



## SIMULACRO

### PRUEBAS SELECTIVAS PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO (B. O. C. M. 29-06-2018)

#### CATEGORÍA ENFERMERO/A

#### MODELO DE EXAMEN: A

#### ADVERTENCIAS:

- No abra este cuestionario hasta que se le indique.
- El cuestionario consta de 100 preguntas, más 10 de reserva, que deben contestarse como el resto de las preguntas aun cuando, conforme lo previsto en la convocatoria solamente se valorarán por el Tribunal cuando fuera necesaria su utilización en sustitución de otras preguntas anuladas. Solo se calificarán las respuestas dadas en la "HOJA DE RESPUESTAS".
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario, solicite su sustitución.
- Antes de comenzar lea detenidamente las instrucciones sobre la forma de contestar, y utilice únicamente lápiz para la realización del ejercicio. Si no tiene, pídaselo al vigilante.
- Todas las preguntas tienen el mismo valor y cada pregunta tiene una sola respuesta correcta.
- Las respuestas correctas puntuarán positivamente, las no contestadas no tendrán valoración alguna y las contestadas erróneamente restarán un cuarto del valor asignado a las respuestas correctas.
- Compruebe que el número de cada respuesta que señale en la "HOJA DE RESPUESTAS" es el que corresponde al número de pregunta del cuestionario.
- Para la realización del ejercicio dispone Vd. de 120 minutos desde la señal de comienzo.
- Cuando termine la realización de su ejercicio o se dé la señal de conclusión con carácter general, deje el lápiz encima de la mesa y espere las instrucciones del vigilante del aula para guardar el material de examen. No realice ninguna operación sin la presencia del vigilante del aula.
- Cualquier dispositivo electrónico como teléfonos móviles, tablets, ordenadores portátiles deberán permanecer apagados y guardados durante la realización del ejercicio. No deberán estar encima de la mesa o silla.
- No podrá llevarse el cuadernillo del examen hasta que el Responsable del aula dé por finalizado el ejercicio.

Convoca:

**AULA+**

**1.- Entre las reacciones adversas asociadas al uso del litio encontramos:**

- A) Hiperglucemias.
- B) Hipotiroidismo.
- C) Edema.
- D) Todas son verdaderas.**

*Explicación: el litio puede producir molestias gastrointestinales, polidipsia y poliuria, aumento de peso, temblor de manos y debilidad muscular, hiperglucemias, hipotiroidismo así como edemas. Debes recordar que los primeros síntomas ante una intoxicación son de tipo digestivo, si se mantiene la intoxicación, comenzarán síntomas de tipo neurológico.*

**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.- El Plan de Salud Mental (2018-20) del Servicio Madrileño de Salud se propone afrontar los retos identificados bajo el marco del Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS (2013-20). Para ello establece diversas líneas de acción estratégicas, entre las que NO encontramos:**

- A) Línea estratégica 4: atención a las personas con ludopatía.**
- B) Línea estratégica 5: prevención del suicidio.
- C) Línea estratégica 6: atención a las personas con trastornos del espectro autista.
- D) Línea estratégica 7: atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

*Explicación: tenemos antecedentes en exámenes de Madrid, de preguntas sobre el PLAN DE SALUD MENTAL. Tenemos que tener en cuenta que hay una actualización a nivel nacional y a nivel comunitario en Madrid. El PLAN DE SALUD MENTAL de Madrid se desarrolla a través de 10 líneas estratégicas: Línea estratégica 0: desarrollo de la organización, Línea estratégica 1: atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave, Línea estratégica 2: atención a la salud mental en niños y adolescentes, Línea estratégica 3: atención a la salud mental en el ámbito de Atención Primaria, Línea estratégica 4: atención a las personas con trastornos adictivos, Línea estratégica 5: prevención del suicidio, Línea estratégica 6: atención a las personas con trastornos del espectro autista, Línea estratégica 7: atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria, Línea estratégica 8: atención a las personas con trastornos de la personalidad, Línea estratégica 9: participación de usuarios y familiares, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental y Línea estratégica 10: formación y cuidado de los profesionales.*

*Entre ellas, vemos que la línea 4, es atención a las personas con adicciones, no con ludopatía. De estas líneas solo tenemos que quedarnos con conceptos generales, ya que el perfil de pregunta no suele profundizar en la estructura de este tipo de planes de salud. En la línea 4, llama la atención, al compararlo con el PLAN NACIONAL, que hay una tendencia creciente a la ludopatía, y por ello, una preocupación en el abordaje de la misma a través de este tipo de planes, a pesar de que, en el Plan de salud Mental de Madrid, no lo encontramos como una línea estratégica.*

**4.- Con respecto al código ictus de Madrid (2014), 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  $\geq 3$ .
- 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 concurra 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 esta 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/mm<sup>3</sup>.
- Glucemia < 50 mg/dl o > 400 mg/dl que no se corrige.

5.- En el tercer grado del alzheimer el deseo compulsivo de tocar y examinar cada objeto se llama:

- A) Hiperoralidad.
- B) Nerviosismo.
- C) Hiperetamorfosis.
- D) Agrafia.

**Explicación:** al avanzar la enfermedad de Alzheimer el sujeto ya no puede ocultar los déficits, la tendencia al olvido se manifiesta en muchas actividades cotidianas, pierden su capacidad para reconocer rostros, lugares y objetos que les son familiares y suelen perderse en sitios que le son conocidos, lo que más se afecta es la memoria reciente. En esta tercera fase o grado tienen un deseo impulsivo de tocar y examinar cada objeto (hiperetamorfosis).

6.- Según la Nueva Escala de Coma de Glasgow ¿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.

7.- En la valoración de un paciente con una fractura múltiple en extremidad superior y gran contusión por aplastamiento, las primeras manifestaciones clínicas que aparecen en el síndrome compartimental son:

- A) Dolor al estiramiento pasivo.
- B) Petequias.
- C) Acrocianosis.
- D) Disnea.

**Explicación:** *inspirada en Madrid 2009. La clave de esta pregunta se basa en comprender la clínica de las dos complicaciones más preguntadas de las fracturas, es decir síndrome compartimental agudo y embolia grasa, siendo la opción A vinculada a la primera y la disnea relacionada con la embolia grasa.*

8.- Los pacientes con artritis reumatoide pueden presentar los siguientes síntomas, EXCEPTO:

- A) Nódulos reumatoideos.
- B) Afectación articular bilateral, especialmente en articulaciones pequeñas de manos, pies y columna vertebral.
- C) Rigidez vespertina generalizada de menos de una hora de evolución.
- D) Rigidez matutina de al menos una hora de duración.

**Explicación:** *OPE Aragón 2014. En la Comunidad de Madrid no hay antecedentes de preguntas sobre artritis o artrosis, sin embargo el análisis histórico de preguntas OPE de otras CCAA sugiere una tendencia de una pregunta por convocatoria. Es importante pues, establecer las diferencias entre la Artrosis y la artritis.*

*Por otra parte, esta pregunta es esencialmente táctica, dado que cuenta con estrategia dicotómica, de modo que ha de descartarse entre la opción C o D, siendo cierto que la rigidez es MATUTINA y de al menos una hora, frente a la artrosis es también matutina pero dura entre 15-30 minutos.*

	Artritis reumatoide	Artrosis
Artropatía	Inflamatoria	Degenerativa
Etiología	Desconocida	Multifactorial
Fisiopatología	Enfermedad inflamatoria multisistémica crónica	Degeneración y destrucción del cartilago
Edad	30-50 años	40-65 años
FR	Mujer LES (descartar) Infecciones Genético HLA-DR4	Mujer Obesidad Deportistas Ocupacional
Articulación más afectada	Diartrosis periféricas simétricas y bilateral Intertalángica proximal-metacarpofalángica-muñeca	Coxartrosis (varón) Gonartrosis y mano (mujer) Espondiloartrosis
Clínica	Sistémica: anemia, fiebre, vasculitis, úlceras en MM.II., sdm, Caplan y de Sjogren (CYL 15, 44) Articular: dolor, inflamación, calor y rubor Rigidez matutina ≥ 1h Nódulos reumatoideos	Articular: dolor fijo continuo + deformidad articular + limitación articular + crepitantes y roce articular Rigidez matutina 15-30'
Deformidad en manos	Deformidad en ojal del pulgar Desviación cubital de las articulaciones metacarpofalángicas Deformidad en cuello de cisne	Nódulos Heberden y Bouchard (CYL 15, 45; RIO 08(3), 91)
Criterios diagnósticos	Criterios ACR/EULAR 2010, que incluyen: 1. Articulaciones involucradas. 2. Prueba positiva serológica (FR o ACPA). 3. Reactante fase aguda (PCR, VSG o ESR). 4. Duración de los síntomas (> 6 semanas).	Clinica + criterios radiológicos: Cambios degenerativos articulares Estenosis espacio articular Osteofitos y quistes subcondrales
Tratamiento	AINE + Corticoides Antirreumáticos FAME Reposo en brotes Ejercicios isométricos/isotónicos amplios Dormir sobre colchón duro con rodetes trocantiéreas	AAS/AINE Infiltración articular: Corticoides y Ac.Hialurónico Fisioterapia EF, 30'tres veces/semana Artroplastia con prótesis

9.- En un paciente sometido a cirugía de reemplazo articular total de cadera, ¿cuál de las siguientes recomendaciones es correcta?:

- A) Como ejercicio que contribuye a su rehabilitación, el paciente debe cruzar la pierna operada y dirigir la rodilla al tórax, varias veces al día.
- B) Es preciso que el paciente, al usar el inodoro, esté lo más bajo posible, con el fin de que la cadera operada se encuentre en una posición inferior a la rodilla.
- C) Cuando esté en la cama, el paciente utilizará almohadas o dispositivos adecuados entre las piernas para mantener una ligera abducción del miembro operado.
- D) Como elemento de rehabilitación precoz, el paciente se ejercitará flexionando la cadera operada más de 90 grados, varias veces al día.

**Explicación:** *pregunta EIR 2016 e inspirada en OPE Madrid 2014. La postura tras la artroplastia de cadera es la extensión (o ligera flexión) y ligera abducción del miembro intervenido (colocando una almohada entre las piernas), con el enfermo en decúbito supino. Al levantar de la cama por primera*

*vez al paciente, se debe mantener la abducción y extensión de la cadera. Durante la transferencia y al sentarse el paciente, debe mantener una flexión limitada*

**10.- Señale la respuesta CORRECTA. Hemodinámicamente el shock cardiogénico se caracteriza por:**

- A) Gasto cardíaco bajo, resistencias vasculares sistémicas elevadas, presión venosa central alta y una presión de oclusión de arteria pulmonar alta.**
- B) Gasto cardíaco elevado y disminución de las resistencias vasculares sistémicas: la presión venosa central presión de oclusión de arteria pulmonar son bajas.
- C) Gasto cardíaco, presión venosa central y presión de oclusión de arteria pulmonar bajas con aumento de las resistencias vasculares sistémicas.
- D) Gasto cardíaco bajo, descenso de la presión venosa central, descenso de la presión de oclusión de arteria pulmonar y disminución de la resistencias vascular sistémica.

***Explicación:** la alteración en esta ocasión se produce en la contractilidad cardiaca, que provoca una disminución del gasto cardiaco y, por consiguiente, también de la perfusión tisular: incapacidad del corazón para bombear sangre a los tejidos. El volumen intravascular esta conservado, la causa más frecuente de este tipo de shock es el infarto agudo de miocardio (IAM). En el shock cardiogénico las primeras medidas irán encaminadas a eliminar la causa de la disfunción cardiaca: revascularización en caso de shock secundario a IAM. Diuréticos potentes (furosemida) si existe congestión pulmonar. Reposición de volumen solo en caso de hipovolemia o IA del VD. Al contrario que en los otros tipos de shock, en los que la presión capilar esta baja, en el shock cardiogénico esta alta (congestión pulmonar): las maniobras que aumentan la precarga (elevar los pies, etc.) están por tanto contraindicadas.*

**11.- ¿Qué utilizaremos si tenemos que intubar a un niño de 4 años?**

- A) TET n.º 3,5 sin balón y laringoscopio de pala recta.
- B) TET n.º 4 sin balón.
- C) TET n.º 6 con balón.
- D) TET n.º 5 sin balón y laringoscopio de pala curva.**

***Explicación:** en general, se puede estimar el tamaño del tubo a través de la fórmula:  $(EDAD / 4) + 4$ ; de modo que un niño de 4 años como me presenta esta pregunta, dividiremos 4 entre 4 igual a 1; más 4 = 5.*

**12.- Ante un paciente que se encuentra en parada cardiorrespiratoria (PCR) y, en el electrocardiograma (ECG), presenta un ritmo no desfibrilable. Señale la respuesta correcta sobre la pauta que se debe seguir:**

- A) Realizar dos minutos de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) antes de administrar 1 mg de adrenalina IV, continuar otros dos minutos de RCP y posteriormente repetir la administración de 1 mg de adrenalina IV cada 10 minutos hasta que el paciente recupere la actividad eléctrica cardíaca.
- B) Administrar 1 mg de adrenalina intravenosa en cuanto sea posible, volver a reevaluar el ritmo cardiaco, administrar otro mg de adrenalina si persiste en mismo ritmo y continuar con masaje cardiaco.
- C) Administrar 1 mg de adrenalina intravenosa en cuanto sea posible, continuar 2 minutos de RCP, volver a analizar el ritmo y administrar otro mg de adrenalina sin parar las compresiones.
- D) Administrar 1 mg de adrenalina en cuanto se tenga un acceso venoso canalizado, continuar RCP y revisar el ritmo cada 2 minutos. Administrar adrenalina cada 3-5 minutos.**

***Explicación:** si no es un ritmo desfibrilable, asistolia/AESP (antes llamada disociación electromecánica), en cuanto se disponga de acceso vascular se administra 1 mg de Adrenalina y luego se repetirá cada 3-5 minutos durante la parada cardíaca.  
Si es un ritmo desfibrilable (Fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso) se debe dar una descarga inicial de 150 J. en los desfibriladores bifásicos (en los monofásicos la descarga es de 360J), si el desfibrilador es manual tras una descarga sin éxito se puede aumentar la energía de descarga. Sin detenerse a palpar el pulso se volverán a realizar la RCP inmediatamente tras la descarga, se continúa RCP, y tras dos minutos valorar el ritmo. Si persiste FV o TVSP dar una segunda descarga entre 150-360 J, inmediatamente reanudar compresiones torácicas. Tras 3 descargas sin éxito se administrará 1mg de adrenalina y 300 mg de amiodarona IV. (La adrenalina mejora el flujo sanguíneo miocárdico y aumenta la probabilidad de éxito de la siguiente descarga, por lo que se considera el fármaco de elección ante una parada cardíaca).*



13.- Los límites máximos de cifras de T.A. que la O.M.S. da como normales son:

- A) 170/95 mmHg.
- B) 130/80 mmHg.
- C) 150/90 mmHg.
- D) 140/90 mmHg.

**Explicación:** la opción de respuesta B, indica cifras de normalidad, pero no son los LÍMITES MÁXIMOS de cifras de tensión arterial. El Comité de Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha acordado adoptar la definición establecida por el Joint National Comité (JNC) de Estados Unidos según el cual se define como hipertensión una presión arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg o superior o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg o superior en adultos de más de 18 años y que no están bajo tratamiento antihipertensivo.

14.- El dolor anginoso constante que surge con el ejercicio y que se alivia con el reposo recibe el nombre de:

- A) Angina estable.
- B) Angina inestable.
- C) Angina variante o de Prinzmetal.
- D) Isquemia silenciosa.

**Explicación:** angina inestable (Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST: SCASEST): Es más grave que la angina estable y puede preceder a un infarto. Se caracteriza porque se provoca por un ejercicio mínimo o en reposo. En el ECG puede haber cambios transitorios del segmento ST (depresión o elevación). Incluye varias entidades como: angina de comienzo reciente (menos de 1 mes), angina progresiva, angina de Prinzmetal, angina post-IAM (menos de 1 mes, siendo la más grave de todas) y la angina de reposo.

15.- 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 en 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.

16.- En la insuficiencia coronaria los signos electrocardiográficos de “isquemia”, “lesión” y “necrosis”, son respectivamente:

- A) Elevación del ST, ondas T invertidas, ondas Q patológicas.
- B) Ondas T invertidas, elevación del ST, ondas Q patológicas.
- C) Ondas Q patológicas, ondas T invertidas, elevación del ST.
- D) Elevación del ST, ondas T positivas y ondas Q patológicas.

**Explicación:** realización del electrocardiograma: La realización seriada del ECG es la mejor manera de constatar un infarto de miocardio. Normalmente se detectan varias fases: o Fase aguda: empieza a las pocas horas del infarto, se produce elevación del ST y de las ondas T hacia arriba.

• Fase de estabilización: inversión profunda de la onda T y aparecen ondas Q patológicas.

• Fase de resolución: aparecen ondas T normales y ocurre a las pocas semanas del infarto.

• Fase crónica estabilizada: hay ondas Q patológicas permanentes que revelan la existencia de un infarto antiguo.

17.- La gasometría arterial de un paciente muestra los siguientes valores: pH 7.47; PaCO<sub>2</sub> 30 mmHg; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 22 mEq/L. Estos resultados corresponden a:

- A) Acidosis respiratoria.
- B) Acidosis metabólica.
- C) Alcalosis respiratoria.**
- D) Alcalosis metabólica.

**Explicación:** *inspirada en OPE SERMAS 2008. Es recurrente encontrar en exámenes OPE la interpretación de una gasometría. En primer lugar, se precisa evocar los datos gasométricos normales, recuerda: pH 7.35-7.45, PCO<sub>2</sub> 35-45mmHg y HCO<sub>3</sub> 22-27mEq. Partiendo de esta premisa está claro que se trata de un estado de ALCALOSIS a continuación, valorando los otros dos parámetros se trata de una situación de hipocapnia porque la PCO<sub>2</sub> ha disminuido en exceso, por lo que se trata de una alcalosis RESPIRATORIA, -pérdida de ácido carbónico- por ejemplo ante una crisis de ansiedad.*

18.- Debe sospechar la existencia de fugas de aire en el sistema de drenaje torácico del paciente, cuando la cámara del sello de agua:

- A) No oscila con los movimientos respiratorios.
- B) Burbujea constantemente.**
- C) Permanece inmóvil con la espiración y desciende con la inspiración.
- D) Ascende con la espiración y permanece inmóvil con la inspiración.

**Explicación:** *pregunta tomada de EIR 2006 a colación de la pregunta SERMAS 2014. Es una pregunta esencialmente táctica, dado que la opción A Y C dicen lo mismo, de modo que un buen estratega no contestaría ninguna de las dos. Por otra parte, a nivel conceptual recuerda que la cámara de aspiración es la que burbujea y el sello de agua asciende y desciende. Finalmente, hay una excepción donde burbujea el sello de agua y es cuando se está drenando un neumotórax.*

Cámara aspiración	Sello de agua	Cámara recolectora
Burbujeo constante	¿Oscilaciones? Drenaje permeable <b>(GAL 01(2), 33).</b> ¿Burbujeo constante? FUGA AIRE (Normal en Neumo Tx) ¿No oscila ni burbujea? Pulmón reexpandido	Drenaje lento y progresivo. Drenaje brusco: tos, disnea, reacción vagal, edema pulmonar.

19.- Los ruidos respiratorios anormales son conocidos como:

- A) Adventicios.**
- B) Murmullo vesicular.
- C) Clubbing.
- D) Frémito.

**Explicación:** *pregunta inventada inspirada en las numerosas preguntas sobre semiología respiratoria de las distintas convocatorias de SERMAS. Recuerda que al ruido normal se le conoce como murmullo vesicular, mientras que genéricamente se denominan adventicios a los anormales (sibilancia, estridor, crepitante...). Frémito es la vibración de la pared torácica producida por la vocalización y clubbing es un sinónimo de acropaquia o dedos en palillo de tambor.*

**20.- La extracción de órganos procedentes de donantes vivos para su posterior trasplante en otra persona podrá realizarse si se cumplen la siguientes condiciones y requisitos:**

- A) El/la donante debe gozar de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado.
- B) El/la donante debe ser mayor de edad, gozar de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado.**
- C) El/la donante debe ser mayor de edad y gozar de plenas facultades mentales.
- D) El/la donante debe ser mayor de edad y gozar de un estado de salud adecuado.

**Explicación:** Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos. Los principios generales de esta ley determinan su finalidad terapéutica, sin contrapartidas económicas, es decir, que el tráfico de órganos es un delito, y el procedimiento es gratuito, y garantiza la libertad individual del donante y receptor, y la protección de la vida y salud de ambos. Los requisitos están regulados en los siguientes artículos:

- De los donantes vivos (art. 4): mayoría de edad, plenas facultades mentales con información previa, consentimiento libre expresado y consciente, por escrito, destinado a una persona determinada. Han de transcurrir 24 horas entre la firma del documento de cesión y la extracción.
- De los donantes fallecidos (art. 5): previa comprobación de la muerte, siempre que el fallecido no hubiera dejado constancia expresa de su oposición, pues "todos somos donantes", incluyendo personas presumiblemente sanas muertas en accidente, si no consta oposición previa.
- Del receptor (art. 6): Informado y plenamente consciente de la intervención a realizar, con consentimiento informado y por escrito. Con garantías de anonimato, recogido en el artículo 5, RD 2070/99.

**21.- 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.

**22.- El Decreto que regula el régimen jurídico de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y crean y regula la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid es:**

- A) Decreto 61/2003 de 8 de mayo.**
- B) Decreto 26/2005.
- C) Decreto 16/2003 de 8 de mayo.
- D) Ninguna es correcta.

**Explicación:** la opción de respuesta correcta es la A. Como podemos observar es una pregunta de estrategia, ya que la opción de respuesta A y C son muy similares, es el perfil de pregunta de estrategia que más se repite. Es interesante que conozcamos el marco normativo que regula la Unidad de bioética



y orientación, así como el funcionamiento y acreditación de los Comités de ética en Madrid. Además, la Comunidad de Madrid desarrolla un Comité de ética asistencial para residencias de mayores con un perfil más dirigido a las cuestiones éticas que se presentan en estos servicios. Lo desarrolla a través del Decreto 14/2016, de 9 de febrero, del Consejo de Gobierno, por el que se regulan los Comités de Ética Asistencial en Residencias y Centros de Día para Personas Mayores de la Comunidad de Madrid.

23.- 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 SERMAS 2014. 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.

24.- ¿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 4 ml 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 2 ml 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 4 ml 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 2 ml de cristaloides x kg de peso x el porcentaje (%) de Superficie Corporal Quemada.

**Explicación:** en SERMAS 2009 preguntaron por la regla de Lund y Browder específica para menores de 15 años o en el adulto para una estimación más aproximada que Wallace; por otra parte el gran quemado y la fórmula de Parkland son objeto de numerosas preguntas OPE. 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 ml x kg x % 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 0,3-0,5ml x kg x % SCQ durante las primeras 8 horas. Se agrega SG 5% si se requiere mantener diuresis.

25.- 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. Uno de los siguientes parámetros no forma parte de la escala de valoración de riesgo de úlcera por presión de Norton:

- A) Estado físico.
- B) Actividad.
- C) Nutrición.
- D) Incontinencia.

**Explicación:** inspirada en OPE SERMAS 2006 y acorde al histórico de las OPE de casi todas las CCAA. Recuerda la nemotecnia: NORTON-NONUT de no nutrición, que forma parte sin embargo de la escala EMINA cuyos parámetros responden a su acrónimo (Estado mental-Movilidad- Incontinencia-Nutrición y Actividad)

26.- El estudio de prevalencia de diabetes mellitus y riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid (PREDIMERC, 2015) reveló una prevalencia de diabetes en la población entre 30-74 años de edad de la Comunidad de Madrid del 8,1%. Una de los siguientes herramientas se recomienda para la valoración del riesgo de presentar diabetes mellitus a los 10 años:

- A) Test de Findrisc.
- B) Test de Morinsky.
- C) Test de Sullivan.
- D) Test de Framingham.

**Explicación:** pregunta inventada. El estudio de prevalencia PREDIMERC en 2015 sugiere el desarrollo de acciones para mejorar el diagnóstico precoz de la diabetes mellitus y de la hiper tensión arterial. Siendo Framingham para el riesgo cardiovascular, Findrisc para la diabetes mellitus, Morinsky sobre cumplimiento terapéutico y Sullivan como tal no existe.

27.- ¿Cuál de los siguientes enunciados, por sí solo, se corresponde con el diagnóstico de diabetes mellitus?

- A) Glucemia basal mayor o igual a 126 mg/dl en plasma venoso y tras ayuno de al menos 8 horas.
- B) Hemoglobina HbA1c (Hemoglobina Glicosilada o Hemoglobina glucosilada) mayor o igual a 6,5%.
- C) Ninguna opción es correcta.
- D) Glucemia en plasma venoso mayor o igual a 200 mg/dl a las 2 horas del Test de Sobrecarga Oral con 75 g de Glucosa (TSOG).

**Explicación:** esta pregunta diseñada por la OPE Canarias 2016 tiene como palabra clave POR SÍ SOLA. Es decir las opciones A, B y D son criterios diagnósticos pero deben ser repetidas en dos ocasiones, salvo cuando existan signos inequívocos como poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso, en cuyo caso una glucemia plasmática al azar  $\geq 200$  mg/dl, es suficiente. No necesita confirmación posterior. Por eso ninguna es cierta.

28.- ¿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:** la pregunta OPE SERMAS 2014 sobre el tratamiento de una crisis tirotóxica ha sido la pregunta de mayor nivel hasta la fecha respecto a alteraciones del tiroides. No obstante, es más frecuente que las preguntas OPE se muevan en torno a las manifestaciones clínicas. Esta pregunta es 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.

29.- ¿Cuál de las siguientes respuestas se asocia a la úlcera duodenal?

- A) En general aparece en personas mayores de 60 años.
- B) Hay una hiposecreción de ácido gástrico.
- C) El consumo de alimentos alivia el dolor.
- D) El vómito es muy común.

**Explicación:** pregunta SERMAS 2005 y un clásico en el mundo OPE, debiendo diferenciar la Úlcera gástrica (relacionada con *H.pylori* y AINE/ el dolor aparece a los 30 minutos de comer y no cede con la

*ingesta) frente a Úlcera duodenal (relacionada con H.pylori / el dolor aparece más tardío a los 90-180 minutos de comer y SÍ se alivia con la ingesta).*

**30.- 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 1 y 2 son respuestas correctas.

**Explicación:** son numerosas las preguntas en relación al sondaje gástrico, en esta línea está 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.

**31.- Uno de los siguientes signos abdominales sugiere colecistitis aguda:**

- A) Signo Blumberg+.
- B) Signo Rovsing+.
- C) Signo Dunphy+.
- D) Signo Murphy+.**

**Explicación:** la apendicitis cuenta con numerosas preguntas en el mundo OPE, algunas muy recientes como Rioja 2017 y Murcia 2018. Pregunta inspirada en OPE SERMAS 2000, dado que es frecuente encontrar preguntas sobre semiología digestiva, en esta pregunta tratamos de acercarnos a los signos abdominales; siendo más populares los relativos a la apendicitis aguda como son Blumberg (dolor al liberar la presión en punto McBurney en FID), Rovsing (dolor en punto de McBurney a la palpación del cuadrante inferior izquierdo) y Dunphy (dolor en FID al toser); en este caso Murphy + es la interrupción de la inspección profunda por dolor a la palpación del punto vesicular, es decir hipocondrio derecho.

**32.- Identifica los tres tipos de relaciones principales que incluye la teoría de F. Nightingale:**

- E) Entorno-paciente, Enfermera-entorno y Enfermera-paciente.**
- F) Enfermera-paciente, Enfermera-profesión, Enfermera-institución.
- G) Paciente-entorno, Familia-entorno, Enfermera-entorno.
- H) Paciente-familia, Paciente-entorno, Paciente-enfermera.

**Explicación:** la enfermedad es un proceso reparador. El cuidado es un servicio a la humanidad que la enfermera asume y lleva a cabo situando al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él. El paciente recibe la influencia de la enfermera, pero es un ser pasivo en lo que se refiere al proceso de cuidar. En esta definición define tres tipos de relaciones: entorno-paciente, enfermera-entorno y enfermera-paciente.

La enfermera deberá tener una formación formal y, además de actuar utilizando el sentido común, tendrá que hacer uso de la perseverancia, de la observación y de la habilidad. Cabe resaltar la importancia que dio al hecho de observar al paciente, porque según Florence Nightingale "la lección práctica más importante que puede darse a las enfermeras es enseñarles a observar qué síntomas indican mejoría..."

33.- Cuántos niveles de relación de dependencia entre la enfermera y el paciente describió Virginia Henderson?

- A) 5.
- B) 3.**
- C) 2.
- D) 7.

*Explicación: la enfermera puede tener diferentes funciones: sustituta (reemplazamos lo que el paciente no hace), ayudante (cuidado clínico) y compañera (fomentando una relación terapéutica).*

34.- 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.*

35.- 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.

36.- 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.*

37.- 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.

38.- ¿Qué vacuna no está contraindicada durante el embarazo?

- A) Triple vírica.
- B) Rubéola.
- C) Cólera parenteral.
- D) Fiebre tifoidea oral.

*Explicación: en el embarazo están contraindicadas todas las vacunas de virus vivos por el riesgo de provocar lesiones en el feto. Las únicas que se pueden administrar, cuando el riesgo así lo justifique, son la POLIO y la ANNTITIFOIDEA ORALES. La lactancia no supone contraindicación general para la administración de vacunas, excepto la vacuna de la fiebre amarilla.*

39.- Según el calendario de vacunación infantil de Madrid vigente durante el año 2019, a una niña de 4 meses le administramos las siguientes vacunas:

- A) Poliomieltitis, DTPa, Hib (*Haemophilus influenzae b*), hepatitis b, meningococo C y neumococo.
- B) Triple vírica y vacuna del virus de papiloma humano.
- C) Poliomieltitis, DTPa, Hib (*Haemophilus influenzae b*), hepatitis b y neumococo.
- D) Difteria, tétanos y tosferina.

40.- Si la vacuna DTP (difteria, tétanos y pertusis), se ve expuesta a temperaturas entre 22-25 °C, ¿cuánto tiempo puede permanecer estable y con capacidad inmunógena conservada?

- A) No puede estar a esa temperatura, siempre ha de estar entre 2-8 °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 2-8 °C durante 18-24 meses, a 22-25 °C, 1-2 semanas; y a 35-37 °C pierden el 50% de la potencia después de 1 semana. Atención al documento de termoestabilidad de las vacunas.*

41.- Un índice de Sauvy con un valor del 25% se interpreta como una población:

- A) Joven.
- B) Madura.
- C) Anciana.
- D) Ancianidad elevada.

42.- Una pirámide con base ancha corresponde a una población:

- A) Madura.
- B) Joven.
- C) Estacionaria.
- D) Infantil.

*RESPUESTA: -La de tipo bulbo (Hucha) presenta una base estrecha que se hace más ancha hacia la mitad y vuelve a estrecharse hacia el vértice, típica de poblaciones regresivas y en proceso de envejecimiento (España).*

*· La de tipo pagoda (Parasol) tiene forma real de pirámide, con amplia base y disminución progresiva hacia el vértice, siendo representativa de países o comunidades jóvenes con una natalidad alta y en vías de desarrollo. Es la más frecuente en países subdesarrollados o en vías de desarrollo.*



· La de tipo campana (Ojiva) tiene una base media con una disminución suave hacia el vértice y representa a países de población estacionaria que responden a la imagen de las regiones desarrolladas.

43.- 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).

44.- Indique de las siguientes, cuál es una enfermedad de declaración obligatoria semanal:

- A) Cólera.
- B) Hepatitis C.
- C) Fiebre amarilla.
- D) Hepatitis B.

**Explicación:** las EDO de declaración urgente son Cólera; Gripe humana por un nuevo subtipo de virus; SARS (en español: Síndrome Respiratorio Agudo Grave); Fiebre amarilla; Fiebre del Nilo occidental; Fiebres hemorrágicas víricas; Peste; Rabia; Difteria; Poliomiéлитis/parálisis flácida aguda en menores de 15 años; Viruela.

Las EDO de declaración semanal son: otulismo; Fiebre tifoidea/Fiebre paratifoidea; Hepatitis A; Hepatitis B; Infección por cepas de *Escherichia coli* productoras de toxina Shiga o Vero; Listeriosis; Shigelosis; Triquinosis; Gripe; Legionelosis; Lepra; Tuberculosis; Infección gonocócica; Linfocitoma venéreo; Sífilis; Encefalitis transmitida por garrapatas; Enfermedad por virus Chikungunya; Dengue; Fiebre Q; Fiebre recurrente transmitida por garrapatas; Leishmaniasis; Paludismo; Brucelosis; Carunco; Hidatidosis; Leptospirosis; Toxoplasmosis congénita; Tularemia; Enfermedad meningocócica; Parotiditis; Rubeola; Sarampión; Tétanos/Tétanos neonatal; Tosferina; Varicela; Sífilis congénita; Rubeola Congénita; Fiebre exantemática mediterránea.

45.- Las benzodiazepinas son fármacos hipnóticos sedantes, ¿cuál es el antagonista específico de las benzodiazepinas?

- A) Flumazenilo.
- B) Naloxona.
- C) Neostigmina.
- D) Dimercaprol.

**Explicación:** el Flumazenilo (nombres comerciales: Anexate, Lanexat, Mazicon, Romazicon) es un antagonista GABA disponible únicamente en inyectable, y el único antagonista del receptor de las benzodiazepinas disponible actualmente en el mercado.

46.- Para la preparación de un volumen de 30 ml de anestésico local con vasoconstrictor al 1:200.000, qué volumen de adrenalina al 1:1000 necesitaría añadir a los 30 ml de anestésico local:

- A) 0,005 ml.
- B) 0,1 ml.
- C) 0,15 ml.
- D) 0,5 ml.

**Explicación:** en este tipo de ejercicio, siempre hay que buscar la misma relación para hacer una regla de tres, sencilla. La premisa es que siempre tenemos una solución a una CONCENTRACIÓN en un VOLUMEN determinado. Siempre nos dan este dato. A continuación, nos presenta un volumen o una concentración, sea cual sea, solo me quedará una variable para despejar en la regla de tres. En este ejercicio, tenemos una solución de 30 mililitros con una concentración de 1:200.000; y me dan una concentración de 1:1.000 para solicitarnos el volumen en el que tendremos esta solución. Tan sencillo, como hacer una regla de tres, si tengo 1:200.000 en 30 ml, 1:1.000 estarán "X" volumen:  $30 \times 1000 / 200.000 = 0,15 \text{ ml}$

47.- Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) de tipo B representan uno de los objetivos principales de la farmacovigilancia. ¿cuál de las siguientes no es una característica de ellos?:

- A) Raramente dosis-dependiente.
- B) No predecible.
- C) Responde a una reducción de la dosis.
- D) Baja morbilidad

**Explicación:** Park y Coleman proponen una clasificación para los tipos de reacciones farmacológicas: tipo A (r/c dosis), tipo B (no relacionadas con dosis), Tipo C (consecuencia de tratamientos prolongados), tipo D (demoradas en el tiempo como la teratogénesis).

48.- El paso de un fármaco desde el lugar de administración hasta su llegada a plasma se denomina:

- A) Absorción.
- B) Distribución.
- C) Metabolismo.
- D) Eliminación.

**Explicación:** recuerda que la farmacocinética estudia la dosis-concentración plasmática, siendo el ciclo LADME las fases por la que pasa un fármaco hasta su eliminación: liberación, absorción, distribución, metabolización y eliminación. La absorción se relaciona con la biodisponibilidad, y la metabolización con la biotransformación del fármaco.

49.- Aplicada la escala de valoración de Lawton y Brody a María hemos obtenido un resultado de 3. El valor de esta cifra se ha de contemplar conociendo los valores extremos que marca la escala. Señala ¿cuál es la puntuación extrema que tiene esta escala?

- A) Independencia 100. Máxima dependencia 0.
- B) Independencia 10. Máxima dependencia 0.
- C) Independencia 8. Máxima dependencia 0.
- D) Independencia 5. Máxima dependencia 0.

**Explicación:** instrumento publicado en 1969, del Philadelphia Geriatric Center y construido específicamente para su uso con población anciana. Recoge información sobre ocho ítems: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, controlar la medicación y manejar el dinero.

Cada ítem se puntúa entre 0 y 1 conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. La máxima dependencia será un sumatorio de los ocho ítems igual a 0. La independencia total se expresaría con la obtención de 8. Es importante tener en cuenta, la variación por género, pues en la mujer el máximo son 8, mientras en hombres, el máximo se corresponde con 5, pues se evalúan actividades que nunca han realizado

50.- Se puede decir que la cuidadora está comenzando a tener un cansancio en el rol del cuidador, ¿qué factores no le sugerirían este diagnóstico?

- A) Aumento de la dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas.
- B) Una puntuación de la escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit– de 32.
- C) El aislamiento de la cuidadora.
- D) Una puntuación de 11 en el Índice de Esfuerzo del Cuidador.

**Explicación:** para responder esta pregunta debemos manejar los puntos de corte de Zarit, recordando que sobrecarga en el cuidador es con una puntuación superior a 55 puntos; y la escala de esfuerzo del cuidador tiene como punto de corte 7, a partir de cuya puntuación tenemos sobrecarga. Por este motivo, la opción de respuesta B no la podemos considerar sobrecarga en el cuidador.

51.- 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).

52.- ¿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...

53.- La taxonomía NIC actualizada en 2018 contiene:

- A) 7 dominios, 30 clases y 554 intervenciones.
- B) 13 dominios, 32 clases y 490 intervenciones.
- C) 7 dominios, 30 clases y 565 intervenciones.
- D) 7 dominios, 34 clases y 540 intervenciones.

**Explicación:** la taxonomía NIC actualizada en 2018, contiene 7 dominios, 30 clases y 565 intervenciones. La taxonomía anterior contenía 7 campos, 30 clases y 554 intervenciones. Atención, que el mayor nivel de abstracción en la taxonomía NIC antes se denominaban CAMPOS y ahora son dominios.

54.- 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, es sigue las mismas fases, con la diferencia que la fase de diagnóstico queda integrada dentro de la fase de planificación.

55.- 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.

56.- ¿Qué tendrá un paciente con la escala de Aldrete sometido a anestesia general, que presenta movilidad de las cuatro extremidades, hemodinámicamente estable, consciente, orientado y colaborador, eupnéico y 97% de saturación de oxígeno:

- A) 12 puntos.
- B) 8 puntos.
- C) 10 puntos.**
- D) 15 puntos.

57.- Los tiempos de preservación aceptables, tras extracción de un órgano, dependen del propio órgano. Algunos exigen tiempos de preservación fría muy cortos, y hay que implantarlos inmediatamente después de la extracción, mientras que otros pueden almacenarse con seguridad durante 40-50 h, aunque se prefiera tiempos más cortos. ¿Cuál de los siguientes órganos tiene el tiempo de preservación más reducido?:

- A) Riñón.
- B) Hígado.
- C) Corazón.**
- D) Páncreas.

**Explicación:**

Tiempo límite de isquemia fría en la preservación de órganos mediante conservación en hipotermia		
	Experimental	Clinica
Riñón	72 h	24 (hasta 50) h
Hígado	48 h	12 (hasta 37) h
Páncreas	72 h	17 (hasta 30) h
Corazón	15 h	3 (hasta 8) h
Pulmón	(?)	3 (hasta 8) h
Intestino	(?)	6 (hasta 12) h

58.- ¿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.

59.- 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/m<sup>2</sup>.
- B) Entre 30 y 34,5 kg/m<sup>2</sup>.
- C) Entre 27 y 29,9 kg/m<sup>2</sup>.
- D) Entre 26,5 y 29,9 kg/m<sup>2</sup>.

**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.

60.- 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.

61.- De las siguientes posibles complicaciones de la nutrición parenteral, una no es correcta. Señale cuál:

- A) Hemotórax.
- B) Extravasación por incorrecta colocación.
- C) Neumonía por aspiración.
- D) Embolismo pulmonar.

**RESPUESTA:** complicaciones de NP. La nutrición parenteral es una técnica que se asocia a múltiples complicaciones frecuentes y graves. En general, las complicaciones asociadas a NP con mayor frecuencia son: Mecánicas (derivadas de la cateterización venosa), Infecciosa (sepsis por catéter) y Metabólicas (alteraciones electrolíticas por exceso o defecto y los aportes excesivos de líquidos).  
Complicaciones del catéter. Mecánicas: Malposición, neumotórax. Lesión arterial, del plexo braquial. Embolismo. Obstrucción del catéter, Trombosis o Flebitis. Retirada inadvertida del catéter. Infecciosas: Catéter contaminado, colonizado, bacteriemia o sepsis. En general, la aparición de fiebre en pacientes con NP, obliga a detener la infusión hasta detectar el foco. Bien puede ser localizada o sistémica. El origen de sepsis suele relacionarse con falta de asepsia en el momento de la colocación o durante su manipulación.  
Complicaciones metabólicas. En relación con los fluidos y electrolitos: por un cálculo erróneo de la fórmula o que esta no resulte la adecuada para el paciente. Hipo/hiperglucemia. Coma hiperosmolar por poliuria osmótica. Déficit de electrolitos (Na, P, K, Mg). Déficit de ácidos grasos esenciales y micronutrientes. Enfermedad hepatobiliar. Enfermedad ósea metabólica. Síndrome de Realimentación: Hipofosfatemia, hipopotasemia, hipomagnesemia.

62.- 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:** pregunta de OPE SERMAS 2018 categoría matrona. La mutilación genital femenina se clasifica en cuatro tipos principales que responden al acrónimo CEI?: Cliroidectomía, Escisión, Infundibulación y Otros.

- 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.*

63.- Indicar la respuesta correcta en relación a los cambios hormonales que se producen durante el climaterio:

- A) En el climaterio descienden los niveles de estrógenos, progesterona y gonadotropina.
- B) En el climaterio aumentan los niveles de estrógenos, progesterona y gonadotropina.
- C) En el climaterio descienden los niveles de estrógenos, progesterona y aumenta el nivel de gonadotropina.**
- D) En el climaterio descienden los niveles de estrógenos y gonadotropina y aumenta el nivel de progesterona.

*Explicación: pregunta SERMAS 2014, es muy recurrente en el mundo OPE preguntas sobre la menopausia y su perfil hormonal.*

64.- ¿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.

*Explicación: pregunta OPE Aragón 2018 y País Vasco 2015 de categoría matrona. De plena actualidad, el IHAN conocido como la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) ha sido lanzada por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Consta de 10 medidas para atención especializada y 7 atención primaria.*

Diez pasos para hospital acreditado como IHAN (REAL 11, 98)	
1	Disponer de una normativa escrita de lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.
2	Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.
3	Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.
4	Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto (EXT 07, 49; GAL 09, 99, 100; MUR 18, 33; AND 16, 71; CAN 16, 102). Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo su ayuda en caso necesario.
5	Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.
6	No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.
7	Practicar el alojamiento conjunto: permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día.
8	Alentar a las madres a amamantar a demanda.
9	No dar a los niños alimentados al pecho biberones, tetinas o chupetes.
10	Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital (y ofrecer a la madre los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área).

Siete pasos para centro de salud acreditado como IHAN	
1	Disponer de una <b>normativa escrita</b> relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2	<b>Capacitar</b> a todo el personal para llevar a cabo esa política.
3	Informar a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y como llevarlo a cabo.
4	<b>Ayudar</b> a las madres al inicio de la lactancia y asegurarse de que son atendidas en las primeras 72 horas tras el alta hospitalaria.
5	<b>Ofrecer apoyo</b> a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, y a continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente.
6	Proporcionar una <b>atmósfera receptiva y de acogida</b> a las madres y familias de los lactantes.
7	Fomentar la <b>colaboración</b> entre los profesionales de la salud y la comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales.

65.- La población diana a la que se dirige el programa DEPRECAM para la detección precoz del cáncer de mama es:

- A) Mujeres entre 45-65 años.
- B) Mujeres entre 50-69 años.**
- C) Mujeres entre 50-70 años.
- D) Mujeres entre 25-65 años.

**Explicación:** el DEPRECAM es un programa de detección precoz del cáncer de mama se dirige a mujeres con edad entre 50 y 69 años, asintomáticas y que cumplan los criterios de inclusión establecidos. Su objetivo es prevenir el desarrollo del cáncer de mama, uno de los principales problemas de salud en la mujer, mediante el diagnóstico precoz. Población diana: mujeres sanas con Tarjeta Sanitaria de entre 50 y 69 años de edad. Método diagnóstico: mamografía bilateral en dos proyecciones con una periodicidad cada dos años.

66.- Dentro de los estadios de Tanner, ¿a cuál se corresponde un crecimiento del escroto y los testículos, pero no del pene?

- A) Estadio 1.
- B) Estadio 2.**
- C) Estadio 3.
- D) Estadio 4.

67.- El programa de salud bucodental recomienda suplementar flúor, en base al nivel de flúor del agua potable ingerida. De este modo un niño con 7 años y que toma <0,3 ppm de flúor, debe suplementar la dieta con:

- A) Nada.
- B) 0,25 mg/día.
- C) 0,50 mg/día.
- D) 1 mg/día.**

**Explicación:**

Administración de flúor según el nivel de fluoruro en agua potable			
Edad	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)

68.- Para valorar el Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN), el test de Finnegan valora el inicio, progresión y resolución del SAN y evalúa la respuesta clínica a los fármacos usados. Entre los parámetros que mide el test de Finnegan, NO encontramos:

- A) Alteraciones tiroideas.
- B) Alteraciones vegetativas.
- C) Alteraciones gastrointestinales.
- D) Alteraciones del sistema nervioso central.

*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.*

69.- De los cinco axiomas de la comunicación humana elaboradas por Watzlawick con respecto a los intercambios comunicativos, ¿cuál de las siguientes respuestas es el AXIOMA 1?

- 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.

70.- Según la proxémica, la distancia entre 1,25 y 3,5 metros que se utiliza para hablar con el paciente se denomina:

- A) Distancia terapéutica.
- B) Distancia personal.
- C) Distancia social.
- D) Distancia pública.

*Explicación: en la proxémica se distinguen 4 tipos de distancias en la comunicación: íntima (15 cm y 45 cm), personal (45 cm y 1,25 m), social (1,25-3,5 m) y pública (> 3,5 m).*

71.- Según el psicólogo Jean Piaget, en el desarrollo del niño en su ámbito cognitivo; la etapa que se inicia con los 18 meses de vida hasta los 7 años la define como:

- A) Etapa de las operaciones concretas.
- B) Etapa de las operaciones formales.
- C) Etapa preoperacional.
- D) Etapa sensoriomotriz.

**Explicación:** Piaget describe 4 fases en el desarrollo cognitivo infantil: período sensoriomotor (0-2 años), preoperacional (2-6 años), operaciones concretas (7-11 años) y operaciones formales (>11 años).

**72.- ¿Qué maniobra hay que realizar al retirar una sonda vesical si 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.

**73.- 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 inspirada en SERMAS 2014 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

**74.- 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 Madrid 2014 y 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.

**75.- En una muestra de 2500 individuos de una Zona Básica de Salud se ha encontrado un nivel medio de glucosa de 91,98 mg/dl y una desviación típica muestral de 9,31 mg/dl. Sabiendo que la glucemia se distribuye normalmente en la población y el nivel de confianza es del 95%, ( $\alpha=0,05\%$ ). El intervalo de confianza de dicha variable será:**

- A) 91,97-95,82 mg/dl.
- B) 83,61-91,31 mg/dl.
- C) 91,61-92,34 mg/dl.**
- D) 92,34-95,82 mg/dl.

**Explicación:** sabiendo que, al calcular un intervalo de confianza, los valores que queden por encima de la media, distan exactamente igual por debajo de la misma, me lleva a la conclusión de que no puede haber otra opción de respuesta correcta que la "C". Ahora bien, la fórmula de cálculo requiere multiplicar el nivel de confianza (95%), por tanto, 2; por la desviación típica = 9,31; dividido por la raíz cuadrada de la muestra. El valor obtenido lo debemos sumar y restar a la media para obtener el intervalo de confianza. Algo complejo para realizarlo en un examen, en el que no pueda hacer uso de dispositivos para hacer cálculos.

76.- Para un estudio epidemiológico sobre dolencias de suelo pélvico en mujeres madrileñas, se decide seguir la siguiente estrategia de muestreo: se escogen aleatoriamente 10 pueblos de Madrid 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.

77.- ¿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.



78.- ¿Cuál de las siguientes es una base de fuentes bibliográfica de enfermería desarrollada en MADRID?

- A) CUIDEN.
- B) LILACS.
- C) CUIDATGE.
- D) ENFISPO.**

79.- Señale la definición de cuidados paliativos recogida en el Plan de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid:

- A) Son el conjunto coordinado de acciones en el ámbito sanitario dirigido al cuidado integral y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, siendo primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales.**
- B) Se trata de acciones dirigidas a mejorar únicamente la calidad de vida del paciente preferiblemente en su domicilio.
- C) Son el conjunto de acciones para mejorar la calidad de vida y controlar los síntomas dirigidos únicamente al paciente.
- D) Son el conjunto de cuidados estandarizados y sistematizados dirigidos al paciente y su familia preferiblemente en el hospital en aquellos con un pronóstico de vida inferior a 12 meses.

*Explicación: pregunta inspirada en Cantabria 2017 que nos preguntaba la definición de cuidados paliativos de la OMS, en esta ocasión nos pregunta la reflejada en el Plan de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. Es de corte sencillo, más allá de haber leído el anexo de nuestro manual, por el hecho de conocer las características de la enfermedad terminal: Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable y documentada; Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de muerte; Y Pronóstico de vida inferior a 6 meses. Y por otro lado, los objetivos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL): Una atención individualizada, continua e integral, teniendo en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, a través de un equipo multidisciplinar. La familia y el paciente son una sola unidad, la cual precisa de educación al respecto. Es fundamental respetar la dignidad del enfermo, así como fomentar su autonomía con una actitud rehabilitadora y terapéutica. Importancia del ambiente donde se prestan estos cuidados paliativos. Concepción terapéutica activa: rehabilitadora.*

80.- 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.

*Explicación: pregunta inspirada en OPE Cantabria 2018 y Cataluña 2018.*

81.- 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.

*Explicación: pregunta OPE Castilla-La Mancha 2018 y Rioja 2018. La escala del dolor de la OMS (1986) mide tres grados en la intensidad del dolor en función de los fármacos suministrados (no opiáceos, opiáceos menores y opiáceos mayores) el 90% de los casos de dolor por cáncer. El cuarto escalón es intervencionista. Estos analgésicos se combinan con adyuvantes, siempre asociando el nivel 1+3 o 1+2, nunca 2+3.*

**82.- La clorhexidina es un antiséptico de tipo:**

- A) Compuesto catiónico.
- B) Derivado del amonio.
- C) Biguanida.**
- D) Alcohólico.

**83.- El decreto 83/1999, de 3 de junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la comunidad de Madrid, establece que el grupo III tiene a su vez:**

- A) 5 grupos.
- B) 7 grupos.
- C) 9 grupos.**
- D) 12 grupos.

**Explicación:** Se incluyen en el grupo III de Biosanitarios Especiales lo referido al Anexo I de la normativa Decreto 83/1999, de 3 de junio (consultar tabla en página anterior):

- Grupo 1. Residuos de pacientes con infecciones altamente virulentas, erradicadas, importadas o de muy baja incidencia en España: cualquier residuo en contacto con pacientes afectados de las siguientes enfermedades infecciosas: Fiebres hemorrágicas víricas (Congo-crimea, de Lassa, Marbug, Ébola y complejo encefalítico por artrópodos), Herpes virus simiae, Rabia, Carhunco, Muermo, Mieloidosis, Difteria, Tularemia y Viruela.
- Grupo 2. Residuos de pacientes con infecciones de transmisión oral-fecal: cualquier residuo contaminado con heces de pacientes afectados de las siguientes infecciones: cólera y disentería amebiana.
- Grupo 3. Residuos de pacientes con infecciones de transmisión por aerosoles: cualquier residuo contaminado con secreciones respiratorias de pacientes con las siguientes infecciones: Tuberculosis y Fiebre Q.
- Grupo 4. Filtros de diálisis de pacientes infecciosos: filtros de diálisis de máquinas reservadas a pacientes portadores de las siguientes infecciones de transmisión sanguínea: VHB, VHC y VIH.
- Grupo 5. Residuos punzantes o cortantes: todo instrumento u objeto utilizado en la actividad sanitaria, con independencia de su origen, que tenga esquinas, bordes o salientes capaces de cortar o pinchar como agujas hipodérmicas, hojas de bisturí, lancetas, capilares, portaobjetos, cubreobjetos, pipetas pasteur y similares. Así como artículos de cristal rotos, si han estado en contacto con productos biológicos.
- Grupo 6. Cultivos y reservas de agentes infecciosos: de actividades de análisis o experimentación microbiológicos, contaminados con agentes infecciosos o productos biológicos derivados, tales como: cultivos de agentes infecciosos y material de desecho en contacto con ellos como placa Petri, hemocultivos, instrumental contaminado, reservas de agentes infecciosos y vacunas vivas o atenuadas, salvo materiales manchados de un solo uso.
- Grupo 7. Residuos de animales infecciosos: cadáveres, partes del cuerpo y otros residuos anatómicos de animales de experimentación que hayan sido inoculados con los agentes infecciosos.
- Grupo 8. Cantidades importantes de líquidos corporales, especialmente sangre humana: recipientes conteniendo más de 100 ml de líquidos corporales y muestras de sangre o productos derivados, en cantidades superiores a 100 ml.
- Grupo 9. Residuos anatómicos humanos, tejidos o partes del cuerpo de pequeña entidad, a excepción de piezas dentarias, incluidos productos de la concepción, obtenidos como consecuencia de traumatismos o durante actividades quirúrgicas o forenses, no conservadas mediante formaldehído u otro producto químico.

**84.- 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.**

85.- Según lo establecido en el art. 36 de la CE sobre los Colegios Profesionales, señale la verdadera:

- A) La Constitución afirma que los mismos serán regulados por Ley Orgánica.
- B) Su estructura interna y funcionamiento deberán ser democráticos.**
- C) Están detalladamente regulados en la Constitución.
- D) Todas las respuestas son falsas.

**Explicación:**

*El art. 36 de la CE establece que: "La ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y el funcionamiento de los Colegios deberán ser democráticos"*

86.- En base a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias está tipificado como:

- A) Infracción leve.
- B) Infracción grave.
- C) Infracción muy grave.**
- D) No existe esa tipificación en dicha Ley.

**Explicación:** Art. 35 de la Ley General de Sanidad.

*Se tipifican como infracciones sanitarias las siguientes:*

*C) Infracciones muy graves.*

- 1.ª Las que reciban expresamente dicha calificación en la normativa especial aplicable en cada caso.*
- 2.ª Las que se realicen de forma consciente y deliberada, siempre que se produzca un daño grave.*
- 3.ª Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves, o hayan servido para facilitar o encubrir su comisión.*
- 4.ª El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias.*
- 5.ª La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control e inspección.*
- 6.ª La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.*
- 7.ª Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo y de su grado de concurrencia, merezcan la calificación de muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.*
- 8.ª La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.*

87.- ¿Cuánto tiempo como mínimo están obligados los centros sanitarios a conservar la documentación clínica?

- A) 2 años
- B) 5 años**
- C) 10 años
- D) 25 años.

**Explicación:**

*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.*

*Artículo 17 La conservación de la documentación clínica*

- 1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.*

88.- Según la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, tendrá la consideración de falta muy grave:

- A) La falta de obediencia debida a los superiores.
- B) El incumplimiento de los plazos u otras disposiciones de procedimiento en materia de incompatibilidades, cuando no suponga el mantenimiento de una situación de incompatibilidad.
- C) La notoria falta de rendimiento que comporte inhibición en el cumplimiento de sus funciones.**

- D) Los daños o el deterioro en las instalaciones, equipamiento, instrumental o documentación, cuando se produzcan por negligencia inexcusable.

**Explicación:** Artículo 72 Clases y prescripción de las faltas

2. Son faltas muy graves:

- a) El incumplimiento del deber de respeto a la Constitución o al respectivo Estatuto de Autonomía en el ejercicio de sus funciones.
- b) Toda actuación que suponga discriminación por razones ideológicas, morales, políticas, sindicales, de raza, lengua, género, religión o circunstancias económicas, personales o sociales, tanto del personal como de los usuarios, o por la condición en virtud de la cual éstos accedan a los servicios de las instituciones o centros sanitarios.
- c) El quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución o a la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso y estancia en las instituciones o centros sanitarios.
- d) El abandono del servicio.
- e) La falta de asistencia durante más de cinco días continuados o la acumulación de siete faltas en dos meses sin autorización ni causa justificada.
- f) El notorio incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios.
- g) La desobediencia notoria y manifiesta a las órdenes o instrucciones de un superior directo, mediato o inmediato, emitidas por éste en el ejercicio de sus funciones, salvo que constituyan una infracción manifiesta y clara y terminante de un precepto de una ley o de otra disposición de carácter general.
- h) La notoria falta de rendimiento que comporte inhibición en el cumplimiento de sus funciones.
- i) La negativa a participar activamente en las medidas especiales adoptadas por las Administraciones públicas o servicios de salud cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.
- j) El incumplimiento de la obligación de atender los servicios esenciales establecidos en caso de huelga.
- k) La realización de actuaciones manifiestamente ilegales en el desempeño de sus funciones, cuando causen perjuicio grave a la Administración, a las instituciones y centros sanitarios o a los ciudadanos.
- l) El incumplimiento de las normas sobre incompatibilidades, cuando suponga el mantenimiento de una situación de incompatibilidad.
- m) La prevalencia de la condición de personal estatutario para obtener un beneficio indebido para sí o para terceros, y especialmente la exigencia o aceptación de compensación por quienes provean de servicios o materiales a los centros o instituciones.
- n) Los actos dirigidos a impedir o coartar el libre ejercicio de los derechos fundamentales, las libertades públicas y los derechos sindicales.
- ñ) La realización de actos encaminados a coartar el libre ejercicio del derecho de huelga o a impedir el adecuado funcionamiento de los servicios esenciales durante la misma.
- o) La grave agresión a cualquier persona con la que se relacionen en el ejercicio de sus funciones.
- p) El acoso sexual, cuando suponga agresión o chantaje.
- q) La exigencia de cualquier tipo de compensación por los servicios prestados a los usuarios de los servicios de salud.
- r) La utilización de los locales, instalaciones o equipamiento de las instituciones, centros o servicios de salud para la realización de actividades o funciones ajenas a dichos servicios.
- s) La inducción directa, a otro u otros, a la comisión de una falta muy grave, así como la cooperación con un acto sin el cual una falta muy grave no se habría cometido.
- t) El exceso arbitrario en el uso de autoridad que cause perjuicio grave al personal subordinado o al servicio.
- u) La negativa expresa a hacer uso de los medios de protección disponibles y seguir las recomendaciones establecidas para la prevención de riesgos laborales, así como la negligencia en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.

**89.- Según la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, el personal estatutario fijo durante el tiempo en que realice funciones en promoción interna temporal, se mantendrá en su categoría de origen en la situación de:**

- A) Excedencia voluntaria.
- B) Situación especial en activo.
- C) Servicios especiales.
- D) Servicio activo.**

**Explicación:** Artículo 35 Promoción interna temporal

1. Por necesidades del servicio y en los supuestos y bajo los requisitos que al efecto se establezcan en cada servicio de salud, se podrá ofrecer al personal estatutario fijo el desempeño temporal, y con carácter voluntario, de funciones correspondientes a nombramientos de una categoría del mismo nivel de titulación o de nivel superior, siempre que ostente la titulación correspondiente. Estos procedimientos serán objeto de negociación en las mesas correspondientes.

2. Durante el tiempo en que realice funciones en promoción interna temporal, el interesado se mantendrá en servicio activo en su categoría de origen, y percibirá las retribuciones correspondientes a las funciones efectivamente desempeñadas, con excepción de los trienios, que serán los correspondientes a su nombramiento original.

3. El ejercicio de funciones en promoción interna temporal no supondrá la consolidación de derecho alguno de carácter retributivo o en relación con la obtención de nuevo nombramiento, sin perjuicio de su posible consideración como mérito en los sistemas de promoción interna previstos en el artículo anterior.

**90.- En la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias, entre los deberes de los profesionales sanitarios en relación con las personas que atienden, la normativa vigente recoge expresamente los de:**

- A) Dar una atención especializada y profesional.
- B) Dar una atención humana y profesional.
- C) Dar una atención ejemplar y profesional.
- D) Dar una atención sanitaria técnica y profesional.**

**Explicación:** Artículo 5. Principios generales de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos.

1. La relación entre los profesionales sanitarios y de las personas atendidas por ellos, se rige por los siguientes principios generales:

a) Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.

b) Los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos.

c) Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.

d) Los pacientes tienen derecho a la libre elección del médico que debe atenderles. Tanto si el ejercicio profesional se desarrolla en el sistema público como en el ámbito privado por cuenta ajena, este derecho se ejercerá de acuerdo con una normativa explícita que debe ser públicamente conocida y accesible. En esta situación el profesional puede ejercer el derecho de renunciar a prestar atenciones sanitarias a dicha persona sólo si ello no conlleva desatención. En el ejercicio en el sistema público o privado, dicha renuncia se ejercerá de acuerdo con procedimientos regulares, establecidos y explícitos, y de ella deberá quedar constancia formal.

e) Los profesionales y los responsables de los centros sanitarios facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden, así como a conocer la categoría y función de éstos, si así estuvieran definidas en su centro o institución.

f) Los pacientes tienen derecho a recibir información de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



**91.- En base a la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, indique la verdadera sobre El Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid:**

- A) Principal órgano de ejecución de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, proponiendo formulas en la política sanitaria y en el control de su ejecución.
- B) Los miembros del Consejo de Salud serán nombrados y cesados por el Consejero de Hacienda, a propuesta de cada una de las instituciones que lo componen.
- C) Corresponderá al Consejo de Salud, en su calidad de órgano de asesoramiento, consulta, seguimiento y supervisión de la actividad del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid promover la participación de la sociedad civil en los centros y establecimientos sanitarios, entre otros.
- D) Todas son correctas

**Explicación:** *CAPÍTULO III. El Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid*

*Artículo 42. Naturaleza.*

*El Consejo de Salud se constituye en el principal órgano de participación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, asesorando en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.*

*Artículo 43.3 Composición.*

*Los miembros del Consejo de Salud serán nombrados y cesados por el Consejero de Sanidad, a propuesta de cada una de las instituciones que lo componen. El nombramiento se hará por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de que los interesados puedan ser reelegidos sucesivamente, siempre que cuenten con la representación requerida.*

*Artículo 44. Funciones.*

*1. Corresponderá al Consejo de Salud, en su calidad de órgano de asesoramiento, consulta, seguimiento y supervisión de la actividad del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, ejercer las siguientes funciones:*

- a) Asesorar y formular propuestas al Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid en los asuntos relacionados con la protección de la salud y la atención sanitaria en su territorio.*
- b) Verificar que las actuaciones en materia Sanitaria se adecuen a la normativa y se desarrollen de acuerdo con las necesidades sociales y las posibilidades económicas del sector público.*
- c) Promover la participación de la sociedad civil en los centros y establecimientos sanitarios.*
- d) Conocer los criterios y líneas generales de los Proyectos de Ley elaborados por la Consejería de Sanidad.*
- e) Conocer los criterios y líneas generales del Plan de Servicios y el Programa de Asignación por Objetivos del Servicio Madrileño de Salud.*
- f) Conocer los criterios y líneas generales del proyecto de presupuestos de la Consejería de Sanidad de sus organismos autónomos y entes con personalidad jurídica propia.*
- g) Conocer la Memoria anual de la Consejería de Sanidad.*
- h) Cualesquiera otras que le sean atribuidas legal o reglamentariamente.*

**92.- Indica la correcta sobre los derechos de los ciudadanos, según lo establecido en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid:**

- A) El ciudadano tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud, para poder tomar una decisión realmente autónoma. Este derecho no incluye el respeto a la decisión de no querer ser informado.
- B) El ciudadano tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de unos plazos previamente definidos y conocidos, que serán establecidos reglamentariamente.
- C) El ciudadano tiene derecho a ser informado de los riesgos para su salud en términos comprensibles, ciertos, y siempre por escrito, para poder tomar las medidas necesarias y colaborar con las autoridades sanitarias en el control de dichos riesgos.
- D) El paciente, por decisión propia o a través de su cónyuge, podrá requerir que la información sea proporcionada a sus familiares, allegados u otros, y que sean éstos quienes otorguen el consentimiento por sustitución.

**Explicación:** *Artículo 27. Derechos de los ciudadanos en relación con el sistema sanitario.*

*Además de los derechos regulados en la Ley General de Sanidad, se reconocen como derechos de los ciudadanos en relación con el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid:*

1. El ciudadano tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud, para poder tomar una decisión realmente autónoma. Este derecho incluye el respeto a la decisión de no querer ser informado.
2. En situaciones de riesgo vital o incapacidad para poder tomar decisiones sobre su salud, se arbitrarán los mecanismos necesarios para cada circunstancia que mejor protejan los derechos de cada ciudadano.
3. El ciudadano tiene derecho a mantener su privacidad y a que se garantice la confidencialidad de sus datos sanitarios, de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente.
4. El ciudadano como paciente tiene derecho a conocer la identidad de su médico o facultativo, quien será responsable de proporcionarle toda la información necesaria que requiera, para poder elegir y, en su caso, otorgar su consentimiento a la realización de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, profilácticos y otros, que su estado de salud precise.
5. El ciudadano como paciente tiene derecho a conocer si el procedimiento, diagnóstico o terapéutico que le sea dispensado será empleado en un proyecto docente o en una investigación clínica, a efectos de poder otorgar su consentimiento.
6. El paciente, por decisión propia, podrá requerir que la información sea proporcionada a sus familiares, allegados u otros, y que sean estos quienes otorguen el consentimiento por sustitución.
7. El derecho a la información sobre la propia salud incluye el acceso a la información escrita en la historia clínica, resultados de pruebas complementarias, informes de alta, certificados médicos, y cualquier otro documento clínico que contenga datos sanitarios propios. El grado de confidencialidad de los mismos debe ser decidido por el paciente.
8. El ciudadano tiene derecho a ser informado de los riesgos para su salud en términos comprensibles y ciertos, para poder tomar las medidas necesarias y colaborar con las autoridades sanitarias en el control de dichos riesgos.
9. Los ciudadanos tienen derecho a la libre elección de médico y centro sanitario, así como a una segunda opinión, en los términos que reglamentariamente se determinen.
10. El ciudadano tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de unos plazos previamente definidos y conocidos, que serán establecidos reglamentariamente.
11. Se reconoce el derecho al respeto de la voluntad del paciente en el proceso de morir.
12. Se reconoce el derecho a los cuidados paliativos integrales de calidad incluida la sedación paliativa.

**93.- En base a la Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, señale la falsa sobre la Junta Técnica Asistencial:**

- A) Órgano colegiado de participación de los profesionales en el mecanismo de toma de decisiones que afecten a sus actividades y de asesoramiento de la Dirección Gerencia y de la Comisión de Dirección.
- B) En los centros hospitalarios la Junta Técnica Asistencial estará presidida por el Gerente como máximo responsable de la actividad asistencial.
- C) En las Direcciones Territoriales de Atención Primaria la Junta Técnica Asistencial estará presidida por el director territorial y formarán parte de ella, entre otros, los directores de los centros de salud del territorio.
- D) Los informes, dictámenes y recomendaciones de la Junta Técnica Asistencia no son vinculantes, más las actuaciones en las que no se atiende a su criterio requerirán motivación suficiente y adecuada.

**Explicación:** Artículo 13. Junta Técnica Asistencial.

1. Se configura como órgano colegiado de participación de los profesionales en el mecanismo de toma de decisiones que afecten a sus actividades y de asesoramiento de la Dirección Gerencia y de la Comisión de Dirección.

2. La composición y el funcionamiento de la Junta Técnica Asistencial se fijarán reglamentariamente.

En los centros hospitalarios la Junta Técnica Asistencial estará presidida por el director médico como directivo máximo responsable de la actividad asistencial.

En las Direcciones Territoriales de Atención Primaria la Junta Técnica Asistencial estará presidida por el director territorial y formarán parte de ella, entre otros, los directores de los centros de salud del territorio.

Artículo 15. Funcionamiento de la Junta Técnica Asistencial.

1. La Presidencia dará cuenta de los indicadores de resultados que se contemplen dentro de los objetivos de sus respectivas unidades, así como de los recursos empleados para su consecución.

2. La Secretaría de la Junta Técnica Asistencial contará con estructura administrativa y medios personales y materiales suficientes para su correcto funcionamiento.

3. Se publicará el contenido básico de las actas de la Junta Técnica Asistencial, así como sus decisiones, con respeto en todo caso a la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.
4. La Junta Técnica Asistencial elevará los informes que consideren necesarios tanto a la Comisión de Dirección como a la Junta de Gobierno.
5. Los informes, dictámenes y recomendaciones de la Junta Técnica Asistencia no son vinculantes, más las actuaciones en las que no se atiende a su criterio requerirán motivación suficiente y adecuada.

94.- Con respecto al impacto en la salud de las mujeres víctimas de violencia, indique la respuesta correcta:

- A) Existe una disminución de los embarazos no deseados y de alto riesgo.
- B) Son menos vulnerables a los problemas de salud que las mujeres no maltratadas.
- C) Pueden presentar cuadros emocionales y conductuales que se pueden confundir con trastornos de personalidad.
- D) El riesgo de suicidio es similar al de las mujeres no maltratadas.

95.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad afectiva de mujeres y hombres, una diferencia de trato basada en una característica relacionada con el sexo, ¿constituye discriminación en el acceso al empleo?

- A) En todo caso.
- B) A efectos de la citada ley nunca, sin perjuicio de las responsabilidades penales que puedan derivarse.
- C) Sí, salvo que, debido a la naturaleza de las actividades profesionales concretas o al contexto en el que se lleven a cabo, dicha característica constituya un requisito profesional esencial y determinante, siempre y cuando el objetivo sea legítimo y el requisito proporcionado.
- D) En todo caso en el ámbito del acceso al empleo público, incluida la formación necesaria.

**Explicación:** Artículo 5. Igualdad de trato y de oportunidades en el acceso al empleo, en la formación y en la promoción profesionales, y en las condiciones de trabajo.

El principio de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, aplicable en el ámbito del empleo privado y en el del empleo público, se garantizará, en los términos previstos en la normativa aplicable, en el acceso al empleo, incluso al trabajo por cuenta propia, en la formación profesional, en la promoción profesional, en las condiciones de trabajo, incluidas las retributivas y las de despido, y en la afiliación y participación en las organizaciones sindicales y empresariales, o en cualquier organización cuyos miembros ejerzan una profesión concreta, incluidas las prestaciones concedidas por las mismas. No constituirá discriminación en el acceso al empleo, incluida la formación necesaria, una diferencia de trato basada en una característica relacionada con el sexo cuando, debido a la naturaleza de las actividades profesionales concretas o al contexto en el que se lleven a cabo, dicha característica constituya un requisito profesional esencial y determinante, siempre y cuando el objetivo sea legítimo y el requisito proporcionado.

96.- Según la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, se entiende por equipo de trabajo:

- A) Cualquier característica del trabajo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajo.
- B) Cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos.
- C) Cualquier máquina, aparato o instalación utilizada en el trabajo.
- D) Conjunto de vestuario, calzado y utensilios proporcionados al trabajador para el desempeño de su actividad.

**Explicación:** Artículo 4. Definiciones.

A efectos de la presente Ley y de las normas que la desarrollen:

- 1.º Se entenderá por «prevención» el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.
- 2.º Se entenderá como «riesgo laboral» la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.

3.º Se considerarán como «daños derivados del trabajo» las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

4.º Se entenderá como «riesgo laboral grave e inminente» aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores. En el caso de exposición a agentes susceptibles de causar daños graves a la salud de los trabajadores, se considerará que existe un riesgo grave e inminente cuando sea probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato una exposición a dichos agentes de la que puedan derivarse daños graves para la salud, aun cuando éstos no se manifiesten de forma inmediata.

5.º Se entenderán como procesos, actividades, operaciones, equipos o productos «potencialmente peligrosos» aquellos que, en ausencia de medidas preventivas específicas, originen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores que los desarrollan o utilizan.

6.º Se entenderá como «equipo de trabajo» cualquier máquina, aparato, instrumento o instalación utilizada en el trabajo.

7.º Se entenderá como «condición de trabajo» cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Quedan específicamente incluidas en esta definición:

a) Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.

b) La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.

c) Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.

d) Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.

8.º Se entenderá por «equipo de protección individual» cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

97.- El ruido como factor de riesgo en el trabajo, debe ser estudiado por la:

- A) Seguridad Laboral.
- B) Higiene industrial.**
- C) Ergonomía.
- D) Ninguna es correcta.

98.- Las disposiciones de carácter laboral contenidas en la ley 31/1995, de prevención de riesgos laborales, tendrán carácter de:

- A) Derecho necesario mínimo disponible.
- B) Derecho necesario mínimo indisponible.**
- C) Derecho necesario máximo disponible.
- D) Derecho necesario máximo indisponible

**Explicación:** Artículo 2. Objeto y carácter de la norma.

1. La presente Ley tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo.

A tales efectos, esta Ley establece los principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva, en los términos señalados en la presente disposición.

Para el cumplimiento de dichos fines, la presente Ley regula las actuaciones a desarrollar por las Administraciones públicas, así como por los empresarios, los trabajadores y sus respectivas organizaciones representativas.

2. Las disposiciones de carácter laboral contenidas en esta Ley y en sus normas reglamentarias tendrán en todo caso el carácter de Derecho necesario mínimo indisponible, pudiendo ser mejoradas y desarrolladas en los convenios colectivos.



**99.- El tratamiento de los datos personales de un menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de:**

- A) Doce años
- B) Trece años.
- C) Catorce años.**
- D) Dieciséis años.

**Explicación:** Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Artículo 7. Consentimiento de los menores de edad.

1. El tratamiento de los datos personales de un menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de catorce años.

Se exceptúan los supuestos en que la ley exija la asistencia de los titulares de la patria potestad o tutela para la celebración del acto o negocio jurídico en cuyo contexto se recaba el consentimiento para el tratamiento.

2. El tratamiento de los datos de los menores de catorce años, fundado en el consentimiento, solo será lícito si consta el del titular de la patria potestad o tutela, con el alcance que determinen los titulares de la patria potestad o tutela.

**100.- Las actuaciones llevadas a cabo por el responsable del tratamiento para atender las solicitudes de ejercicio de los derechos comprendidos en el Reglamento europeo de protección de datos, serán:**

- A) Gratuitas.**
- B) Objeto de cobro.
- C) Se podrá cobrar el coste mínimo por los servicios ofrecidos.
- D) Ninguna es correcta.

**Explicación:** Artículo 12. Disposiciones generales sobre ejercicio de los derechos.

1. Los derechos reconocidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, podrán ejercerse directamente o por medio de representante legal o voluntario.

2. El responsable del tratamiento estará obligado a informar al afectado sobre los medios a su disposición para ejercer los derechos que le corresponden. Los medios deberán ser fácilmente accesibles para el afectado. El ejercicio del derecho no podrá ser denegado por el solo motivo de optar el afectado por otro medio.

3. El encargado podrá tramitar, por cuenta del responsable, las solicitudes de ejercicio formuladas por los afectados de sus derechos si así se estableciere en el contrato o acto jurídico que les vincule.

4. La prueba del cumplimiento del deber de responder a la solicitud de ejercicio de sus derechos formulado por el afectado recaerá sobre el responsable.

5. Cuando las leyes aplicables a determinados tratamientos establezcan un régimen especial que afecte al ejercicio de los derechos previstos en el Capítulo III del Reglamento (UE) 2016/679, se estará a lo dispuesto en aquellas.

6. En cualquier caso, los titulares de la patria potestad podrán ejercitar en nombre y representación de los menores de catorce años los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición o cualesquiera otros que pudieran corresponderles en el contexto de la presente ley orgánica.

7. Serán gratuitas las actuaciones llevadas a cabo por el responsable del tratamiento para atender las solicitudes de ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 12.5 y 15.3 del Reglamento (UE) 2016/679 y en los apartados 3 y 4 del artículo 13 de esta ley orgánica.

## **RESERVA**

**101.- El Reglamento Europeo de protección de datos se aplica al tratamiento de datos:**

- A) Automatizados totalmente.
- B) No automatizados.
- C) Automatizados parcialmente.
- D) Todas son correctas.**

**Explicación:** REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.



*Artículo 2. Ámbito de aplicación material*

1. El presente Reglamento se aplica al tratamiento total o parcialmente automatizado de datos personales, así como al tratamiento no automatizado de datos personales contenidos o destinados a ser incluidos en un fichero.

**102.- Los principios de la Bioética son:**

- A) Justicia y beneficencia.
- B) Beneficencia, no maleficencia, justicia y equidad.
- C) Beneficencia, justicia, autonomía y derecho a la participación.
- D) Beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

*Explicación: pregunta OPE SERMAS 2006.*

**103.- El agente causal del cáncer de cérvix es:**

- A) VPH.
- B) VHS-1.
- C) VHS-2.
- D) Virus Epstein-Barr.

*Explicación: pregunta Aulaplus.*

**104.- 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. 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.*

**105.- 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 nomenclatura 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).*

**106.- Una de las siguientes vacunas NO está contraindicada en el embarazo:**

- A) Tosferina.
- B) Varicela.
- C) Sarampión.
- D) Rubeola.

*Explicación: pregunta OPE Andalucía 2007. Las vacunas contraindicadas en una embarazada son las vacunas de virus vivos atenuados: sarampión, rubeola y parotiditis (triple vírica), varicela, polio tipo sabin y fiebre amarilla.*

107.- ¿Qué tipo de muestreo, es el que nos permite obtener de cada unidad de la población, la misma probabilidad de ser escogido?

- A) Aleatorio simple.
- B) Estratificado.
- C) Sistemático.
- D) En etapas múltiples.

**Explicación:** pregunta inspirada en OPE Rioja 2018 y Extremadura 2008. Muestreo aleatorio: 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. Ventajas: sencillo, cálculo rápido. Desventajas: requiere listado de la población, muestras pequeñas no generará representatividad.

108.- En la Incompatibilidad Rh, ¿con qué prueba de laboratorio se detecta la presencia de anticuerpos en el suero materno?

- A) Inmunoglobulina Rh.
- B) Prueba de Coombs directa.
- C) Prueba de Coombs indirecta.
- D) Todas son correctas.

**Explicación:** pregunta Galicia 2001. Para su detección contamos con el Test de Coombs indirecto: determina la presencia de Ac anti-Rh en la gestante durante la gestación, y Directo: Se realiza con sangre de cordón para determinar la presencia de hematíes bloqueados por los anticuerpos maternos.

109.- 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 período de apnea, se trata de un tipo de respiración:

- A) Respiración de Kussmaul.
- B) Respiración de Cheyne-Stokes.
- C) Taquipnea.
- D) Respiración de Biot.

**Explicación:** OPE Navarra 2018.

110.- El primer y gran principio de acción preventiva es:

- A) Combatir los accidentes in itinere.
- B) Evaluar los riesgos.
- C) Evitar los riesgos.
- D) Anteponer los equipos de protección colectiva a los individuales.

**Explicación:** pregunta OPE Valencia, Murcia, Aragón y Cantabria 2018.