

Recopilación de las preguntas del examen con las respuestas correctas oficiales definitivas* y nuestros

iiMUCHA SUERTE y ÁNIMO!!





- Atendiendo a lo establecido en el Estatuto de Autonomía de Galicia, señale la opción incorrecta, respecto del Parlamento:
 - 1. El Parlamento será elegido por un plazo de cinco años.
 - 2. El Parlamento de Galicia es inviolable.
 - 3. El Parlamento está constituido por Diputados elegidos por sufragio universal.
 - 4. El Parlamento elegirá, de entre sus miembros, un Presidente.

COMENTARIO:

¡Comenzamos con la corrección de la Oposición del SERGAS 2023!

El art. 11 del Estatuto de Autonomía de Galicia señala:

El Parlamento será elegido por un plazo **de cuatro años**, de acuerdo con un sistema de representación proporcional que asegure, además, la representación de las diversas zonas del territorio gallego.

Por lo tanto, la opción incorrecta es la 1, en la cual se menciona que el plazo es de 5 años.

- Según el Decreto 206/2005, en los procesos de selección de personal fijo, los requisitos de participación deberán cumplirse:
 - 1. En la fecha en que finalice el plazo de presentación de instancias.
 - 2. El día en que finalice el plazo de reclamaciones contra el listado provisional de personas admitidas y excluidas
 - 3. El día en que finalice el plazo de reclamaciones contra el baremo provisional.
 - 4. El día en que se publiquen los listados definitivos de personas seleccionadas.

RC: 1

COMENTARIO:

El Decreto 206/2005, de 22 de julio, Régimen de provisión y selección de plazas se señala:

Los requisitos de participación deberán cumplirse en la fecha en que finalice el plazo de presentación de instancias y mantenerse hasta el momento de ser nombrado personal estatutario fijo. En el caso de pérdida de alguno de los requisitos enumerados, los aspirantes podrán ser excluidos del proceso mediante resolución motivada del órgano convocante.

En este caso, la opción correcta es la 1.

- 3. Según la Ley Orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de genera, las ausencias o faltas de puntualidad al trabajo motivadas por situación física o psicológica derivada de la violencia de genera se considerarán justificadas:
 - 1. Cuando así lo determinen los servicios sociales de atención o servicios de salud.
 - 2. Cuando así lo determinen las instituciones encargadas de prestar asistencia jurídica a las víctimas.
 - 3. Cuando así lo determinen los Cuerpos de Seguridad del Estado.
 - 4. Cuando así lo determinen los delegados de personal o el Comité de empresa, junto con el empresario.

RC: 1

COMENTARIO:

El artículo 21 de la Ley Orgánica 1/2004 se refiere a los derechos laborales y de seguridad social de las trabajadoras víctima de violencia de género. En su apartado 4 señala específicamente que: "Las ausencias o faltas de puntualidad al trabajo motivadas por la situación física o psicológica derivada de la violencia de género se considerarán justificadas y serán remuneradas, cuando así lo determinen los servicios sociales de atención o servicios de salud, según proceda, sin perjuicio de que dichas ausencias sean comunicadas por la trabajadora a la empresa a la mayor brevedad".

Como consecuencia la opción correcta es la 1.

- 4. En la Constitución Española de 1978, se establece que la soberanía nacional reside en:
 - 1. El Rey de España.
 - 2. El presidente del Gobierno.







- 3. Los presidentes de los gobiernos autonómicos.
- 4. El pueblo español.

COMENTARIO:

¡Uno de los clásicos de las oposiciones, la Constitución!

Es en el artículo 1 de la Constitución española donde se señala:

- 1. España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.
- La soberanía nacional reside en el pueblo español, del que emanan los poderes del Estado (opción 4 correcta).
- La forma política del Estado español es la Monarquía parlamentaria.

5. Señale cuál de las siguientes faltas disciplinarias está tipificada como muy grave en el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud:

- 1. El quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución o a la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso y estancia en las instituciones y centros sanitarios.
- 2. La aceptación de cualquier tipo de contraprestación por los servicios prestados a los usuarios de los servicios de salud.
- 3. El encubrimiento, consentimiento o cooperación con cualquier acto a la comisión de faltas graves.
- 4. La incorrección con los superiores, compañeros, subordinados o usuarios.

RC: 1

COMENTARIO:

El art. 72 del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud señala que son faltas muy graves:

- a) El incumplimiento del deber de respeto a la Constitución o al respectivo Estatuto de Autonomía en el ejercicio de sus funciones.
- b) Toda actuación que suponga discriminación por razones ideológicas, morales, políticas, sindicales, de raza, lengua, género, religión o circunstancias económicas, personales o sociales, tanto del personal como de los usuarios, o por la condición en virtud de la cual éstos accedan a los servicios de las instituciones o centros sanitarios.
- c) El quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución o a la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso y estancia en las instituciones o centros sanitarios (opción 1 correcta).

(...).

6. Según el artículo 11 de la Ley General de Sanidad, no es obligación del ciudadano:

- 1. Cumplir las prescripciones de naturaleza sanitaria determinadas por los servicios sanitarios.
- Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
- 3. Utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos.
- 4. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario.

RC: 3

COMENTARIO:

El art. 11 de la Ley General de Sanidad señala:

Serán obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario:

- 1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los Servicios Sanitarios.
- Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones Sanitarias.









3. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario.

Utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos es un derecho recogido en el artículo, 10.12 de la Ley General de Sanidad. Por lo tanto, la opción correcta es la 3.

- Según el Decreto 206/2005, los procesos de selección, movilidad y promoción interna que se convoquen en el Servicio Gallego de Salud, abarcaran como mínimo y con carácter general, el ámbito de cobertura territorial de:
 - 1. Una localidad.
 - 2. Un centro hospitalario.
 - Un distrito sanitario.
 - Un área sanitaria.

RC: 4

COMENTARIO:

De conformidad con el art. 5 del Decreto 206/2005, de 22 de julio, de provisión de plazas de personal estatutario del Servicio Gallego de Salud:

Los procesos de selección, movilidad y promoción interna que se convoquen abarcarán como mínimo, con carácter general, el ámbito de cobertura territorial de un área sanitaria (opción 4 correcta).

- 8. De entre los siguientes supuestos, según la Ley 3/2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, ¿Cuándo podrá el personal facultativo, llevar a cabo intervenciones clínicas, sin necesidad de contar con el consentimiento del paciente?
 - 1. Cuando lo estime pertinente el facultativo.
 - 2. Cuando la dirección médica del establecimiento sanitario así lo indique.
 - 3. Cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley.
 - 4. Cuando el paciente no quiera firmar dicho consentimiento.

RC: 3

COMENTARIO:

Nos encontramos ante otro clásico de Legislación en las oposiciones, la Ley 3/2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, y de conformidad con la misma:

Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento:

- a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley y así se declare expresamente por acuerdo del delegado provincial de la Consellería de Sanidad o del director general de Salud Pública si afectara a más de una provincia. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de veinticuatro horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio (opción 3 correcta).
- b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física y psíquica del paciente y no es posible obtener la autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.
- 9. Según la Ley de Salud de Galicia, el establecimiento de las directrices de la política de protección de la salud de la Comunidad Autónoma de Galicia, corresponde a:
 - 1. El Parlamento.
 - 2. El Consello de la Xunta.
 - 3. Al presidente de la Xunta de Galicia.
 - 4. La persona que ostenta la máxima responsabilidad de la Consellería de Sanidade.

RC: 2

COMENTARIO:

El art. 75 de la Ley de Salud de Galicia señala:









Corresponde al Consejo de la Xunta de Galicia el ejercicio de las competencias siguientes:

- a) El establecimiento de las directrices de la política de protección de la salud de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- b) La aprobación del Plan de salud de Galicia.
- c) La aprobación de las directrices de política sanitaria de la Xunta de Galicia.
- d) La aprobación de la ordenación territorial del Sistema Público de Salud de Galicia.
- La aprobación de la estructura orgánica de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud.
- f) La aprobación del proyecto de presupuesto de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud.
- g) El nombramiento y cese de los altos cargos de la Administración pública sanitaria de la Xunta de Galicia.
- h) La autorización para la constitución o participación de la Xunta de Galicia o del Servicio Gallego de Salud en entidades de nueva creación o ya existentes que actúen en el ámbito sanitario o sociosanitario, de acuerdo con lo establecido en la legislación financiera y presupuestaria, así como patrimonial de la comunidad autónoma.
- i) La autorización de la suscripción de convenios con la Administración general del Estado y con otras comunidades autónomas.
- j) La aprobación de las normas de autorización y acreditación que han de cumplir los centros, servicios y establecimientos a los efectos de la prestación de servicios sanitarios en Galicia.
- k) La aprobación de nuevas prestaciones, entendidas en el sentido de lo señalado en el capítulo V del título II de la presente norma.
- 1) Los acuerdos de creación de hospitales públicos en Galicia.
- m) Las restantes competencias que le atribuye la normativa vigente.

Por lo tanto, la opción correcta es la 2.

- 10. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es falsa, respecto de las retribuciones del personal estatutario, según lo establecido en el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud:
 - 1. El sistema retributivo del personal estatutario se estructura en retribuciones básicas y retribuciones complementarias.
 - 2. Las retribuciones complementarias se orientan prioritariamente a la motivación del personal, a la incentivación de la actividad y la calidad del servicio, a la dedicación y a la consecución de los objetivos planificados.
 - 3. El complemento de carrera es una retribución básica.
 - 4. Los trienios son una retribución básica.

RC: 3

COMENTARIO:

La opción incorrecta es la 3, pues el complemento de carrera no es una retribución básica, es una retribución complementaria tal y como lo señala el artículo 43.2 del Estatuto Marco del Personal estatutario de los Servicios de Salud.

En el mismo, se indica que las retribuciones complementarias podrán ser:

- a) Complemento de destino correspondiente al nivel del puesto que se desempeña. El importe anual del complemento de destino se abonará en 14 pagas.
- b) Complemento específico, destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos en atención a su especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad. En ningún caso podrá asignarse más de un complemento específico a cada puesto por una misma circunstancia.
- c) Complemento de productividad, destinado a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y









la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación de los resultados conseguidos.

- d) Complemento de atención continuada, destinado a remunerar al personal para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada.
- e) Complemento de carrera, destinado a retribuir el grado alcanzado en la carrera profesional cuando tal sistema de desarrollo profesional se haya implantado en la correspondiente categoría.

2 PREGUNTAS DE RESERVA DE PARTE COMÚN

- Según la Ley General de Sanidad, la reglamentación sobre acreditación, homologación, autorización y registro de centros o servicios, sobre extracción y trasplante de órganos, corresponde a:
 - 1. El Estado.
 - 2. Las Comunidades Autónomas.
 - 3. Las Diputaciones Provinciales.
 - 4. Los Ayuntamientos.

RC: 1

COMENTARIO:

La opción correcta es la 1, ya que el artículo 40.8 de la Ley General de Sanidad estable:

La Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, desarrollará las siguientes actuaciones: La reglamentación sobre acreditación, homologación, autorización y registro de centros o servicios, de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre extracción y trasplante de órganos.

- 2. El derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española es:
 - 1. Un derecho fundamental.
 - 2. Un principio rector de la política social y económica.
 - 3. Un deber público.
 - Un derecho adquirido.

RC: 2

COMENTARIO:

¿No decíamos que era un clásico? Dos preguntas para nuestra Constitución.

El derecho a la protección de la salud se encuentra recogido en la Constitución española como un principio rector de la política social y económica (de los artículos 39 al 52), en el artículo 43 de la misma (opción 2 correcta).

Este derecho es desarrollado en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad que posteriormente se ha complementado con la Ley 6/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del sistema nacional de salud, una vez se produjeron los traspasos de competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas.











COMENZAMOS CON LA PARTE ESPECÍFICA

- 1. En la terapia compresiva, para las úlceras de etiología venosa, las vendas de baja elasticidad (tracción corta o "short-stretch") estarían indicadas para mantener:
 - 1. Baja presión en reposo y alta presión de trabajo
 - 2. Alta presión en reposo y baja presión de trabajo.
 - 3. No existe tal concepto.
 - Todas las vendas usadas en terapia compresiva poseen las mismas características físicas en sus componentes.

RC: 1

COMENTARIO:

¡Empezamos con la parte específica del examen!

La terapia compresiva con **vendas de corta tracción** puede realizarse en todas aquellas lesiones situadas en miembros inferiores, previamente descartada la presencia de arteriopatía periférica moderada-grave. Esta, actúa generando una fuerza en el espacio intersticial que empuja el líquido hacia el interior de las venas.

El principal objetivo que buscamos al comprimir una pierna es aumentar el flujo de retorno venoso y linfático. Los efectos de la compresión no se limitan a la reducción del edema, sino que también influyen en la remodelación del tejido. Por tanto, el interés de la terapia compresiva no se reduce a la fase descongestiva, sino también al tratamiento de mantenimiento del flebedema, linfedema y del flebolinfedema.

Los vendajes con vendas de baja elasticidad son rígidos, con **presiones de descanso bajas y de trabajo elevadas** (**opción 1 correcta**), con unos picos de presión importantes asociados a la contracción muscular. El principal problema es que los vendajes con vendas de estiramiento corto tienen que ser renovados con frecuencia, ya que, con la reducción del edema, la presión se pierde rápidamente.

- 2. Son todos métodos de esterilización con productos químicos, excepto:
 - 1. Óxido de etileno puro.
 - 2. Autoclave.
 - 3. Gas-plasma de peróxido de hidrógeno.
 - 4. Vapor a baja temperatura con formaldehido.

RC: 2

COMENTARIO:

Regalito del tribunal del SERGAS ¿verdad? Estamos seguros de que has acertado esta pregunta.

Tanto el óxido de etileno, el peróxido de hidrógeno y el formaldehido, son productos químicos que pueden ser empleados para esterilizar (opciones 1, 3 y 4 incorrectas). El autoclave es un método de esterilización por vapor saturado (opción 2 correcta), logrando la coagulación, hidratación e hidrólisis de las albúminas y proteínas de las células microbianas. Tiene un uso muy extendido por ser económico, fiable, rápido, y no ser tóxico, a diferencia de los métodos químicos. Por ello es muy utilizado con material termorresistente.

3. En el ciclo menstrual el pico de LH se produce:

- 1. Horas antes de la ovulación.
- 2. En la fase descamativa o menstruación.
- 3. En la fase lútea.
- 4. Ninguna de las anteriores es correcta.

RC: 1

COMENTARIO:

La **ovulación** habitualmente ocurre el día 14 del ciclo. El pico de estrógenos que hay al final de la fase folicular y los escasos niveles de progesterona hacen que se dispare un **pico de LH** (el objetivo es









compensar con una subida de progesterona el alto nivel de estrógenos). Entre las **10-12 y 36 horas después de producirse el pico de LH (opción 1 correcta**), se produce la rotura del folículo de Graff con la expulsión del ovocito secundario y del líquido folicular, es decir, la **ovulación**.

- 4. Son criterios de traslado, para pacientes quemados, a una unidad de referencia (CSUR):
 - 1. Quemaduras en periné.
 - 2. Quemaduras químicas y eléctricas.
 - 3. Quemaduras de II o III grado mayores del 20% de SCQ a cualquier edad.
 - 4. Todas son correctas.

RC: 4

COMENTARIO:

Menuda pregunta para empezar la dermatología.

El principal objetivo de la designación de **Unidades**, **Servicios o Centros de Referencia (CSUR)** en el Sistema Nacional de Salud (SNS) es garantizar la equidad en el acceso y una atención de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías que, por sus características, precisan de cuidados de **elevado nivel de especialización**, y que requieren para su adecuada atención concentrar los casos a tratar en un número reducido de centros o unidades. Entre ellas se encuentran los centros que incorporan en su carta de servicios las unidades de guemados.

Según el SERGAS los criterios de derivación a la unidad de quemados son los definidos a continuación:

- Quemaduras de 2° o 3° grado que afectan a más de un 10 % de superficie corporal en mayores de 50 años.
- Quemaduras de 2° o 3° grado que afectan a más de un 20 % de superficie corporal.
- Quemaduras eléctricas y químicas.
- Quemaduras en zonas críticas (manos, pies, cara y/o genitales).
- Quemaduras con lesiones asociadas (inhalación de humos, traumatismos...).
- Quemaduras en pacientes con riesgos asociados (diabetes, inmunodepresión, cardiopatía...).

Incorpora todas las quemaduras en **zonas especiales o críticas** (el periné o zona genital lo es) por lo que la opción 1 es correcta. Las químicas y las eléctricas también lo son (opción 2 correcta), por lo que también la 3 debe serlo (ya tienes dos correctas). Por eso todas son correctas y la **opción 4 es la más correcta**.

Una pregunta un poco compleja, pero que guiándote por lo visto en el tema de dermatología, se podía contestar con cierta garantía.

- 5. Los "criterios de Denver" son criterios de intubación en el paciente quemado con sospecha de inhalación. ¿Cuál de los siguientes NO se considera un criterio de intubación urgente?:
 - 1. Quemaduras faciales profundas.
 - 2. Hipoxia/hipercapnia.
 - 3. Hollín en orofaringe.
 - 4. Disminución del nivel de conciencia.

RC: 3

COMENTARIO:

Otra pregunta muy malintencionada, aunque los simulacros del equipo Oposalud-Opeir ya te habrán curado de espanto en todo el tiempo de preparación.

Los "criterios de Denver" actualizados establecen los criterios en los que se recomienda la intubación del paciente quemado con sospecha de lesión inhalatoria; pero además recomiendan mantener una actitud expectante en aquellos pacientes que presentan: hollín en la orofaringe, ronquera, disfagia, edema oral, quemadura oral o quemaduras faciales no profundas. Así, se pretende evitar la









intubación precoz en los pacientes sin indicación clara, dado que muchas de las complicaciones de estos pacientes derivan precisamente de la propia intubación y no de la quemadura.

Como ya habrás observado en el párrafo anterior y en la tabla que te hemos adjuntado, en presencia de hollín en la orofaringe, se considera mantener una actitud expectante sin proceder a la intubación precoz. Solo se procederá con ella si la situación lo requiere, manteniendo máxima vigilancia sobre la evolución del quemado. Por eso la **opción correcta es la 3**.

Retorcida pregunta que lleva al extremo lo aportado durante el curso, casi a nivel de experto. Nada de peritas en dulce con esta pregunta.

Intubación urgente	Actitud expectante
Quemaduras faciales profundas	Hollín en orofaringe
Estridor	Ronquera
Insuficiencia respiratoria	Disfagia
Edema en la laringoscopia	Edema oral
Traumatismo vía aérea superior	Quemadura oral
Hipoxia/hipercapnia	Quemaduras faciales no profundas
Disminución del nivel de	ADU OP
conciencia	
Inestabilidad hemodinámica	
Pelo facial quemado	

6. ¿Cuáles son los objetivos de la entrevista clínica enfermera?:

- Obtener información específica y necesaria para identificar el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- 2. Facilitar la relación enfermera/paciente.
- 3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- 4. Todas son correctas.

RC: 4

COMENTARIO:

Tal y como te adelantamos en las clases de psicosocial, la entrevista clínica es un clásico obligatorio en las preguntas de la OPE de SERGAS.

La entrevista clínica en enfermería es la herramienta diagnóstica basada en la comunicación, mediante la cual el profesional de salud obtiene datos primarios para la elaboración de una historia clínica que permita identificar el problema de salud que aqueja al paciente que acude a la consulta de enfermería. Además de la información recabada, permite definir el tipo de tratamiento que el paciente necesita, así como tomar las decisiones y juicios clínicos oportunos. Por tanto, a través de la entrevista clínica se pretende llegar a los siguientes **objetivos:**

- Obtener información específica y necesaria para identificar el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar qué otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Por tanto, la opción de respuesta correcta es la 4 (todas las anteriores son correctas), ya que las 3 opciones de respuesta primeras son adecuadas.









- Según la estrategia de gestión del cáncer en Galicia 2022-2028, ¿qué factor de riesgo es el responsable de la mayor proporción de casos de cáncer potencialmente prevenibles?:
 - 1. Obesidad.
 - 2. Consumo de alcohol.
 - 3. Tabaco.
 - 4. Radiación ultravioleta.

COMENTARIO:

Según la **Estrategia de gestión del cáncer en Galicia 2022-2028**, se identifican 17 tipos de factores de riesgo que están asociados a la aparición de nuevos casos de cáncer. El **tabaco** es el responsable de la mayor proporción de casos de cáncer potencialmente prevenibles (19 %) (**opción 3 correcta**), seguido por la obesidad (7,8 %), consumo de alcohol (5,6 %) y la radiación ultravioleta (UV) (4,7 %).

- 8. La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por:
 - 1. Es más frecuente en mujeres.
 - 2. Es una demencia cortical.
 - 3. Entre sus manifestaciones destacan: anomia, amnesia, apraxia, afasia y agnosia.
 - 4. Todas son correctas.

RC: 4

COMENTARIO:

El **alzheimer** es una demencia primaria neurodegenerativa e irreversible caracterizada por un deterioro adquirido y persistente de la función cognitiva. Afecta fundamentalmente a la memoria, a la que se añaden otros síntomas de deterioro cortical como **afasia, apraxia y agnosia** (opción 3 correcta) y al menos a otra esfera cognitiva, como el lenguaje o la capacidad de realizar actividades no afectando el nivel de conciencia.

Es más frecuente en mujeres (opción 1 correcta) y existe un problema a nivel cortical (opción 2 correcta). En consecuencia, todas las opciones son correctas (opción 4 correcta).

- 9. Entre las características que pueden actuar de elementos facilitadores en el proceso de constitución de un equipo de trabajo están las siguientes, menos una que es falsa:
 - 1. Debe ser un grupo numeroso para trabajar más eficazmente.
 - 2. Debe existir polivalencia en sus miembros.
 - 3. Debe mantener reuniones frecuentes, cuidando que estas sean provechosas.
 - 4. Debe existir cierto grado de autonomía.

RC: 1

COMENTARIO:

Pregunta que quizás te ha parecido extraña en un inicio, pero que podías sacar fácilmente por deducción.

Normalmente, **los grupos numerosos suponen un hándicap, ya que** son mucho más difíciles de gestionar (**opción 1 correcta**). El resto de opciones sí constituyen elementos facilitadores y además características de este tipo de equipo, otorgando **flexibilidad, autonomía y polivalencia** en la actuación de las personas de dicho grupo.

- 10. Es un método barrera para la anticoncepción:
 - 1. Anillo vaginal.
 - 2. Espermicidas.
 - 3. Parche transdérmico.
 - 4. Inyección intramuscular.

RC: 2

COMENTARIO:

Los métodos anticonceptivos es otra de las preguntas que teníamos muchas opciones de ver en el examen y no nos han defraudado.











Los **métodos barrera**, son el conjunto de medios **físicos y químicos** que impiden el paso de espermatozoides al tracto genital femenino superior, bien impidiendo el ascenso de **forma mecánica** (preservativo, esponja y diafragma), o **actuando sobre el espermatozoide para inactivarlo o eliminarlo**, como es el caso de las **cremas espermicidas** (**opción 2 correcta**). El anillo vaginal, el parche y la inyección intramuscular, son métodos anticonceptivos hormonales (opciones 1,3 y 4 incorrectas).

11. ¿Cuál es la hormona responsable de estimular la reabsorción de sodio y agua en el riñón?:

- 1. Aldosterona.
- 2. Testosterona.
- 3. Cortisol.
- 4. Insulina.

RC: 1

COMENTARIO:

La homeostasia hace referencia a los mecanismos o "trucos" que tiene nuestro cuerpo para mantenerse en equilibrio.

Estos mecanismos son hormonales principalmente, como ocurre con **ADH, Aldosterona o el Péptido Natriurémico Auricular**. Sin embargo, también existen otros "trucos" como los osmorreceptores, que al detectar un aumento de concentración sanguínea activan el centro de la sed y la secreción de ADH, o como los solutos existentes en orina, que por presión osmótica atraen grandes cantidades de líquidos y los arrastran con ellos por la orina.

La **Testosterona** es una hormona producida principalmente en los testículos que ayuda a mantener la densidad ósea, la distribución de grasa, la masa y fuerza muscular, el vello facial y corporal, la producción de glóbulos rojos, el impulso sexual y la producción de esperma (**opción 2 incorrecta**).

El **Cortisol** es una hormona glucocorticoide, es decir, es una de las hormonas que se encarga de la regulación del metabolismo de carbohidratos, favoreciendo la formación de glucosa y suprimiendo la actividad del sistema inmunológico. Se activa por señales nerviosas y hormonales por el hipotálamo, ubicado en el cerebro, y se segrega por las glándulas suprarrenales, situadas encima de los riñones (**opción 3 incorrecta**).

La **Insulina**, bien la conoces y sabes que se encarga de regular los niveles de azúcar en la sangre y de almacenar el exceso de glucosa para obtener energía (**opción 4 incorrecta**).

Con todo esto ves que, de las opciones que te proponen, solo la **Aldosterona** tiene relación con el **sodio** y el agua. Las funciones de esta hormona son **retener de forma principal sodio** y de forma secundaria (donde va el sodio, va el agua) líquidos. A su vez, es la encargada de eliminar el potasio por la orina (opción 1 correcta).

12. Qué es el test de Aldrete:

- 1. Una escala de uso geriátrico.
- 2. Un test que valora la perfusión distal de miembros inferiores.
- 3. Un test para valorar la recuperación postoperatoria.
- 4. Un test de valoración de vía aérea.

RC: 3

COMENTARIO:

Tal y como mencionamos alguna que otra vez, tanto la escala de **Aldrete** como la **Aldrete modificada para CMA** son escalas que suelen gustarles a los tribunales... y se ha cumplido la norma.

La escala de Aldrete, vista en cuidados postquirúrgicos, es una escala heteroadministrada, que consta de 5 ítems, de tipo Likert, tal y como puedes ver en la imagen sacada del manual que te adjuntamos. A más puntuación, mejor es la recuperación postanestésica o postoperatoria. Por lo tanto, las respuestas 1, 2 y 4 son incorrectas.











13. ¿Cuál de los siguientes factores no se ha relacionado con un mayor riesgo de consumo de sustancias tóxicas en la adolescencia?:

- 1. Sentimientos de inmortalidad.
- 2. Ausencia total de autoridad y normas.
- 3. Consumo de tóxicos por parte de los progenitores.
- Exceso de autoestima.

RC: 4

COMENTARIO:

Nos están preguntando por cuál no es un factor de riesgo de consumo de sustancias en la adolescencia, en este caso, el tener autoestima alta es un factor protector (opción 4 correcta), el resto de opciones son factores de riesgo de consumo de tóxicos en la adolescencia, sentimiento de inmortalidad (opción 1 incorrecta), consumo de tóxicos por parte de los progenitores (opción 3 incorrecta), ausencia total de normas y autoridad (opción 2 incorrecta).

14. Para la compresión de las varices esofágicas sangrantes, se utiliza la sonda:

- 1. Salem.
- 2. Sengstaken-Blakemore.
- 3. Miller-Abbot.
- 4. Levin.

RC: 2

COMENTARIO:

¿Pensabas que te ibas a escapar de las sondas? Jaja. De esto no se salva nadie, sin embargo, debes reconocer que es una pregunta asequible.







EJERCICIO 2 • PARTE ESPECÍFICA (100 PREGUNTAS + 10 DE RESERVA)

Vamos a recordarlas:

- Sonda Salem: sonda nasogástrica de doble luz (una para meter líquido y sacar contenido gástrico y, la otra, permite la entrada de aire para impedir que la sonda se pegue a la mucosa, sobre todo cuando se conecta a aspiración). Su principal objetivo es el drenaje del contenido gástrico (opción 1 incorrecta).
- Sonda Levin: sonda nasogástrica de una luz. Se emplea en nutrición enteral, aunque cada vez se utilizan más otras de calibre menor, ya que son menos traumáticas. También se emplea para realizar lavados, drenaje y para recoger muestras de contenido digestivo (opción 4 incorrecta).
- Sonda Miller-Abbot: sonda fina de dos luces usada para la descompresión intestinal postoperatoria. La luz de mayor calibre permite la alimentación del paciente o la succión. La luz pequeña sirve para inflar el balón (opción 3 incorrecta)
- Sonda de Sengstaken-Blakemore: sonda de 3 luces y 2 balones. Una de las luces es para inflar el balón gástrico, otra para inflar el balón esofágico y, la tercera, para aspirar el contenido gástrico y administrar sustancias. Esta es una de las sondas que se emplean para el tratamiento de varices esofágicas o de taponamiento con balón (opción 2 correcta).

Te dejamos una tabla con imágenes del manual para hacerlo más visual.

TIPO DE SONDA		DESCRIPCIÓN	INDICACIONES
	Sonda de Levin	 Es sonda nasogástrica de una sola luz, tiene un orificio central en la zona distal y cuatro orificios laterales. 14-18 Fr adultos. 10 Fr niños. 	 Se emplea en nutrición enteral, para realizar lavados y recoger muestras de contenido digestivo. Se puede retirar si aparecen ruidos hidro aéreos, ausencia de nauseas/vómitos y expulsión de gases.
	Sonda de Salem	Sonda nasogástrica de doble luz.	 Su principal objetivo terapéutico es el drenaje del contenido gástrico.
	Sonda de Miller-Abbott	 Es una sonda fina de dos luces. Una luz termina en un globo que se infla cuando el tubo llega al duodeno y la otra luz permite aspirar el material obstructor. 	Se utiliza para la descompren- sión intestinal postoperatoria, drenar secreciones intestinales y recoger muestras.
	Sonda de Sengstaken-Blakemore	Es una sonda que consta de tres luces con dos balones.	 Sólo está indicada en hemo- rragias masivas de las varices esofágicas en las que no se puede realizar esclerosis en- doscópica y que no se controlan con fármacos (somatostatina o vasopresina).









15. En relación con la administración de nutrición parenteral, señale lo falso:

- 1. Se deben de cambiar los equipos de infusión cada 24 horas.
- 2. Antes de su administración se debe de atemperar la fórmula.
- 3. En caso de algún retraso en la administración, se acelerará el ritmo de infusión.
- 4. Se utilizarán siempre bombas de infusión.

RC: 3

COMENTARIO:

¡Pregunta muy sencilla de Nutrición Parenteral (NP)!

En esta ocasión, el tribunal del SERGAS nos pedía la opción falsa en relación con los cuidados de enfermería en un paciente con nutrición parenteral, ¡analizamos las opciones de respuesta!:

- La opción 1 es correcta, los equipos de administración utilizados para la NP deben cambiarse cuando la NP haya finalizado o 24 horas después del inicio.
- La opción 2 es correcta debido a que se debe administrarse a temperatura ambiente.
- La opción 3 es incorrecta debido a que un retraso en la administración no justifica acelerar el ritmo de infusión.
- La opción 4 es correcta debido a que se recomienda siempre la utilización de bombas de perfusión para asegurar una velocidad de administración constante y sin oscilaciones, tanto si se administra durante las 24 horas o de forma cíclica en 8-16 horas. Esta última es la forma de elección en pacientes a domicilio, infundiendo por la noche para permitir movilidad al paciente durante el día.

16. Maruxa, una gestante de 9 semanas se muestra preocupada por el cloasma gravídico, usted le explicara:

- 1. Para mejorarlo debe realizar ejercicios de flexión-extensión de cara al parto.
- 2. Deberá emplear protector solar y gorro para prevenirlo, así como evitar las horas de más sol del día.
- Habitualmente mejora con la toma de galletas o pan tostado antes de levantarse de la cama por las mañanas
- 4. Es recomendable el reposo tras las comidas en posición semifowler sin ser estas demasiado copiosas.

RC: 2

COMENTARIO:

Durante el embarazo, se puede producir, de forma fisiológica, un **aumento de la pigmentación** relacionada con **aumento de melanina** (segregada por la MSH, Hormona Estimulante de los Melanocitos).

Afecta más a las zonas más pigmentadas: línea alba (línea pigmentada que va del ombligo al pubis), vulva, areola mamaria y pezones. Si afecta a **cara y cuello** recibe el nombre de **cloasma o melasma gravídico**. Se recomiendan cremas de protección solar con factor de protección alto, evitar las horas de mayor exposición solar, caminar por la sombra, utilizar gafas de protección solar para el rostro y gorro (**opción 2 correcta**).

Te dejamos esta ilustración para que lo recuerdes siempre.















17. Las heces que se expulsan por una ileostomía son:

- 1. No se expulsan heces.
- 2. Semisólidas y escasas.
- 3. Líquidas y continuas.
- 4. Sólidas.

RC: 3

COMENTARIO:

El material drenado depende de la ubicación de la ostomía de eliminación. En la sigmoidea, las heces son sólidas; en las descendentes o izquierdas, son semiblandas; en la transversa, son blandas y en la ascendente o derecha, semilíquidas e irritantes. En la cecostomía e ileostomía, serán muy líquidas y altamente irritantes (opción 3 correcta). Es decir, cuanto más arriba esté la ostomía de eliminación, más líquidas y más irritantes son las heces (opciones 2 y 4 incorrectas).

¿Y puede darse que la ileostomía no expulse heces? Sí, pero, lógicamente, sería provocado por algún motivo mecánico (obstrucción que cierra la luz intestinal, siendo esto más frecuente en el intestino delgado) o íleo paralítico (obstrucción funcional por la alteración de la musculatura gastrointestinal). Tanto el uno como el otro, deberían resolverse para facilitar la expulsión de heces y gases, porque, de lo contrario, el paciente se puede poner muy malito.

A lo largo de estos no han sido pocas las preguntas sobre estos aspectos, una vez más, os dejamos esta tabla que tantas alegrías nos ha dado.

CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES			
LOCALIZACIÓN	CONSISTENCIA	IRRITANTES	
CIEGO	Líquidas	++++++	
COLON ASCENDENTE	Semilíquidas	+++	
COLON TRANSVERSO	Blandas	++	
COLON DESCENDENTE	Semiblandas	No	
SIGMA	Sólidas	No	

18. Con relación al "biofilm" o "biopelícula" en las heridas:

- 1. Son bacterias fenotípicamente distintas adheridas al lecho de la herida.
- 2. Poseen "quorum sensis", canales de comunicación entre ellas.
- 3. Están rodeadas de una matriz extracelular adhesiva que les confiere protección.
- 4. Todas son correctas.

RC: 4

COMENTARIO:

Menuda pregunta se ha marcado el Tribunal. ¿Recuerdas el biofilm? Lo comentamos como resultado de niveles de colonización crítica en el lecho de las heridas de cicatrización tórpida; su grado de organización provoca un retraso o parálisis del proceso cicatricial sin que la lesión parezca infectada.

El biofilm puede estar configurado por uno o diferentes microorganismos, no solo bacterias sino hongos o virus (por tanto, fenotípicamente diferentes, la opción 1 correcta) que se reúnen formando un ecosistema microbiológico de alta integración; elaboran una matriz extracelular (opción 3 correcta) a partir de la que se genera un film de cobertura de la colonia mediante un glicocalix polisacárido que se convierte en un escudo protector que la aísla de la mayoría de los remedios terapéuticos. Además, tiene una gran capacidad para regenerarse una vez efectuado el desbridamiento y recomponer la protección









de la colonia microbiológica (lo que justifica el desbridamiento sistemático al que deben ser sometidas las lesiones con colonización crítica).

Su integración alcanza tal punto que se comunican entre sí (quorum sensing) para organizarse y establecer colonias del biofilm, migrando a otras zonas de la herida u otras lesiones cercanas (opción 2 correcta).

Pregunta de nivel experto, para un máster de heridas, pero quizás no para un proceso de oposición. Pero contestada está. ¿Una nueva neta para ti?

19. Conociendo que la valoración 1TB (índice tobillo-brazo) es de 1,1. ¿Qué tipo de lesión tenemos ante nosotros?:

- 1. Ligera afectación arterial por lo que estaría indicada terapia compresiva de 20mmHg.
- 2. Existe calcificación arterial severa por lo cual debe ser remitido a una consulta especializada de cirugía vascular para realizar un estudio hemodinámico.
- 3. El 1TB sirve para conocer la existencia o no de afectación arterial y orientar el tratamiento compresivo que estaría indicado al ser una lesión venosa.
- 4. Isquemia arterial severa por lo que estaría absolutamente contraindicada la terapia compresiva.

RC: 3

COMENTARIO:

¿Sabías que esto podía pasar no? De hecho, a la vista está empezando como ha empezado el examen. Aysss, si es que las terapias compresivas están de moda.

El ITB, índice tobillo-brazo o índice de Yao se define como la relación entre la presión arterial sistólica medida en el tobillo (arteria tibial posterior o pedia) y la presión arterial sistólica en el brazo. Es una exploración no invasiva útil para el cribado de la enfermedad arterial periférica. Un ITB normal es de 0.91 a 1.30, por encima de este valor indica una posible calcificación, y por debajo enfermedad arterial.

La pregunta es sobre un **ITB de 1.1**, por lo que se encuentra dentro de los **valores normales**. Pudiendo así descartar las opciones 1, 2 y 4. Si fuera afectación arterial ligera, el ITB tendría que estar entre 0.90-0.70 **(opción 1 incorrecta)**. La EAP severa tendría un ITB menor de 0.40 **(opción 2 incorrecta)**. Y pese a que la 4 es verdad, **no se deben comprimir las piernas con una arteriopatía severa**, no se corresponde con el ITB normal que exponen **(opción 4 incorrecta)**.

20. Según el procedimiento de administración de medicación a través de la vía ótica, disponible para su consulta y descarga (femora.sergas.es), se deben tener en cuenta una serie de observaciones. Indique la CORRECTA:

- 1. Es importante dirigir las gotas hacia la membrana del tímpano.
- 2. Antes de aplicar gotas óticas, es imprescindible conocer el estado de la membrana timpánica, ya que siesta perforada, la medicación pasaría al oído medio y existiría riesgo de complicaciones.
- 3. Una vez administrado el tratamiento, se pondrán gasas o algodón en el conducto auditivo para evitar que la medicación se salga del oído, disminuyendo su eficacia.
- 4. El fármaco debe estar a una temperatura aproximada de 60°C a la hora de ser administrado, ya que una instilación fría puede provocar vértigo en el paciente.

RC: 2

COMENTARIO:

¡Pregunta de farmacología asequible! Analicemos todas las opciones:

La opción 1 es incorrecta, ya que si nos dirigimos al apartado de puntos importantes a la hora de la administración de fármacos por vía ótica publicada por el SERGAS nos dice que es importante **no dirigir las gotas hacia membrana del tímpano**, sea cual sea el proceso de base, porque pueden producir dolor.

La opción 2 es correcta. Antes de aplicar las gotas óticas, **es imprescindible conocer el estado de la membrana timpánica**, ya que si está perforada la medicación pasaría al oído medio y se podrían **producir complicaciones**. Parece además leyendo el resto de las opciones la más coherente.







La opción 3 es incorrecta porque, una vez administrado el tratamiento, no se han de poner gasas ni algodón en el conducto auditivo para evitar que los apósitos absorban por capilaridad parte de la medicación, lo que supondría una disminución de la eficacia.

Y por último, la opción 4, incorrecta, **el fármaco ha de tener una temperatura similar al cuerpo** para evitar que una instilación fría provoque vértigo en el paciente. Si es necesario, entibie el fármaco a la temperatura corporal, para lo cual puede introducir el frasco en agua tibia o guardarlo en el bolsillo durante 30 minutos antes del procedimiento. Hace falta destacar que una instilación fría puede producir en el paciente vértigo, náuseas y dolor.

- 21. Dentro de las TCRR (terapias continuas de reemplazo renal) una de las terapias utilizadas es la HDFVVC (hemodiafiltración venovenosa continua). Si la indicación de anticoagulación se realiza con citrato, ¿dónde se produce esta?:
 - 1. La anticoagulación se reduce al cuerpo del paciente.
 - 2. La anticoagulación se produce en el cuerpo del paciente y en el circuito extracorpóreo.
 - 3. La anticoagulación se reduce al circuito extracorpóreo.
 - 4. El citrato no está indicado para las TCRR.

RC: 3

COMENTARIO:

Otra pregunta fuera de rango, propia de un curso de experto en terapia renal sustitutiva de tipo continuo. Aquí han subido mucho el nivel de dificultad con mucha claridad.

Las terapias continuas de reemplazo renal (TCRR) tienen su principal utilidad en pacientes que presentan insuficiencia renal aguda o crónica asociada a inestabilidad hemodinámica, en contraposición a las técnicas intermitentes que son, por lo general, peor toleradas hemodinámicamente. Es el caso de un paciente cuya hemodinámica no permite una diálisis con los métodos habituales, en los que una hemodiálisis de 3-4 horas NO es una opción. En esos casos se emplean estas técnicas que se desarrollan de forma continua durante días, con flujos de sangre reducidos y que mediante convección eliminan líquido y solutos (por arrastre) depurando así la sangre del paciente a falta de una hemodiálisis adecuada.

La hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC) es una de las diferentes modalidades de diálisis aplicables al paciente con insuficiencia renal. Combina las técnicas de difusión y convección para realizar la depuración de toxinas y de agua. La pregunta va más allá y cuestiona el sistema de anticoagulación necesario para el mantenimiento del circuito extracorpóreo. Repasemos el tema.

En este caso se plantean dos opciones; mantener al paciente sin anticoagulación es la primera elección en pacientes con alto riesgo de sangrado. Esto puede venir dado por varias condiciones, entre ellas, una trombocitopenia severa, coagulopatía, disfunción o fallo hepático, así como contraindicaciones para el uso de citrato. Genera muchos problemas y un elevado riesgo de trombosis del circuito.

Otra opción es la anticoagulación regional; esta modalidad consiste en anticoagular el circuito de hemofiltración sin repercusión sistémica, permitiendo prolongar la vida útil del hemofiltro sin anticoagular al paciente. Por tanto, puede ser utilizada en pacientes con riesgo de sangrado moderado o alto. Aquí se contempla la opción del citrato.

La anticoagulación con citrato es la primera opción de anticoagulación recomendada para las terapias de reemplazo renal continuas en las guías KDIGO. Existe evidencia de menores tasas de sangrado, reducción de costes y prolongación de la vida útil del monitor de diálisis. La acción del citrato consiste en quelar el calcio ionizado del paciente, que actúa en varios niveles de la cascada de coagulación, evitando la activación de la formación de fibrina y la agregación plaquetaria.

Se aplica en la línea de entrada (aferente) del circuito sin anticoagular al paciente, ¿cómo?, su efecto se neutraliza de dos maneras diferentes: un porcentaje de citrato (que puede variar desde el 30 al 60%) es eliminado a través del hemofiltro; mientras que la posible carga de citrato que se infunde al paciente es metabolizado a través de hígado, músculo y corteza renal, dando lugar a bicarbonato sódico. Así no se anticoagula al paciente.

Valorando las diversas opciones, **la opción correcta es la 3**. La anticoagulación con citrato se realiza exclusivamente sobre el circuito extracorpóreo.

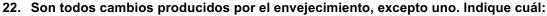
A este paso; TODOS expertos en diálisis. ¡Madre del amor hermoso!











- 1. Disminuye la masa ósea.
- 2. Aumenta la grasa subcutánea.
- 3. Aumenta el volumen residual respiratorio.
- 4. Disminuye el gasto cardíaco.

COMENTARIO:

En el proceso de envejecimiento, nos podemos encontrar una serie de cambios fisiológicos:

- La pérdida de masa ósea se empieza a producir a partir de los 30 50 años en ambos sexos (opción 1 correcta), acelerándose en las mujeres a partir de la menopausia y asociándose con una disminución progresiva de la resistencia ósea, con aumento de fracturas.
- A nivel del tórax, las articulaciones de la caja torácica se hacen más rígidas, se produce una pérdida de altura de los cuerpos vertebrales, aparece cifoescoliosis y aumenta el diámetro anteroposterior del tórax. Estos cambios alteran los parámetros respiratorios, provocando un aumento del volumen residual (opción 3 correcta) y la disminución de la capacidad vital.
- El gasto cardíaco disminuye y las resistencias periféricas aumentan, lo que da lugar a una disminución en la perfusión de oxígeno y nutrientes hacia los tejidos corporales (opción 4 correcta).
- Aumento y redistribución de la masa grasa. La distribución de la grasa corporal no es uniforme. Esta disminuye en el tejido subcutáneo (opción 2 incorrecta) y aumenta principalmente en la zona abdominal en el varón y en los muslos en la mujer.

23. Indique cuál es la solución de clorhexidina de elección para la canalización de un catéter venoso periférico, según "Flebitis Zero":

- 1. Solución acuosa al 0,05%.
- 2. Solución alcohólica al 2%.
- 3. Solución jabonosa.
- 4. Solución acuosa al 0,02%.

RC: 2

COMENTARIO:

¡Sabíamos que los **proyectos zero** serían una posibilidad en el SERGAS, y así ha sido!

La solución acuosa al 0,05 % sería útil para quemaduras y heridas por abrasión (respuesta 1 incorrecta), la solución jabonosa, se emplea en la higiene de manos (respuesta 3 incorrecta), y la solución acuosa al 0,02 % podría emplearse para higiene oral (respuesta 4 incorrecta).

En cuanto al proyecto flebitis zero, se nos indica que debemos utilizar una concentración de entre 0,5 al 2 % de clorhexidina de base alcohólica, con alcohol isopropilico de 70°, siempre que sea posible, para canalizar catéteres periféricos (respuesta 2 correcta).







- 24. Al servicio de urgencias llega Rosa, sintomática, sudorosa, con palpitaciones y sensación de mareo, en el EKG se objetiva FA (fibrilación auricular) con RVR (respuesta ventricular rápida), se va a realizar una cardioversión eléctrica, para lo que tendremos en cuenta:
 - 1. La administración de analgesia y sedación.
 - 2. Que la descarga sea en modo sincrónico.
 - 3. Que se haga una desfibrilación lo antes posible.
 - 4. A y B son correctas.

COMENTARIO:

Al SERGAS le gusta la Cardio, y a nosotros nos encanta el SERGAS. De hecho, es de las pocas CCAA que aún le sigue encantando el apartado de arritmias, más que el de SV, y lo ha seguido demostrando en esta ocasión.

La cardioversión consiste en la administración de una corriente eléctrica al corazón mediante electrodos metálicos situados sobre la caja torácica con la finalidad de revertir una arritmia, principalmente la FA (y generalmente son RVR, puesto que es la que va a dar más sintomatología al paciente). Para la realización de esta descarga siempre se debe sincronizar la descarga con la onda R, (apretando el botón del SYNC), para evitar que coincida con la ona T que corresponde con la repolarización ventricular y que puede ocasionar una arritmia peor que la que tiene el paciente (opción 2 correcta). Y, por supuesto, se intentará sedoanalgesiar al paciente (opción 1 correcta también, por lo que la 1 y la 2 son correctas, la 4 que indica las dos es la que deberías haber señalado), al contrario que en la desfibrilación (en la que el paciente no está vivo); con una FA sí, y estas descargas duelen, aunque no al médico, por lo que seguramente se lo tengamos que recordar.

La desfibrilación es la descarga utilizada cuando un paciente tiene un "ritmo desfibrilable", siendo estos la TVSP y la FV, ritmos de parada. Todas las demás arritmias en las que el paciente esté inestable se cardiovierten (respuesta 3 incorrecta).

Aunque, ya que se ponen a preguntar, podían haberlo hecho por la energía que se administra en los distintos ritmos... pero bueno, si te sirve de repaso... A la FA se le da con tooooo...;) con la máxima energía, y a otras como el flutter, la TSVP y TVCP con aumentos graduales.

- 25. El fenómeno por el cual las mujeres van desapareciendo progresivamente de las carreras científicas a las que van accediendo, debido a las limitaciones y obstáculos que se encuentran, se conoce como:
 - 1. Techo de cristal.
 - 2. Tubería que gotea.









- 3. Techo de cemento.
- 4. Suelo de pegamento.

COMENTARIO:

¡Menudos nombres! Parecen muy graciosos, pero ahí es donde han querido confundirte.

El leaky pipeline o tubería que gotea es el concepto por el que te preguntaban en esta ocasión. La tubería que gotea es el fenómeno por el cual las mujeres van desapareciendo progresivamente, gota a gota, de las carreras científicas a las que van accediendo, por los obstáculos y limitaciones que se encuentran (opción 2 correcta).

El glass ceiling o techo de cristal es el fenómeno por el cual las mujeres van avanzando posiciones en sus carreras profesionales hasta encontrarse con un techo o barrera invisible que impide su progreso hasta la cima (opción 1 incorrecta).

El techo de cemento se refiere a las barreras autoimpuestas por la propia mujer basadas en la falta de confianza, miedo al fracaso o a problemas de conciliación entre la vida profesional y familiar (opción 3 incorrecta).

El suelo pegajoso hace referencia a las dificultades que tienen que superar las mujeres para despegar en su carrera profesional por los conflictos entre el desarrollo profesional y los roles sociales como mujeres (opción 4 incorrecta).

26. Para administrar un enema, señale cuál sería la posición correcta:

- 1. Decúbito lateral derecho.
- 2. Decúbito prono.
- 3. Posición genupectoral.
- 4. Posición de Sims.

RC: 4

COMENTARIO:

Enema o extracción de fecaloma: tema que gusta mucho preguntar a los tribunales. ¿Objetivo? Confundirte. Estudiar esto es una apuesta segura, y sabemos que los corazones azules lo han acertado.

El decúbito lateral derecho, con las piernas flexionadas, es la posición más adecuada para la extracción del fecaloma, ya que, de esta forma, la gravedad jugaría a favor (opción 1 incorrecta). Sin embargo, para la administración del enema, hay que colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo (posición de Sims), con la rodilla derecha flexionada. Esta postura, además de permitir la observación del ano, facilita que el enema fluya, por gravedad, a lo largo de la curva natural del recto y de sigma, mejorando así la retención de la solución (opción 4 correcta).

La posición genupectoral se utiliza, principalmente, en cirugía ginecológica y rectal (opción 3 incorrecta). Y el decúbito prono se usa, principalmente, para la cirugía de espalda, cráneo, tronco y piernas (opción 2 incorrecta).

27. A una mujer embarazada, ¿que vacuna no hay que administrarle?:

- 1. Tétanos.
- 2. Gripe.
- Triple vírica.
- 4. No se le debe administrar ninguna vacuna.

RC: 3

COMENTARIO:

Las vacunas con virus vivos o atenuados están en general contraindicadas en el embarazo y no deben ser administradas durante la gestación (opción 3 correcta).

Las vacunas con virus inactivos, las vacunas bacterianas y los toxoides pueden ser utilizadas con seguridad durante la gestación y la lactancia.







La vacunación frente a **Influenza y Gripe H1N1** debe ser ofertada a todas las gestantes durante los periodos estacionales susceptibles de contagio. La vacunación de la mujer embarazada frente a la **tosferina** es la mejor estrategia para proteger al bebé en los primeros meses de vida, cuando es más vulnerable.

Te dejamos un cuadro resumen con las vacunas indicadas, no recomendadas y contraindicadas en el embarazo:

VACUNAS INDICADAS · Gripe, con vacuna inactivada, en temporada gripal y en cualquier momento del embarazo. · Tosferina, con vacuna dTpa. · Covid-19 (vacunas de ARNm). Vacuna de la hepatitis A. Vacuna de la hepatitis B. • Vacuna antineumocócica. Vacuna antimeningocócica. ESTÁN INDICADAS POR RIESGO DE EXPOSICIÓN ELEVADO Y SUSCEPTIBILIDAD Rabia. Vacuna frente a la poliomielitis (Salk, vacuna inactivada). MATERNA · Fiebre tifoidea parenteral. · Vacuna de fiebre amarilla (en caso de elevado riesgo de exposición de mujer susceptible que no puede evitar el viaje a zona endémica). · Vacuna del virus papiloma NO RECOMENDADAS O humano (no recomendada). · Vacuna triple vírica (sarampión-rubéola-parotiditis). Vacuna de la varicela. Vacuna BCG. Vacuna de la gripe intranasal (no comercializada en España). Vacuna tifoidea oral.

28. ¿Con cuál de las siguientes pruebas podemos valorar las discromatopsias?:

- 1. Test de Snellen.
- 2. Cartas de Ishihara.
- 3. Test de Allen.
- 4. Carta de Jaeger.

RC: 2

COMENTARIO:

Pregunta muy teórica. Aquí no hay técnica test que valga. O conoces directamente la respuesta buscada, o algunas de las que no lo son y, en cierta forma, te puedan ayudar a encontrar esa respuesta neta embruiada.

¿Y qué nos dices de la discromatopsia? Ya sabes que, el argot médico, está cargado de términos compuestos por prefijos y sufijos que, muchas veces, nos pueden ayudar a descifrar el significado de los mismos. En este caso, el prefijo "dis-" significa "dificultad" y el sufijo "-cromat" indica "color". Por lo tanto, discromatopsias se trata de un trastorno que impide la correcta percepción de los colores, ¿estás de acuerdo?.

Ahora, vamos a repasarlas todas:

• Test, tabla o carta de Snellen: sirve para valorar la visión distante. Se lee a 6 metros, con un solo ojo, manteniendo el otro ojo tapado. Luego se cambia de ojo y se comprueba la visión binocular. Se deben leer las líneas de mayor a menor hasta que no sea capaz de identificar más de la mitad de los caracteres de la línea (opción 1 incorrecta).







- Carta de Ishihara: permite detectar a los individuos que son daltónicos. Detecta la ceguera para los colores rojo y verde (la más frecuente). Por lo tanto, "carta" permite valorar la visión del color (cromática). ¡¡Bingo!! Aquí tienes la bruja (opción 2 correcta).
- Test de Allen: es una prueba diagnóstica empleada para evaluar la circulación colateral de la mano, previa a la punción arterial. ¡Vamos, que es un test que nada tiene que ver con la exploración del ojo! (opción 3 incorrecta).
- Carta de Jaeger: sirve para valorar la visión cercana. Se coloca a una corta distancia del paciente (entre 35 45 cm). Utiliza texto escrito con letra Times New Roman. El texto aparece de forma consecutiva cuyo tamaño va decreciendo. El examinado debe de leer el texto con el tamaño más pequeño que le sea posible. Se valoran ambos ojos a la vez. Si la persona usa gafas se valorará primero sin ellas (opción 4 incorrecta).
- 29. Pedro tiene una lesión en el miembro inferior izquierdo, que le permite apoyar el pie, pero que le obliga a usar un bastón durante la marcha, que le recomendaríamos:
 - 1. Usar la marcha con 4 puntos de apoyo.
 - 2. Usar el bastón del lado contralateral a la lesión.
 - 3. Usar el bastón del mismo lado de la lesión.
 - 4. Ninguna es correcta.

COMENTARIO:

Si analizamos el enunciado nos indica que se trata de un enfermo que "puede apoyar una pierna", y que "solo usa 1 bastón o muleta", por lo que la opción 1, sería errónea, ya que la marcha de 4 puntos es con 2 muletas, según el siguiente esquema que te adjuntamos:

MARCHA CON 4 PUNTOS DE APOYO

INDICACIÓN

- Indicada en pacientes con gran debilidad en sus piernas y/o una mala coordinación para sostener su peso. Le aporta seguridad y estabilidad.
- No está aconsejada en fracturas.

PATRÓN

Se avanza con la muleta izquierda, luego el pie derecho, luego la muleta derecha y por último el pie izquierdo.

En las opciones 2 y 3, sí cumplen el requisito de que se usa 1 solo bastón o muleta, pero tenemos que recordar que cuando se da esta premisa el bastón o muleta siempre tendrá que ir en el lado contrario al lado enfermo, es decir, contralateral. Por lo que la opción 3 y 4 serían obviamente incorrectas, siendo la opción correcta la opción 2.

MARCHA CON UN PUNTO DE APOYO

- El codo deberá estar flexionado en un ángulo de 20-30°.
- La empuñadura del bastón ha de quedar a la altura del trocánter mayor.
- La muleta se colocará en el lado contrario a la pierna afectada (lado bueno).
- La marcha se inicia adelantando el bastón unos 25 centímetros y al mismo tiempo el lado afectado. Posteriormente, se avanza con el pie sano.











- 30. Ante una persona con signos de atragantamiento tras una comida que se echa las manos al cuello, que tiene respiración sibilante y que reclama nuestra ayuda con sus manos porque no puede hablar, deberíamos:
 - 1. Animarle a toser para expulsar el cuerpo extraño.
 - 2. Iniciar inmediatamente RCP.
 - 3. Realizar 5 golpes interescapulares y si no son efectivos 5 compresiones abdominales.
 - 4. Tranquilizarlo e indicarle que debe respirar despacio por la nariz y expulsar el aire por la boca.

COMENTARIO:

OVACE: Obstrucción de VA por cuerpo extraño, qué extraño que lo hayan preguntado, ¿verdad?, desde el equipo de Oposalud - Opeir teníamos nuestras sospechas tal y como os dijimos.

Siguiendo el algoritmo (el cual te adjuntamos al final del comentario), que se divide en dos ramas, la del paciente que puede toser y te habla pidiendo ayuda (y tiene una **obstrucción incompleta**), y la del que se lleva las manos al cuello, no puede hablar ni toser (que tiene una **obstrucción completa**). Ante un paciente con **obstrucción incompleta**, se le anima a que siga tosiendo (coges los pompones y empiezas: ¡tose, tose, tose, qué ya sale, venga!; opciones 1 y 4 incorrectas).

El paciente con una **obstrucción completa** que se mantiene **en pie** (porque si cae al suelo inconsciente deberíamos hacerle RCP, opción 2 incorrecta) es candidato a **recibir 5 palmadas interescapulares y 5 compresiones abdominales (epigástricas o maniobra Heimlich)**, como indica la **opción 3**.



- 31. Para obtener un EKG con derivaciones derechas, en concreto V4R, colocaremos el electrodo en:
 - 1. Cuarto espacio intercostal derecho y línea paraesternal.
 - 2. Cuarto espacio intercostal derecho y línea clavicular media.
 - 3. Quinto espacio intercostal izquierdo y línea clavicular media.
 - 4. Quinto espacio intercostal derecho y línea clavicular media.

RC: 4

COMENTARIO:

¡Dinos que a partir de la clase de Cardio te has puesto a contar espacios intercostales a todos los pacientes a los que les has hecho un ECG!. En ese caso, seguro que no has tenido ningún problema, porque es la típica pregunta de ECG. ¡Aunque estamos tan tan contentos de todas las que han caído!

V4R se sitúa en el 5º EIC (como V4 normal) derecho, línea media clavicular (opción 4 correcta).









DERIVACIONES PRECORDIALES		
V1	4º espacio intercostal, a la derecha del esternón.	
V2	4º espacio intercostal, a la izquierda del estenón.	
V 3	Mitad de distancia entre V2 y V4.	
V 4	5º espacio intercostal, línea media clavicular.	
V5	5° espacio intercostal, línea axilar anterior.	
V6	5º espacio intercostal, línea axilar media.	

PRECORDIALES DERECHAS Y POSTERIORES		
PREC	ORDIALES DERECHAS	
V3R	Entre V1 y V4R	
V4R	5º espacio intercostal derecho, línea media clavicular	
V5R	5º espacio intercostal derecho, línea axilar anterior.	
V6R	5º espacio intercostal derecho, línea axilar media.	

32. En el tratamiento inicial de una fractura de un miembro antes del traslado al hospital:

- 1. Alineamos la fractura antes de su inmovilización.
- 2. Nunca inmovilizaremos una articulación.
- 3. Haremos una tracción manual rápida y segura.
- 4. Valoraremos la perfusión distal antes y después de la inmovilización.

RC: 4

COMENTARIO:

El **tratamiento de toda fractura**, además de analgésicos y antiinflamatorios, consta de tres fases: **reducción**, **inmovilización** y **rehabilitación**.

El objetivo principal de la reducción es restaurar la alineación y la longitud del hueso fracturado. Se deberá buscar el pulso, así como evaluar la función motora y sensorial, de las extremidades con fracturas antes y después de traccionar y alinear cualquier fractura (opción 4 correcta). La alineación de la fractura estaría entre los primeros pasos, pero habría que comprobar los pulsos previo a la tracción (opción 1 incorrecta).

En la pregunta no nos están diciendo si la fractura es desplazada o no, la tracción se realizaría en el caso de fracturas desplazadas para alinear (opción 3 incorrecta). El segundo paso es la inmovilización (opción 2 incorrecta). De todas formas, las opciones categóricas de siempre o nunca no suelen ser correctas.

33. Dentro del programa de notificación espontánea de reacciones adversas, la tarjeta amarilla:

- 1. La cubrirá el médico responsable del paciente.
- 2. Contiene información relativa al paciente, al medicamento sospechoso, a la reacción adversa y al notificador.
- 3. No es válida en caso de reacciones adversas graves.
- 4. Se usa solo en casos de intolerancia o hipersusceptibilidad.







COMENTARIO:

Desglosamos cada una de las opciones propuestas:

La opción 1 es Incorrecta, ya que el programa de notificación del SERGAS recoge **que cualquier profesional sanitario** (médico, enfermero o farmacéutico) puede y debe realizar la notificación de una reacción alérgica medicamentosa a través de la tarjeta amarilla.

La opción 2 es correcta, porque en el formulario se recogen diferentes datos relativos al paciente, al tipo de reacción y del medicamento.

La opción 3 es incorrecta, es válida para todo tipo de reacciones, incluidas las más graves.

Por último, la opción 4 es incorrecta, puesto que se usa en todos los casos de reacciones adversas a medicamentos.

34. Se denomina biofase:

- 1. A la forma farmacéutica de un medicamento.
- 2. A la dilución de un medicamento cuando es absorvido.
- 3. A la composición orgánica de un fármaco.
- 4. Al lugar de acción del fármaco.

RC: 4

COMENTARIO:

Vamos a por una pregunta directa dentro de la asignatura de farmacología:

La opción 1 es incorrecta, la forma farmacéutica es la disposición individualizada a la que se adaptan los fármacos (principios activos) y excipientes (materia farmacológicamente inactiva) para constituir un medicamento.

La opción 2 es incorrecta, ya que la absorción de un fármaco depende de sus propiedades fisicoquímicas, su formulación y su vía de administración.

La opción 3 es también incorrecta, puesto que la composición orgánica hace referencia al principio activo y a los excipientes.

Por último, la opción 4 sería la correcta.

35. En pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria la indicación de oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD) es:

- 1. Paciente con EPOC estable en reposo, respirando aire ambiente y con una PaO₂ menor de 55 mmHg.
- 2. Debe mantenerse al menos 16 horas diarias.
- 3. No está recomendada para el tratamiento de la hipoxemia nocturna aislada.
- 4. Todas son correctas.

RC: 4

COMENTARIO:

Según la Guía Española de la EPOC, las indicaciones de la oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) son con:

- Pacientes con EPOC estable en reposo y al nivel del mar, respirando aire ambiente y con PaO₂ <
 55 mmHg.
- 2. PaO₂ entre 55 y 60 mmHg con repercusión por hipoxemia.
- 3. Hipertensión arterial pulmonar / Cor Pulmonale.
- 4. Insuficiencia cardíaca congestiva / arritmias.
- 5. Hematocrito > 55 %.

Los beneficios conseguidos con oxigenoterapia dependen de la duración de su administración. La duración diaria de la OCD se recomienda que **debe ser al menos de 16-18 horas**, con el objetivo de mantener una PaO₂ mayor o igual a 60 mmHg o una saturación de oxígeno por encima o igual a 90.









Respecto a la eficacia de la oxigenoterapia para el **tratamiento de la hipoxemia nocturna aislada no está recomendada** porque no logra disminuir la mortalidad ni el empeoramiento de la enfermedad y tampoco la progresión a OCD a largo plazo.

De ahí que la opción correcta sea la 4, ya que incluye todas las medidas resaltadas anteriormente.

36. Cuando queremos disminuir la incidencia de una enfermedad, mediante el control de los factores causales y predisponentes, estamos hablando de:

- 1. Prevención cuaternaria.
- 2. Prevención primaria.
- 3. Prevención terciaria.
- 4. Prevención secundaria.

RC: 2

COMENTARIO:

Cuando queremos disminuir la incidencia de una enfermedad, lo que queremos es que no haya casos nuevos, y esto podemos hacerlo mediante el control de los factores causales y predisponentes, por lo que estamos hablando de **prevención primaria**. Realizamos **prevención primaria** (opción 2 correcta) de la enfermedad cuando actuamos sobre individuos sanos, en la fase prepatogénica, antes de la aparición de la enfermedad.

La prevención cuaternaria es, según nos define la OMS, la acción tomada para identificar a un paciente en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de una nueva invasión médica, y sugerir él/ella intervenciones, que son éticamente aceptables (opción 1 incorrecta).

La prevención terciaria se dirige al periodo patogénico clínico de la enfermedad y son todas aquellas actividades preventivas que van dirigidas a evitar reagudizaciones, invalideces y secuelas. Por ejemplo: vacunar de la gripe anualmente a los pacientes con EPOC para evitar reagudizaciones.

37. El plan de asistencia al ICTUS en Galicia habla de las 3F, son las siguientes excepto:

- 1. "Fala" (habla).
- 2. "Forza" (fuerza).
- 3. "Fatiga" (cansancio).
- 4. "Faciana" (cara).

RC: 3

COMENTARIO:

No hay OPE que se resista a los planes específicos de su CCAA. Y, en Galicia, no iban a ser menos. ¡Vamos con ello!

En el año 2016, la Xunta de Galicia presentó el Plan Ictus, una iniciativa con la que se pretende informar a la sociedad sobre los síntomas del ictus y la importancia de la intervención a tiempo. Este Plan distingue tres síntomas a tener en cuenta a la hora de identificar un ictus. Lo hace utilizando las tres F (Fala, Faciana e Forza). Tres palabras en gallego que ayudan a identificar los síntomas de un ictus:

- FALA: eres incapaz de decir palabras simples.
- FORZA: no puedes mantener los 2 brazos elevados durante 10 segundos.
- FACIANA: cuando sonríes no muestras todos los dientes.

Por lo tanto, la única respuesta incorrecta es la "fatiga" (cansancio), un síntoma que empiezas a notar después de hacer este examen y llevar un rato corrigiéndolo (respuesta 3 verdadera).









- 38. Respecto al consentimiento informado según la Ley 3/2005, del 7 de marzo, reguladora del consentimiento informado y la historia clínica del paciente es cierto que:
 - 1. Es el prestado libre y voluntariamente por el afectado para toda actuación en el ámbito de su salud.
 - 2. Será verbal, por regla general, y se prestará por escrito en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
 - 3. El paciente tiene derecho a decidir libremente, tras recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Asimismo, tiene derecho a negarse al tratamiento, salvo en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
 - 4. Todas son correctas.

COMENTARIO:

Los Tribunales suelen tener especial predilección por esta Ley, y nosotros también, por eso esperamos que la hayas acertado, después de nuestra insistencia en los simulacros era un acierto seguro.

El art. 3 de la Ley 3/2005, del 7 de marzo, reguladora del consentimiento informado y la historia clínica del paciente, señala:

- 1. A los efectos de la presente ley, se entiende por consentimiento informado el prestado libre y voluntariamente por el afectado para toda actuación en el ámbito de su salud y una vez que, recibida la información adecuada, hubiera valorado las opciones propias del caso.
 - El consentimiento será verbal, por regla general, y se prestará por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, y, en general, en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
- La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del médico.
- 3. El paciente tiene derecho a decidir libremente, tras recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Asimismo, tiene derecho a negarse al tratamiento, salvo en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

Por ello la **respuesta correcta es la 4**, todas son correctas.











39. En el abruptio placentae, o desprendimiento de placenta normalmente inserta, es falso que:

- 1. Los síntomas aparecen bruscamente.
- 2. Existe una hipertonía uterina y es dolorosa.
- 3. Hay pérdida de bienestar fetal.
- 4. El sangrado es rojo vivo.

RC: 4

COMENTARIO:

Una de las preguntas clásicas en las oposiciones son los diagnósticos diferenciales, y esa era la clave para poder resolver esta pregunta.

El **desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta** (DPPNI), es un cuadro hemorrágico urgente, de inicio brusco, propio del tercer trimestre de la gestación.

Para el feto los riesgos son: hipoxia, alteraciones neurológicas, parto prematuro y muerte fetal.

La clínica se caracteriza principalmente por hemorragia de color rojo oscuro (opción 4 incorrecta), dolor e hipertonía uterina. El sangrado de color rojo brillante es característico de la placenta previa, no del DPPNI.

Te dejamos una imagen y nuestro **cuadro resumen**, para que puedas observar las **diferencias entre el DPPNI y la placenta previa**:



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL			
SIGNO SÍNTOMA	PLACENTA PREVIA	DPPNI	
INICIO	Lento.	Brusco.	
HEMORRAGIA	Recidivante, color rojo claro.	Rojo oscuro.	
DOLOR Abdominal	No.	Sí.	
ÚTERO	Normal y blando.	Hipertonía.	
PARTES FETALES	Se palpan.	Difícil de palpar.	
FCF	Normal.	Alterada.	
HIPERTENSÓN Arterial	Inusual.	Habitual.	
TACTO VAGINAL	Sí se tacta la placenta.	No se tacta la placenta.	





40. "La capacidad de un agente patógeno para instalarse y multiplicarse en los tejidos produciendo o no enfermedad" es la definición de:

- 1. Patogenicidad.
- 2. Infectividad.
- 3. Virulencia.
- 4. Contagiosidad.

RC: 2

COMENTARIO:

Dentro de las características del agente patógeno encontramos:

- Infectividad: Capacidad del microorganismo para invadir y multiplicarse en un huésped susceptible. Simplemente, es la "estancia" del agente en el individuo, viviendo, acomodándose y reproduciéndose en él, pero sin provocar sintomatología (opción 2 correcta).
- Patogenicidad: Capacidad de un microorganismo de infectar (invadir y multiplicarse en un ser vivo), produciendo unos síntomas (enfermedad) (opción 1 incorrecta).
- Virulencia: Capacidad para producir una enfermedad de cuadro clínico grave (opción 3 incorrecta).
- Contagiosidad: Capacidad del agente para propagarse de un huésped a otro causando enfermedad (opción 4 incorrecta).

Analizando todas las definiciones observamos que la única que no conlleva enfermedad y que únicamente supone una invasión y multiplicación es la infectividad, por ello la opción 2 es la que buscábamos.

41. Uno de los síntomas característicos de los cuadros maníacos es la "fuga de ideas", que se caracteriza por:

- 1. Forma de hablar muy lenta.
- 2. Sensación de que lo que piensa se difunde en el ambiente.
- 3. Forma de hablar rápida pasando de un tema a otro y sin una relación lógica.
- 4. Periodos de latencia más breves entre palabras.

RC: 3

COMENTARIO:

El término fuga de ideas, lo encontramos dentro del curso del pensamiento y se corresponde a un estado muy grave de aceleración, más que la taquipsiquia. Analicemos cada una de las opciones de respuesta:

La opción 1 habla de habla lenta por lo que es incorrecta. La opción 2 hace referencia al concepto de difusión del pensamiento, el cual, estaría dentro de la temática delirante. Estas dos primeras las descartamos.

La opción 4 menciona los períodos de latencia breves entre palabras, y tampoco correspondería con el concepto de fuga de ideas.

La opción 3 es la correcta, ya que define el término como la forma **rápida de hablar pasando de un tema a otro y sin una relación lógica**. Además de la velocidad, también te está mencionando la estructura, que es totalmente caótica, y precisamente es lo que da la definición completa del concepto de fuga de ideas.

42. De las siguientes situaciones, ¿en cual estaría indicado el aumento de proteínas en la ingesta?

- 1. Síndrome nefrótico.
- 2. Insuficiencia renal avanzada.
- 3. Hemodiálisis.
- 4. A y C son correctas.





RC: 4 COMENTARIO:

¡Analizamos las diferentes opciones de respuesta!:

La **opción 1** hace alusión al **síndrome nefrótico (SN)**, patología que se caracteriza por la asociación clínica de proteinuria masiva (> 3,5 g de proteínas en la orina al día), hipoalbuminemia, edema, hiperlipemia y lipiduria.

La bibliografía señala que es difícil definir el nivel apropiado de restricción proteica en pacientes con SN. Clásicamente, se recomendaba el uso de alta ingesta de proteínas, para compensar la pérdida proteica y conseguir balances nitrogenados positivos. Sin embargo, se ha demostrado que con este tipo de dietas se consigue solamente aumentar la excreción urinaria de proteínas, sin mejorar la hipoalbuminemia ni el pool proteico total. Ciertos estudios demuestran un incremento en la permeabilidad glomerular tras la ingesta de altas cantidades de proteínas. El aumento de la proteinuria es a priori un fenómeno deletéreo, ya que podría contribuir a la progresión de la insuficiencia renal, sea de manera directa (alteración de las células mesangiales y epiteliales) o indirecta (hiperlipemia, coagulación intraglomerular). Por ello existe prácticamente un consenso entre los autores en no recomendar la utilización de dietas hiperproteicas en estos enfermos. La recomendación es que la dieta debe ser normoproteica, siendo, alrededor del 70 % de las proteínas de alto valor biológico.

En relación con la **opción de respuesta 2, insuficiencia renal avanzada,** se ha postulado que las dietas con alto contenido proteico provocan hiperfiltración, lo que agrava la enfermedad renal. Las guías clínicas actuales recomiendan 0,6 - 0,75 g/kg/día en pacientes en estadios 1-4. Esto es ligeramente inferior a los 0,8 g/kg/día recomendados para los adultos sanos, pero no condiciona malnutrición en los pacientes con enfermedad renal crónica. Aparte de la ingesta proteica, es importante tener en cuenta la fuente de las proteínas. Se ha evidenciado por estudios observacionales que la ingesta de proteínas de origen animal, grasa de origen animal o grasas saturadas animales se asocia a un aumento de la proteinuria ya en los estadios precoces de la enfermedad renal crónica.

Por todo ello, la única opción en la que estaría justificado un aumento de proteínas en la dieta es en una situación de hemodiálisis (opción 3). Los requerimientos proteicos en sujetos en diálisis son mayores que los del resto de la población debido a la necesidad de compensar las pérdidas de aminoácidos que se producen en cada sesión de hemodiálisis. Se recomienda 1,2-1,4 g/kg/día de proteínas.

La **opción 4** se descarta por todo lo comentado anteriormente en el caso del síndrome nefrótico. **Por todo ello, se debería de solicitar un cambio de respuesta a la opción de respuesta número 3.**

43. Calcule el aporte hídrico, empleando la regla de Holliday, correspondiente a un lactante de 13kg:

- 1. 1.030 ml en 24 horas.
- 2. 1.150 ml en 24 horas.
- 3. 1.300 ml en 24 horas.
- 4. 1.060 ml en 24 horas.

RC: 2

COMENTARIO:

Las necesidades hídricas oscilarán entre 65 ml/kg/día los primeros días y 150 - 180 ml/kg/día a partir de la primera semana. Cuando es necesario un tratamiento de reposición hídrica, se utilizará la **regla de Holliday para calcular las necesidades basales de líquidos:**

Primeros 10 kg: 100 ml x kg. Segundos 10 kg: 50 ml x kg. Siguientes: 20 ml x kg.

Ejemplo de esta pregunta: 13 kg

100 ml x 10 kg = 1000 ml 50 ml x 3 kg = 150 ml

TOTAL: 1150 ml en 24 horas









44. La sobrecarga del cuidador del paciente dependiente se puede valorar por:

- 1. Cuestionario de Zarit.
- 2. Escala de Framinghan.
- 3. Test de Bruckner.
- 4. Escala de Lawton.

RC: 1

COMENTARIO:

¡Sabíamos que iban a preguntar por esta escala!, por ello hicimos especial hincapié en la clase de Enfermería Comunitaria y de geriatría.

Sabemos que una de las herramientas más empleadas para valorar la **sobrecarga del rol del cuidador** es la **escala de Zarit** (**opción 1 correcta**). Esta escala consta de 22 preguntas de respuesta con escala Likert (1-5) que nos ayudan a medir de manera subjetiva el cansancio del rol del cuidador. Los puntos de corte recomendados son los siguientes:



45. De los siguientes cual es un mecanismo de inmunidad innata o inespecífica:

- 1. La piel.
- 2. Linfocitos B.
- 3. Linfocitos T.
- 4. Vacunación.

RC: 1

COMENTARIO:

La inmunidad **innata o inespecífica**, es un sistema de defensas con el cual las personas nacemos y que nos protege contra todos los antígenos. La inmunidad innata consiste en barreras que impiden que los materiales dañinos ingresen en el cuerpo. Estas barreras forman la primera línea de defensa en la respuesta inmunitaria. Algunos ejemplos de inmunidad innata serían:

- El reflejo de la tos.
- Las enzimas en las lágrimas y los aceites de la piel.
- El moco, que atrapa bacterias y partículas pequeñas.
- La piel (opción 1 correcta).
- El ácido gástrico.

Los linfocitos B actúan frente a las infecciones bacterianas y frente algunas infecciones víricas mediante la secreción de anticuerpos a la sangre y a la linfa. Inducen la inmunidad humoral o mediada por anticuerpos (producen las inmunoglobulinas). Los linfocitos B nacen en la médula ósea y tras pasar por los ganglios, donde experimentan diversos cambios, pasan a la sangre encontrándose en ella en menor proporción que los linfocitos T (opción 2 incorrecta).

Los linfocitos T no segregan anticuerpos. Por eso, para destruir a las células deben acercarse a las mismas y establecer contacto con ellas. La inmunidad que inducen se denomina inmunidad celular. Los linfocitos T de la sangre periférica se clasifican en linfocitos T colaboradores (CD4+) y linfocitos T supresores (CD8+). Los linfocitos T nacen en la médula ósea, maduran en el timo y pasan posteriormente a sangre periférica. Estas células también están relacionadas con el rechazo de los órganos trasplantados (opción 3 incorrecta).

Te dejamos nuestra tabla diferenciadora entre los linfocitos B y T:









Por último, la vacunación es una forma natural de inmunización activa mediante la inoculación de antígenos de agentes patógenos en el organismo (opción 4 incorrecta).

46. Para el desarrollo psicomotor del niño de O a 6 años se emplea la escala:

- 1. Tanner.
- 2. WOOD.
- 3. Denver.
- 4. Silverman.

RC: 3

COMENTARIO:

Siempre os insistimos con los test y escalas, y es que gustan mucho a los Tribunales.

Los test y escalas utilizados para la valoración del desarrollo psicomotor son:

- Test de Denver: no determina el nivel de inteligencia. Valora el desarrollo psicomotor del niño desde que nace hasta los 6 años, por medio de 4 áreas: lenguaje, motora fina, motora gruesa y comportamiento social y personal (opción 3 correcta).
- Escala de Brunet Lezine: 10 ítems distribuidos en 4 áreas: postural, lenguaje, coordinación y psicomotriz.
- Escala de Haizea Llevant (0 5 años): está validada en la población española y muy implantada por todo el país. Consta de 97 ítems que están clasificados en 4 áreas:
 - Manipulación (motora fina): 19 ítems.
 - Lenguaje y lógica matemática: 31 ítems.
 - Postural (motora gruesa): 21 ítems.
 - Socialización: 26 ítems.
- Escala de Bayley (2 meses 3 años): valora 3 áreas: desarrollo psicomotor, mental y comportamiento.

Otros test y escalas interesantes en pediatría y los cuales nos han indicado como posibles opciones son:

- La escala de Tanner es utilizada para valorar la maduración sexual masculina y femenina (opción 1 falsa).
- La escala de Wood-Downes modificada, se utiliza para la evaluación de la gravedad en bronquiolitis (opción 2 falsa).
- El test de Silverman se emplea para la valoración de la dificultad respiratoria en el recién nacido (opción 4 falsa) Te dejamos el test para que puedas revisarlo y recordarlo.







TEST SILVERMAN - ANDERSEN			
	0	1 ()	2
MOVIMIENTOS Toraco- Abdominales	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil y abdomen en movimiento Retraso en la inspiración	Respiración en balanceo o bamboleo
TIRAJE Intercostal	Ausencia	Discreto	Intenso
RETRACCIÓN Xifoidea	Ausencia	Discreto	Intensa
ALETEO NASAL	No se aprecia	Discreto	Intenso con descensos de mentón y boca abierta
QUEJIDO Espiratorio	No se aprecia	Audible con fonendo	Audible a distancia

- 47. En el tratamiento perioperatorio de sangrados inducidos por antagonistas de la vitamina K, cuando se requiere una rápida corrección de la hemorragia para iniciar la intervención quirúrgica utilizaremos:
 - 1. Fitomenadiona.
 - 2. Acenocumarol.
 - 3. Complejo de protrombina humano.
 - 4. Rivaroxaban.

COMENTARIO:

Los antagonistas de la vitamina K son eficaces para prevenir la formación de nuevos coágulos sanguíneos, ya que tienen un efecto anticoagulante.

La warfarina y acenocumarol (opción 1 incorrecta) son antagonistas de vitamina K que alteran la coagulación impidiendo la síntesis de factores procoagulantes dependientes de dicha vitamina: II, VII, IX y X. La warfarina tiene una vida media de 36-42 h y el acenocumarol, de 8-11 h. Su efecto anticoagulante se mide con los exámenes de protrombina (TP) e international normalized ratio (INR). Estos fármacos se indican con esquemas de dosis individualizados para cada paciente, realizándose un control semanal del INR, el cual se considera en rango terapéutico con valores entre 2-3.

La opción 2 es incorrecta, ya que el tiempo de acción es muy largo y en caso de urgencia no sería posible la cirugía.

En caso de cirugías de urgencia/emergencia o pacientes usuarios de ACO con sangrado masivo: se debe utilizar plasma fresco congelado (PFC) y/o complejo concentrado de protrombina. Se prefiere el uso de este último, dado que revierte la acción de la ACO de forma más rápida y eficaz comparado con el PFC, por lo que la opción 3 es la correcta.

- 48. ¿Que habilidad comunicativa no favorece la relación enfermera/paciente?:
 - 1. Empatía.
 - 2. Silencios funcionales.
 - 3. Clarificación.
 - 4. Alta reactividad.







COMENTARIO:

Para facilitar el apoyo narrativo del paciente, y que pueda expresarse con libertad y con mejor calidad durante la entrevista clínica, es necesario que el profesional de enfermería conozca determinadas técnicas de comunicación verbal y no verbal que puede emplear, así como algunos errores que debe evitar. En este caso el tribunal me pregunta por lo segundo.

La **empatía** (opción 1 incorrecta), es definida por Carl Rogers como: "la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él y, una vez captados, comunicárselos". En otras palabras, es la capacidad de ponerse en el lugar del otro.

El **silencio funcional o útil** (opción 2 incorrecta) es la ausencia de palabras o mensajes no verbales cuyo efecto tiene un contenido claro para ambas partes: facilitar un espacio para meditar una determinada respuesta o trasladar al consultante la responsabilidad de proseguir el diálogo.

La **clarificación** (opción 3 incorrecta) consiste en pedirle al paciente que aclare algún término de su discurso, para asegurarnos que se ha interpretado correctamente.

La reactividad emocional alta (opción 4 correcta) se define como un modo de responder ante casi cualquier situación de manera desajustada y hasta descontrolada. Es una característica que vemos a menudo en esas personas a las que todo les molesta, las que interpretan las palabras como amenazas y que rara vez logran regular sus sentimientos. Esa susceptibilidad casi constante les aboca a situaciones claramente desgastantes, tanto para ellas como para su entorno. En conclusión, la presencia de alta reactividad en la relación enfermera/paciente no favorece la relación.

49. En la deshidratación isotónica, indica lo falso:

- 1. Es la deshidratación más común y con mejor pronóstico.
- 2. Síntomas de taquicardia e hipotensión.
- 3. Es la deshidratación de peor pronóstico.
- 4. El sodio sérico se mantiene en valores normales.

RC: 3

COMENTARIO:

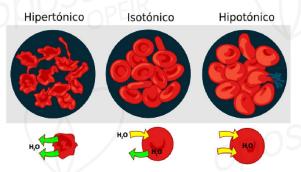
Existen **3 tipos de deshidrataciones** que apellidamos: **isotónica, hipotónica e hipertónica**. Este término nos indica cómo se queda el vaso sanguíneo ante la deshidratación.

En la **deshidratación isotónica** el vaso sanguíneo presenta una **osmolalidad** o concentración "iso", es decir, **igual**. Esto se debe a que las pérdidas que se sufren son en las **mismas proporciones** tanto de **sodio** como de **agua**, por ello no se ve afectada la concentración normal plasmática.

Precisamente debido a que no existen cambios en la osmolalidad del espacio intravascular, no vamos a encontrar movimientos de líquidos hacia el interior o exterior celular, siendo esta la causa de su **mejor pronóstico (opción 3 correcta)**, porque encontramos un menor volumen intravascular, pero **no alteración celular** por exceso (edemas intracelulares) o defecto (deshidratación celular), problemas secundarios que sí nos llevarían a un pronóstico peor.

Por otra parte, debido a esa pérdida global de volumen se presenta hipovolemia, por lo que el poco líquido que circula por el vaso sanguíneo presiona de forma más leve las paredes de este, apareciendo hipotensión y taquicardia.

Te dejamos una imagen para hacerlo más visual:











- 50. La cetoacidosis diabética (CAD) es un cuadro clínico que se caracteriza por presentar hiperglucemia, generalmente superior a 300 mg/di, deshidratación, presencia de cetonuria y acidosis metabólica con pH inferior a 7,25 como consecuencia de la presencia masiva de cuerpos cetónicos en plasma. Indica qué opción se corresponde con las principales manifestaciones clínicas de la CAD.
 - 1. Poliuria, polidipsia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, astenia, sequedad de piel y mucosas, respiración de Kussmaul, aliento cetósico, hipotensión, taquicardia y alteración de la conciencia.
 - 2. Poliuria, polidipsia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, astenia, sequedad de piel y mucosas, respiración de Biot, aliento cetósico, hipotensión, taquicardia y alteración de la conciencia.
 - 3. Poliuria, polidipsia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, astenia, sequedad de piel y mucosas, respiración de Cheyne-stokes, aliento cetósico, hipotensión, taquicardia y alteración de la conciencia.
 - 4. Disuria, polifagia, hipertensión, bradicardia, apnea.

COMENTARIO:

¡Una unión indestructible: cetoacidosis y respiración de Kussmaul!

La **cetoacidosis diabética** (CAD) es la complicación hiperglucémica característica de los sujetos con DM1 (raramente se da en DM2). Con frecuencia es la forma de presentación de un debut de DM1 y en otras ocasiones se asocia omisión de dosis de insulina, infecciones u otra situación estresante concomitante en un paciente con DM1. Se asocia a una **mortalidad del 5 % aproximadamente**.

Este cuadro se debe a un déficit severo de insulina, lo cual produce **hiperglucemia** muy importante. La hiperglucemia además se exacerba por la producción de hormonas contrarreguladoras (glucagón, hormona del crecimiento, catecolaminas y cortisol).

Por otra parte, dado que por el déficit de insulina no existe entrada de glucosa a las células, **el organismo** inicia ciclos alternativos de producción de energía obtenida a través de la degradación incompleta de las grasas, produciendo cuerpos cetónicos, si la situación metabólica persiste, se termina produciendo acidosis metabólica.

El diagnóstico de la cetoacidosis diabética viene determinado por tres criterios:

- Glucemia > 250 mg/dl.
- Presencia de cuerpos cetónicos en sangre (cetonemia ≥ 5 mmol/l) u orina (cetonuria).
- Acidosis metabólica (pH < 7,3 y/o bicarbonato <18 mEq/L).

La sintomatología de la cetoacidosis diabética suele ser **poliuria** (la intensa hiperglucemia produce diuresis osmótica), polidipsia (por la poliuria existe deshidratación), **pérdida de peso** (falta de la acción anabólica de la insulina), **vómitos**, **náuseas**, **aliento con olor a manzana y dolor abdominal** (estos síntomas se producen por la acidosis metabólica).

En los casos más severos aparecen signos de deshidratación (signo del pliegue positivo), reducción del nivel de conciencia, obnubilación y coma. Es típica la aparición de la llamada **respiración de Kussmaul** (taquipnea profunda, hiperventilación), la cual sirve para eliminar el exceso de ácidos mediante la disminución del CO₂. Aquí, encontrarás la clave de la **opción correcta, la 1**.

El tratamiento es urgente y debe estar basado en hidratación enérgica, insulina, y administración de potasio.











Respecto al resto de opciones:

- La respiración de Biot es característica de lesiones del tronco encefálico o bulbo raquídeo (opción 2 incorrecta).
- La respiración de Cheyne-Stokes es característica de la insuficiencia cardíaca, enfermedades del SNC o encefalopatías (opción 3 incorrecta).
- La hipertensión no forma parte del cuadro de CAD (opción 4 incorrecta).

51. En un paciente con cirrosis hepática, nuestro principal consejo dietético será:

- 1. Disminuir la ingesta de proteína animal.
- 2. Disminuir la ingesta de lácteos y derivados.
- 3. Aumentar la ingesta de grasas.
- 4. Ninguno de los anteriores.

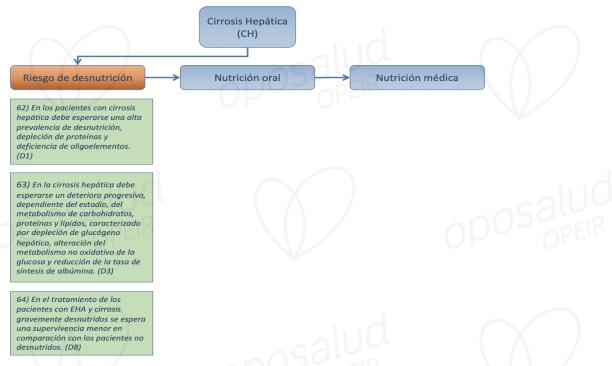
RC: 1

COMENTARIO:

La cirrosis es una enfermedad crónica difusa e irreversible del hígado, caracterizada por la presencia de fibrosis y por la formación de nódulos de regeneración, que conducen a una alteración de la arquitectura vascular, así como de la funcionalidad hepática.

En esta ocasión, la pregunta hace alusión a **aspectos relacionados con la dieta terapéutica en estos pacientes,** ya que es muy frecuente que las personas con cirrosis hepática padezcan de desnutrición. Para evitar un deterioro nutricional es primordial llevar una adecuada nutrición por las siguientes razones:

- Ayuda al hígado dañado a realizar muchas de sus funciones.
- Reduce el riesgo de infecciones.
- Reduce el riesgo de complicaciones hemorrágicas.
- Reduce el riesgo de retención de líquidos (edema o ascitis).
- Proporciona energía para las actividades diarias.
- Mejora la calidad de vida.



Fuente: GUÍA PRÁCTICA ESPEN: NUTRICIÓN CLÍNICA EN LAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO



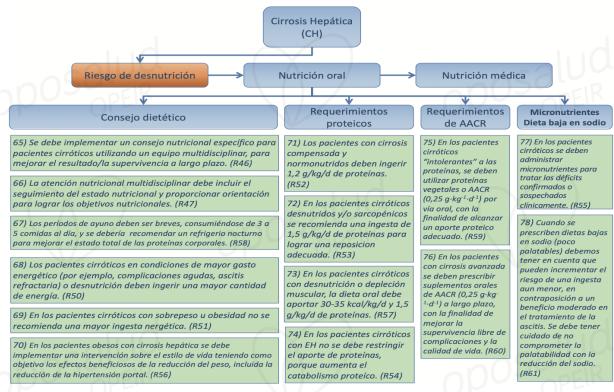




Se trata de pregunta controvertida. En lo que se refiere a las recomendaciones y las diferentes opciones de respuesta de la pregunta:

- Opción 1 y 2. Incorrectas ya que en los pacientes con cirrosis se recomienda consumir alimentos ricos en proteínas. Las recomendaciones de ingesta de proteína son de 1,2 a 1,5 g/kg de peso corporal ideal con el fin de mantener la masa muscular y evitar el deterioro muscular. Asimismo, se recomiendan alimentos ricos en proteínas que los podemos encontrar, por ejemplo, en la carne de ternera, cerdo, pollo, pavo, conejo, pescados, huevo, lácteos, etc. Tampoco se recomienda la restricción proteica en pacientes que sufren encefalopatía hepática. Hace unos años era frecuente restringir el consumo de proteínas, sin embargo, actualmente existe bastante evidencia de que la restricción del consumo de proteínas, favorece todavía más el catabolismo proteico.
- Opción 3. Incorrecta ya que los pacientes cirróticos no deben aumentar el consumo de grasas, especialmente, si hay esteatorrea. El consumo excesivo de grasas puede empeorar la función hepática y llevar a la acumulación de grasa en el hígado, lo que agrava la condición de la cirrosis.

En resumen, el principal consejo dietético para un paciente con cirrosis hepática es seguir una dieta equilibrada y saludable, evitando el consumo excesivo de sal, grasas saturadas, grasas trans y alcohol, y asegurando una ingesta adecuada de calorías y proteínas. Teniendo en cuenta todo esto, la respuesta correcta es la opción 4 (ninguno de los anteriores) por lo que debería solicitarse cambio de respuesta.



Fuente: GUÍA PRÁCTICA ESPEN: NUTRICIÓN CLÍNICA EN LAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO

52. A la hora de administrar medicación a través de una sonda nasogástrica, ¿cuál de las siguientes presentaciones no estaría indicada?:

- 1. Comprimidos de liberación retardada.
- 2. Comprimidos sublinguales.
- 3. Comprimidos con cubierta entérica.
- 4. Ninguno de los anteriores estaría indicado.









COMENTARIO:

¡Pregunta de farmacología que puede hacernos dudar!

Al administrar fármacos orales por vía nasogástrica, nos vemos obligados a adaptar el fármaco para la administración y alterar así su presentación. Entre los fármacos que no permiten alterar su forma farmacéutica, se incluyen aquellos preparados que tienen propiedades específicas como evitar su destrucción por los jugos gástricos, prolongar su acción, etc.

En la bibliografía revisada se distinguen las siguientes presentaciones:

- Formas con cubierta entérica (opción 3 incorrecta). Diseñadas para que puedan pasar intactas a través del estómago y el principio activo se libere en el intestino. Con ello se evita la destrucción del medicamento por los ácidos gástricos, se previene la irritación gástrica y se retrasa el comienzo de su acción.
- Fórmulas de liberación retardada (opción 2 incorrecta). Elaboradas para que el principio activo se libere en un período prolongado de tiempo. Estos preparados pretenden conseguir niveles plasmáticos constantes, ya que de otra manera aumentaría el riesgo de efectos secundarios y su toxicidad.
- Formas de administración sublingual (opción 1 incorrecta). Están creadas para que se disuelva rápidamente en los fluidos orales, y a través de la vascularización de la boca se logre una rápida absorción, salvando la barrera hepática. Así mismo, se protege del contacto con otros medicamentos, alimentos y secreciones gastrointestinales que podrían afectar su potencia y biodisponibilidad.

Tras describir cada uno de ellos podemos observar que no son fármacos que podamos administrar, por lo que la opción correcta sería la 4.

- 53. A efectos de lo dispuesto en la Orden de 11 de diciembre de 2013 por la que se regula el sistema básico de la Red gallega de vigilancia en salud pública se considerará brote o situación epidémica:
 - 1. El incremento significativamente elevado de casos en relación a los valores esperados.
 - 2. La aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en una zona hasta entonces libre de ella.
 - 3. La presencia de cualquier proceso relevante de intoxicación aguda colectiva, imputable a causa accidental, manipulación o consumo.
 - 4. Todas son correctas.

RC: 4

COMENTARIO:

Se considera brote al **incremento significativo en el número de casos en relación con los valores esperados** para una determinada semana y en una determinada zona geográfica (ciudad, pueblo o grupo pequeño).

Se define de forma oficial un brote epidémico como:

• El incremento significativamente elevado de casos en relación con los valores esperados. Es lo que se conoce como índice epidémico:







La simple agregación de casos de una enfermedad en un territorio y en un tiempo comprendido entre el mínimo y el máximo del período de incubación o de latencia, podrá ser considerada, asimismo, indicativa.

- La aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en una zona hasta entonces libre de ella.
- La presencia de cualquier proceso relevante de intoxicación aguda, colectiva, imputable a causa accidental, manipulación o consumo.
- La aparición de cualquier incidencia de tipo catastrófico que afecte, o pueda afectar, a la salud de una comunidad.

Con todo esto, todas las opciones que nos proponen serían situación propia de brote epidémico (opción 4 correcta).

- 54. ¿Cuál de los siguientes síntomas es un signo neuromuscular del hipotiroidismo que una/un enfermera/o puede observar en la evaluación de un paciente?:
 - 1. Temblor en las manos.
 - 2. Hiperactividad e inquietud.
 - 3. Debilidad muscular y reflejos lentos.
 - 4. Irritabilidad y cambiós de humor.

RC: 3

COMENTARIO:

¡Hipotiroidismo: todo hacia abajo!

Los síntomas del hipotiroidismo implican un **enlentecimiento de todas las funciones orgánicas**, con enlentecimiento del metabolismo, siendo los síntomas más comunes los siguientes:

- Sintomatología general: hipotermia, intolerancia al frío y edema generalizado.
- Síntomas neuromusculares: cansancio, debilidad, pérdida de memoria, enlentecimiento intelectual (bradipsiquia), depresión, hipoacusia, parestesias, calambres musculares, disminución de reflejos osteotendinosos, síndrome del túnel carpiano, artralgias (opción 3 correcta).
- **Síntomas cardiovasculares:** bradicardia, disminución del gasto cardiaco, hipertensión diastólica, derrame pleural o pericárdico.
- Síntomas gastrointestinales: estreñimiento, aumento de peso y ascitis.
- Piel y faneras: piel seca, engrosada, áspera y pálida, caída del cabello y uñas quebradizas.
- Otros síntomas son bocio, macroglosia, ronquera, facies abotargada, edema periorbitario, alteraciones menstruales en la mujer, astenia y fatiga.

¡La clave de esta pregunta, está en el enunciado: signo neuromuscular! El resto de opciones pertenecen al hipotirodismo (opciones 1, 2 y 4 incorrectas):

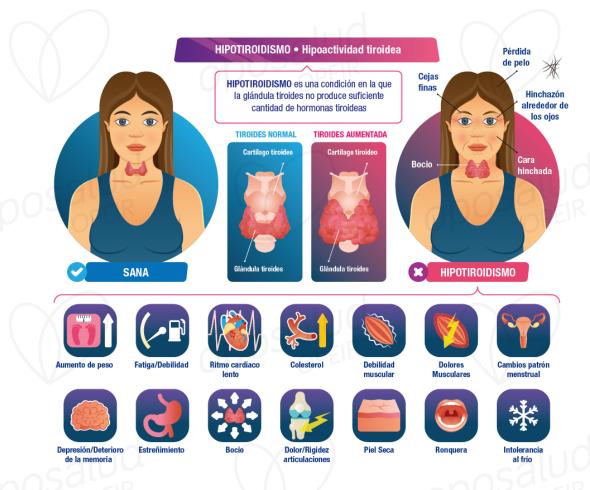












55. ¿Que describe mejor el modelo PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation)?:

- 1. Un modelo de educación sanitaria que se centra en la promoción de comportamientos saludables.
- 2. Un modelo de planificación de programas de intervención basado en el análisis de las necesidades de la comunidad.
- 3. Un modelo de evaluación de la efectividad de programas de educación para la salud.
- 4. Un modelo de promoción de la participación comunitaria en la toma de decisiones sobre la salud.

RC: 2

COMENTARIO:

¡La importancia del punto de Educación para la Salud en el tema de Comunitaria! Pregunta con la opción de respuesta correcta algo controvertida.

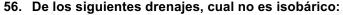
El modelo **PRECEDE-PROCEDE** formulado por Green y Kreuter (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation) permite realizar diagnósticos conductuales individuales y de grupo a través del análisis de tres tipos de factores: **predisponentes** (información y motivación), **facilitadores** (habilidades y recursos) y **reforzantes** (consecuencias de la conducta).

Además, es una herramienta que facilita la **elaboración de un amplio diagnóstico comunitario** en cuanto que aborda múltiples determinantes de la salud y permite la participación activa de la población, haciendo posible la proposición de las estrategias de intervención más acordes con las **necesidades** que influyen en la salud de grupos sociales específicos.

Por otro lado, la **educación para la salud** se dedica a incrementar la información, motivaciones, habilidades y responsabilidad de los individuos y comunidades, y a trabajar por cambiar los factores sociales y ambientales que culminen en comportamientos que favorezcan la salud.

Por todo esto, la **opción MÁS correcta sería la opción 2**, a pesar de que la opción 1 (incorrecta) también podría serlo.





- 1. Penrose.
- 2. Kher.
- 3. Pleurevac sin conexión a vacío.
- 4. Saratoga.

COMENTARIO:

Iso significa igual; **bárico** se refiere a presión. Por lo tanto, nos están preguntando cuál de los drenajes que nos proponen **NO actúa sin presión** (sin vacío, aspiración, etc.). Una forma un poco retorcida de preguntar, desde luego.

Al observar las opciones de respuesta podías deducir que tanto el **penrose**, como el **kher** no ejercen presión negativa sobre el contenido a drenar, ya que son drenajes pasivos por capilaridad y gravedad, respectivamente (opciones 1, y 2 incorrectas). El único que te podría generar dudas es el pleurevac, pero nos están indicando que no está conectado a vacío (opción 3 incorrecta).

El Saratoga, sin embargo, es un drenaje con una amplia luz, de polivinilo multi-perforado, que **se conecta a aspiración (es un drenaje activo)** y permite drenar grandísimas cantidades de exudado en heridas especialmente grandes o infectadas **(opción 4 correcta)**.

Te dejamos una imagen para hacerlo más visual:



- 57. Los profesionales de enfermería deben estar alerta ante las situaciones desadaptativas del paciente hacia la hospitalización. ¿Cuál de las siguientes características no corresponde con el "rol de buen paciente"?:
 - 1. Sigue las recomendaciones de las profesionales.
 - 2. Solicita información constantemente.
 - Muestra agradecimiento.
 - 4. Colabora con el personal sanitario en las rutinas hospitalarias.

RC: 2

COMENTARIO:

La falta de control del medio hospitalario es la principal causa de las reacciones desadaptativas de los pacientes en el hospital. El locus de control, la actitud hacia los profesionales y la indefensión aprendida,







van a marcar el comportamiento de los pacientes. El personal sanitario va a considerar a los pacientes según dicho comportamiento, pudiendo asignarles el "rol de buen paciente" y "rol de mal paciente".

La actitud del "buen paciente" es debida a la sensación de falta de control del medio hospitalario. El paciente que asume este rol, muestra una actitud obediente, y esa obediencia perpetúa su indefensión. En estos pacientes es frecuente observar:

- Incapacidad para tomar decisiones sobre su enfermedad, y, por tanto, no asumen sus autocuidados al alta.
- Sigue las recomendaciones de los profesionales (opción 1 incorrecta).
- No pregunta al profesional ni solicita información (opción 2 correcta).
- Se muestra muy agradecido con el profesional sanitario (opción 3 incorrecta).
- Tendrá más dificultades para volver a su normalidad funcional.
- La mala información o la falta de la misma les puede llevar a tomar decisiones inapropiadas.
- Pueden mostrarse "hiperadaptados" durante su ingreso hospitalario, y, en cambio, presentar reacciones depresivas tras el alta.
- El personal sanitario alaba el comportamiento de estos pacientes, ya que les molestan poco, colabora en las rutinas hospitalarias (opción 4 incorrecta) y son complacientes.

Te dejamos un cuadro diferencial sobre el "buen y mal" paciente:

ACTITUD HACIA EL EQUIPO SANITARIO		
BUEN PACIENTE	MAL PACIENTE	
Sigue las recomendaciones de los profesionales	Pretende tener el control de la situación	
No hace preguntas sobre su enfermedad	Pregunta sobre su proceso constantemente	
No se queja, no molesta, no exige nada.	Solicita atención constantemente	
Facilita las tareas del equipo sanitario	No colabora	
Se muestra agradecido	Se muestra hostil	

58. En relación con la violencia de genera psicológica, señale lo correcto:

- 1. Es una conducta intencionada y reiterada en el tiempo que atenta contra la integridad psíquica de la mujer y contra su dignidad como persona.
- 2. Comprende amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones.
- 3. Es la única que se puede infligir aisladamente, aunque está presente en todos los tipos de violencia contra la mujer.
- 4. Todas las anteriores son correctas.

RC: 4

COMENTARIO:

Muy preguntado en las OPEs de Enfermería la tipología de violencia contra las mujeres y SERGAS también ha elaborado su pregunta sobre ello.

En este caso nos cuestionan sobre la **violencia de género psicológica**. Se trata de cualquier conducta que atente contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene por objeto imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Son manifestaciones de esta violencia, amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, aislamiento social, culpabilidad, privación o limitación de la libertad, el chantaje emocional, el rechazo, el abandono. El maltrato psicológico humilla, amenaza, descalifica, ridiculiza,









anula la autoestima y la tendencia natural a la indefensión, por lo que las mujeres víctimas de violencia psíquica son víctimas fáciles de violencia física o sexual. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o sexual, es más difícil de demostrar y, en muchas ocasiones, no es identificada por la víctima como tal sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Por lo tanto, la opción correcta es la 4 (todas son correctas), ya que las anteriores opciones recogen características de la violencia psicológica.



59. En cuanto a la prueba de la tuberculina:

- 1. Se hará en tejido subcutáneo.
- 2. Necesitaremos PPD RT 23.
- 3. El mejor lugar de inyección es la cara posterior del brazo.
- 4. La lectura del resultado será siempre a las 24 horas de la inyección.

RC: 2

COMENTARIO:

Analicemos cada una de las opciones de esta prueba que se repite tanto en las oposiciones:

- La prueba de la tuberculina o Mantoux se hace inyectando 0,1 ml de un derivado proteico purificado (PPD RT 23, por sus siglas en inglés) (opción 2 correcta).
- Se administra en la cara anterior del antebrazo (opción 3 incorrecta).
- La invección se aplica con una jeringa de tuberculina, con el bisel de la aquia hacia arriba. La invección es intradérmica, no subcutánea (opción 1 incorrecta).
- Cuando se aplica correctamente, debe producir una elevación de la piel de 6 a 10 mm de diámetro.
- La lectura o interpretación de la prueba de la tuberculina debe realizarse a las 72 horas, siendo aceptable realizarla entre las 48 horas y 96 horas después de su administración (opción 4 incorrecta).
- 60. En la planta de urología está ingresado un paciente diagnosticado de tumor renal avanzado y se operará mañana. Laura e Iria, que son dos enfermeras muy jóvenes, pero con grandes conocimientos en el campo quirúrgico y una actitud sobresaliente, terminaron su jornada y están revisando los partes de las intervenciones que tendrán programadas mañana. Una de las intervenciones es una nefrectomía, y en este caso concreto se extirpará un riñón completo, incluyendo la glándula suprarrenal y los ganglios linfáticos cercanos. ¿De qué tipo de NEFRECTOMÍA estamos hablando?:
 - 1. Nefrectomía parcial.
 - 2. Nefrectomía radical.
 - 3. Nefrectomía abierta.
 - 4. Nefrectomía laparoscópica.

RC: 2

COMENTARIO:

Esta pregunta es un bolo de aire fresco en la nefro de este examen del SERGAS.









La **nefrectomía radical (total)** extirpa todo el riñón y con frecuencia algunas estructuras adicionales, como parte del tubo que conecta el riñón a la vejiga (uréter), u otras estructuras cercanas, como la glándula suprarrenal o los ganglios linfáticos.

La nefrectomía parcial, sin embargo, solo extrae el tejido dañado preservando la parte viable del órgano.

Finalmente, en cualquiera de los casos se puede emplear la **cirugía abierta**, con abordaje quirúrgico directo del riñón (muy compleja) o mediante **cirugía laparoscópica**, que mejora la tolerancia y la recuperación del paciente.

La correcta es en buena lógica la 2. Neta para la mochila de tu plaza.

61. El "check list" o "lista de verificación quirúrgica" de la OMS divide la intervención quirúrgica en:

- 1. 3 fases: antes de la inducción, antes de la incisión y antes de la salida de quirófano.
- 2. 5 fases: en el momento de la inclusión en lista, en la preparación en planta, antes de la inducción, antes de la incisión y antes de la salida del quirófano.
- 3. 5 fases: en la preparación en planta, antes de la inducción, antes de la incisión, antes de la salida de quirófano y postopeatorio inmediato.
- 4. Ninguna es correcta.

RC: 1

COMENTARIO:

El **check list** se creó **en 2008** en Washington por la Organización Mundial de la Salud en el marco de su programa La Cirugía Segura Salva Vidas. Consta **de 3 fases (opción 1 correcta)**, una previa a la inducción de la anestesia, otra cuando el paciente ya está anestesiado, pero antes de realizar la incisión, y otra cuando ya se ha finalizado la cirugía, pero el paciente todavía está dentro del quirófano. Las opciones 2, 3 y 4 (con ese "ninguna es correcta" son incorrectas.

Te dejamos nuestra tabla de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía para que puedas repasarla rápidamente:

PERÍODO ANTERIOR A LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA O "SIGN-IN",	PERÍODO POSTERIOR A LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA, PERO ANTERIOR A LA INCISIÓN O "TIME-OUT"	PERÍODO DE CIERRE DE LA HERIDA QUIRÚRGICA O Inmediatamente posterior, pero anterior a la Salida del paciente del Quirófano o "Sign-Out
El paciente ha confirmado: Su identidad. El sitio quirúrgico. El procedimiento. Su consentimiento. Demarcación del sitio / no procede. Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia. Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento. ¿Tiene el paciente alergias conocidas?: No. Sí. ¿Via aérea difícil / riesgo de aspiración?: No. Sí, y hay instrumental y equipos / ayuda disponible. ¿Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?: No. Sí, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados.	Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función. Cirujano, anestesia y enfermero confirman verbalmente: — La identidad del paciente — El sitio quirúrgico — El procedimiento PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS El cirujano revisa: los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista. El equipo de anestesia revisa: si el paciente presenta algún problema específico. El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos. ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?: Sí. No procede. ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? Sí.	EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO: El nombre del procedimiento realizado. Que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no proceden). El etiquetado de las muestras (que fibure el nombre del paciente). Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos. El cirujano, el anestesista y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.







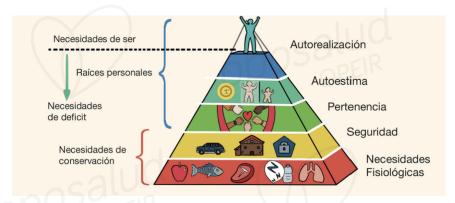


- 62. La pirámide que consta de cinco niveles que están ordenados jerárquicamente acerca de la motivación y las necesidades del ser humano se denomina:
 - 1. Pirámide de Maslow.
 - 2. Pirámide de Haynes.
 - 3. Pirámide de Kaiser.
 - 4. Pirámide de NAOS.

COMENTARIO:

En geometría, una pirámide es un poliedro, constituido por un polígono simple y cuyas caras laterales son triángulos que se juntan en un vértice común, también llamado ápice o cúspide. Sin embargo, al tribunal de SERGAS no le interesa esa respuesta sino la Pirámide Maslow (opción 1 correcta).

Maslow trata de explicar la motivación como un proceso centrado en la satisfacción de necesidades humanas. La satisfacción de estas necesidades sigue un orden jerárquico, estando las necesidades de conservación (fisiológicas y de seguridad) en un orden inferior y prioritario a las necesidades relativas a las raíces personales (pertenencia, estima/autoestima y autorrealización).



La Pirámide de las 6 "S" o de Haynes (opción 2 incorrecta), cuya última formulación es del año 2014, está compuesta por seis peldaños donde las fuentes de datos para realizar investigación científica, están ordenadas por grado de procesamiento de la información, desde la base de la pirámide, con la información más en bruto, que es donde se encuentran las bases de datos y sus interfaces de búsqueda (como PUBMED), hasta el quinto peldaño, donde hallamos tres tipos de recursos: bancos de preguntas y respuestas clínicas (PREEVID), guías de práctica clínica (GUIASALUD, FISTERRA, etc.) y herramientas point of care (POC) o de ayuda en la toma de decisiones clínicas que también son muy utilizadas para el estudio del arte de cualquier tema, entre las que destacan UPTODATE, CLINICAL KEY o, recientemente, DYNAMED PLUS. Las herramientas del sexto peldaño todavía no están disponibles en España.

PIRÁMIDE DE HAYNES (6S)











La Pirámide de Kaiser (opción 3 incorrecta) se ha consolidado en los últimos años como el modelo de buenas prácticas de referencia para la gestión de muchos sistemas sanitarios y del paciente crónico. Fue diseñada por la institución sanitaria norteamericana Kaiser Permanente, actualmente una organización sin ánimo de lucro y el mayor proveedor sanitario privado de los Estados Unidos.

Finalmente, **la Pirámide NAOS** (opción 4 incorrecta) orienta sobre la alimentación y el tipo de actividades físicas más recomendables, aplicables tanto a niños como a adultos.

- 63. ¿Cuál de las siguientes opciones es una ventaja de la atención domiciliaria en Atención Primaria?
 - 1. Mayor costo para el paciente.
 - 2. Mayor exposición a infecciones nosocomiales.
 - 3. Mayor riesgo de aislamiento social.
 - 4. Mayor comodidad y familiaridad para el paciente.

RC: 4

COMENTARIO:

La **Atención Domiciliaria** se define como la **serie de cuidados sanitarios y sociales** prestados en el domicilio del individuo cuando este no puede desplazarse al Centro de Salud, pudiendo ser a demanda, programada o urgente.

Está dirigida a personas que no pueden acudir a un centro sanitario en demanda de servicios por razones de enfermedad, discapacidad física o psíquica, transitoria o permanente, así como por condicionantes sociofamiliares.

Una vez comentado esto, la pregunta era bastante sencilla, ya que si acercamos nuestros cuidados al paciente justo es para evitar mayor coste al mismo (opción 1 incorrecta) y ser más accesibles, el hecho de atender en contextos no sanitarios y evitar el contacto con otros pacientes en lugares con mayor exposición hace que disminuya el riesgo de infecciones nosocomiales (opción 2 incorrecta) y, por supuesto, no favorece el aislamiento social (opción 3 incorrecta).

Por todo esto, seleccionamos la **opción 4 cómo correcta**, además aplicando técnica test, es la que va en otro camino, favoreciendo la comodidad y familiaridad para el paciente.

- 64. Este modelo representa un enfoque de atención de enfermería basado en la teoría de Virginia Henderson, que se centra en las actividades de la vida diaria del paciente, los resultados esperados, las intervenciones de enfermería, el autocuidado, la documentación, las necesidades básicas y el análisis de la información del paciente. Es un enfoque integral que busca identificar y satisfacer las necesidades del paciente de manera holística, promoviendo su independencia y autonomía en la medida de lo posible. Indica el acrónimo correcto del modelo al que se refiere esta descripción.
 - 1. ANDREA.
 - ARIADNA.
 - 3. PROGACRO.
 - 4. ERMITAS.

RC: 2

COMENTARIO:

Pregunta complicada, sobre un "Modelo basado en Virginia Henderson" del cual nos dan información pero tampoco demasiado concreta.

España es un país cuya población está en **fase regresiva**, con un **saldo vegetativo nulo o negativo**, debido a que existe mayor cronicidad y pluripatología, necesitándose unos cuidados especiales, sobre todo en el domicilio.

Por ello, nació hace unos años en Galicia el "Programa ARIADNA" (opción 2 correcta), para ayudar y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, promoviendo una atención más proactiva, aunque no exista demanda. Es un programa liderado por enfermeras, las cuales son la pieza angular para conectar a estos pacientes con otros servicios y recursos, es decir, gestionan el caso.





Uno de sus principales **objetivos** es actuar a tiempo, para evitar hospitalizaciones que supondrían mayor riesgo de descompensaciones/reagudizaciones y desequilibrio de la salud y el bienestar, siendo uno de sus puntos clave la **educación sanitaria**, favoreciendo su empoderamiento.

El resto de opciones, son inventadas (opciones 1, 3 y 4 incorrecta).

- 65. Aurora es una enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos que, además de aplicar cuidados con excelencia a sus pacientes, posee grandes conocimientos y es una docente por naturaleza. En el turno de trabajo explica a su alumna la importancia de la estrategia de prevención en infecciones "Bacteriemia Zero". ¿Cuál de los siguientes signos y síntomas es característico de una flebitis séptica?:
 - 1. Dolor localizado en el sitio de inserción del catéter intravenoso.
 - 2. Hinchazón y enrojecimiento en el brazo o la pierna donde se encuentra el catéter.
 - 3. Fiebre alta y escalofríos.
 - 4. Picor y rash cutáneo en el sitio de inserción del catéter.

RC: 3

COMENTARIO:

Era de esperar algo sobre los catéteres porque es un tema "trending topic" (del que siempre salen "preguntas puñeteras", pues esta es una de ellas).

La tromboflebitis séptica es una rara infección de la VVC (ocasionada normalmente por Staphylococcus aureus y Gram-), que puede complicarse con focos sépticos a distancia, como embolias pulmonares o incluso extensión intracraneal. Asociada a una bacteriemia de más de 72 h de evolución (con fiebres) y que presenta síntomas característicos como eritema, dolor y edema. El tratamiento a administrar a estos pacientes es conjunto con anticoagulantes y antibióticos.

Son un poco ambiguas las respuestas, porque se pueden dar todas ellas, por poder, sin embargo, lo más característico, al hablar de "sepsis" que es donde puede estar el "kit de la cuestión" es la fiebre alta y los escalofríos (opción 3 correcta).

Recuerda que para **evitar una trombosis el catéter** no ha de superar ½ del diámetro de la vena; y que no se retira el catéter por riesgo de migración del trombo.

- 66. El virus respiratorio sincitial es el causante de un alto porcentaje de:
 - 1. Laringitis.
 - 2. Bronquiolitis.
 - 3. Epiglotitis.
 - 4. Neumonía.

RC: 2

COMENTARIO:

La bronquiolitis es una infección viral caracterizada por obstrucción de la pequeña vía aérea, que suele afectar a niños menores de 2 años, especialmente a los menores de 6 meses, siendo la enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias inferiores más frecuente entre los lactantes.

El virus respiratorio sincitial (VRS) es responsable del 20 - 40 % de los casos (opción 2 correcta), alcanzando el 60 % en época epidémica (otoño e invierno), siendo este muy contagioso.

- 67. Según la teoría de Charles Horton Cooley, ¿Cuál de los siguientes elementos es una característica de los "grupos primarios"?:
 - 1. Tienen una estructura jerárquica clara.
 - 2. Son grandes en tamaño y tienen una amplia gama de miembros.
 - 3. Los miembros comparten una relación íntima y personal.
 - 4. Se forman con un propósito específico y limitado en el tiempo.

RC: 3

COMENTARIO:

La teoría del Yo espejo es un concepto originalmente planteado por el sociólogo estadounidense Charles Horton Cooley (1864-1929). Esta propuesta afirma que el yo de una persona crece a partir de las









interacciones sociales que mantiene ese individuo con las personas que lo rodean. Todos nos proyectamos en la sociedad de una u otra forma, pero ese reflejo viene definido por las propias percepciones sobre cómo suponemos que nos ven los demás. Este sociólogo sugirió que los grupos pueden dividirse ampliamente en dos categorías: grupos primarios y grupos secundarios. Según Cooley, los grupos primarios juegan el papel más crítico en nuestras vidas. El grupo primario suele ser bastante pequeño y está formado por individuos que generalmente se involucran cara a cara de manera emocional a largo plazo porque comparten una relación íntima y personal (opción 3 correcta). Este grupo atiende necesidades emocionales: funciones expresivas más que pragmáticas. El grupo primario suele estar formado por otros significativos, aquellos individuos que más impactan en nuestra socialización. El mejor ejemplo de un grupo primario es la familia.

Los grupos secundarios suelen ser más grandes e impersonales (opción 2 incorrecta) con estructura jerárquica clara (opción 1 incorrecta). También pueden estar enfocados en tareas y por tiempo limitado (opción 4 incorrecta). Estos grupos cumplen una función instrumental más que una expresiva, lo que significa que su papel es más orientado a objetivos o tareas que emocional. Un aula u oficina puede ser un ejemplo de un grupo secundario.

Ni los grupos primarios ni secundarios están sujetos a definiciones estrictas ni a límites establecidos. De hecho, las personas pueden pasar de un grupo a otro. Un seminario de posgrado, por ejemplo, puede comenzar como un grupo secundario enfocado a la clase en cuestión, pero a medida que los estudiantes trabajan juntos a lo largo de su programa, pueden encontrar intereses comunes y fuertes lazos que los transforman en un grupo primario.

68. A continuación, se nombran alteraciones en el recién nacido; tres de ellas son fisiológicas, pero otra es patológica, señale cual:

- 1. Cefalohematoma.
- 2. Craneosinostosis.
- Caput sucedaneum.
- 4. Cabalgamiento de suturas.

COMENTARIO:

En un parto se pueden producir lesiones como el caput succedaneum y cefalohematoma, así como fracturas, que suelen ser lineales. Normalmente, son autolimitadas y desaparecen sin ninguna intervención (opciones 1 y 3 incorrectas).

- El caput sucedaneum o tumor de parto se produce por la presión prolongada del occipucio fetal (presentación fetal) sobre la pelvis materna.
- El cefalohematoma se produce por hemorragia subperióstica, asociado a parto traumático con uso de instrumental. ¡Te dejamos nuestra tabla diferencial entre ambas!

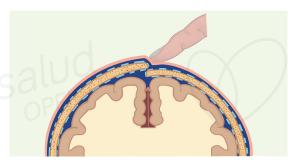
	CAPUT Sucedaneum	CEFALOHEMATOMA
DEFINICIÓN	Edema del tejido celular subcutáneo	Hemorragia subperióstica
INICIO	En el momento del parto	Horas después del parto
LOCALIZACIÓN	Occipucio	Parietal
PALPACIÓN	Líquido	No se palpa
RESPETA SUTURAS	No	Sí
FLUCTUACIÓN	No	Sí
CALCIFICACIÓN Residual	No	Sí
RESOLUCIÓN	En unos días	2 - 3 semanas

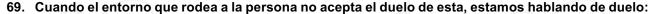






 Las suturas craneales son las líneas de unión entre los huesos. Son blandas, se palpan como grietas y están formadas por tejido conjuntivo. Permiten el amoldamiento de los huesos del cráneo durante su paso por el canal del parto. De este modo, puede aparecer de forma fisiológica en el nacimiento, acabalgamiento de suturas y asimetría craneoencefálica (opción 4 incorrecta).





- Inhibido.
- 2. Desautorizado.
- 3. Ausente.
- 4. Crónico.

RC: 2

COMENTARIO:

Y como pronosticamos, nos volvieron a preguntar sobre el duelo.

En esta ocasión nos describen una situación y debemos asignar una etiqueta. El **duelo patológico** es un resultado del proceso natural de la pérdida, es decir, es un mal resultado de la elaboración de la pérdida donde intervienen varios actores y participan un sinfín de factores. En el DSM V el duelo patológico es denominado Trastorno Persistente de Duelo Complicado (TPDC) dentro de los Trastornos Relacionados con Trauma y Estresores, en la categoría de Otros Trastornos Especificados Relacionados con Trauma y Estresores.

Hay procesos de duelo que parece que no tienen derecho a ser llorados. Parece darse por hecho que hay determinadas experiencias de pérdida que no van a doler o, por lo menos, que el dolor va a durar solo unos días: cuando fallece un padre o una madre a edad muy avanzada, los abuelos, un duelo perinatal, el fallecimiento de una pareja cuya relación no era admitida, la muerte de un sobrino, o de un familiar con el que no había buena relación... Todos ellos son ejemplos de procesos de duelos a los que socialmente no se les da un espacio, o que parece que van a tener una rápida recuperación. En la literatura sobre el duelo se les denomina "duelos desautorizados" (opción 2 correcta).

El duelo inhibido (opción 1 incorrecta) es también denominado duelo diferido, aplazado o pospuesto. El duelo se inhibe en un principio, y aparece posteriormente con motivo de otra pérdida a la que se responde de manera exagerada, y que suele ser de menor importancia que la primera pérdida.

En el duelo ausente (opción 3 incorrecta) o negado se produce falta de aflicción de manera consciente, siendo como una prolongación de la fase de embotamiento afectivo inicial. Parece que la persona mantiene una vida normal, incorporándose de nuevo a sus tareas como si no hubiera pasado nada.

El duelo crónico (opción 4 incorrecta) es aquel duelo que nunca llega a su fin, su duración es excesiva y nunca se llega a una aceptación total de la pérdida.

70. Dentro de las modalidades de VMNI (ventilación mecánica no invasiva) en el modo BiPAP (Bi-Positive Airway Pressure) es cierto que:

- 1. Se programa una EPAP y una IPAP.
- 2. Sólo se programa una PÉEP.
- 3. Se usa en la IRA hipercápnica.
- 4. A y C son correctas.







COMENTARIO:

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) se realiza mediante aplicación de presión positiva a la vía aérea a través de una máscara facial o nasal. Considerando la Ventilación mecánica no invasiva en sentido amplio, podemos distinguir dos tipos de ventilación:

- BIPAP: se suministra un flujo continuo de gas que origina una presión positiva en la vía aérea a dos niveles o BIPAP. Un nivel superior inspiratorio o IPAP y un nivel inferior espiratorio o EPAP.
- Es un modo de ventilación con presión positiva con el que le aportamos al paciente una ayuda externa al esfuerzo que tiene que hacer para ventilar. Es como un músculo accesorio externo que le aportamos al enfermo. De este modo, el paciente realizará la ventilación de un modo más efectivo y podrá eliminar mejor el CO₂.
- CPAP: en este modo le aportamos aire al paciente a la misma presión positiva durante todo el tiempo, tanto en inspiración como en la espiración.

Son dos conceptos diferentes como estamos viendo. Con la BIPAP solucionamos un fallo en el mecanismo de ventilación del paciente que le ha llevado a retener CO₂. Con la CPAP solucionamos un fallo en la oxigenación de los alveolos que están ocupados.

Indicaciones de la VMNI:

- 1. IRA hipercápnica:
 - Patología obstructiva: EPOC reagudizado y fibrosis quística.
 - Patología restrictiva: deformidad de la caja torácica, enfermedad neuromuscular y SAOS.
- 2. Insuficiencia hipoxémica sin hipercapnia:
 - NAC.
 - Neumonía grave con inmunosupresión.
 - Hemopatías malignas.
 - SDRA.
 - Traumatismos.
 - Postoperatorio abdominal o torácico.
- 3. IRA en el edema agudo de pulmón cardiogénico.
- 4. IRA post-extubación.
- 5. Destete.
- 6. IRA con contraindicación de intubación endotraqueal.

Por lo tanto, la opción es la opción 4.

71. Son datos de sepsis meningocócica:

- 1. Fiebre, escalofríos, malestar y postración.
- 2. Síndrome de Waterhouse-Friderichsen.
- 3. Hipotermia e arritmias ventriculares.
- 4. A y B son correctas.

RC: 4

COMENTARIO:

La sepsis meningocócica o meningitis es la inflamación de las membranas que cubren el SNC. Su tríada cursa con fiebre, cefalea y rigidez de nuca, seguido de síntomas frecuentes como vómitos, escalofríos y malestar (opción 1 correcta). Tiene una alta mortalidad, siendo especialmente peligrosa la aparición de un cuadro fulminante conocido como el síndrome de Waterhouse-Friederichsen (opción 2 correcta). Si dos opciones de las que nos dicen son correctas, cogeremos ambas que es una opción de respuesta (opción 4 correcta).









72. Todos son objetivos de la estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad excepto uno. Señale cual.

- 1. Evitar la progresión de la cronicidad hacia estadios más complejos.
- 2. Mantener y/o mejorar el estado funcional de la/del paciente ajustado a sus condiciones vitales.
- 3. Mejorar la satisfacción y la implicación de las y los profesionales responsables en la atención a personas con enfermedades crónicas
- 4. Coordinar la asistencia sanitaria de forma que permita el disfrute de viajes del IMSERSO, dando preferencia a los segundos, sobre todo, si son viajes organizados a las Islas, donde el clima puede mejorar las patologías crónicas como hipertensión y diabetes.

RC: 4

COMENTARIO:

Pregunta sobre la "Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad", muy trabajada en simulacros y que podíamos sacar bastante fácil.

Los objetivos de esta Estrategia son (opción 4 incorrecta):

- 1. Evitar la progresión de la cronicidad hacia estadios más complejos (opción 1 correcta).
- 2. Mantener y/o mejorar el estado funcional de la/del paciente ajustado a sus condiciones vitales (opción 2 correcta).
- 3. Añadir valor en la atención a estos pacientes.
- 4. Disminuir la morbi-mortalidad prematura y evitable por diversas causas.
- 5. Aumentar la calidad y seguridad asistencial.
- 6. Mejorar la satisfacción de las/los pacientes y familiares/cuidadores.
- 7. Mejorar la satisfacción y la implicación de las y los profesionales responsables en la atención a personas con enfermedades crónicas (opción 3 correcta).
- 8. Garantizar el confort y la calidad de vida de la persona con una enfermedad crónica avanzada y un pronóstico de vida limitado.

73. Dentro de los modos de ventilación mecánica invasiva (VMI) podemos definir el VC-CMV como:

- 1. Ventilación mandatoria intermitente sincronizada.
- 2. Modalidad con asistencia total asistida por presión.
- 3. Modalidad con asistencia total controlada por volumen.
- 4. Ventilación espontánea con presión de soporte.

RC: 3

COMENTARIO:

Los modos de ventilación se pueden dividir en tres grupos de ventilación. Los modos están precedidos por prefijos:

- VC: para controlada por volumen.
- PC: para controlada por presión.
- SPN: para espontánea.

CONTROLADA POR VOLUMEN	CONTROLADA POR PRESIÓN	ESPONTÁNEA ASISTIDA
	PC-CMV PC-AC	
VC-CMV	PC-SIMV	SPN-CPAP/PS
VC-AC	PC-BIPAP	SPN-CPAP/VS
VC-SIMV	PC-APRV	SPN-PPS
VC-MMV	PC-PSV	SPN-CPAP
	PC-HFO	
	PC-MMV	









La **VC-CMV** (Control de Volumen – Ventilación Mandatoria Controlada) **es un modo de ventilación controlada por volumen (opción 3 correcta**). En este modo de ventilación controlada por volumen, el paciente recibe el volumen tidal (VT) ajustado con cada respiración mandatoria. El volumen respiratorio aplicado es independiente de los cambios en la mecánica pulmonar.

- 74. La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad del sistema nervioso central caracterizada por una degeneración progresiva de las neuronas motoras en la corteza cerebral, tronco del encéfalo y la médula. Se trata de la tercera enfermedad neurodegenerativa en incidencia, tras la demencia y la enfermedad de Parkinson. En el Proceso asistencial integrado de esclerosis lateral amiotrófica del SERGAS no se incluye:
 - 1. Garantizar que las personas con sospecha fundada de ELA tengan una consulta en los servicios de neurología en menos de 15 días.
 - 2. Animar a la realización del Documento de Instrucciones Previas (DIP) siempre antes de alcanzar la fase de enfermedad crónica avanzada en la que se formule la necesidad de llevar a cabo actitudes terapéuticas invasivas (PEG, ventilación mecánica).
 - 3. Realizar una evaluación global del paciente por parte de los servicios de neumología, nutrición, psicología, oftalmología, rehabilitación y trabajador social.
 - 4. Adjudicar la tarjeta AA para las personas con ELA, coma un compromiso de la Consellería de Sanidade por la atención de forma preferente a estos pacientes.

RC: 3

COMENTARIO:

Nos preguntan por cuál no es correcta sobre la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) del Servicio Gallego de Salud.

La definición de una vía clínica de ELA en cada área sanitaria garantiza que las personas con sospecha fundada de ELA, tengan una consulta en los servicios de neurología en menos de 15 días (opción 1 correcta). Además, se debe animar a la realización de documento de instrucciones previas (DIP) antes de alcanzar la fase de enfermedad crónica avanzada cuando todavía la persona es autónoma e independiente y puede decidir por su tratamiento cuando en estadios más avanzados no pueda (opción 2 correcta). También se debe adjudicar la tarjeta AA para las personas con ELA; como un compromiso de la consejería de sanidad por la atención de forma preferente a estos pacientes, esta tarjeta AA facilita la accesibilidad a determinados servicios sanitarios de los pacientes diagnosticados de ciertas patologías, como es el caso de ELA (opción 4 correcta). La opción falsa es la 3, ya que sí que es cierto que se tiene que realizar una evaluación global del paciente por parte de los servicios de neumología, nutrición, psicología, rehabilitación, trabajador social, logopedia, pero también de otorrinolaringología y no de oftalmología, puesto que uno de los síntomas que se suele asociar a la enfermedad es la disfagia (opción 3 incorrecta).

- 75. ¿Cuál de las siguientes medidas de cuidado de enfermería es importante en el postoperatorio de una Tiroidectomía para prevenir complicaciones relacionadas con la técnica quirúrgica?:
 - 1. Vigilancia de los niveles de glucosa en sangre.
 - 2. Evaluación del estado neurológico.
 - 3. Control de los signos vitales.
 - 4. Observación de la incisión quirúrgica.

RC: 4

COMENTARIO:

¡Hemos tenido un déjà vu con esta pregunta: tiroides y cuidados postquirúrgicos!

Desde el equipo de Oposalud-Opeir, siempre hemos destacado la importancia de la identificación de las palabras clave, en este caso: relacionadas con la técnica quirúrgica.

La opción que hace referencia a la técnica quirúrgica es la revisión de la incisión quirúrgica (opción 4 correcta).

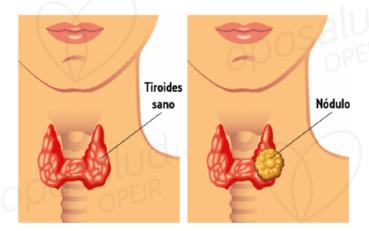
El resto de cuidados, pertenecen a la valoración postoperatoria, pero no tienen relación con la técnica quirúrgica. La glucosa debe monitorizarse tras la instauración del tratamiento con Levotiroxina (opciones 1, 2 y 3 incorrecta).

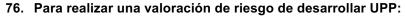












- 1. Únicamente se debe utilizar el juicio clínico de la enfermera.
- 2. Las escalas validadas suponen una mejor alternativa que el juicio clínico de las enfermeras, sobre todo si se trata de enfermeras no expertas.
- 3. Únicamente se deben emplear escalas de valoración de riesgo (EVRUPP) sin tener en cuenta el juicio clínico de la enfermera.
- 4. Cualquier tipo de escala es válida para los diferentes entornos de cuidados.

COMENTARIO:

Otra pregunta con mucha miga. Genera una confrontación entre el juicio de la enfermera y la eficacia de las escalas validadas para la determinación del riesgo de padecer úlceras por presión (EVRUPP). Veamos las opciones:

Obviamente, habrás **descartado de raíz tanto la 1**, que quita toda su eficacia y valor demostrado a las EVRUPP en favor del subjetivo juicio enfermero, **como la 4** que da licencia absoluta a estas en cualquier tipo de lesión y entorno de cuidado; recuerda que algunas escalas no se pueden utilizar en determinadas circunstancias o pacientes; por ejemplo, la Braden Q no es útil en neonatos (¡esto lo sabes!).

Liberado de ambas debes escoger entre la 2 y la 3; la opción 3 deja tirados por los suelos la experiencia y el juicio de la enfermera en la valoración de riesgo del paciente. La 2 otorga al profesional entrenado y experto la capacidad para interpretar la observación de las características, necesidades y problemas del paciente para aplicar con pericia las EVRUPP validadas. En este reparto, la opción 2 tiene todos los visos de ser la respuesta correcta.

Si has seleccionado la opción 2 has analizado la pregunta y sus opciones con mucha coherencia y eso te habrá otorgado una neta muy valiosa para alcanzar tu objetivo.

77. Dentro del concepto de lesiones relacionadas con la dependencia (LRD), las lesiones combinadas estarían formadas par estos tipos EXCEPTO:

- 1. Multicausales.
- 2. Humedad-fricción.
- 3. Presión-fricción.
- 4. Dermatitis atópica.

RC: 4

COMENTARIO:

Por fin una pregunta clara y sin malos modos en derma. Las lesiones relacionadas con la dependencia (LRD) nos van a traer jornadas de gloria y el SERGAS ya se ha puesto a ello.

El GNEAUPP las define como "el daño en la piel y/o tejidos subyacentes que afecta a personas con limitación o pérdida (temporal o permanente) de la autonomía física, intelectual o sensorial debido a discapacidad, edad, proceso o enfermedad y que requieren de ayuda para sus actividades básicas".









Pero esta es sencilla. Incluye todas aquellas lesiones cutáneas producidas por **presión (LPP)**, **humedad (LESCAH) o fricción (LF)** y todas en las que estos factores productores se combinan; **presión-fricción**, **humedad-fricción**, **presión-humedad** y las denominadas **lesiones multicausales** (presión, fricción y humedad).

En este caso la **opción correcta es la 4**, pues la dermatitis atópica no forma parte de ellas; recuerda que recientemente se han incorporado a las LRD los desgarros cutáneos, que no aparecen aún entre las opciones de la pregunta.



78. ¿Cuál de los siguientes enunciados describe mejor los objetivos de la visita domiciliaria en enfermería?

- 1. Proporcionar cuidados médicos especializados en el hogar del paciente
- 2. Evaluar la calidad del ambiente del hogar del paciente
- 3. Evaluar la seguridad y el estado funcional del paciente en su entorno domiciliario
- 4. Realizar procedimientos invasivos en el domicilio del paciente

RC: 3

COMENTARIO:

De nuevo, pregunta sobre la Atención Domiciliaria, la cual volvemos a definir.

La **Atención Domiciliaria** se define como la **serie de cuidados sanitarios y sociales** prestados en el domicilio del individuo cuando este no puede desplazarse al Centro de Salud, pudiendo ser a demanda, programada o urgente.

Está dirigida a personas que no pueden acudir a un centro sanitario en demanda de servicios por razones de enfermedad, discapacidad física o psíquica, transitoria o permanente, así como por condicionantes sociofamiliares.

En términos genéricos, su **objetivo principal** es detectar, valorar y dar apoyo y seguimiento a los problemas de salud del individuo y la familia, para potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida de la persona cuando resulta imposible acudir al Centro de Salud o cuando se quiere realizar una valoración en un contexto más natural y real.

Analizando las cuatro opciones de respuesta:

- Descartamos la opción 1, es incorrecta, porque los cuidados podrán ser médicos, pero también de Enfermería y Trabajadora Social y, además, estos cuidados no serán muy especializados ni muy técnicos.
- Descartamos la opción 4, es incorrecta, porque los procedimientos no serán principalmente invasivos, se realizará una valoración más holística y procedimientos de menos riesgo.

Entre las otras dos opciones, elegimos la **opción 3 como correcta**, ya que es la más completa y global y, como nos decía el enunciado, "describe mejor" dichos objetivos. *La importancia de leer bien en la oposición es clave, y con esto también hemos sido super insistentes, así que estamos seguros de que lo has leído fenomenal.*







79. Dentro de las contraindicaciones de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) se encuentran:

- 1. Riesgo de aspirar contenido gástrico e incapacidad de mantener las vías respiratorias permeables.
- 2. Carencia de impulso respiratorio espontáneo.
- 3. Epistaxis.
- 4. Todas son contraindicaciones.

RC: 4

COMENTARIO:

En esta ocasión el Tribunal ha decidido preguntar por las contraindicaciones de la VMNI, las cuales son las siguientes:

- Neumotórax.
- Epistaxis.
- Cirugía esofágica o gástrica reciente.
- Cirugía facial o deformidad facial.
- Incapacidad de expulsión de secreciones: incapacidad de mantener las vías respiratorias permeables.
- Riesgo de aspirar contenido gástrico y necesidad de protección de la vía aérea: vómitos, hemorragia digestiva, etc.
- Disminución del nivel de conciencia, fractura de la base del cráneo, epilepsia.
- Fallo orgánico no respiratorio de dos órganos, inestabilidad hemodinámica, arritmias.
- Obstrucción de la vía aérea superior.
- Falta de cooperación o agitación extrema.
- Apnea, carencia de impulso respiratorio espontáneo o parada cardiorrespiratoria (indicación de intubación endotraqueal y VM).

Siendo, por tanto, la opción 4 correcta.

80. Entre los trastornos motores más frecuentes de los pacientes con Alzheimer, se encuentra la presencia de:

- 1. Amnesia.
- Agnosia.
- 3. Afasia.
- 4. Apraxia.

RC.

COMENTARIO:

Pregunta fácil y además uno de los síntomas estrella de la demencia tipo Alzheimer.

Si nos vamos al grupo de los trastornos motores solo hay uno que se corresponde dentro de las opciones de respuesta que es apraxia (opción 4 correcta).

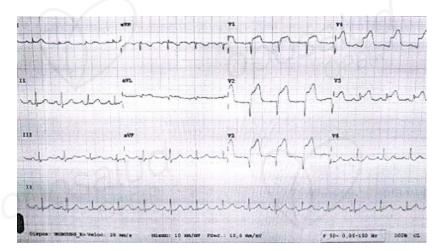
La amnesia se corresponde con problemas de memoria (opción 1 incorrecta), la agnosia por su parte se correspondería con problemas neurológicos o neurocognitivos (opción 2 incorrecta) y la afasia tiene que ver con el lenguaje (opción 3 incorrecta).

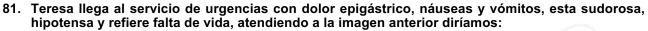












- 1. Se trata de un SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación de ST).
- 2. Se trata de un SCACEST (síndrome coronario agudo con elevación de ST).
- 3. Es un EKG normal.
- 4. BRIHH (bloqueo de rama izquierda del Haz de His).

COMENTARIO:

¡Qué ilusión más grande! ¡Una foto de un ECG en un examen de OPE! Quizás te hayas llevado las manos a la cabeza cuando lo has visto, ¿no?, pero... SERGAS siempre hace alguna pregunta sobre la CI o el IAM, y en ninguna OPE hasta el momento han hecho alusión al BRI, por lo que... ya tienes la respuesta correcta.

No obstante, **no es un ECG normal**, entre otros por la clínica de la señora, que aunque no tuviera ningún signo electrocardiográfico, ya es sugestiva de posible isquemia. ¿Jugamos FRIQHI?:

¿A qué FC va?, ¿Ritmo?, ¿Intervalos?.

¿Anchura del QRS? → En un **BRIHH el QRS** es ancho (y en la imagen es estrecho), todavía se podría dudar si fuera un hemibloqueo de cualquiera de las dos ramas izquierdas (QRS estrecho). Y el eje, que aunque no tendrías por qué saberlo fuera izquierdo. En este caso el QRS es estrecho, normal, pasa por el embudo (se estrecha). Y el eje (visto con I (positivo) y F (positivo)) es normal. De hecho, en el caso de BRI se podrían apreciar unas "muesquitas" RR' en V5-V6, que no están (opción 4 incorrecta).

¿Hipertrofia?.

¿Isquemia, lesión o necrosis? → Lesión, elevación del ST de V1 a V5. Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCACEST). Aunque podríamos afinar un poco más si la foto fuera decente. Ahora te toca a ti... ¿Qué territorio coronario está afectado?. ¿Cuál es la localización de este infarto? (opción 1 incorrecta y 2 correcta).

82. Según el Plan de Prevención del Suicidio en Galicia, no es un factor protector interno del suicidio:

- 1. Capacidad de adaptación frente a situaciones adversas.
- 2. Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales.
- 3. Poseer creencias y prácticas religiosas, espirituales o valores positivos.
- 4. Todos son factores protectores internos o personales.

RC: 3

COMENTARIO:

Tema de actualidad: el suicidio. Además, los factores de riesgo y los factores de protección son preguntas que se están repitiendo en las últimas oposiciones.

De entrada, todas las opciones de respuesta son factores de protección, pero hay una palabra clave que tenemos que tener en cuenta, en este caso es "INTERNO". La capacidad de adaptación frente a









situaciones adversas se produce a nivel INTERNO (opción 1 correcta), tener habilidades para las relaciones sociales e interpersonales, también son factores de protección INTERNOS (opción 2 correcta), pero poseer creencias y prácticas religiosas, espirituales o valores positivos son factores protectores EXTERNOS (opción 3 incorrecta). Por tanto, la opción 3 es incorrecta.

Táboa 3. Factores protectores.

Internos ou persoais

Habilidades na resolución de conflitos ou problemas.

Confianza nun mesmo.
Habilidade para as relacións sociais e interpersoais.
Capacidade de adaptación fronte a situacións adversas

Externos ou sociais

Apoio familiar e social, non só a existencia do apoio senón a súa forza e calidade.
Integración social.
Posuír crenzas e prácticas relixiosas, espirituais ou valores positivos.
Accesibilidade aos dispositivos de saúde.

Fonte: Modificado de Grupo de Trabajo Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012 i

83. Entre las precauciones para el cuidado del brazo del lado afecto postmastectomía se indican a los pacientes las siguientes medidas, excepto:

- 1. Evitar todo lo posible las punciones en la vena (análisis de sangre).
- 2. Evitar la presión sobre el brazo (medición de la presión arterial).
- Evitar quemaduras solares (usar ropa protectora o filtros solares).
- 4. Depilarse las axilas con cuchillas.

RC: 4

COMENTARIO:

¡Ojo, te están preguntando por la opción falsa!, y fíjate que tenías una clara oveja negra, porque 3 opciones hablan de EVITAR y una hablaba de algo que debería hacerse; sospechoso, ¿no?, pues ahí tenías tu respuesta correcta, la que estabas buscando.

El cuidado de los brazos de lado afecto tras una mastectomía es un tema recurrente en los exámenes de OPE y un punto muy importante que, además, tenemos que controlar por nuestro trabajo diario. Esos brazos hay que cuidarlos como oro en paño, porque queremos evitar a toda costa que se produzca el linfedema o que este empeore si ya se ha instaurado.

Aquí te dejamos una infografía muy interesante al respecto:









Por lo que depilarse las axilas con cuchillas **no** será una opción adecuada para este tipo de pacientes **(opción 4 correcta)**, debido a las lesiones que podrían producirse en la zona.

Por el contrario, el resto de opciones iban encaminadas las tres a **EVITAR** determinadas acciones que no deben llevarse a cabo en aquellas extremidades afectadas, como: punciones y venoclisis, presión sobre el brazo afecto y quemaduras solares (opciones 1, 2 y 3 incorrectas).

- 84. Montse Mourinho, enfermera, está explicando a sus alumnos de grado la técnica de sondaje vesical. Les indica que existe el proyecto FEMORA del SERGAS, de procedimientos y protocolos de enfermería. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA sobre la técnica de sondaje vesical en hombres según esta guía?:
 - 1. Desinfectar el glande con clorhexidina acuosa 2% con gasa y movimiento espiral, comenzando por el meato y finalizando en el surco balanoprepucial. Usar una gasa *nueva* para cada pasada. Dejar secar.
 - 2. Se utiliza una sonda Foley de dos vías en todos los casos de sondaje vesical en hombres.
 - 3. Se usará siempre la sonda de mayor calibre posible y si el paciente es desagradable se introducirá sin lubricante.
 - 4. Tras retirar el prepucio (si no está circuncidado) se aplicará clorhexidina alcohólica al 2%.

RC: 1

COMENTARIO:

Galicia está dividida entre las enfermeras a las que esta pregunta les hizo gracia y las que se enfadaron con la posibilidad de tener que colocarle una sonda sin lubricante al paciente desagradable. Nosotros somos del equipo de los que se rieron, ¡no te lo vamos a negar!.

Dependiendo del tipo de paciente, **se recomiendan unos u otros tipos de sonda**. Por ejemplo, en pacientes prostáticos o con dificultad para el vaciado vesical, se recomiendan sondas Nelaton, o Tiemann, sonda Couvelaire para pacientes con hematuria o para mantener el circuito de lavado, Mercier tras una resección de adenoma de próstata y Dufour para lavados vesicales en presencia de coágulos. Por lo tanto, no siempre está indicado emplear la sonda Foley (opción 2 incorrecta).

Independientemente de lo agradable o desagradable que sea el paciente, no vamos a ser mala gente y sondar **sin lubricante** en ningún caso. Así mismo, debemos intentar utilizar el catéter lo más **fino** posible, salvo indicación clínica contraria (opción 3 incorrecta).

En cuanto al antiséptico... ¡Qué dolor! ¡Clorhexidina alcohólica sobre el prepucio! Siempre que vayamos a aplicar un antiséptico en mucosas y piel, no íntegra debemos emplear productos antisépticos de base acuosa, nunca alcohólica (opción 4 incorrecta).

Por tanto, la opción 1 es la correcta.

85. En relación al derecho a la intimidad del paciente, señale la INCORRECTA:

- 1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud.
- 2. Si el paciente consiente que los alumnos estén presentes durante el acto clínico, no será necesario reiterar su consentimiento en el caso de realización de algún tipo de exploración física, procedimiento clínico o intervención con fines formativos.
- 3. Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten.
- 4. Los profesionales deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que los pacientes puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.

RC: 2

COMENTARIO:

Analicemos las diferentes opciones:

La opción 1 es correcta, pues así lo establece el art. 7 de la Ley 41/2002:

Toda persona tiene derecho a que se **respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud**, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.









La **opción 2 es la incorrecta**, por la cual preguntaban, ya que, si el paciente consiente que los alumnos estén presentes durante el acto clínico, **SÍ** será necesario reiterar su consentimiento en el caso de realización de algún tipo de exploración física, procedimiento clínico o intervención con fines formativos.

La opción 3 es correcta, pues de conformidad con la Ley General de Sanidad, los usuarios **tienen derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad**, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

La opción 4 es correcta, ya que la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de pacientes, estable:

- El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida en que el paciente lo permita de forma expresa o tácita.
- 2. La información será VERDADERA, COMPRENSIBLE, **ADECUADA** a las necesidades del paciente, CONTINUADA, RAZONABLE Y **SUFICIENTE**.
- 3. La información se facilitará con la ANTELACIÓN SUFICIENTE para que el paciente pueda reflexionar y decidir.
- 4. La información será OBJETIVA, ESPECÍFICA Y ADECUADA al procedimiento, evitando los aspectos alarmistas que puedan incidir negativamente en el paciente.

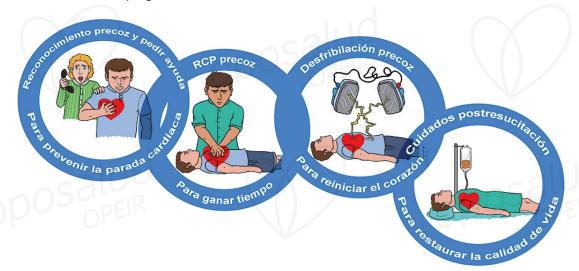
86. En Soporte Vital Avanzado, seleccione una:

- 1. La prioridad es canalizar una vía venosa periférica lo antes posible.
- 2. La desfibrilación y las compresiones torácicas son las maniobras más importantes para mejorar la supervivencia del paciente.
- 3. La prioridad es intubar al paciente.
- 4. Lo más importante es administrar la adrenalina y los fármacos antiarrítmicos en los casos necesarios.

COMENTARIO:

Cómo no podía ser menos, una de SVA, la cardio 2 sigue pegando fuerte, te habrás dado cuenta, ¿no?.

Es posible que se te hayan presentado algunas dudas... pero fácilmente identificables con **la cadena de supervivencia**, en la que se hace mención al DESA, no a las drogas, por lo que solo con eso ya podrías tener la neta en esta pregunta.

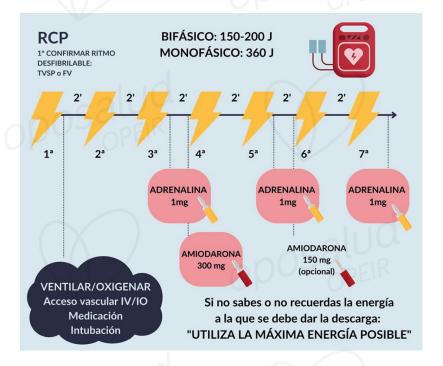


El SVA distingue dos tipos de ritmos, desfibrilables y no desfibrilables. Cierto es que en los ritmos no desfibrilables se administran "drogas" y no se desfibrila, pero... ¿Dónde mencionan las compresiones?, la RCP es fundamental, ¡MACHACA!, y luego ya veremos, ¿no?(opción 4 incorrecta), (opción 2 correcta).





La prioridad no es coger una VVP, porque se puede administrar medicación con una IO (opción 1 incorrecta). Intubar al paciente es importante, pero si no comprimes el corazón, por mucho que le mandes oxígeno... (opción 3 incorrecta).



87. Las inmunoglobulinas:

- 1. Son antígenos que estimulan el sistema inmune.
- 2. Su administración produce defensas que duran mucho tiempo.
- 3. Son anticuerpos previamente formados frente al germen que queremos combatir.
- 4. Ninguna es correcta.

RC: 3

COMENTARIO:

Los **anticuerpos o inmunoglobulinas** son moléculas producidas por los linfocitos B cuando son activados por un antígeno. Estas sustancias son específicas para cada determinante antigénico (**opción 3 correcta**).

Por lo que las inmunoglobulinas son anticuerpos, no antígenos (opción 1 incorrecta).

La protección que brindan es a corto plazo, que suele durar algunos meses. Aún es posible contraer la enfermedad después de que las inmunoglobulinas hayan dejado de hacer efecto (opción 2 incorrecta).

88. ¿Cuál de los siguientes enunciados, con respecto al dolor y la escala analgésica de la OMS, será erróneo?:

- 1. Si la analgesia del segundo escalón no es efectiva, es necesario pasar al tercero sin demora. Es apremiante la necesidad de controlar el dolor.
- 2. El paracetamol está considerado un fármaco de primer escalón.
- 3. Se deben de mezclar los opioides débiles con los potentes, siempre que sea posible.
- 4. La morfina no tiene techo analgésico.

RC: 3

COMENTARIO:

Punto importante en el que hemos insistido en estos meses: la escalera analgésica de la OMS, tantas veces preguntada. Y es que la OMS propone para el control del dolor una escalera que consta de tres escalones diferentes:







- Primer escalón. Analgésicos no opioides: AAS, paracetamol y (AINE).
- Segundo escalón. Opioides menores (también denominados opioides intermedios).
- Tercer escalón. Opioides mayores, siendo la morfina oral de primera elección.

Últimamente, se ha añadido además, como puedes ver en la infografía, un cuarto escalón para el dolor MUY intenso y en este se incluyen aquellas técnicas analgésicas invasivas.

El **paracetamol** está considerado un fármaco analgésico no opioide y se incluye en el **primer escalón** de la analgesia (opción 2 correcta).

La morfina tiene una peculiaridad muchas veces preguntada en exámenes y es que **no tiene techo terapéutico** (es decir, se puede aumentar la dosis siempre que se quiera hasta eliminar el dolor) (opción 4 correcta).

No se deben mezclar los opioides débiles y potentes. No debe combinarse la administración de opioides débiles (como el tramadol) del segundo escalón, tienen techo analgésico y llega un momento que el incremento de la pauta no mejora las respuestas, con los opioides potentes (como la morfina) del tercer escalón, no tienen techo analgésico y puede incrementarse la dosis y la pauta horaria paralelamente al incremento del dolor y produciendo su erradicación (opción 3 incorrecta).

- 89. Tenemos un paciente ingresado en cuidados intensivos con un shock cardiogénico y soportado con un balón de contrapulsación intraaórtico, deberíamos tener en cuenta:
 - 1. No está sincronizado con el ciclo cardiaco.
 - 2. Es un dispositivo que bombea sangre del ventrículo izquierdo a la aorta.
 - 3. La vigilancia de la perfusión distal al lugar de inserción.
 - 4. Ninguna es correcta.

RC: 3

COMENTARIO:

El Balón de contrapulsación intraaórtico, es un dispositivo que se introduce a través de la arteria femoral y se coloca en la aorta descendente, desde la salida de la arteria subclavia hasta las renales



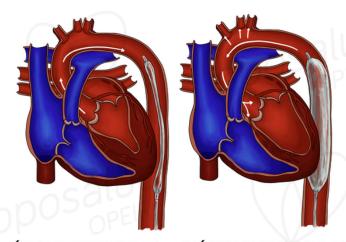






(necesaria comprobación radiológica). Está conectado a una consola que monitoriza el ECG y la tensión arterial aórtica y, de manera **sincrónica a la contracción del corazón** (opción 1 incorrecta), infla y desinfla el balón, normalmente durante la onda T. El balón se infla con 30 - 40 cc de Helio, por ser un gas inerte. Durante la sístole cardíaca el globo se desinfla activamente, facilitando la salida de sangre desde el VI . Por el contrario, durante la diástole, el globo se llena de gas, **impulsando la sangre de manera retrógrada hacia las coronarias** (opción 2 incorrecta), lo que se traduce en una mejora de la función cardíaca con un aporte extra de oxígeno.

Al mismo también impulsa la sangre de manera anterógrada a través de la aorta descendente, ayudando a la perfusión periférica y mejorando, consecuentemente, el gasto cardíaco. Debido a su mecanismo de actuación, la insuficiencia de la válvula aórtica se considera una contraindicación absoluta para su implantación. Básicamente, el balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA) sirve para mejorar el flujo coronario y la perfusión periférica. Aumenta el gasto cardíaco (GC) en alrededor de un 20 %. Sus indicaciones son el **shock cardiogénico**, complicaciones reversibles del IAM, angina inestable refractaria al tratamiento, perioperatorio de cirugía cardíaca, estenosis valvular aórtica y pretrasplante cardíaco.



SÍSTOLE VENTRICULAR DIÁSTOLE VENTRICULAR

Pueden aparecer complicaciones derivadas del BCIA, tales como **isquemia por obstrucción vascular** (**opción 3 correcta**) de las EEII o el territorio mesentérico, disección aórtica, tromboembolismo o infección que exigen la vigilancia de la perfusión distal al lugar de inserción.

90. La inmunidad obtenida por media de la administración de vacunas se denomina:

- 1. Inmunidad artificial activa.
- 2. Inmunidad artificial pasiva.
- 3. Inmunidad natural activa.
- 4. Inmunidad natural pasiva.

RC: 1

COMENTARIO:

La inmunidad obtenida por medio de la administración de las vacunas es artificial activa (opción 1 correcta).

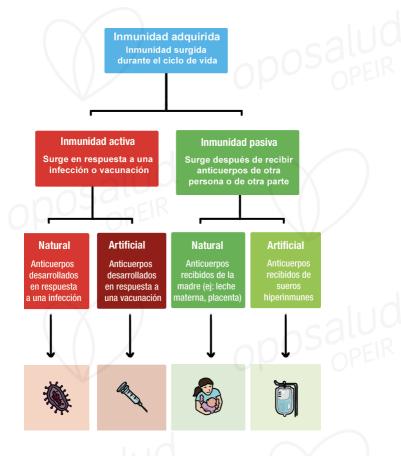
La inmunización pasiva tiene una acción rápida (24 - 48 horas), pero la duración es corta (4 - 6 meses). La inmunización activa tiene una acción más lenta (2 - 4 semanas) pero dura años o incluso toda la vida.

Te dejamos un esquema sobre la inmunidad activa y pasiva:









91. Señale la respuesta correcta en relación al cribado metabólico neonatal:

- 1. Permite diagnosticar enfermedades metabólicas.
- 2. Se realiza entre las 48 y 72 horas de vida del recién nacido.
- 3. Bastará con rellenar tres de los duelos con sangre venosa sin impregnar el papel.
- 4. Se recomienda la punción del talón en la Ignea media plantar.

RC: 2

COMENTARIO:

Esta prueba es un cribado, pero se necesitan otras pruebas añadidas para confirmar el diagnóstico (opción 1 falsa).

La toma de muestra de sangre capilar obtenida del talón del recién nacido, necesaria para la determinación analítica, se realizará entre las 48 y 72 horas de vida (opción 2 correcta).

Las zonas seguras para realizar la toma son las áreas laterales externas de la superficie plantar, comprendidas entre la línea que va desde el punto medio del 4° y 5° dedo paralela al contorno del pie o la línea que va desde el punto medio del primer dedo paralela a la cara interna del pie (esquema de Blumenfeld). Se evita la parte interna del pie y el talón por el riesgo de osteomielitis (opción 4 falsa).









Se debe impregnar el interior de los círculos del papel filtrante (papel de Whartman 903,) de la ficha de toma de muestra con las gotas de sangre del talón. La mancha debe empapar bien por ambos lados (opción 3 falsa), de modo que sea igual por el anverso que por el reverso. La sangre debe recogerse de una sola vez. Son muestras incorrectas, las sobreimpregnadas y las que no rellenan adecuadamente los círculos (ej. muestras no impregnadas por el reverso).

92. En que consiste el método de relajación de Edmund Jacobson:

- 1. Tensar y relajar diferentes grupos musculares de manera alternativa.
- 2. Inducir diferentes sensaciones corporales y mentales a través de palabras, basándose en la sugestión.
- 3. Asociar sensaciones relajantes y placenteras con una palabra o un concepto que la persona se dedica a sí misma durante el ejercicio.
- 4. Las respuestas B y C son correctas.

RC: 1

COMENTARIO:

La relajación es el estado del organismo en el que hay ausencia de activación o tensión. Tiene numerosos efectos positivos, como el restablecimiento físico y mental, el control emocional, el control del dolor, aumento del rendimiento físico e intelectual, aumento del autoconocimiento, y la regulación de las funciones involuntarias.

La relajación muscular progresiva de Jacobson consiste en tensar y relajar diferentes grupos musculares de manera alternativa (opción 1 correcta), para que la persona aprenda a discriminar entre tensión y relajación. De esta manera, cuando los músculos del paciente se empiecen a tensar por el estrés, lo notará antes y podrá inducir voluntariamente la relajación. La tensión debe durar unos 10 segundos, con periodos de relajación de 20 – 30 segundos. No se debe retener la respiración ni tensar otros músculos diferentes a aquellos con los que se está trabajando en ese momento. Este tipo de relajación puede estar contraindicada en pacientes con lesiones musculares o patología ósea.

Las opciones número 2 y 3 son incorrectas porque se corresponden con el **entrenamiento autógeno de Schultz**, que consiste en inducir diferentes sensaciones corporales y mentales a través de palabras, basándose en la sugestión. Se trabajan 6 sensaciones distintas: calor, pesadez, ritmo cardíaco, respiración, relajación del plexo solar y flexor. En cada sesión se trabaja solamente una sensación. Son ejemplos de instrucciones para inducir estas sensaciones: "mi brazo pesa mucho", "mi brazo está caliente", "el corazón late tranquilo", "mi respiración es tranquila", etc.

93. Tras el parto, con la expulsión de la placenta, se producen una serie de cambios hormonales entre los que se incluye:

- 1. Aumento de la prolactina.
- 2. Aumento de la progesterona.
- 3. Aumento de los estrógenos.
- 4. Aumento del lactógeno placentario.

RC: 1

COMENTARIO:

Tras el parto, se produce un **aumento de la secreción de prolactina (opción 1 correcta)**, iniciándose así, la **lactogénesis II** que conduce a lo que tradicionalmente conocemos como **"subida de la leche" (en torno a las 48 - 72 horas del posparto).** Esta subida de la leche, es debida a la disminución de las hormonas placentarias (estrógenos, progesterona y lactógeno placentario) al expulsar la placenta (opción 2, 3 y 4 incorrectas).

- 94. En su turno, Flora, enfermera con gran experiencia, va a iniciar en su paciente una terapia de reemplazo renal, para lo cual, tras ser canalizado el catéter, procede a montar el hemofiltro. Existen diferentes terapias de reemplazo renal. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA sobre la hemodiafiltración venovenosa continúa (HDFWC)?:
 - 1. La HDFVVC es una técnica de diálisis utilizada exclusivamente en el tratamiento de la insuficiencia Renal crónica.







- 2. La HDFVVC es un procedimiento de filtración renal que utiliza el peritoneo como membrana semipermeable.
- La HDFVVC es una técnica de diálisis que combina la hemodiálisis y la ultrafiltración en una sola terapia.
- 4. La HDFVVC es una forma de terapia de reemplazo renal que se realiza en el domicilio del paciente.

COMENTARIO:

En esta pregunta, el equipo de Oposalud - Opeir cree que los del tribunal la han liado parda y han confundido diferentes técnicas de diálisis.

La hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC) es una de las diferentes modalidades de diálisis aplicables al paciente con insuficiencia renal. Combina las técnicas de difusión y convección para realizar la depuración de toxinas y de agua. El hecho de ser continua la convierte en una opción en pacientes cuya situación hemodinámica impide una sesión de diálisis convencional de 3 - 4 horas, que podría no tolerar. En esos casos se acude a estas técnicas que se desarrollan a lo largo de 24 horas al día, con flujos de sangre reducidos, buscando la menor repercusión hemodinámica posible. Durante ese tiempo el hemofiltro elimina líquido y solutos por arrastre por gradiente de presión (convección).

Las opciones planteadas por la cuestión son dudosas. La **1 es incorrecta**, pues esta y otras técnicas se pueden utilizar en pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica, según su situación; cuando un paciente crónico es ingresado y su situación hemodinámica lo requiere, se utiliza terapia continua con alguna de las técnicas conocidas. Es incorrecta, pues la palabra exclusivamente la anula.

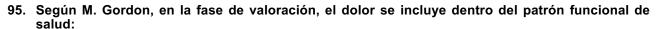
La opción 2 la habrás descartado en primer lugar; solo **la diálisis peritoneal** utiliza el peritoneo para la depuración extrarrenal, por lo que en este caso carece de sentido. La 2 es incorrecta.

La opción 3 es técnicamente incorrecta. La técnica de reemplazo renal que puede combinar la difusión para eliminar solutos y la ultrafiltración (si se requiere) para eliminar el líquido excedente es la **hemodiálisis venovenosa continua (HDVVC)**. La HDFVVC utiliza difusión y convección.

La 4 se descarta automáticamente en el momento en que hablamos de terapias **restringidas a unidades de cuidados intensivos**. Más falsa que el Ministerio del Tiempo.

Otra pregunta técnica, menos desproporcionada que la previa sobre el tema, pero cuya complejidad pone en evidencia la propia elaboración de la pregunta, susceptible de impugnación.

TÉCNICAS DE DIÁLISIS			
ULTRAFILTRACIÓN	Extracción de líquido .		
HEMODIÁLISIS VENOVENOSA	Aclaramiento de solutos por difusión.		
HEMOFILTRACIÓN VENOVENOSA	Aclaramiento de líquido y solutos por convección.		
HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA	 Aclaramiento de solutos por difusión. Líquido y solutos por convección. 		



- 1. Patrón cognitivo-perceptivo.
- 2. Patrón autopercepción-autoconcepto.
- 3. Patrón adaptación-tolerancia al estrés.
- 4. Patrón percepción-manejo de la salud.











COMENTARIO:

El patrón cognitivo-perceptual: describe la pauta sensorial, perceptiva y cognitiva. Y es en este patrón donde se evalúa el dolor, además de las habilidades cognitivas y capacidades sensoriales (opción 1 correcta).

- 96. ¿Cuál de las siguientes opciones es un objetivo importante de los cuidados de enfermería a pacientes crónicos y sus familias?:
 - 1. Proporcionar cuidados de enfermería centrados exclusivamente en el paciente.
 - 2. Educar y capacitar a los pacientes y sus familias en la autogestión de la enfermedad.
 - 3. Minimizar la participación activa de los pacientes y sus familias en el plan de cuidados.
 - 4. Mantener a los pacientes crónicos hospitalizados la mayor parte de tiempo posible.

RC: 2

COMENTARIO:

Los objetivos importantes de los cuidados de los enfermos crónicos y sus familiares, son entre otros:

- Proporcionar cuidados de enfermería centrados tanto en las necesidades del paciente como en los cuidadores (opción 1 incorrecta).
- Educar y capacitar a los pacientes y sus familias en la autogestión de la enfermedad (opción 2 correcta).
- Maximizar la participación activa de los pacientes y sus familias en el plan de cuidados (opción 3 incorrecta).
- Mantener a los pacientes crónicos el mayor tiempo posible libre de reagudizaciones, evitando en la medida de lo posible las hospitalizaciones (opción 4 incorrecta).
- 97. A la hora de investigar resultados en salud y servicios sanitarios, además de los valores y criterios que se adopte, las diferentes organizaciones adoptan métodos o instrumentos de priorización. Una de las herramientas propuestas para el establecimiento de prioridades en salud es el MÉTODO DE HANLON. El método de Hanlon se basa en cuatro componentes. Indica la respuesta CORRECTA:
 - 1. Componente A: magnitud del problema; Componente B: severidad del problema; Componente C: eficacia de la solución (o resolubilidad del problema); Componente D: factibilidad del programa o de la intervención.
 - 2. Componente A: existencia real del problema; Componente B: gravedad real del problema; Componente C: existencia de tratamiento curativo para la patología; Componente D: existencia de parámetros analíticos medibles.
 - 3. Los componentes por orden serían: Construcción del cuestionario; Estudio de los dossiers pertinentes; Completar el cuestionario; Selección de los problemas o soluciones prioritarias.
 - 4. Los componentes por orden serían: Atribuir un peso a cada uno de los criterios seleccionados; Valorar cada problema en función de cada uno de los criterios; Obtener los niveles de significación; Establecer prioridades.

RC: 1

COMENTARIO:

¡Pregunta supervista en clase de Administración! El **método HANLON** con el que hemos insistido tanto basado en cuatro componentes **(respuesta 1 correcta)**:

- Magnitud del problema.
- Severidad del problema.
- Eficacia de la solución.
- Factibilidad del programa.

De dónde partía su fórmula: (M+G) x E x F







98. Se considera una frecuencia cardiaca normal en un recién nacido a término de unas horas de vida:

- 1. 200 latidos por minuto.
- 2. 145 latidos por minuto.
- 3. 95 latidos por minuto.
- 4. 185 latidos por minuto.

RC: 2

COMENTARIO:

La frecuencia cardiaca normal del recién nacido es de **120 - 160 latidos por minuto, con ritmo regular** (**opción 2 correcta**). Se deben palpar pulsos en las cuatro extremidades (braquiales y femorales) comprobando que tienen la misma amplitud para descartar la presencia de coartación aórtica. Son frecuentes los soplos sistólicos transitorios.

Los valores de la tensión arterial también varían en función de la edad gestacional, el sexo y la edad cronológica.

En un recién nacido a término la TA oscila entre TAS > 60 y TAD > 30. La volemia depende del peso, siendo aproximadamente de 85 ml/kg.

La hemoglobina es de **13 - 21 g/dl** El recién nacido presenta un número más elevado de hematíes, ya que dentro del útero permanecía en un ambiente hipóxico. Debido a la menor vida media de los eritrocitos fetales, en los primeros días se va a producir una destrucción de los mismos, provocando la ictericia fisiológica.

99. La enfermedad de Crohn se caracteriza por todo lo siguiente, excepto una, indíquela:

- 1. Es una afectación inflamatoria de todo el tubo digestivo.
- 2. Es una enfermedad crónica.
- 3. Afecta solo a la mucosa del colon.
- 4. Afecta a toda la pared del intestino, no solo a la mucosa.

RC: 3

COMENTARIO:

Otro tema que debería ser obligado llevar aprendido "al dedillo" para cualquier oposición: Enfermedad de Crohn VS Colitis Ulcerosa.

Todas las opciones expuestas hacen referencia al Crohn, excepto la 3, la cual pertenece a la colitis ulcerosa. En el Crohn, la afectación no solo es en mucosa sino, más bien, es transmural, afectando a todas las capas (opción 3 correcta).

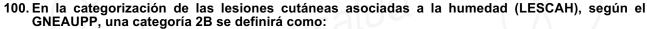
Como, a veces, una imagen vale más que mil palabras, te dejamos el siguiente cuadro comparativo:

	COLITIS ULCEROSA	ENFERMEDAD DE CROHN
LOCALIZACIÓN	Comienza en recto. Se extiende a intestino proximal.	Todo el tramo GI, sobre todo íleon terminal y colon derecho.
AFECTACIÓN	Mucosa y submucosa. Continua. Úlceras superficiales.	Transmural. Segmentaria. Fístulas/fisuras.
CLÍNICA	Tenesmo. Diarrea sanguinolenta.	Fiebre, diarrea, dolor abdominal. Masa palpable.
DEPOSICIÓN	Calma el dolor.	No calma el dolor.
COMPLICACIÓN	Megacolon tóxico. Perforación. Malignización.	Obstrucción. Fístulas (perianales).
TABACO	Protector.	Empeora.
MALIGNIZACIÓN	Mayor riesgo.	Menor riesgo.
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	Curativo.	Paliativo.









- 1. Eritema sin pérdida de integridad cutánea.
- 2. Lesión de origen traumático causada por fuerzas mecánicas.
- 3. Una erosión del 50% o más del tamaño del eritema.
- 4. Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuesto.

COMENTARIO:

Para acabar el examen esta pregunta te habrá sabido a caramelo.

La categorización de las LESCAH es muy sencilla de manejar. Como ya hemos dicho en otras ocasiones son sencillas de asumir si partes de la clasificación de las UPP, adaptándola a las características específicas de las **LESCAH**.

Por definición, las lesiones por humedad son **superficiales** (no afectan a tejidos subyacentes) en forma de **eritema o erosión** (pérdida de continuidad de la piel) provocadas por **acción prolongada de la humedad**. Así pues, derivando de la clasificación de las UPP y siendo lesiones en base a eritema con piel íntegra o rotura superficial de esta, solo se plantean dos categorías; **Categoría I** con piel íntegra y dos perfiles de eritema (**leve a moderado, A e intenso, B**) y **categoría II** que distingue A o B según la superficie de la erosión sea **mayor o menor del 50** % del total.

- La opción 1 menciona eritema sin pérdida de continuidad de la piel; por tanto, solo puede ser de categoría I, sin definir la intensidad de su enrojecimiento.
- La opción 2 no corresponde a una lesión por humedad sino de origen traumático, una herida.
 Incorrecta.
- La opción 3 es la respuesta correcta; lesión por humedad con más de un 50 % de su extensión con solución de continuidad cutánea (erosión). Categoria IIB. Neta segura para armar tu futuro.
- La opción 4 es incorrecta, podría definir una UPP de categoría IV, pero nunca una LESCAH, dadas sus características.

De forma complementaria, el **GNEAUPP** propone clasificar las LESCAH en **dos categorías**, en función de la lesión que sufre el tejido cutáneo asociada a la humedad:

Categoría I: Eritema sin pérdida de la integridad cutánea:

Habría piel integra con enrojecimiento (blanqueable o no) de una zona localizada, generalmente sometida a humedad. A su vez, y en función del eritema, se dan dos subclases:

- Categoría 1 A: Eritema leve moderado (piel rosada).
- Categoría 1 B: Eritema intenso (piel rosa oscuro o roja)
- Categoría II: Eritema con pérdida de la integridad cutánea:

Habría pérdida del espesor de la dermis en forma de lesión superficial de lecho rojo - rosado, habitualmente con bordes perilesionales macerados de color blanco - amarillento. A su vez, según el grado de erosión y / o escoriación pueden clasificarse en dos subcategorías:

- Categoría 2 A: Leve moderado (erosión < 50 % del total del eritema).
- Categoría 2 B: Intenso (erosión del > 50 %).









10 PREGUNTAS DE RESERVA DE PARTE

- Tras la ingestión de una conserva casera y pasadas 24 horas, Manuel comienza con un cuadro de 1. fallo parasimpático, cuál de los siguientes síntomas esperaríamos encontrar:
 - Sialorrea.
 - 2. Bradicardia.
 - 3. Midriasis.
 - 4. Ninguno de las anteriores.

RC: 3

COMENTARIO:

Primera pregunta de reserva de esta parte específica.

Se nos indica que el paciente comienza con un cuadro de fallo parasimpático, por tanto, si el parasimpático está fallando, habrá que buscar el síntoma del sistema nervioso simpático, en este caso no habrá sialorrea (opción 1 incorrecta), tampoco habrá bradicardia, sino taquicardia (opción 2 incorrecta), pero sí que habrá midriasis (pupilas dilatadas) (opción 3 correcta), ya que es el único síntoma asociado al sistema nervioso simpático, el resto de opciones pertenecen a la clínica del sistema nervioso parasimpático.

- Determinando la presión arterial por el método auscultatorio, la presión arterial diastólica se corresponde con:
 - 1. Fase I de Korotkoff.
 - 2. Fase V de Korotkoff.
 - 3. Fase III de Korotkoff.
 - 4. Es posterior a las fases de Korotkoff

RC: 2

COMENTARIO:

Ahora que la recomendación es tomar la tensión con un manguito electrónico calibrado y homologado, se ponen a preguntar por los "ruiditos" de Korotkoff. ¡Pues vaya!.

Cinco ruidos que no hemos escuchado ni cuando tomábamos la tensión en las prácticas hospitalarias. En fin. ahí van:

- 1º ruido: PAS, al ir disminuyendo la presión sobre la arteria, la sangre es capaz de superar la presión externa y comienza a fluir produciendo un flujo turbulento que producirá un sonido audible mediante el fonendoscopio.
- 2° ruido: suave e inaudible a veces.
- 3° ruido: reaparecen los ruidos como en la primera fase.
- 4° ruido: Se produce un cambio en el tono de los ruidos. En situaciones de hiperdinamia, como el embarazo, se utiliza este sonido. También utilizado en la medición de la TA pediátrica.
- 5° ruido: PAD, al seguir descendiendo de forma progresiva la presión, el sonido se sigue escuchando hasta que la arteria recupera su diámetro basal y el sonido deja de ser audible.
- Respecto a la prevención secundaria, no es cierto:
 - 1. Las actividades de cribado o screening son medidas de prevención secundaria.
 - 2. Actúa en el periodo patogénico de la enfermedad.
 - 3. Pretende disminuir la incidencia de la enfermedad.
 - 4. Son medidas que se aplican con el objetivo de disminuir las consecuencias y mejorar el pronóstico de la enfermedad mediante el diagnóstico y tratamiento precoz.

RC: 3

COMENTARIO:

Nos pedían la falsa, ¡ojo!









La **prevención secundaria** de la enfermedad son todas aquellas medidas dirigidas a la detección precoz de la enfermedad con el fin de comenzar el tratamiento lo antes posible y así retrasar la evolución de la enfermedad.

- **Disminuyen la prevalencia** poblacional; no la incidencia, que son los casos nuevos y esto se evita gracias a las actividades de prevención primaria (opción 3 correcta).
- La enfermedad ya se ha iniciado, pero el individuo se encuentra asintomático. Está en el periodo patogénico subclínico.
- Incluye: pruebas de cribado o screening, autoexamen y exámenes de salud.

Ejemplos: autoexamen mamario, test de sangre oculta en heces, actuación sobre factores de riesgo en pacientes con enfermedad cardiovascular, inmunoterapia en pacientes asmáticos...

4. En cuanto a una tracción esquelética:

- 1. Necesitan un contrapeso.
- 2. Se recomienda povidona vodada en las curas.
- 3. Durante los cuidados se mantendrá la tracción, realizando la cama de arriba a abajo si es necesario.
- 4. A y C son correctas.

RC: 4

COMENTARIO:

En la tracción esquelética la fuerza es aplicada mediante el uso de tornillo o alambre introducido directamente en el hueso, en la zona distal a la fractura. Produce mejor estabilización y menor espasmo muscular que la tracción cutánea.

La tracción necesita un sistema de pesas o contrapesos que se colocan en el tornillo o arco del alambre con un sistema de cuerdas y poleas (opción 1 correcta). Para un buen resultado terapéutico, el peso indicado para la tracción será de un 10 % del peso corporal del paciente. Es aplicada por un traumatólogo.

Está indicada en el tratamiento de fracturas de tibia, fémur y columna cervical. No son útiles en fracturas de pelvis.

Se deben vigilar los puntos de entrada y salida del clavo percutáneo, valorando los signos de infección y la hemorragia, y realizando cura diaria de los mismos preferiblemente con clorhexidina (opción 2 incorrecta).

Las pesas en este sistema de tracción no se retiran nunca durante los cuidados: higiene, curas, etc. Incluso se deberá hacer la cama de arriba a abajo si es necesario para no afectar a la tracción. (opción 3 correcta)

Así pues, como son correctas las opciones 1 y 3, se tendría que contestar:opción 4 correcta, que nos incluye a las dos opciones mencionadas.

5. ¿Cuál es el corticoide de elección, para administrar a una gestante y acelerar la maduración pulmonar del feto?:

- 1. Prednisona.
- 2. Betametasona.
- 3. Cortisona.
- 4. Hidrocortisona.

RC: 2

COMENTARIO:

¡Vamos a por otra de obstetricia!

En pacientes con riesgo de tener un **parto pretérmino**, se deben administrar **corticoides** para tratar de acelerar la **madurez pulmonar**, estimulando la producción de surfactante. El fármaco utilizado es **Betametasona** (Celestone Cronodose) 12 mg/24 h durante 2 días), a las gestantes con una edad gestacional comprendida entre las **24+0 y 34+6 semanas**, tanto en gestaciones únicas como múltiples **(opción 2 correcta)**.







6. Cuando hablamos de promoción de la salud, ¿a quién nos dirigimos?:

- 1. A la población en riesgo.
- 2. A la población marginal.
- 3. A la población sana.
- 4. A toda la población.

RC: 4

COMENTARIO:

Venga una de hippies, una de "todas son correctas" que tanto nos gustan.

La **promoción de la salud** es una actividad de los ámbitos sanitarios y sociales. Abarca más que la educación sanitaria, incluye estrategias de intervención con la comunidad: trabajo con asociaciones, escuelas, etc. (opción 4 correcta).

Su objetivo es el mantenimiento del grado de salud de la población, por lo que llega a considerarse la función más importante de todas. Su herramienta básica es la **educación para la salud.**

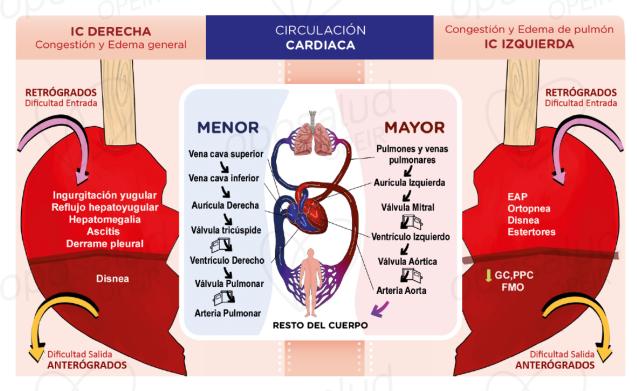
7. ¿Cuál de los siguientes datos no es típico de la insuficiencia cardiaca derecha:

- 1. Presión venosa central elevada.
- 2. Edema con fóvea.
- Disnea.
- 4. Ascitis.

RC: 3

COMENTARIO:

Típica pregunta de IC, aunque ya podían haberla complicado un poco más con los "retrógrados" y "anterógrados". Muy parecida a otra pregunta de OPE que anda rondando por ahí, en la que el "kit de la cuestión" estaba también en la **disnea**. Aunque en la práctica clínica nos parece imposible tener a un paciente con IC y sin disnea, es uno de los "truquis" de estas preguntas. De ahí, el hincapié en saber diferenciar bien ICD de ICI, con su sintomatología característica.



En la ICD se incrementa la presión en la aurícula derecha, dando lugar a congestión y edema en la circulación general. Por lo que, la precarga está elevada, la PVC está elevada, (opción 1 correcta,







pero es incorrecta, en relación con la pregunta, ya que pide la incorrecta, y esta es verdad). En la sintomatología de congestión general destacan los **edemas con fóvea y la ascitis, siendo las respuestas 2 y 4 incorrectas** (son verdad, por lo que no las seleccionaríamos).

Lo más acertado es la disnea, ocasionada por un EAP, característica de la ICI retrógrada, ortopnea, estertores, etc.

- 8. ¿Cuál es el propósito principal de la prueba de monofilamento en la evaluación de los pies de un paciente con diabetes?:
 - 1. Evaluar la fuerza muscular de los pies.
 - 2. Evaluar la circulación sanguínea de los pies.
 - 3. Evaluar la sensibilidad neuropática de los pies.
 - 4. Evaluar la movilidad articular de los pies.

RC: 3

COMENTARIO:

¡Pregunta estrella: valoración del pie diabético!

La esperábamos y aquí está, una pregunta asequible sobre una de las complicaciones crónicas más preguntadas del apartado de diabetes.

La **neuropatía diabética** se produce por un deterioro del sistema neurológico, a consecuencia de los valores elevados de glucemia que producen isquemia y desmielinización.

Provoca afectación sensitiva, motora y del SNA.

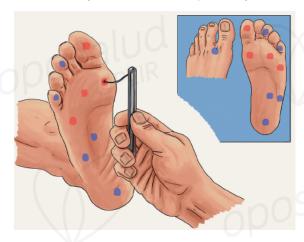
- **Sensitiva**: alteraciones en la sensibilidad (apalestesia, arreflexia, hipoestesia, dolor neuropático).
- Motora: debilidad.
- **Sistema nervioso autónomo:** sudoración, hipotensión ortostática, taquicardia en reposo, intolerancia al ejercicio, alteraciones gastrointestinales y genitourinarias (vejiga neurógena, impotencia, etc.).

Los problemas derivados del pie son una importante causa de morbilidad en pacientes diabéticos. Hasta un 25 % de los pacientes con DM están en riesgo de desarrollar pie diabético a lo largo de su vida.

La neuropatía es el factor de riesgo más importante para la formación de úlceras en el pie, produciendo una disminución de la sudoración, así como de la sensibilidad (táctil, térmica y dolorosa, atrofia muscular y deformidades óseas). Otros factores de riesgo son la vasculopatía periférica (macroangiopatía), diabetes de larga evolución, sexo masculino, mal control glucémico o el tabaquismo.

Es importante revisar la sensibilidad de los pies. Se puede realizar mediante:

- Diapasón de Rydell (sensibilidad vibratoria, parestesia).
- Prueba frío-calor (sensibilidad térmica).
- Sensación táctil con algodón hidrófilo o mediante monofilamento de Semmes-Weinstein (sensibilidad a la presión).













Analicemos el resto de opciones:

- Para la valoración de la fuerza muscular podemos utilizar pruebas como la dinamometría (opción 1 incorrecta).
- Para la valoración de la circulación sanguínea podemos utilizar el índice tobillo brazo (ITB) (opción 2 incorrecta).
- Para la valoración de la movilidad articular podemos utilizar un goniómetro (opción 4 incorrecta).

Señale lo incorrecto con respecto a los cuidados de una sonda PEG (gastrostomía endoscópica percutánea):

- El paciente puede ducharse sin protección pasada una semana desde su colocación, siempre que el estoma no presente ninguna complicación.
- 2. Se debe de inspeccionar diariamente la zona de la inserción.
- 3. Los medicamentos administrados a través de ella, se deben de mezclar con la alimentación, para facilitar su dilución.
- 4. Girar diariamente la sonda para que no quede adherida a la piel.

RC: 3

COMENTARIO:

Venga, que ya estás acabando. Seremos breves. Tienes que buscar la respuesta incorrecta. Vamos al grano.

Con base en la evidencia, tal como indican diferentes guías, portales o proyectos, como Femora, cuando se proceda a administrar los medicamentos a través de una PEG, no deben mezclarse nunca los medicamentos con la alimentación (respuesta 3 verdadera). Se aconseja limpiar la sonda, irrigando 30 ml de agua con una jeringa, antes y después de la administración de la medicación.

El resto de opciones son correctas con respecto al cuidado de la PEG.

Venga, va. Ve a por la última y, después, cómete una buena mariscada o buen asado a nuestra salud. ¡¡Let's go!!

10. ¿Qué productos del catálogo de cura en ambiente húmedo del SERGAS 2022 están indicados para el manejo de "biofilm"?:

- 1. Solución de ácido hipocloroso, cadexómero yodado.
- 2. Malla DACC (cloruro de diaquilcarbamoilo), plata (Ag).
- 3. A y B son correctas.
- 4. Apósitos bioactivos.

RC: 3

COMENTARIO:

Parece sencilla, pero esta pregunta produce cierta perturbación en La Fuerza.

Consultado el documento del SERGAS citado en el enunciado, no queda del todo clara la respuesta. Las respuestas 1 y 2 muestran productos de cura de características antimicrobianas conocidas que no vamos a discutir; **el cadexómero iodado y los apósitos de plata (iónica)** los conoces bien; el cadexómero iodado es un producto yodado que libera partículas de yodo en el lecho de la herida de forma sostenida durante 48-72 horas. Estos los firmas seguro.

Menos conocida es **la solución de ácido hipocloroso**, empleada para la limpieza de heridas con colonización crítica (biofilm) o en presencia de bacterias resistentes; se usa como la polihexanida. Es el Microdacyn. Por tanto, de interés para este tipo de heridas.

La malla DACC también la conoces; **el cloruro de dialquicarbanilo** se utiliza para la captación de bacterias en heridas infectadas o en colonización crítica.

Como resultado, la **opción correcta es la 3**, que incorpora las opciones planteadas en las dos primeras opciones. ¡Netaza de ensueño para alcanzar la gloria!

¡Examen acabado! Enhorabuena por tanto esfuerzo y ahora sí, ¡toca disfrutar y descansar!







Estamos seguros de que el comentario de este examen os resultará de GRAN AYUDA

Desde aquí queremos aprovechar para dar la **enhorabuena** a todos aquellos que conseguirán plaza en esta convocatoria. Para aquellos que no la consigan, os enviamos **mucho ánimo** para seguir perseverando, ya que muchas veces cuando crees que la vida te dice no, en realidad te está diciendo tan solo espera.

También queremos aprovechar este altavoz para pedir a los tribunales que sean coherentes y pregunten conceptos útiles e importantes para la profesión. Solo así se podrá conseguir que este examen cumpla su objetivo

