

## PREGUNTAS PARTE GENERAL

1. El presidente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León es el:
  - a) Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
  - b) Director General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
  - c) Presidente de la Junta de Castilla y León.
  - d) Titular de la Consejería competente en materia de sanidad.
  
2. La Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León, está adscrita a la:
  - a) Dirección General de Profesionales.
  - b) Secretaria General de la Consejería de Sanidad.
  - c) Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
  - d) Gerencia de Salud de las Áreas de Valladolid.
  
3. De acuerdo con el artículo 51 de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, no es causa de pérdida de la condición de personal estatutario fijo:
  - a) La jubilación.
  - b) La pérdida de la nacionalidad tomada en consideración para el nombramiento.
  - c) La sanción disciplinaria firme de separación del servicio.
  - d) El pase a la situación de excedencia voluntaria.
  
4. Según lo establecido en el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, señale cuál de las siguientes respuestas es falsa:
  - a) Toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.
  - b) El médico responsable del paciente no realizará indicación alguna que ayude al paciente a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
  - c) Tanto el médico responsable del paciente como los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial, deben garantizar el cumplimiento del derecho a la información.
  - d) La información asistencial, como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica.
  
5. Según las previsiones del artículo 28 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud:
  - a) En caso de pacientes menores de edad, no será escuchada su opinión en ningún caso.
  - b) Los menores de edad siempre prestarán su consentimiento a través de su representante legal.
  - c) En el caso de menores con 16 años cumplidos no será necesario en ningún caso informar a los padres.
  - d) En el caso de menores con 16 años cumplidos, y no incapaces o incapacitados, no cabe consentimiento por representación.

6. Según el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, el transporte sanitario urgente forma parte de la:
- a) Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, estando cubierto de forma completa por financiación pública.
  - b) Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud, estando sujeto a aportación del usuario.
  - c) Cartera común accesoria del Sistema Nacional de Salud, estando sujeto a reembolso por parte del usuario.
  - d) Cartera de servicios complementaria de la Comunidad Autónoma correspondiente.
7. La atención telefónica a través del centro coordinación de urgencias sanitarias, comprendida en la cartera de servicios comunes de la prestación de atención de urgencia, según el Real Decreto 1030/2006, de 15 de diciembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, incluye:
- a) La regulación médica de la demanda asistencial asignando la respuesta más adecuada a cada urgencia sanitaria y el transporte sanitario asistido y no asistido.
  - b) La regulación médica de la demanda asistencial asignando la respuesta más adecuada a cada urgencia sanitaria, la información y la orientación o consejo sanitario.
  - c) Solo la regulación médica de la demanda asistencial asignando la respuesta más adecuada a cada urgencia sanitaria.
  - d) La regulación médica de la demanda asistencial asignando la respuesta más adecuada a cada urgencia sanitaria y el transporte sanitario asistido.
8. La cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia, establecida en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de diciembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, se dispensa en:
- a) Centros sanitarios y fuera de ellos, durante las 24 horas del día.
  - b) Sólo fuera de centros sanitarios, durante las 24 horas de día.
  - c) Sólo en centros hospitalarios, durante las 24 horas del día.
  - d) Sólo en centros sanitarios y en los vehículos de transporte sanitario asistido.
9. Las manifestaciones de voluntad de una persona, sobre los cuidados y el tratamiento de salud, expresadas en el documento de instrucciones previas:
- a) Son expresión del principio de respeto de la autonomía del paciente y deben ser siempre aplicadas por el personal sanitario.
  - b) No serán aplicadas si son contrarias a la *lex artis*.
  - c) Son expresión del principio de respeto de la autonomía del paciente y deben ser siempre aplicadas por el personal sanitario en el ámbito hospitalario.
  - d) Podrán ser por escrito o verbales, por el representante designado por el paciente.

- 10.** De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el facultativo podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente sin necesidad de contar con su consentimiento informado cuando:
- a) Existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley y cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización.
  - b) Siempre que el médico responsable de la asistencia piense que el paciente no es capaz de tomar decisiones.
  - c) Exclusivamente cuando exista un riesgo para la salud pública.
  - d) Siempre.
- 11.** De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el consentimiento informado podrá ser revocado por el paciente:
- a) Nunca.
  - b) En cualquier momento.
  - c) Cuando no conste por escrito.
  - d) Solo cuando lo haya otorgado verbalmente.
- 12.** En el ámbito de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León, el secreto profesional es una obligación de:
- a) Sólo del personal sanitario.
  - b) Sólo del personal que presta sus servicios en la Unidades de Soporte Vital Avanzado de Emergencias.
  - c) Todas aquellas personas que tengan acceso por razón de sus funciones a información confidencial.
  - d) Sólo del personal que presta sus servicios en la Unidades de Soporte Vital Avanzado de Emergencias y en el Centro Coordinador de Urgencias.
- 13.** Según la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del estatuto jurídico del personal estatutario del servicio de salud de Castilla y León, la función más relevante del Médico de Urgencias y Emergencias en el Servicio de Salud de Castilla y León, es:
- a) El traslado del paciente al Hospital o Complejo Asistencial más adecuado.
  - b) Prestar asistencia sanitaria de urgencia a todos los pacientes que lo demanden, con los medios disponibles a su alcance, fuera del ámbito hospitalario, colaborando con el resto de los servicios sanitarios en la atención de urgencia.
  - c) La coordinación de los recursos sanitarios necesarios para la atención sanitaria y el traslado de los pacientes al Hospital o Complejo Asistencial.
  - d) La atención de todas las situaciones de emergencia ocasionadas por enfermedad o accidentes.

- 14.** Según la Resolución de 26 de julio de 1999 de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de Salud, por la que se crean los puestos de personal sanitario en los Centros Coordinadores de Urgencias y en las Unidades Móviles de Emergencias, el personal sanitario de emergencias podrá estar adscrito:
- a) Tanto al Centro Coordinador de Urgencias como a las Unidades Móviles de Emergencias.
  - b) Sólo al Centro Coordinador de Urgencias.
  - c) Sólo a las Unidades Móviles de Emergencias.
  - d) Preferentemente a las Unidades Móviles de Emergencias.
- 15.** El Sistema de Gestión de Calidad implantado por la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León:
- a) Cumple todos los requisitos de la Norma ISO 9001:2015
  - b) Cumple los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 sólo en los procedimientos clínico– asistenciales.
  - c) Cumple los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 sólo en los procedimientos de gestión.
  - d) No cumple ninguna Norma ISO.

## **PREGUNTAS PARTE ESPECÍFICA**

- 16.** En una intervención sanitaria que requiera el traslado del paciente en helicóptero sanitario, dentro del campo visual del piloto, se debe:
- a) Mirar de frente al helicóptero durante el aterrizaje o el despegue.
  - b) Aproximarse al helicóptero desde un lado o desde el frente.
  - c) Mantenerse cerca de la parte posterior del helicóptero.
  - d) Ir lo más erguido posible al aproximarse o alejarse del helicóptero.
- 17.** En la atención en vía pública:
- a) Si el equipo de emergencias sanitarias llega el primero, deberá esperar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para señalar de forma adecuada la zona.
  - b) En un accidente de tráfico, la ambulancia se colocará en el carril del suceso y en el sentido de la marcha.
  - c) En un accidente con mercancías peligrosas, la ambulancia se colocará a una distancia mínima de 20 metros del siniestro.
  - d) En un incendio, el equipo de emergencias sanitarias se aproximará a las víctimas en contra de la dirección del viento.
- 18.** ¿Cuál de las siguientes prestaciones no se encuentra en la carta de servicios de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León?
- a) Asistencia médica urgente en el ámbito extrahospitalario.
  - b) Asistencia sanitaria al peregrino del Camino de Santiago.
  - c) Dispositivos preventivos en actos privados con afluencia masiva de personas.
  - d) Gestión de los traslados secundarios o interhospitalarios.

**19.** Señale la respuesta falsa. Para dar una respuesta adecuada a una situación de emergencia sanitaria extrahospitalaria se necesita un sistema integrado que disponga de:

- a) Recursos de rescate.
- b) Sistema de recepción del mensaje de socorro continuo.
- c) Planes de actuación.
- d) Recursos sanitarios.

**20.** Señale la respuesta falsa. En el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCU)

- a) Los profesionales sanitarios del CCU son médicos, enfermeros y gestores sanitarios de recursos.
- b) Se proporciona atención sanitaria de emergencia.
- c) Si procede, se activa de manera inmediata los recursos sanitarios disponibles.
- d) Se colabora con Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

**21.** Dentro de las actividades que realiza el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCU), no se incluye:

- a) Archivo de las actuaciones de los recursos intervinientes.
- b) Gestión de las reclamaciones de los pacientes.
- c) Procesado de las llamadas sanitarias recibidas en el teléfono de emergencias.
- d) Activación de los recursos sanitarios intervinientes.

**22.** Señale la respuesta falsa:

- a) Los preavisos hospitalarios de las unidades asistenciales de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León (GES) se realizan a través del Centro Coordinador de Urgencias (CCU)
- b) El CCU podrá solicitar la movilización recursos de Atención Primaria, si las unidades asistenciales de la GES tienen un tiempo de respuesta mayor al tiempo de respuesta de Atención Primaria.
- c) Los incidentes en zonas limítrofes de comunidades autónomas los coordinarán las comunidades autónomas implicadas de forma alternante.
- d) Existe un procedimiento de transferencia de los pacientes desde los recursos de la GES al área de urgencias de los hospitales de Castilla y León.

**23.** La plataforma tecnológica para la gestión de incidentes del Centro Coordinador de Emergencias Sanitarias de Castilla y León (CCU) no cuenta con un aplicativo:

- a) Informático.
- b) Simulación.
- c) Grabación.
- d) Telecomunicaciones.

- 24.** El regulador sanitario del Centro Coordinador de Urgencias (CCU), una vez realizada la entrevista telefónica dará respuesta a la demanda sanitaria teniendo en cuenta el número de:
- a) Incidentes sanitarios que se están gestionando en el CCU, víctimas y el nivel de ocupación de los hospitales.
  - b) Víctimas, la localización geográfica del incidente y los recursos sanitarios disponibles.
  - c) Llamadas de alerta sanitaria recibidas en el CCU, los recursos sanitarios disponibles y la dispersión geográfica.
  - d) Incidentes sanitarios que se están gestionando en el CCU, los recursos sanitarios disponibles y el nivel de ocupación de los hospitales.
- 25.** ¿En cuál de estos casos clínicos procede activar el Código Ictus de Castilla y León a través del Centro Coordinador de Urgencias?:
- a) Paciente de 75 años con una neoplasia pulmonar estadio IV, que sufre un episodio de disartria de 2 horas de evolución.
  - b) Paciente de 83 años independiente para las actividades básicas de la vida diaria que sufre parestesias en miembro superior derecho y disartria de 15 minutos de evolución y que recupera progresivamente. En el transcurso de la exploración, el paciente está asintomático.
  - c) Paciente de 64 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, que sufre un episodio de disartria, asimetría facial y hemiparesia en hemicuerpo izquierdo de 3 horas de evolución.
  - d) Paciente de 72 años que sufre un episodio de 24 horas de evolución de diplopia e inestabilidad para la marcha de inicio brusco.
- 26.** Señale cual no es un criterio de exclusión para la activación del Código Ictus Extrahospitalario en Castilla y León:
- a) Patología en situación terminal.
  - b) Demencia grave.
  - c) Paciente en tratamiento con anticoagulantes orales.
  - d) Paciente con grave incapacidad por ictus previos.
- 27.** ¿Cuál de las siguientes fases no está definida en el Plan Territorial de Protección Civil de Castilla y León (PLANCAL)?
- a) Recuperación.
  - b) Emergencia.
  - c) Alerta.
  - d) Urgencia.

**28.** Señale la respuesta falsa. En relación al Puesto de Mando Avanzado (PMA) que forma parte de la estructura operativa del PLANCAL:

- a) Ejecutará las instrucciones de la Dirección del PLANCAL cuando éste sea activado.
- b) Según la naturaleza y la gravedad de la emergencia, la Dirección del PLANCAL podrá establecer y designar uno o varios PMA.
- c) Coordinará las actuaciones de los medios materiales y humanos que intervengan en el lugar de la emergencia.
- d) Declarará la activación del PLANCAL en el ámbito regional y sus diversas situaciones en la fase de Emergencia.

**29.** La gravedad de una lesión eléctrica no se determina por:

- a) El voltaje.
- b) La extensión.
- c) La corriente.
- d) La resistencia.

**30.** En un incendio:

- a) El equipo sanitario no utilizará máscaras de protección para evitar la inhalación de humo porque no son equipo de rescate.
- b) La causa principal de muerte son las lesiones térmicas.
- c) Para detectar niveles de carboxihemoglobina (CoHB) en el medio extrahospitalario utilizaremos el pulsioxímetro.
- d) El antídoto de la intoxicación aguda por gas cianuro es la hidroxicobalamina.

**31.** En la tercera noria de evacuación, los pacientes se trasladan:

- a) Entre hospitales.
- b) Desde el puesto de carga de ambulancias hasta su centro de destino.
- c) Desde el área de salvamento hasta el nido de heridos.
- d) Dentro del área de socorro.

**32.** En siniestros (Nuclear-Radiológico-Biológico-Químico) NRBQ:

- a) Los uniformes de alta visibilidad no se incluyen dentro de los EPI (Equipo de Protección Individual)
- b) Los guantes deben ser de categoría 3 para tener protección biológica y química.
- c) Al utilizar un EPI no es necesario comprobar su estado de conservación.
- d) Los equipos de respiración autónoma son de uso ilimitado.

- 33.** Al llegar el primer equipo de emergencias sanitarias a un incidente intencionado con víctimas en masa, lo primero que debe realizar es:
- a) Proporcionar asistencia médica de emergencia.
  - b) Evaluación general de la escena.
  - c) Sectorización del escenario.
  - d) Comunicar con el Centro Coordinador de Urgencias para solicitar recursos sanitarios.
- 34.** En un incidente intencionado con víctimas en masa por agentes nerviosos, el tratamiento específico no incluirá:
- a) Atropina.
  - b) Lidocaína.
  - c) Cloruro de pralidoxima.
  - d) Benzodiacepinas.
- 35.** La sustancia biológica conocida más venenosa es toxina:
- a) Tetánica.
  - b) Clostridium difficile.
  - c) Diftérica.
  - d) Botulínica.
- 36.** Señale la respuesta falsa. Si trasladamos al hospital un caso en investigación o confirmado de enfermedad por virus del ébola:
- a) El número de personas y el tiempo de contacto con el paciente será el mínimo posible.
  - b) Es necesario disponer de un registro de las personas que hayan estado en contacto con el paciente.
  - c) Una vez finalizado el traslado se procede a la desinfección de la ambulancia y a la gestión de los residuos sanitarios producidos.
  - d) El vehículo habilitado para el traslado tendrá la cabina del conductor separada físicamente de la parte asistencial, pero con la ventana de separación entre ambas abierta.
- 37.** Tras la recuperación de la situación de parada cardiorrespiratoria uno de los objetivos terapéuticos que se debe perseguir es:
- a) Saturación de oxígeno entre 94-98%.
  - b) Temperatura mayor de 36°C.
  - c) Glucemia entre 60-200 mg/dl.
  - d) Frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm



**38.** En relación con el uso del desfibrilador externo automático (DEA) y del desfibrilador externo semiautomático (DESA):

- a) En caso de que haya dos reanimadores, los parches del DEA o DESA se colocarán sobre el pecho del paciente interrumpiendo las compresiones torácicas.
- b) El personal del Centro Coordinador de Urgencias juega un papel importante en el diagnóstico precoz de la parada cardíaca y, en proporcionar al alertante las instrucciones de reanimación y de localización de un DEA o DESA.
- c) Después de una descarga del DEA o DESA se comprueba pulso o signos de circulación espontánea y, si es necesario, el DEA o DESA realizará otra descarga.
- d) Los DEA o DESA reevalúan el ritmo cada tres minutos sin necesidad de que los reanimadores interrumpan las compresiones torácicas.

**39.** En relación con el soporte vital básico y avanzado del lactante:

- a) La desfibrilación se inicia a razón de 4 julios/kg.
- b) Se comprueba el pulso en la arteria braquial durante un máximo de 15 segundos.
- c) Si está inconsciente, eupneico y una frecuencia cardíaca de 50 lpm se le coloca en posición lateral de seguridad.
- d) La maniobra de Heimlich está contraindicada.

**40.** Señale la respuesta falsa. En el manejo de la vía aérea y la optimización de la ventilación en el soporte vital avanzado pediátrico:

- a) Para aspirar, lo haremos a presiones entre 100-140 mmHg durante 2 segundos.
- b) Para elegir el tamaño adecuado de tubo sin neumotapón aplicaremos la fórmula  $4 + \text{edad}/4$ .
- c) Aplicaremos un volumen corriente  $< 10 \text{ ml/kg}$ .
- d) Si el capnógrafo registra  $\text{CO}_2$  espirado  $> 15 \text{ mmHg}$  estamos haciendo una buena RCP.

**41.** En relación con el shock:

- a) En el medio extrahospitalario, son precisos tres criterios positivos de la escala qSOFA para diagnosticar sepsis.
- b) Un índice de shock  $> 0,8$  es mejor indicador de shock que otros parámetros de manera aislada.
- c) En el shock ya establecido la diuresis es  $> 35 \text{ ml/h}$ .
- d) Una presión arterial normal descarta que el paciente está en shock.

**42.** En el empleo de fármacos en el shock:

- a) Si  $\text{pH} < 7,20$  se administra el 50% del déficit calculado de bicarbonato.
- b) Para tratar el dolor, se administrarán siempre analgésicos opiáceos.
- c) La dopamina es de elección en el shock séptico.
- d) La dobutamina está indicada si la TAS  $< 80 \text{ mmHg}$ .

**43.** Señale cuál de las siguientes correlaciones entre síntomas y patología, es falsa:

- a) Disociación de pulsos // Disección aórtica.
- b) Dolor coronario que mejora en decúbito prono // Pericarditis aguda.
- c) Pulso paradójico // Derrame pericárdico.
- d) Triada de Beck // Pericarditis aguda.

**44.** Señale la respuesta falsa. En un cuadro de dolor torácico:

- a) La anamnesis detallada es fundamental para orientar un dolor torácico.
- b) Las troponinas elevadas son diagnósticas de síndrome coronario agudo.
- c) Un dímero-D normal excluye el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar.
- d) Podemos encontrar acidosis metabólica en el infarto agudo de miocardio.

**45.** En el tratamiento de las patologías que originan dolor torácico:

- a) Los corticoides son fármacos de primera elección en las pericarditis agudas.
- b) Los vasodilatadores son útiles en el taponamiento cardíaco.
- c) Los AINES mejoran el pronóstico de las miocarditis.
- d) En una disección aórtica, es de elección el labetalol.

**46.** En la atención a un paciente con Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) no está indicado administrar:

- a) Meperidina como analgésico en el infarto agudo de miocardio (IAM) inferior.
- b) Nitroglicerina como anti-isquémico en el IAM del ventrículo derecho.
- c) Ácido Acetilsalicílico (AAS) como antiagregante en cualquier Síndrome Coronario Agudo (SCA)
- d) Enoxaparina como anticoagulante en el SCASEST si se prevé una Intervención Coronaria Percutánea (ICP) en menos de 120 minutos.

**47.** Señale la respuesta falsa. En la atención del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) - Código Infarto- en Castilla y León:

- a) Pacientes con IAMCEST de más de 12 horas de evolución son candidatos a Intervención Coronaria Percutánea primaria (ICPp).
- b) Pacientes con IAMCEST de menos de 12 horas de evolución y posibilidad de ICPp no antes de 120 minutos son candidatos a fibrinólisis.
- c) Pacientes con IAMCEST en los que persiste la elevación del segmento ST 30 minutos después de la fibrinólisis son candidatos a ICP de rescate.
- d) La estrategia de elección para cualquier paciente con IAMCEST es la ICPp en menos de 120 minutos.

**48.** Señale la respuesta falsa. En la Insuficiencia Cardiaca (IC):

- a) La IC derecha da síntomas de hipoperfusión tisular y congestión pulmonar.
- b) Las sobrecargas ventriculares, de presión o de volumen, constituyen una causa etiológica.
- c) Un paciente en clase funcional de la NYHA III presenta limitaciones marcadas para sus actividades habituales.
- d) La IC puede manifestarse de forma aguda.

**49.** En el tratamiento farmacológico de la Insuficiencia Cardiaca (IC), señale la respuesta falsa:

- a) Los IECA son los fármacos de primera elección.
- b) Los betabloqueantes se administran en pacientes hemodinámicamente estables.
- c) El diurético de elección en agudizaciones es la furosemida.
- d) La digoxina está contraindicada en la miocardiopatía dilatada.

**50.** En relación con el paro sinusal:

- a) Puede deberse a hipopotasemia.
- b) En el electrocardiograma el intervalo PP que incluye la pausa es múltiplo del intervalo PP del ritmo de base.
- c) Puede ser secundario a tratamiento con verapamilo.
- d) Se debe tratar si aparecen pausas de más de 3 segundos.

**51.** Señale la respuesta falsa. En las arritmias ventriculares:

- a) Las extrasístoles ventriculares en pacientes sin cardiopatía estructural no requieren tratamiento.
- b) El ritmo de escape ventricular con ondas P sin relación con los complejos QRS, se trata con atropina.
- c) El ritmo idioventricular acelerado en el contexto de un infarto agudo de miocardio es signo de buen pronóstico y no suele precisar tratamiento.
- d) Para tratar la taquicardia ventricular helicoidal estable hemodinámicamente, se corrige la causa y se administra sulfato de magnesio.

**52.** Entre las medidas generales del tratamiento de la emergencia hipertensiva, no se encuentra:

- a) Monitorización continua del paciente.
- b) Canalizar una vía venosa periférica, e infundir suero salino fisiológico.
- c) Sondar al paciente para hacer un adecuado control de diuresis.
- d) Aplicar el tratamiento que precise el tipo de emergencia hipertensiva.

**53.** Señale la respuesta falsa. En el tratamiento específico de la emergencia hipertensiva:

- a) Labetalol, es el tratamiento de elección de la eclampsia.
- b) Nitroglicerina, es el tratamiento de elección del Edema agudo de pulmón.
- c) Nitroprusiato, es el tratamiento de elección de la Encefalopatía Hipertensiva.
- d) Hidralazina es el tratamiento de elección de la Disección Aórtica.

**54.** ¿Cuál de las siguientes asociaciones para diagnóstico etiológico clínico del síncope es errónea?

- a) En una posición especial // mixoma auricular.
- b) Deglución dolorosa // neuralgia del glosofaríngeo.
- c) Duración prolongada // estenosis aórtica.
- d) Después de un esfuerzo // cardiopatía obstructiva.

**55.** En relación al síncope:

- a) El objetivo diagnóstico en emergencias sanitarias es identificar los síncope de alto riesgo.
- b) Los pacientes que sufren el denominado presíncope son de bajo riesgo.
- c) El electrocardiograma sólo debe realizarse en los síncope cardiológicos.
- d) El síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo sólo es subsidiario de medidas preventivas.

**56.** El tratamiento de los pacientes con isquemia arterial aguda, no incluye:

- a) Canalización de vía venosa periférica e infusión suero glucosalino.
- b) Analgesia.
- c) Reposo de la extremidad con discreta elevación y almohadillado de los puntos de apoyo.
- d) Tratamiento etiológico simultáneo.

**57.** Entre las causas más frecuentes de disnea aguda, no figura:

- a) Volet costal.
- b) Derrame pleural.
- c) Crisis de ansiedad.
- d) Alcalosis metabólica.

**58.** Entre las enfermedades que provocan disnea e inestabilidad hemodinámica, no está incluida:

- a) Edema agudo de pulmón.
- b) Tromboembolismo pulmonar.
- c) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- d) Volet costal.

**59.** Ante una persona que se echa la mano al cuello y empieza a toser, se debe:

- a) Darle golpes en la espalda
- b) Activar el servicio de emergencias médicas
- c) Practicar la maniobra de Heimlich
- d) Animarle a toser con fuerza

- 60.** Señale la respuesta falsa. En la atención de una obstrucción de la vía aérea pediátrica cuando solo hay un reanimador:
- a) En niños mayores de un 1 año con tos ineficaz, se hará la maniobra de Heimlich
  - b) En los menores de 1 año, se alternan 5 palmadas interescapulares con 5 compresiones torácicas.
  - c) Si el niño queda inconsciente, se practica reanimación cardiopulmonar (RCP) durante 2 minutos y luego activar el servicio de emergencias.
  - d) Intentar extraer el cuerpo extraño faríngeo, en el momento que queda inconsciente.
- 61.** En la crisis asmática, no es un signo de gravedad extrema y posible parada cardiorrespiratoria (PCR):
- a) Tórax silente.
  - b) Taquicardia extrema e hipotensión.
  - c) Cianosis.
  - d) Alteración del nivel de consciencia.
- 62.** Señale la respuesta falsa. En la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC):
- a) La causa más frecuente de agudización es la infección.
  - b) Hay que hacer diagnóstico diferencial con el tromboembolismo pulmonar.
  - c) La somnolencia es criterio de gravedad.
  - d) Los pacientes mayores de 65 años requieren asistencia hospitalaria en la agudización.
- 63.** En un paciente con reagudización de su EPOC presenta un pH < 7,30; una Pa CO<sub>2</sub> > 50 y una frecuencia respiratoria de 30. Señale cuál es el tratamiento más adecuado:
- a) Administraremos O<sub>2</sub> con mascarilla tipo Venturi al 50% y agonistas betaadrenérgicos, anticolinérgicos y corticoides.
  - b) Es candidato a ventilación mecánica no invasiva, con un ventilador de presión en modo BIPAP.
  - c) Es candidato a ventilación invasiva, valorando la limitación de techo terapéutico y sus voluntades anticipadas.
  - d) Es candidato a ventilación mecánica no invasiva con un ventilador de presión en modo CPAP.
- 64.** El médico de emergencias sanitarias acude a un domicilio para valorar a un paciente con leve disnea, sin más síntomas. Si, tras la anamnesis y la exploración, concluye que hay una alta probabilidad de que el paciente presente un tromboembolismo pulmonar, la primera actuación es:
- a) Fibrinólisis extrahospitalaria.
  - b) Oxígeno si no tiene Sat O<sub>2</sub> > 90%.
  - c) Ácido Acetilsalicílico, 300mg V.O.
  - d) Intubación por previsión de deterioro de la ventilación.

- 65.** El médico de emergencias sanitarias acude a valorar a un paciente con disnea que refiere antecedente de trombosis en miembro inferior izquierdo. Presenta buen aspecto, presión arterial normal, Sat O<sub>2</sub> de 88%, frecuencia cardiaca de 104 lpm, frecuencia respiratoria de 32 rpm. Se observa enrojecimiento y dolor en pantorrilla izquierda. Realiza un electrocardiograma (ECG), en el que se observa taquicardia sinusal con cambios inespecíficos en la onda T. El tratamiento de elección es:
- a) Fibrinólisis.
  - b) Tratamiento inotropeo.
  - c) Calcioantagonista.
  - d) Oxígeno en gafas nasales.
- 66.** El médico de emergencias sanitarias acude a valorar a un paciente con cuadro de incapacidad para la marcha, debilidad de brazo derecho e incapacidad para hablar correctamente. La familia refiere como antecedente "arritmias que nunca se trataron". La primera medida a tomar es:
- a) Realizar un ECG al paciente, verificar la presencia de la arritmia y tratarla.
  - b) Traslado del paciente en Trendelenburg.
  - c) Suero glucosado en bolos.
  - d) Garantizar permeabilidad de vía aérea y valorar oxigenación.
- 67.** El médico de emergencias sanitarias acude a valorar a una paciente de 70 años, sin deterioro cognitivo previo. Ha presentado una crisis de dolor que ha sido tratada con tramadol a dosis altas en los días previos. Ahora presenta una alteración en la atención y la consciencia, de aparición brusca, habla con lenguaje incomprensible y la familia no refiere antecedente de traumatismo. La actitud terapéutica inicial debe ser:
- a) Aplicación de oxígeno con mascarilla reservorio.
  - b) Levofloxacino, por sospecha de infección respiratoria.
  - c) Flumazenilo en bolo.
  - d) Revisar el tratamiento del paciente y retirada de tramadol.
- 68.** De entre las siguientes situaciones clínicas, ¿Cuál es desencadenante de un síndrome confusional agudo?:
- a) Hipertensión en tratamiento con IECA, con control analítico adecuado.
  - b) Dislipemia en tratamiento dietético únicamente.
  - c) Anemia perniciosa en tratamiento con Vit. B12.
  - d) Hipotiroidismo con corrección de dosis de levotiroxina en días previos.

- 69.** El médico de emergencias sanitarias acude a valorar a un paciente consumidor de grandes dosis de alprazolam. Presenta un importante estado de agitación tras haber consumido el que tenía disponible y no haber obtenido más. Refiere ideación delirante y agresividad. El tratamiento de elección es:
- a) Disulfiram.
  - b) Clormetiazol.
  - c) Abstención farmacológica, sólo sueroterapia.
  - d) Midazolam.
- 70.** El tratamiento inicial de un paciente diabético en coma hipoglucémico, con una Escala de Coma de Glasgow (GCS) = 9, debe ser:
- a) Traslado inmediato a un hospital para realización de gasometría venosa.
  - b) Intubación orotraqueal preventiva.
  - c) Administrar glucosa hipertónica.
  - d) Administrar naloxona en bolos de 0,4 mg.
- 71.** El tratamiento con naloxona en un paciente en coma, está indicado en:
- a) Sobredosificación de antidepresivos tricíclicos.
  - b) Traumatismo craneoencefálico grave.
  - c) Crisis comicial tras administrar clorpromazina.
  - d) Sospecha de intoxicación con opiáceos.
- 72.** En la valoración y tratamiento de un paciente que ha sufrido una primera crisis epiléptica, en estado postcrítico y que evoluciona hacia la normalidad clínica, no debe incluirse:
- a) Tratamiento con clonazepam.
  - b) Glucemia capilar.
  - c) Tratamiento con oxígeno si Sat O<sub>2</sub> < 92%.
  - d) Canalizar vía venosa periférica, con suero salino de mantenimiento.
- 73.** El médico de emergencias sanitarias acude a valorar a un paciente con diagnóstico de epilepsia. A la exploración el paciente está proscrito, con presión arterial de TAS 125/TAD 74 mmHg, temperatura de 37,2° C, frecuencia cardiaca de 86 lpm, Sat O<sub>2</sub> del 84%, glucemia de 122 mg/dl. La primera medida es:
- a) Glucosa hipertónica.
  - b) Sedoanalgesia, relajación e intubación.
  - c) Asegurar la vía aérea y administrar oxígeno con mascarilla hasta conseguir Sat O<sub>2</sub> > 92%
  - d) Paracetamol I.V. para evitar hipertermia.

**74.** El vértigo central se caracteriza por presentar:

- a) Cortejo vegetativo intenso.
- b) Nistagmo horizontal.
- c) Romberg hacia la lesión.
- d) Focalidad.

**75.** El tratamiento de inicio de un vértigo paroxístico posicional benigno incluye:

- a) Diltiazem
- b) Sulpirida
- c) Propanolol
- d) Somatostatina

**76.** El médico de emergencias sanitarias acude a valorar a un paciente con una crisis miasténica. La primera medida de control a tomar es:

- a) Los parámetros respiratorios.
- b) La presión arterial.
- c) Las discinesias.
- d) La agitación.

**77.** En un paciente con miastenia grave, el dato determinante para que sea considerado como crisis es:

- a) Necesidad de soporte ventilatorio.
- b) Temperatura por encima de 40º C.
- c) Presencia de crisis hipertensiva.
- d) Necesidad de pauta de betabloqueantes.

**78.** El médico de emergencias sanitarias acude a valorar a un paciente joven, sin antecedentes previos conocidos. Presenta alteración del estado de consciencia y dolor abdominal, vómitos y anorexia. En el interrogatorio evidencia poliuria, polidipsia y polifagia. Dispone de equipo para analítica básica in situ, y objetiva un pH de 7,28, glucemia de 322 mg/dl y cetonemia positiva. El diagnóstico correcto es:

- a) Tirotoxicosis grave.
- b) Coma hiperosmolar no cetósico.
- c) Crisis addisoniana.
- d) Cetoacidosis diabética.

**79.** El tratamiento de un paciente con un cuadro de cetoacidosis diabética, debe incluir:

- a) Glucagón.
- b) Calcio.
- c) Antibioterapia de amplio espectro.
- d) Solución salina fisiológica e insulina.



- 80.** El médico de emergencias sanitarias acude a valorar a un paciente con antecedente de hipertiroidismo en estudio. Presenta una clínica de agitación, taquicardia, temperatura de 39º C, y en el interrogatorio clínico objetiva polaquiuria y disuria. Si sospecha una crisis tirotóxica, que actuación no está indicada:
- a) Administrar digoxina.
  - b) Infundir suero fisiológico.
  - c) Administrar oxígeno, si se precisa.
  - d) Tratar la hipertermia con paracetamol I.V.
- 81.** Un paciente con diagnóstico de hipertiroidismo, no debe ser tratado con:
- a) Atenolol.
  - b) Flecainida.
  - c) Verapamilo.
  - d) Amiodarona.
- 82.** El médico de emergencias sanitarias acude a valorar a un paciente con un cuadro de diarrea y vómitos de 12 horas de evolución. El paciente presenta deterioro del nivel de consciencia, sequedad cutaneomucosa e hipotensión. La primera medida terapéutica es:
- a) Oxígeno en mascarilla reservorio.
  - b) Sondaje vesical para control de diuresis.
  - c) Toma de muestra para hemocultivo y urocultivo.
  - d) Canalizar vía venosa periférica y administrar sueroterapia.
- 83.** Un paciente, con antecedente de insuficiencia renal, presenta malestar y debilidad muscular. Al realizar un electrocardiograma (ECG) se objetivan ondas T picudas y simétricas, con acortamiento del intervalo QTc y descenso del segmento ST. Estos datos clínicos y diagnósticos indican que el paciente presenta:
- a) Hipernatremia.
  - b) Hiperpotasemia.
  - c) Hipermagnesemia.
  - d) Intoxicación por benzodiazepinas.
- 84.** En el dolor abdominal, es un signo de inestabilidad hemodinámica:
- a) Normotermia.
  - b) Pulsos periféricos palpables y simétricos.
  - c) Silencio abdominal.
  - d) Frecuencia cardíaca de 86 Imp.

- 85.** El médico de emergencias sanitarias acude a valorar a un paciente con rectorragia. A la llegada, se evidencia el carácter autolimitado del cuadro. El paciente tiene historia antigua de hemorroides internas. No hay inestabilidad hemodinámica, y el tacto rectal no confirma restos hemáticos. La actitud terapéutica más correcta es:
- a) Canalizar vía, sueroterapia con vitamina K y traslado en Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA).
  - b) Canalizar vía, sueroterapia, somatostatina I.V., y traslado en USVA.
  - c) Alta in situ y valoración por médico de familia
  - d) Contactar con Servicio de Digestivo y valorar endoscopia urgente, durante traslado en USVA.
- 86.** El médico de emergencias sanitarias acude a valorar a un paciente que presenta un cuadro de vómitos de sangre. A la llegada observa presencia de sangre y coágulos en el recipiente en el que ha vomitado el paciente. En su historia consta cirrosis hepática. La actitud terapéutica más correcta es:
- a) Enema de limpieza y tacto rectal.
  - b) Vía periférica, antiemético, somatostatina I.V., pantoprazol I.V. y traslado en Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA) al hospital.
  - c) Betabloqueante I.V. y valorar respuesta.
  - d) Vía periférica, metoclopramida I.V. y traslado en Unidad de Soporte Vital Básico (USVB) al hospital.
- 87.** Señale la respuesta falsa. En la Insuficiencia Hepática Aguda en el contexto de una intoxicación grave por Amanita Phalloides y especies relacionadas:
- a) La insuficiencia hepática aguda suele aparecer a las 48-72 horas del comienzo del cuadro coleriforme.
  - b) Debe administrarse precozmente Carbón Activado en dosis de 1 g/Kg en dosis repetidas.
  - c) Son útiles los espasmolíticos y antidiarreicos para tratar los síntomas gastrointestinales.
  - d) Está indicada la administración de N-Acetil cisteína en una dosis inicial son 150 mg/Kg diluidos en 150 ml de solución glucosada al 5%, en 30 minutos.
- 88.** Ante un paciente con Encefalopatía Hepática en grado III, en las medidas generales de tratamiento no se incluye:
- a) Ventilación mecánica invasiva previa sedación en paciente consciente.
  - b) Asegurar una vía permeable y administrar oxígeno con mascarilla tipo Venturi con FiO2 al 24 %.
  - c) Monitorización de la Presión arterial, Frecuencia cardíaca y diuresis.
  - d) Canalización de vía venosa e infusión de solución glucosada al 10% para prevenir la hipoglucemia, alternando con solución salina fisiológica.

- 89.** El tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) es una causa frecuente de insuficiencia renal aguda de tipo:
- a) Prerenal
  - b) Parenquimatosa
  - c) Postrenal
  - d) Intrarrenal
- 90.** El síntoma más frecuente del síndrome nefrítico agudo es:
- a) Hematuria macroscópica.
  - b) Proteinuria.
  - c) Edemas.
  - d) Hipertensión arterial.
- 91.** Señale la respuesta falsa. Respecto de la prostatitis bacteriana:
- a) El masaje prostático está contraindicado.
  - b) La radiografía simple de abdomen es innecesaria en los episodios agudos.
  - c) Si se acompaña de retención de orina debe realizarse sondaje uretral.
  - d) Su etiología más frecuente es la infección por E. coli.
- 92.** ¿Cuál de los siguientes tratamientos no es efectivo en la urticaria aguda?:
- a) Antihistamínicos anti-H1 de primera generación.
  - b) Antihistamínicos anti-H1 de segunda generación.
  - c) Corticoides tópicos.
  - d) Adrenalina vía I.M.
- 93.** El síncope vasovagal y la reacción anafiláctica comparten como síntoma común:
- a) Taquicardia.
  - b) Urticaria.
  - c) Rubefacción.
  - d) Hipotensión arterial.
- 94.** La causa más frecuente de síndrome meníngeo agudo no infeccioso es:
- a) Sarcoidosis.
  - b) Neoplasias primarias y metastásicas.
  - c) Hemorragia subaracnoidea.
  - d) Meningitis química y por fármacos.

95. Cuál de las siguientes patologías causantes de ojo rojo, no cursa con afectación de la visión:
- a) Queratitis.
  - b) Iridociclitis.
  - c) Epiescleritis.
  - d) Glaucoma agudo.
96. De los siguientes trastornos que originan una pérdida brusca de la visión ¿Cuál se considera una emergencia y requiere una atención inmediata?:
- a) Neuritis óptica arterítica.
  - b) Oclusión arterial retiniana.
  - c) Hemorragia vítrea.
  - d) Obstrucción venosa retiniana.
97. El lavado ótico mediante jeringa con agua tibia o solución salina para la extracción de un cuerpo extraño en el oído, está indicado en caso de:
- a) Perforación del tímpano.
  - b) Cuando el cuerpo extraño ocupe totalmente el conducto.
  - c) Para la extracción de semillas.
  - d) Para la extracción de un insecto.
98. ¿Cuál de los siguientes fármacos, no produce interacciones farmacológicas graves con los dicumarínicos?
- a) Sulfamidas.
  - b) Alopurinol.
  - c) Pantoprazol.
  - d) Amitriptilina.
99. Ante la sospecha de hemorragia en un paciente diagnosticado de Hemofilia A, debe instaurarse tratamiento con la infusión de preparados del Factor VIII y además pueden emplearse los antifibrinolíticos sintéticos como el ácido tranexámico en todos los casos, excepto:
- a) Hematuria.
  - b) Heridas muy profundas.
  - c) Hemorragias genitales.
  - d) Traumatismo Cráneo-Encefálico.

**100.** El Estatus epiléptico infantil se clasifica en cuatro etapas en función de la duración del episodio tónico-clónico. La duración de 30-60 minutos ¿a qué etapa corresponde?

- a) Precoz.
- b) Establecido.
- c) Refractario.
- d) Maligno.

**101.** Señale la respuesta falsa. En relación con la administración de adrenalina en el tratamiento de la anafilaxia en pediatría:

- a) Presenta un inicio de acción rápido, actuando a nivel circulatorio y respiratorio y suprimiendo los mediadores de histamina.
- b) Se debe administrar por vía subcutánea de forma preferente a la intramuscular.
- c) La dosis es de 0,01 mg/Kg en bolo, hasta un máximo de 0,5 ml, pudiendo repetirse la dosis.
- d) No existen contraindicaciones absolutas para la administración de adrenalina.

**102.** En los cinco primeros minutos de manejo inicial de paciente infantil con sospecha clínica de sepsis, no está indicado:

- a) Iniciar antibioticoterapia empírica
- b) Administrar oxígeno al 100 %
- c) Canalización de dos vías venosas periféricas y si no se logra, acceso intraóseo
- d) Protección individual del personal sanitario

**103.** No es un criterio de preeclampsia grave

- a) Trombocitosis > 300.000/ $\mu$ l.
- b) Proteinuria mayor de 5 gr. en orina de 24 horas.
- c) Transaminasas elevadas más del doble de lo normal.
- d) Edema agudo de pulmón o cianosis.

**104.** Un paciente agitado que presenta disminución del nivel de alerta, desorientación temporoespacial, alucinaciones visuales y delirio ocupacional, nos orienta hacia un trastorno cuyo origen es:

- a) Psicótico- psiquiátrico
- b) Orgánico
- c) Mixto
- d) Tóxico - drogas

**105.** Señale la respuesta falsa. La contención mecánica en un paciente agitado:

- a) Debe realizarse por cinco personas con experiencia y formación necesarias.
- b) La posición de contención ideal es la de decúbito prono.
- c) Es preciso informar al paciente previamente de por qué tiene que llevarse a cabo.
- d) Debe evitarse en el paciente con agitación aguda por drogas simpaticomiméticas.

**106.** En la medicación utilizada para la contención farmacológica:

- a) Se deben administrar como primera elección los neurolépticos cuando predominan los síntomas psicóticos.
- b) Si no se sospecha patología orgánica, las benzodiazepinas están contraindicadas.
- c) En una agitación mixta por consumo de tóxicos deben usarse neurolépticos, debido a los efectos secundarios de las benzodiazepinas
- d) Las benzodiazepinas se deben utilizar con precaución en pacientes con cardiopatías.

**107.** En la escala Revised Trauma Score (TRS) para determinar la gravedad de un traumatismo, no se tiene en cuenta:

- a) Presión arterial sistólica.
- b) Escala de Coma de Glasgow.
- c) Saturación de Oxígeno.
- d) Frecuencia respiratoria.

**108.** En relación a las técnicas de inmovilización y movilización del paciente con trauma grave:

- a) En caso de peligro evidente o cuando el paciente requiere maniobras de soporte vital inmediato se puede emplear la maniobra de Reutek.
- b) El traslado del paciente en la camilla de la ambulancia al hospital puede realizarse en la camilla de cuchara.
- c) Para limitar los movimientos de flexo-extensión de la cabeza se colocará la “Dama de Elche” o inmovilizador de cabeza.
- d) Desde el lugar del suceso hasta la camilla de traslado se puede movilizar el paciente en decúbito supino con el colchón de vacío.

**109.** Señale la respuesta falsa. Respecto al tratamiento del shock hipovolémico en el trauma grave:

- a) El uso de Ringer lactato favorece el edema cerebral al aportar agua libre.
- b) En el traumatismo craneoencefálico (TCE) es preferible la utilización de solución salina fisiológica.
- c) La administración precoz de ácido tranexámico ha demostrado una mejora de la supervivencia en dosis de 2 gr. en 10 min.
- d) La sospecha de fractura pélvica exanguinante es una indicación para la colocación de un cinturón pélvico externo.

**110.** Señale la respuesta falsa. Respecto a la Escala de Coma de Glasgow modificada en 2014:

- a) Se recomienda estimular la uña distalmente en lugar de proximalmente.
- b) La estimulación frotando los nudillos sobre la región esternal no está recomendada.
- c) Se recomienda como zona de estímulo la presión detrás de la mandíbula.
- d) El término “apertura de ojos a la presión” ha sustituido a la “apertura al dolor”.

**111.** En relación al paciente con traumatismo craneoencefálico (TCE) en el ámbito extrahospitalario, no es un signo de hernia encefálica:

- a) Postura en extensión.
- b) Ausencia de respuesta a la exploración motora.
- c) Pupilas simétricas mióticas.
- d) Deterioro neurológico progresivo.

**112.** Señale la respuesta falsa. En la exploración de los traumatismos maxilofaciales:

- a) En la exploración de la cara de perfil, se observa la existencia de aplanamiento de la cara (fracturas de Lefort II y III o malares).
- b) El signo de Battle es la sufusión hemorrágica en la zona mastoidea.
- c) La presencia de sangre o líquido cefalorraquídeo en el conducto auditivo externo indica fractura de la fosa craneal posterior.
- d) Puede detectarse anestesia labio-mentoniana por lesión del nervio dentario inferior en las fracturas mandibulares.

**113.** Señale la respuesta falsa. En los traumatismos oftálmicos:

- a) La fractura de la pared interna de la órbita puede causar enfisema subcutáneo.
- b) En las lesiones del suelo orbitario puede verse afectada la motilidad ocular.
- c) Las lesiones del vértice de la órbita pueden afectar gravemente la visión por lesión del nervio óptico.
- d) Ante una herida abierta del globo ocular, se aplicará pomada oftálmica antibiótica.

**114.** Señale la respuesta falsa. En relación al traumatismo torácico:

- a) Las fracturas costales son las lesiones más frecuentes.
- b) En las fracturas esternales se debe monitorizar al paciente.
- c) En la contusión pulmonar puede aparecer disminución del murmullo vesicular.
- d) La rotura diafragmática es más frecuente en el lado derecho.

**115.** Una paciente de 25 años sufre un accidente de coche a gran velocidad, durante la exploración detectamos: hipotensión arterial sistólica, ingurgitación venosa yugular y tonos cardiacos apagados. Estos síntomas indican que la paciente presenta:

- a) Fractura esternal.
- b) Taponamiento cardiaco.
- c) Volet costal.
- d) Neumotórax a tensión.

**116.** En relación al estudio ecográfico FAST en el traumatismo abdominal:

- a) Interfiere en la reanimación.
- b) Su utilidad se ve comprometida en los pacientes con obesidad.
- c) Permite diferenciar entre sangre y otros líquidos.
- d) La exploración negativa por FAST descarta la presencia de una lesión.

**117.** Señale la respuesta falsa. En el tratamiento del shock hemorrágico por traumatismo abdominal:

- a) En ausencia de Traumatismo craneoencefálico (TCE), la presión arterial objetivo es de TAS 80 a 90 mmHg.
- b) En los pacientes con sospecha de hemorragia intraabdominal y TCE, se mantiene la presión arterial sistólica en un mínimo de 90 mmHg.
- c) Se administrará precozmente ácido tranexámico intravenoso en dosis de 1 gr. en 10 minutos.
- d) La solución salina fisiológica es el cristaloiide de elección excepto cuando coexiste un TCE.

**118.** No es un signo de alerta de lesión medular:

- a) Priapismo.
- b) Hipertensión arterial.
- c) Íleo paralítico, dilatación gástrica aguda, retención urinaria aguda o incontinencia vesical.
- d) Déficit motor y sensitivo (parálisis flácida y arreflexia) con nivel lesional.

**119.** Al realizar la exploración sensitiva de un paciente con posible lesión medular, se objetiva una función sensitiva normal a nivel de la línea intermamilar, pero no por debajo. Esto indica un nivel sensitivo en:

- a) C7
- b) C8
- c) D4
- d) D8

**120.** En la lesión medular aguda traumática, no está indicado:

- a) Monitorizar al paciente: Presión Arterial, ECG, Pulsioximetría y Temperatura.
- b) Valorar intubación endotraqueal si se sospecha la presencia de lesión medular alta (C4) con afectación de la función respiratoria.
- c) Canalizar 1 o 2 vías venosas periféricas de grueso calibre e iniciar fluidoterapia en función de la situación hemodinámica del paciente.
- d) Administrar dosis altas de metilprednisolona de forma generalizada.

**121.** ¿Cuál de las siguientes se considera una fractura funcional (prioridad II)?:

- a) Fractura de pelvis.
- b) Luxación de rodilla.
- c) Fractura bilateral de fémur.
- d) Fractura de húmero.



**122.** Señale la respuesta falsa. En la fractura de pelvis:

- a) La exploración del anillo pelviano debe realizarse mediante compresión fuerte anteroposterior sobre las espinas ilíacas anterosuperiores y la sínfisis del pubis.
- b) Produce hematoma perineal y genital a las 24-48 horas del traumatismo.
- c) En el medio extrahospitalario, puede utilizarse el cinturón pélvico.
- d) Puede originar shock hipovolémico.

**123.** En un paciente con una herida en una extremidad con hemorragia intensa ¿cuál sería el primer paso a realizar?:

- a) Vendaje compresivo.
- b) Torniquete.
- c) Compresión directa manual.
- d) Uso de agentes hemostáticos.

**124.** El médico de emergencias sanitarias acude a valorar un paciente que presenta un shock hipovolémico por una herida de bala, sin trauma craneoencefálico. ¿Cuál de las siguientes actuaciones no está indicada?:

- a) Administración precoz de ácido tranexámico intravenoso (1 gr. en 10 min.)
- b) Si presenta hemorragia externa, compresión directa manual sobre la herida con apósito estéril.
- c) Canalización de dos vías venosas periféricas.
- d) Administración de Ringer lactato para mantener una TAS de 100 mmHg

**125.** En una paciente embarazada de 25 semanas que ha sufrido un accidente de tráfico a alta velocidad, no se llevara a cabo:

- a) Administración de oxígeno para mantener una Sat O<sub>2</sub> ≥ 95%.
- b) Canalización de dos vías venosas periféricas.
- c) Traslado en decúbito lateral derecho.
- d) Valoración de contracciones uterinas.

**126.** Señale la respuesta falsa. Respecto a la paciente embarazada con trauma grave:

- a) La placenta y el útero gestantes están muy vascularizados y sus lesiones pueden causar una hemorragia intensa.
- b) El fondo uterino para la semana 20 de gestación se encuentra a la altura del ombligo.
- c) El shock hipovolémico puede inducir un trabajo de parto prematuro durante el tercer trimestre.
- d) En el tercer trimestre la frecuencia cardíaca normalmente disminuye.

**127.** Tras accidente de tráfico, un lactante de 8 meses presenta en la valoración neurológica apertura de ojos al habla, se retira y llora con el dolor. ¿Cuál es su puntuación en la Escala de Coma de Glasgow (GCS)?

- a) GCS 10
- b) GCS 9
- c) GCS 11
- d) GCS 6

**128.** Una niña de 5 años, tras una caída desde un columpio, ha presentado pérdida de conocimiento de 1 minuto de duración. ¿Dentro de qué grupo de riesgo de lesión intracraneal estaría?

- a) Intermedio.
- b) Bajo.
- c) Alto.
- d) Muy alto.

**129.** El índice de Trauma Pediátrico (ITP) es una herramienta de categorización del trauma pediátrico. ¿Cuál de los siguientes parámetros no se valora?:

- a) Vía aérea.
- b) Frecuencia respiratoria.
- c) Tensión arterial.
- d) Heridas.

**130.** En el síndrome de aplastamiento no aparece:

- a) Liberación de mioglobina.
- b) Hipopotasemia.
- c) Arritmia cardíaca.
- d) Insuficiencia renal.

**131.** ¿Cuál de los siguientes es un signo temprano del Síndrome compartimental en una extremidad?

- a) Dolor.
- b) Ausencia de pulso.
- c) Palidez.
- d) Parálisis.

**132.** La clínica de la hipotermia grave no incluye:

- a) Reflejo plantar persistente.
- b) Nivel de consciencia: coma.
- c) Abundantes escalofríos.
- d) Disminución del reflejo fotomotor.

**133.** Señale la respuesta falsa. En el manejo extrahospitalario del golpe de calor:

- a) Es una patología emergente tiempo-dependiente.
- b) El enfriamiento inmediato del paciente debe procurarse por cualquier medio disponible (manguera de agua, bolsas de hielo recubiertas, etc.) excepto inmersión en agua fría.
- c) Exponer al paciente para ventilar la piel continuamente.
- d) Debe trasladarse con el aire acondicionado de la ambulancia puesto y con la cabina asistencial enfriada previamente a la introducción del paciente en la misma.

**134.** En la reanimación inicial del quemado grave:

- a) Se prefiere el Ringer Lactato por su alto contenido en sodio.
- b) Para una quemadura de < 50% de SCQ en un paciente adulto infundiremos 500 ml de suero/ hora y si la SCQ es > 50% infundiremos 1000 ml de suero/ hora.
- c) La fórmula de cálculo de volumen de suero a infundir más utilizada en nuestro medio es la de Lund-Browder.
- d) Si la cara no está quemada, rara vez hay quemaduras en la vía aérea, aunque veamos hollín en la misma.

**135.** Señale la respuesta falsa. Respecto a la alteración neurológica en el casi ahogamiento:

- a) Suele clasificarse en tres categorías, en función de la puntuación de la Escala de Coma de Glasgow.
- b) Si existe alteración del nivel de consciencia hay que descartar lesión cerebral traumática asociada.
- c) La presencia de hipotermia por inmersión en agua fría empeora el pronóstico neurológico.
- d) Si existe hipotonía y paresia se debe descartar lesión medular traumática.

**136.** Señale la respuesta falsa. En relación con el disbarismo subacuático:

- a) La manifestación menos frecuente es el barotrauma del oído.
- b) La barodontalgia se produce si hay piezas dentales careadas.
- c) La narcosis por nitrógeno es un efecto indirecto de la presión con síntomas similares a la intoxicación etílica.
- d) El barotrauma pulmonar ocurre en el ascenso.

**137.** Dentro de las clasificaciones de predicción de vía aérea difícil, no se encuentra:

- a) Mallampati
- b) Cormack- Lehane.
- c) Mordida del labio superior.
- d) Índice de McGrawall-Willis

**138.** Respecto a la técnica de inserción de la mascarilla laríngea estándar:

- a) Se debe lubricar el manguito de la mascarilla.
- b) Con la cabeza en hiperextensión, insertar la mascarilla en la boca contra el paladar duro.
- c) Presionar enérgicamente contra resistencia hasta que haga tope en la laringe.
- d) Dirigir el avance de la mascarilla con el pulgar entre el tubo y el manguito.

**139.** Señale la respuesta falsa. En relación con los videolaringoscopios:

- a) La técnica de uso es similar a la intubación clásica.
- b) Requieren de mayor introducción de la pala del laringoscopio comparado con la laringoscopia directa.
- c) Su uso se limita con las secreciones y empañamiento de la cámara.
- d) Con la luz solar, en el medio extrahospitalario, se dificulta la visión de la pantalla.

**140.** Señale la respuesta. Con respecto a la pulsioximetría:

- a) La oximetría se basa en la capacidad de las distintas formas de hemoglobina de captar la luz de diferentes longitudes de onda.
- b) La transmisión de la longitud de onda es directamente proporcional a las concentraciones de hemoglobina oxigenada y reducida.
- c) La base de los actuales pulsioxímetros es la captación de lechos vasculares pulsátiles
- d) Sustituye al valor aportado por la gasometría arterial, ya que refleja fielmente los cambios en la curva de disociación de la Hemoglobina.

**141.** La capnografía de onda en el medio extrahospitalario:

- a) Es el método recomendado para verificar la colocación de tubo endotraqueal (TOT) en vía aérea.
- b) La presencia de CO<sub>2</sub> expirado en aire confirma que el TOT está correctamente alojado en tráquea.
- c) No es útil como guía para conocer la efectividad de la reanimación cardiopulmonar (RCP).
- d) Se desconoce su utilidad para determinar el momento en el que se produce la recuperación de circulación espontánea (ROSC).

**142.** Entre las ventajas de la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) sobre la Ventilación Mecánica Invasiva (VMI), no se encuentra:

- a) Necesitar menor sedación, por lo que es muy eficaz en el TCE severo, ya que confiere más autonomía al paciente y puede relacionarse con el medio.
- b) Permitir al paciente toser de forma espontánea movilizándolo secreciones.
- c) Evitar que aparezca atrofia muscular, ya que no necesita relajación muscular.
- d) Ser una modalidad de apoyo a la ventilación espontánea.

**143.** Señale la respuesta falsa respecto a los modos de Ventilación Mecánica Invasiva (VMI).

- a) La Presión Positiva al Final de la Espiración (PEEP) mantiene una presión en la vía aérea constante al final de la espiración a fin de mantener los alveolos abiertos.
- b) La PEEP excesiva puede contribuir al aumento de la presión intracraneal.
- c) El aumento de la presión intratorácica en la VMI produce una disminución de la tensión arterial secundaria a la disminución del retorno venoso.
- d) Debemos empezar por PEEP altos, por encima de 10 mmHg e ir bajándolos en función de la respuesta del paciente.

**144.** La elección correcta del punto de punción de la vía intraósea es:

- a) Tibia distal en menores de 6 años, 2-3 cm del maléolo tibial interno
- b) Tibia proximal en mayores de 6 años, 1-2 cm por debajo del punto medio de la línea imaginario que une la tuberosidad anterior de la tibia y el borde interno de la misma.
- c) Fémur distal, cara lateral del fémur 2-3 cm por encima del cóndilo lateral
- d) Esternón en menores de 3 años

**145.** Señale la respuesta falsa. En la técnica para canalización de vía intraósea con pistola tipo taladro:

- a) Existen tres tipos de aguja según el tamaño del paciente.
- b) Se introduce la aguja hasta que se note la pérdida de resistencia al pasar la cortical.
- c) El no extraer médula o sangre al succionar indica siempre que no está en hueso trabecular.
- d) Se debe situar el taladro perpendicular a la piel del punto de punción.

**146.** Señale la respuesta falsa. Durante la realización de la cesárea perimortem:

- a) Es preciso garantizar el número de sanitarios suficiente para mantener la reanimación cardiopulmonar de la madre, la realización de la cesárea y la atención al feto.
- b) Se realiza con madre en ligera inclinación lateral derecha, para evitar oclusión aorto- cava.
- c) Se realiza laparotomía media infraumbilical o desde xifoides a pubis según el estado de la madre.
- d) Si la paciente recupera pulso se suturará el útero con sutura continua.

**147.** Señale la respuesta falsa. Respecto al manejo general de las intoxicaciones:

- a) En la exploración física seguiremos la sistemática de valoración "A-B-C-D"
- b) En la exploración neurológica descartaremos lesiones asociadas, como traumatismos.
- c) La coloración de la piel puede orientar hacia determinados tóxicos.
- d) El tamaño y la reactividad pupilar también puede orientar sobre el tóxico: Midriasis (opiáceos, organofosforado, tricloroetano) Miosis (cocaína, anfetaminas, tricíclicos)

**148.** Señale la respuesta falsa. Con respecto a la aspiración-lavado orogástrico en una intoxicación farmacológica:

- a) Está indicada ante ingesta oral de tóxico inferior a una hora.
- b) Está indicada ante la presencia de coma (tras intubación orotraqueal), crisis convulsivas o shock.
- c) Para realizarse debe tumbarse al paciente en decúbito lateral derecho, en posición de Trendelenburg con las rodillas flexionadas.
- d) En caso de intoxicación por fármacos que disminuyan la motilidad gástrica como los salicilatos, puede realizarse hasta 6 horas después.

**149.** En la intoxicación aguda por benzodiazepinas:

- a) Provoca, muy frecuentemente, taquicardia, hipertensión y alteraciones electrocardiográficas.
- b) El flumaceniolo puede desencadenar una crisis convulsiva en intoxicaciones mixtas con fármacos tricíclicos.
- c) Debe realizarse aspiración-lavado orogástrico en la mayoría de las intoxicaciones por benzodiazepinas al ser frecuentemente muy graves.
- d) Si no es suficiente la aspiración-lavado orogástrico debe recurrirse a diuresis forzada para la eliminación del fármaco.

**150.** En la intoxicación aguda por monóxido de carbono:

- a) Los pacientes con coma, crisis convulsiva, déficit neurológico focal o embarazo son subsidiarios de oxigenoterapia hiperbárica.
- b) El tratamiento de elección es la oxigenoterapia con FiO<sub>2</sub> creciente en función de la pulsioximetría.
- c) Es rara la intoxicación conjunta con cianuro en los incendios en viviendas.
- d) No produce alteraciones electrocardiográficas ni síntomas de isquemia miocárdica.

## **PREGUNTAS RESERVA**

### **Parte General**

**151.** Dentro de las vacunas recomendadas para todos los trabajadores de centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León se encuentra:

- a) Tos ferina.
- b) Poliomielitis.
- c) Hepatitis B.
- d) Fiebre tifoidea.

**152.** Según las previsiones del Plan de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia de Emergencias Sanitarias, los centros de la GES serán asistidos por el:

- a) Servicio de Prevención Propio de la Gerencia de Emergencias Sanitarias.
- b) Servicio de Salud Laboral de la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
- c) Servicio de Prevención correspondiente al área de salud donde esté ubicada la Unidad Asistencial, salvo los centros ubicados en la provincia de Valladolid a los que les corresponde el Servicio de Prevención del Área de Salud de Valladolid Este.
- d) Servicio de Prevención de la Gerencia de Salud de las Áreas de Valladolid.

### Parte Específica

**153.** No es un relajante muscular no despolarizante:

- a) Cisatracurio
- b) Rocuronio.
- c) Succinilcolina.
- d) Vecuronio.

**154.** Señale la respuesta falsa. La ketamina:

- a) Tiene efecto analgésico, sedante e inductor de anestesia.
- b) La dosis habitual en el adulto es de 1-2 mg/kg en uso intravenoso.
- c) Produce aumento de presión intracraneal por lo que está contraindicado en el TCE grave.
- d) No se puede utilizar por vía intramuscular.

**155.** Señale la respuesta falsa. En relación con las indicaciones de la fluidoterapia en emergencias:

- a) Una de las indicaciones es reponer la pérdida de líquidos y electrolitos que presente el paciente.
- b) Las complicaciones más frecuentes se producen en pacientes que requieren grandes volúmenes en breve periodo de tiempo.
- c) Entre las principales indicaciones en el medio extrahospitalario se encuentra mantener una vía venosa permeable.
- d) Durante la fluidoterapia la ingurgitación yugular es un signo de hipovolemia.

**156.** La administración de Ringer Lactato:

- a) Facilita la interpretación de los niveles de lactato por lo que debe usarse si se sospecha acidosis láctica.
- b) Está indicado en caso de traumatismo craneoencefálico con hipertensión.
- c) Su principal indicación es la deshidratación extracelular acompañada de acidosis metabólica, como por ejemplo los quemados graves.
- d) Es una solución hipotónica con una osmolaridad de 273 mOsm/l.

**157.** Señale la respuesta falsa. En relación con el certificado de defunción:

- a) Es un documento medicolegal que da constancia a la muerte del sujeto y su causa.
- b) La causa fundamental de la muerte es la circunstancia desencadenante de la misma.
- c) La causa fundamental de la muerte es el proceso de base que ha dado lugar al óbito, bien sea crónico o agudo.
- d) No debe cumplimentarse en caso de muerte violenta o sospechosa de criminalidad.

**158.** Señale la respuesta falsa. En una muerte violenta:

- a) Se cumplimentará el parte de asistencia por lesiones especificando las lesiones observadas y la causa posible del fallecimiento.
- b) Si los signos de muerte violenta son evidentes, no se manipulará el cadáver para no interferir ni alterar las posibles pruebas judiciales.
- c) Se informará al Centro Coordinador de Urgencias (CCU) y se solicitará presencia de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, para custodia del cadáver.
- d) Se cumplimentará el certificado de defunción, que se entregará a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

**159.** Señale la respuesta falsa. En relación con el Parte de Asistencia por Lesiones:

- a) Es un modelo único que deben cumplimentar los médicos de todos los centros y servicios sanitarios de la Gerencia Regional de Salud.
- b) No tiene apartado específico para violencia de género y para personas privadas de libertad.
- c) Sirve para comunicar al Juzgado de Guardia la asistencia prestada por lesiones.
- d) Puede cumplimentarse en formato electrónico si se dispone de historia clínica electrónica o en formato papel autocopiativo cuando no se dispone de esta.

**160.** La triada clásica que define el síndrome de vena cava superior es:

- a) Edema en esclavina en cara, circulación colateral toracobraquial, y cianosis de cara y extremidades superiores.
- b) Somnolencia, cefaleas, vértigo.
- c) Disnea, hinchazón de cara y cuello y cianosis.
- d) Ingurgitación venosa yugular, cefalea y convulsiones.

**161.** En el diagnóstico clínico del síndrome de compresión medular en un paciente oncológico, el síntoma más constante es:

- a) Dolor persistente localizado a la percusión y a la palpación de las apófisis espinosas del segmento afectado, por lo general, que aumenta con la maniobra de Valsalva.
- b) Hiperreflexia en la fase aguda de la compresión medular.
- c) Mejoría del control esfinteriano cuando el cuadro está muy avanzado.
- d) Pérdida progresiva de fuerza en miembros inferiores en el curso de meses.



**162.** Respecto a la violencia de género, uno de los siguientes ítems no corresponde al ciclo de la violencia descritos por Leonor Walker:

- a) Acumulación de tensión.
- b) Anticipación.
- c) Explosión.
- d) Reconciliación.

**163.** Señale la respuesta falsa. Respecto a la violencia de género confirmada, si no se detecta riesgo vital:

- a) Informaremos a la víctima de las repercusiones de la violencia y de los recursos existentes.
- b) Realizaremos parte judicial de lesiones.
- c) No se reflejará en la historia clínica al no haber riesgo vital.
- d) Se aconsejará acudir a Atención Primaria para seguimiento.

**164.** Señale la respuesta falsa. En relación con las medidas de seguridad que hay que adoptar en incidente sanitario extrahospitalario:

- a) Si en un accidente de tráfico, existe una probabilidad potencial de incendio, evacuaremos al paciente después de la valoración secundaria.
- b) Quienes no tienen entrenamiento no deben intentar los esfuerzos de un rescate.
- c) El uso de guantes es una medida de seguridad estándar cuando se atiende a pacientes traumatológicos en presencia de sangre y fluidos corporales.
- d) En un accidente por arma de fuego las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad deben de coordinarse con el Servicio de Emergencias Médicas

**165.** En las intervenciones domiciliarias:

- a) Atenderemos al paciente donde nos lo encontremos, aunque no esté bien iluminado y sea un espacio reducido.
- b) Indicaremos el control de las mascotas domiciliarias.
- c) No es necesario evaluar posibles riesgos, porque son ambientes seguros.
- d) Si la escena en el domicilio se vuelve peligrosa, el médico permanecerá en el lugar mientras que los demás componentes del equipo saldrán fuera y pedirán apoyo policial.