

OLIMPIADA 2021

Olimpiada
Semicyuc
joven



1. Un varón de 35 años acude a urgencias por taquicardia. Como antecedentes tiene síndrome de Wolff-Parkinson-White que nunca ha sido ablacionado. El paciente está estable y en el ECG se observa una taquicardia irregular de QRS ancho. Que medicación es más segura administrar:

- a. Atenolol
- b. Procainamida
- c. Digoxina
- d. Verapamilo

Correcta: b

Nota: Los síndromes de preexcitación que se presentan con una taquicardia irregular se pueden tratar con: si cursa con mala tolerancia clínica, debe realizarse cardioversión eléctrica inmediata. Si la tolerancia es aceptable, clásicamente se ha utilizado la procainamida intravenosa que, a medida que va bloqueando la vía accesoria, reduce la frecuencia ventricular y produce un mayor número de complejos QRS estrechos (fig. 2). Eventualmente se recupera el ritmo sinusal. Un fármaco alternativo a la procainamida es la flecainida intravenosa.

<https://www.revespcardiol.org/en-tratamiento-los-pacientes-con-preexcitacion-articulo-13065654>

2. Varón de 57 años que acude a Urgencias por malestar general. En la analítica destaca: Cr 4.5 mg/dl, Urea 170 mg/dl, Fosforo 5.8 mg/dl, Sodio 131 mmol/L, Potasio 3.7 mmol/L, Magnesio 1.5 mmol/L, Calcio total 17.2 mg/dl (18.8 mg/dl corregido por albumina), calcio iónico 2.26 mmol/L. Respecto al tratamiento de este paciente, ¿cuál es la respuesta incorrecta?

- a. Hidratación con suero salino isotónico
- b. Administrar de bifosfonatos y calcitonina para inhibir la resorción ósea
- c. Administrar furosemida a altas dosis
- d. Iniciar terapia de depuración extrarrenal

Correcta: c

Nota: La administración de furosemida está únicamente recomendada en caso de sobrecarga hídrica. La poliuria secundaria a la administración de diurético puede llevar a desarrollo de hipopotasemia y empeoramiento de hipercalcemia.

3. Con respecto al tratamiento de Candidiasis Invasiva (C.I.), señala la respuesta INCORRECTA:

- a. Las equinocandinas son el tratamiento de elección en pacientes críticos en situación de shock séptico o fracaso multiorgánico.
- b. Fluconazol es el tratamiento de elección en pacientes que no se encuentran en shock séptico ni fracaso multiorgánico (baja severidad de la enfermedad) y que presentan C.I.
- c. El fluconazol requiere dosis de carga (carga de 12 mg/kg y mantenimiento 6 mg/kg).
- d. La duración del tratamiento antifúngico en candidemia con hemocultivos positivo será de 14 días en total.

Correcta: d

Nota: La respuesta incorrecta es la D, ya que la duración de tratamiento antifúngico en candidemia (HC positivo) es de 14 días pero después de que haya un primer HC negativo. En caso de C.I. sin HC positivo, la duración será de 10-14 días.

4. Un patrón respiratorio como el de la imagen sugiere:



- a. Sobredistensión
- b. Secreciones en la vía aérea
- c. Neumotórax
- d. Intubación selectiva de bronquio derecho

Correcta: b

Nota: Correcta b. Se trata de un patrón en dientes de sierra que es sugerente de secreciones en la vía aérea o también agua en la tubuladuras.

5. Atiendes a un paciente de 24 años por herida penetrante en hemitórax izquierdo (4º EIC). El paciente es atendido por los servicios prehospitalarios a su valoración el paciente se encuentra obnubilado con pulso rápido y filiforme. A tu valoración en el box de atención inicial el paciente se encuentra en parada cardíaca (disociación electromecánica). Pupilas reactivas y ECG con ritmo sinusal. Tu opción preferente es:

- a. Dado que el paciente presenta una parada cardíaca presenciada no está indicada la toracotomía emergente.
- b. Siguiendo el esquema ABCD el aislamiento de la vía aérea debe ser la primera prioridad en este paciente.
- c. La presencia de signos vitales (pupilas reactivas y actividad eléctrica organizada) aconsejan realizar toracotomía emergente.
- d. En la parada cardíaca traumática la prioridad es siempre el masaje cardíaco frente a cualquier otra intervención.

Correcta: c

Nota: En el caso de PCR por traumatismo penetrante torácico la toracotomía se recomienda siempre que la PCR sea presenciada. En caso de parada cardíaca no presenciada de corta duración deben determinarse la presencia de signos vitales al ingreso (reactividad pupilar, contracción miocárdica en ecografía y/o ecg con ritmo organizado). El masaje cardíaco externo en la parada cardíaca por shock hemorrágico no debe retrasar en ningún caso el tratamiento de las causas principales de PCR en estos pacientes (drenaje torácico y reposición de volemia).

6. Respecto a la imagen adjunta tras un traumatismo craneal la opción más correcta te parece:



- a. Impresiona de HSA aneurismática. Habría que realizar angioTAC.
- b. La asociación con fractura de base de cráneo NO se asocia con la presencia de lesión vascular traumática.
- c. Tras la evacuación de la lesión observada hay que vigilar el desarrollo de la lesión por contragolpe, especialmente en pacientes con coagulopatía y fractura craneal.
- d. La lesión observada NO suele asociar lesión subyacente del parénquima cerebral.

Correcta: c

Nota: se observa un hematoma subdural traumático extenso. La presencia de fractura de cráneo frecuentemente se asocia con lesión vascular, en esos casos se recomienda despistaje con TSA. Ante la evacuación de estas lesiones existe riesgo de aparición de lesiones por contragolpe. El hematoma subdural traumático frecuentemente asocia lesión subyacente del parénquima cerebral.

7. Los servicios de emergencias trasladan a urgencias de la Unidad de Quemados a un varón de 32 años por extensas quemaduras por llama. Cuál de las siguientes intervenciones no forma parte del manejo inicial:

- a. Intubación si presenta signos de obstrucción de vía aérea.
- b. Escarotomías.
- c. Tratamiento antibiótico sistémico.
- d. Cálculo de la superficie corporal quemada y la profundidad de las quemaduras.

Correcta: c

Nota: no está recomendado el inicio sistemático de tratamiento antibiótico.

8. En lo que se refiere al taponamiento pericárdico, ¿cuál de los siguientes enunciados NO es correcto?

- e. La ecocardiografía es el método diagnóstico de elección
- f. Es habitual la presencia de pulso arterial paradójico.
- g. La tríada de Beck consiste en hipotensión, ingurgitación yugular y sonidos cardíacos amortiguados.
- h. El colapso ventricular derecho es muy específico para el diagnóstico.

Correcta: a

Nota: El diagnóstico del taponamiento cardíaco es clínico.

9. Mujer de 23 años que ingresa en la UCI con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea aneurismática. Estando previamente estable la paciente presenta episodio de poliuria franca con > 500 ml/h de diuresis, motivo por el cual se nos avisa ("la paciente lleva tres horas realizando más de 500 ml/h de diuresis"). Glucemia plasmática 120 mg/dl, Potasio 3.8 mg/dl, Calcio total 8.5 mg/dl. De los siguientes enunciados, qué manifestación no encontraríamos:

- a. Deshidratación
- b. Hipernatremia
- c. Osmolalidad plasmática disminuida (<295 mOsm/kg)
- d. Osmolalidad urinaria disminuida (< 250 mOsm/kg)

Correcta: c

Nota: alta sospecha de diabetes insípida de origen central, donde existe una disminución en la síntesis o producción defectuosa de ADH, siendo incapaz de conservar agua. Sus manifestaciones principales son: poliuria, deshidratación, osmolalidad plasmática aumentada (>295 mOsm/kg), hipernatremia y osmolalidad urinaria disminuida (<250 mOsm/kg)

10. Para poder diagnosticar un síndrome hepatorenal el paciente debe cumplir los siguientes puntos salvo:

- a. Hepatopatía crónica sin datos de hipertensión portal
- b. Aumento de creatinina de más 0.3 mg/dl en menos de 48 horas
- c. Ausencia de shock
- d. Ausencia de enfermedad renal parenquimatosa (proteinuria, microhematuria, estudio ecográfico alterado)

Correcta: a

Nota: uno de los criterios diagnósticos del SHR es enfermedad hepática aguda o crónica con insuficiencia hepática avanzada y datos de hipertensión portal

11. Paciente varón de 61 años con neutropenia severa ingresado en UCI por insuficiencia respiratoria aguda, evidenciando en radiografía de tórax infiltrado alveolo-intersticial bilateral. Presenta analítica con función renal y hepática normal. Tras varias pruebas es diagnosticado de Aspergilosis Invasiva (A.I.). Cuál sería el tratamiento de elección?

- a. El tratamiento de elección en C.I. y A.I. en pacientes sépticos inmunodeprimidos es caspofungina.
- b. El tratamiento de elección es Anfotericina B liposomal.
- c. El tratamiento de elección es voriconazol; en caso de presentar insuficiencia renal severa ($ClCr < 50$ ml/min), una buena alternativa sería isavuconazol.
- d. Si eligiera como tratamiento de elección voriconazol, habría que comenzar a medir niveles; en caso de disponerlo, habría que realizarlo al día siguiente del inicio de tratamiento.

Correcta: c

Nota: La respuesta correcta es la C. El tratamiento de elección en A.I. es voriconazol, siendo isavuconazol una buena alternativa en pacientes con insuficiencia renal grave.

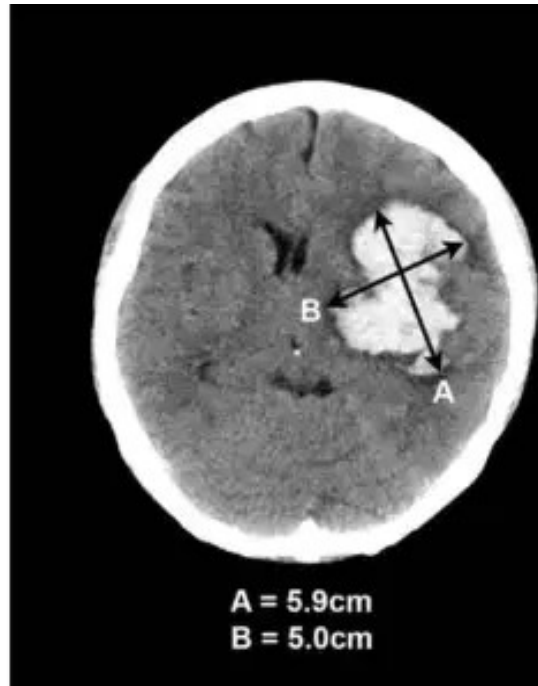
12. Un paciente con EPOC grave acude agudizado a Urgencias y presenta la siguiente gasometría arterial extraída con FiO_2 del 40%: pH 7.19, $paCO_2$ 85mmHg, paO_2 de 66 mmHg y Bicarbonato 27 mmol/litro. Se encuentra algo somnoliento aunque responde órdenes sencillas, en la auscultación pulmonar hipoventilación global. Se decide inicio de ventilación mecánica no invasiva, señale lo cierto.

- a. El primer paso a considerar en esta situación es la intubación orotraqueal.
- b. El empeoramiento de la encefalopatía después de iniciada la VMNI no es indicador de mala respuesta si se acompaña de un ascenso en la PaO_2/FiO_2 .
- c. La eficacia de la VNI debe valorarse al cabo de una hora después de iniciada, no antes.
- d. Una reducción de la $paCO_2$ a 70mmHg de nuestro paciente al cabo de una hora tras el inicio de la técnica puede ser indicador de éxito de la VNI.

Correcta: d

Nota: Correcta d. La primera indicación en este paciente sería el inicio de VMNI, en caso de empeoramiento clínico no se debe retrasar la intubación orotraqueal (no es necesario esperar una hora).

13. Un paciente de 66 años, hipertenso en tratamiento con tres fármacos y sin otros antecedentes, es atendido en la urgencia tras cefalea brusca con deterioro de nivel de conciencia. A tu valoración el paciente emite ruidos, abre ojos al dolor y localiza. Es cierto que:



- a. Se recomienda un descenso precoz de la tensión arterial para un objetivo 110-140 mmHg.
- b. La nitroglicerina es una opción recomendable ante la ausencia de respuesta a antagonistas del calcio.
- c. Se recomienda un descenso precoz de la tensión arterial para un objetivo menor de 180 mmHg.
- d. Probablemente un clipaje precoz nos permita un mejor control tensional.

Correcta: c

Nota: la imagen resulta compatible con hemorragia de probable origen hipertensivo. La evidencia actual tras la publicación de los estudios [ATACH-2/INTERACT-2] recomienda un objetivo tensional

14. Ingresas a un paciente de 24 años con traumatismo abdominal a consecuencia de accidente de bicicleta. Refiere fuerte traumatismo en región de hipocondrio derecho con el manillar. A tu exploración física el paciente se mantiene estable en todo momento aunque presenta peritonismo a la exploración. Realizas CT de abdomen en fase arterial y portal. El radiólogo te informa de la presencia de laceración hepática (OIS grado III) junto con extravasación de contraste arterial. No existen lesiones a otro nivel. El paciente se mantiene estable.

- a. La presencia de sangrado activo requiere de la realización de laparotomía de control de daños. La embolización hepática presenta un riesgo de isquemia inasumible en un paciente joven.
- b. La presencia de indicación de laparotomía por otro motivo orientaría hacia un tratamiento operatorio.
- c. La ausencia de hemoperitoneo extenso orienta hacia un manejo proactivo de este paciente.
- d. En paciente inestable no respondedor la primera opción es siempre el tratamiento endovascular.

Correcta: b

15. Avisan desde Urgencias por una mujer de 25 años con antecedentes de anorexia nerviosa. Ha sido trasladada por sus familiares por alteración del nivel de consciencia y debilidad. A la exploración la paciente presenta GCS 13 (O 3, V4, M6), auscultación sin sobreagregados, relleno capilar normal. FC 45lpm, FR 15rpm, TA 89/55mmHg, SpO2 98% AA. Su IMC es de 12kg/m² (170cm, 36kg). Analíticamente destaca sodio 119mmol/L, potasio 1,9mmol/L, AST 110UI/L, ALT 89UI/L, Cr 1,12mg/dL, urea 130mg/dL glucosa 47mg/dL.

- a. Probablemente la clínica se deba a la hipoglicemia, inicio reposición de glucosa.
- b. La paciente se encuentra estable a nivel clínico, recomendando valoración por Psiquiatría e ingreso a su cargo.
- c. Ingreso para monitorizar nivel de consciencia y alteraciones electrolíticas. Administro tiamina, inicio reposición lenta de potasio y sodio e inicio nutrición enteral con 30kcal/kg/día.
- d. Ingreso para monitorizar nivel de consciencia y alteraciones electrolíticas. Solicito fosfato y magnesio. Administro tiamina y reposición electrolítica e inicio nutrición enteral con 5kcal/kg/día.

Correcta: d

Nota: paciente con muy alto riesgo de refeeding. Reponer alteraciones hidroelectrolíticas; se puede comenzar nutrición a dosis muy bajas las primeras 24h.

16. Un varón de 38 años ingresó hace 24 horas por shock séptico de origen urinario. Durante la guardia, la enfermera te avisa por hipotensión. El paciente presenta PA: 85/55 mmHg, FC: 68lpm, PVC: 11mmHg, FR: 12 rpm, SpO2 98% sin oxígeno suplementario, diuresis de 70 ml/h en las últimas 3 horas y lactato 1,3 mmol/L. Como se debe tratar la hipotensión:

- a. Iniciar noradrenalina puesto que la PVC está dentro del rango
- b. Administrar rápidamente 250ml de SF para revertir la hipotensión
- c. No hacer nada y esperar
- d. Como es muy joven se le debe administrar 1L de cristaloides en una hora para mejorar sus constantes

Correcta: c

Nota: Paciente joven sin lactacidemia y con buen gasto renal, probablemente con esas tensiones habitualmente.

17. Siguiendo las recomendaciones de la ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) publicadas en 2019, ¿cuál de los siguientes enunciados es falso?

- a. Si no se puede iniciar tolerancia oral, está indicado la iniciación de nutrición enteral (NE) precoz (en las primeras 48 horas).
- b. En caso de contraindicación a la vía oral y a la NE, la nutrición parenteral (NP) debe ser implementada en un plazo de quince días.
- c. Para evitar la sobrealimentación, no se utilizarán la NE y la NP a dosis plenas desde el inicio, sino que se prescribirán en un plazo de tres a siete días.
- d. Se puede proporcionar una NP temprana y progresiva en lugar de no nutrición en caso de contraindicaciones para la NE en pacientes desnutrición grave.

Correcta: b

Nota: En caso de contraindicación a la vía oral y a la NE, la nutrición parenteral (NP) debe ser implementada en un plazo de 3 a siete días.

18. Con respecto a la Peritonitis Bacteriana Espontánea (PBE), elige la respuesta INCORRECTA:

- a. El mecanismo patogénico clave que inicia la PBE es la traslocación bacteriana.
- b. El diagnóstico de PBE se basa fundamentalmente en el recuento de PMN en líquido ascítico, evidenciándose cifras de PMN mayores o iguales de 250.
- c. El tratamiento empírico debe iniciarse tras el diagnóstico de PBE, una vez que tengamos el resultado del cultivo del líquido ascítico.
- d. El tratamiento de elección son las cefalosporinas de 3ª generación.

Correcta: c

Nota: La respuesta incorrecta es la C. Se debe iniciar tratamiento antibiótico empírico inmediatamente tras el diagnóstico de PBE, sin esperar el resultado del cultivo de líquido ascítico, modificándolo posteriormente según resultado de antibiograma.

19. En un paciente con síndrome de distrés respiratorio agudo es falso que:

- a. La hipertensión intracraneal es una contraindicación para intentar reclutar alveolos mediante una maniobra de incremento de PEEP progresivo.
- b. No existe evidencia suficiente para recomendar la aplicación rutinaria de maniobras de reclutamiento.
- c. Se recomiendan sesiones breves de prono durante unas 8h diarias.
- d. La reclutabilidad pulmonar depende del grado de severidad del SDRA y del nivel de PEEP.

Correcta: c

Nota: correcta c. Las sesiones de prono en los pacientes que lo necesitan se recomienda que sean entre 16-24h, solo se interrumpen antes en caso de empeoramiento o nula respuesta. Si el paciente presenta hipertensión intracraneal no se recomienda maniobras de reclutamiento dado que pueden aumentar la presión cerebral mediante una reducción de flujo en las venas yugulares.

20. Paciente de 50 años que ingresa tras un accidente de coche de alta energía. A su llegada a nuestro centro presenta A/B permeable. taquipnea a 28 rpm, respiración superficial. SpO₂ 94% C: 110/70 mmHg, FC 90 lpm. D: GCS 15. Rx de tórax: hemitórax izquierdo con imagen de velamiento con nivel hidroaéreo. FAST no concluyente. Destacan estigmas de cinturón y respiración superficial y rápida. Se traslada a radiología donde se realiza CT torax/abdomen-pelvis. Ante la imagen que se presenta:



- a. Ante la estabilidad hemodinámica el paciente no requiere intervención en el momento actual.
- b. Dada la imagen sugerente de hemotórax y la insuficiencia respiratoria estaría indicado la colocación de tubo de tórax.
- c. La lesión observada tiene indicación quirúrgica.
- d. La laparoscopia es la técnica de primera elección.

Correcta: c

Nota: el paciente presenta una solución de continuidad en diafragma izquierdo de origen traumático. Este tipo de lesión requiere reparación quirúrgica siendo la laparotomía la técnica de elección. En este caso no estaría indicado el drenaje torácico dado el riesgo de lesión de víscera hueca.

21. Entre las principales indicaciones de monitorización con PtiO₂ cerebral no se encuentra:

- a. Neuromonitorización en pacientes que presentan craniectomía descompresiva en los que los valores aislados de presión intracraneal pueden ser poco orientativos.
- b. Neuromonitorización en pacientes que presentan traumatismo torácico severo asociado al TCE.
- c. Pacientes con TCE y lesión vascular asociada.
- d. Todos los anteriores.

Correcta: d

Nota. a,b,c son indicaciones aceptadas para la monitorización con pTiO₂.

22. Varón de 64 años sin comorbilidad, en tercer día de ECMO-VV por COVID. A nivel respiratorio ventilado con Pi 10 PEEP 10, Vt 40ml. A nivel de ECMO se ha mantenido estable a lo largo de las últimas horas con flujo de sangre 4,5lpm, P1 -50mmHg, P2 250mmHg P3 220mmHg. Avisa enfermería por descenso del flujo de ECMO y desaturación. No se aprecian cambios en el respirador ni a nivel clínico. En la consola se observa. Flujo de sangre fluctuante en torno a 2,2lpm, P1 -120mmHg, P2 220mmHg, P3 190mmHg. Señale la falsa:

- a. Hay una caída de P2, probablemente se trate de trombosis del oxigenador.
- b. Probablemente se trate de hipovolemia.
- c. El paciente podría tener un taponamiento cardiaco o un neumotórax a tensión.
- d. El problema puede resolverse temporalmente disminuyendo las RPM de la bomba.

Correcta: a

Nota: insuficiencia de drenaje, A es incorrecta.

23. Una mujer de 35 años, gestante de 30 semanas, consulta en Urgencias por náuseas, vómitos y dolor abdominal. Presenta TA 160/100mmHg, FC 120lpm, FR 20rpm, SpO2 95% AA, auscultación pulmonar sin sobreaireados con ruidos cardíacos rítmicos sin soplos eictericia. La exploración abdominal muestra un útero grávido a altura apropiada para la edad gestacional y dolor en hipocondrio derecho. Está somnolienta, con flapping en las extremidades superiores. Se detectan movimientos fetales y latido cardíaco fetal a 155lpm. Se cursa analítica general que muestra: Hb 8,9g/dL, plaquetas $70 \times 10^9/L$, INR 2, fibrinógeno 1g/L, D-dímero 6000ng/mL, haptoglobina 80mg/dL, glucosa 50mg/dL, urea 110mg/dL, creatinina 3mg/dL, Na 137mmol/L, K 3mmol/L, AST 400UI/L, ALT 500UI/L, FA 200UI/L, GGT 300UI/L, bilirrubina total 8.5mg/dL, bilirrubina directa 6mg/dL. ¿Cuál es la actitud terapéutica?

- a. Finalizar el embarazo.
- b. Corticoides.
- c. Sulfato de magnesio.
- d. Ácido ursodesoxicólico.

Correcta: a

Nota: finalizar el embarazo. El hígado graso agudo del embarazo (AFLP) es difícil de distinguir del HELLP, pero lo sugieren la ausencia de hemólisis, presencia de alteraciones de la coagulación, hipoglicemia y encefalopatía. El tratamiento es la finalización del embarazo y las anomalías pueden mantenerse hasta 10 días postparto.

24. Cual de las siguientes afirmaciones ES FALSA con respecto al SCACEST:

- a. La administración sistemática de nitratos en la fase inicial del SCACEST, reduce la mortalidad y por tanto está recomendado.
- b. El uso de IECA debe iniciarse en las primeras 24 horas, si no hay contraindicaciones.
- c. Los bloqueadores beta reducen la mortalidad y el reinfarto por lo que se recomienda su inicio oral y precoz si no hay contraindicaciones
- d. No está justificado el empleo profiláctico de fármacos antiarrítmicos en la fase aguda del SCACEST.

Correcta: a.

Nota: La administración de rutina de nitratos no esta recomendada, no se ha demostrado relación con la mortalidad.

25. Con respecto al Síndrome Aórtico Agudo (SAA), es CIERTO:

- a. La entidad engloba a la Úlcera Penetrante, Hematoma Intramural y Disección Aórtica.
- b. En el SAA tipo B de Standford el tratamiento de elección es cirugía emergente
- c. En el SAA tipo A de Standford el tratamiento de elección es tratamiento médico
- d. En el SAA tipo A de Stanford el tratamiento de elección es el endoprotésico

Correcta: a.

Nota: SAA tipo A es quirúrgico de elección, existen trabajo de tratamiento endoprotésico, pero por el momento no es de elección. SAA tipo B es tto médico de elección.

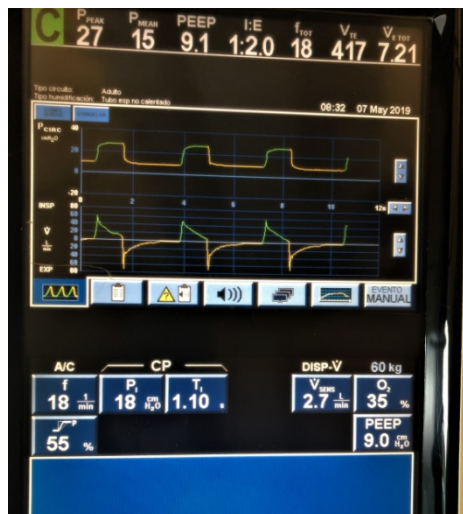
26. La Endocarditis Infecciosa (E.I) es una infección microbiana, en la mayoría de los casos de origen bacteriano, cuya lesión más característica la constituyen las vegetaciones que suelen asentar en el endocardio valvular. Podemos dividir la E.I. en 4 grandes grupos: sobre válvula nativa, sobre válvula protésica, en ADVP o con HC negativo. Señala la opción CORRECTA sobre EI en válvula nativa:

- Es la menos prevalente sobre los 4 grupos.
- La válvula que más frecuentemente se ve afectada es la tricúspide.
- El agente causa más frecuente es el Enterococo.
- El tratamiento consiste en ampicilina + cloxacilina + gentamicina.

Correcta: d

Nota: La EI sobre válvula nativa es la más prevalente de los 4 grupos. Generalmente asienta sobre válvula mitral. Las especies más frecuentemente aisladas son Streptococos, seguido de SAMS y, finalmente, puede deberse a Enterococos. La respuesta correcta, por tanto, es la D.

27. Paciente varón de 70 años ingresado en UCI por neumonía bilateral, en la gasometría de control de la mañana presenta pH 7.16, pCO2 79 mmHg, pO2 70 mmHg, Bicarbonato 23, acudimos a valorar al paciente y en el respirador observamos lo siguiente:



Es cierto que:

- Se trata de un empeoramiento de la neumonía.
- La curva de flujo-tiempo espiratorio es normal.
- El empeoramiento se debe a una obstrucción al flujo.
- No estaría indicado realización de fibrobroncoscopia.

Correcta: c

Nota: Correcta c. La curva de flujo-tiempo del respirador en la fase espiratoria con morfología de "raíz cuadrada" indica obstrucción al flujo motivo por el que ha empeorado la ventilación. No parece un empeoramiento de la neumonía dado que mantiene buena oxigenación con PAFI 200. Si estaría indicado realización de fibrobroncoscopia para diagnosticar e intentar resolver la obstrucción al flujo.

28. Sobre la indicación de trombectomía mecánica en el ictus isquémico no es cierto que:

- a. Se encuentra indicada hasta las primeras 24h cuando se ve afectada la circulación anterior en pacientes seleccionados.
- b. De forma general se encuentra indicada en las primeras 6h de inicio de síntomas.
- c. La utilidad de la trombectomía en la circulación posterior no se encuentra bien establecida.
- d. La toma de NACOs es una contraindicación relativa para la trombectomía mecánica.

Correcta: d

Nota: la toma de NACOs es una contraindicación para la fibrinólisis intravenosa pero NO para la trombectomía mecánica. El resto de respuestas son ciertas.

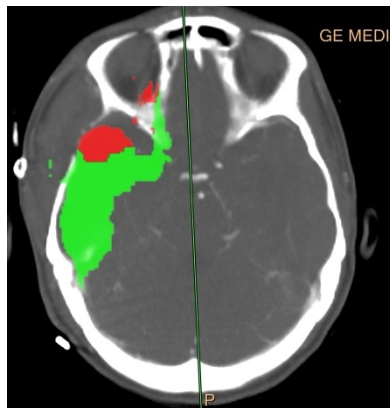
29. Ante un paciente que acude a Urgencias con una TA de 220/110 mmHg podemos afirmar:

- a. Que se trata de una emergencia hipertensiva.
- b. En este caso a disminución de la TA debe hacerse de forma paulatina especialmente si hay algún fallo orgánico.
- c. La clonidina no es un tratamiento de primera línea, especialmente en enfermos con alteraciones neurológicas, por la disminución que produce del flujo cerebral
- d. Todo lo anterior es falso.

Correcta: d.

Nota: No nos hablan de focalidad organica, por lo que presuponemos que es una urgencia hipertensiva. En caso de fallo organico o emergencia HTA la bajada debe ser rápida. La clonidina oral se puede usar pero esta contraindicada en pacientes con daño neurológico por disminuir el FSC.

30. Ante la siguiente imagen de perfusión en el área de la ACM derecha se nos informa de una amplia zona de penumbra junto con un mismatch es del 90%. Podemos concluir que:



- a. El tiempo de tránsito medio (TTM) se encontrará incrementado respecto al hemisferio sano.
- b. El tiempo de tránsito medio se encontrará disminuido respecto al hemisferio sano.
- c. El paciente presenta una amplia área de isquemia establecida.
- d. El volumen sanguíneo cerebral (VSC) se encuentra severamente disminuido en la totalidad del territorio de la ACM derecha.

Correcta: a

Nota: se muestra un corte de TC perfusión en el área de ACM derecha. Corresponde con una extensa área de penumbra (en verde) junto con un core limitado de isquemia establecida (rojo). Esta situación se corresponde con incrementos del TTM y disminución escasa del VSC.

31. ¿Cuál de los siguientes microorganismos pueden generar la triada neumonía + meningitis + endocarditis, dando nombre lugar al Síndrome de Austrian?:

- a. Streptococcus pneumoniae.
- b. Neisseria meningitidis.
- c. Staphylococcus aureus.
- d. Haemophilus influenzae.

Correcta: a

Nota: La respuesta correcta es la A. El síndrome de austrian es una patología producida por una infección diseminada de Streptococcus pneumoniae y caracterizada por la triada de neumonía, endocarditis y meningitis. Tiene baja incidencia y mortalidad en torno al 40%.

32.El tratamiento mediante oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO):

- a. Supone la primera elección en el tratamiento de los pacientes con SDRA.
- b. Las posibles complicaciones de la técnica son bajas y no requieren de formación específica.
- c. No supone un tratamiento eficaz para la hipoxemia en pacientes con SDRA grave o puente a trasplante.
- d. En los pacientes que no cumplen criterios de ECMO, la extracción extracorpórea de CO₂ (ECCO₂R) puede ser una alternativa útil.

Correcta: d

Nota: Correcta d. El ECCO₂R no permite mejorar la oxigenación pero si mejora la mecánica pulmonar al permitir ventilar a los pacientes con bajo volumen minuto por lo que favorece la ventilación de protección pulmonar que beneficia al paciente con SDRA, debido a esto en pacientes donde se haya desestimado el ECMO puede ser de utilidad.

33.¿Qué signos ecocardiográficos son sugestivos de hipovolemia grave?

- a. Aumento del diámetro de la VCI
- b. Ventrículo hiperdinámico con fenómeno de obliteración de la cavidad, disminución del diámetros VCI
- c. Ventrículo hiperdinámico y aumento del diámetro de la VCI
- d. Ventrículo hipoquinético y dilatado

Correcta: b. El aumento de la VCI se asocia mas a sobrecarga hídrica, aunque en pacientes con PEEP elevada puede darse.

34.¿Cuál de las siguientes drogas vasopresoras/inotrópicas puede reducir la frecuencia cardiaca por activar el reflejo vagal?

- a. Adrenalina
- b. Fenilefrina
- c. Dopamina
- d. Efedrina

Correcta: b. La fenilefrina aumenta la actividad vaga y produce bradicardia refleja.

35. En el tromboembolismo pulmonar es FALSO :

- a. El dímero D es bastante específico, por lo que debe solicitarse de entrada en pacientes inestables, en los que se sospeche alta probabilidad diagnóstica.
- b. El examen Ecocardiográfico no está indicado de entrada en pacientes normotensos hemodinámicamente estables, con baja probabilidad de TEP.
- c. En los pacientes de alto riesgo de TEP en shock, la ausencia de signos ecocardiográficos de sobrecarga de o disfunción de Ventrículo Derecho prácticamente excluye el embolismo pulmonar.
- d. En la embolia pulmonar aguda se encuentra dilatación del VD al menos en un 25% de los pacientes.

Correcta: a. El dímero D es muy sensible 95% pero poco específico 55%.