

# AULA+

## PREGUNTAS IMPUGNADAS



[www.aulaplusformacion.es](http://www.aulaplusformacion.es)

#### PREGUNTA 14. COMENTARIO

Según la escala de Braden, señale a qué corresponde una puntuación de 2 en el factor de riesgo de la humedad:

- A. Rara vez húmedo.
- B. Ocasionalmente húmedo
- C. Constantemente húmedo.
- D. Muy húmedo.

##### **Comentario:**

La escala Braden original hace referencia en su puntuación 2 muy húmedo, en su traducción al castellano y posterior adaptación se modificó por: "A menudo húmeda". Por este motivo, puede dar lugar a dudas al interpretar los puntos de valoración dentro de este ítem.

Bibliografía: "Documento técnico de la GNEAUPP N.º XI. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión". Octubre 2019. Página 24.

[https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/19\\_pdf.pdf](https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/19_pdf.pdf)

---

#### PREGUNTA 24. POSIBILIDAD DE IMPUGNACIÓN: RESPUESTA CORRECTA C

En la intoxicación por paracetamol, señala la manifestación clínica correcta:

- A. Arritmia.
- B. Hipotensión, edema pulmonar e hipoxemia.
- C. Pruebas anormales de función hepática.
- D. Visión borrosa.

##### **Solicita: Anulación de pregunta.**

Solicito la anulación de la pregunta ya que en las misma hay dos opciones de respuestas correctas posibles: A y C.

##### **Argumentación:**

En la intoxicación por paracetamol, los síntomas clínicos y analíticos del daño hepático y renal no se comienzan a manifestar hasta pasadas las 24 h de la ingesta. Se elevarán los niveles de AST y ALT y, posteriormente, la tasa de protrombina. A partir del tercer o cuarto día, de progresar la intoxicación aparecerá ictericia, alteración del SNC, hiperventilación, hipoglucemia, diátesis hemorrágica, hipotensión, arritmias, coma... Pueden ser válidas por tanto la respuesta C (es la que indicará el tribunal) pero también la A de forma más tardía. En la pregunta no se especifica cual es la más frecuente.

Página 716, Manual Jimenez Murillo: "Las manifestaciones clínicas durante las primeras 24 horas consisten en náuseas y vómitos; posteriormente, no antes de las 12-36 horas de la intoxicación, aparecen síntomas clínico-biológicos de hepatotoxicidad, que alcanzan su máxima intensidad a las 72-96 horas. De esta forma, se detecta ictericia (al tercer o cuarto día), alteración leve o moderada de la coagulación y, si la intoxicación es grave, signos de insuficiencia hepática aguda, como alteración del estado de conciencia, hiperventilación, hipoglucemia, diátesis hemorrágica, etc. Igualmente, pueden desarrollarse insuficiencia renal, anemia hemolítica, pancreatitis aguda, metahemoglobinemia y necrosis miocárdica". Como bien se indica, en las fases finales necrosis miocárdica favorece la aparición de arritmias.

##### **Bibliografía:**

"Manual de referencia para manejo de urgencias y emergencias médicas: guía diagnóstica y protocolos de actuación". Jimenez Murillo, Javier Montero. 6.ª edición. Agosto 2018.

#### PREGUNTA 40. ANULACIÓN DE LA PREGUNTA

Según los mecanismos de defensa de Freud, cuando hablamos de protegernos contra la realidad desagradable estamos utilizando el mecanismo de:

- A. Represión.
- B. Regresión
- C. Negación.
- D. Compensación.

**Solicito: Anulación de la pregunta:**

Solicito la anulación de la pregunta ya que la finalidad de los mecanismos de defensa es protegernos de una realidad desagradable.

**Argumento:**

Los mecanismos de defensa son operaciones específicas utilizadas por el YO en respuesta a la percepción de una amenaza psíquica, con el fin de neutralizar sus efectos. Por tanto, al ser las 4 opciones mecanismos de respuesta todas las opciones de respuesta pueden ser válidas.

**Bibliografía:**

Cramer, P. *Empirical Studies of Defense Mechanisms. Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol. 17, N° 1, 2013 Pág. 97-117

---

#### PREGUNTA 73. CAMBIO DE RESPUESTA

Cuál de las siguientes actuaciones, en un paciente con lesiones múltiples es la prioritaria:

- A. Controlar la hemorragia.
- B. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
- C. Prevenir y tratar el choque hipovolémico.
- D. Valorar las lesiones de cabeza y cuello.

**Solicito: Cambio de respuesta.**

Solicito en base a la bibliografía adjunta que se modifiquen las opciones de respuesta de la B "Asegurar la permeabilidad de la vía aérea" a la A "Controlar la hemorragia".

**Argumentación:**

Aunque la pregunta va enfocada según planteamiento clásico a controlar de inicio la vía aérea siguiendo el algoritmo de manejo clásico ABCDE, actualmente todos los manuales de referencia en el manejo de paciente traumatizado grave definen claramente que el objetivo prioritario en la asistencia inicial y evaluación inicial de un paciente traumatizado grave, es la evaluación de deterioro o compromiso circulatorio, de forma que si se objetiva de inicio que el paciente presenta una hemorragia, la evaluación inicial comenzará por intentar cohibirla. La mortalidad de un paciente traumatizado grave, a nivel de estadística, ya no tiene como primera causa de mortalidad inmediata los problemas de la vía aérea sino la exanguinación. Página 141 (PHTLS 8th edition): Paso C: circulación y sangrado (hemorragia y perfusión). Si hay una hemorragia externa fuerte (exanguinante), ésta debe ser controlada antes de evaluar la vía respiratoria (o simultánea si hay una asistencia adecuada en la escena). Adjunto portada de manual, ISBN y página 141.

Página 476 (PHTLS 8th Edition): Por qué mueren los pacientes de trauma. "Un estudio de más de 700 muertes de pacientes traumatizados en Rusia mostró que la mayoría de éstos sucumbieron rápidamente debido a que sus lesiones podían clasificarse en una de las siguientes tres categorías: pérdida sanguínea masiva aguda (36%), lesión grave de órganos vitales como el cerebro (30%) y obstrucción de vías respiratorias e insuficiencia ventilatoria aguda (25%)".

**Bibliografía:**

Advanced Trauma Life Support. ATLS 10th Edición. 2018.  
Prehospital Trauma Life Support. PHTLS 8th Edición. 2016.

**PREGUNTA 74. ANULACIÓN**

Para la clasificación de las víctimas por prioridades ante una catástrofe, señale qué debe cumplir una tarjeta de evacuación:

- A. La tarjeta de evacuación debe ser colocada en la ropa de la víctima.
- B. La tarjeta verde se pondrá en pacientes cuya asistencia se puede demorar 6 horas.
- C. La tarjeta roja identificará a los pacientes con fracturas sin problemas hemodinámicos.
- D. El nombre y el apellido del paciente debe aparecer obligatoriamente en la tarjeta.

**Solicito: Anulación de la pregunta.**

Solicito la anulación de la pregunta ya que no hace referencia a que tipo de tarjeta de triaje se refiere.

**Argumentación:**

La pregunta debe ser anulada puesto que en ningún momento se referencia a que tipo de tarjeta de triaje se refiere. Actualmente disponemos de multitud de tipos de tarjeta de triaje que tienen diferentes consideraciones y que usan métodos de triaje diferentes.

Tarjeta TASSICA: Incluye el procedimiento de primer triaje o prioridad del enfermo para recibir asistencia médica (variante del JUMP START MODIFICADO).

MEMO START UME: La tarjeta de triaje que emplea se basa en el sistema de triaje START, siendo la denominada "MEMO START UME" la que utiliza la Unidad Militar de Emergencias de España y que es accesible al resto de las Fuerzas Armadas Españolas.

METTAG CB100 o Medical Emergency Triage Tag Chemical and Biological es aplicable para heridos por agentes químicas o biológicas y su sistema de triaje oscila de "A-E, la "A" significa asesoramiento, la "B" valora la respiración, la "C" evalúa si el herido tiene riesgo vital o no, la D es si ha habido descontaminación y la "E" la evacuación.

Tarjeta de triaje NBQZC: La tarjeta de triaje NBQZNC tiene como referencia tanto la METTAG original como la MET CB100. El sistema que utiliza es el del Triaje de Sieve y su código de colores es el mismo que en expuesto para el MIN. La prioridad de evacuación es la que se establece en un MASCAL, es decir, por posibilidad de supervivencia y no por urgencia clínica como en los Servicios de Urgencias convencionales.

**Bibliografía:**

Página 266-274. Propuesta de tarjeta triaje en incidentes NBQ con múltiples heridos.  
<http://www.defensa.gob.es/Galerias/comun/rsmdocs/Sanidad-72-4.pdf>

**PREGUNTA 88. ANULACIÓN**

¿Qué maniobra de Leopold nos permite medir el grado de encajamiento del feto?

- A. La primera.
- B. La segunda.
- C. La tercera
- D. La cuarta.

**Solicito: Anulación de la pregunta.**

Solicito la anulación de la pregunta al tener dos opciones correctas (C y D) ya que en ambas maniobras es preciso conocer el grado de encajamiento de la presentación.

**Argumentación:****Tercera maniobra Leopold**

En la misma posición. Con una mano, entre el pulgar y los restantes dedos, se intenta abarcar la presentación fetal inmediatamente por encima de la sínfisis púbica, imprimiéndole desplazamientos laterales: presentación cefálica (dura, regular, que golpea los dedos en los movimientos laterales) y presentación de nalgas (blanda, voluminosa e irregular). Al mismo tiempo la facilidad de desplazamiento lateral o su dificultad, orientan al grado de descenso (encajamiento) de la presentación en el canal del parto. [1]

**Cuarta maniobra Leopold**

Se mira hacia los pies de la paciente. Se introducen las puntas de los dedos de ambas manos lateralmente entre la presentación y los huesos de la pelvis, con las palmas vueltas hacia la superficie del abdomen (Fig. 38). Con esta maniobra se puede reconocer la presentación, el grado de flexión e indirectamente la posición fetal. También el grado de encajamiento de la presentación en la pelvis y ascendiendo en la palpación se podrá apreciar la depresión entre la cabeza y hombro anterior del feto (signo del hachazo). Si al efectuar esta maniobra no se aprecia polo alguno en contacto con la pelvis se diagnosticará situación transversa. [1]

**Bibliografía:**

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona) (Aprobado por orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo). Volumen 2. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2017. Pág. 104.