

SIMULACRO DE PROCESO SELECTIVO DE PERSONAL ESTATUTARIO

Categoría: **ENFERMERÍA**

COMENTADO

Modelo examen: **ÚNICO**

Convoca:



1. Los niños de 5 años de una ciudad “A” tienen una talla media de 100 cm, con una desviación estándar (s) = 5, y los niños de 18 años de esta misma ciudad miden una media de 180 cm, con una (s) = 6. ¿A qué edad es la talla más variable?
- A los 5 años.
 - A los 18 años.
 - Tienen el mismo coeficiente de variación.
 - Con estos datos sólo podemos conocer la varianza.

FEEDBACK:

Coeficiente de variación (CV). Para comparar la dispersión entre distribuciones pertenecientes a diferentes poblaciones se debe utilizar este índice ya que no depende de las unidades de medida. Se representa por CV y es igual a la desviación típica dividida por la media. $CV = Sx / X$ Puede expresarse en porcentaje. La utilidad de este coeficiente estriba en la posibilidad de comparar la dispersión o variabilidad de dos o más grupos.

$$5\text{cm}/100\text{cm} = 0,05\%$$

$$6\text{cm}/180\text{cm} = 0,03\%$$

Como vemos el CV de los niños de 5 años es 0,05% que es mayor que el de los de 18 años 0,03%
A mayor CV mayor variabilidad.

2. Los ensayos clínicos que examinan los efectos a largo plazo de un fármaco cuando ya ha sido comercializado, y que sirven para monitorizar su efectividad, son ensayos:
- En fase I.
 - En fase II.
 - En fase III.
 - En fase IV.

FEEDBACK:

Los ensayos comunitarios (de base comunitaria, en sujetos sanos, tienen limitaciones para realizar inferencias causales.

Si duran años hay que estimar el efecto del tiempo). Estudios experimentales para el desarrollo clínico de medicamentos.

Los ensayos clínicos pasan por dos momentos, una preclínica de 3,5 años de media (estudios de laboratorio y con animales),

antes de pasar a producto en fase de investigación (PFI). Se dividen en cuatro fases:

1.- Fase I: estudian la seguridad y dosis adecuada del fármaco (1 año aprox.). 20-80 individuos (RIO 17, 139).

2.- Fase II: estudian la farmacocinética y dinámica –intervalo de dosis– (2 años aprox.). 100-300 individuos.

3.- Fase III: estudian riesgo/beneficio en comparación con otras alternativas, así como la eficacia y seguridad a corto y largo plazo. 1000-3000 individuos.

4.- Fase IV: después de comercializarse se monitorizan beneficios y efectos secundarios a largo plazo.

3. Según la última actualización del ERC 2021 (European Resuscitation Council) sobre las nuevas recomendaciones para la reanimación (RCP), señalar la correcta:
- En la desfibrilación manual es preferible usar las palas frente a los parches.
 - Se pararán las compresiones torácicas cada dos minutos para hacer un análisis del ritmo y comprobar el pulso.
 - Se dejarán de hacer compresiones torácicas cuando se vaya a realizar la desfibrilación, independientemente de que las compresiones se estén realizando de forma manual o mecánica.
 - Todas son incorrectas.

FEEDBACK:

El algoritmo de SVA distingue entre ritmos desfibrilables y no desfibrilables. Cuando llegue el desfibrilador, hay que continuar las compresiones torácicas mientras se colocan los electrodos de desfibrilación. Hay que identificar el ritmo

y tratar de acuerdo al algoritmo de SVA. En líneas generales, todos los ciclos son similares, con un total de 2 minutos de RCP antes de valorar el ritmo y, cuando esté indicado, palpar el pulso. Si se confirma que es un ritmo desfibrilable FV/TVSP, cargar el desfibrilador mientras otro reanimador continúa las compresiones torácicas.

Una vez cargado el desfibrilador, hacer una pausa en las compresiones torácicas, asegurarse rápidamente de que todos los reanimadores están alejados del paciente y entonces dar una descarga. Según las recomendaciones ERC 2021 los niveles de energía de la desfibrilación deben ser las siguientes:

– Para desfibriladores con ondas bifásicas rectilíneas o exponenciales truncadas, la primera descarga de al menos 150J.

– Para los de onda bifásica pulsada, la primera descarga de al menos 120-150J.

– Ondas monofásicas, descarga de 360 J.

– Si el reanimador desconoce los parámetros de energía recomendados del desfibrilador en los adultos, utilice la energía más alta para todas las descargas.

Minimizar la demora entre el cese de las compresiones torácicas y la administración de la descarga (la pausa predescarga); un retraso de incluso 5"-10" reducirá las probabilidades de que la descarga tenga éxito.

Sin detenerse a palpar el pulso se volverán a realizar la RCP inmediatamente tras la descarga, se continúa RCP con las compresiones torácicas, y tras 2' valorar el ritmo.

Como vemos, se utilizan electrodos, y no se paran las compresiones para comprobar el pulso, por tanto todas son falsas.

4. Señale la respuesta correcta en relación al test de Aldrete en la Cirugía Ambulatoria:

a. Su rango oscila entre 0 y 24.

b. Una puntuación igual o mayor a 18 sugiere una recuperación post-anestésica básica para el alta.

c. Las respuestas A y B son correctas.

d. Cada ítem responde a una escala tipo Likert de 0 a 3.

5. Ante un estatus epiléptico en un paciente pediátrico en nuestro hospital:

a. Debemos mantener la vía aérea libre, administrar oxígeno a alta concentración, valorar la necesidad de aspirar secreciones y determinar el nivel de glucemia.

b. Las benzodiazepinas son los fármacos de elección; para ello administraremos midazolam (IM o intranasal) o diazepam (vía IV o rectal).

c. La fenitoína se utiliza como segundo escalón para crisis que no ceden tras dos dosis de benzodiazepinas.

d. Todas son correctas.

FEEDBACK:

Paciente con crisis prolongada o repetidas (estatus epiléptico inminente).

Medidas generales. Proteger al paciente para que no se leione, pero sin inmovilizarlo. Durante la crisis colocar al paciente en decúbito supino (en periodo postcrítico en decúbito lateral para minimizar riesgo de broncoaspiración). No introducir objetos en el interior de la boca durante la crisis (la lengua del paciente no se va hacia atrás en ese momento). Valorar cánula orofaríngea en la fase postictal si es necesaria (difícilmente se podrá colocar en la fase tonico-clónica). Valorar la administración de oxígeno con mascarilla tipo venturi al 50%. ante la complicación potencial de asfixia, como pueda ser en un TCE. Monitorizar signos vitales. Canalizar vía periférica. Valorar administración de 100 mg de tiamina im (prevenir encefalopatía de Wernicke en alcohólicos y desnutridos, sobretodo si se ha administrado antes glucosado IV).

Manejo farmacológico. Si la crisis no se autolimita en menos de 5' o se repite en un corto periodo espacio de tiempo:

– Primera línea. Administraremos una benzodiazepina, de elección Midazolam por vía intravenosa. Si

no se dispone de acceso venoso se administrará por otra vía alternativa como intranasal o intramuscular. Alternativas: diazepam o clonazepam. Se vigilarán las constantes tras su administración.

– Segunda línea. Valorar la administración de alguno de los siguientes antiepilépticos (todos han demostrado su utilidad): fenitoina, valproato, levetiracetam, carbamazepina, lamotrigina y lacosamida.

6. Si utilizamos el sistema de cribado nutricional MUST en la valoración de un paciente, y obtenemos un riesgo MEDIO de malnutrición, estamos diciendo:

- a. Paciente con un IMC de 30 kg/m², con una enfermedad aguda y que ha estado o es probable que esté sin aporte nutricional por más de 5 días.
- b. Paciente con un IMC de 36 kg/m².
- c. Paciente actualmente con un IMC de 21 kg/m² y una pérdida de peso involuntaria del 8% en los últimos 3 meses.
- d. Paciente actualmente con un IMC de 26 kg/m² y una pérdida de peso involuntaria del 12% en los últimos 6 meses.

FEEDBACK:

Paso 1: IMC > 20, 0 Puntos.

Paso 2: Pérdida de peso 5-10%, 1 Punto.

Total 1 punto: riesgo MEDIO. Actuación: Observar si hay cambios en los siguientes 3 días. Repetir el cribado en 1 semana.

7. Un símbolo triangular en un genograma corresponde a:

- a. Un hombre.
- b. Una mujer.
- c. Un embarazo.
- d. Un aborto.

FEEDBACK:

El hombre es un cuadrado y la mujer un círculo.

El aborto se representa con una X si es provocado o con un punto grueso si es espontáneo.

8. Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre la administración de insulina no es correcta:

- a. Las insulinas de acción ultrarápida tienen un inicio de acción < 15 minutos, y una duración habitual entre 3-5 horas.
- b. La insulina glargina es un tipo de insulina basal.
- c. Las insulinas premezcladas consisten en una combinación fija de una insulina intermedia con una insulina regular o con un análogo rápido.
- d. La insulina NPH tiene una duración efectiva de 24 horas y se puede administrar junto a fármacos orales.

FEEDBACK:

La insulina NPH tiene una duración de 12-20 horas.

9. La posición correcta para realizar un lavado gástrico en un paciente consciente e intoxicado es:

- a. Sentado en ángulo de 90° con hiperextensión del cuello.
- b. Decúbito lateral izquierdo y en Trendelenburg 10°-15°.
- c. Decúbito lateral derecho y en Trendelenburg 10°-15°.
- d. Da igual la postura, lo importante es administrar carbón activado.

FEEDBACK:

La posición correcta para realizar un lavado gástrico en un paciente consciente e intoxicado es Decúbito

lateral izquierdo y en Trendelenburg 10°-15° con las rodillas flexionadas para favorecer el retorno del líquido de lavado y prevenir la aspiración, se realiza con agua tibia o solución salina al 0,9%: 250 ml en adultos y 10 ml/kg en niños en cada lavado, se repite hasta que el líquido que retorna sea claro. La dosis máxima a utilizar será de 3000 ml (adultos). Las principales complicaciones son broncoaspiración, laringoespasma y perforación esofágica/gástrica.

10. Con un valor de 0,6 en la medición del índice tobillo brazo (ITB) para el diagnóstico de arteriopatía periférica, hablamos de:

- a. Una obstrucción arterial moderada.
- b. Una obstrucción arterial leve.
- c. Una obstrucción arterial grave.
- d. Con ese valor no existe obstrucción arterial.

FEEDBACK:

La interpretación de los valores es:

- (1-0,90) normal
- (0,90-0,70) EAP leve;
- (0,69-0,40) moderada
- (< 0,40) EAP grave

11. ¿En qué derivadas serían más visibles las alteraciones electrocardiográficas en un infarto inferior o diafragmático?

- a. DII, DIII, aVF.
- b. V5, V6, DI, aVL.
- c. V1 a V6, DI, aVL.
- d. V1 a V4, aVF.

FEEDBACK:

Las derivaciones II, III, y aVF detectan actividad eléctrica de la pared inferior del corazón.

12. El valor predictivo negativo de una prueba diagnóstica se calcula dividiendo:

- a. El número de verdaderos negativos dividido entre los falsos negativos y multiplicado por 100.
- b. El número de verdaderos negativos entre la suma de verdaderos negativos y falsos negativos.
- c. El número de verdaderos negativos entre los falsos positivos y multiplicado por 100.
- d. El número de verdaderos negativos entre la suma de verdaderos negativos y falsos positivos.

FEEDBACK:

Valor Predictivo Negativo es la probabilidad de que tras dar negativo en una prueba realmente esté sano.

Aumenta el VPN si aumenta la sensibilidad y disminuye la prevalencia.

Se calcula como indica la segunda opción de respuesta.

$VN/VN+FP=VPN$

13. La herramienta que evalúa el rigor metodológico y la transparencia con la cual se elabora una guía de práctica clínica es:

- a. Instrumento AGREE II.
- b. Guía CONSORT.
- c. Escala PRISMA.
- d. Test de STROBE.

FEEDBACK:

La evaluación de la calidad de las Guías de Práctica Clínica (GPC) se puede llevar a cabo mediante el instrumento AGREE.

AGREE evalúa la calidad de la información y de las recomendaciones. Ofrece una valoración de la validez de una guía, es decir, la probabilidad de que la guía logre los resultados esperados. No valora el impacto de una guía sobre los resultados en los pacientes.

14. Cuando se analiza el coeficiente de curtosis de una distribución de frecuencias, si existe una gran concentración de los valores de la muestra en torno a su media, hablamos de:

- a. Distribución mesocúrtica.
- b. Distribución leptocúrtica.
- c. Distribución leptocúrtica.**
- d. Distribución platicúrtica.

FEEDBACK:

El apuntamiento hace referencia a si la distribución es ancha y plana (platicúrtica), puntiaguda y estrecha (leptocúrtica), o similar a la normal (mesocúrtica), siempre tomando como referencia la distribución normal.

El enunciado de la pregunta nos habla de una gran concentración de valores en torno a su media y esto genera una curva puntiaguda y estrecha.

15. El diagnóstico de asma se establece mediante:

- a. Respuesta broncodilatadora positiva: FEV1 $\geq 12\%$ y ≥ 200 ml.
- b. Variabilidad domiciliaria del flujo espiratorio máximo (PEF) $\geq 20\%$
- c. Prueba de Óxido nítrico (FENO): Óxido nítrico ≥ 40
- d. Todas son correctas**

FEEDBACK:

El diagnóstico se basa en la alteración espirométrica específica de patrón de tipo obstructivo, con una reducción del

VEF1 y una relación VEF1/CVF bajo el límite inferior de lo normal, que se normalizan después de una prueba broncodilatadora positiva, lo que evidencia un mecanismo reversible de obstrucción bronquial. Para realizarse se recomienda administrar 4 inhalaciones sucesivas de 100 μg de salbutamol, o su equivalente de terbutalina y repetir la espirometría a los 15 minutos. Se considera respuesta positiva un aumento del FEV1 $\geq 12\%$ y ≥ 200 ml respecto al valor basal. Será positiva, si se evidencia una reducción del VEF1 del 20% sobre el valor basal.

Otra prueba utilizada sobre todo en pacientes con asma alérgica o eosinofílica es el examen de FeNO (o examen de óxido nítrico exhalado). El examen de FeNO en pacientes con asma alérgica o eosinofílica es una manera de determinar la cantidad de inflamación pulmonar presente y con cuánta efectividad los esteroides inhalados están controlando esta inflamación, debido a que el óxido nítrico es un gas producido por las células que participan en la inflamación asociada con el asma alérgica o eosinofílica. En adultos sanos el FENO varía entre 5 y 20 ppb (partes por billon) mientras que en niños sanos lo hace entre 5 y 15 ppb.

16. Entre los medicamentos para el control o mantenimiento del asma se encuentran: (Señale la opción incorrecta)

- a. Glucocorticoides.
- b. Antagonistas de los receptores de los leucotrienos.
- c. Anticuerpos monoclonales.
- d. Agonistas beta-2 adrenérgicos de acción corta.**

FEEDBACK:

Hay 6 escalones en el tratamiento del asma en función de la gravedad de los síntomas y el tratamiento necesario para controlarlos. Se establecen dos tipos de medicamentos: los usados a demanda por el

paciente para el control de síntomas de forma aguda y aquellos que se prescriben de forma rutinaria a determinados intervalos por los profesionales sanitarios para el control o mantenimiento del asma. Los fármacos empleados a demanda por el paciente son de acción corta y fundamentalmente son SABA (agonistas beta 2 adrenérgicos de acción corta), a los que se podría añadir glucocorticoides inhalados (GCI) o formoterol.

Por otro lado, para el mantenimiento del asma se prescriben fármacos a dosis periódicas en función del escalón de tratamiento en el que estemos:

- Escalón 1: No se prescribe*
- Escalón 2: Se prescriben GCI a bajas dosis*
- Escalón 3: GCI a bajas dosis junto con LABA (agonistas beta 2 adrenérgicos de acción larga)*
- Escalón 4: GCI a dosis media junto con LABA*
- Escalón 5: GCI a altas dosis junto con LABA*
- Escalón 6: GCI a altas dosis junto con LABA y añadiendo un tercer fármaco como ARLT (antagonistas de los receptores de los leucotrienos) o teofilinas.*

La cuarta opción de respuesta es falsa porque los agonistas beta 2 adrenérgicos de acción corta no se emplean para el control y mantenimiento sino que se emplean por el paciente a demanda.

17. El equipo de soporte ha prescrito a Esther analgesia de tercer escalón de la Escala Analgésica de la OMS. Señale la opción incorrecta:

- a. Metadona forma parte del 3º escalón de analgesia.
- b. Fentanilo forma parte del 3º escalón de analgesia.
- c. Tapentadol forma parte del 2º escalón de analgesia.**
- d. Oxycodona forma parte del 3º escalón de analgesia.

FEEDBACK:

Tapentadol -el principio activo de Tapentadol Teva- es un analgésico potente que pertenece a la clase de los opioides. Tapentadol se utiliza para el tratamiento del dolor crónico intenso en adultos, que sólo se puede tratar adecuadamente con un analgésico opioide.

18. Según N. Dezin, en investigación cualitativa NO es un tipo de triangulación:

- a. La triangulación de datos.
- b. La triangulación de teorías.
- c. La triangulación de técnicas.
- d. La triangulación de conveniencia.**

FEEDBACK:

Técnicas de recogida de datos en la investigación cualitativa:

-Observación Se obtiene información primaria, permite comparar la información con la hipótesis. La observación científica es sistemática, consciente y objetiva.

-Entrevistas Es una fuente primaria, amplia y abierta.

-Técnicas grupales: Se reúnen grupos de personas para que hablen sobre sus experiencias en el curso de discusiones abiertas. Se caracteriza por la subjetividad. Investigan discursos y permiten múltiples interpretaciones de la realidad.

-Técnicas de consenso: Son los más usados en ciencias de la salud. Grupo Delphi, grupo nominal, proyección, torbellino de ideas o brainstorming. Están formados por personas con conocimientos sobre el tema.

-Textos como fuentes de datos: Se consideran una fuente de datos rica. El investigador puede pedir a los participantes que escriban sobre un tema.

-Triangulación La triangulación comprende el uso de varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno –p. e., el uso de varios métodos–. Al utilizar una sola estrategia, los estudios son más vulnerables a sesgos y a fallos metodológicos inherentes a cada estrategia y que la triangulación ofrece la alternativa de poder visualizar un problema desde diferentes ángulos y de esta manera aumentar la validez y consistencia de los hallazgos. Es útil para identificar las diversas formas como un fenómeno se puede estar observando. De esta forma, la triangulación no sólo sirve para validar la información, sino que se utiliza para ampliar y profundizar su comprensión. Hay cuatro tipos de triangulación: la metodológica, la de datos, la de investigadores y, por último, la de teorías.

19. Entre las manifestaciones que presentan los enfermos de Alzheimer, NO se encuentra:

- a. Negativismo.
- b. Labilidad emocional.
- c. Perseveraciones verbales.
- d. Parpadeo compulsivo.**

FEEDBACK:

Alzheimer

-Afasia, apraxia, agnosia, acalculia y amnesia

-Disminución de la acetilcolina

-Placas seniles y nudos neurofibrilares

-No hay tratamiento

Las manifestaciones comunes son las conocidas "cinco Aes" típicas de las demencias corticales: afasia, apraxia, agnosia, amnesia y acalculia. A las 4 primeras se las denomina alteraciones neuropsicológicas.

Las manifestaciones clínicas de tipo cognitivo más precoces en la enfermedad de Alzheimer son la amnesia, anomia (dificultad para encontrar la palabra exacta) y desorientación temporoespacial.

La progresión de la enfermedad de Alzheimer se divide prácticamente en tres grados: primer grado dura normalmente 2-4 años; el segundo grado continua durante muchos años y el tercer grado dura normalmente un año y acaba en la muerte (podemos hacer una subdivisión y añadir la etapa terminal). Otra forma de clasificar las etapas de alzhéimer según su progresión es ligera, moderada y grave.

En las etapas iniciales ocurren olvidos y pérdida sutil de la memoria. Pueden desempeñarse dificultades menores para desempeñar actividades laborales o sociales, aunque el paciente cuenta con funcionamiento cognitivo adecuado para ocultar la pérdida, además de ser capaz de actuar de forma independiente. Hay buen control de coordinación y capacidad motora.

Al avanzar la enfermedad, el sujeto ya no puede ocultar los déficit, 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). También tienden a perseveraciones verbales, así como a repetir las mismas historias porque olvidan que ya las han relatado. Pierden la capacidad para elaborar ideas y pensar en forma abstracta, confabulan (rellenan los vacíos de memoria con fantasías). La interpretación de los conceptos la consiguen solo en situaciones concretas. Suelen tener una conducta impulsiva sin valorar las consecuencias de sus acciones. Hay cambios de personalidad, pueden estar deprimidos, suspicaces, paranoicos, hostiles e incluso combativos. La capacidad del lenguaje se deteriora llegando a emitir sílabas sin sentido. Suelen presentar disfagia (incapacidad o dificultad para deglutir) e incontinencia. Los ingresos hospitalarios pueden ser debidos a enfermedades agudas intercurrentes, descompensación de enfermedades asociadas o alteraciones del comportamiento.

La etapa terminal suele durar meses, suelen estar inmóviles, a veces sí reconocen a la familia. La muerte suele ser por complicaciones como neumonía, desnutrición o deshidratación.

20. ¿Cuál de las siguientes enfermedades forma parte del cribado neonatal de enfermedades endocrino metabólicas?:

- a. Hipertiroidismo congénito.
- b. Acidemia glutárica tipo I.**
- c. Anemia normocítica.
- d. Deficiencia de Acil-coencima A-deshidrogenasa de cadena larga.

FEEDBACK:

Las metabolopatías se caracterizan por ser anomalías que tienden a ser graves; tienen un diagnóstico clínico perinatal difícil; debe ser posible realizar un tratamiento de la enfermedad de forma precoz; y debe existir un marcador bioquímico con buena sensibilidad y especificidad.

El objetivo es instaurar el tratamiento adecuado antes de que aparezcan lesiones irreversibles. Es importante tener presente que se debe realizar en todo neonato, a poder ser entre las 72h (48 horas tras inicio de lactancia materna) y los 5 días de vida, mediante la punción de talón y extensión sobre papel secante (papel de filtro de Wathman) y una muestra de orina. Se pueden detectar más de 30 trastornos del metabolismo, destacando: hipotiroidismo congénito primario, fenilcetonuria y fibrosis quística.

Cada Comunidad Autónoma establece en sus protocolos el momento en el que se debe realizar la

prueba. En general, tiende a adelantarse a las 48-72 horas la determinación de la misma. Hay distintos factores que indican la determinación de una segunda muestra, en el protocolo de cada Comunidad hay que analizar estas concreciones.

Se punciona con una lanceta en el talón, preferiblemente mientras se amamanta para reducir el dolor, presionar de forma intermitente para que vaya saliendo la gota de sangre. Las zonas de punción se encuentran limitadas por dos líneas (técnica del Dr. Blumenfeld), una línea que va desde el punto medio, entre el cuarto y quinto dedo, paralelamente al contorno exterior del talón, y otra que va desde el punto medio del primer dedo, paralelamente a la cara interna del talón. La punción se realizará en la parte externa de dichas líneas evitando así el área central de la región plantar (por riesgo de lesiones nerviosas y tendinosas) y la curvatura posterior del talón (zona donde la distancia desde la piel al hueso es muy pequeña en el recién nacido por lo que aumenta el riesgo de osteomielitis del calcáneo). Se debe impregnar completamente cada uno de los 4 círculos y dejando secar a temperatura ambiente, la muestra de orina se debe tomar con el bebe limpio, sin talco ni cremas. Se intentará que durante la recogida de la muestra de sangre el recién nacido esté mamando, o se le dará sacarosa oral para disminuir los efectos del dolor. Es probable que los niños prematuros, partos gemelares, recién nacidos ingresados en cuidados intensivos, o en los que se haya usado antisépticos yodados, sea necesario recoger una segunda muestra de sangre, que deberá ser tomada antes de los 20 días de vida. En la actualidad, está proscrito el uso de antisépticos yodados en recién nacidos, lactantes y embarazadas. Para desinfectar la zona de punción se realizará con clorhexidina acuosa al 2% o alcohol de 70°.

La cartera de servicios propone la ampliación de las pruebas metabólicas, de 7, que son las que deben tener como mínimo todas las CCAA, a 11, añadiendo 4 pruebas metabólicas más. Las 7 que hemos tenido hasta ahora, han sido:

1. Hipotiroidismo congénito primario
2. Fenilcetonuria
3. Fibrosis quística
4. Deficiencia de acil coenzima A deshidrogenada de cadena media (MCADD)
5. Deficiencia de 3-hidroxi acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD),
6. Acidemia glutárica tipo I (GA-I)
7. Anemia falciforme

Y las 4 nuevas pruebas metabólicas que se proponen, son:

1. Homocistinuria,
2. Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce
3. Hiperplasia suprarrenal congénita
4. Deficiencia de biotinidasa

21. El estribo de Böhler se utiliza en:

- a. Tracción manual.
- b. Tracción cutánea.
- c. Tracción transesquelética.**
- d. Tracción blanda.

FEEDBACK:

El estribo de Böhler es un tipo de tracción esquelética. Se usa de forma temporal en lesiones abiertas tratables por clavos y tiene la ventaja de aumentar la movilidad del paciente.

22. Según la Escala Gijón de valoración sociofamiliar en el anciano (versión reducida), la “situación social buena” se obtiene con una puntuación de:

- a. Más de 15 puntos.
- b. Entre 15 y 20 puntos.
- c. Menor o igual a 7 puntos.**
- d. Entre 10 y 14 puntos.

FEEDBACK:

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón. Se emplea para valorar la situación social y familiar de las personas mayores que viven en domicilio. Su objetivo es detectar situaciones de riesgo y problemas

sociales para la puesta en marcha de intervenciones sociales. Evalúa cinco áreas de riesgo social: situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica. La puntuación oscila entre 0 y 20, indicando mayor puntuación peor situación social (10-16 riesgo medio; >16 riesgo social elevado).

23. Un niño de 10 años tendrá sobrepeso si:

- a. Índice de masa corporal (IMC) se encuentra entre percentil entre 85 y 94 para la edad y el sexo.
- b. Índice de masa corporal (IMC) es igual o mayor percentil 95 para edad y sexo.
- c. Índice de masa corporal (IMC) es mayor que 30.
- d. Índice de masa corporal (IMC) es entre percentil entre 80 y 97 para altura y peso.

FEEDBACK:

Se considera obesidad infantil a un niño con un percentil de peso mayor de 95 y sobrepeso si supera en percentil 85

24. ¿Cuáles son los valores normales de la presión intracraneal (PIC) en el adulto?:

- a. 5-15 mm de Hg.
- b. 15-20 mm de Hg.
- c. 5-15 cm de H₂O.
- d. 15-20 cm de H₂O.

FEEDBACK:

La cavidad craneal rígida contiene el tejido encefálico (1400 g), sangre (75 ml) y líquido cefalorraquídeo (75 ml). El volumen y la presión de estos tres componentes, por lo general, se encuentran en un estado de equilibrio y producen la presión intracraneal (PIC). Esta presión generalmente se mide en los ventrículos laterales y es de 5-15 mmHg o 6-18 cm H₂O. Otros autores señalan que hay HPIC con cifras superiores a 20 mmHg.

25. ¿Cuál de las siguientes NO es una escala de valoración de lesiones por presión?:

- a. Escala de Waterlow.
- b. Escala de Arnell.
- c. Escala Nova 5.
- d. Escala de Plutchick.

FEEDBACK:

Escalas de valoración de UPP:

- Norton (1.ª esc.)
- Braden (recomendada por NANDA)
- EMINA (GNEAUPP)
- Nova 5
- Waterloo
- Arnell

26. Entre las contraindicaciones de la nutrición enteral NO se encuentra:

- a. Obstrucción intestinal completa.
- b. Estenosis parciales de esófago.
- c. Íleo paralítico.
- d. Hemorragia gastrointestinal activa.

FEEDBACK:

Contraindicaciones (ARA 22, 66; EXT 22, 36; RIO 15, 96)

Las contraindicaciones en el uso de NE vienen dadas por la presencia de obstrucción intestinal, íleo paralítico, perforación gastroduodenal, hemorragia digestiva (relativa) y lesiones abdominales que precisen cirugía de urgencia. Enfermedades que requieran reposo intestinal. Fístula enterocutánea de alto

débito. Vómitos incoercibles y diarrea persistente. En algunos de estos casos se puede utilizar la yeyunostomía para iniciar la NE de forma precoz.

27. La guía para profesionales sanitarios del Ministerio de Sanidad, publicada en 2022, indica que “Los 5 momentos clave para la utilización segura de los medicamentos” son:

a. Una herramienta para la participación de los pacientes.

b. Una herramienta exclusiva para facilitar la información a los pacientes en centros de salud y hospitales.

c. Una herramienta que define los siguientes momentos: cuando se prescribe un medicamento, cuando se toma, al añadir otro medicamento, al revisar la medicación y antes de finalizar un tratamiento.

d. Una herramienta que marca los momentos de forma fija y sucesiva, sin que se puedan dar alteraciones en el orden de las recomendaciones.

FEEDBACK:

Los 5 momentos clave para la utilización segura de los medicamentos muestran las preguntas que deben hacerse los pacientes, familiares o cuidadores, junto con sus profesionales sanitarios, para conocer y utilizar adecuadamente los medicamentos que toman.

Esta herramienta ha sido diseñada por la Organización Mundial de la Salud, en el marco del tercer reto mundial para la seguridad del paciente: “Medicación sin daños”.

La herramienta “5 Momentos clave para la utilización segura de los medicamentos” define los siguientes momentos:

1. Antes de comenzar a tomar un medicamento

2. Cuando se toma

3. Al añadir otro medicamento

4. Al revisar la medicación

5. Antes de finalizar un tratamiento.

Cada momento, a su vez, contiene 5 preguntas críticas, algunas de las cuales son autorreflexivas para el paciente y otras requieren el apoyo del profesional sanitario para responderlas apropiadamente. Estos cinco momentos pueden entenderse como pasos sucesivos en el tiempo, pero no siempre será así.

En algunas ocasiones, el mismo acto de atención sanitaria puede incluir varios de ellos, por ejemplo: si se inicia un medicamento y se finaliza otro, o cuando antes de iniciar un tratamiento el paciente le pregunta al profesional sanitario cómo debe tomarlo o qué pasará cuando acabe de tomarlo.

28. En el examen del pie en un paciente diabético se observa infección local que compromete a la piel, al tejido celular subcutáneo y a estructuras profundas presentando un eritema mayor de 4 cm sin ningún signo/síntoma de respuesta inflamatoria sistémica ni descontrol metabólico. La severidad de la infección según la clasificación IDSA (Infectious Disease Society of America) se establecería como:

a. Leve.

b. Moderada.

c. Severa.

d. Grave.

FEEDBACK:

Tabla 3.3. Clasificación de la infección según la IDSA/IWGDF³⁸

| Evidencia Clínica de Infección | IDSA/IWGDF |
|---|------------------------|
| No hay síntomas ni signos locales ni sistémicos de infección* | No infección o grado 1 |
| Infección local que se desarrolla sólo en la piel y tejidos subcutáneos, sin afectar a los más profundos y sin signos sistémicos. Si existe eritema alrededor de la úlcera > 0,5 cm y < 2 cm. | Leve o grado 2 |
| Infección local eritema > 2 cm o que afecte a estructuras profundas de la piel y tejido subcutáneo (absceso, osteomielitis, artritis séptica o fascitis y no exista respuesta inflamatoria sistémica). | Moderada o grado 3 |
| Infección local con signos de respuesta inflamatoria sistémica manifestado como 2 de los siguientes: temperatura > 38°C o <36°C, FC > 90 lpm, FR > 20 respiraciones/min o PaCO ₂ < 32 mm o recuento de leucocitos > 12.000 o < 4.000 células/ml o > 10% de formas inmaduras. | Severa o grado 4 |

* Si al menos tiene 2 de los siguientes: tumefacción local o induración, eritema, aumento de sensibilidad local o presencia de dolor, aumento de temperatura, secreción purulenta (espesa, opaca a blanca o sanguinolenta).

29. Según el Manual de buenas prácticas en eutanasia, publicado por el Ministerio de Sanidad, seleccione la respuesta correcta:

- a. En la autoadministración vía oral, el procedimiento y medicamentos recomendados como premedicación, los antieméticos son el primer paso preparatorio.
- b. En la autoadministración vía oral, el procedimiento y medicamentos recomendados como premedicación, los ansiolíticos son el primer paso preparatorio.
- c. En la autoadministración vía oral, el procedimiento y medicamentos recomendados como premedicación, los inductores al coma son el primer paso preparatorio.
- d. El paciente debe consumir todo el medicamento en 10 minutos. Se debe recomendar el uso de pajita

FEEDBACK:

El primer paso es un paso preparatorio. Implica tomar un antiemético para minimizar el riesgo de vomitar el medicamento inductor del coma. Los medicamentos recomendados son metoclopramida y ondansetrón que se pueden administrar siguiendo las siguientes pautas (seleccionar una):

- a) Metoclopramida 30mg tomada 1 hora antes de la administración del medicamento inductor del coma.
- b) Ondansetrón 8-24 mg tomado 1 hora antes de la administración del medicamento inductor del coma.
- c) Metoclopramida 20mg más Ondansetrón 8-24mg 1 hora antes de la administración del medicamento inductor del coma.

Las pautas recogidas anteriormente simplifican el proceso, pero también se podrían indicar las siguientes pautas (seleccionar una):

- c) Metoclopramida 10mg /8 horas empezando 36 horas antes de la toma del producto.
- d) Ondansetrón 4 mg/12 horas, empezando 36 horas antes de la toma del producto.

https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

30. Si un test para detectar el deterioro cognitivo mide adecuadamente el mismo, pero sus resultados dependen de las condiciones de administración y del personal que realiza dicho test, se dice que éste es:

- a. Válido y fiable.
- b. Poco válido y fiable.

c. **Válido pero poco fiable.**

d. Muy fiable pero poco válido.

FEEDBACK:

Dado que cualquier proceso de investigación estará sujeto a diferentes probabilidades de error, es necesario asegurar la calidad de las mediciones epidemiológicas. En epidemiología, la calidad del proceso de medida va ligada a dos aspectos: la fiabilidad y la validez. Los criterios de calidad de los instrumentos de medida sirven para calcular la veracidad de los resultados del instrumento. Los de mayor evidencia serían, por tanto los ensayos clínicos aleatorios.

-Validez (exactitud): Es el grado de exactitud con el que el test, método o instrumento mide lo que tiene que medir. Los resultados corresponden verdaderamente con aquello a como fue diseñado como instrumento de medida. Se identifica con el grado de confianza que puede adoptarse respecto a la veracidad de la información obtenida en una determinada investigación (resultados). Se relaciona con la exactitud y representa el valor verdadero de una variable. La falta de validez se asocia al error sistemático o sesgo.

1. Tiene dos características: la sensibilidad y la especificidad:

– Sensibilidad: es la capacidad de detectar el efecto cuando se produce, la probabilidad de que un sujeto que está enfermo, en el test de positivo. Por tanto, es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo.

– Especificidad: es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo sano, es decir, la probabilidad de que para un sujeto sano se obtenga un resultado negativo. Son los verdaderos negativos.

2. Valores predictivos positivo y negativo.

– Valor Predictivo Positivo. Probabilidad de que tras dar positivo en una prueba se esté realmente enfermo.

– Valor Predictivo Negativo. Probabilidad de que tras dar negativo en una prueba realmente esté sano.

– Valor Global. Cuando se pretenden comparar la sensibilidad y la especificidad a la vez, una de las maneras de hacerlo es comparando el valor global (VG), que es el porcentaje de individuos correctamente diagnosticados y se sigue la misma dinámica que previamente para la comparación de proporciones, sólo que ahora n es el tamaño de la muestra global, del conjunto de enfermos y no enfermos.

Fiabilidad (precisión o reproductividad): Tiene que ver con la reproductividad de los resultados por parte del instrumento de medida, hablamos de su precisión. Se altera por errores aleatorios. Una de las fases de la investigación es la de la evidencia empírica. Esta nos va a llevar a la demostración de la hipótesis a través de la medición de los valores de las variables escogidas. En esta fase resultan clave los instrumentos de medición (métodos y procedimientos para la recolección de datos). De acuerdo con los objetivos propuestos se especifica cuáles son las variables a ser medidas y como se presentarían (cualitativa o cuantitativamente), indicando los modelos estadísticos y las técnicas que se proponen (estadísticas y no estadísticas). Todo instrumento de medida lleva implícito un error en la medida. La estimación del error se puede poner en evidencia si se repite (n) veces bajo las mismas condiciones: cuanto menor sean las oscilaciones en el valor obtenido de forma repetida en cada medición, menor será el error del aparato. En este sentido la fiabilidad se puede entender como estabilidad en las mediciones, es decir, la reproductibilidad de los resultados obtenidos. Teniendo presente este hecho, uno de los aspectos a valorar en cualquier investigación cuantitativa será la fiabilidad de los instrumentos, métodos o procedimientos utilizados para la recogida de datos. La fiabilidad se define, por tanto, como la constancia con la que un instrumento mide una variable dada, de modo que la relacionamos con la precisión y reproductibilidad de una medición. En tal caso, la falta de fiabilidad se debe asociar al error aleatorio. La fiabilidad es una condición necesaria pero no suficiente para la validez. Consecuentemente, los resultados poco fiables influyen en el grado de validez. La fiabilidad es un concepto estrictamente estadístico y se expresa con un coeficiente de fiabilidad, o por medio del error tipo de las medidas efectuadas. Cuanto más homogéneos sean los datos, menor será el error aleatorio.

31. El efecto preventivo del suicidio en el espectador cuando se exponen ejemplos de personas que inicialmente han pretendido quitarse la vida, pero finalmente no han consumado el suicidio superando el momento y las dificultades, se denomina:

- a. Efecto Werther.
- b. Efecto Stendhal.
- c. Efecto Estocolmo.
- d. **Efecto Papageno.**

FEEDBACK:

Se denomina efecto Papageno al fenómeno mediante el cual la exposición a modelos de conducta y a ejemplos de personas que inicialmente han pretendido quitarse la vida pero que finalmente han renunciado a dicha idea y superado las crisis, la angustia o las dificultades que se los provocaron genere en el espectador un efecto preventivo del suicidio.

Ello se produce también cuando aunque no se haya manifestado una intención suicida, se percibe que una persona que ha sufrido grandes dificultades vitales o eventos traumáticos parecidos al propio han conseguido salir adelante y afrontar la situación con éxito y de manera positiva.

Se trata de hallar un referente, un modelo que enseñe que pese a las dificultades siempre pueden hallarse alternativas, algo mucho más profundo y entendible cuando se percibe que quien lo dice realmente ha pasado por una situación semejante a la propia y ha conseguido superarla, a veces incluso pudiendo ayudar al espectador a generar sus propias estrategias de superación o a intentar replicar la mostrada en los medios.

El caso inverso: el efecto Werther

Si bien los medios tienen una poderosa influencia a la hora de prevenir el suicidio, se debe tener una gran precaución con el tipo de casos que se emiten y cómo se emiten.

32. La Taxonomía NANDA-I se estructura de forma multiaxial sobre 7 ejes, de los cuales el concepto diagnóstico como descripción de la “respuesta humana”, corresponde al:

- a. Eje 7.
- b. Eje 5.
- c. Eje 3
- d. Eje 1.**

FEEDBACK:

Los diagnósticos NANDA-I son conceptos construidos por medio de un sistema multiaxial. Este sistema está formado por ejes, los componentes de los cuales se combinan para que los diagnósticos sean sustancialmente similares en forma y cumplan con el modelo de terminología de la Organización Internacional para la Normalización (ISO) para los diagnósticos Enfermeros.

Un eje, para el propósito de la taxonomía II de NANDA-I se define operativamente como una dimensión de la respuesta humana que es considerada en el proceso diagnóstico. Existen 7 ejes:

1. Foco del diagnóstico.
2. Sujeto del diagnóstico.
3. Juicio (descriptor).
4. Localización (topología).
5. Edad.
6. Tiempo (agudo, crónico, intermitente).
7. Estado del diagnóstico (focalizado en problema, de riesgo, de promoción de salud).

El eje 1 (foco) y el eje 3 (juicio) son componentes esenciales de un diagnóstico enfermero. En algunos casos, el foco del diagnóstico contiene juicio (p.e., náuseas). El eje 2 (sujeto del diagnóstico) también es esencial, aunque a veces puede estar implícito y, por tanto, no incluido en la etiqueta. El Comité de Desarrollo Diagnóstico requiere estos ejes para el envío de un nuevo diagnóstico; los otros ejes pueden ser usados cuando sean relevantes para clarificar. El eje 2 en algunos casos está nombrado explícitamente (ejemplo: afrontamiento ineficaz de la comunidad). En otras ocasiones este eje está implícito (p.e., intolerancia a la actividad) en el cual caso el sujeto del diagnóstico (eje 2) es siempre el paciente.

1. Eje 1. Foco del diagnóstico. El foco es el principal elemento o la parte fundamental y esencial, la raíz, del diagnóstico enfermero. Describe la “respuesta humana” que es la esencia del diagnóstico. Puede constar de uno o más nombres. Cuando se usa más de un nombre (p. e., intolerancia a la actividad), cada uno aporta un significado único al foco, como si entre los dos formaran un nombre único. Con frecuencia e puede utilizar un adjetivo con un nombre para denotar el foco (p. e., sufrimiento espiritual). En otros casos el foco y el diagnóstico enfermero son uno sólo (p. e., náuseas).

2. Eje 2. Sujeto del diagnóstico. Se define el sujeto del diagnóstico como la(s) persona(s) para quien(es) se determina el diagnóstico enfermero. Los valores del eje 2 son: individuo, cuidador, familia, grupo y comunidad, que representan la definición de NANDA-I de “paciente”.

– Individuo: ser humano individual distinto de otros, una persona.

- *Cuidador: miembro de la familia o ayudante que cuida regularmente de un niño o una persona enfermera, anciano o persona discapacitada.*
- *Familia: dos o más personas que mantienen relaciones continuadas, que perciben obligaciones recíprocas, sentimiento de significado en común, y comparten ciertas obligaciones hacia otros; con relación por consanguinidad o por elección.*
- *Grupo: un número de personas con unas características comunes.*
- *Comunidad: un grupo de personas que viven en la misma localidad bajo el mismo gobierno. (p. e., barrio o ciudad).*

Cuando el sujeto del diagnóstico no está explícito, por defecto se considera que es el individuo. Sin embargo, es perfectamente apropiado considerar esos diagnósticos también para otros sujetos (p. e., duelo puede ser aplicado a un individuo o a una familia o ser apropiado para una comunidad en caso de un desastre masivo o la pérdida de un líder importante).

3. Eje 3. Juicio. Un juicio es un descriptor o modificador que limita o especifica el significado del foco del diagnóstico. El foco del diagnóstico, juntamente con el juicio enfermero sobre el mismo, forma el diagnóstico.

4. Eje 4. Topología. La localización describe las partes / regiones del cuerpo y/o sus funciones relacionadas, es decir, todos los tejidos, órganos, lugares anatómicos o estructuras.

5. Eje 5. Edad. Se refiere a la edad de la persona que es sujeto del diagnóstico (eje 2). Todas las definiciones excepto la del anciano, son tomadas de la OMS.

– Feto: humano no nacido a partir de las 8 semanas de su concepción hasta nacimiento.

– Neonato: niño menor de 28 días de edad.

– Lactante: niño \geq 28 días y $<$ 1 año.

– Niño: persona entre 1 y 9 años, ambos incluidos.

– Adolescente: persona 10-19 años, ambos incluidos.

– Adulto: persona mayor de 19 años, a no ser que las leyes nacionales definan la persona como adulta a una edad más temprana.

– Anciano: persona \geq 65 años.

6. Eje 6. Tiempo. El tiempo describe la duración del foco del diagnóstico enfermero (eje 1). Los valores de este eje son:

– Agudo: duración $<$ 3 meses.

– Crónico: duración \geq a 3 meses.

– Continuo: ininterrumpido, que continua sin interrupción.

– Intermitente: se interrumpe y vuelve a comenzar a intervalos; periódico, cíclico.

– Perioperatorio: ocurre o se ejecuta durante o cercano al tiempo de una intervención quirúrgica.

– Situacional: relacionado con un conjunto de circunstancias en las cuales uno se encuentra.

7. Eje 7. Estado del diagnóstico. El estado del diagnóstico se refiere a la existencia o potencialidad del problema/ síndrome o a la categorización del diagnóstico como un diagnóstico de promoción de la salud. Los valores del eje 7 son tres:

1. Focalizado en problema: respuesta humana no deseable a una afección de salud/proceso vital que existe en la actualidad (incluye síndromes diagnósticos focalizados en problemas).

2. Promoción de la salud: motivación y deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano que existe en el momento actual.

3. Riesgo: vulnerabilidad para desarrollar en el futuro una respuesta humana no deseable a afecciones de salud/procesos vitales (incluye riesgo de síndromes diagnósticos).

33. ¿Cuál de los siguientes NO es un test de medición del cumplimiento terapéutico?:

- a. Test de Hermes.
- b. Test de Herrera Carranza.
- c. Test de Morisky-Green.
- d. Test de Beck.**

34. En la categorización y triaje se utiliza el índice de trauma pediátrico (ITP). Corresponde a un triaje grave:

- a. ITP menor o igual a 8.**
- b. ITP mayor de 8.
- c. ITP entre 12 y 6.
- d. ITP de 15.

35. En la clasificación del shock hemorrágico pediátrico, según la Asociación Española de Pediatría (2020) el Grado III, corresponde a una pérdida de volemia y relleno capilar de:
- a. 25-40 % y alargamiento moderado.
 - b. 20-30 % y alargamiento medio.
 - c. Mayor del 40 % y muy prolongado.
 - d. Menor del 35 % y alargamiento prolongado.
36. (Cuando a un niño/a se le realiza el test del ojo cubierto-descubierto (Cover test), se le tapa un ojo y se observa el otro, si este cambia de posición para enfocar el objeto, el test es:
- a. Positivo (indica estrabismo).
 - b. Negativo (no indica patología).
 - c. Negativo (indica astigmatismo).
 - d. Positivo (indica astigmatismo).
37. Una madre lactante tiene una ingurgitación mamaria, NO se recomendaría:
- a. Disminuir la frecuencia de las tomas.
 - b. Extraer la leche manualmente o con extractor eléctrico.
 - c. Aplicar compresas de agua fría para calmar el dolor.
 - d. Aplicar compresas tibias o ducha de agua tibia antes de las tomas.

FEEDBACK:

La ingurgitación mamaria es una acumulación de líquidos, se trata, por tanto, de un edema en el pecho en el posparto inmediato, que impide la salida de leche por el pezón. Lo que produce dolor, inflamación e imposibilita que el bebé pueda mamar.

Las ingurgitaciones son más frecuentes en madres que han tenido partos largos en los que se les han puesto muchos fluidos intravenosos. También las madres que han tenido un inicio complicado de la lactancia o que han estado separadas muchas horas de sus bebés pueden padecer esta molesta complicación. Cabe destacar que la ingurgitación es patológica y es muy diferente a la sensación de plenitud que tienen las madres durante la subida de leche. Esa sensación de plenitud es absolutamente habitual cuando se inicia la lactancia pero en ningún caso es dolorosa ni impide al bebé mamar.

Para la ingurgitación mamaria se recomienda aumentar la frecuencia de tomas, tomar ibuprofeno (de primera elección frente a otros fármacos), CPP (cuidados piel con piel), aplicar PIS (presión inversa suavizante) durante 10" unos 10'-20' inmediatamente antes del agarre, aplicar frío local entre tomas, drenaje linfático de la mama o extracción manual. La presión inversa suavizante consiste en la aplicación de presión firme en la areola con drenaje hacia la mama, se aplica con dos dedos en una zona de la areola y se va rotando por toda su circunferencia. Tanto la PIS como el drenaje linfático son muy importantes a la hora de facilitar el drenaje del exceso de líquido que tenemos en la mama, posibilitando así un adecuado agarre al pecho.

38. La colocación de una ostomía viene definida principalmente por la duración del soporte nutricional por vía enteral, es decir, periodos superiores a 4-6 semanas. Indica, en este caso, cuál es la ostomía de elección preferente:
- a. Duodenostomía.
 - b. Gastrostomía.
 - c. Faringostomía.
 - d. Esofagostomía.

FEEDBACK:

Catéter de ostomía

Los catéteres de enterostomía se pueden colocar de forma percutánea o quirúrgica en cualquier seg-

mento del tracto gastrointestinal, y siempre la vía de elección estará en función de la patología del paciente. Está indicada la colocación quirúrgica o endoscópica cuando se prevé una nutrición a largo plazo.

-Gastrostomía: consiste en acceder a la cavidad gástrica a través de la pared abdominal. Indicado para NE a largo plazo en pacientes con tracto gastrointestinal funcional (trastornos de la deglución, degenerativos). Es la ostomía de elección.

-Duedonostomía y yeyunostomía: colocación de sonda en estas estructuras anatómicas. La yeyunostomía se indica ante alto riesgo de aspiración, permitiendo nutrición posoperatoria precoz de forma predigerida. El inconveniente de esta técnica es que se debe administrar de forma continua (en bomba) o en bolos de forma frecuente.

-Faringostomía/esofagostomía: están indicadas si se plantea la NE a largo plazo, en pacientes con traumatismos faciales, tumores y obstrucciones de las fosas nasales, cirugía maxilofacial y ORL. Ambas técnicas están en desuso.

39. Conforme a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, seleccione la respuesta correcta:

- a. Puede solicitarse por cualquiera de los cuatro supuestos que presenta la ley.
- b. El procedimiento se inicia con el médico consultor.
- c. No es necesario un proceso deliberativo con el paciente al ser una decisión autónoma.
- d. La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio.**

FEEDBACK:

Artículo 14. Prestación de la ayuda para morir por los servicios de salud La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.

40. De las siguientes herramientas de análisis y evaluación de riesgos, señale cual es exclusivamente proactiva:

- a. La espina de pescado.
- b. El análisis de barreras.
- c. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE).**
- d. El análisis de cambio.

FEEDBACK:

La gestión de cualquier tipo de riesgo se realiza a través de las siguientes fases:

-Identificación del riesgo, que incluye las actuaciones destinadas a identificar todas las fuentes y factores generadores de riesgo en los centros sanitarios.

-Análisis del riesgo, que comprende todas las actuaciones para valorar la frecuencia, la trascendencia y la evitabilidad del riesgo, así como las opciones posibles de actuación.

-Elaboración de planes de control, fase que incluye las actuaciones realizadas para eliminar, reducir y mitigar los riesgos y, en caso necesario, asegurarlos.

Para la identificación del riesgo existen dos formas esenciales de identificarlos: previamente a que produzcan daño, y una vez lo han ocasionado. A los que son previos, se les denomina proactivos, como el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Esta metodología permite anticiparse a las fallas en los procesos de atención y fortalecer la seguridad del paciente.

41. Para la valoración de la disfagia orofaríngea, se utiliza el test de:

- a. MECV-V.**
- b. MNA.
- c. GOLDBERG.
- d. CAMP.

FEEDBACK:

El Método Volumen Viscosidad(MECV-V) es un test de cribado que se utiliza para pacientes con disfagia que presentan riesgo de complicaciones respiratorias y nutriciones y además pacientes cuya deglución podría mejorarse aumentando la viscosidad del bolo.

42. Señale cuál de los siguientes contenidos del Informe de cuidados de enfermería es de carácter «recomendable» (R) en centros o dispositivos asistenciales del Sistema Nacional de Salud, pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos del citado informe, quedando su presencia o no a criterio de cada comunidad autónoma:

a. Enfermedades previas.

- b. Causas que generan la actuación enfermera.
- c. Motivo de alta/derivación enfermera.
- d. Valoración activa.

43. ¿Cuál de los siguientes criterios NO corresponde con alguno de los establecidos en el Modelo de excelencia EFQM (European Foundation for Quality Management)?:

a. Planes.

- b. Personas.
- c. Procesos.
- d. Liderazgo.

FEEDBACK:

Modelo EFQM 2020: Este modelo nuevo no deja al anterior obsoleto, sino que coexisten, y cada institución decide si aplica este modelo nuevo o mantiene el anterior. Si bien, a partir de abril 2021, necesitas tener este modelo si quieres que te acrediten, vamos que te condicionan a que lo hagas. Cambio en el nombre: ya no tiene la palabra “excelencia”; ahora es “Modelo EFQM 2020”. Las organizaciones dejan de ser “excelentes” para denominarse “sobresalientes”. La escala REDER elimina la escala de puntuación, para estar más centrada en la ayuda a la gestión (transformación) que en la propia puntuación; de modo que se centra en 3 matrices y 7 criterio:

- *Por qué se hace lo que se hace (dirección)*
 - *Propósito, visión y estrategia*
 - *Cultura de la organización y liderazgo*
- *Cómo se hace (ejecución)*
 - *Implicar a los grupos de interés*
 - *Crear valor sostenible*
 - *Gestionar el funcionamiento y la transformación*
- *Qué se obtiene (resultado).*
 - *Rendimiento estratégico y operativo*
 - *Percepción de los grupos de interés*

Los principios del modelo EFQM son: orientación a resultados, orientación al cliente, liderazgo y coherencia con los objetivos, gestión por procesos y hechos, implicación personal, aprendizaje e innovación continua, desarrollo de alianzas y responsabilidad social

44. La proporción de personas de una población que enferman a lo largo de un periodo de tiempo concreto, que es el resultado del cociente del número de casos nuevos en un periodo determinado entre el número de individuos libres de la enfermedad al inicio del periodo, se denomina:

a. Incidencia acumulada.

- b. Tasa de incidencia.
- c. Prevalencia de periodo.
- d. Tasa de Prevalencia.

FEEDBACK:

Tipo de medidas en la relación de variables: Existen diferentes medidas para valorar la relación entre variables, en los estudios descriptivos se utilizan las medidas de frecuencia absoluta o relativa, en los estudios analíticos se utilizan las medidas de asociación y fuerza de impacto con el objetivo de medir la fuerza de asociación entre las variables.

-Medidas de frecuencia relativa: Razón, proporción, porcentaje, tasa y riesgo

-Medidas de frecuencia absoluta: Incidencia y prevalencia

-Medidas de asociación: Riesgo relativo y Odds Ratio

-Medidas de fuerza de impacto: Riesgo atribuible, riesgo atribuible poblacional, fracción etiológica en expuestos y fracción etiológica en la población

Medidas de frecuencia absoluta: incidencia y prevalencia

1. Incidencia número de nuevos casos del fenómeno en estudio que han aparecido en un grupo de individuos, en un espacio y en un período de tiempo determinados.

a) Incidencia acumulada (IA): proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un tiempo determinado. $IA = I_{exp}/I_{no\ exp}$.

b) Tasa o densidad de incidencia (TI o DI): es la relación entre el número de casos nuevos a lo largo de un período concreto y la suma de los períodos de riesgo de cada uno de los individuos enfermos a lo largo del período que se especifica. Es una tasa porque el denominador incluye el tiempo. Casos de enfermedad por cada persona y tiempo. $TI = I_{exp}/no\ sujetos\ en\ riesgo\ por\ tiempo\ de\ exposición\ de\ cada\ uno\ de\ ellos$.

2. Prevalencia: número de casos totales (nuevos y antiguos), surgidos en una población y momento determinado. La prevalencia estima la probabilidad de que un individuo esté enfermo en dicho momento. Es una proporción, por lo que sus valores se sitúan entre 0 y 1 y no tienen unidades (se suele expresar en %).

a) Prevalencia puntual o instantánea: se mide en un punto determinado. Total de casos en un tiempo y lugar concretos.

b) Prevalencia de período: a lo largo de un período de tiempo.

45. En un grupo educativo, ¿qué técnica, de las citadas más abajo, NO es una técnica de investigación en el aula?
- Tormenta de ideas.
 - Rol-playing.**
 - Philips 66.
 - Cuestionarios.
46. El índice de Fritz al realizar un estudio demográfico es de 50. Cuál es la interpretación de este resultado?
- Que la población estudiada es joven.
 - Que la población estudiada es vieja.**
 - Que la población estudiada es madura.
 - Que la población estudiada es muy equilibrada.
47. Según la Guía de práctica clínica de anticoncepción hormonal e intrauterina del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, el método de anticoncepción de urgencia más efectivo es:
- El dispositivo intrauterino de cobre.**
 - Los anticonceptivos orales combinados.
 - La píldora de acetato de ulipristal.
 - La píldora de levonorgestrel.

FEEDBACK:

Contracepción poscoital: En ausencia de método, el riesgo de embarazo si el coito ocurre a mitad del ciclo es del 20-40%, y si es en otro momento, del 5%.

La contracepción poscoital incluye:

- *Levonorgestrel (método de elección). Gestágeno muy eficaz las primeras 24 horas, y reduciendo eficacia pasadas 72 horas. En general, salvan 85-95% de embarazos potenciales. Efecto secundario más frecuente: náuseas.*
- *Estroprogestágenos a altas dosis o método Yuzpe. Administrar 2 comprimidos c/12 horas, durante 48 horas. En desuso, por lo vómitos abundantes.*
- *DIU postcoital. Se inserta entre el 3-5 día poscoital, con eficacia del 99% (Según la Guía de práctica clínica de anticoncepción hormonal e intrauterina del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, el más efectivo es el DIU de cobre).*
- *Mifepristona o RU486. Fármaco antiprogestágeno de eficacia casi 100%, no comercializado en España.*
- *Acetato de ulipristal. El acetato de ulipristal es un modulador selectivo de los receptores de la progesterona (SPRM) utilizado como anticonceptivo femenino de emergencia eficaz durante cinco días (120 horas) después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección o haberse producido un fallo del anticonceptivo utilizado. Para evitar embarazos no deseados es una alternativa eficaz a otros anticonceptivos de emergencia ya que se pueden utilizar hasta 5 días después de relaciones sexuales sin protección, mejorando los resultados del anticonceptivo de emergencia con levonorgestrel en los 3 primeros días y continuando su eficacia 2 días más. El acetato de ulipristal se le conoce como "píldora de los cinco días después" y pasa a formar parte del grupo de medicamentos denominado píldora del día después. También se utiliza para reducir los miomas uterinos.*

48. **A la hora de dar malas noticias utilizaremos la estrategia de Buckman que está formada por:**

- 4 etapas.
- 5 etapas.
- 6 etapas.**
- 7 etapas.

FEEDBACK:

1ª etapa: Preparar el contexto físico más adecuado

2ª etapa: Averiguar cuánto sabe el paciente

3ª etapa: Averiguar lo que el paciente quiere saber

4ª etapa: Compartir la información

5ª etapa: Responder a los sentimientos del paciente

6ª etapa: Planificación y seguimiento del proceso

49. **De las siguientes características de la leche materna, señale la correcta:**

- El calostro es muy rico en vitamina A.**
- El escaso volumen del calostro favorece el estreñimiento en los primeros días.
- El hidrato de carbono más importante en la leche humana es la sacarosa.
- Durante los primeros siete a diez minutos de la toma de leche madura, el pecho produce una leche alta en calorías, con proteínas, hidratos de carbono, vitamina D, minerales, anticuerpos y agua en cantidad suficiente.

FEEDBACK:

Composición de la leche materna:

• *Calostro (3-4 día). Volumen medio 2-20 ml/día. Es un líquido amarillento (betacaroteno), espeso de alta densidad, poco volumen y ligeramente salado. En 100 ml: 2 g de grasa, 4 g de lactosa y 2 g de proteína. Aporta 67 kcal/100 ml. Menos cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (vitamina A), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. La concentración de Ig A y la lactoferrina están muy elevadas junto a una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente. Tiene efecto laxante ayudando a la expulsión del meconio, previene ictericia, maduración del intestino, previene intolerancia alimentaria, reduce gravedad de infecciones como sarampión.*

• *Leche de transición (4-15 día). Volumen medio 600-800 ml/día. Aumenta en glucosa, lípidos, vitaminas hidrosolubles. Va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.*

• Leche madura (a partir 15 días). Volumen medio 700-900 ml/día. Mayor contenido en grasas e hidratos de carbono. En 100 ml: 0,9 g de proteínas, 4-4,2 g de grasa, 7 g de lactosa y 100 mg de IgA. Aporta 75 kcal/100ml. Respecto a las proteínas, 30% caseína y el resto destaca alfa lactoalbúmina de AVB. La grasa es mayor al final de la tetada y más de la mitad son AGE. Las vitaminas A y K son más elevadas en calostro, la vitamina D es suficiente, pero escasa. Los minerales más abundantes son Ca y P en (2:1), Fe y Zn escaso pero suficiente. Además el Fe es mucho más biodisponible que en leche de vaca o suplementos, por la presencia de lactoferrina, Zn y Cu.

50. Según la Escala de Glasgow modificada para niños, en respuesta verbal, valoraríamos con 5 puntos si el lactante presenta:

a. Balbuceos.

b. Llanto irritable.

c. Lloro al dolor.

d. Quejido al dolor.

FEEDBACK:

Respuesta verbal

-5 Balbuceo

-4 Llanto irritante

-3 Llanto al dolor

-2 Quejido al dolor

-1 Ninguna

51. La clave del diagnóstico de la tuberculosis es la demostración de bacilos ácido-resistentes (BAR) en frotis de esputo y aislamiento de M. Tuberculosis en los cultivos. ¿Cuántas muestras de esputo deben obtenerse preferiblemente para el diagnóstico?:

a. 1 muestra.

b. 2 muestras.

c. 3 muestras.

d. No es necesaria ninguna muestra para el diagnóstico.

52. Para la valoración del equilibrio dinámico en el anciano, usaremos el test "Timed up and go", ¿qué tiempo de realización es indicativo de fragilidad?:

a. Menor de 10 segundos.

b. Entre 10 y 20 segundos

c. Mayor de 20 segundos.

d. Mayor de 12 segundos

FEEDBACK:

Prueba Levántate y anda cronometrado o Test Get Up and Go (TUG).

En algunas publicaciones se ha mostrado como mejor predictor de riesgo de caídas con puntos de corte por encima de 20 y de fragilidad con puntos de corte entre 10-20. El punto de corte utilizado en el documento previo era ≥ 20 para determinar alta probabilidad de fragilidad, aunque un punto de corte > 12 segundos parecería más acorde a la bibliografía existente actual mente, por lo que se modifica en esta actualización.

53. Como profesional de enfermería realiza el cribado sobre consumo de riesgo de alcohol mediante el cuestionario AUDIT. ¿Qué puntuación tomaría como punto de corte para considerar que una persona tiene un consumo de riesgo?:
- Mayor de 5 puntos en varones y mayor de 3 en mujeres.
 - Mayor de 7 puntos en varones y mayor de 5 en mujeres
 - Mayor de 9 puntos en varones y mayor de 7 en mujeres.
 - Mayor de 11 puntos en varones y mayor de 9 en mujeres.

FEEDBACK:

Hombres:

0-7 no hay problema,

8-19 bebedor de riesgo,

20-40 probable dependencia y problemas físicos

Mujeres:

0-5 no hay problema,

6-19 bebedor de riesgo

20-40 probable dependencia y problemas físicos

54. Según el Sistema Español de Triage (MAT-SET), es cierto que:
- Se establecen cuatro niveles de triaje, correspondiendo el NIVEL I a situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato
 - Se establecen cuatro niveles de triaje, correspondiendo el NIVEL III a situaciones de urgencia, con potencial riesgo vital.
 - Se establecen cinco niveles de triaje, correspondiendo el NIVEL IV a situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial.
 - Se establecen cinco niveles de triaje, correspondiendo el NIVEL V a situaciones de emergencia o muy urgentes.
55. Antes de proceder a la administración de un fármaco tendremos en cuenta la “regla de los 5 correctos” para realizar una administración segura. ¿Cuál de los siguientes puntos NO contempla?:
- Fármaco correcto.
 - Paciente correcto.
 - Vía correcta.
 - Frecuencia correcta.

FEEDBACK:

Los 15 correctos son:

1. Lavarse de las manos: no solamente cuando se vaya a administrar un medicamento sino antes de realizar cualquier procedimiento que lo requiera.

2. Verificar en la historia clínica los antecedentes alérgicos del paciente.

3. Control de signos vitales: teniendo en cuenta que ciertos medicamentos pueden alterarlo.

4. Medicamento correcto: verificar que sea el mismo medicamento en la tarjeta de drogas, la orden médica, y en la hoja de control de medicamentos. Además de revisar la fecha de vencimiento, efecto del fármaco en el organismo, presentación, etc.

5. Dosis correcta: revisar en la historia clínica la dosis ordenada, tener precaución ya que los fármacos tienen diferentes concentraciones y eso puede confundir. Por ejemplo: ibuprofeno de 400mg y de 800mg.

6. Vía de administración correcta: verificar si el medicamento a administrar se aplica por vía enteral, parenteral o tópica.

7. Hora correcta: revisar en la hoja de drogas la hora correspondiente a la administración fármaco.

8. Paciente correcto: verificar nombre y número de historia clínica para cerciorarse que sea el paciente correcto.

9. Técnica de administración correcta.

10. Velocidad de infusión correcta: en la orden médica debe estar indicada la velocidad de infusión en caso de ser intravenoso.

11. Verificar fecha de vencimiento: esta verificación se realiza en el momento de la dispensación del medicamento.

12. Preparar y administrar el medicamento uno mismo: lo correcto es realizar esta tarea uno mismo por más que confiemos en el compañero(a) así nos aseguramos qué es lo que estamos administrando.

13. Registrar el medicamento uno mismo: una vez administrado el medicamento debemos registrar en la hoja de droga y notas de enfermería, tanto el medicamento como la técnica y procedimiento.

14. No administrar medicamento si la orden fue verbal: quizás uno de los errores más frecuentes en la administración de medicamento. Si el medicamento no está ordenado por escrito entonces no se administra.

15. Educar al paciente y al familiar acerca del medicamento administrado: informarle de la importancia de cumplir la receta médica y no automedicarse.

56. Pueden ser manifestaciones clínicas de la anorexia nerviosa las siguientes, EXCEPTO:

a. Arritmias auriculares y anomalías en el QT.

b. Acidosis metabólica.

c. Incremento en los niveles de hormona luteinizante (LH) y de la hormona foliculoestimulante (FSH).

d. Disminución en la masa ósea.

FEEDBACK:

Están relacionadas con la afectación psicológica y con la desnutrición: las consecuencias orgánicas producidas por la pérdida de peso y malnutrición en la anorexia pueden ser: alteraciones hormonales, pérdida del deseo y potencia sexual, amenorrea, disfagia (dificultad al tragar), osteoporosis, estreñimiento, alopecia, pelo quebradizo, disminución de la masa muscular, disminución de la reserva de grasa subcutánea, piel seca y descamada, hipercarotinemias (color anaranjado a la piel), acrocianosis en las partes distales (dedos de manos y pies), hirsutismo (lanugo), uñas quebradizas. Lento vaciado gástrico: sensación de plenitud tras las comidas, hipotermia, bradicardia, anemia y leucopenia: las defensas están bajas y hay más riesgo de infección.

Cuando la pérdida ponderal de peso es superior al 25% se ve aumentada la hormona del crecimiento o GH.

Se tienen niveles basales disminuidos de la hormona luteinizante (LH) y de la hormona foliculoestimulante (FSH).

57. NO es un parámetro a valorar en la escala de Cincinnati:

a. La asimetría facial.

b. La apertura de ojos.

c. La fuerza en los brazos.

d. El lenguaje.

FEEDBACK:

-Escala CPSS (Cincinnati Prehospital Stroke Scale): valora asimetría facial, fuerza en los brazos y lenguaje. Se emplea para diagnosticar el ictus en el ambiente prehospitalario. Extrahospitalario.

58. ¿Qué instrumentos podemos utilizar para realizar la exploración de la sensibilidad táctil y vibratoria en el cribado del pie diabético?:

a. Monofilamento de Semmes-Wenstone 5.07.

b. Diapasón de 128 Hz.

c. Biotensiómetro.

d. Todas las respuestas son correctas.

FEEDBACK:

Valoración Neuropática: Presión con Monofilamento. Semmes-Weinstein: base 1er dedo y cabeza 1º

y 5º dedo (si ausencia en algún punto indica neuropatía). Vibratoria con Diapasón 128 Hz y Táctil con algodón hidrófilo dorso del pie. ITB, Arteriografía y RNM.

59. La elevación de la tirotropina es indicador de:

- a. Hipertiroidismo.
- b. Hiperaldosteronismo.
- c. Enfermedad de Addison.
- d. Hipotiroidismo.**

FEEDBACK:

Hipotiroidismo

Trastorno caracterizado por una carencia de hormonas tiroideas circulantes y se caracteriza por un entecimiento de todas las funciones orgánicas. La causa más frecuente en el mundo es el déficit endémico de yodo. Más frecuente en el sexo femenino, pues se estima > 10% mujeres mayores de 60 años padecen hipotiroidismo subclínico, entendido como discreta elevación de TSH con niveles normales de T4. Una elevación de la tirotropina suele ser indicador de hipotiroidismo

60. El síndrome de Wernicke-Korsakoff se puede producir en pacientes con enolismo crónico por la deficiencia de la siguiente vitamina:

- a. Tiamina.**
- b. Niacina.
- c. Ácido fólico.
- d. Ácido ascórbico.

61. Señale la respuesta correcta en relación con el sellado del reservorio venoso subcutáneo:

- a. Utilizaremos 3 ml de suero fisiológico al 0,9% cargados en una jeringa de 10 ml.
- b. Utilizaremos 3 ml de heparina sódica 20 UI/ml cargados en una jeringa de 10ml.**
- c. Utilizaremos 5 ml de heparina sódica 20 UI/ml cargados en una jeringa de 5 ml.
- d. Utilizaremos 5 ml de suero fisiológico al 0,9% cargados en una jeringa de 5 ml.

FEEDBACK:

Catéter central: es el más recomendado para tratamientos prolongados, pacientes con mal acceso periférico o fármacos muy irritantes o vesicantes. Pueden utilizarse como vía de acceso cómoda y rápida para administración de fármacos, quimioterapia, componentes sanguíneos, sueroterapia, nutrición parenteral o extracción de muestras sanguíneas, y para fines diagnósticos.

Tipos:

1. **Catéter venoso central canalizado tipo Hickman.** –silicona, larga duración y radiopaco–Si no se usa, ha de ser heparinizado cada 7 días, y realizarle cura diaria del punto de inserción, así como aplicar apósito transparente para el control de la infección. Además de la dilución clásica para heparinizar, actualmente está en uso el vial ya preparado (FIBRILIN), que hepariniza con 3cc (60 UI heparina) del vial de 5cc.

2. **Reservorio subcutáneo –bajo índice de infección– tipo Portacath,** como puerto implantable de acceso venoso que utiliza las agujas especiales tipo Huber y el sistema Gripper. Requiere lavado y heparinización tras cada uso, y cada 30 días en caso de no utilizarse. Se realizará inyectando 5 cc de solución heparinizada 100 UI/ml con SF. La obstrucción es la complicación más frecuente. Para solucionarlo:

– Indicar al paciente que cambie de posición, si es posible acostarlo con los pies elevados y girar la cabeza.

– Si después de todas estas maniobras, el catéter no está permeable, se debe realizar una placa de tórax para descartar rotura, migración o bucle del catéter.

– Si no existe ninguna de estas causas, será necesario recurrir a desobstruirlo mediante un fibrinolítico Tanto el sistema Portacath como el catéter tipo Hickman pueden ser utilizados desde el momento de su implantación.

3. **Catéter central de inserción periférica (PICC).** Es un catéter venoso central, de acceso periférico, no tunelizado, constituido de poliuretano de tercera generación o silicona y que tiene una expectativa de

duración de entre 3 y 12 meses.

– *Técnica de implantación.* Debe ser realizada por personal experto de enfermería o facultativo mediante la técnica de micropunción Seldinger modificada, bajo una guía ecográfica, en vena basilíca, braquial, axilar o cefálica, y preferiblemente con un sistema de catéter central de inserción periférica localización de punta, pues la técnica “ciega” está desaconsejada en la actualidad. Su extremo final debe estar situado alrededor de la unión cavo-atrial. Con el ecógrafo los PICC se insertan generalmente en basilíca, por encima de la fosa antecubital. El paciente debe colocarse en decúbito supino con el brazo en abducción a 90° y el método de selección de la vena mediante el ecógrafo en espacio comprendido entre 4cm por encima de la flexura del codo y 4 cm por debajo de la axila, preferentemente la vena basilíca y como segunda opción la braquial. La longitud del catéter se calcula midiendo desde la unión esterno-clavicular del lado en el que se va a realizar la inserción al punto de inserción y se le suman 10 cm si es el brazo derecho o 15 cm si es el izquierdo, además requiere control radiológico confirmatorio con punta en el tercio inferior de cava superior.

– *Cuidados de enfermería:*

◇ *Valorar diariamente signos y síntomas de complicaciones: flebitis, extravasación, trombosis venosa profunda, salida accidental; y comprobar permeabilidad de la luz antes de cada uso, aspirando un volumen de sangre correspondiente aproximadamente al cebado del catéter y desecharlo en caso de que esté sellado con heparina sódica.*

◇ *Lavados con SSF con la técnica push-stop–push con clampaje a presión positiva que consiste en instilar, al menos 5-10 ml de SSF a emboladas, usando siempre jeringas de 10 ml o mayores, pues instilar con jeringas inferiores puede generar un incremento de la presión intraluminal que lleve a la rotura del catéter, haciendo pequeñas pausas c/1-2 ml para generar turbulencias. Se recomienda que los lavados se realicen con un volumen superior al doble de la capacidad del catéter, y doblar el volumen tras soluciones viscosas y propensas al precipitado como: nutrición, hemoderivados, bicarbonato, es decir 10-20 ml. El clampaje a presión positiva consiste en cerrar el clamp externo del catéter (si lo tiene) durante la instilación de la última embolada, teniendo en cuenta que debe sobrar algo de volumen en la jeringa para mantener siempre la presión positiva, y rotar la zona donde se clampa para no dañar el catéter.*

◇ *Sellado final del catéter: en el uso intermitente, tras el lavado final, es opcional sellar, que se utilizará una jeringa cargada con 3 ml de heparina sódica con una concentración de 20 UI/ml y se perfunde aproximadamente el volumen de cebado del catéter, haciendo clampaje a presión positiva al terminar la instilación (si tiene clamp).*

◇ *Cura de mantenimiento. Si el apósito está limpio e íntegro, se programarán las curas cada 7 días, si utilizamos un apósito semipermeable transparente y visualizamos el punto de salida del catéter o cada 48 horas siempre que usemos un apósito con gasa que no permita observar el punto de salida del PICC. El antiséptico de elección es la clorhexidina 2% con alcohol con alcohol isopropílico al 70° en esponjas monodosis o en spray con un tiempo de secado de 30 segundos. Si sensibilidad a este producto, utilizar povidona no alcohólica si el catéter no es de silicona o solo el alcohol isopropílico, con tiempo de secado entre 2 min y 30 seg, respectivamente. Para fijarlo se recomienda un sistema fijador sin suturas o bien un fijador permanente subcutáneo sin pegatina.*

62. Para valorar la deshidratación aguda en los niños utilizaremos la Escala de Gorelick, la cual:

a. Valora 10 condiciones, siendo una puntuación de 7 puntos indicativa de deshidratación grave.

b. Valora 10 condiciones, siendo una puntuación de 3 puntos indicativa de deshidratación grave

c. Valora 5 condiciones, siendo una puntuación de 4 puntos indicativa de deshidratación grave.

d. Valora 5 condiciones, siendo una puntuación de 1 punto indicativa de deshidratación grave.

Feedback:

La escala de Gorelick valora 10 parámetros:

1. *Elasticidad cutánea disminuida.*
2. *Tiempo de recapilarización > 2 sg.*
3. *Deterioro estado general.*
4. *Ausencia de lágrima.*
5. *Respiración anormal.*

6. Mucosas secas.
7. Ojos hundidos.
8. Pulso radial anormal
9. Frecuencia cardíaca > 150 lpm.
10. Diuresis disminuida

Cada signo se puntúa con 1 punto. Deshidratación:

-Leve: 1-2 puntos.

-Moderada: 3-6 puntos

-Grave: 7-10 puntos.

63. La Resolución de 8 de julio de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/os enfermeras/os: quemaduras, incluye los siguientes fármacos, EXCEPTO:

a. Clobetasol.

b. Sulfadiazina argéntica.

c. Combinaciones con colagenasa.

d. Bromelaínas.

FEEDBACK:

Resolución de 8 de julio de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/os enfermeras/os: quemaduras.

ATC/Denominación ATC

D03BA03/Bromelaínas.

D03BA52/Combinaciones con colagenasa.

D06BA01/Sulfadiazina argéntica.

D06BA51/Combinaciones con sulfadiazina de plata.

D07AC01/Betametasona.

D07AC04/Acetónido de fluocinolona.

D07AC06/Diflucortolona.

D07AC08/Fluocinónida.

D07AC13/Mometasona.

D07AC14/Aceponato de metilprednisolona.

D07AC15/Beclometasona.

D07AC16/Aceponato de hidrocortisona.

D07AC17/Fluticasona.

D07AC18/Prednicarbato.

64. La clasificación de diagnósticos de enfermería de la NANDA en su duodécima edición contiene un total de:

a. 281 diagnósticos de enfermería.

b. 273 diagnósticos de enfermería.

c. 267 diagnósticos de enfermería.

d. 244 diagnósticos de enfermería.

FEEDBACK:

La NANDA-I ofrece una estructura taxonómica en tres niveles: NIVEL 1: dominio, es el nivel más abstracto; NIVEL 2: clase, es el nivel más concreto; NIVEL 3: diagnóstico enfermero, es el nivel más concreto.

-La 10.ª edición de NANDA-I, 2015-2017, contiene 235 diagnósticos enfermeros agrupados en 13 dominios y 47 clases. La estructura de la Taxonomía II utiliza códigos de 32 bits (o si la base de datos del usuario usa otro tipo de codificación, la estructura utiliza 5 dígitos)

-La 11ª edición se conoce como NANDA 2018-2020: 13 dominios, 47 clases, 244 diagnósticos;

-La 12ª edición se trata de NANDA 2021-23: 13 dominios, 47 clases y 267 diagnósticos.

La clasificación de NANDA-I tiene actualmente 267 diagnósticos enfermeros: 46 nuevos; 67 revisados; 17 que han recibido cambios en la etiqueta y 23 retirados.

65. A qué dominio de la taxonomía NIC pertenecen los cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios en el estilo de vida:

- a. Fisiológico básico.
- b. Fisiológico complejo.
- c. Conductual.**
- d. Comunidad.

FEEDBACK:

Dominios/clases NIC:

- *Dominio 1. Fisiológico básico (cuidados que apoyan el funcionamiento físico): (A) Control de la actividad y del ejercicio. (B) Control de la eliminación. (C) Control de la inmovilidad. (D) Apoyo nutricional. (E) Fomento de la comodidad física. (F) Facilitación de los autocuidados.*
- *Dominio 2. Fisiológico complejo (Cuidados que apoyan la regulación homeostática): (G) Control de electrolitos y equilibrio ácido-base. (H) Control de fármacos. (I) Control neurológico. (J) Cuidados perioperatorios. (K) Control respiratorio. (L) Control de piel/heridas. (M) Termorregulación. (N) Control de la perfusión tisular.*
- *Dominio 3. Conductual (Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida): (O) Terapia conductual. (P) Terapia cognitiva. (Q) Potenciación de la comunicación. (R) Ayuda para hacer frente a las situaciones difíciles. (S) Educación de los pacientes. (T) Fomento de la comodidad psicológica.*
- *Dominio 4. Seguridad (Cuidados que apoyan la protección contra peligros): (U) Control en casos de crisis. (V) Control de riesgos.*
- *Dominio 5. Familia (Cuidados que apoyan a la unidad familiar): (W) Cuidados de un nuevo bebé. (Z) Cuidados de crianza de un nuevo bebé. (X) Cuidados de la vida.*
- *Dominio 6. Sistema sanitario (Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria): (Y) Medición del sistema sanitario. (a) Gestión del sistema sanitario. (b) Control de la información.*
- *Dominio 7. Comunidad (Cuidados que apoyan la salud de la comunidad): (c) Fomento de la salud de la comunidad. (d) Control de riesgos de la comunidad.*

66. Señale cuál de los siguientes NO es un sistema de medición de cargas de cuidados de enfermería:

- a. Método PRN.
- b. Sistema GRAPS.
- c. Escala NEMS.
- d. Sistema GMA.**

FEEDBACK:

Instalación: Es la última fase de la organización, y se define como la dotación de los recursos necesarios de tipo material, financiero, humano, para llevar a cabo las funciones y actividades. Entre los sistemas de clasificación de los pacientes encontramos la distribución de enfermera por cama ocupada (no considera las necesidades de los pacientes), juicio o criterio profesional y métodos de regresión, que tratan de monitorizar y predecir las necesidades en base al trabajo realizado con anterioridad mediante la evaluación de factores (parrilla de Montesinos, Grasp, PRN, Plaisir, RUG).

En relación a la dotación del personal de enfermería y para planificar y valorar su carga de trabajo, el sistema más utilizado es por niveles de dependencia de los pacientes, también denominado Medicus o parrilla de Montesinos. Un sistema basado en el número de horas de cuidados deseados para cada clase de paciente en función de su nivel de dependencia. Mide 4 campos: cuidados directos, cuidados indirectos, educación del paciente y apoyo emocional. Se compone de 4 niveles siendo el nivel 1 en el que el paciente es autónomo, nivel 2 en la que hay una dependencia parcial, nivel 3 dependencia elevada y observación continua y nivel 4, con dependencia TOTAL (cuidados intensivos). Con estos datos se construye una parrilla que es necesario actualizar cada 24 horas.

- **GRASP (EE. UU.)** Es un sistema que distribuye el reparto de los cuidados administrados por enfermería en: cuidados previsibles (cuidados físicos, directos, indirectos, proceso de enfermería, educación y ayuda) e imprevisibles (cuidados directos imprevisibles).
- **PRN (Project Research in Nursing) (Canadá)** es un sistema que proporciona puntos a cada actividad, de modo que a cada actividad le corresponde un intervalo de minutos diarios. Divide las actividades en cuidados directos e indirectos. Es el método más usado en Europa y de forma retrospectiva en nuestro país. Así completan 249 factores traducidos en puntos de acción enfermera para 24 horas.
- **PLAISIR:** es un sistema informatizado creado por Tilquin, para medir cargas de trabajo en enfermería en unidades de larga estancia.
- **RUG (Resource Utilization Groups):** evaluación de las necesidades asistenciales de pacientes ingresados, lo que permite la predicción de la dotación de recursos. Hay varias versiones de modo que varía el número de grupos en los que se clasifica los pacientes que van desde 9 hasta 44 grupos en el RUG III.
- La escala **NEMS** permite determinar de manera objetiva el esfuerzo terapéutico y el nivel de gravedad de los pacientes ingresados en la unidad de críticos, permitiendo así valorar la carga de trabajo.

67. El evento o circunstancia que, asociado a la prestación de asistencia sanitaria y no a una enfermedad o lesión subyacente, ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente se denomina:

a. Incidente.

- b. Circunstancia notificable.
c. Error.
d. Efecto adverso.

FEEDBACK:

Principales definiciones:

-**Seguridad del paciente:** Ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria.

-**Daño relacionado con la atención sanitaria:** Daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

-**Incidente relacionado con la atención sanitaria:** Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

-**Riesgo:** Posibilidad de que se produzca un incidente.

-**Evento adverso:** Incidente que produce daño al paciente.

-**Daño:** Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.

-**Lesión:** Daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

-**Error:** No realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto.

-**Incidente sin daño:** Incidente que no llegó a causar daño.

-**Prevenible:** Aceptado generalmente como algo evitable en las circunstancias particulares de cada caso.

-**Detección:** Acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.

-**Factor atenuante:** Acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño a un paciente.

-**Resultado para el paciente:** Repercusiones para el paciente que son total o parcialmente atribuibles a un incidente

68. Señale cuál de los siguientes métodos de priorización de problemas valora los siguientes criterios: gravedad, extensión, vulnerabilidad, tendencia o evolución en el tiempo y repercusión local:

- a. Método DARE.
b. Método Blum.
c. Método GEVER.
d. Método Hanlon.

FEEDBACK:

Establecimiento de prioridades: Una vez analizada la situación e identificados los problemas, debe establecerse las prioridades enfocadas principalmente a la distribución de recursos. Los criterios para

priorizar son los siguientes:

- Magnitud del problema. Es la extensión o amplitud de la situación, la medida de personas afectadas, profesionales involucrados y cantidad y calidad de recursos necesarios.
- Vulnerabilidad. Es la posibilidad de producir acciones de salud que sean verdaderamente eficaces en conseguir el efecto deseado.
- Relación coste-beneficio y relación coste-efectividad.
- Opinión de la población. Recogida a través de asociaciones, sindicatos...
- Trascendencia. Son las consecuencias que se están produciendo en el momento actual, es el valor que la comunidad otorga al problema. Puede medirse a través de criterios sociales (como el bienestar), económicos, políticos y sanitarios (como el número de muertes evitables).

Entre los métodos para la determinación de prioridades ha de tenerse en cuenta el número de problemas, el grado de precisión requerido y la experiencia del grupo de trabajo. Son los siguientes:

- Escala de medida lineal. Cada miembro del grupo puntúa cada problema, se realiza la media de las puntuaciones y se ordenan.
- Comparación por pares. Se coteja cada problema con cada uno de los restantes, anotando cuál es más importante de los dos, y como resultado se obtiene un orden.
- Trillaje. Se trata de agrupar los problemas en tres categorías para simplificar la información a clasificar.
- Parrilla de análisis. Es una estrategia sistemática de modo gráfico con secuencias ordenadas, otorgándole un valor positivo o negativo.
- Método Hanlon. Es un método de priorización a través de cuatro criterios. Priorización = $(M + G) \times E \times F$.

M. Magnitud o dimensión del problema. Número de usuarios afectados. 0-10 puntos.

G. Gravedad o severidad del problema r/c Morbimortalidad. 0-10 puntos.

E. Eficacia de la solución. Capacidad para resolver el problema. 0,5-1,5 puntos.

F. Factibilidad de la intervención basada en PEARL, 0-1 puntos: Pertinencia, factibilidad Económica, Aceptabilidad, disponibilidad de Recursos y Legalidad.

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

– CENDES/OPS. Mide gravedad, trascendencia, vulnerabilidad y relación coste-beneficio ($M \times T \times V / C$). Es un método cuantitativo.

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

– DARE (Decisión Alternative Racional Evaluation). Es una técnica de clasificación de alternativas en función de criterios definidos previamente. Se trata de darle un valor a cada criterio según importancia y peso relativo.

– Ponderación de criterios. Es similar al método DARE por lo que se intenta asignar una importancia relativa a cada criterio, calculando además un nivel de significación en función del peso relativo de cada criterio en comparación con los demás y el número de criterios utilizados para el problema.

Las técnicas más específicas en el ámbito sanitario son la parrilla de análisis y el método Hanlon.

69. Según el calendario de vacunaciones infantiles de Castilla-La Mancha, ¿a qué edad se administrará la vacuna de meningococo conjugada frente a los serogrupos A, C, W e Y?:

- a. 4 meses.
- b. 12 meses.
- c. 12 años.**
- d. 14 años.

FEEDBACK:

Meningococo ACWY: 12 años.

70. Según los últimos datos publicados en el estudio de prevalencia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en España (EPINE), las infecciones más prevalentes son:

a. Infección de localización quirúrgica.

b. Infección respiratoria (neumonía nosocomial).

c. Infección de tracto urinario.

d. Bacteriemia/fungemia primaria.

FEEDBACK:

Pregunta actualizada y Modificada por Aulaplus ya que se basaba en el EPINE anterior. En 2022, último EPINE el orden es, para IRAS GENERALES es el adjunto en foto.

IMPORTANTE: las preguntas referidas a IRAS en el EPINE pueden ir enfocadas tanto a porcentaje general, presente ingreso o ingreso previo, por lo que debemos ser muy cuidadosos al contestarlas.



71. La comunicación expresada a través del cuerpo que incluye gestos, movimientos de las manos y la cabeza, la mirada, las expresiones faciales y la postura del cuerpo en general, se denomina:

a. Kinésica.

b. Paralenguaje.

c. Lenguaje paraverbal.

d. Lenguaje motivacional.

FEEDBACK:

Dimensión kinésica: es el estudio del movimiento corporal, incluye movimiento de las manos, la cabeza, las piernas, expresión facial, mirada y la postura general del cuerpo.

72. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo asociado a la aparición de carcinoma de endometrio?:

a. Exposición a estrógenos exógenos.

b. Obesidad.

c. Menopausia tardía.

d. Multiparidad.

FEEDBACK:

Cáncer de endometrio: Es el tumor ginecológico más frecuente tras el cáncer de mama en países desarrollados, generalmente por encima de los 50 años. Su buen pronóstico se debe a la detección en estadios precoces de la enfermedad, y se presenta, en el 75-90% de los casos, como un sangrado posmenopáusico

Tipo histológico. El 90% adenocarcinomas bien diferenciado, entre el 5-10% carcinomas epidermoides, de células claras y papilares, y menos del 5% son sarcomas. Actualmente, se tienen en cuenta las diferencias histológicas, biológicas, pronóstico y tratamiento conocidas como criterios de Bokhman:

- *Hormonodependiente o tipo I, precedida por lesiones hiperplásicas que se asocia a mujeres con hiperestrogenismo y obesidad, siendo el pronóstico bueno.*
- *No hormonodependiente o tipo II, no vinculada a lesiones hiperplásicas con mayor agresividad y peor pronóstico.*

Factores de riesgo:

Nuliparidad

Hiperestrogenismo: menopausia tardía, menarquia precoz, SOP, y tumores secretores de estrógenos

Obesidad, por el exceso de estrógenos convertidos a partir de la estrona de la grasa periférica y la mayor tendencia a la anovulación por déficit de progesterona.

Edad avanzada

DM

HTA

Síndrome de Lynch II.

Antecedente de cáncer de mama

Uso de tamoxifeno.

Parece que la ingesta de anticonceptivos orales combinados tiene un efecto protector a largo plazo y el consumo de tabaco también ya que disminuyen la tasa de estrógenos.

Diagnóstico. Biopsia de endometrio con cánula de Cornier. O bien técnicas invasivas in vivo –histeroscopia diagnóstica, biopsia dirigida y legrado uterino– y técnicas génicas biomoleculares in vitro. Se completa con la RM como la técnica de imagen más apropiada en el estadiaje del carcinoma endometrial y la detección de CA 125 no útil para diagnóstico, sí para seguimiento y control de recidiva. Recomendable solo en tipo II.

Tratamiento. El tratamiento es quirúrgico según el estadio, características histológicas, existencia o no de metástasis y estado general del paciente, y consta de cirugía, radioterapia y hormonoterapia con gestágenos. La radicalidad quirúrgica constituye el principal factor pronóstico de supervivencia y una exéresis ganglionar incompleta puede contribuir a la persistencia del tumor.

73. En un vacunado contra la tuberculosis, ¿Cuánto debe medir el diámetro de la zona de induración para considerar la Prueba de Mantoux positiva?:

- a. > 5 mm.
- b. > 10 mm.
- c. > 15 mm.**
- d. Ninguna respuesta es correcta.

74. ¿A qué dominio pertenece el diagnóstico NANDA 00118 “Trastorno de la imagen corporal” que podríamos identificar en un paciente que presenta un trastorno de la conducta alimentaria?:

- a. Dominio 2: Nutrición.
- b. Dominio 5: Percepción/cognición.
- c. Dominio 6: Autoconciencia.**
- d. Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.

FEEDBACK:

00118 Trastorno de la imagen corporal. Dominio 6: Autoconciencia. Clase 3: Imagen corporal. Etiqueta NANDA: Trastorno de la imagen corporal. Foco diagnóstico: imagen corporal Aprobado 1973 • Revisado 1998, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2. El diagnóstico de enfermería nanda «Trastorno de la imagen corporal» se define como: Confusión en la imagen mental del yo físico.

Características definitorias:

- Alteración de la propiocepción
- Alteración en la implicación social
- Evita mirar el propio cuerpo
- Comparación constante de uno mismo con los demás

- Síntomas depresivos
- Expresa temor a la reacción de los demás
- Expresa preocupación con el cambio
- Esconde una parte del cuerpo
- Ansiedad social
- Usa pronombres impersonales para describir una parte del cuerpo

Factores relacionados

- Conciencia corporal
- Disfunción cognitiva
- Conflicto entre las creencias espirituales y el régimen terapéutico
- Conflicto entre los valores y las normas culturales
- Desconfía de la función corporal
- Baja autoestima
- Obesidad
- Expectativas propias no realistas

Población de riesgo

- Supervivientes de cáncer
- Personas que experimentan alteración del peso corporal
- Personas que experimentan pubertad
- Personas con función corporal alterada
- Personas con cicatrices
- Personas con estomas
- Mujeres

75. En la ventilación mecánica invasiva, la presión óptima del balón del neumotaponamiento (cuff endotraqueal) debe ser:

- a. Inferior a 20 mmHg.
- b. Entre 20 y 30 mmHg.**
- c. Por encima de 30 sin llegar a superar los 45 mmHg.
- d. Se mantiene fija desde la aplicación del tubo sin precisar de monitoreo intermitente.

FEEDBACK:

Una vez insertado el TET, hay que comprobar que el paciente tiene ruidos respiratorios bilaterales y movimiento torácico bilateral, alojando el tubo a unos 3cm por encima de la carina. Una vez completado el ajuste final de la posición del tubo debe insuflarse el neumotaponamiento con aire a una presión no superior a 20-25 mmHg y éste debe fijarse con ayuda de cintas.

76. La pérdida de visión de la mitad de los campos visuales de ambos ojos se denomina:

- a. Cuadrantanopsia.
- b. Heterónima.
- c. Escotoma.
- d. Hemianopsia.**

FEEDBACK:

• Anopsia: alteración del campo visual. Hemianopsia: afectación visual de un hemicampo. Cuadrantanopsia: afectación de un cuadrante del campo visual.

77. Según la clasificación de Wagner que valora y clasifica las lesiones vasculares de los pies en personas diabéticas, un grado IV es indicativo de:

a. Gangrena limitada.

b. Gangrena extensa.

c. Úlcera superficial.

d. Úlcera profunda.

FEEDBACK:

Estadios Clasificación de Wagner:

-Grado 0. sin lesión, pero pie de riesgo (deformidades que predisponen).

-Grado 1. Úlcera superficial que afecta a la dermis, generalmente en superficie plantar, cabeza de metatarsianos o espacio interdigital.

-Grado 2. Úlcera profunda que afecta a tejido celular subcutáneo, tendones y ligamentos pero sin infección ni afectación ósea.

-Grado 3. Absceso osteomielitis. Úlcera profunda con afectación del hueso.

-Grado 4. Gangrena localizada, generalmente en talón dedos o zonas distales del pie.

-Grado 5. Gangrena extensa que afecta a la mayor parte del pie.

78. La escala Brunet-Lézine valora 4 áreas del desarrollo en niños de 1 a 30 meses. Señale cuál de las siguientes NO contempla:

a. Motriz-postural.

b. Conducta adaptativa.

c. Coordinación óculo-motriz.

d. Sociabilidad.

FEEDBACK:

Test valoración del desarrollo

• Test Denver: es el más utilizado. Valora el desarrollo entre los 6 meses y los primeros 6 años de vida, observando si éste se encuentra dentro de los límites normales. Evalúa cuatro áreas: motora gruesa, motora fina, lenguaje y sociopersonal. No es una prueba de inteligencia ni predictiva de la capacidad adaptativa o intelectual futura.

• Escala Haizea Llevnat: es la de Denver pero en base a la población española. Valora a los niños de 0 a 5 años. La escala está formada por 97 elementos, en las áreas de socialización (26 elementos), lenguaje y lógica- matemáticas (31 elementos), manipulación (motor fino) (19 elementos) y Postural (motor grueso) (21 elementos).

• Escala Brazelton: estima el comportamiento neonatal midiendo respuestas de los recién nacidos ante su ambiente. Identifica tres tipos de respuestas: de aproximación a estímulos cuando el neonato está preparado para interactuar, De estrés a estímulos muy intensos y autorregulatorias que hace referencia a los comportamientos para mantener equilibrio e interacción con los sistemas.

• Escala Bayley: utilizada en niños de entre 2 meses y 3 años. Examina todas las facetas del desarrollo.

• Escala Brunet-Lezinet: estima cuatro áreas (psicomotriz, postural, coordinación y lenguaje) a través de 10 ítems.

79. Señale cuál de las siguientes sondas vesicales utilizaría para realizar lavados ante la existencia de coágulos de sangre:

a. Dufour.

b. Mercier.

c. Nélaton.

d. Folsyl.

FEEDBACK:

Dufour: 3 luces, pta. perforada en el codo. En HBP con dificultad de sondaje y que necesitan lavado.

Mercier: Punta acodada olivada en palo de golf con orificios más anchos. Resección de adenoma.

Nelaton: Sonda de una sola luz para autosondaje.

Folsyl: Punta abierta completa para meter guía en prostatectomía radical.

80. Los diferentes tipos de anemia pueden clasificarse en función de la morfología eritrocitaria o la etiología. En función de la morfología, usted sabe que una anemia microcítica hipocrómica se caracteriza por:

- a. Eritrocitos de tamaño y color normales, con Volumen Corpuscular Medio (VCM) de 80-10 fl y Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) de 27-34 pg.
- b. Eritrocitos de tamaño pequeño y color pálido, con Volumen Corpuscular Medio (VCM) menor de 80 fl y Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) menor de 27 pg.
- c. Eritrocitos de tamaño pequeño y color pálido, con Volumen Corpuscular Medio (VCM) mayor de 80 fl y Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) mayor de 27 pg.
- d. Eritrocitos de tamaño grande y color pálido con Volumen Corpuscular Medio (VCM) mayor de 100 fl y Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) mayor de 34 pg.

FEEDBACK:

Anemia ferropénica y anemia por trastorno crónico: La anemia ferropénica se debe a déficit de Fe (hierro), en mujeres la causa más frecuente es la menstruación, y en varones, el sangrado digestivo. A diferencia de la anemia por trastorno crónico, la causa no es carencial, sino atrapamiento de los depósitos de hierro por la hepcidina secundaria a la inflamación o enfermedades crónicas como IRC, neoplasias. El tratamiento por lo tanto, es diferente. La sintomatología de la anemia ferropénica consta del síndrome anémico general y en casos evolucionados aparece caída del cabello, uñas frágiles, queilitis (comisura de los labios agrietada).

Signos: Palidez, Taquicardia, Soplo, Glositis, Lengua dolorida y Queilitis

Síntomas: Astenia, Fatiga, Síncope, Disnea, Angina, Palpitaciones, Anorexia y Cefalea

El tratamiento se basa en buscar y corregir la causa. Implementar dieta rica en hierro con carnes rojas, hígado, legumbres y utilizando complementos dietéticos en forma de sal ferrosa hasta que recuperen los depósitos (6 meses). La asociación de hierro ferroso en medio ácido y asociado a vitamina C mejora su absorción, por ello se aconseja tomarlo en ayunas y con zumo de naranja, evitar los protectores gástricos y las dietas muy ricas en fibra. No asociarlo a leche porque el P y el Ca son quelantes del hierro. Los efectos secundarios del hierro VO son pirosis y heces negras. Si hay intolerancia oral al hierro, malabsorción o úlcera péptica, se puede administrar hierro sacarosa IV. En casos de anemia severa, transfusión de hematíes. La sintomatología de la anemia por trastorno crónico es similar al síndrome anémico general. Su tratamiento lo constituye la enfermedad de base del paciente, no se le administra hierro porque no existe una carencia real. Si no que la liberación de los depósitos está bloqueada por la hepcidina producida en los procesos inflamatorios. A veces, se opta por administrar EPO IV, y si se trata de anemia severa, transfusión de hematíes.

A continuación se detallan las principales diferencias entre las dos patologías:

-Ferropénica: Anemia microcítica; Ferritina < 12 ng/ml; Transferrina > 350 µg/dl; Tratamiento con hierro: Dieta rica en Fe, Sal ferrosa, Asociado a Vit C mínimo 6 meses, En ayunas y sin protector gástrico, No tomar lácteos ni fibra. Causas Embarazo, lactancia, gastrectomizados o déficit dietético.

-Trastorno crónico: Anemia normocítica, A veces, microcítica; Ferritina > 400 ng/ml; Transferrina Normal-baja; No tratamiento con hierro, sino que se administra EPO (eritropoyetina) IV; Causas: Insuficiencia renal crónica o Neoplasias

Por otro lado, tenemos los conceptos de:

-VCM. Volumen corpuscular medio, que es el resultado de dividir el volumen globular en 1 mm³ de sangre (dado por el Hematocrito) entre el número de glóbulos rojos contenidos en él (dado por el recuento de hematíes). Este índice informa acerca del tamaño normal de los eritrocitos y los clasifica en: macrocítico, normocítico y microcítico. Los valores normales oscilan entre 85-95 µ³. Siendo microcítico menor de 85, y macrocítico mayor de 95.

-HCM. Hemoglobina corpuscular media, que se halla al dividir la hemoglobina existente por el número de hematíes contenido en el mismo volumen. Cuyos valores normales oscilan entre 28-33 pg.

81. Si usted tiene la sospecha de que un medicamento ha causado una reacción adversa, sabe que se debe notificar al Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano (SEFV-H). Respecto a la notificación indique la opción INCORRECTA.

- a. Deben notificarse todas las sospechas de RAM en niños, con independencia de si el medicamento está aprobado para uso en la población pediátrica.
- b. Debe notificar las RAM a medicamentos y vacunas sujetos a seguimiento adicional (triángulo negro).
- c. Deben de notificarse las sospechas de reacciones adversas graves identificadas con cualquier medicamento, aunque la reacción sea bien conocida.
- d. La notificación de RAM sólo la realizan los profesionales sanitarios (los médicos/as, farmacéuticos/as, enfermeros/as, odontólogos/as, podólogos/as y otros profesionales sanitarios, según la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias).

FEEDBACK:

¿Quién puede notificar?

1. Médicos
2. Farmacéuticos
3. Enfermeros
4. Odontólogos
5. Podólogos
6. Otros profesionales sanitarios, según la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias
7. Ciudadanos (desde julio 2012)

Principalmente debe notificar

- Medicamentos y vacunas sujetos a seguimiento adicional (triángulo negro)
- Sospechas de reacciones adversas graves identificadas con cualquier medicamento, aunque la reacción sea bien conocida. Se entiende como grave aquellas situaciones que:
 - Provoquen la muerte.
 - Amenacen la vida del paciente.
 - Provoquen su hospitalización, o la prolonguen.
 - Ocasionen incapacidad laboral o escolar.
 - Induzcan defectos congénitos, o
 - Sean clínicamente relevantes.

Si no está seguro de la gravedad de la reacción notifíquelo de igual modo.

Otras áreas de interés específico

Las reacciones adversas en niños. Deben notificar todas las sospechas de RAM en niños, con independencia de si el medicamento está aprobado para uso en la población pediátrica.

La naturaleza, el curso de la enfermedad y la RAM pueden diferir entre adultos y niños. Las características de la población pediátrica hacen que se recomiende en los casos de RAM graves o las asociadas a vacunas, la notificación aportando datos dentro de lo posible, sobre el peso, la altura y la edad exacta del niño, según las siguientes recomendaciones:

- Si ha sido prematuro (gestación de 28 semanas o menos).
- Si es neonato (< 28 días): indicar la edad en número de 'días'.
- Si es un niño de 28 días a 23 meses: indicar número de 'meses y días'.
- Si es un niño de 2 a 11 años y adolescentes (12 a 18 años): indicar la edad como número de 'años y meses'.

82. Con el fin de valorar la dificultad de intubación se puede realizar la visión de la glotis durante la laringoscopia directa (como resultado de alinear los ejes oral, faríngeo y laríngeo). Este test se conoce como:

- a. Clasificación de Mallampati.
- b. Test de Cormack-Lehane.
- c. Distancia Mentón-Tiroidea.
- d. Escala Patil Alfreti.

83. Según las etapas del desarrollo psicosocial de Erikson (1963) ¿cuál es el cuarto estadio psicosocial?

- a. Respuesta Confianza vs Desconfianza.
- b. Autonomía vs vergüenza y duda.
- c. Laboriosidad vs Inferioridad.
- d. Iniciativa vs Culpa.

FEEDBACK:

Etapas:

1. Confianza frente a desconfianza
2. Autonomía frente a vergüenza y duda
3. Iniciativa frente a culpa
4. Competencia frente a inferioridad
5. Identidad frente a confusión de roles
6. Intimidad frente aislamiento
7. Generatividad frente a estancamiento
8. Integridad frente a desesperación

84. Se encuentra en el Punto de Atención Continuada donde acude un paciente de 28 años que ha sufrido quemaduras en el 60 % de su cuerpo. Teniendo en cuenta que su peso es de 100 kg, usted calcula la necesidad de reposición de fluidos usando la fórmula de Parkland y conoce que en las primeras 8 horas, usted ha de administrar:

- a. 6.000 ml.
- b. 12.000 ml.
- c. 18.000 ml.
- d. 24.000 ml.

FEEDBACK:

Control hemodinámico mediante reposición de líquidos con la fórmula de Parkland, la más utilizada en > 50% SCQ, que posee una formulación electrolítica similar a la plasmática. Se basa en solución de Ringer lactato (solución de Hartmann) de $4 \text{ ml} \times \text{kg} \times \% \text{ SCQ}$ y se administra la mitad en las primeras 8 horas, y la segunda mitad en las 16 horas siguientes. Las siguientes 24 horas, se administrará plasma o albúmina $0,3-0,5 \text{ ml} \times \text{kg} \times \% \text{ SCQ}$ durante las primeras 8 horas. Se agrega SG 5% si se requiere mantener diuresis

85. Se encuentra usted en urgencias y está atendiendo a Mario que indica que presenta un cuerpo extraño en el ojo. Al aplicar fluoresceína detecta una alteración de la fluoresceína en la superficie por un flujo oscuro de humor acuoso a través de una perforación corneal o esclera. Usted conoce que el paciente presenta positividad a:

- a. Signo de Seidel.
- b. Signo de Hertoghe.
- c. Signo de Collier.
- d. Signo de Argyll Robertson.

FEEDBACK:

Cuerpo extraño enclavado en la córnea: o en la conjuntiva puede originar molestias y enrojecimiento ocular. Se instila colirio anestésico y fluoresceína. Si no se encuentra tras la inspección, se debe evertir el párpado superior ya que con frecuencia se localiza en la conjuntiva tarsal de dicho párpado. Ante un paciente que se queja de que tiene un cuerpo extraño, se debe preguntar a cerca de la actividad que estaba realizando para que no pase desapercibido la perforación ocular y la existencia de cuerpo extraño intraocular. Ante un cuerpo extraño corneal, se debe descartar perforación ocular (complicación más grave). Para eso se debe administrar anestésico tópico, limpiar y explorar si es posible en lámpara de hendidura tras administración de tinción (colirio de fluoresceína) (CEME 08(4),8). Será necesario retirarlo si en la exploración se confirma la existencia del cuerpo extraño. Si el cuerpo extraño ha ya perforado la córnea o la esclera, al aplicar la tinción de fluoresceína podemos encontrar con el "signo de Seidel": una corriente de fluoresceína lejos de una laceración corneal, visible durante el examen con

lámpara de hendidura. Un signo de Seidel positivo indica la pérdida de líquido a través de una perforación de la córnea.

86. Tras la administración de la vacuna de Tétanos a María, una paciente de 78 años presenta exantema eritematoso y doloroso acompañado de febrícula y elevación de neutrófilos y eosinófilos. Ante este cuadro, usted sospecha de una reacción de hipersensibilidad tipo III de Gell y Coombs que se conoce como:

- a. Fenómeno de Raynaud.
- b. Fenómeno de Arthus.**
- c. Fenómeno de Somogy.
- d. Fenómeno de Koebner.

FEEDBACK:

Clasificación de las reacciones de hipersensibilidad

Tipo I: Inmunoreactantes: Mediados por mastocitos, dependientes de IgE (anafiláctica e independiente de IgE). Presentación clínica: Anafilaxia, urticaria, angioedema, asma y rinitis alérgica.

Tipo IIa: Inmunoreactantes: Reacciones citotóxicas mediadas por anticuerpos (complemento y anticuerpos IgG e IgM a menudo están involucrados). Presentación clínica: Citopenias comunes.

Tipo IIb: Inmunoreactantes: Reacciones estimuladoras de células mediadas de anticuerpos. Presentación clínica: Enfermedad de Graves y urticaria idiopática crónica.

Tipo III: Inmunoreactantes: Reacciones mediadas por complejos inmunes, complemento involucrado. Presentación clínica: Enfermedad del suero y vasculitis, fenómeno de Arthus.

Tipo IVa: Inmunoreactantes: Reacciones mediadas por células Th1, activación de macrófagos. Presentación clínica: Diabetes tipo 1 y dermatitis de contacto (con IVc).

Tipo IVb: Inmunoreactantes: Reacciones mediadas por células Th2, inflamación eosinofílica. Presentación clínica: Asma persistente y rinitis alérgica

Tipo IVc: Inmunoreactantes: Mediada por células T citotóxicas (perforina / granzima B involucrada). Presentación clínica: Síndrome de Stevens-Johnson y queratinocitos epidérmicos tóxicos (TEN)

Tipo IVD: Inmunoreactantes: Inflamación neutrofílica mediada por células T. Presentación clínica: Pustulosis exantematosa aguda generalizada (AGEP) y enfermedad de Behcet

87. María es una enfermera que trabaja en la unidad de cardiología y que en su trabajo presenta seguridad, ya que ha experimentado situaciones previas que le permiten actuar con argumento, y se basan en reglas, normas y protocolos. Su actuación se caracteriza por la planificación y determinación de las situaciones actuales y futuras. Según la teoría de formación de Patricia Benner, nos encontraríamos ante una enfermera:

- a. Nivel I principiante avanzada.
- b. Nivel III competente.**
- c. Nivel IV eficiente.
- d. Nivel V experta.

FEEDBACK:

La enfermera principiante funciona de una forma limitada, inflexible, regida por reglas sin contexto y reglamentos. La enfermera principiante avanzada, tras haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones, realiza juicios sobre las actuaciones. La competente demuestra capacidades organizativas y de planificación (experiencia de 2-3 años). La eficiente o profesional percibe las situaciones como conjuntos y está más segura de sus conocimientos y habilidades (experiencia de 3-5 años). La experta posee un dominio intuitivo de la situación, realiza las actuaciones porque "siente que es lo correcto", identifica el origen de los problemas y, sin demora, aporta soluciones y diagnósticos

88. Se encuentra usted revisando a Carmen Sánchez que presenta una lesión que ha aumentado de tamaño y cambiado de color, pero no de forma. Su diámetro es de 6 mm, no se ha inflamado ni sangrado, pero si presenta prurito. ¿Qué puntuación recibirá según la Lista de los 7 puntos de Glasgow?

- a. 2.
- b. 5.**
- c. 7.
- d. 10.

FEEDBACK:



89. Se encuentra usted atendiendo una urgencia en un domicilio y lleva usted una bala de oxígeno de 10 litros, le quedan 100 bares de presión restantes (y debe mantener siempre 20 bares de seguridad o residuales). Si el flujo que se le está infundiendo al paciente es de 4 l/min. ¿Durante cuánto tiempo dispondrá de oxígeno para administrar al paciente a ese flujo?

- a. 100 minutos.
- b. 200 minutos.**
- c. 300 minutos.
- d. 400 minutos.

FEEDBACK:

Tenemos 10 litros de oxígeno a 100 bares de presión, pero como debemos mantener 20 bares de seguridad o residuales. Tenemos realmente 10 litros a 80 bares, lo que son 800 litros de oxígeno. Dividimos esos 800 litros entre 4 y nos sale los minutos que disponemos para administrar el oxígeno, 200 minutos.

90. Usted sabe que al valorar la sintomatología respiratoria de un paciente, la bendopnea se define como:

- a. Sensación subjetiva de falta de aire o una respiración anormal o dificultosa, con la percepción de un mayor trabajo respiratorio.
- b. Disnea que se percibe en un decúbito lateral pero no en otro.
- c. Disnea en posición erecta y que mejora en decúbito.
- d. Disnea que aparece al inclinarse hacia adelante.**

FEEDBACK:

En relación a la posición, destaca:

Ortopnea: aparece en decúbito y mejora al incorporarse (número de almohadas). Es la que permite al paciente la respiración más confortable.

Platipnea que aparece en bipedestación

Trepopnea que aparece en posición lateral

Bendopnea, disnea que aparece al inclinarse hacia adelante.

91. Durante la consulta de enfermería, le pregunta Carmen respecto a la posibilidad de incluir nuevas formas de cocción en los alimentos con el fin de poder adaptar su dieta a los hábitos de la familia y quiere conocer cuál es el contenido calórico del plato. Hoy tiene previsto cenar bacalao al estilo pil-pil. Al comprobar la composición del plato, este consta de 15 gramos de proteínas por cada 100 gramos y 20 gramos de grasa por cada 100 gramos. En el plato no hay hidratos de carbono. Dado que la ración normal son 200 gramos, el contenido calórico que aportará el plato (200 g) será de:

- a. Un plato (200 g) aportará 120 kcal.
- b. Un plato (200 g) aportará 240 kcal.
- c. Un plato (200 g) aportará 480 kcal.**
- d. Un plato (200 g) aportará 960 kcal.

FEEDBACK:

El enunciado de la pregunta nos indica que tenemos un plato de 100 gramos, compuesto por:

- 15 gramos de proteínas por cada 100 g
- 20 gramos de grasa por cada 100 g

Sabiendo que cada gramo de proteínas equivale a 4 Kcal (aproximadamente) y cada gramo de lípidos unas 9 Kcal (aprox.), lo cual se traduce en:

- 15 gramos de proteína por 4 = 60 Kcal
- 20 gramos de lípidos por 9 = 180 Kcal

El plato de 100 gramos, por tanto, contiene 240 Kcal, por lo que un plato de 200 gramos, contendrá el doble: 480 Kcal

92. En referencia a la escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT, si obtenemos un resultado de 50 puntos, nos indicará:

- a. No existe sobrecarga.
- b. Sobrecarga intensa.
- c. Sobrecarga leve.**
- d. Cuidador desbordado.

FEEDBACK:

Zarit: Puntos de corte:

- ≤ 46: NO sobrecarga
- 47-55: sobrecarga leve
- ≥ 56 sobrecarga intensa

93. Una medición del perímetro abdominal en el hombre de 100cm, indica un nivel de riesgo cardiovascular:

- a. Riesgo elevado.**
- b. Bajo riesgo.
- c. Riesgo muy elevado.
- d. Normal.

FEEDBACK:

Riesgo cardiovascular según perímetro abdominal:

Hombres:

-Normal: <95 cm.

-Riesgo elevado: 95-101 cm.

-Riesgo muy elevado: >102 cm.

Mujeres

Normal: <82 cm.

Riesgo elevado: 82-87 cm.

Riesgo muy elevado: >88 cm.

94. Entre los trastornos de la ansiedad NO se encuentra:

a. Trastorno bipolar.

b. Trastorno de pánico.

c. Fobias.

d. Mutismo selectivo.

FEEDBACK:

Pregunta actualizada por Aulaplust por haber quedado obsoleta.

Trastornos de ansiedad (DSM-5):

-Trastorno de ansiedad por separación

-Mutismo selectivo

-Fobias específicas

-Trastorno de ansiedad social

-Agorafobia

-Trastorno de pánico

-Trastorno de ansiedad generalizada

95. ¿Cómo se denomina al reflejo que se produce en el recién nacido cuando rozamos su espalda estando boca abajo y éste se curva hacia el lado estimulado?:

a. Reflejo de Babinski.

b. Reflejo de succión.

c. Reflejo de hociqueo.

d. Reflejo de Galant.

FEEDBACK:

Reflejos primarios:

• Reflejo de Moro: Respuesta a un cambio repentino de la cabeza. Se coloca al RN sobre una superficie acolchada, se alzan la cabeza y el tórax y se le deja caer la cabeza unos 10 cm hacia atrás sobre la misma mano del examinador que sostiene el bebé. La respuesta debe constar de tres movimientos: extensión y abducción de los brazos; abertura de manos y llanto. La respuesta debe ser simétrica. Está presente en el nacimiento y desaparece en un plazo de de 1 a 4 meses, siendo lo más frecuente de el tercer-cuarto mes. En asimétrico descartar fractura de clavícula o alteración del plexo braquial.

• Reflejo de succión. Se observa introduciendo un dedo en la boca del RN. Presente a partir del 7º mes de vida fetal. La coordinación succión-deglución se alcanza a partir de las semanas 34-35 de gestación. Aumenta al tercer mes, cuando aparece el control voluntario de la alimentación y persiste hasta los 12 meses. Su alteración indica trastornos neurológicos y en el prematuro inmadurez.

• Reflejo palmo-mentoniano (mano-boca de Babkin). Al apretar al niño las manos, abre la boca, cierra los ojos y flexiona la cabeza. Desaparece a los 2 meses.

• Reflejo de prensión palmar. Se observa introduciendo un dedo en la palma de la mano del niño; este cierra los dedos y coge de tal manera que es capaz de soportar su propio peso si se levanta del plano de la mesa de exploración. Desaparece al 4º mes.

• Reflejo de presión plantar (tónico flexor del pie). Al presionar la almohadilla plantar se flexionan los dedos. Desaparece a los 8- 9 meses.

• Reflejo de búsqueda. También llamado de puntos cardinales u hociqueo. Se observa estirando la comisura y los labios. El RN gira la cabeza orientándose hacia la dirección en que es estimulado, desaparece sobre los 3 meses.

• Reflejo de marcha automática. Se observa sosteniendo al RN por las axilas. Tras su enderezamiento,

inicia unos cuantos pasos al ser llevado hacia delante. Suele desaparecer en el primer mes.

- **Reflejo de Gallan.** También llamado de incurvación del tronco. Se produce al estimular la zona paravertebral mientras el RN está bajo abajo. Se provoca un movimiento del tronco hacia el lado donde se produce el estímulo. Desaparece entre el 4º y 5º mes de vida al segundo mes de vida.

- **Reflejo de Babinski.** Separación y extensión de todos los dedos del pie cuando se frota un lado de la planta desde el talón hacia delante. Suele desaparecer a los 12 meses, aunque es normal hasta los 24 meses.

- **Reflejo de gateo.** Cuando al poner el bebé acostado sobre su barriguita y en una base sólida y segura, se puede notar que automáticamente él se pondrá en posición de gateo.

- **Reflejo tónico de cuello.** También llamado de extensión cruzada o esgrimista. El niño en posición supina si rota la cabeza hacia un lado el brazo del mismo lado se extiende con la mano parcialmente abierta y el brazo contrario se reflexiona con el puño cerrado

- **Reflejos secundarios.** Aparecen después de los primarios. Son:

- **Reflejo de Landau:** se observa al RN suspendido en posición dorsal. El tronco se endereza, la cabeza se eleva y los pies y brazos se extienden.

- **Reflejo de paracaídas:** aparece entre los 6 y 9 meses y no desaparece nunca. Se produce al sostener al niño en posición erguida y rotar el cuello rápidamente con la cara hacia delante (como si cayera). Los brazos se extienden por reflejo como para frenar la caída. Su ausencia indica lesión neurológica.

96. El patrón funcional de salud número 8 de Marjory Gordon es:

- Actividad/ejercicio.
- Sexualidad/reproducción.
- Nutricional/metabólico.
- Rol/relaciones.**

FEEDBACK:

El modelo de los patrones funcionales de salud, de Marjory Gordon. Consiste en un esquema de valoración, que no está asociado a un modelo teórico. Gordon describió los patrones funcionales de salud por primera vez (a mediados de la década de 1970) para enseñar la valoración y los diagnósticos de enfermería en la Escuela de Enfermería de Boston. Los definió como “una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo”. Hay 11 patrones funcionales de salud, que describen todas las áreas que comprende el ser humano. Son la expresión de la integridad psicosocial de la persona y, por ello, no pueden ser comprendidos aisladamente. Los datos utilizados para los juicios clínicos son más las secuencias de comportamiento que los hechos aislados. El juicio sobre un patrón funcional se realiza comparando los datos de la valoración con:

- Datos de referencia del individuo.
- Normas estadísticas para su grupo de edad.
- Normas culturales, sociales u otras.

M. Gordon también describió el patrón disfuncional como “un problema real que describe una serie de comportamientos que no están de acuerdo con las normas o la salud de un cliente, la situación basal personal; lo que comporta una influencia negativa sobre el funcionamiento global”. El patrón disfuncional, se expresa en forma de diagnósticos de enfermería.

Los patrones funcionales de Marjory Gordon son:

- Percepción-manejo de la salud:** valora percepción general del paciente, manejo de la salud, prácticas preventivas, accidentes de trabajo, domicilio, dolor
- Nutricional-metabólico:** nutrición, lesiones de piel, condiciones de la piel, uñas, mucosas, dientes, temperatura corporal, altura y peso.
- Eliminación:** regularidad de los patrones excretorios, inspección de prótesis, patrones familiares o comunitarios de eliminación de residuos.
- Actividad-ejercicio:** actividades de la vida diaria, ejercicio, actividades de tiempo libre.
- Sueño-descanso:** descanso, relax, ayudas para dormir.
- Cognitivo-perceptual:** adecuación de los órganos de los sentidos: vista, oído, tacto, olfato gusto (capacidades sensoriales). Manifestaciones del dolor. Se describen las habilidades cognitivas funcionales: lenguaje, memoria, juicio, toma de decisiones.
- Autopercepción-autoconcepto:** actitudes acerca de uno mismo, creencias relativas a la autovalía, sentimientos, cambios en sus sentimientos, estados nerviosos, ansiedad, imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general.
- Rol-relaciones:** roles familiares y sociales.

9. Sexualidad-reproducción: problemas reales o potenciales, capacidad reproductiva.
10. Adaptación-tolerancia al estrés: niveles de afrontamiento, patrón de adaptación del paciente, respuestas afrontamiento...
11. Valores-creencias: planes de futuro, prácticas religiosas...

97. Para la realización de la prueba reactiva en el talón del recién nacido, NO se debe:

- a. Puncionar en la parte central del talón.
b. Secar completamente el área antes de la punción.
c. Verificar con frecuencia el punto de punción durante la primera hora después de la recogida de la muestra.
d. Elegir los dedos de los pies, si es necesario.

FEEDBACK:

Cribado de metabolopatías: Los exámenes de salud tienen como objetivo identificar factores de riesgo, detectar precozmente posibles trastornos y fomentar hábitos saludables. El objetivo de algunos exámenes de salud, como el cribado de metabolopatías, es detectar el trastorno para instaurar el tratamiento de forma precoz. Las metabolopatías se caracterizan por ser anomalías que tienden a ser graves; tienen un diagnóstico clínico perinatal difícil; debe ser posible realizar un tratamiento de la enfermedad de forma precoz; y debe existir un marcador bioquímico con buena sensibilidad y especificidad.

El objetivo es instaurar el tratamiento adecuado antes de que aparezcan lesiones irreversibles. Es importante tener presente que se debe realizar en todo neonato, a poder ser entre las 72h (48 horas tras inicio de lactancia materna) y los 5 días de vida, mediante la punción de talón y extensión sobre papel secante (papel de filtro de Wathman) y una muestra de orina. Se pueden detectar más de 30 trastornos del metabolismo, destacando: hipotiroidismo congénito primario, fenilcetonuria y fibrosis quística. Cada Comunidad Autónoma establece en sus protocolos el momento en el que se debe realizar la prueba. En general, tiende a adelantarse a las 48-72 horas la determinación de la misma. Hay distintos factores que indican la determinación de una segunda muestra, en el protocolo de cada Comunidad hay que analizar estas concreciones.

Se punciona con una lanceta en el talón, preferiblemente mientras se amamanta para reducir el dolor, presionar de forma intermitente para que vaya saliendo la gota de sangre. Las zonas de punción se encuentran limitadas por dos líneas (técnica del Dr. Blumenfeld), una línea que va desde el punto medio, entre el cuarto y quinto dedo, paralelamente al contorno exterior del talón, y otra que va desde el punto medio del primer dedo, paralelamente a la cara interna del talón. La punción se realizará en la parte externa de dichas líneas evitando así el área central de la región plantar (por riesgo de lesiones nerviosas y tendinosas) y la curvatura posterior del talón (zona donde la distancia desde la piel al hueso es muy pequeña en el recién nacido por lo que aumenta el riesgo de osteomielitis del calcáneo). Se debe impregnar completamente cada uno de los 4 círculos y dejando secar a temperatura ambiente, la muestra de orina se debe tomar con el bebe limpio, sin talco ni cremas. Se intentará que durante la recogida de la muestra de sangre el recién nacido esté mamando, o se le dará sacarosa oral para disminuir los efectos del dolor. Es probable que los niños prematuros, partos gemelares, recién nacidos ingresados en cuidados intensivos, o en los que se haya usado antisépticos yodados, sea necesario recoger una segunda muestra de sangre, que deberá ser tomada antes de los 20 días de vida. En la actualidad, está proscrito el uso de antisépticos yodados en recién nacidos, lactantes y embarazadas. Para desinfectar la zona de punción se realizará con clorhexidina acuosa al 2% o alcohol de 70°.

98. Según la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, son profesionales del área sanitaria de formación profesional:
- Diplomado en Trabajo Social.
 - Técnico Superior en Audioprótesis**
 - Graduado en Terapia Ocupacional.
 - Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia.
99. Conforme al artículo 17 de la Constitución Española, el detenido preventivamente deberá ser puesto en libertad o a disposición de la autoridad judicial en el plazo máximo de:
- Veinticuatro horas.
 - Cuarenta y ocho horas.
 - Setenta y dos horas.**
 - Noventa y seis horas.
100. De conformidad con el artículo 67 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, el tiempo mínimo de permanencia en la situación de excedencia voluntaria por interés particular será de:
- Un año,
 - Dos años.**
 - Tres años.
 - No se exige tiempo mínimo de permanencia.