Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

PREGUNTAS

1.- Respecto a la ketamina administrada a dosis de 2 mg/kg por vía intravenosa para anestesia general, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Produce miosis intensa y disminución de las secreciones salivales
b) La orientación completa suele recuperarse en menos de 5 minutos tras una dosis anestésica estándar.
c) Son frecuentes el nistagmo, el lagrimeo y el aumento del tono muscular esquelético.
d) Su duración de acción se debe principalmente a una rápida eliminación renal.

2.- Respecto a la clasificación de los compuestos opioides, ¿cuál de los siguientes fármacos pertenece al grupo de los opioides naturales?

a) Buprenorfina.
b) Metadona.
c) Morfina.
d) Fentanilo.

3.- Respecto al uso de dosis elevadas de sufentanilo para la inducción anestésica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El aumento de la dosis de sufentanilo de 3 a 15 µg/kg mejora significativamente el control hemodinámico y los signos del EEG en pacientes premedicados con lorazepam.
b) La dificultad para la ventilación con mascarilla durante la inducción con sufentanilo se relaciona principalmente con broncoespasmo intenso.
c) Las dosis elevadas de sufentanilo pueden mejorar la estabilidad hemodinámica y reducir los episodios de hipertensión durante la cirugía.
d) Cuando se emplea midazolam en lugar de propofol, las necesidades de sufentanilo disminuyen aproximadamente tres veces.

4.- Respecto a la lesión renal aguda (LRA) perioperatoria de origen isquémico o nefrotóxico, señale la afirmación FALSA:

a) La fase de extensión de la lesión por isquemia-reperfusión constituye una ventana terapéutica potencialmente útil para limitar el daño renal.
b) La lesión por isquemia-reperfusión se caracteriza por daño del epitelio tubular y del endotelio vascular, con disminución rápida de la tasa de filtración glomerular.



c) La administración aislada de contraste radiológico yodado en un riñón adecuadamente perfundido tiene una elevada probabilidad de producir necrosis tubular aguda.

d) El riesgo de lesión renal aguda nefrotóxica aumenta de forma exponencial cuando coinciden varios factores o agresiones nefrotóxicas.

5.- Respecto a la Gestión de Recursos de Crisis (GRC) en anestesia, señale la afirmación FALSA:

a) El liderazgo eficaz durante una crisis implica, siempre que sea posible, mantenerse libre de tareas manuales para supervisar la situación global y distribuir tareas.
b) El principio de «10 segundos por 10 minutos» está especialmente indicado cuando el equipo se encuentra bloqueado o cuando las medidas habituales no están funcionando.
c) La movilización de recursos disponibles se refiere fundamentalmente a la incorporación de personal adicional, siendo los equipos y ayudas cognitivas recursos secundarios.
d) La anticipación constituye una conducta orientada a objetivos que implica prever posibles dificultades y planificar respuestas antes de que ocurran.

6.- Según los principios de la GRC, ¿cuál de las siguientes actuaciones podría favorecer un error de fijación?

a) Reevaluar periódicamente el diagnóstico inicial a la luz de nueva información.
b) Solicitar la opinión de otros miembros del equipo cuando el tratamiento no produce los resultados esperados.
c) Mantener una hipótesis diagnóstica inicial a pesar de la aparición de datos inconsistentes con ella.
d) Utilizar ayudas cognitivas para contrastar posibles causas de una situación crítica.

7.- Durante una sesión de formación basada en Manejo de Recursos en Crisis en Anestesia (MRCA), los participantes completan varios escenarios simulados seguidos de un debriefing estructurad con vídeo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) La recapitulación constituye uno de los elementos más complejos de la formación y requiere instructores con preparación específica.
b) Al menos una parte sustancial del curso debe centrarse en competencias no técnicas, como liderazgo, comunicación y trabajo en equipo, más que en habilidades puramente técnicas.
c) La observación pasiva de escenarios simulados puede considerarse equivalente a la participación activa en el curso, siempre que el observador tenga experiencia clínica suficiente.
d) Los escenarios deben reproducir situaciones clínicas realistas que obliguen a los participantes a interactuar profesionalmente y gestionar recursos en contextos complejos.



8.- ¿Cuál de los siguientes elementos diferencia principalmente a un programa de simulación tipo MRCA de una formación centrada exclusivamente en habilidades técnicas?

a) La utilización de escenarios clínicos complejos y de alta fidelidad.
b) La incorporación de equipamiento que reproduce fielmente el entorno quirúrgico.
c) El énfasis en las competencias cognitivas y sociales implicadas en la gestión de crisis.
d) La presencia de instructores con experiencia clínica en anestesiología.

9.- ¿Cuál de los siguientes factores puede disminuir significativamente la eliminación renal de un fármaco hidrófilo por favorecer su reabsorción tubular pasiva?

a) Aumento del flujo tubular renal.
b) Disminución del flujo tubular renal (oliguria).
c) Incremento de la filtración glomerular.
d) Aumento de la secreción tubular activa.

10.- Respecto al metabolismo y aclaramiento de los fármacos anestésicos, señale la afirmación FALSA:

a) El remifentanilo, la succinilcolina y el esmolol se eliminan principalmente mediante hidrólisis de ésteres en plasma y tejidos.
b) La tasa de metabolismo de la mayoría de los fármacos anestésicos suele ser proporcional a la concentración del fármaco que llega al hígado a través de la circulación.
c) El aclaramiento metabólico de la mayoría de los anestésicos suele ser constante e independiente de la dosis administrada.
d) El rocuronio se elimina principalmente mediante hidrólisis de ésteres en plasma y tejidos.

11.- ¿Cuál de los siguientes fármacos comparte un mecanismo de eliminación diferente al de la mayoría de los anestésicos intravenosos?

a) Propofol.
b) Midazolam.
c) Rocuronio.
d) Remifentanilo.

12.- ¿Cuál de los siguientes anestésicos inhalatorios se ha asociado clásicamente con el mayor riesgo de hepatitis fulminante mediada inmunológicamente?

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

13.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la toxicidad renal de los anestésicos inhalatorios es FALSA?

a) El metabolismo del sevoflurano puede producir concentraciones elevadas de fluoruro en sangre sin que ello implique necesariamente lesión renal.
b) La nefrotoxicidad por fluoruro se ha asociado principalmente a la exposición prolongada al metoxiflurano.
c) La mayor toxicidad renal del metoxiflurano respecto al sevoflurano se relaciona, entre otros factores, con su elevada solubilidad tisular y su metabolismo renal.
d) El compuesto A generado por la degradación del sevoflurano en los absorbentes de CO_2 ha demostrado producir insuficiencia renal clínicamente relevante en humanos.

14.- Respecto al impacto medioambiental de los anestésicos inhalatorios, señale la afirmación FALSA:

a) El desflurano presenta un potencial de calentamiento global superior al del isoflurano y al del sevoflurano.
b) El óxido nitroso (N_2O) contribuye tanto al efecto invernadero como a la destrucción de la capa de ozono.
c) La utilización de anestesia en circuito cerrado y de bajos flujos de gas fresco puede reducir significativamente las emisiones de anestésicos al medioambiente.
d) El sevoflurano y el desflurano poseen un mayor potencial de destrucción de la capa de ozono que el halotano debido a su elevada fluoración.

15.- ¿Cuál de los siguientes anestésicos inhalatorios es el más utilizado para la inducción inhalatoria en lactantes y niños?

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

16.- Durante la anestesia inhalatoria espontánea, el mantenimiento de la ventilación depende principalmente de:

a) Los quimiorreceptores periféricos estimulados por la hipoxia.
b) Los impulsos de los quimiorreceptores centrales mediados por CO_2.
c) Los reflejos de la vía aérea superior.
d) La activación de los músculos abdominales.

17.- Respecto a los efectos de la anestesia general sobre la función respiratoria, señale la respuesta FALSA:

a) La eliminación de CO_2 depende de la ventilación alveolar y no de la ventilación minuto total.
b) La anestesia general disminuye la capacidad residual funcional (CRF), favoreciendo la aparición de atelectasias.
c) La mayoría de los anestésicos atenúan la vasoconstricción pulmonar hipóxica, pudiendo empeorar la relación ventilación-perfusión.
d) Durante la anestesia general aumenta la capacidad residual funcional (CRF), lo que protege frente al colapso alveolar y las atelectasias.

18.- Varón de 65 años con EPOC moderado y obesidad (IMC 38 kg/m²), sometido a cirugía abdominal bajo anestesia general. Tras la inducción con FiO_2 100%, presenta una PaO_2 de 58 mmHg pese a mantener una $PaCO_2$ de 40 mmHg. La auscultación pulmonar es normal y no existen signos de broncoespasmo ni de insuficiencia cardíaca.¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico más probable de la hipoxemia?

a) Hipoventilación alveolar secundaria a depresión respiratoria.
b) Disminución de la capacidad residual funcional con formación de atelectasias y aumento del cortocircuito intrapulmonar.
c) Alteración de la difusión alveolo-capilar secundaria a la anestesia general.
d) Aumento del metabolismo tisular con incremento del consumo de oxígeno.

19.- ¿Cuál de las siguientes medidas mejora más eficazmente la oxigenación durante la ventilación unipulmonar al actuar sobre las atelectasias del pulmón ventilado?

a) Disminuir la PEEP del pulmón ventilado.
b) Aplicar una maniobra de reclutamiento alveolar seguida de PEEP adecuada.
c) Aumentar exclusivamente la frecuencia respiratoria.
d) Administrar bicarbonato sódico intravenoso.

20.- Mujer de 64 años sometida a lobectomía pulmonar derecha mediante toracotomía. Durante la ventilación unipulmonar izquierda con FiO_2 de 100%, la saturación arterial desciende progresivamente hasta el 88%. La presión arterial y la capnografía son normales. El anestesiólogo realiza una maniobra de reclutamiento alveolar sobre el pulmón ventilado seguida de la aplicación de PEEP, observando una mejoría significativa de la PaO_2.¿Cuál es la explicación fisiopatológica más probable de esta mejoría?

a) Disminución del metabolismo tisular y del consumo de oxígeno.
b) Reducción de las atelectasias del pulmón ventilado, mejorando la relación ventilación-perfusión y disminuyendo el cortocircuito.
c) Incremento de la eliminación de CO_2 por el pulmón no ventilado.
d) Supresión de la vasoconstricción pulmonar hipóxica.

21.- **Respecto a la lesión hepática inducida por alcohol, señale la respuesta CORRECTA:**

a) La cirrosis aparece en prácticamente todos los consumidores crónicos de alcohol.
b) La esteatosis hepática aparece en la mayoría de los bebedores excesivos.
c) El alcohol disminuye la formación de NADH.
d) El TNF-α no participa en la hepatitis alcohólica.

22.- **Respecto a la irrigación hepática, señale la respuesta CORRECTA:**

a) La arteria hepática aporta aproximadamente el 75% del flujo sanguíneo hepático total.
b) La vena porta aporta aproximadamente el 75% del flujo sanguíneo hepático total.
c) La vena porta aporta el 100% del oxígeno al hígado.
d) La arteria hepática y la vena porta aportan cantidades iguales de flujo sanguíneo.

23.- **Paciente de 60 años con cirrosis hepática descompensada y ascitis acude por fiebre, dolor abdominal difuso y empeoramiento del estado general. La paracentesis diagnóstica confirma peritonitis bacteriana espontánea. ¿Qué mecanismo fisiopatológico explica mejor este proceso?**

a) Vasoconstricción de la arteria hepática.
b) Translocación bacteriana favorecida por sobrecrecimiento intestinal.
c) Aumento de la síntesis hepática de albúmina.
d) Incremento del flujo portal.

24.- **Respecto a la hemorragia varicosa en la cirrosis, señale la respuesta CORRECTA:**

a) Las varices gástricas son más frecuentes que las esofágicas.
b) Las varices esofágicas sangran con más frecuencia que las gástricas.
c) La rotura de varices no se relaciona con la gravedad de la enfermedad hepática.
d) La primera hemorragia varicosa tiene una mortalidad prácticamente nula.

25.- **Durante una hepatectomía parcial, un paciente presenta una disminución brusca del flujo sanguíneo portal. A pesar de ello, el aporte de oxígeno hepático se mantiene parcialmente gracias a un mecanismo compensador que incrementa el flujo arterial hepático. El anestesiólogo explica que este fenómeno ayuda a preservar la oxigenación del hígado cuando disminuye la perfusión portal. ¿Cómo se denomina este mecanismo fisiológico?**

a) Vasoconstricción hipóxica pulmonar.
b) Circulación enterohepática.
c) Respuesta compensadora de la arteria hepática (RCAH).
d) Reflejo de Bainbridge.

26.- Respecto al síndrome anticolinérgico central, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a) La neostigmina es el tratamiento de elección porque atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica.
b) La piridostigmina revierte eficazmente los síntomas centrales del síndrome.
c) La atropina puede producir xerostomía, midriasis, fiebre, alucinaciones y delirio.
d) La fisostigmina está contraindicada porque carece de efectos sobre el sistema nervioso central.

27.- Un paciente de 70 años presenta glaucoma de ángulo estrecho. Se plantea la administración de atropina como premedicación anestésica. ¿Cuál es la afirmación CORRECTA?

a) Está absolutamente contraindicada en cualquier dosis.
b) Produce miosis intensa.
c) Puede favorecer el cierre del ángulo iridocorneal por midriasis.
d) Disminuye la presión intraocular.

28.- Un paciente presenta intoxicación por atropina con agitación, alucinaciones y delirio. El tratamiento específico es:

a) Neostigmina.
b) Piridostigmina.
c) Fisostigmina.
d) Glucopirrolato.

29.- Respecto a la hipotensión ortostática, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se diagnostica por una disminución de la presión arterial sistólica ≥10 mmHg tras la bipedestación.
b) La respuesta fisiológica normal al ponerse de pie consiste en una disminución del tono simpático.
c) La hipotensión ortostática se diagnostica cuando existe una disminución de la presión arterial sistólica ≥20 mmHg y/o de la diastólica ≥10 mmHg a los 2-5 minutos de la bipedestación.
d) La bradicardia refleja es la respuesta habitual en la hipotensión ortostática.

30.- ¿Cuál de los siguientes fármacos actúa estimulando la liberación de noradrenalina desde las terminaciones nerviosas simpáticas presinápticas?

a) Cocaína
b) Reserpina
c) Clonidina
d) Efedrina

31.- Respecto a las contraindicaciones de la succinilcolina (SCh), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a) La succinilcolina está indicada en pacientes con antecedentes personales o familiares de hipertermia maligna.
b) La succinilcolina es segura en pacientes con deficiencia genética de seudocolinesterasa y no prolonga el bloqueo neuromuscular.
c) La succinilcolina puede desencadenar hiperpotasemia grave en pacientes inmovilizados durante periodos prolongados o ingresados en UCI.
d) La FDA recomienda el uso rutinario de succinilcolina en todos los pacientes pediátricos.

32.- Una mujer de 45 años con miastenia grave es sometida a una cirugía urgente. Durante la intervención se utiliza rocuronio para facilitar la intubación. Al finalizar el procedimiento, el anestesiólogo planifica la reversión del bloqueo neuromuscular y considera las particularidades de esta enfermedad. Respecto al manejo anestésico de estos pacientes, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) Los pacientes con miastenia grave suelen ser más sensibles a los bloqueadores neuromusculares no despolarizantes.
b) Siempre que sea posible, se prefieren técnicas como anestesia inhalada profunda y bloqueo regional para evitar el uso de bloqueadores neuromusculares.
c) El sugammadex ha demostrado ser seguro para revertir el bloqueo producido por rocuronio en pacientes con miastenia grave.
d) Los pacientes con miastenia grave suelen ser más sensibles a la succinilcolina que la población general.

33.- ¿Cuál de los siguientes fármacos NO revierte el bloqueo producido por cisatracurio?

a) Neostigmina
b) Edrofonio
c) Sugammadex
d) Piridostigmina

34.- ¿Cuál de los siguientes factores retrasa la recuperación tras neostigmina?

a) Hipercapnia
b) Hipotermia
c) Anestesia inhalatoria
d) Todas son correctas

35.- ¿Qué efecto cardiovascular puede producir la neostigmina?

a) Taquicardia ventricular sostenida.
b) Acortamiento del QT.



c) Prolongación del QT corregido.
d) Bloqueo completo de rama izquierda.

36.- La presión de perfusión cerebral (PPC) se calcula mediante:

a) PAM + PIC
b) PIC − PAM
c) PAM − PIC (o PVC si es mayor)
d) PAM × PIC

37.- La tríada de Cushing está formada por:

a) Hipotensión, taquicardia y taquipnea.
b) Hipertensión, bradicardia y respiración irregular.
c) Hipertensión, taquicardia y apnea.
d) Hipotensión, bradicardia y apnea.

38.- En pacientes con diagnóstico de síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) asociado a la presencia de síntomas neurológicos graves (convulsiones, disminución del nivel de conciencia), ¿Cuál es el tratamiento inicial más adecuado?:

a) Suero glucosado al 5%
b) Restricción hídrica exclusivamente
c) Suero salino hipertónico al 3%
d) Furosemida aislada

39.- ¿Cuál de los siguientes factores NO se menciona como un determinante directo del volumen sistólico del ventrículo izquierdo en cada ciclo cardiaco?

a) Precarga.
b) Poscarga.
c) Estado inotrópico del miocardio.
d) Presión venosa central.

40.- Durante la verificación preanestésica del aparato de anestesia según las recomendaciones de la FDA (1993), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) El monitor de oxígeno debe indicar aproximadamente un 21% cuando se expone al aire ambiente antes de reinstalar el sensor en el circuito.
b) En la prueba de fugas del sistema respiratorio, se debe presurizar el circuito hasta unos 30 cm H_2O con la válvula APL cerrada y la pieza en Y ocluida.
c) Durante la comprobación de los suministros de la tubería central, los manómetros deben indicar aproximadamente 50 psi.



d) La posición final recomendada de la máquina incluye los vaporizadores encendidos y los fluxómetros ajustados a 2 L/min para facilitar el inicio de la anestesia.

41.- ¿Cuál de los siguientes narcóticos ocasiona el mayor descenso en la contractilidad miocárdica cuando es administrado solo en grandes dosis?

a) Morfina.
b) Meperidina.
c) Sufentanilo.
d) Alfentanilo.

42.- Respecto a la fisostigmina, señale la respuesta FALSA:

a) Utilizada en el tratamiento de la intoxicación anticolinérgica central causada por sobredosificación de escopolamina.
b) Puede antagonizar el efecto depresor de las benzodiacepinas.
c) Es capaz de atravesar la barrera hematoencefálica.
d) Su vía de eliminación es fundamentalmente la excreción renal.

43.- Seleccione el enunciado falso en relación a los dispositivos de monitorización de presión arterial (PA) no invasivos:

a) Si el ancho del manguito de PA es demasiado estrecho, la PA medida estará falsamente disminuida.
b) El ancho del manguito de PA debe ser el 40% de la circunferencia del brazo del paciente.
c) Si el manguito de PA es envuelto alrededor del brazo del paciente demasiado flojo, la PA medida estará falsamente elevada.
d) Las medidas de PA oscilométricas son exactas en neonatos.

44.- Un vaporizador Datex Ohmeda Sevotec 5 es volcado mientras está siendo fijado a la máquina de anestesia, pero es colocado hacia arriba e instalado. El lapso mínimo que debe transcurrir para que pueda ser usado de forma segura es:

a) Después de 30 minutos de purgado con ajuste del dial en “off”.
b) Después de 6 horas de purgado con el dial en “off”.
c) Después de 12 horas con el dial ajustado a una baja concentración.
d) Después de 30 minutos con el dial ajustado a una baja concentración.



45.- **Paciente de 54 años al que se le está realizando un triple by-pass coronario bajo anestesia general. Después de la inducción, la presión en cuña capilar pulmonar es 15 mmHg, y la presión en arteria pulmonar 26/13 mmHg. Súbitamente, una nueva onda V de 30 mmhg aparece en el monitor. La presión arterial sistémica es de 120/70, la frecuencia cardiaca 75 lat/min y la presión arterial pulmonar 50/35 mmHg. ¿cuál de las siguientes drogas debe ser administrada a este paciente?**

a) Nitroglicerina.
b) Nitroprusiato.
c) Esmolol.
d) Dobutamina.

46.- **Paciente de 53 años de edad con historia de enfermedad hepática y osteomielitis, es anestesiado para desbridamiento tibial. Después de la inducción e intubación, la herida es inspeccionada y desbridada con una pérdida sanguínea total de 300 ml. El paciente es trasladado a la sala de recuperación, momento en el que la presión arterial sistólica cae a 50 mmHg. La frecuencia cardiaca es de 120 lat/min, los gases sanguíneos arteriales muestran una paO2 de 103, paCO2 de 45, pH 7.3, con saturación de oxígeno de 97% con FiO2 al 100%. Los gases de una mezcla venosa son pvO2 60, pvCO2 50, ph 7.25, con saturación de oxígeno de 90%. ¿cuál de los siguientes diagnósticos es más consistente con este cuadro clínico?**

a) Insuficiencia cardiaca congestiva.
b) Taponamiento cardiaco.
c) Sepsis con distrés respiratorio agudo.
d) Hipovolemia.

47.- **Cada una de las siguientes está disminuida en pacientes ancianos en comparación con adultos jóvenes, EXCEPTO:**

a) Volumen espiratorio forzado en un segundo.
b) Respuesta ventilatoria a la hipercapnia.
c) Gradiente alveoloarterial de oxígeno.
d) Capacidad vital.

48.- **Una mujer de 58 años de edad está esperando en la uci un trasplante hepático ortotópico por una cirrosis biliar primaria. Un catéter de oximetría es colocado en la arteria pulmonar y se mide una S_vO2 de 90%.**
¿cuál de las siguientes intervenciones en la presión arterial es la menos apropiada para el tratamiento de la hipotensión en esta paciente?

a) Norepinefrina.
b) Fenilefrina.
c) Milrinona.
d) Epinefrina.



49.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades está asociada con resistencia incrementada a los bloqueantes neuromusculares con succinilcolina?

a) Polimiositis.
b) Miastenia gravis.
c) Distrofia muscular de Duchene.
d) Síndrome miasténico.

50.- Cuando un fluido fluye en un tubo genera velocidad y presión, que pueden utilizarse de manera indirecta para medir el flujo. El flujo de gas al interior del pulmón es una mezcla de flujo laminar y turbulento. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?

a) En el flujo turbulento, la resistencia es directamente proporcional a la tercera potencia del radio.
b) En el flujo laminar, el perfil de velocidades tiene una forma parabólica.
c) En el flujo turbulento, la resistencia depende de la viscosidad del gas.
d) En el flujo laminar, la resistencia depende de la densidad del gas.

51.- Un niño de 5 años de edad y 25 kg de peso recibe 0.3 mg IV de atropina antes de herniorrafia inguinal bajo anestesia general. A los 30 minutos, su temperatura es de 38.6ºC. La causa más probable de elevación de la temperatura es:

a) Hipertermia maligna.
b) Alteración de la regulación central de la temperatura.
c) Liberación de catecolaminas.
d) Supresión de la sudoración.

52.- A una parturienta de 28 años y primera gestación, con síndrome de eisenmenger (hipertensión pulmonar con un shunt intracardiaco bidireccional de derecha a izquierda), se le coloca una epidural lumbar para analgesia durante el parto. Se debe evitar un anestésico local con adrenalina en esta paciente debido a:

a) Resistencia vascular pulmonar más baja.
b) Resistencia vascular sistémica más baja.
c) Incremento de la frecuencia cardiaca.
d) Causa incremento excesivo de la presión arterial sistólica.

53.- ¿Cuál de las siguientes técnicas es la menos efectiva en el tratamiento del prurito provocado por la administración de opioides neuroaxiales?

a) Nalbufina.
b) Desmedetomidina.
c) Tenoxicam.
d) Propofol.

54.- **Un paciente de 78 años de edad con mieloma múltiple acude al servicio de urgencias por dolor abdominal compatible con apendicitis. En la analítica destaca un calcio sérico de 15,5 mg/dl. El riesgo anestésico asociado a este paciente incluye:**

a) Coagulopatía.
b) Hipotensión.
c) Laringoespasmo.
d) Deshidratación.

55.- **Existen afecciones que dan lugar a discrepancias entre la presión capilar pulmonar de enclavamiento (PCP) y la presión telediastólica del ventrículo izquierdo (PTDVI). En las siguientes condiciones la PCP supera a la PTDVI, EXCEPTO:**

a) Mixoma en la aurícula izquierda.
b) Insuficiencia aórtica.
c) Presión positiva teleespiratoria.
d) Insuficiencia mitral.

56.- **Respecto a las características de funcionamiento de los circuitos de Mapleson, señale la opción CORRECTA:**

a) Todas las válvulas limitantes de presión ajustable permiten establecer un umbral de presión variable para la ventilación.
b) El diseño de circuito A de Mapleson es el más eficaz para su uso en ventilación espontánea.
c) El diseño de circuito C de Mapleson o circuito de Bain incorpora la tubería de entrada de gas fresco en el interior del tubo respiratorio.
d) a) y b) son correctas.

57.- **¿Cuál de las siguientes es verdadera con respecto al diagnóstico de diabetes insípida?**

a) Glucosuria.
b) Hipotonicidad del plasma.
c) Oliguria.
d) Baja osmolalidad urinaria.

58.- **Señale la opción INCORRECTA en relación a Imipenem:**

a) El principal efecto adverso asociado con Imipenem son las convulsiones generalizadas, que ocurren en 1 a 3% de los pacientes.
b) Proporciona una buena cobertura frente a estafilococos meticilin-resistentes.
c) Es activo contra Bacteroides fragilis y Enterococcus faecalis.
d) Es efectivo cuando se usa en monoterapia para pacientes neutropénicos con fiebre.

59.- Transcurridas dos semividas de eliminación de un fármaco que se ajusta a un modelo monocompartimental de primer orden y se administra por vía intravenosa:

a) Sólo queda un remanente del 50% de la dosis administrada.
b) Sólo queda un remanente del 75% de la dosis administrada.
c) Sólo queda un remanente del 25% de la dosis administrada.
d) Se ha eliminado un 25% de la dosis.

60.- ¿Cuál de los siguientes cambios metabólicos se producen en las fases iniciales del ayuno perioperatorio? Señale la respuesta FALSA:

a) Lipólisis por estimulación α-adrenérgica.
b) Disminución de la secreción de insulina.
c) Aumento de la secreción de cortisol.
d) Aumento de la degradación de las reservas de glucógeno.

61.- Respecto a la distribución gravitacional del flujo sanguíneo pulmonar, señale la respuesta FALSA:

a) La zona I corresponde a una región en la que si aumenta la presión alveolar, como durante la ventilación con presión positiva, puede superar a la de la arteria pulmonar y comprimir los capilares pulmonares, lo que lleva a que prácticamente no haya perfusión.
b) La zona III se caracteriza porque la presión alveolar supera la presión venosa pulmonar.
c) La zona II se caracteriza porque la presión de perfusión será diferencia de la presión arterial pulmonar menos la presión arterial alveolar.
d) En la zona IV, el aumento de la presión intersticial hacia la parte inferior del pulmón comprime los vasos extraalveolares y hace que sean más estrechos.

62.- En relación a los efectos de los anestésicos y la función renal, señale la opción INCORRECTA:

a) Aproximadamente el 15% de la hidralazina se excreta sin modificar por la orina.
b) La exposición prolongada al desflurano se ha asociado a una función renal normal.
c) Aproximadamente el 30% de la piridostigmina se excreta por la orina.
d) a) y b) son verdaderas.

63.- ¿Cuál de las siguientes se corresponden con características asociadas a enfermedades endocrinas?

a) En la Enfermedad de Addison, la hipernatremia es un hallazgo común.
b) Los antagonistas β adrenérgicos disminuyen la conversión extra-tiroidea de T4 a T3.
c) La hormona paratiroidea disminuye la reabsorción de calcio y aumenta la de fosfato.
d) Todas las respuestas son verdaderas.

64.- **¿Cuál de los siguientes son FALSOS con respecto a los mecanismos de acción y los efectos secundarios de los medicamentos utilizados en el tratamiento del dolor crónico?**

a) La Venlafaxina es un inhibidor de la recaptación de la noradrenalina.
b) La Amitriptilina se caracteriza por una alta actividad anticolinérgica.
c) La Carbamazepina se caracteriza por estabilizar la membrana neuronal al bloquear los canales de Ca^{2+} dependientes del voltaje activos de forma patológica.
d) a) y b) son verdaderas.

65.- **Un paciente de 45 años, previamente sano, es ingresado en la UCI con diagnóstico de neumonía severa adquirida en la comunidad. Presenta hipoxemia progresiva que precisa de intubación orotraqueal y ventilación mecánica. El resultado del gas sanguíneo arterial es el siguiente: $P_aO2/fio2$ < 100mmHg (13.3 kpa). La radiografía de tórax muestra opacidades difusas bilaterales. ¿cuál de las siguientes estrategias NO ha conseguido demostrar una reducción de la mortalidad en este paciente?**

a) Uso temprano de N-acetilcisteína.
b) Maniobras de reclutamiento pulmonar.
c) Posicionamiento en prono.
d) Ninguna de ellas ha demostrado tal reducción.

66.- **En un paciente de 68 años que se va a someter a una lobectomía pulmonar derecha, todo lo siguiente es cierto EXCEPTO:**

a) El riesgo de morbi-mortalidad postoracotomía es inaceptablemente alto si el consumo máximo de O_2 es menor a 15ml/kg/min.
b) En la prueba tradicional de subir escaleras, la capacidad de subir 5 peldaños se correlaciona con un consumo máximo de O_2 mayor de 20 ml/kg/min y subir 2 peldaños con 12 ml/kg/min.
c) En la prueba de la marcha de 6 minutos recorrer una distancia menor a 610 metros se correlaciona con consumo máximo de O_2 menor a 15ml/kg/min.
d) La capacidad de esfuerzo postresección puede estimarse en función de la cantidad de tejido pulmonar funcional resecado y la lobectomía inferior derecha supondrá un descenso del volumen espiratorio máximo en 1 segundo (VEMS) del 22%.

67.- **¿Cuál de los siguientes antibióticos <u>no</u> tiene propiedades bacteriostáticas?**

a) Trimetoprim.
b) Ciprofloxacino.
c) Azitromicina.
d) Pirazinamida.



68.- Todas las siguientes afirmaciones son verdaderas respecto a la infección por clostridium botulinum, A EXCEPCIÓN DE:

a) La toxina botulínica disminuye la liberación de acetilcolina en la placa motora.
b) La toxina botulínica posee efecto antiadrenérgico.
c) La toxina botulínica produce una inhibición permanente.
d) La toxina botulínica bloquea la neurotransmisión, las sinapsis parasimpáticas y los ganglios periféricos.

69.- Un paciente de 60 años de edad es intervenido quirúrgicamente de resección de astrocitoma grado II sin incidencias. En el postoperatorio en la unidad de reanimación presenta un sodio sérico de 127 meq/l y un sodio urinario de 25 meq/l. ¿la terapia para esta alteración incluirá, cuál de los siguientes fármacos?

a) Vasopresina intranasal o intravenosa.
b) 500 ml de suero salino hipertónico al 5% a pasar en 30-60 minutos.
c) Clorpropamida.
d) Demeclociclina.

70.- Señale la respuesta FALSA en el entorno de anestesia para la cirugía con láser:

a) Los anestésicos volátiles utilizados en la práctica clínica no son inflamables ni explosivos cuando se utilizan a las concentraciones habituales.
b) La luz láser, a diferencia de la luz convencional, está formada por un amplio espectro de longitudes de onda.
c) No se ha demostrado de forma convincente una cicatrización más rápida de lo normal ni una
menor incidencia de infecciones tras cirugía con láser.
d) La luz láser es coherente, una propiedad por la cual los campos electromagnéticos de todos los fotones del haz del láser oscilan de forma sincrónica.

71.- Respecto a las anomalías en el trazo de presión de oclusión de la arteria pulmonar, ¿en cuál de los siguientes trastornos <u>no</u> se observan grandes ondas "V"?

a) Insuficiencia mitral aguda.
b) Insuficiencia cardiaca congestiva.
c) Defectos del tabique interventricular.
d) Estenosis mitral.

72.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación a la anemia de células drepanocíticas?

a) La forma heterocigota suele ser asintomática.
b) La hipotermia puede precipitar una crisis drepanocítica.
c) Los torniquetes no están contraindicados.
d) Aumento de sensibilidad a los opiáceos.

73.- El sulfato de magnesio ($MgSO_4$) es usado como anticonvulsivante en pacientes con preeclampsia, así como un tocolítico para prevenir el parto pretérmino. En este contexto, respecto al $MgSO_4$, todo lo siguiente es cierto, EXCEPTO:

a) Trastornos del habla.
b) Evitar su uso junto con Nifedipino.
c) Estimulación de los receptores de ácido N-metil-D-aspártico (NMDA).
d) Disminución del tono vascular periférico por bloqueo simpático.

74.- Una de la siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

a) El bloqueo locorregional con guanetidina es un bloqueo postganglionar.
b) La duración de acción de los bloqueos neurolíticos con alcohol etílico o con fenol, es por término medio, de 6 meses.
c) Las técnicas neuroquirúrgicas de estimulación están indicadas en los dolores neuropáticos rebeldes al tratamiento médico.
d) La evaluación del alivio del dolor debe realizarse en el momento en el que se espera el efecto analgésico del tratamiento instaurado.

75.- En cuanto a la embolia gaseosa venosa (EGV) en neurocirugía, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) Se cree que el gradiente necesario para abrir el agujero oval permeable es de 5 mmHg.
b) En la laminectomía cervical hay mayor riesgo de embolia cuando la exposición requiere disección del músculo occipital.
c) En cirugías de fosa posterior en posición sentada se han detectado EGV con ETE (ecocardiografía transesofágica) hasta en el 76% de los procedimientos.
d) La aplicación de una PEEP de 10 cmH_20 puede ser beneficioso para reducir la incidencia de EGV, al proporcionar una presión venosa positiva en las estructuras venosas cerebrales.

76.- ¿Cuál de los siguientes pacientes sería menos propenso a desarrollar una disminución de la frecuencia cardíaca con una anestesia espinal elevada (C8)?

a) Una mujer de 15 años con historia de Wolff-Parkinson-White.
b) Un hombre de 45 años diabético con historia de hipotensión ortoestática.
c) Un hombre de 36 años con paraplejia a nivel T6.
d) Un hombre de 73 años con glaucoma tratado con gotas oculares de prilocaína.

77.- Además de las fibras nerviosas C, ¿qué fibras nerviosas pueden llevar los impulsos dolorosos?

a) A-δ.
b) A-α.



c) A-β.
d) A-γ.

78.- Un hombre de 18 años tiene una convulsión durante la realización de un bloqueo del plexo interescalénico con lidocaína al 2%. El anestesiólogo comienza a hiperventilar al paciente con O2 al 100% con mascarilla facial y ambú. Los razonamientos para esta terapia incluyen todas las siguientes EXCEPTO:

a) La hiperventilación induce alcalosis, la cual convierte la lidocaína en la forma ionizada.
b) La hiperventilación disminuye el flujo sanguíneo y transporte de lidocaína al cerebro.
c) La hiperventilación induce hipokalemia, la cual eleva el umbral de la convulsión.
d) La hiperventilación induce alcalosis, la cual eleva el umbral de la convulsión.

79.- Respecto a las pruebas de coagulación para evaluar la hemostasia, son verdaderas todas las siguientes afirmaciones EXCEPTO:

a) La deficiencia del factor VIII se caracteriza por un tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa) prolongado con un tiempo de protrombina (TP) y tiempo de sangrado normales.
b) Un TTPa alargado puede deberse a trastornos con hipocoagulabilidad e hipercoagulabilidad.
c) El tiempo de coagulación activado (TCA) mide la vía intrínseca.
d) La deficiencia de factor VII se caracteriza por una disminución del tiempo de trombina con TTPa normal.

80.- Bajo estrés máximo, ¿cuánto cortisol es producido al día?

a) 150 mg.
b) 250 mg.
c) 350 mg.
d) Todas son falsas.

81.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto al manejo de la trombosis venosa profunda (TVP)?

a) La alteración hereditaria más frecuente asociada a TVP es el factor V de Leiden.
b) El Fondaparinux inhibe selectivamente el factor Xa.
c) La trombocitopenia es una complicación reconocida con Fondaparinux.
d) El Danaparoide es una alternativa para el tratamiento de la trombosis venosa profunda en pacientes con antecedentes de trombopenia inducida por heparina.



82.- ¿Cuál de las siguientes describe correctamente el efecto de transposición de los grandes vasos en la tasa de inducción de la anestesia?

a) La inducción inhalatoria es más rápida de lo normal y la inducción intravenosa es más lenta de lo normal.
b) La inducción inhalatoria es más lenta de lo normal y la inducción intravenosa es más rápida de lo normal.
c) Ambas inducciones, inhalatoria e intravenosa, son más rápidas de lo normal.
d) Ambas inducciones, inhalatoria e intravenosa, son más lentas de lo normal.

83.- Una de las siguientes afirmaciones respecto a la monitorización de la función global del ventriculo con ecografia transesofágica intraoperatoria NO es correcta:

a) Se utiliza una proyección única en el eje largo a la altura del tercio medio de los músculos papilares. Con esta proyección la visualización del ventrículo izquierdo (VI) al final de la diástole permite visualizar con rapidez el llenado ventricular.
b) El área de la fracción de eyección del VI puede calcularse a partir de las áreas telediastólica y telesistólica del VI.
c) Se pueden visualizar anomalías en el movimiento de la pared del VI con engrosamiento parietal. Estas alteraciones preceden a las pruebas de isquemia en el electrocardiograma.
d) En la exploración ecocardiográfica se pueden observar la distribución de las tres coronarias principales.

84.- Respecto al aneurisma de aorta abdominal (AAA), una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

a) Se describe una degradación de la elastina de la íntima (elastólisis), una característica distintiva de la formación de los AAA y que podría ser la alteración primaria.
b) La inflamación crónica juega un papel fundamental en la destrucción del tejido conjuntivo de la pared aórtica.
c) En el 20-25% de los pacientes con AAA existe una enfermedad oclusiva simultánea a la altura de la bifurcación aorto-ilíaca.
d) La evolución natural de los AAA de 4-5,5 cm de diámetro no está bien definida y se ha establecido que la vigilancia es una alternativa segura y que su reparación precoz no supone ninguna ventaja para la supervivencia a largo plazo.

85.- Cada una de las siguientes es citada como una ventaja del absorbente a base de hidróxido de calcio sobre la cal sodada, EXCEPTO:

a) No se forma componente A.
b) Contiene un 15% de agua.
c) No degrada los anestésicos inhalatorios a monóxido de carbono.
d) No contiene NaOH o KOH.



86.- Varón de 5 semanas de vida es llevado a urgencias con vómitos en proyectil. En el momento del ingreso está letárgico con una frecuencia respiratoria de 12 respiraciones/ minuto y en anuria en las últimas 3 horas. Se realiza el diagnóstico de estenosis pilórica y el paciente es llevado a quirófano para piloromiotomía. El manejo anestésico más adecuado sería:

a) Inducción inhalatoria con Sevoflurano con presión cricoidea.
b) Inducción con Ketamina iv, Glucopirrolato y Succinilcolina con presión cricoidea seguida por intubación inmediata.
c) Catéter iv femoral despierto seguido por inducción de secuencia rápida con Ketamina, Atropina
y Succinilcolina.
d) Aplazar la cirugía.

87.- ¿Cuál de los siguientes volúmenes o capacidades pulmonares cambia menos durante el embarazo?

a) Volumen corriente.
b) Capacidad vital.
c) Volumen de reserva espiratorio.
d) Volumen residual.

88.- Una de las siguientes afirmaciones NO es cierta:

a) En una hemorragia subaracnoidea (HSA), los niveles pico de troponina objetivados en sangre se relacionan con la severidad de la lesión neurológica.
b) Sobre la hipotensión inducida, los datos señalan que las pautas que incluyen la utilización de un fármaco que también sea vasodilatador cerebral son preferibles en términos de aporte de oxígeno al cerebro frente a aquellas estrategias que no impliquen vasodilatación cerebral.
c) Se han utilizado adrenalina, noradrenalina y dopamina para aumentar la presión sanguínea. Sin embargo, se ha descrito que la dopamina consigue elevar el FSC de forma más consistente que la noradrenalina.
d) No todos los pacientes tras un traumatismo craneoencefálico (TCE) se benefician de un aumento de la presión de perfusión cerebral (PPC). Es más probable que lo hagan los que tienen alteración de la autorregulación, flujos basales bajos y presión intracraneal elevada.

89.- En cuanto a las ventajas del uso del láser fotoselectivo para fotovaporización de la próstata, NO es cierto:

a) Es una alternativa a la RTU (resección transuretral) de próstata, reduce los síntomas urinarios, mejorando el flujo urinario.
b) Aumenta el tiempo de sondaje vesical.
c) Permite realizar intervenciones quirúrgicas manteniendo la toma de antiagregantes.
d) Se han descrito casos de necrosis uretral tras la vaporización.



90.- Una mujer de 83 años de edad es admitida en reanimación después de una cirugía coronaria, portadora de un catéter de arteria pulmonar que proporciona los siguientes datos: presión venosa central (PVC) 5 mmHg, gasto cardiaco (gc) 4.0 l/min, presión arterial media (PAM) 90 mmHg, presión media de la arteria pulmonar (PAP) 20 mmHg, presión de oclusión de la arteria pulmonar (POAP) 12 mmHg, y frecuencia cardiaca de 90. Calcule la resistencia vascular pulmonar de esta paciente:

a) 40 dinas-seg-cm$^{-5.}$
b) 80 dinas-seg-cm$^{-5.}$
c) 160 dinas-seg-cm$^{-5.}$
d) 200 dinas-seg-cm$^{-5.}$

91.- Los mecanismos de compensación del shock moderado son los siguientes EXCEPTO

a) Reflejos barorreceptores
b) Aumento de la secreción de vasopresina en hipófisis anterior
c) Aumento secreción renal de renina
d) Aumento secreción de adrenalina y NA en glándulas suprarrenales

92.- Con respecto a la hipernatremia señale la CORRECTA:

a) La hipernatremia disminuye la producción de hormona antidiurética.
b) Las complicaciones graves aparecen con el aumento gradual de sodio a partir de 150 mmol/l.
c) La corrección de la hipernatrremia se realiza con soluciones hipoosmolares de glucosa o cloruro sódico.
d) La hipernatremia inactiva los mecanismos de defensa que protegen a la célula de los cambios de volumen.

93.- Señale la respuesta FALSA:

a) La hipófisis posterior secreta ADH y Oxitocina.
b) Si se secciona el tallo hipofisario hay que sustituir la hormona antidiurética de manera permanente.
c) La ADH se forma principalmente en el núcleo supraóptico
d) La oxitocina se forma principalmente en el núcleo paraventricular.

94.- Señale la FALSA sobre los factores que aumentan la filtración capilar y generan edema extracelular:

a) Aumento del coeficiente de filtración capilar.
b) Aumento de la presión hidrostática capilar.
c) Aumento de la permeabilidad capilar.
d) Aumento de la presión coloidosmótica del plasma.



95.- Con respecto al equilibrio acidobásico es FALSO:

a) El aumento del bicarbonato desvía el equilibrio hacia la alcalosis.
b) El aumento de PaCO2 desvía el equilibrio hacia la acidosis.
c) La PaCO2 está regulada principalmente por la frecuencia respiratoria.
d) Al aumentar la frecuencia respiratoria el equilibrio acidobase se desvía hacia la acidosis.

96.- Señala la respuesta FALSA con respecto a los trastornos acidobásicos:

a) La acidosis respiratoria se debe a un aumento de la PaCO2.
b) La acidosis metabólica se debe a una disminución del bicarbonato en el líquido extracelular.
c) La acidosis tubular renal se debe a un defecto en la secreción renal de hidrogeniones.
d) La diarrea grave es causa frecuente e alcalosis metabólica.

97.- En cuanto a farmacocinética y farmacodinámica señale la CORRECTA:

a) La vida media de eliminación es el tiempo necesario para que la concentración de un fármaco se reduzca un 50%.
b) Las sustancias descritas mediante farmacocinética de compartimentos múltiples tienen muy pocas vidas medias de eliminación.
c) El final del efecto de un fármaco puede predecirse fácilmente a partir de sus vidas medias.
d) La absorción define los procesos por los que un fármaco pasa desde los tejidos al plasma.

98.- Con respecto a la evaluación preoperatoria señale la CORRECTA:

a) Las bases de la valoración son la anamnesis y la analítica preoperatoria.
b) Debemos establecer con el paciente los riesgos y beneficios del procedimiento quirúrgico que se va a realizar.
c) La clasificación ASA tiene muchas ventajas sobre otras herramientas para clasificar el riesgo.
d) En la valoración preoperatoria no es nuestra labor indicar los tiempos de ayuno.

99.- ¿Cuál o cuáles son las características fundamentales de los protocolos ERAS o de recuperación intensificada tras la cirugía?:

a) Carácter multidisciplinar.
b) Coordinación continua de todos los periodos del perioperatorio.
c) Son válidos para cirugía mayor y para cualquier rango de edad.
d) Todas son correctas.



100.- Sobres las listas de verificación quirúrgica señale la FALSA:

a) Hay que realizar siempre en 3 fases (previo a inducción anestésica, previo a incisión quirúrgica y antes de la salida de quirófano).
b) Si se trata de cirugía con anestesia local no es necesario realizar.
c) Es muy importante no olvidarse de realizar verificación con todos los miembros del equipo presentes antes de la salida del quirófano.
d) No se debe iniciar la intervención quirúrgica sin haber parado y realizado la fase 2 con todos los miembros del equipo presentes.

101.- Los elementos necesarios en una cultura de seguridad son los siguientes EXCEPTO:

a) Valores: La seguridad es el objetivo más importante, incluso por encima de la eficiencia.
b) Creencias: El aprendizaje de los acontecimientos normales y adversos debería ser exhaustivo.
c) Creencias: La seguridad debe gestionarse de forma activa.
d) Normas: La comunicación implícita debe ser muy frecuente.

102.- Son características importantes de los sistemas de notificación las siguientes EXCEPTO:

a) Tener un sistema que garantice la notificación a todos los estamentos.
b) Notificación anónima, fácil y rápida.
c) Análisis por expertos solo de los casos seleccionados por su gravedad.
d) Puesta en práctica de las mejoras a implementar para confirmar la "reactividad" del sistema

103.- Señale la CORRECTA:

a) La farmacocinética describe la relación entre la dosis de un fármaco y su concentración en plasma o en el sitio del efecto y se rige por procesos de distribución y eliminación.
b) Las alteraciones del gasto cardiaco influyen mínimamente en el comportamiento farmacocinético de los anestésicos.
c) La concentración en el sitio del efecto describe el mecanismo de acción del fármaco.
d) Las concentraciones de un fármaco fuera del rango dinámico producen cambios importantes en el efecto farmacológico.

104.- Señale la respuesta FALSA con respecto a la dosificación de propofol en 2 sujetos de 176 cm de altura uno con 68 Kg de peso (IMC: 22) y otro con 185 Kg de peso (IMC: 66):

a) El peso corporal ideal en cualquiera de los dos es de 76 Kg.
b) La masa libre de grasa es de 55 Kg en el primer caso y de 87 Kg en el segundo



c) El peso corporal corregido es de 68 KG en el primer caso y de 115 Kg en el segundo caso.
d) La administración de bolos de propofol se recomienda realizar según la masa corporal magra.

105.- En cuanto a la disminución del riesgo anestésico y disminución de la morbi-mortalidad atribuida al soporte anestésico se han implicado los siguientes factores:

a) Nuevas formas de monitorización y control anestésico.
b) Fármacos anestésicos más seguros.
c) Cambios en los profesionales con anestesiólogos presentes y mejor formados.
d) Todas ellas.

106.- Con respecto a intervenciones quirúrgicas en pacientes con Estenosis Aórtica (EAo) señale la FALSA:

a) En la EAo severa se disminuye el riesgo perioperatorio con anestesia neuroaxial
b) En la EAo severa el paciente suele referir disnea de esfuerzo.
c) La EAo produce soplo sistólico de eyección que irradia a clavícula y cuello.
d) En la EAo el ejercicio aumenta la FC y disminuye el soplo.

107.- Señale la FALSA con respecto a la hipertensión pulmonar (HTP):

a) El comienzo de la HTP es insidioso y de difícil diagnóstico.
b) Tanto hipoxia como hipercapnia puedes provocar IC derecha.
c) Los síntomas de gravedad incluyen: disnea en reposo, edemas periféricos y hepatomegalia.
d) El tratamiento de base con antagonistas de endotelina y prostanoides debe suspenderse antes de la cirugía.

108.- Respecto a las consideraciones perioperatorias de los pacientes que abusan de sustancias tóxicas, señale la CORRECTA:

a) En los pacientes ex adictos a opioides y que reciben tratamiento sustitutivo con metadona o clonidina debemos disminuir las dosis de opioides en el intraopertorio y postoperatorio para evitar recaídas.
b) Un antecedente de consumo de drogas intra venosa nos obliga a realizar evaluación de complicaciones cardiovasculares, pulmonares, neurológicas e infecciosas.
c) El abuso de cocaína estimula la recaptación de neurotransmisores simpaticomiméticos, aumentando los niveles de ansiedad convulsiones y paranoia.
d) Algunos fármacos usados para tratar la el alcoholismo como es el disulfiran debe mantenerse en el perioperatorio.



109.- Ante un paciente con hiperaldosteronismo primario al que se le programa para realizar suprarrenalectomía bilateral; debemos considerar la posibilidad de que aparezcan las siguientes complicaciones EXCEPTO:

a) Hiponatremia.
b) Alcalosis hipopotasémica
c) Tetania.
d) Poliuria.

110.- Ante una paciente sana sin antecedentes de interés salvo la toma habitual en su dieta de cúrcuma, jengibre y té verde y que va a someterse a una Histerectomía por miomas; ¿Qué podríamos afirmar?:

a) El jengibre está asociado al aumento de náuseas y vómitos en el postoperatorio.
b) Tanto el té verde como el jengibre disminuyen la agregación plaquetaria y sería preferible suspender 2 semanas antes.
c) El té verde puede potenciar el efecto anticoagulante de la warfarina.
d) Todas son verdaderas.

111.- ¿Qué patrón de estimulación permite discriminar entre un bloqueo neuromuscular profundo y uno intenso?

a) Estímulo simple
b) Tren de cuatro.
c) Doble ráfaga.
d) Contaje post-tetánico

112.- ¿Cuál de estos parámetros NO es uno de los factores de riesgo según el índice de riesgo cardiaco revisado?

a) Intervención quirúrgica de alto riesgo
b) Antecedentes de cardiopatía isquémica.
c) Diabetes mellitus tipo2.
d) Creatinina sérica preoperatoria mayor de 2 mg/dl.

113.- La hipotermia en el periodo perioperatorio:

a) Acelera la cicatrización
b) Aumenta el flujo sanguíneo hepático, lo que acelera el metabolismo de los fármacos que se metabolizan en el hígado.
c) Disminuye la tasa de trombosis venosa profunda por la vasoconstricción asociada y la disminución del estasis venoso
d) Altera la función plaquetaria y disminuye la función de los factores de la coagulación, por lo que tiene un efecto prohemorrágico.



114.- ¿Cuál de las siguientes características NO es propia del bloqueo neuromuscular en fase 2?

a) Es producido por relajantes neuromusculares no despolarizantes.
b) Amortiguación en el Tren de Cuatro
c) Facilitación post-tetánica.
d) Todas son propias del bloqueo de fase 2.

115.- De los siguientes, ¿Cuál es el dispositivo de vigilancia MAS SENSIBLE para detectar la presencia de un embolismo gaseoso venoso?

a) Doppler de extremidades inferiores.
b) Ecocardiografía transesofágica.
c) Doppler de troncos supraaórticos.
d) TC con contraste intravenoso.

116.- Señale el enunciado CORRECTO sobre la clasificación de los riesgos en las diferentes cirugías.

a) La reparación de aneurismas de aorta abdominal endovascular se considera cirugía de alto riesgo
b) La cirugía mamaria se considera cirugía de riesgo intermedio.
c) La cirugía de cataratas se considera de riesgo intermedio
d) La cirugía ortopédica mayor se considera de riesgo intermedio.

117.- Acude a la consulta preanestésica un paciente que ha tenido un infarto agudo de miocardio hace 5 meses y al que se han colocado 2 stent fármacoactivos en CD y circunfleja. Está con doble tratamiento antiagregante; ahora asintomático y programado para cirugía de prótesis de rodilla. ¿QuÉ respuesta te parece la más CORRECTA?:

a) Debería intervenirse lo antes posible continuando con su tratamiento.
b) Se debe suspender el clopidogrel 7días e intervenirse, manteniendo el AAS (ácido acetil salicílico).
c) Debería suspender el doble tratamiento antiagregante e intervenirse lo antes posible.
d) Se recomienda esperar e intervenirse más adelante, a poder ser esperar hasta que haga 1 año desde el IAM.

118.- En relación con el papel del hígado en el equilibrio ácido-base ES CIERTO que:

a) El aclaramiento de lactato por el hígado es independiente del pH del líquido extracelular.
b) Es un órgano secundario en el metabolismo del lactato pues éste se metaboliza principalmente en el músculo.



c) El lactato puede ser metabolizado por dos vías: oxidación a CO_2 o gluconeogénesis.
d) Sólo el metabolismo oxidativo del lactato consume protones.

119.- Respecto a la técnica de hipotensión controlada NO es CORRECTO que:

a) La nitroglicerina y la hidralazina tienen un inicio de acción rápido y duración de acción corta por lo que se convierten en los fármacos de elección para la técnica de hipotensión controlada.
b) Las posibles complicaciones de esta técnica son más probables en pacientes con anemia grave.
c) La hipotensión controlada permite una cirugía más segura en los pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones sanguíneas (Testigos de Jehová).
d) En pacientes con hipertensión crónica con alteración de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral no pueden tolerar una tensión arterial media más baja de 20 a 30% de la línea basal.

120.- ¿Cuál de las siguientes situaciones clínicas NO es una contraindicación relativa para la colocación de un paciente en sedestación durante la cirugía intracraneal?

a) Paciente con shunt ventrículo-auricular funcionante.
b) Presión auricular izquierda mayor que la derecha.
c) Inestabilidad hemodinámica.
d) Foramen oval permeable.

121.- La valoración preanestésica de un paciente con insuficiencia cardiaca NO es cierto que:

a) La clínica es secundaria a un bajo gasto cardiaco.
b) El tono simpático suele ser elevado.
c) El nivel plasmático de aldosterona suele estar disminuido.
d) La tos seca puede ser causada por la administración de IECAs.

122.- Uno de los siguientes enunciados NO es correcto con respecto al equilibrio ácido-base:

a) La alcalosis metabólica es la anormalidad ácido-base más común en enfermos críticos. Incrementa el tono bronquial y puede promover atelectasias.
b) Aproximadamente se producen, tamponan y se excretan 70 mmol de metabolitos ácidos diariamente; estos incluyen alrededor de 40 mmol de ácidos orgánicos, ácido fosfórico y otros ácidos.
c) El volumen extracelular de un adulto de 70 Kg contiene 336 mmol de buffer de bicarbonato.
d) El uso de bicarbonato sódico para tratar la acidemia inducida por acidosis láctica mejora claramente la respuesta cardiovascular a las catecolaminas y reduce el calcio iónico en el plasma.

123.- Elija la mejor respuesta para la interpretación de la siguiente gasometría arterial: pH 7,35, pCO2 60, pO2 80, HCO3 32:

a) Acidosis respiratoria aguda.
b) Acidosis respiratoria crónica con compensación metabólica adecuada.
c) Alcalosis metabólica crónica con compensación respiratoria.
d) Acidosis respiratoria crónica sin compensación metabólica adecuada.

124.- Todas estas alteraciones del ECG pueden encontrarse en el TEP, EXCEPTO:

a) Patrón S1Q3T3.
b) Taquicardia sinusal.
c) Flutter auricular.
d) Bloqueo de rama izquierda.

125.- Sobre la monitorización del bloqueo neuromuscular, señale la respuesta CORRECTA:

a) El "Tren de cuatro" (TOF) se amortigua tras la administración de SCC.
b) El bloqueo con RNMND del músculo diafragma y de los aductores laríngeos es más prolongado que el del aductor del pulgar.
c) La temperatura de la mano no influye a la hora de monitorizar el bloqueo neuromuscular del aductor del pulgar.
d) La estimulación de doble ráfaga (EDR) consiste en dos descargas breves de estimulación tetánica de 50Hz separadas por 750ms.

126.- ¿Cuál de los siguientes enunciados en relación al efecto de un descenso agudo en los niveles séricos del potasio con respecto q un bloqueo neuromuscular es CORRECTO?

a) El descenso agudo de potasio no tiene ningún efecto sobre la acción de los relajantes despolarizantes y no despolarizantes.
b) El descenso agudo del potasio produce un aumento de la sensibilidad a los relajantes neuromusculares despolarizantes y a los no despolarizantes.
c) El descenso agudo de potasio produce un aumento de la resistencia a los relajantes neuromusculares despolarizantes y un aumento de la sensibilidad a los no despolarizantes.
d) El descenso agudo de potasio produce un aumento de la resistencia a los relajantes neuromusculares no despolarizantes y un aumento de la sensibilidad a los despolarizantes.

127.- Entre las contraindicaciones absolutas de realizar una ecografía transesofágica NO se encuentra:

a) Perforación esofágica.
b) Antecedente de irradiación de mediastino.
c) Esofaguectomía previa.



d) Hemorragia esofágica activa.

128.- En relación con el PBM (Patient Blood Management), sobre la optimización de la hemoglobina preoperatoria diremos que:

a) Constituye la principal estrategia del segundo pilar del Patient Blood Management (PBM).
b) En cirugía electiva debemos postponer la intervención hasta mejorar o corregir la anemia preoperatoria.
c) Es menos necesaria en las mujeres.
d) Es independiente del tipo de cirugía y de las características del paciente.

129.- Cuál de las siguientes pruebas clínicas de recuperación neuromuscular postoperatoria es MAS FIABLE:

a) Protusión de la lengua.
b) Capacidad vital normal o casi normal.
c) Elevación sostenida de la cabeza durante 5 segundos.
d) Apertura ocular sostenida.

130.- Respecto a la espectroscopia cercana al infrarrojo (NIRS), señale la respuesta CORRECTA:

a) Mide exclusivamente la saturación arterial cerebral.
b) Refleja predominantemente la saturación venosa cerebral regional.
c) Requiere cateterización de la vena yugular interna.
d) No detecta cambios en la perfusión cerebral.

131.- La variabilidad de la presión de pulso (PPV) predice adecuadamente la respuesta a fluidos cuando:

a) El paciente presenta fibrilación auricular rápida.
b) Existe respiración espontánea vigorosa.
c) El paciente está en ventilación mecánica controlada con ritmo regular.
d) El volumen corriente es inferior a 4 ml/kg.

132.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al manejo perioperatorio en pacientes con dolor crónico es FALSA?

a) No es conveniente que tome su medicación opioide de efecto prolongado la mañana de la intervención quirúrgica.
b) El dolor postoperatorio no bien controlado por infradosisficación puede provocar abstinencia.
c) Suelen mostrar más ansiedad y miedo ante la posible aparición de dolor postoperatorio.
d) La medicación adyuvante puede interferir tanto con los anestésicos intraoperatorios como con la analgesia postoperatoria.

133.- La posición sentada se utiliza con frecuencia para la cirugía del hombro. En relación a ella hay que tener en cuenta que:

a) Se produce un secuestro sanguíneo en las extremidades inferiores con disminución del retorno venoso y del gasto cardiaco.
b) El grado de inclinación del tórax no influye en los cambios hemodinámicos.
c) Se aconseja que la colocación sea lo más rápida posible.
d) La utilización de fluidoterapia agresiva está aconsejada por disminuir los cambios hemodinámicos ocasionado por la posición.

134.- ¿Cuál es la causa más frecuente de disminución brusca del $ETCO_2$ durante anestesia general?

a) Hipermetabolismo.
b) Aumento del gasto cardíaco.
c) Desconexión del circuito o disminución del flujo pulmonar.
d) Hiperventilación compensada.

135.- Señale la respuesta FALSA en relación a la hipertermia maligna:

a) El tratamiento es un derivado de la hidantoina, el dantroleno a dosis inicial de 2.5 mg/Kg.
b) Es obligatoria la profilaxis de rutina con dantroleno en los pacientes susceptibles de hipertermia maligna.
c) Entre las medidas de sostén figuran hiperventilación, tratamiento de la acidosis e hiperpotasemia, enfriamiento activo y conservación de la diuresis adecuada.
d) Las personas susceptibles de HM tienen una mutación del receptor de rianodina que produce liberación de calcio del retículo sarcoplásmico.

136.- Durante una cirugía carotídea, una disminución de la saturación regional cerebral superior al 20% respecto al valor basal se considera:

a) Hallazgo normal en este tipo de intervenciones.
b) Indicativa de posible hipoperfusión cerebral.
c) Error de monitorización.
d) Signo de hiperoxia cerebral.

137.- ¿Cuál de las siguientes situaciones puede producir una lectura falsamente elevada de la SpO_2?

a) Metahemoglobinemia.
b) Hipotermia severa.
c) Intoxicación por monóxido de carbono.
d) Vasoconstricción periférica.

138.- ¿Cuál de los siguientes parámetros confirma una recuperación adecuada del bloqueo neuromuscular?

a) TOF ratio ≥ 0,7.
b) TOF ratio ≥ 0,8.
c) TOF ratio ≥ 0,9 medido cuantitativamente en adductor pollicis.
d) Presencia de cuatro respuestas al TOF

139.- El Surgical Pleth Index (SPI):

a) Es una medida de profundidad hipnótica.
b) Combina variables derivadas del pulso y de la frecuencia cardíaca para estimar nocicepción.
c) Sustituye a la monitorización hemodinámica invasiva.
d) Mide concentraciones plasmáticas de opioides.

140.- Cuando se deposita cerca del nervio periférico, ¿qué fracción del anestésico local administrado alcanza la membrana neural actual y puede participar en el bloqueo de los canales de sodio regulados por voltaje?

a) 2%
b) 10%.
c) 50%.
d) 99%.

141.- ¿Cuál de los siguientes parámetros puede medirse directamente mediante un catéter de arteria pulmonar?

a) Fracción de eyección ventricular izquierda.
b) Presión capilar pulmonar enclavada.
c) Saturación regional cerebral de oxígeno.
d) Volumen telediastólico ventricular izquierdo.

142.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos puede sugerir un tromboembolismo pulmonar agudo intraoperatorio?

a) Incremento brusco del $ETCO_2$.
b) Disminución brusca del $ETCO_2$ acompañada de hipotensión.
c) Aumento de la amplitud de la onda capnográfica.
d) Meseta alveolar prolongada aislada.



143.- Valoramos en la consulta preanestésica a una paciente de 25 años con un IMC de 45 kg/m2 que va a ser sometida a cirugía bariátrica. Tiene antecedentes de gonalgia mecánica, no tiene alergias y como tratamiento habitual toma complejos multivitamínicos y anticonceptivos orales. ¿Qué ASA le corresponde?

a) ASA I.
b) ASA II.
c) ASA III.
d) ASA IV.

144.- Los criterios RIFLE están diseñados para predecir la mortalidad de:

a) Insuficiencia renal.
b) Sepsis.
c) Insuficiencia hepática.
d) Síndrome de distres respiratorio.

145.- Los anestésicos locales se han relacionado con las siguientes complicaciones, EXCEPTO:

a) Toxicidad neural directa.
b) Alteración transitoria de la liberación adreno-corticoidea.
c) Toxicidad miocítica directa.
d) Reacciones alérgicas.

146.- Mujer de 65 años hipertensa y con reciente aparición de DM tipo 2 que acude a endocrinólogo y es diagnosticada de acromegalia. Se programa para cirugía trensesfenoidal del adenoma hipofisario. Tendremos las siguiente consideraciones EXCEPTO:

a) Los momentos de estimulación quirúrgica más intensos son cuando se procede a la manipulación del adenoma.
b) Lo más probable es que nos encontremos ante un difícil manejo de vía aérea tanto para ventilación con mascarilla facial como par IOT.
c) Hasta en un 50% de los casos podría estar comprometido el flujo de la arteria cubital.
d) Las NVPO son frecuentes por lo que está indicado realizar prevención de lso mismos según escala de APFEL.

147.- Paciente varón de 63 años con Obesidad grado I, HTA y AOS con CPAP nocturna que va a ser intervenido de prostatectomía laparoscópica asistida por robot. ¿Qué consideraciones debes plantearte?

a) Habitualmente no es necesario realizar maniobras de reclutamiento alveolar.
b) La aparición de hipercapnia durante el procedimiento es excepcional salvo complicaciones quirúrgicas.



c) Suele ser complicado realizar extubación precoz en quirófano tras el procedimiento.
d) En la posición quirúrgica hay que ser extremadamente cuidadoso para evitar la caída del paciente de la mesa quirúrgica.

148.- Paciente mujer de 55 años programada para laparotomía por neoplasia de ovario. El diagnostico se ha realizado tras la aparición de un TEP secundario a TVP en extremidad inferior derecha. ¿Qué afirmación de las siguientes es FALSA?

a) Las dosis anticoagulantes de enoxaparina deben suspenderse 24h antes de la cirugía.
b) El tratamiento con heparinas no fraccionadas debes suspenderse al menos 12 horas antes de la colocación o retirada de un catéter epidural.
c) Tras la retirada de un catéter epidural se puede iniciar la heparina no fraccionada entre 1 y 2 horas después de la misma.
d) En determinados casos hay que colocar filtro en la vena cava inferior antes de la intervención quirúrgica.

149.- ¿Cuál de las siguientes propiedades NO aumenta la transferencia placentaria de medicamentos?

a) Ph bajo de la sangre fetal.
b) El peso molecular inferior a 1000 kDa.
c) Las sustancias muy ionizadas.
d) La alta liposolubilidad.

150.- Una de las siguientes es cierta respecto a la cirugía urológica en pediatría:

a) En la cirugía laparoscópica urológica de un niño de 4 meses se debe usar una presión de insuflación del neumoperitoneo entre 8 y 10 mmHg.
b) Si se produce un íleo postoperatorio después de cirugía urológica intraabdominal es necesario descartar una complicación quirúrgica precoz.
c) Después de una nefrectomía con frecuencia se producen vómitos durante el postoperatorio.
d) Después de operar las válvulas de uretra posterior existe bajo riesgo de síndrome de supresión del obstáculo.

151.- La analgesia epidural torácica con anestésicos locales puede reducir la incidencia y gravedad de las arritmias tras toracotomía para resección pulmonar por lo siguiente:

a) Aumento del período refractario del miocardio.
b) Disminución de las presiones diastólicas ventriculares.
c) Reducción de las relaciones del flujo sanguíneo endocardio/epicardio.
d) a y b son ciertas



152.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA sobre las características de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)?

a) Una neumonía asociada a ventilación mecánica se suele desarrollar tras más de 48 horas de intubación.
b) Se asocia a una tasa de mortalidad mayor del 55%.
c) En la bibliografía se considera diagnóstico de NAV un crecimiento de al menos 10^3 unidades formadoras de colonias (UFC)/ml a partir de la muestra protegida obtenida mediante cepillado o al menos 10^4 UFC/ml de bacterias a partir de líquido de lavado broncoalveolar o 10^5 -10^6 UFC/ml del aspirado traqueal.
d) a y c son ciertas.

153.- Hombre de 55 años, diabético y fumador, está esperando un trasplante de hígado por enfermedad hepática en etapa terminal. La puntuación en la escala MELD es de 28. Destaca: aumento significativo de las transaminasas séricas, alteración leve de la coagulación e hipertensión pulmonar grave. El sodio sérico es de 120 mmol/l. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta sobre el pronóstico y el manejo de este paciente?

a) Las complicaciones hepatopulmonares desaparecen tras el trasplante.
b) La coagulación debe corregirse antes de la cirugía.
c) La hipertensión pulmonar severa puede ser una contraindicación para el trasplante hepático.
d) La mediana de la supervivencia de este paciente es mayor a 3 meses después de la intervención

154.- Cuando realizamos un bloqueo interescalénico con un estimulador de nervios periféricos se observa movimiento diafragmático. Se debe ahora:

a) Inyectar anestésico local, la aguja está en la localización adecuada.
b) Redirigir la aguja en dirección posterior.
c) Redirigir la aguja en posición anterior.
d) Redirigir la aguja en una dirección más craneal.

155.- De los siguientes factores clínicos, señale cuál de ellos puede afectar en mayor medida al acortamiento del tiempo de coagulación activado:

a) Hipotermia.
b) Estrés quirúrgico.
c) Trombocitopenia.
d) Todas son falsas.

156.- El concepto de autorregulación del flujo sanguíneo renal (FSR), significa o implica que:

a) El FSR es dependiente de la presión arterial.
b) El FSR depende únicamente de los niveles de angiotensina II intrarrenal.



c) El FSR se mantiene constante con relativa independencia de la presión arterial.
d) El FSR depende únicamente y de forma inversa de la relación prostaglandina/angiotensina intrarrenal

157.- En la evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico, ¿cuál de los siguientes parámetros NO forma parte de la puntuación de la escala de Lee (predictiva de riesgo)?

a) Edad.
b) Diabetes insulinodependiente.
c) Insuficiencia renal.
d) Cirugía de alto riesgo

158.- La estimulación de los receptores indicados, EXCEPTO UNO, aumenta el contenido intracelular de AMP_C (adenosínmonofosfato cíclico), señálelo:

a) Receptor adrenérgico β1.
b) Receptor adrenérgico β2.
c) Receptor adrenérgico α2.
d) Receptor dopaminérgico D1

159.- El neurotransmisor que liberan las neuronas preganglionares en las sinapsis ganglionares del sistema nervioso simpático es:

a) Acetilcolina.
b) Noradrenalina.
c) Adrenalina.
d) Dopamina.

160.- En cuanto a la evaluación preoperatoria de los pacientes para cirugía torácica, señale la opción INCORRECTA:

a) Una DL_{CO} (capacidad de difusión de monóxido de carbono corregida) menor del 40% se correlaciona con más complicaciones postresección, no sólo respiratorias sino también cardiacas.
b) La capacidad de subir 5 pisos de escaleras se corresponde con un consumo máximo de oxígeno (VO_2máx) de 12 ml/kg/min.
c) Los pacientes con un VEMSpop (volumen espiratorio máximo en 1 segundo postoperatorio
predicho) mayor del 40% tiene un bajo riesgo de complicaciones postquirúrgicas.
d) Por lo general, se han usado unos valores en la gasometría arterial de PaO2 menor de 60 mmHg o PaCO2 mayor de 45 mmHg como puntos de corte para la resección pulmonar o indicadores de advertencia de un mayor riesgo.

161.- **En relación a los efectos que la adrenalina a dosis altas (vía intravenosa) produce sobre la tensión arterial, indique la respuesta CORRECTA:**

a) Eleva la tensión arterial sistólica y diastólica en igual grado.
b) Eleva la tensión arterial sistólica en mayor grado que la diastólica.
c) Baja la tensión arterial diastólica.
d) Sólo sube la tensión arterial sistólica.

162.- **En cuanto a la anatomía de la vía aérea y sus implicaciones anestésicas, son ciertas todas las siguientes EXCEPTO:**

a) Los músculos cricoaritenoideos posteriores aducen las cuerdas vocales, mientras que los cricoaritenoideos laterales son los principales abductores.
b) El músculo cricotiroideo está inervado por el nervio laríngeo externo.
c) La lesión unilateral del nervio laríngeo recurrente produce parálisis de la cuerda vocal homolateral, con deterioro de la calidad de la voz.
d) Los nervios palatinos proporcionan fibras sensibles procedentes del nervio trigémino y del nervio facial a los paladares duro y blando.

163.- **¿Cuál es el valor más aproximado del contenido de O2 de la sangre total si la concentración de hemoglobina es 10 gr/dl, la PAO2 es 60 mmhg y la SAO2 es 90%?**

a) 10.5 ml/dl.
b) 15.5 ml/dl.
c) 12.5 ml/dl.
d) 17.5 ml/dl.

164.- **Una disminución de la P_ACO2 de 10 mmHg resultará en:**

a) Una disminución en la concentración sérica de potasio de 0.5 mEq/L.
b) Sin cambios en la concentración sérica de potasio bajo condiciones normales.
c) Un incremento en la concentración sérica de potasio de 0.5 mEq/L.
d) Un incremento en la concentración sérica de potasio de 1.0 mEq/L

165.- **Cada uno de los siguientes fármacos ha sido usado para tratar el dolor neuropático. ¿la inhibición selectiva de serotonina y recaptación de noradrenalina es el mecanismo de qué fármaco?**

a) Mexiletina.
b) Gabapentina.
c) Duloxetina.
d) Carbamazepina



166.- **NO es cierto en cuanto a la evaluación de la función renal:**

a) La tasa de filtración glomerular (TFG) es la mejor medida de la función glomerular.
b) La concentración de nitrógeno ureico en sangre (BUN) tiene una correlación directa con la reducción de la TFG.
c) Las mediciones de la creatinina sérica reflejan la función glomerular, y el aclaramiento de creatinina es una medida específica de la TFG.
d) Se han detectado aumentos de N-acetil-β-glucosaminidasa y α-glutation-S-transfererasa en la orina tras anestesia con sevoflurano

167.- **Un recién nacido de 3 horas de vida y 4 kg de peso, con macrosomía y fontanelas amplias es programado para reparación quirúrgica de onfalocele. El examen físico revela macroglosia, sin otras anomalías. ¿Cuál de las siguientes alteraciones es probable que ocurra en este paciente?**

a) Hipokalemia.
b) Hiperkalemia.
c) Hipoxemia.
d) Hipoglucemia.

168.- **Un paciente de 75 años con signos y síntomas de sangrado por un aneurisma cerebral ingresa en el servicio de urgencias. En el ECG realizado para preoperatorio se objetiva inversión de la onda T, alargamiento del intervalo QT y aparición de ondas U. ¿cuál sería la actuación más apropiada en este paciente?**

a) Comenzar perfusión de nitroglicerina.
b) Realizar una determinación de calcio y potasio séricos.
c) Retrasar la cirugía hasta descartar completamente infarto miocardio.
d) Colocar catéter arteria pulmonar.

169.- **La inervación cutánea de la superficie plantar del pie es proporcionada por:**

a) Nervio safeno.
b) Nervio tibial posterior.
c) Nervio peroneo superficial.
d) Nervio peroneo profundo.

170.- **El diagnóstico de azoemia prerrenal se sospecha por datos clínicos y se confirma con los índices urinarios de laboratorio. De los siguientes todos son ciertos, EXCEPTO**:

a) Disminución de la osmolalidad.
b) Aumento de la densidad urinaria.
c) Aumento de la relación nitrógeno ureico en orina/ plasma.
d) Aumento de la relación creatinina urinaria/plasmática.

171.- **¿Cuál de los siguientes enunciados acerca de la ketamina es FALSO?**

a) Puede ser administrada intravenosa, epidural, intramuscular, oral, nasal y rectalmente.
b) Tiene interacción con los receptores opioides.
c) El isómero S+ es más potente y tiene menos efectos secundarios que el R-.
d) La Ketamina S+ tiene un aclaramiento mayor y un menor volumen de distribución que la Ketamina R-.

172.- **Un niño de 5 años es programado para reparación de hernia umbilical. La inducción y mantenimiento de la anestesia general se lleva a cabo con sevoflurano, óxido nitroso y oxígeno, con mascarilla laríngea. Al finalizar la intervención, el paciente es trasladado a la unidad de recuperación postanestésica y posteriormente a la habitación del hospital de día. Antes del alta, la madre observa que la orina del paciente es de apariencia marrón oscuro. La acción más apropiada en este momento sería**:

a) Dar de alta al paciente con instrucciones de volver si el color de la orina no se normaliza.
b) Obtener niveles de creatinina y BUN y dar de alta si los datos analíticos son normales.
c) Ingresar al paciente para descartar necrosis tubular aguda.
d) Evaluar al paciente para hipertermia maligna.

173.- **De las siguientes afirmaciones, señale la opción FALSA**:

a) La butilcolinesterasa se sintetiza en el hígado.
b) El metabolismo de la cocaína es independiente de la actividad de la colinesterasa plasmática inespecífica.
c) La metoclopramida puede prolongar el bloqueo neuromuscular inducido por succinilcolina.
d) El Bambuterol produce una notable inhibición de la actividad de la butilcolinesterasa.

174.- **Un hombre de 58 años acude al servicio de emergencias con fiebre y tos con expectoración purulenta de 4 días de evolución. A la exploración fisica, está confundido, su tensión arterial es de 80/40 mmhg, frecuencia respiratoria alrededor de 40 por minuto y temperatura de 40ºc. En la analítica destaca aumento de los neutrófilos y la urea. ¿cuál de los siguientes son ciertos sobre el diagnóstico y manejo de este paciente?**

a) Se debe iniciar de forma inmediata terapia intravenosa con betalactámicos de amplio espectro y macrólidos.
b) Lo más probable es que se trate de infección por *Pseudomona aeruginosa*.
c) Se estima que su mortalidad es de alrededor del 10%.
d) Añadir a la terapia antibiótica altas dosis de corticosteroides mejora la supervivencia.



175.- En un hombre de 70 kg de peso, con un hematocrito actual del 20%, en el que el objetivo a alcanzar es un hematocrito del 30%, calcule el volumen aproximado de hematíes a administrar:

a) 800 ml.
b) 600 ml.
c) 500 ml.
d) Ninguno de los anteriores.

176.- De las siguientes aseveraciones, señale la opción INCORRECTA:

a) El periodo de máximo riesgo de vasoespamo tras una hemorragia subaracnoidea (HSA) es de 4 a 10 días.
b) El resangrado es la principal causa de mortalidad en los pacientes hospitalizados tras una HSA.
c) En la clasificación de Hunt-Hess sobre el estado neurológico tras una HSA, la categoría II corresponde a obnubilación, confusión o déficit focal leve.
d) El tratamiento actual de los aneurismas intracraneales requiere una intervención quirúrgica precoz tras HSA, de manera ideal durante las primeras 24 horas, y siempre en menos de 48 horas

177.- ¿Cuál de los siguientes es un factor que altera la vasodilatación del árbol vascular pulmonar en el neonato?:

a) Diabetes materna.
b) Síndromes cardiacos congénitos.
c) Hernia diafragmática congénita
d) Todos ellos la alteran

178.- Señale la opción falsa en relación a las implicaciones anestésicas de los cambios producidos durante la gestación y el parto:

a) Puede verse una disminución de la concentración alveolar mínima tan pronto como desde la 8ª- 10ª semana de gestación.
b) Se produce alteración de la coagulación con acortamiento del TTPa.
c) Cifras normales de creatinina y BUN al final del embarazo sugieren disfunción renal.
d) Durante la segunda fase del parto el dolor es visceral producido por la distensión del periné.

179.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta en relación a la anatomía ocular?

a) La dilatación de la pupila se produce por la estimulación de las fibras nerviosas parasimpáticas postganglionares.
b) La arteria oftálmica es rama de la arteria carótida interna.
c) Las fibras parasimpáticas se originan en el nervio oculomotor (nervio craneal III).



d) El bloqueo con anestesia local del ganglio ciliar produce una pupila fija en posición de dilatación media.

180.- Un paciente de 20 años, de 75 kg con una historia de diabetes mellitus insulinodependiente llega a urgencias con cetoacidosis diabética. Los gases sanguíneos arteriales a aire ambiente son los siguientes: pH 6.95, PACO2 30 mmHg, PAO2 98 mmHg, HCO3- 6 meq/l. ¿cuál es el déficit total de HCO3- más aproximado en este paciente?

a) 500 mEq/L.
b) 400 mEq/L.
c) 300 mEq/L.
d) 200 mEq/L.

181.- Respecto a las indicaciones de monitorización con ecocardiografía transesofágica (ETE) en cirugía torácica, ¿cuál de las siguientes es la menos apropiada?:

a) Evaluación cuantitativa de la función ventricular derecha.
b) Tromboendarterectomía pulmonar.
c) Inestabilidad hemodinámica.
d) Embolia aérea.

182.- Respecto al metabolismo de los fármacos en el hígado, ¿cuál de las siguientes son reacciones de fase 1?

a) Conjugación.
b) Glucuronidación.
c) Hidrólisis.
d) Sulfatación.

183.- En la fase anhepática del transplante hepático, es CIERTO:

a) Aumento de presión venosa en el territorio esplácnico.
b) Son frecuentes las hipoglucemias.
c) Aumentan los niveles de calcio sérico.
d) El injerto hepático enfriado con hielo se coloca en el campo quirúrgico y se realizan las anastomosis portal, infrahepática y suprahepática, en este orden.

184.- ¿la taquifilaxia de los anestésicos locales está estrechamente relacionada con cuál de los siguientes?

a) Velocidad de la inyección.
b) Intervalo de la dosis.
c) Volumen de anestésico local.
d) Ph de la solución.

185.- ¿Cuál de los siguientes NO está incrementado durante el embarazo?

a) La excreción biliar.
b) El flujo plasmático renal.
c) La depuración de creatinina.
d) Los factores VII, VIII, IX, X y XII

186.- Entre las consideraciones anestésicas en la cirugía otorrinolaringológica, indique la opción INCORRECTA:

a) La infiltración de anestésicos locales antes de la incisión de amigdalectomía reduce de manera significativa el dolor postoperatorio.
b) Uno de los factores que condicionan el éxito de la punción intercricotiroidea es el carácter estrictamente medial de la punción.
c) Se han descrito alargamientos del intervalo QT en el ECG después de limpiezas ganglionares radicales.
d) b) y c) son correctas.

187.- ¿A través de qué tractos de la médula espinal se realiza la transmisión aferente para los potenciales evocados somatosensoriales (PESS)?

a) Espinotalámico.
b) Columnas dorsales.
c) Corticoespinal.
d) Vestíbulo espinal

188.- Es CIERTO respecto al bloqueo del plexo braquial:

a) En la técnica de bloqueo por vía interesternocleidomastoidea el sitio de punción es la base del triángulo de Sédillot.
b) Por la vía de acceso interescalénica se efectúa un bloqueo de tipo radicular casi metamérico, mientras que por las otras vías el bloqueo es politroncular.
c) El síndrome hipotensión-bradicardia, es una complicación específica del bloqueo interescalénico. Los últimos estudios proponen que la causa es un síncope vasovagal.
d) b) y c) son ciertas.

189.- Para tratar de corregir la hipoxemia que puede aparecer durante la ventilación unipulmonar en cirugía torácica, podemos hacer las siguientes maniobras y comprobaciones EXCEPTO:

a) Confirmar la correcta colocación del tubo bronquial.
b) Realizar maniobras de reclutamiento en el pulmón ventilado.
c) Descartar la posible aparición de neumotórax en el pulmón ventilado.
d) No aplicar o retirar CPAP en el pulmón ventilado.

190.- Son factores predictores de riesgo de morbimortalidad en cirugía torácica.

a) FEV1 < 50% ó 2L.
b) VR/CPT < 50%
c) MMV < 50%
d) Las tres son correctas.

191.- Sobre la litotricia con láser para tratamiento endoscópico de la litiasis uretral/renal.

a) Se debe realizar siempre bajo anestesia locorregional, ya que es importante la colaboración del paciente en algunos momentos de la intervención.
b) Es necesario un nivel de bloqueo L1-L3 cuando se realiza la anestesia regional.
c) Entre las complicaciones inherentes a la técnica no se contempla la rotura ureteral.
d) Ninguna de las tres.

192.- Es manifestación del Síndrome post RTU (Resección transuretral) con irrigación con Glicina al 1.5%.

a) Hiperosmolaridad plasmática.
b) Hiperamonemia.
c) Hiperglicemia.
d) Las tres lo son.

193.- En la cirugía valvular cardiaca.

a) En la insuficiencia mitral es recomendable una postcarga baja y una frecuencia cardiaca alta.
b) Los pacientes con estenosis aórtica se beneficiarían de una precarga aumentada.
c) Hay que intentar reducir la precarga en la insuficiencia aórtica.
d) Los inotropos betaadrenérgicos son el tratamiento ideal en la estenosis subaórtica dinámica.

194.- Sobre la endarterectomía carotídea.

a) Bajo anestesia regional permite la monitorización continua gdel estado neurológico y se asocia a una reducción en la incidencia de ictus y muerte postoperatoria si se compara con la endarterectomía bajo anestesia general.
b) La colocación rutinaria de shunt intraoperatorio a través de la porción clampada de la arteria carótida, está asociada a menor índice de complicaciones neurológicas y muerte en los primeros 30 días tras la cirugía.
c) La arteriopatía coronaria es común en los pacientes que se someten a endarterectomía carotídea y es la primera causa de muerte tanto precoz como tardía en este grupo de pacientes.
d) El tratamiento endovascular de la estenosis carotídea mediante stent es el tratamiento de elección de la estenosis carotídea asintomática.

195.- **Sobre la técnica anestésica para la endarterectomía carotídea, es FALSO.**

a) Se puede producir una parálisis frénica con la anestesia regional.
b) Una complicación de la técnica regional puede ser la parálisis del N. Laríngeo inferior.
c) Puede producirse un bloqueo del N. Glosofaríngeo con la técnica regional.
d) Una complicación puede ser la parálisis del N. Laríngeo superior.

196.- **La fase de trasplante hepático donde se espera el mayor grado de inestabilidad hemodinámica es.**

a) Inducción.
b) Fase de disección.
c) Fase anhepática.
d) Fase de reperfusión.

197.- **En la fase anhepática del trasplante hepático.**

a) Aumento de presión venosa en el territorio esplácnico.
b) Son frecuentes las hipoglucemias.
c) Aumentan los niveles de calcio sérico.
d) El injerto hepático enfriado con hielo se coloca en el campo quirúrgico y se realizan las anastomosis portal, infrahepática y suprahepática en ese orden.

198.- **Efectos de la insuflación de CO2 intraabdominal sobre la perfusión regional.**

a) Aumento de la perfusión cerebral, renal y esplánica.
b) Disminución de la perfusión cerebral, renal y esplácnica.
c) Aumento de la perfusión cerebral y esplácnica con disminución de la perfusión renal.
d) Disminución de la perfusión renal y esplácnica con aumento de la perfusión cerebral.

199.- **En la cirugía laparoscópica, a partir de que presión intraabdominal por neumoperitoneo, puede presentarse compresión de la vena cava inferior, disminuyendo el retorno venoso de la mitad inferior del cuerpo, resultando en estasis venosa y disminución del gasto cardiaco.**

a) 10mmHg
b) 15mmHg
c) 20mmHg
d) 30mmHg

200.- ¿Qué efectos cardiovasculares produce el neumoperitoneo laparoscópico?

a) Disminución del retorno venoso
b) Aumento del volumen sistólico.
c) Disminución de la presión venosa central.
d) La posición anti-Trendelenburg mitiga los efectos cardiovasculares.

201.- Sobre terapia transfusional y pruebas de compatibilidad, es FALSO:

a) La tipificación ABO se realiza mediante el análisis de la presencia de los antígenos A o B en los eritrocitos y de los anticuerpos anti-A y anti B en el suero antes de la trasfusión.
b) Se ha estimado que la probabilidad de que las pruebas cruzadas no detecten un anticuerpo potencialmente peligroso es menor del 1 por 100.000.
c) Durante la trasfusión de urgencia de más de 2 unidades de sangre completa sin cruzar del grupo O Rh negativo, no se puede cambiar al grupo correcto sanguíneo (A, B o AB) del paciente en el momento en el que el banco determina de qué grupo se trata.
d) Si se considera el tiempo de supervivencia y la viabilidad, la actividad plaquetaria total es solo del 50-70% de su valor original invivo después de 6 horas de almacenamiento en un barco de sangre a 4ºC.

202.- Los tubos de doble luz en cirugía torácica presentan las siguientes ventajas.

a) Fácil aplicación de CPAP en el pulmón aislado.
b) Menor incidencia de ronquera y odinofagia.
c) Menor incidencia de lesisones en la mucosa traqueal.
d) Son correctas a) y c)

203.- Entre las contraindicaciones relativas de la laparoscopía se encuentra.

a) Glaucoma agudo.
b) Antecedentes de neumotórax a tensión.
c) Derivación ventrículo peritoneal.
d) Las tres lo son.

204.- Causa más probable de dolor en el hombro después de una cirugía laparoscópica.

a) Lesión deltoidea por los fijadores del brazo.
b) Aducción excesiva del brazo durante la cirugía.
c) Irritación diafragmática.
d) Ninguna de las tres.



205.- Las técnicas aceptadas para la cirugía de carótida:

a) Incluyen solo el uso del bloqueo del plexo cervical.
b) Se puede usar hipotensión controlada para disminuir la pérdida sanguínea.
c) Evitar la sobrecarga hídrica.
d) La infiltración del seno carotídeo con anestésicos locales se usa para prevenir la hipotensión.

206.- Paciente varón de 70 años que acude a consulta de preoperatorio por neoplasia de colon derecho para realizar colectomía derecha asistida por laparoscopia. Lo más llamativo de sus antecedentes personales es un Enfermedad de Parkinson evolucionada. Señala la respuesta CORRECTA:

a) Es un trastorno degenerativo de los ganglios de la base que cursa con una disminución en la producción de dopamina y con un aumento en la inhibición del sistema motor extrapiramidal.
b) En el perioperatorio puede aparecer disfunción autonómica con hipotensión ortostática, aumento de la salivación y alteraciones en la termorregulación.
c) La evaluación preoperatoria debe centrarse en la existencia de rigidez, temblor y demencia.
d) Los estimuladores cerebrales profundos que pueden llevar algunos pacientes no requieren la desconexión de los mismos antes de la cirugía.

207.- Sobre la fluidoterapia en la parada cardiaca.

a) Se deben usar soluciones con dextrosa que mejoran el aporte de glucosa, y pueden mejorar el pronóstico neurológico tras una parada.
b) La hipovolemia no es una potencial causa reversible de parada cardiaca.
c) En estadíos iniciales de la resucitación no hay claras ventajas en utilizar coloides, por lo que se deben de usar soluciones cristaloides balanceadas.
d) Las tres son correctas.

208.- Entre las complicaciones postoperatorias de la cirugía hepática se encuentra.

a) Fuga biliar.
b) Atelectasia.
c) Hipotermia moderada.
d) Todas las anteriores.

209.- Sobre los pacientes que van a ser sometidos a cirugía laparoscópica.

a) Los pacientes con estenosis mitral pueden desarrollar eventos adversos derivados de la disminución de la precarga.
b) Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica no deben ser sometidos a cirugía laparoscópica.
c) Los pacientes con hipertensión intraocular no deben ser sometidos a cirugía laparoscópica.
d) Las tres son correctas

210.- **El mantenimiento del donante de órganos es fundamental para preservar la función de los órganos y tejidos que pueden ser trasplantados en otros pacientes. El mantenimiento de las funciones vitales incluye todas las medidas siguientes EXCEPTO una, cuál es la afirmación falsa.**

a) Administración de cristaloides y albúmina para mantener una volemia adecuada.
b) Administración de concentrado de hematíes para mantener una hemoglobina por encima de 10g/dL.
c) Perfusión de Noradrenalina para mantener tensiones arteriales sistólicas por encima de 100mmHg.
d) Administración de Insulina en perfusión intravenosa para control estricto de la glucemia.

211.- **La utilización del CO2 para realizar el neumoperitoneo en cirugía laparoscópica se debe principalmente.**

a) Posibilidad de medición a través del EtCO2
b) Alta solubilidad y rápida eliminación.
c) Ausencia de efectos fisiológicos importantes.
d) Las tres son correctas.

212.- **Cuál de las siguientes NO modifica la CAM (concentración alveolar mínima) de los anestésicos inhalados:**

a) Hipotiroidismo.
b) Edad.
c) Hiponatremia.
d) Dexmedetomidina.

213.- **Cuál de las siguientes es VERDADERA en relación a los vaporizadores para administración de anestesia:**

a) Son agente específicos.
b) Los más modernos incorporan la cal sodada para reducir la toxicidad de los halogenados.
c) Permiten regular la fracción inspirada de oxígeno administrada al paciente.
d) El más voluminoso es específico para la administración de óxido nitroso.

214.- **Cuál de los siguientes gases inhalados produce una MAYOR sensibilización a las catecolaminas, con una mayor predisposición a las arritmias:**

a) Desfluorano.
b) Halotano.
c) Isofluorano.
d) Sevofluorano.

215.- Cuál de los siguientes anestesicos inhalados, tiene el MAYOR efecto potenciador del efecto de los relajantes neuromusculares:

a) Desfluorano.
b) Halotano.
c) Isofluorano.
d) Sevofluorano.

216.- Cuál de las siguientes propiedades físicas se correlaciona MEJOR con la POTENCIA de los anestésicos volátiles:

a) Punto de ebullición.
b) Densidad.
c) Viscosidad.
d) Liposolubilidad.

217.- Un sistema de TCI es:

a) Un programa fármacodinámico computerizado.
b) Un programa farmacocinético computerizado.
c) Un monitor de la concentración cerebral.
d) Un sistema de anestesia, que se ajusta automáticamente según la profundidad anestésica detectada.

218.- Cuál de los siguientes fármacos NO TIENE alguno de los siguientes modelos farmacocineticos validados, para utilizar en sistemas de TCI:

a) Propofol modelo Schnider.
b) Propofol-modelo Eleveld.
c) Rocuronio-modelo Rainbow.
d) Remifentanilo-modelo Minto.

219.- La vida media sensible al contexto es:

a) La vida media de eliminación.
b) La vida media de distribución.
c) El tiempo de recuperación de la conciencia.
d) Es variable según el tiempo de infusión transcurrido.

220.- Cuál de las siguientes situaciones clinicas SE ASOCIA a una acidosis metabólica con Anion GAP elevado:

a) Diarrea.
b) Fístula pancreática.
c) Acidosis tubular renal.
d) Cetoacidosis diabética.

221.- Cuál de los siguientes NO constituye un mecanismo de MANTENIMIENTO de una situación que genera una alcalosis metabolica:

a) Reducción función renal.
b) Contracción de volumen.
c) Administración de anticoagulantes orales.
d) Hipopotasemia.

222.- Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación al equilibrio ácido-base:

a) La diarrea es una causa común de alcalosis metabolica hiperclorémica.
b) La combinación de alcalemia e hipopotasemia, puede precipitar arritmias supraventriculares y ventriculares graves.
c) El buffer bicarbonato es efectivo para la compensación de los trastornos metabólicos del equilibrio acido-base, pero no para los respiratorios.
d) El mecanismo de compensación renal de la academia suele ser máximo a las 12 horas.

223.- Señale la respuesta INCORRECTA en relación a los videolaringoscopios:

a) El videolaringoscopio Glidescope presenta una angulación de 25º que facilita la exposición glótica y la intubación sin ayuda de estilete.
b) El videolaringoscopio Airtraq tiene un canal específico para introducir el tubo endotraqueal.
c) El videolaringoscopio C-MAC permite realizar tanto una laringospia directa con visión conectada a una cámara y facilita las maniobras de ayuda por otro operador.
d) El videolaringoscopio McGrath tiene palas tanto para pacientes tanto adultos como pediátricos.

224.- Cual es VERDADERA en relación con la presencia de un laringospasmo tras la extubación:

a) Es mucho más frecuente en ancianos frágiles que en niños.
b) Su tratamiento inicial debe ser la administración de 1 mg/ Kg de succinilcolina.
c) El edema pulmonar por presión negativa se ha reportado como complicación excepcional.
d) La ventilación positiva con Oxígeno al 100% es una medida muy eficaz.

225.- Cuál de los siguientes introductores o estiletes para el tubo endotraqueal, tienen la posibilidad de poder hacer una ventilación jet a su través, en caso de urgencia:

a) Eschmann.
b) Frova.
c) Bujía de Boussignac.
d) Interguide.

226.- El plan B para el manejo de la VAD de las DAS británica contempla:

a) Intubación endotraqueal máximo 3+1 intentos.
b) Dispositivo supraglotico segunda generación con acceso gástrico.
c) Ventilación con mascarilla facial en condiciones óptimas con 2 operadores y relajación neuromuscular.
d) Via aérea quirúrgica de emergencia.

227.- Cuál es la concentración de adrenalina, asociada a un anestesico local, recomendada para hacer una dosis TEST EPIDURAL:

a) 1:1000.
b) 1: 10.000.
c) 1:200.000
d) 1:400.000.

228.- Cuál de las siguientes es una contraindicación ABSOLUTA para realizar una anestesia intradural:

a) Cifoescoliosis severa.
b) Estenosis aórtica moderada.
c) INR 1,4.
d) Aumento de la presión intracraneal.

229.- Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA en relación a la cefalea postpunción dural:

a) Es más frecuente en pacientes ancianos del sexo femenino.
b) Su incidencia es menor si se utiliza una aguja con punta de lapiz.
c) La eficacia del tratamiento con un parche hemático es aproximadamente del 60%.
d) La cafeína está contraindicada como tratamiento conservador.

230.- Cuál de los siguientes hallazgos ecocardiográficos NO se corresponde con una estenosis aórtica severa:

a) Velocidad pico Doppler continuo mayor de 4 m/segundo.
b) Gradiente transvalvular medio de 30 mmHg..
c) Área valvular menor de 1 cm2.
d) Ratio velocidad tracto de salida ventrículo izquierdo/válvula aórtica, menor de 0,25.

231.- **Cuál de las siguientes estructuras NO puede ser adecuadamente visualizada, si realizamos un ecocardiograma transtorácico en plano paraesternal eje largo:**

a) Aorta descendente.
b) Válvula aórtica.
c) Orejuela aurícula izquierda.
d) Tabique interventricular.

232.- **Cuál de los siguientes nervios NO corresponden al plexo cervical superficial:**

a) Supraclavicular
b) Occipital menor
c) Supraescapular.
d) Auricular mayor.

233.- **Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación a los bloqueos del plexo braquial:**

a) El bloqueo interescalénico, está contraindicado en pacientes con insuficiencia respiratoria, por la elevada incidencia de parálisis frénica transitoria.
b) El plexo braquial queda externo a la arteria subclavia en el abordaje supraclavicular.
c) Las infusiones perineurales a través de catéter, son más eficaces si utilizamos el acceso infraclavicular..
d) El nervio intercostobraquial, se bloquea de forma confiable con la inyección de anestésico local a nivel del nervio músculocutaneo, realizado con el acceso axilar.

234.- **Un bloqueo paravertebral lumbar realizado para analgesia postoperatoria del miembro inferior,incluye el bloqueo de los siguientes nervios, EXCEPTO:**

a) Nervio ciático
b) Nervio obturador.
c) Nervio femoral.
d) Nervio femorocutaneo.

235.- **En relación con el manejo anestésico de la paciente gestante, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**

a) La fenilefrina produce menos acidosis fetal que la efedrina.
b) El flujo sanguíneo placentario presenta una gran capacidad de autorregulación.
c) El bloqueo de T10 a L1 garantiza analgesia suficiente durante todas las fases del parto.
d) La ausencia de algoritmos específicos invalida la utilidad de pruebas viscoelásticas en este contexto.



236.- En relación con la analgesia epidural en el parto, es FALSO que:

a) Los opioides epidurales pueden causar prurito en la madre.
b) Puede producir hipotensión arterial materna por bloqueo simpático.
c) El bloqueo motor puede interferir con los pujos maternos.
d) Reduce la duración de la segunda fase del parto.

237.- Respecto a la anestesia para cesárea, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La anestesia general es de elección frente a la regional en cesárea urgente.
b) La hipotensión asociada a la anestesia espinal se puede prevenir eficazmente con vasopresores como fenilefrina o noradrenalina.
c) El nivel de bloqueo necesario para la cesárea debe alcanzar T10.
d) La ketamina está contraindicada como inductor en cesárea urgente con hipovolemia.

238.- En relación con la preeclampsia grave, señale la afirmación INCORRECTA:

a) El sulfato de magnesio es el tratamiento de elección para la prevención de las convulsiones eclámpticas.
b) La trombocitopenia es una manifestación frecuente del síndrome HELLP.
c) La anestesia regional está contraindicada en la paciente preeclámptica.
d) La hidralazina y el labetalol son opciones para el tratamiento de la crisis hipertensiva.

239.- Respecto a la hemorragia postparto (HPP) en cierto que:

a) Se define como una pérdida hemática superior a 250ml tras un parto vaginal.
b) La causa más frecuente es la atonía uterina.
c) La oxitocina debe administrarse en bolo IV rápido para mayor eficacia uterotónica.
d) El ácido tranexámico está contraindicado en el manejo de la HPP.

240.- Paciente gestante de 39 semanas que se somete a anestesia epidural para analgesia durante el trabajo de parto. La técnica es dificultosa, necesitándose varios intentos para conseguir la colocación del catéter. El test de aspiración es negativo, pero tras administrar una "dosis test" (Bupivacaína 0,25% + Adrenalina 1:200.000 3ml) presenta imposibilidad para movilizar las extremidades inferiores. ¿Cuál de las siguientes es la actitud MENOS adecuada?

a) Utilizar el catéter para proporcionar analgesia durante el trabajo de parto extremando las precauciones.
b) Retirar el catéter y realizar un nuevo intento de punción en un espacio intervertebral diferente.
c) Realizar una TC dirigida a descartar un hematoma epidural.
d) Informar a la paciente de la posibilidad de presentar cefalea en el posparto.



241.- En relación con la farmacología en el neonato, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El volumen de distribución de los fármacos hidrófilos es menor en el neonato que en el adulto.
b) La unión a proteínas plasmáticas está aumentada en el neonato, lo que reduce la fracción libre de los fármacos.
c) La función renal del neonato alcanza valores similares al adulto a los 6-12 meses de vida.
d) La concentración alveolar mínima (CAM) de los agentes halogenados es mayor en el neonato pretérmino que en el neonato a término.

242.- En el manejo de la vía aérea neonatal, señale la afirmación INCORRECTA:

a) La laringe neonatal tiene forma cónica, siendo la zona más estrecha el cartílago cricoides.
b) La glotis tiene una forma diferente y está angulada sobre la entrada laríngea.
c) La cabeza del neonato es proporcionalmente grande, por lo que generalmente no se requiere almohada para conseguir la posición de olfateo.
d) El tubo endotraqueal apropiado para un neonato a término es de 2,0 mm de diámetro interno.

243.- Respecto al manejo anestésico de la estenosis pilórica, señale la respuesta CORRECTA:

a) La aspiración de contenido gástrico es una preocupación primordial durante la inducción.
b) La miotomía rara vez se realiza por vía laparoscópica.
c) La deshidratación y la acidosis hiperclorémica son típicas.
d) La ventilación manual durante la inducción está totalmente contraindicada.

244.- Respecto al laringoespasmo en el niño, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) Es más frecuente durante la inducción y al despertar de la anestesia.
b) La administración de propofol a dosis subanestésicas puede ser eficaz para su tratamiento.
c) La succinilcolina a dosis de 4mg/kg IM es una opción válida si no se dispone de acceso intravenoso.
d) La presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) no tiene ningún papel en su manejo.



245.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la farmacología en el paciente pediátrico es CORRECTA?

a) La anestesia intravenosa total (TIVA) no requiere de algoritmos específicos.
b) Lactantes y niños pequeños requieren dosis menores de propofol debido a su menor volumen de distribución.
c) Todos los relajantes musculares tienen en general un inicio más rápido en este grupo de pacientes.
d) La morfina no debe utilizarse como analgesia posoperatoria.

246.- Niño de 6 años, 22kg y ASA I, programado para amigdalectomía. El padre comenta rinorrea habitual sin fiebre los últimos días. Tras inducción con fentanilo, propofol y rocuronio se procede a intubación orotraqueal sin incidencias, verificada por auscultación y capnógrafo. A los pocos minutos presenta desaturación progresiva hasta SpO2 82% y en la auscultación destaca la presencia de sibilantes espiratorios. Ante el cuadro clínico que usted sospecha, ¿cuál de las siguientes acciones es la MENOS adecuada?

a) Aumentar FiO2 a 100%.
b) Cerrar válvula de límite de presión ajustable (APL) y comenzar ventilación manual vigorosa.
c) Aumentar el límite de la Ppico por encima de la presión pico inspiratoria del paciente para garantizar el volumen tidal.
d) Reducir frecuencia a 6-8 respiraciones por minuto y aumentar relación I:E a 1:4.

247.- En relación con las consideraciones anestésicas en cirugía de artroplastia de rodilla, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

a) El bloqueo de nervio femoral y la anestesia epidural se han asociado con una deambulación retrasada después de la cirugía.
b) El torniquete neumático se coloca sobre el muslo y generalmente se infla a una presión de 50 a 100 mmHg por encima de la presión arterial sistólica.
c) La inyección multimodal intraarticular de ropivacaína, ketorolaco, clonidina y adrenalina disminuye las necesidades de opioides en el posoperatorio.
d) El dolor relacionado con el torniquete no puede ocurrir si la anestesia regional es adecuada para la intervención.

248.- Respecto al síndrome de implantación del cemento óseo (SICO), es FALSO que:

a) Se produce principalmente durante la inserción del vástago femoral cementado.
b) Los hallazgos hemodinámicos incluyen hipotensión, hipoxemia e incluso parda cardiorrespiratoria.
c) El aumento de la presión intramedular desplaza émbolos de grasa, aire y monómeros de metilmetacrilato a la circulación.
d) Aumentar la FiO2 al 100% antes de la cementación no tiene ningún efecto preventivo.

249.- En la cirugía de fractura de cadera, ¿cuál de los siguientes enunciados es CORRECTO?

a) La posición posterolateral favorece la oxigenación, particularmente en pacientes obesos.
b) La elección entre anestesia regional y anestesia general no muestra diferencias significativas en la mortalidad y la elección debe individualizarse según las características del paciente.
c) La intervención debe retrasarse hasta que revierta totalmente el efecto de los fármacos antiagregantes o anticoagulantes orales directos para minimizar la pérdida de sangre perioperatorio.
d) Aunque son frecuentes en pacientes de edad avanzada, no se asocian a una alta morbilidad y mortalidad.

250.- Todo lo siguiente respecto a la anestesia para cirugía de hombro artroscópica es cierto EXCEPTO (señale la FALSA):

a) La relajación neuromuscular no es necesaria.
b) La combinación de bloqueo interescalénico y sedación no proporcionan condiciones anestésicas adecuadas.
c) La perfusión de perfusión cerebral (PPC) disminuye en pacientes en postura de "silla de playa" bajo anestesia general.
d) En la posición "silla de playa", la lectura de la presión arterial en el brazo es diferente a la PPC real en el polígono de Willis.

251.- En la cirugía de prótesis total de cadera bajo anestesia raquídea, ¿cuál de los siguientes enunciados es CORRECTO?

a) El nivel de bloqueo hasta L1 es suficiente para cubrir adecuadamente el campo quirúrgico.
b) La anestesia raquídea está indicada en pacientes anticoagulados con heparina de bajo peso molecular si la última dosis fue hace más de 8 horas.
c) La posición en decúbito lateral durante la cirugía puede modificar el nivel del bloqueo raquídeo si se utilizan soluciones hiperbáricas.
d) La anestesia general es preferible a la raquídea en el anciano por menor riesgo de hipotensión.

252.- Se dispone a entrar a quirófano para anestesiar un hombre de 20 años obeso (IMC 38 kg/m2) que se va a someter a una cirugía de columna para corrección de escoliosis. La cirugía se prevé larga y compleja. De las siguientes estrategias para minimizar las posibles complicaciones, ¿cuál NO es adecuada?

a) De entre los fibrinolíticos, el ácido tranexámico es más eficaz que la aprotinina para limitar la pérdida de sangre.
b) La cabeza debe colocarse nivelada o más alta que el corazón cuando sea posible.
c) La hipotensión arterial deliberada carece de riesgo en este paciente dada la ausencia de hipertensión arterial.



d) La monitorización neurofisiológica intraoperatoria es útil para evaluar la integridad de las estructuras neuronales.

253.- En la insuficiencia suprarenal perioperatoria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La cobertura esteroidea perioperatoria no tiene en cuenta la magnitud de la intervención.
b) La supresión del eje hipotálamo-hipofisario es poco probable en pacientes que toman menos de 7,5 mg de prednisona/día.
c) El etomidato es el agente de inducción de elección en el paciente con insuficiencia suprarrenal por su efecto estimulador del eje hipotálamo-hipofisario.
d) La hiperpotasemia es el hallazgo analítico más característico de la crisis addissoniana aguda.

254.- Respecto a la suspensión perioperatoria de antidiabéticos orales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La metformina debe suspenderse el mismo día de la cirugía en todos los procedimientos.
b) Las sulfonilureas deben suspenderse al menos 24h antes de la cirugía por riesgo de hipoglucemia prolongada.
c) Los inhibidores de SGLT-2 (iSGLT-2) pueden mantenerse hasta el día de la cirugía en procedimientos menores ambulatorios.
d) Los inhibidores de DPP-4 (gliptinas) deben suspenderse al menos una semana antes de cualquier cirugía.

255.- Paciente de 58 años con feocromocitoma conocido programado para suprarrenalectomía laparoscópica. En el preoperatorio tomaba fenoxibenzamina 20 mg/12h desde hace 3 semanas. Durante la manipulación quirúrgica del tumor presenta TA 230/130 mmHg y FC de 55 lpm. ¿Cuál es el manejo MÁS ADECUADO?

a) Administrar Esmolol iv por su corta vida media
b) Suspender cirugía inmediatamente e ingresar paciente en Unidad de Reanimación
c) Administrar Nitroprusiato Sódico o Clevidipino IV para control de la HTA
d) Esperar a que la cirujana complete la ligadura de la vena para evitar hipotensión arterial de rebote

256.- Respecto al reflejo oculocardiaco (ROC), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El arco aferente del reflejo discurre por el nervio facial (VII par craneal).
b) La bradicardia es la arritmia más frecuente, aunque puede aparecer cualquier tipo de arritmia incluyendo la asistolia.
c) Se debe utilizar atropina IV de forma profiláctica en toda cirugía oftalmológica.
d) El reflejo solo se desencadena por tracción directa sobre el músculo recto interno.



257.- Todos los siguientes elevan la presión intraocular (PIO), EXCEPTO:

a) Anestésicos halogenados.
b) Hipercapnia.
c) Succinilcolina.
d) Combinación de atropina y neostigmina.

258.- Respecto a la cirugía otorrinolaringológica es FALSO que:

a) Las intervenciones más asociadas a náuseas y vómitos posoperatorios (NVPO) son aquellas que se realizan sobre el oído interno
b) Cuando se emplea un control neurofisiológico del nervio facial debe evitarse administrar bloqueantes neuromusculares durante el período posterior a la intubación.
c) La hipotensión arterial durante la cirugía endoscópica de senos paranasales es deletérea, ya que aumenta la congestión nasal.
d) Los pacientes que se van a someter a cirugía sobre la glándula parótida pueden tener alteraciones de la articulación temporomandibular (ATM).

259.- En la cirugía de amígdalas y adenoides, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre el manejo anestésico es CORRECTA?

a) La mascarilla laríngea es la técnica de lección por su menor impacto sobre la vía aérea compartida.
b) El tubo endotraqueal oral reforzado (flexometálico) es preferible en la mayoría de los casos por el acceso quirúrgico con abrebocas.
c) La hemorragia postamigdalectomía es infrecuente y no requiere consideraciones anestésicas especiales.
d) Se debe esperar a que el paciente tosa enérgicamente para retirar el tubo endotraqueal, ya que esto asegura la integridad de los reflejos de vía aérea.

260.- Durante la cirugía laríngea con láser CO2, ¿cuál de las siguientes medidas NO es eficaz?

a) Utilizar una FiO2 al mínimo posible para evitar el incendio en vía aérea.
b) Emplear tubos endotraqueales específicos resistentes al láser para evitar la ignición de estos.
c) Colocar señales de aviso en el exterior del quirófano, cubrir con elementos opacos todas las ventanas de este y facilitar gafas de protección.
d) El empleo de lidocaína nebulizada cuando exista estridor postexutbación.

261.- Los criterios de selección de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) incluyen factores sociales, médicos y quirúrgicos. Respecto a estos últimos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?

a) Las complicaciones quirúrgicas siguen siendo la causa individual más importante de ingreso hospitalario imprevisto.



b) La amigdalectomía no es una intervención apta para este régimen debido al riesgo de sangrado.
c) La cirugía de cataratas puede realizarse sin necesidad de pruebas preoperatorias en la mayoría de los casos.
d) La cirugía ambulatoria de glándula tiroidea es segura y efectiva.

262.- De los siguientes enunciados sobre la cirugía ambulatoria solo uno es cierto (indique el CORRECTO):

a) La edad, el índice de masa corporal (IMC) o el estado de salud de la ASA son límites de elegibilidad bien establecidos.
b) La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una contraindicación absoluta para ser candidato a este régimen.
c) La fragilidad se relaciona con mayor riesgo de acontecimientos adversos tras la cirugía ambulatoria.
d) Los pacientes ancianos tienen una mayor tasa de ingreso imprevisto que los jóvenes.

263.- Respecto a las técnicas anestésicas para la cirugía ambulatoria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) El uso de un dispositivo supraglótico (DSG) es una alternativa frente a la intubación orotraqueal para procedimientos laparoscópicos, siempre que pueda garantizarse la seguridad.
b) El uso de prilocaína hiperbárica es una excelente alternativa a la bupivacaína cuando se emplea por vía intradural en este contexto.
c) Debe minimizarse el uso de opioides de acción prolongada para evitar náuseas y vómitos posoperatorios (NVPO) y un ingreso imprevisto.
d) La necesidad de sugammadex para la reversión del bloqueo neuromuscular contraindica el régimen ambulatorio.

264.- En relación con los cambios farmacocinéticos en el paciente anciano, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) La reducción de la masa muscular y el aumento de la grasa corporal prolongan el efecto de los fármacos lipófilos como el fentanilo.
b) La disminución del gasto cardíaco enlentece la distribución de los fármacos IV y retrasa el inicio de acción.
c) La CAM de los agentes halogenados aumenta con la edad para compensar la menor sensibilidad neuronal.
d) La reducción del flujo sanguíneo hepático y renal disminuye el aclaramiento de muchos fármacos anestésicos.

265.- Respecto al delirio posoperatorio (DPO) en el paciente anciano, señale la afirmación CORRECTA:

a) El DPO es una complicación benigna y transitoria que no se asocia a peor pronóstico a largo plazo.



b) La monitorización de la profundidad anestésica con EEG para evitar el burst suppression se ha asociado a una reducción de la incidencia de DPO.
c) Las benzodiacepinas son el tratamiento farmacológico de primera línea del DPO en el anciano.
d) El empleo de anestesia neuroaxial y sedación reduce significativamente la incidencia de DPE frente a la anestesia general.

266.- Mujer de 81 años se somete a artroplastia total de cadera bajo raquianestesia. A las 6 horas de la intervención presenta agitación, desorientación temporoespacial y alucinaciones visuales alternando con períodos de somnolencia. La SpoO2 es 94%, glucemia 142 mg/dl, sodio 138 mEq/l. ¿Cuál es la actitud MÁS ADECUADA?

a) Administrar midazolam 1 mg iv para sedación y contención física para evitar autolesiones.
b) Solicitar TC craneal urgente para descartar ictus isquémico.
c) Orientar a la paciente, garantizar oxigenación y analgesia adecuadas, valorar haloperidol a dosis bajas si agitación intensa.
d) Administrar flumacenil IV para prevenir posible efecto residual de benzodiacepinas.

267.- Estando de guardia recibe un paciente que ha sufrido un traumatismo facial complejo, consistente en fractura tipo Le Fort II y rotura laríngea parcial. Se trata de un hombre de 55 años con antecedentes de obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada, hipertensión arterial (HTA) y dislipemia. A la exploración presenta edema facial, ronquera, abundantes secreciones hemáticas y SpO2 92% con mascarilla-reservorio (FiO2 100%). Última ingesta hace 2h. De las siguientes opciones para el manejo de la vía aérea, ¿cuál considera la MÁS ADECUADA?

a) Sedación ligera e intubación mediante fibrobroncoscopio con paciente despierto.
b) Inducción de secuencia rápida, maniobra de Sellick e intubación con videolaringoscopio.
c) Colocación de sonda nasogástrica para vaciado gástrico previo a inducción y laringoscopia directa.
d) Traqueostomía bajo anestesia local.

268.- ¿Cuál de las siguientes consideraciones sobre el manejo del paciente gran quemado es INCORRECTA?

a) Las necesidades de relajantes neuromusculares no despolarizantes están aumentadas en el gran quemado por proliferación de receptores nicotínicos extrajuncionales.
b) Durante las primeras 24-48h después de la lesión se da la fase isquémica inicial del shock por quemaduras, cuya característica principal es un estado hipodinámico con descenso del gasto cardíaco.
c) Las pérdidas hemáticas durante el desbridamiento pueden ser muy cuantiosas (hasta 1 ml por cm^2 de superficie desbridada) y deben anticiparse con accesos vasculares apropiados y productos sanguíneos disponibles.



d) La hipotermia no suele ser un problema relevante en el gran quemado, ya que el hipermetabolismo tiende a mantener la temperatura corporal elevada.

269.- De las siguientes afirmaciones sobre la anestesia durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) señale la opción CORRECTA:

a) La tasa de complicaciones en los casos con anestesia general suele ser mayor que cuando se realiza bajo sedación.
b) La sedación minimiza el riesgo de colangitis post-CPRE.
c) Generalmente este procedimiento se realiza en decúbito supino.
d) En intervenciones prolongadas puede aparecer hipercapnia significativa.

270.- La demanda de anestesia fuera de quirófano (AFQ) ha sufrido un aumento significativo durante los últimos años. De las siguientes afirmaciones al respecto solo una es CORRECTA:

a) Generalmente estas localizaciones han sido concebidas considerando las necesidades asociadas a la práctica anestésica.
b) Los pacientes sometidos a este tipo de procedimientos suelen ser más sanos que los atendidos en el quirófano.
c) Se deben mantener los mismos estándares de seguridad anestésica independientemente de la localización.
d) Los incidentes que implican un daño para el paciente tienden a ser menos severos que aquellos que ocurren en el quirófano.

271.- Respecto a las siguientes consideraciones anestésicas durante la realización de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) señale la FALSA:

a) El uso de vaporizadores está totalmente contraindicado en este entorno.
b) Existen implantes cocleares, marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI) compatibles con RMN.
c) El acceso limitado a la vía aérea y la escasa visibilidad del paciente son factores que aumentan el riesgo de complicaciones.
d) El laringoscopio estándar no debe emplearse en la proximidad de la máquina de RMN.

272.- En el mantenimiento anestésico del donante en muerte encefálica (DME) durante la extracción multiorgánica, ¿cuál de los siguientes enunciados es el más CORRECTO?

a) No es necesario administrar analgésicos ni relajantes neuromusculares, ya que el DME no tiene actividad cerebral.
b) La diabetes insípida central es una complicación frecuente en el DME y se debe tratar con reposición de volumen y desmopresina.
c) La bradicardia es frecuente como consecuencia al estímulo quirúrgico y debe tratarse con atropina IV.

d) La administración de agentes halogenados debe evitarse en el DME por su efecto vasodilatador.

273.- Paciente de 58 años con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis programado para trasplante renal de donante cadáver. Última sesión hace 48 horas. En la analítica preoperatoria destaca K+ 5,8 mEq/L. Última ingesta hace 2 h. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el manejo anestésico es CORRECTA?

a) La succinilcolina puede utilizarse ya que el potasio sérico es menor a 6 mEq/l.
b) El mantenimiento con sevoflurano está contraindicado en un paciente con enfermedad renal terminal por su metabolito nefrotóxico.
c) La duración de acción del rocuronio es más prolongada en este grupo de pacientes.
d) Generalmente la respuesta hipertensiva a la laringoscopia suele ser menor que en pacientes sanos.

274.- De entre las siguientes directrices de la American Society of Anesthesiologists (ASA) respecto a los procedimientos bajo sedación, señale la respuesta CORRECTA:

a) El estándar de cuidado para los pacientes a los que se aplica una sedación es menos exigente que el de los pacientes que reciben anestesia general.
b) El paso a anestesia general lo define la instrumentalización de la vía aérea.
c) Los riesgos de muerte o de lesión encefálica permanente son parecidos entre la sedación y anestesia general.
d) No se distinguen diferentes grados de sedación.

275.- El remimazolam ha sido aprobado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para anestesia general y sedación en el adulto. Respecto a sus características farmacológicas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Es un agonista de los receptores GABA-A con metabolismo hepático dependiente del citocromo P450, similar al midazolam.
b) Produce analgesia intrínseca, lo que reduce los requerimientos de opioides intraoperatorios.
c) Su principal ventaja frente al propofol es la ausencia de dolor en la inyección y la menor incidencia de náuseas postoperatorias.
d) Es una benzodiacepina de acción ultrarrápida metabolizada por esterasas tisulares inespecíficas, con efecto reversible por flumazenil.

276.- **Paciente de 45 años ASA II sometido a osteosíntesis de extremidad superior derecha con bloqueo del plexo braquial a nivel supraclavicular. Inicia sedación con remifentanilo a dosis 0,1 mcg/kg/min para aliviar dolor del torniquete neumático. Al poco el paciente presenta desaturación progresiva hasta SpO2 85%. Cuando intenta ventilar con mascarilla facial le resulta imposible debido al aumento del tono muscular. De las siguientes afirmaciones sobre esta complicación señale la FALSA:**

a) Se cree que se debe a la acción directa sobre las fibras musculares.
b) La administración de naloxona puede revertir el cuadro.
c) Dosis subanestésicas de midazolam pueden atenuar la rigidez.
d) Los relajantes neuromusculares son útiles en este contexto.

277.- **En relación con los protocolos de recuperación intensificada, (ERAS – Enhanced Recovery After Surgery), ¿cuál de las siguientes medidas NO forma parte del protocolo estándar?**

a) Ayuno preoperatorio reducido con ingesta de líquidos claros y bebidas con hidratos de carbono hasta 2 horas antes de la cirugía.
b) Analgesia multimodal con reducción del consumo de opioides perioperatorios.
c) Fluidoterapia liberal para garantizar la hidratación y así prevenir náuseas y vómitos posoperatorios (NVPO).
d) Movilización precoz en las primeras horas del posoperatorio.

278.- **Paciente mujer de 58 que ingresa en Unidad de Recuperación Posanestésica (URPA) tras someterse a tiroidectomía. A los 30 minutos presenta estridor inspiratorio progresivo, disnea y SpO2 88% con FiO2 50%. A la exploración física evidencia hematoma cervical y la apertura bucal es normal. De entre las siguientes opciones, ¿cuál es la MÁS APROPIADA?**

a) Administrar dexametasona 8mg IV y adrenalina nebulizada, realizar TC cervical urgente.
b) Pedir ayuda, retirar grapas de herida quirúrgica en el mismo box y preparar material de intubación difícil.
c) Proceder directamente con intubación de secuencia rápida, ya que la intubación es más sencilla antes de que el hematoma progrese.
d) Realizar cricotirotomía emergente.

279.- **Respecto a las Unidades de Recuperación Posanestésica (URPA), señale la afirmación INCORRECTA:**

a) Deben ubicarse cerca del quirófano para poder trasladar a los pacientes de vuelta al mismo en caso de emergencia.
b) La ratio habitual entre el número de quirófanos y número de camas en una URPA es de 1’5.
c) La monitorización mínima incluye Spo2, electrocardiograma continuo y presión arterial no invasiva intermitente.



d) Las URPA "satélite" (aquellas utilizadas tras la endoscopia digestiva, por ejemplo) deben tener estándares de cuidado menores que la URPA principal.

280.- Respecto al manejo anestésico de las técnicas neurointervencionistas, todas las siguientes afirmaciones son ciertas EXCEPTO (señale la FALSA):

a) El tratamiento antiagregante plaquetario debe suspenderse antes de la colocación endovascular de una endoprótesis carotídea ante el potencial riesgo de rotura vascular.
b) Durante el despliegue de la endoprótesis en la arteria carótida la hipotensión y/o bradicardia pueden requerir soporte vasopresor temporal.
c) La reducción temporal de la tensión arterial puede ser necesaria durante el cierre de una malformación arteriovenosa (MAV) de alto flujo.
d) En la trombectomía aguda no hay pruebas suficientes para recomendar sistemáticamente la anestesia general sobre la sedación.

281.- En el manejo anestésico del paciente con hipertensión intracraneal, ¿cuál de los siguientes fármacos está contraindicado como inductor?

a) Propofol.
b) Ketamina.
c) Tiopental.
d) Etomidato.

282.- Respecto a la presión de perfusión cerebral (PPC), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Se calcula como la diferencia entre la presión arterial sistólica (PAS) y la presión intracraneal (PIC).
b) El valor mínimo recomendado de PPC en el traumatismo craneoencefálico es de 50 mmHg.
c) Los niveles de presión arterial que se consideran seguros cuando la autorregulación cerebral está intacta pueden suponer un riesgo isquémico cuando ésta se encuentra alterada.
d) Un aumento de la PIC no modifica la PPC si la presión arterial se mantiene constante.

283.- Respecto a la anestesia para craneotomía en paciente despierto (awake craniotomy), señale la afirmación INCORRECTA:

a) Está indicada principalmente en cirugía de lesiones elocuentes próximas a áreas del lenguaje o motoras.
b) La técnica asleep-awake-asleep combina sedación profunda durante las fases de apertura y cierre craneal con colaboración del paciente durante el mapeo cortical.
c) Un elemento esencial de la anestesia para una craneotomía con el paciente despierto es la técnica anestésica local.



d) La presencia de crisis epilépticas intraoperatorias obliga a suspender el procedimiento y convertir a anestesia general de urgencia en todos los casos.

284.- Paciente de 55 años sometido a resección de meningioma de fosa posterior en posición sentada. A los 45 minutos de iniciada la cirugía presenta caída brusca de la ETCO2 de 35 a 20 mmHg, hipotensión arterial (TA 75/40 mmHg) y el doppler precordial detecta un sonido "en rueda de molino". ¿Cuál es la secuencia de actuación MÁS ADECUADA?

a) Administrar adrenalina IV en bolo, colocar al paciente en Trendelenburg y aumentar la FiO_2 al 100%
b) Avisar al cirujano para que ocluya el campo con cera ósea o compresa húmeda, aspirar aire por el catéter venoso central, colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con Trendelenburg y dar soporte hemodinámico
c) Suspender inmediatamente los gases anestésicos e iniciar RCP avanzada.
d) Aumentar la frecuencia respiratoria para normalizar la $ETCO_2$ y administrar volumen IV para tratar la hipotensión

285.- Respecto a la seguridad en anestesia, señale la respuesta CORRECTA:

a) A pesar de su adopción prácticamente universal, el listado de verificación se seguridad quirúrgica de la OMS no ha demostrado reducir la mortalidad.
b) El estudio directo de pacientes perjudicados aporta una visión más amplia que la mera notificación voluntaria de incidentes.
c) Es más importante centrarse en eventos excepcionales pero muy graves que en aquellos más frecuentes y leves.
d) Todos los departamentos de anestesiología deberían disponer de un proceso para registrar los acontecimientos adversos y los cuasi accidentes.

286.- En el contexto de la mejora de calidad en anestesia, ¿cuál de los siguientes indicadores es considerado un indicador de resultado y NO de proceso?

a) Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica administrada en los 60 minutos previos a la incisión.
b) Tasa de náuseas y vómitos posoperatorios (NVPO) que requieren tratamiento de rescate en la URPA.
c) Porcentaje de pacientes con monitorización neuromuscular cuantitativa intraoperatoria.
d) Cumplimiento de checklist de seguridad quirúrgica en el preoperatorio.

287.- En la regulación de la Velocidad de Filtrado Glomerular intervienen los siguientes, EXCEPTO:

a) Alfa-adrenérgicos.
b) Beta-adrenérgicos.
c) Sistema renina-angiotensina.
d) Hormona antidiurética.



288.- En un paciente hipovolémico a la llegada al quirófano, nos podemos encontrar:

a) Aumento de la respuesta del sistema renina-angiotensina-aldosterona.
b) Aumento en la reabsorción de sodio.
c) Orina más concentrada.
d) Todo lo anterior.

289.- Respecto a la diuresis, es FALSO que:

a) Se considera oliguria cuando es inferior a 0,5 ml/kg/h.
b) La anuria brusca debe hacernos pensar en una obstrucción posrenal.
c) La oliguria es un factor de riesgo modificable de mortalidad.
d) Las oligurias moderadas se consideran dentro de protocolos como el ERAS.

290.- Se consideran factores de riesgo para la Apnea Obstructiva del Sueño todos los siguientes EXCEPTO:

a) Sexo femenino.
b) Obesidad.
c) Tabaquismo.
d) Rinistis alérgica.

291.- ¿Cuál de los siguientes NO es un síntoma de la Apnea Obstructiva del Sueño?

a) Despertares frecuentes durante la noche.
b) Bradicardia.
c) Sequedad de boca al despertar.
d) Cefalea matutina.

292.- En un paciente diabético nos podemos encontrar los siguientes trastornos, EXCEPTO:

a) Mayor dificultad de intubación por rigidez de la articulación occipitoatloidea.
b) Insuficiencia renal.
c) La hiperglucemia induce a la vasoconstricción.
d) Aumento del riesgo de infecciones perioperatorias.

293.- Hemodinámicamente , el shock cardiogénico se caracteriza por:

a) Presiones pulmonares elevadas.
b) Incremento de la poscarga.
c) Resistencias vasculares sistémicas bajas.
d) Índice Cardiaco elevado.



294.- En el shock hipovolémico podemos encontrar lo siguiente, EXCEPTO:

a) Aumento de la presión y volumen diastólicos ventriculares.
b) Caída de la precarga.
c) Descenso del Índice Cardíaco.
d) Descenso del Índice de Volumen Sistólico.

295.- En un paciente hipertiroideo que va a ser sometido a cirugía, ¿cuál de las siguientes medidas estaría indicada?

a) Beta-bloqueantes.
b) Propiltiouracilo.
c) Control hidroelectrolítico.
d) Todas las anteriores están indicadas.

296.- En un paciente con Síndrome de Secreción Inadecuada de ADH (SIADH), NO nos encontraríamos:

a) Sodio urinario menor de 20 mEq/l.
b) Sodio sérico menor de 130 mEq/l.
c) Osmolalidad plasmática menor de 270 mOsm/l.
d) Concentraciones séricas bajas de creatinina.

297.- Respecto al control de la tensión arterial perioperatoria, es CIERTO que:

a) El tratamiento para el control estricto de las cifras tensionales en el preoperatorio se relaciona con la morbilidad perioperatoria.
b) Las fluctuaciones hemodinámicas son menos frecuentes en pacientes con buen control tensional preoperatorio.
c) La retirada de fármacos inhibidores de ECA en el preoperatorio no ha demostrado beneficio para los pacientes.
d) No se ha podido demostrar que los episodios hipotensivos perioperatorios tengan influencia en la morbimortalidad a 30 días.

298.- En un paciente con Enfermedad de Parkinson que va a ser sometido a cirugía, debemos tener en cuenta todo lo siguiente, EXCEPTO:

a) Retirar la medicación al menos 24 h previas a la cirugía para evitar interacciones farmacológicas.
b) Reinicio del tratamiento lo antes posible.
c) Evitar en uso de fenotiacinas.
d) Tiene mayor riesgo de broncoaspiración.



299.- En un paciente con Síndrome de Down que precisa cirugía, debemos prestar atención a:

a) Inestabilidad atlooccipital.
b) Hipertiroidismo.
c) Reacciones anómalas a los anestésicos halogenados.
d) Todo lo anterior.

300.- Pueden provocar hiperpotasemia todo lo siguiente EXCEPTO:

a) Hemólisis.
b) Alcalosis metabólica.
c) Quemaduras.
d) Insuficiencia renal.

301.- La hiperpotasemia NO provoca:

a) Alteraciones de la función cardiaca.
b) Estrechamiento del QRS.
c) Estrechamiento de la onda T.
d) b) y c) son ciertas.

302.- La causa más frecuente de shock cardiogénico es:

a) Miocarditis.
b) Miocardiopatía isquémica.
c) Toxicidad farmacológica.
d) Sepsis.

303.- Cuando colocamos al paciente en decúbito prono, se puede producir todo lo siguiente, EXCEPTO:

a) Edema de vía aérea.
b) Empeoramiento de la función pulmonar.
c) Pérdida visual perioperatoria.
d) Disminución del gasto cardiaco.

304.- Cuando colocamos al paciente en decúbito prono, se puede producir todo lo siguiente, EXCEPTO:

a) Edema de vía aérea.
b) Empeoramiento de la función pulmonar.
c) Pérdida visual perioperatoria.
d) Disminución del gasto cardiaco.



305.- ¿Cuál es el tipo de shock más frecuente en las Unidades de Cuidados Críticos?

a) Shock hipovolémico.
b) Shock cardiogénico.
c) Shock distributivo o séptico.
d) Shock obstructivo.

306.- La respuesta hormonal al shock incluye lo siguiente, EXCEPTO:

a) Elevación de niveles de Epinefrina.
b) Elevación de niveles de Norepinefrina.
c) Elevación de niveles de Renina.
d) Descenso de los niveles de Aldosterona.

307.- ¿Cuál de los siguientes NO artefactúa el valor de la Pulsioximetría?

a) Hipotensión.
b) Anemia.
c) Carboxihemoglobina.
d) Luz ambiental.

308.- Pueden producir aumento en los valores de CO2 al final de la espiración todos los siguientes, EXCEPTO:

a) Fiebre.
b) Administración de bicarbonato.
c) Hipotermia.
d) Depresión del centro respiratorio.

309.- Entre los factores pronósticos de ventilación difícil con mascarilla facial NO se encuentra:

a) Índice de masa corporal mayor de 30.
b) Presencia de barba.
c) Sexo femenino.
d) Mallampati III

310.- La anestesia neuroaxial puede producir lo siguiente, EXCEPTO:

a) Íleo intestinal.
b) Náuseas y vómitos.
c) Retención urinaria.
d) Disminución del volumen sistólico.

311.- Si desea realizar una cirugía de cadera bajo anestesia neuroaxial, deberá alcanzar al menos el nivel:

a) Lumbar 2.
b) Torácico 10.
c) Torácico 7.
d) Lumbar 1.

312.- NO es característico de la Cefalea Pospunción Dural:

a) La cefalea es de distribución hemicraneal.
b) Aparece en las primeras 48 h tras la punción.
c) Es más frecuente en pacientes jóvenes.
d) Se alivia con el decúbito supino.

313.- En un cuadro de Tromboembolismo pulmonar (TEP), NO es cierto:

a) El origen más frecuente son émbolos de venas proximales de miembros inferiores.
b) Suele manifestarse como dolor torácico y disnea.
c) Inicialmente se produce una vasoconstricción refleja.
d) Más del 50% de los pacientes no presentan hipoxemia.

314.- En el manejo anestésico de un paciente con Estenosis Aórtica, debemos evitar los siguientes fármacos, EXCEPTO:

a) Inotrópicos negativos.
b) Taquicardizantes.
c) Digoxina.
d) Vasodilatadores sistémicos.

315.- ¿Cuál de las siguientes es CIERTA en el diagnóstico del TEP?

a) El método de elección es el angio-TC.
b) La venografía por TC es mejor que la ultrasonografía.
c) Niveles altos de dímero-D indican alta probabilidad de TEP.
d) Todas las anteriores.

316.- El Síndrome de Distress Respiratorio Agudo es una causa frecuente de ingreso en unidades de cuidados críticos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?

a) Suele tener una causa predisponente.
b) Radiográficamenete aparecen infiltrados bilaterales.
c) La relación Pa O2/ Fi O2 debe ser > 200 mmHg.
d) Debemos descartar la sobrecarga volémica.



317.- En caso de Insuficiencia Renal Crónica, se modifica el comportamiento de algunos fármacos anestésicos. Señale la FALSA:

a) El Fentanilo apenas sufre modificaciones.
b) La Morfina aumenta su duración de acción.
c) El efecto de los barbitúricos se incrementa.
d) Los relajantes neuromusculares no despolarizantes no aumentan su duración de acción.

318.- El Neumoperitoneo NO produce:

a) Aumento de presiones en la vía áerea.
b) Disminución del gasto cardiaco.
c) Descenso del flujo sanguíneo esplácnico.
d) Aumento de la distensibilidad pulmonar.

319.- NO es signo de hiperpotasemia:

a) Onda T aplanada.
b) Flacidez muscular.
c) Ensanchamiento del QRS.
d) Arritmias ventriculares.

320.- Durante el embarazo se producen los siguientes cambios fisiológicos MENOS UNO:

a) Aumento del Gasto Cardiaco hasta un 50%.
b) Aumento del Volumen sistólico hasta el 30%.
c) Aumento del Volumen Corriente hasta el 45%.
d) Aumento de la Capacidad Vital Pulmonar hasta el 15%

321.- En el control glúcemico de los pacientes críticos, es cierto lo siguiente, EXCEPTO:

a) La hiperglucemia se relaciona con un peor pronóstico en pacientes con ACV isquémico.
b) En la Hemorragia Subaracnoidea ,la hiperglucemia aumenta la morbimortalidad.
c) El nivel de glucemia debe ser < 150 mg / dl.
d) El control estricto de la glucemia no ha conseguido mejorar el postoperatorio de cirugía cardiaca.

322.- **¿ Cuál sería el valor de la Escala de Coma de Glasgow en un paciente que retira la extremidad al dolor, emite palabras no coherentes, y abre los ojos exclusivamente al dolor?**

a) 10.
b) 9.
c) 8.
d) 11.

323.- **¿Cuál de los siguientes anticoagulantes directos NO es anti-X?**

a) Apixabán.
b) Dabigatrán.
c) Edoxabán.
d) Rivaroxabán.

324.- **Son criterios de Alta en Cirugía Mayor Ambulatoria, los siguientes EXCEPTO:**

a) Constantes vitales estables.
b) Dolor controlado con analgesia oral.
c) Micción y tolerancia oral.
d) Náuseas y vómitos escasos o ausentes.

325.- **¿Qué alteración de la coagulación NO nos encontraremos en un/a politraumatizado/a?**

a) Aumento de la agregación plaquetaria.
b) Aumento de la fibrinolisis.
c) Coagulopatía dilucional.
d) Trombopenia por sangrado.

326.- **Una de las siguientes afirmaciones NO es cierta:**

a) El Volumen de distribución es mayor en neonatos y lactantes.
b) La CAM en lactantes es mayor que en escolares o adultos.
c) La CAM del Sevoflurano es mayor en recién nacidos.
d) El metabolismo y aclaramiento del Propofol es similar en niños y adultos.

327.- **¿En cuál de las siguientes situaciones NO encontramos acidosis metabólica?**

a) Hipoperfusión tisular.
b) Pérdidas de sodio.
c) Pérdidas de cloro.
d) Insuficiencia renal.



328.- Encontraremos acidosis láctica en las siguientes situaciones EXCEPTO:

a) Isquemia intestinal.
b) Tratamiento con Metformina.
c) Ejercicio físico.
d) Aspiración continua por sonda nasogástrica.

329.- ¿Cuál NO es un signo de toxicidad de los anestésicos locales?

a) Hipotensión.
b) Crisis epiléptica.
c) Prolongación del intervalo PR.
d) Estrechamiento del complejo QRS.

330.- ¿Cuál de los siguientes fármacos se afectarán en presencia de hepatopatía?

a) Cisatracurio.
b) Etomidato.
c) Morfina.
d) Propofol.

331.- Estamos ante un Anciano Frágil, cuando presenta los siguientes criterios, EXCEPTO:

a) Mayor riesgo de hospitalización.
b) Disminución de las reservas fisiológicas.
c) Igual probabilidad de derivación a otro centro sanitario.
d) Mayor riesgo de mortalidad.

332.- En un paciente con Espondilitis Anquilosante debemos prestar especial atención a todo lo siguiente, EXCEPTO:

a) Fracturas vertebrales.
b) Dificultad de intubación.
c) Estenosis aórtica.
d) Fibrosis pulmonar.

333.- En el paciente geriátrico son comunes los siguientes cambios fisiológicos, EXCEPTO:

a) Hipocoagulabilidad.
b) Neumopatía Restrictiva.
c) Aumento de la poscarga.
d) Atrofia cortical renal.



334.- En el dolor postquirúrgico crónico, es cierto todo EXCEPTO:

a) El dolor agudo postoperatorio mal controlado es un factor predisponente.
b) Es más frecuente en toracotomías, esternotomías o amputación de miembros.
c) Los niveles altos de dolor preoperatorio tienen mayor probabilidad de desarrollar dolor postquirúrgico crónico.
d) Su prevalencia está en torno al 5%.

335.- Dentro del arsenal terapéutico de la fase aguda de la Insuficiencia Cardiaca Aguda NO se incluye:

a) Diuréticos.
b) Levosimendán.
c) Oxigenador de membrana extracorpórea.
d) Beta-bloqueantes

336.- El tratamiento de la Rabdomiolisis incluye las siguientes medidas EXCEPTO:

a) Reposición líquida intensiva con soluciones isotónicas.
b) Manitol.
c) Calcio.
d) Corrección de la causa originaria.

337.- Ante una situación hemodinámica de Presión Venosa Central elevada, Presión de enclavamiento capilar pulmonar elevada, Gasto Cardiaco disminuido y Resistencias vasculares elevadas, el cuadro clínico más probable es:

a) Shock distributivo.
b) Shock cardiogénico.
c) Shock obstructivo.
d) Shock hipovolémico.

338.- El Aclaramiento de un fármaco (Cl) se define como:

a) Velocidad a la que reduce su concentración un 50%.
b) Velocidad de eliminación del fármaco.
c) Velocidad a la que se desplaza a tejidos periféricos.
d) Velocidad a la que alcanza el 50% de la concentración plasmática.

339.- Los Barbitúricos NO producen:

a) Reducción del metabolismo cerebral.
b) Disminución del flujo sanguíneo cerebral.
c) Disminución de la frecuencia respiratoria.



d) Incremento del metabolismo cerebral.

340.- Respecto al Propofol, es FALSO que:

a) Deprime la función respiratoria.
b) Potencia el efecto GABA.
c) Aumenta el Flujo Sanguíneo Cerebral.
d) Es cronotrópico negativo.

341.- Todos los siguientes anestésicos locales pertenecen al grupo amida, EXCEPTO:

a) Tetracaína
b) Lidocaína
c) Mepivacaína
d) Levobupivacaína

342.- ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio de cefalea tipo migraña?

a) Duración entre 4-72 h.
b) Al menos 3 ataques.
c) Calidad pulsátil.
d) Agravamiento con la actividad.

343.- De las siguientes afirmaciones, señale la correcta:

a) La Fenilefrina es alfa y beta agonista.
b) La Efedrina es alfa agonista puro.
c) La Clonidina es un agonista alfa puro.
d) Ninguna de las anteriores es correcta.

344.- La Concentración Alveolar Mínima (CAM) se define como:

a) La concentración de un agente inhalatorio que produce el 50% del efecto.
b) La concentración de un agente inhalatorio que produce la inhibición de la respuesta a un estímulo doloroso en el 50% de los pacientes.
c) La concentración del 50% del agente halogenado a nivel alveolar.
d) Cuando la concentración del halogenado a nivel alveolar alcanza el 50% de la alcanzada a nivel sanguíneo.

345.- Todos los siguientes disminuyen la CAM, EXCEPTO:

a) Etilismo crónico.
b) Hiponatremia.
c) Ancianos.
d) Hipotermia.



346.- ¿Cuál de los siguientes NO es un efecto de los halogenados?

a) Taquipnea.
b) Aumento en la producción de surfactante.
c) Disminución del volumen tidal.
d) Disminución de la vasoconstricción pulmonar hipóxica.

347.- La Ketamina produce todo lo siguiente EXCEPTO:

a) Incremento del flujo sanguíneo y metabolismo cerebral.
b) Depresión miocárdica.
c) Aumento de la salivación.
d) Disminución de las necesidades miocárdicas de oxígeno.

348.- A diferencia de la migraña, la cefalea tipo tensional se caracteriza por (señale la FALSA) :

a) Náuseas y vómitos.
b) Duración de los episodios entre 30 min y 7 días.
c) Localización bilateral.
d) Pulsatilidad

349.- Respecto al dolor neuropático todo es cierto EXCEPTO:

a) Es un dolor agudo.
b) Puede ser causado por lesión o enfermedad.
c) Se puede dividir en central y periférico.
d) Afecta al sistema nervioso somatosensorial.

350.- Las Benzodiazepinas pueden producir todo lo siguiente, EXCEPTO:

a) Amnesia retrógrada y anterógrada.
b) Hipnosis.
c) Descenso en el Flujo Sanguíneo Cerebral.
d) Hipotensión.

351.- Los Anestésicos Locales producen su efecto:

a) Bloqueando los canales de calcio.
b) Bloqueando los canales de sodio.
c) Bloqueando los canales de cloro.
d) Por ninguno de los mecanismos anteriores.



352.- ¿Cuáles son las fibras nerviosas con mayor velocidad de conducción?

a) A-alfa.
b) A-beta.
c) B mielínica.
d) C amielínica.

353.- Hablamos del Síndrome de dolor regional complejo cuando:

a) Es un dolor desproporcionado para el episodio que lo pudo provocar.
b) Presenta alodinia.
c) Presenta cambios en la temperatura o color de la piel de forma asimétrica.
d) En cualquiera de las situaciones anteriores.

354.- ¿Cuál de los siguientes NO es tratamiento de primera línea para el dolor neuropático?

a) Antidepresivos tricíclicos.
b) Gabapentina.
c) Pregabalina.
d) Anti-inflamatorios no esteroideos.

355.- ¿Cuál NO es un efecto secundario de los opioides?

a) Estreñimiento.
b) Náuseas y vómitos.
c) Diarrea.
d) Mioclonias.

356.- NO es cierto sobre la Fibromialgia:

a) El dolor es difuso.
b) El dolor no suele ser generalizado.
c) El diagnóstico es por exclusión.
d) Suele acompañarse de alteraciones cognitivas.

357.- Son efectos secundarios de la Succinilcolina todos EXCEPTO:

a) Bradicardia.
b) Descenso de la Presión Intracraneal.
c) Aumento de la presión intragástrica.
d) Taquicardia.

358.- **¿Qué músculos son más resistentes a la acción de los relajantes neuromusculares?**

a) Diafragma.
b) Aductor del pulgar.
c) Musculatura abdominal.
d) Musculatura paravertebral.

359.- **Una de las siguientes afirmaciones NO es característica de la neuralgia postherpética:**

a) La región afectada con más frecuencia es la craneal.
b) La afectación dermatológica no cruza la línea media.
c) Los antivirales son eficaces para el dolor agudo.
d) Los anti-inflamatorios no esteroideos han demostrado su eficacia.

360.- **Respecto a los Síntomas Neurológicos Transitorios provocados por la Lidocaína es cierto que:**

a) Pueden aparecer en las extremidades superiores.
b) Suelen aparecer entre las 12 y 24 horas tras la administración.
c) Habitualmente duran más de una semana.
d) Es frecuente la pérdida de sensibilidad.

361.- **Uno de los siguientes valores NO es un parámetro hemodinámico normal:**

a) Gasto cardiaco de 5 l/min.
b) Volumen sistólico de 80 ml.
c) Contenido arterial de oxígeno de 18 ml/dl.
d) Saturación venosa mixta de 60%.

362.- **¿Cuál es la dosis equivalente de 10 mg de morfina intravenosa?**

a) Morfina 100 mg vía oral.
b) Fentanilo 100 mcg intravenoso.
c) Morfina 2 mg vía epidural.
d) Fentanilo 50 mcg vía epidural.

363.- **¿Cuál NO sería una indicación para realizar una canalización arterial?**

a) Extracción repetida de muestras sanguíneas.
b) Monitorización en tiempo real de la presión arterial.
c) Prueba de Allen normal.
d) Fracaso de la medición indirecta de la presión arterial.

364.- Las siguientes presiones están dentro de valores normales EXCEPTO:

a) Presión media de aurícula derecha de 3 mmHg.
b) Presión media de arteria pulmonar de 25 mmHg.
c) Presión media de aurícula izquierda de 8 mmHg.
d) Presión telediastólica de ventrículo izquierdo de 8 mmHg.

365.- ¿Cuál NO es un componente de la onda normal de presión venosa central?

a) Valle y.
b) Onda a.
c) Valle z.
d) Onda c.

366.- ¿Cuál de los siguientes anestésicos NO disminuye el Índice Metabólico Cerebral?

a) Propofol.
b) Óxido Nitroso.
c) Etomidato.
d) Sevoflurano.

367.- Ante una parada cardiaca, es FALSO que:

a) Mantener una Presión de Perfusión Cerebral adecuada es vital para el pronóstico.
b) La hipertensión intracraneal que aparece no responde al tratamiento osmótico.
c) Debemos evitar la hiperoxia.
d) La hipotermia leve tiene una indicación clara.

368.- En relación a la placa neuromuscular, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) Dosis altas de relajante neuromuscular despolarizante puede provocar Bloqueo de Fase II.
b) La toxina botulínica disminuye la liberación de acetilcolina presináptica.
c) El magnesio administrado en la preeclampsia bloquea el efecto postsináptico de la acetilcolina.
d) En la sepsis hay mayor expresión de receptores nicotínicos.

369.- Pueden producir desensibilización de los receptores musculares nicotínicos todos los siguientes EXCEPTO:

a) Penicilina.
b) Cocaína.
c) Anestésicos locales.
d) Etanol.

370.- En el paciente crítico en ventilación mecánica, el uso de ecocardiografía puede ser útil para valorar la respuesta a fluidos. Señale la CORRECTA:

a) El índice de distensibilidad de la vena cava inferior necesita que los volúmenes corrientes en respirador sean menores de 8 ml/kg para ser valorable.
b) Un índice de colapsabilidad de la vena cava superior por debajo del 21% diferencia entre respondedores y no respondedores a volumen.
c) Un índice de distensibilidad de la vena cava inferior por debajo del 12% discrimina entre respondedores y no respondedores a volumen.
d) Una variación en la velocidad pico aórtica del 12% discrimina entre respondedores y no respondedores a volumen.

371.- Señale la respuesta correcta sobre la Capacidad Residual Funcional:

a) Su valor es de 0,5-1 L.
b) Supone la cantidad de aire que queda en los pulmones tras una espiración forzada.
c) Es menor en pacientes obesos.
d) Su disminución no afecta a la saturación de oxígeno.

372.- Todas las maniobras siguientes son efectivas para prevenir las atelectasias durante la anestesia, EXCEPTO:

a) O2 al 100%.
b) Aplicación de PEEP.
c) Maniobras de reclutamiento.
d) Uso de Ketamina como anestésico.

373.- Una de las siguientes afirmaciones sobre fisiología cardiaca es CIERTA:

a) En la diástole, la fase de relajación isovolumétrica contribuye al llenado ventricular.
b) La Precarga se define como la carga ventricular al final de la diástole.
c) La Poscarga es la carga sistólica del ventrículo izquierdo al final de la contracción.
d) El índice no invasivo más utilizado para medir contractilidad ventricular es el Volumen Sistólico.

374.- ¿Qué parámetro NO influye en el Gasto Cardiaco?

a) Frecuencia Cardiaca.
b) Precarga.
c) Poscarga.
d) Todos influyen.

375.- **Respecto a la inervación del sistema nervioso vegativo sobre el corazón, es CIERTO que:**

a) La inervación parasimpática es más significativa en los ventrículos.
b) En reposo predomina la actividad parasimpática.
c) A nivel auricular suele predominar la actividad simpática.
d) La influencia simpática es predominante tanto en ejercicio como en reposo.

376.- **A nivel gastrointestinal la Anestesia General produce todo lo siguiente EXCEPTO:**

a) Pérdida de reflejos protectores.
b) Los halogenados provocan disminución de la actividad contráctil del estómago, intestino delgado y colon.
c) Algunos relajantes neuromusculares pueden provocar aumento de la presión intrabdominal.
d) Los opioides pueden provocar íleo por activación de receptores a nivel central.

377.- **Respecto a la Saturación Venosa de Oxígeno en el Golfo de la Yugular, NO ES CIERTO que:**

a) Refleja el grado de extracción de oxígeno por parte del cerebro.
b) Su valor normal es de 55-75 %.
c) Puede utilizarse para valorar oxigenaciones de partes concretas de la corteza cerebral.
d) Sus valores siempre deben integrarse en el contexto clínico.

378.- **El Hígado NO participa en:**

a) Síntesis de factor II de la coagulación.
b) Síntesis de factor III de la coagulación.
c) Síntesis de factor VII de la coagulación.
d) Síntesis de la proteína S de la coagulación

379.- **Los siguientes parámetros nos indican una oxigenación tisular inadecuada, EXCEPTO :**

a) Déficit de bases > 2 mM/ l.
b) Lactato > 2 mEq o mmol/l .
c) Diferencia arteriovenosa de oxígeno > 50 %.
d) Diuresis < 0,3 ml/ kg/ h.

380.- **Son indicaciones de ECMO-VA todas las siguientes, EXCEPTO:**

a) Insuficiencia aórtica grave.
b) Miocarditis fulminante aguda.



c) Descompensación de insuficiencia cardiaca.
d) Intoxicación aguda por fármacos cardiodepresores.

381.- En el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica es CIERTO:

a) En el proceso inflamatorio no se implica el Complemento.
b) La temperatura es > 38ºC o <36º C.
c) A nivel del sistema de coagulación hay un incremento de la actividad salvo en la fibrinolisis.
d) La respuesta antiinflamatoria suele ser escasa.

382.- Una mujer de 39 años es remitida a la Unidad del Dolor por dolor persistente en el pie y tobillo derechos dos años después de una fractura bimaleolar tratada mediante reducción abierta y osteosíntesis. Refiere dolor continuo (EVA 8/10), con marcada alodinia mecánica al roce de la ropa o el contacto con las sábanas. Presenta edema fluctuante, asimetría térmica, cambios de coloración cutánea, hiperhidrosis, disminución del rango de movilidad del tobillo y alteraciones tróficas ungueales. Las radiografías muestran consolidación completa de la fractura y ausencia de complicaciones mecánicas. Ha recibido tratamiento con antiinflamatorios, opioides débiles y fisioterapia convencional, con escasa mejoría. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con el cuadro clínico descrito?

a) La sensibilización central, la neuroinflamación y la disfunción del sistema nervioso simpático desempeñan un papel relevante en la fisiopatología, aunque su contribución puede variar entre pacientes y a lo largo de la evolución de la enfermedad.
b) Los bloqueos simpáticos pueden considerarse en pacientes seleccionados como parte de una estrategia multimodal, aunque la evidencia sobre su eficacia a largo plazo es limitada.
c) La ausencia de hallazgos estructurales en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico y obliga a considerar el cuadro como un trastorno funcional.
d) El tratamiento debe ser precoz, multimodal e individualizado, combinando rehabilitación funcional, tratamiento farmacológico dirigido al control del dolor y técnicas intervencionistas en pacientes seleccionados.

383.- ¿Cuál de los siguientes neurotransmisores o neuromoduladores NO ejerce un efecto predominantemente excitatorio en la transmisión nociceptiva?

a) Sustancia P.
b) Glicina.
c) Glutamato.
d) Aspartato.



384.- Indique la respuesta correcta sobre los triptanes:

a) Son útiles en la migraña, pero no han demostrado eficacia en la cefalea en racimos.
b) Inhiben la inflamación neurógena actuando sobre los receptores 5-HT1D presentes en las neuronas eferentes del trigémino.
c) Solo pueden administrarse por vía oral.
d) Producen vasoconstricción coronaria, por lo que no deben utilizarse en pacientes con factores de riesgo de enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular o enfermedad vascular periférica.

385.- Indique la respuesta CORRECTA sobre fármacos analgésicos:

a) La capsaicina tópica actúa sobre receptores TRPV1 en neuronas nociceptivas.
b) La gabapentina presenta importantes interacciones farmacológicas que dificultan su uso perioperatorio.
c) La pregabalina actúa inhibiendo la recaptación de serotonina y noradrenalina.
d) En pacientes tratados con carbamazepina debe monitorizarse la concentración plasmática de sodio para evitar hipernatremia.

386.- Entre los efectos sistémicos del dolor agudo postoperatorio NO se encuentra:

a) Aumento del consumo miocárdico de oxígeno.
b) Disminución de la capacidad residual funcional.
c) Íleo paralítico.
d) Hipoglucemia.

387.- Sobre la administración de adrenalina durante el soporte vital avanzado, indique la respuesta CORRECTA:

a) Debe administrarse tan pronto se disponga de un acceso vascular en todos los ritmos de parada.
b) Aumenta la presión de perfusión coronaria durante la reanimación cardiopulmonar (RCP).
c) La dosis de administración es cada 2 minutos en los ritmos no desfibrilables.
d) Se debe acortar el intervalo de administración en la parada cardiorrespiratoria por hipotermia.

388.- Tras la recuperación de la circulación espontánea (RCE) en un paciente que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria, indique la respuesta CORRECTA:

a) La hipocapnia inducida por hiperventilación provoca disminución del flujo sanguíneo cerebral por vasodilatación y puede agravar la isquemia cerebral.
b) Tras la RCE, la primera actuación debe ser realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones para descartar una causa cardíaca.
c) La presencia bilateral de ondas N20 en los potenciales evocados somatosensitivos (PESS) es un signo de mal pronóstico.



d) El síndrome posparada cardíaca comprende una serie de manifestaciones clínicas que incluyen la lesión cerebral, la disfunción miocárdica, la respuesta sistémica por isquemia-reperfusión y la persistencia de la causa precipitante.

389.- Mujer de 55 años intervenida de lobectomía inferior izquierda, portadora de catéter epidural torácico. Tras la administración accidental de una concentración inadecuada de ropivacaína presenta convulsiones y, posteriormente, parada cardiorrespiratoria. Se sospecha intoxicación sistémica por anestésicos locales (LAST). Respecto al tratamiento de esta entidad, señale la afirmación FALSA:

a) Debe iniciarse precozmente el tratamiento con emulsión lipídica intravenosa, sin retrasar las maniobras convencionales de soporte vital avanzado.
b) Durante la reanimación deben emplearse dosis reducidas y tituladas de adrenalina.
c) Si aparecen arritmias ventriculares, la lidocaína constituye el antiarrítmico de elección.
d) La recuperación puede requerir maniobras de reanimación prolongadas, por lo que no debe suspenderse precozmente la RCP y, si está disponible, debe valorarse precozmente el soporte circulatorio mecánico en los casos refractarios.

390.- En un recién nacido ≥32 semanas de edad gestacional que requiere soporte ventilatorio al nacimiento, la concentración inicial de oxígeno recomendada es:

a) 100 %.
b) 40 %.
c) 30 %.
d) 21 %.

391.- ¿Cuál es el rango más adecuado de SpO2 preductal en un recién nacido a término en torno al minuto 5 de vida según la transición neonatal normal?

a) 70-75% mano derecha.
b) 80-85% mano derecha.
c) 85-95% mano derecha.
d) 85-95% mano izquierda.

392.- Un niño de 4 años y 19 kg presenta una fibrilación ventricular durante una parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria. Se dispone de un desfibrilador manual. Según las recomendaciones actuales de soporte vital avanzado pediátrico, ¿cuál es la energía más adecuada para la segunda descarga?

a) 38 J.
b) 57 J.
c) 76 J.
d) 95 J.

393.- **En el soporte vital avanzado pediátrico, ¿qué volumen de adrenalina 1:10000 debe administrarse vía intravenosa/intraósea a un paciente de 10 kg en parada cardiorrespiratoria?**

a) 1 ml.
b) 0,1 ml.
c) 0,01 ml.
d) 10 ml.

394.- **Respecto al soporte vital avanzado en pediatría, indique la respuesta CORRECTA:**

a) Se debe ventilar al paciente un minuto antes de iniciar las compresiones torácicas.
b) La dosis recomendada de adrenalina durante la parada cardiorrespiratoria es de 10 µg/kg por vía IV/IO (intravenosa/intraósea).
c) La dosis recomendada de amiodarona en ritmos desfibrilables es 10 mg/kg IV/IO tras la 3ª descarga.
d) La dosis recomendada de lidocaína en ritmos desfibrilables es 2 mg/kg IV/IO tras la 3ª descarga cuando no se disponga de amiodarona.

395.- **Un varón de 69 años es intervenido de un aneurisma de aorta toracoabdominal tipo II de Crawford. Durante la intervención el tiempo de pinzamiento aórtico es de 50 minutos y se emplea derivación aórtica distal. La intervención transcurre sin incidencias y el paciente ingresa en la Unidad de Reanimación despierto, extubado y sin déficit neurológico. A las 12 horas del postoperatorio, tras un episodio de hipotensión arterial mantenida, desarrolla una paraparesia de instauración progresiva, sin alteración del nivel de conciencia. Ante la sospecha de lesión medular isquémica se decide optimizar la presión arterial media y colocar un drenaje lumbar de líquido cefalorraquídeo (LCR). En relación con este cuadro clínico, señale la respuesta CORRECTA:**

a) El fundamento del drenaje lumbar de LCR es aumentar la presión de perfusión medular.
b) La arteria espinal anterior irriga preferentemente los tractos sensitivos medulares.
c) La arteria de Adamkiewicz se localiza habitualmente entre T11 y T12.
d) Durante la hipoxia o la hipercapnia la autorregulación del flujo medular permanece intacta.

396.- **¿Cuál de los siguientes NO se considera un criterio de 3 puntos en la escala de Caprini?**

a) Edad >75 años.
b) Anticoncepción oral.
c) Mutación del factor V Leiden.
d) Hiperhomocisteinemia.



397.- Respecto a las complicaciones y el manejo del postoperatorio tras una endarterectomía carotídea, indique la respuesta CORRECTA:

a) La mayoría de las hemorragias intracerebrales tras la endarterectomía carotídea aparecen en las primeras 24 horas del postoperatorio.
b) El síndrome de hiperperfusión cerebral aparece habitualmente en las primeras 24 horas tras la cirugía, siendo la hipertensión postoperatoria el único factor predictivo consistentemente demostrado.
c) La hipotensión postoperatoria suele asociarse a un gasto cardíaco disminuido y un aumento de la resistencia vascular sistémica.
d) Los factores tromboembólicos, más que los hemodinámicos, parecen ser el principal mecanismo de las complicaciones neurológicas perioperatorias.

398.- Entre las complicaciones que pueden aparecer en el postoperatorio de cirugía cardíaca, indique la respuesta CORRECTA:

a) La fibrilación auricular es una arritmia poco frecuente en el postoperatorio.
b) La diabetes es reconocida como un factor de riesgo de ictus, pero no de delirium, después de las intervenciones quirúrgicas cardíacas.
c) Entre las complicaciones neurológicas del postoperatorio se encuentra la lesión del plexo braquial.
d) Si aparece insuficiencia cardíaca derecha, el mantenimiento del ritmo sinusal, el aumento de la poscarga del ventrículo derecho y el apoyo inótropo actúan de forma importante en el soporte del corazón derecho.

399.- Varón de 62 años, ingresado en Reanimación tras resección de una lesión selar vía transesfenoidal. Recibe perfusión de suero salino hipertónico al 3% por edema cerebral. En las últimas 6 horas presenta poliuria de 3.200 mL. En gasometría arterial (point of care) se objetiva Na plasmático de 158 mmol/L. ¿Cuál de los siguientes hallazgos apoyaría con mayor fuerza el diagnóstico de diabetes insípida central como causa de la poliuria e hipernatremia?

a) Osmolaridad plasmática de 320 mOsm/kg.
b) Osmolaridad urinaria de 90 mOsm/kg.
c) Natriuresis superior a 40 mmol/L.
d) Fracción de excreción de sodio del 2%.

400.- **Mujer de 44 años que presenta hemorragia subaracnoidea Fisher IV secundaria a la rotura de un aneurisma de la arteria basilar. Glasgow inicial E1V1M4. Ingresa en la Unidad de Reanimación tras embolización aneurismática satisfactoria y colocación de un drenaje ventricular externo. A su llegada permanece sedada y en ventilación mecánica, con cifras de presión intracraneal (PIC) controladas. Durante la evolución presenta un aumento brusco de la PIC hasta 30 mmHg que no responde al drenaje ventricular. Tras optimizar la sedoanalgesia y comprobar la correcta posición y permeabilidad del drenaje ventricular, ¿cuál de las siguientes afirmaciones respecto al manejo de la hipertensión intracraneal es CORRECTA?**

a) Al existir una causa clara de hipertensión intracraneal, no es necesario repetir pruebas de imagen.
b) Se debe administrar osmoterapia con suero salino hipertónico, con el objetivo de mantener una natremia superior a 160 mmol/L.
c) El tratamiento con barbitúricos puede reducir el metabolismo cerebral y el flujo sanguíneo cerebral acoplado, con lo que se puede reducir la PIC.
d) La craniectomía descompresiva debe considerarse precozmente cuando fracasan las medidas de primer nivel porque ha demostrado mejorar el pronóstico neurológico.

401.- **¿Cuál es la causa más frecuente de retraso de la función del injerto en el postoperatorio inmediato del trasplante renal?**

a) Trombosis arteria renal.
b) Necrosis tubular aguda.
c) Rechazo hiperagudo.
d) Obstrucción ureteral.

402.- **En relación con el uso de fármacos inotrópicos y vasoactivos en el postoperatorio del trasplante cardíaco, señale la respuesta CORRECTA:**

a) El levosimendán constituye el fármaco de elección en todos los pacientes sometidos a trasplante cardíaco.
b) La milrinona es un inhibidor de la fosfodiesterasa-3 que combina un efecto inotrópico positivo con vasodilatación sistémica y pulmonar.
c) La atropina constituye el tratamiento de elección de la bradicardia sintomática en el paciente trasplantado cardíaco.
d) La dobutamina actúa predominantemente como agonista alfa-adrenérgico produciendo vasoconstricción sistémica.



403.- Un paciente de 64 años es intervenido de adenocarcinoma de pulmón mediante neumonectomía derecha con apertura pericárdica. A las pocas horas de la cirugía presenta taquicardia, hipotensión profunda, elevación de la presión venosa central y shock. Se sospecha herniación cardíaca aguda. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) El tratamiento inicial de elección consiste en optimizar el soporte hemodinámico con vasopresores, realizar ecocardiografía transesofágica y diferir la reintervención quirúrgica hasta estabilizar completamente al paciente.
b) En la herniación cardíaca tras una neumonectomía derecha, la torsión cardíaca puede originar un síndrome agudo de la vena cava superior con alteración del retorno venoso.
c) En la herniación cardíaca tras una neumonectomía izquierda, la menor rotación del corazón hace que predominen la compresión miocárdica, la isquemia, las arritmias y la obstrucción del tracto de salida del ventrículo.
d) Como medida temporal para minimizar el compromiso cardiovascular antes de la reexploración, se recomienda colocar al paciente en decúbito lateral completo con el lado operado hacia arriba.

404.- Sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía torácica, indique la CORRECTA:

a) El dolor de hombro contralateral es muy común después de la cirugía torácica y con buena respuesta a AINEs.
b) La ketamina está contraindicada como parte de la analgesia multimodal debido a sus efectos psicotomiméticos.
c) El anestésico local a nivel paravertebral proporciona un bloqueo intercostal multinivel fiable que tiende a ser unilateral.
d) El bloqueo del plano anterior del serrato se realiza a la altura de la línea axilar anterior.

405.- En la hipertermia maligna, la contracción muscular sostenida se produce por una liberación masiva e incontrolada de:

a) Fosfato.
b) Calcio.
c) Sodio.
d) Potasio.

406.- En un paciente politraumatizado con sospecha de hemorragia grave y sin traumatismo craneoencefálico, ¿qué objetivo de tensión arterial sistólica es recomendable durante la estrategia de hipotensión permisiva?

a) 110-120 mmHg.
b) 95-105 mmHg.
c) 60-70 mmHg.
d) 80-90 mmHg.

407.- **Según la escala de deterioro de la American Spinal Injury Association (AIS), una lesión medular grado C se define como:**

a) Incompleta. Función motora preservada por debajo del nivel neurológico y, al menos, la mitad de los músculos clave por debajo de dicho nivel presentan una fuerza ≥ 3.

b) Incompleta. Preservación de la función sensitiva, pero no de la función motora, por debajo del nivel neurológico, incluidos los segmentos sacros S4-S5.

c) Incompleta. Función motora preservada por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos clave por debajo de dicho nivel presentan una fuerza inferior a 3 (grados 0-2).

d) Completa. Ausencia de función sensitiva y motora, incluidos los segmentos sacros S4-S5.

408.- **Varón de 21 años, previamente sano, trasladado al Servicio de Urgencias tras zambullirse de cabeza en una piscina de escasa profundidad, impactando contra el fondo. Permanece consciente durante todo el traslado y llega inmovilizado con collarín cervical rígido y tablero espinal. A su llegada refiere intenso dolor cervical, parestesias en ambas manos, debilidad progresiva en las cuatro extremidades y sensación de dificultad respiratoria. La exploración muestra: TA 82/48 mmHg, FC 40 lpm, FR 30 rpm, $SatO_2$ 93% con mascarilla con reservorio a 15 L/min y temperatura de 36 °C. No presenta signos de hemorragia externa ni lesiones sugestivas de traumatismo torácico, abdominal o pélvico. La ecografía FAST es negativa y la pelvis es estable. En la exploración neurológica se objetiva un nivel neurológico C5, sensibilidad parcialmente conservada por debajo de dicho nivel, función motora preservada por debajo del nivel de la lesión, aunque más de la mitad de los músculos clave presentan una fuerza de 0-2/5, arreflexia generalizada y ausencia de contracción anal voluntaria. Tras la administración de 1.000 mL de cristaloide isotónico, persisten la hipotensión y la bradicardia. La tomografía computarizada de la columna cervical no demuestra fracturas ni luxaciones vertebrales evidentes. ¿Cuál de las siguientes opciones es correcta sobre el manejo inicial de este paciente?**

a) La ausencia de fracturas vertebrales y la preservación parcial de la sensibilidad descartan una lesión medular completa, por lo que el tratamiento definitivo puede diferirse hasta completar el estudio con resonancia magnética y la estabilización clínica, sin que el momento de la descompresión quirúrgica influya en el pronóstico neurológico.

b) Se trata de una lesión medular ASIA D complicada con shock neurogénico secundario a una lesión cervical alta. Debe solicitarse una resonancia magnética para valoración de lesiones medulares y ligamentosas y plantear descompresión quirúrgica precoz si existe compresión medular.

c) Las lesiones medulares cervicales por encima del nivel T6 se acompañan de hipotensión por vasodilatación periférica, y bradicardia resultante de la desnervación cardíaca. Tras descartar hemorragia como causa de shock, el tratamiento inicial consiste en fluidoterapia guiada y vasopresores, junto con inmovilización cervical y monitorización estrecha.



d) Debe administrarse metilprednisolona en las primeras 8 horas tras el traumatismo, ya que ha demostrado mejorar el pronóstico neurológico en la lesión medular aguda.

409.- Respecto al diagnóstico de la enfermedad de von Willebrand, señale la opción CORRECTA:

a) Siempre cursa con Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada (TTPa) prolongado y trombocitopenia.
b) El Tiempo de Protrombina (TP) suele estar alterado de forma constante.
c) Puede presentar recuento plaquetario y TP normales, por lo que se requieren pruebas específicas de vWF (Factor de von Willebrand).
d) El tiempo de sangrado sigue siendo la prueba de elección en la mayoría de los casos.

410.- Respecto a las pruebas viscoelásticas (TEG® y ROTEM®), indique la respuesta FALSA:

a) El tiempo de formación del coágulo corresponde al tiempo necesario para que la amplitud del coágulo disminuya de 20 a 2 mm.
b) Permiten valorar la iniciación de la coagulación, la velocidad de formación del coágulo, su firmeza máxima y la fibrinólisis en sangre total.
c) El tiempo de coagulación (CT) en ROTEM corresponde al tiempo desde el inicio de la prueba hasta alcanzar una amplitud de 2 mm.
d) La firmeza máxima del coágulo (MCF) depende, entre otros factores, de la función plaquetaria y del fibrinógeno

411.- La hipertensión intraabdominal grado III corresponde a una presión intraabdominal de:

a) 16-20 mmHg.
b) 21-25 mmHg.
c) 12-15 mmHg.
d) >25 mmHg.

412.- En relación con la pancreatitis aguda, señale la respuesta CORRECTA:

a) La amilasa sérica es la prueba bioquímica de elección por su mayor especificidad frente a la lipasa.
b) La lipasa sérica es más sensible y específica que la amilasa, y su elevación superior a 3 veces el límite normal apoya el diagnóstico.
c) La tomografía computarizada con contraste debe realizarse de forma sistemática en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas.
d) La procalcitonina es imprescindible en la valoración inicial de la gravedad de la pancreatitis aguda.



413.- Respecto a las indicaciones de terapia de reemplazo renal (TRR) en el paciente crítico, señale la respuesta FALSA:

a) La intoxicación por litio puede constituir una indicación de TRR.
b) La intoxicación por metanol puede constituir una indicación de TRR.
c) La acidosis metabólica grave refractaria al tratamiento médico constituye una indicación de TRR.
d) La intoxicación por digoxina constituye una indicación de TRR.

414.- Según las recomendaciones actuales de la Surviving Sepsis Campaign indique la respuesta correcta sobre el uso de vasopresores en el shock séptico:

a) Se recomienda retrasar el inicio de vasopresores hasta comprobar la ausencia de respuesta a la fluidoterapia.
b) La angiotensina II constituye el segundo vasopresor de elección tras la noradrenalina.
c) En el paciente con shock séptico que presenta una presión arterial media inadecuada pese a dosis crecientes de noradrenalina, se sugiere añadir vasopresina.
d) La dopamina es el vasopresor de primera elección en pacientes con shock séptico y bajo riesgo de arritmias.

415.- Varón de 70 años y 75 kg de peso, ingresa en su Unidad de Reanimación por shock séptico secundario a bacteriemia en el postoperatorio de un bypass axilobifemoral. En las primeras 24 horas de ingreso el paciente presenta: paciente bajo sedación profunda; Glasgow 14 previo al inicio de la sedación; ventilación mecánica: FiO_2 0,6 y PEEP 8 cmH_2O, pO2 82; Noradrenalina 0,28 µg/kg/min; Diuresis <0,5 mL/kg/h; Creatinina 2,4 mg/dL; Bilirrubina 3,5 mg/dL; Plaquetas 48.000/mm^3. Según los datos disponibles, ¿cuál es la puntuación aproximada en la escala Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) durante las primeras 24 h de ingreso?:

a) SOFA 6–7.
b) SOFA 8–9.
c) SOFA 11–12.
d) SOFA >13.

416.- ¿Cuál de los siguientes parámetros disminuye con la aplicación de presión positiva telespiratoria final (PEEP)?

a) Volumen residual.
b) Capacidad residual funcional.
c) Presión intracraneal.
d) Precarga ventricular derecha.



417.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los pacientes con EPOC grave es correcta?

a)
b) La auto-PEEP disminuye conforme aumenta el volumen corriente.
c) La auto-PEEP es inversamente proporcional al tiempo espiratorio y aumenta durante la ventilación mecánica.
d) La auto-PEEP puede detectarse fácilmente mediante el manómetro convencional del respirador de anestesia.

418.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades pulmonares NO se caracteriza por una disminución de la distensibilidad (compliance) pulmonar?

a) Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).
b) Edema pulmonar cardiogénico.
c) Fibrosis pulmonar idiopática.
d) Enfisema pulmonar.

419.- Un varón de 43 años con asma aguda grave permanece ingresado en Reanimación tras no responder al tratamiento broncodilatador y corticoideo inicial. Se decide iniciar ventilación mecánica invasiva por persistencia de hipercapnia y signos de agotamiento respiratorio. Tras la intubación, el paciente permanece profundamente sedado y sin esfuerzo respiratorio espontáneo. Respecto al manejo de la ventilación mecánica en estos pacientes, indique la CORRECTA:

a) En la fase inicial debe priorizarse la reducción de la hiperinsuflación dinámica frente a la corrección inmediata de la hipercapnia.
b) Debe aplicarse una PEEP externa inicial de 5 cmH_2O para contrarrestar la PEEP intrínseca y mejorar la mecánica ventilatoria.
c) Debe aumentarse la frecuencia respiratoria para corregir precozmente la hipercapnia, aunque ello reduzca el tiempo espiratorio.
d) La normalización rápida de la $PaCO_2$ constituye el objetivo prioritario de la ventilación mecánica invasiva.

420.- Indique la FALSA respecto a los efectos fisiológicos de la ventilación mecánica no invasiva:

a) La aplicación de PEEP de 5 cmH2O contrarresta el efecto de auto-PEEP en pacientes con EPOC.
b) En pacientes con edema agudo cardiogénico, el uso de ventilación mecánica no invasiva aumenta típicamente la frecuencia respiratoria.
c) En pacientes con EPOC estables, la aplicación de presiones de soporte elevadas puede reducir el gasto cardiaco.
d) La ventilación mecánica no invasiva incrementa la capacidad residual funcional (FRC), favoreciendo la apertura alveolar de las unidades colapsadas, reduciendo el shunt y mejorando la relación ventilación/perfusión (V/Q).

421.- **¿Cuál de las siguientes alteraciones electrolíticas es característica del síndrome de realimentación?**

a) Hipofosfatemia.
b) Hiponatremia.
c) Hipermagnesemia.
d) Hiperfosfatemia.

422.- **¿Cuál de las siguientes es la complicación metabólica más frecuente asociada a la nutrición parenteral?**

a) Hipoglucemia.
b) Disfunción hepática.
c) Hipertrigliceridemia.
d) Hiperglucemia.

423.- **Respecto a las proteínas viscerales empleadas en la valoración nutricional del paciente crítico, señale la asociación INCORRECTA entre proteína y vida media aproximada:**

a) Albúmina: 20 días.
b) Transferrina: 8 días.
c) Prealbúmina: 5 días.
d) Proteína ligada al retinol: 12 horas.

424.- **¿Qué especie de Candida se asocia clásicamente a resistencia a la anfotericina B?**

a) Candida albicans.
b) Candida parapsilosis.
c) Candida tropicalis.
d) Candida lusitaniae.

425.- **Respecto al tratamiento antibiótico empírico en la sepsis, indique la CORRECTA:**

a) Siempre debe ser de amplio espectro y en combinación.
b) En pacientes con fracaso renal agudo debe hacerse un ajuste desde la primera dosis, para evitar toxicidades y efectos secundarios.
c) La farmacocinética y farmacodinámica no es relevante.
d) Es fundamental considerar la epidemiología local y los patrones de resistencia bacteriana, especialmente en las infecciones nosocomiales.



426.- La cetoacidosis diabética se caracteriza por los siguientes hallazgos clínicos y analíticos, EXCEPTO:

a) Déficit corporal total de potasio, aunque la concentración sérica inicial pueda ser normal o elevada.
b) Bicarbonato sérico <18 mEq/l.
c) Acidosis metabólica hiperclorémica con anión gap normal.
d) Respiración de Kussmaul.

427.- El coma mixedematoso se caracteriza por todos los siguientes hallazgos, EXCEPTO:

a) Hipotermia.
b) Hipoventilación.
c) Hiponatremia.
d) Hipertensión arterial.

428.- La insuficiencia suprarrenal secundaria presenta los siguientes signos clínicos, EXCEPTO:

a) Hiperpigmentación mucocutánea.
b) Astenia.
c) Náuseas y vómitos.
d) Pérdida de peso.

429.- ¿Cuál de las siguientes entidades NO constituye una causa típica de hiponatremia hipoosmolar hipovolémica?

a) Síndrome pierde sal.
b) Diuréticos tiazídicos.
c) SIADH.
d) Insuficiencia suprarrenal primaria.

430.- Según la clasificación de Ring y Messmer, respecto a los criterios de gravedad de las reacciones anafilácticas, indique la CORRECTA:

a) Grado I: Eritema.
b) Grado IV: Broncoespasmo severo.
c) Grado V: Parada cardiorrespiratoria.
d) Grado II: Shock.

431.- Entre los diferentes grupos de riesgo de alergia al látex NO se encuentran:

a) Niños sometidos a cateterismos repetidos.
b) Profesionales de la salud sometidos a una exposición importante al látex.
c) Pacientes que presentan alergia al aguacate.



d) Pacientes que presentan alergia al arroz.

432.- En relación con la hipertermia maligna, señale la afirmación CORRECTA:

a) Se caracteriza típicamente por una disminución precoz del consumo de oxígeno; el aumento del CO_2 espirado ($ETCO_2$) constituye uno de los signos más precoces y sensibles durante la monitorización capnográfica.
b) Su fisiopatología se relaciona con una disfunción del receptor nicotínico postsináptico de la unión neuromuscular, lo que explica la rigidez muscular y la respuesta al bloqueo neuromuscular no despolarizante.
c) Entre los desencadenantes farmacológicos se encuentran los anestésicos volátiles halogenados y la succinilcolina.
d) El tratamiento específico se basa en benzodiacepinas a dosis altas y control externo de la temperatura, siendo el dantroleno un tratamiento coadyuvante sin impacto en la mortalidad.

433.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO es característico de la hipertermia maligna?:

a) Hiperpotasemia.
b) Hipofosfatemia.
c) Aumento en el consumo de oxígeno.
d) Mioglobinuria.

434.- Un paciente de 40 años permanece ingresado en UCI por una lesión cerebral grave y recibe una perfusión continua de propofol a dosis elevadas durante más de 48 horas. Comienza a presentar bradicardia resistente al tratamiento, acidosis metabólica, rabdomiólisis e hiperlipidemia. ¿Cuál de los siguientes hallazgos se considera característico del síndrome de infusión por propofol?

a) Hipoglucemia grave aislada.
b) Bradicardia progresiva que puede evolucionar a asistolia
c) Hipertensión arterial severa refractaria
d) Trombocitopenia por consumo.

435.- Un paciente de 52 años en tratamiento crónico con metadona por dependencia a opioides ingresa por una fractura femoral que requiere cirugía urgente. Durante el postoperatorio presenta dolor intenso y ansiedad. Respecto a los objetivos del tratamiento del dolor agudo en este paciente, ¿cuál de las siguientes actuaciones NO forma parte de dichos objetivos?

a) Prevenir la aparición de síntomas de abstinencia durante el ingreso hospitalario.
b) Garantizar un control analgésico eficaz del dolor agudo postoperatorio.
c) Facilitar la reincorporación a un programa de mantenimiento con opioides adecuado tras el alta.
d) Reducir progresivamente la dosis de metadona durante el episodio agudo para disminuir el riesgo de dependencia futura.



436.- **Varón de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca en tratamiento con enalapril y furosemida. Acude para una colectomía programada y toma toda su medicación habitual la mañana de la cirugía. Tras la inducción de la anestesia general presenta una hipotensión arterial grave y persistente que responde escasamente a los vasopresores habituales. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la MÁS CORRECTA?**

a) La hipotensión es probablemente consecuencia de haber suspendido el enalapril el día previo a la cirugía.
b) Los inhibidores de la ECA se asocian a un menor riesgo de hipotensión durante la inducción anestésica.
c) La vasopresina puede ser el fármaco de elección en la hipotensión refractaria asociada al uso perioperatorio de inhibidores de la ECA.
d) Está demostrado que continuar los inhibidores de la ECA reduce la mortalidad perioperatoria a 30 días.

437.- **Varón de 58 años con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento mediante hemodiafiltración venovenosa continua (TSRC) ingresado en UCI por cuadro de shock séptico de posible origen abdominal que debe ser intervenido de urgencia por una perforación intestinal. Durante la valoración preoperatoria se constata que el circuito extracorpóreo continúa funcionando con anticoagulación sistémica. El paciente presenta potasio y equilibrio ácido-base normales, sin signos de sobrecarga hídrica. El anestesiólogo debe decidir la estrategia más adecuada respecto al tratamiento renal durante la cirugía. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**

a) El TSRC debe mantenerse obligatoriamente durante toda la intervención, independientemente de su duración.
b) En intervenciones cortas suele ser posible detener temporalmente el TSRC, conectar los extremos arterial y venoso del circuito y dejar el dispositivo en modo derivación.
c) La presencia de TSRC elimina la necesidad de considerar ajustes farmacológicos intraoperatorios.
d) La anticoagulación sistémica asociada al TSRC no tiene relevancia en el manejo perioperatorio.

438.- **Varón de 67 años con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis que acude a Urgencias por debilidad muscular progresiva y palpitaciones. Refiere haberse saltado la última sesión de diálisis. La analítica muestra un potasio sérico de 7,2 mEq/L. En el electrocardiograma se observan ondas T picudas y ensanchamiento del complejo QRS. Ante el riesgo de arritmias potencialmente mortales, se inicia tratamiento urgente. ¿Cuál es la primera medida terapéutica que debe administrarse?**

a) Resina de intercambio iónico por vía oral.
b) Furosemida intravenosa.
c) Gluconato cálcico intravenoso.
d) Bicarbonato sódico oral.

439.- **Un paciente de 58 años es intervenido de una cirugía de hombro bajo anestesia combinada consistente en un bloqueo interescalénico y una anestesia general balanceada. En la unidad de recuperación anestésica presenta ptosis palpebral, miosis y disminución de la sudoración en el lado ipsilateral al bloqueo. No presenta otros déficits neurológicos y se encuentra hemodinámicamente estable. El anestesiólogo sospecha una complicación transitoria relacionada con la técnica anestésica. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

a) Parálisis del nervio facial.
b) Síndrome anticolinérgico central.
c) Síndrome de Horner por afectación de la neurona simpática de segundo orden.
d) Accidente cerebrovascular agudo.

440.- **Un varón de 52 años, IMC 38 kg/m², con antecedentes de SAOS y reflujo gastroesofágico, es programado para una laparotomía urgente por obstrucción intestinal. Debido al alto riesgo de broncoaspiración, se realiza una inducción de secuencia rápida (ISR) utilizando rocuronio 1,2 mg/kg.Tras la inducción, el anestesiólogo intenta la intubación orotraqueal, pero obtiene una visión glótica imposible (Cormack IV). Se realizan varios intentos con videolaringoscopio sin éxito. Posteriormente tampoco se consigue una ventilación eficaz con mascarilla facial y la saturación desciende rápidamente hasta el 78%. Se activa el algoritmo de vía aérea difícil y se identifica una situación de "No Intubable, No Oxigenable" (NINO). La monitorización neuromuscular muestra un bloqueo profundo (TOF 0) secundario a la administración reciente de rocuronio.¿Cuál es la actuación farmacológica MÁS ADECUADA en este momento?**

a) Administrar neostigmina 70 µg/kg.
b) Administrar sugammadex 2 mg/kg.
c) Administrar sugammadex 4 mg/kg.
d) Administrar sugammadex 16 mg/kg.

441.- **Varón de 76 años portador de DAI por antecedentes de taquicardia ventricular. Pendiente de ser intervenido de hemicolectomía por neoplasia de colon derecho. Se prevé el uso de bisturí eléctrico monopolar. El paciente es dependiente de estimulación cardíaca. Durante la valoración preoperatoria se revisa el dispositivo y se confirma que está próximo al período de recambio programado. ¿Cuál es la actuación MÁS ADECUADA?**

a) Mantener activadas las terapias antitaquicardia durante toda la cirugía.
b) Aplicar un imán para conseguir estimulación asincrónica desde el DAI.
c) No realizar ninguna modificación porque el paciente está estable.
d) Valorar el recambio del dispositivo, desactivar la terapia antitaquicardia y considerar estimulación asincrónica mediante reprogramación.

442.- **Un paciente con insuficiencia renal crónica presenta debilidad muscular progresiva. En el ECG se observan ondas T altas y picudas. Horas después aparece ensanchamiento del QRS, prolongación del PR y disminución de la amplitud de la onda P.¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

a) Hipocalcemia grave.
b) Hipopotasemia grave.
c) Hipomagnesemia.
d) Hiperpotasemia progresiva.

443.- **Una mujer de 32 años y 65 kg de peso es trasladada a planta tras una cesárea realizada bajo anestesia epidural con catéter para analgesia postoperatoria. Por un error de conexión, la perfusión de anestésico local se administra por vía intravenosa. A los pocos minutos presenta acúfenos, parestesias peribucales, convulsiones e inestabilidad hemodinámica. Tras asegurar la vía aérea, administrar oxígeno al 100% y una benzodiazepina, se diagnostica toxicidad sistémica por anestésicos locales. Se decide iniciar tratamiento con emulsión lipídica al 20%.¿Cuál de las siguientes pautas es la CORRECTA?**

a) Administrar un bolo intravenoso de emulsión lipídica al 20% de 1,5 mL/kg en 1 minuto, seguido de una infusión de 0,25 mL/kg/min.
b) Administrar un bolo intravenoso de emulsión lipídica al 20% de 0,25 mL/kg en 1 minuto, seguido de una infusión de 1,5 mL/kg/min.
c) Administrar una infusión continua de emulsión lipídica al 20% de 1,5 mL/kg/min sin bolo inicial.
d) Administrar un bolo intravenoso de emulsión lipídica al 20% de 10 mL/kg en 1 minuto y suspender posteriormente la infusión.

444.- **Paciente mujer de 65 años que acude a consulta de preoperatorio porque va a ser intervenida de PTC derecha; de entre sus antecedentes destacan: Talla 159 cm y peso: 41Kg. Diagnosticada de una esclerosis sistémica desde hace 9 años. En esta enfermedad podemos prever diferentes problemas EXCEPTO:**

a) Neumopatía intersticial con HTP.
b) Dificultad de canalización venosa y fenómeno de Raynaud en extremidades
c) Fácil manejo de vía aérea.
d) Fibrosis de arterias coronarias.

445.- **Paciente de 75 años con antecedentes de HTA, EPOC, DM tipo2 y con IMC: 41 se opera de forma urgente por dehiscencia anastomótica a los 3 días de hemicolectomía izquierda por adenocarcinoma. Tras la intervención se traslada sedoanalgesiado a la Unidad de Cuidados críticos postquirúrgicos. Se conecta ventilación mecánica con VT 500 ml, FR 16, PEEP 7, FiO2 0,4. I:E 1:2. Presión Pico 25. Presión meseta 16. Compliance 35. SatO2 93%. A las 2 horas de su ingreso nos avisan por alarma de presión en el respirador. Presión pico de 38 con P.meseta 16. Sibilantes respiratorios bilaterales. SatO2 89%. ¿Qué otras alteraciones podemos encontrar en la mecánica respiratoria de este paciente?:**

a) La elevación de la P. pico se justifica por la disminución de la compliance.
b) En el broncoespasmo se elevan tanto la P. pico como la P. meseta.
c) El bucle flujo-volumen muestra cambios con respecto al previocon una concavidad marcada en la rama espiratoria.
d) La curva flujo-tiempo no se modifica lo que nos confirma la presencia de broncoespasmo.

446.- Paciente mujer de 79 años ingresada en la Unidad de críticos postquirúrgicos tras laparotomía por peritonitis fecaloidea secundaria a perforación por neoplasia de clon transverso. Antecedentes personales: fumadora y bebedora habitual activa, HTA y DM tipo 2. Shock séptico que precisa NA y vasopresina las primeras 72h, antibioterapia de amplio espectro y ventilación mecánica prolongada. Sedación con dexmedetomidina y sufentanilo a la que en algunos momentos puntuales se han asociado relajantes musculares. En la fase de destete se observa debilidad extrema. Señala la respuesta INCORRECTA:

a) La polineuropatía del paciente crítico es una degeneración axonal tanto de fibras motoras como sensitivas con atrofia muscular más o menos intensa.
b) Afecta principalmente a los músculos respiratorios y de extremidades.
c) No hay tratamientos específicos disponibles, siendo el manejo de apoyo con rehabilitación lo más adecuado.
d) Afecta más a extremidades superiores que inferiores y a grupos musculares proximales más que a los distales.

447.- Señale la actitud CORRECTA ante un paciente que llega a la consulta preanestésica para realizarse una RTU prostática por HPB. Hace 6 meses sufrió un IAMCEST anterior, y se le colocó un stent liberador de fármacos en la DA. Desde entonces se encuentra antiagregado con AAS y clopidogrel.

a) Retirar clopidogrel 7 días antes de la intervención y mantener AAS.
b) Retirar clopidogrel 7 días antes de la intervención y retirar AAS 2 48 h. antes de la intervención.
c) Aplazar la cirugía, si no es urgente, hasta pasado al menos 1 año desde la colocación del stent liberador de fármacos.
d) Transfundir 1 pool de plaquetas y administrar desmopresina 0,3 mcg/kg IV previamente a la cirugía.

448.- Un hombre de 52 años con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con Xigduo (metformina+ dapagliflozina). Peso 90 kg, talla 1.75 m. Analítica y ECG normales. Sin datos predictores de vía aérea o ventilación difícil. Está programado para reparación abierta de una lesión traumática del manguito rotador bajo anestesia regional con sedación ligera. Dos minutos después de recibir un bloqueo interescalénico con 30 ml de mepivacaína al 1.5%, presenta crisis convulsivas tonicoclónicas. ¿Cuál sería la actitud más adecuada con respecto al manejo preoperatorio de los antidiabéticos orales en este paciente?:



a) No retirar Xigduo antes de la cirugía.
b) Retirar Xigduo 24 horas antes de la cirugía.
c) Retirar Xigduo 48 horas antes de la cirugía.
d) Retirar Xigduo 72 horas antes de la cirugía.

449.- Paciente de 59 años con antecedentes de hemorragia cerebral por MAV que debuta con una FA rápida. Dados sus antecedentes neurológicos se decide programar para cierre de orejuela en sala de hemodinámica. Señala la FALSA:

a) Durante el procedimiento es necesario mantener al paciente con TA en límite bajo tanto para facilitar el avance de guías como para evitar el sangrado.
b) Una de las complicaciones más frecuentes es la rotura de la orejuela por lo que debemos estar preparados para la posibilidad de un taponamiento cardiaco.
c) En el momento de la expansión del dispositivo suele ser necesaria la inmovilidad máxima del paciente e incluso la realización de apnea.
d) Debido a la conveniencia de monitorización con ETE la mayoría de los anestesiólogos se decantan por realizar AG para mejorar el bienestar del paciente.

450.- Mujer de 65 años hipertensa y con reciente aparición de DM tipo 2 que acude a endocrinólogo y es diagnosticada de acromegalia. Se programa para cirugía trensesfenoidal del adenoma hipofisario. Tendremos las siguiente consideraciones EXCEPTO:

a) Los momentos de estimulación quirúrgica más intensos son cuando se procede a la manipulación del adenoma.
b) Lo más probable es que nos encontremos ante un difícil manejo de vía aérea tanto para ventilación con mascarilla facial como par IOT.
c) Hasta en un 50% de los casos podría estar comprometido el flujo de la arteria cubital.
d) Las NVPO son frecuentes por lo que está indicado realizar prevención de lso mismos según escala de APFEL.

CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1

Paciente, mujer, 71 años, Altura 173 cm, Peso 60 kg.
Diagnóstico preoperatorio: Nódulo pulmonar en Lóbulo Superior Derecho (LSD) Intervención quirúrgica programada: Lobectomía LSD por VideoToracoscopia (VATS).

PREOPERATORIO:
AP: Ex fumadora; Hipertensión Arterial (HTA) en tratamiento con losartán + hidroclorotiazida. Cáncer de mama diagnosticado hace 3 años tratado con cirugía + Quimioterapia + Radioterapia. Anemia ferropénica en tratamiento con Hierro oral.
Laboratorio actual: Hb 9,8 g%, Glucosa 92 mg%; Creatinina 0,83 mg%. Estudio

de coagulación sin alteraciones.
ECG: Ritmo sinusal 65 Latidos / min.
Pruebas de Función Respiratoria: CVF 2,60 L (79 % del valor teórico); VEMS 2,07 L (84% del valor teórico); VEMS/CVF 77 % (90 % del valor teórico). DLCO 1,43 mmol (99 % del valor teórico).
Ergometría: Máximo Consumo de O_2 16,7 ml/min/kg.
Exploración Vía Aérea: Mallampati II; Distancia tiromentoniana > 6 cm; Movilidad cervical Normal.

INTRAOPERATORIO:
Monitorización estándar (ECG, SaO_2, Capnografía); Relajación Neuromuscular; Bis; Presión Arterial Invasiva (arteria radial izquierda).
Inducción anestésica: Propofol 130 mg + Rocuronio 40 mg + Fentanilo 0,15 mg.
Intubación Tubo Doble Luz Izquierdo 37. Cormack 1. Comprobación con Fibrobroncoscopio. Inserción de catéter paravertebral: administración de bolo de 20 ml de Bupivacaína 0,25 %.
Mantenimiento: Sevoflurano 1-2 % + dosis intermitentes de Rocuronio y Fentanilo + Bupivacaína 0,25 % a 6 ml/h paravertebral.
Descurarización: Sugammadex 200 mg
Duración de la Ventilación Unipulmonar: 190 min. Duración de la intervención quirúrgica: 220 minutos.

451.- Respecto a la interpretación de las Pruebas de Función Respiratorias, ¿cuál de las siguientes es FALSA?

a) Un Volumen Espirado Forzado Máximo en 1 segundo (VEMS) superior al 80 % se asocia a bajo riesgo de complicaciones postoperatorias.
b) Un valor preoperatorio de Capacidad Vital Forzada (CVF) inferior al 80 %, representa el predictor más sensible de complicaciones postoperatorias.
c) En la ergometría, encontrar un valor de Consumo Máximo de O_2 inferior a 10 ml/min/kg, se asocia a mayor riesgo de complicaciones.
d) El test de Difusión Pulmonar de CO (DLCO) preoperatorio es la prueba de elección para evaluar la capacidad de intercambio gaseoso.

452.- En la aplicación de la puntuación de Riesgo Respiratorio (ARISCAT) de la paciente, ¿cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo independiente de complicaciones respiratorias postoperatorias?

a) Edad 71 años.
b) Sexo femenino.
c) Hb 9,8 g/dl.
d) Duración de la intervención quirúrgica > 3 horas.

453.- La dosis máxima segura recomendada de Bupivacaína, es:

a) 0,5-1 mg/kg.
b) 2-3 mg/g.
c) 5-6 mg/kg.
d) 9-10 mg/kg.



454.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la anatomía de la vía aérea inferior es FALSA?:

a) La longitud media de la tráquea en el adulto es de 20-22 cm.
b) La porción anterior de la tráquea está formada por anillos cartilaginosos.
c) El bronquio principal derecho forma un ángulo más vertical con la tráquea que el izquierdo.
d) La longitud media del bronquio principal izquierdo es de 4,5-5 cm.

455.- En la monitorización de la mecánica respiratoria durante la ventilación mecánica controlada por volumen, es FALSO que:

a) La Complianza pulmonar = Volumen tidal / Presión meseta-PEEP.
b) La Resistencia respiratoria = Presión pico – Presión meseta / Flujo.
c) El Flujo inspiratorio es decelerado.
d) La Presión de distensión ("*driving pressure"*) = Presión meseta – PEEP.

456.- Durante la ventilación unipulmonar, ¿cuál de los siguientes parámetros se considera un factor independiente, aislado, asociado a protección pulmonar?

a) Administrar una FiO_2 1.
b) Pautar un Volumen Tidal de 8 ml/kg.
c) Fijar una PEEP de 3 cmH_2O.
d) Mantener Presión meseta inferior a 25 cmH_2O.

457.- En el manejo de la ventilación mecánica intraoperatoria del paciente, la prevención de la AUTO-PEEP incluye las siguientes medidas, EXCEPTO:

a) Disminuir la frecuencia respiratoria.
b) Prolongar el tiempo espiratorio.
c) Reducir el Volumen Tidal.
d) Evitar la hipercapnia.

458.- Durante la ventilación unipulmonar se realiza una gasometría arterial que muestra: PaO_2 92 mmHg; $PaCO_2$ 49 mmHg; pH 7,32; CO3 H 25 mEq/L. El diagnóstico es:

a) Acidosis respiratoria.
b) Acidosis metabólica.
c) Alcalosis respiratoria.
d) Gasometría normal.

459.- **Respecto al mecanismo de vasoconstricción pulmonar hipóxica durante la ventilación unipulmonar, es CIERTO que:**

a) Se potencia con la administración de anestésicos inhalatorios.
b) Se inhibe con la administración de Propofol.
c) Se inhibe con la administración intraoperatoria de vasoconstrictores.
d) Se inhibe en condiciones de hipocapnia.

460.- **Tras la extubación, en el periodo postoperatorio, como norma general, la administración de 3 Litros/min de O2 mediante cánula nasal, proporcionará una FiO2 aproximada de:**

a) 0,24
b) 0,33
c) 0,44
d) 0,50

461.- **Las recomendaciones para la realización eficaz y segura de maniobras de reclutamiento pulmonar perioperatorias incluyen la utilización de:**

a) Volumen Tidal > 15 ml/Kg.
b) Relación I:E 2:1.
c) Ventilación Control Presión e incremento escalonado de PEEP hasta presión máxima de 30-40 cmH_2O.
d) Todas las anteriores son ciertas.

CASO CLÍNICO 2

Paciente, varón, 72 años, Altura 170 cm, Peso 108 kg, Índice de Masa Corporal (IMC) 37,4. Diagnóstico preoperatorio: Carcinoma de colon derecho.
Intervención quirúrgica programada: Hemicolectomía derecha por laparoscopia.

PREOPERATORIO:
AP: Fumador 10 cigarrillos/día; Hipertensión Arterial (HTA) en tratamiento con losartán + hidroclorotiazida; Diabetes NO-Insulin dependiente en tratamiento con Metformina; Dislipemia en tratamiento con estatinas; Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño; Accidente Isquémico Transitorio hace 3 años en tratamiento con AAS 100 mg.
Laboratorio: Hb 11,9 g%, Glucosa 126 mg%; Creatinina 1,31 mg%. Estudio de coagulación sin alteraciones.
ECG: RS 95 L / min. HBAI.
Exploración Vía Aérea: Paciente con barba; Mallampati III; Distancia interincisivos 5 cm; Distancia tiromentoniana > 6 cm; Circunferencia cervical 45 cm; Movilidad cervical Normal.

INTRAOPERATORIO:
Monitorización estándar (ECG, SaO_2, Capnografía); Relajación NeuroMuscular; Bis; Presión Arterial Invasiva (arteria radial izquierda).
Inducción anestésica: Propofol 180 mg + Rocuronio 50 mg + Fentanilo



0,25 mg. Intubación TOT 8. Cormack 2
Mantenimiento: Sevoflurano 1-2 % + dosis intermitentes de Rocuronio y Fentanilo. Fluidoterapia mantenimiento con cristaloides 2-4 ml/kg/hora.
Descurarización: Sugammadex 200 mg.

462.- Según la OMS, el término Obesidad Clase III ("Obesidad mórbida"), se refiere al Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a:

a) 30.
b) 40.
c) 50.
d) 60.

463.- En la valoración preoperatoria, ¿cuál de los siguientes factores está incluido en el Índice de Riesgo Cardiovascular Revisado (Índice de Lee)?

a) Antecedentes de Hipertensión Arterial.
b) Diabetes mellitus No Insulín dependiente.
c) Antecedentes de Enfermedad Cerebro Vascular.
d) Creatinina plasmática > 1,2 mg%.

464.- El "STOP-Bang Questionnaire" se utiliza para la identificación de pacientes en riesgo de SAOS. ¿Cuál de los siguientes factores NO está incluido en dicho cuestionario?

a) Índice de Masa Corporal.
b) Hipertensión Arterial.
c) Sexo Masculino.
d) Dislipemia.

465.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la evaluación de la vía aérea es FALSA?

a) La presencia de barba es factor de riesgo de dificultad de ventilación con mascarilla facial.
b) Un hallazgo aislado de Mallampati III, es insuficiente para predecir intubación difícil.
c) La distancia inter-incisivos de 5 cm predice intubación difícil.
d) La circunferencia cervical de 45 cm predice intubación difícil.

466.- Previamente a la inducción anestésica, el efecto de la posición en decúbito supino sobre la Capacidad Residual Funcional (CRF) es aproximadamente:

a) La CRF aumenta en 1 Litro con el decúbito supino.
b) La CRF aumenta en 2 Litros con el decúbito supino.
c) La CRF disminuye en 1 Litro con el decúbito supino.
d) La CRF NO se afecta por la posición decúbito supino.

467.- **Respecto a los fármacos anestésicos utilizados, la ED 95 (Dosis Eficaz: depresión de la altura de la contracción del 95 %) del Rocuronio en el adulto, es:**

a) 0,05 mg/Kg.
b) 0,3 mg/Kg.
c) 0,9 mg/Kg.
d) 1,2 mg/Kg.

468.- **Respecto al paciente presentado, ¿cuál de los siguientes ES un factor de riesgo de Náuseas y Vómitos postoperatorios, de acuerdo a la Escala Apfel?**

a) Sexo masculino.
b) Fumador.
c) Obesidad.
d) Ninguno de los anteriores es factor de riesgo de náuseas y vómitos en la Escala Apfel.

469.- **Los efectos respiratorios del neumoperitoneo con CO_2 en la cirugía laparoscópica, incluyen los siguientes, EXCEPTO:**

a) Disminución de la Capacidad Residual Funcional.
b) Disminución de la Complianza Respiratoria.
c) Disminución de la Resistencia Pulmonar.
d) Hipercapnia.

470.- **Los efectos cardiovasculares del neumoperitoneo con CO_2 en la cirugía laparoscópica, incluyen los siguientes, EXCEPTO:**

a) Disminución del Gasto Cardiaco.
b) Aumento de las Resistencias Vasculares Sistémicas.
c) Aumento del flujo sanguíneo esplácnico.
d) Aumento de la Presión Intracraneal

471.- **En relación con la fluidoterapia perioperatoria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?**

a) El Ringer Lactato contiene Calcio en su composición.
b) El Plasmalyte contiene Acetato en su composición.
c) La Concentración de Na^+ del Suero Salino 0,9 % es de 145 mEq/L.
d) La administración de Suero Salino 0,9 % se asocia a Acidosis hiperclorémica.

472.- **Respecto a la utilización de SEVOFLURANO, cuál de las siguientes es FALSA:**

a) La CAM en el adulto es del 2 %.
b) Es broncodilatador.
c) Potencia el efecto de los relajantes neuromusculares.
d) Carece de metabolismo hepático.

CASO CLÍNICO 3

Paciente mujer de 57 años, entre sus antecedentes destaca: 105 kg de peso, que sufre un accidente de tráfico grave y es traída al quirófano desde la urgencia, por posible hemoperitoneo. La paciente está intubada en ventilación mecánica, con $SatPaO_2$ de 92 %, TA 75/45 mmHg, Frecuencia cardiaca de 130 lpm. No se conocen otros antecedentes personales de interés, ni tratamientos medicamentosos ni alergias según sus familiares.

473.- **¿Cuáles son los puntos más importantes de manejo inicial del politraumatizado?**

a) La primera prioridad es dormirla lo antes posible.
b) Hay que hacer una evaluación rápida inicial y estabilización de las lesiones que pueden comprometer la vida del paciente. Se suele seguir la regla de AMPLE (A= alergias, M= medicamentos, P= antecedentes médicos, L= última ingesta, E= eventos importantes del accidente).
c) Lo primero que hay que conseguir es que se crucen concentrados de hematíes.
d) Hay que hacer un TAC corporal completo antes de operarla.

474.- **¿Qué finalidad tiene la cirugía en estos casos?**

a) Conseguir la reparación de todas las lesiones que se encuentren.
b) Hay que darles prioridad a las fracturas si es que las tuviera.
c) El tratamiento en el quirófano tendrá como finalidad estabilizar los focos de sangrado agudo.
d) La finalidad de la cirugía es localizar perforaciones y conseguir evitar la sepsis abdominal.

475.- **¿Qué monitorización y manejo inicial intraoperatorio se precisa?**

a) Se precisa monitorización con gasto cardiaco continuo.
b) Es recomendable conseguir varias vías venosas de alto flujo.
c) En este paciente el manejo ventilatorio está contraindica el empleo de volúmenes corrientes menores de 7 ml/kg.
d) El neumotórax lo evitamos no usando PEEP.



476.- ¿Cómo tratamos el shock hemorrágico?

a) Se debe iniciar la reanimación con fluidos.
b) La reanimación inicial debe ser con coloides.
c) La reanimación inicial debe ser con plasma fresco congelado.
d) La albumina debe ser de elección para la reanimación inicial.

477.- ¿Cuál de los siguientes trastornos de coagulación es común en pacientes politraumatizados?

a) Consumo de factor VII.
b) Hipofibrinogenemia.
c) Hemofilia.
d) Trombofilia.

478.- ¿Cómo hacemos el manejo de la vía área?

a) En caso de intubación orotraqueal realizar inducción de secuencia rápida.
b) Podemos hacer movilizaciones cervicales sin espacial cuidado.
c) Se puede mantener la vía aérea con gafas de alto flujo y ventilación espontánea.
d) La presencia de movimientos paradójicos del tórax nos debe hacer sospechar la existencia de dolor agudo intenso

479.- En la relación de hemoderivados señale la CIERTA:

a) Plasma fresco congelado se debe usar como expansor de volumen agudo.
b) La transfusión de concentrado de plaquetas está indicada cuando el recuento de plaquetas es menor a 90.000 10^9/L.
c) La causa más común de sangrado no quirúrgico tras la politrasfusión masiva es la trombocitopenia dilucional.
d) La trasfusión de concentrado de hematíes se asocia a hipercalcemia.

480.- ¿En relación con su evaluación hemodinámica podemos decir?

a) Si se requiere una trasfusión masiva la proporción recomendada de concentrado de hematíes, plasma y plaquetas debe ser de 2:5:1.
b) En la trasfusión masiva no suele ser necesario administrar fibrinógeno.
c) Si hay sangrado activo visible se debe comprimir externamente.
d) La taquicardia nos debe hacer pensar que se trata de dolor agudo y debemos administrar altas dosis de fentanilo.

481.- ¿En relación al manejo ventilatorio podemos decir?

a) Hay que programar a todos los pacientes una PEEP de 5 cmH_2O.
b) Los volúmenes corrientes de 10 ml/kg de peso ideal están recomendados.
c) La presión plateau hay que intentar que esté por debajo de 30 cmH_2O.
d) La frecuencia respiratoria debe ser menor a 10 rpm.



482.- ¿Qué cuidados postoperatorios requeriría?

a) Es recomendable el traslado del paciente a la unidad de reanimación o UCI quirúrgica para su estabilización definitiva.
b) El objetivo fundamental de los cuidados postquirúrgicos es evitar la triada mortal: alcalosis, hipotermia y coagulopatía.
c) En relación con el objetivo hemodinámico se recomienda hipertensión de un 10 % superior a la media.
d) Es bueno administrar factor VII profiláctico para evitar resangrados.

483.- ¿Cuál es la vida media intravascular de un cristaloide?

a) 5-10 minutos.
b) 20-30 minutos.
c) 1-2 horas.
d) 3-4 horas.

CASO CLÍNICO 4

Una gestante de 36 años, 80 kilos, primípara, 39 semanas de gestación que comienza el trabajo de parto. Entre sus antecedentes personales destaca HTA leve en el último trimestre resto sin interés. Ingresa por inicio de trabajo de parto y en la exploración vaginal presenta una dilatación cervical de 2 cm con membranas integras.

484.- Señale las alteraciones fisiológicas del embarazo en esta paciente en este momento del embarazo:

a) Aumenta la capacidad funcional residual (CFR).
b) Disminuye el volumen corriente.
c) Tiene aumentado el consumo de oxígeno.
d) El gasto cardiaco está disminuido.

485.- En relación a las alteraciones fisiológicas del embarazo podemos decir:

a) El flujo sanguíneo renal y la filtración glomerular disminuyen sobre todo en el tercer trimestre del embarazo.
b) La progesterona aumenta la contracción del musculo liso aumentando la motilidad intestinal.
c) Se produce leucopenia por dilución al aumentar el volumen de distribución.
d) La hipófisis está aumentada de tamaño.

486.- En relación al dolor en el trabajo de parto podemos decir:

a) En la primera fase del parto las vías de conducción del dolor sólo se ven involucrados los dermatomas torácicos T8-T9
b) Las técnicas neuroaxiales sólo se pueden instaurar cuando la paciente presente 4 cm de dilatación del cuello uterino.



c) Entre las contraindicaciones para realizar la epidural lumbar continua está el recuento plaquetario inferior a 100.000 10^6/L.
d) La analgesia neuroaxial puede ser indicada en cualquier fase del parto, sin limitaciones de dilatación cervical.

487.- En relación a la trasferencia placentaria de fármacos podemos decir:

a) Se produce fundamentalmente por difusión pasiva.
b) Los relajantes musculares cruzan la barrera placenta con facilidad.
c) La mayoría de los anestésicos inhalados no cruzan la barrera placentaria.
d) La heparina atraviesa la barrera placentaria.

488.- En relación a los fármacos para realizar una analgesia de trabajo de parto podemos decir:

a) El remifentanilo no se utiliza por su riesgo de atravesar la barrera placentaria.
b) La ropivacaina es más lipofílica que la bupivacaina por lo que tiene un potencia mayor.
c) El fentanilo sólo se puede utilizar para analgesia intravenosa con bomba de PCA.
d) Los opiáceos más usados para analgesia neuroaxial son el fentanilo y el sufentanilo

489.- En relación con las técnicas de analgesia durante el trabajo de parto podemos decir:

a) El bloqueo de los nervios pudendos consiste en la infiltración de anestésico local en los fondos de saco vaginal cerca de la cabeza del feto.
b) En la técnica de analgesia epidural el lugar de punción suele ser L1-L2.
c) La principal indicación de la analgesia combinada espinal-epidural se produce cuando la gestante refiere un dolor muy intenso y es necesario controlarlo de forma rápida.
d) Si mientras se produce la inyección de anestésico local en una técnica de analgesia espinal la gestante refiere dolor intenso y parestesias, hay que seguir inyectando con normalidad.

490.- El feto presenta un sufrimiento fetal agudo y se decide hacer una cesaría urgente mediante anestesia general, que podemos decir:

a) Hay un mayor riesgo de broncoaspiración tras la inducción de la anestesia general.
b) La intubación presenta unas condiciones similares a una paciente no embarazada.
c) Puede presentarse mayor dificultad de intubación por congestión de la mucosa de la vía aérea.
d) a) y c) son ciertas.

491.- **Durante la cesárea es importante tener las siguientes precauciones:**

a) Hay que evitar el síndrome de compresión aortocava desplazando el utero hacia la derecha unos 30 grados.
b) Hay que aumentar las dosis de gases halogenados.
c) La inducción se recomienda hacerla con etomidato para evitar la hipotensión.
d) Hay que garantizar un buen flujo uteroplacentario evitando el aumento de actividad uterina.

492.- **Durante la cesárea es importante tener las siguientes consideraciones:**

a) En la inducción anestésica de la gestante podemos utilizar fentanilo y midazolam.
b) Si se producen hipotensiones en el intraoperatorio el vasopresor más indicado es la noradrenalina.
c) El rocuronio no se debe administrar hasta haber clampado el cordón umbilical.
d) Es segura la administración de sugammadex ya que no atraviesa la barrera placentaria.

493.- **En el despertar de la gestante de la anestesia general se puede decir:**

a) Ha desaparecido el riesgo de broncoaspiración y de dificultad de intubación al haber salido el neonato.
b) No se puede usar el catéter epidural para analgesia postparto por riesgo de hipotensión.
c) Hay que vigilar el tono uterino y la posibilidad de sangrado.
d) No se pueden utilizar analgésicos tipo AINEs por su paso a la leche materna

494.- **¿Cuál de los siguientes fármacos NO es uterotónico?**

a) Sulfato de magnesio.
b) Oxitocina.
c) Prostaglandinas.
d) Metilergometrina

CASO CLINICO 5

Mujer de 70 años de edad, 71kg y 144cm de altura. ASA III. Programada para nefrectomía derecha laparoscópica por tumor.Antecedentes: HTA, cardiopatía hipertensiva con episodios de IC. Bloqueo A-V grado I.Diabetes Mellitus tipo I con retinopatía. Obesidad grado I. Dislipemia. IR moderada. Inducción con Atropina, Propofol, Fentanilo y Rocuronio.Mantenimiento: Propofol, Remifentanilo y Rocuronio. Ventilación: O2 50%, VT 480, FR 12, Presión pico 22mmHg y ETCO2 29-30. Se canaliza VY Dcha y arteria radial izq.
Se coloca a la paciente en decúbito lateral izquierdo.
La realización del neumoperitoneo trascurre sin incidencias.
A los 90 minutos tras el inicio de la cirugía, sufre una caída del ETCO2 de 30 a 21mmHg y desaturación a 88. Posteriormente la PAS pasa de 142 a 66mmHg.



495.- Tras este cuadro, ¿cuál de estas medidas adoptaría?

a) Colocar al paciente en decúbito supino.
b) Reconvertir la anestesia intravenosa a inhalatoria.
c) Aspirar con jeriga por la vía central.
d) Todas ellas.

496.- Después de adoptar varias medidas sintomáticas (sin gran mejoría), sobrecarga de volumen, aumentar la FiO2 a 100%, administrar vasoactivos. ¿Cuál es la siguiente actuación que recomendarías?

a) Suspensión de la cirugía.
b) Administrar inotrópicos.
c) Pedir al cirujano que revise el campo por la sospecha de embolismo gaseoso.
d) Esperar que igual no es nada.

497.- El cirujano clampa la vena renal derecha. ¿Cuál de estos datos esperarías obtener?

a) Subida de la PAS de 86 a 126mmHg.
b) Recuperación de la ETCO2 a 29mmHg.
c) Todas ellas.
d) Ninguna de ellas.

498.- Posteriormente el cirujano decide volver a desclampar la vena renal, bajando la tensión y con nueva caída de la ETCO2. ¿Qué actuación seguirías?

a) Discutir con el cirujano.
b) Recomendarías clampar nuevamente la vena renal.
c) Recomendarías reconvertir a cirugía abierta.
d) b) y c) son correctas.

499.- Tras cinco horas de intervención con parámetros dentro de la normalidad ¿cómo actuarías?

a) Educción y extubación en quirófano dado que todos los parámetros son normales.
b) Revertir la relajación muscular y esperar.
c) Trasladar el paciente sedado y relajado a Reanimación para una educción progresiva.
d) Traslado a planta de hospitalización.

CASO CLINICO 6

Varón de 63 años, tabaquismo con IA 60 paquetes/año, consumo perjudicial de alcohol y fibrilación auricular anticoagulada con antecedentes de insuficiencia cardiaca, que acude al ORL por disfonía y disnea,que empeora con el decúbito supino aunque sin insuficiencia respiratoria. En la exploración fibróptica realizada, el paciente presenta una tumoración supraglotica de gran tamaño con oclusión de un 80% de la luz glótica, con importante edema aritenoideo asociado. El paciente es programado para microcirugía laríngea y biopsia.

500.- Cuál sería el manejo MÁS ADECUADO de la vía aérea en este caso:

a) El paciente no puede esperar a la cirugía programada y debe de realizarse una cricotiroidotiomia de urgencia.
b) Traqueotomia electiva con anestesia local y sedación muy ligera, antes de proceder con la microcirugía laríngea.
c) Intubación fibróptica con el paciente despierto.
d) Inducción inhalatoria con sevofluorano para mantener ventilación espontánea y intubación mediante videolaringoscopio.