MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE FORMACIÓN Y ORDENACIÓN
PROFESIONAL

# PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TITULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.
# R.D 459/2010, de 16 de abril

## CUADERNO DE EXAMEN

## MEDICINA INTENSIVA

---

## ADVERTENCIA IMPORTANTE

### ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

## INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE**: Compruebe que este cuaderno de examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen a la Mesa.

2. El cuestionario se compone de 70 preguntas más 5 de reserva.

3. La "Hoja de Respuestas" se compone de dos ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. **Recuerde que debe completar sus datos personales y firmar esta Hoja.**

4. **Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario**.

5. **Solo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.

6. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y no olvide completar sus datos personales.

7. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **una hora y media improrrogable y que no dispondrá de tiempo adicional para cumplimentar la hoja de respuestas.**

1. **En el marco de los programas de mejora de calidad para la detección precoz de la sepsis, cuál es la afirmación VERDADERA respecto a las herramientas de cribado:**

A) El qSOFA posee una sensibilidad superior a NEWS para la detección temprana en unidades de hospitalización convencional.
B) Se recomienda el uso de NEWS o MEWS frente al qSOFA como herramientas de cribado único debido a su mayor rendimiento diagnóstico.
C) El qSOFA se mantiene como el estándar de oro SÍ o SÍ para activar el código sepsis según la Surviving Sepsis Campaign 2021.
D) La escala SIRS ha demostrado ser NO válida para predecir la mortalidad hospitalaria en comparación con el lactato.

2. **Siguiendo la metodología GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) para la gradación de la calidad de la evidencia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?**

A) Los estudios observacionales comienzan siempre con una calificación de "alta calidad".
B) El sesgo de publicación es un factor que NO permite degradar la calidad de la evidencia en ninguna circunstancia.
C) Los ensayos clínicos aleatorizados se consideran inicialmente como evidencia de alta calidad, pero pueden ser degradados por riesgo de sesgo.
D) La metodología GRADE NO permite aumentar la calidad de la evidencia ante la presencia de un gran tamaño del efecto.

3. **En la gestión de la insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica grave, ¿qué estrategia se ha mostrado ÚTIL para evitar la intubación orotraqueal en pacientes seleccionados?**

A) Ventilación mecánica invasiva profiláctica.
B) El uso de la posición prona en el paciente despierto (*awake prone*).
C) El uso de sedación profunda (RASS -5) con mascarilla Venturi.
D) La restricción hídrica extrema NO guiada por parámetros dinámicos.

4. **Respecto a la intubación de secuencia rápida (ISR) en la Unidad de Cuidados Intensivos, señale la respuesta FALSA:**

A) La cricotiroidotomía debe realizarse siempre antes de intentar cualquier laringoscopia convencional.
B) Es un procedimiento de emergencia que requiere la optimización de la preoxigenación.
C) Se recomienda el uso de herramientas de predicción de vía aérea difícil antes del procedimiento.
D) La inducción farmacológica debe adaptarse estrictamente a la estabilidad hemodinámica del paciente.

5. **¿Cuál es la herramienta diagnóstica de primera línea RECOMENDADA para caracterizar el tipo de shock y monitorizar la respuesta al tratamiento en la UCI?**

A) El catéter de Swan-Ganz en el 100% de los pacientes.
B) La tomografía computarizada con contraste en fase arterial.
C) La ecocardiografía transtorácica o transesofágica.
D) La radiografía de tórax portátil, que SÍ permite valorar el gasto cardíaco.

6. **Según la definición global de 2024, para diagnosticar Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) en pacientes intubados, ¿QUÉ REQUISITO de presión positiva se establece?**

A) Uso de CPAP con al menos 12 cmH2O de presión.
B) Uso de VNI o cánulas de alto flujo con una PEEP o presión positiva de al menos 5 cmH2O.
C) El paciente debe estar bajo sedación profunda para cumplir criterios.
D) No se requiere presión positiva, SÍ únicamente una FiO2 superior al 40%.

7. **Respecto a la interfase en el soporte respiratorio no invasivo para la insuficiencia respiratoria hipoxémica, señale la respuesta VERDADERA:**

A) El Helmet (casco) ha demostrado ser superior a la mascarilla facial en mortalidad en todos los ensayos clínicos.
B) Las cánulas de alto flujo (HFNC) están totalmente prohibidas si existe sospecha de sepsis.
C) La VNI con mascarilla facial es la única opción que SÍ reduce la estancia media.
D) Actualmente no existe evidencia definitiva de que el casco sea superior a la mascarilla facial para reducir el riesgo de intubación según guías recientes.

8. **¿Cuál es el objetivo de presión meseta (*plateau*) recomendado en la ventilación protectora del SDRA?**

A) Menor de 45 cmH2O.
B) Menor de 30 cmH2O.
C) Igual a la PEEP multiplicada por 1,5.
D) No existe límite superior si el volumen tidal es de 6 mL/kg.

9. **¿Qué valor de presión de conducción (*driving pressure*) se ha sugerido como límite para evitar la lesión inducida por el ventilador?**

A) Superior a 25 cmH2O para asegurar el reclutamiento.
B) NO existe relación entre este parámetro y la mortalidad según los estudios actuales.
C) Menor de 12–15 cmH2O.
D) Siempre menor de 5 cmH2O para todos los fenotipos de SDRA.

10. **Sobre el uso de bloqueantes neuromusculares (NMBA) en infusión continua en el SDRA, señale la respuesta VERDADERA:**

A) Se recomiendan de forma rutinaria en todo paciente intubado con ARDS leve.
B) Se recomienda no utilizarlos de forma rutinaria en infusión continua, priorizando los bolos intermitentes ante asincronías.
C) El uso de cisatracurio es obligatorio si la FiO2 es superior al 50%.
D) Los NMBA SÍ mejoran la supervivencia si se mantienen durante más de 7 días.

11. **¿Qué estrategia de PEEP se sugiere generalmente en pacientes con SDRA moderado a grave?**

A) PEEP lo más baja posible (0-3 cmH2O).
B) PEEP de 15 cmH2O fija para todos los pacientes.
C) La PEEP NO debe ser superior a 10 cmH2O por riesgo de barotrauma.
D) PEEP más alta frente a PEEP más baja para favorecer el reclutamiento.

**12. En pacientes con SDRA severo refractario, ¿cuándo se sugiere el uso de VV-ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea veno-venosa) en centros expertos?**

A) Cuando falla la ventilación mecánica convencional y las maniobras de rescate (prona).
B) Como primera línea de tratamiento antes de intentar la ventilación protectora.
C) Solo si el paciente NO presenta sepsis.
D) Únicamente en pacientes con fallo renal asociado.

**13. Señale la respuesta VERDADERA sobre la eliminación extracorpórea de CO2 (ECCO2R) en el SDRA:**

A) Es el tratamiento de elección inicial según la ESICM 2023.
B) Debe usarse en todo paciente con pH menor de 7,35.
C) SÍ ha demostrado reducir la mortalidad de forma más eficaz que el decúbito prono.
D) Se recomienda no utilizarla de forma rutinaria en pacientes con SDRA.

**14. ¿Cuál es el objetivo principal al programar la ventilación mecánica en un paciente con broncoespasmo severo (*status asthmaticus*)?**

A) Evitar el atrapamiento aéreo y la presión positiva intrínseca (auto-PEEP) excesiva.
B) Normalizar el CO2 de forma inmediata.
C) Mantener una relación inspiración:espiración de 1:1.
D) SÍ o SÍ emplear frecuencias respiratorias superiores a 30 rpm.

**15. ¿Qué proyecto de la SEMICYUC se encarga de la acreditación en la gestión del paro cardiaco en los hospitales españoles?**

A) Proyecto “CAPAC”.
B) Proyecto “Sepsis Zero”.
C) Proyecto “Resucita”.
D) Proyecto “Corazón”.

**16. Tras la recuperación de la circulación espontánea (ROSC), ¿cuál de estas medidas es crítica para el pronóstico neurológico?**

A) Mantener una temperatura corporal de 39ºC.
B) La monitorización y el manejo estricto de la temperatura (*Targeted Temperature Management*).
C) No realizar ninguna intervención sobre la temperatura.
D) Administrar sistemáticamente 10 mg de adrenalina cada hora.

**17. Para guiar la administración de fluidos en el shock o choque ¿qué maniobra dinámica se recomienda preferencialmente?**

A) La elevación pasiva de las piernas evaluando la respuesta del volumen sistólico.
B) Medición aislada de la Presión Venosa Central (PVC).
C) El balance de líquidos acumulado de las últimas 72 horas.
D) El grado de edema periférico, que SÍ indica la precarga cardíaca.

**18. En relación con el catéter de arteria pulmonar (Swan-Ganz), señale la afirmación VERDADERA:**

A) Debe utilizarse en todos los pacientes con sepsis leve.
B) Es una herramienta útil para el manejo de casos complejos de choque circulatorio.
C) NO permite la obtención de muestras de sangre venosa mixta.
D) Se recomienda contra su uso de forma absoluta en el choque cardiogénico.

**19. En el manejo del SCACEST (Síndrome Coronario Agudo con Elevación del Segmento ST), el objetivo de tiempo "puerta-balón" para la angioplastia primaria debe ser:**

A) Menor de 90 minutos.
B) Superior a 4 horas.
C) Indiferente si el paciente tiene dolor.
D) NO se establecen tiempos objetivos en las guías actuales.

**20. ¿Cuál de las siguientes es una complicación mecánica del infarto que requiere cirugía emergente?**

A) Fibrilación auricular paroxística.
B) Bloqueo de rama derecha.
C) Pericarditis leve, que NO compromete la hemodinámica.
D) Rotura del tabique interventricular.

**21. En el paciente con shock o choque cardiogénico e hipoperfusión, ¿qué inotrópico se sugiere como primera línea si existe contractilidad disminuida?**

A) Dobutamina.
B) Levosimendan de forma rutinaria sobre cualquier otro.
C) Esmolol intravenoso.
D) NO utilizar inotrópicos hasta que la PAM sea superior a 90 mmHg.

**22. ¿Cuál es el objetivo inicial de Presión Arterial Media (PAM) recomendado para adultos con choque que requieren vasopresores?**

A) 80 mmHg.
B) 65 mmHg.
C) 50 mmHg.
D) SÍ o SÍ alcanzar los 100 mmHg para asegurar la perfusión renal.

**23. Respecto al uso de Levosimendan en el shock o choque séptico con disfunción cardiaca, ¿*qué indica la Surviving Sepsis Campaign* 2021?**

A) Es superior a la dobutamina.
B) Debe usarse como primera línea.
C) Se sugiere CONTRA su uso rutinario frente a la dobutamina.
D) No tiene efectos sobre la contractilidad.

**24. ¿Cuál es el vasopresor de primera elección recomendado para el shock o choque séptico?**

A) Norepinefrina (Noradrenalina).
B) Dopamina.
C) Fenilefrina.
D) No existe un vasopresor de elección definido

**25. En caso de shock o choque séptico con dosis elevadas de noradrenalina, ¿qué fármaco se sugiere añadir para alcanzar la PAM objetivo?**

A) Atropina.
B) Vasopresina.
C) Milrinona.
D) Furosemida, que si mejora la PAM.

**26. ¿Qué dispositivo de soporte circulatorio mecánico es específico para el manejo del shock o choque cardiogénico refractario?**

A) Impella.
B) Cánula nasal de alto flujo.
C) Mascarilla con reservorio.
D) Filtro de vena cava, que NO aporta soporte circulatorio.

**27. Señale la respuesta VERDADERA respecto a la profilaxis de la Enfermedad Tromboembólica Venosa ETV en la sepsis:**

A) Se recomienda la Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) sobre la Heparina No Fraccionada.
B) La aspirina es el fármaco de elección.
C) NO se recomienda realizar profilaxis si el paciente está en decúbito prono.
D) La Warfarina es el estándar de oro inicial.

**28. ¿Cuál es el estándar para la determinación de la muerte encefálica en adultos?**

A) Un único examen de reflejos pupilares.
B) Examen neurológico completo que demuestre ausencia de funciones del tronco y prueba de apnea positiva.
C) Una TC que muestre edema leve.
D) Ausencia de respuesta al dolor, pero SÍ manteniendo reflejos del tronco.

**29. En pacientes bajo soporte con ECMO, ¿es posible determinar la muerte encefálica?**

A) No, está prohibido.
B) Requiere obligatoriamente un electroencefalograma de 24 horas.
C) Solo si se apaga el ECMO, lo cual no es recomendable.
D) Sí, pero requiere instrucciones específicas para la prueba de apnea bajo soporte extracorpóreo.

**30. Para evaluar el dolor en pacientes críticos que NO pueden autoinformar, ¿qué herramientas se recomiendan según Guías PADIS de la SCCM 2018?**

A) La frecuencia cardíaca y la presión arterial.
B) Las escalas conductuales BPS (*Behavioral Pain Scale*) y CPOT (*Critical-Care Pain Observation Tool*).
C) El tamaño pupilar exclusivamente.
D) No existen escalas validadas para estos pacientes.

**31. Respecto a la sedación en pacientes con ventilación mecánica, ¿qué fármacos se recomiendan sobre las benzodiazepinas?**

A) Propofol o Dexmedetomidina.
B) Ketamina a dosis altas.
C) Midazolam de forma exclusiva.
D) No se recomiendan otros sedantes que no sean benzodiazepinas.

**32. ¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo para delirium incluido en el modelo PRE-DELIRIC?**

A) Uso de benzodiazepinas.
B) Género femenino.
C) Historia de asma.
D) Edad joven, que NO suele asociarse a delirium.

**33. ¿Qué intervención no farmacológica se sugiere para mejorar el sueño y reducir el delirium?**

A) Luces encendidas 24 horas.
B) Sedación profunda nocturna.
C) Protocolos con tapones para los oídos y antifaces.
D) No realizar ninguna intervención ambiental.

**34. En el manejo nutricional del paciente crítico con sepsis, ¿qué estrategia se prefiere si el tracto digestivo es funcionante?**

A) Nutrición Parenteral Total precoz.
B) Ayuno absoluto hasta el alta.
C) Nutrición enteral por sonda rectal, que no es la vía de elección.
D) Nutrición Enteral temprana (dentro de las primeras 72 horas).

**35. Para la profilaxis de convulsiones tras un Traumatismo Craneo Encefálico (TCE) moderado-severo, ¿qué fármaco se sugiere preferir según la *Neurocritical Care Society* en 2024?**

A) Fenitoína.
B) Valproato.
C) Levetiracetam.
D) NO se recomienda profilaxis alguna.

**36. ¿Cuál es la duración recomendada para la profilaxis de convulsiones postraumáticas tempranas tras un TCE moderado-severo?**

A) De por vida.
B) Una duración corta de 7 días o menos (≤ 7 días).
C) 30 días obligatorios.
D) No más de 24 horas.

**37. En el postoperatorio de cirugía abdominal con sospecha de fuga anastomótica, la estrategia nutricional adecuada es:**

A) Suspender la nutrición enteral y considerar nutrición parenteral si el tracto digestivo no es funcionante.
B) Forzar la nutrición enteral oral.
C) Nutrición enteral post-pilórica mediante sonda nasoyeyunal sistemática en todos los casos.
D) No administrar soporte nutricional hasta que se resuelva la fuga.

**38. ¿Qué complicación neuromuscular es frecuente tras ventilación mecánica prolongada?**

A) Debilidad adquirida en la UCI (DAUCI).
B) Hipertrofia muscular.
C) Miastenia gravis.
D) No se producen complicaciones neuromusculares por la estancia en UCI.

**39. En relación con la profilaxis de convulsiones en el TCE, ¿cuál es la calidad de la evidencia de la recomendación de Levetiracetam sobre Fenitoína?**

A) Alta calidad.
B) Muy baja calidad y evidencia
C) Grado A incontestable.
D) No existe evidencia según la NCS 2024.

**40. Respecto a la comunicación con familiares en la sepsis, ¿cuál es la recomendación de la *Surviving Sepsis Campaign* 2026?**

A) No discutir el pronóstico.
B) Solo hablar tras el fallecimiento.
C) Delegar la información en personal administrativo.
D) Discutir los objetivos de cuidado (*Goals of Care*) y el pronóstico con los pacientes y sus familias.

**41. En relación con el dispositivo IMPELLA, señale la afirmación CORRECTA:**

A) Es un dispositivo de asistencia ventricular derecha que reduce la postcarga del ventrículo derecho mediante extracción de sangre de la arteria pulmonar.
B) Su mecanismo de acción consiste en aumentar la contractilidad miocárdica mediante estimulación eléctrica sincronizada con el ciclo cardiaco.
C) Es una bomba axial percutánea que aspira sangre del ventrículo izquierdo y la expulsa a la aorta ascendente, disminuyendo la presión telediastólica ventricular izquierda.
D) Esta contraindicada en el shock cardiogénico postinfarto debido al riesgo de aumentar el consumo miocárdico de oxígeno.

**42. En relación con la oxigenoterapia nasal de alto flujo (ONAF) en pacientes críticos con insuficiencia respiratoria aguda, señale la opción CORRECTA:**

A) Genera presiones positivas elevadas comparables a la ventilación no invasiva, por lo que sustituye completamente a esta en el edema agudo de pulmón.
B) Permite administrar $FiO_2$ elevadas con un flujo que supera el flujo inspiratorio del paciente, reduciendo la reinhalación de $CO_2$ y mejorando la oxigenación.
C) Su principal mecanismo de acción es aumentar la frecuencia respiratoria mediante la estimulación de quimiorreceptores.
D) Esta contraindicada en pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica moderada-grave por su baja eficacia.

**43. En relación con las fases de la fluidoterapia en el paciente crítico con shock, señale la afirmación MÁS CORRECTA:**

A) La fase de estabilización se caracteriza por la administración rápida de bolos o cargas de fluidos para revertir la hipoperfusión.
B) La fase de optimización implica evitar cualquier aporte de fluidos y centrarse exclusivamente en vasopresores.
C) La fase de evacuación (de-resucitación) tiene como objetivo lograr balance negativo mediante retirada activa de fluidos.
D) La fase de rescate se basa en mantener un balance hídrico neutro para evitar sobrecarga.

**44. En relación con los objetivos de Presión Arterial Media (PAM) durante la reanimación inicial del shock séptico en adultos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA según las recomendaciones actuales?**

A) Se recomienda alcanzar una PAM de al menos 80-85 mmHg en todos los pacientes para asegurar la perfusión renal y cerebral.
B) Los vasopresores deben titularse para mantener la PAM en un valor exacto de 65 mmHg, evitando cualquier oscilación.
C) Las guías sugieren que la PAM no es un indicador fiable para la titulación de vasopresores y debe sustituirse exclusivamente por la monitorización del gasto cardiaco.
D) En adultos con shock séptico se recomienda una PAM inicial de 65 mm Hg, sugiriendo un rango más bajo en mayores de 65 años (60-65 mmHg) para reducir la exposición a vasopresores sin empeorar los resultados clínicos.

**45. En relación con los test viscoelásticos en UCI como el ROTEM y el TEG, señale la opción INCORRECTA:**

A) Son más útiles que las pruebas convencionales (TP, TTPa) en el manejo del sangrado agudo por su menor tiempo de respuesta (10 min).
B) Evalúan la fase plasmática de la coagulación, sin aportar información sobre plaquetas o fibrinólisis.
C) Permiten guiar terapias dirigidas.
D) Permiten una evaluación global de la hemostasia, incluyendo formación, firmeza y lisis del coágulo en tiempo real.

**46. En un paciente con insuficiencia mitral aguda y edema agudo de pulmón, ¿cuál sería el EFECTO hemodinámico PRINCIPAL del tratamiento con nitroprusiato sódico?**

A) Aumenta la postcarga del ventrículo izquierdo, favoreciendo el gasto cardíaco hacia la aorta.
B) Incrementa la contractilidad miocárdica, mejorando el cierre valvular mitral.
C) Reduce la precarga exclusivamente, sin efecto sobre la fracción regurgitante.
D) Disminuye la postcarga del ventrículo izquierdo, reduciendo el volumen regurgitante hacia la aurícula izquierda.

**47. La estimación no invasiva de la Presión intracraneal (PIC) puede realizarse midiendo el diámetro de la vaina del nervio óptico (DVNO) siendo de utilidad en pacientes que no pueden ser monitorizados invasivamente, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la más CORRECTA?**

A) Un DVNO >6-6,5 mm se asocia a una PIC invasiva >20 mmHg a una profundidad estandarizada de 3 mm cm por detrás del globo ocular o desde la base de la papila al nivel de la retina.
B) Un DVNO <5-5,5 mm se asocia a una PIC invasiva >20 mmHg, a una profundidad estandarizada de 3 mm por detrás del globo ocular o desde la base de la papila al nivel de la retina.
C) El DVNO se mide 1cm por detrás del globo ocular, perpendicular al eje del nervio.
D) El valor de la PIC es importante para iniciar el tratamiento y no debería estimarse con métodos no invasivos bajo ningún concepto.

**48. En relación con el estatus epiléptico superrefractario, señale la afirmación CORRECTA:**

A) Se define como aquel que no responde a una benzodiacepina y a un antiepiléptico de segunda línea.
B) Se considera superrefractario cuando persiste o recurre tras 24 h de tratamiento anestésico continuo, incluyendo los casos en los que reaparece al intentar retirar la sedación.
C) El tratamiento de elección consiste exclusivamente en aumentar progresivamente las dosis de benzodiacepinas.
D) No está indicado el uso de fármacos anestésicos en su manejo debido al riesgo de depresión hemodinámica.

**49. Un paciente de 36 años ingresa en la UCI por status epiléptico refractario. Precisa intubación endotraqueal, soporte con ventilación mecánica invasiva, fármacos antiepilépticos (levetiracetam y lacosamida) y sedación con midazolam. A pesar del coma farmacológico, persiste el estatus 24 h después del coma farmacológico. ¿Cuál de las siguientes opciones le parece la MÁS APROPIADA?**

A) Se trata de un estatus epiléptico superrefractario y debería asociar otros fármacos antiepilépticos, asegurar niveles adecuados de los antiepilépticos administrados previamente y combinar dos o más anestésicos, además de corregir las posibles causas.
B) Se trata de un estatus refractario en la fase inicial del tratamiento y deberíamos esperar 24 h más para ver el efecto del tratamiento instaurado.
C) Muchas de las opciones terapéuticas disponibles en el status epiléptico superrefractario no tienen evidencia clínica, están basadas en series cortas y no se utilizan.
D) Si es un estatus epiléptico superrefractario, deberíamos aplicar hipotermia < 32 ºC pues disminuye la tasa metabólica, el consumo de oxígeno y de ATP, mejorando el estatus.

**50. Una mujer de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo, ingresa en UCI a las 3h de la madrugada con el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea espontánea (HSA) aneurismática en la tomografía computarizada craneal. La escala de Fisher modificada se utiliza para estimar el riesgo de isquemia cerebral tardía secundaria a vasoespasmo, ¿cuál de los siguientes hallazgos se asocia con un mayor riesgo de vasoespasmo cerebral?**

A) Coágulo grueso cisternal o en fisuras, sin sangrado intraventricular.
B) Sangrado mínimo o fino con sangrado intraventricular.
C) Sangrado mínimo sin sangrado intraventricular.
D) Coágulo grueso cisternal o en fisuras, con sangrado intraventricular.

**51. ¿En cuál de las siguientes situaciones clínicas EVITARÍA la sedación con anestésicos inhalatorios como isoflurano o sevoflurano?**

A) En pacientes asmáticos.
B) En pacientes con antecedentes psiquiátricos.
C) En pacientes con riesgo de hipertensión intracerebral.
D) En pacientes con cirrosis hepática.

**52. ¿Cuál de los siguientes se considera un signo o síntoma de hipermagnesemia?**

A) Espasmos musculares
B) Ausencia de reflejos osteotendinosos
C) Nistagmo vertical
D) *Torsades de Pointes*

**53. Un paciente de 38 años ingresa por vómitos persistentes. La gasometría arterial muestra: pH 7,55 $pCO_2$ 48 mmHg $HCO_3^-$ 48 mmol/L, ¿cuál de los siguientes hallazgos sería MÁS compatible con el trastorno ácido-base presentado?**

A) Un Cloro urinario > 20 mmol/L.
B) Un Cloro urinario < 20 mmol/L.
C) Acidosis respiratoria asociada.
D) Hiperaldosteronismo con hipertensión arterial secundaria.

**54. Respecto a la enfermedad eutiroidea del paciente crítico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es más INCORRECTA:**

A) Podemos encontrar el perfil hormonal: T3 baja, T4 normal o baja, TSH normal.
B) Podemos encontrar el perfil hormonal: T3 baja, T4 normal o baja, TSH ligeramente disminuida.
C) La rT3 (T3 reversa) suele estar elevada.
D) Requiere suplementación con hormonas tiroideas.

**55. Ante la SOSPECHA de síndrome de secreción inadecuada de ADH, ¿cuál de los siguientes resultados analíticos NO esperarías encontrar?**

A) Sodio urinario inferior a 20 mEq/L.
B) Cortisol plasmático dentro de la normalidad.
C) Osmolaridad urinaria elevada.
D) Hiponatremia.

**56. Un paciente de 70 años ingresa en UCI por shock séptico con una creatinina basal de 0,9 mg/dL. A las 48 horas presenta: creatinina sérica 2,1 mg/dL y diuresis de 0,4 mL/kg/h las últimas 14 horas. Según los criterios de la clasificación KDIGO, ¿qué estadio de lesión renal aguda PRESENTA el paciente?**

A) KDIGO estadio 1.
B) KDIGO estadio 2.
C) KDIGO estadio 3.
D) No cumple criterios de lesión renal aguda.

**57. Un paciente tratado simultáneamente con AINE e IECA presenta un fracaso renal agudo funcional tras un episodio de deshidratación, ¿cuál es el PRINCIPAL mecanismo fisiopatológico implicado?**

A) Necrosis tubular aguda por toxicidad farmacológica directa.
B) Fallo de los mecanismos de autorregulación glomerular.
C) Obstrucción tubular por precipitación de proteínas.
D) Aumento de la presión hidrostática glomerular.

**58. Un paciente con shock séptico, disfunción hepática y lesión renal aguda precisa terapia continua de reemplazo renal. Se decide anticoagulación regional con citrato. La analítica muestra: calcio total 2,9 mmol/L y calcio iónico 0,9 mmol/L, ¿cuál de las siguientes interpretaciones es la MÁS probable que tenga nuestro paciente?**

A) Anticoagulación insuficiente del circuito.
B) Hipercalcemia secundaria al calcio administrado.
C) Acumulación de citrato.
D) *Recuperación del metabolismo hepático del citrato.*

**59. En un paciente con shock séptico y fracaso renal agudo con terapia continua de reemplazo renal (TCRR), ¿qué estrategia le parece la MÁS apropiada para optimizar la administración de antibióticos?**

A) Mantener la dosis estándar sin ajustes para evitar la infradosificación independientemente del aclaramiento.
B) Usar bolos intermitentes de beta-lactámicos para facilitar el cálculo de la dosis según la tasa de filtración.
C) Suspender la TCRR durante la administración del antibiótico.
D) Individualizar el tratamiento mediante la monitorización terapéutica de fármacos.

**60. En un paciente crítico con nutrición enteral, ¿cuál de los siguientes hallazgos sugiere MEJOR intolerancia gastrointestinal?**

A) Residuo gástrico aislado de 180 ml sin otros síntomas.
B) Presencia de ruidos intestinales disminuidos.
C) Distensión abdominal con vómitos y aumento progresivo del residuo gástrico.
D) Ausencia de deposiciones en las primeras 48 horas del ingreso.

**61. Con relación al "overfeeding" o aporte nutricional excesivo en el paciente crítico, señale la afirmación CORRECTA.**

A) Se asocia a hiperglucemia, aumento de la lipogénesis y mayor producción de $CO_2$.
B) Se asocia a disminución de la producción de $CO_2$ y facilita el destete de la ventilación mecánica.
C) El riesgo de *overfeeding* desaparece cuando se utiliza nutrición enteral en lugar de parenteral.
D) El o*verfeeding* proteico es la principal causa de hiperglucemia en pacientes críticos.

**62. Un paciente de 68 años ingresa por pancreatitis aguda de origen biliar. A las 48 h presenta: $PaO_2/FiO_2$ 180mmHg, creatinina 2,3 mg/dL, necesidad de noradrenalina para mantener PAM > 65 mmHg y la TAC abdominal muestra necrosis pancreática del 30%, ¿cómo clasifica esta pancreatitis según la clasificación de Atlanta?**

A) Pancreatitis aguda leve.
B) Pancreatitis aguda moderadamente grave.
C) Pancreatitis aguda grave.
D) Pancreatitis aguda necrotizante sin criterios de gravedad.

**63. Un paciente diagnosticado de *acute-on-chronic liver failure* (ACLF) grado 3 presenta síndrome hepatorrenal y fracaso respiratorio hipoxémico. Tras expansión con albúmina requiere tratamiento vasoconstrictor, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es MÁS correcta?**

A) La noradrenalina puede ser preferible en pacientes críticos con riesgo elevado de insuficiencia respiratoria.
B) La terlipresina carece de efectos respiratorios relevantes y debe ser el tratamiento de elección.
C) La dopamina es superior a la noradrenalina en el síndrome hepatorrenal.
D) Los vasoconstrictores están contraindicados en el ACLF-3.

**64. En relación con la plasmaféresis terapéutica en el fallo hepático agudo, señale la afirmación CORRECTA:**

A) La plasmaféresis estándar no ha demostrado ningún beneficio clínico en el fallo hepático agudo.
B) La plasmaféresis sustituye completamente la función sintética y metabólica hepática.
C) La plasmaféresis de alto volumen puede mejorar la supervivencia y la estabilidad hemodinámica actuando como terapia puente a la recuperación o al trasplante.
D) La presencia de coagulopatía contraindica el uso de plasmaféresis en el fallo hepático agudo.

**65. En un paciente adulto con shock séptico, ¿cuál es la recomendación respecto al inicio de antibioterapia?**

A) Esperar los resultados microbiológicos antes de iniciar tratamiento dirigido.
B) Retrasar los antibióticos hasta completar la expansión inicial con fluidos.
C) Observar durante 3 horas para descartar causas no infecciosas.
D) Iniciar antibioterapia lo antes posible, idealmente dentro de la primera hora del reconocimiento del shock.

**66. En la ecografía pulmonar, ¿cuál de los siguientes hallazgos es MÁS sugestivo de neumotórax?**

A) Identificación del “lung point” o punto de pulmón.
B) Deslizamiento pleural conservado.
C) Presencia de líneas B difusas.
D) Patrón de hepatización pulmonar.

**67. En relación con el uso de corticoides en la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad grave, señale la afirmación MÁS CORRECTA:**

A) Están contraindicados por aumentar la mortalidad y las infecciones secundarias.
B) Sustituyen a la antibioterapia precoz cuando existe shock séptico.
C) Deben administrarse exclusivamente en neumonía viral confirmada.
D) Pueden reducir el fracaso terapéutico y la necesidad de soporte respiratorio en pacientes con respuesta inflamatoria marcada.

**68. ¿Cuál de las siguientes NO se considera un factor de riesgo para sospechar Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM) por organismos multirresistentes?**

A) Uso de antibióticos intravenosos en los 90 días previos al desarrollo de la NAVM.
B) Shock séptico en el momento del diagnóstico de la NAVM.
C) Terapias de reemplazo renal antes del inicio de la NAVM.
D) Dos días de hospitalización antes de la ocurrencia de la NAVM.

**69. En relación con el proyecto Neumonía Zero (NZ), señale la afirmación INCORRECTA:**

A) Su objetivo principal era reducir la tasa nacional a menos de 9 episodios por 1000 días de ventilación mecánica.
B) Incluye medidas dirigidas a prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica mediante un paquete de intervenciones ("bunddle").
C) La aplicación del proyecto NZ se acompañó de una reducción de la tasa nacional de neumonía próxima al 50%.
D) Una de las medidas es administrar empíricamente antibióticos de manera precoz**.**

**70. Con relación al síndrome antifosfolípido catastrófico (SAFC), señale la afirmación MÁS CORRECTA:**

A) Se caracteriza por una afectación trombótica multiorgánica que se presenta en poco tiempo (< 1 sem).
B) Suele afectar a diversos órganos, siendo el más habitual el hígado.
C) La anticoagulación está contraindicada por el alto riesgo hemorrágico asociado.
D) Los corticoides no tienen papel en el tratamiento del SAFC.

## PREGUNTAS DE RESERVA:

**71. Un paciente ingresa en UCI procedente de quirófano con una Tª de 28 ºC. El ECG muestra bradicardia sinusal con ensanchamiento del QRS y una deflexión positiva al final del complejo QRS sobre todo en derivaciones precordiales, ¿A qué hallazgo electrocardiográfico corresponde?**

A) Onda delta.
B) Onda épsilon.
C) Onda J de Osborn.
D) Patrón de Brugada.

**72. Te avisan para valorar una gestante de 33 semanas con dolor en hipocondrio derecho, náuseas y malestar general. La analítica muestra: GOT 420 U/L, plaquetas 72.0000/µL, LDH elevada y una hemoglobina de 8,9 g/dL con esquistocitos, ¿cuál es el diagnóstico MÁS PROBABLE?**

A) Púrpura trombótica trombocitopénica.
B) Síndrome de HELLP.
C) Hígado grado del embarazo.
D) Colostasis intrahepática del embarazo.

**73. Un paciente tratado con amitriptilina inicia antibioterapia por una infección nosocomial. A las 48 h comienza con agitación, hipertermia, taquicardia, hiperreflexia y clonus inducible, ¿Cuál de los siguientes antibióticos se asocia más frecuentemente al desarrollo de un síndrome serotoninérgico?**

A) Linezolid
B) Meropenem
C) Piperazilina-tazobactam
D) Ceftriaxona

**74. Con relación a la coagulación intravascular diseminada (CID) asociada a sepsis, señale la afirmación más CORRECTA:**

A) El fibrinógeno suele encontrarse elevado debido a la respuesta inflamatoria sistémica y excluye CID.
B) La CID se diagnostica exclusivamente por trombocitopenia aislada.
C) La presencia simultánea de trombosis microvascualr y sangrado es característica de la CID.
D) El Dímero D suele ser normal porque existe consumo de fibrina.

**75. En relación con el diagnóstico de muerte encefálica, señale la afirmación CORRECTA:**

A) La presencia de reflejos osteotendinosos excluye el diagnóstico de muerte encefálica.
B) La prueba de apnea demuestra ausencia de estímulo respiratorio ante elevación adecuada de la $PaCO_2$.
C) El electroencefalograma es obligatorio en todos los casos para confirmar el diagnóstico.
D) La hipotermia terapéutica no interfiere en la evaluación clínica de muerte encefálica.