

Montero Pérez

Jiménez Murillo

F. Javier Montero Pérez
Luis Jiménez Murillo

MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS A EXAMEN
1.500 preguntas test con respuestas razonadas



MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS A EXAMEN

1.500 preguntas test
con respuestas razonadas



Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS A EXAMEN

1.500 preguntas test con respuestas razonadas

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS A EXAMEN

1.500 preguntas test con respuestas razonadas

F. Javier Montero Pérez

Médico adjunto UGC de Urgencias. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias por la Universidad de Córdoba

Luis Jiménez Murillo p0025

Jefe de Servicio. Director de la UGC p0030 de Urgencias. Médico especialista en Medicina Interna. Máster Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias por la Universidad de Córdoba. Profesor asociado del Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas (Área de Urgencias). Universidad de Córdoba



ELSEVIER



ELSEVIER

Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.º, 08029, Barcelona, España

Medicina de urgencias y emergencias a examen. 1.500 preguntas test con respuestas razonadas,
de F. Javier Montero Pérez y Luis Jiménez Murillo

©2023 Elsevier España, S.L.U.,
ISBN: 978-84-1382-036-1
eISBN: 978-84-1382-623-3

Todos los derechos reservados.

Reserva de derechos de libros

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70/93 272 04 45).

Advertencia

La medicina es un área en constante evolución. Aunque deben seguirse unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros conocimientos gracias a la investigación básica y clínica habrá que introducir cambios en los tratamientos y en los fármacos. En consecuencia, se recomienda a los lectores que analicen los últimos datos aportados por los fabricantes sobre cada fármaco para comprobar la dosis recomendada, la vía y la duración de la administración, y las contraindicaciones. Es responsabilidad ineludible del médico determinar la dosis y el tratamiento más indicados para cada paciente en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto. Ni los editores ni los directores asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra.

Servicios editoriales: *GEA CONSULTORÍA EDITORIAL S.L.*
Depósito legal: B 12445-2023
Impreso en España

ÍNDICE DE CONTENIDOS

SECCIÓN I: Soporte vital	1	SECCIÓN XII: Urgencias oncológicas	421
SECCIÓN II: Exploraciones complementarias en medicina de urgencias	9	SECCIÓN XIII: Urgencias hematológicas	439
SECCIÓN III: Urgencias cardiovasculares	47	SECCIÓN XIV: Intoxicaciones agudas y envenenamientos	449
SECCIÓN IV: Urgencias del aparato respiratorio	109	SECCIÓN XV: Urgencias derivadas del uso indebido de alcohol	459
SECCIÓN V: Urgencias del aparato digestivo	141	SECCIÓN XVI: Urgencias por agentes físicos y químicos	469
SECCIÓN VI: Urgencias neurológicas	177	SECCIÓN XVII: Urgencias otorrinolaringológicas	493
SECCIÓN VII: Urgencias psiquiátricas	207	SECCIÓN XVIII: Urgencias oftalmológicas no traumáticas	521
SECCIÓN VIII: Urgencias endocrinometabólicas	221	SECCIÓN XIX: Urgencias maxilofaciales no traumáticas	531
SECCIÓN IX: Urgencias nefrourológicas	289	SECCIÓN XX: Urgencias traumatológicas	547
SECCIÓN X: Infecciones en medicina de urgencias	333		
SECCIÓN XI: Urgencias reumatológicas	399		

V

SECCIÓN XXI: Urgencias dermatológicas	583	SECCIÓN XXIV: Miscelánea	657
SECCIÓN XXII: Urgencias pediátricas	601	SECCIÓN XXV: Test de evaluación final	675
SECCIÓN XXIII: Urgencias obstétricas y ginecológicas	627		

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

PREFACIO

p0010 *Medicina de urgencias y emergencias a examen. 1.500 preguntas test con respuestas razonadas* aparece como compañero de la séptima edición de *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*, y de la también nueva obra *Casos clínicos de medicina de urgencias y emergencias. 100 casos razonados*, con el objetivo de aportar a los lectores un elemento bibliográfico más de ayuda al conocimiento de esta disciplina, esta vez desde el prisma de la autoevaluación. Esta nueva obra incluye 1.500 preguntas de tipo test con respuestas razonadas más un test de evaluación final con el objetivo de que el estudiante o el profesional puedan verificar sus conocimientos en medicina de urgencias, ya sea como método de aprendizaje, de formación continuada profesional o para la preparación de cualquier concurso-oposición en el que participen.

p0015 La autoevaluación es una herramienta de aprendizaje que permite autovalorar el ritmo de aprendizaje de cualquier materia y comprobar, además, si la profundidad del estudio o de la lectura ha sido adecuada en términos de comprensión y memorización. Por tanto, es una herramienta de *feedback* que permite medir el aprovechamiento del estudio, la capacidad de retención y la comprensión de la materia estudiada.

p0020 La modalidad de test con múltiples opciones de respuesta es, en la actualidad, el método predominante en la evaluación de los alumnos que cursan el grado de Medicina y el utilizado en la convocatoria anual de selección de candidatos para el acceso a una plaza de médico especialista en formación en el Sistema Nacional de Salud en España (médicos internos residentes [MIR]) y en las ofertas públicas de empleo (OPE) que se realizan en nuestro país. En este sen-

tido, este método de evaluación requiere una técnica adecuada para poder recabar la información aprendida y discernir entre la respuesta clave y el resto de las opciones, que en este tipo de ejercicios suelen actuar de distractoras.

Este libro de autoevaluación tiene, además, la característica de ser autónomo en su lectura y realización de los test, si así lo prefiere algún tipo de estudiante o profesional, ya que sus amplias respuestas razonadas permiten aprender contenidos esenciales en medicina de urgencias y emergencias mediante su manejo. Las preguntas que contiene han sido diseñadas intentando evitar dificultades que sean irrelevantes para la práctica clínica y con el objetivo de que sean mucho más que la simple búsqueda de la pregunta correcta o incorrecta, que funcionen también como un instrumento pedagógico que permita comprobar por qué una pregunta es la correcta y las restantes opciones no, es decir, si el conocimiento expuesto ha sido realmente aprendido, en unos casos para aprobar un examen y en otros para que dicho conocimiento sea aplicado a la práctica clínica del profesional. En todos los casos, la adquisición de nuevos conocimientos es la meta final que pretendemos conseguir. Para ello, las respuestas razonadas incluidas intentan inculcar o entrenar al lector en el ejercicio del raciocinio clínico que le permita una buena práctica ante las situaciones urgentes.

Agradecemos a Elsevier España nuevamente su confianza en estos autores para ampliar la oferta de obras dedicadas a la medicina de urgencias. Esperamos que algún día cercano los médicos internos residentes de la aún inexistente especialidad de

medicina de urgencias y emergencias sean una realidad en nuestro país. Especialmente, queremos agradecer al equipo editorial de Elsevier, Ana Martín, Montserrat Mulero, Marta Fenollar, Esther Vila y Mónica Rebo-

llo, su apoyo durante la planificación, la realización y la revisión de esta nueva obra.

F. Javier Montero Pérez p0035
Luis Jiménez Murillo p0040

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

S e c c i ó n I

SOPORTE VITAL

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Soporte vital básico en adultos

1.

En relación con la cánula orofaríngea, señale el enunciado correcto:

- Es un instrumento útil en la apertura de la vía aérea.
- En las maniobras de apertura de la vía aérea sustituye a la apertura de la boca.
- En las maniobras de apertura de la vía aérea sustituye en parte a la hiperextensión del cuello.
- Todas son correctas.

2.

La desfibrilación eléctrica:

- Debe realizarse cuanto antes en caso de fibrilación ventricular.
- Inicialmente se emplea en dosis de 600 J.
- Debe posponerse en caso de duda entre asistolia y fibrilación ventricular de grano fino.
- Ninguna es correcta.

3.

En la reanimación cardiopulmonar (RCP) del adulto, ¿cuál de los siguientes enunciados considera correcto?

- Con un reanimador, la secuencia de ventilación/compresión es 2:15.
- Con dos reanimadores, la secuencia de ventilación/compresión es de 1:5.
- Cuando se aplica un dispositivo de vía aérea avanzada, no es necesaria dicha sincronización.
- Todas son ciertas.

4.

¿En qué situación no iniciaría una RCP?

- Cuando la PCR tenga una evolución superior a 10 min sin excepción.
- Cuando la PCR se produzca como consecuencia evolutiva de una enfermedad incurable en situación terminal.
- Cuando exista una orden bien documentada de «no iniciar RCP».
- Todas son ciertas.

5.

¿Cuál es el objetivo primario del soporte vital básico sin equipo por parte del primer interviniente en una parada cardiorrespiratoria?

- Oxigenación y reemplazamiento precarios del sistema cardiorrespiratorio del paciente.
- Reinstauración de la respiración y la circulación espontáneas.
- Recuperación de las funciones cerebrales.
- Todas ellas son ciertas.

*Todas las preguntas tienen 4 opciones de respuesta posibles, de las que solo una es correcta.

Soporte vital avanzado en adultos

1. _____

En relación con las causas reversibles de la RCP en el adulto, señale cuál NO es una de ellas:

- Neumotórax a tensión.
- Trombosis coronaria.
- Hiperpotasemia.
- Hiponatremia.

2. _____

¿Cuál es el acceso venoso de elección en una PCR?

- Vía venosa central.
- Vía venosa periférica.
- Vía intraósea.
- Vía endotraqueal.

3. _____

¿Qué medidas considera eficaces en el procedimiento de administración de fármacos por vía venosa periférica durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) del adulto?

- Administrar el bolo del fármaco sin otra medida adicional.
- Administrar un bolo de 20 mL de solución salina fisiológica tras administrar el fármaco.
- Descender la extremidad respecto al nivel del tronco durante al menos 10-20 s.
- Administrar siempre el fármaco diluido en 50 mL de suero.

4. _____

En caso de *torsades de pointes* asociadas a QT prolongado durante una PCR, está indicada la administración de sulfato de magnesio, en dosis de:

- 0,5 g.
- 1 g.
- 5 g.
- 10 g.

5. _____

Ante una PCR en fibrilación ventricular, señale lo cierto respecto a la administración de adrenalina:

- Cuando la segunda descarga eléctrica ha fracasado.
- Cuanto antes.
- Tras cinco descargas eléctricas fallidas.
- Tras la primera descarga eléctrica, tenga o no éxito.

Soporte vital pediátrico

1.

Usted se encuentra valorando a un niño para comprobar si está en parada cardiorrespiratoria. Si el niño está inconsciente, respira y tiene pulso de 80 lat/min, señale la actitud inmediata más correcta:

- Mantenerlo en posición de parada cardiorrespiratoria (decúbito supino con brazos alineados a lo largo del tronco).
- Pedir ayuda al sistema de emergencias si no se ha realizado antes.
- Abandonar al niño para pedir ayuda.
- Colocarlo en posición lateral de seguridad estable y pedir ayuda al sistema de emergencias si no se ha hecho anteriormente.

2.

Después de comprobar la ausencia de respuesta, de respiración (o presencia solo de *gaspings*) y de pulso en un niño, deben iniciarse las compresiones torácicas y las ventilaciones en ciclos de:

- En ciclos compresión:ventilación de 5:1.
- En ciclos compresión:ventilación de 30:2.
- En ciclos compresión:ventilación de 15:2.
- En ciclos compresión:ventilación de 30:2 si solo hay un reanimador y si hay dos reanimadores los ciclos serán de 15:2.

3.

En relación con la técnica que debe emplearse para las compresiones torácicas en el niño, señale lo correcto:

- En lactantes, si hay un único reanimador, se realizará la técnica de compresión con ambos pulgares (y el resto de los dedos de ambas manos abrazando el tórax) colocados en el tercio inferior del esternón, justo por debajo de la línea intermamilar.
- En lactantes, si hay dos reanimadores debe utilizarse la técnica de compresión torácica con dos dedos (medio y anular colocados justo por debajo de la línea intermamilar). Si se trata de niños mayores de 1 año, debe utilizarse la técnica de compresión torácica con dos dedos (medio y anular colocados justo por debajo de la línea intermamilar).
- Si se trata de niños mayores de 1 año, debe comprimirse con la base de la palma de una mano ayudándose o no de la otra mano, como en el adulto, en la mitad inferior del esternón.
- Si se trata de niños mayores de 1 año, debe comprimirse con la base de la palma de una mano ayudándose o no de la otra mano, como en el adulto, en la mitad inferior del esternón.

4.

Señale lo correcto en relación con la maniobra de Sellick (compresión cricoidea) durante la RCP en el niño:

- Debe realizarse sistemáticamente en el procedimiento de intubación endotraqueal.
- Debe realizarse sistemáticamente, para proceder a intubar, siempre que haya dos reanimadores.
- Solo debe realizarse si es necesario.
- Debe realizarse siempre para aplicar una mascarilla laríngea.

5.

Señale la respuesta correcta en relación con la desfibrilación eléctrica en un lactante durante la RCP:

- a. Es de elección siempre un desfibrilador automático.
- b. La dosis inicial de descarga cuando se utiliza un desfibrilador manual es de 2 J/kg.
- c. Tras fracasar la primera descarga, utilizar dosis de 20 J/kg.
- d. Nunca utilizar un desfibrilador externo automático de adultos.

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Soporte vital básico en adultos

1. RESPUESTA CORRECTA: d.

La cánula orofaríngea (cánula de Guedel o tubo de Mayo) se coloca para preservar la permeabilidad aérea. Además de mantener la boca del paciente abierta, impide que la lengua caiga hacia atrás y en cierta forma consigue el efecto que tendría una hiperextensión mantenida del cuello (v. cap. 1).

2. RESPUESTA CORRECTA: a.

La desfibrilación eléctrica es el tratamiento de la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sin pulso. La dosis inicial de descarga depende del tipo de desfibrilador que se considere: monofásico o bifásico. En el desfibrilador monofásico (actualmente en desuso), la descarga inicial es de 360 J. En el desfibrilador bifásico, la dosis inicial depende de la recomendada por el fabricante, habitualmente de 200 J. La dosis de 600 J no es una dosis inicial de descarga de ningún tipo de desfibrilador. NO debe posponerse la desfibrilación eléctrica en caso de duda entre asistolia y fibrilación ventricular de grano fino, ya que, si fuera esta última, omitiríamos su tratamiento, que es la desfibrilación (v. cap. 1).

3. RESPUESTA CORRECTA: c.

Una vez detectada la situación de parada cardiorrespiratoria (PCR), debe iniciarse inmediatamente el primer ciclo de 30 compresiones torácicas, con una frecuencia de 100-120 compresiones/min, alternándolas con las ventilaciones a razón de 30:2, independientemente de que haya uno o dos reanimadores, y utilizar el DEA lo antes posible. Cuando se aplica un dispositivo de vía aérea avanzada, no es necesario continuar esa sincronización (v. caps. 1 y 2).

4. RESPUESTA CORRECTA: b.

La RCP debe iniciarse siempre ante toda PCR, excepto cuando se detecte alguna de las siguientes situaciones:

- Cuando la realización de las maniobras de SV coloque al reanimador en grave riesgo de lesión o muerte.
- Si se trata de un paciente en estado terminal de una enfermedad incurable.
- Si hay justificación escrita de su médico o del propio paciente (testamento vital o documento de voluntades anticipadas) para no realizar SV, o una orden bien documentada de «no iniciar RCP».
- Ante signos indiscutibles de muerte biológica: rigidez, lividez, decapitación, descomposición, etc. En este sentido, es importante indicar que la existencia de una midriasis bilateral areactiva no es por sí sola un signo de muerte. (V. cap. 1.)

5. RESPUESTA CORRECTA: a.

El soporte vital (SV) es el conjunto de actuaciones que deben realizarse ante una situación de PCR. El objetivo del SV es sustituir primero (mediante las medidas de soporte vital básico), y reinstaurar después (mediante medidas de soporte vital avanzado) la respiración y la circulación espontáneas, con el objetivo final de recuperar las funciones cerebrales superiores. De esa forma, mediante las compresiones torácicas y la ventilación por parte del primer interviniente, el soporte vital básico permite que se pueda actuar posteriormente con medidas de soporte vital avanzado (ya con equipamiento y profesionales de la salud) y permitir la recuperación de la circulación y la respiración en el menor tiempo posible para preservar las funciones cerebrales. En la actualidad, cada vez es más frecuente la actuación en primera instancia con desfibrilador automático o semiautomático, con lo cual este soporte vital básico con equipo sí puede permitir conseguir, además, los objetivos del soporte vital avanzado (v. cap. 1).

Soporte vital avanzado en adultos

1. RESPUESTA CORRECTA: d.

El SVA no consiste solo en realizar una RCP de calidad, sino que es imprescindible investigar si está presente alguna de las causas reversibles que conducen a la PCR, resumidas en la regla mnemotécnica de las **5 H** y las **5 T**, y administrar su tratamiento específico. Estas causas son: **5 H**: Hipovolemia, Hipoxia, Hipotermia, ion Hidrógeno (acidosis), Hipopotasemia/hiperpotasemia; **5 T**: neumotórax a Tensión, Trombosis pulmonar, Taponamiento cardíaco, Trombosis coronaria, Tóxicos. Para ello, es muy importante la incorporación al SVA de la ecografía, que permite identificar algunas de estas causas y facilitar su tratamiento. La hiponatremia no se considera una causa reversible de PCR (v. cap. 2).

2. RESPUESTA CORRECTA: b.

La vía venosa periférica es el acceso vascular a menudo más disponible y más utilizado. La vía venosa intraósea (maléolo tibial, teniendo cuidado con la vena safena) solo se utiliza si no puede canalizarse una vía venosa. La vía venosa central es una técnica que requiere experiencia, consume tiempo y obliga a interrumpir las compresiones torácicas. La vía endotraqueal tiene el handicap de no predecir la distribución, y los efectos farmacológicos de los fármacos administrados por esta vía hacen que esté indicada solo si no es posible canalizar una vía intravenosa o intraósea (v. cap. 2).

3. RESPUESTA CORRECTA: b.

Tras la administración de un fármaco en bolo intravenoso, debe inyectarse un bolo de 20 mL de solución salina fisiológica para facilitar la distribución rápida del fármaco en la circulación central. A ello también puede contribuir la elevación de la extremidad durante aproximadamente 10-20 s después de la administración del fármaco en bolo intravenoso (v. cap. 2).

4. RESPUESTA CORRECTA: b.

En caso de *torsades de pointes* asociadas a QT prolongado está indicada la administración de sulfato de magnesio (ampollas con 1.500 mg) por vía intravenosa, en dosis de 1-2 g, diluidos en 100 mL de solución salina fisiológica, a infundir en 15 min (v. cap. 2).

5. RESPUESTA CORRECTA: a.

Cuando la segunda descarga ha fallado, debe administrarse cuanto antes una primera dosis de 1 mg de adrenalina (ampollas y jeringas precargadas con 1 mg al 1/1.000), por vía intravenosa o intraósea, que se repite cada 3-5 min. La administración excesivamente precoz de adrenalina (en los primeros 2 min de la RCP) en pacientes con ritmos desfibrilables ha mostrado una peor supervivencia. No se debe administrar adrenalina si la primera descarga tuvo éxito (es decir, detuvo la FV/TVSP), ya que puede provocar la reaparición de la FV/TVSP u otras arritmias (v. cap. 2).

Soporte vital pediátrico

1. RESPUESTA CORRECTA: d.

Si el niño está inconsciente, pero respira normalmente, y tiene pulso igual o superior a 60 lat/min, se le coloca en posición lateral estable y se pide ayuda al sistema de emergencias si no se ha hecho anteriormente. Mantenerlo en decúbito supino sería inseguro por la posibilidad de que vomite. No debería abandonarse al niño. En caso necesario, desplazarse con él. En la actualidad, con la amplia disponibilidad de telefonía móvil, se puede pedir ayuda sin necesidad de abandonar al niño (v. cap. 3).

2. RESPUESTA CORRECTA: d.

Después de comprobar la ausencia de respuesta, de respiración (o presencia solo de *gasping*) y de pulso deben iniciarse las compresiones torácicas. Si solo hay un reanimador, se realizan ciclos compresión:ventilación de 30:2, mientras que, si hay dos reanimadores, los ciclos compresión:ventilación serán de 15:2 (v. cap. 3).

3. RESPUESTA CORRECTA: d.

La técnica que debe emplearse para las compresiones torácicas también depende del número de reanimadores y de si la víctima es un lactante o un niño.

- En el caso de los lactantes, si hay un único reanimador, debe utilizarse la técnica de compresión torácica con dos dedos (medio y anular colocados justo por debajo de la línea intermamilar), mientras que, si hay dos reanimadores, se realizará la técnica de compresión con ambos pulgares (y el resto de los dedos de ambas manos abrazando el tórax) colocados en el tercio inferior del esternón, justo por debajo de la línea intermamilar.

- Si se trata de niños mayores de 1 año, debe comprimirse con la base de la palma de una mano ayudándose o no de la otra mano, como en el adulto, en la mitad inferior del esternón (v. cap. 3).

4. RESPUESTA CORRECTA: c.

La maniobra de Sellick (o de compresión cricoidea) puede llevarse a cabo, sin obstruir la tráquea, solo si es necesario y siempre que haya reanimadores que puedan realizarla. Su objetivo es facilitar el procedimiento de intubación endotraqueal. No se utiliza para aplicar otros dispositivos de vía aérea avanzada, como la mascarilla laríngea (v. cap. 3).

5. RESPUESTA CORRECTA: b.

En los lactantes es de elección un desfibrilador manual aplicando una primera descarga de 2 J/kg, y de 4 J/kg en la segunda. Si son necesarias más descargas, se realizarán con una energía de 4 J/kg o más, sin sobrepasar los 10 J/kg o la dosis máxima en el adulto en función del tipo de desfibrilador (monofásico o bifásico). De no estar disponible, puede utilizarse un DEA, preferiblemente con atenuador de dosis pediátrico, y, si no es posible, puede utilizarse un DEA de adultos (v. cap. 3).