

Cuestionario de examen de la fase de oposición del **TURNO LIBRE y PROMOCIÓN INTERNA**, celebrado el día 8 de noviembre de 2025, correspondiente a la Especialidad de

ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

según la
RESOLUCIÓN de 19 de diciembre de 2024, de la Dirección Gerencia, por la que se convoca proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en la Categoría de Facultativo/a Especialista de Área, en las instituciones sanitarias del Servicio Extremeño de Salud

El ejercicio consiste en:

- 152 preguntas (de las cuales 16 versan sobre el programa de materias comunes).
- Más 12 preguntas adicionales de reserva (de las cuales 2 versan sobre el programa de materias comunes).
- Tiempo: 180 minutos.
- Cada pregunta plantea cuatro respuestas alternativas, de las que **SÓLO UNA** es la correcta.
- Por cada **TRES** respuestas erróneas se restará **UNA** respuesta válida.

1. Respecto al SENSAR, NO es cierto:

- a. Es el Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación.
- b. Es una red creada para que los anestesiólogos notifiquen de forma obligada los incidentes críticos relacionados con la seguridad del paciente.
- c. Entre sus objetivos se encuentran registrar incidentes, analizar las causas y compartir aprendizajes y medidas correctoras.
- d. Es una iniciativa clave alineada con la Declaración de Helsinki.

2. Sobre la monitorización hemodinámica basada en el análisis de la onda de pulso NO es cierto:

- a. Estima el gasto cardiaco a partir de la forma de la curva de la presión arterial invasiva.
- b. Es imprescindible para su medición monitorizar la presión venosa central.
- c. Ayuda en la fluidoterapia guiada por objetivos.
- d. No es fiable en caso de arritmias.

3. ¿Cuál es el método más fiable para evaluar la eficacia de la preoxigenación antes de una inducción anestésica?

- a. La saturación arterial de oxígeno (SpO₂) medida por pulsioximetría.
- b. La medición de la fracción espirada de oxígeno (FeO₂) con analizadores rápidos.
- c. El tiempo estándar de 3 minutos de preoxigenación.
- d. La presión arterial.

4. ¿Qué ventaja comparativa se señala del videolaringoscopio (VL) sobre la laringoscopia directa (LD) en contextos de formación clínica?

- a. Reduce la variabilidad interindividual del paciente.
- b. Permite retroalimentación en tiempo real durante el procedimiento.
- c. Elimina la necesidad de supervisión presencial.
- d. Acorta la duración total de la estancia hospitalaria.

5. ¿Qué anestésico inhalatorio se asocia con la formación de un compuesto nefrotóxico (componente A) si se usa con cal sodada desecada?

- a. Sevoflurano.
- b. Isoflurano.
- c. Halotano.
- d. Desflurano.

6. Marca la opción correcta del etomidato en infusiones prolongadas.

- a. Induce una supresión de la síntesis de cortisol suprarrenal por acción sobre la 11-beta-hidroxilasa.
- b. Provoca una liberación masiva de catecolaminas de la médula suprarrenal.
- c. Estimula la producción de hormona antidiurética (ADH).
- d. Aumenta la secreción de insulina pancreática.

7. Respecto al uso de opioides por vía epidural, NO es cierto:

- a. Consigue una analgesia más potente con menor dosis.
- b. El riesgo de depresión respiratoria es idéntico al del uso de opioides por vía sistémica.
- c. El uso de morfina epidural proporciona una analgesia más difusa y de mayor duración respecto al uso de opioides liposolubles.
- d. Uno de los efectos secundarios más frecuentes es el prurito.

8. ¿Cuál es la dosis estándar recomendada de sugammadex para reversión inmediata tras dosis alta de rocuronio (1,2 mg/kg) según las guías/registros farmacológicos?

- a. 2 mg/kg.
- b. 4 mg/kg.
- c. 16 mg/kg.
- d. 0.05 mg/kg.

9. En un paciente que experimenta toxicidad sistémica por anestésicos locales, ¿cuál es el agente farmacológico de elección para el tratamiento de las convulsiones?

- a. Fenitoína.
- b. Propofol, como primera línea en caso de toxicidad cardiaca.
- c. Amiodarona.
- d. Benzodiacepinas.

10. Entre las indicaciones para iniciar el destete de la ventilación mecánica, NO se encuentra:

- a. Ausencia de sedación profunda.
- b. $PaO_2/FiO_2 > 150-200$ mmHg con $PEEP \leq 5-8$ cmH₂O.
- c. Hemodinámicamente estable (sin necesidad de altas dosis de vasopresores).
- d. Todas son ciertas.

11. Respecto a los tipos de anafilaxia y sus implicaciones clínicas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a. Las pruebas cutáneas son igualmente efectivas para detectar reacciones mediadas por IgE e independientes de IgE.
- b. La severidad de las reacciones anafilácticas disminuye con la exposición reiterada en los casos dependientes de IgE.
- c. La anafilaxia no alérgica (anteriormente anafilactoide) se produce por liberación directa de histamina sin implicación de mecanismos inmunológicos.
- d. El manejo inicial de todos los tipos de anafilaxia difiere significativamente, requiriendo un enfoque específico desde el principio.

12. ¿Cuál de los siguientes parámetros NO se considera fiable por sí solo para guiar la fluidoterapia guiada por objetivos durante la cirugía?

- a. Presión venosa central.
- b. Gasto cardíaco.
- c. Variación del volumen sistólico.
- d. Índice de perfusión tisular (lactato sérico).

13. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la dexmedetomidina es incorrecta?

- a. Es un agonista alfa-2 adrenérgico altamente selectivo, que a dosis altas puede perder dicha selectividad.
- b. Produce sedación y analgesia sin causar depresión significativa del centro respiratorio.
- c. Su metabolismo es predominantemente renal, requiriendo ajuste de dosis en insuficiencia hepática.
- d. Está contraindicada en pacientes con bloqueo auriculoventricular avanzado sin marcapasos.

14. En un paciente anciano, ¿qué factor influye más en la mayor extensión cefálica de la anestesia subaracnoidea para la misma dosis de anestésico intratecal en comparación con un adulto joven?

- a. Mayor volumen de LCR lumbar.
- b. Menor sensibilidad de anestésicos locales.
- c. Disminución de volumen de LCR total.
- d. Aumento del flujo sanguíneo medular.

15. En el abordaje supraclavicular del plexo braquial, ¿cuál es la relación anatómica más crucial que determina su complicación más temida y cómo la ecografía ha influido en esta complicación?

- a. La proximidad del nervio frénico, causando parálisis diafragmática que la ecografía ha eliminado por completo.
- b. La agrupación compacta del plexo braquial, que aumenta la latencia del bloqueo a pesar de la guía ecográfica.
- c. La íntima relación del plexo con la arteria subclavia y la pleura, siendo el neumotórax la complicación más temida, la cual la ecografía ha permitido evitar en casi su totalidad.
- d. La dificultad para diferenciar las ramas del plexo, lo que la ecografía resuelve, pero sin impacto en la incidencia de complicaciones graves.

16. ¿Cuál de los siguientes nervios no forma parte del plexo lumbar?

- a. Nervio femoral.
- b. Nervio obturador.
- c. Nervio ciático.
- d. Nervio genitofemoral.

17. En una paciente embarazada de 35 semanas, con diagnóstico de síndrome de HELLP: plaquetas:55000/mm³, transaminasas elevadas, vómitos profusos, agitación, Glasgow 11 y signos de sufrimiento fetal, se decide cesárea urgente.

¿Cuál de las siguientes opciones anestésicas es la más apropiada?:

- a. Anestesia raquídea con aguja fina tras transfusión de plaquetas profiláctica.
- b. Anestesia epidural cuidadosamente titulada bajo control hemodinámico estricto.
- c. Anestesia general con inducción de secuencia rápida e intubación orotraqueal.
- d. Anestesia general con uso de dispositivo supraglótico para evitar dificultad de intubación por probable edema de partes blandas a nivel laríngeo.

18. ¿Qué pruebas preoperatorias se recomiendan de forma rutinaria en cirugía de cataratas según la SEDAR?

- a. Hemograma y coagulación.
- b. ECG.
- c. RX tórax.
- d. Ninguna de forma rutinaria.

- 19. En un paciente sometido a resección pulmonar con ventilación unipulmonar, ¿cuál es la estrategia más eficaz para reducir el cortocircuito fisiológico y mejorar la oxigenación?**
- a. Aumentar FiO₂ al 100%.
 - b. Aplicar PEEP alta al pulmón ventilado.
 - c. Aplicar CPAP al pulmón no ventilado.
 - d. Aumentar el volumen corriente y aumentar la frecuencia respiratoria.
- 20. ¿Cuál es la estrategia ventilatoria recomendada durante la cirugía con bypass cardiopulmonar para reducir complicaciones pulmonares postoperatorias?**
- a. Volúmenes corrientes altos (>10 ml/kg) con mínima PEEP.
 - b. Volúmenes corrientes bajos (<8 ml/kg), baja presión de conducción y PEEP moderada.
 - c. Ventilación asistida con altas frecuencias respiratorias sin PEEP.
 - d. Hiperventilación con altas presiones inspiratorias.
- 21. Un paciente de 72 años con antecedentes de hipertensión y disfunción ventricular izquierda leve está programado para una reparación abierta de un aneurisma de aorta abdominal (AAA) infrarrenal electiva. ¿Cuál de las siguientes estrategias es la más importante para la protección renal intraoperatoria en este contexto?**
- a. Administración rutinaria de dosis bajas de dopamina (1-3 µg/kg/min) para aumentar el flujo sanguíneo renal y la diuresis, dado su efecto dopaminérgico selectivo.
 - b. Infusión de bicarbonato sódico (1/6 M a 3ml/kg) antes del clampaje para mitigar la agresión renal por el contraste y la isquemia.
 - c. Mantener un volumen intravascular adecuado mediante una titulación cuidadosa de fluidos para asegurar una precarga apropiada del ventrículo izquierdo (VI) y un gasto cardíaco (GC) aceptable.
 - d. Administración de manitol (0,5 gr/kg) antes del clampaje, ya que ha demostrado ser el fármaco de elección para la protección renal en estos procedimientos.
- 22. Entre las ventajas de la craneotomía con paciente despierto se incluye:**
- a. Mayor control de la presión arterial intraoperatoria.
 - b. Evitar el uso de anestésicos locales.
 - c. Posibilidad de monitorizar funciones neurológicas en tiempo real.
 - d. Menor riesgo de infección quirúrgica.

23. Durante la cirugía transesfenoidal en paciente acromegálico, el anestesiólogo observa poliuria con osmolaridad urinaria baja inmediatamente tras la manipulación quirúrgica de la silla turca. ¿Cuál es la conducta más apropiada inmediata?

- a. Administrar bolos de solución salina hipertónica sin medir electrolitos.
- b. Suspender diuréticos, reponer volumen y, si la poliuria es significativa y hay hipernatremia, administrar desmopresina.
- c. Actitud expectante. La poliuria desaparece siempre en pocas horas sin precisar tratamiento.
- d. Iniciar inmediatamente infusión de solución glucosada 10% para aumentar osmolaridad.

24. En la resección transuretral de próstata, el principal mecanismo fisiopatológico del síndrome post-RTU es:

- a. Hipernatremia por absorción de suero salino.
- b. Hipocalcemia por secuestro de líquidos.
- c. Alcalosis metabólica por pérdidas de cloro.
- d. Hiponatremia dilucional por absorción de líquido hipotónico.

25. Según las recomendaciones del documento de consenso de la SEDAR sobre manejo perioperatorio en pacientes con fractura de cadera ¿Qué se recomienda en pacientes que están en tratamiento con anticoagulantes directos (ACOD) y FG > 50 ml/min si la cirugía será en < 48 horas?

- a. Administrar reversor específico.
- b. Sustituir ACOD por HBPM preoperatoria y suspenderla 12 horas antes.
- c. Suspender ACOD, no usar HBPM y programar la cirugía entre 24-48 horas.
- d. Suspender ACOD, no administrar HBPM y retrasar cirugía mínima 3-4 días.

26. Un anestesiólogo evalúa opciones para la inducción inhalatoria en un niño de 3 años, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la más precisa en este contexto?

- a. El desflurano es el agente de elección para la inducción inhalatoria en niños debido a su rápida eliminación y menor incidencia de agitación postoperatoria.
- b. El sevoflurano es frecuentemente utilizado para la inducción en niños, aunque existe evidencia experimental de que los halogenados podrían estar implicados en neurotoxicidad del desarrollo.
- c. La administración de quinolonas antes de la anestesia es crucial en pacientes pediátricos para prevenir infecciones, a pesar de sus efectos sobre el cartílago.
- d. El óxido nitroso se recomienda para procedimiento menores, ya que no presenta riesgos de neurotoxicidad ni interacciones metabólicas.

27. Respecto a la selección de vasopresores para la vasoplejia intraoperatoria en trasplante hepático, ¿cuál es la elección de primera línea más recomendada?

- a. Vasopresina.
- b. Somatostatina.
- c. Angiotensina II.
- d. Noradrenalina.

28. Respecto a los criterios de inclusión en un programa de CMA, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a. El domicilio del paciente no influye en la selección, si es ASA I-II.
- b. La ausencia de acompañante no contraindica la CMA si el paciente es ASA I.
- c. Pacientes ASA III compensados pueden ser incluidos en programas seleccionados de CMA.
- d. La duración del procedimiento no se considera un criterio relevante.

29. Un paciente de 60 años con EPOC severo (GOLD D) y bronquitis crónica es programado para una lobectomía pulmonar. ¿Qué combinación de parámetros ventilatorios y estrategia es la más recomendada para este paciente?

- a. Volumen Tidal (VT) de 10 ml/kg, PEEP de 0 cmH₂O y FiO₂ del 40% para evitar la toxicidad por oxígeno.
- b. VT de 6 ml/kg del peso corporal predicho, PEEP para mantener la vía aérea abierta y maniobras de reclutamiento pulmonar, y FiO₂ del 80% en el perioperatorio.
- c. VT de 6 ml/kg real, PEEP de 5 cmH₂O y FiO₂ del 60%, priorizando una ventilación espontánea precoz sobre la protección pulmonar.
- d. VT de 10 ml/kg para asegurar una ventilación alveolar adecuada, sin PEEP para evitar el volutrauma y una FiO₂ mínima para mantener la normoxemia.

30. ¿Cuál de los siguientes factores aumenta la probabilidad de vía aérea difícil en obesos?

- a. Cuello corto y circunferencia cervical aumentada.
- b. Macroglosia.
- c. Limitación de la movilidad cervical.
- d. Todas las anteriores.

31. ¿Cuál de las siguientes estrategias analgésicas es la más apropiada en el postoperatorio de un paciente anciano con insuficiencia renal leve que se somete a una cirugía abdominal mayor?

- a. Uso exclusivo de opioides iv para garantizar un control analgésico eficaz.
- b. AINEs como base del tratamiento asociado a opioides si precisa.
- c. Analgesia multimodal, combinando fármacos no opioides y técnicas regionales para reducir dosis de opioides.
- d. Analgesia epidural en todos los pacientes geriátricos para disminuir dosis de opioides.

32. Un paciente está siendo sometido a un procedimiento de embolización de un aneurisma cerebral mediante neurorradiología intervencionista (NRI). ¿Cuál de las siguientes es una estrategia clave de manejo anestésico y de fluidos durante este procedimiento?

- a. Mantener al paciente en sedación profunda continua para permitir una evaluación neurológica intermitente.
- b. Evitar el uso de cualquier vasopresor o vasodilatador para mantener una presión arterial estable y predecible.
- c. Asegurar un nivel adecuado de hidratación, especialmente en pacientes con nefropatía, debido al uso importante de contraste yodado.
- d. Realizar siempre la trombolisis intraarterial de forma profiláctica para prevenir cualquier evento oclusivo.

33. En relación con las complicaciones de la cirugía pancreática, es INCORRECTO:

- a. La fístula pancreática es una complicación frecuente.
- b. El control glucémico intraoperatorio no es relevante.
- c. La sepsis intraabdominal es una causa importante de morbilidad.
- d. La analgesia epidural reduce complicaciones pulmonares postoperatorias.

34. Un paciente miasténico en el postoperatorio presenta miosis, hipersalivación, bradicardia y debilidad muscular. El diagnóstico más probable es:

- a. Crisis miasténica.
- b. Bloqueo residual por no despolarizante.
- c. Crisis colinérgica.
- d. Depresión respiratoria por opioides.

35. En la cirugía oncológica maxilofacial reconstructiva de un paciente con antecedentes de malnutrición proteica debido a su patología, ¿cuál es un objetivo intraoperatorio fundamental para asegurar la viabilidad del colgajo reconstructivo?

- a. Mantener un balance hídrico negativo para evitar el edema del colgajo.
- b. Utilizar anestesia locorregional para minimizar los efectos sistémicos.
- c. Asegurar la normotermia y un estado circulatorio hiperdinámico para optimizar la perfusión del colgajo.
- d. Administrar dosis de benzodiacepinas y fentanilo para suprimir la respuesta al estrés quirúrgico.

36. Respecto a la fisiopatología de la atelectasia pulmonar perioperatoria, ¿qué intervención preoperatoria puede reducir significativamente la magnitud y persistencia de la atelectasia postoperatoria en pacientes de alto riesgo?

- a. Preoxigenación con $\text{FiO}_2 = 1$.
- b. Preoxigenación con $\text{FiO}_2 < 0,8$ y ventilación protectora con PEEP.
- c. Administración de broncodilatadores sistémicos antes de la anestesia.
- d. Uso de presión negativa intraoperatoria.

37. En caso de refractariedad al uso de norepinefrina en el shock séptico, el vasopresor de segunda línea recomendado según las guías actuales es:

- a. Vasopresina.
- b. Adrenalina.
- c. Dopamina.
- d. Angiotensina II.

38. ¿Cuál es la principal ventaja de la hemofiltración veno-venosa continua (CVVH) sobre la hemodiálisis intermitente en pacientes postoperados con inestabilidad hemodinámica?

- a. Mayor velocidad de aclaramiento de urea.
- b. Menor necesidad de anticoagulación.
- c. Mejor tolerancia hemodinámica y control gradual del volumen.
- d. No requiere acceso vascular central.

39. ¿Cuál de los siguientes fenómenos es considerado un mecanismo periférico del dolor?

- a. Activación de nociceptores por liberación de sustancias como bradicinina y prostaglandinas.
- b. Sensibilización central en el asta dorsal de la médula espinal.
- c. Alteraciones en la modulación descendente del dolor desde el tronco encefálico.
- d. Potenciación a largo plazo en las sinapsis de la médula espinal.

40. ¿Cuál es el método más fiable y recomendado para la evaluación del dolor en niños en el postoperatorio según los documentos?

- a. Valoración sólo por observación de signos vitales.
- b. Uso de escalas autoinformadas por el niño siempre que sea posible.
- c. Escalas numéricas sin imágenes ni ayudas visuales.
- d. Valoración exclusiva por los padres o cuidadores.

41. Respecto al dolor neuropático, NO es correcto:

- a. A diferencia del dolor nociceptivo, no está relacionado directamente con daño tisular, sino con una alteración en las vías del dolor.
- b. Los opioides son uno de los tratamientos farmacológicos que han demostrado mayor eficacia a largo plazo.
- c. La capsaicina tópica ha demostrado ser útil para el alivio de zonas focales con alodinia.
- d. El tratamiento debe ser multimodal, combinando fármacos, fisioterapia, psicoterapia.

42. Sobre el manejo del dolor en paciente oncológico con metástasis óseas, NO es cierto:

- a. Al menos dos tercios de los pacientes con enfermedad metastásica ósea padece dolor severo.
- b. El dolor por metástasis ósea puede ser originado directamente en el hueso, o en la compresión de raíces nerviosas o espasmo muscular en el área de lesión.
- c. Para su control se precisa frecuentemente dosis de rescate con opiáceos por dolor irruptivo.
- d. Aunque se ha utilizado, la radioterapia no se ha demostrado como una terapia eficaz en el control de este tipo de dolor y se precisan más estudios.

43. Un paciente con disnea súbita y taquicardia en el tercer día postoperatorio presenta hallazgos ecocardiográficos de dilatación y disfunción del ventrículo derecho. Además, se observa la vena cava inferior distendida sin colapso inspiratorio. ¿Cuál es la entidad más probable y qué prueba diagnóstica complementaria se debe realizar?

- a. Edema agudo de pulmón; ecografía pulmonar para buscar líneas B bilaterales.
- b. Taponamiento cardíaco; ecocardiografía para observar colapso diastólico del VD.
- c. Tromboembolismo pulmonar (TEP); exploración del sistema venoso en busca de trombosis venosa profunda.
- d. Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA); ventilación protectora y ECMO V-V.

44. ¿Cuál es la arritmia más frecuente en el postoperatorio de cirugía cardíaca?

- a. Taquicardia ventricular sostenida.
- b. Fibrilación auricular.
- c. Bloqueo AV completo.
- d. Flutter auricular monomórfico.

45. La hiperglucemia postoperatoria se debe principalmente a:

- a. Disminución de catecolaminas.
- b. Aumento de insulina.
- c. Aumento de glucagón y resistencia a la insulina.
- d. Disminución del cortisol.

46. Indique la respuesta INCORRECTA respecto a la acidosis metabólica:

- a. La hipertermia maligna genera una acidosis láctica.
- b. Se puede producir por acumulación de ácidos como en la rabdomiólisis o por pérdidas digestivas y/o urinarias.
- c. Sus efectos cardiovasculares son depresión miocárdica, disminución de las resistencias vasculares sistémicas y disminución del umbral arritmogénico y disminución de la respuesta a catecolaminas exógenas.
- d. No hay ninguna incorrecta.

47. Paciente masculino de 67 años, ingresado en REA por shock séptico de origen abdominal, intubado y ventilado mecánicamente desde hace 72 horas, desarrolla fiebre y secreciones traqueales purulentas. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica (NNAVM) en este caso es correcta según la definición clínica y epidemiológica actual?

- a. Es una infección pulmonar adquirida en la comunidad, típica de pacientes ambulatorios.
- b. Debe considerarse neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica si se presenta después de 48 h de ventilación invasiva.
- c. Se relaciona solo con patologías pulmonares previas y no está asociada al entorno hospitalario.
- d. No implica riesgo añadido de mortalidad ni prolonga la estancia hospitalaria en UCI.

- 48. Paciente con hipotensión brusca, distensión de venas yugulares y ruidos cardiacos atenuados tras ser sometido a cirugía torácica. La intervención urgente más apropiada sería:**
- a. Aumento de líquidos IV, inicio de vasopresores y esperar respuesta.
 - b. Pericardiocentesis guiada por ecocardiografía.
 - c. Oxigenoterapia de alto flujo.
 - d. Fibrinolisar inmediatamente por sospecha de TEP.
- 49. Un adulto en paro cardíaco presenta una fibrilación ventricular (FV) en el monitor, confirmando la necesidad de desfibrilación. ¿Cuál es la aproximación más adecuada a la desfibrilación según las recomendaciones del ERC?**
- a. Realizar tres descargas secuenciales rápidas antes de reanudar las compresiones, utilizando palas para una mejor conductividad.
 - b. Asegurar que la pausa entre las compresiones y la descarga sea inferior a 5 segundos, utilizando formas de onda bifásicas y reiniciando las compresiones inmediatamente después del choque.
 - c. Siempre utilizar la posición antero-posterior de los parches, ya que ha demostrado ser superior en todos los casos de FV refractaria.
 - d. Aplicar descargas de energía monofásica, empezando por la energía más baja y aumentándola gradualmente si la FV persiste.
- 50. ¿Qué estrategia se recomienda en el manejo de antibióticos en Reanimación una vez que disponemos del resultado de cultivos y antibiograma?**
- a. Mantener la terapia empírica inicial mientras la evolución clínica sea favorable.
 - b. Escalar siempre a un antibiótico más potente para cubrir probables gérmenes responsables que no estén cubiertos.
 - c. Desescalar, ajustando espectro y duración del tratamiento según resultados de Microbiología.
 - d. Suspender todos los antibióticos inmediatamente en cuanto los resultados de los cultivos sean negativos.
- 51. ¿Cuál es la ruta de alimentación preferente en un paciente crítico con tracto gastrointestinal funcional?**
- a. Nutrición parenteral total desde el inicio.
 - b. Nutrición enteral temprana (sonda).
 - c. Mantener dieta absoluta y dar sólo soluciones de glucosa.
 - d. Iniciar mezcla: 50% parenteral + 50% enteral precozmente.

52. En un paciente politraumatizado, ¿Cuál es el objetivo principal de la ecografía E-FAST y qué hallazgos específicos son de vital importancia para el manejo inicial?

- a. Evaluar la función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo y determinar la etiología del shock cardiogénico.
- b. Cuantificar el volumen de las cavidades cardíacas y detectar valvulopatías severas para el manejo de arritmias.
- c. Descartar la presencia de líquido libre intraabdominal (hemoperitoneo) y la presencia de neumotórax y/o hemotórax, que son lesiones potencialmente mortales.
- d. Evaluar el flujo sanguíneo cerebral y la reactividad pupilar para determinar el grado de traumatismo craneoencefálico.

53. La manifestación clínica típica del shock medular es:

- a. Hipertensión y taquicardia.
- b. Hipertermia y taquicardia.
- c. Taquicardia compensatoria alta.
- d. Hipotensión y bradicardia.

54. Sobre el Test de Aldrete, NO es cierto:

- a. Es una herramienta utilizada para evaluar la recuperación de un paciente tras recibir anestesia general.
- b. Evalúa cinco parámetros: actividad, respiración, circulación, consciencia y saturación de oxígeno.
- c. Si la puntuación es < 9 puntos, se recomienda continuar vigilancia y soporte del paciente.
- d. Permite evaluar si el paciente puede ser dado de alta de la URPA hacia su habitación o a su domicilio.

55. ¿Cuál es la definición precisa de capnografía en el contexto de monitorización respiratoria?

- a. Es la medición puntual de la concentración de CO₂ en sangre arterial.
- b. Es la monitorización continua de la concentración o presión parcial de CO₂ en los gases respiratorios, graficada contra el tiempo.
- c. Es el análisis cualitativo del pH en gases respiratorios.
- d. Es la medición de la frecuencia cardíaca mediante fotopletismografía.

- 56. ¿Qué estructura se busca identificar para realizar un acceso infraglótico invasivo?**
- a. Cartílago tiroides.
 - b. Cartílago aritenoides.
 - c. Membrana cricotiroidea.
 - d. Epiglotis.
- 57. ¿Cuál de estos fármacos anestésicos no actúa sobre los receptores GABA?**
- a. Etomidato.
 - b. Propofol.
 - c. Tiopental.
 - d. Ketamina.
- 58. Sobre el fentanilo intraoperatorio, ¿cuál es una de sus principales desventajas en anestesia total intravenosa (TIVA)?**
- a. Inicio lento de acción.
 - b. Prolongación del tiempo de recuperación por su contexto-sensible tiempo de semi-eliminación prolongado.
 - c. Es menos potente que la morfina.
 - d. Metabolizado principalmente por esterasa plasmática.
- 59. ¿Cuál es la característica principal del bloqueo neuromuscular residual (BNMR) y la estrategia clave para su prevención?**
- a. Se define por un Train-of-Four ratio (TOFr) superior al 90% y su prevención se basa en la evaluación clínica.
 - b. Es una complicación postoperatoria que afecta al 10% de los pacientes y se previene con el uso de antagonistas específicos.
 - c. Se diagnostica por un Train-of-Four ratio (TOFr) inferior al 90% y se previene mediante monitorización neuromuscular cuantitativa hasta asegurar un TOFr $\geq 90\%$.
 - d. Representa un riesgo mínimo de complicaciones pulmonares y no requiere monitorización específica.

60. Para la realización de maniobras de reclutamiento (MR) pulmonar en anestesia, ¿cuál es la maniobra actualmente recomendada por su seguridad y eficacia?

- a. Hiperinsuflación manual (bagging) con bolsa-mascarilla, ya que permite presiones de hasta 60 cmH₂O para una apertura efectiva.
- b. Maniobras de insuflación sostenida o CPAP, aplicando 40 cmH₂O durante 40 segundos.
- c. Maniobras progresivas escalonadas en modo de ventilación controlada por presión, con una presión constante de 15 cmH₂O e incrementos de 5 cmH₂O en PEEP.
- d. Maniobras progresivas escalonadas en modo de ventilación controlada por volumen, con un volumen constante de 8cc/kg e incrementos de 5 cmH₂O en PEEP.

61. Respecto a la fisiopatología de la anafilaxia perioperatoria ¿Cuál es el mecanismo más común implicado?

- a. Reacción de hipersensibilidad tipo III mediada por inmunocomplejos.
- b. Liberación directa de histamina por efecto osmótico de fármacos.
- c. Reacción de hipersensibilidad tipo I mediada por IgE.
- d. Activación del sistema del complemento por mecanismo tardío.

62. Según guías actuales, ¿cuál es el umbral transfusional recomendado en paciente estable sin cardiopatía?

- a. Hb < 10 g/dL.
- b. Hb < 9 g/dL.
- c. Hb < 7 g/dL.
- d. Hb < 6 g/dL.

63. ¿Cuál de los siguientes fármacos vasopresores tiene acción primaria alfa-1-adrenérgica?

- a. Dobutamina.
- b. Fenilefrina.
- c. Milrinona.
- d. Isoproterenol.

64. Un anestésico local (AL) se administra para un bloqueo neuroaxial. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente su mecanismo de acción principal?

- a. El AL interactúa con los canales de potasio (K^+) en la membrana neuronal, prolongando la repolarización celular.
- b. El AL se une específicamente al canal de sodio (Na^+) en el axoplasma, impidiendo su activación y la consiguiente despolarización.
- c. El AL estimula los receptores GABA-A en el sistema nervioso central, induciendo sedación.
- d. El AL bloquea la síntesis de neurotransmisores en la terminal presináptica, inhibiendo la liberación de acetilcolina.

65. En relación a la baricidad y posición del paciente, ¿cuál es el enunciado correcto?

- a. La solución hiperbárica tiende a ascender en el espacio subaracnoideo independientemente de la posición del paciente.
- b. La solución isobárica se distribuye uniformemente sin influjo de la gravedad.
- c. La solución hiperbárica se desplaza hacia las áreas más altas del paciente.
- d. La solución hipobárica cae hacia las zonas declives por gravedad.

66. ¿Cuál de los siguientes bloqueos del miembro inferior presenta la mayor dificultad técnica ecográfica debido a su profundidad y anisotropía muscular?

- a. Bloqueo del nervio femoral.
- b. Bloqueo del nervio ciático poplíteo.
- c. Bloqueo del nervio ciático a nivel glúteo.
- d. Bloqueo del plexo lumbar por vía posterior.

67. ¿Cuál es la medida más efectiva para reducir el riesgo de hipotensión tras anestesia subaracnoidea en una cesárea?

- a. Infusión continua de dopamina.
- b. Administración de fenilefrina en bolo o infusión.
- c. Carga hídrica una hora antes de la anestesia.
- d. Posición supina durante la cirugía.

68. En la cirugía láser ORL para resección tumoral, señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

- a. El uso de oxígeno puro al 100% es seguro durante la cirugía con láser sin riesgo de ignición.
- b. El manejo con mascarilla laríngea (SGA) de primera generación es preferido para proteger la vía aérea y facilitar extubación rápida.
- c. La hipotensión controlada no está recomendada en esta cirugía por riesgo de isquemia cerebral.
- d. La prevención de incendios en la vía aérea requiere la reducción de la concentración de oxígeno, el uso de tubos endotraqueales resistentes a láser y coordinación estrecha con el equipo quirúrgico.

69. Durante la circulación extracorpórea (CEC), ¿qué tipo de ventilación puede mejorar la oxigenación postoperatoria inmediata?

- a. Presión positiva continua (CPAP) o volumen tidal bajo (2-3 ml/kg).
- b. Ventilación con volumen tidal elevado.
- c. Ventilación intermitente de alta frecuencia.
- d. No precisa ventilación ya que se la sangre es oxigenada por la membrana extracorpórea.

70. ¿Qué fármaco es de elección para el control inicial de la presión arterial en la disección aórtica?

- a. IECA.
- b. Betabloqueantes.
- c. Diuréticos.
- d. Antagonistas del calcio.

71. Un paciente de 55 años con diagnóstico de feocromocitoma está programado para cirugía. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe la estrategia correcta para la administración de bloqueantes alfa y betaadrenérgicos?

- a. Los betabloqueantes deben administrarse antes que los alfa bloqueantes para controlar la taquicardia inducida por las catecolaminas.
- b. Los alfa bloqueantes y los betabloqueantes pueden administrarse simultáneamente para lograr un control rápido y equilibrado.
- c. El bloqueo alfa adrenérgico se debe establecer completamente antes de iniciar la administración de betabloqueantes.
- d. La administración de betabloqueantes es suficiente para la mayoría de los pacientes, reservando los alfa bloqueantes para casos de hipertensión refractaria.

72. ¿Cuál es el principal mecanismo fisiopatológico responsable del síndrome de implantación de cemento óseo (Bone Cement Implantation Syndrome, BCIS) durante artroplastia total de cadera?

- a. Embolización grasa con liberación de mediadores inflamatorios.
- b. Reacción alérgica al metacrilato de polimetilo.
- c. Hipovolemia secundaria a sangrado intraoperatorio.
- d. Hipertensión arterial reactiva al cemento.

73. En relación con los objetivos anestésicos en un paciente con estenosis aórtica, señale la opción CORRECTA:

- a. Se debe mantener una precarga baja.
- b. La taquicardia mejora el gasto cardiaco.
- c. Se tolera mejor la hipotensión que la hipertensión.
- d. Es conveniente evitar la taquicardia y la hipotensión.

74. Un anestesiólogo se prepara para administrar una sedación profunda en una sala de procedimientos fuera del quirófano ¿cuál de los siguientes requisitos es fundamental y específico para garantizar la seguridad del paciente y la capacidad de respuesta ante una complicación respiratoria?

- a. Contar con un sistema de comunicación directo para solicitar ayuda de forma inmediata.
- b. Disponer de un sistema capaz de proporcionar oxígeno a presión a una concentración mínima del 90% y débito de 15 L/min, incluyendo fuente suplementaria.
- c. Tener un área de observación o despertar para la vigilancia post-procedimiento del paciente.
- d. Asegurar que el personal de enfermería esté entrenado en soporte anestésico y traslado de pacientes.

75. ¿Cuál de los siguientes fármacos puede interferir negativamente en la transmisión neuromuscular y debe evitarse en miastenia gravis?

- a. Lidocaína.
- b. Magnesio.
- c. Betalactámicos.
- d. IMAOs.

76. ¿En qué escenario están indicados los corticoides en shock séptico según las guías actuales y la evidencia?

- a. En todos los pacientes en los que se diagnostica una sepsis, desde el inicio.
- b. Sólo en aquellos que presenten shock persistente que no responde a fluidos y vasopresores.
- c. Actualmente no existe ninguna evidencia ni indicación del uso de corticoides en este escenario.
- d. Sólo tras iniciar antibioterapia dirigida con mala respuesta clínica.

77. En el contexto postoperatorio, una indicación de inicio precoz de terapia sustitutiva renal es:

- a. Hiperkalemia grave refractaria a tratamiento médico.
- b. Hipocalcemia leve asintomática.
- c. Hiponatremia crónica de larga evolución.
- d. Hematocrito > 45%.

78. Un paciente en la UCI con shock séptico y hemorragia masiva desarrolla un pH arterial de 7.08, lactato sérico de 8 mmol/L y un déficit de bases (DB) de -18 mEq/L, acompañado de hipotermia. ¿Cuál es el trastorno ácido-base predominante y cómo contribuye esta situación en este contexto?

- a. Alcalosis metabólica severa; afecta negativamente la contractilidad cardíaca al aumentar la inotropía.
- b. Acidosis respiratoria severa; disminuye la liberación de oxígeno a los tejidos debido al efecto Bohr.
- c. Acidosis metabólica severa; afectando la coagulación y la función cardíaca.
- d. Alcalosis respiratoria severa; aumenta la excitabilidad neuronal y el riesgo de convulsiones.

79. Paciente con shock séptico. ¿Cuál de las siguientes es una medida prioritaria dentro de la primera hora?

- a. Extraer cultivos, administrar antibióticos de amplio espectro lo antes posible y control del foco.
- b. Esperar confirmación microbiológica antes de administrar antibióticos.
- c. Sólo monitorizar y observar evolución.
- d. Iniciar vasopresores antes de dar antibióticos.

80. Durante un evento de paro cardíaco en un adulto, se considera la inserción de una vía aérea avanzada. ¿Cuál es la recomendación del ERC para el manejo de la vía aérea y la ventilación en este contexto?

- a. La intubación traqueal debe ser el primer método de manejo de la vía aérea, independientemente de la experiencia del reanimador, para garantizar un sellado óptimo.
- b. Se debe utilizar la capnografía de forma de onda para confirmar la posición del tubo traqueal solo después de la recuperación de la circulación espontánea (ROSC).
- c. La intubación traqueal solo debe ser realizada por reanimadores con una alta tasa de éxito (más del 95% en dos intentos), y su posición debe confirmarse inmediatamente con capnografía de forma de onda.
- d. Se recomienda hiperventilar al paciente para asegurar la máxima oxigenación cerebral, apuntando a una PaCO₂ por debajo de 30 mm Hg.

81. Identifique la asociación correcta entre el antibiótico, su mecanismo de acción principal y su clasificación según la fuente.

- a. Penicilina: Alteración de la permeabilidad de la membrana citoplasmática, bacteriostático.
- b. Gentamicina: Inhibición de la síntesis de proteínas en la subunidad 30S ribosomal, bactericida.
- c. Eritromicina: Bloqueo de la síntesis de ácidos nucleicos, bactericida.
- d. Ciprofloxacino: Inhibición de la pared bacteriana, bacteriostático.

82. En un paciente politraumatizado con hemorragia activa no controlada y transporte prolongado, ¿qué estrategia de resucitación con líquidos es la más aceptada actualmente?

- a. Infusión agresiva de cristaloides para optimizar perfusión.
- b. Resucitación líquida restrictiva ("permissive hypotension") hasta control del sangrado, salvo si hay lesión cerebral.
- c. Uso exclusivo de coloides.
- d. Evitar uso de vasopresores hasta reposición masiva de líquidos para evitar efectos negativos de la vasoconstricción periférica.

83. En el manejo general del TCE para evitar la lesión cerebral secundaria, ¿cuáles son los rangos fisiológicos clave recomendados para la presión de perfusión cerebral (PPC), la hemoglobina (Hb) y la saturación de oxígeno arterial (SpO2)?

- a. PPC $\geq$ 75 mmHg, Hb $>$ 9 g/dL, SpO2 $\geq$ 90%.
- b. PPC $\geq$ 60 mmHg, Hb $>$ 7 g/dL, SpO2 $\geq$ 94%.
- c. PPC $\geq$ 50 mmHg, Hb $>$ 8 g/dL, SpO2 $\geq$ 92%.
- d. PPC $\geq$ 65 mmHg, Hb $>$ 10 g/dL, SpO2 $\geq$ 95%.

84. Sobre la ketamina, NO es cierto:

- a. Es un inductor anestésico útil en pacientes con inestabilidad hemodinámica
- b. Puede empeorar síntomas en pacientes con trastornos psiquiátricos graves
- c. Se debe utilizar con precaución en pacientes con glaucoma
- d. Se debe evitar en pacientes con broncoespasmo

- 86. ¿Qué estrategia es clave para prevenir el delirium postoperatorio en ancianos que se someten a una intervención de fractura de cadera bajo ALR?**
- a. Administrar benzodiacepinas profilácticamente para reducir la agitación.
 - b. Incrementar las dosis de opioides para evitar cualquier dolor, incluso leve.
 - c. Reducir la monitorización postoperatoria para evitar estímulos excesivos.
 - d. Mantener una sedación ligera en el intraoperatorio, evitando benzodiacepinas y asegurando una analgesia multimodal adecuada.
- 87. Dentro de las recomendaciones de la SEDAR sobre seguridad del paciente para sedaciones en procedimientos fuera del área quirúrgica, NO se encuentra:**
- a. Realizar una evaluación previa del paciente.
 - b. Médico responsable con formación y capacitación adecuada en manejo de fármacos, monitorización y RCP avanzada dedicado exclusivamente a la sedación del paciente.
 - c. Reglas de ayuno previo como en el caso de una anestesia general.
 - d. Todas son ciertas.
- 88. Un requisito imprescindible para la Analgesia Controlada por el Paciente (ACP) es:**
- a. Dolor postoperatorio leve que no responde a AINEs.
 - b. Edad avanzada con deterioro cognitivo leve.
 - c. Capacidad del paciente para entender y seguir las instrucciones.
 - d. Necesidad de dosis fijas y continuas sin demanda del paciente.
- 89. Para el diagnóstico del Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) tipo I, ¿qué combinación de criterios es esencial y cuál es un enfoque terapéutico clave inicial?**
- a. Dolor desproporcionado tras una lesión nerviosa identificable, tratado con cirugía.
 - b. Dolor regional continuo desproporcionado al evento inicial con hiperalgesia o alodinia y alteraciones vasomotoras, tratado precozmente con enfoque multidisciplinar.
 - c. Dolor localizado en un dermatoma con déficit motor, tratado con gabapentina.
 - d. Dolor miofascial con puntos gatillo palpables, tratado con infiltraciones de anestésico local.

89. Un coadyuvante útil para el dolor neuropático oncológico es:

- a. Fentanilo.
- b. Calcitonina.
- c. Gabapentina.
- d. Todos los anteriores.

90. ¿En qué contexto se consideran las técnicas intervencionistas neuroquirúrgicas o de neuromodulación en el dolor oncológico, y cuál es una característica importante de su posicionamiento terapéutico?

- a. Como tratamiento de primera línea para dolores leves; siempre que sean de baja invasividad.
- b. Exclusivamente en pacientes con dolor psicógeno; tras haber agotado terapias psicológicas.
- c. En casos refractarios a tratamientos médicos adecuados o para reducir efectos adversos; no deben limitarse al último escalón terapéutico de la OMS.
- d. Como alternativa a los AINEs en dolores moderados; cuando el paciente rechaza la vía oral.

91. En pacientes no ortopédicos con riesgo moderado de ETV y bajo riesgo de sangrado, ¿cuál es la recomendación de profilaxis?

- a. Solo movilización temprana.
- b. Métodos mecánicos de profilaxis preferidos sobre la profilaxis farmacológica.
- c. Profilaxis farmacológica con heparina de bajo peso molecular.
- d. No se recomienda profilaxis.

92. Respecto a factores perioperatorios, ¿cuál contribuye más a la estasis venosa y riesgo de trombosis?

- a. Uso de anestesia regional.
- b. Movilización temprana postoperatoria.
- c. Inmovilización prolongada en cama.
- d. Hidratación adecuada con fluidoterapia.

93. Un paciente con antecedentes de cardiopatía isquémica desarrolla una arritmia de nueva aparición durante el perioperatorio, ¿cuál es la primera causa que el anestesiólogo debe descartar y abordar?

- a. Desequilibrios electrolíticos severos.
- b. Sobrecarga de volumen y distensión auricular.
- c. Isquemia miocárdica.
- d. Una crisis hipertensiva aguda.

94. En los Sistemas de Notificación y Análisis de Incidentes (como SiNASP) ¿cuál es la combinación de principios fundamentales que subyace a la eficacia de estos sistemas para promover el aprendizaje y las mejoras a nivel local?

- a. La obligatoriedad y la sanción de los notificantes, lo que asegura una alta tasa de notificación y la veracidad de los datos.
- b. La confidencialidad y el análisis centralizado a nivel nacional, sin implicación de los profesionales locales en la resolución.
- c. La notificación anónima sin posibilidad de seguimiento nominativo, lo que favorece que no exista un aprendizaje organizacional.
- d. La voluntariedad, la no punibilidad, la confidencialidad y una orientación sistémica que se enfoca para implementar mejoras a nivel local y fomentar el aprendizaje.

95. En un paciente con shock séptico que presenta inestabilidad hemodinámica y alteraciones bruscas y profundas del tono vasomotor, ¿qué sistema de monitorización del gasto cardíaco puede ver alterada la fiabilidad de sus mediciones?

- a. Ecocardiografía transtorácica.
- b. Catéter de arteria pulmonar (CAP).
- c. Sistemas de análisis del contorno de la onda de pulso.
- d. Termodilución transpulmonar (TDTP).

96. En la valoración preoperatoria, ¿qué factor se asocia con mayor evidencia a malos resultados postoperatorios en pacientes de edad avanzada?

- a. La edad cronológica.
- b. Un IMC elevado.
- c. La presencia de fragilidad, independientemente de la edad del paciente.
- d. Los antecedentes de experiencias anestésicas desfavorables o alergias medicamentosas.

97. En la preparación del paciente para una intubación despierto, ¿qué consideración específica es crucial al administrar farmacología para controlar las respuestas fisiológicas?

- a. La dexmedetomidina es el agente preferido para la sedación, ya que no presenta propiedades analgésicas y minimiza la hipoxemia.
- b. La lidocaína al 2% en nebulización es eficaz en 5 minutos, garantizando una anestesia tópica rápida de la vía aérea.
- c. La combinación de midazolam y fentanilo u otro opioide aumenta considerablemente el riesgo de hipoxemia y apnea, por lo que debe usarse con precaución.
- d. La inyección translaríngea de anestésico local debe realizarse durante una inspiración forzada para una distribución óptima.

98. En el tratamiento del dolor neuropático y la deshabituación de opioides, ¿cuál de los siguientes fármacos es especialmente útil debido a su acción antagonista sobre el receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) del glutamato?

- a. Oxycodona.
- b. Metadona.
- c. Hidromorfona.
- d. Meperidina.

99. ¿Cuál es la característica distintiva que permite identificar un bloqueo de Fase II de la succinilcolina, y cuál es su principal causa?

- a. El bloqueo de Fase II se caracteriza por amortiguamiento de las respuestas sucesivas en el tren de cuatro (TDC), facilitación post-tetánica y debilidad post-tetánica.
- b. El bloqueo de Fase II es una prolongación del efecto despolarizante inicial, sin fasciculaciones y con una potenciación marcada por los anticolinesterásicos.
- c. Un bloqueo de Fase II se diferencia del de Fase I por la ausencia de fasciculaciones y por ser antagonizado eficazmente por la neostigmina.
- d. La presencia de bloqueo de Fase II se confirma por un sostenimiento de la respuesta a un estímulo tetánico, ausencia de decaimiento y es directamente proporcional a la actividad de la colinesterasa plasmática.

- 100. ¿Cuál de los siguientes factores facilita la liberación de los anestésicos locales?**
- a. Disminución del pH del tejido.
 - b. Unión preferente a los canales de sodio en estado cerrado.
 - c. Alta unión a proteínas plasmáticas.
 - d. Mayor proporción de molécula no ionizada en equilibrio.
- 101. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las causas de anafilaxia perioperatoria y sus mecanismos es incorrecta?**
- a. Los relajantes musculares son la principal causa en las series francesas, y el rocuronio y la succinilcolina típicamente producen anafilaxia alérgica.
 - b. La vancomicina causa anafilaxia principalmente por un mecanismo inmunológico dependiente de IgE, conocido como síndrome del hombre rojo.
 - c. La alergia al látex, mediada por IgE, es más prevalente en pacientes sometidos a múltiples intervenciones y en personal sanitario.
 - d. La clorhexidina está cada vez más relacionada con reacciones anafilácticas mediadas por IgE, y se recomienda dejarla secar antes de procedimientos invasivos.
- 102. ¿Cuál es una característica distintiva del abordaje mediofemoral del nervio ciático y cuál es una de sus ventajas principales en comparación con otros abordajes?**
- a. Se realiza habitualmente en decúbito prono; permite bloquear el nervio antes de su bifurcación en todas las ramas.
 - b. El nervio se localiza superficialmente sin grandes vasos adyacentes; facilita el posicionamiento en decúbito supino para pacientes con dificultades de movilización.
 - c. Siempre requiere doble estimulación para asegurar el bloqueo completo de las ramas tibial y peronea; su principal ventaja es la anestesia exclusiva de la articulación de la cadera.
 - d. Se caracteriza por una profunda ubicación entre los músculos glúteos; ofrece una mayor duración de bloqueo motor que el abordaje poplíteo.

- 103. Un paciente es candidato a resección pulmonar. ¿Cuál de los siguientes criterios, si se presenta de forma aislada, NO se considera una contraindicación absoluta para la cirugía resectiva pulmonar?**
- a. Un consumo máximo de oxígeno (VO₂max) postoperatorio previsto inferior a 10 ml/kg/min.
 - b. Un FEV1 predictivo postoperatorio (FEV1-ppo) inferior al 30% del valor considerado normal para el paciente.
 - c. Un FEV1 preoperatorio de 800 mL.
 - d. Una combinación de FEV1 predictivo postoperatorio < 35% y una capacidad de difusión pulmonar de CO predictiva postoperatoria < 35% del valor normal.
- 104. Se va a realizar una cirugía de reparación de un aneurisma de aorta toracoabdominal tipo II (clasificación de Crawford) ¿Cuál de las siguientes maniobras es la más importante para la protección medular durante el clampaje aórtico en esta cirugía?**
- a. Inducir una hipotermia moderada en el paciente (32-33°C) durante el clampaje para disminuir el metabolismo medular.
 - b. La monitorización electrofisiológica de potenciales somatosensoriales y motores evocados para detectar precozmente la isquemia medular.
 - c. La disminución de la presión del líquido cefalorraquídeo (LCR) a un valor igual o inferior a 10 mmHg mediante drenaje continuo con catéter intradural.
 - d. Aumentar la presión sanguínea distal al pinzamiento aórtico mediante circulación extracorpórea para mejorar la perfusión medular.
- 105. Una paciente con acromegalia está programada para una adenomectomía transesfenoidal. En la valoración preoperatoria, se identifica una vía aérea potencialmente difícil. Tras la cirugía, ¿cuál de las siguientes complicaciones específicas de la acromegalia o su tratamiento anestésico requiere una vigilancia postoperatoria especialmente exhaustiva?**
- a. La mielinolisis central pontina debido a una corrección rápida de la hiponatremia.
 - b. El riesgo de una crisis tirotóxica por la manipulación de la glándula pituitaria.
 - c. La sensibilidad aumentada a los efectos de los fármacos depresores respiratorios, especialmente en pacientes con apnea del sueño.
 - d. La hipocalcemia aguda debido a la extirpación accidental de las glándulas paratiroides.

- 106. ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente una de las categorías principales de la Donación en Asistolia Controlada?**
- a. Categoría I: Fallecido fuera del hospital, incluyendo víctimas de muerte súbita no resucitadas.
 - b. Categoría II: Resucitación infructuosa, con parada cardíaca extrahospitalaria o intrahospitalaria presenciada.
 - c. Categoría III: Pacientes a los que se aplica limitación del tratamiento de soporte vital, tras acuerdo con la familia, y se espera la parada cardíaca en un periodo compatible con la donación.
 - d. Categoría IV: Pacientes con muerte encefálica en quienes la parada cardíaca.
- 107. En el manejo farmacológico de un paciente obeso mórbido, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la dosificación de agentes anestésicos es correcta?**
- a. Los agentes halogenados, como el sevoflurano, deben dosificarse exclusivamente según el peso magro para evitar su acumulación.
 - b. Los relajantes neuromusculares no despolarizantes, como el atracurio o cisatracurio, deben dosificarse según el peso magro.
 - c. La dosis de anestésicos locales para técnicas locorregionales debe reducirse en un 20-25%
 - d. La succinilcolina debe administrarse a dosis de 0.5 mg/kg de peso ideal, ya que su duración se prolonga significativamente en obesos.
- 108. En el manejo anestésico de un paciente con Miastenia Gravis (MG), ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre los relajantes neuromusculares es correcta?**
- a. Los pacientes con MG presentan una resistencia marcada a los relajantes neuromusculares no despolarizantes (RNMND), lo que requiere dosis mayores de lo habitual.
 - b. La succinilcolina es el relajante de elección debido a su efecto predecible y de corta duración, sin necesidad de ajustes de dosis en pacientes miasténicos.
 - c. Los pacientes con MG muestran una sensibilidad aumentada a los relajantes neuromusculares no despolarizantes (RNMND) y una resistencia a los relajantes despolarizantes como la succinilcolina.
 - d. El uso de atracurio o cisatracurio está contraindicado en pacientes con MG debido a su prolongada duración de acción en esta población.

- 109. En el manejo de la sepsis y el shock séptico, ¿cuál es la recomendación actual de las guías de la Surviving Sepsis Campaign (SSC) de 2021 respecto al uso de terapias de depuración extracorpórea (TDE)?**
- a. Recomiendan el inicio precoz de TDE continuas a dosis altas para mejorar la eliminación de toxinas.
 - b. Recomiendan el uso específico de filtros de polimixina B para la eliminación de endotoxinas.
 - c. No realizan recomendaciones específicas sobre el inicio precoz vs tardío, continuo vs intermitente, ni dosis altas vs convencionales de TDE, y desaconsejan el filtro de polimixina B.
 - d. Indican que las TDE deben reservarse únicamente para pacientes con falla renal establecida, independientemente de la presencia de sepsis.
- 110. En el procesamiento central del dolor, ¿qué área cerebral está principalmente involucrada con los aspectos cognitivos, las estrategias conductuales y las dimensiones afectivas del dolor, recibiendo proyecciones relacionadas con el sistema paleoespinal?**
- a. La corteza somatosensorial primaria (S1).
 - b. Los núcleos ventromedial posterior del tálamo.
 - c. La sustancia gris periacueductal (SGP).
 - d. La corteza prefrontal
- 111. ¿Qué modelo se considera el más adecuado para describir la experiencia compleja del dolor crónico oncológico, y qué aspectos esenciales debe incluir la evaluación integral de estos pacientes?**
- a. Modelo biomédico, enfocado en la lesión; anamnesis y exploración física básica.
 - b. Modelo mecanicista, centrado en la nocicepción; intensidad del dolor y duración.
 - c. Modelo biopsicosocial.
 - d. Modelo de la puerta de control, enfocado en factores físicos; localización del dolor y su irradiación.

- 112. En el postoperatorio de una cirugía hepática mayor, un paciente presenta una elevación de las transaminasas (2-3 veces los valores normales) y una disminución de la albúmina, ambos hallazgos sin elevación del patrón de colestasis ni otros signos de fallo hepático agudo. ¿Cuál es la interpretación más adecuada de estos cambios metabólicos en los primeros días postoperatorios?**
- a. Indican una disfunción hepática que requiere soporte artificial hepático inmediato.
 - b. Reflejan un patrón de necrosis tubular aguda isquémica secundaria a la cirugía.
 - c. Son un hallazgo común y esperado debido a la hipoperfusión y citólisis hepática producidas durante la citorreducción y manipulación quirúrgica.
 - d. Sugieren una reacción alérgica a los fármacos anestésicos, con daño hepático directo.
- 113. Según la definición de Berlín del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA), ¿cuál de las siguientes opciones describe correctamente la oxigenación para un SDRA de categoría moderada?**
- a. $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100$ mmHg con PEEP o CPAP ≥ 5 .
 - b. $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ mmHg con PEEP o CPAP ≥ 5 .
 - c. $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ mmHg con PEEP o CPAP ≥ 5 .
 - d. $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ mmHg, no se valora la PEEP o CPAP.
- 114. Un paciente ingresa con sospecha de shock séptico, además de iniciar vasopresores, ¿qué otro objetivo terapéutico, directamente relacionado con la fisiopatología microcirculatoria, recomienda la Surviving Sepsis Campaign (SSC) de 2021 para guiar la reanimación en este paciente?**
- a. Administrar un bolo de albúmina al 20% para restaurar la presión oncótica intravascular y mejorar la perfusión.
 - b. Alcanzar un gasto cardíaco superior a 4 L/min/m^2 mediante el uso de inotrópicos.
 - c. Normalizar el tiempo de relleno capilar para mejorar la perfusión tisular, ya que es un parámetro clínico clave de la microcirculación.
 - d. Reducir la PaCO_2 arterial por debajo de 35 mmHg para inducir vasoconstricción cerebral y optimizar el flujo esplácnico.

115. Un paciente crítico con traumatismo craneoencefálico (TCE) grave y shock hemorrágico es reanimado agresivamente, tras ello presenta una hiperglucemia persistente a pesar de no ser diabético y de un manejo restrictivo de fluidos. ¿Cuál es el objetivo principal del control glucémico en este escenario y por qué se produce esta hiperglucemia?

- a. Mantener la glucemia por debajo de 110 mg/dL para prevenir la glucotoxicidad cerebral, causada por el uso de agentes anestésicos.
- b. Buscar una glucemia entre 180-220 mg/dL para asegurar la disponibilidad de glucosa cerebral, exacerbada por la liberación de catecolaminas.
- c. Mantener los niveles de glucemia entre 140-180 mg/dL para evitar los efectos deletéreos de la hiperglucemia, la cual es una respuesta fisiológica al estrés quirúrgico que causa resistencia a la insulina.
- d. Administrar insulina en bolo solo si la glucemia supera los 200 mg/dL, ya que la hiperglucemia es un indicador de buena reserva metabólica.

116. ¿Cuál de las siguientes es una recomendación clave en el manejo inicial del traumatismo craneoencefálico (TCE) grave?

- a. Administrar rutinariamente corticoides para reducir la presión intracraneal.
- b. Mantener la glucemia en un rango estricto de 80-100 mg/dL para evitar la hiperglucemia.
- c. Evitar soluciones hipotónicas y preferir suero salino al 0.9% o soluciones balanceadas para la fluidoterapia.
- d. Demorar la monitorización de la presión intracraneal (PIC) hasta la aparición de signos claros de herniación cerebral por el riesgo que supone.

117. Un paciente que ha recibido una anestesia neuroaxial para un procedimiento quirúrgico presenta una extensión inesperadamente alta del bloqueo con compromiso sistémico. ¿Cuál de las siguientes combinaciones de signos clínicos sugiere un bloqueo espinal total en comparación con un bloqueo subdural grave?

- a. Inicio lento (15-30 min) de bloqueo sensitivo-motor parcheado con hipotensión leve a moderada.
- b. Bloqueo sensitivo-motor intenso de instauración rápida (5-30 min) con afectación sacra y colapso hemodinámico predecible.
- c. Ausencia de bloqueo motor con síndrome de Horner unilateral y náuseas.
- d. Hipoventilación progresiva de instauración intermedia y bloqueo sensitivo-motor que respeta segmentos sacros y lumbares.

- 118. En el postoperatorio de cirugía torácica, se observa en el sistema de drenaje una fuga aérea de gran intensidad, con burbujeo continuo tanto en inspiración como en espiración, en un paciente que fue sometido a una lobectomía. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y su manejo inicial?**
- a. Fístula pleuropulmonar, con pronóstico generalmente bueno y que se resolverá con paciencia y manejo adecuado de los drenajes.
 - b. Fístula broncopleuraleal, que indica un peor pronóstico y probablemente requerirá una reintervención quirúrgica.
 - c. Fuga aérea inspiratoria (Tipo I), lo que sugiere la necesidad de ajustar la ventilación mecánica y aplicar PEEP diferencial.
 - d. Fuga aérea continua (Tipo C) según la clasificación de Cerfolio, que se presenta con grandes volúmenes de aire y es infrecuente.
- 119. Durante la microcirugía de un aneurisma cerebral en quirófano, se produce una ruptura súbita del aneurisma con sangrado profuso. ¿Cuál es la estrategia anestésica de emergencia más adecuada para el control inicial de este sangrado, si las medidas quirúrgicas de oclusión temporal no son suficientes de inmediato?**
- a. Inducir una hipotermia leve-moderada (33-35°C) para reducir la demanda metabólica cerebral y la producción de radicales libres.
 - b. Administrar tiopental a dosis de supresión del EEG (5-15 mg/kg) para obtener neuroprotección contra la isquemia focal.
 - c. Implementar hipotensión controlada hasta una Presión Arterial Media (PAM) de 40-50 mmHg para facilitar el control quirúrgico del sangrado.
 - d. Iniciar una perfusión de nimodipino para prevenir el vasoespasmo post-hemorrágico.

120. En el postoperatorio de un paciente obeso sometido a cirugía bariátrica, si se indica el uso de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) como soporte ventilatorio, ¿cuál es la implicación principal de esta medida en relación con las anastomosis quirúrgicas?

- a. La CPAP postoperatoria está contraindicada por el riesgo significativo de dehiscencia de la sutura anastomótica debido a la presión aplicada.
- b. La CPAP mejora la gasometría arterial y reduce la necesidad de intubación sin incrementar el riesgo de fístula postoperatoria.
- c. La CPAP solo debe usarse si se ha confirmado radiológicamente la ausencia de atelectasias para evitar barotrauma.
- d. El uso de CPAP es menos efectivo que la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) para reducir las atelectasias en estos pacientes.

121. Una paciente con depresión mayor grave está programada para terapia electroconvulsiva (TEC). ¿Cuál de los siguientes protocolos farmacológicos es el más adecuado?

- a. Inducción con etomidato, midazolam y relajación con rocuronio, sin necesidad de fármacos para el control hemodinámico si la convulsión es breve.
- b. Preoxigenación con O₂ al 100%, inducción con propofol (1-1,5 mg/kg iv), y relajación muscular con succinilcolina (0,5-1 mg/kg iv).
- c. Inducción con midazolam para amnesia y sedación profunda, seguido de vecuronio para relajación muscular.
- d. Ketamina y midazolam para la inducción debido a su mínima depresión respiratoria, y morfina para la analgesia post-convulsión.

122. Un paciente diagnosticado con Síndrome de Eaton-Lambert (SEL), asociado a un tumor pulmonar, va a ser sometido a cirugía torácica, ¿cómo se espera que responda a los relajantes neuromusculares (RNM) durante la anestesia?

- a. Presentará una resistencia marcada a los RNM despolarizantes, pero una sensibilidad normal a los RNM no despolarizantes.
- b. Mostrará una respuesta disminuida tanto a los RNM despolarizantes como a los no despolarizantes, requiriendo dosis elevadas para la relajación.
- c. Exhibirá una sensibilidad aumentada a todos los tipos de RNM, tanto despolarizantes como no despolarizantes.
- d. No se recomienda el uso de RNM en estos pacientes bajo ninguna circunstancia debido al riesgo inminente de parálisis prolongada.

123. Durante una emergencia "no ventilable-no intubable" en un niño de 4 años, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a. La cricotiroidotomía es la técnica de elección para un acceso rápido a la vía aérea en niños pequeños debido a la menor distancia entre el cartílago tiroides y el cricoides.
- b. La cricotiroidotomía está contraindicada en pediatría, especialmente en menores de 5 años, debido a las dificultades anatómicas y la preferencia por una traqueostomía de urgencias en quirófano.
- c. Aunque la cricotiroidotomía puede ser desafiante, no existen contraindicaciones absolutas para su realización en niños si no hay otras alternativas.
- d. La punción con aguja de gran calibre en la membrana cricotiroides es una alternativa segura en niños mayores de 3 años si se utiliza ventilación jet transtraqueal.

124. Un paciente trasplantado, que recibe un régimen inmunosupresor con ciclosporina, está programado para una cirugía de urgencia. ¿Cuál de las siguientes combinaciones de fármacos es más probable que aumente los niveles plasmáticos de ciclosporina y, por lo tanto, requiera precaución y posible ajuste de dosis?

- a. Carbamazepina y rifampicina.
- b. Fluconazol y eritromicina.
- c. Fenitoína y octeótrido.
- d. Ticlopidina y fenobarbital.

- 125. Un paciente crítico posquirúrgico de trauma grave desarrolla trombocitopenia severa ($< 50.000/\mu\text{L}$) con sangrado activo persistente. Los test viscoelásticos (TEG/ROTEM) revelan un trombo patológico con disminución del ángulo alfa y de la amplitud máxima (MCF o MA). ¿Cuál es la intervención de primera línea recomendada para corregir la coagulopatía en este escenario, según las guías de manejo de hemorragia grave?**
- a. Administrar plasma fresco congelado (PFC) para corregir los tiempos de inicio de coagulación prolongados (CT o r).
 - b. Iniciar ácido tranexámico para tratar una posible hiperfibrinólisis aumentada (ML o LI).
 - c. Transfundir plaquetas y/o fibrinógeno para mejorar la fortaleza del coágulo.
 - d. Administrar concentrados de complejo protrombínico (CCP) para revertir los efectos de los antagonistas de la vitamina K.
- 126. Un paciente en el contexto de un postoperatorio ingresa en la unidad de cuidados intensivos de Anestesia con insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica, presentando una frecuencia respiratoria de 28 respiraciones/min, uso de musculatura accesoria, y una gasometría arterial con PaCO_2 de 55 mmHg y pH de 7.28. ¿Cuál de los siguientes es un factor predictor de éxito para la VMNI en este paciente, y qué objetivo de mejoría en el pH se espera observar tras una hora de tratamiento?**
- a. Una relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$; se busca un pH superior a 7.45.
 - b. Un paciente confuso o con bajo nivel de conciencia; se busca normalizar la PaCO_2 en 30 minutos.
 - c. Una PaCO_2 elevada y un nivel de conciencia conservado; se espera una mejoría del pH, PaCO_2 y frecuencia respiratoria después de 1 hora.
 - d. Una puntuación APACHE II alta; se espera una reducción de la frecuencia respiratoria a menos de 15 respiraciones/min en 1 hora.

- 127. En el manejo por ecografía del shock marque la opción incorrecta:**
- a. El shock hipovolémico se puede acompañar de IVT (Integral de la velocidad por el tiempo) < 13 , FEVI visual normal y VCI (Vena cava inferior) con distensibilidad $>30\%$.
 - b. El shock distributivo de origen séptico se puede acompañar de IVT >20 , FEVI visual normal, VCI con distensibilidad $<30\%$.
 - c. El shock obstructivo se puede acompañar de IVT >20 , FEVI severamente deprimida y VCI con distensibilidad entre 15-30%.
 - d. El shock cardiogénico se puede acompañar de IVT <12 , FEVI visual disminuida y VCI con distensibilidad $<30\%$.
- 128. ¿Cuál es la ventaja principal de la técnica “piggyback” frente al clampaje clásico de la vena cava inferior en el trasplante hepático desde la perspectiva anestésica?**
- a. Acorta el tiempo quirúrgico, aunque tenga mayor repercusión hemodinámica.
 - b. Es sinónimo de perfusión más rápida.
 - c. Disminuye la necesidad de ventilación unipulmonar.
 - d. Permite preservación parcial de retorno venoso y disminuye la necesidad rutinaria de bypass venovenoso.
- 129. En un paciente que sufre una parada cardiorrespiratoria (PCR) en la Unidad de Cuidados Críticos menos de 10 días después de una cirugía cardíaca, ¿cuál es la intervención más urgente recomendada por el European Resuscitation Council (ERC)?**
- a. Administrar dosis completas de adrenalina y realizar compresiones torácicas externas con menor fuerza si el tórax está abierto.
 - b. Intentar la desfibrilación externa si hay fibrilación ventricular o taquicardia ventricular con pulso, sin demora.
 - c. Realizar una reesternotomía urgente en menos de 5 minutos, después de excluir causas reversibles y proteger los injertos coronarios.
 - d. Estimular con marcapasos interno (modo DDD, 80-100 lpm) para asistolia/bradicardia extrema antes de cualquier otra acción.

- 130. ¿Cuál de los siguientes nervios no se bloquea completamente con un abordaje clásico del plexo lumbar por vía posterior (de Winnie)**
- a. Nervio femoral.
 - b. Nervio obturador.
 - c. Nervio cutáneo femoral lateral.
 - d. Nervio ciático.
- 131. ¿Por qué la bupivacaina presenta mayor riesgo de toxicidad cardíaca comparada con otros anestésicos locales?**
- a. Tiene mayor afinidad por los receptores muscarínicos del corazón.
 - b. Es un potente bloqueador de los canales de potasio en miocitos.
 - c. Se une con alta afinidad y disociación lenta de los canales de sodio cardíacos.
 - d. Induce vasoconstricción coronaria e isquemia secundaria.
- 132. Respecto a las complicaciones de la traqueotomía percutánea (TP), la lesión de la pared posterior traqueal puede ocurrir, y su prevención efectiva se logra principalmente mediante:**
- a. La limitación de la profundidad de la punción inicial de la aguja.
 - b. El uso de un dilatador de rosca PercuTwist®.
 - c. La realización de la técnica bajo la visión directa que ofrece el fibrobroncoscopio.
 - d. La medición de la distancia piel-tráquea con ecografía cervical.
- 133. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 del Decreto 16/2004, de 26 de febrero, por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura, una vez admitida la solicitud de segunda opinión médica, si se observasen defectos en la misma, ¿de qué plazo dispondrá el interesado para proceder a la subsanación de los defectos observados?**
- a. 5 días.
 - b. 10 días.
 - c. 15 días.
 - d. 20 días.

- 134. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 132/2006, de 11 de julio, por el que se reducen los tiempos de espera en determinadas especialidades en la atención sanitaria especializada, ¿dentro de qué plazo máximo serán atendidos los pacientes que requieran atención sanitaria especializada a través de intervenciones quirúrgicas programadas y no urgentes para el proceso de Vitrectomía?**
- a. Serán atendidos dentro de un plazo máximo de 15 días naturales.
 - b. Serán atendidos dentro de un plazo máximo de 30 días naturales.
 - c. Serán atendidos dentro de un plazo máximo de 60 días naturales.
 - d. Serán atendidos dentro de un plazo máximo de 90 días naturales.
- 135. Según la Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura, ¿quién emitirá el informe de evaluación de impacto de género sobre el anteproyecto de ley del Presupuesto?**
- a. La Comisión Interdepartamental de Género de los Presupuestos.
 - b. La Comisión de Impacto de Género de los Presupuestos.
 - c. La Comisión de Evaluación de igualdad de los Presupuestos.
 - d. La Comisión de Igualdad de los Presupuestos.
- 136. Según la Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura, se entiende por representación equilibrada:**
- a. Aquella situación que garantice la presencia de mujeres y hombres de forma que, en el conjunto de personas a que se refiera, cada sexo ni supere el cuarenta por ciento ni sea menos del sesenta por ciento.
 - b. Aquella situación que garantice la presencia de mujeres y hombres de forma que, en el conjunto de personas a que se refiera, cada sexo ni supere el setenta por ciento ni sea menos del treinta por ciento.
 - c. Aquella situación que garantice la presencia de mujeres y hombres de forma que, en el conjunto de personas a que se refiera, cada sexo ni supere el sesenta por ciento ni sea menos del cuarenta por ciento.
 - d. Aquella situación que garantice la presencia de mujeres y hombres de forma que, en el conjunto de personas a que se refiera, cada sexo represente el cincuenta.

- 137. Según la Constitución Española de 1978, ¿cuál es la forma política del Estado español?**
- a. Constitucional y democrático.
 - b. Estado democrático.
 - c. Monarquía parlamentaria.
 - d. Estado social y democrático de derecho.
- 138. Sobre la prisión provisional, la Constitución Española de 1978 señala:**
- a. Que el plazo máximo de duración es de 72 horas.
 - b. Que el plazo máximo de duración se determinará por ley.
 - c. Que el plazo máximo de duración es de 24 horas.
 - d. Que el plazo máximo de duración es de 48 horas.
- 139. Según la Constitución Española de 1978, los miembros de las Fuerzas o Institutos armados o de los Cuerpos sometidos a disciplina militar, podrán ejercer el derecho de petición:**
- a. Sólo colectivamente y con arreglo a lo dispuesto en su legislación específica.
 - b. De igual forma que los demás ciudadanos.
 - c. Sólo individualmente y con arreglo a lo dispuesto en su legislación específica.
 - d. Individual y colectivamente.
- 140. Según la Constitución Española de 1978, ¿a quién corresponde concurrir a la formación y manifestación de la voluntad popular?**
- a. A los partidos políticos.
 - b. A los sindicatos de trabajadores.
 - c. A las asociaciones empresariales.
 - d. A los poderes públicos.
- 141. Según el Estatuto de Autonomía de Extremadura, el escudo y el himno de Extremadura se regularán por ley de la Asamblea aprobada por:**
- a. Mayoría de un tercio de los diputados.
 - b. Mayoría de dos tercios de los diputados.
 - c. Mayoría de tres tercios de los diputados.
 - d. Por la totalidad de los diputados.

- 142. Según el Estatuto de Autonomía de Extremadura, ¿cuál de las siguientes instituciones estatutarias tendrá su sede en la ciudad de Mérida?**
- a. Consejo Económico y Social.
 - b. Personero del Común.
 - c. Consejo de Cuentas.
 - d. Consejo Consultivo.
- 143. Conforme al Estatuto de Autonomía de Extremadura, le corresponde al Presidente, como supremo representante de la Comunidad Autónoma:**
- a. Promulgar en nombre el Rey las leyes aprobadas por la Asamblea y demás normas con rango de ley.
 - b. Ejercer las acciones que correspondan en vía jurisdiccional, dando cuenta a la Junta de Extremadura.
 - c. Establecer las directrices generales de la acción de gobierno.
 - d. Suscribir convenios de colaboración con el Estado.
- 144. Según la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, ¿qué consecuencias tendrá la falta de incorporación del personal estatutario al servicio, institución o centro dentro del plazo establecido para ello, cuando sea imputable al interesado y no obedezca a causas justificadas?**
- a. Quedarán sin efecto sus actuaciones.
 - b. Se le otorgará un nuevo plazo, improrrogable, para su incorporación.
 - c. El decaimiento de su derecho a obtener la condición de personal estatutario fijo como consecuencia de ese concreto proceso selectivo.
 - d. Será sancionado disciplinariamente.

145. Según la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, ¿la imposición de cuál de las siguientes penas supondrá la pérdida de la condición de personal estatutario fijo?

- a. La pena de inhabilitación especial para la correspondiente profesión, siempre que ésta exceda de seis años.
- b. La pena de inhabilitación especial para la correspondiente profesión, siempre que ésta exceda de cuatro años.
- c. La pena de inhabilitación especial para la correspondiente profesión, siempre que ésta exceda de dos años
- d. La pena de inhabilitación especial para la correspondiente profesión, cualquiera que sea su duración.

146. Según la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, ¿cuál de los siguientes no es un deber del personal estatutario de los servicios de salud?

- a. Respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico.
- b. Cumplir el régimen de horarios y jornada, atendiendo a la cobertura de jornadas complementarias que se hayan establecido para garantizar de forma permanente el funcionamiento de las instituciones, centros y servicios.
- c. Recibir protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- d. Cumplir las normas relativas a la seguridad y salud en el trabajo, así como las disposiciones adoptadas en el centro sanitario en relación con esta materia.

147. Según lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, como regla general, y sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, atendidos los factores expresados en dicha norma, el área de salud extenderá su acción a una población:

- a. No superior a 200.000 habitantes.
- b. No inferior a 250.000 habitantes.
- c. No inferior a 100.000 habitantes ni superior 250.000 habitantes.
- d. No superior a 250.000 habitantes.

- 148. Según lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, ¿quién aprobará las normas precisas para evitar el intrusismo profesional y la mala práctica?**
- a. Las Cortes Generales.
 - b. El Congreso de los Diputados.
 - c. El Senado.
 - d. El Gobierno.
- 149. Según lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, con relación a la aplicación de la facultad de elección de médico en la atención primaria del Área de salud, señala la respuesta correcta:**
- a. En los núcleos de población de más de 200.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de la ciudad.
 - b. En los núcleos de población de más de 250.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de la ciudad.
 - c. En los núcleos de población de más de 200.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de la provincia.
 - d. En los núcleos de población de más de 250.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de la provincia.
- 150. Según lo dispuesto en la Ley de Salud de Extremadura; ¿A quién corresponde la aprobación del Plan de Salud de Extremadura?**
- a. A la consejería responsable en materia de sanidad.
 - b. A la Junta de Extremadura.
 - c. A la Asamblea de Extremadura.
 - d. A la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud.

151. Según lo dispuesto en la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, ¿a quién corresponde designar al Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura?

- a. Al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura a propuesta del titular de la consejería competente en materia sanitaria.
- b. Al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura a propuesta del Consejo Regional de Consumidores y Usuarios.
- c. Al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura a propuesta del titular de la consejería competente en materia de protección de los consumidores y usuarios.
- d. Al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura a propuesta del Consejo Extremeño de Salud.

152. Según lo dispuesto en la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, ¿cuántos Consejos de Salud se establecerán en cada área de salud?

- a. 1.
- b. 2.
- c. 3.
- d. Dependerá de las zonas de salud en las que se divida el área de salud.

PREGUNTAS RESERVA

1. **¿Cuál de las siguientes intervenciones está indicada para el control de la presión intracraneal elevada en un TCE?**
 - a. Administración de solución hipertónica o manitol.
 - b. Hiperventilación mantenida.
 - c. Hipercapnia permisiva.
 - d. Todas las anteriores.
2. **Respecto a la fisiopatología de la atelectasia perioperatoria bajo anestesia general, ¿cuál de los siguientes factores contribuye principalmente a su aparición en la mayoría de los pacientes?**
 - a. Compresión directa del parénquima pulmonar por el diafragma.
 - b. Disminución del volumen corriente por el uso de PEEP baja.
 - c. Aumento del surfactante alveolar por hiperoxia.
 - d. Aceleración del aclaramiento mucociliar por agentes anestésicos.
3. **Con respecto a los cambios fisiológicos inducidos por el neumoperitoneo y la posición de trendelenburg forzada en cirugía urológica laparoscópica, marque la respuesta FALSA:**
 - a. Provoca una reducción de la compliancia pulmonar y de la capacidad funcional residual.
 - b. A nivel cardiovascular, la posición induce un aumento del gasto cardíaco.
 - c. El neumoperitoneo disminuye las resistencias vasculares sistémicas y la presión arterial media.
 - d. A nivel cerebral, el aumento de la presión venosa puede dificultar el drenaje venoso cerebral.
4. **¿Cuál de los siguientes agentes tiene mayor riesgo de arritmias ventriculares graves por su afinidad al miocardio?**
 - a. Bupivacaína.
 - b. Lidocaína.
 - c. Ropivacaína.
 - d. Mepivacaína.

- 5. ¿Qué herramienta es fundamental para confirmar la ventilación alveolar efectiva?**
- a. Auscultación torácica.
 - b. Capnografía en forma de onda.
 - c. Presión inspiratoria.
 - d. Frecuencia respiratoria.
- 6. Tras extubación en paciente sometido a cirugía cervical, se sospecha compromiso de la vía aérea superior. ¿Qué utilidad tiene la ecografía en esta situación?**
- a. Permite visualizar de forma directa la hipoquinesia o edema de cuerdas vocales.
 - b. Permite sólo cuantificar el grosor de la lengua.
 - c. Únicamente confirma la posición del tubo si está presente.
 - d. Es poco útil, se recomienda sólo radiografía de tórax.
- 7. Un paciente anciano de 75 años es programado para una cirugía electiva. ¿Cuál de los siguientes aspectos farmacodinámicos debe considerar el anestesiólogo al seleccionar un anestésico inhalatorio para el mantenimiento, con el objetivo de optimizar la recuperación postoperatoria, especialmente en cuanto a la función cognitiva?**
- a. La CAM no se modifica con la edad, por lo que las dosis estándar para adultos jóvenes son aplicables.
 - b. El sevoflurano es el agente de elección debido a su nula irritabilidad de la vía aérea y rápida eliminación, sin impacto en la recuperación cognitiva.
 - c. La Concentración Alveolar Mínima (CAM) disminuye con la edad, y el uso de desflurano se asocia a un despertar más rápido y mejor función cognitiva en comparación con el sevoflurano.
 - d. El óxido nítrico es el agente ideal en ancianos para la inducción y mantenimiento, ya que no presenta efectos cognitivos a largo plazo.

8. Un paciente intubado con ventilación mecánica presenta un patrón de asincronía en el cual, a pesar de realizar un esfuerzo muscular inspiratorio, el ventilador no lo detecta y no dispara un ciclo, o bien se observa una demora entre el esfuerzo y la entrega de flujo por parte del ventilador. ¿Cómo se clasifica específicamente esta asincronía?
- Autociclado.
 - Doble disparo.
 - Esfuerzo fallido o retraso en el disparo.
 - Asincronía de ciclado (fase espiratoria).
9. Un paciente con PVC, PCP y RVS elevadas, junto a IC bajo, presenta:
- Shock distributivo.
 - Fallo del VD.
 - Shock obstructivo.
 - Shock mixto.
10. ¿Cuál de los siguientes elementos no se considera un indicador directo de eficiencia y calidad asistencial en la gestión de un Bloque Quirúrgico?
- La tasa de cancelaciones de procedimientos quirúrgicos.
 - La utilización bruta del quirófano.
 - La duración del tiempo de rotación entre cirugías.
 - El porcentaje de MIR de primer año que alcanzan autonomía completa en procedimientos específicos.
11. Según el Estatuto de Autonomía de Extremadura, ¿cuál es el órgano de gobierno interior de la Asamblea de Extremadura?
- El Presidente de la Asamblea.
 - La Junta de Portavoces.
 - La Mesa de la Asamblea.
 - La Diputación Permanente.
12. Según el Decreto 221/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Organismo Autónomo Servicio Extremeño de Salud, ¿a quién le corresponde la presidencia del Consejo de Dirección del Servicio Extremeño de Salud?
- Al titular de la Dirección General de Salud Pública.
 - Al director Gerente del Servicio Extremeño de Salud.
 - Al titular de la consejería competente en materia sanitaria.
 - Al Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.