

Examen del concurs oposició per optar a places de la categoria metge/metgessa d'urgències hospitalàries del Servei de Salut de les Illes Balears

Observacions:

- Aquest examen consta de **set (7) qüestionaris en un sol quadern** corresponents a set temes o casos clínics diferents d'aquesta especialitat.
- Cada qüestionari està identificat i ressaltat amb un número i la matèria de què tracta o bé directament la descripció del cas, i seguidament hi ha **24 preguntes** de tipus test, numerades de l'1 al 24.
- **Heu de respondre les 24 preguntes de tres (3) dels set temes o casos.** Les quatre darreres preguntes (núm. 21-24) de cada tema són de reserva per si alguna de les altres (1-20) resulta impugnada.
- Per a cada pregunta només hi ha una resposta correcta d'entre les quatre possibles.
- Cada resposta correcta es valora amb 1 punt, de manera que la valoració total de l'examen és de 60 punts (20 preguntes × 3 temes). És necessari respondre les preguntes de reserva, encara que en principi només es puntuaran les preguntes 1-20. Cada resposta errònia es penalitza amb una quarta part del valor d'una de correcta. Les respostes en blanc i les que contenguin més d'una alternativa marcada no es valoren.
- Les pàgines del quadern estan numerades; comprovau-ne el contingut fins a la darrera pàgina. Si detectau alguna anomalia en la impressió, demanau que us el canviïn.
- **Heu de senyalar les respostes en el full òptic que us han entregat. Llegiu molt atentament les instruccions que hi figuren.**
- El temps per completar la prova és de **120 minuts, inclòs el temps per senyalar les respostes en el full òptic.**
- Podeu utilitzar el quadern com a esborrany. Una vegada acabada la prova, us el podeu endur.

Advertiments:

- No podeu llegir cap dels qüestionaris fins que no us ho indiquin.
- No faceu en el full òptic cap tipus de marca ni signatura que pugui desvirtuar els principis d'igualtat, mèrit i capacitat.
- Únicament podeu emprar bolígraf negre o blau.
- No és permès emprar calculadora.
- Durant la prova no podeu dur damunt ni tenir a la taula cap aparell electrònic, ni tan sols apagat.
- Abans del començament de la prova, algun membre del tribunal o algun dels seus col·laboradors haurà explicat les instruccions que heu de seguir. Si no heu entès alguna d'aquestes instruccions, demanau-li que us l'aclearixi.
- El fet de concórrer a aquesta prova suposa acceptar aquestes instruccions, sense detriment del dret a interposar-hi una reclamació o un recurs.
- Incomplir qualsevol d'aquests advertiments pot suposar l'exclusió de la prova.





Cas 1

Home de 55 anys, obès i fumador de 10 cigarrets/dia. Sense altres factors de risc cardiovascular coneguts ni antecedents de cardiopatia ni de pneumopatia. Sense intervencions quirúrgiques prèvies. No pren cap tractament habitualment.

Antecedents familiars: son pare va patir un infart agut de miocardi als 53 anys.

Ha acudit al servei d'urgències a les 7.30 h del matí acompanyat del seu company de feina (tots dos són picapedrers) perquè, carregant uns sacs a la feina devers les 6.30 h s'ha iniciat un quadre de malestar: dolor toràctic retroesternal opressiu irradiat a l'espatlla esquerra, mareig i sudoració profusa. Ha arribat al servei d'urgències amb la mateixa simptomatologia.

Exploració:

- Tensió arterial (TA): 105/55 mmHg.
- Freqüència cardíaca (FC): 65 bpm.
- Saturació d'oxigen (SatO₂): 96 % (FiO₂: 0,21).
- Freqüència respiratòria (FR): 16 rpm.
- Temperatura (T^a): 36 °C.
- Valor en l'escala de coma de Glasgow: 15.
- Conscient, orientat en les tres esferes, suós, eupneic, amb normocolor.
- Auscultació cardiorespiratòria: tons rítmics, sense auscultar-hi bufes. Murmuri vesicular conservat sense crepitacions ni sorolls afegits.
- Exploració abdominal: tou i depressible, indolor, sense masses ni megàlies; sense dolor en la palpació de la gàbia toràctica, sense hematomes ni lesions cutànies.
- Aparell locomotor: polsos inguinals forts i simètrics; sense edemes a les cames.

Proves complementàries:

Electrocardiograma (ECG_1): ritme sinusal a 65 bpm, amb elevació del segment ST superior a 2 mm en DII, DIII, aVF, lleugerament elevat en V1. L'elevació de l'ST en DIII és major que l'elevació en DII. Descens de l'ST en DI, aVL.



Al cap de 15 minuts d'arribar al servei d'urgències i estant monitorat al box d'exploració, el pacient refereix mareig, visió borrosa i posteriorment perd la consciència. Efectivament, es comprova que el pacient no respon i no respira i en la traça electrocardiogràfica del monitor (ECG_2) s'evidencia una arrítmia ràpida desorganitzada amb ones irregulars de morfologia inconsistent en la qual els complexos QRS són indistingibles de les ones T.

1. Després del resultat de l'ECG_1 (en arribar a urgències), quin és el diagnòstic?

- a) Síndrome coronària aguda SENSE elevació del segment ST (SCASEST) de localització inferior.
- b) Síndrome coronària aguda AMB elevació del segment ST (SCACEST) de localització inferior per oclusió de l'artèria coronària dreta.
- c) SCACEST de localització inferior per oclusió de l'arterial circumflexa.
- d) SCACEST de localització anterior per oclusió de l'artèria descendent anterior.

2. Quina arrítmia descriu l'ECG_2?

- a) Fibril·lació ventricular.
- b) Taquicàrdia ventricular sense pols.
- c) Taquicàrdia ventricular.
- d) Asistòlia.

3. En el cas d'un pacient en aturada cardiorespiratòria en el medi hospitalari, ¿quina de les accions següents és incorrecta segons les guies de l'European Resuscitation Council (ERC) de 2021?

- a) Reconèixer la situació d'aturada cardiorespiratòria.
- b) Iniciar immediatament la reanimació cardiorespiratòria (RCP).
- c) Demanar ajuda a l'equip de reanimació.
- d) Fer-li una intubació orotraqueal (IOT) al més aviat possible.



4. **Segons la descripció del cas clínic, s'ha comprovat que el pacient no respon i no respira i en el monitor desfibril·lador s'observa una arrítmia ràpida (ECG_2). Quina de les accions següents és incorrecta segons les guies de l'European Resuscitation Council (ERC) de 2021?**
- a) Després de cada descàrrega elèctrica cal suspendre les compressions toràciques i revisar el ritme en el monitor.
 - b) Es pot prendre en consideració donar tres descàrregues consecutives si se sospita una fibril·lació ventricular presenciada i el monitor-DF està a l'abast immediatament.
 - c) Si qui s'encarrega de l'RCP no sap quanta energia ha d'aplicar en la desfibril·lació, cal aplicar la més alta en totes les descàrregues.
 - d) El nivell d'energia inicial en la desfibril·lació amb ones bifàsiques és de almenys 150 J.
5. **En una situació d'aturada cardiorespiratòria a l'hospital i després de monitorar el ritme, es detecta una bradicàrdia regular a 50 bpm i sense pols carotídi detectable. Senyalau l'afirmació correcta segons les guies de l'European Resuscitation Council (ERC) de 2021:**
- a) Es tracta d'una situació d'RCP en la branca de ritmes desfibril·lables.
 - b) Cal iniciar les compressions toràciques d'alta qualitat tan aviat com sigui possible i amb les interrupcions mínimes.
 - c) Cal administrar al pacient 0,5 mg d'atropina per la via endovenosa al més aviat possible.
 - d) Cal aplicar una desfibril·lació precoçment.
6. **Senyalau la resposta incorrecta sobre l'ús de fàrmacs en una situació d'aturada cardiorespiratòria en adults segons les guies de l'European Resuscitation Council (ERC) de 2021:**
- a) Administrar 1 mg d'adrenalina per la via intravenosa (intraòssia) tan aviat com sigui possible en els casos de aturada cardiorespiratòria amb un ritme no desfibril·lable.
 - b) Administrar 1 mg d'adrenalina per la via intravenosa (intraòssia) després de la tercera desfibril·lació en els casos d'aturada cardiorespiratòria amb un ritme desfibril·lable.
 - c) Administrar 150 mg d'amiodarona per la via intravenosa (intraòssia) després de la tercera descàrrega en els casos d'aturada cardiorespiratòria en ritme desfibril·lable.
 - d) Administrar 1 mg d'adrenalina cada 3-5 minuts mentre continuï l'RCP.



- 7. Senyalau l'afirmació correcta amb relació a la situació d'aturada cardiorespiratòria en un adult segons les guies de l'European Resuscitation Council (ERC) de 2021:**
- a) Fer una ecografia durant una aturada cardiorespiratòria pot ser útil per diagnosticar causes tractables, com ara un tamponament cardíac o un pneumotòrax.
 - b) La dilatació ventricular dreta aïllada durant una aturada cardiorespiratòria permet diagnosticar un tromboembolisme pulmonar massiu.
 - c) Durant una aturada cardiorespiratòria, la presència de contractilitat miocàrdica indica per si mateixa que es pot interrompre la reanimació cardiopulmonar.
 - d) Fer una ecografia durant una aturada cardiorespiratòria és tan rendible per diagnosticar les causes tractables que permet fer interrupcions addicionals de les compressions toràciques.
- 8. Senyalau l'afirmació falsa sobre el diagnòstic de la síndrome coronària aguda:**
- a) El diagnòstic de síndrome coronària aguda sense elevació del segment ST (SCASEST) es pot fer en cas de blocatge complet de qualsevol de les branques del fascicle de His de nova aparició, amb dades clíniques suggeridores d'isquèmia persistent.
 - b) L'SCASEST es defineix com la presència electrocardiogràfica d'infradesnivellació del segment ST igual o superior a 1 mm en dues o més derivacions contigües.
 - c) En cas d'infradesnivellació generalitzada de l'ST (en vuit o més derivacions) amb supradesnivellació en aVR d'almenys 1 mm cal actuar com en els casos d'infart agut de miocardi sense elevació del segment ST (IAMSEST) encara que el pacient presenti inestabilitat hemodinàmica.
 - d) Si hi ha una elevació del segment ST igual o superior a 0,5 mm registrada en les derivacions V7-V9, es considera un mitjà per identificar l'infart agut de miocardi posterior.
- 9. Quina és la puntuació CHA₂DS₂-VASc en el cas d'un pacient de 76 anys que presenta una arrítmia per fibril·lació auricular i està en tractament per hipertensió arterial?**
- a) 0.
 - b) 1.
 - c) 2.
 - d) 3.

- 10. Senyalau l'afirmació falsa sobre el diagnòstic de la síndrome coronària aguda:**
- a) Hi està indicat registrar i interpretar l'electrocardiograma de dotze derivacions tan aviat com sigui possible al lloc del primer contacte mèdic, amb un retard màxim de deu minuts.
 - b) Hi està indicada el monitoratge electrocardiogràfic amb capacitat de desfibril·lació en tot pacient amb sospita d'infart agut de miocardi amb elevació del segment ST (IAMCEST).
 - c) Cal considerar l'ús de derivacions addicionals de la paret toràcica posterior (V7-V9) en pacients amb sospita d'infart agut de miocardi posterior (oclusió de l'artèria circumflexa).
 - d) Hi està indicat prendre mostres de sang per determinar al més aviat possible els marcadors sèrics en la fase aguda, perquè els resultats determinaran el tractament.
- 11. Senyalau l'afirmació falsa sobre el procés diagnòstic del dolor toràcic d'origen pericardíac:**
- a) Es caracteritza per ser un dolor retroesternal que empitjora en la posició de decúbit i millora amb la sedestació. Un antecedent d'infecció recent orienta cap a aquest diagnòstic.
 - b) El frec pericardíac és una dada molt específica, i és freqüent trobar-lo.
 - c) Hi ha canvis evolutius electrocardiogràfics al llarg del temps: el més precoç i específic és el descens del segment PR i el més freqüent és una elevació difusa del segment ST còncava cap amunt.
 - d) En els casos sospitosos de pericarditis, l'elevació de les troponines indica una miopericarditis.
- 12. Una de les respostes següents no forma part del tractament de primera línia de la pericarditis aguda. Senyalau-la:**
- a) Corticoides.
 - a) Restricció de l'activitat física.
 - b) Antiinflamatoris no esteroïdals o àcid acetilsalicílic.
 - c) Colquicina.



13. Senyalau l'afirmació falsa en referència al tractament antiagregant en la síndrome coronària aguda sense elevació de l'ST (SCASEST) segons les guies de l'European Resuscitation Council (ERC) de 2021:

- a) Cal valorar administrar àcid acetilsalicílic si no està contraindicat per al pacient.
- b) No es recomana l'administració sistemàtica de pretractament amb un inhibidor del P2Y12 (2 (ticagrelor o prasugrel) en els casos d'SCASEST si es desconeix l'anatomia coronària del pacient i es planifica una estratègia invasiva primerenca.
- c) Com a mesura de seguretat, cal esperar a rebre el resultat dels marcadors miocardiàcs per administrar qualsevol tractament antiagregant.
- d) El clopidogrel, que es caracteritza per ser un inhibidor plaquetari menys potent, només s'ha d'emprar en els casos en què el prasugrel o el ticagrelor estiguin contraindicats, no estiguin disponibles o no siguin tolerables per un risc hemorràgic massa alt.

14. Senyalau l'afirmació falsa sobre el tractament antiagregant en la síndrome coronària aguda segons les guies de l'European Resuscitation Council (ERC) de 2021:

- a) L'àcid acetilsalicílic s'ha d'administrar en una dosi de càrrega de 500 mg per la via oral.
- b) La dosi inicial de càrrega del ticagrelor és de 180 mg per la via oral.
- c) La dosi de càrrega del clopidogrel és de 300-600 mg per la via oral.
- d) L'àcid acetilsalicílic sense coberta entèrica és més recomanable, atesa la rapidesa d'absorció.

15. En l'abordatge de la síndrome coronària aguda, ¿quin dels valors següents aporta un risc d'hemorràgia més alt d'acord amb l'escala CRUSADE?

- a) Hematòcrit entre el 31 % i el 33,9 %.
- b) Depuració de la creatinina entre 15 i 30 mL/min.
- c) Freqüència cardíaca de 71-80 bpm.
- d) Patir diabetis *mellitus*.



- 16. Plantejau-vos el cas d'una dona de 67 anys amb antecedents personals d'hipotiroïdisme, hipertensió arterial i blocatge de la branca esquerra del fascicle de His, asimptomàtic des que es va descobrir fa uns anys. Acudeix al servei d'urgències per un episodi sincopal, a causa del qual ha caigut.**

TA: 140/90 mmHg; FC: 40 bpm; SatO₂: 97 % (FiO₂: 0,21); FR: 15 rpm.

Electrocardiograma: s'hi evidencia bradiarrítmia a 37 bpm, interval PR constant, cada tres complexos normals una onda P no va seguida d'un QRS; QRS > 0,12 segons.

Quin tipus de bradiarrítmia presenta?

- a) Blocatge auriculoventricular de primer grau.
 - b) Blocatge auriculoventricular de segon grau Mobitz I o Wenkebach.
 - c) Blocatge auriculoventricular de segon grau Mobitz II.
 - d) Blocatge auriculoventricular de tercer grau.
- 17. En el cas d'un pacient simptomàtic que presenta un blocatge auriculoventricular de tercer grau amb ritme d'escapament ventricular, ¿quina de les actuacions següents es considera menys eficaç?**
- a) Administrar-li 2 µg/min d'isoprotenerol en perfusió.
 - b) Col·locar-li un marcapassos transcutani.
 - c) Administrar-li 2 µg/min d'adrenalina en perfusió per la via endovenosa.
 - d) Administrar-li 0,5 mg d'atropina per la via endovenosa.
- 18. Plantejau-vos el cas d'un pacient de 81 anys atès al servei de traumatologia per una fractura del maluc esquerre i donat d'alta fa 36 hores, que és traslladat per la seva filla al servei d'urgències a causa de dolor toràcic i dispnea (no consta cap antecedent de cardiopatia en la seva història clínica). Està mal perfós i dispneic i es queixa de dolor toràcic opressiu.**

TA: 90/55 mmHg; FC: 165 bpm; T^a: afebril; SatO₂: 92 %; FR: 30 rpm.

Exploració física: mal perfós, impressiona de gravetat, taquipneic.

Auscultació cardiorespiratòria: buf sistòlic d'ejecció panfocal irradiat al coll; crepitacions bilaterals fins als camps mitjans.

Electrocardiograma: taquicàrdia arrítmica a 150; eix QRS: 60°; QRS estret; alteracions marcades en la repolarització amb descens de l'ST en nou derivacions i elevació de l'ST en AVR i V1.



Amb aquestes dades, quin dels tractaments següents és menys adequat?

- a) Digoxina.
- b) Nitroglicerina en perfusió endovenosa.
- c) Cardioversió elèctrica.
- d) Oxigenoteràpia.

19. Plantejau-vos el cas d'un pacient hipotens, amb dolor toràcic i signes adversos evidents atribuïbles a una taquicàrdia arrítmica a 170, QRS estret. Senyalau la resposta correcta en el cas de plantejar-vos una cardioversió elèctrica:

- a) Cal fer una cardioversió elèctrica sincronitzada a la potència màxima des de l'inici, havent administrat sedoanalgesia al pacient i un pretractament amb un fàrmac antiarrítmic per millorar l'eficàcia de la cardioversió.
- b) Cal fer una cardioversió elèctrica no sincronitzada a la potència màxima des de l'inici, havent administrat sedoanalgesia al pacient.
- c) Cal fer una cardioversió elèctrica sincronitzada a 70 J.
- d) Cal fer una cardioversió farmacològica amb 300 mg de flecaïnida per la via oral.

20. Senyalau l'afirmació falsa sobre el procediment de sedoanalgesia a un servei hospitalari d'urgències:

- a) La tècnica correcta de sedoanalgesia inclou l'avaluació prèvia del pacient per poder detectar i prevenir l'aparició d'efectes adversos.
- b) El procediment no requereix el consentiment informat del pacient.
- c) Per aconseguir un nivell de sedació moderat es recomana monitorar durant la sedoanalgesia la freqüència cardíaca per mitjà d'un electrocardiògraf, la pressió arterial no invasiva, la saturació d'oxigen per mitjà d'un pulsioxímetre i fer una capnografia (si està disponible).
- d) Per als procediments que es duen a terme al servei d'urgències es recomana un nivell de sedació 3-4 en l'escala de Ramsay, que equival a un nivell de sedació lleu-moderat.

Preguntes de reserva

21. Senyalau la resposta correcta sobre la medicació emprada en la sedoanalgesia al servei d'urgències:

- a) El propofol és lipofílic, produeix hipnosi i analgesia i disminueix la tensió arterial i la despesa cardíaca. La dosi d'inici és de 0,5-1 mg/kg per la via intravenosa. El temps d'inici de l'acció és de 4 minuts.
- b) El midazolam produeix hipnosi i està indicat per aconseguir una sedació profunda. La dosi inicial és de 0,02-0,03 mg/kg. El temps d'inici de l'acció és de 40 segons.
- c) L'etomidat provoca menys depressió respiratòria però gran estabilitat hemodinàmica, i és el fàrmac d'elecció per a la sedació d'ancians i pacients inestables. La dosi és de 0,1-0,15 mg/kg. El temps d'inici de l'acció és immediat.
- d) La ketamina es pot emprar per la via endovenosa o intramuscular en pacients agitats. Està indicada per a pacients amb traumatisme cranioencefàlic i sospita d'hipertensió endocranial.

22. Plantejau-vos el cas d'un jove de 21 anys que acudeix al servei hospitalari d'urgències perquè fa devers 45 minuts que presenta palpitations molestes, sense un dolor toràcic clar. Nega haver consumit drogues i no pren medicació. No té antecedents mèdics rellevants.

TA: 120/67 mmHg; FC: 185 bpm; SatO₂: 99 %; FR: 14 rpm. Exploració física: no impressiona de gravetat; sense edemes. Auscultació cardiorespiratòria: taquicàrdia rítmica sense bufs; murmuri vesicular conservat. Electrocardiograma de 12 derivacions: taquicàrdia rítmica del complex QRS estret a 180 bpm.

Senyalau l'afirmació falsa:

- a) Respecte de la maniobra de Valsalva tradicional, la maniobra de Valsalva modificada augmenta les probabilitats d'èxit per tornar al ritme sinusal.
- b) Cal evitar el massatge del si carotidi en els pacients amb antecedents d'ictus.
- c) L'adenosina s'administra inicialment per la via endovenosa en dosis de 6 mg; si no és efectiva, s'hi afegixen 6 mg i, si falla, una tercera de dosi, de 12 mg.
- d) El verapamil (dosi de 0,075-0,15 mg/kg per la via intravenosa) o el diltiazem per la via intravenosa es poden administrar si l'adenosina falla o hi està contraindicada, però s'associen a risc d'hipotensió.



23. En els casos de síndrome coronària aguda, senyalau la resposta correcta sobre la intervenció coronària percutània primària:

- a) En l'SCACEST, la intervenció coronària percutània primària s'ha de fer desitjablement en les primeres 24 hores del diagnòstic.
- b) En l'SCACEST, la intervenció coronària percutània primària és el tractament de reperfusió preferit sempre que es pugui fer abans de 120 minuts des del diagnòstic.
- c) En l'SCASEST es prefereix la fibrinòlisi.
- d) La intervenció coronària percutània primària es defineix com la coronariografia, seguida d'intervenció coronària percutània de l'artèria responsable de l'infart si hi està indicada, que té lloc 2-24 hores després de la fibrinòlisi eficaç.

24. Plantejau-vos el cas d'una dona de 44 anys, fumadora però sense altres factors de risc cardiovascular coneguts, en tractament habitual d'anticoncepció per la via oral, que acudeix al servei d'urgències a causa d'un dolor toràcic punxant d'aparició sobtada, que augmenta amb els moviments respiratoris. Presenta dispnea lleu però sense clínica d'infecció respiratòria.

TA: 110/75 mmHg; FC: 101 bpm; SatO₂: 99 % (FiO₂: 0,21), FR: 22 rpm; T^a: afebril.

Auscultació cardiorespiratòria: tons cardíacs rítmics. Murmuri vesicular conservat sense sorolls afegits. Empastament dels músculs bessons de la cama esquerra.

Electrocardiograma: taquicàrdia sinusal a 105 bpm, sense alteracions en la repolarització. QRS estret.

Quin dels diagnòstics següents és més probable?

- a) Infart agut de miocardi sense elevació del segment ST (IAMSEST).
- b) Tromboembolisme pulmonar.
- c) Pneumònia.
- d) Síndrome aòrtica aguda.

Cas 2

Pacient de 77 anys, fumador, sense al·lèrgies conegudes a fàrmacs. Antecedents personals d'obesitat, hipertensió i hipertriglicèridèmia. Sense intervencions quirúrgiques prèvies. Tractament actual: 5 mg d'enalapril cada 24 hores.

Acudeix al servei d'urgències a causa de dolor abdominal generalitzat des de fa 24 hores, inicialment còlic i posteriorment constant, d'intensitat lleu-moderada, que s'irradia a l'esquena i ha augmentat progressivament. Ha pres paracetamol, però no ha obtingut millorança clínica. Presenta nàusees però sense vòmits. El ritme deposicional és normal. No refereix pèrdua de pes ni anorèxia des de l'inici del dolor. No presenta clínica miccional, ni dolor toràcic, ni clínica respiratòria o neurològica associada. Presenta un important component ansiós.

Exploració:

- Tensió arterial (TA): 155/79 mmHg.
- Freqüència cardíaca (FC): 100 bpm.
- Saturació d'oxigen (SatO₂): 98 %.
- Freqüència respiratòria (FR): 22 rpm.
- Temperatura (T^a): 37,7 °C.
- Glucèmia capil·lar: 120 mg/dL.
- Aspecte general: normocolor, lleugera sequedat de les mucoses, conscient i orientat; escala visual analògica del dolor (EVA), 4/10.
- Auscultació cardiopulmonar: to cardíac rítmic, amb taquicàrdia, sense bufes. Eupneic, murmuri vesicular conservat sense sorolls afegits.
- Abdomen: tou, depressible amb defensa voluntària per dolor a l'hemiabdomen superior. Peristaltisme conservat. Signe de Blumberg, signe de Murphy, signe de Rovsing i percussió renal, tots negatius. Petita hèrnia umbilical reductible, no dolorosa, amb polsos femorals simètrics. No es palpen adenopaties ni hèrnies inguinals. Sense masses ni megàlies.
- Tacte rectal: ampulla amb femta tova de coloració normal.
- Extremitats inferiors: sense edemes ni trombosi venosa profunda. Polsos simètrics, normals.

1. En el cas descrit, quina de les entitats següents és la menys probable?

- a) Brot ulcerós.
- b) Hèrnia umbilical encarcerada.
- c) Apendicitis.
- d) Pancreatitis.



2. En el mateix cas descrit, quina prova complementària cal prioritzar?

- a) Radiografia de l'abdomen.
- b) Ecografia abdominal.
- c) Anàlítica general amb perfil hepatobiliar i PCR.
- d) Tomografia computada (TC) abdominal.

3. Quines lesions cutànies a l'abdomen orienten al diagnòstic de pancreatitis hemorràgica?

- a) Signe de Cullen i signe de Gray-Turner.
- b) Node de la germana Joseph.
- c) Lesions herpètiques al flanc esquerre.
- d) Angioma cutani.

Resultats de proves complementàries:

- Electrocardiograma: ritme sinusal a 100 bpm. Bloatge de la branca dreta.
- Radiografia del tòrax: sense alteracions.
- Radiografia de l'abdomen: femta en marc còlic pneumatitzat.
- Anàlítica de sang: hematies, 3.780.000 cèl·lules/mL; hemoglobina, 13,4 g/dL; hematòcrit, 43,1 %; volum corpuscular mitjà (VCM), 93,2; leucòcits, 12.500 cèl·lules/mL (neutròfil: 46 %); plaquetes, 338.000 cèl·lules/mL; glucosa, 79 mg/dL; creatinina, 0,55 mg/dL; urea, 77 mg/dL; bilirubina total, 2,1 mg/dL; ALT, 475 UI/L; AST, 215 UI/L; GGT, 243 UI/L; lipasa, 404 UI/l; amilasa, 427 UI/L; GOT/GPT, 548 UI/L; LDH, 567 UI/L.
- Anàlítica de l'orina: pH, 7,5; sediment no patològic; amilasúria, 2.245 UI/L.

4. Senyalau l'afirmació falsa sobre l'amilasa sèrica:

- a) Augmenta en les primeres 2-12 hores.
- b) Pot estar elevada en l'embaràs ectòpic.
- c) Si és normal, s'exclou el diagnòstic de pancreatitis aguda.
- d) Es normalitza dins el termini de 48-72 hores.

- 5. Els criteris de Ranson serveixen com a marcadors pronòstics primerencs en la pancreatitis aguda. Senyalau la resposta correcta en aquest cas segons les dades descrites:**
- a) No s'ha de calcular en el moment de l'ingrés; s'ha d'esperar 48 hores.
 - b) Criteri de Ranson 2.
 - c) Criteri de Ranson 3.
 - d) Criteri de Ranson 1.
- 6. Senyalau la actuació correcta en el tractament d'un pacient amb sospita de pancreatitis aguda:**
- a) Col·locació de sonda nasogàstrica per evitar nàusees i vòmits.
 - b) Administració parenteral de líquids amb cristal·loides a ritme de 5-10 mL/kg/hora.
 - c) Analgèsia: primera opció amb meperidina en dosis d'1 mg/kg per la via endovenosa.
 - d) Profilaxi antibiòtica, excepte si se sospita pancreatitis necrohemorràgica.
- 7. Senyalau la resposta falsa sobre l'ecografia abdominal aplicada al cas d'aquest pacient:**
- a) Aporta molta informació sobre el llit pancreàtic.
 - b) S'ha de sol·licitar en cas de dubte diagnòstic d'un possible abdomen agut.
 - c) S'hi pot observar líquid lliure peritoneal.
 - d) Per a la pancreatitis, té menys especificitat i sensibilitat que la TC.
- 8. Senyalau l'afirmació correcta amb relació a l'ascites:**
- a) La paracentesi està indicada en l'ascites de grau 1 encara que sigui un primer episodi de descompensació hidròpica.
 - b) L'ascites a tensió, encara que es faci una paracentesi evacuadora, és un criteri absolut d'ingrés hospitalari, perquè indica un mal pronòstic.
 - c) L'ascites refractària es considera en l'ascites recurrent en almenys tres episodis en els darrers dotze mesos malgrat el tractament diürètic adequats en dosis màximes i una dieta hiposòdica.
 - d) La prevenció de la disfunció circulatòria posterior a una paracentesi es corregeix administrant albúmina com a expansor del volum a raó de 8 g per cada dos litres, sempre que s'hagin extret almenys cinc litres de líquid ascític.



- 9. Senyalau l'afirmació correcta sobre la peritonitis bacteriana espontània:**
- a) S'ha de fer profilaxi de la peritonitis bacteriana espontània primària en els pacients amb cirrosi i hemorràgia digestiva baixa amb 1 g de cefotaxima cada 24 hores per la via endovenosa.
 - b) El líquid ascític amb recompte leucocitari superior a 255 PMN/cm³ i 12.000 hematies s'ha de considerar peritonitis bacteriana espontània.
 - c) Si se sospita peritonitis bacteriana espontània no es recomana fer un cultiu del líquid ascític després de la paracentesi en vials d'hemocultiu, perquè la rendibilitat és inferior al 50 %.
 - d) El tractament antibiòtic d'elecció en els casos d'allèrgies als betalactàmics és el meropenem en monoteràpia.
- 10. Quin és l'abordatge més indicat com a primera opció en un cas de sospita de síndrome aòrtica aguda en un pacient inestable?**
- a) Sol·licitar una ecocardiografia transtoràcica.
 - b) Sol·licitar una ecocardiografia transesofàgica.
 - c) Fer una ecografia clínica en el punt d'atenció (PoCUS).
 - d) Sol·licitar una angiotomografia computada aòrtica.
- 11. Quina de les respostes següents no és un factor de risc per desenvolupar una síndrome aòrtica aguda?**
- a) Cirrosi hepàtica.
 - b) Hipertensió durant l'embaràs.
 - c) Síndrome de Marfan.
 - d) Vàlvula aòrtica bicúspide.
- 12. Segons els criteris de Tòquio de 2018, en la classificació de gravetat de la colecistitis aguda en el grau 2 o moderada no s'inclou...**
- a) ...la leucocitosi elevada (> 18.000 mm³).
 - b) ...una durada del quadre clínic superior a 72 hores.
 - c) ...la disfunció neurològica (alteració del nivell de la consciència).
 - d) ...una massa palpable al quadrant superior dret de l'abdomen.

- 13. Quina línia antibiòtica és la indicada en el tractament empíric de la colecistitis lleu sense factors de risc?**
- 2 g d'ertapenem cada 12 hores.
 - 4 g de piperacil·lina i 0,5 g de tazobactam cada 6-8 hores.
 - 1-2 g d'amoxicil·lina / àcid clavulànic cada 8 hores.
 - 500 mg de metronidazole cada 8 hores.
- 14. En quina situació no són necessàries les exploracions complementàries en un cas de gastroenteritis aguda?**
- Sospita de gastroenteritis aguda inflamatòria.
 - Signes clínics de deshidratació.
 - Pacient de menys a 65 anys sense malaltia de base que condicioni el sistema immunitari.
 - Gastroenteritis aguda de més de tres dies d'evolució.
- 15. Senyalau l'afirmació falsa sobre les infeccions per *Clostridium difficile*:**
- És un microorganisme subjecte a vigilància epidemiològica intrahospitalària.
 - Els trasplantaments de microbiota fecal estan indicats en els casos de recurrències i/o infeccions per *Clostridium difficile* refractàries.
 - La clínica de presentació pot no anar acompanyada de diarrea.
 - Prendre antibiòtics de manera concomitant mentre es tracta una infecció per *Clostridium difficile* no suposa un factor de risc per a la recurrència.
- 16. Senyalau l'afirmació falsa sobre l'hemorràgia digestiva alta:**
- L'escala de Glasgow-Blatchford és una escala pronòstica.
 - En l'hemorràgia digestiva alta no varicosa, amb una endoscòpia prèvia, es recomana el tractament sistemàtic de procinètics (250 mg d'eritromicina per la via endovenosa).
 - Per tractar l'hemorràgia digestiva alta varicosa no es recomana l'ús associat de vasopressors (somatostatina) i inhibidors de la bomba de protons (omeprazole) en perfusió endovenosa.
 - En els casos d'hemorràgia digestiva alta varicosa, abans de fer una endoscòpia cal administrar 0,25 mg de somatostatina per la via endovenosa més perfusió de 0,25 mg/h.



- 17. El tractament mèdic de la síndrome aòrtica aguda requereix un control estricte de la tensió arterial. Quin dels fàrmacs següents s'ha d'utilitzar per aconseguir-ho?**
- a) BetabloCADadors per la via oral i nitroglicerina per la via sublingual.
 - b) Nitroglicerina en perfusió.
 - c) Urapidil per la via endovenosa.
 - d) BetabloCADadors per la via endovenosa, seguits de nitroprussiat si amb aquells no s'assoleix l'objectiu i analgèsics opiacis per la via endovenosa.
- 18. La policia trasllada des de l'aeroport al servei d'urgències un viatger perquè sospita que transporta drogues dins l'intestí. Senyalau la resposta correcta:**
- a) Si presenta símptomes d'intoxicació —sobretot si transporta cocaïna—, cal indicar una intervenció quirúrgica urgent.
 - b) Una radiologia simple de l'abdomen permetrà confirmar o descartar si transporta droga dins l'intestí.
 - c) Ha de quedar ingressat a l'hospital sota custòdia policial només si es tracta d'un cas simptomàtic.
 - d) Cal fer una TC abdominal només si se sospita una ingesta de drogues en presentació líquida (per exemple, cocaïna líquida).
- 19. Plantejau-vos el cas d'un pacient que ha ingerit voluntàriament dos tassons d'un producte càustic i que està estable hemodinàmicament, però presenta sialorrea, cremades a la boca/llengua, dolor retroesternal i epigàstric intens i dispnea. Quina exploració cal sol·licitar per valorar el grau de les lesions?**
- a) Una fibrogastrosCòpia.
 - b) Cap exploració: cal intervenir-lo quirúrgicament amb caràcter urgent.
 - c) Valoració psiquiàtrica de la temptativa de suïcidi.
 - d) Una TC del tòrax i de l'abdomen.

- 20. A un pacient que acudeix al servei d'urgències per certa epigastràlgia li fan una gastroscòpia per la sospita d'haver ingerit càustics (dos xarrups d'un producte de neteja dissolt en aigua desat dins una botella sense etiqueta).**

Amb quin resultat de l'endoscòpia, segons l'escala de Zargar, es podria plantejar donar-li l'alta directament des d'urgències una vegada controlats els símptomes i sense aplicar altres mesures terapèutiques?

- a) En aquests casos, el pacient sempre ha de quedar ingressat en observació.
- b) Zargar Iib.
- c) Zargar I.
- d) Zargar IIIa.

Preguntes de reserva

- 21. Senyalau l'afirmació falsa sobre la icterícia:**

- a) La hiperbilirubinèmia de predomini indirecte pot ser secundària a l'hemòlisi.
- b) La determinació de la bilirubina en els casos de sèpsies o xoc sèptic és un dels paràmetres o marcador de funcionalitat hepàtica. En aquests casos s'eleva a costa de la bilirubina indirecta.
- c) La hiperbilirubinèmia mixta es pot trobar en les hepatitis víriques.
- d) La pruija relacionada amb la colèstasi respon favorablement al tractament amb un antihistamínic.

- 22. Senyalau l'afirmació falsa sobre un caso en què se sospita una isquèmia mesentèrica:**

- a) És una entitat greu, atesa la gran morbiditat.
- b) L'inici sobtat del dolor en un pacient en el qual se sospita isquèmia intestinal suggereix que l'etiologia sigui causada per una trombosi venosa. L'inici gradual sol ser típic d'una causa embolígena.
- c) És difícil fer un diagnòstic precoç a causa de la inespecificitat de la simptomatologia inicial, cosa que és crucial perquè influeix en el pronòstic.
- d) Una angiogramografia permet establir el diagnòstic amb prou fiabilitat.

23. L'escala Forrest s'utilitza per valorar el risc d'hemorràgia digestiva alta. Senyalau la resposta incorrecta:

- a) Forrest IIa → 43 % recidiva.
- b) Forrest Ib → 55 % recidiva.
- c) Forrest IIb → 7% recidiva.
- d) Forrest IIc → 7 % recidiva.

24. Senyalau l'afirmació correcta sobre el tractament d'una hemorràgia digestiva alta:

- a) En el cas d'un pacient en tractament amb anticoagulants dicumarínics que presenti una hemorràgia digestiva alta amb signes d'instabilitat, cal administrar-li vitamina K, 10 mL/kg de plasma fresc congelat i 25-50 UI/kg de complex de protrombina, tot això per la via endovenosa.
- b) En el cas d'un pacient que pren rivaroxaban i presenta una hemorràgia digestiva alta greu i està hemodinàmicament inestable, cal administrar-li 5 g d'idarucizumab per la via endovenosa.
- c) Si en el cas d'un pacient amb una hemorràgia digestiva alta es detecta per mitjà d'una endoscòpia una úlcera Forrest IIa, cal reprendre la dieta oral immediatament.
- d) En el cas d'un pacient amb una hemorràgia digestiva alta no varicosa, la dosi d'omeprazole és de 40 mg de càrrega i una perfusió contínua en dosis de 40 mg/h.

Cas 3

Dona de 32 anys, britànica, que resideix habitualment a Manchester i que en els mesos d'estiu treballa en una empresa turística de Magaluf. No té antecedents patològics rellevants ni al·lèrgies medicamentoses conegudes. No segueix tractaments mèdics, excepte preses puntuals de paracetamol en les crisis de migranya. Refereix consum d'alcohol, sobretot els caps de setmana. Pesa 62 kg.

És traslladada de matinada per una ambulància al servei hospitalari d'urgències després d'haver ingerit una gran quantitat de ginebra i medicació. Els sanitaris aporten una capsa de 20 comprimits de 500 mg de paracetamol amb tots els blísteres buits, però no se sap quants en deu haver pres abans de la sobreingesta de ginebra. Tampoc se sap amb exactitud l'hora de la ingesta, però la van veure una mica nerviosa a l'hora de sopar (devers les 21 h) després d'haver-se fet una prova d'embaràs que va donar resultat positiu.

En arribar a urgències aquestes són les seves constants vitals: tensió arterial (TA), 113/78 mmHg; freqüència cardíaca (FC), 72 bpm; freqüència respiratòria (FR), 12 rpm; saturació d'oxigen (SatO₂), 98 % a l'aire ambient; temperatura (T^a), 35,7 °C; glucèmia capil·lar, 82 mg/dL.

Està somnolenta i dona respostes verbals incoherents, amb parla disàrtrica i poc comprensible. Presenta fetor enòlica. Es retira amb els estímuls dolorosos, té nàusees contínues i restes de vòmit a la roba (segons els sanitaris de l'ambulància, ha vomitat dues vegades durant el trajecte, però no han detectat restes dels comprimits en el vòmit).

Altres exploracions: eupneica, amb murmuri vesicular conservat en tots els camps, aparentment sense destret; cor rítmic sense bufes. Abdomen anodí, tou, depressible, sense VCM. Pupilles mitjanes reactives, hiporeflèxia global bilateral, no es detecten parèsies (es retira amb els estímuls dolorosos a totes les extremitats). És impossible explorar la deambulació atès l'estat que presenta.

1. Segons aquesta situació clínica descrita, senyalau l'afirmació més adequada sobre el problema principal de salut de la pacient:

- a) Presenta un quadre de vòmits associats al primer trimestre de l'embaràs.
- b) Té símptomes d'intoxicació alcohòlica aguda i s'han objectivat dades al seu entorn que poden suggerir, a més, una sobredosi de paracetamol.
- c) La sobredosi medicamentosa suggereix una depressió major, per la qual cosa ha de ser valorada al més aviat possible per un especialista en psiquiatria.
- d) Té símptomes clars que suggereixen una intoxicació massiva per paracetamol.



2. **Quina mesura terapèutica cal prioritzar?**
 - a) Derivar la pacient al servei de ginecologia per a una valoració inicial de l'embaràs.
 - b) Sol·licitar una prova d'alcoholèmia per saber el grau d'intoxicació a fi de fer una estimació del temps d'observació que requerirà fins que metabolitzi l'alcohol.
 - c) Tractar inicialment les nàusees i els vòmits.
 - d) Fer-li una rentada gàstrica atesa la possible sobredosi de paracetamol.

3. **Si es decideix fer un estudi analític, quin dels paràmetres següents és el que és més necessari saber?**
 - a) Paracetamol a la sang (acetaminofèn).
 - b) Alcoholèmia a la sang.
 - c) Tòxics a l'orina.
 - d) β -hCG a n la sang.

4. **En el cas clínic descrit, senyalau l'afirmació correcta sobre una potencial indicació de descontaminació digestiva:**
 - a) Atès que la pacient vomita, cal fer-li una rentada gàstrica i al final administrar-li carbó activat.
 - b) No hauria de ser una prioritat, ateses la situació clínica i la falta d'informació sobre l'interval de temps des de la ingesta.
 - c) És suficient administrar-li carbó activat per la via oral, però sempre abans donar un antiemètic per evitar que torni a vomitar..
 - d) Es pot plantejar una rentada intestinal amb una solució evacuant.

5. **En quina de les intoxicacions següents no està indicat el carbó activat com a tècnica de descontaminació perquè no té capacitat d'adsorció del tòxic?**
 - a) Intoxicació amb etanol.
 - b) Intoxicació amb paracetamol.
 - c) Intoxicació amb aspirina.
 - d) Intoxicació amb amfetamines.



6. **En aquest cas clínic, si es valorà la necessitat d'administrar antídots a la pacient, ¿quin seria l'adequat?**
- a) Tiamina.
 - b) Piridoxina.
 - c) Flumazenil.
 - d) N-acetilcisteïna.
7. **Amb quina síndrome tòxica es pot correlacionar més bé la situació clínica d'aquesta pacient?**
- a) Opioide.
 - b) Sedativa.
 - c) Anticolinèrgica.
 - d) Serotoninèrgica.
8. **Quin és l'interval o marge de temps òptim per fer una determinació analítica quantitativa de paracetamol (o del seu metabòlit acetaminofèn) després de sospitar una sobredosi puntual d'aquest fàrmac, perquè sigui útil per decidir el potencial risc d'hepatotoxicitat i el tractament adequat?**
- a) A partir de les dues hores des de la presa.
 - b) Es pot detectar en qualsevol moment després de la presa.
 - c) A partir de la quarta hora des de la presa.
 - d) A partir dels trenta minuts des de la presa.
9. **Els resultats de l'analítica són els següents: hemoglobina, 13 g/dL; hematòcrit, 38,4 %; VCM, 92 fl; TP, 100 %; glucosa, 83 mg/dL; creatinina, 1,0 mg/dL; sodi, 138 mEq/L; làctic, 0,9; acetaminofèn, 44 µg/mL; etanol, 1,89 g/dL; GSV pH, 7,36; CO₃H, 27,2 mEq/L.**
- Senyalau l'afirmació correcta:**
- a) Els nivells d'acetaminofèn descarten clarament el risc d'hepatotoxicitat, per la qual cosa no cal administrar cap antídot.
 - b) Cal administrar un antídot (N-acetilcisteïna) en perfusió i tornar a valorar el cas posteriorment, atès que no se sap l'hora exacta de la presa.
 - c) Cal administrar un antídot (tiamina) atès el risc de síndrome de Wernicke-Korsakov.
 - d) Cal esperar devers tres hores perquè la pacient hagi metabolitzat una mica l'alcohol i posteriorment derivar-la al servei de psiquiatria.



- 10. La sobredosi o intoxicació per paracetamol pot ocasionar un fracàs hepàtic, però pot generar nefrotoxicitat?**
- a) No, excepte en la fase de fracàs multiorgànic final de la mateixa insuficiència hepàtica aguda.
 - b) En menys del 10 % dels casos, per un mecanisme de toxicitat directa sobre el túbul proximal.
 - c) El paracetamol no és nefrotòxic, però quan es tracta amb antidòts aquests sí que podrien provocar nefrotoxicitat.
 - d) Només es produeix en persones amb hipertensió o diabetis.
- 11. En el cas d'un pacient intoxicat per monòxid de carboni, senyalau la resposta incorrecta respecte de la indicació clara de tractament amb oxigen hiperbàric:**
- a) S'ha d'indicar si es tracta d'un lactant inconscient amb un valor de carboxihemoglobina del 14 %.
 - b) S'ha d'indicar si es tracta d'una gestant amb cefalea i nàusees i un valor de carboxihemoglobina del 18 %.
 - c) S'ha d'indicar es tracta d'un pacient asimptomàtic amb un valor de carboxihemoglobina del 10 % i patologia neurològica prèvia.
 - d) S'ha d'indicar si es tracta d'un pacient amb un valor de carboxihemoglobina del 10 % i que hagi estat rescatat inconscient del lloc d'exposició al monòxid de carboni.
- 12. Quin és l'interval de temps òptim per dur a terme de manera eficaç una descontaminació digestiva amb carbó activat per tractar una intoxicació medicamentosa aguda per la via oral?**
- a) Menys de 12 hores.
 - b) 6 hores.
 - c) 4 hores.
 - d) 2 hores.
- 13. Senyalau la resposta correcta sobre els criteris d'indicació de trasplantament hepàtic després d'una sobredosi de paracetamol:**
- a) Presència de signes d'encefalopatia de grau III.
 - b) Quocient GOT/GPT inferior a 1.000 UI/L.
 - c) Descens del TP en un 20 % del valor basal.
 - d) GOT superior a 1.000 UI/L.



- 14. En quina de les situacions següents és prudent i recomanable indicar una descontaminació amb carbó activat per la via oral després d'una intoxicació?**
- a) Pacient que recentment ha pres fàrmacs i que està en coma o el nivell de la consciència del qual ha disminuït (respon només al dolor).
 - b) Embarassada en el primer trimestre de la gestació que ha pres devers 15 g de paracetamol fa menys d'una hora.
 - c) Pacient que ha pres recentment (fa menys d'una hora) devers 15 g de paracetamol però que no col·labora i es nega rotundament a prendre el carbó activat.
 - d) Pacient conscient que ha pres 200 mg de diazepam fa devers sis hores.
- 15. Quin dels següents grups farmacològics és present en la majoria d'intoxicacions farmacològiques en el nostre entorn?**
- a) Benzodiazepines.
 - b) Paracetamol.
 - c) Digoxina.
 - d) Ibuprofèn.
- 16. Senyalau l'afirmació correcta sobre la determinació de drogues d'abús a l'orina:**
- a) Ajuda a pronosticar la gravetat de la intoxicació.
 - b) Confirma el diagnòstic de la intoxicació independentment de la clínica.
 - c) És necessària per determinar un diagnòstic racional de la intoxicació.
 - d) No s'ha d'utilitzar com a guia per prendre decisions terapèutiques o clíniques.
- 17. Quina de les respostes següents no és un dels criteris diagnòstics d'una síndrome d'hiperèmesi cannabinoide?**
- a) Consum crònic de cànnabis (més d'un any).
 - b) Millorança amb l'abstinència de cànnabis.
 - c) Alleujament dels símptomes amb dutxes d'aigua freda.
 - d) Els resultats de les proves complementàries per valorar l'aparell digestiu són normals.



- 18. En quina de les situacions clíniques següents està totalment contraindicat administrar flumazenil?**
- a) Disminució del nivell de la consciència (3 en l'escala de coma de Glasgow o sense resposta al dolor) d'origen incert.
 - b) Disminució del nivell de la consciència (8 en l'escala de coma de Glasgow o resposta al dolor però no a les ordres verbals) i convulsions unes hores abans.
 - c) Disminució del nivell de la consciència (12 en l'escala de coma de Glasgow o resposta a les ordres verbals) i insuficiència respiratòria.
 - d) Disminució del nivell de la consciència (10 en l'escala de coma de Glasgow o resposta al dolor però no a les ordres verbals) i hipotensió.
- 19. Quin dels criteris següents és prescindible per sospitar o diagnosticar una síndrome tòxica?**
- a) El nivell de la consciència i el grau de resposta al dolor.
 - b) La mida de les pupil·les.
 - c) Els reflexos osteotendinosos.
 - d) El valor en l'escala de coma de Glasgow.
- 20. En un cas de sobredosi d'opiacis, quin és l'objectiu terapèutic principal per decidir administrar un antídota (naloxona)?**
- a) Revertir la disminució del nivell de la consciència al més aviat possible.
 - b) Corregir la miosi puntiforme.
 - c) Revertir la insuficiència respiratòria associada.
 - d) Evitar una possible síndrome d'abstinència.

Preguntes de reserva

- 21. En quina de les intoxicacions següents és preceptiu fer una electrocardiografia a causa de la potencial cardiotoxicitat?**
- a) Intoxicació per cànnabis.
 - b) Intoxicació per benzodiazepines.
 - c) Intoxicació per monòxid de carboni.
 - d) Intoxicació per metformina.



- 22. Senyalau l'afirmació correcta sobre la utilització d'N-acetilcisteïna com a antídote:**
- a) Només es pot administrar per la via endovenosa.
 - b) En cas de sospita de presa d'una dosi molt alta, es pot iniciar l'administració d'N-acetilcisteïna abans de disposar la paracetamolèmia del pacient.
 - c) Produeix habitualment reaccions adverses greus en administrar-la per la via endovenosa, que obliguen sempre a interrompre'n l'administració.
 - d) Cal interrompre'n l'administració si disminueix el temps de protrombina.
- 23. És habitual que es produeixi una acidosi metabòlica greu en la fase inicial de la intoxicació per determinats productes. Senyalau la resposta incorrecta:**
- a) Etilenglicol.
 - b) Digoxina.
 - c) Metanol.
 - d) Metformina.
- 24. Quin dels signes següents no s'espera detectar en un cas d'intoxicació amb una síndrome tòxica serotoninèrgica?**
- a) Tremolor.
 - b) Sudoració profusa.
 - c) Hipertèrmia.
 - d) Sequedat de la pell.

Cas 4

Home de 62 anys sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Exfumador des de 2008 (DTA: 20 paquets/any) sense factors de risc cardiovascular coneguts, ni broncopatia coneguda prèvia, ni antecedents de tuberculosi pulmonar.

Fa uns anys va començar a patir dispnea, que el va obligar a múltiples visites al servei d'urgències a final de 2019 i a començament de 2020. Està en estudi pel servei de cardiologia des del desembre de 2021 per aquesta dispnea, sense evidència de cardiopatia estructural en els resultats d'una ecografia i una ergometria clínica i elèctricament negativa però suspesa abans d'assolir la freqüència cardíaca màxima per dispnea i dessaturació.

- Antecedents quirúrgics: hernioplàstia de Lichtenstein esquerra.
- Tractament habitual: fluticasona/vilanterol, amb mal compliment terapèutic.
- Situació basal: natural del Marroc, va viure uns anys als Països Baixos i resideix a Mallorca des del 2008. No té familiars a l'illa i viu en un pis compartit. Va fer feina com a comerciant, posteriorment en la recollecció de tomàtigs i actualment fa feina en la construcció, en la qual està exposat a una gran inhalació de pols.
- Malaltia actual: el pacient acudeix al servei d'urgències per dispnea progressiva, que en la darrera setmana ha esdevingut dispnea per esforços petits, a la qual s'associa sensació distèrmica i tos amb expectoració groguenca. No ha presentat dolor toràcic, palpitations ni edemes a les extremitats inferiors.
- Exploració física: temperatura (T^a), 36,3 °C; freqüència cardíaca (FC), 75 bpm; tensió arterial (TA), 130/72 mmHg; freqüència respiratòria (FR), 24 rpm; saturació d'oxigen ($SatO_2$), 92 % a l'aire ambient.
- Aparell circulatori: tons cardíacs rítmics, sense bufs ni fregaments. No presenta edemes malleolars ni signes de trombosi venosa profunda.
- Auscultació respiratòria: eupneic en repòs, crepitacions seques disseminades.

1. Quin dels diagnòstics següents és més ajustat en aquest cas clínic?

- a) Insuficiència cardíaca congestiva.
- b) Síndrome d'agudització de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).
- c) Possible síndrome d'agudització de l'MPOC.
- d) Tromboembòlia pulmonar.



- 2. Quina de les respostes següents no és un dels criteris d'ingrés hospitalari en un cas de crisi asmàtica?**
 - a) El pacient requereix oxigenoteràpia per mantenir la saturació d'oxigen per damunt del 95 %.
 - b) El pacient està simptomàtic després del tractament.
 - c) El pacient presenta un PEF o FEV1 inferior al 50-60 % després del tractament.
 - d) Ha fracassat el tractament ambulatori amb glucocorticoides per la via oral.

- 3. Quin criteri es determina en la Guía Española de la EPOC (GesEPOC) de 2021 per classificar el risc dels pacients?**
 - a) FEV1 prebroncodilatació, escala mMRC i nombre d'aguditzacions per any.
 - b) FEV1 postbroncodilatació, escala mMRC i índex BODE/BODEX.
 - c) FEV1 postbroncodilatació, escala mMRC i escala GOLD.
 - d) FEV1 postbroncodilatació, escala mMRC i nombre d'aguditzacions per any.

- 4. Com s'ha de classificar aquest episodi de la malaltia del cas clínic descrit , amb relació a la seva gravetat ?**
 - a) Lleu.
 - b) Moderat.
 - c) No es pot classificar.
 - d) Greu, si el valor en l'mMRC basal és 2.

- 5. Davant aquesta situació, quines proves complementàries s'han de sol·licitar en un primer moment?**
 - a) Hemograma, bioquímica, hemocultius, gasometria venosa, electrocardiograma i radiografia del tòrax.
 - b) Hemograma, bioquímica de marcadors cardíacs, coagulació amb dímer-D, gasometria arterial, antigen del SARS-CoV-2, PCR per detectar el virus de la grip, electrocardiograma i radiografia del tòrax.
 - c) Hemograma, bioquímica amb marcadors miocardiàcs, coagulació amb dímer-D, gasometria venosa i àcid làctic.
 - d) Hemograma, bioquímica amb marcadors miocardiàcs, gasometria arterial, electrocardiograma, radiografia del tòrax i test de tuberculina.



Aquests són els resultats de l'anàlisi:

- Leucòcits: 15.200 cèl·lules/mL (neutròfils: 74,5 %; limfòcits: 11,9 %; eosinòfils: 0,1 %).
- Hemoglobina: 11,5 g/dL normo normo.
- Plaquetopènia: 106.000 plaquetes/mm³.
- Coagulació: TP, 71 %, INR 1,24; dímer-D, 263.
- Bioquímica: glucèmia, 151 mg/dL; creatinina, 0,7 mg/dL; sodi, 138 mEq/L; potassi, 4,7 mEq/L.
- GOT, 107 UI/L; GPT, 96 UI/L; GGT, 81 UI/L; FA, 185 UI/L; CK, 58 UI/L; troponina < 10 UI/mL; PCR, 20,20 mg/dL; PCT, 0,16.
- Gasometria arterial AA: pH, 7,42; pO₂, 50 mmHg; pCO₂, 51 mmHg; HCO₃, 33,1 mEq/L.

6. Atesos els resultats anteriors i en el cas que el resultat de la PCR per detectar el virus de la grip fos positiu per a la grip A, ¿quina de les següents actuacions terapèutiques seria correcta?

- a) Nebulitzacions amb salbutamol i 75 mg d'oseltamivir cada 12 hores.
- b) Inhalacions amb salbutamol amb cambra espaciadora i 75 mg d'oseltamivir cada 12 hores.
- c) Nebulitzacions amb salbutamol, 75 mg d'oseltamivir cada 12 hores i corticoides per la via endovenosa.
- d) Inhalacions amb salbutamol amb cambra espaciadora, 75 mg d'oseltamivir cada 12 hores i corticoides per la via endovenosa.

7. A què es refereix l'índex d'Horowitz?

- a) Al gradient alveoloarterial d'oxigen.
- b) A la PaO₂ ideal.
- c) Al gradient d'oxigen en el glomèrul.
- d) Al quocient PaO₂/FiO₂.

8. Dels criteris de gravetat de la síndrome d'agudització de l'MPOC, senyalau l'incorrecte en un cas d'agudització greu:

- a) Dispnea 3 o 4 de l'escala mMRC.
- b) SatO₂ < 90 % o PaO₂ < 60 mmHg.
- c) Acidosi respiratòria greu (pH < 7,30).
- d) Edemes perifèrics de nova aparició.

- 9. Què revelen els resultats de la gasometria arterial?**
- a) Acidosi respiratòria aguda i hipoxèmia.
 - b) Acidosi respiratòria crònica i hipoxèmia.
 - c) Alcalosi metabòlica i hipoxèmia.
 - d) Alcalosi respiratòria compensada i hipoxèmia.
- 10. Senyalau l'afirmació falsa sobre la síndrome de destret respiratori de l'adult:**
- a) Es tracta d'una lesió inflamatòria dels pulmons deguda a l'augment de la permeabilitat de la membrana capil·lar pulmonar, la disminució de la distensibilitat pulmonar i la pèrdua del teixit pulmonar ventilat.
 - b) Presenta infiltracions bilaterals difuses, no explicades per embassament, atelèctasi lobar o pulmonar o nòduls pulmonars.
 - c) Es considera lleu quan el quocient $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ és 200-300.
 - d) En la majoria dels casos no és necessària la ventilació mecànica, que s'aplica amb pressió teleexpiratòria positiva (PEEP) per evitar el col·lapse dels alvèols.
- 11. Quin dels trets següents es considera que no és tractable en els casos de síndrome d'agudització de l'MPOC?**
- a) Eosinofília inferior a 250 cèl·lules/ mm^3 .
 - b) Pneumònia.
 - c) Isquèmia miocardiàca.
 - d) Problemàtica social.
- 12. Quina de les intervencions següents es considera essencial en l'abordatge de la síndrome d'agudització de l'MPOC ?**
- a) Mantenir la saturació d'oxigen per damunt del 90 %.
 - b) Iniciar un tractament antibiòtic de manera precoç.
 - c) Administrar un tractament amb corticoides sistèmics.
 - d) Optimitzar la broncodilatació.

- 13. Entre les proves bàsiques hospitalàries, la GesEPOC considera la radiografia del tòrax, l'electrocardiograma, la gasometria arterial i l'analítica (hemograma i bioquímica estàndard). Quin dels biomarcadors bàsics següents cal incloure per a la síndrome d'agudització de l'MPOC?**
- a) Proteïna C reactiva.
 - b) Pro-BNP.
 - c) Procalcitonina.
 - d) Dímer-D.
- 14. L'escala PESI (*pulmonary embolism severity index*) considera que certes comorbiditats augmenten la gravetat del tromboembolisme pulmonar. Senyalau la resposta incorrecta:**
- a) Càncer.
 - b) Diabetis *mellitus*.
 - c) Insuficiència cardíaca.
 - d) MPOC.
- 15. Amb quin dels següents paràmetres gasomètrics es recomana iniciar un tractament de ventilació mecànica no invasiva?**
- a) $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$.
 - b) $\text{pH} < 7,35$.
 - c) $\text{pCO}_2 < 45 \text{ mmHg}$.
 - d) $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$.

Es rep el següent informe de la radiografia del tòrax: silueta cardíaca de mida normal; patró intersticial difús a tots dos camps pulmonars, que s'ha de correlacionar segons la clínica i els antecedents; s'observa un tènue augment de la densitat pulmonar en el nivell dels lòbuls mitjà i inferior drets; no hi ha embassament pleural ni pericardíac.

- 16. Senyalau l'afirmació correcta atès aquest context clínic i amb una PCR de 20,2:**
- a) Hi està indicat iniciar un tractament amb antibiòtics.
 - b) Informa d'un paràmetre d'inflamació que requereix un tractament amb corticoides.
 - c) És un paràmetre que indica una agudització molt greu.
 - d) No és necessària la profilaxi antitrombòtica.



- 17. Quin dels diagnòstics següents és el més probable?**
- a) Pneumònia viral pel SARS-CoV-2 (COVID-19).
 - b) Síndrome d'agudització de l'MPOC amb pneumònia.
 - c) Insuficiència cardíaca aguda.
 - d) Malaltia tromboembòlica pulmonar.
- 18. Senyalau l'afirmació falsa sobre els paràmetres inicials de la ventilació mecànica no invasiva en mode BiPAP:**
- a) Els valors ideals d'IPAP se situen entre 15 i 20 cm de H₂O.
 - b) Els valors inicials d'IPAP se situen entre 8 i 12 cm d'H₂O.
 - c) S'augmenta la IPAP fins a aconseguir disminuir la freqüència respiratòria (< 25 rpm) i un volum tidal entre 3 i 5 mL/kg de pes ideal.
 - d) Els nivells habituals d'EPAP oscil·len entre 4 i 8 cm de H₂O.
- 19. En quin cas no està indicada la profilaxi tromboembòlica en la síndrome d'agudització de l'MPOC?**
- a) En les aguditzacions greus.
 - b) En les aguditzacions molt greus.
 - c) En les aguditzacions moderades amb un pacient actiu.
 - d) En les aguditzacions moderades amb un pacient inactiu.
- 20. Senyalau l'afirmació falsa sobre la ventilació mecànica no invasiva:**
- a) S'ha d'aplicar sense demora als pacients amb edema agut de pulmó cardiogènic o insuficiència cardíaca hipertensiva que presentin treball respiratori important (FR > 25 rpm i/o SpO₂ < 90 %).
 - b) Està indicada en els casos d'edema agut de pulmó en mode CPAP.
 - c) Està indicada en els casos d'edema agut de pulmó en pacients d'MPOC en mode BiPAP.
 - d) Aconsegueix millorar la funció ventricular esquerra en augmentar la postcàrrega.

Preguntes de reserva

21. Senyalau l'afirmació correcta sobre els paràmetres compensatoris de l'equilibri àcid-base:

- a) En l'alcalosi respiratòria, per cada descens de 10 mmHg de la $p\text{CO}_2$ la concentració de HCO_3^- disminueix 6 mEq/L si el trastorn és agut.
- b) En l'alcalosi respiratòria, per cada descens de 10 mmHg de la $p\text{CO}_2$ la concentració de HCO_3^- disminueix 2 mEq/L si el trastorn és crònic.
- c) En l'acidosis respiratòria, per cada augment de 10 mmHg de la $p\text{CO}_2$ la concentració de HCO_3^- augmenta 5 mEq/L si el trastorn és agut.
- d) En l'acidosis respiratòria, per cada augment de 10 mmHg de la $p\text{CO}_2$ la concentració de HCO_3^- augmenta 3,5 mEq/L si el trastorn és crònic.

22. Senyalau l'afirmació correcta:

- a) Polipnea: inspiració profunda i prolongada.
- b) Hiperpnea: dispnea que es produeix en la posició de decúbit supí.
- c) Platipnea: dispnea que es produeix en la posició de decúbit lateral.
- d) Trepopnea: dispnea que es produeix en la posició erecta o vertical i que s'alleuja en la posició de decúbit.

23. Quin dels paràmetres següents no s'inclou en l'índex DECAF que es recomana utilitzar per valorar el risc de mortalitat en la síndrome d'agudització de l'MPOC?

- a) Dispnea.
- b) Leucocitosi.
- c) Consolidació.
- d) Fibril·lació auricular.

24. Quin és el paràmetre clínic que dona més valor a la puntuació de l'escala PESI?

- a) Freqüència respiratòria.
- b) Edat.
- c) Càncer.
- d) Alteració de l'estat mental.

Cas 5

Home de 43 anys, de 80 kg de pes i complexió atlètica, víctima d'un accident de circulació: el vehicle en què ocupava el seient del copilot ha sortit de la carretera a 110 km/h i ha xocat amb la part frontolateral dreta contra una paret. La víctima duia posat el cinturó de seguretat. Ha estat necessària la intervenció dels bombers durant vint minuts per excarcarar-la. Els seus acompanyants han mort.

Una ambulància de suport vital avançat (SVA) ha arribat al lloc de l'accident al cap de mitja hora, però els sanitaris han trobat la víctima ja immobilitzada pels bombers, fora del vehicle. Responia de manera confusa, obeïa les ordres verbals obrint els ulls, tenia taquicàrdia i presentava signes d'hipoperfusió distal.

Després d'estabilitzar el pacient l'han traslladat a un centre hospitalari; en el triatge l'han classificat com a prioritat de nivell I, de manera que ha ingressat en un box d'urgències, on se n'ha fet càrrec l'equip d'intervenció protocol·litzat de l'hospital. En la transferència del cas, els sanitaris de l'ambulància han informat que han canalitzat dues vies perifèriques al pacient i li han administrat 1.500 mL de cristal·loides i mitja ampolla de fentanil (75 µg d'una ampolla de 150 µg). El pacient duia un collar cervical, oxigenació en VMK amb FiO₂ de 0,5, matalàs de buit i una fèrula a la cama dreta.

1. Senyalau la resposta correcta sobre la primera actuació que han de dur a terme els sanitaris de l'ambulància d'SVA en aquest cas:

- a) Canalitzar dues vies al pacient i transfondre-li cristal·loides en una embolada a raó de 500 mL en 30 minuts, atès que presenta signes evidents de xoc.
- b) Iniciar la valoració primària per descartar possibles lesions potencialment mortals per al pacient.
- c) Ordenar a l'equip de rescat que asseguri la zona abans d'iniciar l'assistència i utilitzar els mitjans de protecció individual establerts.
- d) Ordenar l'organització immediata del trasllat de la víctima atès l'evident estat de gravetat que presenta.



- 8. Senyalau l'afirmació correcta amb relació al xoc en els pacients politraumatitzats:**
- a) En el xoc de grau I s'estimen pèrdues entre el 30 % i el 40 % del volum de sang, de manera que es requereix transfusió d'hemoderivats.
 - b) El primer pas en l'abordatge i el tractament del xoc és reconèixer-lo: els signes més sensibles són la taquicàrdia i les característiques del pols distal.
 - c) La caiguda de la tensió arterial es produeix en el xoc de grau II, en què la pèrdua de sang és superior al 40 %, la qual cosa requereix perfusió de concentrat d'hematies, plasma i plaquetes en proporció 1:2:2.
 - d) La prioritat en els casos de politraumatisme amb xoc hemorràgic és fer una prova d'imatge que identifiqui la zona sagnant i la necessitat d'intervenir-hi quirúrgicament.
- 9. Quina de les respostes següents no és una de les lesions que deterioren de manera significativa la ventilació a curt termini i que cal identificar en la valoració primària?**
- a) Hemotòrax massiu.
 - b) Pneumotòrax a tensió.
 - c) Fractures costals múltiples.
 - d) Pneumotòrax obert.
- 10. Quin dels següents signes ecogràfics realitzats al box de reanimació d'un pacient politraumatitzat en decúbit supí descarta amb una especificitat propera al 100 % un pneumotòrax traumàtic de l'àrea explorada?**
- a) Presència de lliscament pleural.
 - b) Existència de línies A anterior.
 - c) Presència de línies B anterior.
 - d) Visualització del pols del pulmó.
- 11. Quina de les escales següents utilitzades en la malaltia traumàtica prediu amb més exactitud el pronòstic de mortalitat?**
- a) Trauma Score Revisat (TRS).
 - b) Trauma Score (TS).
 - c) Injury Severity Score (ISS)
 - d) Abbreviated Injury Scale (AIS).



- 12. Quin és el mecanisme lesional més freqüent en la fractura cervical C1, coneguda com a «fractura de Jefferson»?**
- a) Hiperextensió cervical.
 - b) Compressió axial.
 - c) Rotació i flexió lateral.
 - d) Distracció cervical.
- 13. Quina és la sospita més probable en el cas d'un pacient politraumatitzat amb tensió arterial de 86/50 mmHg, freqüència cardíaca de 45 bpm i pell calenta?**
- a) Xoc hemorràgic de grau III.
 - b) Xoc obstructiu causat per un tamponament cardíac.
 - c) Xoc medullar causat per una lesió per damunt de la vèrtebra T5.
 - d) El traumatisme toràcic d'alta energia li ha provocat una lesió cardíaca que ha causat un xoc cardiogènic.
- 14. Amb quins signes típics se sospita una hipertensió intracranial?**
- a) Nivell baix de consciència, bradicàrdia i hipertensió arterial.
 - b) Nivell baix de consciència, taquicàrdia i hipertensió arterial.
 - c) Amnèsia retrògrada, bradicàrdia i hipotensió arterial.
 - d) Hipertensió arterial, amnèsia i taquicàrdia.
- 15. Senyalau l'afirmació correcta sobre les hemorràgies intracranials en un traumatisme cranioencefàlic d'alta energia:**
- a) L'hematoma epidural rares vegades s'associa a fractures cranials.
 - b) L'hematoma subdural es produeix per l'esquinçament i el trencament de vasos sanguinis.
 - c) L'hematoma intraventricular s'associa a un bon pronòstic.
 - d) L'hemorràgia subaracnoidal es produeix pel trencament d'un aneurisma.

16. Senyalau l'afirmació falsa sobre el traumatisme abdominal greu:

- a) Les lesions desapercebudes abdominals i de l'anell pelvià són causa de mort previsible després d'un traumatisme toràcic.
- b) Les lesions de les estructures viscerals retroperitoneals són fàcils de reconèixer per mitjà del protocol FAST i clínicament per la manifestació primerenca d'irritació peritoneal.
- c) La lesió diafragmàtica és poc freqüent, i quan s'esdevé sol donar-se a l'hemidiafragma posterolateral esquerre.
- d) En els casos de lesions d'òrgans sòlids intraabdominals en un politraumatisme hemodinàmicament estable hi està indicada una actitud conservadora.

17. Quina de les possibles fractures de l'anell pelvià cursa més sovint amb lesió del complex lligamentós posterior i està associada a un xoc de grau III-IV si no se'n fa un abordatge adequat?

- a) Fractura desplaçada de l'ala ilíaca dreta (tipus A en la classificació de Tile).
- b) Fractura en llibre obert amb diàstasi pubiana de menys de 2,5 cm (tipus B1 en la classificació de Tile).
- c) Fractura en papallona o bilateral de branques iliopubianes i isquiopubianes.
- d) Fractura amb desplaçament vertical de l'articulació sacroilíaca i diàstasi del pubis de més 2,5 cm (tipus C en la classificació de Tile).

18. La incapacitat per a l'extensió dorsal de la mà i els dits en lleugera flexió del membre superior en el context d'una fractura supracondílica d'húmer fa sospitar una lesió d'un nervi. Quin?

- a) Nervi cubital.
- b) Nervi radial.
- c) Nervi mitjà.
- d) Nervi circumflex.



- 19. Durant la valoració secundària del cas clínic descrit, una vegada estabilitzat el pacient li retiren la fèrula de buit i s'observa una gran deformitat del terç mitjà de la cuixa dreta amb un ferida contusa d'11 cm, sagnant i amb exposició d'os. Senyalau l'acció correcta:**
- a) Cal cohibir l'hemorràgia pressionant amb gases estèrils, comprovar el pols distal i immobilitzar la fractura amb una fèrula de guix posterior.
 - b) Cal administrar analgèsia, cohibir l'hemorràgia i tornar a col·locar la fèrula de buit.
 - c) Cal cohibir l'hemorràgia, administrar analgèsia, alinear la fractura i immobilitzar-la amb una tracció esquelètica, i seguidament comprovar el pols distal i fer una exploració neurològica de l'extremitat.
 - d) L'administració inicial de fentanil a càrrec de l'equip d'atenció extrahospitalària és suficient; cal suturar la ferida i immobilitzar la fractura amb una bota de guix.
- 20. En relació amb la pregunta anterior, quin és el tractament antibiòtic d'elecció indicat?**
- a) 2 g d'amoxicil·lina – àcid clavulànic per la via endovenosa.
 - b) 2 g de cefazolina i 900 mg clindamicina, totes dues per la via endovenosa.
 - c) No es requereix tractament antibiòtic.
 - d) 2 g de cefazolina i 5 mg/kg de pes de gentamicina.

Preguntes de reserva

- 21. Senyalau l'afirmació correcta sobre l'avaluació de la ressuscitació amb líquids en un pacient amb un traumatisme:**
- a) L'excés de bases és un mal indicador de la ressuscitació.
 - b) El bicarbonat sòdic s'ha d'administrar amb un pH superior a 7,2.
 - c) La diüresi és un bon indicador de la reposició adequada de volum.
 - d) La normalització de la pressió arterial i el pols són els indicadors més fiables que la perfusió de l'òrgan i dels sistemes és adequada.



- 22. Quin dels signes següents pot correspondre, amb una probabilitat alta, a una lesió greu en un traumatisme cranioencefàlic?**
- a) Rinorràgia controlada amb pressió bidigital.
 - b) Ferida en escalp del cuir cabellut.
 - c) Anisocòria areactiva.
 - d) Equimosi palpebral unilateral.
- 23. Quin dels paràmetres següents no influeix en la valoració de les cremades?**
- a) Extensió de la cremada.
 - b) Pes del pacient.
 - c) Edat del pacient.
 - d) Presència de lesions associades.
- 24. Senyalau l'afirmació falsa sobre els traumatismes en les gestants:**
- a) L'abordatge no difereix del que s'aplica a la població general.
 - b) La causa principal de mortalitat fetal després d'un traumatisme és la infecció.
 - c) La gestació no incrementa la morbiditat de les embarassades.
 - d) La gravetat de la lesió de l'embarassada no es correlaciona amb l'estat del fetus.

Cas 6

Un home de 79 anys és traslladat al servei d'urgències a les 7 de l'horabaixa des de la residència on està internat; atès que no es disposa de l'informe de derivació, se'n desconeixen els antecedents.

Està desorientat en el temps i l'espai, té problemes per recordar informació senzilla, el seu discurs és incoherent i presenta inquietud psicomotriu. En ocasions es posa molt nerviós i agitat perquè té al·lucinacions visuals (veu persones amenaçadores), fins i tot quan està tot sol; en altres ocasions està somnolent i desatent.

El servei d'urgències es posa en contacte amb la residència, que informa que el pacient ha presentat un episodi d'agitació psicomotriu autolimitada, sense traumatisme cranioencefàlic.

Així mateix, n'informa dels antecedents i del tractament:

- Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. No té deterioració cognitiva i és independent per a les activitats bàsiques de la vida diària.
- Factors de risc cardiovascular: hipertensió arterial, diabetis *mellitus* de tipus 2 i hipercolesterolèmia (de més de deu anys d'evolució).
- Artròdesi lumbar (L3-L4-L5).
- Darrer ingrés hospitalari fa cinc mesos: caiguda amb traumatisme cranioencefàlic i rabdomiòlisi. Malaltia cerebral de vasos petits. Pneumònia basal esquerra. Infecció urinària per *Enterococcus faecium*. Síndrome confusional aguda.
- Tractament: 5 mg d'enalapril cada 24 hores, 850 mg de metformina cada 24 hores, 20 mg d'omeprazole cada 24 hores i 1 g de paracetamol si en necessita.

EXPLORACIÓ EN EL SERVEI D'URGÈNCIES

Exploració física: despert, desorientat en el temps i l'espai, obeeix ordres senzilles. Força muscular de 5/5 a les extremitats, sensibilitat conservada a n totes les extremitats. Normoreflèxia en el reflex osteotendinos. Marxa no explorada. Resta de l'exploració física: no patològica.

Constants vitals: tensió arterial, 140/75 mmHg; freqüència cardíaca, 105 bpm; freqüència respiratòria, 22 rpm; temperatura, 37,6 °C; saturació d'oxigen AA, 96 %.

Analítica: leucòcits, 14.000 cèl·lules/ μ L; hemoglobina, 11,6 g/dL; hematòcrit, 36,1 %; neutròfils, 82,4 %; proteïna C reactiva, 12,1 mg/dL; glucosa, 142 mg/dL; urea, 8 mg/dL; creatinina, 1 mg/dL. Examen manual del sediment urinari: 500 leucòcits/ μ L.



1. Quin és el diagnòstic més probable?

- a) Debut típic d'una demència en un pacient ancià amb una infecció greu.
- b) Quadre de delírium en un pacient ancià amb una infecció greu amb instauració aguda i curs fluctuant.
- c) Debut d'un episodi psicòtic agut (esquizofrènia tardana de l'ancià), perquè té al·lucinacions.
- d) Episodi de depressió greu a causa de l'hospitalització a urgències, amb simptomàtica psicòtica associada.

2. Quina de les respostes següents no és una de les circumstàncies especials que cal tenir en consideració a l'hora d'avaluar un pacient ancià al servei d'urgències?

- a) La probabilitat més alta de manifestar-se les malalties agudes de manera atípica.
- b) La possible falta de col·laboració del pacient durant l'anamnesi a causa de la deterioració cognitiva.
- c) La concurrència d'una o diverses malalties cròniques que es poden descompensar durant un procés agut.
- d) El risc més baix d'interaccions i reaccions adverses amb el tractament immediat al servei d'urgències.

3. Senyalau l'afirmació correcta sobre la valoració geriàtrica integral adaptada a urgències (VGI-SU):

- a) És una eina amb la qual es valoren aspectes exclusivament clínics.
- b) És una eina diagnòstica que requereix fer proves complementàries molt costoses.
- c) És una eina diagnòstica amb la qual es valoren aspectes clínics, funcionals, mentals i socials.
- d) És una eina que no es pot aplicar al servei d'urgències en cap cas.

- 4. Senyalau l'afirmació falsa sobre la valoració de la síndrome confusional aguda (o delírium) al servei d'urgències:**
- a) Amb el Confusional Assessment Method (CAM) es mesuren el nivell de la consciència, la inatenció, les possibles comorbiditats i l'inici dels símptomes; és un mètode fiable per diagnosticar el delírium.
 - b) El delírium amb símptomes mixts d'hiperactivitat i hipoactivitat n'és la presentació clínica més freqüent.
 - c) En la síndrome confusional aguda —a diferència de la psicosi—, la memòria està alterada.
 - d) La síndrome confusional aguda és un trastorn de causa orgànica que redueix la probabilitat de supervivència al cap d'un any des del diagnòstic.
- 5. Senyalau l'afirmació falsa sobre el tractament de la síndrome confusional aguda en els ancians:**
- a) No hi ha proves concloents que l'ús d'antipsicòtics redueixi la gravetat o la durada dels episodis.
 - b) No hi ha un consens definitiu sobre la selecció d'antipsicòtics, encara que són preferibles els atípics.
 - c) Es reserva l'ús d'antipsicòtics i altres medicaments sedants per al tractament de l'agitació greu.
 - d) Les benzodiazepines s'indiquen com a tractament de primera elecció.
- 6. Quin tractament és el més indicat en el cas clínic descrit?**
- a) 0,5-5 mg d'haloperidol per la via intravenosa, repetint la dosi entre mitja hora i dues hores després.
 - b) 50-100 mg de tiaprida per la via intravenosa, repetint la dosi entre mitja hora i dues hores després.
 - c) 0,5-2,5 mg de midazolam per la via intravenosa. Dosi d'ajust: 0,5-1 mg cada 10-15 minuts.
 - d) 2,5-5 mg d'olanzapina per la via intramuscular, repetint la dosi entre mitja hora i quatre hores després.

- 7. Senyalau l'afirmació correcta sobre els problemes relacionats amb la teràpia de l'ancià:**
- a) Els factors identificats amb relació a problemes de compliment terapèutic són aquells que no depenen del tractament ni del pacient.
 - b) La polimediació és el factor de risc més important en l'aparició d'efectes adversos a medicaments.
 - c) El problema principal de les interaccions és que són predictibles i condueixen sempre a l'aparició d'efectes adversos.
 - d) Encara que les reaccions adverses a medicaments són més freqüents en aquest grup de població, la gravetat és menor en comparació amb els pacients més joves.
- 8. Quina de les següents alteracions metabòliques origina amb menys freqüència manifestacions clíniques per afectació del sistema nerviós central primàriament?**
- a) Amoni sèric de 300 micromol/L.
 - b) Glucosa sèrica de 15 mg/dL.
 - c) Potassi sèric de 4,2 mEq/L.
 - d) Hipercàpnia amb PCO₂ de 70 mmHg.
- 9. Plantejau-vos el cas d'un home de 34 anys a qui s'ha diagnosticat otitis mitjana fa cinc dies, sense altres antecedents, que debuta amb febre de 39 °C, cefalea, síndrome confusional i rigidesa del clatell. Li fan una punció lumbar, el resultat de la qual suggereix meningitis bacteriana. Quin dels següents seria el millor tractament antibiòtic empíric?**
- a) Ceftriaxona i vancomicina.
 - b) Cefotaxima i ampicil·lina.
 - c) Moxifloxacina i vancomicina.
 - d) Meropenem i ampicil·lina.
- 10. Senyalau l'afirmació falsa amb relació a l'examen de les pupil·les d'un pacient en coma:**
- a) La miosi reactiva a la llum es relaciona amb una lesió al diencèfal.
 - b) La midriasi unilateral o anisocòria amb reflex directe negatiu i indirecte conservat es relaciona amb una lesió al nervi òptic.
 - c) La midriasi bilateral no reactiva es relaciona amb la mort cerebral.
 - d) La midriasi bilateral reactiva es relaciona amb l'herniació uncal.



- 11. En el cas d'un pacient en tractament anticoagulant i antiagregant que presenta llenguatge incoherent, però sense altres manifestacions clíniques associades, i una lesió hiperdensa en forma de mitjalluna en la imatge de la tomografia computada (TC) cranial, ¿quin és el diagnòstic més probable?**
- a) Hemorràgia subaracnoidal.
 - b) Hematoma intraparenquimatós.
 - c) Hematoma epidural.
 - d) Hematoma subdural.
- 12. Quina és la mesura menys acceptada respecte del tractament de la hipertensió intracranial al servei d'urgències?**
- a) Elevar el cap del pacient i mantenir-lo centrat.
 - b) Drenar el líquid cefalorraquidi per mitjà d'un drenatge lumbar.
 - c) Hiperventilació moderada.
 - d) Glucocorticoides, en algunes circumstàncies.
- 13. En quin estat es troba un pacient en coma rígid amb els membres superiors en extensió, aproximació i rotació interna i els membres inferiors en extensió?**
- a) Estat prostràtic.
 - b) Rigidesa de decorticació.
 - c) Rigidesa de descerebració.
 - d) Síndrome conversiva.
- 14. En el cas d'un pacient que acudeix a urgències i en l'exploració presenta parla fluent, mala compressió del llenguatge, incapacitat per a la repetició i disnòmia, semiològicament presenta un quadre compatible amb...**
- a) ...afàsia de Broca.
 - b) ...afàsia de conducció.
 - c) ...afàsia transcortical sensitiva.
 - d) ...afàsia de Wernicke.



15. Senyalau l'afirmació falsa sobre l'estupor:

- a) És una alteració de la consciència.
- b) Suposa un estat reversible per estímuls moderats.
- c) S'utilitza aquest terme en els estats de mutisme i de reducció de l'activitat motora.
- d) En l'àmbit de la neurologia és un estat que precedeix el coma.

16. Hi ha diversos termes semiològics que tenen en compte el patró respiratori d'un pacient en coma. Si s'observa que en un pacient, després d'un període d'apnea, es produeixen respiracions que augmenten progressivament d'amplitud i freqüències i després disminueixen progressivament fins a un altre episodi d'apnea, ¿a quin patró correspon?

- a) Taquipnea.
- b) Platipnea.
- c) Respiració de Kussmaul.
- d) Respiració de Cheyne-Stokes.

17. Senyalau la resposta incorrecta sobre les cures inicials en l'abordatge d'un pacient en coma:

- a) Mantenir la permeabilitat de la via aèria.
- b) Vigilar la freqüència respiratòria, el patró de ventilació i els signes d'hipoxèmia.
- c) Mantenir una pressió arterial mitjana per damunt de 70 mmHg.
- d) Hi està contraindicat l'ús de labetalol i nitroprussiat en tots els casos.

18. Senyalau l'afirmació correcta sobre el líquid cefalorraquidi:

- a) El líquid cefalorraquidi normal és clar, transparent, té una pressió d'obertura de 5-20 cm H₂O i conté un màxim de 5 cèl·lules/mm³, que habitualment són mononuclears.
- b) La proporció de glicorràquia respecte de la glucèmia capil·lar és del 100 % i té 50-100 mg/dL de proteïnes.
- c) Un perfil limfocitari amb glicorràquia normal orienta al diagnòstic de meningitis d'origen bacterià.
- d) Un perfil leucocitari polimorfonuclear amb glicorràquia disminuïda orienta al diagnòstic de meningitis d'origen víric.



19. **Plantejau-vos el cas d'una jove de 20 anys que acudeix al servei d'urgències perquè, després d'aixecar-se i mirar-se al mirall, ha notat debilitat a tota la meitat dreta de la cara (inclòs el front) en tancar la parpella i en somriure. L'afectació està acompanyada de disgèusia (sensació de gust metàl·lic dels aliments), hipoacúsia i dolor mastoidal ipsilateral. En l'exploració no s'evidencia dèficit de la força ni dèficit sensitiu a les extremitats ni alteracions de la parla ni del llenguatge.**

Senyalau l'afirmació correcta respecte d'aquest cas:

- a) El diagnòstic més probable és una placa desmielinitzant a l'hemiprotuberància contralateral i l'exploració complementària més necessària és una ressonància magnètica cranial.
- b) Els corticoides per la via oral són d'elecció en el tractament d'aquesta pacient.
- c) Ha de ser considerada la fibrinòlisi endovenosa si el temps d'evolució és inferior a tres hores.
- d) El més probable és que el quadre sigui irreversible.

20. **Senyalau l'afirmació correcta sobre les crisis epilèptiques posttraumàtiques:**

- a) Són habituals immediatament després d'un traumatisme cranial.
- b) Les lesions penetrants i la gravetat de la lesió són factors que afavoreixen aquestes crisis.
- c) Hi està indicat el tractament anticomicial profilàctic.
- d) Després d'un parell d'anys de risc més alt, els pacients amb lesions greus tenen el mateix risc que la població general.

Preguntes de reserva

21. **Senyalau l'afirmació falsa sobre els tractaments específics del coma reversible:**

- a) La dextrosa s'utilitza en els casos de coma hipoglucèmic.
- b) La tiamina s'utilitza en els casos d'encefalopatia de Wernicke.
- c) La rifampicina s'utilitza en els casos d'encefalopatia hepàtica.
- d) La ventilació mecànica s'utilitza en els casos d'encefalopatia hipercàpnica.



- 22. Quina de les respostes següents no és un tipus de síndrome lacunar?**
- a) Síndrome motora pura.
 - b) Hemiparèsia atàxica.
 - c) Falta d'habilitat a les mans i disàrtria.
 - d) Hemiplegia esquerra.
- 23. Quina de les respostes següents és un dels objectius del control dels signes vitals en els casos d'ictus agut?**
- a) Tensió arterial per davall de 185/105 mmHg.
 - b) Temperatura per davall de 38 °C.
 - c) Glucèmia per davall de 170 mg/dL.
 - d) Saturació d'oxigen per damunt del 93 %.
- 24. Al servei d'urgències, quina és l'actitud menys adequada en un cas d'hemorràgia subaracnoidal?**
- a) Iniciar un tractament anticomercial preventiu.
 - b) Si el quadre és molt suggestiu i el resultat de la TC cranial és normal, cal fer una punció lumbar.
 - c) Si es confirma l'hemorràgia, cal sol·licitar una angiotomografia computada cranial amb caràcter urgent.
 - d) Cal corregir les possibles alteracions de la coagulació.

Cas 7

Un home de 67 acudeix al servei d'urgències per febre de 38,5 °C des de fa un dia acompanyada de malestar general, dolor abdominal de tipus còlic al flanc dret, nàusees, algun vòmit i molèsties urinàries lleus en forma de disúria i síndrome miccional. Refereix que fa dos dies li van fer una resecció transuretral de la pròstata, però sense incidències posteriors.

Antecedents patològics: diabetis *mellitus* de tipus 2, hipertensió arterial, dispèpsia gàstrica, gonartrosi. Còlics nefrítics en la joventut. Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. No fumador.

Tractament: 850 mg de metformina cada 12 hores; 40/25 mg d'olmesartan /hidroclorotiazida cada 24 hores; 20 mg d'omeprazole cada 24 hores; paracetamol a demanda.

EXPLORACIÓ FÍSICA

- Constants vitals: tensió arterial, 80/40 mmHg; freqüència cardíaca, 120 bpm; freqüència respiratòria, 30 rpm; saturació d'oxigen, 94 %; temperatura, 38,7 °C.
- Glucèmia capil·lar, 320 mg/dL; cetonèmia, 1,3; puntuació en l'escala de coma de Glasgow, 13 (O = 4, V = 4, M = 5); pes, 70 kg.
- Mal aspecte general, hipoperfós, suós; puntuació en l'EVA, 8/10.
- Auscultació cardíaca: amb taquicàrdia, buf sistòlic aòrtic mitral II/VI.
- Auscultació respiratòria: murmuri vesicular conservat sense sorolls afegits.
- Abdomen: tou depressible sense signes d'irritació peritoneal; puny percussió lumbar dreta feble positiva, esquerra negativa; polsos perifèrics presents i simètrics.

1. Senyalau la resposta correcta segons les escales de valoració de la sèpsia:

- a) Amb l'escala quick SOFA < 2.
- b) Amb l'escala MEWS < 5 punts.
- c) Amb l'escala NEWS 2 mitjana: 6 punts.
- d) Amb l'escala quick SOFA > 2.



Resultats de l'anàlisi:

- Hemograma: leucocitosi, 25.000 (neutrofilia, 85 %, plaquetes, 150.000/mm³).
- Coagulació: temps de protrombina, 70 %; INR, 1,2.
- Bioquímica: creatinina, 7,2 mg/dL; urea, 80; ionograma, normal; bilirubina total, 2,3; PCR, 23; procalcitonina, 10 ng/mL.
- Gasometria arterial AA: pH, 6,9; pO₂, 57; pCO₂, 24; HCO₃, 12; EB, -23; àcid làctic, 8,0 mmol/L.
- Sediment: nitrits, positiu amb abundants microorganismes i leucocitúria.
- Hemocultius: pendents de resultats.

2. Cap a quin diagnòstic orienten els resultats d'aquesta analítica?

- a) Cetoacidosis diabètica amb febre.
- b) Diverticulitis aguda.
- c) Sèpsia d'origen renal.
- d) Còlic biliar complicat.

3. Senyalau la resposta correcta d'acord amb les dades de les gasometria:

- a) Acidèmia metabòlica i insuficiència respiratòria.
- b) Acidosis metabòlica i insuficiència respiratòria normocàpnica.
- c) Acidosis metabòlica amb alcalosi respiratòria compensadora.
- d) Acidèmia làctica.

4. Senyalau l'afirmació falsa sobre la procalcitonina:

- a) És un biomarcador utilitzat per valorar la gravetat i la mortalitat en els processos sèptics.
- b) Ajuda a distingir la sèpsia d'una síndrome de resposta inflamatòria sistèmica (SRIS) no infecciosa gràcies al fet que assoleix una sensibilitat del 98 % i una especificitat de més del 90 % si els valors són superiors a 10 ng/mL.
- c) No s'eleva en els casos de xoc cardiogènic o de carcinoma de pulmó.
- d) Es recomana fer una altra determinació al cap de 8-12 hores i al cap de 24 hores per comprovar la variació i estimar la millorança o la progressió de la infecció.

- 5. Després de traslladar el pacient a l'aèria de crítics amb monitoratge no invasiu, cal iniciar el tractament de ressuscitació amb...**
- a) ...500 mL de sèrum fisiològic en la primera hora.
 - b) ...sèrum fisiològic a ritme de 30 mL/kg en les primeres tres hores.
 - c) ...500 mL de lactat de Ringer en la primera hora.
 - d) ...500 mL d'Isfundin® en la primera hora.
- 6. Atesos els valors de la gasometria, senyalau la resposta correcta sobre el tractament que cal administrar en la fase de ressuscitació:**
- a) Perfusió de bicarbonat 1/6 M a través d'una via perifèrica.
 - b) Perfusió de bicarbonat 1M (en una dosi d'1 mEq/kg).
 - c) No cal afegir-hi bicarbonat.
 - d) Cal afegir-hi una perfusió de sèrum glucosat al 10 % amb insulina.
- 7. Senyalau l'afirmació correcta sobre el tractament antibiòtic en el cas clònic descrit:**
- a) S'ha d'iniciar al més aviat possible: es recomana abans de la primera hora des del diagnòstic, fins a un màxim de tres hores.
 - b) La dosi inicial ha d'estar ajustada a la funció renal.
 - c) La dosi inicial ha de ser plena.
 - d) Les respostes a) i c) són correctes.
- 8. Sota la sospita diagnòstica i el focus d'infecció, quin és el tractament antibiòtic adequat en aquest cas clínic?**
- a) 4 g de piperacillina tazobactam cada 8 hores +/- 15 mg/kg d'amikacina en una dosi única diària.
 - b) 2 g de piperacillina tazobactam cada 12 hores +/- 15 mg/kg d'amikacina en una dosi única diària.
 - c) 1 g de meropenem cada 8 hores +/- 15 mg/kg d'amikacina en una dosi única diària.
 - d) 2 g de ceftriaxona cada 24 hores +/- 15 mg/kg d'amikacina en una dosi única diària.



- 9. Quina de les respostes següents no és una de les variables dinàmiques que cal revisar després de la ressuscitació inicial, segons les recomanacions de les guies internacionals de sèpsies, i que indicarien fracàs?**
- a) Diüresi < 50 mL/h.
 - b) Pressió arterial mitjana > 65 mmHg.
 - c) Depuració de lactat < 20 %.
 - d) Insuficiència respiratòria amb $PaO_2/FiO_2 < 300$ (en absència de pneumònia).
- 10. Senyalau l'afirmació falsa d'acord amb les guies Surviving Sepsis Campaign de 2021:**
- a) La sèpsia és una disfunció orgànica potencialment mortal, causada per una resposta inadequada de l'hoste a una infecció documentada clínicament i/o microbiològicament.
 - b) La sèpsia greu es manté en l'actualitat com a definició.
 - c) La sèpsia és dependent del temps i, per tant, és una emergència mèdica.
 - d) La sèpsia és una de les principals causes de mortalitat arreu del món.
- 11. Una de les mesures per reduir la incidència de les infeccions relacionades amb l'assistència sanitària és la higiene de les mans. Senyalau en quin moment és incorrecta:**
- a) Abans de tocar el pacient.
 - b) Abans de dur a terme una tasca neta/asèptica.
 - c) Abans del risc d'exposició a líquids corporals.
 - d) Després del contacte amb el pacient i/o el seu entorn.



Després de la ressuscitació adequada, al cap de tres hores el pacient presenta aquests paràmetres:

- Pressió arterial mitjana: 55 mmHg; freqüència cardíaca, 110 bpm; freqüència respiratòria, 24 rpm; saturació d'oxigen amb ulleres nasals a 2 litres, 97 %; temperatura, 37,7 °C
- Diüresi, 0 mL; glucèmia, 270 mg/dL; cetonèmia, 0,8 mmol/L; àcid làctic, 3,5 mmol.
- Gasometria venosa: pH, 7,2; HCO₃, 22; EB, -5.

12. En quina situació està aquest cas clínic?

- a) Evolució lenta, però favorable; la depuració de l'àcid làctic és correcta.
- b) La situació evoluciona a xoc sèptic.
- c) Persistència de la cetoacidosis diabètica.
- d) Hipoperfusió associada a sèpsia.

13. Si es decideix administrar una droga vasoactiva, ¿quina és la d'elecció, entre les següents?

- a) Atès que no es disposa d'una via central, no es pot administrar.
- b) Dobutamina.
- c) Vasopressina.
- d) Noradrenalina per una via perifèrica.

14. Quina de les respostes següents és una mesura terapèutica addicional que es pot prendre en consideració?

- a) Vitamina C per la via endovenosa.
- b) Immunoglobulines per la via endovenosa.
- c) Corticoesteroides (40 mg de metilprednisolona cada 8 hores).
- d) Insulina per corregir la hiperglucèmia.



- 15. Per mitjà d'una prova diagnòstica per la imatge s'observa una marcada hidronefrosi dreta, litiasi ureterojuxtavesical renal dreta d'11 mm de diàmetre i distensió de la vesícula biliar sense parets engrossides ni presència de litiasi a l'interior.**

Quina de les opcions terapèutiques següents és correcta?

- a) Interconsulta al servei d'urologia per valorar una nefrostomia dreta.
- b) Mantenir la ressuscitació i administrar antibiòtics com s'han iniciat i esperar.
- c) Interconsulta al servei de nefrologia per a hemodiàlisi.
- d) Interconsulta al servei de cirurgia per a una colecistectomia.

- 16. Si se sospitès una colecistitis aguda en aquest cas clínic, ¿quina de les respostes següents no és un dels criteris diagnòstics segons la guia de Tòquio de 2018?**

- a) Signes locals: signe de Murphy o massa, dolor o defensa en l'hipocondri dret.
- b) Signes sistèmics: febre de menys de 37,5 °C o PCR alta o leucocitosi per damunt de 10.000 cèl·lules/mm³.
- c) Imatge: edema de paret de més de 5 mm, vesícula distesa, signe de Murphy radiològic, líquid perivesicular, colelitiasi.
- d) Imatge: edema de paret de menys de 5 mm, vesícula distesa, signe de Murphy radiològic, líquid perivesicular, colelitiasi.

- 17. Quina de les respostes següents no és un dels criteris de gravetat per a la colecistitis aguda de grau moderat?**

- a) Increment de la leucocitosi de més de 18.000 cèl·lules/mm³.
- b) Durada dels símptomes de més de 72 hores.
- c) Temps de protrombina INR < 1,5.
- d) Marcada inflamació local (colecistitis gangrenosa, abscess perivesicular, colecistitis enfisematosa).



- 18. En aquest cas clínic es podria sospitar una infecció per un microorganisme multiresistent. Quina és la definició de *multiresistent*?**
- a) Absència de sensibilitat almenys a un antibiòtic de tres o més famílies considerades d'utilitat per al tractament de les infeccions produïdes per cadascuna de les espècies bacterianes considerades.
 - b) Probabilitat alta d'èxit terapèutic perquè l'exposició a l'agent està incrementada per l'ajust del règim de dosatge per la seva concentració en lloc de la infecció.
 - c) Absència de sensibilitat a tots els antibiòtics de totes les famílies habituals utilitzades en el tractament del bacteri considerat.
 - d) Probabilitat alta de fracàs terapèutic fins i tot quan hi ha increment de l'exposició.
- 19. Amb relació als microorganismes multiresistents cal tenir en compte tots els següents, excepte un. Senyalau-lo:**
- a) *Staphylococcus aureus* resistent a la meticil·lina (SARM, MRSA per la denominació en anglès).
 - b) Enterobacteri productor de betalactamases d'espectre estès (BLEE) o de betalactamases plasmídiques de tipus AmpC.
 - c) Enterobacteri productor de carbapenemases (EPC).
 - d) *Pseudomona aeruginosa*.
- 20. En els programes PROA dels hospitals s'inclouen els serveis d'urgències. Quina de les respostes següents no és un dels objectius generals d'aquests programes?**
- a) Registre de tots els microorganismes multiresistents i creació d'una base de dades.
 - b) Formació d'un curs PROA bàsic dirigit a tots els adjunts dels serveis d'urgències.
 - c) Millorança del pronòstic dels pacients amb infeccions.
 - d) Reducció de la pressió antibiòtica i dels efectes adversos.



Preguntes de reserva

21. El pacient del cas clínic descrit rep l'alta després de superar la *malaltia* però torna al servei d'urgències tres dies després amb diarrea, tos, dispnea i febre de 39 °C. Per mitjà d'una radiografia del tòrax s'observa un embassament pleural dret fins al terç mitjà i condensació al lòbul superior dret (la resta, sense alteracions). Se sospita una pneumònia intrahospitalària.

Senyalau l'afirmació correcta:

- a) La pneumònia intrahospitalària és la segona causa d'infecció nosocomial i la que presenta una taxa de mortalitat més baixa.
- b) No és probable que *Acinetobacter baumannii* en sigui el microorganisme responsable.
- c) Entre les mesures per reduir la incidència de la pneumònia intrahospitalària hi ha optimitzar la higiene oral, elevar el capçal del llit i la deambulació precoç.
- d) La sospita de microorganismes multiresistents no té relació amb l'administració d'antibiòtics en els 90 dies previs.

22. Senyalau la resposta incorrecta en cas que es fes una toracocentesi a aquest pacient:

- a) Els valors de la glucosa al líquid pleural inferiors a 60 mg han d'orientar als diagnòstics d'empiema, procés neoplàsic, tuberculosi o artritis reumatoide.
- b) No es recomana extreure més de 1.000 mL d'una vegada en la toracocentesi per evitar l'edema *ex vacuo* o per reexpansió pulmonar.
- c) El pH al líquid pleural inferior a 7,20 es pot veure en els casos d'embassament pleural parapneumònic complicat o empiema, trencament esofàgic o procés neoplàsic.
- d) Un coeficient d'LDH pleural / LDH plasma superior a 0,6 és un transsudat.

- 23. En el cas d'un pacient seropositiu al VIH amb càrrega detectable o desconeguda i amb factors de risc, ¿en quina situació no està indicada la profilaxi postexposició no ocupacional amb antiretrovirals?**
- a) Relacions anals i/o vaginals sense preservatiu.
 - b) Intercanvi de xeringues amb consumidors de drogues per la via parenteral.
 - c) Mossegada humana amb trencament de la pell o hemorràgia.
 - d) Punxada o erosió superficial amb una agulla o un altre objecte punxant abandonat que no ha estat en contacte amb sang recentement.
- 24. Senyalau l'afirmació correcta sobre les infeccions de transmissió sexual:**
- a) Les lesions d'origen sifilític (sífilis primària) són molt doloroses.
 - b) Es recomana fer proves serològiques per detectar els virus de l'hepatitis B, de l'hepatitis C i de la immunodeficiència humana.
 - c) Les infeccions de transmissió sexual amb una taxa més alta d'incidència són les causades per *Neisseria gonorrhoeae*, segons les dades de vigilància epidemiològica de 2019.
 - d) El tractament empíric d'elecció consisteix en 250 mg de ceftriaxona per la via intramuscular i 1 g d'azitromicina en dosi única per la via oral.



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS
/

