



**PRUEBAS SELECTIVAS CONVOCADAS PARA EL INGRESO EN LA CATEGORÍA DE PERSONAL ESTATUTARIO DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTENSIVA, POR ORDEN SAN/142/2020, DE 14 DE FEBRERO, PUBLICADA EN EL BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN NÚM. 36, DE FECHA 21 DE FEBRERO DE 2020**

**FASE DE OPOSICIÓN  
ÚNICO EJERCICIO**

**ADVERTENCIAS**

**NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**

- Este cuestionario puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- El tiempo máximo establecido en las bases de la convocatoria para la realización de este ejercicio es de 180 minutos.
- Preguntas de la parte general del programa: nº 1 a 30
- Preguntas de la parte específica del programa: nº 31 a 150
- Preguntas de reserva de la parte general del programa: nº 151 a 153
- Preguntas de reserva de la parte específica del programa: nº 154 a 165





**1.- En relación a la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, señale la verdadera:**

- a) Los titulares del derecho a la información son el paciente y los familiares directos
- b) El consentimiento informado será por escrito por regla general
- c) Aunque el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, el facultativo no debe respetar su voluntad y se le deberá informar.
- d) El derecho a la intimidad está recogido en su artículo 7.

**2.- ¿Quién es el presidente de la Junta Técnico Asistencial?**

- a) El Gerente de Atención Hospitalaria
- b) El Director Médico
- c) El Director de Gestión
- d) El vocal elegido para el cargo mediante votación de los miembros de la Junta Técnico Asistencial

**3.- ¿Qué Ley aprueba el Estatuto Jurídico del personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León?**

- a) Ley 1/1993 de 6 de abril
- b) Ley 55 /2003 de 16 de diciembre
- c) Ley 2/2007 de 7 de marzo
- d) Ley 8/2010 de 30 de agosto

**4.- ¿En cuál de las siguientes Leyes están recogidos los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Público de Salud de Castilla y León?**

- a) Ley 1/1993 de 6 de abril
- b) Ley 10/2010 de 27 de septiembre
- c) Ley 55 /2003 de 16 de diciembre
- d) Ley 8/2003 de 8 de abril

**5.- ¿Cuál de los siguientes Decretos es el que regula el derecho a recibir una segunda opinión médica dentro del Sistema de Salud de Castilla y León?**

- a) Decreto 119/2004 de 25 de noviembre
- b) Decreto 12/2007 de 20 diciembre
- c) Decreto 101/2005 de 22 de diciembre
- d) Decreto 8/2011 de 24 de febrero

**6.- ¿De qué Dirección General depende el sistema de vigilancia epidemiológica?**

- a) Dirección General de Salud Pública
- b) Dirección General de Asistencia Sanitaria
- c) Dirección General de Profesionales
- d) Dirección General de Investigación, Innovación e Infraestructuras

**7.- En relación a la atribución temporal de funciones señale la opción verdadera:**

- a) Tendrá una duración mínima de un año
- b) Tendrá una duración máxima de cinco años
- c) Podrá prorrogarse siempre y cuando persistan las razones que la motivaron
- d) Todas las anteriores son correctas

**8.- El conjunto ordenado de datos generados como consecuencia de las actuaciones que los profesionales sanitarios efectúan en el ejercicio de su profesión para atender una demanda asistencial iniciada por un contacto, ya sea en el centro sanitario o fuera de él, es la definición de:**

- a) Historia Clínica
- b) Documentación clínica
- c) Información clínica
- d) Episodio asistencial

**9.- En relación a la Comisión Central de Garantía de Calidad, señale la verdadera:**

- a) Es el órgano colegiado de asesoramiento a la Comisión de Dirección del hospital en lo relativo a la actividad asistencial
- b) En su composición no participa la Dirección médica ni la Dirección de enfermería
- c) Los presidentes de las Comisiones Clínicas hospitalarias forman parte de ella
- d) Debe reunirse un mínimo de dos veces al año

**10.- ¿Cuál es el órgano técnico de elaboración y trabajo en las áreas de calidad asistencial y adecuación tecnológica?**

- a) Comisión Central de Garantía de Calidad
- b) Junta Técnico Asistencial
- c) Comisión mixta
- d) Comisión de Dirección

**11.- Respecto a la Comisión de Bioética de Castilla y León, indique la verdadera:**

- a) Entre sus funciones está designar a personas no integrantes de la Comisión para que participen con voz y con voto en las reuniones de la Comisión o de sus grupos de trabajo.
- b) Podrá ser objeto de deliberación o acuerdo en las reuniones cualquier asunto que se plantee aunque no figura incluido en el Orden del día y no sea urgente.
- c) La Comisión se reunirá al menos dos veces al año en sesión ordinaria.
- d) Cualquier miembro de la Comisión podrá delegar su voto en otro.

**12.- ¿Qué Decreto regula el Documento e Instrucciones previas en el ámbito sanitario y crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León?**

- a) Decreto 12/2007 de 20 diciembre
- b) Decreto 101/2005 de 22 de diciembre
- c) Decreto 8/2011 de 24 de febrero
- d) Decreto 30/2007 de 22 de marzo

**13.-¿Cuál es el número mínimo de miembros de los Comités de Ética Asistencial?**

- a) Diez
- b) Doce
- c) Cuatro
- d) Siete

**14.- En relación a los Comités de Ética Asistencial, señale la opción verdadera:**

- a) El Gerente de Asistencia Sanitaria ocupará la Presidencia
- b) El Comité deberá reunirse en convocatoria ordinaria, como mínimo, cinco veces al año.
- c) Al menos uno de los miembros del Comité deberá tener formación acreditada en bioética.
- d) Las decisiones adoptadas por el Comité tendrán carácter vinculante

**15.- Con relación al cumplimiento de las instrucciones previas, no es cierto:**

- a) Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.
- b) No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la "lex artis", quedando en la historia clínica las anotaciones relacionadas con estas previsiones.
- c) Pueden formalizarse ante notario, en cuyo supuesto no será necesaria la presencia de testigos.
- d) Ante dos testigos, mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales uno, como mínimo, no deberán tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial u otro vínculo obligacional con el otorgante.

**16- El derecho a la intimidad y confidencialidad, secreto profesional está recogido en las siguientes disposiciones, excepto:**

- a) Ley 41/2002.
- b) Ley 8/2003.
- c) Ley 2/2007.
- d) Ley 14/1986.

**17.- Según la Ley de Autonomía del paciente, el facultativo proporcionará al paciente antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:**

- a) Las contraindicaciones
- b) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención originará con seguridad.
- c) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- d) Todas las anteriores

**18.- Con relación al titular del derecho a la información asistencial, se incluyen todos los supuestos siguientes, excepto uno:**

- a) Es el paciente, incluso en caso de incapacidad de modo adecuado a sus posibilidades.
- b) Personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, en la manera que lo permita el paciente de forma tácita o expresa.
- c) Representante legal con documento judicial que lo acredite.
- d) Personal sanitario no relacionado con su proceso asistencial.

**19.- La Gerencia Regional de Salud, como órgano competente para la administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios de la Administración de la Comunidad de Castilla y León tiene las siguientes competencias, excepto una:**

- a) Gestión de la prestación farmacéutica
- b) Gestión y asignación de la cartera de servicios que presta en cada uno de los centros y servicios sanitarios.
- c) Sistema de vigilancia epidemiológica
- d) Coordinación de todas las actividades relacionadas con donaciones, extracciones y trasplantes de órganos y tejidos que se realicen en los centros, servicios y establecimientos sanitarios radicados en el territorio de la Comunidad de Castilla y León.

**20.- ¿Qué Ley Básica regula la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información clínica?**

- a) Ley 10/2010.
- b) Ley 41/2002.
- c) Ley 31/1995.
- d) Ley 16/2003.

**21.- En relación con el consentimiento en menores (<18 años), se otorgará el consentimiento expreso de sus representantes legales en los siguientes casos, excepto:**

- a) Cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo.
- b) Ensayos clínicos
- c) Interrupción voluntaria del embarazo
- d) Intervención quirúrgica

**22.- Las instrucciones previas en Castilla y León se basan en la siguiente normativa:**

- a) Ley 41/2002
- b) Ley 8/2003
- c) Ninguna de las anteriores
- d) Las respuestas a y b son correctas

**23.- La documentación clínica que no sea prueba documental de un proceso judicial, procedimiento administrativo, motivos asistenciales, de salud pública, epidemiológicos o de investigación, transcurridos cinco años podrá destruirse. Se conservarán de forma indefinida los siguientes documentos, excepto:**

- a) Informe de Urgencias.
- b) Informe de anestesia y de quirófano
- c) Informe clínico de alta
- d) Informes de exploraciones complementarias.

**24.- Según la Ley 8/2003 de Castilla y León, entre las obligaciones o deberes de los pacientes se encuentran las siguientes, excepto:**

- a) Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria
- b) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario.
- c) Uso correcto de las instalaciones y servicios.
- d) Evitarán los procedimientos de reclamación y sugerencias.

**25.- ¿Cuáles son las modalidades de nombramientos de personal estatutario temporal?**

- a) Interino, de sustitución y eventual
- b) Interino, indefinido y eventual
- c) Sustituto, eventual y temporal
- d) Ninguna de las anteriores es correcta

**26.- La División de Asistencia Sanitaria e Inspección del Área de Salud, depende orgánicamente de:**

- a) El Gerente de Atención Especializada
- b) El Gerente de Asistencia Sanitaria
- c) El Gerente de Atención Primaria
- d) El Gerente de Emergencias Sanitarias

**27.- Corresponde al Gerente de Asistencia Sanitaria en el ámbito de su Área de Salud:**

- a) La dirección de los servicios de emergencias sanitarias
- b) La dirección de los servicios de vigilancia epidemiológica
- c) La dirección y gestión de los recursos humanos, económicos, materiales y financieros adscritos a la Gerencia de Asistencia Sanitaria
- d) Todas las anteriores son correctas

**28.- Es causa de extinción de la condición de personal estatutario fijo:**

- a) La sanción disciplinaria firme de separación del servicio
- b) La sanción disciplinaria firme de suspensión de funciones
- c) La excedencia voluntaria por interés particular
- d) La resolución de la relación estatutaria durante el periodo de prueba

**29.- ¿Cómo debe actuar el Jefe de una Unidad ante la agresión sufrida por un profesional de un paciente?**

- a) Tramitará las comunicaciones de los profesionales de su área, las firmará y las remitirá a la Gerencia
- b) Realizará una investigación sobre los hechos denunciados
- c) Registrará la agresión
- d) Interpondrá la correspondiente denuncia

**30.- El traslado por causa de salud de un profesional a una plaza en distinta localidad, podrá realizarse cuando:**

- a) La resolución del procedimiento se adopte por el Gerente Regional de Salud
- b) Se garantice idéntico nivel retributivo
- c) Se proceda al abono de los gastos ocasionados por el traslado
- d) Acepte el traslado en profesional

**31.- Ante una emergencia NRBQ (Defensa Nuclear, Radiológica, Biológica y Química) con múltiples víctimas, cual es la actitud correcta:**

- a) Es poco recomendable realizar técnicas de reanimación en la zona caliente establecida, ya que retrasa el traslado a la zona de descontaminación.
- b) La zona de descontaminación, no es la zona adecuada donde se deban establecer los tratamientos de emergencia de estabilización.
- c) Es en la zona gris donde se deben realizar los tratamientos de emergencia de estabilización (vía aérea, respiración, circulación, antídotos, etc.), con el equipo adecuado durante la descontaminación.
- d) El traslado al Hospital de referencia se realizará independientemente estén o no descontaminados.

**32.- Acerca de la insuficiencia mitral aguda secundaria a rotura de músculo papilar, es correcta la siguiente afirmación:**

- a) Es más frecuente en infartos extensos.
- b) La rotura del músculo papilar irrigado por la arteria Descendente Posterior es más frecuente.
- c) El músculo papilar implicado más frecuentemente es el músculo anterolateral.
- d) Suele ocurrir más frecuentemente en infartos anteriores.

**33.- Respecto a la Comunicación interventricular (CIV), cual de las siguientes aseveraciones es correcta:**

- a) El salto oximétrico aurículo-ventricular derecho se corresponde con esta complicación mecánica.
- b) La localización típica de la CIV en el infarto inferoposterior, es la zona apical del septo.
- c) La localización de la CIV es independiente de la arteria coronaria afectada.
- d) Respecto al pronóstico quirúrgico, es peor en la CIV secundaria a un infarto anterior, ya que el acceso quirúrgico es más complicado.

**34.- Atendiendo a la clasificación de Young-Burgess, en que tipo de fracturas de pelvis tiene especial interés el cinturón pélvico como tratamiento inicial y de reanimación:**

- a) LC (lateral compression): fracturas por compresión lateral.
- b) APC (anteroposterior compression): fracturas por compresión anteroposterior.
- c) VS (vertical shear): fracturas por compresión vertical.
- d) B y C son verdaderas

**35.- En el traumatismo abdominal, el síndrome compartimental abdominal (SCA) se define operativamente como:**

- a) Un aumento mantenido de la PIA por encima de 20 mmHg, con o sin descenso de la presión de perfusión abdominal por debajo de 60 mmHg, asociado a un nuevo fracaso o disfunción de órgano.
- b) Un aumento mantenido de la PIA por encima de 20 cmH<sub>2</sub>O, con descenso de la presión de perfusión abdominal por debajo de 60 cm H<sub>2</sub>O, asociado a un nuevo fracaso o disfunción de órgano.
- c) Un aumento mantenido durante 24 horas de la PIA por encima de 20 mmHg, que le condiciona un descenso de la presión de perfusión abdominal por debajo de 60 mmHg..
- d) Un aumento mantenido durante 24 horas de la PIA por encima de 20 cmH<sub>2</sub>O, que le condiciona un descenso de la presión de perfusión abdominal por debajo de 60cmH<sub>2</sub>O.

**36.- Respecto a la alteración de la hemostasia secundaria a una disfunción o fallo hepático, señale la falsa:**

- a) Se producirá un descenso de la síntesis de la trombopoyetina.
- b) Se acompañará de un descenso de las cifras circulantes de plaquetas.
- c) Se objetivará descenso de las concentraciones de factor VIII y Factor de Von Willebrand
- d) Ocurrirá un fallo en la eliminación enzimática del ácido siálico del fibrinógeno conllevando una disfibrinogenemia.

**37.- En relación a la medición de la presión arterial pulmonar media, es falso:**

- a) Se obtiene en el plano paraesternal transverso a nivel de los grandes vasos.
- b) Se utilizará habitualmente una sonda ecográfica de baja frecuencia.
- c) Precisa la detección de flujo de insuficiencia pulmonar.
- d) Se calcula sumando el valor de la insuficiencia tricuspídea más la presión venosa central.

**38.- En relación a la valoración de un paciente mediante ecografía utilizando el protocolo FEEL, ¿cuál de estas opciones es falsa?:**

- a) Pretende realizar un diagnóstico de la etiología de la parada cardio-respiratoria.
- b) Se utilizará la ventana subxifoidea de 4 cámaras para interferir lo menos posible en la reanimación.
- c) Si se amplía a eco pulmonar, se explorarán también los campos pulmonares posteriores y ambas líneas medioclaviculares.
- d) Debe llevar un orden muy estricto, priorizando el inicio de las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

**39.- Tanto el sistema cardiovascular como el respiratorio se adaptan ante una incremento de las demandas metabólicas. En base a esto, cual de estas acepciones es falsa:**

- a) En condiciones normales, el contenido arterial de O<sub>2</sub> es de 18-20 ml/dl de sangre.
- b) La mayor parte del consumo de O<sub>2</sub> se relaciona con el metabolismo mitocondrial.
- c) Normalmente, en condiciones de reposo la extracción de O<sub>2</sub> es del 25% aproximadamente.
- d) El principal mecanismo subyacente al aumento de la extracción de O<sub>2</sub> es el reclutamiento macrovascular.

**40.- Respecto a las interacciones pulmón-corazón, en ventilación mecánica ocurren todos estos procesos menos uno, ¿cuál?**

- a) Disminuye la precarga del ventrículo derecho.
- b) Al principio de la inspiración en ventilación mecánica, se produce un aumento del retorno al VI (aumenta la precarga del ventrículo izquierdo).
- c) En la espiración en ventilación mecánica, el retorno al VI baja mientras el lecho pulmonar se vuelve a rellenar (disminuye la precarga del ventrículo izquierdo).
- d) Aumenta la poscarga del ventrículo izquierdo.

**41.- Acerca de los derrames pericárdicos, cual de estas opciones es falsa:**

- a) Un derrame pericárdico muy agudo por perforación de la pared libre del ventrículo, suele ser muy sintomático.
- b) Un derrame pericárdico crónico puede superar el litro, con escasa clínica.
- c) Los derrames pequeños agudos, < o igual de 200 ml, no suelen originar clínica.
- d) En un derrame pericárdico crónico, el líquido libre intrapericárdico comprime preferentemente las aurículas y luego el ventrículo derecho.

**42.- Acerca de la maniobra pasiva de piernas, cual de estas opciones no es verdadera:**

- a) La maniobra de elevación pasiva de las piernas (EPP) con un ángulo de 45° sobre el plano de la cama durante al menos 1 min, reproduce los efectos cardiovasculares de un aporte de volumen de 300 ml.
- b) Esta maniobra identifica con gran fiabilidad a los pacientes que responden a la administración de líquidos, pero su capacidad predictiva se ve afectada en casos de fibrilación auricular o volúmenes corrientes bajos.
- c) La EPP aumenta el retorno venoso, la precarga cardíaca y, si ambos ventrículos operan en la zona de precarga-dependencia de la curva de Frank-Starling, aumenta significativamente el GC en los siguientes minutos.
- d) La respuesta hemodinámica a esta maniobra, puede utilizarse en pacientes sometidos a ventilación mecánica y con respiración espontánea.

**43.- ¿Cuál de estas opciones te parece verdadera respecto a los siguientes fármacos ?**

- a) Se recomienda el uso de inotrópicos cuando la alteración de la función cardíaca se acompaña de un GC bajo o inadecuado, independientemente de los signos de hipoperfusión tisular.
- b) La dobutamina (efecto predominantemente b-adrenérgico) es el inotrópico de elección y tiene efectos distintos sobre la presión arterial, pudiendo aumentar ligeramente en los pacientes con disfunción miocárdica o disminuir ligeramente en pacientes con hipovolemia subyacente.
- c) El Levosimendan tiene una vida media de 24h, lo que limita su utilidad en estados de shock agudo.
- d) La noradrenalina es el vasopresor de primera elección porque tiene predominantemente efecto a-adrenérgico, pero carece de efecto betaadrenérgico, que ayudaría a mantener el GC.

**44.- Según la clasificación de Crawford para los aneurismas de aorta, cual de estos no pertenece a dicha clasificación:**

- a) Ao Ascendente.
- b) Ao Toracoabdominal Tipo IV.
- c) Ao Abdominal Yuxtarenal.
- d) Ao Abdominal Suprarrenal.

**45.- ¿Cuál de estas afirmaciones es falsa respecto a la fisiología del ventrículo derecho?:**

- a) La curva presión-volumen (PV) del VD tiene una morfología característica rectangular a diferencia de la del VI, que es típicamente triangular.
- b) La arquitectura de su fina pared le permite una gran capacidad de acomodación al retorno venoso que le llega, sin grandes incrementos en la presión telediastólica.
- c) El inconveniente de su pared libre tan distensible es que hace al VD muy dependiente de la poscarga.
- d) El denominado cross-talk miocárdico, influye en el fenómeno de interdependencia ventricular.



**46.- Respecto a la plasmaféresis, cual de estas opciones es verdadera:**

- a) El plasmafiltro utilizado se compone de una membrana de poro pequeño (0,2-0,7  $\mu\text{m}$ ) que extraen moléculas de hasta 2 millones de daltons.
- b) La indicación de plasmaféresis en el Síndrome de Guillain Barré es una categoría II respecto al nivel de evidencia de su utilidad según la Sociedad Americana de Aféresis terapéutica.
- c) La indicación de plasmaféresis en la crisis de miastenia es una categoría II respecto al nivel de evidencia de su utilidad según la Sociedad Americana de Aféresis terapéutica.
- d) Los líquidos utilizados habitualmente para la reposición varían en función de la patología de base, siendo la solución de albúmina al 5% la usada en la mayoría de las situaciones, o el plasma fresco congelado en el caso de púrpura trombocitopénica trombótica.

**47.- Respecto a los riesgos de la transfusión, señale la respuesta falsa:**

- a) La leucorreducción y los tiempos de almacenamiento más cortos reducen los riesgos relacionados con el almacenamiento de glóbulos rojos; sin embargo, el enfoque más obvio para disminuir los riesgos de la transfusión es reducir el número de transfusiones administradas.
- b) La inmunomodulación relacionada con la transfusión (efecto TRIM) se produce por mecanismos poco conocidos como la presencia de sustancias bioactivas liberadas por los hematíes y leucocitos durante el almacenamiento, por los péptidos HLA, o por un mecanismo no inmune que produce daño tisular y disfunción orgánica en el receptor.
- c) Los efectos deletéreos de la transfusión no guardan una relación directa con el número de bolsas transfundidas y sí con el tiempo de almacenamiento de las mismas en el banco de sangre.
- d) La inducción de inmunosupresión en el receptor produce un aumento de la predisposición a las infecciones nosocomiales y la recurrencia del cáncer.

**48.- Señale la verdadera en relación a los mecanismos de acción y efectos secundarios de los anticoagulantes:**

- a) El Davigatram es un inhibido indirecto de la trombina.
- b) El Rivaroxaban es un inhibidor del factor II activado.
- c) La trombocitopenia inducida por heparina (TIH) y el síndrome de trombocitopenia y trombosis inducido por heparina (STTIH) aparecen en alrededor del 25% de los pacientes, de 3 a 5 días después de iniciar el tratamiento con heparina.
- d) El 30- 40% de los pacientes con trombocitopenia inducida por heparina (TIH) progresan al síndrome de trombocitopenia y trombosis inducido por heparina STTIH.

**49.- Respecto a la utilización de complejo protrombínico en presencia de hemorragia intensa, señale la falsa:**

- a) El complejo protrombínico es el fármaco más eficaz para revertir rápidamente los efectos de la medicación antivitaminas K.
- b) El mecanismo de acción del complejo protrombínico se basa en que reemplaza los factores de la coagulación dependientes de la vitamina K (II, VII, IX y X); además algunos de ellos también contienen inhibidores como las proteínas C, S y Z.
- c) Una de las ventajas del complejo protrombínico es que evita la sobrecarga de volumen y además se acompaña de una baja incidencia de eventos tromboembólicos.
- d) La dosis habitual de complejo protrombínico es de 10- 20 UI/kg.

**50.- Respecto a la utilización de concentrado de fibrinógeno, crioprecipitados, Factor VII recombinante y complejo protrombínico en la hemorragia intensa, señale la falsa:**

- a) La dosis habitual de concentrado de fibrinógeno es 25-50 mg/kg si el fibrinógeno es < 150-200 mg/dl (Nivel de evidencia científica 1C).
- b) Los crioprecipitados sólo se recomiendan en el caso de que no haya concentrados de fibrinógeno, ya que el concentrado de fibrinógeno frente a los crioprecipitados entraña menor riesgo de transmisión de patógenos y menor número de reacciones inmunológicas.
- c) Para la utilización del Factor VII recombinante, no es requisito previo el tratamiento de la hipofibrinogenemia y la trombocitopenia.
- d) La dosis óptima del Factor VII recombinante es de 90-120 mcg/kg y esta dosis puede repetirse.

**51.- La desmopresina y los antifibróticos, son fármacos que podemos utilizar en la hemorragia grave, responde cual de las siguientes es falsa:**

- a) La desmopresina actúa en el nivel endotelial, incrementando los valores del factor de Von Willebrand, con inmediato efecto beneficioso en la hemostasia y la agregación plaquetaria.
- b) La dosis de desmopresina es de 0,3 µg/kg por vía intravenosa.
- c) La dosis de ácido tranexámico como terapia antifibrinolítico en la hemorragia grave es de 20-25 mg/kg; esta dosis se puede repetir o seguir de una infusión continua intravenosa de 1-2 mg/kg/h.
- d) En un estudio con más de 20.000 pacientes traumatológicos, la administración de ácido tranexámico en pacientes con sangrado activo demostró que mejoraba la supervivencia en más de un 30%.

**52.- La exploración clínica ante una fractura de pelvis permite estimar la gravedad de las lesiones que se podrán encontrar en el paciente. Señale la opción correcta:**

- a) El signo de Destot se corresponde con la presencia de un hematoma palpable bajo el ligamento inguinal, en el tercio proximal del muslo y/o en el perineo.
- b) El signo de Destot indica la existencia de una fractura pélvica con afectación asociada de la vía urinaria.
- c) La equimosis sobre el flanco (signo de Grey Turner) es indicativo de hemorragia 2ª a fractura de la pala iliaca.
- d) En más de un 20% de los pacientes con fractura de pelvis se produce una lesión genitourinaria, lo cual suele ser indicativo de lesión de alta energía y debe sospecharse ante la presencia de sangre en el meato urinario.

**53.- Aunque ningún método garantiza la certeza absoluta de las decisiones sanitarias, la búsqueda de decisiones prudentes es la función primordial de los Comité de Ética Asistencial (CEA). ¿Cuál de los siguientes enunciados le parece falso?:**

- a) Las decisiones del CEA suelen tener un carácter asesor y no vinculante.
- b) En las deliberaciones del CEA se incluyen la ética de mínimos (universal) correspondiéndose con los principios éticos de no maleficencia y de justicia.
- c) En las deliberaciones del CEA se incluyen la ética de máximos (particular), correspondiéndose con los principios éticos de autonomía y beneficencia.
- d) La bioética "principialista" fue propuesta por el Dr. Diego Gracia Guillén y es ampliamente desarrollado desde entonces en nuestro país.

**54.- En el tromboembolismo pulmonar (TEP), señale la opción verdadera:**

- a) En el 50% de los pacientes se puede detectar un shunt derecha-izquierda a través de un foramen oval permeable mediante ecocardiografía.
- b) La USC pone de manifiesto Trombosis Venosa Profunda (TVP) en un 30-50% de los pacientes con TEP; sin embargo el hallazgo de TVP proximal en pacientes con sospecha de TEP no justifica el tratamiento anticoagulante sin ampliar más pruebas complementarias.
- c) La insuficiencia aguda del ventrículo derecho con bajo gasto es la principal causa de muerte de los pacientes con TEP de alto riesgo.
- d) La noradrenalina parece mejorar la función del ventrículo derecho (VD) a través de un efecto inotrópico positivo directo, pero empeora la perfusión coronaria del VD por vasoconstricción coronaria asociado al aumento de la postcarga del VD.

**55.- Dentro de las indicaciones a corto plazo para los dispositivos de asistencia circulatoria tenemos las siguientes, excepto:**

- a) Shock Cardiogenico secundario a Infarto agudo de miocardio con o sin complicaciones mecánicas.
- b) Intervenciones percutáneas de alto riesgo.
- c) Pacientes con fallo ventricular derecho en el postoperatorio inmediato de trasplante cardiaco
- d) Pacientes con enfermedad obstructiva crónica severa

**56.- Dentro de los criterios de asistencia ventricular izquierda están:**

- a) Índice cardiaco < 1.8-2l/min/m<sup>2</sup>
- b) PAM < 65 mmHg
- c) PAI > 20 mmHg y RVS >2.100 dinas/cm<sup>5</sup>/s
- d) Todas las anteriores son correctas

**57.- NO es una premisa de un sistema de monitorización hemodinámica ideal, seleccione una:**

- a) Reproducible.
- b) Fiable.
- c) Invasivo.
- d) Continuo.

**58.- ¿Qué exploración aconsejaría en primer lugar a un paciente de 82 años que refiere angina de esfuerzo y que a la auscultación presenta un soplo sistólico eyectivo de intensidad 3/6?**

- a) Una prueba de esfuerzo.
- b) Una coronariografía.
- c) Un TAC coronario.
- d) Un ecocardiograma-Doppler.

**59.- ¿Qué tipo de estimulación eléctrica mejora la morbilidad y mortalidad en los pacientes con miocardiopatía dilatada, en ritmo sinusal con QRS ancho y morfología de bloqueo de rama izquierda del haz de His?**

- a) La estimulación en aurícula derecha.
- b) La estimulación en ventrículo derecho.
- c) La estimulación auriculo-ventricular.
- d) La estimulación biventricular.

**60.- Un paciente de 82 años acude a la consulta por presentar mareos repentinos y frecuentes, sin pródromos, de corta duración y que ceden espontáneamente, sin presentar nunca síncope. La exploración física y el electrocardiograma basal son normales. En un registro ambulatorio del electrocardiograma durante 24 horas se detecta en el periodo vigil fases de corta duración de ausencia de ondas P previas al QRS con un ritmo de escape de la unión auriculo-ventricular con QRS estrecho a 40 lpm y una onda al inicio del segmento ST correspondiente a una onda P retrógrada. No se detectan periodos de asistolia superiores a 3 segundos. Ante esto usted diría:**

- a) El paciente tiene un bloqueo auriculo-ventricular de 3º grado y precisa implantación de un marcapasos.
- b) Estaría indicado un tratamiento farmacológico que incrementara la conducción del nodo auriculo-ventricular.
- c) El paciente presenta una disfunción sinusal con bloqueo sino auricular y requiere, por presentar síntomas, la implantación de marcapasos.
- d) Las alteraciones detectadas en el electrocardiograma ambulatorio son propias de pacientes de esta edad y no hay indicación de intervención terapéutica.

**61.- Que alteración ecocardiográfica es sugestiva de taponamiento cardiaco**

- a) Alternancia eléctrica.
- b) Alternancia mecánica.
- c) Colapso diastólico de cavidades derechas.
- d) Colapso sistólico de cavidades derechas.

**62.- Hombre de 60 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia ha sido recientemente diagnosticado de insuficiencia cardiaca. Tras realizar las pruebas pertinentes se objetiva que conserva la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (>50%). En relación al tratamiento señale la respuesta INCORRECTA:**

- a) El tratamiento inicial debería dirigirse al proceso patológico subyacente.
- b) El tratamiento con diuréticos debe iniciarse a dosis altas.
- c) En caso de precisar tratamiento con nitratos debe iniciarse a dosis bajas.
- d) La disnea puede tratarse reduciendo la activación neurohormonal con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina o antagonistas de los receptores de la angiotensina.

**63.- Según la clasificación Hemodinámica de Forrester, el grado III es:**

- a) IC >2,2 y PCP >18
- b) IC < 2.2 y PCP <18
- c) IC > 2.2 y PCP <18
- d) IC < 2.2 y PCP > 18

**64.- Se considera urgencia hipertensiva cuando**

- a) La tensión arterial es mayor o igual a 210/120 mmHg
- b) La tensión arterial es mayor de 140/100 mmHg
- c) Tensión sistólica mayor o igual a 160 mmHg
- d) Ninguna de las anteriores

**65.- El objetivo del tratamiento de la urgencia hipertensiva es**

- a) Disminuir la presión arterial diastólica a valores inferiores de 80 mmHg
- b) Disminuir en un 15 de forma rápida la presión arterial sistólica
- c) Disminuir en un 20% de forma gradual la presión arterial media
- d) Ninguna de las anteriores

**66.- La circulación extracorpórea (CEC) tiene consecuencias predecibles, cuál de estas aseveraciones es cierta.**

- a) Se produce una respuesta sistémica similar a la sepsis.
- b) El flujo pulsátil de la circulación extracorpórea no altera la microcirculación.
- c) La hipotensión arterial durante la CEC lleva a una respuesta simpática disminuida.
- d) Los trastornos de la hemostasia que se producen con la CEC no son importantes.

**67.- El síndrome de bajo gasto cardiaco postoperatorio es**

- a) Complicación sumamente grave y asociada a incremento de la morbimortalidad
- b) El índice cardiaco estará <2,2 l/min/m<sup>2</sup> sin hipovolemia relativa asociada
- c) El cuadro puede ser compatible con saturación central <60%, oliguria y/o lactato >3
- d) Todas son ciertas.

**68.- ¿En qué sustancias es ineficaz la administración de carbón activado?**

- a) Antidepresivos tricíclicos
- b) Metanol
- c) Benzodiazepinas
- d) Aspirina

**69.- Los indicadores de calidad aplicados a la medicina intensiva sirven como**

- a) Instrumentos de medidas para identificar los puntos débiles y fuertes del centro
- b) No sirven para compararse con ellos mismos o con otros externos.
- c) No se pueden tomar decisiones y monitorizar el efecto de las mismas para cumplir el objetivo de mejora continua.
- d) Ninguna de las anteriores

**70.- El catálogo de los indicadores de calidad**

- a) Son útiles para implantar un plan de gestión de riesgos
- b) Identifican determinados riesgos que afectan al paciente de riesgo.
- c) Permiten medir el grado de cumplimiento de los objetivos fijados.
- d) Todas son correctas

**71.- ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es incorrecta en el tratamiento de insuficiencia cardiaca diastólica?**

- a) El control de los síntomas tanto agudos como crónicos se centra en el tratamiento deplectivo con diuréticos.
- b) Los betabloqueantes provocan bradicardización, reducción de la demanda de oxígeno y disminución de la tensión arterial
- c) Los digitalicos son útiles por su efecto inotrópico y porque disminuyen el riesgo de arritmias ventriculares.
- d) El verapamil y diltizem mejoran la relajación del ventrículo izquierdo en paciente con miocardiopatía hipertrófica

**72.- En el diagnóstico de una miocarditis, ¿cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA?:**

- a) En la Cardio-RM presenta un patrón de realce tardío de gadolinio característico con afectación típica subepicárdica.
- b) La biopsia miocárdica es la prueba de referencia para el diagnóstico, aunque su sensibilidad diagnóstica es escasa (entre el 35-50%).
- c) La serología viral siempre se recomienda por su gran sensibilidad y especificidad.
- d) Los biomarcadores carecen de especificidad, pero los niveles de Troponina T altos se relacionan con peor pronóstico.

**73.- En el tratamiento de la insuficiencia cardíaca:**

- a) Los bloqueantes del receptor de la angiotensina (ARAII) han demostrado superioridad sobre los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y deberían ser la primera opción terapéutica.
- b) Los betabloqueantes han demostrado disminuir la mortalidad en el mantenimiento a largo plazo.
- c) La terapia mediante marcapasos de resincronización cardíaca está indicada en pacientes con disfunción sistólica siempre que el QRS sea estrecho (inferior a 120 ms).
- d) El implante de desfibriladores automáticos está contraindicado en pacientes con disfunción ventricular, especialmente si es de causa isquémica.

**74.- La presencia de una presión arterial muy elevada (diastólica > 140 mmHg) con evidencia de daño vascular (hemorragias y/o exudados retinianos y/o edema de papila) es más característico de:**

- a) HTA no controlada.
- b) Urgencia hipertensiva.
- c) Hipertensión arterial maligna.
- d) Emergencia hipertensiva

**75.- Dentro de los predictores de mal pronóstico en los pacientes con endocarditis infecciosa tenemos:**

- a) Edad avanzada
- b) Insuficiencia cardíaca
- c) Hongos
- d) Todas las anteriores

**76.- Los criterios ecocardiográficos de diagnóstico de endocarditis infecciosa son:**

- a) Vegetación
- b) Absceso
- c) Nueva dehiscencia de una válvula protésica
- d) Todas las anteriores

**77.- Los indicadores de calidad sirven para:**

- a) Instrumento de medida de los puntos débiles y fuertes de las unidades.
- b) Como toma de decisiones.
- c) Para monitorizar el efecto de las decisiones para el cumplimiento de los objetivos de mejora continua.
- d) Todas las anteriores son ciertas

**78.- Los indicadores de calidad**

- a) Son útiles para implantar un plan de gestión de riesgos
- b) No sirven para medir el grado de cumplimiento de los objetivos
- c) Los indicadores no son claves para asistencia de seguridad del paciente
- d) No ayudan a homogeneizar los criterios calidad.

**79.- Cuál de los siguientes enunciados es FALSO:**

- a) Es obligación del responsable de la coordinación hospitalaria de trasplantes, o la persona en quien delegue, examinar la documentación y pertenencias personales que el difunto llevaba consigo, así como investigar si el donante hizo patente su voluntad a alguno de sus familiares o a otros profesionales que le atendieran en un centro sanitario.
- b) Los datos necesarios para una completa trazabilidad se conservarán como mínimo 30 años después de la donación.
- c) La realización de pruebas instrumentales de soporte diagnóstico de muerte encefálica sólo es necesaria si se desea acortar el periodo de observación clínico de seis horas.
- d) La realización del test de apnea en la exploración neurológica del potencial donante consiste en comprobar la ausencia de movimientos respiratorios torácicos y abdominales cuando la PaCO<sub>2</sub> es mayor de 60 mm Hg.

**80.- Cuál de los siguientes enunciados es VERDADERO:**

- a) Es una práctica extendida y recomendable proporcionar a los familiares de un donante de órganos y tejidos, una ayuda económica como contribución a los gastos del sepelio.
- b) En el caso de un donante de órganos en muerte encefálica, previamente a la obtención de los órganos, se exige la existencia de un certificado de muerte firmado por un neurólogo o neurocirujano, el coordinador de trasplantes y el médico responsable del Servicio donde se encuentre ingresado el donante.
- c) La presencia de actividad motora de origen espinal, espontánea o inducida invalida el diagnóstico de muerte encefálica.
- d) En el caso de donación de órganos de donante vivo, el interesado otorga su consentimiento por escrito ante un Juez.

**81.- Todos menos uno de los siguientes parámetros son útiles para predecir una buena respuesta a la administración de volumen en un paciente en situación de shock:**

- a) Un diámetro de la vena cava inferior  $< 12$  mm en la ventana subxifoidea en la fase teleespiratoria, con el paciente en respiración espontánea.
- b) Una variación del volumen sistólico  $> 10\%$ .
- c) Una variación respiratoria del diámetro de la vena cava inferior ( $\Delta D_{vci}$ )  $\leq 10\%$ .
- d) Un aumento del Volumen sistólico del 10% con la maniobra de elevación pasiva de las piernas.

**82.- En lo referente al diagnóstico del shock:**

- a) Se recomienda la medición horaria del lactato durante las primeras 24 horas para evaluar el pronóstico y guiar la terapia.
- b) La medida de la diferencia venoarterial de la PCO<sub>2</sub> (P(v-a)CO<sub>2</sub>) puede ser de ayuda para guiar la terapia en el shock.
- c) Valores de P(v-a)CO<sub>2</sub>  $< 4$  mm Hg en presencia de valores de SvCO<sub>2</sub>  $> 75\%$  son sugestivos de hipoxia tisular.
- d) Para poder asegurar que un paciente está en shock es necesario medir la Saturación venosa mixta de oxígeno y que ésta tenga un valor  $\leq 70\%$ .

**83.- El tratamiento del status epiléptico refractario incluye:**

- a) Terapia electroconvulsiva
- b) Pentotal: 10 mg/kg en 15 minutos seguido de perfusión a 0.5-5 mg/kg/h
- c) Ketamina: 1 mg/kg en bolo seguido de perfusión a 5 mg/kg/h
- d) Metilprednisolona: 1 g/día durante 3-5 días

**84.- Cuando hablamos de estatus epiléptico superrefractario:**

- a) Nos referimos a un estatus epiléptico que persiste o recurre después de 24 horas a pesar de tratamiento con fármacos anestésicos intravenosos.
- b) Se acepta que alrededor de un 50% de los estatus epilépticos refractarios acaban siendo superrefractarios.
- c) La estimulación cerebral profunda es muy eficaz en el control de la actividad epiléptica.
- d) Se debe suspender la administración de los fármacos anestésicos intravenosos puesto que no han sido capaces de evitar la progresión de estatus refractario a superrefractario.

**85.- En un paciente en su quinto día de ingreso por hemorragia subaracnoidea aneurismática grado III en la escala de Fischer, la medida de la velocidad media a nivel de la arteria cerebral media izquierda es de 125 cm/seg. Esta circunstancia es sugestiva de:**

- a) Actividad epiléptica.
- b) Hipertensión intracraneal.
- c) Vasoespasmo.
- d) Hidrocefalia.

**86.- Un paciente acude a urgencias con una clínica de cefalea muy intensa de 8 horas de evolución muy sugestiva de hemorragia subaracnoidea, aunque la TC cerebral no la ha confirmado. ¿Cuál debe ser nuestra actitud?**

- a) Repetir la TC a las 24 horas.
- b) Solicitar un electroencefalograma.
- c) Realizar una punción lumbar en las siguientes 2-4 horas.
- d) Realizar una angiografía urgente.

**87.- En un paciente portador de un drenaje ventricular externo por hidrocefalia aguda grave, se documenta una ventriculitis por *Acinetobacter spp.*Cuál sería la actitud correcta:**

- a) Iniciar tratamiento con Meropenem intravenoso, y recambiar el drenaje ventricular en un plazo máximo de 3 – 4 días.
- b) No retirar el drenaje, puesto que se trata de una hidrocefalia grave, e iniciar Colistina intratecal: 10 mg en 5 ml de salino 0.9%.
- c) Sólo será necesario retirar el drenaje y sustituirlo por otro.
- d) Meropenem intratecal y no retirar el drenaje porque podría elevarse peligrosamente la presión intracraneal.

**88.- Un paciente con un traumatismo craneoencefálico grave, con una puntuación de 7 en la escala de coma de Glasgow, presenta los siguientes valores en su neuromonitorización: PIC: 19 mm Hg; PPC: 66 mm Hg; PTiO2:12 mm Hg. Cuál de los siguientes hallazgos es el que más probablemente esté implicado en esta circunstancia:**

- a) Tener una gasometría con una PaO2 de 98 mm Hg.
- b) Tener una gasometría con una PaCO2 de 31 mm Hg.
- c) Tener una Temperatura axilar de 37.5 °C.
- d) Los sensores están disfuncionando.

**89.- El tratamiento de elección del ictus isquémico es la trombólisis intravenosa con rTPA, SALVO QUE:**

- a) El paciente haya sufrido un ictus isquémico hace un año.
- b) El paciente presente hiperglucemia superior a 400 mg/dl que no se haya corregido previamente al inicio del trombolítico.
- c) El paciente tenga antecedentes de hipertensión arterial.
- d) El NIHSS sea 20.

**90.- Todas menos una de las situaciones siguientes son indicación de craniectomía descompresiva en el caso de infarto maligno de la arteria cerebral media:**

- a) Anisocoria con midriasis fija unilateral
- b) Edad inferior a 60 años.
- c) Signos radiológicos de afectación mayor del 50% del territorio de la arteria cerebral media en la TC, con efecto masa.
- d) Evolución menor de 48 horas.

**91.- El control de la tensión arterial es muy importante en el manejo del paciente con hemorragia cerebral intraparenquimatosa. De acuerdo a las Guías de Práctica Clínica de la AHA y de forma general, el objetivo de tensión arterial sistólica en la fase aguda es:**

- a) Menor de 140 mm Hg.
- b) Menor de 160 mm Hg.
- c) Menor de 180 mm Hg.
- d) Menor de 200 mm Hg.

**92.- En los pacientes con hemorragia intracerebral en tratamiento con anticoagulantes antagonistas de la vitamina K, la corrección de la coagulación debe preferiblemente con:**

- a) Sulfato de protamina.
- b) Plasma fresco congelado.
- c) Fibrinógeno.
- d) Concentrado de complejo protrombínico.

**93.- Entre los criterios de preeclampsia grave están todos los siguientes menos uno:**

- a) Convulsiones tónico-clónicas
- b) Somnolencia
- c) Elevación de GOT al doble de su valor normal
- d) Plaquetas  $< 100.000 / \text{mm}^3$ .

**94.- Las convulsiones que aparecen como complicación de la enfermedad hipertensiva del embarazo deben tratarse como primera opción con:**

- a) Fenitoina
- b) Fenobarbital
- c) Sulfato de magnesio
- d) Valproato.

**95.- En lo referente al diagnóstico de muerte encefálica de un potencial donante de órganos:**

- a) La realización de una angiogramografía cerebral con Tc99 puede sustituir a la de un electroencefalograma en el diagnóstico instrumental de muerte encefálica.
- b) En la arteriografía cerebral, es necesario visualizar un afilamiento progresivo del flujo sanguíneo hasta su total desaparición a nivel de la arteria carótida externa.
- c) Un trazado electroencefalográfico totalmente plano y sin respuesta a estímulos dolorosos durante 30 minutos es diagnóstico de muerte encefálica, sin necesidad de recurrir a la exploración clínica de todos los reflejos troncoencefálicos.
- d) Para asegurar la ausencia de respiración espontánea en un potencial donante es necesaria la desconexión del respirador hasta que la PaCO<sub>2</sub> sea superior a 60 mm Hg, asegurando aporte de oxígeno a través de una cánula progresada hasta la tráquea.

**96.- Uno de estos potenciales donantes NO se consideran candidatos a donación en asistolia tipo Maastricht III:**

- a) Mujer 60 años, diagnosticada de esclerosis lateral amiotrófica en fase terminal, que no desea recibir ventilación mecánica domiciliar y ha dado a conocer a su familia su voluntad de ser donante. No está ingresada en UCI en este momento.
- b) Varón de 69 años. Motivo de ingreso: encefalopatía anóxica tras parada cardiorrespiratoria prolongada. Antecedentes de HTA tratada con tres fármacos y tabaquismo. Evolución: 6 días en UCI. Tiene Documento de Voluntades Anticipadas en el que muestra su deseo de ser donante de órganos.
- c) Varón de 65 años. Motivo de ingreso: hemorragia subaracnoidea aneurismática. Antecedentes: sin interés. Evolución: secuela neurológica grave, estancia prolongada en UCI; no se prevé evolución a muerte encefálica. Durante su estancia desarrolla una infección urinaria no bacteriémica por *E.coli*.
- d) Mujer de 60 años. Motivo de ingreso: postoperatorio-extirpación de un neurinoma del ángulo pontocerebeloso, con una complicación hemorrágica grave en el postoperatorio inmediato. Antecedentes: sin interés. Evolución: secuela neurológica grave.

**97.- Clínicamente, el síndrome de Miller-Fisher se caracteriza por:**

- a) Ptosis, miosis y enoftalmos.
- b) Ataxia, arreflexia y oftalmoplejía.
- c) Debilidad, arreflexia y parestesias.
- d) Disfagia, disartria, parálisis bulbar, disautonomía.

**98.- Todas menos una de las siguientes terapias están indicadas en una crisis miasténica:**

- a) Neostigmina
- b) Tacrolimus
- c) Prednisona
- d) Inmunoglobulinas



**99.- El principal factor de riesgo de la miopatía del enfermo crítico es el uso intravenoso de:**

- a) Relajantes musculares.
- b) Aminoglucósidos.
- c) Glucocorticoides.
- d) Insulina.

**100.- En cuál de las siguientes situaciones se invalida el diagnóstico de muerte encefálica:**

- a) Si el paciente tiene una TA de 200/100 mm Hg.
- b) Si el paciente tiene reflejos espinales.
- c) Si el paciente tiene una temperatura central de 30 °C.
- d) Si el paciente tiene las pupilas midriáticas, fijas y anisocóricas.

**101.- Durante el traslado de un paciente crítico desde la UCI a otra dependencia del hospital:**

- a) La posibilidad de una complicación / efecto adverso relacionado con ese traslado es superior al 50%.
- b) El riesgo de extubación accidental es superior al 15%, por lo que deben restringirse estos traslados.
- c) La probabilidad de que tenga lugar una parada cardiorrespiratoria es superior al 10%.
- d) La probabilidad de perder el acceso venoso central es superior al 30%.

**102.- Un paciente con delirio grave que está recibiendo tratamiento con dosis repetidas de haloperidol, se detecta la aparición de arritmias ventriculares y bloqueos auriculo-ventriculares intermitentes. Cuál es la decisión más adecuada:**

- a) Iniciar tratamiento con amiodarona mientras precise altas dosis de haloperidol.
- b) Sustituir el tratamiento con haloperidol por perfusión de dexmedetomidina.
- c) Suspender el tratamiento con haloperidol e iniciar tratamiento con olanzapina vía oral.
- d) Asociar haloperidol y dexmedetomidina, para poder disminuir las dosis de ambos.

**103.- Respecto a la comunicación de malas noticias es FALSO:**

- a) El profesional debe haber adquirido herramientas de comunicación que le permitan un manejo de las emociones
- b) Uno de los métodos propuestos es el modelo ABCDE
- c) Un mala noticia no lleva implícito aspectos como las expectativas del paciente
- d) Es aconsejable que el profesional prepare la entrevista previamente

**104.- Respecto al protocolo SPIKES como método para la comunicación de malas noticias es FALSO:**

- a) El paso 1 se refiere a la Preparación
- b) El paso 2 se refiere a la Planificación
- c) El paso 3 se refiere a la Invitación
- d) El paso 4 se refiere a la Comunicación

**105.- En relación a los estudios de investigación analíticos una de las siguientes respuestas es CORRECTA:**

- a) No se pretende establecer una relación causal entre un determinado factor de riesgo y un determinado efecto
- b) Son similares en cuanto a su diseño a los estudios descriptivos
- c) No es trascendental la ausencia de intervención por parte del investigador
- d) Ofrecen una visión dinámica del proceso salud-enfermedad

**106.- Respecto a la fisiopatología de las emergencias hiperglucémicas, cetoacidosis diabética (CAD) y el estado hiperosmolar hiperglucémico (EHH), una de las siguientes respuestas es FALSA:**

- a) En la CAD existe un déficit absoluto de insulina, mientras que en el EHH el déficit de insulina es relativo
- b) El aumento de las hormonas contrarreguladoras sucede tanto en la CAD como en el EHH
- c) En ambos síndromes hay un aumento de la lipólisis
- d) La hiperglucemia en los casos de CAD es generalmente menor que en los de EHH

**107.- Se puede identificar como factores principales del equilibrio ácido-base, según Stewart, todos los siguientes EXCEPTO uno:**

- a) El agua corporal
- b) Sodio, potasio, calcio, magnesio, cloro y lactato
- c) Bicarbonato
- d) Proteínas y fosfatos

**108.- Respecto al estudio de biomarcadores para determinar de forma temprana la presencia de lesión renal, una de las siguientes respuestas es FALSA:**

- a) Podrían ser normales en pacientes con filtrado glomerular alterado por una situación prerrenal
- b) El *Neutrophil Gelatinase-Associated Lipocalin* (NGAL), ha mostrado resultados prometedores en el disfunción renal aguda secundario a la cirugía cardiovascular
- c) La cistatina-C no es adecuada para la estimación del filtrado glomerular
- d) Se han determinado varias moléculas que detectan agresión muy temprana a las estructuras celulares y la puesta en marcha de mecanismos de defensa

**109.- Con respecto a la fisiopatología de la insuficiencia renal aguda, todas las siguientes respuestas son ciertas, EXCEPTO una:**

- a) En ciertas patologías la creatinina puede estar baja ante la presencia de daño renal significativo, y por tanto con un filtrado glomerular severamente deprimido
- b) Se estima que la incidencia de insuficiencia renal crónica después de un episodio de disfunción renal aguda es de un 4% de pacientes/año
- c) La utilización de escalas de clasificación del daño renal (RIFLE, AKIN, KDIGO) han incrementado la incidencia de disfunción renal aguda
- d) Uno de los biomarcadores que se ha desarrollado para determinar de forma temprana la presencia de lesión renal son marcadores de arresto del crecimiento celular como la asociación de TIMP-2/IGFBP7

**110.- En relación a la Neumonía Comunitaria Grave (NAC): ¿Cuál de las siguientes respuestas es CORRECTA?:**

- a) Las diferencias entre el síndrome clínico "típico" y "atípico" ayudan al diagnóstico etiológico del microorganismo causante de la infección, incluso en enfermos graves
- b) La proadrenomedulina no ha demostrado utilidad como marcador pronóstico, y no mejora la capacidad de predicción de complicaciones
- c) La ecografía ha demostrado una sensibilidad y especificidad del 95% y del 90%, respectivamente, aportando facilidad de uso en enfermos críticos
- d) Técnicas basadas en espectrometría de masas (MALDI-TOFF) alcanzan el diagnóstico etiológico en > 87% de los casos de NAC, y pueden obviar los métodos convencionales

**111.- Respecto al *Severe Community-Acquired Pneumonia* (SCAP) como herramienta pronóstica y de valoración para ingreso de los pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en UCI, una de las siguientes respuestas es FALSA:**

- a) Utiliza 8 variables de forma ponderada
- b) Identifica a los enfermos con necesidad de monitorización intensiva y tratamiento más agresivo después de una primera evaluación en urgencias
- c) Una puntuación entre 10-19 puntos indica riesgo intermedio
- d) La afectación multilobular o bilateral en la radiografía es un criterio mayor

**112.- La falta de respuesta al tratamiento antibiótico inicial ("no respondedores") en los pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), incluye los siguientes aspectos, EXCEPTO uno de ellos:**

- a) El estudio de biomarcadores séricos puede ser útil para predecir la falta de respuesta
- b) Dentro de las causas no infecciosas se incluye la neumonía eosinófila
- c) Entre las causas infecciosas por microorganismos poco habituales no se incluye el Hantavirus
- d) Pasados 3 días sin mejoría clínica se debe plantear una respuesta programada, que incluya obtener nuevas muestras para estudio microbiológico y ampliar la cobertura antibiótica

**113.- En relación a la escala de valoración clínica de la infección pulmonar o *Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS)*, una de las siguientes respuestas es FALSA:**

- a) Puede ayudarnos en el diagnóstico de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV)
- b) Utiliza tanto criterios clínicos como radiológicos
- c) El rango de puntuación va de 0 a 14
- d) Puntuaciones > de 6 se asocian con el diagnóstico de neumonía

**114.- Dentro del Proyecto Prevención Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (Neumonía-Zero), todas las respuestas son correctas, EXCEPTO una de ellas:**

- a) Dentro de las medidas básicas de obligado cumplimiento se incluye la aspiración de secreciones subglóticas
- b) En el contenido de la intervención se incluye el Plan de Seguridad Integral (PSI)
- c) El objetivo principal del Proyecto es reducir la densidad de incidencia (DI) de la NAV a menos de 9 episodios de NAV por 1.000 días de ventilación mecánica
- d) Entre los objetivos secundarios esta promover y mejorar la cultura de seguridad en las UCIs

**115.- Una de las siguientes respuestas relacionadas con el tratamiento local con aerosoles en pacientes con Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV) es FALSA:**

- a) La aplicación de antimicrobianos en aerosol puede ser considerada en la NAV en presencia de microorganismos altamente resistentes
- b) Los fármacos más utilizados en forma de nebulización son los aminoglucósidos y la colistina, y no hay experiencia con betalactámicos (ceftazidima)
- c) El dispositivo de administración es un factor esencial, ya que el fármaco debe alcanzar el espacio alveolar
- d) Puede ser de utilidad con antimicrobianos con poca penetración pulmonar que requieren altas dosis, que pueden ser tóxicas al ser administradas por vía sistémica

**116.- De acuerdo con las Guías de la *Surviving Sepsis Campaign 2016*, la recomendación: "Sugerimos evitar el uso de tratamiento con bicarbonato de sodio para mejorar la hemodinámica o para reducir los requisitos de vasopresores en pacientes con acidosis láctica inducida por hipoperfusión con un pH  $\geq 7.15$ ", es una:**

- a) Recomendación débil, Calidad de evidencia moderada
- b) Recomendación fuerte, Calidad de evidencia moderada
- c) Recomendación débil, Calidad de la evidencia baja
- d) Recomendación fuerte, Calidad de la evidencia alta

**117.- Una de las siguientes recomendaciones de la *Surviving Sepsis Campaign 2016*, en relación al control de la glucemia es FALSA:**

- a) Se recomienda un enfoque protocolizado para el control de la glucemia en pacientes con sepsis en la UCI
- b) Se debe iniciar la administración de insulina cuando dos niveles de glucemia consecutivos sean > 180 mg/dl
- c) Se recomienda monitorizar los valores de glucemia cada 4 horas hasta que los valores de glucemia y las tasas de infusión de insulina estén estables
- d) Se sugiere el uso de sangre arterial en lugar de sangre capilar para los análisis de diagnóstico inmediato que usan glucómetros si los pacientes tienen catéteres arteriales

**118.- En relación a la hiperventilación como medida de primer nivel en pacientes con hipertensión intracraneal por un traumatismo craneoencefálico, es FALSO que:**

- a) La hiperventilación consigue una disminución del volumen sanguíneo cerebral
- b) Produce un descenso del flujo sanguíneo cerebral, que puede llevar hasta niveles de isquemia
- c) Desplaza la curva de disociación de la hemoglobina a la izquierda, aumentando la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno
- d) La *Brain Trauma Foundation* aconseja evitar la hiperventilación durante las primeras 6 horas tras el traumatismo

**119.- En el traumatismo raquímedular, cuando el paciente no pueda colaborar en la exploración, puede ser de gran valor para establecer la sospecha de lesión medular y su nivel neurológico una cuidadosa evaluación de los reflejos. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA?**

- |                                       |                         |
|---------------------------------------|-------------------------|
| a) Reflejo bicipital                  | Centro nervioso C4-C6   |
| b) Reflejo cúbito-pronador            | Centro nervioso C5-C6   |
| c) Reflejo cutáneo-abdominal inferior | Centro nervioso D10-D12 |
| d) Reflejo rotuliano                  | Centro nervioso L2-L3   |

**120.- El Grado C de la Escala de deficiencia de la *American Spinal Injury Association* (escala ASIA), para realizar la clasificación de la disfunción debida a lesión medular, corresponde a:**

- a) Incompleto: preservación de sensibilidades por debajo del nivel lesional, extendiéndose hasta los segmentos sacros S4-S5 y con ausencia de función motora
- b) Incompleto: preservación de la función motora, con más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel lesional con una fuerza muscular menor de 3
- c) Incompleto: preservación de la función motora, con más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel lesional con una fuerza muscular de 3 o más
- d) Completo: ausencia de función motora y sensitiva en los segmentos sacros S4-S5

**121.- Respecto al traumatismo torácico es FALSO que:**

- a) Es más frecuente en el hombre que en la mujer (ratio 4:1)
- b) En el 50% de los casos se trata de traumatismos torácicos asociados a otras lesiones
- c) Si hay asociado traumatismo abdominal y/o de las extremidades se incrementa el riesgo de muerte súbita
- d) En caso de traumatismo torácico por atropello siempre se deberá descartar la rotura de la aorta torácica

**122.- En relación al traumatismo torácico con sospecha de rotura traumática de la aorta (RTA), es CIERTO que:**

- a) El 60% de los pacientes con RTA fallecen en el lugar del accidente o durante su traslado
- b) El mecanismo lesional del traumatismo torácico no ayuda a la hora de establecer la sospecha diagnóstica de RTA
- c) El 90% de las RTA se originan por la disrupción de la aorta a la altura del istmo, por debajo de la subclavia izquierda
- d) La no visualización del arco aórtico/aorta descendente en la radiografía del tórax no es de utilidad para establecer la sospecha diagnóstica de RTA

**123.- Dentro del tratamiento con fluidoterapia en el paciente crítico quemado, es CIERTO que:**

- a) La fórmula de Evans es aplicable a pacientes con más del 50% de la superficie corporal quemada
- b) La fórmula de Brooke utiliza más coloides que cristaloides
- c) La fórmula de Parkland omite la administración de coloides durante las primeras 24 horas
- d) La solución de BET es hipertónica con respecto al plasma para disminuir la salida de líquidos al espacio extravascular

**124.- En relación al tratamiento, dentro del postoperatorio inmediato del paciente con trasplante hepático, es FALSO que:**

- a) En pacientes de alto riesgo además de la profilaxis antibiótica extendida es recomendable la profilaxis antifúngica
- b) La insulino terapia suele ser necesaria para el adecuado control de la glucemia
- c) La disfunción renal previa no es indicación para la utilización de anticuerpos monoclonales como pauta de inducción de la inmunosupresión
- d) En casos de disfunción renal perioperatoria es obligado el ajuste de la inmunosupresión

**125.- En la disfunción primaria o inicial del injerto en el trasplante hepático, se dan todas las circunstancias siguientes, EXCEPTO una de ellas:**

- a) El diagnóstico diferencial de no función primaria obliga a la exclusión de complicaciones vasculares
- b) Una puntuación de 5 en la escala de marcadores precoces predictivos de disfunción irreversible del injerto (*Cillo U et al*), indica disfunción grave del injerto
- c) Su incidencia se estima en el 2%
- d) Es el motivo del 50-70% de los retrasplantes urgentes

**126.- En la lesión por inhalación en el paciente quemado, una de las siguientes respuestas es CORRECTA:**

- a) Una radiografía de tórax anormal al ingreso orienta el diagnóstico
- b) La fibrobroncoscopia no tiene valor pronóstico
- c) El cianuro actúa inhibiendo de forma irreversible la citocromo-oxidasa mitocondrial, interrumpiendo la cadena respiratoria
- d) En el caso de intoxicación por CO se aconseja la administración de O<sub>2</sub> al 100% debiendo mantenerse hasta que el nivel de carboxihemoglobina sea inferior al 7%

**127.- Con respecto a la traqueotomía percutánea señale la respuesta FALSA:**

- a) Estudios aleatorizados demuestran la superioridad de la técnica percutánea frente a la quirúrgica en la incidencia de complicaciones.
- b) Se realiza entre el 1º y 2º o entre el 2º y 3º anillos traqueales.
- c) Es contraindicación relativa la necesidad de FIO<sub>2</sub> y PEEP elevadas y la presencia de coagulopatía.
- d) Dentro de las complicaciones intraoperatorias derivadas de la técnica está la fistula de la arteria innominada.

**128.- Señale cuál de los siguientes NO se considera un factor predictivo de vía aérea difícil según el acrónimo LEMON :**

- a) La presencia a la Inspección de un cuello corto y grueso.
- b) Test de Mallampati –Samssoon grado III y IV.
- c) Distancia interincisivos de 2 traveses de dedos.
- d) Distancia entre el borde superior de cartílago tiroides y el ángulo de unión del cuello y la mandíbula de 2 traveses de dedo.

**129.- Paciente que ingresa en UCI por Shock hipovolémico secundario a HDA. En el estudio endoscópico realizado se evidencia una hemorragia en babeo a nivel del cuerpo gástrico, que clasificación tendría en la Escala Forrest :**

- a) Ia
- b) IIa
- c) Ib
- d) III.

**130.- En cuanto a la Hemorragia Digestiva Alta (HDA) ,señale la opción FALSA :**

- a) La causa mas frecuente de HDA es la úlcera péptica.
- b) El aspirado gástrico puede ser normal incluso en caso de HDA activa.
- c) Se recomienda hacer estudio endoscópico de control de forma sistemática.
- d) La localización de la úlcera en la curvatura menor del estómago es factor de riesgo de recidiva del sangrado.

**131.- En las " Recomendaciones para el manejo en Cuidados Intensivos de la pancreatitis aguda(PA)" Semicyuc 2012, señale la opción FALSA:**

- a) Recomienda emplear la clasificación de Petrov et al, que clasifica la PA en 4 niveles ,basada en la aparición o no de FO (fallo orgánico) y complicaciones locales.
- b) La procalcitonina es un marcador precoz de gravedad en las primeras 24h de ingreso ,con un valor de corte de 1,8 ng/ml.
- c) Se consideran criterios de alarma grave de la PA : la existencia de necrosis pancreática y el grado D y E de la clasificación por TAC de Balthazar.
- d) 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 urgente (primeras 24 horas).

**132.- Con respecto al soporte nutricional en la pancreatitis aguda señale la respuesta VERDADERA :**

- a) El soporte nutricional especializado en la Pancreatitis aguda potencialmente grave (PAPG) tanto en sus formas de PAG ( pancreatitis aguda grave ) y PAC ( pancreatitis aguda crítica) se aconseja iniciarlo pasadas 48 horas tras la resucitación inicial.
- b) La nutrición enteral por vía yeyunal es de elección sobre la nutricióparenteral con grado de recomendación Fuerte (1) y Alta calidad de evidencia(A).
- c) El aporte de lípidos seguirá el consenso de la SEMICYUC-SENPE y se establecerá como norma general en < 0,7-g/kg/día.
- d) Se recomiendan las dietas oligoméricas sobre las poliméricas.

**133.- Entre las características de los procedimientos que se usan para determinar el origen del sangrado en la hemorragia digestiva baja( HDB), señale la afirmación INCORRECTA :**

- a) Los estudios isotópicos constituyen la técnica menos sensible para el sangrado y requieren tasas de sangrado superior a 1,5 ml/min.
- b) La colonoscopia en las primeras 24 horas detecta la causa de sangrado en el 45-90% de los pacientes.
- c) El angio-TAC puede detectar una velocidad de sangrado de 0,3-0,5 ml/min.
- d) Para visualizar punto de sangrado mediante arteriografía es necesario un sangrado activo de 1 a 1,5 ml/min.

**134.- Paciente de 70 años con antecedentes de aterosclerosis generalizada y claudicación intermitente que presenta cuadro subagudo de dolor abdominal postprandial ,que aparece a los 30 min de la ingesta, y pérdida de peso, pues ha disminuido la ingesta de forma importante por "miedo a comer". Hoy acude a Urgencias por distensión abdominal que se ha hecho más importante en las últimas 24 horas , aumento de dolor y diarrea sanguinolenta. Cúal sería el diagnóstico más probable ?**

- a) Embolia arterial aguda mesentérica.
- b) Trombosis arterial aguda mesentérica.
- c) Isquemia aguda mesentérica no oclusiva.
- d) Trombosis venosa aguda mesentérica.

**135.- Tanto la exploración como las pruebas de imagen confirman que el paciente presenta un cuadro de isquemia mesentérica con presencia de peritonitis.**

**¿Cúal sería la estrategia terapéutica más adecuada en este caso ?**

- a) Procedimiento percutáneo con administración intraarterial de vasodilatadores.
- b) Administración intraarterial de agentes trombolíticos.
- c) Laparatomía y ante duda de viabilidad realizar "second look"
- d) Procedimiento de revascularización no quirúrgico con colocación de stent.

**136.- El MELD (Model for end-stage liver disease) como sistema de asignación de prioridad en lista de Tx hepático se basa en los siguiente parámetros bioquímicos excepto :**

- a) Bilirrubina sérica total.
- b) Valor de INR.
- c) Valor de transaminasas.
- d) Valor de Creatinina.

**137.- Señale la respuesta FALSA con respecto a la Insuficiencia hepática aguda grave (IHAG) asociada a la Enfermedad de Wilson fulminante:**

a) Unos niveles bajos en la concentración sérica de Ceruloplasmina tiene alta sensibilidad diagnóstica.

b) Para su diagnóstico la combinación de una relación Fosfatasa alcalina/Bilirrubina total  $< 4$  y una ratio AST/ALT  $> 2,2$  tiene una sensibilidad y especificidad diagnóstica del 100%

c) La presencia de Anillo de Kayser-Fleischer ayuda al diagnóstico.

d) Los casos de IHAG asociados a Enfermedad de Wilson deben ser considerados desde el primer momento para trasplante hepático ( grado III evidencia).

**138.- La clasificación de O'Grady para el fallo hepático agudo( FHA)permite definir el pronóstico del paciente. Señale la respuesta VERDADERA basada en esta clasificación:**

a) La clasificación de O'Grady divide el fallo hepático agudo en dos categorías.

b) Es dato de mal pronóstico un intervalo de tiempo inferior a 7 días entre la aparición de ictericia y encefalopatía hepática .

c) En el FH *agudo* el intervalo transcurrido entre la aparición de ictericia y encefalopatía es entre la 1ª y 2ª semanas.

d) O'Grady y colaboradores en 1993 definen los criterios de King's College que establece criterios pronósticos según la causa del FHA estuviera o no relacionado con la toxicidad por paracetamol.

**139.- ¿Qué estrategia ventilatoria, a priori ,sería la más adecuada en un paciente en ventilación mecánica que presenta fistula broncopleurál?**

a) Utilización de Volumen corriente ( Vt) y frecuencias altas con flujo lento y tiempo inspiratorio largo.

b) Utilización de Vc y frecuencias bajas ,flujos elevados y tiempo inspiratorio (Ti) corto.

c) Utilización de Vc bajos con frecuencias altas , flujo lento y Ti corto

d) Utilización de Vc elevado, frecuencias altas con flujo elevado y Ti largo.

**140.- En el paciente crítico existen dos factores de riesgo independientes que predicen un mayor riesgo de hemorragia digestiva, señale la opción VERDADERA:**

a) Coagulopatía y ventilación mecánica durante más de 48 horas.

b) Coagulopatía y edad  $> 65$  años.

c) Coagulopatía e inestabilidad hemodinámica que requiera fármacos vasopresores.

d) Coagulopatía asociada a trombopenia.

**141.- Con respecto a la definición de la disfunción renal aguda (DRA) y su clasificación según las distintas escalas, señale la opción VERDADERA :**

a) La escala RIFLE presenta 5 categorías en función de la diuresis o cambios respecto al CI de Creatinina o la cifra de creatinina basal en 48 horas.

b) La escala AKIN se basa en dos parámetros :cambios en el filtrado glomerular medidos por CI Creatinina y diuresis.

c) La elevación absoluta de las cifras de Creatinina mayores de 0,3 mg/dl es un parámetro que se incluye en la categorización de los diferentes estadios de clasificación de la escala AKIN y KDIGO.

d) El estadio III de disfunción renal según la escala KDIGO lo definiría la presencia de un aumento del valor de Creatinina  $> 2$  a 3 veces o flujo urinario  $< 0,5$  ml/kg/hora durante  $> 12$  horas.

**142.- Cuando usamos anticoagulación con Citrato en las TCRR ( técnicas continuas de reemplazo renal) qué concentración de calcio iónico es objetivo en el circuito extracorpóreo:**

a) De 0,15-0,20 mmol/l.

b) De 0,20-0,25 mmol/l.

c) De 0,25-0,35 mmol/l .

d) De 0,35-0,40 mmol/l.

**143.- Con respecto al movimiento de solutos en las TCRR( técnicas continuas de reemplazo) , indique la respuesta FALSA:**

- a) El movimiento de solutos por difusión es el resultado de un movimiento molecular aleatorio.
- b) La tasa de difusión es directamente proporcional al gradiente de presión transmembrana y al área de la superficie de membrana a través de la cual se produce la difusión.
- c) El coeficiente de difusión aumenta con la temperatura .
- d) En el transporte de solutos por difusión tiene un papel relevante la resistencia de la propia membrana.

**144.- Señale cuál de las siguientes NO es una recomendación de interés elevado del grupo de trabajo de cuidados intensivo nefrológicos de la SEMICYUC:**

- a) Evitar la nefropatía por contraste identificando factores de riesgo, hidratándolos y minimizando la cantidad de contraste.
- b) Calcular el grado de disfunción renal aguda mediante las escalas RIFLE, AKIN o KIDGO.
- c) Iniciar técnicas de depuración renal en pacientes con disfunción renal aguda en estadio AKIN 3.
- d) En pacientes críticos comenzar la depuración renal con una dosis de 20-25 ml/Kg/h con ajuste dinámico según evolución.

**145.-Entre los factores de riesgo de las infecciones del tracto urinario asociadas a sonda urinaria en paciente crítico que se enumeran a continuación, hay uno que no es correcto, indíquelo :**

- a) Antibioterapia previa al ingreso en UCI.
- b) Edad avanzada.
- c) Grado de severidad clínica al ingreso.
- d) Estancia prolongada en UCI

**146.- Con respecto a la administración de Glutamina ev , señale la respuesta INCORRECTA :**

- a) La dosis de Glutamina ev en los pacientes críticos es de 0,3-0,5 gr/kg/día.
- b) Se recomienda la administración suplementaria con glutamina ev. en paciente séptico incluso en situación de fracaso multiórgano.
- c) La administración de Glutamina parenteral ha demostrado reducción de la estancia hospitalaria y mejor control glucémico en pacientes con pancreatitis aguda grave.
- d) La administración de Glutamina es fundamental como sustrato multiespecífico y precursor del glutatión en el quemado crítico.

**147.- Señale la respuesta INCORRECTA con respecto a "El Síndrome de Realimentación" :**

- a) Se produce un aumento en la secreción de Insulina .
- b) Puede ocurrir con alimentación oral, enteral o parenteral aunque es más frecuente con la alimentación parenteral.
- c) La Hipofostatemia es característica , en parte justificada por la formación de ATP y 2,3-DPG.
- d) El tto se basa en aporte de líquidos y en la disminución o suspensión de la nutrición .

**148.- En el análisis de la curva Presión/Volumen (PV) del sistema respiratorio , señale la opción FALSA :**

- a) La curva representa la relación P/V desde la Capacidad residual funcional hasta la Capacidad pulmonar total.
- b) La posición del Punto de Inflexión Inferior( LIP) en la curva P/V depende, entre otras, de las resistencias de la vía aérea y de la elastancia de la caja torácica
- c) En la rama inspiratoria podemos observar el Punto Crítico de Cierre (PC).
- d) Ventilar por encima del Punto de Inflexión Superior ( UIP) puede suponer gran proporción de unidades sobredistendidas.



**149.- Con respecto a la posición de decúbito prono en el SDRA , señale la respuesta FALSA :**

- a) El efecto más relevante de la posición de prono es la homogenización del gradiente de Presión Transpulmonar ( Ptp)
- b) Uno de los factores que interviene en la mejoría de la relación ventilación/perfusión( V/Q) en el prono es una distribución más homogénea del flujo sanguíneo.
- c) Uno de los efectos no deseados de la posición de prono es que dificulta el drenaje bronquial.
- d) Las Maniobras de Reclutamiento( MR) en la posición de prono tienen efecto sumatorio y sinérgico en la oxigenación y distensibilidad del sistema respiratorio.

**150.- Con respecto a la ECMO VV utilizada como soporte en el SDRA , señale la respuesta FALSA .**

- a) Para evitar problemas de recirculación se recomienda que los extremos de las cánulas deben permanecer separados al menos 10 cm.
- b) Las complicaciones hemorrágicas son las más frecuentes.
- c) Durante la ECMO VV el flujo de sangre debe ser el máximo posible.
- d) Durante la maniobra de retirada de ECMO VV se va reduciendo el flujo sanguíneo manteniendo constante el flujo de gas .

**151.- Durante el periodo de prueba del personal estatutario temporal, es posible:**

- a) La movilidad de puesto de trabajo a otro Área de Salud
- b) La resolución de la relación estatutaria a instancia de cualquiera de las partes
- c) La modificación de la categoría profesional
- d) Todas las anteriores con correctas

**152.- El personal estatutario sustituto cesará:**

- a) Cuando se supriman las funciones que motivaron el nombramiento
- b) Desaparición de las razones de necesidad que motivaron la cobertura de la plaza
- c) Reincorporación de la persona sustituida a la misma plaza o función
- d) Todas las anteriores con correctas

**153.- En que supuesto de los siguientes el personal fijo puede desempeñar una plaza de otra categoría en promoción interna temporal:**

- a) Cuando desempeñe en la misma Gerencia una plaza en propiedad
- b) Cuando desempeñe en el mismo Servicio de Salud una plaza en propiedad
- c) Cuando desempeñe, con carácter fijo o temporal, una plaza en la misma Gerencia
- c) Cuando desempeñe, con carácter fijo o temporal, una plaza en el mismo Servicio de Salud

**154.- En la fractura de pelvis, el tipo de fractura y la magnitud del desplazamiento inicial se pueden asociar a la gravedad del shock hipovolémico, pero puede haber sangrado masivo en cualquier tipo de fractura, incluso en las aparentemente más banales. Señale la opción falsa:**

- a) El origen primario de la hemorragia en las fracturas pélvicas es el plexo venoso posterior y el sangrado de las superficies óseas esponjosas.
- b) En un 10-15% de los casos existe una lesión arterial, con más frecuencia en ramas de la arteria ilíaca interna (hipogástrica) y sus ramas extrapélvicas pudenda y glútea superior.
- c) El retroperitoneo puede contener hasta cuatro litros de sangre y el sangrado puede continuar hasta que el hematoma supera la presión intravascular y se produce un taponamiento fisiológico.
- d) El retorno venoso en las fases precoces del estado de shock no está preservado, por ausencia de mecanismos compensadores de contracción del volumen sanguíneo en el sistema venoso.

**155.- En el traumatismo abdominal cerrado, la exploración clínica abdominal puede objetivar un amplio abanico de signos y síntomas. Señale la respuesta correcta:**

- a) Más del 50% de los pacientes con exploración abdominal anodina tienen hallazgos patológicos significativos en los estudios radiológicos.
- b) El signo de Kehr suele traducir una lesión hepática con sangre junto a la cúpula diafragmática derecha.
- c) El signo de Kehr se corresponde con un dolor referido en el hombro derecho.
- d) El tacto rectal tiene baja sensibilidad para las lesiones intestinales y no debe realizarse de forma sistemática; se justifica en algunos casos cuando se sospecha traumatismo rectal o genitourinario.

**156.- En el tromboembolismo pulmonar (TEP), señale la opción falsa:**

- a) La elevación de biomarcadores de lesión miocárdica (troponina I y T) en un 30% a 50% de los pacientes es indicadora de isquemia del VD en el TEP agudo.
- b) La especificidad del dímero D en un posible TEP disminuye de manera constante con la edad hasta casi un 10% en pacientes mayores de 80 años.
- c) Se detectan trombos móviles en el corazón derecho mediante ecocardiografía transtorácica o transesofágica (o por angio-TC) en menos de un 4% de los pacientes con TEP no seleccionados, pero su prevalencia puede alcanzar el 18% en cuidados intensivos.
- d) Los trombos móviles en el corazón derecho confirman esencialmente el diagnóstico de TEP, pero su presencia no se relaciona con el pronóstico.

**157.- Criterios diagnósticos de TV**

- a) Complejo QRS con patrón rS o Rs en derivaciones precordiales
- b) En derivaciones precordiales con r-S el intervalo de inicio de la onda R y el nadir de la S > 100 ms
- c) Disociación AV
- d) Todas las anteriores

**158.- Dentro de las complicaciones de los marcapasos tenemos**

- a) Dislocación del electrodo
- b) Síndrome de Twiddler
- c) Hipo por estimulación del vago
- d) Todas son correctas.

**159.-Cuál de las siguientes aseveraciones es cierta:**

- a) La estimulación del ápex del ventrículo derecho es la zona de elección para la implantación del marcapasos definitivo en todos los casos.
- b) La estimulación permanente del Haz de His constituye el modo ideal de estimulación ventricular definitiva en Bloqueo AV suprahisiano.
- c) La estimulación hisiana no evita la asincronía inter e intraventricular.
- d) La contracción asincrónica no conlleva al deterioro de la función ventricular y por tanto no aumenta la mortalidad.

**160.-Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la sedación con ketamina es CORRECTA:**

- a) La premedicación con opiáceos evita la aparición de fenómenos alucinatorios durante la fase de despertar.
- b) Puede provocar intensa broncoconstricción, por lo que se desaconseja su uso en jóvenes asmáticos.
- c) Debido a su rapidez de acción y gran potencia anestésica, su uso es muy recomendable en la intubación del paciente con traumatismo craneoencefálico grave.
- d) Es un inductor ideal en la secuencia de intubación rápida para pacientes con hipotensión grave de origen no cardiogénico.

**161.-Cuál de las siguientes medidas NO se recomienda en el tratamiento del paciente con hipertensión intracraneal grave:**

- a) Control estricto de la glucemia (80 – 110 mm Hg)
- b) Control estricto de la hipertermia.
- c) Suero salino hipertónico.
- d) Craniectomía descompresiva.

**162.- En relación a la crisis tirotóxica, es FALSO que:**

- a) Es muy poco probable que sea la primera manifestación de un hipertiroidismo
- b) Aunque se trata de una emergencia médica, la mortalidad asociada con el tratamiento actual suele ser baja (< 5% de los casos)
- c) En ocasiones puede debutar como un shock cardiogénico
- d) Una de las posibilidades de tratamiento es la inhibición de la conversión periférica de T4 a T3 mediante la administración de contrastes yodados (ácido iopanoico)

**163.- En relación a la insuficiencia suprarrenal en UCI, una de las siguientes situaciones es FALSA:**

- a) La incidencia de insuficiencia suprarrenal primaria es del 1-3% en pacientes con shock séptico
- b) La incidencia de insuficiencia suprarrenal relativa del enfermo crítico (o insuficiencia suprarrenal funcional) es del 50-75% en el shock séptico refractario
- c) La medición simultánea de la concentración de cortisol en sangre y orina puede ser de utilidad
- d) Valores de cortisol en el paciente crítico < 15 g/dl indican una insuficiencia suprarrenal grave

**164.- En cuanto al manejo farmacológico y endoscópico de la HDA varicosa señale la opción VERDADERA:**

- a) En el caso de varices fúndicas el tratamiento endoscópico con pegamentos acrílicos es de elección.
- b) La Somatostatina es el fármaco con más solidez clínica en los estudios en cuánto a capacidad de control del sangrado .
- c) La escleroterapia con inyección de sustancias y la ligadura con bandas elásticas son iguales de eficaces en el control de la hemorragia de varices esofágicas.
- d) Ante el fracaso de la técnica endoscópica en el control de la hemorragia se realizará cirugía urgente.

**165.- Cúal de las siguientes afirmaciones no forma parte de las "Recomendaciones de Interés elevado del grupo de trabajo de Insuficiencia Respiratoria Aguda de la Semicyuc":**

- a) Uso de la VMNI como primera opción en pacientes con insuficiencia crónica hipercápnic exacerbadada.
- b) Utilización de ventilación mecánica protectora en pacientes con SDRA: volumen corriente entre 6-8 ml/kg ( peso corporal real) y presión meseta<30 cm H2O.
- c) Emplear decúbito prono en pacientes con SDRA y relación PO2/FIO2 <150.
- d) Evaluar diariamente la capacidad de los pacientes que reciben VM para mantener la respiración espontánea.

