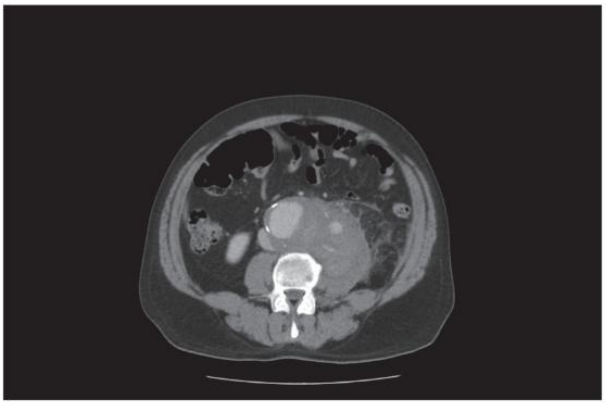
12. Pregunta vinculada a la imagen nº12

Paciente de 72 años remitido a urgencias tras padecer un síncope. Presenta hipotensión y dolor abdominal con irradiación lumbar. Se realiza TC abdominal con contraste intravenoso. ¿Cuál sería su diagnóstico y la actitud a seguir?:

1. Absceso de psoas izquierdo. Realizaría tratamiento sintomático y lo mantendría en observación a la espera de analíticas y otras pruebas complementarias.
2. Aneurisma de aorta abdominal roto. Es una emergencia y la primera opción es tratamiento quirúrgico o endovascular.
3. Completaría el estudio con una ecografía abdominal para realizar el diagnóstico diferencial entre absceso de psoas y aneurisma de aorta abdominal roto.
4. Tumoración hipervascular del psoas. Realizaría resonancia magnética para una mejor caracterización.

IMAGEN 12

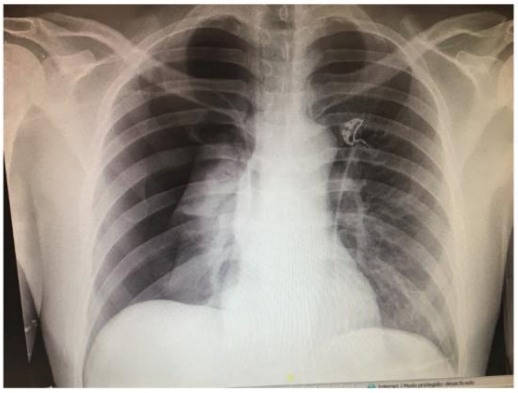


14. Pregunta vinculada a la imagen nº14

Joven de 16 años sin antecedentes previos, que es traído a urgencias por sus familiares por dificultad respiratoria aguda y dolor torácico. A su llegada muestra intenso trabajo respiratorio, frecuencia cardiaca 120 lpm, tensión arterial 75/40 mmHg y SatO2 86 % con aire ambiente. Considerando la radiografía de tórax, ¿cuál es la medida a tomar más apropiada?:

1. Realizar una TC torácica de alta resolución.
2. Repetir la radiografía añadiendo una proyección lateral.
3. Realizar fibrinolisis urgente con 100 mg de tenecteplasa.
4. Colocar un drenaje torácico en la cavidad pleural derecha.

IMAGEN 14

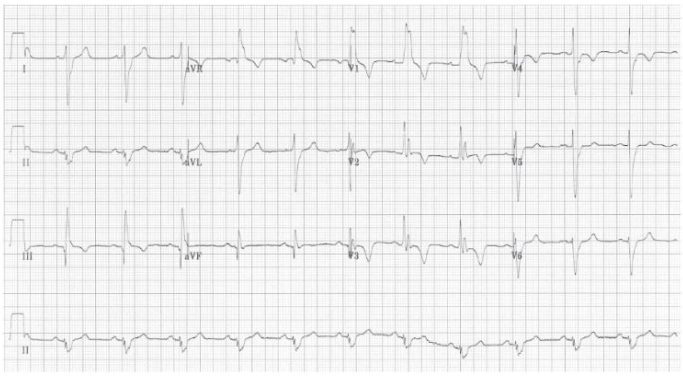


27. Pregunta vinculada a la imagen nº27

Hombre de 56 años con antecedentes de hipertensión arterial y cáncer de colon con metástasis hepáticas, actualmente en tratamiento quimioterápico. Acude a urgencias por disnea. Constantes: frecuencia cardiaca 110 lpm, tensión arterial 115/55 mmHg, frecuencia respiratoria 29 rpm, SatO2 89 %. Exploración: uso de musculatura respiratoria accesoria, murmullo vesicular conservado en todos los campos. La primera prueba diagnóstica de la que se dispone es el electrocardiograma. ¿Cuál es la sospecha clínica más probable?:

1. Fibrilación auricular.
2. Tromboembolismo pulmonar.
3. Síndrome coronario sin elevación del segmento ST (SCASEST).
4. Infarto agudo de miocardio de cara diafragmática.

IMAGEN 27



51. El vasopresor de elección para mantener la presión de perfusión en un enfermo con shock séptico es:

1. Dopamina.
2. Noradrenalina.
3. Dobutamina.
4. Fenilefrina.

96. Ante un paciente con pericarditis aguda y derrame pericárdico grave ¿cuál de las siguientes medidas es INCORRECTA?:

1. Ingreso para monitorización estrecha de la aparición de signos de taponamiento.
2. Administración de diuréticos que faciliten la desaparición del derrame.
3. Ingreso y consideración de pericardiocentesis.
4. Administración de antiinflamatorios no esteroideos.

118. Hombre de 72 años con antecedentes de EPOC con obstrucción grave al flujo aéreo, con dos exacerbaciones graves en el último año, que acude a urgencias con taquipnea y uso de musculatura accesoria. Está alerta. En la gasometría arterial basal se objetiva: pH 7,29, PaCO2 68 mmHg, PaO2 51 mmHg. Se inicia tratamiento broncodilatador, esteroideo, antibioterapia empírica y se ajusta la oxigenoterapia para conseguir una SatO2 entre 88 y 92 %. Tras una hora repite la gasometría arterial con gafas nasales a 2 lpm y presenta pH 7,28, PaCO2 70 mmHg, PaO2 62 mmHg. Señale la actuación correcta:

1. Iniciar ventilación mecánica no invasiva.
2. Proceder a la intubación orotraqueal e iniciar ventilación mecánica.
3. Incrementar la oxigenoterapia hasta obtener una SatO2 de al menos 99 %.
4. Combinar benzodiacepinas con altos flujos de oxígeno para asegurar una disminución de la taquipnea y mejorar el patrón ventilatorio.

128. Hombre de 35 años, ingresado por traumatismo torácico grave con múltiples fracturas costales. Tras responder favorablemente al tratamiento con analgésicos y oxígeno, comienza a presentar hipoxemia grave. Señale cuál es la causa más probable de este deterioro:

1. La inestabilidad de la pared torácica por las fracturas múltiples.
2. La infección respiratoria por aspiración.
3. La alteración del intercambio gaseoso por la contusión pulmonar.
4. La hipovolemia postraumática.

134. Varón de 35 años, trasladado a urgencias tras un accidente de tráfico. A su ingreso se observa una puntuación en la escala de Glasgow de 15, tensión arterial de 140/90 mmHg, frecuencia respiratoria de 35 rpm y frecuencia cardiaca de 110 lpm, con una saturación de oxígeno basal del 91 %. En la exploración hay hipofonesis torácica derecha y timpanismo a la percusión. ¿Cuál es el diagnóstico de presunción? :

1. Taponamiento cardíaco traumático.
2. Neumotórax a tensión derecho.
3. Hemotórax masivo derecho.
4. Contusión pulmonar.

164. Hombre de 72 años que presenta desde hace 48 horas fiebre de 38,7°C, tos, expectoración purulenta y disnea. Constantes: TA 85/60 mmHg, frecuencia cardiaca 100 lpm, frecuencia respiratoria 35 rpm, SatO2 80%. Destaca la presencia de confusión y de crepitantes en campo pulmonar inferior izquierdo. La radiografía de tórax confirma la existencia de una neumonía de la língula y del lóbulo inferior izquierdo. ¿Cuál sería el lugar de atención adecuado?:

1. Tratamiento ambulatorio en su domicilio.
2. Ingreso en una unidad de observación de urgencias.
3. Ingreso hospitalario en planta.
4. Ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

171. Mujer de 67 años con antecedentes de dislipemia, que acude a urgencias por un cuadro de disuria y poliaquiuria seguido de fiebre, escalofríos y deterioro del estado general. A su llegada impresiona de gravedad y está taquicárdica, taquipneica, con tensión arterial 60/40 mmHg y temperatura de 39°C. ¿Qué medida de entre las siguientes NO estaría incluida en el manejo INICIAL?:

1. Perfusión intravenosa de dobutamina.
2. Medición de lactato sérico.
3. Extracción de hemocultivos.
4. Administración de fluidos.

172. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta con respecto a la reanimación cardiorrespiratoria?:

1. Tras comprobar la ausencia de pulso, la reanimación cardiopulmonar básica debe realizarse siguiendo la pauta de 30 compresiones torácicas y 2 insuflaciones pulmonares.
2. En cuanto se disponga de los medios necesarios se debe realizar una cardioversión si el paciente aún no ha recuperado el pulso.
3. En caso de asistolia deben administrarse 3 mg de atropina.
4. La adrenalina, a dosis de 1 mg cada 3 min, no se administrará si el mecanismo de parada es una fibrilación ventricular.

173. 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 pulsoximetría es del 92% y el ácido láctico capilar es de 8 mEq/l. ¿Qué tratamiento específico considera más adecuado?:

1. Administración de oxígeno mediante mascarilla tipo Venturi al 50%.
2. Administración de hidroxicobalamina intravenosa.
3. Ventilación con cámara hiperbárica.
4. Fluidoterapia con infusión de solución salina fisiológica a 21 ml/h.

174. Una mujer de 22 años presenta una parada cardiaca súbita con un ritmo que se considera susceptible de desfibrilación. Se están realizando compresiones torácicas y ventilaciones, se ha dado una descarga con el desfibrilador y se ha canalizado una vía venosa periférica. ¿Cuál de las siguientes actuaciones sería correcta a continuación?:

1. Administrar 150 mg de amiodarona intravenosa.
2. Administrar 300 mg de amiodarona intravenosa.
3. Administrar 1 mg de atropina intravenosa.
4. Administrar 2 mg de atropina intravenosa.

175. Un hombre de 18 años llega al servicio de urgencias del hospital trasladado por una unidad de soporte vital básico. Ha sido atropellado por un automóvil cuando iba en bicicleta. A su llegada tiene una frecuencia cardíaca de 115 lpm, una presión arterial de 110/75 mmHg, pulso radial palpable, un relleno capilar de 2,5 segundos y una frecuencia respiratoria de 25 rpm. ¿Qué nos indican estos datos?:

1. Ha perdido entre un 15 y un 30 % de la volemia y precisa reposición de volumen.
2. Ha perdido más de un 30 % de la volemia y precisa reposición de volumen y de sangre.
3. Ha perdido más de un 40 % de la volemia y precisará tratamiento quirúrgico.
4. Ha perdido más de un 50% de la volemia y precisa reposición de volumen y de sangre.