

1. ¿Cuál es la principal causa de pacientes politraumatizados?

- a) Precipitaciones.
- b) Accidentes de tráfico.
- c) Accidentes deportivos.
- d) Intentos autolíticos.

RESPUESTA b)

El paciente politraumatizado representa en España la tercera causa de muerte, pero en menores de 45 años es la primera. Los accidentes de tráfico suponen el 50% de los casos.

2. El ATLS o Advanced Trauma Life Support consta de varias fases, indica cuál pertenece:

- a) Reanimación.
- b) Evaluación secundaria.
- c) Tratamiento definitivo.
- d) Todas son correctas.

RESPUESTA d).

El ATLS tiene como finalidad el diagnóstico y tratamiento de las lesiones del paciente politraumatizado por orden de importancia. Consta de tres fases: evaluación primaria y reanimación, secundaria y tratamiento definitivo.

3. En la evaluación primaria del paciente politraumatizado se puede:

- a) Descubrir lesiones letales en pocos minutos.
- b) Iniciar estabilización del paciente.
- c) Realizar reanimación cardiopulmonar.
- d) Todas son posibles.

RESPUESTA d)

La evaluación primaria tiene como objetivo descubrir las lesiones letales en pocos minutos. En esta fase se inicia la estabilización del paciente. En caso de necesidad de reanimación cardiopulmonar, este es el momento adecuado.

4. ¿Cuál de los siguientes apartados no forma parte de la evaluación primaria?.

- a) Airway.

- b) Blood.
- c) Circulation.
- d) Valoración neurológica.

RESPUESTA b).

La evaluación primaria se compone de 5 apartados que se recuerdan por sus iniciales ABCDE: Airway, Breathing, Circulation, Valoración neurológica y Exposición del paciente.

5. El objetivo de la Airway es:

- a) Asegurar una correcta ventilación.
- b) Valorar el estado circulatorio y control de sangrado.
- c) Asegurar la permeabilidad de la vía aérea con control cervical.
- d) Valorar el estado de conciencia.

RESPUESTA c).

El objetivo de Airway es asegurar la permeabilidad de la vía aérea con control cervical. Para la apertura de la vía aérea se prefiere la maniobra de elevación del mentón o el adelantamiento mandibular, evitando la tracción y con alineamiento neutro. La doble maniobra frente-mentón está formalmente contraindicada.

6. El diagnóstico fundamental de una hemorragia torácica y abdominal se realiza mediante:

- a) Rx simple.
- b) TAC con contraste.
- c) RMN.
- d) ECO Doppler.

RESPUESTA b).

El diagnóstico fundamental de la hemorragia torácica y abdominal se realiza mediante TC con contraste, si bien un método rápido y de bajo coste es la ecografía llamada E-FAST. La TC es muy útil para el diagnóstico de las lesiones pélvicas y del raquis por su alta sensibilidad, sobre todo en fracturas no visibles en radiografías.

7. ¿Cuáles son signos de alerta de lesión medular?.

- a) Priapismo.

- b) Insensibilidad o incapacidad de movilizar brazos y/o piernas asociado a dolor en columna.
- c) Íleo paralítico.
- d) Todas son correctas.

RESPUESTA d)

Los signos de alerta de lesión medular son:

- Insensibilidad o incapacidad de movilizar brazos y/o piernas asociadas a dolor en columna.
- Priapismo.
- Déficit motor y sensitivo (flácida y arreflexia) progresiva y disminución o abolición del tono del esfínter anal.
- Íleo paralítico, dilatación gástrica, retención urinaria o incontinencia vesical.

8. Las radiografías que deben realizarse de entrada en un paciente politraumatizado son:

- a) Anteroposterior de tórax.
- b) Anteroposterior de pelvis.
- c) Las respuestas a) y b) son correctas.
- d) Lateral de columna lumbar.

RESPUESTA c)

Si no hay disponibilidad inmediata de TC, se deben realizar radiografías, y si aparece alguna sospecha, realizar TC de la zona (es el abordaje “clásico”). Las radiografías convencionales que se deben realizar son, al menos: anteroposterior de tórax y pelvis, lateral de columna cervical que debe incluir C7 y parte superior de T1.

9. En todo paciente politraumatizado, se debería:

- a) Canalizar dos vías venosas periféricas de alto flujo.
- b) Iniciar reposición de volemia mediante Ringer o Fisiológico.
- c) Valorar simetría, tamaño y reacción pupilar.
- d) Todas son correctas.

RESPUESTA d)

En el manejo inicial de todo politraumatizado se deben canalizar 2 vías venosas periféricas de alto flujo (14-16G), evitando los miembros afectados,

para hemograma y bioquímica e iniciar la reposición con solución Ringer Lactato o fisiológico. Si hay signos de hipovolemia, al menos 20 ml/kg y evaluar. Además debe realizarse una evaluación neurológica que incluya valoración de la simetría, tamaño y reacción pupilar. Una midriasis unilateral arreactiva secundaria al traumatismo, con disminución del estado de conciencia o abolición del reflejo consensual indica herniación transtentorial.

10. El sondaje vesical es obligado en todos los pacientes politraumatizados para medir la diuresis, pero está contraindicado si:

- a) Hay sangre en el meato uretral.
- b) Desplazamiento de la próstata hacia arriba en el tacto rectal.
- c) Hematoma en el escroto.
- d) Todas son correctas.

RESPUESTA d).

Como medida complementaria en el manejo del politraumatizado, junto con el sondaje nasogástrico, se encuentra el sondaje vesical para medir el débito urinario, pero no está indicado en caso de: existencia de sangre en el meato uretral, hematoma en el escroto o desplazamiento de la próstata hacia arriba en el tacto rectal.

11. El sondaje gástrico, habitualmente por vía nasal, está contraindicado si existe:

- a) Fractura de la base del cráneo.
- b) Epistaxis.
- c) Las respuestas a) y b) son correctas.
- d) Integridad huesos nasales.

RESPUESTA c).

Como medida complementaria en el manejo del politraumatizado, junto con el sondaje vesical, se encuentra el sondaje nasogástrico, pero está contraindicado en caso de sospecha de: fractura de base del cráneo, fractura de la lámina cribiforme, epistaxis o fractura de los huesos propios.

12. La mayor tasa de mortalidad en los pacientes politraumatizados se produce en:

- a) Las semanas siguientes al traumatismo.

- b) Primeras horas-días tras el accidente.
- c) Los primeros minutos.
- d) En cualquiera de las situaciones anteriores.

RESPUESTA c).

Desde el punto de vista cronológico se definen tres períodos de mortalidad traumática:

- Comprende los primeros minutos. Se debe a hemorragia masiva (por rotura de grandes vasos), o lesión cerebral irreversible. Representa el 50% de todas las muertes. Solo es evitable con medidas preventivas.
- Primeras horas-días tras el accidente. Se debe a causas evitables como la obstrucción de la vía aérea, neumotórax o hematoma epidural. Representa el 40% de la mortalidad total. Sería evitable con asistencia médica inmediata. Ha descendido drásticamente desde la introducción de la TC con contraste y la ECOFAST.
- Abarca las semanas siguientes al traumatismo. Las causas de muerte son el fracaso multiorgánico y la sepsis. Representa el 10% de todas las muertes.

13. La escala de Glasgow valora los siguientes parámetros:

- a) Respuesta apertura ocular.
- b) Respuesta verbal.
- c) Respuesta motora.
- d) Todas son correctas.

RESPUESTA d)

La escala de Glasgow universalmente aceptada para la valoración de los traumatismos craneoencefálicos (TCE). Valora 3 parámetros: mejor respuesta a la apertura ocular, verbal y motora. La mejor respuesta son 15 puntos (6+5+4), y la peor 3 (1+1+1). El TCE es leve si puntúa 14-15, moderado entre 9-13, y grave si 8 o menos.

14. (OPE 2017 112). Un hombre de 39 años sufre accidente de tráfico, a su llegada lo encuentran cianótico, con dificultad respiratoria y score Glasgow 6. Tiene barba que dificulta ajuste de mascarilla facial. El paso siguiente más apropiado es:

- a) Realizar cricotiroidotomía quirúrgica.
- b) Intentar intubación nasotraqueal.

- c) Ventilar con mascarilla facial e insuflador manual hasta que sea excluida lesión cervical.
- d) Intentar IOT con 2 personas, manteniendo estabilización y alineación de columna cervical.

RESPUESTA d).

15. (OPE 2017, 112). ¿Cuál es la lesión más frecuente en un trauma torácico en pediatría?

- a) Fracturas costales.
- b) Contusión pulmonar.
- c) Neumotórax simple.
- d) Hemotórax.

RESPUESTA b).

Las lesiones por orden de frecuencia en el traumatismo torácico pediátrico son: **contusión pulmonar**, fracturas costales, neumotórax y hemotórax simples. El neumotórax a tensión, el hemotórax masivo y el taponamiento cardiaco deben detectarse y tratarse de emergencia en la primaria evaluación.

16. (OPE 2017, 112). De las siguientes afirmaciones, señale la opción INCORRECTA:

- a) Situaciones de hemorragia masiva están asociadas a un estado de hiperfibrinólisis.
- b) En pacientes con hemorragia severa secundaria a trauma, se aconseja la administración precoz de ácido tranexámico en la primera hora tras sufrir la lesión traumática, desaconsejándose iniciar su administración más allá de este período.
- c) La dosis recomendada de ácido tranexámico es de 1 gr en 10 minutos seguida de la infusión iv de 1gr en 8h.
- d) Desmopresina se ha mostrado eficaz en pacientes con hemorragia grave que están en tratamiento con ácido acetilsalicílico.

RESPUESTA b).

El ácido tranexámico debe administrarse dentro de las 3 primeras horas tras sufrir la lesión traumática.

17. (OPE 2017, 112). ¿Qué significa “resucitación con bajo volumen” en el shock hipovolémico?.

- a) La reposición hídrica con suero fisiológico al 0,9% en bolos continuos de 300 cc.
- b) La reposición hídrica con suero salino hipertónico (7,5%) a 4 ml/kg en dosis única.
- c) La reposición hídrica con coloides y cristaloides en proporción 1:1.
- d) La reposición hídrica con suero salino a 20 ml/kg.

RESPUESTA b).

18. (OPE 2017, 112). Uno de las siguientes afirmaciones de la escala de LEMON para la valoración de vía aérea difícil (VAD) en un paciente politraumatizado es FALSA:

- a) Más de tres ítems positivos, indican alto riesgo de VAD.
- b) Tener un Mallampati igual o superior a 3 puntos indica riesgo de VAD.
- c) Distancia mentohioidea mayor de 3 traveses de dedo.
- d) Presencia de collarín cervical indica posible VAD.

RESPUESTA c).

La distancia mentohioidea debe ser ≤ 3 traveses de dedo.

Look: examinar	Buscar lesión o trauma
Evaluar: regla 3:3:3	Distancia interincisivos (<3 traveses de dedo). Distancia mentohioidea (<3 traveses de dedo) Distancia cartílago tiroides-suelo boca (<3 traveses de dedo).
Mouth: apertura boca	Mallampati ≥ 3
Obstrucción	Presencia de epiglotitis o abscesos amigdalinos.
Neck: movilidad cuello	Presencia de collarín, imposibilidad extensión cuello.

19. (OPE 2017, 112). Un hombre de 56 años es proyectado contra el volante de su camión durante un accidente de tráfico. A nuestra llegada, presenta sudoración profusa y se queja de dolor torácico. TA 60/40 mmHg, FR 40 rpm. ¿Cuál de las siguientes hipótesis distingue mejor el taponamiento cardíaco de neumotórax hipertensivo como causa de la hipotensión en este paciente?

- a) Taquicardia.
- b) Sonidos respiratorios.
- c) Presión venosa yugular.
- d) Presión de pulso.

RESPUESTA b)

(Creo que está mal formulada la pregunta).

20. (OPE 2017, 112). Señale la opción INCORRECTA sobre agentes hemostáticos:

- a) Celox, uick-clot, Combat Gauze, son algunas marcas comerciales.
- b) Todos se administran, directamente en el punto de sangrado.
- c) Tras su administración debe realizarse compresión directa, si el sangrado sigue sin controlarse en 2 minutos, se puede levantar compresas y volver a aplicar agente, realizando presión directa nuevamente.
- d) Están indicados en hemorragias internas traumáticas.

RESPUESTA d)

Es evidente que es para sangrado externo.

He intentado buscar la respuesta c) porque no sé si se puede levantar las compresas. Debe ser así?

21. (OPE 2017, 112). Recibe un aviso de CCU, una mujer de 45 años, ha caído por varios escalones en un hotel, los alertantes refieren que sangra por la cabeza. A su llegada, la paciente está con ojos cerrados, los abre a la voz, emite gemidos, al evaluar respuesta motora retira al dolor, según esta evaluación de Glasgow ¿Qué gravedad tiene esta paciente con TCE?:

- a) Leve: GCS 13.
- b) Moderado: GCS 11.
- c) Moderado: GCS 9.

d) Severo: GCS 8

RESPUESTA c)

O-3 (abre los ojos a la voz), V-2 (emite sonidos, gemidos), M-4 (retira al dolor), total 9.

22. (OPE 2017, 112). Se decide traslado de la paciente anterior al Hospital de referencia, durante el traslado, la paciente comienza con TA 180/105, FC 45, GCS se deteriora 2 puntos, presenta anisocoria 4R/3R. En este momento, ante la sospecha diagnóstica ¿cuál sería la primera actuación a realizar?:

- a) IOT sino se hubiera realizado previamente al traslado.
- b) Realizar terapia antiedema con manitol para disminuir PIC.
- c) Realizar hiperventilación con bolsa mascarilla a 20 rpm.
- d) Administrar suero hipertónico.

RESPUESTA a).

23. (OPE 2017, 112). Mujer de 30 años, apuñalada en cuadrante superior de hemitórax derecho. Tensión arterial 80/60, respiración dificultosa, FR 35 ansiosa, grita pidiendo ayuda. Los sonidos respiratorios están disminuidos en campo pulmonar derecho. El primer paso más adecuado (ATLS 10° Ed) es:

- a) Realizar IOT.
- b) Insertar tubo de tórax en 5° espacio intercostal línea axilar media.
- c) Desplazamiento manual útero a la izquierda del abdomen.
- d) Realizar descompresión de hemitórax derecho con aguja 2° espacio intercostal línea medioclavicular.

RESPUESTA b).

Tanto ATLS como PHTLS recomiendan 5° EIC LAM.

24. (OPE 2017, 112). Señale la opción INCORRECTA respecto al uso de vía intraósea en emergencias:

- a) En pacientes en situación de PCR es de elección sino se consigue canalizar vía venosa periférica en 90 segundos.
- b) La administración de líquidos a través de vía intraósea es dolorosa, salvo en pacientes en PCR, debemos administrar lidocaína 2% sin adrenalina a dosis de 0,5 mg/kg.

- c) Nunca se debe insertar acceso intraóseo en el mismo hueso donde se ha colocado otra aguja en las 48h previas.
- d) A través de vía intraósea pueden administrarse todos los fármacos, líquidos y hemoderivados en grandes volúmenes mediante sistemas de goteo de baja presión.

RESPUESTA d).

Los sistemas de goteo son de baja presión, como mucho serán de alta presión.

25. (OPE 2017, 112). Si disponemos de una botella de O2 de 10 litros de capacidad, donde el manómetro de dicha botella marca 150 bares de presión, la presión residual de la botella según el fabricante de 30 bares y queremos suministrar al paciente a través de mascarilla tipo venturi un flujo de 8 litros/minuto con una FiO2 del 50%. ¿Durante cuánto tiempo como máximo puedo administrar O2 al paciente?.

- a) 2h y 50 minutos.
- b) 3 horas y 50 minutos.
- c) 2 horas y 30 minutos.
- d) 3 horas y 30 minutos.

RESPUESTA c)

$[(\text{Bares de la bala} - \text{bares residuales}) \times \text{capacidad de la bala}] / \text{l/min de O}_2$ que estamos aplicando.

26. (OPE 2017, 112). Atendemos a un niño de 2 años de edad, en coma, y procedemos a realizar técnica de IOT. ¿Qué material de los que se indican a continuación es el más adecuado?.

- a) Mascarilla facial triangular más bolsa autohinchable de 250 ml, tubo endotraqueal del nº 5 y pala curva nº 1-2.
- b) Mascarilla facial triangular más bolsa autohinchable e 500 ml, TET del nº 4,5 y pala curva del nº 1-2.
- c) Mascarilla facial triangular más bolsa autohinchable de 1600 ml, TET del nº 3 y pala recta nº 1-2.
- d) Mascarilla triangular más bolsa autohinchable de 500 ml, TET del nº 3,5 y pala recta nº1.

RESPUESTA b).

27. Respecto a la reanimación inicial con fluidos en el politraumatizado, señale la opción INCORRECTA:

- a) En el trauma penetrante la estrategia conservadora de fluidos ha demostrado ser eficaz, existiendo menos evidencia a favor de dicha estrategia en el trauma cerrado.
- b) En pacientes traumatizados sangrantes hipotensos que no tienen TCE, se recomienda un objetivo de PAS entre 80-90 mmHg.
- c) En pacientes traumatizados con TCE grave asociado, se recomienda que la PAS sea al menos 110 mmHg.
- d) La estrategia de restricción del aporte de volumen (reanimación hipotensiva) se iniciará una vez controlada la fuente del sangrado.

RESPUESTA d).

La reanimación hipotensiva se lleva a cabo cuando la fuente del sangrado aún no se ha controlado.

28. (OPE 2017, 112). Respecto a los sistemas para valorar la gravedad o sangrado del paciente politraumatizado, señale la opción INCORRECTA:

- a) Según la escala ATLS de estimación de la pérdida de sangre en base a la presentación clínica inicial del paciente, el parámetro presión de pulso se altera más precozmente que la presión arterial.
- b) El índice ROPE (FC/PP), ayuda a detectar hemorragias ocultas o pacientes en riesgo de sufrir shock hemorrágico.
- c) Variaciones en el índice de shock (IS) tienen valor pronóstico.
- d) Frecuencia cardíaca, PAS y escala de coma de Glasgow, son ítems del sistema de clasificación T-RTS (Triage Revised Trauma Score).

RESPUESTA d).

Las variables del T-RTS son la FREC RESPIRATORIA, PAS y GCS

29. (OPE 2017 HOSPI). Una de estas maniobras NO es prioritaria en la atención inicial al politraumatizado:

- a) Colocación de collarín cervical.
- b) Aporte de oxígeno.
- c) Canalización de vías periféricas.
- d) Sondaje vesical.

RESPUESTA d).

30. (OPE 2017 HOSPI). En el paciente politraumatizado, señale la respuesta INCORRECTA:

- a) Puede existir un shock de etiología obstructiva.**
- b) En el shock hemorrágico son de elección los sueros glucosados e hipertónicos.
- c) En las lesiones medulares se puede producir un shock neurogénico.
- d) La valoración neurológica forma parte de la valoración primaria.

RESPUESTA b)