

FECHA: 01/07/2026

APELLIDO Y NOMBRE:

EXAMEN DE RESIDENCIAS CON BASE EN CLINICA MEDICA Y TERAPIA INTENSIVA
2026

1. VARÓN DE 45 AÑOS QUE HA FUMADO DESDE LOS 11 AÑOS. TRABAJA EN UNA OFICINA, TOSE TODOS LOS DÍAS SOBRE TODO POR LA MAÑANA Y NOTA DISNEA CUANDO HACE UN ESFUERZO MENOR, FUERA DE LO HABITUAL. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CONSTITUYE UNA AFIRMACIÓN VERDADERA?
 - A) EL HÁBITO TABÁQUICO SIEMPRE CONDUCE A DESARROLLAR EPOC
 - B) AL IGUAL QUE EN EL ASMA, HAY UN COMPONENTE INFLAMATORIO EN SUS VÍAS AÉREAS.
 - C) EL FACTOR GENÉTICO PARA DESARROLLAR EPOC MEJOR DOCUMENTADO ES EL DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA.
 - D) LAS ACRO-PAQUIAS SON CARACTERÍSTICAS DE LA EPOC, AUNQUE APARECEN EN POCOS PACIENTES, SOBRE TODO CUANDO TIENEN ENFERMEDAD GRAVE.
2. UN PACIENTE DE 69 AÑOS LE CONSULTA POR DISNEA DE ESFUERZOS, PROGRESIVA DESDE HACE 2 AÑOS. ACTUALMENTE ES MMRC (MEDICAL RESEARCH COUNCIL MODIFICADA) 3. ACUMULA UN IPA DE 80 P/Y. TRES MESES ATRÁS LE DIAGNOSTICARON EPOC. EL PACIENTE SOLICITA QUE LE INDIQUE O₂ PORQUE CREE QUE LE VA A ALIVIAR. CUÁL SERÍA LA CONDUCTA ADECUADA PARA ESTA SITUACIÓN:
 - A) CONSIDERA QUE LA SATURACIÓN DE O₂ ES UNA BUENA HERRAMIENTA PARA DETERMINAR LA NECESIDAD DE INDICAR OXÍGENO CRÓNICO DOMICILIARIO (OCD)
 - B) LE PEDIRÁ GASOMETRÍA, SI SATURA MENOS DE 87% LE INDICARÁ O₂
 - C) LE PEDIRÁ GASOMETRÍA Y SI LA PAO₂ ES MENOR A 55 MM HG, LE INDICARÁ O₂
 - D) LE PEDIRÁ UNA PRUEBA DE MARCHA DE 6 MINUTOS Y SI DETECTA QUE DESATURA DURANTE EL MISMO LE INDICARÁ O₂.
3. VARÓN DE 45 AÑOS QUE LE HAN DIAGNOSTICADO ASMA BRONQUIAL DESDE LOS 35. USABA LA COMBINACIÓN DE BUDESONIDE/FORMOTEROL EN AEROSOL, 2 INHALACIONES DOS VECES AL DÍA, MIENTRAS QUE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS CON EL INHALADOR DE POLVO SECO DE FLUTICASONA/SALMETEROL 50/500, REALIZA 1 ASPIRACIÓN DOS VECES AL DÍA. A PESAR DE ESTE TRATAMIENTO, SUFRE DE SÍNTOMAS NOCTURNOS DOS VECES POR SEMANA QUE LO IMPULSAN A USAR SALBUTAMOL. EN LOS DEPORTES TIENE BRONCOESPASMOS, ESPECIALMENTE DURANTE LA PRIMAVERA. SE QUEJA DE PICAZÓN EN LOS OJOS Y LA NARIZ, ESTORNUDOS Y SECRECIÓN NASAL DURANTE TODO EL AÑO. UTILIZA LORATADINA A DEMANDA PARA SUS SÍNTOMAS NASALES Y OCULARES. ES ESTUDIANTE DE PERIODISMO, NO ESTÁ EXPUESTO A PRODUCTOS QUÍMICOS NI A OTRAS SUSTANCIAS Y NO FUMA. VIVE EN UNA CASA CON UN JARDÍN DE ÁRBOLES EN UN PUEBLO PEQUEÑO Y NO TIENE MASCOTAS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES SERÍA SU PRIMERA PROPUESTA DE TRATAMIENTO?
 - A) INTENSIFICAR EL TRATAMIENTO DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DE GINA, QUE HAGA 2 ASPIRACIONES DEL MISMO MEDICAMENTO (POLVO SECO DE FLUTICASONA/SALMETEROL 50/500) CADA 12HS.
 - B) MANTENER EL MISMO TRATAMIENTO EVITANDO LA EXPOSICIÓN A PÓLENES Y ÁCAROS Y AGREGAR TIOTROPIO
 - C) INVESTIGAR CORRECTAMENTE LA ADHERENCIA DEL PACIENTE Y EVALUAR LA TÉCNICA DEL USO DEL INHALADOR.
 - D) INVESTIGAR EL FENOTIPO DEL ASMA PARA INICIAR TRATAMIENTO CON MEDICACIONES BIOLÓGICAS.

4. UN HOMBRE DE 76 AÑOS CONSULTA AL SERVICIO DE EMERGENCIAS POR FIEBRE, TOS PRODUCTIVA Y DISNEA PROGRESIVA DE 72 HORAS DE EVOLUCIÓN. ANTECEDENTES: EPOC MODERADO. INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA. DIABETES MELLITUS TIPO 2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL. EXAMEN FÍSICO: TEMPERATURA: 39,2 °C, TA: 88/54 MMHG, FC: 122 LPM, FR: 34/MIN, SATURACIÓN O₂: 87% RESPIRANDO AIRE AMBIENTE, GLASGOW: 14/15 (CONFUSE EN TIEMPO), CREPITANTES EN BASE PULMONARY DERECHA. LABORATORIO: UREA: 78 MG/DL, GLUCEMIA: 230 MG/DL, SODIO: 128 MEQ/L, HEMATOCRITO: 31%, LEUCOCITOS: 18.500/MM³, PH ARTERIAL: 7,32, PAO₂: 56 MMHG, RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: CONSOLIDACIÓN MULTILobar DERECHA CON PEQUEÑO DERRAME PLEURAL. CON LOS DATOS DISPONIBLES, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES OPCIONES ES LA MÁS APROPIADA RESPECTO A LA ESTRATIFICACIÓN PRONOSTICA Y LUGAR DE TRATAMIENTO?

- A) CURB-65 = 1; MANEJO AMBULATORIO CON CONTROL EN 48 HORAS.
- B) CURB-65 = 2; INGRESO A SALA GENERAL, SIN NECESIDAD DE MONITORIZACIÓN INTENSIVA.
- C) CURB-65 = 4 Y PSI/PORT CLASE V; REQUIERE INTERNACIÓN Y VALORACIÓN INMEDIATA PARA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
- D) CURB-65 = 3 Y PSI/PORT CLASE III; OBSERVACIÓN EN GUARDIA DURANTE 24 HORAS.

5. UN HOMBRE DE 72 AÑOS VIENE A SU CONSULTORIO POR FIEBRE, TOS PRODUCTIVA CON EXPECTORACIÓN PURULENTE Y DISNEA PROGRESIVA DE 48 HORAS DE EVOLUCIÓN. ANTECEDENTES: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO IV EN HEMODIÁLISIS TRISEMANAL. DIABETES MELLITUS TIPO 2. EPOC SEVERO. INTERNACIÓN HACE 20 DÍAS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA (7 DÍAS DE PERMANENCIA HOSPITALARIA). TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO CON CEFTRIAXONA DURANTE AQUELLA INTERNACIÓN. EXAMEN FÍSICO: TEMPERATURA: 38,8 °C, TA: 92/58 MMHG, FC: 118 LPM, FR: 32/MIN, SATURACIÓN O₂: 86% RESPIRANDO AIRE AMBIENTE, GLASGOW: 15/15, LABORATORIO: LEUCOCITOS: 19.800/MM³, PCR: 28 MG/DL, UREA: 94 MG/DL, CREATININA: 4,8 MG/DL, LACTATO: 3,2 MMOL/L, RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: INFILTRADO ALVEOLAR MULTILobar BILATERAL CON PREDOMINIO EN LÓBULO INFERIOR DERECHO. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES LA MÁS CORRECTA RESPECTO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EMPÍRICO INICIAL?

- A) SE TRATA DE UNA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Y DEBE TRATARSE CON AMOXICILINA ORAL.
- B) SE TRATA DE UNA NEUMONÍA ASOCIADA A LOS CUIDADOS DE LA SALUD, REQUIERE INTERNACIÓN Y ANTIBIOTIC TERAPIA EMPÍRICA DE AMPLIO ESPECTRO.
- C) SE TRATA DE UNA NEUMONÍA VIRAL Y DEBE INICIARSE OSULTAMIVIR.
- D) SE TRATA DE UNA BRONQUITIS AGUDA QUE PUEDE TARTAR SE DE FORMA AMBULATORIA.

6. UN PACIENTE DE 45 AÑOS CON DM2 BAJO TRATAMIENTO CON METFORMINA 1700 MG/DÍA DESDE HACE 4 AÑOS PRESENTA EN SU CONTROL ANUAL UNA LEVE PALIDEZ CUTÁNEO-MUCOSA. EL LABORATORIO REVELA ANEMIA MEGALOBLÁSTICA. SEGÚN LA GUÍA SAD, ¿CUÁL ES LA CONDUCTA MÁS APROPIADA EN ESTE CASO?

- A) SUSPENDER LA METFORMINA POR SOSPECHA DE TOXICIDAD MEDULAR.
- B) SOLICITAR NIVELES DE VITAMINA B12 DEBIDO AL USO CRÓNICO DE METFORMINA.
- C) INICIAR SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA C Y E POR SU EFECTO ANTIOXIDANTE.
- D) ATRIBUIR LA ANEMIA A UNA NEFROPATÍA INCIPIENTE E INICIAR ERITROPOYETINA.

7. UN PACIENTE DE 55 AÑOS CON DM2 DE 5 AÑOS DE EVOLUCIÓN, ASINTOMÁTICO Y CON UN EXAMEN FÍSICO CARDIOVASCULAR NORMAL, DESEA INICIAR UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA DE INTENSIDAD MODERADA (CAMINATA RÁPIDA). SEGÚN LAS RECOMENDACIONES ACTUALES DE LA GUÍA SAD 2025 Y EL FARRERAS-ROZMAN, ¿CUÁL ES LA CONDUCTA MÁS APROPIADA RESPECTO A SU EVALUACIÓN PREVIA?

- A) SOLICITAR OBLIGATORIAMENTE UNA ERGOMETRÍA DE 12 DERIVACIONES ANTES DE QUE EL PACIENTE REALICE CUALQUIER TIPO DE DESPLAZAMIENTO ACTIVO.
- B) PRESCRIBIR LA ACTIVIDAD FÍSICA DE INTENSIDAD MODERADA SIN NECESIDAD DE PRUEBAS DE ESFUERZO ADICIONALES, DADA LA AUSENCIA DE SÍNTOMAS Y EL PERFIL DE BAJO RIESGO.
- C) CONTRAINDICAR LA ACTIVIDAD FÍSICA HASTA QUE SE REALICE UN ECOCARDIOGRAMA DOPPLER PARA DESCARTAR MIOCARDIOPATÍA DIABÉTICA SILENTE.
- D) INDICAR ÚNICAMENTE EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD, YA QUE EL EJERCICIO AERÓBICO REQUIERE SIEMPRE SUPERVISIÓN CARDIOLÓGICA DIRECTA EN EL PACIENTE DIABÉTICO.

8- UNA MUJER DE 64 AÑOS CON DM2, OBESIDAD Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLERÓTICA ESTABLECIDA RECIBE METFORMINA. SE PLANTEA LA INDICACIÓN DE UN AGONISTA DEL RECEPTOR GLP-1 DEBIDO A QUE ESTE GRUPO FARMACOLÓGICO HA DEMOSTRADO BENEFICIOS CARDIOVASCULARES.

¿CUÁL SERÍA LA CONDUCTA MÁS RESPALDADA ACTUALMENTE SEGÚN LAS RECOMENDACIONES ACTUALES DE LA GUÍA SAD 2025?

- A) SUSPENDER METFORMINA E INICIAR AGONISTA GLP-1 EN MONOTERAPIA.
- B) SUSPENDER METFORMINA E INICIAR UN ISGLT-2 EN MONOTERAPIA.
- C) MANTENER METFORMINA Y ASOCIAR UN AGONISTA GLP-1 O UN ISGLT-2 CON BENEFICIO CARDIOVASCULAR DEMOSTRADO.
- D) SUSPENDER TODA TERAPIA ORAL E INICIAR INSULINOTERAPIA BASAL.

9- ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES EFECTOS ADVERSOS LIMITA CON MAYOR FRECUENCIA EL USO PROLONGADO DE PIOGLITAZONA?

- A) HIPOGLUCEMIA GRAVE POR HIPERINSULINISMO.
- B) PANCREATITIS AGUDA.
- C) RETENCIÓN HIDROSALINA CON RIESGO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISMINUCIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA.
- D) CETO ACIDOSIS EUGLUCÉMICA.

10- UNA MUJER DE 62 AÑOS CONSULTA POR DOLOR TORÁCICO OPRESIVO DE 2 HORAS DE EVOLUCIÓN. TIENE ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN Y DISLIPIDEMIA. EL ECG INICIAL NO MUESTRA ELEVACIÓN DEL ST NI CAMBIOS ISQUÉMICOS EVIDENTES. LA TROPONINA AL INGRESO ES NEGATIVA. SEGÚN EL ABORDAJE ACTUAL DEL DOLOR TORÁCICO ¿CUÁL ES LA CONDUCTA MÁS APROPIADA?

- A) DAR EL ALTA INMEDIATA POR BAJO RIESGO AL TENER ECG Y TROPONINA NORMALES Y ERGOMETRÍA POR AMBULATORIO
- B) REPETIR TROPONINA Y REEVALUAR RIESGO CLÍNICO
- C) SOLICITAR DIRECTAMENTE CINE CORONOGRFÍA URGENTE
- D) INICIAR FIBRINÓLISIS POR ALTA SOSPECHA CLÍNICA

11- PACIENTE MASCULINO DE 62 AÑOS, CON HTA, CONSULTA POR DOLOR TORÁCICO DE 9 HORAS. ECG: SUPRA ST EN CARA INFERIOR. CENTRO SIN HEMODINAMIA INMEDIATA CON DEMORA ESTIMADA DE INTERVENCIONISMO CORONARIO POR VÍA PERCUTÁNEA>180 MIN. ¿CUÁL ES LA CONDUCTA INICIAL MÁS ADECUADA?

- A) ASPIRINA + CLOPIDOGREL + TROMBÓLISIS
- B) TRASLADO PARA ANGIOPLASTIA PRIMARIA INDEPENDIENTEMENTE DEL TIEMPO DE DEMORA.
- C) ANTICOAGULACIÓN AISLADA.
- D) TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE EXCLUSIVAMENTE Y TRASLADO DIFERIDO.

12- A LA LUZ DE LOS CONOCIMIENTOS ACTUALES ¿CUÁL ES LA MEJOR OPCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA POR HABER DEMOSTRADO QUE REDUCE LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON IC AVANZADA?

- A) INHIBIDOR DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (IECA) MÁS BETABLOQUEANTE MÁS ESPIRONOLACTONA
- B) IECA MÁS BETABLOQUEANTE MÁS NITRITOS
- C) IECA MÁS BLOQUEANTE AT1 DE LA ANGIOTENSINA II MÁS BETABLOQUEANTE
- D) IECA MÁS PRAZOSÍN MÁS ESPIRONOLACTONA

13- UN PACIENTE DE 17 AÑOS ES LLEVADO A LA GUARDIA POR CEFALEA FRONTAL, CON DIFICULTAD A LA MARCHA CON AYUDA PARA DEAMBULAR. A SU INGRESO A URGENCIAS PRESENTA EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA TA 105/70 MMHG, FC 96 LPM, T: 38.7°C, PUPILAS ISOCORICAS, DISARTRIA Y RESPUESTAS VERBALES LENTAS. GLASGOW DE 12 PUNTOS, KERNIG Y BRUDZINSKI POSITIVOS, BABINSKY DERECHO, DISMINUCIÓN DE FUERZA EN HEMICUERPO DERECHO (3 DE 5), REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS AUMENTADOS. ¿CUÁL ES EL SÍNDROME QUE SE PUEDE ESTABLECER CON BASE EN LA AFECTACIÓN NEUROLÓGICA?

- A) NEURONA MOTORA INFERIOR
- B) ATROFIA MUSCULAR ESPINAL
- C) NEURONA MOTORA SUPERIOR
- D) DENERVACION DISTAL

14- CONSULTA UN PACIENTE DE 28 AÑOS CON EL ANTECEDENTE DE HABER TENIDO DIARREA AGUDA DISENTÉRICA 15 DÍAS PREVIOS A LA CONSULTA. ACTUALMENTE PRESENTA DEBILIDAD MUSCULAR SIMÉTRICA QUE COMENZÓ DE FORMA DISTAL, PERO ASCENDIÓ DE FORMA PROGRESIVA A LA MUSCULATURA PROXIMAL, A LO QUE SE SUMÓ ARREFLEXIA. ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO?

- A) PARÁLISIS HIPOKALEMIA FAMILIAR.
- B) SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ POR *CAMPYLOBACTER*
- C) NEUROPATÍA MOTORA MULTIFOCAL POR ANTI-GM1
- D) ESCLEROSIS MÚLTIPLE POR INFECCIÓN POR *ESCHERICHIA COLI*

15- ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES MANIFESTACIONES ES TÍPICA DE LA NEURO SÍFILIS TARDÍA (TABES DORSAL)?

- A) PÉRDIDA SENSORIAL EN GUANTE Y MEDIA POR POLINEUROPATÍA DISTAL
- B) ATAXIA SENSITIVA CON ARREFLEXIA Y DOLOR LANCINANTE
- C) PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA DE INICIO SÚBITO
- D) MIASTENIA GRAVIS CON FATIGABILIDAD OCULAR

16- UN PACIENTE DE 80 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, ES LLEVADO A CONSULTA POR REAGUDIZACIÓN DE SU EPOC. DESARROLLA UN DELIRIUM HIPERACTIVO. ADEMÁS DE LAS MEDIDAS HIGIÉNICAS, DE CONFORT Y RESTRICTIVAS DE SER NECESARIAS ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÉDICO INICIAL DE ELECCIÓN?:

- A) DIAZEPAM IV
- B) HALOPERIDOL VO
- C) DONEPEZILO VO
- D) CLONAZEPAM GOTAS

17- UNA PACIENTE DE 24 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA PRESENTA CUADRO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN, DE DOLOR RETROAURICULAR Y MASTOIDEO, EN EL QUE SE DETECTA ASIMETRÍA FACIAL EN REPOSO Y LA PIEL DEL LADO PARALIZADO APARECE TENSA, SIN ARRUGAS, Y EL PÁRPADO INFERIOR CAE, POR LO CUAL LA HENDIDURA PALPEBRAL RESULTA MÁS ANCHA. AL INTENTAR CERRAR EL OJO, EL GLOBO OCULAR DEL LADO PARALIZADO SE DESVÍA HACIA ARRIBA Y LIGERAMENTE HACIA DENTRO. EN BASE AL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE. ADEMÁS DE LA PROTECCIÓN OCULAR ¿QUÉ MEDIDA DEBE INDICARSE EN ESTA PACIENTE?

- A) ADMINISTRAR PREDNISONA (1 MG/KG DE PESO)
- B) ADMINISTRACIÓN DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO Y CONTROL EVOLUTIVO.
- C) PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA RESTAURAR LA FUNCIÓN DEL NERVIIO FACIAL.
- D) ANTICOAGULACIÓN CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR.

18- UN PACIENTE PRESENTA UROSEPSIS Y CREATININA 3.5 MG/DL (V.N. 0.8). ¿EN QUÉ ESTADIO CLASIFICA LA IRA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN KDIGO?

- A) IRA ESTADIO 1
- B) IRA ESTADIO 2
- C) IRA ESTADIO 3
- D) LESIÓN RENAL AGUDA NO OLIGÚRICA

19- UNA MUJER DE 40 AÑOS PRESENTA DEBILIDAD MUSCULAR PROGRESIVA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA, K 2.8 mEq/L Y ALCALOSIS METABÓLICA (HCO₃⁻ 34 mEq/L). LA RENINA PLASMÁTICA ESTA SUPRIMIDA Y LA ALDOSTERONA ELEVADA. LA TAC ABDOMINAL MUESTRA UN ADENOMA SUPRARRENAL IZQUIERDO DE 2 CM. ¿QUÉ TRASTORNO DEL EQUILIBRIO ACIDO-BASE EXPLICA MEJOR LA ALCALOSIS DE ESTA PACIENTE?

- A) VÓMITOS A REPETICIÓN CON PÉRDIDA DE CLH.
- B) EL INTERCAMBIO AUMENTADO DE Na⁺/K⁺ EN EL TÚBULO DISTAL CONDUCE A UNA PÉRDIDA DE POTASIO E HIDROGENIONES
- C) HIPERVENTILACIÓN CRÓNICA COMO MECANISMO COMPENSADOR
- D) APOORTE IATROGÉNICO DE BICARBONATO SÓDICO

20- UN PACIENTE DE 42 AÑOS, NORMOTENSO, TIENE COMO ANTECEDENTES EDEMAS GENERALIZADOS Y LOS SIGUIENTES VALORES EN SUS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: PROTEINURIA DE 3,5 G/24 HORAS, HIPOALBUMINEMIA, HIPERLIPIDEMIA Y CREATININEMIA DE 1,26 MG/DL. CONSULTA POR UN CUADRO BRUSCO DE DOLOR EN EL FLANCO IZQUIERDO Y SUS VALORES DE LABORATORIO ACTUALES SON: CREATININEMIA 2,4 MG/DL Y PROTEINURIA DE 6 G/DÍA. SU SOSPECHA CLÍNICA ES LA DE UNA TROMBOSIS DE LA VENA RENAL IZQUIERDA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ES LA CAUSA MÁS PROBABLE DE AFECCIÓN RENAL?

- A) GLOMERULOSCLEROSIS SEGMENTARIA Y FOCAL
- B) GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA**
- C) GLOMERULONEFRITIS MESANGIO CAPILAR O MEMBRANO PROLIFERATIVA
- D) GLOMERULONEFRITIS AGUDA POSTINFECCIOSA

21- CONSULTA UN PACIENTE DE 38 AÑOS POR HEMOPTISIS. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: HB 11,8 G/DL, HEMATOCRITO 38%, LEUCOCITOS 12.500/MM³ CON FÓRMULA NORMAL, PLAQUETAS 250.000 /MM³, CREATININA 7 MG/DL, UREA 250 MG/DL. SE REALIZA BIOPSIA RENAL QUE MUESTRA SEMILUNAS EN EL 75% DE LOS GLOMÉRULOS Y EN LA INMUNOFLOURESCENCIA APARECE UN PATRÓN DE DEPÓSITO LINEAL DE IGG, PERO EN LA MICROSCOPIA ELECTRÓNICA NO SE OBJETIVAN DEPÓSITOS ELECTRODENSOS. ¿QUÉ MARCADOR SEROLÓGICO CARACTERIZA A LA SOSPECHA DIAGNOSTICA?

- A) ANCA CONTRA MIELOPEROXIDASA (P-ANCA)
- B) ANTICUERPOS ANTI-MEMBRANA BASAL GLOMERULAR (ANTI-GBM)**
- C) ANTICUERPOS ANTI-DNA DE DOBLE CADENA
- D) ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA

22- VARÓN DE 22 AÑOS QUE CONSULTA POR PRESENTAR ORINA OSCURA DESDE HACE 12 HORAS. SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, NO TOMA FÁRMACOS NI CONSUME DROGAS. REFIERE UN CUADRO DE VÍAS SUPERIORES DESDE HACE 4 DÍAS PARA EL QUE HA TOMADO 2 VECES PARACETAMOL 500 MG. EXAMEN FÍSICO: T° 37,3 °C, TA 150/95, FRECUENCIA CARDÍACA 85 LATIDOS POR MINUTO, LIGERO ERITEMA FARÍNGEO, RESTO NORMAL. ANALÍTICA: HB 12,8 G/DL, HEMATOCRITO 39%, LEUCOCITOS 10.500 /MM³ CON FÓRMULA NORMAL, PLAQUETAS 250.000 /MM³, COAGULACIÓN NORMAL, UREA 25 MG/DL, CREATININA 0,8 MG/DL, IONES, PERFIL HEPÁTICO, LIPÍDICO, ALBÚMINA Y PROTEÍNAS TOTALES NORMALES. ESTUDIO DE AUTOINMUNIDAD NORMAL Y SEROLOGÍA VIRAL PARA VIH, HEPATITIS B Y C NEGATIVA. ORINA DE 24 H CON PROTEINURIA DE 0,75 G/24H, SEDIMENTO CON 10 ERITROCITOS POR CAMPO (90% DISMÓRFICOS), NO LEUCOCITURIA. ECOGRAFÍA RENAL NORMAL. ¿QUÉ DIAGNÓSTICO PARECE MÁS PROBABLE?:

- A) NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA.
- B) NEFROPATÍA POR CAMBIOS MÍNIMOS.
- C) NEFROPATÍA IGA.**
- D) GLOMERULONEFRITIS POST-INFECCIOSA.

23- UN PACIENTE DE 57 AÑOS CON ANTECEDENTES DE CA DE PULMÓN CON METÁSTASIS HEPÁTICAS Y ÓSEAS, CONSULTA POR POLIURIA, POLIDIPSIA, ASTENIA Y ESTREÑIMIENTO. EL LABORATORIO MUESTRA: UREMIA DE 65 MG%, CREATININEMIA DE 1,8 MG% Y CALCEMIA DE 12.3 MG%. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO INICIAL MÁS ADECUADO?

- A) MITRAMICINA VO
- B) HIDRATACIÓN IV**
- C) TIAZÍDICOS VO
- D) TERIPARATIDA IV

24- UN HOMBRE DE 67 AÑOS ES INTERNADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A UNA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. REQUIERE ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA Y TRATAMIENTO CON NORADRENALINA. DURANTE LA SEGUNDA SEMANA DE INTERNACIÓN PRESENTA BRADICARDIA SINUSAL DE 52 LATIDOS POR MINUTO Y PERSISTENCIA DE DEBILIDAD MUSCULAR GENERALIZADA. NO TIENE ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD TIROIDEA NI RECIBE AMIODARONA, LITIO O FÁRMACOS ANTITIROIDEOS. SE SOLICITA PERFIL TIROIDEO QUE INFORMA: TSH: 1,2 mUI/L (VN 0,4-4,5); T4 LIBRE: 0,7 NG/DL (VN 0,8-1,8); T3 LIBRE: 1,1 PG/ML (VN 2,3-4,2); RT3 (T3 REVERSA): ELEVADA. ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE?

- A) HIPOTIROIDISMO PRIMARIO.
- B) HIPOTIROIDISMO CENTRAL (SECUNDARIO).**

C) SÍNDROME DEL EUTIROIDEO ENFERMO.

D) TIROIDITIS SUB AGUDA.

25- UNA PACIENTE DE 36 AÑOS CONCURRE A LA CONSULTA CON UN ANÁLISIS DE LABORATORIO QUE MUESTRA UN COLESTEROL TOTAL DE 252 MG/DL CON UN COLESTEROL-LDL DE 168 MG/DL. ¿CUÁLES DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS DESCARTARÍA MEDIANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y DE LABORATORIO, ANTES DE EVALUAR LA NECESIDAD DE INICIAR TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE?

A) HIPERTIROIDISMO, INSUFICIENCIA SUPRARRENAL, ALCOHOLISMO

B) PANCREATITIS CRÓNICA, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, HEPATITIS COLESTÁSICA

C) DIABETES, HIPOTIROIDISMO, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

D) SÍNDROME DE MALABSORCIÓN, ANEMIA MEGALOBLÁSTICA, HIPOTIROIDISMO

26- INGRESA A LA GUARDIA UNA PACIENTE DE 30 AÑOS CON HIPERtermIA DE 40,5 GRADOS CENTÍGRADOS, AGITACIÓN, PALPITACIONES Y TEMBLOR GENERALIZADO DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN. HABÍA SIDO ASISTIDA 3 DÍAS ANTES POR UNA INFECCIÓN URINARIA NO DOCUMENTADA, MEDICADO CON CIPROFLOXACINA 500 MG/12 HORAS. TIENE ANTECEDENTES DE HIPERTIROIDISMO, DIAGNOSTICADO HACE 6 MESES Y TRATADO ACTUALMENTE CON METIMAZOL 5 MG/DÍA. EXAMEN FÍSICO: AGITACIÓN PSICOMOTRIZ, PIEL CALIENTE Y HÚMEDA, TA 90-55 MM HG, FC 126/MINUTO, RITMO REGULAR, ABDOMEN DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN FORMA GENERALIZADA. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: HB 12G/DL, HEMATOCRITO 35,5%, GLÓBULOS BLANCOS: 12200 MM³, NEUTROFILIA CON DESVIACIÓN A LA IZQUIERDA. IONOGRAMA, CREATININA, GLUCEMIA Y ENZIMAS HEPÁTICAS NORMALES. ¿CUÁL ES LA CONDUCTA MÁS ADECUADA EN ESTA PACIENTE?

A) SUSPENSIÓN DEL METIMAZOL Y CAMBIO A PROPILTIOURACILO POR REACCIÓN ADVERSA DEL FÁRMACO

B) INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA PARA HIDRATACIÓN, MONITOREO DE LA TEMPERATURA CENTRAL Y ENFRIAMIENTO CORPORAL POR UN CUADRO DE HIPERtermIA MALIGNA

C) ADMINISTRACIÓN DE PROPILTIOURACILO, YODURO DE SODIO, PROPRANOLOL Y GLUCOCORTICOIDES PARA TRATAR UNA TORMENTA TIROIDEA

D) ADMINISTRACIÓN DE CEFTRIAXONA 4 G/DÍA MÁS UN AMINOGLUCÓSIDO PARA TRATAR UNA SEPSIS CON PUNTO DE PARTIDA URINARIO

27- UN HOMBRE DE 45 AÑOS, FUMADOR DE 60 PAQUETES-AÑO, CONSULTA POR DOLOR LUMBAR NOCTURNO PROGRESIVO. REFIERE TOS SIN EXPECTORACIÓN EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS Y PÉRDIDA DE 10 KG EN 6 MESES. LA RADIOGRAFÍA DE COLUMNA MUESTRA UNA LESIÓN OSTEOLÍTICA ÚNICA EN L2.

¿CUÁL ES EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO INICIAL DE MAYOR RENDIMIENTO PARA IDENTIFICAR EL TUMOR PRIMARIO?

A) PET-TC CORPORAL TOTAL.

B) TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX CON CONTRASTE.

C) CENTELLOGRAMA ÓSEO.

D) ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SÉRICAS.

28- PACIENTE DE 35 AÑOS, QUE CONSULTA EN CENTRO DE SALUD POR ULCERAS ORALES INDOLORAS, CONJUNTIVITIS BILATERAL NO PURULENTE, URETRITIS CON DESCARGA PURULENTE Y DOLOR ARTICULAR DE RODILLA Y TOBILLO DERECHO. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS ES EL MÁS PROBABLE?

A) SÍNDROME DE SWEET.

B) ENFERMEDAD DE WHIPPLE.

C) ENFERMEDAD DE BEHÇET.

D) SÍNDROME DE ARTRITIS REACTIVA.

29- MUJER DE 70 AÑOS QUE REFIERE DESDE HACE 3 MESES ASTENIA, HIPOREXIA, PÉRDIDA DE PESO, CON DOLOR Y RIGIDEZ EN CINTURAS ESCAPULAR Y PELVIANA, QUE PREDOMINA AL LEVANTARSE Y MEJORA CON LA MOVILIZACIÓN. NO REFIERE FIEBRE, NI OTROS SÍNTOMAS. EXAMEN FÍSICO: RIGIDEZ Y DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DE HOMBROS Y CADERAS. EXÁMENES

COMPLEMENTARIOS: ANEMIA, ERITROSEDIMENTACIÓN ELEVADA. ¿QUÉ DIAGNÓSTICO ES MÁS PROBABLE Y QUÉ TRATAMIENTO PRESCRIBIRÍA?:

- A) ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, INICIARÍA TRATAMIENTO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS.
- B) ARTRITIS REUMATOIDE, INICIARÍA TRATAMIENTO CON METOTREXATO.
- C) POLIMIALGIA REUMÁTICA, INICIARÍA TRATAMIENTO CON CORTICOIDES.
- D) FIBROMIALGIA, INICIARÍA TRATAMIENTO CON DULOXETINA.

30- UNA PACIENTE DE 69 AÑOS CONSULTA EN LA GUARDIA POR PRESENTAR FIEBRE DE 39° CENTÍGRADOS, CEFALEA INTENSA Y VÓMITOS DE VARIAS HORAS DE EVOLUCIÓN. LA FAMILIA REFIERE QUE LA ENCUENTRA RARA DESDE HACE ALGUNOS DÍAS, COMO QUE HA PRESENTADO UN CAMBIO DE PERSONALIDAD. EN EL EXAMEN FÍSICO PRESENTA SÓLO RIGIDEZ DE NUCA Y UNA DUDOSA HEMIPARESIA DERECHA. ¿CUÁL ES EL HALLAZGO MÁS PROBABLE EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL?

- A) CALCIFICACIONES OCCIPITALES BILATERALES SIN EDEMA ASOCIADO.
- B) INFARTO LACUNAR AISLADO EN LA CÁPSULA INTERNA IZQUIERDA.
- C) MÚLTIPLES LESIONES DESMIELINIZANTES PERIVENTRICULARES Y DEL CUERPO CALLOSO.
- D) LESIONES HIPERINTENSAS EN LÓBULOS TEMPORALES Y FRONTAL, CON EDEMA.

31- SE TIENE QUE DECIDIR LUEGO DE DIAGNOSTICARLE A UNA PACIENTE DE 19 AÑOS UNA TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA, QUE CONDUCTA TOMAR CON SU FAMILIA. VIVE CON SIETE MIEMBROS, INCLUIDOS LOS PADRES EN UNA CASA DE DOS HABITACIONES, UBICADA EN ZONA URBANO-MARGINAL QUE NO CUENTA CON SERVICIOS. NINGÚN FAMILIAR PRESENTA SÍNTOMAS NI SIGNOS DE TBC Y LA PPD DE TODOS ES NEGATIVA. LA QUIMIOPROFILAXIS ANTITUBERCULOSA DE ELECCIÓN PARA LOS CONTACTOS ES:

- A) ISONIACIDA
- B) RIFAMPICINA
- C) ESTREPTOMICINA
- D) ETAMBUTOL

32- CASO CLÍNICO

PACIENTE: VARÓN DE 67 AÑOS, HIPERTENSO Y DIABÉTICO, QUE ES TRAÍDO A LA GUARDIA POR PRESENTAR SÚBITAMENTE HEMIPARESIA DERECHA Y AFASIA DE EXPRESIÓN. LOS FAMILIARES REFIEREN QUE FUE VISTO POR ÚLTIMA VEZ EN SU ESTADO BASAL HACE 90 MINUTOS. EXAMEN FÍSICO: TA: 195/110MMHG, FC: 88LPM, SATO296%(AIRE AMBIENTAL), GLUCEMIA CAPILAR 115 MG/DL. SE REALIZA TC DE CRÁNEO SIN CONTRASTE: NO MUESTRA SIGNOS DE HEMORRAGIA NI LESIONES. HIPODENSASESTABLECIDAS. EL PUNTAJE EN LA ESCALA NIHSS ES DE 14.

¿CUÁL ES LA CONDUCTA INMEDIATA MÁS ADECUADA A SEGUIR?

- A. INICIAR INFUSIÓN DE NITROPRUSIATO PARA BAJAR LA TA A MENOS DE 140/90MMHG Y LUEGO REALIZAR FIBRINOLISIS.
- B. REALIZAR UNA ANGIO-TC PARA DESCARTAR OCLUSIÓN DE GRAN VASO ANTES DE CUALQUIER TRATAMIENTO SISTÉMICO.
- C. ADMINISTRAR LA BETALOLEV PARA ALCANZAR UNA TA < 185/110MMHG E INICIAR INMEDIATAMENTE TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO CON RT-PA.
- D. MANTENER CONDUCTA EXPECTANTE Y REPETIR LA TC EN 24 HORAS, YA QUE LA ACTUAL ES NORMAL.

33- EN EL MONITOREO NEURO CRÍTICO, ¿QUÉ INDICA UN VALOR DE PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL (PPC) DE 40MMHG EN UN PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE?

- A. UN VALOR NORMAL QUE INDICA UNA AUTORREGULACIÓN CEREBRAL INTACTA.
- B. HIPEREMIA CEREBRAL QUE REQUIERE AUMENTO DE LA SEDACIÓN.
- C. QUE LA PRESIÓN INTRACRANEAL (PIC) ES DE 0MMHG.
- D. ISQUEMIA CEREBRAL CRÍTICA, YA QUE EL OBJETIVO SUELE SER MANTENER LA PPC ENTRE 60 Y 70 MMHG.

34-DURANTE UNA RONDA DE SEGURIDAD EN LA UCI ,SE OBSERVA QUE UN PACIENTE TIENE UNA PRESIÓN DE INFLADO DEL MANGUITO (CUFF) DEL TUBO ENDO TRAQUEAL DE 45 CMH₂O. ¿CUÁL ES EL RIESGO PRINCIPAL DE ESTE HALLAZGO?

- A. AUMENTO DEL ESPACIO MUERTO ANATÓMICO.
- B. NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA POR MICRO ASPIRACIÓN.
- C. ISQUEMIA DE LA MUCOSA TRAQUEAL Y RIESGO DE ESTE NOSIS POSTERIOR.
- D. FUGA AÉREA MASIVA QUE IMPIDE LA VENTILACIÓN PROTECTORA.

35-EN UN PACIENTE CON SDRA SEVERO EN POSICIÓN PRONO, ¿CUÁL ES EL MECANISMO PRINCIPAL POR EL CUAL MEJORA LA OXIGENACIÓN?

- A. INHIBICIÓN TOTAL DE LA VASOCONSTRICCIÓN PULMONAR HIPÓXICA.
- B. UNA DISTRIBUCIÓN MÁS HOMOGÉNEA DE LA VENTILACIÓN Y LA REDUCCIÓN DEL COLAPSO ALVEOLAR EN LAS ZONAS DORSALES.
- C. AUMENTO MASIVO DEL VOLUMEN CORRIENTES IN CAMBIAR LA PRESIÓN MESETA.
- D. REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA CARDÍACA Y DEL GASTO CARDÍACO.

36-¿CUÁL ES LA INDICACIÓN PRINCIPAL PARA INICIAR TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (CRRT) EN LUGAR DE HEMODIÁLISIS INTERMITENTE EN UN PACIENTE CRÍTICO?

- A. HIPERPOTASEMIA SEVERA CON CAMBIOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA ($K > 7$ MEQ/L).
- B. NECESIDAD DE REMOVER TOXINAS DE ALTO PESO MOLECULAR CON MAYOR RAPIDEZ.
- C. INESTABILIDAD HEMODINÁMICA QUE NO TOLERA CAMBIOS BRUSCOS DE VOLEMIA.
- D. PRESENCIA DE UNA FÍSTULA ARTERIO VENOSA PREVIA.

37-USTED ASISTE A UN PACIENTE CON TEC GRAVE Y SIGNOS DE HERNIACIÓN .SE SOSPECHA MUERTE ENCEFÁLICA. SEGÚN LA LEY 27.447 DE ARGENTINA, ¿CUÁL ES EL ROL DEL MÉDICO TRATANTE EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN?

- A. EL MÉDICO TRATANTE DEBE REALIZAR LA DENUNCIA DE LA POTENCIAL MUERTE ENCEFÁLICA AL INCUCAI OJ URISDICCION LOCAL (EJ .INCAIMEN).
- B. DEBE SOLICITAR PERMISO EXPLÍCITO A LA FAMILIA PARA INICIAR LAS MANIOBRAS DE MANTENIMIENTO DEL DONANTE.
- C. DEBE ESPERAR 24 HORAS DESDE EL CESE DE FUNCIONES ANTES DE LLAMAR AL ORGANISMO DE PROCURACIÓN.
- D. EL MÉDICO TRATANTE ES QUIEN DEBE CERTIFICAR LA MUERTE JUNTO A UN NEURÓLOGO DEL ORGANISMO DE PROCURACIÓN.

38- DURANTE EL MANTENIMIENTO DE UN POTENCIAL DONANTE, APARECE POLIURIA (> 4 ML/KG/H) CON HIPERNATREMIA Y DENSIDAD URINARIA BAJA. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN?

- A. BOLO DE SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA AL 3%.
- B. ADMINISTRACIÓN DE FUROSEMIDA PARA BALANCEAR LOS ELECTROLITOS URINARIOS.
- C. RESTRICCIÓN HÍDRICA ESTRICTA PARA NORMALIZAR EL SODIO.
- D. ADMINISTRACIÓN DE DESMOPRESINA (DDAVP) PARA CONTROLAR LA DIABETES INSÍPIDA NEUROGÉNICA.

39-EN EL MONITOREO NEURO CRÍTICO MULTIMODAL, ¿QUÉ FENÓMENO SE OBSERVA EN EL DOPPLER TRANS CRANEAL (DTC) ANTE UN CUADRO DE HIPERTENSIÓN ENDO CRANEANA EXTREMA QUE PROGRESA A MUERTE ENCEFÁLICA?

- A. DISMINUCIÓN DEL ÍNDICE DE PULSATILIDAD (IP) POR DEBAJO DE 0.5.
- B. FLUJO DIASTÓLICO INVERTIDO O ESPIGAS SISTÓLICAS BREVES.
- C. AUMENTO DEL FLUJO DIASTÓLICO CONTINUO.
- D. AUMENTO MARCADO DE LA VELOCIDAD MEDIA EN LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA (> 120 CM/S).

40- SEGÚN EL PROTOCOLO ANDROMEDA-SHOCK-2, ANTE UN PACIENTE CON TIEMPO DE LLENADO CAPILAR (CRT) > 3 SEGUNDOS Y UNA PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD) < 40 mmHg, ¿CUÁL ES LA INTERVENCIÓN DE PRIMERA LÍNEA SUGERIDA?

- A. AJUSTE TEMPRANO DE NORADRENALINA PARA MEJORAR LA PRESIÓN DE PERFUSIÓN DIASTÓLICA.
- B. INICIO INMEDIATO DE DOBUTAMINA.
- C. USO DE HIDROCORTISONA EN BOLA DE 100 mg.
- D. EXPANSIÓN AGRESIVA CON 30 mL/KG DE CRISTALOIDES BALANCEADOS.

41- EN UN PACIENTE CON TEC GRAVE, USTED UTILIZA POCUS PARA MEDIR EL DIÁMETRO DE LA VAINA DEL NERVIÓPTICO (ONSD). ¿QUÉ HALLAZGO SE CONSIDERA EL 'ESTÁNDAR' PARA SUGERIR UNA PIC > 20 mmHg?

- A. CUALQUIER VALOR SI SE ACOMPAÑA DE AUSENCIA DE PULSO VENOSO RETINAL.
- B. 7.5 mm EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS.
- C. 4.0 mm MEDIDOS A 5 mm DEL GLOBO OCULAR.
- D. 5.5-6.0 mm MEDIDOS A 3 mm DEL GLOBO OCULAR.

42- PACIENTE CON SDRA BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA (Vt 6 mL/KG, PEEP 12). PRESENTA UNA PRESIÓN MESETA DE 32 cmH₂O. ¿CUÁL ES SU INTERPRETACIÓN Y CONDUCTA?

- A. AUMENTAR LA PEEP A 16 cmH₂O PARA RECLUTAR.
- B. PASAR A MODO PRESIÓN CONTROL PARA ASEGURAR QUE NO SUPERE LOS 30 cmH₂O.
- C. RIESGO DE BARRIO TRAUMA; DEBE REDUCIR EL Vt A LA PEEP PARA MANTENER LA MESETA < 30 cmH₂O.
- D. SITUACIÓN ACEPTABLE SI LA DRIVING PRESSURE ES MENOR A 20 cmH₂O.

43- LA CAMPAÑA SOBREVIVIENDO A LA SEPSIS 2026 RECOMIENDA EL USO DE CRISTALOIDES BALANCEADOS SOBRE LA SOLUCIÓN FISIOLÓGICA AL 0.9%. ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL FUNDAMENTO FISIOPATOLÓGICO?

- A. ASEGURAR UNA MAYOR EXPANSIÓN DEL VOLUMEN INTRA VASCULAR.
- B. PREVENIR LA HIPOPOTASEMIA SEVERA DURANTE LA REANIMACIÓN.
- C. EVITAR LA ACIDOSIS HIPERCLORÉMICA Y REDUCIR EL RIESGO DE INJURIAR EN ALAGUDA.
- D. MEJORAR LA CONTRACTILIDAD MIOCÁRDICA MEDIANTE EL APOORTE DE CALCIO.

44- EN EL DOPPLER TRANS CRANEAL, UN ÍNDICE DE PULSATILIDAD (IP) ELEVADO (> 1.2) EN UN PACIENTE CON TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO SUELE INDICAR:

- A. BAJO GASTO CARDÍACO SISTÉMICO.
- B. ESTADO DE HIPEREMIA CEREBRAL.
- C. VASO ESPASMO DE GRANDES ARTERIAS.
- D. AUMENTO DE LA RESISTENCIA VASCULAR CEREBRAL O DE LA PIC.

45- USTED REALIZA UN POCUS CARDÍACO EN UN PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO Y OBSERVA UN VENTRÍCULO IZQUIERDO CON PAREDES QUE SE TOCAN AL FINAL DE LA SÍSTOLE ('KISSING VENTRICLES'). ¿QUÉ INDICA ESTE HALLAZGO?

- A. TAPONAMIENTO CARDÍACO INMINENTE.
- B. DISFUNCIÓN SISTÓLICA SEVERA POR MIOCARDIOPATÍA SÉPTICA.
- C. HIPOVOLEMIA SEVERA Y NECESIDAD DE FLUIDOS.
- D. HIPERTENSIÓN PULMONAR AGUDA.

46- EN UN PACIENTE CON MONITOREO DE LA PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL (PPC), USTED DECIDE OPTIMIZAR LA A 65 mmHg. ¿CUÁL ES EL RIESGO DE LLEVAR LA PPC A VALORES SUPERIORES A 70-80 mmHg EN UN CEREBRO CON AUTORREGULACIÓN DAÑADA?

- A. ISQUEMIA CEREBRAL GLOBAL.
- B. INDUCCIÓN DE COMA PROFUNDO.
- C. EXACERBACIÓN DEL EDEMA CEREBRAL VASOGÉNICO.
- D. VASO ESPASMO REACTIVO

47-DURANTE UN PROTOCOLO DE DESTETE (WEANING), UN PACIENTE PRESENTA UN ÍNDICE DE RESPIRACIÓN RÁPIDA SUPERFICIAL (TOBIN) DE 125. ¿CUÁL ES LA CONDUCTA?

- A. CONTINUAR CON VENTILACIÓN MECÁNICA; ALTA PROBABILIDAD DE FRACASO.**
- B. EXTUBAR INMEDIATAMENTE SI EL PACIENTE ESTÁ DESPIERTO.
- C. AUMENTAR LA SEDACIÓN PARA MEJORAR EL PATRÓN RESPIRATORIO.
- D. REALIZAR UN PRUEBA DE TUBO EN 2 HORAS.

48- EN POCUS PULMONAR, ¿CUÁL ES EL SIGNO ECOGRÁFICO QUE CONFIRMA LA PRESENCIA DE UN NEUMOTÓRAX CON UNA ESPECIFICIDAD CERCANA AL 100%?

- A. AUSENCIA DE DESLIZAMIENTO PLEURAL.
- B. LÍNEAS A HORIZONTALES.
- C. SIGNO DEL CÓDIGO DE BARRAS.**
- D. PUNTO PULMONAR (LUNG POINT).

49- UN PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO PRESENTA UN LACTATO DE 4.2 MMOL/L Y UN CRT DE 1.5 SEGUNDOS (NORMAL). SEGÚN EL ENFOQUE DE ANDROMEDA, ¿CUÁL ES LA INTERPRETACIÓN MÁS PROBABLE?

- A. SHOCK OCULTO QUE REQUIERE MÁS CARGA DE VOLUMEN.
- B. HIPER LACTINEMIA RELACIONADA CON HIPO PERFUSIÓN TISULAR (EJ. EFECTO BETA-ADRENÉRGICO).**
- C. FALLA INOTRÓPICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO.
- D. INDICACIÓN DE INICIO INMEDIATO DE DIÁLISIS PARA ACLARAR LACTATO.

50- EN EL MONITOREO DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL, ¿QUÉ INDICA LA PRESENCIA DE ONDAS P2 MÁS ALTAS QUE LAS ONDAS P1 EN LA MORFOLOGÍA DE LA CURVA?

- A. EFECTO NORMAL DURANTE LA INSPIRACIÓN PROFUNDA.
- B. PRESIÓN ARTERIAL MEDIA EXCESIVAMENTE ALTA.
- C. POSICIÓN INCORRECTA DEL CATÉTER INTERVENTRICULAR.**
- D. COMPROMISO DE LA DISTENSIBILIDAD (COMPLIANCE) CEREBRAL.