OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 111/2018 de 7 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de febrero de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. MEDIKUNTZA INTENTSIBOKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO MEDICINA INTENSIVA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 20a**
Fecha prueba: **20 de mayo de 2018**

1. ariketa */ 1er. ejercicio*
A *Eredua / Modelo* ***A***

1 SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLOGICOS Y RCP DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA, CRITICA Y UNIDADES CORONARIAS SOBRE LA MONITORIZACION HEMODINAMICA EN EL PACIENTE CRÍTICO, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES LA CORRECTA?:

1a) Se recomienda la medición al inicio del shock del ph venoso, como marcador metabólico del equilibrio DO2/VO2.
1b) En situaciones de SvcO2 >= 70% con gradiente arterio-venoso de CO2 bajo, se recomienda la optimización del DO2 hasta valores de P(v-a)CO2 > 6 mmHg.
1c) La maniobra de elevación pasiva de las piernas medida mediante contorno de pulso, para identificar a los pacientes que responden a la administración de fluidos, no se afecta en casos de fibrilación auricular.
1d) La fracción de eyección del ventrículo izquierdo estimada por ecocardiografía es el parámetro fundamental de estimación de la contractilidad cardiaca al no depender de las condiciones de precarga y postcarga.

2 DENTRO DE LOS OBJETIVOS DE REANIMACIÓN HEMODINÁMICA EN EL PACIENTE CRÍTICO, LA AFIRMACIÓN CORRECTA ES:

2a) Para la instauración de las medidas de reanimación y la consecución de los objetivos marcados, el plazo recomendado es de 24 horas.
2b) La corrección de la disoxia tisular se define como la restauración de los parámetros de SvcO2 >= 70% y/o la normalización de los niveles de lactato.
2c) El primer paso será la consecución y mantenimiento de unos valores mínimos de presión de perfusión de los tejidos, definido como PAM > 75 mmHg.
2d) La monitorización del aclaramiento de lactato ha mostrado ser superior a la monitorización de la SvcO2 en la guía de monitorización hemodinámica.

3 EN RELACION CON LA DEFINICIÓN DE PARO CIRCULATORIO CEREBRAL EN EL DIAGNOSTICO DE MUERTE ENCEFALICA MEDIANTE DOPPLER TRANSCRANEAL, SE DESCRIBEN CUATRO TIPOS EVOLUTIVOS DE FLUJO CEREBRAL POR DOPPLER. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS CORRESPONDE AL TIPO 2?:

3a) Se produce cuando la Presión Intracraneal (PIC) es superior a la Presión Arterial Media (PAM) e inferior a la Presión Arterial Sistólica.
3b) Se caracteriza por presentar sólo picos sistólicos de velocidad > 50 cm/seg.
3c) La velocidad media de la onda de flujo es > 10 cm/seg con el final de la diástole cero.
3d) Se caracteriza por el flujo cerebral reverberante, flujo oscilante bifásico o flujo diastólico invertido.

4 EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO, SE HAN DESCRITO CRITERIOS DE BAJO RIESGO DE LESION CERVICAL EN LOS QUE NO ES NECESARIA LA INMOVILIZACION CON COLLARIN. SEÑALE DE LOS SIGUIENTES ESCENARIOS AQUEL EN EL QUE, AL NO CUMPLIR DICHOS CRITERIOS, ES NECESARIA LA INMOVILIZACION CON COLLARIN:

4a) Paciente consciente sin signos neurológicos, con fractura de fémur muy dolorosa.
4b) Ausencia de dolor en cuello en el paciente consciente sin síntomas neurológicos.
4c) Lesión penetrante cervical en paciente sin síntomas neurológicos.
4d) Paciente consciente que es capaz de rotar de manera voluntaria el cuello 45º a la derecha y a la izquierda.

5 EN LA HEMORRAGIA MASIVA TRAUMÁTICA, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES TIENE UN MAYOR GRADO DE RECOMENDACIÓN Y NIVEL DE EVIDENCIA?:

5a) La administración precoz (3 primeras horas) de Ácido Tranexámico en pacientes con hemorragia masiva secundaria a trauma.
5b) El mantenimiento de un recuento de plaquetas por encima de $100x10^9$ /l en pacientes con sangrado masivo y traumatismo craneal.
5c) El uso de vasopresores tipo epinefrina o norepinefrina para mantener la presión arterial, en ausencia de respuesta adecuada a la fluidoterapia.
5d) La administración de soluciones hipertónicas en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave.

6 EN RELACION CON LAS DIFERENTES CLASIFICACIONES PRONOSTICAS O INDICES EN LA VALORACION DEL TRAUMA GRAVE, SEÑALE LA CORRECTA:

6a) El "Abbreviated Injury Scale" (AIS) determina la gravedad del paciente y se calcula tomando las tres lesiones más graves de diferentes regiones corporales.
6b) El "New Injury Severity Score" (NISS) determina el pronóstico en base a la lesión más grave que presenta el paciente, ponderándola.
6c) El "Revised Trauma Score" (RTS) es un índice fisiológico utilizado a nivel pre-hospitalario, e incluye el Glasgow Coma score (GCS).
6d) El "Trauma and Injury Severity Score" (TRISS) agrupa, ponderándolas, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial y el Glasgow Coma Score (GCS).

7 SEÑALE LA OPCION INCORRECTA EN RELACION CON LA LIMITACION DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL EN EL PACIENTE CRÍTICO…

7a) No ingresar a un paciente en un Servicio de Medicina Intensiva puede ser una forma de omisión de tratamiento.
7b) Desde el punto de vista ético, es más admisible la omisión de tratamientos de soporte vital que la retirada de tratamientos de soporte vital.
7c) La Limitación de Tratamientos de Soporte vital se fundamenta en los principios de No Maleficencia y Justicia.
7d) En España no hay ninguna ley que regule la Limitación de Tratamientos de Soporte Vital.

8 SEGÚN LA ASFA (AMERICAN SOCIETY FOR APHERESIS), ¿EN CUAL DE LOS SIGUENTES DIAGNÓSTICOS LA INDICACION DE PLASMAFERESIS TERAPÉURICA ES DE CATEGORIA II, COMO TRATAMIENTO DE SEGUNDA LINEA?:

8a) Púrpura Trombótica Trombocitopénica.
8b) Enfermedad de Wilson Fulminante.
8c) Miastenia Gravis Moderada-Severa.
8d) Síndrome Miasténico Lambert-Eaton.

9 ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES FARMACOS PUEDE PRODUCIR DAÑO RENAL MEDIANTE DOS MECANISMOS LESIONALES: NEFRITIS ALÉRGICA INTERSTICIAL Y DESENCADENANDO UNA GLOMERULONEFRITIS AGUDA?:

9a) Cisplatino.
9b) Aminoglucósidos.
9c) Rifampicina.
9d) Manitol.

10 SEGÚN LOS CRITERIOS RIFLE (RISK, INJURY FAILURE, LOSS AND END-STAGE) DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, UN GRADO "F" ESTARIA DEFINIDO POR LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:

10a) Incremento de Creatinina sérica más de tres veces en una semana y anuria de más de 12 horas.
10b) Incremento de Creatinina sérica 2 veces en una semana y diuresis < 0,5 mL/kg/h más de 6 horas.
10c) Creatinina sérica más de 4 mg/dL y anuria más de 6 horas.
10d) Incremento de Creatinina sérica más de 0,5 mg/dL, sobre Creatinina sérica basal de 2 mg/dL, y anuria de 6 horas.

11 DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL TRAUMATISMO TORÁCICO, INDIQUE CUÁL ES FALSA:

11a) En la enfermedad traumática grave, una de cada cuatro muertes traumáticas está en relación con la presencia de lesiones torácicas.
11b) En el traumatismo torácico grave, la Radiología Convencional tiene una alta sensibilidad, y una baja especificidad.
11c) En pacientes con traumatismo torácico cerrado, conscientes, estables a nivel respiratorio y hemodinámico, no se precisa Radiografía Convencional si se realiza una TC torácica.
11d) Para la detección de Neumotórax Traumático, la Ecografía tiene mayor sensibilidad que la Radiografía Convencional y la clínica.

12 EN RELACIÓN CON LA UTILIDAD DE LA ECOCARDIOGRAFIA PARA VALORAR LA VIABILIDAD DEL CORAZÓN EN EL PACIENTE POTENCIAL DONANTE CARDIACO, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA?:

12a) En el momento de realizar el Ecocardiograma, la PVC debe ser inferior a 10 mmHg, en caso contrario la exploración no tiene validez.
12b) El Ecocardiograma debe realizarse 12 horas antes o dentro de la primera hora tras producirse la muerte encefálica.
12c) En el momento de realizar el Ecocardiograma, dosis de Dobutamina inferiores a 15 microgramos/kg/min no alteran la interpretación de la prueba.
12d) En el momento de realizar el Ecocardiograma, la tensión arterial media debe encontrarse entre 70 y 90 mmHg, aunque pueda precisar para ello noradrenalina.

13 DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES EN RELACION CON EL PAPEL DEL ECOCARDIOGRAMA EN EL PACIENTE CRÍTICO CON SOSPECHA DE FRACASO AGUDO DE VENTRICULO DERECHO (COR PULMONALE AGUDO), SEÑALE LA CORRECTA:

13a) En el plano para-esternal longitudinal, el diámetro tele-diastólico del ventrículo derecho superior a 15 mm se considera patológico.
13b) El TAPSE (tricuspid anular plane systolic excursion) medido en modo M inferior a 15 mm es patológico y tiene valor pronóstico.
13c) El signo de McConnell (en el Embolismo Pulmonar Agudo), en plano apical, es la acinesia de la zona apical del ventrículo derecho sin afectar a la pared libre.
13d) En casos de sobrecarga aguda del ventrículo derecho, en el ecocardiograma sólo se observan alteraciones del septo interventricular en diástole.

14 EN RELACION CON LA UTILIDAD DEL BNP (BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE) Y DEL NT-PROBNP (PEPTIDO AMINOTERMINAL DEL PROBNP), ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES ES FALSA?:

14a) Niveles de BNP > 100 pg/mL han demostrado alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la Insuficiencia Cardiaca en urgencias.
14b) Los niveles de BNP y NT-ProBNP están elevados en la Hipertensión Pulmonar Primaria y en el Trombo-embolismo Pulmonar.
14c) En pacientes críticos que presentan disfunción en el Ecocardiograma, los valores de BNP y NT-ProBNP están elevados, siendo mayores en la disfunción diastólica que en la sistólica.
14d) En pacientes críticos sin disfunción cardiaca, pueden elevarse los niveles de BNP y NT-proBNP por la ventilación mecánica con PEEP o por fármacos betabloqueantes.

15 TODOS LOS SIGUIENTES SE HAN DESCRITO COMO FACTORES QUE PREDISPONEN A DISFUNCION PRIMARIA DEL INJERTO TRAS EL TRANSPLANTE PULMONAR, EXCEPTO:

15a) La utilización de líquidos de preservación de los pulmones con dextrano y bajas en potasio.
15b) Presencia de hipertensión pulmonar previa en el receptor.
15c) Edad menor de 21 años y mayor de 45 años en el donante.
15d) Bronco-aspiración previa en el donante.

16 EN RELACION CON LA UTILIZACION DE FLUIDOTERAPIA EN LA REANIMACION DEL PACIENTE CRITICO, SEÑALE DE LAS SIGUIENTES LA AFIRMACION CORRECTA:

16a) El Suero Salino al 0'9% es la solución de elección en casos de shock séptico con alcalosis hiperclorémica.
16b) En pacientes con shock séptico en los que se requiera una rápida expansión de volumen se recomienda el empleo de Gelatina al 4%.
16c) Se recomienda considerar la Albúmina en la reanimación del shock séptico en pacientes con traumatismo craneal.
16d) El Ringer Lactato es el cristaloide de elección para iniciar la reanimación de pacientes con shock séptico.

17 EN LOS PACIENTES NEUROLÓGICOS CRITICOS, ¿CUAL ES EL TRASTORNO HIDROELECTROLITICO QUE APARECE CON MAS FRECUENCIA?:

17a) Hipopotasemia.
17b) Hipofosfatemia.
17c) Hiponatremia.
17d) Hipernatremia.

18 EN RELACION CON EL PAPEL DE LA ECOGRAFIA FAST (FOCUSED ASSESSMENT SONOGRAPHY IN TRAUMA) EN EL PACIENTE TRAUMÁTICO GRAVE, SEÑALE LA OPCIÓN INCORRECTA:

18a) La Eco-FAST extendida, está recogida en las Guías de Manejo y Resucitación del Traumatismo Grave como un estándar para pacientes inestables.
18b) La Eco-FAST tiene una sensibilidad del 100% en traumatismo penetrante precordial y en traumatismo cerrado torácico con inestabilidad hemodinámica e indica cirugía urgente.
18c) En pacientes altamente inestables con Trauma abdominal y Eco-FAST negativa, está indicada la Punción Aspirado Abdominal diagnóstica antes de indicar cirugía urgente.
18d) La Eco-FAST a nivel abdominal está especialmente dirigida a identificar líquido libre con sospecha de ser hemoperitoneo, y el grado de lesiones traumáticas en bazo e hígado.

19 EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA, LA ISQUEMIA CEREBRAL DIFERIDA ES UNA COMPLICACIÓN QUE PUEDE APARECER POSTERIORMENTE Y EMPEORA EL PRONOSTICO DE LOS PACIENTES. DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS, SEÑALE EL CORRECTO:

19a) La Isquemia Cerebral Diferida es siempre secundaria a Vaso-espasmo de las arterias cerebrales.
19b) De la clásica Terapia Triple H (Hipervolemia, Hemodilución, Hipertensión), sólo la Hipertensión puede ser eficaz en revertir la Isquemia Cerebral Diferida.
19c) El pico de aparición de la Isquemia Cerebral Diferida es entre el primero y tercer día tras la Hemorragia subaracnoidea.
19d) Las Estatinas y el Nimodipino son los únicos fármacos que han demostrado mejorar el pronóstico de la Isquemia Cerebral Diferida.

20 SEGUN LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE BIOETICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA (SEMICYUC), ENTRE LAS SIGUIENTES SEÑALE LA OPCION FALSA:

20a) Los profesionales sanitarios no estamos obligados, desde el punto de vista ético ni legal, a satisfacer la demanda de medidas de tratamientos fútiles procedente de los familiares.
20b) En la toma de decisiones de Limitación de Tratamientos de Soporte Vital, la propuesta debe partir de los profesionales y la responsabilidad de la decisión compete a la familia.
20c) En la toma de decisiones de Limitación de Tratamientos, si el paciente no es capaz de decidir, se consultará la existencia de un documento de Voluntades Anticipadas, debiendo respetar su contenido por delante de la opinión de la familia.
20d) En caso de discrepancias entre los profesionales y pacientes o sus familias, respecto a la Limitación de Tratamientos de Soporte Vital, lo indicado es elevar una consulta al Comité de Ética Asistencial y seguir sus recomendaciones.

21 EN UN PACIENTE TRAUMATIZADO CON UNA FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR, EN LA QUE SE OBSERVA UNA HERIDA LIMPIA DE PARTES BLANDAS DE 4 CM SIN EXPOSICIÓN DE HUESO, ¿A QUÉ TIPO DE FRACTURA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE GUSTILO-ANDERSON CORRESPONDE Y CUAL ES LA ACTITUD A SEGUIR?

21a) Es un tipo I, requiere limpieza de la herida y fijación definitiva de la fractura que se puede realizar en el mismo momento.
21b) Es un tipo IIIA, requiere desbridamiento y limpieza en un primer acto, fijación definitiva de la fractura después de 24 horas y cobertura antibiótica con Cefalosporina y Aminoglucósido.
21c) Es un tipo IIIC, requiere desbridamiento y limpieza con fijación temporal de la fractura con fijador externo, y cobertura antibiótica con Cefalosporina y Aminoglucósido.
21d) Es un tipo II, requiere desbridamiento y limpieza de la herida, fijación definitiva de la fractura y cobertura antibiótica con Cefalosporina de menos de 3 días.

22 EN UN PACIENTE NEUROLOGICO CRITICO CON SODIO PLASMÁTICO DE 129 MMOL/L, CON INCREMENTO DE NATRIURESIS, ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS DISCRIMINAN EL SINDROME PIERDE-SAL CEREBRAL (SPC) DEL SINDROME DE SECRECION INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURETICA (SIADH)?:

22a) Cociente Osmolaridad plasmática/Osmolaridad urinaria, reducido en Sd. Pierdesal y aumentado en el SIADH.
22b) Nivel de Ácido urico, aumentada en el Sd. Pierdesal y reducida en el SIADH.
22c) Nivel de Potasio en plasma, reducido en el Sd. Pierdesal y aumentado en SIADH.
22d) Nivel de Albúmina en plasma, reducida en el Sd. Pierdesal y aumentada en SIADH.

23 DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS PARA EL CONTROL DE LA HIPERTENSION INTRACRANEAL, RECOGIDAS EN LAS GUIAS DE MANEJO DEL TRAUMA CRANEOENCEFALICO DE LA "AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS", SEÑALE LAS QUE CORRESPONDEN A MEDIDAS DE SEGUNDO NIVEL:

23a) Hipocapnia de 30 a 35 mm Hg; Parálisis neuromuscular con perfusión continua de relajante muscular.
23b) Elevación del cabecero de la cama 30º; Bolos intermitentes de Manitol.
23c) Bolos intermitentes de Suero Salino Hipertónico; si autorregulación cerebral perdida, reducir la Presión de Perfusión Cerebral para reducir PIC a 50 mm Hg.
23d) Hipotermia de < 36º; Bolos intermitentes de relajante muscular.

24 EN RELACION CON LA CLASIFICACIÓN DE KILLIP PARA EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, SEÑALE LA OPCION CORRECTA:

24a) La clase III se presenta en un 10-15% del total de Infartos de Miocardio que llegan al hospital y se caracteriza por la presentación de signos de Edema Agudo de Pulmón.
24b) La Clasificación de Killip es una clasificación pronóstica que se basa en datos clínicos y de monitorización hemodinámica (Índice Cardiaco y Presión Capilar Pulmonar).
24c) La clase I se presenta en el 90% de los pacientes a su llegada al hospital, y como datos clínicos puede presentar crepitantes basales y tercer tono cardiaco.
24d) La clase IV presenta datos clínicos y hemodinámicos de Edema Agudo de Pulmón, es el estadio previo al shock cardiogénico y presenta una mortalidad superior al 80%.

25 EN RELACION CON LA NEURO-MONITORIZACIÓN MULTIMODAL EN PACIENTES NEUROCRITICOS, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA?

25a) La monitorización de la Presión Tisular de Oxígeno (PTiO2) debe recomendarse en todos los pacientes con TCE grave con Escala de Coma de Glasgow < 9 y TAC patológica con nivel de recomendación II.
25b) Los niveles de Presión Tisular de Oxígeno (PTiO2) en el paciente neurocrítico tienen valor pronóstico, independientemente de las cifras de Presión Intracraneal (PIC) y de la Presión de Perfusión Cerebral (PPC).
25c) La monitorización de la Presión Intracraneal (PIC) debe recomendarse en pacientes con TCE grave y TAC normal, normotensos y mayores de 40 años con nivel de recomendación III.
25d) La causa más frecuente de Hipoxia Cerebral en el paciente Neurocrítico es la Hipoxia por baja extracción de Oxigeno secundaria a anemia o a hipoxia arterial.

26 EN LA HEMORRAGIA MASIVA OBSTETRICA, DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS INDIQUE EL INCORRECTO:

26a) Además de la fluidoterapia y los hemoderivados, la primera medida en caso de Hemorragia Masiva Obstétrica es la Histerectomía.
26b) La Atonía Uterina es la causa más frecuente de Hemorragia Masiva Obstétrica, tanto en parto vaginal como en parto por cesárea.
26c) El tratamiento farmacológico de primera línea en la Hemorragia Masiva Obstétrica es la Oxitocina en perfusión endovenosa continua.
26d) La Metilergonovina es un tratamiento farmacológico de segunda línea para el tratamiento de la Hemorragia Masiva Obstétrica, excepto en casos de Pre-eclampsia.

27 PACIENTE GESTANTE DE 40 AÑOS, EN LA SEMANA 28 DE GESTACION. PRESENTA DATOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EDEMAS. EN LA ANALITICA PRESENTA ANEMIA, ESQUISTOCITOSIS, TROMBOPENIA; INCREMENTO DE BILIRRUBINA Y ELEVACIÓN DE TRANSAMINASAS. DE LOS ENUNCIADOS SIGUIENTES, SEÑALE LA OPCION INCORRECTA:

27a) Se trata de una forma grave de Preeclapsia denominada Síndrome HELLP.
27b) En este caso no está indicado el Sulfato de Magnesio ni los fármacos antihipertensivos.
27c) Además de tratamiento de soporte, el tratamiento de elección es la Dexametasona.
27d) Si el cuadro persiste más allá de 72 horas tras el parto, está indicado el recambio plasmático.

28 EN EL MANEJO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE SHOCK, SE PUEDEN UTILIZAR DIFERENTES FARMACOS. DE LOS ENUNCIADOS SIGUIENTES RELATIVOS A FARMACOS UTILIZADOS EN EL SHOCK, SEÑALE EL INCORRECTO:

28a) La Epinefrina a dosis menores de 0'05 microgramos/kg/min, reduce la Presión Arterial Diastólica y las Resistencias Vasculares Periféricas porque predominan los efectos beta-estimulantes.
28b) La Norepinefrina es una catecolamina con efectos agonistas alfa 1, beta 1 y beta 2 muy potentes, por lo que aumenta la Presión Arterial, las Resistencias Vasculares Periféricas y el Gasto Cardiaco.
28c) La Vasopresina tiene un efecto vasopresor mediado por los receptores V1, y aumenta la Presión Arterial en el Shock Séptico y en el Shock tras salida de By-pass Cardiovascular.
28d) La Terlipresina es un análogo sintético de la Vasopresina con vida media más larga que esta y tiene como efecto secundario la reducción del recuento de Plaquetas, pudiendo producir Trombopenia.

29 ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ES EL MEJOR PREDICTOR DEL PRONÓSTICO NEUROLÓGICO TRAS UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA RESUCITADA, EN UN PACIENTE EN COMA CON AUSENCIA DE RESPUESTA MOTORA A LAS 72 HORAS DE LA PARADA CARDIACA?:

29a) Presencia de un Estatus Mioclónico persistente.
29b) Elevación de los niveles de Enolasa Específica Neuronal.
29c) Presencia de signos de lesión isquémica difusa en la Resonancia Magnética cerebral.
29d) Ausencia de reflejos pupilares y corneales.

30 CUÁL DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES NO SE ENCUENTRA ENTRE LAS DESCRITAS ASOCIADAS A LAS EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS:

30a) Anemia hemolítica.
30b) Hemorragia subaracnoidea.
30c) Citolisis hepática aguda.
30d) Epíxtasis severa.

31 PARA EL TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS, PUEDEN UTILIZARSE DIVERSOS FARMACOS SEGÚN LOS ORGANOS AFECTADOS Y EL OBJETIVO DE TRATAMIENTO. INDIQUE CUAL DE LAS SIGUIENTES APROXIMACIONES TERAPÉUTICAS ES LA MÁS ADECUADA:

31a) En caso de Emergencia Hipertensiva que cursa con Fracaso Renal, la administración de Nitroprusiato, Nitroglicerina y Betabloqueantes.
31b) En caso de Emergencia Hipertensiva que cursa con Hemorragia Cerebral, la administración de Nitroprusiato, Betabloqueantes e Hidralacina.
31c) En caso de Emergencia Hipertensiva que cursa con Insuficiencia Cardiaca, la administración de Nitroprusiato, Nitroglicerina y Labetalol.
31d) En caso de Emergencia Hipertensiva que cursa con Disección Aórtica, la administración de Nitroprusiato, Betabloqueantes y Labetalol.

32 EN RELACIÓN CON LA DISECCION DE AORTA, DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS, SEÑALE EL CORRECTO:

32a) En todos los casos de Disección, la causa es una lesión en la íntima de la Aorta.
32b) La localización más frecuente de Disección Aórtica es la Aorta Ascendente.
32c) Según la clasificación de Stanford, la tipo B incluye la Disección del Cayado y la Aorta Descendente.
32d) La Disección Aguda de Aorta es la que se detecta en menos de 72 horas desde el inicio de los síntomas.

33 EN RELACION CON LA ESTRATIFICACION DEL RIESGO DE MAL PRONOSTICO A CORTO PLAZO DEL EMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN PACIENTES CRITICOS, INDIQUE CUÁL DE LOS SIGUIENTES CLASIFICA EL EMBOLISMO PULMONAR COMO DE ALTO RIESGO SIN PRECISAR OTROS CRITERIOS:

33a) Presión arterial sistólica inferior a 90 mmHg y alteración del estado mental.
33b) PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) clase I o II.
33c) Péptido Natriurético atrial y Troponina T-Troponina I, elevadas.
33d) Disfunción aguda de ventrículo derecho en Ecocardiograma transtorácico.

34 ANTE UN PACIENTE QUE PRESENTA UNA TAQUICARDIA CON QRS ANCHO Y MORFOLOGIA DE BLOQUEO COMPLETO DE RAMA DERECHA DEL HAZ DE HIS, ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES NOS INDICA QUE SE TRATA DE UNA TAQUICARDIA VENTRICULAR?:

34a) En V6 una onda R mayor que onda S.
34b) En V1 una onda R inicial de más de 30 ms.
34c) En V1 un patrón monofásico de R, QR o RS.
34d) En V1 un intervalo entre el inicio de onda R y nadir de onda S mayor de 60 ms.

35 ¿CUALES DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE ENCEFALOPATÍAS METABÓLICAS PUEDEN PRESENTAR CON MAS FRECUENCIA SIGNOS CLÍNICOS SIMILARES A UNA LESIÓN CEREBRAL FOCAL, PUDIENDO CONFUNDIRSE CON UN ICTUS?:

35a) Encefalopatía Hiponatrémica y Encefalopatía Hipernatrémica.
35b) Encefalopatía Hepática y Encefalopatía Pancreática.
35c) Encefalopatía Hipoglucémica y Encefalopatía Hiperglucémica.
35d) Encefalopatía Urémica y Encefalopatía Hipoglucémica.

36 EN RELACION CON EL EMBOLISMO PULMONAR SUBMASIVO, SEÑALE EL ENUNCIADO INCORRECTO:

36a) Se caracteriza por presentar estabilidad hemodinámica (ausencia de parámetros de shock) con datos de disfunción aguda de ventrículo derecho.
36b) El diagnóstico se basa en el porcentaje de afectación de los vasos pulmonares en las pruebas de imagen como la Tomografía Axial o la Resonancia Magnética.
36c) La anticoagulación con Heparina No Fraccionada o Heparina de Bajo Peso Molecular es el primer nivel de tratamiento tras el diagnóstico.
36d) La Fibrinolisis en el Embolismo Pulmonar Submasivo es una posibilidad terapéutica en pacientes con bajo riesgo hemorrágico, especialmente de menos de 75 años.

37 EN RELACION CON LA ANGINA INESTABLE SECUNDARIA, INDIQUE DE LOS SIGUIENTES, EL ENUNCIADO INCORRECTO:

37a) La Angina Inestable Secundaria se da en pacientes con estenosis coronarias previas y angina estable.
37b) El pronóstico de la Angina Inestable Secundaria es mejor que el de la Angina Inestable Primaria.
37c) La Hipertensión y la Estenosis Aórtica son causas de la Angina Inestable Secundaria.
37d) Los Estados de Hiperviscosidad son causa de Angina Inestable Secundaria.

38 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES CONSUMOS DE SUSTANCIAS DE ABUSO, ESTÁ ASOCIADO A LA APARICIÓN DE DISECCIÓN DE AORTA POR LA PRODUCCION DE UNA LESION VASCULAR DIRECTA, VASCULITIS O ENDARTERITIS?:

38a) Cocaína.
38b) Heroína.
38c) Esteroides anabólicos.
38d) Metanfetaminas.

39 PACIENTE VARON DE 78 AÑOS EN TRATAMIENTO CON SALES DE LITIO, CLOPIDROGREL, ACIDO ACETILSALICILICO, ATORVASTATINA, CIMETIDINA Y FUROSEMIDA. PRESENTA MAREO E INESTABILIDAD, ASI COMO OLIGURIA, Y EN EL ELECTROCARDIOGRAMA SE DETECTA UNA BRADICARDIA POR DISFUNCION DEL NODO SINUSAL. ¿QUÉ FÁRMACOS PUEDEN SER LOS RESPONSALES DE DICHO CUADRO?:

39a) Atorvastatina y Ácido Acetilsalicílico.
39b) Clopidrogrel y Furosemida.
39c) Sales de Litio y Cimetidina.
39d) Ninguno de los que tiene prescritos.

40 EN RELACIÓN CON EL ESTATUS EPILEPTICO, ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS ES CORRECTO?:

40a) La definición de Estatus Epiléptico es la aparición de convulsiones durante más de 20 minutos sin interrupción.
40b) El estatus epiléptico más frecuente en pacientes críticos es el Estatus Simple Parcial.
40c) El Estatus Epiléptico No Convulsivo es la causa de alteración del estado de conciencia no explicado en UCI en más de 30% de los casos.
40d) El Estatus Mioclónico se asocia a encefalopatías metabólicas y es de mejor pronóstico.

41 EN RELACION CON LAS ESCALAS DE RIESGO MULTIFACTORIALES QUE SE UTILIZAN EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DE ST, SEÑALE DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS EL CORRECTO:

41a) El "TIMI risk score" identifica a aquellos pacientes que tienen un mayor riesgo de fallecimiento a los seis meses del evento coronario.
41b) El "TIMI risk score" incluye como factor de riesgo la ausencia de Intervencionismo Coronario Percutáneo en el centro asistencial en el que se encuentra el paciente.
41c) El "GRACE "("Global Registry on Acute Coronary Events") incluye como factor de riesgo la presencia de más de dos episodios de angina en las últimas 24 horas.
41d) Tanto el "TIMI risk score" como el "GRACE" incluyen como factores de riesgo la edad mayor de 65 años y la elevación de enzimas cardiacos.

42 ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLAR UNA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA EN CASO DE TENER CONTACTO CON EL GERMEN, SE ENCUENTRAN TODOS LOS SIGUIENTES, EXCEPTO:

42a) Fumador activo.
42b) Enolismo activo.
42c) Asplenia.
42d) Hipogammaglobulinemia.

43 DE LOS SIGUIENTES CUADROS QUE CURSAN CON TROMBOPENIA, ¿CUÁL PRESENTA HABITUALMENTE CIFRAS DE PLAQUETAS MÁS BAJAS? (POR DEBAJO DE 20.000 PLAQUETAS POR MICROLITRO):

43a) Púrpura Trombótica Trombocitopénica.
43b) Trombopenia inducida por Heparina.
43c) Coagulación Intravascular Diseminada.
43d) Púrpura post-transfusional.

44 DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS EN RELACIÓN CON LA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL, SEÑALE LA OPCION CORRECTA:

44a) La Enfermedad de Addison con frecuencia se asocia a la Tiroiditis de Hashimoto.
44b) La causa más frecuente de Insuficiencia Suprarrenal Secundaria en paciente crítico es la Sepsis.
44c) Dentro de las manifestaciones clínicas hay ausencia de fiebre y es frecuente la diarrea.
44d) En la Insuficiencia Suprarrenal Primaria el Cortisol plasmático es bajo, pero se incrementa tras administrar ACTH.

45 DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS SOBRE EL SINDROME DE GUILLAEN BARRÉ, SEÑALE EL ENUNCIADO INCORRECTO:

45a) Aparece entre 2 a 4 semanas tras una infección leve por virus como el Citomegalovirus o bacterias como el Mycoplasma.
45b) Hay una variante de la enfermedad en la que aparece una debilidad muscular descendente desde pares craneales a brazos y piernas.
45c) El 50% de los pacientes desarrollan completa la clínica en 2 semanas desde el inicio de los síntomas.
45d) Las anomalías pupilares y el papiledema son muy frecuentes en la variante de Miller-Fisher.

46 EN RELACION CON LA PERICARDITIS AGUDA, ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS ES INCORRECTO?:

46a) La Pericarditis Urémica está directamente relacionada con los niveles séricos de Creatinina y Urea, y mejora con su reducción.
46b) En el Electrocardiograma, los hallazgos típicos son la elevación de ST cóncava y generalizada, y la depresión del segmento PR.
46c) El germen más frecuentemente implicado en la Pericarditis bacteriana es el Staphylococcus aureus.
46d) La Pericarditis Postpericardiotomía aparece hasta en un 30% de las cirugías, semanas después de la cirugía.

47 DE LAS SIGUIENTES ALTERACIONES DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO, SEÑALE LA QUE NO SE OBSERVA EN LA CETOACIDOSIS DIABETICA SIN TRATAR:

47a) Hiponatremia e hipercloremia.
47b) Incremento de Creatinina y Urea.
47c) Hipomagnesemia e hipofosforemia.
47d) Amilasa y lipasa elevadas.

48 EN RELACION CON EL SINDROME CEREBRAL DE EMBOLISMO GRASO QUE SE PRODUCE EN PACIENTES TRAUMATIZADOS, SEÑALE EL ENUNCIADO CORRECTO:

48a) Se presenta en más de un 30% de los pacientes con múltiples fracturas o tras procedimientos ortopédicos.
48b) Es más probable su aparición en pacientes con un foramen oval permeable.
48c) Los émbolos grasos se acumulan más en la sustancia blanca, aunque las petequias se dan en la sustancia gris.
48d) Los criterios mayores de diagnóstico son taquicardia, rash petequial y encefalopatía (criterios de Gurd).

49 EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST, HAY QUE DIFERENCIARLO DE LA CARDIOMIOPATIA DE TAKO-TSUBO. ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES NO SE CORRESPONDE CON LA CARDIOPATÍA DE TAKO-TSUBO?:

49a) Dolor torácico opresivo irradiado a cuello y brazo izquierdo, de características coronarias.
49b) Ecocardiograma trans-torácico sin anomalías de la contractilidad regional.
49c) Cursa con antecedente de episodio de stress emocional, y elevación de enzimas cardiacas.
49d) En la exploración física pueden aparecer signos de insuficiencia cardiaca.

50 LA APARICIÓN DE ALTERNANCIA ELÉCTRICA EN EL ELECTROCARDIOGRAMA (CAMBIOS DE LA DIRECCIÓN Y DE LA AMPLITUD DE LA ONDA P, ONDA T Y SEGMENTO QRS) ES ALTAMENTE ESPECÍFICA DE UNA ENTIDAD DE LAS SIGUIENTES. SEÑALE LA ENTIDAD DIAGNÓSTICA:

50a) Pericarditis constrictiva.
50b) Miopericarditis aguda.
50c) Taponamiento Pericárdico.
50d) Tromboembolismo pulmonar.

51 EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES INTOXICADOS, UNA DE LAS SIGUIENTES CUESTIONES ES INCORRECTA…

51a) El Nomograma de Rumack-Matthew usa los niveles de acetaminophen para predecir su toxicidad.
51b) Los criterios del Kings College se usan como pronostico en la hepatotoxicidad inducida por el Paracetamol.
51c) Se recomienda usar CO3HNa para alcalinizar el pH sanguíneo hasta 7,45 – 7,55 como primera terapia para prevenir y tratar las arritmias asociadas a los Antidepresivos Tricíclicos.
51d) La presencia de acidosis metabólica con anión gap sin osmol gap significativo sugiere presentación precoz tras intoxicación por alcoholes.

52 EN UN PACIENTE INTOXICADO SE PRECONIZA EN LO POSIBLE LA UTILIZACIÓN DE ANTÍDOTOS/QUELANTES. SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA.

52a) Hierro --- Deferoxamina.
52b) Ácido Valproico --- L-Carnitina.
52c) Organofosforado ---Pralidoxima.
52d) Isoniacida --- Octeotrido.

53 EN CUANTO AL MÉTODO DIAGNÓSTICO PARA LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON CATÉTER, SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA:

53a) Para los catéteres multi-lumen, se recomienda que los hemocultivos a través de catéter se extraigan de todas las luces del mismo.
53b) En cuanto al diagnóstico sin retirada de catéter, es criterio de positividad una relación mayor a 3:1 entre el hemocultivo de catéter y el sacado de vena periférica.
53c) En cuanto al diagnóstico sin retirada de catéter, los hemocultivos obtenidos a través de cepillado endoluminal tienen menor sensibilidad y valor predictivo negativo.
53d) Se considera criterio sugestivo de infección relacionada con catéter si el hemocultivo a través de catéter es positivo más de 120 min antes que el hemocultivo periférico, siendo el mismo organismo.

54 EN RELACIÓN A LAS ACTUACIONES COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN RELACIONADA CON CATÉTER, UNA DE LAS SIGUIENTES ES INCORRECTA:

54a) La ecocardiografía no es obligatoria en infección por estafilococo coagulasa negativo.
54b) Se debe retirar el catéter si se confirma infección por estafilococo lugdunensis.
54c) Es obligatoria realizar ecocardiografía en caso de infección por estafilococo coagulasa negativo si se decide mantener el catéter.
54d) Si infección por enterococcus spp la realización de ecocardiografía es obligatoria.

55 EN RELACIÓN CON LOS CAMBIOS FISIOPATOLÓGICOS OCASIONADOS POR LA VENTILACIÓN MECÁNICA, UNO DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS ES INCORRECTO:

55a) El volumen pulmonar bajo incrementa el tono vasomotor pulmonar por estimular la vasoconstricción pulmonar hipóxica.
55b) El volumen pulmonar alto incrementa la resistencia vascular pulmonar.
55c) La ventilación espontánea disminuye la presión intratorácica incrementando el retorno venoso.
55d) La ventilación con presión positiva incrementa la presión intra-torácica incrementando la postcarga del ventrículo izquierdo.

56 SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA EN RELACION A LOS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DE LA ALTERACIÓN DEL INTERCAMBIO GASEOSO EN EL SDRA:

56a) El incremento en la relación Vd/Vt produce hipercapnia.
56b) La baja o moderada relación VA/Q produce hipoxemia.
56c) La muy baja relación VA/Q produce hipoxemia e hipercapnia.
56d) El shunt intracardíaco produce hipercapnia.

57 EN RELACION A LA NUEVA DEFINICIÓN DE BERLIN DEL SDRA, UNA DE LAS SIGUIENTES ES INCORRECTA:

57a) Las variables seleccionadas fueron tiempo de inicio, imagen torácica, origen del edema y grado de hipoxemia.
57b) La relación PaO2/FiO2 determina la estratificación en niveles Leve, Moderado y Grave.
57c) Se mantiene el concepto de ALI (Acute Lung Injury).
57d) El nivel de PEEP puede afectar a la relación PaO2/FiO2, por lo que se requiere un nivel mínimo de 5 cm H2O.

58 EN CUANTO A LAS DEFINICIONES DE SDRA, UNA DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES INCORRECTA:

58a) La primera definición fue la realizada por Asbaugh en 1967.
58b) La segunda definición realizada por Murray et al, introdujo conceptos cronológicos, e introdujo una escala para valoración de variables clínicas.
58c) La tercera definición introdujo el concepto de Lesion Pulmonar Aguda.
58d) En la última definición, denominada de Berlín se ha introducido el termino DAD (Daño Alveolar Difuso).

59 EN PACIENTE CON SDRA Y EN VENTILACION MECANICA, UNA DE LAS SIGUIENTES ES INCORRECTA:

59a) Se recomienda ventilación mecánica protectora con volumen corriente 6-8 ml/kg y presión meseta < 30 cmH2O.
59b) Se recomienda ajustar la ventilación protectora para mantener la presión de conducción ≤ 14 cmH2O.
59c) Las estrategias para establecer PEEP óptima en SDRA han demostrado una reducción significativa en la mortalidad.
59d) Los pacientes con SDRA y una presión de conducción superior a 14 cmH2O tienen una mayor mortalidad hospitalaria.

60 SE HA OBJETIVADO DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SDRA EN VENTILACIÓN MECÁNICA ASOCIADA AL DECÚBITO PRONO EN PACIENTES (SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA)

60a) Ventilados con volumen corriente bajo.
60b) Pronación prolongada.
60c) Instauración después de 48 H de evolución de enfermedad.
60d) Pacientes con hipoxemia severa.

61 EL GRADO III DE CORMACK – LEHANE AL REALIZAR UNA LARINGOSCOPIA PARA INTUBACIÓN, SIGNIFICA:

61a) Que se ve la parte posterior de la epiglotis.
61b) Que solo se ve la epiglotis.
61c) Que no se ve la epiglotis ni la glotis.
61d) Se ve toda la glotis.

62 EN CUANTO A LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON SDRA TRATADOS CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA (ECMO), UNA DE LAS SIGUIENTES CUESTIONES ES INCORRECTA:

62a) La ECMO es una terapia de rescate en la Insuficiencia Respiratoria Refractaria.
62b) En las guías ELSO 2013 se establece como objetivo de la V Mecánica el concepto de "lung rest" o reposo pulmonar.
62c) Es controvertido el nivel de PEEP que se debe utilizar en pacientes con ECMO.
62d) En pacientes con ECMO veno-venoso, siempre es necesaria la PEEP para mejorar la oxigenación.

63 CON RESPECTO A LA REALIZACIÓN DE TRAQUEOTOMÍA EN UN PACIENTE INTUBADO, ES CIERTO QUE:

63a) La técnica quirúrgica presenta un riesgo de complicaciones o mortalidad similar al de la técnica percutánea.
63b) No existe evidencia de que la realización de una traqueotomía precoz disminuya el tiempo de ventilación mecánica.
63c) Se sugiere la realización de traqueotomía precoz sobre la tardía en pacientes con Lesión Cervical Espinal Aguda.
63d) No existe evidencia de que la realización de traqueotomía percutánea a la cabecera del paciente disminuya costos en relación a la realizada en quirófano.

64 DE ACUERDO A LOS CONSENSOS EN TORNO A DEFINICIÓN, TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN DEL ASMA SEVERO, UNA DE LAS SIGUIENTES CUESTIONES ES CORRECTA:

64a) Se han unificado el asma severo y el refractario con el fin de facilitar la aproximación terapéutica efectiva.
64b) En el patrón Fatal de Asma Tipo 1 predominan los Neutrófilos como desencadenantes inflamatorios.
64c) Una de las características del asma no controlado es el hallazgo del FEV1<80% del predicho tras retirada apropiada de broncodilatadores.
64d) La hipercapnia permisiva evitando la hiperinflación pulmonar es la clave del manejo ventilatorio.

65 CITAR LA RESPUESTA INCORRECTA EN RELACION A LOS CAMBIOS FISIOPATOLÓGICOS LIGADOS AL DECUBITO PRONO:

65a) Incrementa la CRF.
65b) Incremento de la motilidad diafragmática.
65c) Incremento de la presión transpulmonar por lo que mejora el reclutamiento.
65d) Disminuye el peso del corazón sobre los pulmones.

66 EN RELACION AL DECUBITO PRONO EN PACIENTES CON SDRA, UNA DE LAS SIGUIENTES ES INCORRECTA:

66a) Se debe emplear precozmente en pacientes con SDRA con PaO2/FiO2 < 150 mmHg.
66b) Se asocia con una menor mortalidad a los 28 días comparando con la ventilación mecánica en decúbito supino.
66c) Los efectos adversos más frecuentes son las úlceras por presión y la obstrucción del tubo endotraqueal.
66d) Se recomienda utilizar al menos 12 H y suspender si la PaO2/FiO2 > 150 mmHg con PEEP $\geq$ 10 cmH2O.

67 EN RELACIÓN A LA DONACIÓN EN ASISTOLIA TIPO III DE MAASTRICH, UNA DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES INCORRECTA:

67a) Las guías internacionales establecen 120 min como tiempo máximo de espera hasta la PCR para considerar válido un donante.
67b) La evolución a largo plazo en los trasplantes renales es equiparable a la de los trasplantados procedentes de Muerte Encefálica.
67c) El hígado es el órgano más sensible a la isquemia caliente, siendo la colangiopatía isquémica la complicación más temida.
67d) Por el tipo de manejo de paciente, el trasplante de pulmón presenta resultados que no son equiparables con los de la Muerte Encefálica.

68 EN RELACIÓN AL SCORE MELD (MODEL FOR END-STAGE LIVER DISEASE SCORE) AL MANEJAR UN PACIENTE CON DISFUNCIÓN HEPÁTICA SEVERA, UNA DE ELLAS ES INCORRECTA:

68a) El MELD (Model for End-stage Liver Disease) es un score de severidad de Cirrosis validado que predice la posibilidad de supervivencia a 3 meses.
68b) Los pacientes cirróticos se consideran candidatos a trasplante hepático cuando el score MELD $\geq$ 25.
68c) Los parámetros en los que se basa para su medición son: la bilirrubina, el INR para el tiempo de protrombina y la creatinina.
68d) Es mejor predictor de morbilidad y mortalidad en pacientes con fallo hepático que el score de Child-Pugh.

69 SEGÚN LOS CRITERIOS DEL KING'S COLLEGE PARA TRASPLANTE HEPÁTICO EN FALLO HEPÁTICO FULMINANTE INDUCIDO POR PARACETAMOL, UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS ES INDICADOR "PER SE" DE TRANSPLANTE HEPÁTICO:

69a) Encefalopatía grado III o IV.
69b) Tiempo de Protrombina > 100 seg.
69c) Concentración de Creatinina > 3,4 mg/dl.
69d) Ph < de 7,3 independientemente del grado de encefalopatía.

70 AL TRATAR A UN PACIENTE CON INHIBIDORES DE LA CALCINEURINA (CICLOSPORINA A VERSUS TACROLIMUS) UNO DE LAS RESPUESTAS ES <u>INCORRECTA</u>:

70a) Ambos tienen un mecanismo de acción similar interfiriendo en la vía celular para la producción y proliferación de citokinas.
70b) Pueden inducir microangiopatía trombótica que se trata suspendiendo el tratamiento y plasmaféresis.
70c) Interaccionan con el Fluconazol y la Rifampicina. Ambos son inductores de su metabolismo por lo que hay que medir niveles.
70d) La absorción de la ciclosporina no está condicionada por la presencia de bilis en el tracto digestivo, por lo que es de elección en trasplante hepático.

71 LA CLASIFICACIÓN DE DONANTES EN ASISTOLIA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE MAASTRICH MODIFICADA DE MADRID ESTABLECE VARIOS TIPOS DE DONANTES. SEÑALE LA QUE <u>ES INCORRECTA</u>:

71a) Los donantes tipo II son donantes en asistolia no controlada.
71b) Los donantes tipos III son donantes en asistolia controlada.
71c) Los donantes tipo IIa son aquellos en los que la parada se produce extrahospitalaria.
71d) Los donantes tipo IV son aquellos a los que se les aplica limitación de Tratamiento de Soporte Vital.

72 EN UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE GOLPE DE CALOR, UNA DE ELLAS <u>ES INCORRECTA:</u>

72a) La Hipopotasemia incrementa el riesgo de Golpe de Calor por disminución del flujo sanguíneo muscular.
72b) Entre los fármacos causantes del Golpe de Calor se encuentran los anticolinérgicos y los beta miméticos.
72c) El consumo de alcohol puede incrementar de manera significativa el riesgo de Golpe de Calor.
72d) El paciente casi siempre presenta situación de Coma o Estupor profundo.

73 LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL GOLPE DE CALOR INCLUYEN TODOS LOS SIGUIENTES <u>EXCEPTO</u> UNO. ¿CUÁL?

73a) Temperatura corporal mayor de 40ºC.
73b) Estupor profundo o coma.
73c) Situación de anhidrosis.
73d) Elevación de Creatinina sérica.

74 EN RELACION A LA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, UNO DE LOS SIGUIENTES <u>NO SE CONSIDERA PREDICTOR</u> DE FRACASO:

74a) Paciente diagnosticado de Neumonía.
74b) Frecuencia Respiratoria mayor de 35 respiraciones minuto.
74c) Presencia de Bilirrubina mayor de 1,5 mg/dl.
74d) Presencia de Lactato por encima de 2 mmol/l.

75 EN UN PACIENTE CON HIPERTERMIA MALIGNA, ES FALSA UNA DE LAS SIGUIENTES:

75a) Existe un defecto en el metabolismo del calcio mediado por un defecto en el receptor de Ryanodina RYR1.
75b) Existe un incremento de concentración de Ca en el Retículo Sarcoplásmico.
75c) El Halotano y la Succinilcolina se encuentran envueltos en el 80% de los casos.
75d) Se produce con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada y con antecedentes de Hª familiar de H Maligna.

76 UNA DE LAS SIGUIENTES DROGAS NO ESTA RELACIONADA CON HIPERTERMIA Y/O SINDROME SEROTONINERGICO:

76a) Linezolid.
76b) Anfetaminas.
76c) Baclofeno.
76d) Citalopram.

77 EN RELACION A LA NUTRICION ENTERAL EN PACIENTE CRITICO, UNA DE LAS SIGUIENTES ES INCORRECTA:

77a) La nutrición enteral incrementa el flujo sanguíneo intestinal y ejerce protección frente a la isquemia intestinal mejorando la respuesta inmune local y sistémica.
77b) Un volumen gástrico residual alto (mayor de 400 ml) es un marcador útil y seguro para riesgo de neumonía aspirativa.
77c) En pacientes diabéticos críticamente enfermos se recomienda la nutrición enteral postpilorica ya que presentan alteración en el vaciamiento gástrico por lo que no toleran nutrición enteral gástrica precoz.
77d) No existe suficiente evidencia de que la elevación de la cabecera del paciente entre 10º y 30º se asocie con mayor riesgo de neumonía que la elevación a 45º.

78 UNA DE LAS SIGUIENTES ES INCORRECTA EN LA DEFINICION DEL SINDROME DE REALIMENTACION:

78a) Se define como las alteraciones hidroelectrolíticas secundarias al soporte nutricional intensivo en paciente desnutrido.
78b) En pacientes con riesgo de síndrome de realimentación se deben corregir los déficits iónicos previamente al inicio de la nutrición.
78c) Se debe administrar Tiamina iv los primeros 3 días e iniciar el soporte nutricional al 75% del cálculo realizado.
78d) Puede manifestarse con hipofosfatemia, arritmias e insuficiencia cardíaca.

79 CON EL OBJETO DE ESTABLECER UNA MONITORIZACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE AGITACIÓN, LAS ESCALAS MÁS UTILIZADAS SON LA SEDATION AGITATION SCALE (SAS) Y LA RICHMON AGITATION SEDATION SCALE (RASS). SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA:

79a) La escala SAS ha sido validada y consta de 7 categorías desde ausencia de reactividad hasta agitación peligrosa.
79b) La escala RASS parte de nivel 0 y tiene un total de 10 categorías para cuantificar agitación y sedación.
79c) Al usar la escala RASS, es preciso llegar a la puntuación 0 para, si está indicado, valorar el delirio.
79d) La escala RASS muestra una buena correlación con la escala RAMSAY.

80 AL UTILIZAR LA DEXMETOMIDINA COMO FÁRMACO EN PACIENTE CRÍTICO, UNA DE LAS SIGUIENTES ES INCORRECTA:

80a) Es un agonista alfa-2 de acción corta y alta especificidad.
80b) Produce Ansiolisis y sedación sin producir analgesia.
80c) Es un fármaco que previene la aparición del temblor postoperatorio.
80d) Inhibe los receptores postsinápticos produciendo reducción en la presión arterial y en la frecuencia cardíaca.

81 AL UTILIZAR EL DROPERIDOL PARA NEUROLEPTOANALGESIA, UNA DE LAS SIGUIENTES ES INCORRECTA

81a) Es una butirofenona de inicio rápido y de larga duración.
81b) Es útil para situaciones de agitación psicomotriz y agresividad.
81c) No tiene efecto analgésico.
81d) Existe riesgo de síntomas extrapiramidales y alargamiento de QT.

82 AL ANALIZAR EL PAPEL DEL INDICE BIESPECTRAL (BIS) EN PACIENTE CRÍTICO, UNA DE LAS SIGUIENTES ES INCORRECTA:

82a) La mayor ventaja es la capacidad de control de la sedación en paciente con bloqueo neuromuscular.
82b) Para una anestesia quirúrgica se considera apropiado un intervalo 40 – 60.
82c) La sedación por debajo de 40 y el aumento de la tasa de supresiones se ha asociado con incremento en la mortalidad.
82d) No se recomienda para la evaluación del estado de conciencia en pacientes con fallo hepático fulminante.

83 SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA EN CUANTO AL MANEJO DE UN PACIENTE CON DELIRIUM:

83a) El Haloperidol es el medicamento de elección para el manejo del paciente con delirium grave.
83b) Los antipsicóticos atípicos (Olanzapina, Risperidona o Ketiapina) se recomiendan como alternativa el manejo del Delirium.
83c) Las Benzodiacepinas están indicadas para el manejo del delirium ya que se objetiva una mejoría en la disfunción cognitiva.
83d) Está contraindicado el uso de inhibidor de la colinesterasa, Donezepilo, en el manejo del delirium.

84 EN CUANTO AL MANEJO DEL SINDROME DE ABSTINENCIA EN UNIDADES DE CRITICOS, UNA DE LA SIGUIENTES ES INCORRECTA:

84a) No se recomienda la administración de Metadona oral durante la retirada de opioides administrados a dosis altas y largo tiempo.
84b) Se recomienda el uso de Buprenorfina en el manejo del síndrome de abstinencia de Opioides.
84c) Se recomienda el uso de Lorazepam durante la retirada de infusiones con dosis altas y largo tiempo de Midazolam.
84d) Las Benzodiacepinas son el tratamiento de elección en el síndrome de abstinencia por alcohol.

85 EL SÍNDROME DE INFUSIÓN DE PROPOFOL SE CARACTERIZA POR TODAS LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS EXCEPTO UNA. SEÑÁLELA.

85a) Cursa con acidosis metabólica y rabdomiólisis.
85b) En analítica se objetiva hiperpotasemia e hiperlipidemia.
85c) Los síntomas se evidencian tras dosis altas a partir de 24-48 horas de infusión.
85d) La mortalidad de estos pacientes oscila entre el 60-75%.

86 UNA DE LAS SIGUIENTES ES INCORRECTA AL CONSIDERAR EL UMBRAL TRANSFUSIONAL DE PLAQUETAS ESPECIFICO EN UN PACIENTE CRITICO:

86a) Se recomienda la transfusión terapéutica en pacientes con sangrado activo para mantener valores por encima de 50 x 10^9 plaquetas/l.
86b) Se desaconseja la transfusión terapéutica en pacientes sangrantes antiagregados.
86c) Se aconseja la transfusión profiláctica en pacientes con recuento plaquetar menor de 10 x 10^9 plaquetas/l para evitar sangrado espontaneo en trombocitopenia hipoproliferativa.
86d) Se sugiere mantener cifras por encima de 100 x 10^9 plaquetas/l en pacientes con sangrado masivo y traumatismo craneal.

87 EN CUANTO A LA HIPERTENSION ABDOMINAL, UNA DE LAS SIGUIENTES ES INCORRECTA

87a) La Hipertension intra-abdominal y el Sindrome Compartimental son entidades diferentes.
87b) Los valores de Presión Intra-abdominal media en pacientes críticos se encuentras entre 5 -7 mmHg.
87c) La Presion de Perfusion Abdominal resulta de la diferencia entre la Tension Arterial Media y la Presión Intra-abdominal.
87d) Hablamos de Hipertension Intra-abdominal cuando su valor es > 20 mmHg.

88 EN CUANTO A LA NUEVA DEFINICIÓN DE SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO, ES INCORRECTO QUE:

88a) La nueva definición excluye el concepto de SIRS (Sindrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica).
88b) La escala SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) se ha designado para estimar de forma más objetiva la disfunción orgánica asociada a la sepsis.
88c) Se utiliza la escala “quick SOFA” (qSOFA) como criterio para sospecha de sepsis si existen 3 o más criterios que lo definen.
88d) Se define Shock como la condición clínica asociada a requerimiento de vasopresor para mantener TAM mayor de 65 mmHg y lactato sérico mayor 18 mg/dl en ausencia de hipovolemia.

89 EN EL ABORDAJE DE PACIENTE CON TRAUMA ABDOMINAL CATASTRÓFICO, TRAS EL CONTROL INICIAL DE DAÑOS, LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA POSIBILIDAD DE DEJAR ABDOMEN ABIERTO INCLUYEN TODOS LOS SIGUIENTES EXCEPTO UNO. SEÑÁLELO:

89a) Temperatura corporal menor de 34ºC.
89b) Necesidades de trasfusión de hematíes mayor de 6 Unidades.
89c) Ph menor de 7,2 ó Lactato mayor de 5 mmol/l.
89d) Base Exceso por debajo de -6 en pacientes mayores de 55 años.

90 UNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS NO SE CONSIDERA COMO POTENCIAL PRECIPITANTES DE MEGACÓLON TÓXICO:

90a) Hipopotasemia.
90b) El uso de corticoides.
90c) Realización de Colonoscopia.
90d) Administración de Loperamida.

91 UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS NO SE CONSIDERA DE MAL PRONOSTICO EN EL FALLO HEPÁTICO AGUDO:

91a) Un pH mayor de 7,5 en fallo hepático secundario a intoxicación por Paracetamol.
91b) Un INR mayor de 6,5 en fallo hepático secundario a intoxicación por Paracetamol.
91c) Una Bilirrubina mayor de 2,3 mg/dl en fallo hepático no secundario a intoxicación por Paracetamol.
91d) Un Tiempo de Protrombina mayor de 100 seg. en fallo hepático no secundario a intoxicación por Paracetamol.

92 ENTRE LOS PRINCIPIOS GENERALES QUE INFORMAN LA LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SE ENCUENTRA:

92a) El aseguramiento universal y público por parte del Estado.
92b) La igualdad de oportunidades y la libre circulación de profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
92c) La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica
92d) Los tres enunciados anteriores constituyen principios generales que informan la Ley 16/2003.

93 LA RENUNCIA A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO:

93a) Únicamente puede basarse en causas legalmente establecidas.
93b) Es un acto de carácter voluntario.
93c) Debe ser aceptada en todo caso.
93d) Inhabilita para obtener nuevamente la condición de estatutario.

94 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

94a) Compete al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud el nombramiento del Director o Directora General, de los Directores de División de la Organización Central y de los Directores-Gerentes de las organizaciones de servicios sanitarios.
94b) El Director o Directora General de Osakidetza-Servicio vasco de salud forma parte del Consejo de Administración y acude a sus sesiones con derecho a voz y voto.
94c) El nombramiento de los Directores-Gerentes de las organizaciones de servicios sanitarios es competencia de la Dirección General de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

95 LA DECLARACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN EL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI ESTABLECE QUE EL DERECHO A AMAMANTAR A LOS HIJOS E HIJAS:

95a) Puede ejercitarse en cualquier espacio.
95b) Puede ejercitarse en cualquier espacio público.
95c) No puede ejercitarse en público
95d) Únicamente puede ejercitarse en los espacios públicos correctamente señalizados.

96 CONFORME A LA LEY 7/2002, DE 12 DE DICIEMBRE, DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD, DIGA, EN RELACIÓN CON EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS, CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

96a) Únicamente tiene validez si previamente ha sido inscrito en algún Registro de Voluntades anticipadas legalmente constituido.
96b) Únicamente es válido en relaciones con las actuaciones sanitarias que se vayan a practicar en Osakidetza-Servicio vasco de salud.
96c) Únicamente puede referirse a enfermedades o lesiones que la persona otorgante pueda padecer en el futuro y, en ningún caso, a aquellas enfermedades o lesiones que ya padece.
96d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

97 LA COMPETENCIA PARA IMPONER LAS SANCIONES POR LAS INFRACCIONES PREVISTAS EN LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, CORRESPONDE:

97a) Al Gobierno Vasco.
97b) A la directora o director de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y al Gobierno Vasco.
97c) Al Gobierno Vasco, a las Diputaciones Forales y a los Ayuntamientos.
97d) A la Consejera o Consejero titular del departamento competente en materia de Igualdad y al Consejo de Gobierno.

98 EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL (PADI):

98a) Atiende a todos los niños y niñas menores de 18 años.
98b) Forma parte del Programa de salud escolar.
98c) Asegura la atención dental a todos los niños y niñas entre 7 y 15 años.
98d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

99 EN RELACIÓN CON LOS RETOS Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS PARA EL PERIODO 2017-2020 DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES <u>FALSA</u>:

99a) Los retos y proyectos estratégicos de Osakidetza-Servicio vasco de salud están directamente relacionados con las líneas estratégicas del Departamento de salud.
99b) La transparencia y buen gobierno constituyen valores de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
99c) La financiación sostenible de las intervenciones en salud constituye uno de los valores de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
99d) La atención centrada en las personas constituye uno de los valores de Osakideta-Servicio vasco de salud

100 DE LA EVALUACIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA SE CONCLUYE:

100a) La necesidad de configurar, junto al espacio social y al espacio sanitario, un tercer espacio sociosanitario.
100b) La necesidad de revisar el actual modelo de distribución competencial entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones y los Ayuntamientos.
100c) La necesidad de dar continuidad a la coordinación interinstitucional y la gestión compartida.
100d) La necesidad de impulsar la atención sociosanitaria desde los ayuntamientos por ser las administraciones más próximas a la ciudadanía.

PREGUNTAS RESERVA

101 UNO DE LOS SIGUIENTES SE CONSIDERA CRITERIO MAYOR DIAGNÓSTICO DE SINDROME HEPATORRENAL:

101a) Sodio en Orina menor de 10 mEq/l.
101b) Osmolaridad Urinaria mayor que la Plasmática.
101c) Oliguria menor de 500 ml/24 H.
101d) Proteinuria menor de 500 mg/24 H.

102 ENTRE LAS FORMULAS PARA EL CALCULO DEL VOLUMEN DE INFUSIÓN EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO, ES CIERTO QUE:

102a) La llamada “regla de los diez” para infusión de volumen solo se debe usar en pacientes adultos.
102b) Se puede usar la fórmula de Monafo o del dextrano.
102c) Si se utilizan coloides de inicio, estamos hablando de fórmulas tipo Evans, Brooke o Galveston.
102d) Actualmente la fórmula más utilizada es la de Brooke.

103 EN LA LLAMADA RESUCITACIÓN FARMACOLOGICA EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO, UNO DE ELLOS <u>ES INCORRECTO:</u>

103a) El control de stress oxidativo con altas dosis de ácido ascórbico disminuye la respuesta inflamatoria y las necesidades de volumen.
103b) La administración de bajas dosis de propanolol reducen los requerimientos miocárdicos de oxigeno sin afectar al aporte de oxígeno.
103c) Dosis altas de Oxandrolona disminuyen la respuesta catabólica disminuyendo la incidencia de infecciones y sepsis.
103d) En pacientes con lesión por inhalación está indicado el uso de heparina nebulizada para descomponer los depósitos de fibrina.

104 UNA DE LAS RESPUESTAS ES INCORRECTA A LA HORA DE VALORAR LA INFECCIÓN EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO:

104a) El índice farmacocinético/farmacodinámico de los antimicrobianos es un factor diferenciador en estos pacientes por el incremento del volumen de distribución y el incremento en la filtración glomerular.
104b) Los cultivos de biopsias de zona quemada tienen poco valor para el diagnóstico de infección.
104c) En pacientes con superficie total quemada superior al 20% la incidencia de lesión por inhalación es superior al 37% por lo que al precisar ventilación mecánica aumenta el riesgo de neumonía.
104d) La escisión precoz, entre 1 y 7 días, está recomendada ya que se ha objetivado su efectividad en cuanto a reducción de morbi – mortalidad.

105 SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA EN CUANTO AL DIAGNOSTICO DE INFECCION DE HERIDA POR QUEMADURA:

105a) El "gold standard" para el diagnóstico de infección de herida por quemadura es la evidencia histopatológica de la invasión de microorganismos en el tejido sano subyacente.
105b) Los valores de corte superiores a 10^5 CFU/g de tejido muestra evidencia histopatológica de infección en el 75% de los casos.
105c) El diagnóstico se basa en criterios clínicos y el tratamiento está guiado por los resultados de cultivos de quemadura.
105d) Los puntos de corte con valores inferiores a 10^5 CFU/g de tejido no se acompaña de evidencia histopatológica de infección.

106 SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA EN RELACIÓN AL SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL:

106a) Es un valor independiente de la edad definido como nivel de Presión Intra-abdominal mayor de 20 mmHg
106b) Es independiente del valor de Presión de Perfusión Abdominal.
106c) Existe una nueva disfunción orgánica.
106d) La posición en decúbito prono es un factor de riesgo porque disminuye la compliance abdominal.

107 AL ANALIZAR EL INDICE FARMACOCINETICO/FARMACODINAMICO Y PROPIEDADES DE ANTIBIOTICOS USADOS EN PACIENTE CRITICO, UNA DE LAS SIGUIENTES ES INCORRECTA:

107a) Los Glycopeptidos son antibióticos tiempo dependientes y concentración dependientes, son Hidrofilicos con volumen de distribución bajo.
107b) Los Betalactámicos son antibióticos tiempo dependientes, son hidrofílicos con bajo volumen de distribución.
107c) La fluorquinolona es un antibiótico predominantemente concentración dependiente con efecto tiempo dependiente asociado, es Hidrofilico con muy bajo volumen de distribución.
107d) El aminoglucósido es un antibiótico concentración dependiente, es Hidrofilico con bajo volumen de distribución.

108 EN INTOXICACIÓN POR METANOL Y ETILENGLICOL, SI SE USA FOMEPIZOLE, ¿CON QUÉ NIVELES SE RECOMIENDA FINALIZAR?:

108a) Con niveles < de 20 mg/dl.
108b) Con niveles < de 20 gr/l.
108c) Con niveles < 40 gr/l.
108d) Con niveles < 40 mg/dl.

109 CALCULA LA CONCENTRACIÓN ESTIMADA DE METANOL EN SUERO SI LA OSMOLARIDAD PLASMÁTICA CALCULADA ES DE 300 Y LA MEDIDA ES DE 390.

109a) 256 mg/dl.
109b) 28,4 mmol/l.
109c) 540 mg/dl.
109d) 42,1mmol/l.

110 DIGA CUÁL DE ESTAS LÍNEAS DE ACCIÓN CORPORATIVA NO FORMA PARTE DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD

110a) La identificación inequívoca de pacientes.
110b) La seguridad transfusional: donantes y receptores de componentes sanguíneos y tejidos.
110c) La designación de referentes de seguridad en las organizaciones de servicios sanitarios.
110d) Las buenas prácticas asociadas a los cuidados de enfermería.

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

2016 OPE 2017

FAK. ESP. MEDIKUNTZA INTENTSIBOKO MEDIKUA
FAC. ESP. MEDICO MEDICINA INTENSIVA

ARIKETA / EJERCICIO: 01 EREDUA / MODELO: A

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 C	031 D	061 B	091 A
002 B	032 B	062 D	092 D
003 D	033 A	063 C	093 B
004 A	034 C	064 D	094 C
005 A	035 D	065 C	095 B
006 C	036 B	066 D	096 D
007 B	037 B	067 D	097 B
008 D	038 A	068 B	098 C
009 C	039 C	069 D	099 C
010 A	040 C	070 D	100 C
011 B	041 D	071 D	Erreserbak / Reservas
012 D	042 B	072 B	101 D
013 B	043 D	073 C	102 A
014 C	044 A	074 D	103 C
015 A	045 D	075 D	104 D
016 D	046 A	076 C	105 B
017 C	047 C	077 B	106 A
018 D	048 B	078 C	107 C
019 B	049 B	079 C	108 A
020 B	050 C	080 B	109 A
021 D	051 D	081 A	110 C
022 A	052 D	082 D	
023 C	053 C	083 C	
024 A	054 C	084 A	
025 B	055 D	085 D	
026 A	056 D	086 B	
027 B	057 C	087 D	
028 B	058 D	088 C	
029 D	059 C	089 B	
030 C	060 C	090 B	

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.

(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak

(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales