno es del 88% con oxígeno suplementario a 6 litros por minuto. El electrocardiograma demuestra taquicardia sinusal, el dímero D está dentro de los límites de la normalidad, en el hemograma se observa leucocitosis y neutrofilia ¿Cuál es la opción falsa? (2024 junio)

- a) El cuadro clínico es compatible con disnea aguda.

- b) Presenta criterios de gravedad.
- c) La radiografía de tórax puede ser de utilidad.
- d) Los datos disponibles permiten establecer con seguridad del diagnóstico de tromboembolismo pulmonar.
- e) Es probable que tenga una neumonía.

→ una x una

- disnea aguda = sensación subjetiva falta de aire - periodo corto de tiempo (1-2d)
- criterios gravedad = uso musculatura accesoria + taquicardia 140lpm + hipoxemia grave ($stO_2 < 90\%$)
- disnea + tos con expectoración + fiebre + crepitantes + leucocitos/neutrofilia = neumonía → Rx tórax = condensaciones
- dímero D normal = descarta TEP

*correcta: d

. Una mujer de 52 años, peluquera de profesión, sin alergias conocidas ni historia previa de enfermedades respiratorias, fumadora activa de 20 cigarrillos diarios (acumulado 30 paquetes-año), no bebedora, con hiperlipemia leve que controla bien con dieta, sin antecedentes de intervenciones quirúrgicas, acude a urgencias por un cuadro de 5-6 días de evolución de disnea, tos, opresión torácica y sensación distérmica, sin ortopnea ni edemas en miembros inferiores. Refiere que desde hace 2-3 años presenta tos y expectoración matutina casi todos los días del año. La tensión arterial es de 140/95 mmHg, la frecuencia respiratoria de 20 por minuto, la frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, la temperatura de 36.9°C. La auscultación cardíaca es rítmica sin soplos y la pulmonar con roncus bilaterales.

La radiografía de tórax presenta datos compatibles con hiperinsuflación sin otras alteraciones, la analítica leve leucocitosis con neutrofilia y dímero D dentro de la normalidad. La gasometría realizada con oxígeno suplementario a 3 litros por minuto muestra una PaO_2 de 54 mmHg, una $PaCO_2$ de 56 mmHg, con pH normal. ¿Cuál es la opción incorrecta? (2024 junio)

- a) El diagnóstico de neumotórax significativo es poco probable.
- b) Puede ser tratada de forma ambulatoria ya que no presenta criterios de gravedad.
- c) Probablemente se trata de una agudización de EPOC.
- d) El diagnóstico de neumonía está razonablemente descartado.
- e) No parece necesario realizar una TAC de tórax, al menos en fase aguda.

→ una x una

- neumotorax = línea pleural Rx + dolor pleurítico súbito → no es el caso
- criterios gravedad = $PaCO_2 > 50$ + $PaO_2 < 60$ + $pH < 7.3$ (acidosis)
- fumadora + tos con expectoración + opresión + roncus bilaterales = EPOC are agudizada → Gasometría arterial: hipoxemia + hipercapnia
- neumonía = fiebre + crepitantes + condensación Rx → no tenemos nada de esto así que descartamos
- dímero D normal = descartamos TEP → TAC confirma TEP

*correcta: b

. Un varón de 72 años sin alergias conocidas a medicamentos, albañil jubilado, exfumador desde hace 3 años de 50 paquetes/años, bebedor de medio vaso de vino con las comidas, acude a urgencias por presentar aumento de tos y disnea desde hace varias semanas. En los últimos 4-5 días presentó expectoración purulenta y fiebre superior a 38°C en dos ocasiones. Estuvo tomando antitérmicos, mejorando algo los síntomas durante unas horas, pero globalmente está empeorando de forma progresiva. Es hipertenso en tratamiento con enalapril, diabético que se controla con dieta y ejercicio, y ha sido intervenido de una prótesis de rodilla hace 4 años, con buena recuperación funcional. Tiene una espirometría de hace un año con un FEV1 del 70%, un cociente FEV1/FVC de 60, y una prueba broncodilatadora negativa. A su llegada a urgencias la tensión arterial es de 150/85 mmHg, la frecuencia cardíaca de 92 latidos/minuto, la frecuencia respiratoria de 18 respiraciones/minuto, la temperatura de 38.2°C, y la saturación de oxígeno a su llegada es del 83%. En la auscultación pulmonar se observan crepitantes en campos medios y basales derechos. La auscultación es rítmica, con un soplo sistólico aórtico 2/6. Una gasometría revela una PaO_2 de 52 mm Hg y una $PaCO_2$ de 65 mm Hg, con pH normal. >La analítica revela leucocitosis y neutrofilia. De las siguientes opciones cual es la incorrecta: (2020 enero)

- a) Puede tratarse de una agudización de EPOC.
- b) Lo más probable es que se trate de una agudización de asma.
- c) Una radiografía de tórax puede ser de mucha utilidad.
- d) El diagnóstico de neumonía es probable.
- e) Estamos ante una situación de riesgo porque presenta criterios de gravedad.

→ tos + expectoración + fiebre + dolor pleurítico = neumonía/EPOC reagudizado

- fiebre + dolor + crepitantes + condensaciones Rx = neumonía
- fumador + Hipercapnia + torax en tonel = EPOC reagudizado

→ signos gravedad = $pO_2 < 60$ + $stO_2 < 90\%$

*correcta: b

. Acude a urgencias por disnea aguda un paciente de 75 años de edad, ex-fumador, con un cuadro clínico de una semana de evolución de tos, aumento progresivo de disnea y de ortopnea por lo cual duerme con dos almohadas. En la exploración física se observan edemas en miembros inferiores y sibilancias. En las exploraciones complementarias una radiografía de tórax con cardiomegalia y patrón intersticial, y en la gasometría insuficiencia respiratoria. En las últimas horas ha presentado incremento de la disnea que interfiere con el habla e intolerancia al decúbito. El diagnóstico más probable es: (2024 enero) (2015 julio)

- a) Cáncer de pulmón.
- b) Asma.
- c) Neumonía.
- d) Edema pulmonar cardiogénico.
- e) Embolismo pulmonar.

→ empeoramiento súbito de disnea progresivo

- clínica acompañante = tos + disnea paroxística nocturna + edema + oliguria
- sospecha dx = IC / edema agudo pulmón
- gravedad = taquipnea + IYV + crepitantes bilaterales + ECG arritmias malignas y signos isquemia + Rx: infiltrado bilateral (derrame) + análisis: fracaso multiprónico

→ caso clínico visto en clase

- clínica = disnea + ortopnea + disnea paroxística nocturna + tos + expectoración rosada
- EF = taquipnea + IYV + cianosis + palidez + sudoración + hepatomegalia + edemas + ACR 3º/4º ruidos, soplos, crepitantes bilaterales, sibilancias
- PC => gases: hipoxemia +/- hipercapnia + acidosis / Rx: cardiomegalia + patrón alveolar perihiliar/intersticial + líneas Keeley + http postcapilar / enzimas cardiacas (IAM)
- Dx = edema pulmón cardiogénico

*Sibilancias (itrampa!) -> no te dejes engañar por ellas. Como vimos, el "asma cardíaco" produce sibilancias por el edema bronquial. Si hay cardiomegalia y ortopnea, las sibilancias son por el corazón, no por asma primario.

→ dx rápido = ortopnea + crepitantes bilaterales + cardioembolia (Rx) + edemas piernas = edema pulmón cardiogénico

*correcta: d

[colocar]

ENERO 2020. Un varón de 70 años acude a urgencias por presentar fiebre de 39.6°C desde hace dos días, asociada con malestar general, mialgias, tos irritativa y disnea. Supone el segundo episodio en un mes, ya que hace unos 20 días tuvo otro episodio similar, de unos 4-5 días de duración, que mejoró con antitérmicos desapareciendo la fiebre durante unos 20 días, pero persistiendo síntomas como la tos y el malestar general. En algunos momentos presenta desorientación en tiempo, espacio y persona. Como antecedentes personales destacar que es exfumador, hipertenso y diabético con tratamiento oral para ambas enfermedades. En la analítica destacar leucocitosis (16000/mm3) y creatinina sérica de 4.2 mg/del, siendo sus valores habituales de 1.7 mg/del. ¿Cuál es la opción falsa?

- a. Debe iniciarse antibioterapia empírica ya que presenta criterios de gravedad
- b. Puede considerarse como fiebre recurrente, ya que desaparece y vuelve a aparecer
- c. La etiología respiratoria es probable
- d. Debe iniciarse ingreso hospitalario
- e. La radiografía de tórax puede aportar información para establecer el diagnóstico

DECEMBRO 2020. Unha muller de 46 anos, perruqueira de profesión, fumadora ocasional de fin de semana, acode a urxencias por presentar dispnea progresiva, tose irritativa e opresión torácica dende hai 3 días. Dende hai uns anos presenta cadros similares moito máis leves, autolimitados, que nalgũa ocasión se acompañan de sibilancias. Na exploración física obsérvase unha frecuencia cardíaca de 140 lpm, unha frecuencia respiratoria de 140/100 mmHg, saturación de osíxeno ao 86% con osíxeno por máscara ao 40%. A radiografía de tórax é normal. Cal é a opción correcta?

- a. O diagnóstico máis probable é a pneumonía

- b. Trátase dunha dispnea sen criterios de gravidade, polo cal pode remitirse a domicilio con analgesia
- c. Probablemente se trate dunha agudización asmática
- d. É probable que presente derrame pleural
- e. Todas son falsas

ENERO 2019. Sobre los signos de gravedad de la disnea, todas las respuestas son ciertas, excepto una:

- a. Alteración del estado mental
- b. Saturación de oxígeno $\geq 94\%$
- c. Acidosis ($\text{pH} < 7,35$)
- d. Hipercapnia ($\text{PaCO}_2 > 45$ mm Hg)
- e. Utilización de musculatura accesoria

ENERO 2019. En la valoración de los pacientes con disnea, ¿qué respuesta es correcta?:

- a. Es importante conocer la forma y el momento de inicio de la disnea
- b. Debe saberse la intensidad de la disnea
- c. Debe investigarse la presencia de otros síntomas y signos asociados
- d. Debe preguntarse por la existencia de neoplasias conocidas, ingresos hospitalarios previos, o cirugía reciente
- e. Todas las anteriores son ciertas

ENERO 2020. En un paciente con disnea de comienzo súbito a las tres de la madrugada, que acude a urgencias y presenta datos de congestión pulmonar con crepitantes en ambas bases pulmonares y tercer ruido- ¿Cuál de las siguientes medidas estará indicada?

- a. Nitroglicerina
- b. Diuréticos
- c. Morfina
- d. Nitroprusiato
- e. Todos los anteriores

JULIO 2018. Una paciente de 54 años, sin antecedentes de interés salvo una fractura de tobillo hace 12 días, acude a urgencias porque ha presentado una pérdida breve de conciencia (de un minuto de duración), de la que se ha despertado con sensación de mareo y disnea. En la exploración destaca PA 82/55 mmHg, FC 120 lpm rítmico, afebril, palidez, friabilidad cutánea y el resto del examen normal. La radiografía de tórax es normal y en el electrocardiograma solo hay taquicardia sinusal. La posibilidad más importante a considerar es, entre las siguientes:

- a. tromboembolismo pulmonar
- b. hemorragia digestiva
- c. infarto agudo de miocardio en edema agudo de pulmón
- d. taponamiento pericárdico
- e. sepsis

JULIO 2018. Un varón de 62 años, fumador activo de 15 cigarrillos diarios, que trabaja de albañil, acude a urgencias por presentar disnea progresiva de 2 días de evolución que aumenta en cama, tos con expectoración escasa y opresión torácica al caminar más de 300 m por llano. En la exploración física destaca una frecuencia cardíaca de 145 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 36 respiraciones por minuto, roncus bilaterales, soplo sistólico aórtico y ligeros edemas pretibiales. En las exploraciones complementarias el hemograma muestra ligera leucocitosis con neutrofilia, La gasometría da una PaO_2 de 62 mmHg y un pH de 7,23. ¿Cuál es la respuesta falsa?

- a. puede tratarse de una agudización de EPOC
- b. la acidosis que presenta es un criterio de gravedad
- c. dado que presenta una PaO_2 superior a 60 mmHg se descarta un cuadro grave
- d. presenta más de un criterio de gravedad
- e. una historia clínica detallada permite orientar el diagnóstico

JULIO 2018. Una mujer de 34 años, peluquera, nunca fumadora, acude a urgencias por un cuadro de disnea, tos y opresión torácica de pocas horas de evolución. refiere que ha presentado episodios similares en los últimos años menos intensos, de predominio en otoño e invierno. La radiografía de tórax es normal, el electrocardiograma muestra un ritmo sinusal, El hemograma discreta leucocitosis con neutrofilia y la gasometría una PaO_2 de 68 mmHg, PaCO_2 44 mmHg, pH de 7,34- ¿Cuál es la opción correcta?

- a. La PaO_2 Baja de este paciente es un criterio de gravedad

- b. el diagnóstico más probable es una neumonía
- c. la agudización de asma puede descartarse dado que no presenta factores de riesgo y la sintomatología no concuerda con esta enfermedad
- d. la frecuencia respiratoria tan elevada que presenta es un criterio de gravedad
- e. todas son falsas

JULIO 2018. JULIO 2017. En un paciente con disnea de comienzo súbito a las 3:00 h de la madrugada, que acude a urgencias y presenta datos de congestión pulmonar con crepitantes en ambas bases pulmonares y tercer ruido y una TA 220/120. ¿cuál de las siguientes medidas no estará indicada?

- a. Nitroglicerina
- b. Diuréticos
- c. Morfina
- d. Trombólisis
- e. Nitroprusiato

. Un varón de 74 años, albañil jubilado, acude a urgencias por aumento progresivo de disnea desde hace varios meses, acompañado de tos irritativa, sobre todo al andar rápido. en la última semana se ha despertado de noche varios días por disnea, que mejora al sentarse en cama. Durante el día presenta edemas en miembros inferiores que mejoran durante la noche, siendo mínimos al levantarse por las mañanas. Es fumador activo con un consumo acumulado de 50 paquetes/año, bebedor moderado con las comidas. Es diabético desde hace 6 años, hipertenso desde hace 10 años y sabe que tiene el colesterol elevado pero solo hace tratamiento dietético. En la exploración física presenta una tensión arterial de 160/100 mmHg, pulso de 140 latidos/minuto, temperatura de 36,5°C, y una frecuencia respiratoria de 24/minuto. La saturación de oxígeno es del 85% estado sentado, que disminuye al 80% en decúbito, presentando además ingurgitación yugular. En la auscultación destaca la presencia de crepitantes bilaterales hasta campos medios. De las siguientes cual es la opción correcta: (2017 julio)

- a) En la radiografía de tórax se puede verse a cardiomegalia y derrame pleural, que apoyaría la principal hipótesis diagnóstica.
- b) La TAC de tórax es obligatoria de forma urgente para establecer el diagnóstico.
- c) La gasometría puede ser de ayuda para evaluar la gravedad del paciente.
- d) A y C son correctas.
- e) B y C son correctas.

→

*correcta:

. En el abordaje diagnóstico de la disnea aguda: (2015 enero)

- a) Los datos de la historia clínica, identificando los antecedentes personales del paciente, los síntomas y la secuencia temporal de los mismos, son relevantes para el diagnóstico final.
- b) Lo más relevante son las exploraciones complementarias, ya que una gasometría arterial normal nos permite excluir que tenga alguna enfermedad subyacente.
- c) La combinación de disnea, tos y opresión torácica, junto con sibilancias en la auscultación y una radiografía de tórax sin alteraciones es compatible con asma.
- d) Ninguna es correcta.
- e) a y c son correctas.

→ disnea aguda

1. Signo gravedad = NO

2. Dx etiológico:

- Hª clínica = enfermedad actual (cronología, desencadenantes, signos-síntomas, precedentes) + antecedentes personales + FR
- EF
- pruebas complementarias

→ disnea súbita → clínica = tos paroxística + sibilancias = broncoespasmos / crisis asmática → gaso + Rx + AS → abolición ventilación +hipoxemia-hipercapnia

*correcta: e

. Una mujer de 29 años, peluquera, acude a urgencias por aumento de disnea de 2 semanas de evolución, opresión torácica y episodios repetidos de tos irritativa, que lo despiertan por la noche. Ha tenido episodios similares en los últimos dos años, con gran mejoría durante las vacaciones. Hacía deporte de forma regular, pero lo ha dejado, ya que en los últimos dos años le da la tos y en ocasiones presenta opresión torácica. No tiene alergia a ningún medicamento, nunca ha fumado ni consume alcohol. Como único tratamiento toma anticonceptivos orales. Desde la adolescencia presenta atascos nasales frecuentes, con rinorrea y estornudos. En la exploración física presenta sibilancias bilaterales en ambos campos pulmonares, una frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto, taquipnea a más de 30 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno del 94% a aire ambiente. ¿Cuál es la opción correcta? (2018 enero)

- a) En la gasometría arterial a su llegada a urgencias es probable observar un pH superior a 7,45.
- b) La radiografía de tórax puede ser normal.
- c) Los datos de la historia clínica y de las exploraciones realizadas son compatibles con agudización de asma.
- d) Es necesario trasladarla a una unidad de críticos porque presenta criterios de disnea aguda grave.
- e) a, b y c son correctas.

*correcta: e

. Una paciente de 28 años, nunca fumadora, que trabaja como secretaria, sin antecedentes de otras enfermedades, acude a urgencias por un cuadro de pocas horas de evolución de tos irritativa, disnea intensa, opresión torácica y sibilancias. En la exploración física destaca que presenta taquipnea que interfiere con el habla (Frecuencia respiratoria mayor de 30 respiraciones/minuto), afebril, en la auscultación sibilancias bilaterales. En las exploraciones complementarias la radiografía de tórax no presenta alteraciones, el hemograma con leucocitosis leve en el límite de la normalidad, y en la gasometría presentaba alcalosis respiratoria inicialmente, pero en un control posterior presenta un pH de 7,26. ¿Cuál es la opción correcta?: (2017 enero)

- a) La determinación de pro-BNP debe realizarse en esta paciente ya que probablemente esté elevado dada la sospecha clínica.
- b) Un diagnóstico muy probable es la agudización asmática.
- c) Es un paciente con criterios de gravedad.
- d) B y C son correctas.
- e) Todas son correctas.

→ disnea aguda

- signos gravedad = taquipnea + acidosis

- gasometría - asma = alcalosis - normal - acidosis ⇒ paciente asmático [after alcalosis] = normalidad pH = agotamiento musculatura = riesgo muerte

- sibilancias + tos paroxística = broncoespasmos / crisis asmática

*correcta: d

. Ante un paciente con disnea aguda, cuál es falsa: (2015 julio)

- a) La historia clínica, evaluando los desencadenantes puede aportar información relevante para el diagnóstico.
- b) Sí asocia tos, expectoración purulenta y fiebre, la radiografía de tórax será de utilidad para confirmar el diagnóstico.
- c) La presencia de sibilancias asociadas a la disnea confirma el diagnóstico de asma.
- d) Asociada con dolor torácico, hemoptisis, hipoxemia y radiografía de tórax normal es compatible con tromboembolismo pulmonar.
- e) Todas son falsas.

→ disnea aguda - historia clínica - valoración factores riesgo:

- tos + fiebre + expectoración (infección/neumonía/otitis) = orienta bronquitis aguda / neumonía → DD x Rx tórax

→ disnea súbita - clínica:

- dolor pleurítico + hemoptisis + síncope = TEP / infarto pulmonar

- tos paroxística + sibilancias = broncoespasmo / crisis asmática (sugiere) → realizar: gaso + Rx + AS

*correcta: c

. Una mujer de 58 años ingresa en la unidad de corta estancia médica por un cuadro clínico que comenzó con un episodio de síncope y a continuación presentó sensación de mareo y disnea. En la exploración física se encuentra sudorosa, afebril a 126 lpm y a 30 rpm, con una presión arterial de 88/46 mmHg y una saturación de oxígeno del 85% mientras respira aire ambiente. La auscultación cardíaca muestra taquicardia sin soplos ni galope y la auscultación pulmonar es normal. Los análisis de sangre rutinarios y la Rx de tórax no muestran alteraciones. ¿Cuál de las siguientes pruebas diagnósticas consideras que es más recomendable en este caso? (2014 enero)

- a) Colocación de sonda nasogástrica y determinación de hematocrito.
- b) Electrocardiograma y determinación de dímeros D, troponina y BNP.
- c) Gammagrafía de ventilación/perfusión.
- d) Tac craneal.
- e) Angio TAC torácico.

→ disnea aguda

1. signos gravedad = alteración estado mental + taquicardia > 125 + taquipnea > 30-35 + $stO_2 < 90\%$
2. estridor = NO (auscultación pulmonar normal)
3. valorar intubación
4. dx etiológico:

-

*correcta: e

(Creo q esta pregunta es de embolismo pulmonar)

. Una mujer de 26 años, profesora de enseñanza primaria, acude a urgencias por presentar discreto aumento de disnea, tos con expectoración espesa amarillenta de cuatro días de evolución, asociando en las últimas 24 horas, fiebre superior a 38 °C, dolor pleurítico izquierdo y esputo hemoptoico en dos ocasiones. Nunca ha fumado ni bebido alcohol. Como único antecedente refiere que tiene rinitis desde la infancia. En la exploración física se observa una temperatura de 38,7 °C, una tensión arterial de 110/60 mmHg, un pulso de 105 latidos/minuto, respiratorias de 18 respiraciones/minuto, en la auscultación crepitantes en zona basal izquierda del tórax. La saturación de oxígeno es del 95%.Cuál es la opción correcta: (2017 julio)

- a) En la radiografía probablemente presente hiperinsuflación pulmonar, ya que la opción más probable es una agudización de EPOC.
- b) Debe trasladarse a una unidad de críticos ya que presenta criterios de disnea aguda grave.
- c) La radiografía de tórax la hipótesis diagnóstica ya que presenta una condensación alveolar.
- d) La analítica probablemente presentará elevación de leucocitos.
- e) C y D son correctas.

*correcta: e

. Un varón de 60 años, panadero, acude a urgencias por un cuadro de 6 días de evolución de disnea, tos, expectoración que en los primeros días era clara y en los últimos 3 días se hizo purulenta. El día anterior a acudir a urgencias tuvo fiebre de 38,9 grados centígrados y un esputo hemoptoico. Como antecedentes personales refiere no ser alérgico a medicamentos, fumador activo de 10 cigarrillos diarios, diabético e hipertenso. En la exploración física destacar taquicardia a 140 latidos/minuto, Tensión arterial de 140/110 mmHg, temperatura de 39°C, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones minuto y una saturación de oxígeno del 85% como oxígeno suplementario a 6 L minuto. ¿Cuál es la opción correcta? (2018 enero)

- a) Requiere vigilancia especial por presentar criterios de gravedad.
- b) La presencia de una consolidación en la radiografía de tórax nos permitiría confirmar una de las principales hipótesis diagnósticas.
- c) En el hemograma es probable que presente leucocitosis y neutrofilia.
- d) Es posible que presente un derrame pleural asociado.
- e) Todas son correctas.

*correcta: e

. En un paciente con disnea aguda, tos, expectoración purulenta y fiebre, que presenta crepitantes en la auscultación, cual es la prueba diagnóstica más útil para confirmar el diagnóstico: (2016 enero)

- a) Un electrocardiograma, para descartar infarto de miocardio.
- b) La radiografía de tórax, puesto que la hipótesis diagnóstica más probable es la neumonía.
- c) El dímero D, ya que es la primera probabilidad diagnóstica en la embolia de pulmón.
- d) No se necesitan más exploraciones pues el diagnóstico está claramente confirmado.
- e) La laringoscopia puesto que la hipótesis diagnóstica más probable es un cuerpo extraño que produce obstrucción de la vía aérea superior.

→ disnea aguda - neumonía

- tos + fiebre + expectoración + dolor pleurítico

- AP = crepitantes bilaterales

- Rx = consolidaciones

*correcta: b

. Un carpintero jubilado, exfumador desde hace 6 años de más de 45 paquetes-año, acude a urgencias por un cuadro de 10 días de evolución de aumento progresivo de disnea, tos, expectoración inicialmente blanquecina pero que en los últimos días se hizo purulenta, sensación térmica llegando a termometrear 38,5 °C. La frecuencia respiratoria es de 16 respiraciones/minuto, la tensión arterial de 140/80 latidos/minuto, la saturación de oxígeno del 93% coma y en la auscultación se observan roncus bilaterales. El electrocardiograma muestra ritmo sinusal. La radiografía de tórax muestra datos de hiperinsuflación, con leve borrosidad intersticial difusa, sin otras alteraciones. La opción correcta es: (2017 enero)

- a) La saturación de oxígeno baja que presenta este paciente es un criterio de gravedad.
- b) El diagnóstico más probable es neumonía grave.
- c) La ausencia de ortopnea es de ayuda para orientar el diagnóstico.
- d) Es obligatorio realizar una TAC de tórax para excluir embolia de pulmón.
- e) Todas son correctas.

→ 1 por 1

- signos gravedad = $stO_2 < 90\%$
- lo primero que pienso al leer fiebre + tos + expectoración = neumonía Iperol Rx neumonía: infiltrado alveolar focal / consolidación
- otro pena = síntoma cardinal IC congestive / edema pulmonar cardiogénico => alejamos soso Gea causa cardíaca
- NO clínica TEP (disnea súbita + dolor torácico pleurítico + hemoptisis)
- empeoramiento súbito disnea progresiva = tos + expectoración + fiebre + dolor pleurítico = neumonía / infección respiratoria / exacerbación EPOC → sospechas EPOC x
- fumador
- AP = roncus
- Rx hiperinsuflación + ausencia consolidaciones

*correcta: c

S. HEMOPTISIS

. A hemoptisis é: (2020 diciembre)

- a) Expulsión de sangue pola boca, independentemente da orixe.
- b) A expulsión de sangue pola boca procedente do tracto respiratorio inferior.
- c) A expulsión de sangue pola boca procedente da cavidade bucal ou da nasofarinxe.
- d) A expulsión de sangue pola boca procedente do aparato dixestivo.
- e) Todas son certas.

→ hemoptisis:

- definición = expulsión de sangue procedente tracto respiratorio inferior (subglótico) → dif: hematemesis + epistaxis

*correcta: b

. Na estratificación do risco da hemoptisis: (2020 diciembre)

- a) Depende da cantidade total de sangue expulsado.
- b) Debe considerarse a velocidade do sangrado.
- c) Un dato relevante para establecer o risco é o estado xeral do paciente.
- d) A, B e C son correctas.
- e) Ningunha é certa.

→ hemoptisis:

- criterios gravedad = volumen ($>600\text{cc}/24\text{h}$) + velocidade sangrado ($150\text{cc}/\text{h}$) + estado general (riesgo vital)

*correcta: d

. Ante un paciente con hemoptisis, la opción falsa es: (2024 junio) (2024 enero) (2020 enero)

- a) Los criterios fundamentales para evaluar el riesgo de la hemoptisis son el volumen de sangrado, la velocidad con que se produce ese sangrado y el estado basal del paciente.
- b) Ante un paciente joven, previamente sano, con un volumen de hemoptisis inferior a 20 mililitros/día, es razonable el manejo ambulatorio sin ingreso hospitalario.
- c) El paciente con hemoptisis y reposo en cama debe mantenerse en decúbito lateral, ipsilateral al pulmón donde se origina el sangrado.
- d) Mantener sentado al paciente con hemoptisis es una decisión correcta, ya que reduce las posibilidades de que llegue la sangre a la vía aérea superior.
- e) La causa de muerte más frecuente es por las consecuencias hemodinámicas de la hemoptisis.

→ hemoptisis:

- criterios gravedad = volumen ($>600\text{cc}/24\text{h}$) + velocidad sangrado ($150\text{cc}/\text{h}$) + estado general (riesgo vital)
- causa muerte = asfixia (x sangrado en pulmones)
- paciente en posición lateral seguridad ipsilateral lado hemorragia (pensando en asfixia)
- sentado peor posición = sangre retorna al otro pulmón
- riesgo leve ($<30\text{ml}/\text{d}$) ⇒ alta domiciliaria + tto ATB/antitusígeno + cita preferente neumología

*correcta: d+e (plantilla pone d)

. Un varón de 60 años, sin alergias conocidas a medicamentos, ex fumador desde hace 40 años (acumulado de 5 paquetes-año), no bebedor, carpintero jubilado, hipertenso, hiperlipémico y diabético recibiendo tratamiento oral para estas enfermedades, con EPOC grave (FEV1 del 35% del valor de referencia), acude a urgencias por un cuadro de 5 días evolución de tos, disnea, sensación distérmica, aumento de la cantidad y purulencia de la expectoración, asociando el día anterior 3 episodios de expectoración hemoptoica cuantificando en total unos 100 ml de sangre en todo el día. La tensión arterial es de 130/80 mmHg, la temperatura es de 37.9°C , el pulso de 88 latidos/minuto, en la auscultación presenta roncus aislados. La radiografía de tórax no muestra datos de patología pleuropulmonar aguda. La analítica muestra 10.000 leucocitos/ mm^3 , la hemoglobina es normal, la saturación de oxígeno es del 90% con oxígeno suplementario a 6 litros por minuto. ¿Cuál es la opción falsa? (2024 junio)

- a) Es probable que se trate de una infección respiratoria.
- b) Debe realizarse un análisis de sangre que incluya coagulación.
- c) El diagnóstico más probable es el cáncer de pulmón.
- d) Es adecuado el estudio con ingreso hospitalario ya que presenta criterios de gravedad.
- e) Deben recogerse muestras para estudio microbiológico.

→ pide la falsa = está claro que estamos ante infección (fiebre + leuco elevado)

→ hemoptisis

- pruebas complementarias = coagulación + esputo (aporta mucha info en procesos infecciosos)
 - riesgo moderado (20-300ml/d) = ingreso
- *¡cuidado! = con una Rx normal no descartamos tumor pero la elegimos por ser la menos probable
- *correcta: c

. Una mujer de 54 años, maestra, nunca fumadora, con asma leve, sin ningún tratamiento médico crónico, acude a urgencias por haber presentado dos esputos hemoptoicos en la última semana. Referente a la hemoptisis es falso que: (2024 enero)

- La causa más frecuente de hemoptisis son las infecciones.
- En muchos casos el volumen de sangrado no es un criterio suficiente para establecer la gravedad de la hemoptisis.
- La radiografía de tórax puede ser normal entre el 20% y el 40% de los pacientes con hemoptisis.
- Es cualquier emisión de sangre por la boca.
- La hemoptisis amenazante es poco frecuente, presentándose en menos del 10% de los casos, pero tiene elevada mortalidad.

*correcta: d

. Referente a la hemoptisis es falso que: (2022 julio) (2020 enero)

- La causa más frecuente de hemoptisis son las infecciones.
- En muchos casos el volumen de sangrado no es un criterio suficiente para establecer la gravedad de la hemoptisis.
- La radiografía de tórax puede ser normal entre el 20% y el 40% de los pacientes con hemoptisis.
- Es cualquier emisión de sangre por la boca.
- La hemoptisis amenazante es poco frecuente, presentándose en menos del 10% de los casos, pero tiene elevada mortalidad.

→ hemoptisis:

- definición = expulsión de sangre procedente tracto respiratorio inferior (subglótico) → dif: hematemesis + epistaxis
- causa = (+)frec→ infecciones (bronquiectasias)
- pruebas complementarias → Rx = 20-40% normal = NO descarta
- poco frecuente (<5% hemoptisis totales) ¡pero! MUY grave = 80% mortalidad (ante la duda pensamos en amenazante y nos curamos de espantos)
- estratificación riesgo = puntos de corte se solapan → depende estado paciente - NO solo cantidad sangrado

*correcta: d

S. FIEBRE

. Una mujer de 51 años, sin alergias conocidas a medicamentos, nunca fumadora, maestra de profesión, con antecedentes de asma, colitis ulcerosa, hepatitis autoinmune y déficit de alfa 1 antitripsina, sin que requiera tratamiento de mantenimiento para ninguna de estas enfermedades, acude a urgencias por presentar fiebre superior a 38°C desde hace 5 semanas casi todos los días, con malestar general sin otros síntomas acompañantes. En las primeras semanas al tomar paracetamol la fiebre cedía, pero en los últimos 7 días la fiebre supera los 39°C y no consigue bajar de 38°C con el tratamiento antitérmico por lo cual su médico añade antibioterapia empírica hace 5 días, pero la fiebre persiste. La frecuencia respiratoria es de 18/minuto, la frecuencia cardíaca de 122 latidos/minuto, la tensión arterial de 120/60 mmHg. En la analítica se observan 18.000 leucocitos/mm³, con neutrofilia, hemoglobina de 14 mg/dl y proteína C reactiva de 28 mg/litro. ¿Cuál es la opción falsa? (2024 junio)

- a) Es posible que no se consiga conocer la etiología de la fiebre.
- b) Puede ser dado de alta ya que no presenta criterios de gravedad dado que no se trata de un paciente de riesgo, pues sus enfermedades de base son leves.
- c) Se trata de una fiebre de origen desconocido.
- d) Es correcto iniciar antibioterapia empírica sin conocer la etiología del proceso.
- e) Deben recogerse muestras para estudio microbiológico.

→ actitud ante un paciente con fiebre

- fiebre de origen desconocido = T^o > 38,3°C + > 3 sem evolución + valorada x médico en 3 ocasiones / 3 días ingreso hospital
- criterios gravedad = taquicardia (> 100 lpm) + leucocitosis (> 12.000)
- tto = 1. recogida muestras → 2. ATB empírico (no esperar resultados) = inicio precoz ATB mejora pronox
- destino paciente = foco NO conocido + signos gravedad = ingreso

*correcta: b

. Un varón de 70 años acude a urgencias por presentar fiebre de 39,6°C desde hace dos días, asociada con malestar general, mialgias, tos irritativa y disnea. Supone el segundo episodio en un mes, ya que hace unos 20 días tuvo otro episodio similar, de unos 4-5 días de duración, que mejoró con antitérmicos, desapareciendo la fiebre durante unos 10 días, pero persistiendo síntomas como la tos, disnea y el malestar general. En algunos momentos presenta desorientación en tiempo, espacio y persona. Había sido dado de alta del hospital 4 días antes del inicio de la fiebre, ingresado para una intervención quirúrgica de prótesis de cadera. Como antecedentes personales destacar que es exfumador, hipertenso y diabético con tratamiento oral para ambas enfermedades. En la analítica destacar leucocitosis (16000/mm³) y creatinina sérica de 4,2 mg/dL (siendo sus valores habituales de 1,3 mg/dL). La PaO₂ es de 55 mmHg. ¿Cuál es la opción falsa? (2024 junio) (2020 enero)

- a) Debe iniciarse antibioterapia empírica ya que presenta criterios de gravedad.
- b) Se trata de una fiebre de origen desconocido.
- c) La etiología respiratoria es probable.
- d) Debe indicarse ingreso hospitalario.
- e) La radiografía de tórax puede aportar información para establecer el diagnóstico.

→ actitud ante un paciente con fiebre

- fiebre de origen desconocido = T^o > 38,3°C + > 3 sem evolución + valorada x médico en 3 ocasiones / 3 días ingreso hospital
- criterios gravedad = taquicardia (> 100 lpm) + alteración nivel conciencia + x2 creatinina basal + leucocitosis (> 12.000)
- focalizada clínica - respiratoria = Rx importante
- tto = 1. recogida muestras → 2. ATB empírico (no esperar resultados) = inicio precoz ATB mejora pronox
- destino paciente = foco conocido + signos gravedad = ingreso

*nena que lleva 2 días con fiebre, nada de FOD

*correcta: b

. Una mujer de 52 años, exfumador desde hace un mes, hipertenso en tratamiento con valsartán, acude a urgencias por presentar fiebre de 39,6°C desde hace dos días, asociada con malestar general, mialgias, tos irritativa y disnea. Supone el segundo episodio en un mes, ya que hace unos 20 días tuvo otro episodio similar, de unos 4-5 días de duración, que mejoró con antitérmicos, desapareciendo la fiebre durante unos 20 días, pero persistiendo síntomas como la tos y el malestar general. En algunos momentos presenta desorientación en tiempo, espacio y persona. En la analítica hay que destacar leucocitosis (16000/mm³) y creatinina sérica de 4,2 mg/dL (siendo sus valores habituales de 1,7 mg/dL). ¿Cuál es la opción falsa? (2024 enero)

- a) Debe iniciarse antibioterapia empírica ya que presenta criterios de gravedad.
- b) Puede considerarse como fiebre recurrente, ya que desaparece y vuelve a aparecer.
- c) La etiología respiratoria es probable.

d) Debe indicarse ingreso hospitalario.

e) La radiografía de tórax puede aportar información para establecer el diagnóstico.

→ fiebre recurrente = 2 episodios - intervalo 2 semanas y media desde remisión: fiebre + otro síntomas

*aquí la mujer sigue con tos y con malestar = nanai de fiebre recurrente

*correcta: b

. Un varón de 31 años, sin enfermedades previas conocidas, acude a urgencias por presentar malestar general desde hace más de un mes y fiebre de 38,8°C en los últimos 20 días. Ha sido visto en consultas externas en 4 ocasiones, estableciéndose tratamientos sintomáticos sin obtener mejoría, persistiendo la fiebre y el malestar general. La tensión arterial es de 120/70 mmHg, el pulso de 80 latidos/minuto, la saturación de oxígeno del 97%, la frecuencia respiratoria de 14 / minuto. En el hemograma presenta 9200 leucocitos/mm³, la hemoglobina es de 13 mg/dL. ¿Cuál es la opción incorrecta? (2024 enero)

a) Puede tratarse de una neoplasia o de un proceso infeccioso.

b) Se trata de un paciente con fiebre de origen desconocido.

c) Es necesario el ingreso hospitalario, dado que se trata de un paciente de riesgo.

d) Debe investigarse la historia laboral del paciente, aficiones y viajes recientes.

e) Debe prescribirse tratamiento antitérmico oral.

→ fiebre:

- dx - h^a clínica - AD = profesión (pulmón granjero/cuidador aves)

- tto = 1. recogida muestras → 2. ATB empírico (no esperar resultados) → 3. antipiréticos (no retrasan resolución infección)

- foco NO conocido + NO criterios gravedad = NO ingresar

*cuidado mariquilla que ibas por la b pero ha sido evaluada 4 veces por un médico, hasta la sobra una

*correcta: c

. Un varón de 42, sin enfermedades previas conocidas, acude a urgencias por presentar fiebre de 38,8°C y discreto malestar general desde hace más de un mes. Ha sido visto en consultas externas en 4 ocasiones, estableciéndose tratamientos sintomáticos sin obtener mejoría, persistiendo la fiebre y el malestar general. La tensión arterial es de 120/70 mmHg, el pulso de 80 latidos/minuto, la saturación de oxígeno del 97%, la frecuencia respiratoria de 14/minuto. En el hemograma presenta 9200 leucocitos/mm³, la hemoglobina es de 13 mg/del. ¿Cuál es la opción incorrecta? (2020 enero)

a) Puede tratarse de una neoplasia o de un proceso infeccioso.

b) Se trata de un paciente con fiebre de origen desconocido.

c) Es necesario el ingreso hospitalario, dado que se trata de un paciente de riesgo.

d) Debe investigarse la historia laboral del paciente, aficiones y viajes recientes.

e) Debe prescribirse tratamiento antitérmico oral.

*correcta: c

. Un home de 45 anos, nunca fumador, sen enfermidades previas coñecidas, acode a urxencias por presentar Febre superior a 39,8 °C dende hai 12 días, con malestar xeral sen outros síntomas acompañantes. Ao tomar paracetamol a febre cede, pero ás poucas horas volve reaparecer. A frecuencia respiratoria é de 15/minuto, a frecuencia cardiaca de 82 lpm, a tensión arterial de 130/80 mmHg. Na analítica obsérvanse 8000 leucocitos/mm³, hemoglobina de 14 mg/dL. Cal é a opción falsa? (2020 diciembre)

a) É necesario realizar unha historia clínica e unha exploración física sistémica.

b) Pode ser dado de alta xa que non presenta criterios de gravidade.

c) Trátase dunha febre de orixe descoñecida.

d) É posible que non se consiga saber a etioloxía da febre.

e) Deben recollerse mostras para estudo microbiolóxico.

*correcta: c

. Unha muller de 36 anos, nunca fumadora, sen enfermidades previas coñecidas, que traballa como profesora acode a urxencias por presentar febre superior a 39°C dende hai un mes. Neste periodo acudiu ao seu médico en 4 ocasións, prescribíndolle diversos tratamentos, sen conseguir melloría. Na última semana a febre non cede con antitérmicos. Na analítica presenta un sodio sérico de 122 mEq/L, leucocitos 18000/mm³, e unha hemoglobina de 8 mg/dL. Cal é a opción correcta? (2020 diciembre)

a) Trátase de febre de orixe descoñecida.

b) Debe considerarse a posibilidade dunha neoplasia como posible causa.

- c) Deben tomarse muestras biológicas.
 - d) Debe ser ingresada no hospital para estudios e tratamiento.
 - e) Todas son ciertas.
- fiebre - criterios gravedad:
- hiponatremia <130
 - leucocitosis >12.000
 - Hb <10
- *correcta: e

15. COMA

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?: (2024 junio)

- a) El mantenimiento del estado de alerta depende de la integridad del sistema reticular activador ascendente (SRAA).
- b) El nivel de conciencia se suele valorar mediante la Escala de COMA de CHICAGO.
- c) El pabellón auricular es el lugar habitual para la estimulación física en el paciente en coma.
- d) La "a" y la "c" son correctas.
- e) Todas son correctas.

*correcta: a

. Cal das seguintes afirmacións é verdadeira? (2020 diciembre)

- a) O mantemento do estado de alerta depende da integridade do sistema reticular activador ascendente (SRAA).
- b) O nivel de conciencia adóitase valorar mediante a escala de COMA de GLASGOVV.
- c) O pavillón auricular é o lugar habitual para a estimulación física no paciente en coma.
- d) A e B son verdadeiras.
- e) Todas son correctas.

→ conciencia - sistema alerta = mantenimiento del de integridad SRRA

→ exploración neurológica - nivel conciencia

1. valorar si despertar paciente
 2. despierto → respuesta verbal/órdenes sencillas (abrir/cerrar ojos)
 3. NO despierto → respuesta motora a estímulos dolorosos = estimulación en: punta dedo + pellizcando trapecio + golpeando arco supraciliar
- para valorar nivel conciencia = escala Glasgow

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera? (2024 enero)

- a) El mantenimiento del estado de conciencia depende de la interacción funcional del sistema reticular activador ascendente (SRAA) con la corteza cerebral íntegra.
- b) El tratamiento inicial en un estado epiléptico sutil es el tiopental.
- c) Ante la sospecha de intoxicación por opiáceos se debe administrar flumazenilo.
- d) En un paciente en coma con midriasis arreactiva bilateral se piensa en afectación del III par a nivel del mesencéfalo.
- e) Todas son correctas.

→ conciencia - sistema alerta = mantenimiento del de integridad SRRA

→ exploración neurológica - pupilas ⇒ lesión mesencefálica con afectación III = midriasis arreactiva ipsilateral

*midriasis bilateral fija = para cardíaca + anorexia severa + muerte

→ manejo inicial = estabilización respi+hemodinámica → tiamina(100mg)-glucosa(20gr) → antídotos = naloxona-opiáceos / flumazenilo-benzodiazepinas

*correcta: a

. En relación a la etiología del coma, señale la VERDADERA: (2022 julio)

- a) En 2/3 de los casos la etiología es metabólica o difusa.
- b) En 1/3 de los casos la etiología es metabólica o difusa.
- c) En 1/3 de los casos la etiología es estructural.
- d) "a" y "c" son correctas.
- e) Ninguna es correcta.

→ coma - etiología = procesos metabólicos/difusos (70%) + lesiones estructurales (30%)

*correcta: d

. La mielinolisis central pontina suele ser secundaria a: (2024 junio)

- a) Corrección rápida de la hiponatremia.
- b) Corrección rápida de la hipernatremia.
- c) Corrección rápida de la hipomagnesemia.
- d) Corrección rápida de la hipovitaminosis B12.
- e) Todas son falsas.

. A mielinolisis central pontina adoita ser secundaria a: (2020 diciembre)

- a) Corrección rápida da hiponatremia.
- b) Corrección rápida da hipernatremia.
- c) Corrección rápida da hipomagnesemia.
- d) Corrección rápida da hipermagnesemia.
- e) Ninguna das anteriores.

→ coma - etiología - procesos metabólicos/difusos - trastornos difusos NO estructurales - metabólicas:

- hiponatremia => si se corrige demasiado rápido = mielinolisis central pontina (+/- extrapontina) -> pérdida agua brusca en neuronas y glía

*correcta: a

. En la evaluación del paciente en coma: (2024 enero)

- a) Se explora la apertura de los ojos a estímulos.
- b) Se explora la respuesta verbal.
- c) Se explora la respuesta motora a estímulos.
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores.

→ coma - exploración neurológica - nivel conciencia:

1. valorar si es posible despertar paciente
2. capacidad respuesta verbal (preguntas sencillas: nombre) + órdenes sencillas (abrir/cerrar ojos/manos)
3. NO despierta -> valoramos respuesta motora a estímulos dolorosos -> estimulación física: punta dedo + pellizcando trapecio + golpeando arco supraciliar

*correcta: e

. ¿Cuál de estos patrones respiratorios no está presente en el coma? (2015 julio)

- a) Depresión de Cheyne-Stokes.
- b) Hiperventilación neurógena central.
- c) Respiración ageusica.
- d) Respiración de Biot.
- e) Depresión respiratoria.

→ exploración neurológica - patrón respiratorio:

1. respiración de Cheyne-Stokes
2. hiperventilación de Kussmaul (neurógena central)
3. respiración apnéusica
4. respiración cúmulos
5. respiración atáxica / de Biot

*depresión respiratoria = síntoma típico intoxicación x opiáceos

*correcta: c (ageusica NO= apnéusica)

. En relación a la exploración del paciente en coma, señale la FALSA: (2022 julio)

- a) Podemos encontrar signos meníngeos si el paciente tiene una infección del sistema nervioso central.
- b) En la exploración del fondo de ojo puede haber datos de edema de papila debido a hipertensión endocraneal.
- c) La escala de Manchester se suele utilizar en la evaluación del nivel de conciencia en el paciente en coma.
- d) La respiración de Cheyne-Stokes nos orienta hacia lesiones diencefálicas bilaterales o lesiones estructurales.
- e) En la exploración del reflejo pupilocéfalo, la desviación de los ojos en sentido opuesto al movimiento de la cabeza indica que el tronco cerebral está indemne.

→ coma - exploración general

- PA + FC + Tª
- inspección - fondo ojo = signos HTE (papiledema) + HSA
- meningismo = meningitis
- nivel conciencia = escala Glasgow
- patrón respi = respiración Cheyne-Stokes -> lo vemos en: lesiones estructurales - st disfunción hemisférica unilateral (diencefálica)
- motilidad ocular - reflejos oculo-cefálicos = ojos se desvían sentido opuesto movimiento cabeza (ojos muñeca)

*correcta: c

. En un paciente en coma las lesiones pontinas producen: (2018 julio) (2018 enero)

- a) Pupilas puntiformes.
- b) Pupilas pequeñas pero reactivas.
- c) Signo de Horner.
- d) Anisocoria.
- e) Midriasis.

→ exploración neurológica sistémica - pupilas:

- miosis puntiforme = opiáceos / lesión protuberancial
- lesión protuberancial = supermióticas + arreactivas

→ [IA] ¿Por qué las lesiones pontinas (del puente o protuberancia) dan este signo?

1. Anatomía: En el puente (protuberancia) bajan las fibras del sistema simpático que se encargan de dilatar la pupila.
2. Efecto: Si la lesión destruye estas fibras simpáticas, el sistema parasimpático (que cierra la pupila) se queda sin oposición.
3. Resultado: Las pupilas se cierran al máximo. Barcala las define como "supermióticas" o "puntiformes".

*correcta: a

. En un paciente en coma, las lesiones talámicas producen: (2014 julio)

- a) Pupilas pequeñas no reactivas.
- b) Pupilas medias fijas.
- c) Signo de Horner.
- d) Anisocoria.
- e) Midriasis.

→ exploración neurológica sistémica - pupilas:

- lesión diencefálica (tálamo) = mióticas intermedias
 - coma metabólico = reactivas (porque tálamo NO roto, solo sufriendo)
 - coma estructural = arreactiva (tejido tálamo destruido)

*correcta: a

. En las respuestas motoras en un coma se denomina descerebración a: (2014 enero)

- a) Cuando hay hiperextensión, aducción y rotación interna de miembros superiores con hiperextensión de miembros inferiores.
- b) Flexión y aducción de miembros superiores con hiperextensión de miembros inferiores.
- c) Flexión de miembros superiores e hiperextensión de miembros inferiores.
- d) Flexión de miembros inferiores e hiperextensión de miembros superiores.
- e) Flexión de los cuatro miembros.

→ exploración neurológica - respuesta motora a estímulos

- decorticación = flexión y adducción MMSS + hiperextensión MMII => x lesiones hemisféricas cerebro + sup mesencéfalo
- descerebración = hiperextensión/aducción/rotación interna MMSS + hiperextensión MMII => x lesiones mesencefálicas + protuberancias

*correcta: a

. ¿Por qué se debe mantener la presión de carbónico (CO₂) baja en un paciente con hipertensión intracraneal? (2024 junio)

- a) Porque el carbónico puede provocar agitación.
- b) Porque el carbónico impide que el oxígeno se una a la hemoglobina.
- c) Porque el carbónico dificulta la acción de otros fármacos.
- d) Porque el carbónico es vasodilatador y puede agravar la hipertensión intracraneal.
- e) Todas las contestaciones son verdaderas.

→ coma - tto - HTE = reposo + cabecera 30° + manitou + corticoides + hiperventilación

*correcta: d

. La hipertensión intracraneal se trata de la siguiente manera: (2022 julio)

- a) Colocando la cabecera de la cama a 0°.
- b) Bajando la presión de anhídrido carbónico (PaCO₂).
- c) Con maniobras de Valsalva.
- d) Bajando la presión de oxígeno.
- e) Todas las anteriores son cierta.

*correcta: b

. Indica cal das seguintes medidas empeora a hipertensión intracranial: (2020 decembro)

- a) Elevación da cabeceira da cama 30°.
- b) Presión de anhídrido carbónico lixeiramente porriba do límite superior.
- c) Manitol.
- d) Descompresión cirúrxica.
- e) Coma inducido.

*correcta: b

. ¿Cuál de estas medidas no se aplica en el tratamiento de la hipertensión intracerebral? (2018 enero)

- a) Hiperventilación.
- b) Manitol.
- c) Descompresión quirúrgica.
- d) Cabecera de la cama en posición horizontal.
- e) Coma inducido.

*correcta: d

. ¿Por qué la hipercapnia empeora la hipertensión intracraneal? (2020 enero)

- a) Porque el anhídrido carbónico sustituye al oxígeno.
- b) Porque contamina los eritrocitos.
- c) Porque el anhídrido carbónico es vasodilatador.
- d) Porque el anhídrido carbónico favorece las trombosis.
- e) Porque el anhídrido carbónico se convierte en monóxido de carbono.

→ cuando sube mucho el CO₂ en sangre arterial se produce vasodilatación para que entre más sangre (entre ella sangre oxigenada) = como pa limpiar la mierda del CO₂ (que es caca/desecho)

*correcta: d

. En un paciente en coma con hipertensión intracraneal. ¿Cuál de estos fármacos está indicado?: (2014 julio)

- a) Anticolinérgicos.
- b) Levodopa.
- c) Catecolaminas.
- d) Manitol.
- e) Amiodarona.

→ coma - tto - HTE = reposo + cabecera 30° + manitol + corticoides + hiperventilación

*correcta: d

. En un paciente en coma con hipertensión intracraneal tratado con manitol, ¿qué control es necesario realizar de forma prioritaria? (2018 julio) (2018 enero)

- a) Control de fosfatasa alcalina.
- b) Control de iones.
- c) Control de proteínas.
- d) Control de ácido úrico.
- e) Control de colesterol.

→ manitol (diurético osmótico) = (+)osm sangre = desequilibrio Na⁺ + K⁺

*correcta: b

. Que es lo primero que se debe hacer con un enfermo neurocrítico que llega a urgencias? (2020 enero)

- a) Una TC encefálica.
- b) Una resonancia magnética.
- c) Hacer el diagnóstico lo antes posible.
- d) Estabilizarlo.
- e) Una punción lumbar

. Chega un paciente neurocrítico a Urgencias. Que é o primeiro que hai que facer? (2020 decembro)

- a) Neuroimaxe.

- b) Análise con enzimas hepáticas.
- c) Estabilízalo, asegurando que la saturación de oxígeno e la tensión arterial son normales.
- d) Diagnosticar la causa.
- e) Electroencefalograma.

→ manejo inicial = estabilización respiratoria + hemodinámica

*correcta: c

. Señala lo primero que debes hacer en un paciente neurocrítico: (2018 enero)

- a) Análisis completo.
- b) TC encefálica.
- c) Asegurar la vía aérea.
- d) Colocar un medidor de presión intracranial.
- e) Mantener alta la pCO₂.

*correcta: c

. En la actitud inmediata ante un coma, se debe garantizar todas las siguientes respuestas excepto una: (2015 enero)

- a) Una buena función respiratoria y circulatoria.
- b) Administrar 20 g de glucosa intravenosa y 100 mg de tiamina.
- c) Control de la temperatura y de las convulsiones.
- d) Considerar naloxona y anexate.
- e) Administrar anticolinérgicos.

→ coma tto - manejo inicial:

- estabilización → respiratoria + hemodinámica ⇒ sí trauma = inmovilización cervical
- exploración general + neurológica
- valorar glucemia capilar
- establecer vía intravenosa + toma muestras
- Siempre tratar! shock + parada cardiorrespiratoria + hipo/hiperglucemia + HTA + crisis epilépticas (opiáceos/ benzodiacepinas) + HTE + descartar origen psicógeno

→ [after] manejo inicial = [start] tto farmacológico = tiamina iv 100gr + glucosa iv 20g

→ no respuesta = antídotos específicos (naloxona/flumazenilo)

*correcta: e

. En el coma cuál de estos datos no es un signo de mal pronóstico: (2014 enero)

- a) Edad mayor de 70 años.
- b) Ausencia de respuesta verbal.
- c) Ausencia de reflejos de tronco.
- d) Falta de respuesta y ausencia de movimientos oculares a las 72 horas.
- e) Ausencia de control de impulsos.

→ pronóstico paciente coma:

- al ingreso = >70a + creatinina >1,5 + NO respuesta verbal + NO reflejos tronco + NO respuesta (adecuada) dolor
- 72h post-ingreso = NO respuesta motora (adecuada) + NO movimientos oculares espontáneos + NO capacidad fijación ocular
- 1 semana post = NO apertura ocular espontánea + NO movimientos oculares espontáneos + incapacidad ejecutar órdenes

*correcta: e

* ¿Cómo es la actividad cortical en el estado vegetativo? (2024 junio)

- a) Mínima.
- b) No hay actividad cortical en el estado vegetativo.
- c) Normal.
- d) Incrementada.
- e) Depende de la etiología del cuadro.

→ EVP = NO funciones cognitivas + lesiones corticales/subcorticales

*correcta: b

*. El estado vegetativo se caracteriza por: (2022 julio)

- a) Extenso e irreversible daño cortical con mantenimiento de las funciones del tronco cerebral.
- b) Daño cortical parcialmente recuperable con mantenimiento de las funciones del tronco cerebral.
- c) Extenso e irreversible daño cortical y del tronco cerebral.
- d) Alteración grave de las funciones del tronco cerebral con la corteza preservada.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

*correcta: a

*. No estado vexetativo: (2020 diciembre)

- a) Prodúcese un dano grave e irreparable dos hemisferios cerebrais, con preservación das funcións do talo encefálico.
- b) O doente responde a ordes sinxelas.
- c) Unicamente se mantén o funcionamento do bulbo raquídeo.
- d) O doente dirixe a mirada á orde.
- e) O doente pódese recuperar.

→ este año no se dio la parte de "estado vegetativo persistente (EVP)" pero como decía mi abuela "el saber no ocupa espacio" así que como curiosidad aquí queda

→ estados pueden confundir con coma = estado vegetativo persistente (EVP):

- aparece en coma profundo
- ausencia funciones cognitivas (corteza no sana)
- preservación FC/TA + respiración (tronco sano)
- lesiones extensas = corticales + subcorticales → preservación tronco
- SI movimientos espontáneos (abrir ojos como respuesta estímulos externos - siguiendo ciclo sueño-vigilia)
- NO hablar / obedecer órdenes

*correcta: a

*. ¿Cuál de estos criterios indica gravedad en un trastorno del nivel de conciencia? (2017 julio)

- a) Glasgow 14.
- b) Elevación de la presión intracraneal.
- c) Localización de estímulos dolorosos.
- d) Respuesta a la voz.
- e) Apertura de ojos a la orden.

→

*correcta: b

16. MANEJO PACIENTE NEUROCRÍTICO

. Mujer de 51 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo I. Consultó por dolor en oído derecho desde hace una semana. El cuadro ha sido interpretado como otitis media aguda.

Hace dos días se realizó miringotomía con drenaje de pus y se inició antibioterapia. Hoy acude a urgencias por cefalea, fiebre, náuseas, vómitos y debilidad generalizada. Con respecto a la actitud más adecuada en su manejo clínico, señale la

VERDADERA: (2024 enero)

- a) Se deberán de retirar hemocultivos y esperar al resultado de los mismos para plantear el esquema de tratamiento.
- b) Dada la miringotomía reciente está contraindicada la realización de punción lumbar.
- c) Se ingresará y se solicitará la realización de una resonancia magnética por la cefalea.
- d) La actitud más adecuada sería retirar hemocultivos, iniciar dexametasona y antibioterapia empírica, realizar un TAC craneal y si no existe contraindicación punción lumbar.
- e) Todas las anteriores son ciertas.

→ cefalea + fiebre = red flag

(*triada para sospechar meningitis = fiebre + cefalea + signos meníngeos)

→ meningitis bacteriana - actitud = [need] admin precoz tto ATB + corticoides [before] TAC/PL

→ sospecha meningitis bacteriana - pacientes inmunodeprimidos/AP enfermedades SNC/...

- 1. hemocultivos (de inmediato)
- 2. dexametasona + tto ATB empírico
- 3. TC craneal negativa
- 4. PL

*correcta: d

. Cuál de los siguientes no debe de estar presente durante la exploración de un paciente en probable situación de muerte encefálica: (2024 enero)

- a) Coma arreactivo. Sin ningún tipo de respuesta motora o vegetativa al estímulo algésico producido en el territorio de los nervios craneales; no deben existir posturas de descerebración ni de decorticación.
- b) Reflejo fotomotor presente bilateral.
- c) Ausencia de respuesta a test de Atropina.
- d) Test de apnea: No existen movimientos respiratorios torácicos ni abdominales cuando la PCO₂ en sangre arterial es superior a 60 mm de Hg.
- e) Ninguna de las contestaciones anteriores es cierta.

→ muerte encefálica - 4 condiciones!

- 1. coma arreactiva
- 2. ausencia reflejos tronco (reflejo fotomotor/corneal/oculocefálico/oculovestibular/nauseoso/tusígeno)
- 3. ausencia respuesta test atropina
- 4. test apnea = subir pCO₂>60 → NO movimientos respiratorios torácicos/abdominales

*correcta: b

S. CEFALEA

. En relación con las cefaleas secundarias, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2024 junio)

- a) La cefalea asociada con la malformación de Chiari suele estar desencadenada por esfuerzos físicos y maniobras de Valsalva.
- b) La cefalea asociada a hipertensión endocraneal suele presentarse por las noches de forma preferente.
- c) Las cefaleas asociadas a malformaciones vasculares suelen ser de predominio unilateral.
- d) La cefalea asociada a hipotensión licuoral suele empeorar con la tos y maniobras de Valsalva.
- e) Todas las anteriores son falsas.

→ cefalea - signos alarma:

- cefalea intensa comienzo brusco
- cefalea comienzo tardío
- cefalea con fiebre
- cefalea frecuencia/intensidad creciente o empeoramiento reciente cefalea crónica
- cefalea acompañada manifestaciones neuro/no neuro = signos neurológicos focales
- localización unilateral estricta = sospecha malformación vascular
- cefalea agravada x esfuerzos físicos / valsalva = patología fosa posterior / malformación Chiari
- cefalea aparece noche = hipertensión intracraneal

→ [IA] hipotensión empeora con Valsalva = clínicamente contradictorio → si problema = "poca presión" → maniobras (+) PIC (tos/Valsalva) NO desencadenante principal - desencadenante: gravedad (ponerse de pie).

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes no se considera un criterio de alarma en cefalea? (2024 enero)

- a) Aparición de una cefalea en paciente menor de 30 años.
- b) Asociación de cefalea con signos neurológicos focales.
- c) Asociación de cefalea con fiebre.
- d) Aparición de una cefalea intensa de forma brusca.
- e) Cefalea que se presenta o se grava por las noches.

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes se considera un signo de alarma en cefaleas? (2021 julio)

- a) Cefalea asociada a náuseas.
- b) Cefalea que se presenta durante el día.
- c) Cefalea de curso fluctuante.
- d) Cefalea que empeora con la menstruación.
- e) Cefalea nueva en paciente mayor de 60a.

*correcta: e

. En relación con las cefaleas secundarias, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2024 junio)

- a) La aparición de una cefalea de novo en pacientes mayores de 50 años se considera un criterio de alarma.
- b) La aparición de una cefalea aguda de comienzo súbito obliga a realizar siempre una prueba de neuroimagen para descartar una posible causa vascular.
- c) El infarto cerebral de tipo lacunar es la principal causa de cefalea aguda de comienzo súbito en pacientes menores de 50 años.
- d) La aparición de una cefalea aguda de comienzo súbito obliga a descartar la existencia de una posible hemorragia subaracnoidea.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

→ cefalea

- signos alarma = intensa de comienzo brusco + comienzo tardío (>50a)
- cefalea en trueno (comienzo brusco):
 - obliga descartar = HSA + TV + hemorragia intraparenquimatosa
 - cefalea presente 10% casos infarto lacunar (comparado con el 100% de los casos de HSA)
 - caso cefalea aguda - ideal = TAC craneal

*correcta: c

. En cuál de las siguientes situaciones está indicada realizar una Resonancia Magnética cerebral a un paciente con cefalea: (2024 enero)

- a) Sospecha de hemorragia cerebral.
- b) Sospecha de migraña sin aura.
- c) Sospecha de malformación de Chiari.
- d) Sospecha de cefalea tensional.
- e) En todas estas situaciones clínicas.

→ cefalea - EF - pruebas complementarias = RMN → patología fosa posterior

- signos alarma = cefalea empeora esfuerzos físico / vasalva → patología fosa posterior / malformación Chiari

*correcta: c

. La presencia de lagrimeo con inyección conjuntival, rinorrea y ptosis palpebral en el mismo lado de la cefalea es muy sugestivo de: (2021 julio)

- a) Migraña con aura visual.
- b) Cefalea asociada a malformación vascular.
- c) Cefalea vascular secundaria a tumor.
- d) Cefalea en racimos.
- e) Neuralgia del trigémino.

→ [IA] Cefalea Trigémico-Autonómica = representación (+) típica → Cefalea en racimos (Cluster headache) = unilateral

1. Varón (+frec).
 2. Dolor retroorbitario
 3. Síntomas de "fontanero" (ojo que llora, nariz que gotea).
 4. Agitación (el paciente no puede estarse quieto)
- = Cefalea en Racimos.

*correcta: d

S. SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

. ¿Qué dato clínico le haría pensar que un síndrome confusional está causado por un infarto occipital? (2024 junio)

- a) Hemianopsia homónima contralateral/alteración del reflejo de amenaza.
- b) Afasia.
- c) Hemiparesia contralateral.
- d) Agrafía.
- e) Ninguna de las contestaciones es verdadera.

→ lo pienso x lo dado en Neuro, por los apuntes no puedo explicarlo

→ occipital = visión / problema vascular = unilateral

*correcta: a

. En un paciente con un síndrome confusional, ¿qué etiología sospecharía cuando el amonio está elevado? (2024 junio)

- a) Infección respiratoria.
- b) Meningoencefalitis.
- c) Hepatopatía.
- d) Tumor cerebral.
- e) Ninguna de las contestaciones anteriores es cierta.

→ SCA urgencias - pruebas complementarias → AS = función hepática (amonio)

→ [IA] amonio (NH₃) = producto tóxico [from] metabolismo proteínas → normalmente hígado convierte en urea para ser eliminado - hepatopatía = hígado no puede procesar amonio = sube sangre = atraviesa BHE = Encefalopatía Hepática → clínica: Síndrome Confusional Agudo.

*correcta: c

. En un síndrome confusional agudo, si se sospecha encefalopatía hepática, ¿qué prueba se debe solicitar? (2020 enero)

- a) Bilirrubina directa e indirecta
- b) El ión amonio
- c) Las enzimas hepáticas
- d) El calcio
- e) La urea

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera sobre el síndrome confusional? (2024 enero)

- a) El síndrome confusional es muy frecuente en pacientes mayores ingresados en un hospital.
- b) Es un cuadro reversible y de corta duración.
- c) En la mayor parte de los casos hay causas precipitantes.
- d) El curso es fluctuante.
- e) Todas son ciertas.

→ SCA

- trastorno estado mental (+) frec personas edad avanzada ingresadas en hospital (20-40%)

- cuadro reversible de corta duración

- NO enfermedad / Sí se con múltiples causas precipitantes

- inicio agudo + curso fluctuante

*SCA = agudo + reversible + fluctuante + causa multifactorial.

*correcta: e

. ¿Qué factor determina que una lesión produzca un síndrome confusional agudo? (2020 enero)

- a) El tipo de lesión
- b) Que se acompañe de focalidad
- c) Que la lesión se desarrolle de forma lenta
- d) Que la lesión se desarrolle de forma rápida
- e) La localización de la lesión

*correcta: d

17. DOLOR TORÁCICO

. En un paciente con dolor torácico que llega a Urgencias que situaciones clínicas se deben descartar porque suponen un riesgo vital para el paciente (2021 julio)

- a) Tromboembolismo de pulmón.
- b) Infarto agudo de Miocardio.
- c) Disección de Aorta.
- d) Neumotórax.
- e) Todas las anteriores.

. En un paciente con dolor torácico que llega a urgencias, que situaciones clínicas se deben descartar porque suponen un riesgo vital para el paciente. (2020 enero) (2018 julio) (2017 enero)

- a) Tromboembolismo de pulmón.
- b) Infarto agudo de miocardio.
- c) Disección de aorta.
- d) Neumotórax.
- e) Todas las anteriores.

*correcta: e

. Respecto al empleo del ECG en la evaluación de un paciente en el Servicio de Urgencias por dolor torácico NO es cierto: (2022 julio)

- a) Debe realizarse cuanto antes (10 minutos).
- b) Un ECG normal no descarta un Síndrome Coronario Agudo.
- c) Si el paciente desarrolla un episodio de dolor en el Servicio de Urgencias debe realizarse cuanto antes un ECG y compararlo con el de ingreso.
- d) Se trata de una prueba que en los pacientes con disección de aorta no aporta información.
- e) La presencia de taquicardia sinusal y/o bloqueo de rama derecha está presente en los pacientes con Tromboembolismo Pulmonar.

→ ECG

- primeros 10min
- si aporta info disección aorta = DD con SCA + DA puede afectar arterias coronarias (producir infarto)
- TEP = ECG con onda T invertidas o signos de sobrecarga (bloqueo rama derecha + taquicardia sinusal)

*correcta: d

. Una de las siguientes características no es típica de la angina de pecho. (2022 diciembre)

- a) Dolor opresivo.
- b) Náuseas.
- c) Irradiación al brazo izquierdo.
- d) Dolor en la mandíbula.
- e) Aumento con la respiración profunda.

→ angina de pecho - dolor:

- opresivo
 - irradiado = brazo izquierdo / cuello / mandíbula (nervios sensoriales misma entrada ME)
 - síntomas vegetativos = náuseas + vómitos + sudores fríos
- dolor pleurítico = dolor aumenta respiración profunda / con tos => síntoma característico:
- neumonía + neumotórax + TEP + pericarditis

*correcta:

. Señale que afirmación sobre el manejo de los pacientes con dolor torácico considera que NO es cierta: (2022 diciembre)

- a) El biomarcador que se debe utilizar con preferencia es la troponina ultrasensible.
- b) La elevación y posterior descenso de los niveles de troponina I o T son necesarias para establecer el diagnóstico de infarto de miocardio.
- c) El empleo de troponina en la valoración del dolor torácico es el biomarcador más específico para el diagnóstico del infarto agudo de miocardio.
- d) El empleo de mioglobina y/o CK-MB son los marcadores más útiles en la valoración de los pacientes con dolor torácico.
- e) El dímero D es un marcador útil ante la sospecha de disección aórtica.

→ dolor torácico - pruebas complementarias

- troponinas

• ultrasensibles = gold standard → marcador específico xq se libera ante daño miocardiocitos

• IAM [need] curva dinámica = elevación (>20%) + descenso

- dímero D = elevado: TEP + disección aórtica

*correcta: b

. Una de las siguientes arritmias es responsable de la muerte súbita en pacientes con infarto de miocardio: (2019 enero)

a) Fibrilación auricular.

b) Fibrilación ventricular.

c) Taquicardia ventricular sostenida.

d) Extrasistolia ventricular.

e) B y C son correctas.

→ IAM - muerte súbita = FV (1ª causa)

(En clase dice: "que le pasaría a un paciente con sospecha de IAM si lo mandamos a casa y muere de forma súbita? FV")

*correcta: b

. En un paciente con disnea de comienzo súbito a las tres de la madrugada, que acude a Urgencias y presenta datos de congestión pulmonar con crepitantes en ambas bases pulmonares y tercer ruido y una TA 220/120. ¿Cuál de las siguientes medidas NO estará indicada? (2021 julio)

a) Nitroglicerina.

b) Diuréticos.

c) Morfina.

d) Trombolisis.

e) Nitroprusiato.

→

*correcta: d

. El dolor torácico en el infarto agudo de miocardio se diferencia de la angina de pecho por una de las siguientes características: (2019 enero)

a) Duración superior a 30 minutos.

b) Acompañado de náuseas y vómitos.

c) Irradiación a miembro superior izquierdo.

d) Sensación de muerte inminente.

e) Todas las anteriores.

→ IAM = dolor >30min / angina de pecho = dolor <20min (info de chatGPT)

*correcta: a

. Un paciente de 48 años con dolor torácico intenso en región retroesternal, que se prolonga desde hace 5 horas, que no aumenta con la respiración profunda ni con la tos. Presenta una TA 210/65, un soplo diastólico en el borde paraesternal izquierdo. Señale qué exploración de las siguientes le parece menos oportuna para el diagnóstico: (2018 enero)

a) ECG.

b) Radiografía de tórax.

c) Resonancia cardíaca.

d) Determinación de dímero D y troponina.

e) AngioTAC de aorta.

→

*correcta: c

. Un paciente de 80 años que durante las últimas 3 semanas permaneció hospitalizado por una neumonía, acude a urgencias 5 días después porque súbitamente tiene dolor torácico y disnea, con un ECG en fibrilación auricular y bloqueo de rama derecha que no tenía previamente, ¿cuál de las siguientes actitudes le parece menos correcta? (2016 enero)

a) Realizar una determinación de troponina.

b) Realizar un angioTAC pulmonar.

c) Realizar un angioTAC aórtico.

- d) Monitorizar al paciente el ECG.
- e) Hacer una gasometría.

→

*correcta: c

. Indique qué afirmación de las siguientes le parece falsa: (2018 enero)

- a) En un paciente con dolor torácico urgente es obligado la realización de un TAC de coronarias.
- b) Las unidades de dolor torácico mejoran la calidad asistencial de los pacientes con sospecha de infarto de miocardio.
- c) La presencia de troponina elevada en un paciente con un ECG con depresión del segmento en cara anterior indica que estamos ante un infarto de miocardio sin elevación del segmento ST.
- d) El dímero D es útil ante sospecha de una embolia de pulmón o disección de aorta.
- e) La disección de aorta puede coexistir con el desarrollo de un infarto agudo de miocardio.

→

*correcta: a

. El Dolor torácico en el infarto agudo de miocardio se diferencia de la angina de pecho por una de las siguientes características: (2016 enero)

- a) Duración superior a 30 minutos.
- b) Acompañado de náuseas y vómitos.
- c) Irradiación a miembro superior izquierdo.
- d) Sensación de muerte inminente.
- e) Todas las anteriores.

→

*correcta: a

. Uno de los siguientes cuadros no es habitual que produzcan dolor torácico: (2017 enero)

- a) Infarto agudo de miocardio.
- b) Pericarditis aguda.
- c) Disección de aorta.
- d) Neumotórax.
- e) Pancreatitis aguda.

→

*correcta:

. Ante un paciente con dolor torácico es importante descartar en urgencias: (2015 julio)

- a) Infarto de miocardio.
- b) Neumotórax.
- c) Disección de aorta.
- d) Taponamiento cardíaco.
- e) Todas las anteriores

→

*correcta:

ENERO 2015. Un paciente de 56 años acude por un dolor torácico súbito, localizado en plano anterior del tórax con un ECG con supradesnivel del segmento ST en cara inferior de 2 horas de evolución, ¿cuál es en su opinión la actitud más correcta? (2015 enero)

- a) Administrar aspirina.
- b) Administrar clopidogrel.
- c) Realizar un tratamiento de reperfusión.
- d) Monitorizar al paciente.
- e) Todas las anteriores.

→

*correcta:

. En el manejo de un paciente con dolor torácico que acude a un servicio de urgencias, ¿qué actitud le parece menos correcta?: (2014 julio)

- a) Realizar una determinación seriada de biomarcadores de necrosis miocárdica.
- b) Realizar una placa de tórax.
- c) Realizar de manera sistemática un Angio TAC de aorta para descartar una disección aórtica.
- d) Realizar un ECG.
- e) a y b.

. Ante un paciente con dolor torácico opresivo irradiado al brazo izquierdo de 2 horas de evolución, diaforesis profusa, náuseas y presencia de lesión subepicárdica en el ECG en las derivaciones DII, DIII y aVF ¿cuál siguientes actitudes le parece correcta? (2014 julio)

- a) Administrar aspirina.
- b) Reperusión inmediata mediante la realización de una coronariografía.
- c) Trombolisis si no existen contraindicaciones y no es posible realizar la coronariografía.
- d) Administración de lidocaína.
- e) a, b y c son todas opciones correctas.

→

*correcta:

. Un varón de 65 años, hipertenso, fumador y dislipémico acude a urgencias por un episodio de dolor torácico opresivo, irradiado a la mandíbula de algo más de una hora de evolución ¿con cuál de los siguientes supuestos está más de acuerdo?: (2014 enero)

- a) Realizar un ECG, aunque las características clínicas no orientan a origen coronario.
- b) Realizar un ECG en los siguientes 10 minutos y mantener al paciente vigilado y monitorizado.
- c) Dada la urgencia no perder tiempo en la realización de un ECG y llevar directamente al paciente a la sala de hemodinámica.
- d) Debido a la escasa especificidad y sensibilidad del ECG para el diagnóstico de isquemia miocárdica la prueba inicial de elección debe ser un ecocardiograma de ejercicio
- e. el TAC de coronarias nos aporta una información de más utilidad para el diagnóstico y manejo de este tipo de pacientes

ENERO 2014. ¿Cuál de las siguientes actitudes no considera adecuada en un paciente con diagnóstico ambulatorio de infarto de miocardio con elevación del segmento ST?

- a. traslado inmediato monitorizado y vigilado a centro para llevar a cabo una estrategia de reperusión
- b. en casos en los que no sea posible llevar a cabo una angioplastia primaria con los criterios que indican las guías de práctica clínica podría contemplarse la realización de fibrinólisis extrahospitalaria
- c. debería administrarse nitroglicerina sublingual si no existe hipotensión y/o bradicardia
- d. todos los pacientes deben trasladarse monitorizados y con vigilancia sanitaria y la administración de lidocaína podría ser de ayuda para evitar las arritmias ventriculares malignas
- e. una vez llegado al diagnóstico debería administrarse de forma inmediata 500 mg de aspirina por vía oral

S. PARADA CARDIORESPIRATORIA E HIPOTERMIA

. Un paciente de 56 años portador de un Síndrome de Brugada sufre una Parada cardíaca extrahospitalaria y es recuperada por los servicios de emergencias después de 40 minutos de Reanimación cardiopulmonar avanzada. Señale cuál de las siguientes opciones le parece FALSA: (2022 julio)

- a) El tipo de ritmo que provocó la parada cardíaca, desfibrilable o no desfibrilable, será un indicador pronóstico en este paciente.
- b) En este paciente la reanimación debería empezarse inmediatamente y poner en alerta a los Servicios de emergencias.
- c) Son datos de mal pronóstico el desarrollo de un estatus mioclónico en las primeras 24-48 horas.
- d) El empleo de la hipotermia profunda es probablemente la mejor medida terapéutica que podemos emplear en este grupo de pacientes.
- e) El empleo de marcadores bioquímicos, pruebas de imagen como la resonancia cerebral y funcionales como el estudio de potenciales evocados son necesarios para establecer la limitación terapéutica.

→ PCR

- soporte vital básico = C-B-A (cambia orden ABC) = 1. compresiones calidad - 2. vía aérea - 3. respiración => prioriza flujo sanguíneo al cerebro

- ritmos

- desfibrilares (fibrilación ventricular / taquicardia ventricular sin pulso) = :) pronox
- NO desfibriladores (asistolia / actividad eléctrica sin pulso) = :(mal pronox

- cuidados post-parada

- manejo Tª => mantener paciente 34-35°C + evitar fiebre (+imp = hipertermia <37,7)
- evaluación pronóstico neurológico (>72hPCR) = enolasa neuronal específica [:(>60] + EEG [:(status mioclónica precoz] + TAC (ratio sustancia gris/blanca disminuida) + RM (difusión)

*correcta: d

. Un paciente de 54 años sufre una PCR en un Centro comercial presenciada por su hijo, ¿qué actitud considera que NO es la correcta? (2022 diciembre) (2021 julio)

- a) Avisar al Servicio de Emergencias, mientras se inicia la reanimación.
- b) Pedir ayuda para reiniciar la Reanimación
- c) Comenzar inmediatamente el masaje cardíaco.
- d) Iniciar inmediatamente la respiración boca a boca.
- e) Pedir a alguien que busque si existe un desfibrilador semiautomático.

→ C-B-A = masaje cardíaco (+)imp > respiración

*correcta: d

. Señale la afirmación que le parece incorrecta acerca de la hipotermia en la parada cardíaca. (2022 diciembre) (2020 diciembre)

- a) La hipotermia terapéutica es tan eficaz a los 33° como a los 35°.
- b) Durante la hipotermia terapéutica es necesario añadir potasio en las perfusiones de líquidos iv.
- c) La coronariografía en la parada cardíaca es extremadamente útil cuando el ECG de ingreso es normal.
- d) La enolasa neuronal es el marcador más específico de daño cerebral.
- e) Durante la hipotermia baja la frecuencia cardíaca.

→ ECG = elevación ST → coronariografía

*correcta: c

. Respecto al empleo de medidas terapéuticas en los pacientes que sufren una PCR señale la afirmación verdadera: (2020 enero)

- a) La hipotermia terapéutica es una medida eficaz si se realiza a los 29°
- b) La hipotermia terapéutica es un tratamiento con tantos efectos secundarios que sólo es aplicable a pacientes más jóvenes.
- c) No existe una temperatura que sea identificada como la mejor para realizar hipotermia en los pacientes después de la parada cardíaca.
- d) La reanimación cardiopulmonar tiene mejores resultados cuando se realiza con un cardiocompresor.
- e) El empleo de sueros helados en el momento de la RCP es la medida más eficaz

→ Las guías actuales sugieren un rango amplio (32°C - 36°C) o simplemente control activo de la temperatura para evitar que el paciente tenga fiebre (<37,7°C). Por tanto, no se ha identificado una cifra única como "la mejor"

*correcta: c

18. DOLOR ABDOMINAL AGUDO

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta en relación con el dolor abdominal epicrítico? (2024 enero)

- a) Es un dolor abdominal agudo intenso de localización precisa.
- b) Se agrava con la tos y la deambulación.
- c) Se acompaña habitualmente de hiperalgesia y defensa abdominal.
- d) Generalmente asociado a irritación del peritoneo parietal.
- e) Es un dolor abdominal agudo provocado por la distensión, contracción, inflamación e isquemia de víscera hueca.

→ dolor abdominal: al - tipos:

- dolor visceral (/ protopático) = dolor vago → producido x distensión/contracción/inflamación/isquemia - viscera/conducto hueco
- dolor parietal (/ epicrítico) = dolor paciente localiza - habitualmente progresión dolor visceral que afecta a peritoneo parietal
 - provocado x afectación peritoneo parietal (visceral NO duele) → empeora con: deambulación + tos + palpación
 - paciente sabe exactamente donde duele = dolor epicrítico ("a punta de dedo")
 - hiperalgesia = paciente en posición antiálgica NO se mueve + defensa a la exploración (típico apendicitis)
 - impulso transmitido x fibras A delta-mielínicas

*correcta: e

. Un dolor abdominal agudo bien localizado, que se agrava con la tos y la deambulación indica que: (2022 diciembre)

- a) Es un dolor visceral.
- b) Es un dolor transmitido por fibras C de nervios espláncnicos.
- c) Es un dolor por afectación del peritoneo parietal.
- d) Es un dolor provocado por la distensión o contracción de viscera hueca.
- e) Es un dolor provocado por inflamación o isquemia de víscera hueca.

*correcta: c

. La ausencia de matidez hepática a la percusión abdominal en un paciente con dolor abdominal agudo sugiere: (2020 enero)

- a) Hemoperitoneo.
- b) Neumoperitoneo.
- c) Cirrosis hepática.
- d) Hepatocarcinoma.
- e) Esteatosis hepática.

→ dolor abdominal - EF ⇒ percusión = ausencia matidez hepática = aire entre hígado y pared = neumoperitoneo

*correcta: b

. Cal dos siguientes puntos dolorosos abdominales é indicativo de colecistite aguda? (2020 diciembre)

- a) Orlovsky.
- b) Desjardins.
- c) Morris.
- d) Murphy.
- e) McBurney.

→ dolor abdominal - EF - palpación = signo de Murphy (dolor que corta la inspiración al presionar el hipocondrio derecho) = hallazgo clave colecistitis

*correcta: d

. Mujer de 46 años que acude a urgencias por dolor abdominal intenso, tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho e irradiado a la escápula del mismo lado. A la exploración física destaca un signo de Murphy positivo. ¿Qué prueba de imagen se considera de elección en esta paciente para confirmar el diagnóstico? (2024 junio)

- a) Radiografía simple de abdomen en bipedestación.
- b) Tomografía axial computarizada.
- c) Resonancia nuclear magnética.
- d) Ecografía endoscópica.
- e) Ecografía abdominal.

- colecistitis
- localización = hipocondrio derecho
- irradiado escápula = dolor repetitivo típico vía biliar
- signo Murphy (+) = patognomónico → dolor corta inspiración al palpar reborde costal derecho)
- dolor abdominal - prueba imagen ⇒ colecistitis = 1. US (eco) - 2. TC
- apendicitis / cólico renal / colecistitis ⇒ 1. ECO - 2. TC
- obstrucción intestinal = 1. Rx - 2. TC
- diverticulitis / isquemia mesentérica = 1. TC (contraste)

*correcta: e

. Paciente varón de 32 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal agudo localizado en la fosa iliaca derecha, asociado con febrícula, náuseas y vómitos. El paciente no refiere antecedentes ni hábitos tóxicos de interés. Refiere que el dolor comenzó de forma difusa en la región periumbilical y luego se localizó en la fosa iliaca derecha. A la exploración presenta en esa zona dolor a la palpación profunda y signo de rebote positivo (Blumberg). Analíticamente destaca la presencia de leucocitosis de predominio neutrofílico, con electrolitos, analítica hepática y enzimas pancreáticas normales. ¿Qué prueba de imagen es necesario realizar para establecer el diagnóstico? (2024 enero)

- a) Ninguna.
- b) RNM abdominal.
- c) Ecografía abdominal.
- d) TAC abdominal.
- e) Colonoscopia.

→ apendicitis aguda

- dolor = empieza difuso (periumbilical) → luego se localiza en Fosa Iliaca Derecha (parietal/epicrítico)
- exploración = signo Blumberg (rebote) (+) + dolor localizado
- analítica = leucocitosis con neutrofilia

→ dolor abdominal - pruebas imagen = si sabemos origen dolor NO pedir ninguna prueba de imagen

*pediremos una eco si hay duda dx

*correcta: a

. ¿Qué Prueba de imagen solicitaría (de elección) en una paciente de 58 años de edad, con sobrepeso y antecedentes de dislipemia a tratamiento con estatinas, síntomas previos de malestar abdominal postprandial, que acude a urgencias por fiebre y dolor de características cólicas en hipocondrio derecho?: (2019 enero)

- a) Ecografía abdominal.
- b) Ecoendoscopia.
- c) TAC abdominal.
- d) RNM abdominal.
- e) Gastroscopia

→ hipocondrio derecho = ECO

*correcta: a

. Mujer de 48 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias hospitalarias por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho e irradiado al hombro derecho, de características cólicas. Náuseas y vómitos. Además de una analítica general incluyendo hemograma, bioquímica elemental y perfil hepático, ¿qué prueba de imagen se considera de elección y, por tanto, solicitaría en este caso para confirmar su sospecha diagnóstica? (2020 enero)

- a) TAC abdominal.
- b) Tac tóraco-abdominal.
- c) Ecografía abdominal.
- d) Placa simple de tórax y abdomen.
- e) Resonancia abdominal

*correcta: c

. ¿Qué prueba de imagen solicitaría (de elección) ante la sospecha clínica de una isquemia mesentérica? (2018 julio)

- a) Ecografía abdominal.
- b) Ecoendoscopia.
- c) TAC abdominal.
- d) RNM abdominal.

e) Colonoscopia.

→ dolor abdominal - pruebas imagen = hipocondrio derecho - eco / resto abdomen - TAC

- isquemia mesentérica = TC con contrastes

*correcta: c

. En relación a las pruebas de imagen para la evaluación de un paciente con dolor abdominal agudo es FALSO que: (2022 diciembre)

a) La ecografía abdominal es de elección en un paciente con dolor abdominal agudo localizado en fosa iliaca izquierda.

b) El TC de abdomen es de elección en el dolor abdominal agudo difuso asociado a fiebre.

c) La ecografía abdominal es de elección en un paciente con dolor abdominal agudo localizado en hipocondrio derecho.

d) El TC es preferible a la ecografía abdominal ante la sospecha de diverticulitis.

e) El TC de abdomen aporta más información que la Rx simple de abdomen en casos con sospecha de oclusión o suboclusión intestinal.

*correcta: a

. Cal é a proba de primeira elección nun paciente varón de 78 anos de idade que acude a urxencias por dor abdominal de comezo súbito, localizado na fosa ilíaca esquerda? (2020 diciembre)

a) TAC abdominal.

b) RNM abdominal.

c) Ecografía abdominal.

d) Ecoendoscopia.

e) Colonoscopia.

→ diverticulitis - TC

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes enfermedades no se encuentra entre las causas más frecuentes de dolor abdominal agudo? (2024 junio)

a) Megacolon tóxico.

b) Colecistitis aguda.

c) Pancreatitis aguda.

d) Diverticulitis.

e) Obstrucción intestinal.

→ dolor abdominal - causas (+)frec = apendicitis aguda + colecistitis aguda + obstrucción intestinal + cólico nefrítico + perforación intestinal + pancreatitis aguda + diverticulitis

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación al dolor abdominal agudo? (2018 julio)

a) Las pruebas de imagen constituyen la base para el diagnóstico diferencial del paciente con dolor abdominal agudo y están siempre indicadas para confirmar nuestra sospecha clínica.

b) Ante la sospecha clínica de una condición que amenaza la vida del paciente es fundamental la realización inmediata de pruebas de imagen para realizar el diagnóstico en el menor tiempo posible.

c) El objetivo principal de la evaluación en urgencias y un paciente con dolor abdominal agudo es ingresar al paciente en el servicio adecuado, donde los especialistas correspondientes completarán el estudio diagnóstico y el abordaje terapéutico óptimo para cada caso.

d) Factores que aumentan la probabilidad de error en el diagnóstico causal de un paciente con dolor abdominal agudo en el sexo femenino, la edad avanzada y la inmunosupresión.

e) Todas las afirmaciones anteriores son correctas.

*correcta: d

. Ante un paciente postrado, inestabilidad hemodinámica, con dolor abdominal lancinante, bien localizado, de inicio brusco e intenso ¿Cuál es la actitud correcta?: (2019 enero)

a) Se debe realizar TAC abdominal urgente para confirmar diagnóstico y tomar la actitud terapéutica adecuada al mismo.

b) Se debe realizar una placa simple de abdomen urgente para valorar la presencia de niveles hidroaéreos y/o gas extraluminal.

c) En estos casos es fundamental la observación en una unidad de críticos para control estrecho de la evolución del paciente.

- d) Se deben aplicar las medidas oportunas de reanimación y evaluación urgente por un cirujano para intervención quirúrgica urgente aún sin disponer de un diagnóstico definitivo de certeza.
- e) Todas las afirmaciones anteriores son correctas.

*correcta: c

19. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

. Mujer de 23 años estudiante de sexto de Medicina, con historia de frecuente ardor epigástrico y pirosis retroesternal y toma ocasional de ácido acetil salicílico por cefaleas, que acude a urgencias por presentar horas después de una cena copiosa e ingesta abusiva de alcohol, episodios de vómitos inicialmente alimenticios y posteriormente de sangre roja fresca. Asociado a este cuadro refiere dolor epigástrico y mareo, pero no pérdida de conciencia. El diagnóstico más probable es: (2017 julio) (2014 julio) (2014 enero)

- a) Hemorragia digestiva alta por gastropatía erosiva.
- b) Hemorragia digestiva alta por úlcera duodenal.
- c) Hemorragia digestiva alta por síndrome de Mallory-Weiss.
- d) Hemorragia digestiva alta gastropatía de hipertensión portal.
- e) Hemorragia digestiva alta enfermedad por reflujo gastroesofágico.

→ HDA - causas - traumáticas = Sd Mallory-Weiss ⇒ laceración/desgarro mucosa unión gastroesofágica x prolongados/intensos esfuerzo para toser/vomitarse

- siempre que paciente = vomito alimenticio SIN sangre → después segundo vómito con sangre ⇒ desgarró producido x 1er vómito

*correcta: c

. Cal das seguintes manifestacións clínicas non indican habitualmente unha orixe alta dunha hemorraxia dixestiva? (2020 diciembre)

- a) Hematoquecia.
- b) Melenas.
- c) Vómitos en posos de café.
- d) Hematemese.
- e) Manifestacións de hipovolemia.

→ hemorragia digestiva - manifestaciones clínicas HDA/HDB

- hematemesis = vómitos sangre fresca = HDA activa
- vómitos en posos de café = jugo gástrico + hematina (sangre digerida) = HDA inactiva
- melenas = deposiciones negras = HDA 90% + HDB 10%
- hematoquecia = sangre roja heces = HDB normalmente (si HDA es grave)
- shock hipovolémico = hay que desbaratar hemorragia digestiva
- anemia microcítica hipocrómica
- rectorragia = sangre roja aislada x ano (NO en heces) = HDB

*correcta: a

. Cuál de los siguientes no es una manifestación frecuente de hemorragia digestiva alta aguda: (2017 enero)

- a) Hematemesis.
- b) Vómitos en posos de café.
- c) Melenas.
- d) Hematoquecia.
- e) Taquicardia.

*correcta:

. Un varón de 83 años sin hábitos tóxicos, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipercolesterolemia, que en las últimas dos semanas ha recibido tratamiento con naproxeno por dolor lumbar, acude a urgencias por episodio de hematemesis. La evaluación hemodinámica inicial revela una tensión arterial de 110 mm Hg y una frecuencia cardíaca de 110 latidos/minuto. A la exploración física destaca la presencia de vasoconstricción periférica y dolor epigástrico a la palpación profunda ¿Cómo valoraría la gravedad del cuadro de hemorragia digestiva? (2020 enero)

- a) Se trata de una hemorragia moderada, con pérdida de volemia estimada del 10-25%.
- b) Se trata de una hemorragia leve, con pérdida de volemia estimada inferior al 10%.
- c) Se trata de una hemorragia grave, con pérdida de volemia estimada superior al 25%.
- d) Se debe esperar a tener los resultados de la analítica (hemoglobina y urea). Para poder evaluar la gravedad de la hemorragia.
- e) Se debe realizar una endoscopia digestiva alta urgente para poder evaluar la gravedad de la hemorragia.

→ HDA manejo urgencia - evaluación hemodinámica

- >100TAS + <100FC = sangrado leve → pérdida volemia <10%

- $>100\text{TAS} + >100\text{FC}$ = sangrado moderado $\rightarrow$ pérdida 10-25%
- $<100\text{TAS} + >100\text{FC}$ = sangrado grave $\rightarrow$ pérdida 1/3 (66%)

*correcta: a

. En el paciente anterior, además de la reposición adecuada de la volemia, con la sospecha de úlcera gástrica por AINEs decide prescribir tratamiento con omeprazol. ¿A qué dosis y cómo lo pautaría? (2020 enero)

- 80 mg intravenoso, en bolo, seguido de 8 mg/h intravenoso, en perfusión continua.
- 40 mg intravenoso, en bolo, seguido de 40 mg/día intravenoso en perfusión continua.
- 40 mg intravenoso, en bolo cada 8 horas.
- 40 mg intravenoso, en bolo cada 12 horas.
- 40 mg intravenoso, en bolo cada 6 horas.

$\rightarrow$ HDA manejo urgencias - reanimación - tto farmacológico = IBP iv siempre

- 80mg IV en bolo (2 ampollas 40mg Omeprazol)
- 8mg/h IV perfusión continua durante 72h ($\rightarrow$ después vía oral)

*correcta: a

. Varón de 70 años que acude a urgencias por un episodio reciente de hematemesis, refiriendo mal estado general, náuseas, mareo, sin pérdida de conocimiento. Ex fumador de 20 cigarrillos/día hasta 5 años antes del episodio actual, bebedor ocasional de vino con las comidas, portador de dos stents coronarios, dislipemia a tratamiento con una estatina, doble antiagregación y pantoprazol, que toma a demanda si síntomas de ardor o dolor epigástrico. No antecedentes digestivos relevantes. A su llegada a urgencias se muestra pálido, sudoroso, con tensión arterial de 95/60 mmHg y pulso de 115 lpm.

¿Cuál es la actitud diagnóstico-terapéutica urgente en este paciente? (2015 enero)

- Dado que la presencia de hematemesis indica probable sangrado activo, lo más urgente es realizar una endoscopia digestiva alta para diagnóstico y tratamiento hemostático local.
- En base a las constantes vitales, el paciente presenta una hipovolemia grave, por lo que lo más urgente es realizar una adecuada reposición de volumen mediante sueroterapia i.v.
- Tras reposición hidroelectrolítica y una vez se hayan normalizado las constantes vitales y tengamos el diagnóstico endoscópico, se debe iniciar tratamiento intravenoso con un inhibidor de la bomba de protones a la dosis de 80 mg en bolo y 8mg/h en perfusión continua.
- La causa más probable de sangrado es una gastropatía por antiagregantes, por lo que lo más importante es suspender los antiagregantes y transfundir concentrados de plaquetas para revertir la antiagregación.
- El paciente es un cardiópata con datos de hipovolemia grave, por lo que lo más urgente es transfundir concentrados de hemáties.

$\rightarrow$ HDA urgencias

- evaluación hemodinámica $\Rightarrow$ hipotensión ($\text{TAS} < 100$) + taquicardia ($\text{FC} > 100$) = sangrado grave (ha perdido 1/3 volumen circulante)
- reanimación = reposición volemia

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes respuestas es falsa en relación a un varón de 48 años de edad que es traído a urgencias en ambulancia por presentar en su domicilio un episodio de hematemesis muy abundante con pérdida de conocimiento? La mujer nos cuenta que nunca antes había estado enfermo y que no tomaba ningún tratamiento farmacológico, además, nos cuenta que es un bebedor "de toda la vida" de una botella de vino al día, cervezas y licores de alta graduación, además de fumador de al menos 20 cigarrillos/día. (2015 enero)

- Ante la pérdida de conocimiento, e independientemente de cualquier otra actitud diagnóstica y terapéutica, el paciente debe ser intubado para proteger la vía aérea.
- Debemos medir inmediatamente las constantes vitales e iniciar las maniobras de reposición de volumen mediante sueroterapia.
- Es probable que se trate de una hemorragia digestiva alta por hipertensión portal, por lo que se debe iniciar tratamiento con terlipresina i.v.
- La causa más probable de sangrado es la presencia de varices esofágicas, por lo que es urgente colocar una sonda de Sengstaken para parar la hemorragia.
- Antes de realizar una endoscopia digestiva alta, el paciente debe ser estabilizado desde el punto de vista hemodinámico

$\rightarrow$ HDA urgencias - reanimación $\Rightarrow$ evitar broncoaspiración pulmonar $\rightarrow$ paciente decúbito lateral drch + intubarlo si pérdida conciencia (proteger vía aérea)

*correcta: d

. En un paciente que acude a urgencias por un episodio de hematemesis, ¿cuál de los siguientes fármacos i.v. se emplea antes de la endoscopia digestiva alta urgente para facilitar el vaciamiento del contenido de sangre del estómago y facilitar así la exploración endoscópica? (2024 junio)

- a) Omeprazol.
- b) Eritromicina.
- c) Somatostatina.
- d) Terlipresina.
- e) Paracetamol.

*correcta: b

. ¿Cuál es el objetivo del tratamiento con eritromicina i.v. en un paciente con hemorragia digestiva alta en urgencias, previo a la realización de una endoscopia digestiva?: (2019 enero) (2018 julio)

- a) Disminuir la probabilidad de encontrar lesiones con signos endoscópicos de alto riesgo de resangrado.
- b) Disminuir la cantidad de sangre y coágulos en cámara gástrica en el momento de la realización de la endoscopia.
- c) Facilitar la formación espontánea y estabilidad del coágulo.
- d) Reducir la necesidad de terapia endoscópica.
- e) Reducir el riesgo de infección nosocomial.

→ HDA manejo urgentes - reanimación - tto farmacológico = eritromicina → procinéticos = facilita vaciado estómago → ¡siempre! antes EDA

*correcta: b

. Paciente varón de 56 años de edad, no fumador ni bebedor, sin antecedentes clínicos de interés salvo la toma un AINE durante los 7 días previos, que acude a urgencias por hematemesis ¿Cuál de los siguientes tratamientos farmacológicos está indicado iniciar antes de la realización de una endoscopia digestiva alta urgente?: (2017 enero)

- a) Omeprazol i.v.
- b) Eritromicina i.v.
- c) Somatostatina i.v.
- d) a y b son correctas.
- e) a y c son correctas.

*correcta: b

. Cal das seguintes variables non está incluída no índice de Glasgow-Blatchford de avaliación da gravidade da hemorraxia dixestiva alta? (2020 diciembre)

- a) Enfermedades asociadas.
- b) Hemoglobina.
- c) Concentración sérica de urea.
- d) Signos endoscópicos de hemorraxia reciente.
- e) Tensión arterial sistólica.

→ HDA urgencias - anamnesis - índice Glasgow-Blatchford = riesgo mortalidad paciente

- urea • pulso
- Hb • melenas / síncope
- TAS • insuficiencia hepática / fallo cardíaco

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes parámetros no está incluido en el índice de Blatchford? (2018 enero)

- a) Niveles séricos de urea.
- b) Hemoglobina.
- c) Signos de hemorragia reciente en la endoscopia.
- d) Tensión arterial sistólica.
- e) Insuficiencia hepática.

*correcta: c

. Ante un paciente varón que acude a urgencias por un episodio de melenas, estable hemodinámicamente, con una hemoglobina de 11,9 g/dL, ¿qué prueba solicitaría para diagnosticar la causa del sangrado? (2024 enero)

- a) Una colonoscopia.

- b) Una íleo-colonoscopia.
- c) Una endoscopia digestiva alta.
- d) Un angio-TAC.
- e) Una angiografía.

→ melenas = 90% casos x HDA

→ HDA - dx causa = endoscopia

*si hubiese opción de tacto recta para conformar causa esta sería correcta

*correcta: c

. La endoscopia digestiva alta urgente de un paciente que había acudido a urgencias por un episodio de hematemesis revela la existencia de una úlcera de cara posterior de bulbo duodenal Forrest IIb. Esto significa: (2024 junio)

- a) La presencia de una úlcera con coágulo adherido, sin sangrado activo.
- b) La presencia de una úlcera con sangrado activo en chorro.
- c) La presencia de una úlcera con vaso visible, sin sangrado activo.
- d) La presencia de una úlcera con sangrado activo en babeo.
- e) La presencia de una úlcera con fondo de hematina, sin sangrado activo.

*correcta: a

. La endoscopia digestiva alta urgente de un paciente que había acudido a urgencias por un episodio de hematemesis revela la existencia de una úlcera de cara anterior de antro gástrico Forrest IIb. Esto significa: (2022 diciembre)

- a) La presencia de una úlcera con coágulo adherido, sin sangrado activo.
- b) La presencia de una úlcera con sangrado activo en chorro.
- c) La presencia de una úlcera con vaso visible, sin sangrado activo.
- d) La presencia de una úlcera con sangrado activo en babeo.
- e) La presencia de una úlcera con fondo de hematina, sin sangrado activo.

. En un paciente que acude a urgencias por hematemesis, el informe de endoscopia urgente reporta la presencia de una úlcera gástrica Forrest tipo IIb. Esto significa que el paciente presenta: (2018 julio)

- a) Una úlcera con coágulo adherido en su fondo.
- b) Una úlcera con un vaso visible en su fondo.
- c) Una úlcera con sangrado en babeo.
- d) Una úlcera con hematina en su fondo.
- e) Una úlcera con fondo de fibrina.

→ EDA - clasificación Forrest

I = sangrado [ON] → A = sangrado activo a chorro / B = sangrado babeante

II = sangrado reciente → A = vaso visible sin coágulo adherido / B = coágulo adherido / C = hematina

III = NO sangrado → tapón fibrina

*correcta: a

. Paciente varón de 56 años de edad, no fumador ni bebedor, sin antecedentes clínicos de interés salvo la toma de naproxeno durante los 7 días previos, que acude a urgencias por hematemesis. En la endoscopia digestiva alta urgente se evidencia la existencia de una úlcera antral Forrest IIb. ¿Qué tipo de úlcera presenta el paciente? (2018 enero)

- a) Úlcera con sangrado activo en babeo.
- b) Úlcera sin sangrado activo en cuyo fondo se identifica un vaso.
- c) Úlceras sin sangrado activo cuyo fondo está cubierto de hematina.
- d) Úlcera sin sangrado activo sobre la que asienta un coágulo adherido.
- e) Úlcera con sangrado activo en jet.

*correcta: d

. ¿Cuál es la actitud adecuada ante un paciente varón de 45 años de edad, sin antecedentes de interés salvo la toma de ibuprofeno en los días previos, que acude a urgencias por vómitos en posos de café, tensión arterial 110/60, frecuencia cardíaca 100 lpm, hemoglobina 11,5g/dl, en el que el informe de la endoscopia urgente reporta la presencia de una úlcera gástrica Forrest III? (2019 enero)

- a) Reposición hidroelectrolítica, dieta absoluta, omeprazol iv, e ingreso en el servicio de aparato digestivo.
- b) Omeprazol vía oral y alta hospitalaria desde urgencias con cita preferente en las consultas de aparato digestivo.

- c) Reposición hidroelectrolítica, transfusión de dos concentrados de hematíes, dieta absoluta, omeprazol iv, y monitorización en una unidad de críticos.
 - d) Reposición hidroelectrolítica, dieta absoluta, eritromicina iv, omeprazol iv, e ingresó en el servicio de aparato digestivo.
 - e) Todas las anteriores son actitudes correctas.
- *correcta: b

. Varón de 64 años de edad que acude a urgencias por un cuadro de melenas de 24 horas de evolución. Como antecedentes destaca ser ex bebedor de una botella/día de vino y ocasionalmente bebidas de alta gradación, ex fumador de 20 cigarrillos/día, portador de 2 stents coronarios, dislipidemia, a tratamiento con una estatina y doble agregación. No otra medicación. A su llegada a urgencias presenta una tensión arterial de 135/80 mmHg y pulso de 95 lpm. La analítica urgente demuestra una hemoglobina de 10,5g/dl. Se realiza endoscopia digestiva alta urgente que es informada como esófago sin alteraciones, ausencia de restos hemáticos en cámara gástrica y úlcera de cara anterior de bulbo duodenal con fondo de hematina (Forrest IIc). ¿Cuál es la actitud terapéutica urgente en este paciente? (2017 julio) (2014 julio) (2014 enero)

- a) Por el riesgo elevado de recidiva hemorrágica el paciente requiere ingreso hospitalario y tratamiento con IBP intravenoso.
- b) Aunque el riesgo de recidiva hemorrágica es bajo, el paciente debe ser hospitalizado para transfusión de concentrado de hematíes, tratamiento con IBP iv y control endoscópico antes del alta para comprobar curación de la úlcera.
- c) Si se ha realizado tratamiento endoscópico hemostático el paciente puede ser dado de alta, si no, debe ser ingresado para tratamiento con IBP intravenoso y control endoscópico tras 72 horas de tratamiento.
- d) La hemorragia del paciente ha sido leve y el riesgo de recidiva es bajo, por lo que se debe prescribir tratamiento con IBP oral y alta domiciliaria.
- e) Ninguna de las anteriores es correcta.

→ HDA urgencias

- hemorragia leve = TAS > 100 + NO taquicardia
- reanimación - tto farmacológico = IBP [siempre]
- dx causa
- endoscopia - Forrest = IIc: hematima (mancha sangre diferida) [tto endoscópico Forrest I/IIa/b]
- índice Rockall = si es bajo (<2ptos) se puede dar de alta al paciente con IBP

*correcta: d

. En un paciente que acude a urgencias por hemorragia digestiva alta, ¿cuál de las siguientes variables NO es necesaria para el cálculo del índice de Rockall? (2022 diciembre)

- a) Tensión arterial sistólica y frecuencia cardíaca.
- b) Signos de hemorragia reciente.
- c) Diagnóstico de la causa de sangrado.
- d) Edad y enfermedades asociadas.
- e) Hemoglobina.

→ índice Rockall = ayuda tto paciente HDA

- valora = edad + estado circulatorio (TAS y pulso) + comorbilidades + dx endoscópico sagrado + Forrest (signo hemorragia reciente)

*correcta: e

. Un paciente con hipertensión portal por cirrosis hepática secundaria a infección por VHC acude a urgencias por episodio de hematemesis. Se realiza endoscopia digestiva alta urgente en la que se evidencian varices esofágicas, una de ellas con sangrado activo. ¿Cuál es el método endoscópico de elección para el tratamiento de estas varices? (2024 enero)

- a) Inyección de esclerosantes.
- b) Ligadura con bandas elásticas.
- c) Inyección de pegamento endoscópico.
- d) Hemoclips.
- e) Electrocoagulación con argón.

→ hemorragia digestiva alta - tto endoscópico - técnicas mecánicas:

- hemoclips hemostáticos → elección: úlceras con vaso visible
- bandas elásticas (ligadura endoscópica) → elección: varices esofágicas (incluso prevención)

*correcta: b

20. URGENCIAS HEMATOLÓGICAS

. Los microorganismos que causan shock séptico con más frecuencia en el paciente hematológico con neutropenia son: (2022 diciembre)

- a) Bacterias Gram positivas.
- b) Bacterias Gram negativas.
- c) Hongos.
- d) Virus.
- e) Micobacterias.

→ fiebre paciente neutropénico - tto farmacológico - paciente alto riesgo = ATB cubren Gram(-)

*correcta: b

. Paciente con Linfoma refractaria, ha recibido un esquema de quimioterapia ambulatoria y a la semana acude a urgencias del hospital por fiebre. Presenta diarrea, dolor abdominal, temperatura 39°C, tensión arterial 80/40, taquicardia, y en la analítica neutrófilos 300m³, y creatinina 1.6mg/dL. Después de obtener hemocultivo que antibiótico debería iniciar entre los siguientes: (2024 enero)

- a) Vancomicina.
- b) Piperacilina Tazobactam.
- c) Fluconazol.
- d) Valaciclovir.
- e) Ciprofloxacino.

→ fiebre en paciente neutropénico

- ATB primeros 60' fiebre

- alto riesgo:

- neutrófilos <500
- comorbilidad renal/cardíaca/hepática = creatinina 1,6 = fallo renal agudo
- signos shock = hipotensión + taquicardia
- síntomas gastrointestinales = diarrea + dolor abdominal
- hipotensión

- tto inicial = piperacilina-tazobactam / cabapenem / cefepima

*correcta: b

. Cal dos seguintes datos é menos relevante para valorar a gravidade dun paciente con febre e neutropenia: (2020 diciembre)

- a) Neutrófilos de 100/mm³.
- b) Tratamento con venetoclax.
- c) TA 70/40 mmHg.
- d) Frecuencia respiratoria de 22 por minuto.
- e) Saturación de osíxeno 90%.

*correcta: b

. Señale cuál es la respuesta falsa en relación a la prevención y manejo de la fiebre infecciosa en un paciente con neutropenia pos inmuoquimioterapia (2020 enero)

- a) Podría recibir G-CSF para la profilaxis de la neutropenia febril.
 - b) Podría recibir vacuna neumocócica conjugada.
 - c) Es crucial recibir terapia antibiótica una vez identificado el germen.
 - d) Si la fiebre no responde a los antibacterianos se puede tratar con antifúngicos.
 - e) El aislamiento inverso está indicado en el contexto del trasplante de precursores hematopoyéticos
- paciente neutropénico con fiebre = empezar ATB primeros 60min fiebre

*correcta: c

*. Sinale o enunciado falso en relación á prevención ou o manexo da febre no paciente oncohematolóxico con quimioterapia: (2020 diciembre)

- a) A febre é a urxencia máis frecuente no paciente oncohematolóxico con quimioterapia.
- b) No trasplante de precursores hematopoéticos recoméndase illamento inverso con aire a presión positiva.
- c) Se febre con criterios de sepsis recoméndase un carbapenem xunto a un aminoglucósido como terapia de base.
- d) Sulfametoxazol-timetoprima recoméndase cando hai linfopenia severa ou terapia con corticoides

e) A terapia con inmunoglobulinas recomendase para la prevención de las infecciones respiratorias en el paciente con neutropenia post-quimioterapia.

→

*correcta: e

. ¿Cuál no es un dato analítico sérico definitorio de síndrome de lisis tumoral analítico: (2022 diciembre)

- a) Aumento de LDH (lactato deshidrogenasa).
- b) Descenso del calcio.
- c) Aumento de ácido úrico.
- d) Aumento de potasio.
- e) Aumento de fósforo.

→ SLT - analítico = (+) urea/fósforo/potasio (produce +daño) + (-)Ca²⁺ sérico => [need] 2 criterios

*correcta: a

. Señale cuál de los siguientes datos analíticos séricos no es característico del síndrome de lisis tumoral: (2019 enero)

- a) Bilirrubina directa de 3,5 mg/dl.
- b) Ácido úrico de 12 mg/dl.
- c) Potasio de 7 mmol/L.
- d) Calcio 6 mg/dl.
- e) Fosfato 7 mg/dl.

*correcta: a

. Señale cuál de las siguientes opciones es falsa en el síndrome de lisis tumoral: (2018 julio)

- a) Suele haber hiperpotasemia.
- b) Suele haber hiperfosfatemia.
- c) Se debe corregir la hipouricemia.
- d) Se recomienda el aporte de líquidos
- e) La rasburicasa es un fármaco eficaz en esta situación

*correcta: c

. La enfermedad injerto contra huésped aguda es una complicación frecuente del Alotrasplante de progenitores hematopoyéticos en las primeras semanas post infusión. Indique cuál de los siguientes es un hecho característico de esta complicación: (2024 enero)

- a) Confusión y dificultad para escribir.
- b) Se trata con tocilizumab.
- c) Fiebre.
- d) Diarrea líquida.
- e) Sequedad ocular.

→ trasplante precursores hematopoyéticos - complicaciones = enfermedad de injerto contra trasplante receptor/huésped (EICH):

- sd autoinmune = reacción células inmunes donante contra tejidos receptor

- órganos diana:

1. piel = rash (exantema maculopapular)
2. hígado = elevación bilirrubina + ictericia
3. tracto gastrointestinal = diarrea líquida (manifestación típica) + dolor abdominal + náuseas

*correcta: d

. ¿Cuál es el rango correcto de anticoagulación INR con un fármaco anti vitamina K (AVK) para prevenir la recurrencia de una trombosis venosa profunda? (2024 junio)

- a) INR entre 1-2.
- b) INR entre 2-3.
- c) INR entre 3-4.
- d) INR entre 4-5.
- e) INR entre 5-6.

→

*correcta: b

. No contexto dun paciente con trombose venosa, sinala a resposta correcta: (2020 decembro)

- a) Un valor do dímero D non elevado apoia a sospeita de trombose venosa.
- b) O tratamento farmacolóxico de elección nunha trombose sen embolia son os trombolíticos.
- c) A dose de heparina sódica axústase polo TTPa (tempo de tromboplastina parcial activada).
- d) O ácido tranexámico está indicado para o tratamento da síndrome post-flebítico.
- e) O tratamento recomendado ára unha trombose venosa profunda é heparina durante 30 días.

→ TVP

- dímero D normal = descarta TVP

- tto - inmediato = hepática baixo peso molecular → heparina NO fraccionada = se monitoriza con TTPA

*correcta: c

. Que dato analítico no es habitual (aunque posible) en un paciente con coagulación intravascular diseminada aguda. (2024 enero)

- a) Recuento de plaquetas alto.
- b) TTPA alargado.
- c) Hipofibrinogenemia.
- d) Aumento del dímero D.
- e) Prolongación del tiempo de protrombina y del INR.

→ CID - dx = trombopenia + TP/TTPA prolongados + descenso fibrinógeno + aumento dímero D

*correcta: a

21. URGENCIAS ENDOCRINOLÓGICAS

. Cal dos seguintes medicamentos NON causa hipoglicemia? (2020 diciembre)

- a) Insulina degludec.
- b) Insulina glargina.
- c) Metformina.
- d) Sulfonilurea.
- e) Insulina aspártica.

→ DM - tto farmacológico:

- hipoglucemiante = insulina + sulfonilureas + glinidas
- NO hipoglucemiantes = análogos GLP1 + inhibidores evasor ion tubular glucosa + glitazonas + metformina + acarbosa

*correcta: c

. Paciente de 45 años, con DM tipo 1 desde los 5 años, ingresa para estudio por síndrome general. Al tercer día del ingreso, el turno de noche de enfermería, lo encuentra inconsciente en cama realizándose una tira de glucemia con una cifra de 18 mg/dl. Se administra glucosa iv manteniendo el coma 30 minutos después. ¿Cuál es la afirmación correcta? (2022 diciembre)

- a) Es conocido por todo el mundo que el coma hipoglucémico tarda horas en recuperar la conciencia.
- b) Se debe descartar patología en el SNC con técnicas de imagen.
- c) Debemos administrar glucagón iv.
- d) Está mal medida la glucemia por el equipo de enfermería.
- e) Debemos colocar una sonda nasogástrica y administrar alimentos por vía digestiva.

→ diabétes - coma hipoglucémico:

- glucosa <50 = dar azúcar (iv - si esta consciente x v.o.)
- paciente NO despierta con azúcar = TC craneal (descartara ictus/edema)
- si no hay vía venosa = glucagon (s.c/IM)

*correcta: b

. Luis es un diabético de 78 años... presenta a las 4:00 h un cuadro de convulsión tónico-clónica y disminución del nivel de conciencia. Glucemia de 22 mg/dl. ¿Cuál de las siguientes medidas NO estaría indicada? (2019 enero)

- a) Administración de glucagón nasal.
- b) Administración de glucagón intramuscular.
- c) Administración de 15 gr de glucosa oral.
- d) Administración de glucagón subcutáneo.
- e) Administración de 15 gr de glucosa intravenoso

→ si no te habla no le metas nada en la boca anda

*correcta: c

. En un paciente con descompensación hiperglucémica en ayunas y con reposición de electrolitos, ¿qué tipo de insulina emplearías?: (2020 diciembre)

- a) Insulina rápida.
- b) Insulina intermedia.
- c) Insulina ultrarrápida.
- d) Insulina lenta.
- e) A y C son verdaderas.

→ cetoacidosis diabética = glucemia >250 + pH<7.3 (/HCO₂⁻ <18) + cetonuria/emia

- tto = insulina rápida/ultrarrápida

*corecta: e

. ¿Cuál es el electrolito que debe controlarse con más perseverancia en las primeras horas del tratamiento de la cetoacidosis diabética? (2018 julio) (2017 julio) (2015 julio) (2014 julio)

- a) Sodio.
- b) Potasio.
- c) Cloro.
- d) Calcio.
- e) Fósforo.

→ cetoacidosis diabética - tto = control potasio (xq admin insulina + corrección acidosis = K⁺ [IN] célula (+++) = hipopotasemia mortal

*correcta: b

. Mujer de 19 años con anorexia nerviosa y DM tipo 1 a tratamiento insulínico con pésimo control y HbA1c > 14% omite administración de la insulina para mantener un bajo peso, ha ingresado 10 veces por cetoacidosis diabética en los últimos 2 años. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? (2024 enero)

- a) Se debe poner en ayunas e iniciar reposición hidroelectrolítica e insulina rápida o ultrarrápida intravenosa.
- b) La causa de la cetoacidosis es clara, el mal control habitual, no merece la pena buscar ningún otro factor desencadenante.
- c) Las primeras 24-48 horas debemos estar especialmente pendiente del paciente: reevaluarlo y analíticas periódicas.
- d) Una vez compensado el pH se puede valorar tolerancia oral y pasar a insulina subcutánea.
- e) La insulina basal subcutánea se debe administrar previamente a la retirada de la insulina intravenosa.

→ cetoacidosis diabética = obligatorio buscar otros factores desencadenantes

*correcta: b

. En esta paciente que parámetros bioquímicos NO necesita controlarse periódicamente: (2024 enero)

- a) Potasio.
- b) Glucosa.
- c) pH.
- d) Lipasa.
- e) Fósforo.

→ CAD - tto = vigilancia continuada

- control horario glucemia

- control: electrolítico (Na/K/P/Mg) + ácido/base + gasometría → cada 4h

*correcta: d

. En la cetoacidosis diabética, ¿cuál de estas afirmaciones es falsa? (2022 diciembre)

- a) Se debe administrar siempre análogos de la insulina.
- b) Se debe administrar insulina rápida o ultrarrápida por vía iv.
- c) Se debe buscar la causa de la cetoacidosis.
- d) Se debe monitorizar de forma intensiva al paciente en las primeras 24-48 horas del tratamiento.
- e) Se debe monitorizar los electrolitos sobre todo el K.

*correcta: a

. En un hipertiroidismo severo por enfermedad de Graves-Basedow que necesita realizar una cirugía efectiva preferente cuál de los siguientes fármacos es el más relevante para normalizar la función tiroidea: (2019 enero)

- a) Yodo.
- b) Metimazol.
- c) Propanolol.
- d) Propiltiuracilo.
- e) Prednisona.

→ cirugía urgente, el Yodo (en forma de Lugol o solución saturada de KI) es clave porque produce el Efecto Wolff-Chaikoff, que bloquea de forma inmediata la liberación de hormona ya formada, disminuyendo además la vascularización de la glándula para que sangre menos en quirófano

*correcta: a

. Un paciente de 72 años con enfermedad de Graves-Basedow interrumpe a medicación antitiroidea presentando FA rápida e insuficiencia cardiaca. Cal de estas afirmaciones es falsa? (2020 diciembre)

- a) A reintroducción de fármacos antitiroideos normalizará rápidamente el cuadro clínico.
- b) A los fármacos antitiroideos débese engadír a administración de iodo.
- c) O efecto de Wolff-Chaikoff é a inhibición da formación e liberación de hormonas tiroideas pola administración de iodo a doses farmacolóxicas.
- d) A rápida normalización das hormonas tiroideas é esencial para a melloría clínica do paciente
- e) Débese realizar apoio xeral de osíxeno, fármacos antiarrítmicos, diuréticos, vasodilatadores, terapia anticoagulante/ antiplaquetaria, etc.

→ antitiroideos de síntesis (como el Metimazol) tardan semanas en normalizar los niveles, ya que solo impiden la fabricación de hormona nueva, pero no bloquean la que ya está circulando. Por eso, en una crisis (Tormenta Tiroidea), hace falta iodo, betabloqueantes y soporte vital.

*correcta: a

22. INTRODUCCIÓN TOXICOLOGÍA CLÍNICA

. Señala a resposta falsa: (2020 diciembre)

- a) Considérase a Orfila o pai da toxicoloxía moderna.
- b) A frase "só a dose fai ao veneno" atribúeselle a Paracelso.
- c) Os termos tóxico e veneno non son estritamente sinónimos.
- d) A maioría das intoxicacións agudas son por vía oral.
- e) O servizo de Información Toxicolóxicas en España depende do ministerio de Sanidade (en Galicia, do Sergas).

→ toxicología clínica

- historia - edad moderna:

- Paracelso → "só a dose fai o veneno" = concepto dosis-respuesta
- Orfila → padre toxicología moderna

- conceptos básicos:

- tóxico = cualquier agente químico produce efectos nocivos sobre organismos vivos
- veneno = tóxico usado con fines criminales / toxicidad muy elevada (rápidamente letal a bajas dosis)

- tipos intoxicación - según tiempo = aguda → contacto una vez (v.o.) / gases <24h

- fuentes info = centros información toxicología = SIT (INTCF) → Servicio de Información Toxicológica do Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses

*correcta: e

. Señala la respuesta correcta: (2024 junio)

- a) Las toxinas son tóxicos de origen biológico y los xenobióticos son agentes tóxicos exógenos, de origen sintético.
- b) En función de la intencionalidad de las intoxicaciones, las más frecuentes en adultos son intoxicaciones accidentales.
- c) Existe un claro predominio de las intoxicaciones agudas en sexo femenino y la media de edad está en los 20 años.
- d) La vía prioritaria de intoxicación, en las intoxicaciones agudas, es la inhalatoria, y la mortalidad es alta.
- e) Se considera a Paracelso el padre de la Toxicología moderna.

→ toxicología:

- historia = Paracelso "solo la dosis hace al veneno" / Orfila: padre toxicología moderna

- conceptos básicos:

- xenobiótico = sustancia exógena que interacciona con organismo + que no es uno de sus componentes naturales → sustancia química origen sintético (NO natural) que causa efectos nocivos
- toxina = sustancia tóxica origen biológico

- intoxicación aguda - epidemiología:

- paciente intoxican = adultos jóvenes (30a) → ligero predominio varones (aunq intoxicación suicida BZD predominan mujeres)
- vía administración = >80% oral
- agente etiológico
 - adultos = sobredosis (-OH) + suicida (benzodicepinas)
 - niños = accidentes

*correcta: a

. Señala la contestación FALSA: (2024 enero)

- a) Orfila es considerado el padre de la Toxicología moderna, pero Paracelso fue el primero en destacar la importancia de la dosis en Toxicología.
- b) Se considera órgano diana al órgano principal de eliminación del tóxico.
- c) Una sustancia con elevada toxicidad puede ser considerada un veneno.
- d) Las toxinas son de origen biológico.
- e) Para los tóxicos de origen sintético se puede usar el término xenobiótico.

→ toxicología:

- historia = Paracelso "solo la dosis hace al veneno" / Orfila: padre toxicología moderna

- conceptos básicos:

- veneno = tóxico con fines criminales / toxicidad muy elevada
- xenobiótico = sustancia exógena que interacciona con organismo + que no es uno de sus componentes naturales → sustancia química origen sintético (NO natural) que causa efectos nocivos
- toxina = sustancia tóxica origen biológico

- órgano diana = primero sufre efectos tóxicos -> (+)afectado

*correcta: b

. Unha das seguintes non é unha característica epidemiolóxica das intoxicacións agudas: (2020 diciembre)

- En canto a idade, predominan en adultos novos e en nenos pequenos.
- Representan unha pequena porcentaxe das urxencias hospitalarias.
- A maioría evolucionan ben.
- En adultos predominan os suicidios, seguidos de accidentes e sobredosis.
- En nenos pequenos adoitan ser accidentais.

-> toxicología clínica - epidemiología:

- incidencia = 1-2% urxencias hospitalarias adultos / <0,5% urxencias pediátricas
- evolución favorable >50% casos (alta antes 24h) -> ingresos UCI <5%
- pacientes suelen intoxicarse = adultos jóvenes (30a) + niños <3-5a
- agente etiológico:
 - adultos = sobredosis (alcohol) > suicidios (BZD) > accidentales (CO)
 - niños = accidentales (paracetamol, químicos hogar + alcohol + apiretal)

*correcta: d

. Las intoxicaciones farmacológicas más frecuentes en adultos en nuestro país son: (2024 julio)

- Por litio.
- Por paracetamol.
- Por benzodiazepinas.
- Por salicilatos.
- Todas son falsas.

-> intoxicaciones agudas - epidemiología - agente etiológico - adultos = alcohol + benzodiazepinas + cocaína

*correcta: c

. Señala la correcta respecto a las intoxicaciones agudas: (2024 enero)

- Representan un pequeño porcentaje de las urxencias hospitalarias en adultos, pero más del 5% de las urxencias pediátricas.
- En adultos, el alcohol es la sustancia de abuso más frecuentemente implicada, mientras que las benzodiazepinas son los fármacos predominantes.
- La edad media de los intoxicados se sitúa entre los 20 y los 30 años, con un claro predominio en varones para todos los tipos de intoxicaciones.
- La mortalidad general es baja, pero por grupos de sustancias, los psicofármacos presentan la mayor mortalidad
- En adultos, la mayoría de las intoxicaciones son accidentales.

-> intoxicaciones agudas - epidemiología:

- incidencia => urxencias adultos = 1-2% // urxencias pediátricas = <0,5%
- mortalidad = 0,2% (1,7% intoxicaciones químicas)
- paciente típico = adultos jóvenes 30a - ligero predominio varones (intoxicación suicida x BZD > mujeres)
- agente etiológico - adultos => alcohol (sobredosis) + benzodiazepinas (suicidios)

*correcta: b

23. DIAGNÓSTICO INTOXICACIÓN

. En la mayoría de las intoxicaciones el diagnóstico se basa en datos obtenidos a partir de: (2024 enero)

- a) Anamnesis.
- b) Exploración física.
- c) Analítica general.
- d) Analítica toxicológica.
- e) Todos los anteriores contribuyen en proporción similar.

→ intoxicaciones agudas = 1. anamnesis - 2. EF - 3. pruebas complementarias - 4. análisis toxicología

- 1-3 dx clínico = fundamental anamneiss

*correcta: a

. Señala a falsa respecto da anamnese nas intoxicacións agudas: (2020 diciembre)

- a) Débese preguntar sobre o tipo de sustancia, a cantidade, a vía de contacto, e o momento da exposición, entre outras cuestións.
- b) Non se debe perder o tempo na anamnese, porque o prioritario é empezar a decontaminación dixestiva canto antes.
- c) Contribúe ao diagnóstico no 80% das intoxicacións.
- d) Se falla a sospeita diagnóstica na anamnese o máis probable é que a intoxicación quede sen diagnosticar.
- e) Débese indagar sobre tratamentos farmacolóxicos e uso de sustancias de abuso.

→ intoxicación agudas - Dx - anamnesis

- fundamental = 90% casos da pista intoxicación

- preguntas básicas = 90-95% dx:

- ¿qué produxo la intoxicación? = tto farmacológico / sustancia abuso

- ¿cómo se produxo intoxicación? = vía

- ¿cuánto tomó?

- ¿cuándo?

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2020 julio) (2015 enero)

- a) La anamnesis es la base del diagnóstico de las intoxicaciones.
- b) Los exámenes radiológicos son de poco valor para el diagnóstico de las intoxicaciones.
- c) La aparición de miosis es un signo característico de la intoxicación por cocaína.
- d) El diagnóstico de confirmación de las intoxicaciones se realiza con el análisis toxicológico.
- e) La exploración clínica del sujeto intoxicado es inespecífica en la mayoría de los casos, por lo que no ayuda a determinar el agente tóxico responsable.

→ intoxicaciones agudas - dx:

- fundamental anamnesis = 90% casos da pista que se produce intoxicación

- EF = no hay signos específicos que orienten causante

• sd simpáticomimética (cocaína) = midriasis

- pruebas complementarias

• radiología = no importantes x gases NO radioopacos

• análisis toxicológico - análisis confirmación = alta sensibilidad/especificidad → indicaciones: Dx confirmación

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? (2017 julio) (2015 enero)

- a) La anamnesis es la base del diagnóstico de las intoxicaciones.
- b) Los exámenes radiológicos son imprescindibles para el diagnóstico de las intoxicaciones, ya que la mayoría de los tóxicos son radiopacos.
- c) El edema agudo de pulmón de origen no cardiogénico es muy frecuente en las intoxicaciones por opiáceos.
- d) El diagnóstico de confirmación de las intoxicaciones se realiza con el análisis toxicológico.
- e) La exploración clínica del sujeto es inespecífica en la mayoría de los casos, por lo que no ayuda a determinar el agente tóxico responsable.

→ intoxicaciones agudas - dx - EF - sd opioide = x opioides - síntomas:

- miosis (pupilas puntiformes) - coma

- hipoventilación - bradicardia

- hipotermia
- hipotensión
- disminución peristaltismo
- vómito

*correcta: c

. Señala la respuesta falsa respecto de los test de "screening" toxicológico: (2024 enero)

- a) Solo están disponibles para algunos tóxicos.
 - b) Solo se realizan en los laboratorios de toxicología.
 - c) Pueden dar falsos negativos y falsos positivos.
 - d) Aportan información rápida.
 - e) Se realizan, habitualmente, en muestra de orina.
- intoxicaciones agudas - dx - pruebas complementarias ⇒ análisis toxicología = test screening:
- pruebas rápidas para determinar en urgencias si paciente consumió sustancias
 - ventaja = resultados rápidos
 - desventajas:
 - cantidad sustancia medible = limitada
 - resultados cualitativos
 - falsos positivos x reacciones cruzadas
 - falsos negativos
 - muestras = sangre + orina

*correcta: b

. Señala la falsa respecto de los test de screening toxicológico: (2024 enero)

- a) Ofrecen resultados cualitativos rápidos y pueden estar disponibles en hospitales.
 - b) Existen test de screening para la mayoría de tóxicos.
 - c) Se suelen basar en técnicas de inmunoensayos que se realizan habitualmente en muestras de orina.
 - d) Los falsos positivos pueden deberse a reacciones cruzadas de otras moléculas presentes en la muestra biológica.
 - e) Los falsos negativos se deben a que la molécula presente no es reconocida por los anticuerpos del test, aunque sea de la misma familia funcional que aquella para la que ha sido diseñado.
- análisis toxicología - test screening:
- pruebas rápidas urgencias (disponible en hospitales)
 - test basado en inmunoensayo (reacción Ag-Ac)
 - ventaja = resultados rápidos
 - desventajas
 - cantidad de sustancias medibles es limitada (psicofármacos + sustancias abusos)
 - resultados cualitativos = falsos positivos (x reacciones cruzadas) + falsos negativos (diferencia en la estructura molecular)

*correcta: b

. Señala a respuesta correcta: (2020 diciembre)

- a) Os métodos de screening toxicológico son máis rápidos e precisos que os de confirmación.
 - b) As análises toxicolóxicas de confirmación fanse de rutina nos laboratorios centrais dos hospitais públicos.
 - c) As análises de confirmación tardan máis que as de screening e só están indicadas en casos de intoxicacións potencialmente agudas.
 - d) Para solicitar una análise de confirmación a un laboratorio de toxicología, ha que enviar mostrase de sangue, orina e contido gástrico.
 - e) O método de conservación das mostrase que se envíen a un laboratorio externo de toxicología é, como norma xeral, o frío.
- intoxicación aguda - pruebas complementarias - análisis toxicología:
1. test screening = resultados rápidos + limitadas sustancias (FP/FN)
 2. análisis confirmación = muestras biológicas (sangre + orina) + tardan horas/días (NO útiles manejo agudo) + indicaciones:
 - casos graves
 - DD
 - intoxicaciones resultado analítico implicaciones terapéuticas
 - implicaciones médico legales
 - Dx confirmación
- muestras biológicas

- contenido gástrico = solo se toma muestra si hay indicación de lavado gástrico x estado paciente (NO para obtener muestra Per sé)
 - envasado/conservación = conservación muestra x frío
- *correcta: e

. Con respecto a la orina como muestra biológica, ¿qué respuesta es FALSA?: (2020 enero) (2015 julio)

- a) En ella se detectan altas concentraciones del tóxico.
- b) Un resultado negativo no es excluyente.
- c) Los niveles de tóxico detectado se correlacionan con el estado clínico del sujeto.
- d) No necesita adición de conservantes.
- e) En ella pueden realizarse gran número de inmunosupresores.

→ muestra - orina:

- ventajas = altas concentraciones de tóxico
- desventajas = NO correlación directa con efecto estado clínico + orina(+) NO im0kica intoxicación actual

*correcta: c

. Señala la falsa respecto de los análisis toxicológicos: (2024 julio)

- a) Los análisis de confirmación se suelen hacer en orina.
- b) Los resultados (concentración) que se suelen correlacionar con el efecto del tóxico son los de sangre.
- c) La presencia del tóxico en contenido gástrico no permite deducir la gravedad de la intoxicación.
- d) Las muestras que se deben enviar, como norma general, a los laboratorios de Toxicología, cuando se solicita un análisis de confirmación son sangre y orina.
- e) La concentración del tóxico en orina no se correlaciona, como norma general, con el estado clínico del paciente.

→ intoxicación aguda - dx - pruebas complementarias - análisis toxicología => pruebas confirmación = sangre + orina [siempre]

→ muestras - biológicas clásicas:

- sangre/plasma = única establece correlación directa: concentración tóxico - efecto paciente
- orina = NO correlación: efecto - estado clínico
- contenido gástrico = NO correlación con estado clínico

*correcta: a

. Señala la correcta: (2024 enero)

- a) Si un análisis de orina da positivo para un tóxico, como norma general, indica consumo reciente, pero no necesariamente intoxicación actual.
- b) Si un análisis de sangre da positivo para un tóxico, como norma general, indica consumo reciente, y que la sustancia está aún ejerciendo su efecto.
- c) Un análisis negativo en contenido gástrico no permite excluir una intoxicación aguda.
- d) Son correctas a, b y c.
- e) Solo b y c son correctas.

→ muestras biológicas

- sangre = informa exposición reciente (últimas horas) a tóxicos seguramente implicado en caso actual
- orina = informa consumo reciente (h/d)
- contenido gástrico = análisis negativo no excluye intoxicación

*correcta: d

24/5. TRATAMIENTO INTOXICACIONES

. Señala la respuesta correcta respecto del tratamiento de las intoxicaciones agudas: (2024 enero)

- a) El principal objetivo del tratamiento es eliminar el tóxico del organismo.
- b) La mayoría de las intoxicaciones agudas no necesitan tratamiento antitóxico específico.
- c) La posición de seguridad en un paciente intoxicado es decúbito lateral derecho.
- d) La indicación genérica de la descontaminación digestiva es la ingesta reciente de cualquier dosis de una sustancia absorbible por la mucosa digestiva.
- e) La disponibilidad de antidotos debe depender exclusivamente de la situación económica del hospital.

→ intoxicaciones agudas - tto:

- ppl objetivo = mantener sujeto con vida → mayoría intoxicaciones = leves = NO tto agresivo (antitóxico)
- 80% leves = tto soporte general (NO subsidiarias tto agresivo)
- medidas soporte general - vía aérea permeable = posición lateral seguridad lado izquierdo
- tto antitóxico - descontaminación digestiva = [NEED] tóxico sea sustancia absorbible + consumo repunte (<2h) + ingerido a dosis tóxica
- antidotos - disponibilidad = depende sistema asistencial del centro

*correcta: b

. Señala a falsa: (2020 diciembre)

- a) O obxectivo prioritario de tratamento das intoxicacións agudas é iniciar a decontaminación dixestiva canto antes.
- b) Os pacientes intoxicados deben ter prioridades de triaxe, e non deberían esperar máis de 30 minutos.
- c) Diminuír a absorción, aumentar a eliminación e administrar antidotos son a base do tratamento antitóxico específico.
- d) A maioría das intoxicacións agudas non van precisar tratamento antitóxico específico.
- e) A posición de seguridade para un paciente intoxicado que está obnubilado ou inconsciente é decúbito lateral esquerdo.

→ intoxicaciones agudas - tto:

- objetivo = mantener sujeto con vida → (>)intoxicaciones = leves → NO tto agresivo
- triaje - prioridad pacientes intoxicados = vistos tiempo máx 30min
- tto antitóxico = reducir absorción tóxico + administrar antidotos + aumentar eliminación tóxico
- medidas soporte general = posición letal seguridad → lado izquierdo (x anatomía estómago = evitar vómitos)

*correcta: a

. Señala a falsa respecto da decontaminación dixestiva: (2020 diciembre)

- a) A súa indicación xenérica é a inxesta recente (<2h) dunha dose tóxica dunha sustancia absorbible pola mucosa dixestiva.
- b) O fármaco de elección para provocar a emesis é o xarope de ipecacuana, que se prepara como fórmula maxistral.
- c) O xarope de ipecacuana está contraindicado en pacientes con diminución do nivel de conciencia ou cando a sustancia que inxeriu pode producirle ese efecto (aínda que non sexa evidente nese momento).
- d) Para realizar o lavado gástrico nunha intoxicación aguda úsase unha sonda nasogástrica de calibre reducido para non producir lesións no esófago.
- e) O lavado gástrico, a diferenza da emesis forzada, non está contraindicado en pacientes con diminución do nivel de conciencia.

→ tto antitóxico - descontaminaciones digestiva

- premisas necesarias = tóxico sustancia absorbible + consumo reciente (<2h) + ingerido a dosis tóxica
- técnica = lavado gástrico = vómito cortado → xarope de ipecacuana
 - sustancia de elección → fórmula maxistral (realiza farmacia hospitalaria)
 - contraindicaciones = paciente con depresión nivel conciencia + sustancia origen perfidia conciencia

*correcta: d

. Señala la respuesta falsa: (2024 junio)

- a) La mayoría de los tóxicos se absorben antes de las 2 horas postingesta.
- b) El carbón activado es el método prioritario de descontaminación digestiva.
- c) El carbón activado no adsorbe la mayoría de los metales ni alcoholes.
- d) Las técnicas de eliminación extrarrenal se usan de rutina en las intoxicaciones agudas, siempre que estén disponibles.
- e) El lavado intestinal total se realiza con una disolución de polietilenglicol.

→ tto antitóxico = 1. impedir absorción tóxico - descontaminación digestiva:

- [need] consumo reciente (<2h xq mayoría tóxicos se absorben en <2h)

- técnica - lavado gástrico = [IA] lavado intestinal se realiza con soluciones osmóticamente activas como el polietilenglicol (PEG) para "barrer" el intestino (típico en body packers)
 - sustancias absorbentes = carbón activado
 - método elección descontaminación digestiva según expertos
 - absorbe gran cantidad productos tóxicos ¡pero! NO todos (alcoholes/metales/ácidos/bases)
 - tto antitóxico = 3. aumentar eliminación tóxico = técnicas: eliminación renal (diuresis forzada) + depuración extrarrenal
 - uso = intoxicaciones muy graves
 - tóxico tiene que ser susceptible de eliminación → indicaciones
 - indicaciones muy limitadas x elevada tasa complicaciones
- *correcta: d

. Señala la FALSA: (2024 enero)

- Los Laboratorios de Toxicología utilizan test de screening que permiten realizar un barrido amplio para detectar las posibles sustancias implicadas en el cuadro tóxico, pero no las detectan todas.
 - Las medidas de tratamiento antitóxico específico incluyen técnicas para reducir la absorción o aumentar la eliminación, así como la administración antídotos, pero no son necesarias en la mayoría de las intoxicaciones.
 - La indicación genérica de la descontaminación digestiva es la ingesta reciente (menos de horas), a dosis tóxica, de una sustancia absorbible por la mucosa digestiva.
 - El lavado gástrico, a diferencia de la emesis forzada, no está contraindicado en pacientes en coma, si se puede intubar.
 - La técnica de descontaminación digestiva de elección en la mayoría de las intoxicaciones es el lavado gástrico.
- laboratorio toxicología = hacen barrido careening (más amplio que el de urgencias) = si detectan algo → análisis cualitativo confirmación
- tto antitóxico:
- mayoría intoxicaciones = leves → NO subsidiarias tto agresivo
 - 1. impedir absorción del tóxico - 2. antídotos - 3. aumentar eliminación del tóxico
1. impedir absorción del tóxico
 - [need] = tóxico sea sustancia absorbible + consumo reciente (<2h) + ingerido a dosis tóxica
 - lavado gástrico = NO contraindicado en paciente en coma / convulsiones
 - carbón activado = método prioritario de descontaminación digestivas según expertos
- *correcta: e

. Señala la FALSA respecto del carbón activado (CA): (2024 enero)

- Es un polvillo negro con una amplia superficie de adsorción, que se puede administrar a dosis única o múltiple.
 - Para la mayoría de los tóxicos, lo ideal es alcanzar una ratio "CA: Tóxico" de "10:1".
 - Puede provocar vómitos (no usar en pacientes con la vía aérea desprotegida) y estreñimiento (asociar catártico, como prevención).
 - Si se da a la dosis adecuada, puede absorber cualquier tipo de tóxico.
 - A dosis repetidas es útil, por ejemplo, en intoxicaciones muy graves por tóxicos que sufren recirculación enterohepática o que forman benzóares.
- carbón activado:
- adsorbe gran cantidad tóxicos - NO todos (alcohol/metal/ácidos/bases)
 - suele administrarse dosis única - ocasiones múltiple (ocasiones elevada circulación entero hepática)
 - proporción carbón 10:1 tóxico
 - complicaciones = vómitos + estreñimiento (obstrucción intestinal - evitar con catártico/laxante)
 - dosis repetidas → uso: intoxicaciones muy graves = circulación enterohepática + intoxicaciones mortales/secuelas + formación benzoares
- *correcta: d

. Sinala a resposta verdadeira: (2020 diciembre)

- A máxima eficacia do carbón activado obtense cunha relación "carbón activado:tóxico" de 1:1.
- Entre as características dos tóxicos que son susceptibles de depuración renal ou extrarrenal figuran a baixa unión a proteínas plasmáticas e o baixo volume de distribución.
- O carbón activado absorbe unha gran cantidade de tóxicos, incluídos a maior parte dos alcois e os metais.
- A orde de prioridade de elección dos métodos de decontaminación dixestiva é emesis forzada, lavado gástrico e carbón activado.
- A dispoñibilidade de antídotos nos distintos niveis asistenciais está regulada por lei.

- descontaminación digestiva - sustancias absorbentes = carbón activo:
 - método elección => método prioritario de descontaminación digestiva según expertos
 - adsorbe una gran cantidad productos tóxicos
 - NO útil (x no adsorber) = metales (litio) + alcoholes + ácidos + bases
 - proporción carbón activado 10:1 tóxico
 - antídotos - disponibilidad = depende nivel asistencial del centro
 - aumentar eliminación - características tóxico:
 - toxicidad elevada
 - poca unión a proteínas plasmáticas
 - hidrosolubles
 - volumen distribución bajo
 - bajo peso molecular
- *correcta: b

. Señala la relación Tóxico - Antídoto correcta: (2024 junio)

- a) Salicilatos - N acetilcisteína.
 - b) Etanol - Metanol.
 - c) Etanol- Etilenglicol.
 - d) Opioides/Opiáceos - Naloxona.
 - e) Litio - Silibinina.
- intoxicación - antídoto:
- metanol/etilenglicol = etanol/fomepizol (arriba pone primero el antídoto y luego el tóxico)
 - opioides = naloxona
 - paracetamol = N-Acetilcisteína
 - setas hepatotóxicas = penicilina G sódica / silibina / silibinina
- *correcta: d

. Señala la correcta: (2024 enero)

- a) Casi todos los tóxicos tienen un antídoto, pero la eficacia es muy variable.
 - b) La disponibilidad de antídotos no está regulada por ley, varía según los hospitales, pero suele ser insuficiente.
 - c) La Red de Antídotos es un organismo de ámbito nacional en el que están incluidos todos los hospitales públicos.
 - d) En relación con los antídotos, el acrónimo TPD deriva de la expresión inglesa "Total Patient Dose".
 - e) Las técnicas de depuración extrarrenal de tóxicos son más eficaces para tóxicos de elevados peso molecular y volumen de distribución, pero poco unidos a proteínas.
- antídotos
- hay pocos + eficacia muy variable
 - disponibilidad = aprovisionamiento insuficiente -> NO existe legislación nacional/autonómica sobre su disponibilidad
 - disponibilidad antídotos depende nivel asistencial
 - red de antídotos = unidos ciertos hospitales - NO todos
 - TPD (tratamiento paciente día) = Ud referencia -> dosis necesaria para tratar paciente durante un día
- 3. aumentar eliminación = técnicas extrarrenales -> indicaciones = (-): peso molecular / unión proteínas plasmáticas / volumen distribución
- *correcta: b

. Una de las siguientes características favorece el uso de las técnicas de eliminación renal /extrarrenal de los tóxicos: (2024 julio)

- a) Bajo peso molecular.
 - b) Bajo volumen de distribución.
 - c) Baja unión a proteínas plasmáticas.
 - d) Hidrosolubilidad.
 - e) Todas favorecen el uso de dichas técnicas.
- tto antitóxico = 3. aumentar eliminación - indicaciones => técnicas extrarrenal es - características del tóxico:
- (+++) toxicidad
 - hidrosolubles
 - (-) peso molecular
 - (-) unión proteínas plasmáticas
 - (-) volumen distribución
- *correcta: e

. La hemodiálisis está indicada como técnica de eliminación de tóxicos: (2020 enero)

- a) En la intoxicación por metanol.
- b) En las intoxicaciones por sustancias con larga vida media de eliminación.
- c) Para tóxicos fuertemente unidos a proteínas plasmáticas.
- d) Tóxicos de gran volumen de distribución.
- e) Todas son ciertas.

→ tto intoxicaciones - aumentar eliminación - características tóxico (técnicas extrarrenales):

- toxicidad elevada - poca unión proteínas plasmáticas
- hidrosolubles - volumen distribución bajo
- bajo peso molecular

→ tto intoxicaciones agudas - aumentar eliminación - técnicas depuración extrarrenal => tóxico = metanol -> hemodiálisis

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2020 enero)

- a) La primera fase del tratamiento de las intoxicaciones es el mantenimiento de las funciones vitales.
- b) El carbón activado es más efectivo que el lavado gástrico.
- c) La diuresis forzada ácida es la que se utiliza con más frecuencia.
- d) La administración de catárticos está indicada si se administra carbón activado.
- e) El volumen de distribución de un tóxico es condicionante de la aplicación de técnicas de depuración

→

*correcta: c

. ¿Con respecto a la sangre, cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA? (2019 enero) (2015 enero)

- a) No necesita la adición de conservantes.
- b) En ella se detectan altas concentraciones de tóxico.
- c) Los niveles de tóxico encontrados se correlacionan con el estado clínico del sujeto intoxicado.
- d) La mayoría de los tóxicos permanecen en ella, por lo menos 48 horas.
- e) Todas las afirmaciones son ciertas.

→

*correcta: c

. Con respecto a la sangre, ¿cuál de las siguientes respuestas es falsa?:

- a) Necesita la adición de conservantes.
- b) En ella se detectan altas concentraciones de tóxico.
- c) Los niveles de tóxico encontrados se correlacionan con el estado clínico del sujeto intoxicado.
- d) La mayoría de los tóxicos permanecen en ella, alrededor de 24 horas.
- e) Los tóxicos se detectan menos tiempo que en la orina.

→

*correcta:

. ¿Qué muestra biológica utilizarías para cuantificar los niveles de tóxico encontrado? (2020 enero)

- a) Orina.
- b) Sangre.
- c) Contenido gástrico.
- d) Son ciertas a y c.
- e) Son ciertas b y c.

→ intoxicación - dx - muestras biológicas clásicas:

- sangre = muestra estudios cuantitativos
- orina
- contenido gástrico

*correcta: d

. ¿Qué muestra biológica utilizarías para realizar un screening toxicológico?: (2017 julio) (2015 enero)

- a) La orina.

- b) La sangre.
- c) El contenido gástrico.
- d) Son ciertas a y c.
- e) Son ciertas b y c.

→ intoxicación - dx - muestras biológicas clásicas:

- orina = análisis screening (fácil analizar x pocas interacciones)

*correcta: a

. ¿Qué muestra biológica utilizarías para realizar un screening toxicológico? (2019 enero)

- a) Morfina.
- b) La sangre.
- c) El contenido gástrico.
- d) Son ciertas a y c.
- e) Son ciertas b y c.

→

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA con respecto al tratamiento de intoxicaciones? (2019 enero)

- a) El flumazenilo no es adecuado en pacientes tolerantes a las benzodiazepinas.
- b) En intoxicaciones por litio, se aplica hemodiálisis durante unas 6 horas como mínimo.
- c) El lavado gástrico en sobredosis graves de antidepresivos solo es eficaz después de 4-6 horas postingesta.
- d) Las urgencias cardiovasculares por cocaína se pueden tratar con benzodiazepinas y/o bicarbonato.
- e) Las embarazadas, intoxicadas por monóxido de carbono, se tratan cuando la concentración de carboxihemoglobina es superior al 10%.

→

*correcta:

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2019 enero) (2017 julio) (2015 enero)

- a) El lavado gástrico es técnica de elección para impedir la absorción de los tóxicos en niños.
- b) El carbón activado es más efectivo que el lavado gástrico.
- c) La diuresis forzada ácida, podría estar indicada para forzar la eliminación de las anfetaminas.
- d) La apomorfina administrada por vía subcutánea puede ser utilizada para la inducción del vómito en un paciente intoxicado en determinadas circunstancias.
- e) El volumen de distribución de un tóxico es condicionante de la aplicación de técnicas de depuración extrarrenal

→

*correcta:

. Señala la correcta respecto a la epidemiología de las intoxicaciones agudas: (2018 julio)

- a) En adultos predominan las accidentales sobre las suicidas.
- b) En niños en edad preescolar predominan las accidentales.
- c) La mayoría de las intoxicaciones agudas son por vía inhalatoria.
- d) Los fármacos más frecuentemente implicados en intoxicaciones son las benzodiazepinas, tanto en niños como en adultos.
- e) Representan más del 10% de las urgencias hospitalarias.

→

*correcta:

. Señala la respuesta correcta respecto al diagnóstico de las intoxicaciones agudas: (2018 julio)

- a) La anamnesis es fundamental ya que aporta información relevante en un alto porcentaje de casos.
- b) La analítica toxicológica aporta el diagnóstico de confirmación pero, en general, no es esencial para el manejo agudo de la intoxicación.
- c) La mayoría de las manifestaciones clínicas están relacionadas con un gran número de tóxicos.
- d) Todas las anteriores son correctas.

e) Solo a y b son correctas.

→

*correcta:

. Señala la correcta respecto al tratamiento de las intoxicaciones agudas: (2018 julio)

- a) Las intoxicaciones agudas deben ser priorizadas en el triaje, y ningún paciente intoxicado debería esperar más de 2 horas antes de la primera valoración.
- b) La mayoría de las intoxicaciones agudas precisan medidas específicas de tratamiento antitóxico.
- c) La indicación genérica de descontaminación digestiva es la ingesta reciente (menos de 2 horas) a dosis tóxica de productos absorbibles por la mucosa digestiva.
- d) Tanto la emesis forzada como el lavado gástrico están contraindicados y la sustancia causante de la intoxicación puede provocar la pérdida de consciencia.
- e) El carbón activado es especialmente eficaz para la absorción de alcoholes, metales (litio y plomo) o cianuro.

→

*correcta:

. Cuál de las siguientes afirmaciones podríamos considerar como debilidad en el caso de usar la saliva como muestra alternativa: (2018 julio) (2016 enero)

- a) Toma de muestra no invasiva.
- b) Difícil de adulterar.
- c) Muestra que no supone violación de la intimidad.
- d) Pueden existir correlaciones con la sangre.
- e) Puede existir contaminación oral.

→

*correcta:

. El mecanismo de incorporación de drogas al pelo incluye una de las siguientes afirmaciones: (2018 julio)

- a) La difusión pasiva desde la sangre.
- b) El paso a través del sudor.
- c) El paso a través de las secreciones sebáceas.
- d) La contaminación ambiental.
- e) Todas son correctas.

→

*correcta:

. El mecanismo de incorporación de las drogas al pelo NO incluye una de las siguientes afirmaciones: (2016 enero)

- a) La difusión pasiva desde la sangre.
- b) El paso a través del sudor.
- c) El tratamiento cosmético.
- d) El paso a través de las secreciones sebáceas.
- e) La contaminación ambiental.

→

*correcta:

. Cuál de las siguientes afirmaciones constituye una ventaja del uso de manchas secas de sangre: (2018 julio)

- a) Es una toma de muestras sencilla y no invasiva.
- b) Es fácil de transportar y almacenar.
- c) Representa un menor riesgo biológico.
- d) Tiene mayor estabilidad.
- e) Todas son correctas

→

*correcta:

. Cuál de las siguientes afirmaciones constituye una ventaja en el uso del meconio: (2018 julio)

- a) Es una muestra compleja para analizar en el laboratorio.
- b) Siempre debe obtenerse a través de un servicio hospitalario.

- c) Puede haber reticencias en su donación por parte de la madre.
- d) La interpretación de los niveles es complicado.
- e) Permite evaluar la exposición general a una sustancia exógena del neonato

→

*correcta:

. Señala la falsa en relación con las muestras biológicas: (2018 julio)

- a) Sangre: informa de la exposición reciente a tóxicos.
- b) Orina: muestra manipulable/adulterable.
- c) Contenido gástrico: un análisis negativo permite excluir una intoxicación aguda.
- d) Pelo: informe de consumo crónico e historial de consumo.
- e) Todas las muestras clásicas para análisis toxicológico: conservación en frío.

→

*correcta:

26/7/8. INTOXICACIÓN POR GASES

. Señala la respuesta correcta respecto de los gases tóxicos: (2024 julio)

- a) El oxígeno es el antidoto específico universal para todas las intoxicaciones por gases asfixiantes.
- b) Los asfixiantes físicos desplazan al O₂ del aire, y, habitualmente, producen asfixia en los espacios confinados.
- c) Los asfixiantes químicos producen asfixia al reaccionar con el O₂ de la atmósfera, haciendo el aire irrespirable.
- d) El órgano diana de los gases asfixiantes es el hígado.
- e) Los gases irritantes producen lesión de las vías aéreas superiores, pero no del pulmón.

→ gases irritantes - nivel lesión (distinto lugar acción - según capacidad hidrosolubilidad)

- (+)hidrosolubilidad = vías aéreas superiores

- (-)hidrosolubilidad = pulmón

→ gases asfixiantes

- como órgano (+) sensible privación O₂ = SNC → gases asfixiantes 1ª manifestación en SNC = órgano diana x ser (+) susceptible

- asfixiantes físicos = reducen presión parcial oxígeno en aire (desplazándolo) → riesgos: asfixia en lugares confinados (aumenta concentración gas tóxico - disminuyendo presión parcial oxígeno = hipoxia = pérdida conocimiento = muerte dulce)

- asfixiantes químicos (+perigroso) = asfixia sin interferir con O₂

→ O₂ tto de intoxicaciones x gases ¡pero! NO [enough] intoxicación x cianuro → antidoto 1ª elección = Hidroxicina lamina (vitB12a)

*correcta: b

. Señala la respuesta falsa respecto del monóxido de carbono: (2024 julio)

- a) Se une a la Hemoglobina en un lugar específico, sin impedir la unión de O₂, pero sí su liberación a los tejidos.
- b) Bloquea la citocromooxidasa, pero su afinidad por esta es menor que por la hemoglobina.
- c) Produce clínica inespecífica, pero la cefalea es un síntoma presente en la mayoría de los pacientes
- d) Para el diagnóstico de la intoxicación aguda son útiles la anamnesis, los niveles de carboxihemoglobina en sangre arterial o venosa y la pulsioximetría.
- e) El Síndrome Neurológico Tardío tras intoxicación aguda por CO cursa con alteraciones neuropsiquiátricas (alteración de la personalidad, demencia, parkinsonismo...) y puede ser reversible.

→ intoxicación x gases = CO

- fisiopatología:

• efectos en sangre = carboxihemoglobina ⇒ CO absorbido en pulmón → sangre = +Hb = complejo carboxihemoglobina (COHb)

- se une en mismo lugar O₂ = afinidad CO x Hb = x200/300 oxígeno-Hb = desplaza O₂ = (-) capacidad transporte

- unión reversible

• efecto tejido pus = [BLOCK] citocromooxidasa

- cuadro clínico ⇒ órganos diana = SNC (cefaleas → muy frecuentes) + corazón

- complicaciones retardadas = sd neurológico tardío → alteraciones psiquiátricas + neurológicas ⇒ reversible

- dx - pruebas complementarias ⇒ AS = niveles CO-Hb (sangre venosa/arterial) // pulsioximetría

*correcta: a

. Señala la respuesta falsa: (2024 julio)

- a) Una carboxihemoglobina igual o superior al 10% permite diagnosticar una intoxicación aguda por CO (salvo presencia de Hb fetal o cuadro hemolítico).
- b) Una carboxihemoglobina inferior al 10% descarta la intoxicación aguda por CO, incluso con anamnesis compatible.
- c) El antidoto para la intoxicación por CO es el O₂, pero no existe consenso sobre la superioridad de la oxigenoterapia hiperbárica sobre la normobárica.
- d) El gas sulfhídrico es un potente asfixiante químico (gas derribador) e irritante secundario.
- e) El HCN es un potente asfixiante químico que bloquea de modo reversible la citocromo oxidasa, pero para el que hay antidotos eficaces como la hidroxocobalamina.

→ intoxicación CO

- interpretación niveles COHb:

• intoxicación aguda = COHb>10% excepto: neonato (interferencia Hb fetal) / cuadro hemolítico

• IIMPI concentraciones <10% NO descartar intoxicación aguda si clínica compatible

- tto específico => O₂ = antídoto -> entre normo/hiperbárico estudios contradictorios sobre [better]
 - > intoxicación x ácido cianhídrico:
 - fisiopatología = CN se une a Fe³⁺ citocromooxidasa
 - tto 1ª elección = hidroxocobalamina (B12)
 - > intoxicación x ácido sulfhídrico (H₂S)
 - mecanismos toxicidad = irritante secundario (afectación sist+local) + asfixiante químico
 - clínica = "gas derribador" (xq produce pérdida instantánea conocimiento)
- *correcta: b

. Un paciente es traído a Urgencias desde un incendio producido dentro de una nave cerrada donde había espumas de poliuretano. Está consciente, pero presenta creciente torpeza mental, cefalea e intensa disnea. La saturación de oxígeno mediante pulsioximetría es del 92% y el ácido láctico capilar es de 8 mEq/L. ¿Qué tratamiento específico considera MÁS adecuado? (MIR 2020)

1. Administración de oxígeno mediante mascarilla tipo Venturi al 50%.
2. Administración de hidroxocobalamina intravenosa.
3. Ventilación con cámara hiperbárica.
4. Fluidoterapia con infusión de solución salina fisiológica a 21 mL/hora.

->

*correcta: 3

. Mujer de 65 años rescatada de un incendio de un almacén de envases de plástico y trasladada a urgencias con cuadro de cefalea, náuseas, vómitos y somnolencia tras Inhalación de humo. De los siguientes, ¿cuál es el diagnóstico de sospecha y el tratamiento inicial más correcto?: (MIR 2023)

1. Intoxicación por cloro. Nebulización bicarbonatada (4 ml de suero salino 0,9% + 6 mL de bicarbonato sódico 1M) en las primeras 3 horas tras la exposición.
2. Inhalación de vapores nitrosos. Tratamiento sintomático y de soporte.
3. Intoxicación por monóxido de carbono y cianuro. Medidas de soporte junto con oxigenoterapia al 100 % e hidroxocobalamina con una dosis de 5 g IV en 10 min.
4. Intoxicación por absorción cutánea de tóxicos. Medidas de soporte, oxigenoterapia, limpieza cutánea y atropina (1 mg IV) que se puede repetir cada 2-3 minutos hasta mejoría clínica.

->

*correcta: 2

29. NARCÓTICOS SINTÉTICOS

. Señala la respuesta correcta respecto de los narcóticos sintéticos: (2024 julio)

- a) Se comportan como opiáceos, y en caso de sobredosis la triada característica es depresión respiratoria (es el hallazgo clínico más importante), coma y miosis.
- b) La ausencia de miosis permite excluir una sobredosis por opiáceos.
- c) La naloxona es el antidoto para esta intoxicación aguda, pero no funciona en pacientes adictos.
- d) La metadona se usa en los programas de mantenimiento de adictos a la heroína, y se administra por vía IV.
- e) Todas son correctas.

→ narcóticos sintéticos

- similitudes con opiáceos:

- lugar acción = receptores opiáceos
- toxicidad aguda = triada característica: depresión respiratoria + coma + miosis puntiforme

- metadona - uso = programas mantenimiento con metadona (PMM) en adictos heroína → ventajas: legal + vía oral (no riesgo infección x pinchazo) + vida media eliminación 24h

- Dx general sobre dosis opioides - exploración = sd opioide

1. depresión SNC = somnolencia + estupor + coma
2. depresión respiratoria (hallazgo clínico más importante)
3. pupilas = puntiformes (altamente sugestivas intoxicación aguda por opioides) / normales o dilatadas (NO excluyen IAO)

*correcta: a

30. INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS: PARACETAMOL + SALICILATOS

PARACETAMOL

. Son pacientes especialmente susceptibles a sufrir toxicidad por paracetamol todos los siguientes, excepto: (2024 julio)

- a) Alcohólicos.
- b) Pacientes a tratamiento con la dosis terapéutica máxima por un periodo de tiempo muy prolongado.
- c) Pacientes a tratamiento con fármacos inductores enzimáticos.
- d) Ancianos desnutridos.
- e) Todos lo son.

→ paracetamol = producen insuficiencia hepática fulminante → factores alto riesgo hepatotoxicidad:

- producción NAPQI incrementada = x uso concomitante de fármacos comparten vía metabolización (P450)

- depósitos Glutathion disminuido = ancianos + malnutrición + alcoholismo crónico + tto prolongado con paracetamol

*Si en el examen te preguntan quién NO es especialmente susceptible (bajo riesgo), busca a los niños menores de 6 años

*correcta: e

. Señala la falsa respecto da toxicidade do paracetamol: (2020 diciembre)

- a) Débese a un proceso de activación metabólica con formación dun metabolito tóxico que actúa como radical libre.
- b) A iguais concentracións plasmáticas, é máis grave unha intoxicación aguda que unha crónica, porque se desenvolve tolerancia.
- c) Produce un cadro de hepatotoxicidade retardada, que se pode previr mediante a administración de N- acetilcisteína.
- d) Os nenos menores de 6 anos son máis resistentes e os pacientes alcohólicos e desnutridos, máis susceptibles.
- e) O nomograma de Rumack-Matthew serve para estimar o risco de desenvolver hepatotoxicidade e a indicación do antídoto na intoxicación aguda, pero débese aplicar con mostras tomadas entre as 4 e as 24 horas postinxesta.

→

*correcta: b

. Señala la comntestación falsa respeto de la intoxicación por paracetamol: (2020 enero)

- a) El paracetamol no es tóxico, pero a través del metabolismo genera un metabolito tóxico.
- b) El metabolito NAPQI es un metabolito reactivo que produce necrosis de las células hepáticas.
- c) Los pacientes alcohólicos son más susceptibles, mientras que los niños menores de 6 años lo son menos.
- d) Típicamente produce un cuadro de hepatitis tóxica de instauración rápida, que cursa con ictericia y dolor en hipocondrio derecho en las primeras 6 horas.
- e) El nomograma de Rumack- Matthew sirve para establecer el riesgo de hepatotoxicidad y la indicación del antídoto, que es la N-acetilcisteína.

→

*correcta: d

. Señala la correcta en relación con la intoxicación por paracetamol: (2018 julio)

- a) La intoxicación suele ser de etiología accidental tanto en adultos como en niños.
- b) Es un tóxico de toxicidad inmediata.
- c) El metabolito NAPQI se comporta como un radical libre, y provoca la necrosis de las células hepáticas cuando las reservas de glutatión caen por debajo del 5%.
- d) El nomograma de Rumack-Matthew relaciona las concentraciones de paracetamol en plasma con el tiempo transcurrido entre la ingesta de la sobredosis y la toma de la muestra de sangre.

→

*correcta:

. Señala la falsa en relación con la intoxicación por paracetamol: (2018 enero)

- a) La intoxicación aguda se debe a ingestas a dosis única y suele ser de etiología suicida en adultos y accidental en niños.
- b) En la intoxicación aguda clásicamente se diferencian cuatro fases, siendo la de hepatotoxicidad franca la tercera de ellas, ya que se trata de un tóxico de toxicidad retardada.
- c) El metabolito NAPQI se comporta como un radical libre, y provoca la necrosis de las células hepáticas cuando las reservas de glutatión caen por debajo del 30%.

- d) El nomograma de Rumack-Matthew relaciona las concentraciones de paracetamol en plasma con el tiempo transcurrido entre la ingesta de la sobredosis (intoxicaciones agudas) o de la última dosis (en intoxicación crónica) y la toma de muestra, y sirve para establecer el pronóstico de la intoxicación y la indicación del antídoto.
- e) Entre los factores que aumentan el riesgo de hepatotoxicidad por paracetamol figuran la producción aumentada de NAPQI (procesos de inducción enzimática) o el tratamiento prolongado con paracetamol entre otros.

→

*correcta:

. Ingresó por urgencias un paciente alcohólico de 56 años de edad, con un cuadro de ictericia, marca de elevación de enzimas hepáticas, y dolor en hipocondrio derecho, que se diagnostica de hepatitis aguda. En la anamnesis refiere que desde hace dos semanas se está automedicando con analgésicos (paracetamol de 1 G 6 veces al día, alternando con ibuprofeno) por dolor persistente en rodilla derecha. La última dosis de paracetamol la tomó hace dos horas. Empezó con malestar hace 3 días y se puso amarillo el día anterior. Se sospecha intoxicación por paracetamol. Ante esta sospecha diagnóstica, señala la respuesta correcta: (2018 enero)

- a) Los resultados se deben interpretar usando el nomograma de Rumack-Matthew.
- b) En este caso la concentración de paracetamol en la muestra tomada en el momento del ingreso a las 2 h de la última dosis) fue de 125 µg/mL. Por lo que al caer la concentración por debajo de la línea 150 del nomograma, se descarta el paracetamol como responsable del cuadro de hepatopatía.
- c) Para confirmar la sospecha diagnóstica se debe tomar una muestra de sangre para determinar la concentración de paracetamol en plasma.
- d) La muestra a las 2 h no sirve para interpretar el nomograma, por lo que se debe tomar una segunda muestra transcurridas cuatro horas desde la última dosis.
- e) Todas son falsas.

→

*correcta:

. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas no se utiliza en la intoxicación por paracetamol? (2019 enero)

- a) La administración de carbón activado.
- b) La hemodiálisis.
- c) La hemoperfusión.
- d) La administración de fomepizol.
- e) La administración de N-acetilcisteína.

→

*correcta:

. Con respecto al paracetamol, qué afirmación es cierta: (2017 enero)

- a) Es rápidamente absorbido por vía digestiva con gran biodisponibilidad.
- b) Se eliminan mayormente en forma de conjugados inactivos.
- c) Es bien absorbido por el carbón activado.
- d) Su toxicidad es mayor en los consumidores habituales de alcohol.
- e) Todas las afirmaciones son ciertas.

→

*correcta:

. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas no se utiliza en la intoxicación por paracetamol? (2017 enero)

- a) Administración de carbón activado.
- b) La hemodiálisis.
- c) La hemoperfusión.
- d) Administración de fomepizol.
- e) Administración de N-acetilcisteína.

→

*correcta:

. Señala a falsa respecto da toxicidade dos salicilatos: (2020 decembro)

- a) A pH acedo predomina a forma non ionizada, polo que difunden mellor aos tecidos. Aumentando así a súa toxicidade.
- b) A acidificación dos ouriños aumenta a súa excreción renal porque incrementa o filtrado glomerular e diminúe a reabsorción tubular.
- c) Pode cursar con tinnitus e hipertermia.
- d) Desacoplan a fosforilación oxidativa, producindo un cadro de acedose metabólica con incremento do anion-GAP.
- e) Poden producir alcalose respiratoria por estimulación do centro respiratorio.

→

*correcta: b

31. INTOXICACIÓN POR DIGOXINA

. Señala la respuesta falsa respecto de la toxicidad de la digoxina: (2024 julio)

- a) Entre los factores de riesgo de intoxicación crónica figuran la edad avanzada, la hipopotasemia o las interacciones medicamentosas.
- b) Un incremento de los niveles plasmáticos de digoxina medidos como digoxina total, en un paciente después de que se empiece a administrar anticuerpos antidigoxina no necesariamente indica que la intoxicación se ha agravado.
- c) La hiperpotasemia es un signo de mal pronóstico en la intoxicación aguda.
- d) El antídoto está constituido por fragmentos Fab de anticuerpos antidigoxina, y tiene una capacidad de neutralización equimolar.
- e) El antídoto está indicado ante cualquier sospecha de intoxicación por digoxina.

→ digoxina:

- factores riesgo para intoxicación crónica = edad >70a + alteración hidroelectrolítica (descenso K+) + fármacos toman efecto digitálico + tto larga duración + deterioro función renal
- antídoto = anticuerpos antidigoxina → fragmentos Fab de Ac
 - Ac + digoxina = favorece equilibrio desplace a favor paso digoxina tejidos (liberándose del receptor celular) → sangre = aumento digoxina en sangre pero que está unida a Ac y que va a ser eliminada x riñón
 - capacidad de neutralización es equimolar
 - indicado = situaciones riesgo vital (riesgo cardíaco: K+>5 / digoxina>6)

*correcta: e

. Señala a falsa respecto da toxicidade da digoxina: (2020 diciembre)

- a) Pode cursar con distintos tipos de arritmias.
- b) Na intoxicación crónica poden aparecer alteracións visuais (fotosensibilidade, xantopsia).
- c) Presenta múltiples interaccións farmacolóxicas.
- d) Na intoxicación aguda, a hipercalemia é un signo de mal pronóstico, polo que o obxectivo terapéutico é manter o K+ por debaixo de 3mEq/L.
- e) O seu antídoto son os anticorpos antidigoxina, que teñen una capacidade de neutralización equimolar (aproximadamente 40 mg AcAD/0,5 mg Digoxina).

→

*correcta: d

. Señala la contestación correcta respecto de la intoxicación por digoxina: (2020 enero)

- a) Su toxicocinética se caracteriza por la elevada unión a proteínas plasmáticas, elevado volumen de distribución y eliminación fundamentalmente a través del metabolismo hepático.
- b) La hipercalemia es un signo de buen pronóstico.
- c) En el tratamiento es especialmente útil la hemodiálisis.
- d) Su antídoto específico son fragmentos Fab de anticuerpos antidigoxina, cuya capacidad de neutralización es equimolar (40 mg de anticuerpo neutralizan 40 mg de digoxina).
- e) Un paciente de 70 kg de peso con una concentración de digoxina en plasma de 7 ng/mL necesitaría unos 5 viales de anticuerpos

→ nº viales = digoxina x peso / 100 = 7 x 70 / 100 = 4,9 viales

*correcta: e

33. INTOXICACIÓN POR COGOMELOS

. Señala la respuesta correcta respecto al síndrome faloidiano: (2024 junio)

- a) Se debe, entre otras especies, a la *Amanita phalloides*, y es de período de incubación corto.
- b) La toxicidad de la *A. phalloides* se debe a la presencia de amanitinas, toxinas termosensibles que bloquean la citocromoxidasa.
- c) Las amanitinas inhiben la síntesis proteica y producen hepatotoxicidad.
- d) El síndrome debuta con un cuadro de hepatotoxicidad seguido de una diarrea coleriforme.
- e) El tratamiento se basa, entre otras medidas, en cortar la diarrea lo más precozmente posible.

→ intoxicación x Amanitina Phalloides:

- etiopatogenia = alfa/beta-amanitinas → termoestables + acumulan en hígado/riñón
- producen cuadro hepatotoxicidad:
 - amatoxinas = [OFF] ARN-polimerasa II = [OFF] formación ARNm = [OFF] síntesis proteica = necrosis hepática/renal
 - para que se instaure insuficiencia hepática = [need] h/d
- Sd ciclopeptídico/faloidiano = 1. incubación latencia (8-12h) - 2. intestinal/coleriforme (1-2d) - 3. mejoría (2-3D) - 4. afectación hepatorrenal (3-4d)
- tto ⇒ descontaminación digestiva (<6h) = NO inhibidor vómitos/diarrea

*correcta: c

. J.P.C. recoge unos hongos silvestres similares a champiñones, aunque uno de sus amigos le advierte que una de las setas puede ser una *Amanita phalloides*. Unas 8 horas después de la ingesta de las setas comienza con dolor abdominal, vómitos y diarrea, aunque estos síntomas desaparecen en las siguientes 24 horas. Señale la respuesta FALSA: (MIR)

- 1. El lugar de recolección es importante a la hora de valorar una intoxicación por setas.
- 2. La cantidad de setas ingerida puede influir en el pronóstico.
- 3. Dada la desaparición de los síntomas su amigo no llevaba razón.
- 4. En una intoxicación por setas, la aparición precoz de síntomas (menos de 6 horas) supone un mejor pronóstico.

→ periodo latencia y mejoría posterior

*correcta: 3

. Señala la contestación falsa respecto de las intoxicaciones por setas: (2020 enero)

- a) Las que presentan síntomas antes de las 6 horas postingesta suelen producir las intoxicaciones más graves.
- b) La necrosis hepática por *Amanita phalloides* se debe a que las anatoxinas inhiben la ARN Polimerasa II, lo que se traduce en la inhibición de la síntesis proteica.
- c) Las anatoxinas circulan libres en plasma, no se metabolizan y se eliminan por orina, donde alcanzan concentraciones más elevadas que el plasma.
- d) Las anatoxinas sufren circulación enterohepática.
- e) La fase intestinal del síndrome ciclopeptídico se produce, habitualmente, tras un período de latencia superior a 6 horas.

→

*correcta: e

. Señala a falsa respecto da intoxicación por cogumelos: (2020 diciembre)

- a) As de período de incubación longo adoitan ter menor gravidade.
- b) A síndrome faloidiana é un cadro de hepatitis tóxica producido polas amatoxinas.
- c) As amatoxinas inhiben a ARN-polimerasa II, inhibindo así a síntese proteica.
- d) No tratamento da síndrome ciclopeptídica é útil a diuresis forzada neutra e a combinación con aspiración gastroduodenal continua mais carbón activado a doses repetidas.
- e) A silibinina é un dos antidotos propostos para o tratamento da síndrome faloidiana.

→

*correcta: a

. Señala la correcta respecto a la intoxicación aguda por setas: (2018 julio)

- a) Son intoxicaciones estacionales, con un claro predominio en los fines de semana de primavera en nuestro medio.
- b) Se suelen clasificar según su período de incubación como síndromes con periodo de incubación corto (menor de 3 horas) o largo (>3 horas).
- c) El síndrome faloidiano o ciclopeptídico es un síndrome con periodo de incubación corto relacionado con la hepatotoxicidad de las amatoxinas.

- d) La necrosis hepática por amatoxinas se debe a la inhibición de la síntesis proteica por su interferencia con la ARN-polimerasa II.
- e) En el tratamiento de la intoxicación por amatoxinas se usa como antídoto el flumazenilo

→

*correcta:

. Señala la falsa respecto a la intoxicación aguda por setas: (2018 enero)

- a) Se suelen clasificar según su período de incubación como síndromes con periodo de incubación corto (menos de 12 horas), largo (mayor de 12 horas) o mixtos.
- b) Son intoxicaciones estacionales, con un claro predominio en los fines de semana de otoño en nuestro medio.
- c) El síndrome faloidiano o ciclopeptídico es un síndrome con periodo de incubación largo relacionado con la hepatotoxicidad de las amatoxinas.
- d) Las amatoxinas inhiben la ANR-polimerasa II, provocando inhibición de la síntesis proteica necrosis hepática y renal.
- e) En el tratamiento de la intoxicación por amatoxinas se puede usar carbón activado, incluso dosis repetidos, y antídotos como la silibinina, entre otras medidas.

→

*correcta:

32. INTOXICACIONES POR PSICOFÁRMACOS I

. Señala la respuesta correcta respecto de los psicofármacos: (2024 julio)

- a) Los benzodiacepinas producen un cuadro de sedación que puede ser revertido por el fentanilo.
- b) El flumazenilo no se debe administrar si se sospecha intoxicación mixta de benzodiacepinas y antidepresivos tricíclicos.
- c) El ancho del QRS es un marcador de riesgo en la intoxicación aguda por antidepresivos tricíclicos.
- d) El litio no se une a proteínas plasmáticas, se metaboliza rápidamente y difunde rápidamente al SNC.
- e) B y C son correctas.

→ benzodiacepinas - antídoto = flumazenilo → contraindicaciones = convulsiones + intoxicación mixta con sustancias proconvulsivantes (antidepresivos tricíclicos) + AP epilepsia + tto prolongado BDZ + agitación

→ antidepresivos - toxicocinética = QRS prolongado → establece pronóstico:

- QRS >100 = intoxicación grave (riesgo convulsiones)
- QRS >160 = intoxicación muy grave (riesgo arritmias potencialmente letales)

*correcta: e

. Señala a relación incorrecta: (2020 diciembre)

- a) Benzodiacepinas - Amnesia anterógrada.
- b) Flumazenilo - Intoxicación mixta por benzodiacepinas e antidepresivos tricíclicos.
- c) Antidepresivos - Prolongación de QRS.
- d) Sales de baño - Catinonas sintéticas.
- e) Neurolépticos - efectos extrapiramidales.

→

*correcta: b

. Señala la contestación falsa en relación con la intoxicación por benzodiacepinas: (2020 enero)

- a) Son ampliamente usadas en intentos de suicidio, aunque suelen producir intoxicaciones leves a moderadas.
- b) Cuando se unen a su receptor bloquean los canales de Na⁺, estabilizando la neurona.
- c) Producen un cuadro de sedación autolimitada, porque dependen de la acción del GABA.
- d) Su antídoto específico es el flumazenilo, que, debido a su rápida acción sirve para diagnosticar un coma por benzodiacepinas.
- e) La administración de flumazenilo está contraindicada en caso de convulsiones o ingesta simultánea de sustancias proconvulsivantes.

→

*correcta: b

. Sobre las intoxicaciones benzodiacepínicas: (2019 enero)

- a) En casos graves, el lavado gástrico es eficaz antes de 1-2 horas post-ingesta.
- b) Producen hipotensión, ataxia y disartria.
- c) Se potencian los efectos inhibidores del GABA.
- d) Todas son correctas.
- e) Todas son falsas.

→

*correcta:

. Señala la respuesta correcta respecto a los psicofármacos: (2018 junio)

- a) Las benzodiacepinas son peligrosas por su estrecho margen de seguridad.
- b) La fluoxetina es el antídoto específico de las benzodiacepinas y debido a su inocuidad se debe administrar aunque la intoxicación por benzodiacepinas sea leve.
- c) La estabilización de la membrana de la célula cardíaca por los antidepresivos tricíclicos se debe a la interferencia con los canales rápidos de Cl⁻.
- d) En una intoxicación aguda por antidepresivos tricíclicos un QRS superior a 100 ms es un signo de gravedad ya que se asocia a riesgo de arritmias potencialmente letales.
- e) La intoxicación aguda pura por litio presenta mejor pronóstico que la intoxicación crónica ya que la difusión del tóxico al sistema nervioso central es lenta.

ANTIDEPRESIVOS

. Señala la contestación falsa respecto de la intoxicación por antidepresivos tricíclicos: (2020 enero)

- a) Su antídoto es la sibilina.
- b) Son sustancias anticolinérgicas, y pueden producir convulsiones.
- c) Producen prolongación del QRS en el ECG, y si éste es de mayor de 160 ms indica que hay riesgo de arritmias potencialmente letales.
- d) Sus órganos diana son SNC y corazón.
- e) Producen hipotensión.

→

*correcta: a

MIX

. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA con respecto al tratamiento de intoxicaciones? (2019 enero)

- a) El flumazenilo no es adecuado en pacientes tolerantes a las benzodiazepinas.
- b) En intoxicaciones por litio, se aplica hemodiálisis durante unas 6 horas como mínimo.
- c) El lavado gástrico en sobredosis graves de antidepresivos solo es eficaz después de 4-6 horas postingesta.
- d) Las urgencias cardiovasculares por cocaína se pueden tratar con benzodiazepinas y/o bicarbonato.
- e) Las embarazadas, intoxicadas por monóxido de carbono, se tratan cuando la concentración de carboxihemoglobina es superior al 10%.

→

*correcta:

33. INTOXICACIONES POR PSICOFÁRMACOS II

NEUROLÉPTICOS

Creo que no hay ni una pregunta

SALES DE LITIO

. Señala la falsa en relación con la toxicidad del litio: (2020 diciembre)

- a) Tiene un bajo índice terapéutico, por lo que se deben realizar controles periódicos de litemia.
- b) Difunde lentamente al SNC, no se une a proteínas plasmáticas y eliminase por vía renal.
- c) A su eliminación renal depende del balance de K^+ (se pierde K^+ y retiene Li^+ para compensar la pérdida de cationes).
- d) La intoxicación aguda pura tiene mejor pronóstico que la crónica.
- e) O su tratamiento incluye técnicas como el lavado intestinal total con polietilenglicol o la hemodiálisis, pero no el uso de antídotos

→

*correcta: c

34. ALCOHOLÉS TÓXICOS

. Señala la respuesta correcta respecto a los alcoholes tóxicos: (2024 julio)

- a) En la intoxicación aguda, la acidosis metabólica se debe, fundamentalmente, a la presencia del alcohol.
- b) El aumento de la osmolalidad se relaciona con la formación de metabolitos tóxicos (ácido fórmico - metanol, y ácido oxálico - etilenglicol).
- c) El metanol produce lesión del oído interno (sordera, tinnitus...), mientras que el etilenglicol produce insuficiencia hepática.
- d) El etanol como antídoto IV produce efectos secundarios potencialmente graves, por lo que se debe tener al paciente monitorizado, controlando sus concentraciones dentro del rango terapéutico.
- e) Fomepizol y etanol estimulan el enzima ADH y son los antídotos universales para todas las intoxicaciones por alcoholes tóxicos.

→ metanol

- metabolismo = actúa x activación metabólica → enzimas: ADH + ALDH = metanol → formaldehído → ácido fórmico → CO₂ + H₂O

- mecanismos acción ⇒ (+) ácido fórmico = acidosis metabólica acidosis x metabolitos NO x -OH]

- clínica ⇒ ptotoxicidad ocular + neurotoxicidad

→ intoxicación x alcohol = (+)GAP osmolar (+osmolaridad plasma) → enzimas metabólicas alcohol = (-) GAP is Olaf + (+) anión GAP (x metabolismo alcohol = metabolitos ácidos)

→ etilenglicol

- metabolito tóxico = ácido oxálico

- clínica = insuficiencia renal (nefropatía x depósito oxalato cálcico *ácido oxálico + Ca²⁺*)

→ intoxicación x metanol/etilenglicol - tto:

- antídotos = etanol/fomepizol → [OFF] ADH (primera etapa metabolismo)
• etanol = vía iv + efectos adversos

*correcta: d

. Señala la relación Tóxico - Órgano diana incorrecta: (2024 julio)

- a) Paracetamol - Hígado.
- b) CO - SNC.
- c) Antidepresivos tricíclicos - Corazón.
- d) Metanol - Riñón.
- e) Opioides - SNC.

→ alcoholes tóxicos

- metanol - ojo/SNC

- etanol - riñón

*correcta: d

. Señala a falsa: (2020 diciembre)

- a) A toxicidade do metanol e a do etilenglicol débese fundamentalmente aos seus metabolitos ácido fórmico e ácido oxálico, respectivamente.
- b) A intoxicación por metanol cursa con depresión do SCN e trastornos oculares, mentres que o etilenglicol produce depresión do SNC e dano renal.
- c) Ambas producen un cadro de acedose metabólica severa con incremento do anión GAP.
- d) Etanol e fomepizol actúan como antídotos nas intoxicacións por metanol, etilenglicol e isopropanol, porque inhiben a ADH, diminuindo así a vida útil dos alcois.
- e) Nas intoxicacións por metanol e etilenglicol débese iniciar a hemodiálise precozmente se a gravidade da intoxicación así o indica.

→

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas se utiliza en la intoxicación por metanol? (2020 enero)

- a) La administración de carbón activado.
- b) La hemodiálisis.
- c) La hemoperfusión.
- d) La administración de N-acetilcisteína.
- e) Se utilizan todas las anteriores.

→

*correcta: b

.Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto a la intoxicación por metanol? (2020 enero)

- a) La afectación ocular es un síntoma característico.
- b) El etanol es utilizado como antídoto en caso de intoxicación.
- c) La hemoperfusión se puede realizar conjuntamente con la administración de etanol.
- d) Su toxicidad se debe a sus metabolitos.
- e) Su eliminación es más lenta que la del etanol.

→

*correcta:

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto a la intoxicación por metanol? (2019 enero) (2017 julio) (2015 enero)

- a) La afectación ocular es un síntoma característico.
- b) El etanol es utilizado como antídoto en caso de intoxicación.
- c) La hemodiálisis se puede realizar conjuntamente con la administración de etanol.
- d) La hemoperfusión tiene gran eficacia en caso de intoxicación.
- e) Su eliminación es más lenta que la del etanol.

→

*correcta:

. ¿Cuál de los siguientes compuestos no es metabolito del alcohol metílico? (2020 enero) (2019 enero) (2015 enero)

- a) Formaldehído.
- b) Acetaldehído.
- c) Ácido fórmico.
- d) Todos ellos.
- e) Ninguno de ellos.

→

*correcta:

. ¿Cuál de los siguientes compuestos no es metabolito del alcohol etílico?: (2015 julio)

- a) Formaldehído.
- b) Acetaldehído.
- c) Acetato.
- d) Todos ellos.
- e) Ninguno de ellos.

→

*correcta:

. Señala falsa en relación con la intoxicación por metanol: (2018 julio)

- a) La certeza de la intoxicación nos la da el análisis del contenido de metanol en sangre.
- b) Cuando hay acidosis metabólica se debe sospechar de la posibilidad de una exposición a metanol.
- c) El pronóstico empeora si la dosis ingerida ha sido fraccionada en el tiempo si de forma simultánea se ha ingerido alcohol etílico o si se aplica tempranamente el tratamiento adecuado.
- d) El diagnóstico diferencial debe plantearse con todas aquellas causas que produzcan una acidosis metabólica con anion GAP y osmol GAP aumentado (intoxicación por salicilatos, etilenglicol, metformina, cetoacidosis alcohólica).
- e) También deberemos solicitar niveles de etanol para determinar si hubo coingesta.

→

*correcta:

.Cuál de las siguientes afirmaciones constituye una ventaja de uso de Fomepizol frente al Etanol como antídoto en el tratamiento de las intoxicaciones por metanol: (2018 julio) (2018 enero)

- a) No incrementa la sedación sobre el paciente.
- b) Menos riesgo de hipoglucemia.
- c) Menos problemas de exceso de líquidos.

- d) Menos problemas en pacientes inestables hemodinámicamente.
- e) Todas son correctas.

→

*correcta:

. Con respecto al metanol, ¿qué afirmación es cierta?: (2017 julio)

- a) Es rápidamente absorbido por vía digestiva.
- b) Es metabolizado en el hígado por la ADH y ALDH.
- c) El fomepizol puede utilizarse como antídoto en caso de intoxicación.
- d) Su vida media es mucho mayor que la del etanol.
- e) Todas las afirmaciones son ciertas

. Entre las sustancias que sufren activación metabólica, generando así metabolitos tóxicos, no figura: (2024 julio)

- a) Paracetamol.
- b) Metanol.
- c) Litio.
- d) Etilenglicol.
- e) Meperidina.

→ narcóticos sintéticos = meperidina (Petidina) → toxicocinética - metabolismo = se generan metabolitos (+) tóxicos = normeperidina

→ paracetamol - metabolismo hepático = paracetamol uno de los tóxicos activados x metabolismo

→ intoxicación x psicofármacos - sales de litio ⇒ metabolismo = se elimina sin metabólica

→ alcoholes tóxicos

- metanol ⇒ metabolismo = metanol actúa x activación metabólica = ácido fórmico

- etilenglicol ⇒ toxicocinética = comparte enzimas metanol lperol metabolito tóxico = ácido

*correcta: c

. Señala la relación incorrecta: (2024 julio)

- a) Ictericia - Paracetamol.
- b) Tinnitus - Salicilatos.
- c) Xantopsia - Amanita phalloides.
- d) SILENT - Litio.
- e) Ceguera - Metanol.

→ intoxicación x paracetamol - fases intoxicación ⇒ fase III = hepatotoxicidad franca = ictericia

→ intoxicación x salicilatos (AAS) - fisiopatología - estimulación SNC ⇒ estimulan cóclea = tinnitus

→ intoxicación x psicofármacos ⇒ sales de litio → secuelas = se Neuro toxicidad persistente x litio [SILENT]

→ intoxicación x setas ⇒ amanita phalloides = se acumulan en hígado = hematopatía severa (signos: ictericia)

→ alcoholes tóxicos ⇒ metanol

- mecanismos acción = [OFF] citocromooxidasa = toxicidad ocular

- clínica = trastornos oculares = pérdida agudeza visual (desde leve a ceguera total)

*correcta: c

. Señala la relación Toxico - Órgano diana incorrecta: (2024 julio)

- a) Paracetamol - Hígado.
- b) CO - SNC.
- c) Antidepresivos tricíclicos - Corazón.
- d) Metanol - Riñón.
- e) Opioides - SNC.

→ intoxicación x gases

- CO = afinidad (+)xHb = desplaza O₂ = hipoxia = órgano diana: SNC

→ narcóticos sintéticos ⇒ lugar acción = receptores opiáceos

→ intoxicación x fármacos:

- paracetamol - hepatotoxicidad

→ intoxicación x psicofármacos:

- antidepresivos tricíclicos - QRS elevado (corazón)

→ alcoholes tóxicos

- metanol - ojo/SNC

- etanol - riñón

*correcta: d