

**PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN  
DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN LA CATEGORÍA DE  
FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA. ESPECIALIDAD  
MEDICINA INTENSIVA EN LAS INSTITUCIONES  
SANITARIAS DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD.  
RESOLUCIÓN DE 20 DE SEPTIEMBRE DE 2021 (DOE Nº  
191 DE 4 DE OCTUBRE)**

**TURNO LIBRE**

**FASE DE OPOSICION:  
CUESTIONARIO DE PREGUNTAS TEST**

(Ver instrucciones para la realización del ejercicio)

1.- Con respecto a la monitorización de la presión intracraneal (señale la respuesta correcta):

- a. Las ondas A o *plateau* suelen ser rítmicas y rápidas (4-8/minuto) y se asocian a mal pronóstico.
- b. Debería plantearse la monitorización a través de un DVE en casos de hemorragia subaracnoidea con hidrocefalia y GCS<8 p, evitando oscilaciones bruscas de presión que precipiten el resangrado.
- c. Debe evitarse en pacientes con TCE grave (GCS: 5 p) con TAC normal e hipotensión mantenida (PAM<90 mmHg).
- d. Todas son ciertas.

2.- Señale la respuesta falsa:

- a. Un patrón de alta pulsatilidad en el Doppler transcraneal (DTC) conlleva siempre una velocidad diastólica elevada.
- b. El índice de Lindergaard permite diferenciar vasoespasmo de hiperemia cerebral.
- c. El DTC pierde valor en casos de craneotomías descompresivas.
- d. La identificación de las arterias cerebrales depende de la profundidad de insonación, dirección de la onda en el sonograma y maniobras de compresión de carótida ipsilateral y contralateral.

3.- Paciente de 60 años ingresado en UCI con TCE grave (edema cerebral). Datos de monitorización: PIC: 25 mm Hg. PAM: 70 mmHg. PCO<sub>2</sub>: 34 mmHg. Hb: 7.9 gr/l.

Se indica comenzar con noradrenalina a dosis 0.03 mg/Kg/hora. Tras 15 minutos de administración, PAM: 85mm Hg. PIC: 40 mmHg. Señale la respuesta correcta:

- a. Debe suspender la administración de noradrenalina.
- b. Debe aumentar la hiperventilación.
- c. Debe transfundir concentrado de hematíes.
- d. Todas son correctas.

4.- ¿Cuál de los siguientes parámetros no figura como criterio en el sistema de puntuación de enfermedad hepática de Child-Pugh:

- a. Ascitis.
- b. INR.
- c. Albumina.
- d. Creatinina.

5.- Respecto a la puntuación MELD de la insuficiencia hepática crónica, señale la afirmación incorrecta:

- a. Selecciona de forma objetiva a los pacientes cirróticos con riesgo alto de fallecer a los 3 meses.
- b. Incluye 3 parámetros bioquímicos: INR, creatinina y bilirrubina total.
- c. Tiene limitaciones al pronosticar el riesgo e fallecer en pacientes con hepatocarcinoma.
- d. La adición de los niveles de sodio al MELD no tiene ningún valor.

- 6.-La causa más frecuente de disfunción hepática aguda en los países desarrollados es:
- Farmacológica.
  - Idiopática/autoinmune.
  - Neoplásica
  - Infeciosa.
- 7.- En el fallo hepático agudo (señale la correcta):
- Las complicaciones hemorrágicas son muy frecuentes y devastadoras.
  - El ingreso en UCI debe marcarlo cualquier evidencia de encefalopatía.
  - El origen neoplásico excluye la indicación de trasplante hepático.
  - La antibioterapia profiláctica debe emplearse siempre.
- 8.- Según la clasificación de West-Haven, un paciente con fallo hepático y asterixis con letargo o apatía debe ser clasificado como:
- Encefalopatía hepática estadio 1.
  - Encefalopatía hepática estadio 2.
  - Encefalopatía hepática estadio 3.
  - Encefalopatía hepática estadio 4.
- 9.- Uno de los siguientes NO es un criterio para considerar la indicación de trasplante en el fallo hepático fulminante por acetaminofen (King's College Hospital):
- Creatinina sérica > 3.4 mg/dl.
  - pH<7.3 o lactato arterial >3 mmol/l después de una adecuada resucitación con fluidos.
  - ALT>5000 UI/L o AST>3000 UI/L en las primeras 24 horas.
  - Encefalopatía grado III.
- 10.- La presencia de niveles normales de TSH con niveles elevados de T4L, junto con un cuadro clínico compatible, establece el diagnóstico de:
- Tirotoxicosis primaria.
  - Tirotoxicosis subclínica.
  - Tirotoxicosis secundaria.
  - Tirotoxicosis central.
- 11.- El síndrome del enfermo eutiroideo en la UCI se caracteriza por:
- Elevación de T3, niveles normales de TSH y descenso de rT3.
  - Descenso de T3, descenso de TSH y elevación de rT3.
  - Descenso de T3, T4 y TSH.
  - Descenso de T3, niveles normales de TSH y niveles aumentados de rT3.
- 12.- Paciente de 15 años que ingresa estable y consciente en UCI por cetoacidosis diabética (glucemia: 470 mg/dl, pH: 7.11, bicarbonato: 8 mmol/l, sodio: 145 mmol/l, potasio: 4.3 mmol/l). ¿Cuál de las siguientes medidas es la indicada?
- Reposición con cristaloides, administración de potasio y bicarbonato.
  - Reposición con cristaloides, administración de insulina y potasio.
  - Reposición con cristaloides, administración de insulina, potasio y bicarbonato.
  - Reposición con cristaloides, administración de insulina y bicarbonato.

- 13.- La aparición de edema cerebral en la cetoacidosis diabética:
- Es rara en niños.
  - La administración de bicarbonato aumenta el riesgo de edema cerebral.
  - El tratamiento de elección son los corticoides.
  - La administración de manitol esta contraindicada.
- 14.- ¿Cuál de los siguientes no es un propio de los síndromes hiperosmolares hiperglucémicos?
- Glucogenólisis.
  - Elevación en plasma de ácidos grasos libres.
  - Hiperglucagonemia.
  - Gluconeogénesis.
- 15.- ¿Qué se entiende por *sliding* pulmonar en la ecografía torácica del paciente crítico?
- Un flujo reverberante en arteria pulmonar.
  - Presencia de artefactos en cola de cometa en el parénquima pulmonar.
  - Un movimiento oscilante de ambas pleuras con la respiración.
  - La presencia de artefactos de reverberación en pleura.
- 16.- Con respecto al diagnóstico clínico de muerte encefálica:
- Sólo puede ser realizado por un neurólogo o neurocirujano.
  - Incluye la realización de una prueba instrumental siempre que la lesión sea infratentorial.
  - Debe intervenir el juzgado en casos de causa traumática.
  - La utilización previa de tiopental sódico en el paciente exige comprobar niveles indetectables en sangre.
- 17.- Señale la respuesta correcta respecto a la donación en asistolia:
- En los donantes en asistolia no controlada sujetos a proceso judicial, se pueden iniciar medidas de preservación de no haber respuesta por el juez de guardia a los 30 minutos de la preceptiva comunicación.
  - Tras la LTSV, la certificación de la muerte se realiza tras 5 minutos de ausencia de curva de monitorización arterial.
  - Según la clasificación de Maastricht modificada de Madrid, la donación en asistolia tipo II corresponde con la donación en asistolia controlada.
  - Durante la recirculación normotérmica (NECMO) debemos mantener flujos no superiores a 1.7 l/m por el riesgo de hiperemia.
- 18.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos durante la realización de un Doppler transcraneal no es signo de paro circulatorio cerebral:
- Flujo en diástole de 0 cm/s .
  - Flujo reverberante.
  - Espigas sistólicas.
  - Ausencia de sonograma.

19.- El Real Decreto 1723/2012 de 29 de diciembre regula la donación de órganos en España. Señale, de las siguientes, la afirmación incorrecta:

- a. El ámbito de este RD no regula la donación de tejidos.
- b. La donación de órganos debe ser siempre anónima no pudiéndose conocer por el donante o su familia la identidad del receptor.
- c. Se recoge el consentimiento presunto a la donación, es decir, que todos somos donantes si no se ha dejado constancia expresa de la negativa a donar.
- d. La certificación de muerte encefálica debe ser realizada por 3 facultativos.

20.- De las siguientes afirmaciones, una es incorrecta respecto del mantenimiento del donante pulmonar:

- a. A todos los posibles donantes pulmonares se les debe administrar una dosis única de metilprednisolona (15 mg/kg peso).
- b.  $PaO_2/FiO_2 < 300$  mm Hg descarta al donante pulmonar.
- c. El test de apnea debe realizarse en CPAP, presión de soporte en 0 y PEEP de 10 cm de H<sub>2</sub>O.
- d. El objetivo debe ser mantener una PVC < 8 mmHg.

21.- Ante un donante pulmonar en muerte encefálica con los siguientes datos de monitorización: TA: 110/60 mm Hg, IC: 4 L/min/m<sup>2</sup>, IVS: 30, RVSI: 1800 din-seg-m<sup>2</sup>/cm<sup>5</sup>, ELWI 35 ml/kg, indicaría tratamiento con:

- a. Diurético de asa.
- b. Dobutamina.
- c. Nitroglicerina.
- d. Ninguno de ellos.

22.- Con respecto al mantenimiento del donante de órganos en muerte encefálica, señale de las siguientes la afirmación incorrecta:

- a. Se recomienda el tratamiento de la taquicardia e hipertensión iniciales ya que pueden desencadenar microinfartos en todos los órganos donables.
- b. Deben mantenerse glucemias inferiores de 180 mg/dl.
- c. La hipotermia moderada no ha demostrado ser beneficiosa en el mantenimiento del donante.
- d. Debe realizarse profilaxis antibiótica en todos los casos, por el riesgo de transmisión de infecciones latentes.

23.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos no es propio de la intoxicación por metformina?

- a. Hiperglucemia.
- b. Acidosis láctica.
- c. Estupor.
- d. Dolor abdominal.

24.- Señale la respuesta INCORRECTA con respecto a la intoxicación grave por acetaminofén:

- a. No se conoce correlación entre la presencia o ausencia de síntomas tempranos y riesgo de hepatotoxicidad.
- b. La muerte rara vez se produce en las primeras 48 horas.
- c. El pico máximo de AST y ALT se produce en torno al 4º día.
- d. La insuficiencia renal suele ser irrecuperable.

25.- Mujer de 55 años que ingresa en UCI tras un intento de suicidio mediante ingesta de 40 comprimidos de fluoxetina de 20 mg. Al ingreso presenta hipertensión arterial, agitación psicomotriz severa, midriasis, piel seca e íleo paralítico. Señale la respuesta correcta:

- a. Se trata de un síndrome dopaminérgico.
- b. Se trata de un síndrome nicotínico.
- c. Se trata de un síndrome muscarínico.
- d. Se trata de un síndrome anticolinérgico.

26.- Respecto a la intoxicación por organofosforados (señale la incorrecta):

- a. La administración de atropina debe ser posterior a la administración de oximas.
- b. Es fundamental conocer si el organofosforado pertenece al grupo dietil o dimetil.
- c. La administración de atropina debe mantenerse mientras se objetiven síntomas nicotínicos.
- d. El síndrome intermedio es un cuadro insuficiencia respiratoria y debilidad muscular.

27.- El nivel 4 en la escala de Ramsay de sedación, corresponde con:

- a. Paciente dormido, con respuesta lenta a un estímulo auditivo.
- b. Paciente dormido, con respuesta rápida a estímulos auditivos intensos.
- c. Paciente despierto que sólo responde a órdenes.
- d. Paciente dormido, sin respuesta a estímulos.

28.- Con respecto al delirio del paciente crítico:

- a. Parece relacionarse con niveles elevados de acetil colina.
- b. Parece relacionarse con un estado hipodopaminérgico.
- c. La administración intravenosa de haloperidol tiene menos efectos extrapiramidales que la administración oral.
- d. Todas son correctas.

29.- Respecto a la atención de la gestante en la UCI, señale la afirmación incorrecta:

- a. Las gestantes son más susceptibles al edema pulmonar tras una reanimación agresiva con fluidos.
- b. Como principio general se establece que “lo que es bueno para la madre, es bueno para el feto”.
- c. En casos de SDRA, la estrategia protectora pulmonar de la ventilación mecánica debe incluir volúmenes menores que en la estrategia estándar.
- d. La noradrenalina es el vasopresor de elección.

30.- ¿Cuál de los siguientes no es un objetivo del Proyecto de Humanización de los Cuidados Intensivos?

- a. Flexibilización de los horarios de visita y adecuación a las necesidades individuales.
- b. Prevención del *burn-out* del profesional.
- c. Adecuación de los cuidados al final de la vida.
- d. Todos los anteriores son objetivos del proyecto.

31.- El Grupo de Bioética de la SEMICYUC ha elaborado las recomendaciones en la toma de decisiones de limitación de las terapias de soporte vital con la finalidad de disminuir la variabilidad observada en la práctica clínica y contribuir a la mejora en los cuidados al final de la vida. De las siguientes señale la afirmación incorrecta:

- a. La decisión de LTSV debe ser siempre compartida entre el equipo médico y los familiares del paciente.
- b. Es obligado recabar la historia de valores del paciente.
- c. En caso de duda o disensión sobre la LTSV, se aconseja posponer la decisión hasta el siguiente pase de sala del equipo.
- d. La LTSV debe ser individualizada en cada caso concreto.

32.- Según el método deliberativo en la resolución de conflictos éticos, la decisión final debe superar las pruebas de consistencia (señale la INCORRECTA):

- a. Legalidad.
- b. Universalidad.
- c. Temporalidad.
- d. Publicidad.

33.- En el programa *Bacteriemia Zero* NO es un germen objeto de seguimiento:

- a. *Enterococcus spp.* resistente a gluco péptidos.
- b. Enterobacterias productoras de BLEE.
- c. *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenemas por producción de MBL.
- d. *Staphylococcus epidermidis* resistente a metilicina.

34.- El número de donantes en muerte encefálica de un servicio de medicina intensiva (SMI) es considerado por la SEMICYUC un indicador de calidad relevante en la atención al paciente crítico. Se define como el porcentaje de donantes reales en muerte encefálica entre el número de muertes encefálicas del SMI. El estándar de calidad de este indicador es del:

- a. 70%
- b. 60%.
- c. 50%.
- d. 40%.

35.- El trabajo en equipo es imprescindible para ofrecer una atención segura y de calidad al paciente crítico. La sesión clínica diaria de un equipo multidisciplinar, incluido enfermería, en la que revisen los problemas principales y toma de decisiones de los enfermos ingresados en UCI, es considerado un indicador relevante de calidad por la SEMICYUC. El estándar de calidad para este indicador define que estas sesiones deben realizarse al año, al menos:

- a. 60% de los días.
- b. 70% de los días.
- c. 80% de los días.
- d. 90% de los días.

36.- La realización de la ecografía Doppler de la corteza renal es de utilidad para valorar la existencia de daño tubular instaurado. Señale la falsa:

- a. El índice de resistencia (IR) se calcula restando la velocidad diastólica (VD) a la sistólica (VS) y dividiendo por la velocidad diastólica.
- b. La velocidad del flujo se debe determinar en las arterias interlobares o arcuatas.
- c. El valor normal del IR es menor de 0.75.
- d. Un  $IR > 0.75$  sugiere insuficiencia renal prerrenal.

37.- Para evacuar un hemotórax traumático debemos:

- a. Colocar un tubo de drenaje endotorácico a nivel del 4º ó 5º espacio intercostal, en la línea medio axilar y de calibre 28-32 French.
- b. Colocar un tubo de drenaje endotorácico a nivel del 4º ó 5º espacio intercostal, en la línea medio axilar y de calibre 10-14 French.
- c. Colocar un tubo de drenaje endotorácico a nivel del 4º ó 5º espacio intercostal, en la línea medio clavicular y de calibre 28-32 French.
- d. Colocar un tubo de drenaje endotorácico a nivel del 4º ó 5º espacio intercostal, en la línea medio clavicular y de calibre 10-14 French.

38.- En el shock hemorrágico, ¿cuál de estas medidas no forma parte de los principios básicos de reanimación con control de daños?

- a. Hipotensión permisiva.
- b. Reanimación hemostática con fármacos hemostáticos.
- c. Limitación del uso de cristaloides.
- d. Todas las medidas previas forman parte de los principios básicos de reanimación.

39.- Según la clasificación de Marshall para el Traumatic Coma Data Bank, un paciente en cuyo TAC craneal se aprecia desplazamiento de la línea media de más de 5 mm sin lesiones de densidad alta o mixta de más de 25 cc, estaríamos ante una lesión:

- a. Lesión encefálica difusa tipo I.
- b. Lesión encefálica difusa tipo II.
- c. Lesión encefálica difusa tipo III.
- d. Lesión encefálica difusa tipo IV.

40.- El diagnóstico de Rotura Traumática de la Aorta (RTA) se basa en establecer un alto índice de sospecha en los siguientes supuestos excepto en:

- a. La no visualización del arco/aorta descendente en la radiografía del tórax.
- b. Hemotórax sin lesiones asociadas o en cantidad desproporcionada a las lesiones.
- c. Cuando el traumatismo fue a consecuencia de un accidente de tráfico con expulsión del paciente del vehículo.
- d. En todas las situaciones anteriores hay que sospechar una RTA.

- 41.- Señala la afirmación incorrecta en los traumatismos toracoabdominales:
- La localización más frecuente en las lesiones traqueobronquiales traumáticas es a la altura del bronquio principal izquierdo.
  - La incidencia de rotura traumática del diafragma es mayor en el traumatismo abdominal que en el traumatismo torácico.
  - La obesidad (IMC > 30) es un factor de riesgo independiente asociado a un incremento de la mortalidad en pacientes traumatizados.
  - Las lesiones vasculares mediastínicas suelen originar sangrados pleurales izquierdos.
- 42.-Al valorar por ecografía un neumotórax esperaremos encontrar:
- Deslizamiento pleural ausente.
  - Líneas B presentes.
  - Líneas A ausentes.
  - Todas las anteriores son correctas.
- 43.- Respecto a un traumatismo abdominopélvico, señala la respuesta correcta:
- La presencia de hipotensión es uno de los signos más precoces de hemorragia.
  - El signo de Kehr consiste en dolor en el hombro izquierdo a consecuencia de una lesión esplénica con sangrado subdiafragmático.
  - Se debe realizar tacto rectal de forma sistemática por su alta sensibilidad para detectar lesiones intestinales.
  - Ninguna respuesta es correcta.
- 44.- En el traumatismo pélvico señala la respuesta falsa:
- Se debe valorar la posición y simetría de las extremidades inferiores.
  - Para detectar la existencia de fractura se recomienda realizar compresión y distracción sobre las crestas ilíacas.
  - El signo de Grey Turner se asocia con hemorragia retroperitoneal.
  - En la clasificación de Young-Burgess existen 4 categorías principales de fractura pélvica.
- 45.- En un paciente con traumatismo abdominal a quién se le realiza un estudio ECO-FAST, señala qué espacio intrabdominal está más relacionado con un falso negativo para la detección de hemorragia:
- Espacio hepatorenal (Morrison).
  - Saco de Douglas.
  - Espacio retroperitoneal.
  - Receso esplenorenal.
- 46.- En la clasificación neurológica estándar de la lesión medular ASIA (American Spinal Injury Association) es falso que:
- La cuantificación de la fuerza se realiza empleando una escala entre 0 y 5.
  - La ausencia completa de actividad motora en un grupo muscular explorado correspondería a 0 puntos de puntuación.
  - La escala de la evaluación sensitiva comprende de 0 a 5 puntos, donde 5 corresponde a una sensibilidad normal en el dermatoma explorado.
  - La exploración motora deberá incluir un examen de la contracción voluntaria del esfínter anal mediante tacto rectal.

47.- Dentro de los síndromes medulares incompletos, un cuadro clínico de ausencia de función motora y sensibilidad nociceptiva por debajo del nivel lesional con preservación de las sensibilidades táctil superficial y propioceptiva correspondería a:

- a. Síndrome medular anterior.
- b. Síndrome medular posterior.
- c. Síndrome medular lateral o de Brown-Sequard.
- d. Síndrome centromedular o de Schneider.

48.- Respecto a los síntomas respiratorios que acompañan a una lesión medular señala la opción incorrecta:

- a. Cuando el nivel neurológico de la lesión se sitúa por encima de C4 la actividad diafragmática suele ser insuficiente para mantener una ventilación adecuada.
- b. La incidencia de manifestaciones respiratorias en pacientes con lesiones por debajo de D12 es muy baja.
- c. En las lesiones medulares con nivel entre D1-D5 existe afectación de la prensa abdominal, pero sin afectación de la musculatura intercostal.
- d. Los pacientes con lesión medular cervical tienen valores superiores de capacidad vital forzada en decúbito supino respecto a la posición de sedestación.

49.- Señala la afirmación falsa en los pacientes con lesión medular:

- a. El síntoma digestivo más frecuente es el íleo hipodinámico.
- b. El cuadro de vejiga neurógena es de intensidad y duración variable y puede durar desde horas a semanas.
- c. Si la lesión medular se localiza a la altura del centro medular sacro, la vejiga mantendrá la ausencia de actividad del detrusor en el tiempo.
- d. La poiquilothermia implica la pérdida de respuesta hipertérmica a pirógenos (como las infecciones).

50.- Respecto al tratamiento en la fase aguda de la lesión traumática medular señala la respuesta falsa:

- a. La Sociedad Española de Paraplejía defiende que no está indicado el tratamiento con corticoides en el caso de lesión aguda traumática completa.
- b. El estudio NASCIS 2 concluyó que la metilprednisolona con bolo de 30 mg/kg de peso seguido de infusión de 5.4 mg/kg durante 23 horas mejoraba la recuperación si eran administradas en las 8 horas inmediatas a la lesión.
- c. Hay evidencia de mejoría motora si se realiza una descompresión en las primeras 72 horas en las lesiones medulares completas.
- d. El estudio NASCIS 3 planteó la comparación del tratamiento con metilprednisolona durante 24 horas frente a 48 horas.

51.- Paciente con quemaduras de 2º gr en el total de los brazos y en la parte anterior del torso, calcula la superficie total quemada según de regla de los nueve de Wallace:

- a. 36%.
- b. 27%.
- c. 22,5%.
- d. 18 %.

- 52.- Respecto al pronóstico en los pacientes quemados es cierto que:
- El concepto LA50 indica la extensión de la quemadura que resulta mortal en el 50% de los casos, ajustada a la edad.
  - El índice BAUX calcula la probabilidad de mortalidad en base al grado de profundidad de las quemaduras y la localización.
  - El índice abreviado de gravedad de la quemadura (ABSI) no incluye el sexo del paciente dentro de su baremo.
  - Todas son ciertas.
- 53.- En un paciente que sufre un traumatismo eléctrico con entrada por un brazo:
- En el caso de desarrollar un síndrome compartimental en ese brazo precisería una escariotomía.
  - Si no presenta lesión cutánea en la entrada ni en la salida es de esperar que desarrolle pocas lesiones internas.
  - La reanimación intensa con líquidos debe iniciarse de forma inmediata para limitar los efectos renales de la mionecrosis.
  - Todas son correctas.
- 54.- Respecto a las fórmulas de reposición de líquidos en las primeras 24 horas en el gran quemado señala la opción incorrecta:
- La fórmula BET utiliza una solución isotónica al plasma de 302 mOsm/L.
  - La fórmula de Parkland se basa en el uso principal de coloides.
  - La fórmula de Monafo se basa en usar soluciones hipertónicas con el fin de disminuir el volumen de líquido.
  - La fórmula de Evans usa volúmenes isoequivalentes de coloides y cristaloides.
- 55.- La plasmaféresis, según la Sociedad Americana de Aféresis, tiene una eficacia ampliamente demostrada y aceptada como tratamiento principal (categoría I) en:
- Síndrome de Guillain-Barré.
  - Síndrome de Goodpasture.
  - Botulismo.
  - Las respuestas a y b son correctas.
- 56.- Respecto a la anticoagulación regional con citrato de los sistemas de depuración extra-renal, señala la opción incorrecta:
- El citrato es la sal del ácido cítrico.
  - El objetivo de su uso es conseguir una concentración de calcio iónico en el circuito extracorpóreo de 1.0-1.2 mmol/L.
  - El uso de citrato puede provocar tanto alcalosis como acidosis metabólica.
  - Ante la sospecha de acumulación de citrato mediremos en el paciente el calcio total y el calcio iónico para ver su cociente.
- 57.- Dentro de las terapias de depuración extrarrenal, la ultrafiltración lenta continua se basa en el mecanismo de:
- Difusión.
  - Convección.
  - Mixto (convección + difusión).
  - Ninguna de las anteriores.

58.- Señale la opción incorrecta respecto a la convección en las técnicas de depuración extrarrenal:

- a. La tasa de ultrafiltración es directamente proporcional al área de membrana disponible.
- b. La tasa de ultrafiltración es directamente proporcional a la diferencia de presión transmembrana.
- c. La tasa de ultrafiltración es directamente proporcional al gradiente de concentración.
- d. Se produce un fenómeno de ósmosis inversa por el paso de solvente desde la zona de mayor concentración a la de menor concentración.

59.- Respecto al tratamiento de la hiperpotasemia señala la afirmación incorrecta:

- a. La administración de calcio antagoniza el efecto membrana de la hiperpotasemia mejorando los cambios en el ECG.
- b. La insulina disminuye la concentración de potasio en el plasma al introducir el potasio en las células.
- c. El bicarbonato de sodio aumenta el pH sistémico promoviendo la liberación de iones hidrógeno de las células y un movimiento recíproco de potasio hacia el interior de las células.
- d. Los fármacos betabloqueantes llevan el potasio al interior de las células al aumentar la actividad de la bomba Na/K.

60.- Si el objetivo inicial en una mujer hiponatémica asintomática de 60 kg es elevar la concentración plasmática de sodio de 110 a 120 mEq por L, calcula el déficit de sodio que presenta y debe ser administrado para lograr ese objetivo:

- a. 300 mEq.
- b. 600 mEq.
- c. 1000 mEq.
- d. 2000 mEq.

61.- Los tres principales determinantes de la osmolaridad plasmática son:

- a. Bicarbonato, sodio y potasio.
- b. Proteínas, urea y glucosa.
- c. Sodio, urea y glucosa.
- d. Potasio, sodio y glucosa.

62.- En un paciente con acidosis metabólica con compensación respiratoria apropiada que tiene pH 7.26 y HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> de 12 mEq/L, la pCO<sub>2</sub> que esperamos que tenga sería:

- a. 35 mm Hg.
- b. 26 mm Hg.
- c. 20 mm Hg.
- d. 16 mm Hg.

63.- En el diagnóstico diferencial de la alcalosis metabólica se suele determinar la concentración de Cloro en orina. Así, una concentración de cloruro urinario de 10 mEq/L nos indicaría como causa de la alcalosis:

- a. Vómitos.
- b. Hiperaldosteronismo primaria.
- c. Hipopotasemia severa.
- d. Síndrome de Bartter.

64.- En la valoración del paciente con ictus es habitual el uso de escalas, señala la afirmación incorrecta:

- a. La escala PERFUS identifica los pacientes candidatos a trombectomía mecánica.
- b. La escala RANKIN valora la situación previa de independencia del paciente.
- c. La escala ASPECTS cuantifica los signos incipientes de afectación isquémica en el TAC.
- d. La escala NIHSS puntúa de forma numérica la gravedad del ictus mediante la exploración física.

65.- Varón de 76 años independiente a quien se practicó hemicolectomía derecha hace 40 días y acude a un hospital de nivel 2 (con equipo de ictus disponible, pero sin radiología intervencionista). Presenta hemiplejía de origen isquémico de 2.5 horas de evolución y al realizarle un angioTAC se aprecia oclusión de la arteria cerebral media en su segmento M1 con datos de tejido recuperable en las técnicas de imagen. Atendiendo al protocolo del Código Ictus de Extremadura, se debería:

- a. Realizar fibrinólisis inmediata con rtPA e ingresar en la unidad de ictus para ver evolución clínica.
- b. Realización de fibrinólisis con rtPA y derivación urgente a hospital con radiología intervencionista sin esperar resultado de la fibrinólisis.
- c. Derivar a hospital con radiología intervencionista para realización urgente de trombectomía mecánica sin realizar fibrinólisis.
- d. Le realizaría primero una RMN con secuencias de difusión/perfusión antes de tomar una decisión.

66.- ¿A qué grado de la clasificación de Hunt y Hess correspondería la situación clínica de un paciente con una hemorragia subaracnoidea (HSA) que se encuentra somnoliento y confuso?:

- a. Grado I.
- b. Grado II.
- c. Grado III.
- d. Grado IV.

67.- ¿Cuál de las siguientes situaciones tiene una indicación clase I de implante de marcapasos definitivo?:

- a. Bloqueo aurículo-ventricular de 2º tipo I sintomático.
- b. Síncope inexplicable y bloqueo bifascicular.
- c. Bloqueo aurículo-ventricular 1º con PR > 0.3sg y síntomas similares al síndrome de marcapasos.
- d. Bloqueo de rama alternante con o sin síntomas.

68.- Señala la opción incorrecta respecto a la estimulación con marcapasos definitivo:

- a. Un aumento significativo de la impedancia del electrodo suele reflejar una rotura del aislante del electrodo.
- b. El parámetro ERI es un indicador de reemplazo electivo del generador.
- c. En los latidos de pseudofusión el impulso es ineficaz y el complejo intrínseco no se altera (la morfología del QRS basal es la misma que la del latido de pseudofusión).
- d. La aplicación de un imán sobre un marcapasos activa el modo asíncrono de estimulación.

- 69.- Respecto a la taquicardia mediada por marcapasos:
- Se suele solucionar acortando el PRAPV (periodo refractario auricular postventricular).
  - La frecuencia de la taquicardia excede el límite superior de la frecuencia de seguimiento programada.
  - Es un tipo de taquicardia de asa cerrada con conducción retrógrada por el nodo AV o una vía accesoria.
  - Todas las respuestas son correctas.
- 70.- Respecto al tratamiento del delirio en la UCI, señala la opción falsa:
- El haloperidol puede aumentar el intervalo QT e incrementar el riesgo de taquicardia tipo *torsade des pointes*.
  - El haloperidol es un neuroléptico cuyo efecto se basa en aumentar la actividad dopaminérgica y disminuir la actividad colinérgica.
  - La dexmedetomidina es un receptor agonista selectivo alfa-2 adrenérgico con efectos sedantes y analgésicos.
  - La quetiapina como neuroléptico atípico o de segunda generación tiene menores efectos secundarios extrapiramidales que los neurolépticos de primera generación.
- 71.- Indica que asociación es incorrecta entre enfermedad neuromuscular y localización topográfica lesional:
- Polimiositis → Afectación fibras musculares.
  - Botulismo → Afectación placa neuromuscular.
  - Esclerosis Lateral Amiotrófica → Afectación motoneurona del asta anterior.
  - Parálisis periódicas → Afectación en raíz anterior y nervio periférico.
- 72.- En la exploración del paciente en coma, señala la afirmación falsa:
- La respiración de Cheyne-Stokes se caracteriza por la alternancia regular de breves fases de hiperventilación seguidas de otras de apneas.
  - La ausencia de reflejo fotomotor y consensuado de un ojo significa que hay afectación del II par craneal de ese ojo.
  - El reflejo corneal tiene como vía aferente el V par craneal y como vía eferente el VII par craneal.
  - El reflejo oculocefálico está presente cuando, al girar la cabeza bruscamente de un lado a otro en el plano horizontal, los ojos no giran con la cabeza sino en la dirección opuesta.
- 73.- Sobre el tratamiento farmacológico de estatus epiléptico es falso que:
- Los benzodiacepinas son el tratamiento inicial de primera de elección.
  - La fenitoína se administra con dosis de carga de 20 mg/kg a un ritmo de 50 mg por min.
  - En el caso de precisar sedación e intubación no usaremos propofol por carecer de efectos antiepilépticos.
  - Los corticoides están indicados en el tratamiento del estatus epiléptico refractario secundario a encefalitis por anticuerpos antirreceptor de NMDA.

74.- Varón de 59 años con antecedente de tabaquismo que consulta en el servicio de urgencias de su hospital, que no dispone de servicio de hemodinamia, por dolor torácico retroesternal. Su frecuencia cardíaca es de 54 lpm, su presión arterial de 88/40 mmHg y su saturación de oxígeno es del 100% con oxigenoterapia de alto flujo. La auscultación cardiopulmonar no revela datos de interés. En el EKG se aprecia elevación del segmento ST en las derivaciones II, III, aVF y V4r. ¿Cuál de los siguientes tratamientos propuestos es el más apropiado de inicio para este paciente?

- a. Administrar suero fisiológico.
- b. Nitroglicerina sublingual.
- c. Dobutamina.
- d. Norepinefrina.

75.- Señale la opción INCORRECTA sobre el SOFA SCORE:

- a. La puntuación neurológica de la escala SOFA es el que se mide con menor precisión y se asocia con la mayoría de los errores.
- b. Para el cálculo del SOFA valoramos la situación de seis órganos o sistemas que son el respiratorio, cardiovascular, hepático, plaquetas, renal y neurológico. Se puntúa de 0 a 4 con una puntuación creciente que refleja el empeoramiento de la disfunción de los órganos.
- c. En estudios de comparación con el MODS score, ambos son útiles para el pronóstico pero en fallos del sistema cardiovascular parece predecir mejor el pronóstico SOFA que MODS.
- d. El SOFA se calcula a partir de los datos recopilados en el primer día de ingreso en UCI.

76.- Ante un paciente en shock que presenta los siguientes parámetros: lactato de 3 mmol/l, SvcO<sub>2</sub> 70% y delta de CO<sub>2</sub> (veno-arterial PCO<sub>2</sub> gap) de 4 mmHg señale la afirmación CORRECTA respecto a la alteración de la microcirculación que presenta:

- a. El paciente presenta un gasto cardíaco elevado con disoxia por anemia e indica necesidad de transfusión.
- b. El paciente presenta un gasto cardíaco bajo con disoxia por alteración de la contractibilidad y es indicación de pautar inotrópicos.
- c. El paciente presenta un gasto cardíaco inadecuado con disoxia y habría que analizar si es respondedor al volumen.
- d. En esta situación no es esperable un beneficio al incrementar el gasto cardíaco.

77.- Dentro de los objetivos de la reanimación hemodinámica del paciente crítico la afirmación CORRECTA es:

- a. Para la instauración de las medidas de reanimación y la consecución de los objetivos marcados el plazo recomendado es de 24 horas.
- b. La corrección de la disoxia tisular se define como la restauración de los parámetros de  $SvcO_2 \geq 70\%$  y/o la normalización de los niveles de lactato.
- c. El primer paso será la consecución y mantenimiento de unos valores mínimos de presión de perfusión de los tejidos definido como  $PAM > 75$  mmHg.
- d. La monitorización del aclaramiento de lactato ha mostrado ser superior a la monitorización de la  $SvcO_2$  en la guía de monitorización hemodinámica.

78.- Sobre el manejo de la vía aérea en las unidades de cuidados intensivos señale la opción INCORRECTA:

- a. La evaluación previa de la vía aérea no está indicada en las situaciones más urgentes.
- b. La ausencia de la capnografía en el manejo de la vía aérea difícil es responsable de más del 70% de los fallecidos en UCI.
- c. Las recomendaciones actuales indican que la videolaringoscopia y las mascarillas laríngeas de segunda generación deben estar disponibles en todas las localizaciones donde se trate la vía aérea.
- d. La escala MACOCHA es la única validada en cuidados críticos.

79.- Señale la opción INCORRECTA sobre la videolaringoscopia (VL) en las maniobras de intubación endotraqueal:

- a. La VL ofrece una mejor visión glótica que la laringoscopia directa sin necesidad de alinear los ejes de la columna aérea.
- b. Cuando comparamos la VL con la laringoscopia directa no hay diferencia significativa en cuanto a la disminución de la hipoxia y/o mortalidad.
- c. En el algoritmo de manejo de una vía aérea difícil el VL se considera de primera elección en la intubación si el paciente presenta una puntuación MACOCHA  $\geq 2$ .
- d. La VL comparada a la laringoscopia directa permite un mayor número de intubación endotraqueal (IET) al primer intento y reduce el número de intubaciones fallidas cuando se prevé una vía aérea difícil.

80.- La constante de tiempo se usa para describir el cambio en el tiempo de llenado y vaciado de una unidad pulmonar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la constante de tiempo respiratorio es INCORRECTA?:

- a. La constante de tiempo del pulmón es producto de la resistencia y la *compliance*.
- b. 3 veces la constante de tiempo es el tiempo necesario para inhalar o exhalar el 90% del volumen pulmonar.
- c. Una constante de tiempo espiratorio superior a 0,7 segundo nos indica un aumento de resistencia pulmonar.
- d. Una constante de tiempo espiratorio inferior a 0,5 segundo nos indica una disminución de la distensibilidad pulmonar.

81.- Los pulmones y el corazón están íntimamente relacionados. Indique la interacción cardiopulmonar CORRECTA en el paciente ventilado:

- ANULADA**
- El aumento de la presión intratorácica inducida por la ventilación mecánica si se mantiene el PEEP disminuye la precarga del ventrículo izquierdo.
  - Niveles bajos de PEEP tiene un efecto deletéreo sobre el funcionamiento del VD al reducir la resistencia vascular pulmonar.
  - En espiración aumenta la precarga del VD y disminuye la precarga de VI.
  - En inspiración disminuye la precarga del VD y aumenta la precarga de VI.

82.- La PaCO<sub>2</sub> sigue siendo el patrón de oro para evaluar la ventilación. La capnografía mide la concentración de presión espirada de anhídrido carbónico (PeCO<sub>2</sub>) en el aire espirado a pie de cama. Indique la respuesta CORRECTA:

- Si el espacio muerto fisiológico aumenta la diferencia entre PETCO<sub>2</sub> y PaCO<sub>2</sub> disminuye.
- En la morfología de la onda de PETCO<sub>2</sub> una fase II/III prolongada en aleta de tiburón indica broncoespasmo.
- En pacientes no intubados la capnografía es menos sensible que la monitorización de la saturación de O<sub>2</sub> (SpO<sub>2</sub>) para detectar hipoventilación.
- Durante la PCR un valor de PETCO<sub>2</sub> superior a 15 se asocia con una RCP adecuada y de calidad.

83.- ¿Cuál de las siguientes es la asincronía más frecuente en ventilación mecánica?

- El autodisparo o autotrigger
- El Trigger reverso o reverse trigger.
- Los esfuerzos ineficaces.
- Artefactos por latidos cardiacos.

84.- ¿Con cuál de estos cuatros niveles de PEEP te sentirías más cómodo si deseas para tu paciente una ventilación personalizada y adaptada a objetivos de protección pulmonar (plat: presión meseta, Vt: volumen tidal, C: compliance, PEEPt: PEEP total)?

- PEEP 18 → plat 32 // Vt 670 // C 62 // PEEPt 22 // Saturación 97%
- PEEP 16 → plat 31 // Vt 680 // C 55 // PEEPt 19 // Saturación 97%
- PEEP 20 → plat 35 // Vt 650 // C 54 // PEEPt 23 // Saturación 98%
- PEEP 20 → plat 36 // Vt 610 // C 43 // PEEPt 24 // Saturación 93%

85.- En una situación de fracaso respiratorio severo secundario a neumonía bilateral por SARS CoV2-19, ¿qué parámetro fisiológico podríamos usar para suspender sesiones de prono?

- Si PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> >100 y Presión meseta -PEEP <15 cmH<sub>2</sub>O y en posición supino más de 2 horas con PEEP <10 cmH<sub>2</sub>O.
- Si PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> >150-200 y Presión meseta -PEEP <15 cmH<sub>2</sub>O y en posición supino más de 2 horas con PEEP <10 cmH<sub>2</sub>O.
- Si PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> >150-200 y Presión meseta -PEEP >15 cmH<sub>2</sub>O y en posición supino más de 2 horas con PEEP <12 cmH<sub>2</sub>O.
- Si PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> >150-200 y Presión meseta -PEEP >15 cmH<sub>2</sub>O y en posición supino más de 2 horas con PEEP <10 cmH<sub>2</sub>O.

86.- El stress index (SI) o índice de stress es una herramienta sencilla que puede ayudar a ajustar la PEEP óptima. Indique la opción CORRECTA sobre el SI:

- a. Un valor de SI < 1 indica que la compliance pulmonar está disminuida y nos encontramos con un pulmón sobredistendido.
- b. Un valor de SI > 1 indica que la compliance pulmonar está aumentada y nos encontramos con pulmón que responde a las maniobras de reclutamiento.
- c. Un valor de SI = 0 indica cierre completo de la vía aérea.
- d. Es una maniobra sencilla para evaluar la PEEP óptima del paciente.

87.- Los pacientes con SDRA presentan un aumento del espacio muerto alveolar (VDALV) secundario a alteraciones del cociente ventilación/perfusión (V/Q). Indique lo INCORRECTO respecto al aumento del VDALV:

- a. Medido a las 72 h del SDRA se asoció de forma independiente a un aumento del riesgo de muerte.
- b. Se observó que el VD/VT medio de 0,54 en los pacientes sobrevivientes vs. VD/VT de 0,63 en los que fallecieron a consecuencia del síndrome.
- c. Se registró además un incremento en el riesgo de mortalidad en un 45% por cada aumento en 0,05 del espacio muerto por encima de 0,57.
- d. la medición del espacio muerto presentó mayor valor pronóstico que la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, distensibilidad pulmonar o severidad de la enfermedad.

88.- Tenemos ingresado en UCI un paciente en status asmático. Se encuentra intubado, sedado y recibiendo corticoides iv junto a infusión continua de salbutamol, cisatracurio y ketamina. Los parámetros del respirador son los siguientes: PIP 36, PEEP 5, volumen corriente 6 ml/kg, FR 12, tiempo inspiratorio 1,5 segundos y FiO<sub>2</sub> 0,54; se mide una presión meseta de 22 cmH<sub>2</sub>O. Se realiza una gasometría que muestra un Ph 7.08, pCO<sub>2</sub> 80, pO<sub>2</sub> 65 y un EtCO<sub>2</sub> de 50 ¿Cuál sería el siguiente paso a realizar más apropiado de acuerdo a estos resultados?

- a. Aumentar la FR a 16.
- b. Iniciar agentes anestésicos inhalados.
- c. Incrementar la presión pico a 40 cmH<sub>2</sub>O para lograr mayor volumen corriente.
- d. Disminuir el tiempo inspiratorio a 1.

89.- El tratamiento de las reagudizaciones del EPOC se basa en los broncodilatadores, corticoides y antibioterapia; respecto a la antibioterapia indique la opción INCORRECTA:

- a. Los pacientes EPOC ingresados en UCI deben iniciar rápidamente la antibioterapia, independientemente del nivel de PCT, tanto si están en ventilación mecánica o ventilación no invasiva.
- b. En pacientes con reagudizaciones EPOC tratados en UCI el uso de un algoritmo basado en procalcitonina para iniciar o suspender la antibioterapia se asoció con menor tasa de mortalidad en comparación con los que recibieron un régimen antibiótico estándar.
- c. El tratamiento antibiótico guiado por PCR para pacientes hospitalizados con exacerbaciones agudas de EPOC se asoció con una disminución del 15% del uso de antibióticos al ingreso.
- d. La antibioterapia reduce el riesgo de fracaso del tratamiento, la mortalidad y el riesgo de neumonía secundaria en pacientes EPOC que requieren ventilación mecánica.

90.- A la hora de programar los parámetros del respirador en un paciente EPOC intubado por reagudización, cuál de las siguientes propuestas es la opción CORRECTA:

- a. Debemos aumentar el tiempo espiratorio por encima de 4 segundos para optimizar al máximo la reducción de la hiperinsuflación.
- b. Las modalidades de ventilación controladas por presión han mostrado superioridad en estos pacientes sobre la ventilación controlada por volumen.
- c. La PEEP ideal debe programarse al 80% de la PEEP intrínseca.
- d. Debemos programar el flujo inspiratorio hasta alcanzar una presión inspiratoria pico de 60 cmH<sub>2</sub>O.

91.- Indique la opción INCORRECTA sobre la prueba de respiración espontánea en un protocolo de desconexión de la ventilación mecánica:

- a. El porcentaje de pacientes que fracasan en una prueba de respiración espontánea es menor en presión de soporte de 7 cmH<sub>2</sub>O que con el tubo en T con un porcentaje de reintubación mayor en presión de soporte.
- b. Los enfermos cuya desconexión se realiza de forma protocolizada tienen unas 25 horas menos de tiempo de desconexión.
- c. Una prueba de respiración espontánea de 30 minutos de duración es igual de efectiva que una prueba de 120 minutos de duración.
- d. El trabajo respiratorio de los pacientes intubados es similar se utilice tubo en T, CPAP de 5 cmH<sub>2</sub>O o presión de soporte de 5 cmH<sub>2</sub>O.

92.- Indique la opción INCORRECTA sobre los predictores de fracaso de la prueba de extubación programada en UCI:

- a. Cuando se analizan conjuntamente como predictores de fracaso de la extubación la calidad de la tos, la presencia de secreciones orotraqueales y el estado neurológico del paciente; el riesgo de reintubación es del 100% al presentar una interacción sinérgica entre ellos.
- b. Una medición del pico flujo tos (PFT) de 270-360 l/min con un espirómetro conectado al tubo orotraqueal nos indica que la calidad de la tos es efectiva sin ningún riesgo asociado a la extubación.
- c. Es predictor de fracaso de extubación en pacientes COVID según el Machine Learning estar sometido a modos control de ventilación con volumen tidal elevados (>8 ml/kg) el día anterior a la extubación.
- d. La extubación guiada por el test de fuga aérea disminuye la tasa de reintubación pero retrasa innecesariamente la extubación.

93.- ¿Cuál NO es un sistema de oxigenoterapia de bajo flujo?

- a. Gafas nasales.
- b. Mascarilla oxígeno con bolsa reservorio no reinhalatoria.
- c. Mascarilla oxígeno con bolsa reservorio reinhalatoria.
- d. Ventimask con efecto Venturi.

94.- Sobre las recomendaciones del Consenso de las Sociedades Científicas Españolas (SEPAR, SEMICYUC, SEMES; SECIP, SENEo, SEDAR, SENP) para la utilización de la ventilación no invasiva (VMNI) en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) grave, indique la opción CORRECTA:

- a. Se sugiere el uso de VMNI en pacientes con limitación terapéutica para intubación y ventilación invasiva siempre y cuando mejore la disnea.
- b. Es posible una prueba larga de VMNI en pacientes con agudización grave del asma.
- c. Se recomienda el uso de VMNI en la IRA hipoxémica secundaria a distrés moderado.
- d. La IRA postextubación debería tratarse con VMNI.

95.- Sobre las recomendaciones del Consenso de las Sociedades Científicas Españolas (SEPAR, SEMICYUC, SEMES; SECIP, SENEo, SEDAR, SENP) para la utilización de terapia de alto flujo con cánulas nasales (TAFCN) en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) grave, indique la opción INCORRECTA:

- a. Puede valorarse el uso de TAFCN tras la extubación programada en pacientes sin hipercapnia y con bajo riesgo de reintubación.
- b. Se sugiere el empleo de técnicas de preoxigenación con VMNI y/o TAFCN frente a la oxigenoterapia convencional en pacientes hipoxémicos que van a ser intubados de forma programada, con vistas a reducir el riesgo de hipoxemia peri-intubación.
- c. Se recomienda el uso rutinario de TAFCN para prevenir la reintubación en pacientes sin hipercapnia y con alto riesgo de reintubación.
- d. Puede considerarse el uso de la TAFCN como alternativa terapéutica a la VMNI en pacientes postoperados de cirugía cardiotorácica con insuficiencia respiratoria postoperatoria o con alto riesgo de reintubación.

96.- Indique cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA respecto al proyecto NEUMONÍA –ZERO:

- a. El consejo asesor de los «Proyectos de seguridad en pacientes críticos» del Ministerio de Sanidad acordó pasar la higiene bucal utilizando clorhexidina de recomendación obligatoria a no obligatoria.
- b. Respecto a la higiene bucal con clorhexidina han aparecido algunos metaanálisis en los que se ha objetivado un aumento significativo de la mortalidad, sobre todo en pacientes que ingresan por cirugía cardíaca
- c. Debemos comprobar cada turno la aparición de condensación en intercambiadores de calor/humedad y tubuladuras, procediendo a su ordeño de forma estéril si es necesario.
- d. En relación con la descontaminación digestiva selectiva (DDS) o la descontaminación orofaríngea selectiva (DOS) se ha objetivado una menor mortalidad hospitalaria, siendo menor con DDS que con DOS.

97.- La causa más frecuente de disfunción del trasplante renal de donante fallecido es:

- a. Hemorragia postoperatoria.
- b. Trombosis arterial renal.
- c. Trombosis vena renal.
- d. Necrosis tubular aguda.

- 98.- Sobre la descontaminación selectiva del tubo digestivo señale lo INCORRECTO:
- Es la medida asociada con más evidencia en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica reduciendo su aparición en un 70%.
  - Se asocia con una reducción significativa de las bacteriemias.
  - Está indicada si la intubación o la traqueotomía se va a prolongar más de 96 horas.
  - Si el paciente es portador de SAMR en el momento del ingreso en UCI debemos aplicar una descontaminación digestiva mixta.
- 99.- Sobre el ahogamiento indique la opción CORRECTA:
- En caso de ahogamiento debemos aplicar el algoritmo de hipotermia si la temperatura central es inferior a 34 ° C.
  - La duración de la sumersión no es un predictor fuerte del resultado.
  - Si la temperatura del agua es inferior a 6°C la supervivencia es muy poco probable tras más de 30 minutos de sumersión.
  - Se recomienda el uso de mecanismos automáticos de compresión en caso de hipotermia grave (< 28 °C) debido a la rigidez torácica.
- 100.- Señale la afirmación CORRECTA respecto de la granulomatosis de Wegener:
- La mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con la biopsia renal.
  - Microscópicamente se caracteriza por granulomas epiteloideos yuxtavasculares.
  - La mortalidad se debe en la mayoría de los casos a la afectación pulmonar.
  - La especificidad del título de c-ANCA (+) es muy alta en esta enfermedad, especialmente en ausencia de glomerulonefritis activa.
- 101.- Según las recomendaciones sobre reanimación cardiopulmonar del Plan Nacional de RCP, en pacientes con sospecha o infección confirmada por Sars-Cov-2, entre los signos y síntomas premonitorios de Parada Cardiorrespiratoria Intrahospitalaria NO encontramos:
- Taquipnea mayor de 25 resp/min.
  - Vía aérea comprometida.
  - Frecuencia cardíaca menor de 40 lpm.
  - Caída en la Escala de Coma de Glasgow de 2 puntos.
- 102.- ¿Cuál de los siguientes NO es un predictor de buen resultado neurológico en adultos sobrevivientes de un paro cardíaco en coma?
- Una puntuación motora GCS de 4 o 5 inmediatamente o 72-96 horas después de recuperar circulación espontánea.
  - Amplitud de la onda N20 de la SSEP (Potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta) superiores a 4 µV.
  - Valores de enolasa neuronal específica (NSE) superiores a 30 µg/L a las 24-72 horas de recuperar circulación espontánea.
  - Todas son correctas.

103.- Uno de los siguientes hallazgos clínicos no es un propio de los síndromes hiperosmolares hiperglucémicos:

- a. Cetonuria.
- b. Hiperglucemia >600 mg/dl
- c. pH>7.25.
- d. Hiperlactacidemia.

104.- En el programa *Bacteriemia Zero*, uno de los siguientes NO es considerado factor de riesgo de ser portador de bacterias multirresistentes:

- a. Ingreso hospitalario  $\geq$  5 días en los 3 meses previos.
- b. Paciente EPOC con bronquiectasias.
- c. Insuficiencia cardiaca congestiva crónica.
- d. Anciano residente en centro sociosanitario.

105.- La Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias elaboró una serie de 140 indicadores de calidad en la atención al paciente crítico, que actualizó en 2017. De los siguientes, sólo uno es considerado relevante:

- a. Incidencia de barotrauma.
- b. Infección del tracto urinario relacionada con sonda uretral.
- c. Diagnóstico de muerte encefálica.
- d. Identificación del delirium.

106. ¿Qué principios garantiza el artículo 9 de la Constitución Española?:

- a. Irretroactividad de las disposiciones sancionadoras no favorables.
- b. Legalidad.
- c. Publicidad de las normas.
- d. Todas las respuestas son correctas.

107. Según la Constitución Española, están excluidos de la extradición:

- a. Los actos de terrorismo.
- b. Los delitos políticos.
- c. Los delitos religiosos.
- d. a) y b) son correctas.

108. Según el Estatuto de Autonomía de Extremadura, es una competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma de Extremadura:

- a. Cooperación transfronteriza e internacional para el desarrollo, en cooperación con el Estado.
- b. Pesas y medidas.
- c. Ferias internacionales que se celebren en Extremadura.
- d. Gestión del régimen económico de la Seguridad Social.

109. ¿Cuál de las siguientes es una institución estatutaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura?

- a. Personero del Común.
- b. Consejo de Cuentas.
- c. Consejo Económico y Social.
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.

110. De conformidad con lo establecido en el artículo 9 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, el cese del personal estatutario interino podrá producirse en los siguientes casos:

- a. Cuando venza el plazo que expresamente se determine en su nombramiento.
- b. Cuando se incorpore personal estatutario fijo por el procedimiento legal o reglamentariamente establecido.
- c. Por amortización de la plaza.
- d. Las respuestas b) y c) son correctas.

111. El personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a:

- a. Utilizar los medios, instrumental e instalaciones de los servicios de salud en beneficio del paciente, con criterios de eficiencia, y evitar su uso ilegítimo en beneficio propio o de terceras personas.
- b. Respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico.
- c. Prestar colaboración profesional cuando así sea requerido por las autoridades como consecuencia de la adopción de medidas especiales por razones de urgencia o necesidad.
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.

112. El Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud se aprobó en el año:

- a. 2001.
- b. 2003.
- c. 2013.
- d. 2015.

113. Señale la respuesta incorrecta en relación a la renuncia a la condición de personal estatutario:

- a. Deberá solicitarse con una antelación máxima de 15 días a la fecha en que se desee hacer efectiva.
- b. La renuncia tiene el carácter de acto voluntario.
- c. No inhabilita para obtener nuevamente la condición de personal estatutario a través de los procedimientos de selección establecidos.
- d. No podrá ser aceptada cuando el interesado esté sujeto a expediente disciplinario o haya sido dictado contra él auto de procesamiento o de apertura de juicio oral por la presunta comisión de un delito en el ejercicio de sus funciones.

114. Según lo establecido en el artículo 18 de la Ley General de Sanidad, las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:

- a. El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud, atendiendo a las diferencias entre mujeres y hombres.
- b. La promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica.
- c. El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas.
- d. Todas las respuestas son correctas.

115. Según la Ley General de Sanidad, las Áreas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

- a. Culturales.
- b. Epidemiológicos.
- c. Laborales.
- d. Todas las respuestas son correctas.

116. Según lo establecido en el artículo 57 de la Ley General de Sanidad, el Consejo de Salud de Área es un órgano:

- a. De participación.
- b. De asesoramiento.
- c. De gestión.
- d. a) y c) son correctas.

117. Los ciudadanos están sujetos al cumplimiento de los siguientes deberes con respecto al Sistema Sanitario Público de Extremadura:

- a. Colaborar con los centros, servicios y profesionales sanitarios, facilitando la información de su estado de salud para adecuar la atención sanitaria a las necesidades demandadas.
- b. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicamente determinadas por los servicios sanitarios.
- c. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.

118. El Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura es designado por:

- a. Presidente de la Junta de Extremadura.
- b. Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud.
- c. Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura.
- d. Consejero de Sanidad.

119. El nombramiento y cese del Director General de Salud Pública corresponde a:

- a. Presidente de la Junta de Extremadura.
- b. Consejero de Sanidad.
- c. Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura.
- d. Director Gerente del SES.

120. La representación legal del Servicio Extremeño de Salud la ostenta:

- a. La Abogacía General de la Junta de Extremadura.
- b. El Director Gerente del SES.
- c. El presidente de la Junta de Extremadura.
- d. Ninguna respuesta es correcta.

121. La ordenación de pagos del organismo autónomo es competencia de:

- a. El Director Gerente.
- b. La Directora General de Recursos Humanos y Asuntos Generales.
- c. El Consejero de Sanidad.
- d. El Secretario General del SES.

122. Son funciones de la Red de Oficinas de Igualdad y de Violencia de género, las siguientes:

- a. Promoción y ejecución de actuaciones orientadas al fomento de la participación y empoderamiento de las mujeres en los ámbitos social, político, económico y cultural.
- b. Ejecución, animación y promoción de campañas de sensibilización que tengan como objetivo la modificación de actitudes discriminatorias y estereotipos sexistas, así como la prevención de la violencia de género dirigidas al conjunto de la ciudadanía.
- c. Prestar apoyo técnico en el diseño, elaboración, implementación y evaluación de planes de igualdad de oportunidades y para la integración de la transversalidad de género en el ámbito local.
- d. Todas las respuestas son correctas.

123.- En un paciente con insuficiencia cardiaca aguda descompensada, podemos determinar el perfil hemodinámico mediante la exploración clínica según la presencia o ausencia de congestión y perfusión. Señale la respuesta falsa en cuanto a los distintos perfiles:

- a. Los pacientes "cálidos y secos" presentan una hemodinámica en reposo normal y se encuentran compensados.
- b. Los pacientes que se ajustan al perfil "cálido y húmedo" se encuentran sobrecargados de volumen, pero con una perfusión adecuada.
- c. El tratamiento con diuréticos de asa solo o en combinación con una tiazida es de elección en el perfil "cálido y húmedo".
- d. Los pacientes que se encuentran en el perfil "frío y seco" mantienen un adecuado gasto cardiaco y adecuada perfusión por lo que no precisan de otro tratamiento.

124.- En cuanto al tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardiaca y shock cardiogénico, señale la respuesta incorrecta:

- a. La administración de inotrópicos se debe acompañar de una monitorización de las cifras tensionales y de las arritmias cardiacas.
- b. El efecto de la dopamina depende de la dosis.
- c. El levosimendán actúa principalmente por la unión a la troponina C cardiaca y es un agente sensibilizador al calcio del miocardiocito y activando también los canales de potasio sensibles al ATP en las fibras musculares lisas, lo que produce un efecto inotrópico y vasodilatador.
- d. La dobutamina no es útil en pacientes con función ventricular disminuida que presenten signos de hipoperfusión de órganos ya que aumenta las resistencias vasculares sistémica y pulmonar.

125.- En cuanto al BCIA (balón de contrapulsación intraaórtico) es falso que:

- a. Se coloca por vía percutánea a través de un acceso arterial, generalmente femoral, aunque también puede ser braquial, subclavio o axilar.
- b. Su mecanismo de acción se basa en el inflado durante la sístole cardiaca y su desinflado durante la diástole.
- c. El diámetro del balón completamente expandido no debe superar el 80-90% del diámetro de la aorta descendente del paciente.
- d. Es imprescindible una correcta colocación y una sincronización adecuada con el latido cardiaco para conseguir los efectos hemodinámicos que se pretenden.

126.- En una situación de shock cardiogénico estaría indicado un dispositivo de asistencia circulatoria en todos estos casos a excepción de:

- a. Rechazo agudo del injerto postrasplante cardiaco sin compromiso hemodinámico.
- b. Miocarditis fulminante.
- c. Insuficiencia cardiaca avanzada refractaria.
- d. IAM.

127.- Mujer de 35 años con antecedentes de enfermedad renal terminal en hemodiálisis y doble lesión aórtica, intervenida de recambio valvular hace un mes. Acude por dolor torácico y disnea en decúbito supino. A la exploración presenta intensa taquipnea con FC 120 lpm y PA de 60/30 mmHg e ingurgitación yugular. Se le realiza una ecocardiografía donde se objetiva derrame pericárdico con colapso diastólico de aurícula y ventrículo derechos y disminución inspiratoria de las velocidades de la onda E de llenado mitral en un 25%.

¿Cuál sería la actitud más correcta a seguir?:

- a. Intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica ya que la paciente respire muy mal y está hipotensa.
- b. Realización de pericardiocentesis.
- c. Trombolisis sistémica ante la sospecha de TEP con inestabilidad hemodinámica.
- d. A y C son correctas.

128.- El taponamiento cardiaco es un síndrome clínico que conduce en última instancia al colapso hemodinámico. Es falso que:

- a. Puede producirse incluso con una pequeña cantidad de derrame pericárdico.
- b. El fenómeno de interdependencia ventricular afecta a la hemodinámica en un grado mayor que en condiciones normales.
- c. El colapso de la aurícula izquierda es menos común que el colapso de la derecha y es muy específico del taponamiento cardiaco.
- d. A medida que aumenta la presión de la aurícula izquierda, el retorno venoso también aumenta, conduciendo a la disminución del gasto cardiaco y produciendo mayor hipotensión.

129.- Señale la respuesta falsa en cuanto a la disección de aorta:

- a. El objetivo del tratamiento farmacológico en el síndrome aórtico agudo es reducir el estrés por cizallamiento del segmento enfermo aumentando la contractilidad cardiaca.
- b. El hallazgo más común en el momento de la presentación es la hipertensión arterial.
- c. El electrocardiograma y la radiografía de tórax suelen ser anormales en la mayoría de los casos y sus hallazgos son inespecíficos.
- d. La ubicación de la disección determina el tratamiento quirúrgico.

130.- Ante un paciente de 68 años hipertenso, con dolor abdominal que se irradia a región lumbar y nalgas, de inicio brusco, asociado a distensión abdominal debemos descartar en primer lugar:

- a. Cólico nefrítico complicado
- b. Rotura de aneurisma aórtico.
- c. Hematoma del psoas
- d. Isquemia medular.

131.- ¿Cuándo estaría indicado realizar tratamiento de reparación endovascular en la disección aórtica?

- a. En la disección tipo A de Stanford y tipo II de DeBakey.
- b. En la disección aórtica tipo B no complicada en ausencia de tratamiento médico.
- c. En la disección aórtica de tipo B complicada.
- d. En la disección aórtica siempre se recomienda tratamiento quirúrgico.

132.- Son hallazgos ecocardiográficos sugestivos de TEP:

- a. Signo del *doming* o apariencia en «palo de hockey»
- b. Signo de Mc Connell
- c. B y D son ciertas
- d. Signo 60-60.

133.- Los criterios de exclusión de embolia pulmonar se desarrollaron con el propósito de seleccionar a los pacientes con baja probabilidad. Señale cual es uno de estos criterios:

- a. Edad <60 años
- b. SaO<sub>2</sub> >94%
- c. Pulso < 110 lpm
- d. A y C son correcta

134.- En cuanto al tratamiento de reperfusión en el TEP señale la respuesta correcta:

- a. El mayor beneficio se observa cuando el tratamiento se inicia entre el 6-14 día desde la aparición de los síntomas.
- b. Se puede administrar heparina no fraccionada (HNF) durante la infusión continua de alteplasa, pero se debe suspender durante la infusión de estreptocinasa o urocinasas.
- c. La administración intravenosa acelerada del activador del plasminógeno tisular recombinante (rtPA) es preferible a las infusiones prolongadas de agentes trombolíticos de primera generación (estreptocinasa y urocinasas)
- d. B y c son ciertas.

135.-¿Cuál de estos fármacos no utilizaría en una paciente embarazada ante una urgencia hipertensiva?

- a. Hidralazina
- b. Nitroprusiato
- c. A y B son correctas
- d. Labetalol

136.- En cuanto al tratamiento de las emergencias hipertensivas es falso que:

- a. Se recomienda el uso de nifedipino sublingual.
- b. El objetivo del tratamiento es reducir de forma gradual y controlada la presión arterial.
- c. Se deben valorar entre otros los estados de ansiedad, dolor y malestar.
- d. Se debe evitar la reducción brusca de la PA para obviar los efectos secundarios sobre la circulación cardiaca o cerebral.

137.- Señale la respuesta incorrecta en cuanto a la terapia de fluidos en el manejo de la sepsis:

- a. La maniobra de elevación pasiva de las piernas es útil para valorar la capacidad de respuesta a fluidos.
- b. Más del 80% de los pacientes sépticos responden a líquidos.
- c. Se considera que un paciente responde a volumen cuando el volumen sistólico (VS) aumenta  $\geq 10\%$  tras realización de una prueba de respuesta a líquidos.
- d. Los efectos nocivos de la administración agresiva de líquidos están respaldados por distintos estudios.

138.- Del tratamiento antibiótico empírico inicial en la sepsis grave y shock séptico de origen nosocomial es cierto que:

- a. Debe incluir antibióticos y antifúngicos hasta que mejore el paciente.
- b. Inmediatamente después de iniciar el tratamiento, se deben cursar cultivos de todos los focos sospechosos.
- c. Se debe ajustar en función de la epidemiología local.
- d. Son ciertas todas las anteriores.

139.- En cuanto a las últimas recomendaciones sobre el manejo de la sepsis y del shock séptico, señale la afirmación incorrecta:

- a. En adultos con shock séptico, se recomienda utilizar noradrenalina como agente de primera línea sobre otros vasopresores.
- b. En adultos con shock séptico se recomienda el uso de vitamina C intravenosa.
- c. En adultos con shock séptico se aconseja el tiempo de llenado capilar para guiar la reanimación, como complemento de otras medidas de perfusión
- d. En adultos con sepsis o shock séptico, se recomienda optimizar las estrategias de dosificación de los antimicrobianos según los principios farmacocinéticos/farmacodinámicos (PK/PD) aceptados y las propiedades específicas del fármaco.

140.- Con respecto a los proyectos Zero, señale la respuesta falsa:

- a. El objetivo principal del proyecto Zero es reducir la tasa media estatal de incidencia a menos de 9 episodios de NAV x 1000 días de ventilación mecánica.
- b. Se recomienda la retirada de catéteres venosos centrales innecesarios.
- c. Se recomienda administrar de forma empírica antibióticos activos frente a BMR sólo en infecciones con respuesta sistémica compatible con sepsis grave o shock séptico y alta sospecha de multirresistencia en base a los factores de riesgo y epidemiología local.
- d. En caso de sospecha de brote epidémico por BMR no se recomienda realizar tipaje molecular del agente causal.

141.- No es una medida altamente recomendable en el protocolo Neumonía Zero:

- a. Aspiración continua de secreciones subglóticas.
- b. Descontaminación selectiva del tubo digestivo.
- c. Administración de antibióticos sistémicos durante la intubación a pacientes con disminución del nivel de conciencia.
- d. Programar los cambios de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales.

142.- ¿Cuál de estos es un factor de riesgo de mala evolución, para indicar tratamiento con carbapenem en un paciente con infección intrabdominal y shock séptico?:

- a. Cáncer.
- b. Retraso mayor de 48 horas en resolución quirúrgica.
- c. APACHE II de 10.
- d. Asplenia.

143.- Con respecto a la peritonitis terciaria señale la opción correcta:

- a. Está causada por flora hospitalaria incluyendo microorganismos multirresistentes, no obstante, los cultivos pueden ser negativos
- b. Entre los bacilos gramnegativos destacan las enterobacterias, que con frecuencia pueden ser productoras de BLEE, Pseudomonas aeruginosa e incluso Acinetobacter baumannii.
- c. Entre los grampositivos destacan Enterococcus spp (con frecuencia Enterococcus faecium resistente a B-lactámicos), Staphylococcus aureus resistente a metilina e incluso patógenos con escasa capacidad invasiva como Staphylococcus coagulasa negativos.
- d. Todas son correctas.

144.- En un paciente diagnosticado de endocarditis infecciosa que recibe tratamiento antibiótico, es indicación de tratamiento quirúrgico:

- a. Insuficiencia cardiaca.
- b. Daño estructural valvular debido a infección incontrolada.
- c. Prevención de la embolia sistémica
- d. Todas ellas

145.- En cuanto a la endocarditis infecciosa señale la respuesta falsa:

- a. La incidencia de endocarditis en el primer año después de una TAVI es similar a la del reemplazo quirúrgico de la válvula.
- b. La endocarditis sobre valvula tricúspide es la presentación más frecuente en el usuario de drogas parenterales.
- c. Los pacientes en hemodiálisis crónica no tienen mayor riesgo de desarrollar endocarditis infecciosa.
- d. Son poco frecuentes los signos de embolia periférica como hemorragias en astilla, lesiones de Janeway o manchas de Roth.

146.- En cuanto, al tratamiento de las infecciones por hongos, señale la respuesta falsa:

- a. El mecanismo de acción de la anfotericina B se debe a su unión al ergosterol, presente en la membrana celular de hongos susceptibles.
- b. El mecanismo de acción del fluconazol está mediado por la inhibición de la síntesis del ergosterol.
- c. Las equinocandinas actúan sobre la pared celular del hongo inhibiendo la síntesis de glucano.
- d. El voriconazol es un triazol de segunda generación cuyo mecanismo de acción difiere del resto de azoles, ya que no inhibe la síntesis de ergosterol.

147.-¿En qué pacientes debemos solicitar la detección de galactomanano en LBA y cultivo para el diagnóstico de aspergilosis pulmonar asociada a COVID-19?:

- a. En pacientes en los que se identifique Aspergillus en muestras respiratorias con signos de sobreinfección pulmonar.
- b. En pacientes con coinfección bacteriana al ingreso.
- c. En pacientes con sospecha de neumonía y/o traqueobronquitis asociada a ventilación mecánica con cultivos de muestras respiratorias negativas.
- d. A y C son correctas.

148.- Señale la respuesta correcta en relación al tratamiento con corticoides según las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas y Sepsis de la Sociedad Española de Medicina Intensiva de los pacientes críticos con COVID-19:

- a. Se recomienda tratamiento con dexametasona 6 mg/día durante diez días.
- b. Se recomienda hidrocortisona 200 mg/día durante siete días.
- c. Se recomienda una pauta de dexametasona 20 mg/ día durante cinco días seguida de dexametasona 10 mg/día durante 5 días en pacientes con SDRA moderado-severo.
- d. Todas son correctas.

149.- En un paciente de 57 años con neumonía por COVID-19 y SDRA e insuficiencia respiratoria hipercápnica ¿cuándo debemos iniciar el soporte con ECMO V-V?

- a. En este caso no estaría indicada esta terapia.
- b. Cuando exista hipercapnia descompensada con  $\text{pH} < 7.2$  a pesar de manejo convencional optimizado.
- c. Cuando persista retención de  $\text{CO}_2$  a pesar de ventilación mecánica con presión meseta  $> 30 \text{ cmH}_2\text{O}$ .
- d. B y C son correctas.

150.-¿Cuál de estos datos del líquido cefalorraquídeo no es típico de meningitis bacteriana?

- a. Leucocitosis polimorfonuclear.
- b. Descenso de la concentración de glucosa.
- c. Descenso en la concentración de proteínas.
- d. Aspecto turbio con descenso en la presión de apertura del LCR.

151.- Señale cuáles son farmaconutrientes:

- a. Glutamina.
- b. Ácidos grasos omega 3.
- c. Fibra dietética.
- d. Todos ellos.

152.- ¿Cuál es la etiología más frecuente en un paciente de 43 años sin comorbilidades asociadas que llega al hospital con fiebre de  $39^\circ\text{C}$ , cefalea y vómitos?. En la exploración destaca la presencia de rigidez de nuca. El LCR es turbio y la bioquímica es compatible con una meningitis bacteriana:

- a. El más frecuente el meningococo y en segundo lugar el neumococo
- b. El más frecuente el meningococo y en segundo lugar haemophilus influenzae
- c. El más frecuente el neumococo y en segundo lugar el meningococo
- d. E más frecuente el neumococo y en segundo lugar el streptococcus del grupo B.

## PREGUNTAS DE RESERVA:

1.- Según la Ley General de Sanidad, los Consejos de Salud de Área estarán constituidos por:

- a. La representación de los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales comprendidas en su demarcación, que supondrá el 50 por 100 de sus miembros.
- b. Las organizaciones sindicales más representativas, en una proporción inferior al 25 por 100, a través de los profesionales sanitarios titulados.
- c. Las organizaciones empresariales más representativas, en una proporción inferior al 25 por 100, a través de los profesionales sanitarios titulados.
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.

2.- Paciente de 76 años, diabético tipo 2, dislipémico, que presenta dolor torácico típico, que no desaparece con nitratos, con elevación del ST de 2 mm en cara anterior, Killip I, que es atendido por el 112 en su domicilio en Extremadura. El médico se pone en contacto con usted para consensuar el tratamiento, comentando que el tiempo de traslado hasta la sala de hemodinámica será de unos 100 minutos. ¿Cuál es la opción más CORRECTA?

- a. AAS 300 mg, clopidogrel 300 mg, enoxaparina 30 mg intravenosa y 1 mg/kg subcutáneo, y tenecteplase ajustado a peso.
- b. AAS 300 mg, ticagrelor 180 mg y traslado a la sala de hemodinámica para realización de angioplastia primaria.
- c. AAS 300 mg, clopidogrel 75 mg, enoxaparina 0,75 mg/kg subcutánea y tenecteplase ajustado a peso.
- d. AAS 300 mg, clopidogrel 600 mg y traslado a la sala de hemodinámica para realización de angioplastia primaria.

3.- Según la Constitución Española, la prisión provisional tendrá un plazo máximo de duración de:

- a. 72 horas.
- b. El que se estipule por ley.
- c. 48 horas.
- d. El que se estipule por el Juez.

4.-¿Según las recomendaciones en el tratamiento nutrometabólico del paciente crítico señale la respuesta falsa:

- a. En pacientes con ventilación mecánica en decúbito prono no se recomienda el empleo de nutrición por vía enteral.
- b. En pacientes con SDRA deben monitorizarse los niveles de fósforo.
- c. No se recomienda de forma rutinaria el empleo de dietas enriquecidas con ácidos grasos omega 3 en el paciente con SDRA.
- d. En pacientes con ventilación mecánica no invasiva, se podría valorar el empleo de nutrición enteral a dosis tróficas.

5.- ¿Cual de estos fármacos penetra peor en el líquido cefalorraquídeo si se administra por vía intravenosa?

- a. Amikacina.
- b. Rifampicina.
- c. Levofloxacino.
- d. Metronidazol.

6.- El síndrome de realimentación es una complicación que se caracteriza por:

- a. Hipoglucemia.
- b. Aumento de triglicéridos.
- c. Hipofosforemia.
- d. Transaminasas elevadas.

7.- La disección coronaria espontánea (DCE) es una rara causa de síndrome coronario agudo (SCA). Se define como una separación de las capas de la pared arterial coronaria con formación de dos luces que pueden estar, o no, comunicadas entre sí. Señale la opción CORRECTA sobre la DCE:

- a. El perfil clínico más clásico, mujer muy joven, sin factores de riesgo coronario que presenta un infarto agudo de miocardio en relación con un parto presenta una incidencia superior al 50% de los casos reportados.
- b. La imagen clásica de disección angiográfica (imagen de doble luz o de flap intimal) se ve en 2/3 de los pacientes.
- c. La revascularización coronaria es el tratamiento de elección.
- d. La terapia antiplaquetaria dual en la fase aguda debe realizarse con aspirina y clopidogrel.

8.- Respecto al papel de los biomarcadores en la pancreatitis aguda indique la respuesta INCORRECTA:

- a. La determinación de PCR a las 48h del inicio de la sintomatología con un valor de corte de 200 mg/l permite identificar de forma precoz a los pacientes que pueden desarrollar PA en sus formas complicadas.
- b. La interleucina-6 (IL-6) es un predictor fiable y precoz de gravedad en las primeras 24h del ingreso.
- c. La procalcitonina es un marcador precoz de gravedad en las primeras 24h de ingreso, con un valor de corte de 0,5 ng/ml.
- d. La elevación de la procalcitonina con valores mayores de 1,8 ng/ml en la fase evolutiva de la pancreatitis puede ser útil para diferenciar la necrosis pancreática estéril de la infectada.

9.- Respecto al manejo de las pancreatitis agudas (PA) indique la afirmación INCORRECTA:

- a. En el diagnóstico de la necrosis infectada la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) presenta un 10% de falsos negativos.
- b. Ante una PA de origen biliar con datos de colangitis es prioritaria la realización de una CPRE con drenaje de la vía biliar de forma precoz (primeras 72 horas).
- c. La analgesia controlada por el paciente (PCA) mediante bomba es una buena opción cuando el dolor es particularmente intenso y en el postoperatorio.
- d. Se recomienda la administración de indometacina por vía rectal para la prevención de la pancreatitis post-CPRE en los pacientes de alto riesgo.

10.- De las siguientes afirmaciones señale la respuesta CORRECTA según las últimas recomendaciones ILCOR-ERC 2021 sobre la cardioversión eléctrica (CDVE):

- a. En la taquicardia ventricular se recomienda utilizar niveles de energía entre 70 y 120 J considerando aumentar gradualmente la energía sin con la primera descarga no se consigue el ritmo sinusal.
- b. En la fibrilación auricular se recomienda administrar una descarga sincronizada a la máxima energía del desfibrilador en lugar de una estrategia con energías crecientes.
- c. Para el flutter auricular se recomienda utilizar niveles de energía entre 120 y 150 J en la primera descarga.
- d. Para la taquicardia supraventricular paroxística se recomienda utilizar niveles de energía entre 120 y 150 J en la primera descarga.

11.- Según las directrices del Consejo Europeo de Reanimación (ERC) y la Sociedad Europea de Medicina Intensiva (ESICM) del 2021 sobre el control de la temperatura dirigida (TTM) tras sufrir una PCR indique lo INCORRECTO:

- a. Mantenga una temperatura objetivo a un valor constante entre 32 y 36 °C durante al menos 24 h.
- b. Evite la fiebre (> 37,7 °C) durante al menos 72 h después de ROSC en pacientes que permanecen en coma.
- c. Comience la alimentación enteral a ritmos bajos (alimentación trófica) durante la TTM.
- d. Use un fármaco bloqueador neuromuscular de forma rutinaria en pacientes sometidos a TTM.

12.- En el caso de que un paciente con IAMCEST se realice una fibrinólisis en el Hospital de Campo Arañuelo de Navalmoral de la Mata, se deberá:

- a. Permanecer el paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos de dicho hospital y trasladarse posteriormente para realización de cateterismo al Hospital de Cáceres.
- b. Permanecer el paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos de dicho hospital y trasladarse posteriormente para realización de cateterismo al Hospital de Mérida.
- c. Trasládarse a la Unidad de Cuidados Intensivos de Plasencia.
- d. Trasládarse a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Cáceres.