

PREGUNTA 31: COMENTARIO.

INTRODUCCIÓN

La Economía de la Salud ha surgido y se ha desarrollado en España, en los últimos veinte años, como una especialidad científica, dentro de una corriente iniciada con anterioridad en otros países desarrollados. Tiene por objeto estudiar el complejo espectro de las decisiones sanitarias y el conjunto del sistema de servicios sanitarios desde la perspectiva económica.

Dentro de este marco general, y de forma paralela a los estudios y análisis sobre el sector, se han ido formulando una serie de proposiciones y recomendaciones de carácter más bien normativo, orientadas a la incorporación de los criterios de optimización económica en los aspectos de la organización y gestión del sistema sanitario.

Así, la Economía de la Salud ha podido promover un cierto cambio cultural en las organizaciones sanitarias y en el conjunto de los sistemas sanitarios, al incorporarles los criterios y fundamentos científicos de la economía. Siguiendo a Ortún (1996), podemos desglosar este objeto de estudio en tres ámbitos: la macrogestión, orientada a la gestión pública; la mesogestión, centrada en la gestión de centros sanitarios; y la microgestión sanitaria, dedicada a la gestión clínica.

De este modo, macrogestión sanitaria se denomina política sanitaria, la mesogestión es la gestión centros sanitarios y microgestión es la gestión desarrollada por los profesionales sanitarios en la gestión de recursos.

<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/565241.pdf>

PREGUNTA 38: ANULABLE.

Esta pregunta debería ser anulada, ya que todas las opciones de respuestas son correctas. El reflejo de Babinski puede durar entre 6 meses y dos años. Por lo tanto, las opciones A, B, C son correctas y por tanto la D también.

https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_e_nfermeria/enfermeria/publicaciones_enfermeria/recien_nacido.pdf

PREGUNTA 51: COMENTARIO.

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012.
- La diabetes.
- Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante).
- Algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).

El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

PREGUNTA 67: COMENTARIO.

Clasificación de la vía parenteral:

2.1 Intravascular:

El fármaco se deposita directamente en el lecho vascular, vena o arteria, no existiendo fase de absorción. La biodisponibilidad de esta vía es del 100%.

a) Administración intraarterial

El medicamento se inyecta directamente en una arteria, que irriga un determinado órgano o sector del organismo.

Se realiza cuando se desea dirigir la acción del fármaco a ese órgano determinado; fundamentalmente en medios de diagnóstico (contrastes en radiología) y en perfusión arterial de ciertos citostáticos dirigidos a órganos determinados, con lo que se reduce su acceso a otras zonas del organismo, reduciendo por tanto su toxicidad sistémica.

b) Administración intracardiaca

Se utiliza en caso de emergencia, como por ejemplo administración de adrenalina en caso de paro cardíaco.

c) Administración intravenosa

http://www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb_dl=3568

PREGUNTA 74: COMENTARIO.

Esta pregunta en sí no es errónea, pero la opción D está mal escrita. El etomidato es un anestésico hipnótico, que se utiliza en intervenciones cortas y se pone en perfusión continua. De las opciones el único gas es el halotano.

PREGUNTA 83: ANULABLE.

Existe diversa bibliografía al respecto de los accidentes en edades infantiles, y coinciden en que es en el hogar donde ocurren el mayor número de ellos, pero a la hora de profundizar, no es la cocina la que ocupa la mayor prevalencia.

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1_1928_accidentes_infantiles.pdf

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100011

La prevalencia de accidentes en el hogar fue de 67% (n=193; IC95%: 61.6-72.4). El sitio de la vivienda donde con mayor frecuencia ocurrió el accidente fue la recámara (19.4%), seguido de la sala (18.2%) y la cocina (17.0%).

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-prevalencia-accidentes-el-hogar-ninos-S1665706315000433>

PREGUNTA 93: COMENTARIO.



La respuesta C no se tomará como correcta, ya que una puntuación de 95 en el Índice de Barthel indicaría RIESGO de fragilidad, no fragilidad establecida, como se expone en dicha respuesta.

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/95/pdf/cuestionario_completo_sas.pdf

PREGUNTA 101: COMENTARIO.

¿María debería realizarse autoanálisis de glucemia capilar en su domicilio?

-La HbA1c hace 3 semanas era 7.9

-El tratamiento habitual es Metformina, **Gliclazida** (sulfonilurea), iDPP-4.

PAI DIABETES:

Fuera del periodo inicial tras el diagnóstico, no se recomienda el autoanálisis de glucemia capilar (AGC) de forma rutinaria en pacientes con DMT2, **a no ser que estén en tratamiento con insulina o con fármacos que pueden producir hipoglucemias** (secretagogos tipo **sulfonilureas** o meglitinidas), o existan datos de episodios de hipoglucemias. (RECOMENDACIÓN NICE)

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/diabetes_mellitus_2018_18_06_2018.pdf

PREGUNTA 120: COMENTARIO.

La junta de Andalucía publica esta escala y sí consideramos una puntuación de 8 como DEPENDENCIA ALTA.

DEPENDENCIA DE LA NICOTINA - TEST DE FAGERSTRÖM -		PERCEPCIÓN CONTROL DE LA SALUD
Preguntas	Respuestas	Puntos
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	hasta 5 minutos	3
	entre 6 y 30 minutos	2
	31 - 60 minutos	1
	más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana.	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 ó menos	0
	11 - 20	1
	21 - 30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

Valoración:	Menos de 4	- Dependencia baja.
	Entre 4 y 7	- Dependencia moderada
	Más de 7	- Dependencia alta.
Referencias:		
Fagerstrom KO Measuring degree of physical dependence to tobacco smokin with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978;3(3-4):235-41		
Carrasco, TJ Luna, M Vila, J Validez del Fagerstrom Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. Rev Esp Drogodependencias 1994; 19(1):3-14		
Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. Arch Intern Med 1993 Ene 11; 153(1):34-48.		
Cordoba, R Martin, C Casas, R Barbera, C Botaya, M Hernández, A Jane, C Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. Aten Primaria 2000 Ene; 25(1):32-6		

PREGUNTA 121: COMENTARIO.

María no puede solicitar la tarjeta + cuidados ya que ella no tiene los requisitos necesarios (gran discapacitado o cualquier demencia en cualquier grado de la enfermedad).

La opción B es incorrecta ya que excluye a los grandes discapacitados.

¿Quién puede acceder a la Tarjeta Cuidado?

Pueden acceder a ella todas las personas cuidadoras habituales de pacientes con diagnóstico de demencia (cualquier tipo de demencia y en cualquier estadio de la enfermedad) y de grandes discapacitados.

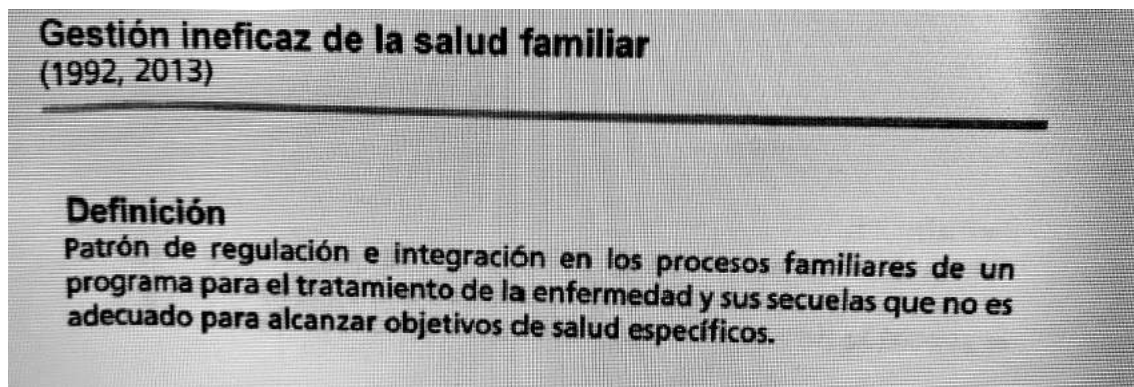
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/mayores/paginas/tarjeta-mas-cuidado.html>

PREGUNTA 126: COMENTARIO.

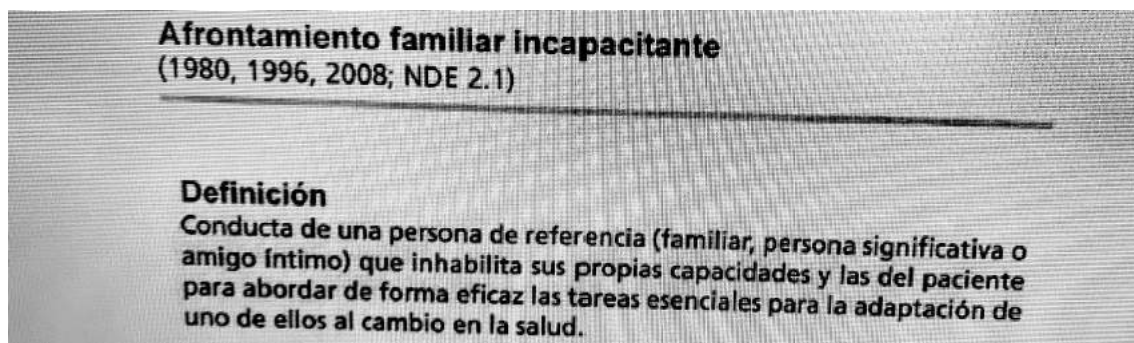
El caso clínico nos comenta que Luisa se empieza a ver desbordada por la situación por lo que puede ser complicado alcanzar los objetivos de salud específicos (A). Por esta misma razón (Luisa se ve desbordada) presenta el diagnóstico de afrontamiento familiar comprometido (C) puede que no llegue a cumplir los objetivos de salud/cuidados necesarios para el cuidado de Juan.

La opción B solo sería factible en el caso de que Luisa se opusiera a los cuidados de Juan o entorpeciera a Juan para que este los realizara.

A)



B)



C)

Afrontamiento familiar comprometido (1980, 1996)

Definición

Una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo (familiar, persona significativa o amigo íntimo), proporcionando confort, ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido.

PREGUNTA 138: COMENTARIO.

Medidas generales en el tratamiento de la disnea: Las medidas generales son: mantener la habitación fresca, usar ventiladores, evitar irritantes —como el humo— o permanecer pocas personas en la habitación. En caso de ataque agudo de disnea es importante acompañar al enfermo. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. 2008

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf

PREGUNTA 143: COMENTARIO.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía recomienda la utilización de la Escala Gijón para la valoración sociofamiliar, como se muestra en el Plan de Atención a Pacientes Pluripatológicos (1). También se recomienda esta escala en el documento “Examen de Salud para Mayores de 65 años” (2), publicado por este mismo organismo.

Actividades	Características de calidad
3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)	3.1.5 Valoración del área sociofamiliar (anexo 4) <ul style="list-style-type: none">• Junto a la valoración familiar habitual en Atención Primaria se realizará la Escala de Gijón^{58,59} (anexo 4A) para el cribado de situación de riesgo social. Si la puntuación es superior a 10 se requerirá una valoración por el trabajador social.• En caso de sospecha de maltrato o cuando la persona que cuida presenta discapacidad, enfermedad mental grave o toxicomanía, se requerirá valoración por el trabajador social.

Atención a pacientes pluripatológicos (1)

4. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR

- Identificar y valorar posibles problemas sociales y familiares.
- Identificar a la persona cuidadora principal.
- Identificar otros convivientes que puedan colaborar y compartir actividades relacionadas con el cuidado y/o actividades relacionales o afectivo emocional.
- Identificar riesgos del entorno y barreras.
- Identificar el uso y disponibilidad de ayudas y recursos propios o subvencionados.
- Identificar las interacciones y redes sociales disponibles.
- Identificación de actividades de ocio, participación, actividades de aprendizaje (Escala sociofamiliar de Gijón).

Examen de salud para mayores de 65 años (2)

(1) https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf

(2) https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/examen-salud-mayores-65_2017.pdf

PREGUNTA 145: COMENTARIO.

Tenemos dos escalas de Norton MODIFICADAS:

Escala de Norton Modificada por el INSALUD

<p>3- Mediano -Nutrición: persona que realiza tres comidas diarias. Toma más de la mitad del menú. -Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. -Temperatura corporal: 37°C a 37,5°C -Ingesta de líquidos: 1000 a 1500 ml/día (5-7 vasos)</p>	<p>3- Apático Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso. Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado. Obedece ordenes sencillas. Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante</p>	<p>3- Camina con ayuda La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de 3 puntos de apoyo, bastón cuadruple, andadores, muletas)</p>	<p>3- Disminuida Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.</p>	<p>3- Ocasional No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 horas.</p>
<p>4- Bueno -Nutrición: persona que realiza cuatro comidas diarias. Toma todo el menú. -Hidratación: peso mantenido con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento. -Temperatura corporal: 36°C a 37°C -Ingesta de líquidos: 1500 a 2000 ml/día (8-10 vasos)</p>	<p>4- Alerta Paciente orientado en tiempo, lugar y personas. Responde adecuadamente a estímulos visuales, auditivos y táctiles. Comprende la información</p>	<p>4- Ambulante Independiente total. No necesita depender de otra persona. Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis</p>	<p>4- Total Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla</p>	<p>4- Ninguna Control de ambos esfínteres. Implatación de una sonda vesical y control de esfínter anal</p>

Rango de puntuación: 5 a 20 puntos..

Punto de corte: Sin riesgo: > 14 puntos; Riesgo evidente: 12 – 14 puntos; Riesgo alto: 5 – 11 puntos.

Como veis, la pregunta indica “POR ENCIMA DE 14” y la respuesta que da el tribunal es la B “RIESGO MEDIO”, PERO sería SIN RIESGO O RIESGO MÍNIMO.

Hay otra escala “MODIFICADA” DE NORTON pero que no llega a esos valores, se queda en 13.

ESCALA DE NORTON MODIFICADA POR EL HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

Nombre original	Año	País	Validada	Fiabilidad
Escala de Norton Modificada	1995	España	No	Si

CLASIFICACIÓN GNEAUPP

Edad	Adultos/ ancianos	A1
Entorno	Hospitalización de agudos	B1
Validación	Comprobación de fiabilidad	C3
Construcción	En base a escalas previas	D3
Puntuación	Directa	E1
Definición	Parcial	F2

ESCALA VERSIÓN ORIGINAL EN ESPAÑOL

Estado físico general	Estado mental	Movilidad	Sensibilidad	Incontinencia
3-Buena Nutrición: adecuada Hidratación: repleción capilar inmediata Piel: hidratada y suave	3-Alerta Orientación: en tiempo y espacio Respuesta: a todos los estímulos Comprensión: comprende la información	3-Autónomo No necesita ayuda para realizar sus actividades. No está encamado	3-Presente Conserva la sensibilidad en todas las zonas del cuerpo	3-Ninguna Controla ambos esfínteres
2- Justo Nutrición: NO toma Hidratación: repleción capilar lenta Piel: seca y áspera	2-Confusión / Apatía Orientación: desorientado en tiempo o espacio ocasionalmente Trastornos emocionales Alertargado, somnoliento Inquieto / agresivo	2-Ayuda parcial Necesita a otra persona para realizar actividades: levantarse, sentarse. Se moviliza sólo en la cama. Necesita silla de ruedas para desplazarse	2-Disminuida Tiene zonas del cuerpo en las que la sensibilidad es casi nula. Enfermos estuporosos	2-Urinaria / intestinal Necesita sonda uretral o colector. No controla esfínter anal esporádicamente
1-Malo Nutrición: malnutrición Hidratación: edemas Piel: fina, sensible	1-Estupor / Coma Respuesta solamente a estímulos dolorosos. Inconsciente	1-Dependencia total Encamado. Depende del personal para todas sus funciones	1-Ausente No tiene sensibilidad en alguna zona del cuerpo	1-Doble No controla ningún esfínter.

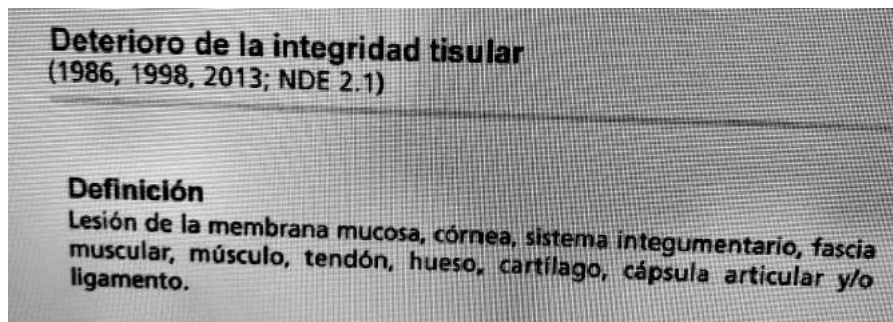
Riesgo moderado: 10 a 13 puntos.
Riesgo alto: 5 a 9 puntos.

https://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/19_pdf.pdf

<https://gneaupp.info/escalas-e-instrumentos-de-valoracion-del-riesgo-de-desarrollar-upp/>

PREGUNTA 148: COMENTARIO.

La opción incorrecta es el deterioro de la integridad tisular ya que en el caso clínico habla únicamente de heridas en la piel.



PREGUNTA 149: COMENTARIO.

La presión sobre la prominencia ósea se incluye en los factores internos.

Deterioro de la integridad cutánea (1975, 1998)

Definición

Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

Características definitorias

- Alteración de la integridad de la piel.
- Materias extrañas que perforan la piel.

Factores relacionados

Externos

- Agentes farmacológicos.
- Edades extremas.
- Factor mecánico (p. ej., fuerzas de cizallamiento, presión, inmovilidad física).
- Hidratación.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Humedad.
- Lesión por agente químico (p. ej., quemadura, capsaicina, cloruro metílico, sulfuro de mostaza).
- Radioterapia.

Internos

- Alteración de la pigmentación.
- Alteración de la turgencia de la piel.
- Alteración del metabolismo.
- Alteración del volumen de líquidos.
- Alteración sensorial (a consecuencia de lesión medular, diabetes mellitus, etc.).
- Cambio hormonal.
- Deterioro de la circulación.
- Inmunodeficiencia.
- Nutrición inadecuada.
- Presión sobre prominencia ósea.