

1. Con respecto a la salud mental, los trastornos que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida son:

- A) Trastornos depresivos.
- B) Trastornos de ansiedad.
- C) Trastornos derivados del consumo de alcohol.
- D) Trastornos derivados del consumo de tóxicos.

Explicación: la ansiedad como tal es el mal endémico de las sociedades del siglo XXI, y esto puede derivar en trastornos de ansiedad. No obstante, son todavía más frecuentes los trastornos depresivos diagnosticados. Las patologías mentales con mayor incidencia en nuestro medio son: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de sustancias.

2. Para la detección de alcoholismo, utilizamos:

- A) Cuestionario MALT.
- B) Escala de Braden.
- C) Escala Lawton y Brody.
- D) Test de Yesavage.

Explicación: los principales test de valoración en el alcoholismo son el cuestionario de CAGE, MALT, Audit y CIWA. Por su parte, la escala de Braden se utiliza para la predicción del riesgo de úlceras por presión, la escala Lawton y Brody para medir las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y el test de Yesavage mide la depresión geriátrica.

3. La Anorexia nerviosa de tipo restrictiva es aquella que:

- A) No recurre regularmente a atracones o purgas.
- B) Recurre a atracones o purgas con frecuencia.
- C) No se presenta con amenorrea.
- D) Produce un aumento de peso.

Explicación: la anorexia nerviosa no se caracteriza por un aumento de peso. Además, es la anorexia nerviosa tipo vomitadora (o también llamada compulsiva o purgadora) la que presenta episodios de atracones seguidos de purgas (mediante vómitos autoinducidos o con el abuso de laxantes). Por su parte, las personas con anorexia nerviosa tipo restrictiva pierden peso a través de dietas y ejercicios extenuantes.

Por otro lado, aclarar que la amenorrea es un síntoma muy frecuente de la anorexia nerviosa y que además también se puede dar en ciertas situaciones en la bulimia nerviosa (dado que pueden existir personas con bulimia nerviosa que se encuentren en un peso corporal demasiado bajo). No obstante, la amenorrea, aunque es muy usual en la anorexia nerviosa, no se presenta en el 100% de los casos.

4. Con respecto a la actual Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024), señala la opción correcta:

- A) Hace especial énfasis en el enfoque de género.
- B) Mantiene la misma denominación con respecto al anterior Plan Nacional.
- C) En cuanto a la "adicción a las pantallas", el éxito del tratamiento consiste en abandonar su uso.
- D) En dicha Estrategia ha disminuido el interés por el consumo y adicción de hipnosedantes por parte de las mujeres.

Explicación: la actual Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024) destaca por lo siguiente: En primer lugar, cambia de nombre. Hasta ahora venía llamándose Plan Nacional sobre Drogas. Sustituir Adicciones por Drogas atiende al hecho de ofrecer también un tratamiento (prevención y asistencia) a las llamadas "adicciones sin sustancia", en especial, ludopatía y videojuegos. Y en este sentido, el éxito en el tratamiento en la adicción a las Nuevas Tecnologías no está en abandonar radicalmente su uso, sino en aprender a utilizarlas de manera no perjudicial.

Además, la actual Estrategia Nacional sobre Adicciones prioriza sus actuaciones en los menores, las personas mayores de 64 años (consumidores crónicos de la época de los 80 y 90) con problemas de adicciones, y además hace especial énfasis en el enfoque de género (especialmente en mujeres con responsabilidades familiares en situación de consumo). Asimismo, la vigente Estrategia profundiza en el consumo y la adicción a los hipnosedantes, las únicas sustancias que en España presentan una prevalencia mayor en mujeres que en hombres.

5. Con respecto al código ictus, señale la afirmación incorrecta:

- A) Los pacientes de más de 80 años pueden ser candidatos a activación de código ictus.
- B) Es un criterio de exclusión si el paciente tiene un Rankin ≥ 3 .
- C) El ictus del despertar también es candidato a trombolisis intravenosa siempre que hayan transcurrido menos de 8 horas desde el despertar.
- D) Una puntuación de 3 en la Escala de Rankin modificado se otorga en una incapacidad moderada, es decir, cuando necesita alguna ayuda para cuidar de sí mismo.

Explicación:

Criterios de inclusión: pacientes con ictus isquémico agudo de menos de 4,5 hora de evolución en los que no concorra alguno de los siguientes criterios de exclusión.

Criterios de exclusión:

- Hemorragia intracraneal en TC.
- Evolución de los síntomas $> 4,5$ horas o desconocimiento de la hora de inicio.
- Síntomas menores o mejoría franca antes del inicio de la infusión.
- Ictus grave según: criterios clínicos (NIHSS > 25 , o en el caso de la basilar NIHSS > 30) o criterios de neuroimagen (infarto $> 1/3$ del territorio de la arteria cerebral media).
- Síntomas sugestivo de HSA, aunque la TC sea normal.
- Antecedentes de HSA por rotura aneurismática.
- Diátesis hemorrágica conocida.
- Tratamiento con heparina sódica en las 48 horas previas y TTPa elevado, o con HBPM a dosis anti-coagulante en las 12 horas previas.
- Tratamientos con anticoagulantes orales tipo dicumarínicos. Puede considerarse tratamiento con rTPA si INR ≤ 7 . Si el paciente está recibiendo inhibidores directos de la trombina (dabigatran) o inhibidores del factor X activado (rivaroxaban, apixaban, ...) no se recomienda el tratamiento con rTPA a no ser que los test de laboratorios específicos sean normales (consulta con hematólogo), o abstinencia del fármaco en los últimos 2 días.
- Recuentos de plaquetas $< 100000/\text{mm}^3$.
- Glucemia $< 50 \text{ mg/dl}$ o $> 400 \text{ mg/dl}$ que no se corrige.

6. Con respecto a las demencias, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A) La micrografía es característica de la enfermedad de Parkinson.
- B) El temblor en la enfermedad de Parkinson es al inicio del movimiento.
- C) La bradicinesia es característica del Alzheimer.
- D) En la Corea de Huntington encontramos déficit de dopamina.

Explicación: la clínica más habitual del parkinsonismo es:

- Micrografía (letra pequeña, cada vez menor a medida que se escribe más texto).
- Disprosodia (habla monótona y uniforme).
- Alteración de la estabilidad y el equilibrio.
- Trastornos emocionales: síndrome depresivo, en relación a la misma enfermedad (como otra manifestación más de ella) o de forma reactiva; ansiedad, alucinaciones, psicosis, etc.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos sensoriales: síndrome de piernas inquietas, neuropatía periférica, etc..
- Alteraciones autonómicas: estreñimiento con las (disminución del peristaltismo intestinal), alteraciones genitourinarias presenta nicturia o síndrome miccional), hipotensión ortostática existe reducción del tono muscular de los vasos), alteración de la termorregulación, hipersudoración, etc., sudor, dolor, seborrea y blefaritis.
- Disfagia y sialorrea: la musculatura deglutoria también está afectada y le cuesta tragar; por este motivo y por el aumento de la secreción salival, el enfermo "babea" (concepto de sialorrea), tiene desinterés por las comidas

7. Según la Nueva Escala de Coma de Glasgow (2017), ¿qué puntuación tiene un paciente que al pellizcarle el trapecio nos responde con apertura de ojos, emite sonidos de quejidos y se lleva la mano por encima de la clavícula?
- A) 6.
B) 7.
C) 9.
D) 11.

Explicación: gran pregunta realizada en Extremadura, en relación al Glasgow actualizado en 2017. De los 3 criterios de Glasgow tenemos claro que la respuesta OCULAR al dolor le da dos puntos, mientras que la respuesta VERBAL con sonidos, nos da 2 puntos. El tercer criterio, respuesta MOTORA es la clave, ya que el hecho de que el movimiento que realiza el paciente ante el dolor se dirija al punto al que se le está pellizcando, hace que LOCALICE EL DOLOR, y esto supone 5 puntos = 2 + 2 + 5 = 9 puntos en Glasgow.

8. Con respecto a los pares craneales, señale la correcta:
- A) Los pares craneales con función sensitiva pura son el I, II y III par craneal.
B) El VII par craneal es el trigémino.
C) Los pares craneales V, VI, VII y VIII nacen del tronco del encéfalo.
D) Todos los pares craneales inervan cabeza y cuello.

Explicación: como sabemos los pares craneales parten de: par craneal dos del diencefalo, par craneal III y IV del mesencefalo, para craneal V a VIII, del puente tronco encefálico y del IX en adelante del bulbo raquídeo. Los pares sensitivos son el par I, II y VIII (olfatorio, óptico y auditivo).

9. Sobre las manifestaciones clínicas de la fractura de la cabeza del fémur, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?
- A) Suele producir abducción y rotación externa de la extremidad.
B) Suele producir aducción y rotación interna de la extremidad.
C) Suele producir flexoextensión de la extremidad.
D) Suele producir alargamiento de la extremidad.

Explicación: la fractura de cuello de fémur se pueden clasificar siguiendo la clasificación de Delbet, según localización:

- Fracturas subcapitales: localizadas en la base del núcleo cefálico, es decir, en la unión entre la cabeza y el cuello.
- Fracturas transcervicales: situadas en la zona central del cuello femoral.
- Fracturas basicervicales: en la unión del cuello con el macizo trocantéreo.

La clínica más frecuente suele ser: abducción, acortamiento y rotación externa del miembro inferior afectado, sensibilidad, dolor grave y espasmo muscular, pudiendo provocar necrosis avascular.

10. Señale la correlación incorrecta:
- A) Nódulos de Bouchard y nódulos de Heberden – Artritis reumatoide de la mano.
B) Tofos – Gota
C) Pannus – Artritis reumatoide de la mano
D) Deformidad en cuello de cisne en dedos y en ojal del pulgar – Artritis reumatoide de la mano.

Explicación: la clínica más frecuente en la artrosis es: dolor tipo mecánico de comienzo gradual, pudiendo empeorar en fases avanzadas, incluso con el reposo nocturno– deformidad y limitación de las funciones de la articulación. En cuanto a la deformidad aparecen desviaciones óseas importantes y presencia de nódulos de Heberden en las interfalanges distales y de Bouchard en las proximales. Suelen ser secundarias a la presencia de osteófitos, derrame articular o subluxaciones.

11. Con respecto a la osteoporosis, señale la respuesta cierta:
- A) La osteoporosis postmenopáusica se considera osteoporosis secundaria.
 - B) Las fracturas más frecuentes en la osteoporosis primaria tipo II o senil son las fracturas vertebrales.
 - C) Es característico que en la osteoporosis primaria tipo II o senil afecte tanto a hombres como a mujeres.
 - D) Es una enfermedad exclusiva de las mujeres puesto que se debe al déficit de estrógenos.

Explicación: las características de la osteoporosis Tipo I son: Posmenopáusica, Mujeres, 50-65 años, Hueso trabecular, Fractura Vértebra y de Colles (radio).
Las características de la osteoporosis Tipo II son: Senil, Ambos sexos, 70-75 años, Hueso cortical, y Fractura de cabeza de fémur.

12. Para subir escaleras un paciente con una pierna afectada y que utiliza bastón, debe seguir la siguiente pauta:
- A) Apoyar el bastón en el siguiente escalón y dar el primer paso con la pierna afectada.
 - B) Dar el primer paso con la pierna afectada, luego la pierna sana y a continuación el bastón.
 - C) Dar el primer paso con la pierna sana, y a continuación mover el bastón y la pierna afectada hacia el mismo escalón.
 - D) Dar el primer paso con el bastón y a continuación la pierna sana y luego la afectada.

Explicación:
Para subir escaleras: 1. Pierna no operada (SANA), 2. Bastones, 3. Pierna operada (ENFERMA).
Para bajar escaleras: 1. Bastones, 2. Pierna operada, 3. Pierna no operada.

13. Ante un traumatismo craneoencefálico, son signos de aumento de la presión intracraneal los siguientes SALVO uno de ellos. ¿Cuál?
- A) Bradipnea.
 - B) Bradicardia.
 - C) Hipertensión arterial.
 - D) Hipotensión arterial.

Explicación: la clínica más característica de la Hipertensión Craneal corresponde con la triada de Cushing: Bradipnea, bradicardia e hipertensión arterial. Es obvio, que la hipotensión arterial no es un signo de hipertensión craneal.

14. Señale la afirmación incorrecta respecto al shock:
- A) En un niño traumatizado grave con shock hipovolémico hemorrágico iniciamos la reposición de fluidos con un bolo de 20 ml/Kg de peso.
 - B) En el shock hipovolémico hemorrágico, la piel esta pálida, fría y húmeda debido a los mecanismos de compensación.
 - C) En el caso de un shock anafiláctico, la primera medida será la canalización de un acceso vascular periférico para poder administrar fluidos y fármacos.
 - D) En el shock neurogénico es característico la bradicardia y la ausencia de palidez.

Explicación: dado que el shock es un proceso tiempo-dependiente, como riesgo vital para el paciente, su abordaje no puede ser el clásico de primero diagnosticar y luego tratar, sino que una vez identificada la situación de shock deben iniciarse de forma inmediata las medidas terapéuticas basadas en el ABC-D (D de tratar el dolor) mientras se investiga simultáneamente la causa. La primera medida será, por tanto, mantener la permeabilidad de la vía aérea y administrar oxígeno suplementario de inicio a todos los pacientes en shock mediante sistema de alto flujo (mascarilla tipo Venturi al 50%). Posteriormente, puede ser necesario modificar flujo/concentración en función de gasometría.

15. El tóxico que no se beneficia del tratamiento con carbón activado es:
- A) Litio.
 - B) Digoxina.
 - C) Betabloqueantes.
 - D) Paracetamol.

Explicación: carbón activado. El carbón activado es el más utilizado. Pertenece a un grupo llamado adsorbentes, también se puede usar tierra de Fuller y azul de Prusia. Se administra por vía oral o mediante sonda nasogástrica. Dosis de 0,5-1 gr/kg que puede repetirse cada 3 horas durante las primeras 24 horas (sobre todo en los casos en los que el tóxico ingerido tenga una importante circulación enterohepática y una vida media larga) asociándolo a una dosis única de catárticos (sulfato magnésico) a fin de acelerar el tránsito. Su principal efecto secundario es el estreñimiento por lo que hay que asociarlo con un laxante, y puede aparecer también broncoaspiración. Contraindicado (no son adsorbidos por el carbón activado) en sales de litio y de hierro, etanol, metanol, etilenglicol y cáusticos (ácidos y básicos) y uso de antidotos.

16. En un accidente de tráfico entre un coche, una motocicleta y una bicicleta, ocurrido en una vía secundaria, clasifique las siguientes víctimas según el método START:

Víctima 1: niño de 7 años, orientado que permanece de pie, al que le duele el hombro y tiene una fractura abierta a nivel del húmero.

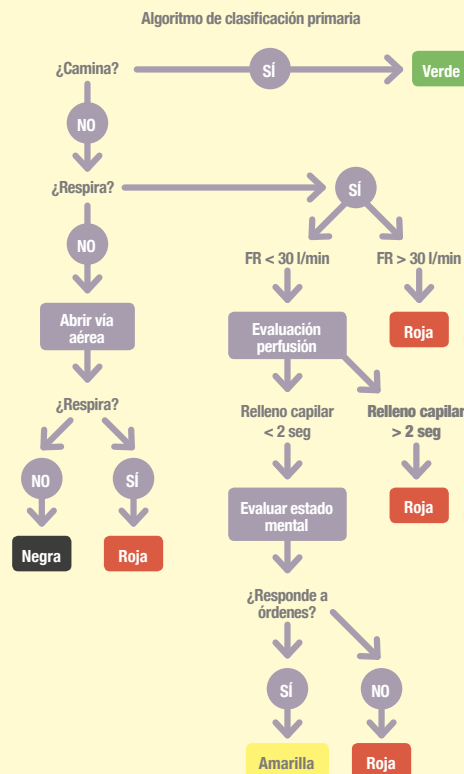
Víctima 2: hombre de 50 años, en decúbito prono, inconsciente, cianótico, que al abrir la vía aérea respira.

Víctima 3: mujer de 35 años, consciente y orientada, tendida en el suelo con una gran deformidad por encima del tobillo que le impide andar, con constantes vitales estables.

Víctima 4: mujer de 85 años, inconsciente, situada en decúbito supino, con una herida penetrante en el abdomen, respira (28 respiraciones por minuto), con pulso radial (154 latidos por minuto) y un relleno capilar de más de 2 segundos.

- A) Víctima 1: Verde , Víctima 2: Rojo , Víctima 3: Amarillo , Víctima 4: Amarillo.
- B) Víctima 1: Amarillo, Víctima 2: Negro, Víctima 3: Rojo , Víctima 4: Rojo.
- C) Víctima 1: Verde , Víctima 2: Rojo , Víctima 3: Verde , Víctima 4: Rojo.
- D) Víctima 1: Verde , Víctima 2: Rojo , Víctima 3: Amarillo, Víctima 4: Rojo.

Explicación: Triage de START (Simple Triage And Rapid Treatment). Sistema de clasificación rápido y simple que permite identificar a los pacientes con lesiones críticas. Usa tres valoraciones simples para identificar a aquellas víctimas con un mayor riesgo de morir por sus lesiones. Por lo común, el proceso toma de 30-60 segundos por víctima. Divide a los pacientes en 4 categorías: inmediato: rojo, demorado: amarillo (demora hasta 1-3 horas), menor: verde (demora hasta 4-6 horas) y muerto: negro.



17. Señale de las siguientes opciones cuál es la relación incorrecta:

- A) V3-V4 = Cara anterior.
- B) V5-V6 = Septo.
- C) II, III, aVF = Cara inferior.
- D) I, aVL = Cara lateral.

Explicación: la opción de respuesta B, es falsa, ya que V5 y V6, nos da información de la cara lateral cardiaca. Cada una de las 12 derivaciones registra información de partes concretas del corazón:

- Derivaciones II, III, y aVF detectan actividad eléctrica de la pared inferior del corazón.
- Derivaciones I, aVL, V5 y V6: detectan la actividad eléctrica de la pared lateral del corazón.
- Derivaciones V1 y V2: detectan actividad eléctrica del septo o tabique del corazón.
- Derivaciones V3 y V4 detectan actividad eléctrica de la pared anterior del corazón.
- Derivaciones aVR raramente se utilizan para la información diagnóstica, pero indica una correcta colocación de los electrodos.

18. De las siguientes estructuras del sistema de conducción, ¿cuál facilita la transmisión del impulso a la aurícula izquierda?

- A) Nodo Aschof-Tawara.
- B) Sistema de Purkinje.
- C) Haz de Thorel.
- D) Rama izquierda del haz de His.

Explicación: los haces que comunican la AI con la AD se denominan internodales, y tienen 3 ramas: anterior (Bachmann), medio (Wenckebach) y posterior (Thorel).

19. Según la clasificación de la insuficiencia cardíaca de la NYHA, la limitación intensa de las actividades de la vida diaria y el desarrollo de síntomas al realizar mínima actividad física se corresponde con el grado:

- A) I.
- B) II.
- C) III.
- D) IV.

Explicación: grado funcional según NYHA:

Clase I: no existe limitación para la actividad física habitual.

Clase II: aparecen síntomas con la actividad habitual; limitación moderada.

Clase III: aparecen síntomas con los esfuerzos moderados; limitación importante.

Clase IV: los síntomas aparecen con el reposo y empeoran con la mínima actividad.

20. Señale, ¿cuál es el ritmo de la tira de monitor que se adjunta?



- A) Fibrilación auricular.
- B) Bloqueo AV 1^{er} grado.
- C) Bloqueo AV 2^o grado tipo I.
- D) Bloqueo AV 2^o grado tipo II.

Explicación: en el bloqueo cardíaco de segundo grado no todos los impulsos llegan a los ventrículos. Dicho bloqueo se produce cuando el corazón late de forma lenta o irregular. En este caso las aurículas se contraen a un ritmo regular, pero uno o más de los impulsos quedan bloqueados en la región del nodo AV. Algunas formas del bloqueo de segundo grado progresan al de tercer grado. Hay dos tipos:

1. Tipo I (Mobitz I o Wenckebach): en cada latido aumenta la dificultad de transmisión del estímulo al ventrículo, hasta que hay uno que no pasa. Es decir, progresivo aumento del PR. Solamente se tratan si la frecuencia es menor de 50 pulsaciones por minuto y hay signos de hipoperfusión
2. Tipo II (Mobitz II): aparece de forma súbita, sin alargamiento previo del PR. Se bloquean una o dos ondas P antes de que el ventrículo se despolarice.

21. Paciente de 40 años que acude a urgencias. A nivel analítico destacan los siguientes valores: pH 7,25; pCO₂ 65 mmHg; HCO₃ 21 mmHg. De las siguientes causas, cuál de ellas sería más probable que presentara el paciente?
- A) EPOC reagudizado.
 - B) Cetoacidosis diabética.
 - C) Exceso de náuseas y vómitos.
 - D) Crisis de ansiedad.

Explicación: es recurrente encontrar en exámenes OPE la interpretación de una gasometría sin embargo, es inusual que pregunten por una situación clínica como es el caso de esta pregunta. Inspirada en OPE SMS 2018. En primer lugar, se precisa evocar los datos gasométricos normales, recuerda: pH 7.35-7.45, PCO₂ 35-45mmHg y HCO₃ 22-27mEq. Partiendo de esta premisa está claro que se trata de un estado de **acidosis** a continuación, valorando los otros dos parámetros se trata de una situación de hipercapnia porque la PCO₂ está elevada en exceso, por lo que se trata de una **acidosis respiratoria**. Por último, partiendo de las situaciones clínicas reseñadas, seleccionamos la opción A. La opción de respuesta B se trata de una acidosis metabólica, la opción C –pérdida de ácidos– supone una alcalosis metabólica y la opción D –pérdida de ácido carbónico– una alcalosis respiratoria.

22. Cuando en una espirometría hablamos de Capacidad Vital, ¿a qué nos estamos refiriendo?
- A) Al volumen de aire movilizado durante un minuto.
 - B) Al máximo volumen de aire movilizado en una espiración forzada que sucede a una inspiración forzada.
 - C) Al volumen de aire movilizado en una espiración forzada que sucede a una inspiración normal.
 - D) A la cantidad de aire contenida en el aparato respiratorio después de una inspiración total.

Explicación: pregunta de OPE Castilla y León 2006, y conceptos recurrentes en las distintas OPE. Partiendo de nuestra nemotecnia con círculos: VRI-VC-VRE-VR, la suma de VRI+VC es CI; la suma de VC + VRE es CE; VRI+VC+VRE es CAPACIDAD VITAL; VRE + VR es capacidad funcional residual y VRI+VC+VRE+VR es la CAPACIDAD PULMONAR TOTAL. Recordar que lo más preguntado en OPE es la Capacidad Vital -volumen máximo capaz de movilizarse en un ciclo respiratorio forzado- y Volumen residual - volumen de aire que queda en los pulmones después de la espiración forzada (niño soplando una tarta de cumpleaños).

23. Señale cuales de estas relaciones es incorrecta con respecto a la patología y el perfil obstructivo o restrictivo según la espirometría forzada
- A) Fibrosis quística - Obstructivo.
 - B) Neumonía - Obstructivo.
 - C) Bronquiolitis - Obstructivo.
 - D) EPOC - Obstructivo.

Explicación: OPE Aragón 2013. Para establecer si se trata de una enfermedad pulmonar OBSTRUCTIVA o RESTRICTIVA se utiliza el cociente VEM1/CVF establecida mediante una espirometría forzada. Se trata de obstructiva cuando <0,70% e incluye: EPOC, asma, bronquitis, bronquiectasias, bronquiolitis, histocistosis X y fibrosis quística. Y restrictiva cuando >0.80% e incluyen: origen parenquimatoso (fibrosis pulmonar, atelectasia, sarcoidosis, neumoconiosis), infeccioso (neumonía y tuberculosis) y extraparenquimatosas (neuromusculares como distrofias musculares, miastenia gravis, Guillain-Baré) o de la caja torácica (cifoescoliosis, obesidad, espondilitis anquilosante).

24. Cuando observa en un paciente un patrón respiratorio regular de crescendo-decrescendo, con aumento y luego, disminución de la frecuencia y la profundidad respiratoria, seguido de un periodo de apnea, se trata de un tipo de respiración:
- A) Respiración de Kussmaul.
 - B) Respiración de Cheyne-Stokes.
 - C) Taquipnea.
 - D) Respiración de Biot.

OPE Navarra 2018.

25. ¿Quién puede emitir la Declaración de Voluntad Vital Anticipada?
- A) Cualquier persona que haya sido autorizada por el paciente siempre que no sea menor o incapacitado.
 - B) La propia persona siempre que esta sea capaz, mayor de edad o menor emancipado y lo realice de forma consciente y libre.
 - C) Un familiar o representante en nombre del paciente siempre que no sea menor o incapacitado.
 - D) Los profesionales que han seguido al paciente durante la evolución de su enfermedad.

Explicación: el documento de instrucciones previas está regulado en el artículo 11.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Para poder otorgar el testamento vital se ha de ser mayor de edad o menor emancipado, capaz y libre.

26. El Código Deontológico de la Enfermería Española se estructura en:
- A) XI Capítulos, 84 Artículos y uno final y Normas adicionales (5 normas).
 - B) XII Capítulos, 84 Artículos y uno final y Normas adicionales (6 normas).
 - C) XIII Capítulos, 84 Artículos y uno final y Normas adicionales (6 normas).
 - D) XIV Capítulos, 84 Artículos y uno final y Normas adicionales (6 normas).

Explicación: cuenta con 85 artículos, más uno final, que se organizan en torno a 13 capítulos; contando además con seis normas adicionales. Se estructura en tres grandes ámbitos: Enfermería y el ser humano, la sociedad y el ejercicio profesional. El contenido de los capítulos es el siguiente: • Capítulo I. Ámbito de aplicación. En el artículo 1 se anota que el Código es de obligado cumplimiento para los enfermeros colegiados (independientemente de la modalidad de su ejercicio) y para extranjeros cuyos convenios y tratados internacionales así lo indiquen. • Capítulo II. La enfermería y el ser humano. Deberes de las enfermeras. • Capítulo III. Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería. • Capítulo IV. La enfermera ante la sociedad. • Capítulo V. Promoción de la salud y bienestar social. • Capítulo VI. La enfermería y los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados. • Capítulo VII. El personal de enfermería y el derecho del niño a crecer en salud y dignidad como obligación ética y responsabilidad social. • Capítulo VIII. La enfermería ante el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz, como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad. • Capítulo IX. El personal de enfermería ante el derecho que toda persona tiene a la libertad, seguridad y a ser reconocidos, tratados y respetados como seres humanos. • Capítulo X. Normas comunes en el ejercicio de la profesión. • Capítulo XI. La educación y la investigación en enfermería. • Capítulo XII. Condiciones de trabajo. • Capítulo XIII. Participación del personal de enfermería en la planificación sanitaria.

27. De las siguientes afirmaciones, señale la falsa:
- A) En la eutanasia pasiva el profesional deja seguir el proceso.
 - B) La eutanasia activa directa equivale, legalmente, con el homicidio rogado.
 - C) La distanasia conlleva actuaciones terapéuticas con la finalidad de mantener con vida al enfermo terminal.
 - D) La distanasia se aplica siempre a petición familiar.

Explicación: distanasia. Es sinónimo de encarnizamiento terapéutico u obstinación terapéutica, conocida como muerte con dolor. Responde a la excesiva prolongación de la existencia mediante el uso desproporcionado de los medios. Atención, no confundir con términos similares como puedan ser eutanasia.

28. El Decreto que regula la composición, funciones y acreditación de los comités Ética de Investigación sanitaria y los de Investigación con Medicamentos y que crea, también, un Comité Regional de Investigación con fármacos en Murcia, es:

- A) Decreto 5/2019.
- B) Decreto 26/2005.
- C) Ley 31/1995.
- D) Ninguna es correcta.

Explicación: La opción de respuesta 3 la relacionamos con la ley de prevención de riesgos laborales, la opción de respuesta 2 con los Comités de ética asistencial en Murcia; y la opción de respuesta 1 es la correcta. Con este Decreto se actualiza el Decreto 58/1998, de 8 de octubre, que era el que regía hasta la fecha en este ámbito, adaptando la normativa autonómica a la Ley 14/2007, que establece el cambio de nomenclatura para los comités de Ética, así como a lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios y en el Real Decreto 1090/2015 de Ensayos Clínicos con respecto a la creación, acreditación y funcionamiento de éstos.

29. En las úlceras por presión ¿En qué fase aparece un eritema blanqueante?

- A) Estadio 0.
- B) Estadio I.
- C) Estadio II.
- D) Estadio III.

Explicación: esta pregunta se realiza a propósito de una pregunta similar que apareció en la convocatoria del SMS 2007. Es fundamental pues, conocer las tres propuestas de clasificación de los estadios de las UPP –GNEAUPP, NEAUPP y el ministerio de sanidad, respectivamente–. Recordar que, en todas las propuestas el estadio I corresponde a un eritema no blanqueante con piel intacta; sin embargo, esta pregunta reseña eritema BLANQUEANTE que hace referencia a la aparición de la GNEAUPP conocido como estadio preúlceras o estadio 0.

30. Las guías de práctica clínica sugieren el uso de una escala validada para apoyar el juicio clínico al evaluar el riesgo de la persona a desarrollar UPP. La escala de valoración de riesgo de la aparición de úlceras validada con mejor valor predictivo es:

- A) Arnell.
- B) Braden.
- C) Braden Q.
- D) ANOVA 5.

Explicación: esta pregunta está inspirada en el examen del Servicio Andaluz de Salud, 2016 donde preguntaron qué escalas de valoración de riesgo de UPP están validadas en el ámbito asistencial: Braden, Norton, EMINA, Waterlow y Cubbin-Jackson. En esta línea, y a tenor de las opciones de respuesta, es inverosímil contestar Arnell o ANOVA, por ser menos conocidas (obviamente a menor valor predictivo menos transcendencia clínica) y recordar que Braden Q está sin validar y es para el ámbito pediátrico. Por otra parte, por estrategia de similitud había que elegir entre la opción B y C.

31. ¿Cuál de las siguientes opciones es correcta en relación a la reposición de líquidos en el “gran quemado”, según la Fórmula Parkland?

- A) En adultos el volumen a infundir en 24 horas es de 4ml de cristaloides x kg de peso x el porcentaje (%) de Superficie Corporal Quemada.
- B) En adultos el volumen a infundir en 24 horas es de 2ml de cristaloides x kg de peso x el porcentaje (%) de Superficie Corporal Quemada.
- C) En adultos el volumen a infundir en 48 horas es de 4ml de cristaloides x kg de peso x el porcentaje (%) de Superficie Corporal Quemada.
- D) En adultos el volumen a infundir en 48 horas es de 2ml de cristaloides x kg de peso x el porcentaje (%) de Superficie Corporal Quemada.

Explicación: en esta pregunta del EIR 2017, la clave es recordar que se trata de 4ml en 24h, dado que todas las respuestas apuntan a cristaloides (efectivamente el RL, lo es). Importante también la pauta para administrarla (la mitad del volumen calculado en las primeras 8h). Por otra parte, tened en cuenta que en algunas CC.AA, formulan preguntas respecto a este concepto, dando datos acerca del paciente con quemaduras (peso y partes del cuerpo quemadas) para que el opositor calcule el % de superficie corporal quemada y con ese dato calcular el volumen a infundir.

A modo de resumen: el control hemodinámico del gran quemado se realiza mediante la reposición de líquidos con la fórmula de Parkland, que posee una formulación electrolítica similar a la plasmática. Se basa en solución de Ringer lactato (solución de Hartmann) de $4 \text{ ml} \times \text{kg} \times \% \text{ SCQ}$ y se administra la mitad en las primeras 8 horas, y la segunda mitad en las 16 horas siguientes. Las siguientes 24 horas, se administrará plasma o albúmina $0,3-0,5 \text{ ml} \times \text{kg} \times \% \text{ SCQ}$ durante las primeras 8 horas. Se agrega SG 5% si se requiere mantener diuresis.

32. Si una persona presenta una úlcera arterial muy dolorosa podremos aliviar el dolor:

- A) Bajándole las piernas.
- B) Subiéndole las piernas.
- C) Apoyándole las piernas en un taburete.
- D) La enfermedad arterial periférica no cursa con dolor.

Explicación: esta pregunta cuenta con estrategia obvia, entre la opción de respuesta A y B, puesto que son dicotómicas, y se realizó en la OPE de Murcia 2007. Por otra parte, a nivel conceptual se trata de una úlcera arterial, fruto de la progresión de la enfermedad arterial periférica que se cuantifica a través de la clasificación de Fontaine, donde destaca especialmente, el grado II o claudicación intermitente y el grado III dolor en reposo, para recordar qué clínicamente el paciente padece dolor isquémico al principio cuando deambula (enfermedad del escarparte) y finalmente, incluso en reposo. Cerramos esta idea, recordando que la cura de la úlcera arterial se realiza con las piernas en declive, pues mejora la perfusión sanguínea.

33. En la diabetes tipo I o insulino-dependiente todo es correcto, excepto que:

- A) Precisa insulina para su tratamiento.
- B) Aparece preferentemente en individuos de más de 40 años.
- C) Inicio brusco de la enfermedad.
- D) Tendencia a la cetosis.

Explicación: esta pregunta del EIR 2017, trata de poner a prueba las diferencias entre la DM I y II, es de corte sencillo, dado que el debut de la DMI suele ocurrir a edades tempranas; recordar que se debe a insulinopenia con déficit absoluto de producción de insulina, de ahí que sea imprescindible el tratamiento con insulina; la clínica vinculada a las 4P y la tendencia a cetosis como complicación.

34. ¿Cuál de los siguientes síntomas no corresponde con los propios del hipertiroidismo?:

- A) Piel caliente.
- B) Taquicardia.
- C) Aumento de peso.
- D) Pérdida de peso.

Explicación: pregunta OPE Región Murcia 2018, y similar a la propuesta por otras CCAA como Castilla la Mancha o País Vasco 2018 acerca de las manifestaciones clínicas del hipo/hipertiroidismo. Esta pregunta cuenta con estrategia, de nuevo dicotómica, es decir en el hipertiroidismo el paciente gana o pierde peso. Por otra parte, atención a la causa más frecuente: enfermedad graves Basedow, frente al déficit endémico de yodo del hipotiroidismo. Finalmente, recordad que el bocio y el cansancio son comunes a ambas patologías.

35. Ante un paciente con disfunción corticosuprarrenal, que cursa con hiperpotasemia y astenia hablamos de:

- A) Enfermedad de Addison.
- B) Síndrome de Cushing.
- C) Feocromocitoma.
- D) Acromegalia.

Explicación: esta pregunta está inspirada en SMS 2003 y la OPE Rioja 2017, recordad que A de Astenia y Addison; y de la nemotecnia ¡Cushing, come plátano! de manera que el Cushing cursa con hipopotasemia, mientras que la Hiperpotasemia se asocia a Addison. Por otra parte, de nuevo hay estrategia, dado que al tratarse de disfunción corticosuprarrenal, puede ser Addison o Cushing, ya que el feocromocitoma es un tumor de la médula productor de catecolaminas de la glándula suprarrenal, no de la corteza.

36. De los siguientes hipoglucemiantes orales, cuáles presentan más riesgo de provocar una hipoglucemia:

- A) Sulfonilureas.
- B) Metformina.
- C) Glitazonas.
- D) Inhibidores de la alfa-glucosidasas.

Explicación: pregunta de Aragón 2016 e inspirada en una pregunta de OPE Murcia 2003. Se trata de conocer los principales antidiabéticos orales y sus efectos secundarios. Recordad que las sulfonilureas son secretagogos que actúan "estrujando" el páncreas para producir insulina, de ahí que hayan sido los más utilizados hasta la aparición de la metformina, biguanida que actúa sobre el hígado y es de primera elección hoy en día, ya que mantiene niveles de glucemia SIN producir hipoglucemias.

37. La ratificación de la colocación de las sondas nasogástricas se realiza mediante numerosas técnicas, no obstante, el método más fiable es:

- A) Introducir aire con una jeringa por la sonda y auscultar el área epigástrica.
- B) Determinar el pH aspirado.
- C) Control radiológico.
- D) Las respuestas A y B son respuestas correctas.

Explicación: pregunta inspirada en OPE Murcia 2008, según Joanna Briggs Institute los niveles de evidencia del paciente con sondaje digestivo para verificar la posición de la sonda:

· Los métodos que deben utilizarse son la medición del pH del aspirado utilizando tiras indicadores del pH y control radiológico (Nivel IV).

· Se recomienda el uso de capnografía o capnometría en pacientes adultos con ventilación mecánica (Grado A).

· La auscultación de aire insuflado a través de la sonda no debe utilizarse como único método para comprobar la correcta colocación de sondas nasogástricas debiendo utilizar el control radiológico (Nivel IV).

· La inspección visual del aspirado y auscultación no son indicadores fiables de la colocación correcta y no debe confiarse en ellas (Grado B)

De manera que, para comprobar que se halla en estómago puede emplearse aspirado gástrico, insuflando aire y auscultando a nivel epigástrico o mediante control radiográfico (más fiable). Si no es posible, se aspira contenido gástrico y se comprueba el pH, si es ácido sugiere vía digestiva.

38. En relación a la afectación de la vesícula biliar, señale la asociación falsa:

- A) El signo que produce dolor a nivel de hipocondrio derecho y que acompañado de fiebre es sugestivo de colecistitis es Murphy+.
- B) La infección aguda de la vía biliar por obstrucción del colédoco y posterior colonización por enterobacterias se conoce como colangitis, clínicamente se manifiesta con dolor en hipocondrio derecho, ictericia y fiebre.
- C) Uno de los factores principales de riesgo en la colelitiasis es el consumo de café y el sexo masculino.
- D) La triada clásica de la colangitis se conoce como Charcot.

Explicación: los contenidos relativos a la vesícula biliar forman parte de la tendencia de las OPE más actuales como Rioja 2016 o Aragón 2014; así como Murcia 2004 y 2007 que ha preguntado en cada una de sus últimas pruebas acerca de las sales biliares, de modo que es de esperar su aparición. Aunque tiene un abordaje conceptual en esta pregunta es especialmente profundo, el opositor ha tenido que identificar que los factores de riesgo de la colelitiasis son las 4F: female (sexo femenino), forty (cuarta década), fat (obesidad y rápida pérdida de peso) y fertility (embarazo, fertilidad) de modo que es incorrecta la opción de respuesta C. Recordad por otra parte, Charcot en la colangitis (dolor en hipocondrio derecho + ictericia + fiebre) y Murphy+ en la colecistitis.

39. En un paciente al que se le ha practicado una gastrectomía, de cuál de las siguientes vitaminas se puede tener un déficit, varios años después de la intervención:

- A) Vitamina B12.
- B) Vitamina B3
- C) Vitamina K.
- D) Vitamina E.

Explicación: es una pregunta OPE Murcia 2018. Se trata de una de las complicaciones más habituales de la gastrectomía, como el dumping. En este caso, la reducción de la capacidad secretora de la mucosa gástrica tras la cirugía, supone una disminución del factor intrínseco de Castle –producido por las células parietales (Nemotecnia: Castillo de Piedra) que se asocia a la vitamina B12 de los alimentos y viajan juntos hasta que esta vitamina es absorbida por el íleon.

40. Dentro de la enfermedad inflamatoria intestinal, señale cuál de las siguientes manifestaciones es la menos frecuente en la enfermedad de CROHN:

- A) Diarrea hemática.
- B) Fístula anal.
- C) Diarrea no hemática.
- D) Estenosis intestinal.

Explicación: las diferencias entre el Crohn y la Colitis ulcerosa –enfermedad inflamatoria intestinal– han aparecido como nuevo concepto OPE 2018 en Castilla y León, Navarra, País Vasco y Cantabria. Respecto al Crohn, tiene afectación transmural, segmentaria (cualquier parte del tubo digestivo, pero sobre todo afecta al íleon), cursa con diarrea sin sangre y el dolor no cede al defecar, justo al revés que la colitis, que afecta al recto (nemotecnia: la colitis afecta a la colita), afecta solo a mucosa y submucosa, cursa con diarrea hemática y el dolor cede al defecar. No obstante, tiene una estrategia obvia de tipo dicotómico, es decir o hay diarrea hemática o no la hay (opciones A o C).

41. La situación social y cultural de los individuos es clasificada por V. Henderson como:

- A) Factor variable.
- B) Factor de salud.
- C) Factor permanente.
- D) Factor intrínseco.

Explicación: estas necesidades, comunes a todos los seres humanos, presentan unos factores modificadores, que pueden ser permanentes (edad, cultura, situación social, temperamento y capacidad física e intelectual) u ocasionales (dependientes de la enfermedad que aqueja al paciente). Henderson no sólo veía a la persona como un ser que comprende un cuerpo y una mente inseparables, sino también como un ser único y diferente en cada momento de su vida, fruto de la interacción con sus factores modificadores.

42. Según el modelo de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau, la relación entre el profesional de enfermería y el paciente evoluciona en cuatro fases siguiendo el siguiente orden:

- A) 1º orientación, 2º identificación, 3º explotación y 4º resolución.
- B) 1º actuación, 2º orientación, 3º enseñanza y 4º resolución.
- C) 1º orientación, 2º apoyo, 3º actuación y 4º enseñanza.
- D) 1º identificación, 2º autoconcepto, 3º dominio de su rol y 4º resolución.

43. ¿Cuál de estos elementos NO forma parte de los componentes nucleares de la enfermería?

- A) La enfermedad.
- B) El entorno.
- C) La salud.
- D) La persona.

Explicación:

Metaparadigma: es el marco filosófico o conceptual más global de una disciplina, define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales, orienta la organización de los modelos y de las teorías de una profesión. El metaparadigma del cuidado agrupa cuatro conceptos definidos por Jacqueline Fawcett: 1. Persona: receptor de los cuidados enfermeros. Puede contemplar al individuo, una familia o la comunidad. 2. Entorno: condiciones externas e internas, circunstancias e influencias que afectan a la persona. 3. Salud: grado de bienestar o enfermedad experimentados. 4. Cuidado/Enfermería: actividades, características y atributos del individuo que presta el cuidado.

44. En la clasificación de modelos y teorías de enfermería, tenemos varias propuestas, aquellas que parten de clasificarlas en base al significado de la enfermería, sitúan a la teoría de Virginia Henderson, en una teoría de:

- A) Necesidades.
- B) Humanista.
- C) Suplencia y ayuda.
- D) Sistemas.

Explicación: la clasificación por tendencias se basa en el principio que rige la relación con los demás conceptos. Encontramos 3 propuestas: BECK (relación del concepto de salud con los demás conceptos), UNED (clasifica los modelos según el papel de la enfermera) y MARRINER (clasifica los modelos en base al significado que adquiere la enfermería). Recordemos que Marriner, clasifica 4 tipos: Campos energéticos, sistemas, relaciones interpersonales y humanista, siendo esta última clasificación en tendencias en la que están Nightingale, Henderson y Orem.

45. El Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, tiene como objeto:
- A) Establecer la estructura de los datos del CMBD.
 - B) Establecer la estructura de los datos del CMBD- CIE 10.
 - C) Regular el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, con base en el actual Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD), así como establecer su estructura y contenido.
 - D) Regular el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, con base en el actual Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD- CIE 10), así como establecer su estructura y contenido.

Explicación: el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, tiene por objeto regular el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, con base en el actual Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD), así como establecer su estructura y contenido. Afecta tanto a hospitales como a centros ambulatorios que prestan servicios de atención especializada, tanto públicos como privados. El ámbito de aplicación del registro abarca tanto la hospitalización como las modalidades asistenciales de hospitalización a domicilio, hospital de día médico, cirugía ambulatoria, procedimientos ambulatorios de especial complejidad y urgencias.

46. El conjunto de medidas que se toman para evitar, disminuir y/o paliar el daño producido por las actividades sanitarias se denomina:
- A) Prevención cuaternaria.
 - B) Iatrogenia inversa.
 - C) Prevención terciaria.
 - D) Medidas correctoras.
47. La Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (octubre de 2018), organizada de manera conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Gobierno de la República de Kazajistán; es la Conferencia de:
- A) ALMA-ATA.
 - B) ASTANÁ.
 - C) OTTAWA.
 - D) SHANGHAI.

Explicación: tras ALMA-ATA (y 40 años después) hemos tenido otra conferencia de desarrollo de la Atención Primaria: la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud de Astaná (25-26 de octubre de 2018), organizada de manera conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Gobierno de la República de Kazajistán. El propósito expreso de esta conferencia fue la renovación del compromiso con la Atención Primaria de salud para alcanzar la cobertura universal y los objetivos de desarrollo sostenible. La Declaración de Astaná establece compromisos en cuatro áreas clave: 1. tomar decisiones políticas audaces para la salud en todos los sectores; 2. construir una Atención Primaria de salud sostenible; 3. empoderar a los individuos y las comunidades; y 4. alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales.

48. El método FACILE de Educación para la Salud contempla todas las fases siguientes, excepto:
- A) Análisis bibliográfico.
 - B) Identificar lo que se va a ejecutar.
 - C) Llevar a cabo el proyecto.
 - D) Formar el grupo educativo.
49. ¿Qué respuesta es correcta en relación a las vacunas no sistémicas?:
- A) Se administran de forma generalizada a la población.
 - B) Tienen como objetivo la inmunización individual y colectiva.
 - C) Un ejemplo es la vacuna antitifoidea.
 - D) Las respuestas A y B son correctas.

50. En cuanto a la conservación de las vacunas es cierto que:
- A) La temperatura no influye en su estabilidad.
 - B) La temperatura adecuada oscila entre $-2\text{ }^{\circ}\text{C}$ y $+8\text{ }^{\circ}\text{C}$.
 - C) Se debe controlar la temperatura del frigorífico, al menos, 2 veces al día.
 - D) La termoestabilidad es constante en todas las vacunas.
51. Según el calendario de vacunación infantil de Murcia vigente durante el año 2019, a una niña de 4 años le administramos las siguientes vacunas:
- A) Triple vírica y varicela.
 - B) Triple vírica y vacuna del virus de papiloma humano.
 - C) Neumococo y varicela.
 - D) Difteria, tétanos y tosferina.
52. Si la vacuna TRIPLE VÍRICA (sarampión, rubeola, parotiditis), se ve expuesta a temperaturas entre $35\text{-}37\text{ }^{\circ}\text{C}$, ¿cuánto tiempo puede permanecer estable y con capacidad inmunógena conservada?
- A) No puede estar a esa temperatura, siempre ha de estar entre $2\text{-}8\text{ }^{\circ}\text{C}$.
 - B) 1 mes.
 - C) 1 semana.
 - D) 1 año.

Explicación: respecto la termosensibilidad de las vacunas tenemos algunas preguntas de exámenes oficiales que nos obliga a conocer las características de las vacunas más preguntadas: VHB, DTP y Triple vírica (TV). La TV es estable a $2\text{-}8\text{ }^{\circ}\text{C}$ durante 18-24 meses, a $22\text{-}25\text{ }^{\circ}\text{C}$, 1 mes; y a $35\text{-}37\text{ }^{\circ}\text{C}$ durante 1 semana. Atención al documento de termoestabilidad de las vacunas.

53. La razón entre la población de 65 años o más y la de 15-64 años se conoce como:
- A) Índice de dependencia.
 - B) Índice de Sundbarg.
 - C) Índice de Swarrop-Uemura.
 - D) Índice de supervivencia.

Explicación:

Razón de dependencia: tiene gran relevancia económica y social. Relaciona la población de menores de 15 años + los mayores de 64 años / población entre 15 y 64 años. Relaciona, por tanto, a las personas que supuestamente no son autónomas por razones demográficas, es decir, por edad (que tienen más de 65 años y los que tienen menos de 15 años), con las personas que supuestamente deben sostenerlas con su actividad (población activa). Indica, por tanto, la carga económica que la parte activa de la población debe soportar.

54. El índice de Sundbarg:
- A) Divide a la población en tres grupos de edades, desde 0 a 15 años, de 15 a 50 años y mayores de 50 años.
 - B) Toma como base 100 a la población de 15 a 20 años.
 - C) Cuando el porcentaje de los menores de 15 años es inferior al de los mayores de 5 años, la población es progresiva.
 - D) Todas las anteriores son ciertas.

Explicación:

Índice de Sundbarg: se divide en tres grupos: de 0-14, de 15-50 y de 50 años en adelante. Permite clasificar a la población en población progresiva (si el porcentaje de menores de 14 años supera al de mayores de 50 años), estacionaria (si se igualan < 14 y > 50) y regresiva (> 50 supera al de < 14).

55. La forma más exacta para medir el resultado de la prueba de la tuberculina es:

- A) Técnica Sokal.
- B) Técnica de Mantoux.
- C) Técnica de Wiersy.
- D) Técnica de Madd.

Explicación: el objetivo de esta prueba es detectar la sensibilización del organismo a la infección por cualquier bacilo del género *Mycobacterium*. Si el individuo está infectado (enfermo o no), los antígenos de la tuberculina inducen a una reacción de la inmunidad celular que se manifiesta por una induración en el lugar de la inyección. La lectura de la presencia o no de induración debe hacerse entre el segundo y quinto día (recomendado a las 72 h). Se considera un resultado positivo si el diámetro de la induración es igual o superior a 5 mm en sujetos no vacunados, mayor de 14 mm en sujetos vacunados, y se considerará negativo cuando la induración es menor de 5 mm en sujetos no vacunados. La medición de este diámetro se realizará midiendo la induración en sentido transversal del antebrazo (técnica de Sokal).

56. Indique de las siguientes, cuál es una enfermedad de declaración obligatoria en Murcia:

- A) Cólera.
- B) Legionelosis.
- C) Fiebre amarilla.
- D) Todas son correctas.

Explicación: las EDO de declaración urgente son: Botulismo, Meningitis, Cólera, Peste, Difteria, Poliomielitis, Enfermedad, Meningocócica, Rabia, Fiebre Amarilla, Sarampión, Legionelosis Típus exantemático, Meningitis tuberculosa, Triquinosis, Brotes epidémicos de cualquier etiología.

57. En el modelo EFQM de excelencia, de los siguientes subcriterios indique cuál no corresponde al criterio "alianzas y recursos":

- A) Gestión de recursos económicos y financieros.
- B) Gestión de la tecnología.
- C) Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.
- D) Gestión de la información y del conocimiento.

58. En el diseño de un programa de salud, utilizamos siempre diferentes métodos de selección de prioridades. Señale cuál de los siguientes es un método cuantitativo:

- A) Método CENDES.
- B) Método de consenso.
- C) Método de Bainbridge.
- D) Método de Sapirie.

Explicación:

Entre los métodos para la determinación de prioridades, ha de tenerse en cuenta el número de problemas, el grado de precisión requerido y la experiencia del grupo de trabajo. Son los siguientes:
Escala de medida lineal. Cada miembro del grupo puntúa cada problema, se realiza la media de las puntuaciones y se ordenan.

Comparación por pares. Se coteja cada problema con cada uno de los restantes, anotando cuál es más importante de los dos, y como resultado se obtiene un orden.

Trillaje. Se trata de agrupar los problemas en tres categorías para simplificar la información a clasificar.

Parrilla de análisis. Es una estrategia sistemática de modo gráfico con secuencias ordenadas otorgándole un valor positivo o negativo.

Método Hanlon. Es un método de priorización por a través de cuatro criterios.

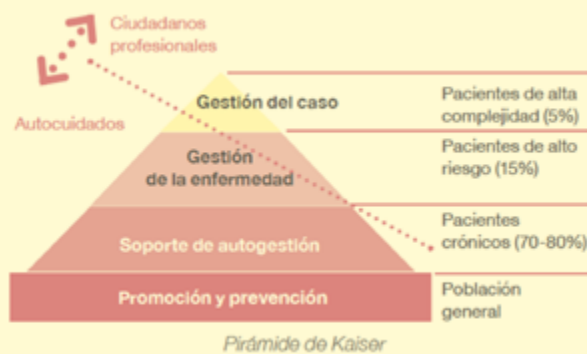
SIMPLEX. Establece prioridades de tal manera que los criterios de evaluación son enunciados en forma de preguntas estructuradas, después se realiza encuesta de cada problema o solución.

CENDES/ OPS Mide gravedad, trascendencia, vulnerabilidad y relación coste-beneficio. MxTxV/CE

Gever. Mide gravedad, extensión, vulnerabilidad, evolución en el tiempo y repercusión local del problema.

59. **NO es una característica de los denominados “hospitales magnéticos”:**
- A) Administración participativa a todos los niveles de la organización.
 - B) Oportunidades de promoción para el personal, salarios competitivos y dotación de personal flexible.
 - C) Alta rotación en las plantillas de profesionales de enfermería.
 - D) Relaciones interdisciplinarias satisfactorias.
60. **Respecto la pirámide de Kaiser señale la INCORRECTA:**
- A) Tiene 4 niveles, siendo la base de la misma en la que se hacen intervenciones de prevención y promoción de salud.
 - B) El tercer nivel es de gestión del caso, suponiendo un 15% de la población atendida.
 - C) El cuarto nivel es de gestión del caso, suponiendo entre el 3-5% de la población atendida
 - D) El segundo nivel se dirige a pacientes crónicos, con acciones de soporte de autogestión, suponiendo un 70-80% de la población atendida.

Explicación: las personas que son susceptibles de gestión de casos son personas frágiles, vulnerables o complejas con una discapacidad funcional, escasez de recursos socio-familiares, aislamiento social, que necesitan apoyo en las actividades básicas, así como en las actividades instrumentales de la vida diaria, que necesitan ayuda en el manejo de los síntomas, en el régimen terapéutico, que demandan múltiples recursos de la red asistencial y que tienen una necesidad de cuidados multidisciplinares y continuados. Según Kaiser, ubicaría a los pacientes complejos entre el 3 y el 5% de la población, en los que se encontrarían los pacientes pluripatológicos.



61. **El fármaco de elección en la intoxicación aguda por betabloqueantes es:**
- A) Adrenalina.
 - B) Glucagón.
 - C) Anexate.
 - D) Atropina.

Explicación: en la respuesta B, es el antídoto de los Bloqueadores beta. El anexate es el flumacénil, antídoto ante la intoxicación por benzodiazepinas; y la atropina se utiliza en varias intoxicaciones, entre ellas: organofosforados y algunos tipos de setas.

62. **El emplazamiento anatómico de primera elección para una vía intraósea en adultos es:**
- A) 1-2 cm. proximal a la base de la medial del maléolo interno.
 - B) 1-2 cm. proximal a la base de la medial del maléolo externo (4-5 cm. por encima de 1 punta de la medial del maléolo).
 - C) Metáfisis posterior-distal del radio (opuesta a la zona del pulso radial).
 - D) 1-2 cm. medial y 1 cm proximal a la tuberosidad tibial en su cara anterior.

Explicación: el lugar de elección inicial en los accesos intraóseos es en la tibia proximal tanto en adultos como en niños. Se busca la tuberosidad tibial y 1-2 cm medial, y 1 cm proximal en adultos y niños mayores de 6 años, y 1 cm distal en niños menores de 6 años.

63. Debe añadir 120 mg de heparina al 1% a una solución de 100 ml de SF. ¿cuál es el volumen de heparina, a introducir en dicha solución?
- A) 7 ml.
 - B) 5 ml.
 - C) 12 ml.
 - D) 10 ml.

Explicación: un fármaco al 1% significa que hay 1 gramo en 100 ml, o lo que es lo mismo 1000 mg en 100 ml de la solución. Luego en 1 ml habrán 10 mg. Por ello para administrar 120 mg de heparina al 1% se precisan 12 ml. Son dos viales 5 ml, y 2 ml de un tercer vial.

64. Señale la respuesta más correcta de las siguientes afirmaciones, referencia al catéter venoso periférico introducido y utilizado en el Servicio Murciano de Salud: "Introcan Safety®":
- A) Es catéter intravenoso periférico y el de 16G puede infundir un volumen de 230 ml/h.
 - B) Es un catéter intravenoso flexible y termoadaptable, y que el de 18G puede infundir hasta 105 ml/h a 300 PSA.
 - C) Es catéter intravenoso antipinchazos (seguridad pasiva) y que el 20G puede infundir un volumen de hasta 40 ml/h.
 - D) Es catéter intravenoso biocompatible, de seguridad completa, y que el de 14G que puede infundir un volumen de hasta 280 ml/h.

Respuesta nula: el catéter venoso periférico utilizado en el servicio Murciano de Salud (SMS) corresponde con la descripción y puede administrar hasta 105 ml/minuto. Es radioopaco, y a la temperatura corporal de 36° C se vuelve flexible y blando para proteger la luz interna del sistema venoso. Esta pregunta está NULA ya que en la respuesta B, debe decir 105 ml/min; en vez de 105 ml/hora; además de referenciar la presión en "PSI" y no en "PSA".

65. Al aplicar el Índice de Esfuerzo del Cuidador le da como resultado la siguiente puntuación: 12. Este valor equivale a un riesgo:
- A) Nulo.
 - B) Leve.
 - C) Moderado.
 - D) Alto.

Explicación: el test de ZARIT y el de Esfuerzo del Cuidador, son los dos test más empleados para medir la presencia de sobrecarga en el cuidador. El TEST DE ESFUERZO DEL CUIDADOR tiene las siguientes características: 13 preguntas SÍ/NO, Cada sí suma 1, su rango es de 0-13 y una puntuación > 7 indica sobrecarga; siendo muy alta a partir de 7 puntos.

66. En la primera visita domiciliaria, la enfermera le hace algún cuestionario a la hija para evaluar el cansancio del cuidador. ¿Cuál de los siguientes cuestionarios no estaría indicado?
- A) Escala de Goldberg.
 - B) Escala de Gardner.
 - C) Cuestionario de salud SF36.
 - D) Test de Zarit.

Respuesta: la escala de Gardner evalúa la imagen corporal, la escala Goldberg mide la ansiedad/depresión. el cuestionario de salud SF-36 se utiliza para medir la calidad de vida relacionada con la salud. El test de Zarit evalúa la sobrecarga del cuidador, por lo tanto, la escala más diferente al cansancio del cuidador sería la opción b ya que habla de la imagen corporal midiendo la distorsión de esta.

67. Cuando pasamos el Mini Mental State Examination de Folstein ampliado y adaptado a las características de la población española, la puntuación máxima que puede alcanzar una persona sea cual sea su edad es:
- A) 60 puntos.
 - B) 80 puntos.
 - C) 35 puntos.
 - D) 100 puntos.

Explicación: una puntuación igual o por debajo de 24 puntos indica deterioro cognitivo. Presenta una sensibilidad del 89% y especificidad del 66% en ancianos.

68. La prueba a utilizar de forma preferente para la valoración de la fragilidad en el anciano (recomendada por el Ministerio de Sanidad) será la prueba de ejecución Short Physical Performance Battery (SPPB), validada y normalizada en nuestro medio, y que combina equilibrio, velocidad de la marcha y levantarse de la silla. La escala complementaria para valorar la fragilidad es TUG (timed up and go). El punto de corte de TUG, por encima del cual consideramos a un anciano frágil de alto riesgo es:
- A) 5 segundos.
 - B) 10 segundos.
 - C) 20 segundos.
 - D) 60 segundos.

Explicación: personas frágiles: aquellas personas con un resultado alterado de la prueba de ejecución (SPPB < 10 puntos; como alternativa: TUG ≥ 20 s o velocidad marcha < 0,8 m/s).

69. ¿A qué patrón pertenecería la valoración de los signos: “cara roja, ojos enrojecidos”?
- A) Patrón percepción- control de la salud.
 - B) Patrón sueño-descanso.
 - C) Patrón de adaptación.
 - D) Patrón percepción-cognición.

Explicación: percepción-manejo de la salud: valora percepción general del paciente, manejo de la salud, prácticas preventivas, accidentes de trabajo, domicilio, dolor...

70. Entre las actividades de la Intervención de la N.I.C (Nursing interventions classifications) “Prevención de úlceras por presión” no encontramos:
- A) Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño, longitud, anchura y profundidad, estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
 - B) Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
 - C) Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
 - D) Mantener la ropa de cama limpia y seca, sin arrugas.

Explicación: las actividades B, C y D nos indican actividades dentro de dicha intervención NIC para ayudarnos a prevenir las UPP, la primera premisa hace referencia a describir una úlcera ya establecida y no a su prevención.

71. La taxonomía NOC actualizada en 2018 contiene:
- A) 7 dominios, 30 clases y 510 resultados.
 - B) 13 dominios, 32 clases y 490 resultados.
 - C) 7 campos, 34 clases y 540 resultados.
 - D) 7 dominios, 34 clases y 540 resultados.

Explicación: la taxonomía NOC actualizada en 2018, contiene 7 dominios, 34 clases y 340 resultados. La taxonomía anterior contenía 7 dominios, 32 clases y 490 resultados. La taxonomía NIC tiene 7 dominios, 30 clases y 565 intervenciones. Atención, que el mayor nivel de abstracción en la taxonomía NIC antes se denominaban CAMPOS y ahora son dominios.

72. Las fases del Proceso de Enfermería según HERDMAN son:

- A) Diagnóstico, valoración, planificación y evaluación.
- B) Valoración, planificación, diagnóstico y evaluación.
- C) Valoración, diagnóstico, planificación y evaluación.
- D) Modelo teórico, valoración, planificación, ejecución y evaluación.

Explicación: no debemos confundir las fases del PAE propuestas en 1970, que son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; con las preguntadas aquí, que son de una propuesta mucho más actual, en la que se comienza seleccionando un marco teórico de referencia, y posteriormente, se sigue las mismas fases, con la diferencia que la fase de diagnóstico queda integrada dentro de la fase de planificación.

73. De los siguientes drenajes, indique cuál no pertenece a la clasificación de “drenaje activo”:

- A) Jackson-Pratt.
- B) Pleur-evac.
- C) Abramson (triple luz).
- D) Penrose.

Explicación:

Penrose: es un tubo de látex blando de una sola luz, con la pared de goma fina y colapsable. Su uso es muy frecuente y podemos encontrarlo de diferentes diámetros, adaptándose su longitud a las necesidades de la herida. Para asegurar su inmovilidad se puede fijar al exterior con un punto de sutura. Es un drenaje simple y muy usado, que actúa por capilaridad. Se emplea sobre todo en drenajes de abscesos de partes blandas, como en colecistectomía.

74. Una complicación postoperatoria es el crup. Señale lo correcto:

- A) Tiene una incidencia cercana al 5%.
- B) Aparece en el período comprendido entre la extubación y las 3 horas siguientes.
- C) No se relaciona con intubaciones traumáticas y difíciles.
- D) Difícilmente aparece en niños menores de 4 años.

Explicación: dentro de las complicaciones perioperatorias encontramos el CRUP (o laringotraqueobronquitis): se desencadena por una inflamación en la laringe-traquea, dando lugar a síntomas clásicos de tos “perruna”, estridor y disfonía. La radiografía suele mostrar signos característicos por el estrechamiento de la tráquea, llamado signo de punta de lápiz o del campanario, debido a que la estenosis subglótica tiene forma de un campanario. El edema aparece tempranamente posextubación (primeras 3 horas), sin embargo, sus manifestaciones pueden tardar varias horas en alcanzar importancia clínica.

75. Indique cuál de las siguientes suturas quirúrgicas es reabsorbible:

- A) Seda.
- B) Ácido poliglicólico.
- C) Poliéster.
- D) Polipropileno.

Explicación: sintéticos absorbibles. Son el Poliglactín 910 (Vicryl®), el poligluconato (Maxon®) y el ácido poliglicólico (Dexon®).

76. Según el protocolo de ingreso en URPA (unidad de reanimación) publicado por el Ministerio de Sanidad en “Estándares y recomendaciones en el bloque quirúrgico”, en la segunda hora de estancia del paciente en la unidad, en condiciones normales, tomaremos las constantes (TA, FC y FR) cada:

- A) 15 minutos.
- B) 30 minutos.
- C) 45 minutos.
- D) 60 minutos.

77. ¿Cuál de las siguientes vitaminas puede sintetizar el ser humano?

- A) Vitamina A.
- B) Vitamina C.
- C) Vitamina D.
- D) Todas las respuestas son correctas.

Explicación: las vitaminas deben aportarse a través de la dieta, ya que no son sintetizadas por el organismo, o si lo son, es en cantidad insuficiente. La excepción la representa la vitamina D, que se puede formar en la piel a través de la exposición al sol.

78. Según el Consenso SEEDO 2000, recogido en la Guía de Consejo Dietético Intensivo en atención primaria, para la evaluación del sobrepeso y la obesidad, se considera sobrepeso grado II cuando una persona adulta tiene un índice de masa corporal (IMC):

- A) Entre 25 y 27,4 kg/m².
- B) Entre 30 y 34,5 kg/m².
- C) Entre 27 y 29,9 kg/m².
- D) Entre 26,5 y 29,9 kg/m².

Explicación: según la SEEDO, entre 25 y 26,9 (sobrepeso I), entre 27 y 29,9 (sobrepeso II), entre 30 y 34,9 (obesidad tipo I), 35-39,9 (obesidad tipo II), 40-49,9 (obesidad tipo III) y 50 o más, obesidad tipo IV.

79. Al realizar la valoración nutricional se observa un MNA (Mini Nutritional Assessment) de 15 puntos, ¿qué significa dicha puntuación?

- A) Estado nutricional normal.
- B) Riesgo de malnutrición.
- C) Malnutrición.
- D) Desnutrición.

Explicación: con una puntuación de 15 puntos en el MNA el paciente presenta una malnutrición, siendo la respuesta correcta la c. Evaluación del estado nutricional de 24 a 30 puntos estado nutricional normal de 17 a 23.5 puntos riesgo de malnutrición menos de 17 puntos malnutrición.

80. En la administración de la NUTRICIÓN PARENTERAL hay una serie de parámetros que deberemos monitorizar en el paciente. Al principio de la administración de la misma, debemos controlar los electrolitos séricos cada:

- A) Horariamente.
- B) Diariamente.
- C) Semanalmente.
- D) Mensualmente.

81. En relación con los tipos de mutilación genital femenina, señale la opción CORRECTA:

- A) Se han descrito 4 tipos.
- B) La escisión consiste en el estrechamiento de la abertura vaginal para crear un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.
- C) La infibulación consiste en la resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
- D) El tipo 3 se denomina cauterización.

Explicación: la mutilación genital femenina se clasifica en cuatro tipos principales:

- Tipo I o Clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris (órgano pequeño, sensible y eréctil de los genitales femeninos) y, en casos muy infrecuentes, solo del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).
- Tipo II o Escisión: resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
- Tipo III o Infibulación: estrechamiento de la abertura vaginal para crear un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.
- Tipo IV: amplio abanico de prácticas variadas e inclasificables. Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

82. ¿Cuál de los métodos anticonceptivos está basado el método natural sintotérmico?. Señale la respuesta correcta:

- A) La temperatura basal del cuerpo.
- B) El moco cervical.
- C) El método Ogino.
- D) La combinación de los tres anteriores.

83. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), NO está incluida en “Los diez pasos hacia una feliz lactancia materna en los hospitales”?

- A) Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna durante la media hora siguiente al parto.
- B) Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los lactantes durante las 24 horas al día.
- C) Se pueden ofrecer chupetes a los niños alimentados al pecho.
- D) Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.

84. En las mujeres sanas que planifican su embarazo se sugiere la suplementación diaria de ácido fólico para la prevención de defectos congénitos del tubo neural, en concreto:

- A) 0,2 mg/día desde el momento de la concepción hasta el final del embarazo.
- B) 0,4 mg/día desde el momento de la concepción hasta las primeras doce semanas de embarazo.
- C) 0,4 mg/día desde al menos uno o dos meses previos a la concepción y durante las primeras doce semanas de embarazo.
- D) 0,5 mg/día desde el momento de la concepción hasta las primeras doce semanas de embarazo.

85. Según la Guía de práctica clínica de atención al embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad, en el caso de una recién nacida a término de 3.200 g con la lactancia materna, cuyos padres deciden la administración oral de vitamina K como profilaxis de la enfermedad hemorrágica, ¿qué pauta se sugiere administrar por vía oral?

- A) 2 mg al nacimiento y durante 3 semanas administrar 1mg semanalmente.
- B) 1 mg al nacimiento, 1 mg a las 48 horas y 1mg en la siguiente semana.
- C) 1 mg al nacimiento y 1 mg semanal durante las dos primeras semanas.
- D) 2 mg al nacer, seguido de 1mg semanal hasta la semana 12 de vida.

86. Según la Guía práctica clínica lactancia materna (MSSI, 2017), el contacto piel con piel que se recomienda desarrollar tras el nacimiento es de:
- A) 30 minutos.
 - B) 60 minutos.
 - C) 120 minutos.
 - D) Indiferente.

Explicación: contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto, colocando al recién nacido en decúbito prono, desnudo, con la cabeza ladeada y en contacto piel con piel sobre el abdomen y pecho desnudos de la madre durante los primeros 120 minutos tras el nacimiento. Se recomienda secar suavemente la cabeza y espalda del recién nacido, pero no sus manos. Para evitar la pérdida de calor se recomienda cubrirle con una manta precalentada y ponerle un gorro. En recién nacidos nacidos por cesárea, igual. Los cuidados que sean necesarios se pueden realizar con el recién nacido sobre el pecho de la madre.

87. En el programa de atención al niño y adolescencia de Murcia (PANA), tenemos el programa de salud bucodental, en el que se recomienda suplementar flúor en base al nivel de flúor del agua potable ingerida. De este modo un niño con 4 años y que toma <0,3 ppm de fluor, debe suplementar la dieta con:
- A) Nada.
 - B) 0,25 mg/día.
 - C) 0,50 mg/día.
 - D) 1 mg/día.

Explicación:

Edad	Administración de fluor según el nivel de fluoruro en agua potable		
	Nivel de fluoruro en agua potable (ppm)*		
	<0,3 ppm	0,3-0,6 ppm	>0,6 ppm
Nacimiento-6 meses	Nada	Nada	Nada
6 meses-3 años	0,25 mg/día	Nada	Nada
3-6 años	0,50 mg/día	0,25 mg/día	Nada
6-16 años	1,0 mg/día	0,50 mg/día	Nada

*1,0 ppm = 1 mg/litro
(Fuente: Asociación Dental Americana, American Academy of Pediatrics y American Academy of Pediatric Dentistry)

88. Para valorar el Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN), de los siguientes test indique cuál es el usado para observar el inicio, progresión y resolución del SAN y evaluar la respuesta clínica a los fármacos usados:
- A) Test de Finnegan.
 - B) Test de Kinderman.
 - C) Test de Kramer.
 - D) Test de Silverman.

Explicación: el síndrome de abstinencia se asocia generalmente a los opiáceos (heroína, metadona, morfina), pero también pueden producirla fenciclidina, barbitúricos, benzodiazepinas, clordiazepóxidos, metilfenidato, alcohol, pentazocina y otros. Suele aparecer en el 60- 70 % de los recién nacidos de madres adictas y se inicia entre las 4 y las 24 horas de vida, si bien es posible un síndrome tardío tras el uso de metadona, clordiazepóxido o metilfenidato. La duración suele ser de 8 a 14 días. Alrededor del 40 % de los recién nacidos que tienen un síndrome de abstinencia pueden presentar al acabar éste una mayor irritabilidad y dificultad para tranquilizarse, conciliar el sueño y alimentarse, cuadro que se denomina de “manifestaciones persistentes” y que en ocasiones es susceptible de ser tratado con fenobarbital. La escala de puntuación del grado de abstinencia neonatal a opiáceos es la escala de Finnegan, cuya puntuación de 8 o más, requiere iniciar el tratamiento.

89. De los cinco axiomas de la comunicación humana elaborados por Watzlawick con respecto a los intercambios comunicativos, ¿cuál de las siguientes respuestas es verdadera?:

- A) Es imposible no comunicar. La no comunicación no existe, toda conducta, incluida la ausencia de movimiento, es mensaje. No es posible evitar la acción de comunicar.
- B) Toda comunicación tiene dos niveles, el del contenido y el de la relación. El primero de los aspectos es el que transmite la información, mientras que el segundo hace referencia al contexto, la naturaleza de la relación entre los comunicantes, que es el factor que determina la comunicación.
- C) La naturaleza de una relación depende de la gradación que los miembros hacen de las secuencias de la comunicación, que se conoce también como la puntuación de la secuencia de la interacción: la puntuación hace referencia a cómo se organiza, dónde empieza y acaba la interacción o secuencia ininterrumpida de comunicación. Dicha puntuación es aleatoria y, en general, consensuada.
- D) Todas son correctas.

Explicación:

La comunicación tiene una serie de axiomas identificados por Paul Watzlawick que son:

- 1.- Es imposible no comunicar.
- 2.- Participan el contenido y la relación entre los participantes.
- 3.- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación.
- 4.- Hay dos formas de comunicación: la digital o verbal y la comunicación analógica, mímica o no verbal.
- 5.- La comunicación puede ser simétrica y asimétrica o complementaria.

90. Ainsworth y Witting, en 1969, describieron los tres diferentes tipos de vínculo que pueden establecerse entre la figura materna y el hijo. Indique la respuesta incorrecta:

- A) Apego seguro.
- B) Apego seguro evitativo.
- C) Apego inseguro evitativo.
- D) Apego inseguro ambivalente.

Explicación: Ainsworth y Witting, en 1969, describieron los tres diferentes tipos de vínculo que pueden establecerse entre la figura materna y el hijo. Estos son:

- Seguro: el bebé confía en que sus padres serán accesibles, sensibles y colaboradores, si es que se encuentra en situaciones amenazantes. Vínculo basado en la confianza básica en sí mismo y en los demás que permite afrontar el mundo de un modo relajado y positivo. El desarrollo de este vínculo está marcado por la capacidad del cuidador para percibir, interpretar y responder adecuada y puntualmente a las demandas del niño.
- Ansioso-evitativo: consiste en ocultar y/o controlar las emociones tanto positivas como negativas. Los cuidadores se caracterizaban por la falta de implicación emocional, el rechazo del contacto corporal, la disposición irritable y de reproche y por su intrusividad. Por otro lado, el control y la sobreestimulación han sido también asociadas al desarrollo de la evitación infantil.
- Ansioso-ambivalente/irritativo: sentimientos de ambivalencia e inseguridad respecto a las figuras de apego. Los cuidadores presentan una interacción caracterizada por baja disponibilidad, indiferencia, baja implicación conductual, infraestimulación, inaccesibilidad e inconsistencia concurrente y longitudinal.

91. Respecto a la comunicación verbal y no verbal, señale la falsa:

- A) La comunicación verbal puede ser oral y escrita.
- B) En ocasiones hay discrepancias entre el mensaje verbal y no verbal.
- C) Siempre se da más crédito a lo verbal.
- D) La comunicación verbal y no verbal se producen simultáneamente.

92. ¿Cuál NO es una cualidad para lograr una comunicación efectiva?

- A) Entorno adecuado.
- B) Incredulidad.
- C) Claridad del mensaje.
- D) Atención a las reacciones.

Explicación: entre las habilidades de la comunicación interpersonal cabe destacar: la escucha activa, la empatía y la asertividad. También se ha de considerar la cordialidad o proximidad afectiva, el respeto considerando la individualidad y dignidad del paciente, la concreción o capacidad para adaptarse al nivel comunicacional del paciente, y la autenticidad entendida como la capacidad de reconocer nuestros errores. Escucha activa. Se considera uno de los aspectos más influyentes en la mejora de la comunicación. No se trata pues de una técnica, sino de una actitud que exige de la enfermera una competencia especial: consiste en ayudar al paciente a exponer su situación y saber detectar lo que el paciente no ha dicho. Son habilidades para la escucha activa: mostrar empatía, parafrasear, emitir palabras de refuerzo o cumplidos, resumir y aclarar, pedir aclaraciones, verificar la percepción. Los factores facilitadores de la escucha activa son: actitudinales, como la calidez, cercanía, mantenimiento de la distancia terapéutica, autenticidad, expresarse de manera clara y sincera, comprensión empática y tolerancia. Factores que dificultan la escucha activa: ambientales y personales.

93. ¿Qué maniobra hay que realizar al retirar una sonda vesical y el conducto que comunica con el globo está deteriorado y no se puede deshinchar?

- A) Llenar a presión el globo hasta que estalle.
- B) Introducir un fiador muy fino por el canal y pinchar el globo.
- C) Cortar la sonda justo por encima de la válvula de inflado del globo.
- D) Todas son correctas.

Explicación: esta pregunta es de la Rioja 2017, su valor se basa en que trasciende las clásicas preguntas de sondas sobre su indicación, control y tipos de sonda. Para la retirada de una sonda cuando es imposible vaciar el globo, la primera maniobra consiste en cortar el canal de inflado por encima de la válvula, permitiendo la salida del líquido de llenado. Cuando es ineficaz, se recurren a maniobras para la rotura del balón como:
- Estallido del balón. Mediante la introducción de suero en el globo hasta diez veces su capacidad. Con el inconveniente, de fragmentos residuales en vejiga.
- Introducción de sustancias como éter, tolueno o el benceno que disuelvan el globo. Con el inconveniente de fragmentos y riesgo de cistitis química.
- Punción externa. Mediante una guía a través del canal de inflado; por fijación del extremo externo de la sonda con un hilo de seda e introduciendo el catéter en el interior de la vejiga con un cistoscopio flexible, puncionándolo después por vía transrectal o perineal; o bien la punción suprapúbica del globo guiada por ecografía, tras llenarlo de SF y anclarlo en el cuello vesical. Esta técnica tiene una menor tasa de fragmentos residuales y menos complicaciones.

94. La incontinencia que se debe a trastornos de la movilidad o a estados confusionales, se denomina:

- A) Incontinencia de esfuerzo.
- B) Incontinencia de causa neurológica.
- C) Incontinencia de causa psicógena o estrés.
- D) Incontinencia funcional.

Explicación: pregunta de Aragón 2012, en el histórico las preguntas sobre incontinencia son muy numerosas, siendo la más preguntada la IU por esfuerzo. Sin embargo, la IU funcional es importante dado que el paciente tiene el tracto urinario INTACTO, y se asocia por lo tanto a las barreras ambientales, procesos demenciales como el alzheimer, y todo lo relativo a persona continente, con el tracto urinario intacto que no quiere o no es capaz de llegar al WC para orinar y responde a la nemotecnia DIAPRESS: Delirio - ITU- Atrofia vaginal - Factores Psicológicos – Pharmacology - Poliuria - Stool impaction.

95. La causa más frecuente de insuficiencia renal aguda funcional es:

- A) Diabetes.
- B) Estado de hipovolemia.
- C) Glomerulonefritis.
- D) Fármacos nefrotóxicos.

Explicación: esta pregunta es de EIR 2008 e inspirada en las preguntas OPE Murcia 2018 y Madrid 2014. La clave de esta pregunta es recordar que también se la llama funcional a la IRA prerrenal cuya causa fundamental es la hipovolemia. La opción de respuesta D se asocia a la IRA intrarrenal y la opción A es junto a la HTA la causa de la IRC.

96. ¿Cuál de las siguientes reacciones adversas es características de la furosemida?

- A) Disfunción eréctil.
- B) Hipopotasemia.
- C) Hiperpotasemia.
- D) Diarrea.

Explicación: esta pregunta es del EIR 2016, en pocas ocasiones en preguntas OPE se señalan las características de los diuréticos, especialmente los efectos secundarios. En base a la estrategia dicotómica las opciones de respuesta deben moverse entre la opción B y C. De manera sencilla, el único diurético que produce hiperpotasemia son los ahorradores de potasio, porque son antagonistas de la aldosterona, por lo tanto, inhiben la reabsorción de Na y la eliminación de K.

97. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al Coeficiente de Correlación de Pearson es FALSA?

- A) Es un método estadístico paramétrico.
- B) Puede tomar valores entre -1 y $+1$.
- C) Requiere para su aplicación criterios de normalidad para las variables analizadas.
- D) Su valor $R = 0$ indica que la correlación entre las variables es máxima.

Explicación: el coeficiente de correlación de Pearson (R) permite conocer si entre dos variables cuantitativas existe una asociación lineal. En la correlación, ambas variables juegan un papel simétrico (no existe una dependiente de otra, sino que ambas se influyen mutuamente). Un coeficiente de relación no significativo indicaría que no hay relación entre las variables. Este tipo de análisis permite desarrollar estudios correlacionales entre variables sin establecer relaciones causa efecto. Mide el grado de asociación lineal entre -1 y $+1$. La representación mediante un diagrama de dispersión de los valores de la variable "y" en función de la variable "x" da lugar a una nube de puntos de distintas formas que permite comprender mejor este concepto.

98. Para un estudio epidemiológico sobre dolencias de suelo pélvico en mujeres Murcianas, se decide seguir la siguiente estrategia de muestreo: se escogen aleatoriamente 10 pueblos de Murcia y en cada uno de ellos se eligen, también aleatoriamente, 10 calles. A continuación, se escogen 10 números de la calle y se estudia a las mujeres que aceptan participar. El muestreo es:

- A) Aleatorio simple.
- B) Por conglomerados.
- C) Sistemático.
- D) Estratificado.

Explicación:

· Muestreo aleatorio simple: es el más básico de los probabilísticos. Se consigue seleccionando elementos de modo aleatorio a partir del marco de muestreo. Se puede hacer de diferentes modos, está limitada solo por la imaginación del investigador. Lo más habitual es a través de un programa de ordenador, también es habitual utilizar una tabla de números aleatorios.

· Muestreo aleatorio estratificado: la población se subdivide en grupos homogéneos, por ejemplo, según la edad, el sexo, etc. La estratificación asegura que estén representados en la muestra todos los niveles de las variables identificadas. Se deben definir las categorías (estratos) de las variables seleccionadas para la estratificación en el informe de publicación.

· Muestreo por racimos o conglomerados: se elabora un marco de muestreo que incluye una lista de todos

los estados, ciudades, instituciones... con las que se pueden relacionar los elementos de la población identificada. A continuación, puede utilizarse en el estudio una muestra aleatoria de cada una de ellas. Algunas veces la selección continúa a través de diferentes estadios y recibe el nombre de muestreo por etapas. La diferencia del muestreo por etapas y conglomerados reside en la selección de unidades secundarias. En un muestreo por conglomerados, se seleccionan el 100% de las mismas. En cambio, en el polietápico, se realizarán las etapas que se precisen y en cada una el muestreo que se estime.

· **Muestreo sistemático:** se debe disponer de una lista ordenada de todos los miembros de la población. El proceso implica seleccionar cada uno de los individuos de la lista, utilizando un punto de partida seleccionando aleatoriamente.

99. ¿Cuál es el área bajo la curva ROC que presenta una mayor capacidad de clasificación correcta de entre los siguientes valores?

- A) 0,1.
- B) 0,5.
- C) 0,7.
- D) 0,8.

Explicación: la interpretación de la curva ROC para pruebas diagnósticas o curvas de rendimiento diagnóstico, se realiza por la comparación de la AUC (área bajo la curva), pudiendo adoptar valores desde 0,5 (test malo) hasta 1 (test excelente). La clasificación exacta contempla 5 valores del test según la AUC. [0,5-0,6): test malo; [0,6- 0,75): test regular; [0,75-0,9): test bueno; [0,9- 0,97): test muy bueno; [0,97-1): test excelente.

100. ¿Cuál de las siguientes es una base de fuentes bibliográfica de enfermería desarrollada en ESTADOS UNIDOS?

- A) EMBASE.
- B) LILACS.
- C) CINAHL.
- D) ENFISPO.

Explicación:

Bases de datos útiles en la investigación enfermera			
Nacionales		Internacionales	
CUIDEN Fundación Index Granada	BOIE Instituto Salud Carlos III	MEDLINE Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (mejor base medicina)	SCIELO Fundación para el Apoyo a la Investigación de São Paulo, Brasil
ENFISPO Universidad Complutense de Madrid	Índice Médico Español	Cochrane Library Londres, Reino Unido (revisiones sistemáticas)	LILACS Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, São Paulo, Brasil
CUIDATGE Cataluña (Tarragona) Universitat Rovira i Virgili	DOCUMED Universitat de València-CSIC	CINAHL Estados Unidos (mejor base de enfermería)	Joanna Briggs Institute Universidad de Adelaida Australia (revisiones sistemáticas)

101. En relación al cáncer de cérvix señale la opción INCORRECTA:

- A) Actualmente es posible la prevención primaria del cáncer de cuello uterino mediante vacunación frente al VPH (virus del papiloma humano).
- B) La infección por el VPH es un requisito indispensable pero no suficiente para desarrollar cáncer de cérvix invasor.
- C) En displasias cervicales de bajo grado no se detecta infección por VPH.
- D) Antes de que aparezca una lesión invasora es posible identificar lesiones precursoras denominadas displasias cervicales intraepiteliales.

Explicación: pregunta Aragón 2018 de la convocatoria de Matrona. Es una pregunta con táctica dado que, si la opción b es cierta, la c no puede ser verdadera, porque efectivamente la infección por VPH es necesaria pero no suficiente.

102. En los países desarrollados, ¿qué neoplasia genital femenina es la más frecuente después de la de mama?

- A) Cáncer de trompa, tumor primario.
- B) Cáncer de cuello uterino.
- C) Cáncer de endometrio.
- D) Cáncer de ovario.

Explicación: en relación a la epidemiología del cáncer el primero es MAMA, segundo ENDOMETRIO y el tercero según el año es CERVIX u OVARIO. El último informe sobre Cáncer en cifras, 2018 publicado por la sociedad española del cáncer (SEOM) revelan por orden de frecuencia: mama, útero, ovario y cérvix.

103. Sobre el sistema TNM sobre estadios de enfermedades oncológicas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- A) Es un procedimiento diagnóstico invasivo.
- B) Se usa exclusivamente en la clasificación de estadios de neoplasias hematológicas.
- C) El acrónimo hace referencia al tumor primario, afectación ganglionar y la presencia de metástasis.
- D) Es un procedimiento para clasificar las células tumorales.

104. Señale la afirmación correcta sobre el escalón III de la escala analgésica de la OMS:

- A) Está formado por Opioides débiles +/- Coanalgésicos +/- Escalón I.
- B) Está formado por Opioides potentes +/- Coanalgésicos +/- Escalón II.
- C) Está formado por Opioides potentes +/- Coanalgésicos +/- Escalón I.
- D) Está formado por Opioides débiles +/- Coanalgésicos +/- Escalón II.

Respuesta: los fármacos del tercer escalón analgésico de la OMS son los analgésicos más potentes conocidos hasta la fecha. Actúan en el SNC, sobre las vías y centros del dolor, disminuyendo la transmisión, percepción y carga afectiva de la información dolorosa. Se recomienda el uso de un AINE combinado con un opiáceo débil; cuando esta combinación fracase, se reemplaza por un opiáceo potente, manteniendo el del primer escalón. Se aconseja pues, combinar primer escalón con segundo o tercero. No debe mezclarse los escalones segundo y tercero.

105. En cuanto a la protección del personal sanitario a la exposición de formol, señale la respuesta incorrecta:

- A) Se precisa la utilización de gafas de protección ocular, estas deben ser de montura integral con ocular panorámico, adaptables al rostro, estancas frente a gases y vapores (y a partículas menores de 5 micras) y capaces de proteger de salpicaduras. Cumplirán la norma UNE-EN-166 de protección ocular. Deben tener tratamiento anti-empañamiento.
- B) En caso de contacto con la piel por exposición accidental, y dependiendo de la extensión de la exposición, lavar o ducharse con agua abundante durante un mínimo de 5 minutos con jabón de permanganato potásico.
- C) Para proteger el aparato respiratorio se deben utilizar máscaras completas (EN 136), medias máscaras (EN 140) con filtros específicos para el formol (y que cumplan una normativa UNE-EN-14387).
- D) Utilizar paños/papeles absorbentes con permanganato potásico en caso de derrame de formol.

Explicación: el formaldehído sigue siendo una de las sustancias más utilizadas en los centros sanitarios y en diferentes procesos industriales. Sin embargo, por su carácter irritante y al estar clasificado como cancerígeno de categoría 3 existe una tendencia a eliminar su uso. El formaldehído es un gas incoloro de olor sofocante, cuya disolución en agua junto con metanol, recibe el nombre de FORMOL. A bajas concentraciones el formaldehído provoca irritación ocular, del tracto respiratorio y de la piel y también actúa como sensibilizante de la piel. La inhalación de formaldehído a altas concentraciones provoca severa irritación del tracto respiratorio, pudiendo llegar a provocar la muerte. Para prevenir la exposición a formaldehído es necesario reducir al mínimo posible su presencia en el puesto de trabajo, proteger al trabajador frente a salpicaduras y contactos directos con la piel y establecer un plan de formación e información del personal que lo maneja. Se debe evitar la existencia de fuentes de contaminación innecesarias, como recipientes abiertos y eliminar rápidamente los derrames.

Los EPI recomendados generalmente para trabajar con formaldehído son los que protegen de contacto dérmico, como guantes, y de salpicaduras, como guantes, delantales, gafas y mascarera facial. Si se pretende evitar completamente la inhalación de vapores, debe recurrirse a la utilización de equipos de protección respiratoria incluyendo filtros químicos del tipo B.

En caso de contacto con la piel por exposición accidental, y dependiendo de la extensión de la exposición, lavar o ducharse con agua abundante durante un mínimo de 5 minutos con jabón de permanganato potásico.

106. La Instrucción 4/2011, de 28 de noviembre, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, clasifica los aspiradores y sondas de pacientes infecciosos como residuos del grupo:

- A) I.
- B) II.
- C) III.
- D) IV.

Explicación: la clave de esta pregunta es que el paciente es INFECCIOSO de modo que el material que se emplea sobre éste ha de ser tratado como residuo sanitario específico o de riesgo (grupo III).

107. La duración de los ciclos para conseguir materiales esterilizados en autoclaves de vapor convencionales son:

- A) A 121 °C necesitamos un tiempo de exposición de 20 minutos y 1 atmósfera de presión.
- B) A 134 °C necesitamos un tiempo de exposición de 15 minutos y 1 atmósfera de presión.
- C) A 100 °C necesitamos un tiempo de exposición de 30 minutos y 1 atmósfera de presión.
- D) Todas son correctas.

Explicación: pregunta OPE Andalucía 2016, en la esterilización por calor húmedo (autoclave), el mecanismo de acción es por desnaturalización de las proteínas y destrucción de los lípidos de la membrana microbiana. Este método se debe considerar de elección cada vez que los materiales lo permitan. Tiene la ventaja de producir una elevación de la temperatura en forma rápida en cortos tiempos de esterilización y de no dejar residuos tóxicos en el material. Necesita menor temperatura que el calor seco, por lo que es el método más utilizado.

Hay tres posibilidades de trabajo: Ciclo normal: 121 °C durante 15-20 min y 1 atm de presión (103 kPa). Ciclo rápido o flash: 135 °C durante 3-5 min y 2 atm (203 kPa). Este ciclo sólo se recomienda para situaciones de urgencia de material quirúrgico sin empaquetar. Ciclo a 3 atmósferas: 144 °C

108. Señale la opción de respuesta correcta en relación al Proyecto ITU ZERO 2018-2020:

- A) Mantener siempre cerrado el sistema colector (sonda uretral, tubo de drenaje y bolsa colectora)[Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A].
- B) Mantener el flujo de orina libre sin obstáculos en el circuito, y la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación B].
- C) Los profesionales sanitarios debe recibir formación específica sobre la inserción y mantenimiento de la sonda uretral [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A].
- D) Todas son correctas.

Explicación: pregunta de plena actualidad; sin embargo, tiene un perfil duro porque afina con el nivel de evidencia y nivel de recomendación; especialmente Andalucía y el examen EIR tiene tendencia a redactar preguntas de este estilo, a diferencia del mundo OPE.

109. Según el artículo 21 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, cuando los trabajadores estén o puedan estar expuestos a un riesgo grave e inminente con ocasión de sus trabajos, estos podrán:

- A) Interrumpir su actividad siempre y cuando se lo permita el empresario.
- B) Interrumpir su actividad siempre y cuando se lo autorice la autoridad laboral competente.
- C) Interrumpir su actividad y si fuera necesario abandonar el lugar de trabajo.
- D) Interrumpir la actividad siempre y cuando adopte un acuerdo en este sentido por los delegados de prevención.

110. De acuerdo con la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo tiene las siguientes funciones:
- A) Asesorar e informar a las empresas y a los trabajadores sobre la manera más efectiva de cumplir las disposiciones cuya vigilancia tienen encomendada.
 - B) Asesoramiento técnico en la elaboración de normativa legal y en el desarrollo de la normalización, tanto a nivel nacional como internacional.
 - C) Elaborar los informes solicitados por los juzgados de lo Social en las demandas deducidas ante los mismos en los procedimientos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
 - D) Comprobar y favorecer el cumplimiento de las obligaciones asumidas por los servicios de prevención establecidos en la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.
111. Cuando las exigencias no físicas del trabajo sobrepasan las capacidades del trabajador, nos hallamos ante una situación de:
- A) Carga física.
 - B) Carga mental.
 - C) Carga temporal.
 - D) Complejidad.
112. De conformidad con el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, la prevención de riesgos laborales, como actuación a desarrollar en el seno de la empresa:
- A) Deberá integrarse en su sistema general de gestión.
 - B) Comprende el conjunto de las actividades de la empresa.
 - C) Comprende a todos sus niveles jerárquicos.
 - D) Todas son correctas.
113. El derecho a la protección de la salud, establecido en el artículo 43 de la Constitución se encuentra:
- A) En el Título I de los derechos y deberes fundamentales, entre los principios rectores de la política social y económica, previstos en el capítulo III.
 - B) En el Título I de los derechos y deberes fundamentales, entre los Derechos y deberes de los ciudadanos previstos en la sección 2.ª del capítulo II.
 - C) En el Título I de los derechos y deberes fundamentales, entre los Derechos fundamentales y libertades públicas previstas en la sección 1.ª del capítulo II.
 - D) En el Título I de los derechos y deberes fundamentales, entre los Derechos y deberes de los ciudadanos previstos en la sección 1ª del capítulo I.

Explicación: la Constitución Española se divide en un Título Preliminar y diez títulos numerados. El Título I "Derechos y deberes fundamentales", se divide en cinco capítulos. El Capítulo III "Principios rectores de la política social y económica", recoge en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud.

114. En el artículo 3.º la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece que los medios y actuaciones del Sistema Sanitario estarán orientados prioritariamente:
- A) A la promoción de la salud y la sanidad.
 - B) A la promoción del bienestar social.
 - C) A la tutela de las garantías sanitarias y de la prevención de enfermedades.
 - D) A la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

Explicación: artículo 3 de la Ley General de Sanidad.

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.
4. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias.

115. ¿Quiénes son titulares del derecho a la protección de la salud, según la Ley General de Sanidad?

- A) Todos los españoles que cotizan a la Seguridad Social.
- B) Españoles y extranjeros que residan en territorio nacional.
- C) Todos los españoles, residan o no en territorio nacional.
- D) Todos los españoles mayores de edad.

Explicación: artículo 1. Ley General de Sanidad.

1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.
2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.
3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.
4. Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimadas, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo.

116. El baremo de valoración de dependencia (BVD) es aplicable:

- A) En cualquier situación de discapacidad y en cualquier edad.
- B) Solo a partir de 3 años.
- C) Solo cuando el nivel de discapacidad supera el 75%.
- D) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Explicación: Artículo 5. Titulares de derechos. Ley 39/2006 de Dependencia.

1. Son titulares de los derechos establecidos en la presente Ley los españoles que cumplan los siguientes requisitos:
 - a) Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.
 - b) Para los menores de 3 años se estará a lo dispuesto en la disposición adicional decimotercera (escala de valoración específica).
 - c) Residir en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Para los menores de cinco años el periodo de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.

117. Señale cuál de los siguientes motivos de renuncia a la condición de personal estatutario no está contemplada en la Ley 5/2001 de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud:

- A) Habrá de ser manifestada por escrito con antelación mínima de 15 días.
- B) Será aceptada expresamente por la Administración.
- C) Solo será aceptada en caso de que el interesado esté sujeto a expediente disciplinario.
- D) La renuncia a la condición de personal estatutario no inhabilita para obtener nuevamente dicha condición a través de los procedimientos de selección establecidos.

Explicación: artículo 30. Renuncia Ley 5/2001.

1. La renuncia a la condición de personal estatutario habrá de ser manifestada por escrito con una antelación mínima de quince días y será aceptada expresamente por la Administración, entendiéndose aceptada en caso de no mediar resolución en dicho plazo.
2. No obstante lo anterior, no podrá ser aceptada la renuncia cuando el interesado esté sujeto a expediente disciplinario o haya sido dictado contra él auto de procesamiento o de apertura de juicio oral por la presunta comisión de un delito en el ejercicio de sus funciones.
3. La renuncia a la condición de personal estatutario no inhabilita para obtener nuevamente dicha condición a través de los procedimientos de selección establecidos.

118. ¿En qué grupos se estructuran las profesiones sanitarias, según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias? Señale la correcta:

- A) Nivel de Licenciado y Diplomado.
- B) Licenciado en Farmacia y Veterinaria.
- C) Diplomado en Logopedia, Nutrición Humana y Dietética.
- D) Todas son correctas.

Explicación:

Artículo 6. Licenciados sanitarios.

1. Corresponde, en general, a los Licenciados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo.

Artículo 7. Diplomados sanitarios.

1. Corresponde, en general, a los Diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.

119. De acuerdo con lo establecido en el artículo 38 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, para obtener el reconocimiento del primer grado de desarrollo profesional, será necesario acreditar:

- A) Cinco años de ejercicio profesional.
- B) Tres años de ejercicio profesional.
- C) Dos años de ejercicio profesional.
- D) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Explicación: artículo 38. Desarrollo profesional LOPS.

Para obtener el primer grado, será necesario acreditar cinco años de ejercicio profesional. La evaluación para acceder a los grados superiores podrá solicitarse transcurridos, como mínimo, cinco años desde la precedente evaluación positiva. En caso de evaluación negativa, el profesional podrá solicitar una nueva evaluación transcurridos dos años desde esta.

120. Indique cuál de las siguientes funciones no le corresponde ejercer al Director Gerente del Servicio Murciano de Salud:

- A) La representación legal del Servicio Murciano de Salud.
- B) La elaboración de la oferta de empleo público del Servicio Murciano de Salud.
- C) Aprobar los instrumentos de ordenación de los puestos de trabajo de los distintos centros de trabajo y de las unidades organizativas.
- D) Aprobar la oferta de empleo público del Servicio Murciano de Salud.

Explicación: aprobar la oferta de empleo público le corresponde al Consejo de Administración. El Director Gerente elabora la oferta de empleo público.

121. Según la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la cartera de servicios del SNS se aprobará:

- A) Por Ley a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo.
- B) Por Real Decreto previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- C) Por Ley previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- D) Por Decreto Ley del Consejo de Ministros, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo.

Explicación: la cartera común de servicios, según mandato de la Ley 16/2003, se aprueba por Real Decreto, previo informe del Consejo Interterritorial del SNS, órgano donde están representadas todas las Comunidades Autónomas.

122. No tiene carácter de retribución básica:

- A) El complemento de destino.
- B) El sueldo.
- C) Los trienios.
- D) Las pagas extraordinarias.

Explicación: las retribuciones básicas incluyen sueldo o salario base, trienios y pagas extras. El complemento de destino se encuentra dentro de las retribuciones complementarias.

123. ¿Cuál de los siguientes derechos, que ostenta el personal estatutario de los servicios de salud, es un derecho individual?

- A) Derecho a la libre sindicación.
- B) A disponer de órganos representativos en materia de seguridad laboral.
- C) Derecho a la acción social en los términos y ámbitos subjetivos que se determinen en las normas, acuerdos o convenios aplicables.
- D) Derecho a disponer de servicios de prevención.

Explicación:

El derecho a la acción social es un derecho individual. Las restantes opciones de respuestas hacen referencia a derechos colectivos.

124. El ciclo de la violencia doméstica descrito por Lenore Walker explica cómo se produce y mantiene la violencia. Consta de tres fases, ¿cuáles son?

- A) Fase de aislamiento, desvaloración y tensión.
- B) Fase de conflicto, amenazas y denuncia.
- C) Fase de conflicto, amenazas y concesión.
- D) Fase de tensión, agresión y conciliación o luna de miel.

Explicación: Lenore Walker definió el ciclo de las fases de la violencia doméstica en tres partes: la primera "fase de acumulación de la tensión", la segunda "fase de agresión", y finalmente, la tercera "fase de conciliación o luna de miel". Con el paso del tiempo, la tercera fase se ve reducida.

125. El Tratado de la Unión Europea establece, respecto al Parlamento Europeo (señale la respuesta incorrecta):

- A) Ejercerá conjuntamente con el Consejo la función legislativa y la función presupuestaria.
- B) Elegirá al Presidente de la Comisión.
- C) Estará compuesto por representantes de los ciudadanos de la Unión.
- D) Su número no excederá de seiscientos, más el Presidente.

Explicación: el Parlamento Europeo cuenta con un total de 750 diputados más su Presidente (751).