ENFERMERA/O

CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA. GENERALITAT VALENCIANA

Test específico. Vol. II

© Imágenes: freepik.es; stock.adobe.com

© Edita: EDITORIAL CEP S.L.

C/ Dalia nº 20. Polígono El Lomo

28970 Humanes de Madrid (Madrid)

Tlf. 951 171 027

Edición: octubre 2021

ISBN de este volumen: 978-84-19005-71-7

ISBN obra completa: 978-84-19005-22-9

Depósito legal: M-27808-2021

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Imprime: Publicep

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Enfermera/o de Instituciones Sanitarias. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. Test específico. Vol. II

FECHA DE PUBLICACIÓN

Octubre, 2021

OBJETIVO

Proporcionar un material adecuado para la preparación de las plazas ofertadas a la categoría de Enfermera/o de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana.

PERFIL DEL DESTINATARIO

- Opositores a las plazas de Enfermera/o de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana.
- Preparadores y Academias.
- Profesionales de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana.

CONTENIDO

El presente volumen incluye el desarrollo pormenorizado de cuestionarios con preguntas objetivas tipo test y soluciones motivadas correspondientes a los temas 14 a 25 de la parte del temario específico del programa que ha de regir las pruebas de selección para la categoría de Enfermera/o de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana, según la convocatoria publicada en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana Núm. 9117, de 30 de junio de 2021.

En este volumen encontrará:

- Amplio número de preguntas objetivas tipo test con respuestas alternativas de las que sólo una de ellas es correcta.
- Soluciones a todas las preguntas formuladas.

ÍNDICE

TEST 14 Alteraciones de salud del adulto, manifestaciones y necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud. Técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería. Programas del adulto. Cuidados de enfermería a personas con procesos crónicos. Inmunización en el adulto. Programas de cribado de enfermedades crónicas **11**

TEST 15 Programa de atención a personas mayores. Cuidados de enfermería en las personas mayores. Cambios generales en los hábitos de vida. Envejecimiento saludable y activo. Prevención de accidentes y de trastornos del estado de ánimo. Relación con el entorno social y familiar. Recursos comunitarios y sociales para las personas mayores **63**

TEST 16 Geriatría y Gerontología. Cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer. Problemas de salud más frecuentes en las personas mayores. Valoración geriátrica integral. Intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida y apoyo a la persona anciana. El anciano frágil. Sistemas de valoración de la fragilidad. Plan Gerontológico Nacional: generalidades. Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal: factores de riesgo. Automarginación e inactividad en los mayores de sesenta y cinco años. Abordaje multidisciplinar. Atención enfermera a personas en situación de dependencia. Atención a la persona cuidadora **107**

TEST 17 Cuidados de enfermería en enfermos en situación terminal. Actuación ante el dolor y la muerte. Apoyo a la familia. La comunicación y el duelo. Principales problemas. Dolor: Características y escalas de medida. Duelo: Tipo y manifestaciones. Apoyo al cuidador principal y familia **159**

TEST 18 Medicamentos: formas de clasificación y vías de administración. Elección correcta de la punción por vía parenteral. Dosificación. Procedimientos y cuidados. Absorción y distribución de fármacos: toxicidad y efectos colaterales. Los sistemas de farmacovigilancia. Condiciones de conservación de los medicamentos. Caducidades. Uso y empleo de Citostáticos. Seguridad en la administración y preparación de fármacos. Uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por los enfermeros **211**

TEST 19 Urgencias y emergencias. Atención prehospitalaria y hospitalaria. Valoración inmediata en la puerta de urgencias: Valoración diagnóstico y cuidados. Triaje. Signos, síntomas y criterios de prioridad. Actuaciones en grandes catástrofes. Valoración y cuidados de enfermería en unidades de urgencias y cuidados críticos. Procedimientos y técnicas en los procesos más frecuentes en la atención de urgencia y cuidados críticos **257**

TEST 20 Valoración y actuación de enfermería en las personas en el proceso quirúrgico. Cuidados de enfermería en el área quirúrgica. Conceptos de Anestesia y Control del dolor. Heridas. Cuidados de Enfermería en las heridas **307**

TEST 21 Actuaciones de enfermería en hospitalización. Procedimientos y técnicas más frecuentes. Alimentación y Nutrición. Valoración nutricional de las personas en el ciclo vital. Nutrición aplicada y dietoterapia. Conducta alimentaria saludable. Valoración y cuidados de enfermería en personas con nutrición enteral y parenteral. Técnicas de administración. Protocolos de actuación **351**

TEST 22 Actuaciones de enfermería en Servicios Centrales Hospitalarios. Banco de Sangre. Esterilización. Gestión de Almacén sanitario. Farmacia. Servicio de Farmacia. Salud Laboral. Servicios de Preventiva **403**

TEST 23 Conductas adictivas. Drogodependencias. Plan Nacional de Drogas: Generalidades. Conceptos básicos. Aspectos teóricos de la prevención. Factores de riesgo y protección en la prevención de consumo. Clasificación en adicciones. Abordaje terapéutico de las adicciones **451**

TEST 24 Salud y Género. Violencia de género. Malos Tratos: detección y prevención en el niño, la mujer y en la persona anciana. Protocolos de atención a las víctimas de agresiones sexuales. Espacios seguros **501**

TEST 25 Trasplante y donación. El proceso de donación y trasplante. Criterios de Calidad y Seguridad en el proceso de donación **553**

TEST 14

Alteraciones de salud del adulto, manifestaciones y necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud. Técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería. Programas del adulto. Cuidados de enfermería a personas con procesos crónicos. Inmunización en el adulto. Programas de cribado de enfermedades crónicas

1. El objeto de la prevención es:

a) Exclusivamente prevenir la enfermedad

b) Orientar a la comunidad sobre hábitos saludables

c) Prevenir la enfermedad, detener su avance y atenuar sus consecuencias

d) Prevenir la enfermedad y detener su avance

2. Señale la frase incorrecta:

a) La prevención secundaria utiliza controles y exámenes médicos

b) La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad

c) La prevención secundaria está orientada a evitar que el problema se agrave

d) La rehabilitación está englobada dentro de la prevención terciaria

3. ¿Hacia qué aspectos va dirigida la promoción de la salud?

a) Hacia las habilidades de la persona, y hacia el Sistema de Salud

b) Hacia la motivación y capacidad de la persona, y hacia los planes de cuidados en Educación para la Salud

c) Hacia la motivación y capacidad de la persona, y a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas

d) Hacia las habilidades de la persona, y a modificar las condiciones sociales, económicas y sanitarias

4. En cuanto a las diferencias entre promoción y prevención, es cierto que:

a) Ambas están dirigidas a grupos de riesgo

b) La prevención conserva la salud y la promoción estimula la salud

c) La prevención es la búsqueda del estado "ideal" de salud

d) En la prevención hay una mayor variedad de métodos, e incluye cambios en el ambiente

5. Actúa sobre los factores etiológicos o contribuyentes de la enfermedad para evitarla, se trata de:

a) La prevención primaria

b) La prevención secundaria

c) La prevención terciaria

d) La promoción de la salud

6. ¿Cuál de las siguientes no es una estrategia para la prevención secundaria?

a) La búsqueda y captación de grupos de riesgo específicos para su vigilancia y control

b) Screening, cribados

c) Tratamiento adecuado de patologías en fase incipiente

d) Promoción de programas y campañas de salud

7. ¿En qué casos colaborará la enfermera en la detección del cáncer de mama o de cérvix?

a) En mujeres adolescentes

b) En la mujer en edad fértil

c) En la mujer embarazada

d) En la mujer madura

8. ¿Qué grupo de edad es el más afectado por diabetes?

a) En cualquier edad existe igual prevalencia de diabetes

b) Entre 20 y 40 años

c) Entre 35 y 60 años

d) Los ancianos

9. La prevención de la enfermedad abarca medidas destinadas a:

a) Equilibrar el proceso salud-enfermedad

b) Reducir de los factores de riesgo

c) Promocionar la salud

d) Velar por la salud pública

10. En el adulto, la obesidad se relaciona con problemas de ámbito:

a) Físico

b) Social

c) Psicológico

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

11. La prevención secundaria de la hipertensión arterial se basa en:

a) El control de sus factores de riesgo

b) Su detección precoz

c) Conseguir controlar la enfermedad en su fase más avanzada

d) Conseguir controlar la enfermedad en su primera fase

12. Los barorreceptores:

a) Son terminaciones nerviosas en las paredes de la arteria carótida

b) Responden a niveles anormalmente bajos de oxígeno

c) Estimulan el sistema nervioso simpático

d) Son terminaciones nerviosas existentes en los vasos sanguíneos responden a la distensión de la pared de los vasos

13. Señale la respuesta correcta:

a) A mayor edad, más cantidad de hipertensos

b) A menor edad, más cantidad de hipertensos

c) La hipertensión aparece en mayor nivel en la población femenina

d) El estadio 1 de hipertensión es el más frecuente entre quienes no sufren de dicho proceso patológico

14. La hipertensión puede ser una enfermedad causada por exceso de:

a) Sal

b) Calorías

c) Alcohol

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

15. Las crisis hipertensivas producen signos como:

a) Adormecimiento de las piernas y brazos

b) Problemas respiratorios

c) Adormecimiento facial

d) Dolor de estómago

16. Son comportamientos para proteger la salud:

a) Caminar al menos 10 km. cuatro veces a la semana hasta obtener el 195% de la frecuencia cardiaca diana

b) Evitar el cerdo y las comidas rápidas

c) Dormir de 5 a 6 horas cada noche

d) Limitar la ingesta de sodio a no más de 10 g diarios

17. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es:

a) Progresiva y poco reversible

b) Progresiva y reversible

c) Progresiva y anormal

d) Progresiva y sistemática

18. La exacerbación de EPOC se define como:

a) Una fase más de la EPOC

b) Empeoramiento mantenido del paciente con EPOC en su situación basal de disnea, tos y/o expectoración

c) Mejoría del paciente con EPOC

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

19. Es un factor de riesgo en EPOC:

a) La inhalación de humo del tabaco

b) La edad

c) El peso

d) La ingesta de alcohol

20. Una de las complicaciones de la EPOC es:

a) Insuficiencia respiratoria

b) Obesidad

c) Insuficiencia cardiaca

d) Problemas renales

21. La oxigenoterapia crónica es:

a) Una enfermedad crónica

b) Una medida terapéutica

c) Un corticoide

d) Un tratamiento farmacológico

22. En relación a la diabetes, es una función del personal de enfermería:

a) Captación de enfermos a través de consulta médica

b) Valoración de patrones funcionales

c) Completar anamnesis y exploración física

d) Prescripción y modificación de tratamiento

23. La inmunidad es:

a) El conjunto de factores humorales y celulares que protegen al organismo frente a las agresiones de los distintos agentes infecciosos

b) Un programa de vacunación

c) Un programa de protección de salud pública

d) Es la difusión de una infección

24. ¿Cuál de las siguientes vacunas no debe administrarse en personas adultas con VIH?

a) Hepatitis B

b) Difteria

c) Polio oral

d) Triple vírica

25. Señale cuál de las siguientes características no presentan los pacientes con perfil de patología crónica:

a) Alta frecuentación hospitalaria, tanto de urgencias como de consultas externas y hospitalización, con ingresos de estancia media prolongada

b) Tratamiento farmacológico con polimedicación

c) Disminución de la autonomía personal de forma temporal o permanente, con frecuentes situaciones de discapacidad y dependencia.

d) Escaso consumo de recursos sanitarios y sociales

26. No es una máxima del modelo de la Pirámide de Kaiser Permanente:

a) Prestar la atención en el nivel de la atención especializada siempre que sea posible consiguiendo con ello una mayor eficiencia de los recursos disponibles y una orientación al autocuidado

b) Optimizar los recursos humanos: desburocratización de los trabajos asistenciales

c) Búsqueda constante de la mejora y la reinversión en el modelo.

d) Atención integrada

27. ¿Qué Comunidades Autónomas de España son las pioneras en experiencias en la gestión de pacientes crónicos?

a) Madrid y Cataluña

b) Cataluña y Comunidad Valenciana

c) Galicia y País Vasco

d) País Vasco y Andalucía

28. Señale la respuesta correcta en relación a lo que debe proponer una Estrategia de Atención al Paciente Crónico:

a) Gestionar eficazmente la enfermedad crónica

b) Gestionar eficientemente los recursos

c) Generar una cultura de evaluación de los resultados y de mejora continua

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

29. Se define a un paciente polimedicado como:

a) Tres o más medicamentos durante un período igual o superior a tres meses

b) Cuatro o más medicamentos durante un período igual o superior a cuatro meses

c) Cinco o más medicamentos durante un período igual o superior a seis meses

d) Cuatro o más medicamentos durante un período igual o superior a seis meses

30. La DM tipo 1 debuta principalmente en:

a) Primera infancia

b) Personas jóvenes

c) Adultos jóvenes

d) Madurez

31. No se considera un factor de riesgo para desarrollar diabetes:

a) El sobrepeso y la obesidad

b) La hipertensión arterial

c) La dislipemia

d) El consumo excesivo de azúcares de alto índice glucémico

32. Un sujeto que en ayunas presenta unos niveles de glucemia entre 110-125 mg/dl diríamos que se encuentra afecto de:

a) Diabetes mellitus Tipo 1

b) Diabetes mellitus Tipo 2

c) Glucosa basal alterada

d) Diabetes insípida

33. En la diabetes la responsable de la aparición de las complicaciones crónicas micro y macrovasculares es:

a) La hipoglucemia

b) La hiperglucemia

c) Las oscilaciones extremas de los niveles de glucemia

d) Los niveles basales de glucemia

34. Entre las complicaciones microvasculares más frecuentes asociadas a la diabetes encontramos:

a) La nefropatía

b) La retinopatía

c) La polineuropatía diabética

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

35. ¿Qué nombre recibe la infección y destrucción de tejidos profundos asociada a alteraciones neurológicas y a varios grados de enfermedad vascular periférica en la extremidad inferior?

a) Úlcera venosa

b) Úlcera arterial

c) Pie diabético

d) Úlcera por presión

36. La toma de decisiones sobre la cifra de glucemia obtenida mediante el ajuste de la dieta, del ejercicio o de la medicación, con el fin de conseguir los objetivos pactados con el profesional sanitario recibe el nombre de:

a) Autoanálisis de la glicemia capilar (AAGC)

b) Autocontrol

c) Autocuidado

d) Control diabetes

37. En el paciente diabético cada cuánto tiempo es conveniente calcular el riesgo cardiovascular:

a) Trimestralmente

b) Semestralmente

c) Anualmente

d) Bienalmente

38. En el paciente diabético cuando el ITB es normal se recomienda repetirlo:

a) Al año

b) A los dos años

c) A los cinco años

d) A los diez años

39. Un ITB de 0,9 se considera como:

a) Normal

b) Arteriopatía periférica leve

c) Arteriopatía arteriosclerótica

d) Arteriopatía periférica moderada

40. En el cribaje de la cardiopatía isquémica en el diabético, cuando el paciente está asintomático hay que realizar un E.C.G. cada:

a) Seis meses

b) Año

c) Dos años

d) Cinco años

41. En relación a las cifras tensiones, el establecido por la ADA es:

a) 130/80 mm Hg

b) 135/85 mm Hg

c) 140/85 mm Hg

d) 140/90 mm Hg

42. En diabéticos hipertensos el primer escalón del tratamiento es:

a) IECAs

b) Antagonistas del Ca

c) Tiazidas

d) ARA 2

43. La ADA recomienda hacer cribaje de nefropatía diabética mediante determinación de microalbuminuria en personas con diabetes tipos 1 de más de 5 años de evolución de la enfermedad y en todas las personas con diabetes tipos 2 desde el momento del diagnóstico, con una frecuencia:

a) Semestral

b) Anual

c) Bienal

d) Quinquenal

44. Es una alteración de la frecuencia respiratoria que consiste en una respiración dificultosa en posición semi-sentada:

a) Bradipnea

b) Ortopnea

c) Tridipnea

d) Eupnea

45. ¿Cómo se denomina la capacidad pulmonar equivalente a la suma de volumen de reserva inspiratorio, volumen corriente y volumen de reserva espiratorio?

a) Capacidad inspiratoria

b) Capacidad residual

c) Capacidad vital

d) Capacidad pulmonar total

46. ¿Cómo se detecta el patrón ventilatorio restrictivo?

a) Por una disminución del Volumen espiratorio máximo en el primer segundo (VEMS) con disminución del índice Volumen espiratorio máximo en el primer segundo (VEMS) / Capacidad vital forzada (CVF)

b) Por una disminución del Volumen espiratorio máximo en el primer segundo (VEMS) y Capacidad vital forzada (CVF), pero con un índice de Tiffeneau normal

c) Por una disminución de Volumen espiratorio máximo en el primer segundo (VEMS), Capacidad vital forzada (CVF) e índice de Tiffeneau

d) Por una disminución del índice de Tiffeneau, con Volumen espiratorio máximo en el primer segundo (VEMS) y Capacidad vital forzada (CVF) normales

47. Es el síntoma más frecuente del paciente respiratorio:

a) Hemoptisis

b) Disnea

c) Tos

d) Dolor torácico

48. Mecanismo de hipoxemia se define como parte de la ventilación minuto (V.E) que realmente interviene en el intercambio gaseoso, en contraposición con la que no lo hace o ventilación del espacio muerto, y que corresponde a la tráquea y a las grandes vías respiratorias:

a) Limitación de la difusión alveolocapilar de oxígeno (O2)

b) Desequilibrios en las relaciones ventilación alveolar (V.A) / Q.

c) Cortocircuito intrapulmonar de derecha a izquierda (shunt)

d) Hipoventilación alveolar

49. Es la insuficiencia respiratoria más frecuente en la práctica diaria:

a) Insuficiencia respiratoria hipercápnica por asma aguda grave

b) Edema pulmonar cardiogénico

c) Insuficiencia respiratoria en el paciente con EPOC

d) Tromboembolia pulmonar aguda

50. Señale la respuesta correcta en cuanto a la medicación que se administra en el tratamiento de la Insuficiencia respiratoria hipercápnica por asma aguda grave:

a) Glucocorticoides IV

b) Simpaticomiméticos nebulizados

c) Adrenalina subcutánea

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

51. Es la forma clínica de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que consiste en una enfermedad de las pequeñas vías que cursa con hiperclaridad pulmonar, sin afectación alveolar:

a) Enfermedad de las pequeñas

b) Asma crónica

c) Bronquiectasias

d) Bronquiolitis obliterante

52. Señale la respuesta correcta en relación a la embolia pulmonar:

a) Las manifestaciones de la embolia pulmonar suelen desarrollarse de forma abrupta en minutos, mientras que las del infarto pulmonar lo hacen en horas

b) Las manifestaciones clínicas de la embolia pulmonar son inespecíficas y su frecuencia e intensidad varían en función del grado de oclusión vascular, de la función cardiopulmonar preembólica y del desarrollo de un infarto pulmonar

c) La embolia sin infarto produce sensación de falta de aire

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

53. ¿En qué consiste el diagnóstico diferencial de los pacientes con embolia pulmonar masiva?

a) La gammagrafía pulmonar de perfusión y la arteriografía pulmonar.

b) Radiografía de tórax

c) El schok séptico, el IM agudo y el taponamiento cardíaco

d) La arteriografía pulmonar y estudios de enzimas en suero

54. Es la forma clínica de asma bronquial más frecuente:

a) Asma intermitente

b) Asma crónica

c) Asma atípica

d) Las opciones b y c son correctas

55. Señale la respuesta correcta en cuanto a los factores de susceptibilidad de la gripe:

a) Las tasas de morbilidad más elevadas se dan en los niños, pero las mayores tasas de enfermedad grave y mortalidad se dan en las personas de 65 o más años, o en pacientes de cualquier edad con patología crónica cardiorrespiratoria

b) El hombre se infecta fundamentalmente a partir del contacto domiciliario con niños y adolescentes, en tanto que la mujer suele infectarse por contactos extra domiciliarios

c) Las profesiones en las que el contacto interpersonal durante el trabajo es mayor se ven menos afectadas

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

56. ¿Con qué periodicidad se producen las pandemias?

a) Cada once años

b) Cada quince años

c) Cada seis años

d) Cada nueve años

57. Hay que administrarles dos dosis de vacuna de virus fraccionados (separadas por un intervalo de cuatro semanas):

a) A los niños menores de doce años que no hayan recibido nunca la vacuna de la gripe

b) A los niños menores de nueve años que no hayan recibido nunca la vacuna de la gripe

c) A los niños menores de diez años que no hayan recibido nunca la vacuna de la gripe

d) A los niños menores de trece años que no hayan recibido nunca la vacuna de la gripe

58. Señale el factor de riesgo incorrecto de diabetes:

a) Edad superior a cuarenta años

b) Obesidad

c) Nivel alto de colesterol en la sangre

d) Antecedentes familiares de diabetes (uno de los padres o hermanos)

59. Es un síntoma de la diabetes 1:

a) Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito

b) Astenia

c) Infecciones que sanan lentamente

d) Impotencia en los hombres

60. Señale la respuesta correcta en relación a la diabetes tipo 2:

a) Se caracteriza por un déficit absoluto de insulina

b) Es el tipo más frecuente

c) Suele aparecer de forma aguda

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

61. Señale el criterio correcto de diagnóstico de la diabetes en ayunas:

a) Superior a 100 mg/dl

b) Superior a 110 mg/dl

c) Superior o igual a 126 mg/dl

d) Superior o igual a 90 mg/dl

62. Señale el criterio incorrecto de diagnóstico de diabetes a las dos horas de una sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 75 g:

a) Superior o igual a 200 mg/dl

b) Superior a 210 mg/dl

c) Superior a 201 mg/dl

d) Superior o igual a 190 mg/dl

63. ¿Cuánto dura la insulina de acción rápida?

a) De cinco a diez horas

b) De cuatro a seis horas

c) De ocho a doce horas

d) De seis a ocho horas

64. Señale la respuesta correcta en cuanto a los antidiabéticos orales:

a) Son efectivos tanto en los diabéticos tipo 1 y diabéticos tipo 2

b) Su empleo debe hacerse antes de demostrarse que la dieta y el ejercicio físico son insuficientes para su control

c) La biguanidas disminuyen la cantidad de azúcar producida por el hígado

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

65. Señale la respuesta correcta en relación a cuál de los siguientes está contraindicado el uso los antidiabéticos orales:

a) Durante la gestación y la lactancia

b) Cuando existe importante afectación hepática, renal o complicaciones generales severas

c) en todos los casos de descompensación de la diabetes que curse con la aparición de acetona

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

66. Señale cuál de las siguientes personas diabéticas tienen mayor riesgo de tener pie diabético:

a) Los que llevan más de dos años de evolución

b) Los que llevan más de cuatro años de evolución

c) Los que llevan más de cinco años de evolución

d) Los que llevan más de diez años de evolución

67. La macroangiopatía en la diabetes:

a) Tiene un inicio más tardío

b) Afecta a ambos sexos por igual

c) Tiene una evolución más suave

d) Tiene todo lo anterior

68. Señale la respuesta incorrecta en cuanto a los síntomas de hipoglucemia:

a) Son de presentación lenta

b) Destacan la sudoración fría, temblor, debilidad entre otros

c) Mas adelante aparece confusión mental, cefalea y hasta pérdida de conocimiento con convulsiones

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

69. ¿Cuántas comidas se deben realizar al día para prevenir la hipoglucemia:

a) 3
b) 4
c) 5 – 6
d) 3 – 4

70. En el bocio endémico la T3 está:

a) Normal o ligeramente aumentada
b) Normal o ligeramente baja
c) Bastante levada
d) Excesivamente baja

71. ¿Cuál es la forma de tratamiento más frecuente para los pacientes con hipertiroidismo?

a) Yoduro sódico radiactivo
b) Bloqueantes ß-adrenérgicos
c) Propiltiouracilo y metimazol
d) Tratamiento quirúrgico

72. Señale el orden correcto de mayor a menor absorción de la insulina:

a) Abdomen > nalga o glúteo > muslo > deltoides
b) Deltoides>muslo>abdomen>nalga o glúteo
c) Nalga o glúteo >abdomen >deltoides >muslo
d) Abdomen > deltoides > muslo > nalga o glúteo

73. ¿Cuál es la zona de punción del brazo para inyectar insulina?

a) Cara interna, tercio alto

b) Cara interna, tercio medio

c) Cara externa, tercio bajo

d) Cara externa, tercio medio

74. Señale la respuesta incorrecta en relación a las mezclas de insulina:

a) Cuando se utilicen mezclas de insulina no se debe modificar la secuencia en que las dos insulinas se cargan en la misma jeringa

b) Generalmente se inyecta aire en el interior de ambos viales (regular e intermedia)

c) La insulina que primero se carga es la de acción prolongada y luego la regular

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

75. La Asociación Estadounidense para la Diabetes recomienda que los niveles de azúcar en la sangre previos a las comidas:

a) Bajen a un rango de 110 a 140 mg/ dl

b) Suban a un rango de 160 a 200 mg/ dl

c) Bajen a un rango de 80 a 120 mg/ dl

d) Suban a un rango de 180 a 220 mg/ dl

76. ¿Bajo cuál de las siguientes circunstancias no se suele realizar la prueba de cetona?

a) Durante una enfermedad (como neumonía, ataque cardíaco, apoplejía)

b) Cuando se presentan náuseas o vómitos

c) Durante el embarazo

d) Cuando el nivel de azúcar está por encima de 140 mg/dl

77. ¿De qué grado es la gangrena localizada, generalmente en talón, dedos o zonas distales del pie?

a) Grado 3

b) Grado 4

c) Grado 2

d) Grado 5

78. Señale la respuesta incorrecta. La obesidad se relaciona con diferentes problemas:

a) Patologías musculoesqueléticas

b) Problemas sociales diversos, laborales, de pareja, soledad, aislamiento, etc.

c) Problemas psicológicos como baja autoestima, sensación de ineficacia, depresión, etc.

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

79. ¿Cuál de las siguientes no es una condición definida en 1975 por Frame y Carslon para justificar el screening de una patología en la prevención secundaria?

a) Que la enfermedad tenga una etapa inicial asintomática prolongada y se conozca su historia natural

b) Que se disponga de un tratamiento eficaz y aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estado final

c) Que la prueba de cribado tenga una buena relación coste-efectividad

d) Que la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento en el periodo asintomático disminuya la morbilidad y mortalidad global o cada una de ellas por separado

80. ¿Dentro de qué tipo de prevención se encuadra cuando un individuo, con base en las experiencias, por haber sufrido anteriormente una enfermedad o contagio, evita las causas iniciales de aquella enfermedad, en otras palabras, evita un nuevo contagio basado en las experiencias previamente adquiridas?

a) Prevención primaria

b) Prevención secundaria

c) Prevención terciaria

d) Prevención cuaternaria

81. Es el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario:

a) Prevención terciaria

b) Prevención primaria

c) Prevención cuaternaria

d) Prevención secundaria

82. Señale la respuesta correcta en relación al concepto de promoción de la salud:

a) La promoción de la salud abarca solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas

b) La promoción de la salud abarca solamente las acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud

c) La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

83. ¿Cuál de los siguientes tipos de intervención en promoción y educación para la salud a nivel de la comunidad local consiste en una serie organizada de consultas educativas programadas que se pactan entre el profesional y el usuario?

a) Consejo y asesoramiento

b) Educación para la salud individual

c) Educación para la salud grupal y/o colectiva

d) Acción y dinamización social

84. La multimorbilidad aparece en las personas de sectores sociales más deprimidos:

a) Entre dos y tres años antes

b) Entre cinco y diez años antes

c) Entre diez y quince años antes

d) Entre cuatro y seis años antes

85. El ictus es:

a) La primera causa de mortalidad en las mujeres y segunda en los hombres

b) La segunda causa de mortalidad en las mujeres y primera en los hombres

c) La segunda causa de mortalidad en las mujeres y segunda en los hombres

d) La tercera causa de mortalidad en las mujeres y segunda en los hombres

86. Señale cuál de los siguientes profesionales ha de estar identificado nominalmente dentro del equipo interdisciplinar de profesionales (EIP):

a) Farmacéutico

b) Fisioterapeuta

c) Rehabilitador

d) Enfermera de familia

87. En relación a las características del EIP, no se considerará como criterios de gestión de caso la presencia de una de las siguientes características en pacientes pluripatológicos:

a) Deterioro significativo de las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel menor de 55)

b) Deterioro significativo de las actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton Brody menor o igual a 7 en varones y menor o igual a 5 en mujeres)

c) Deterioro cognitivo (test de Pfeiffer mayor o igual a 5 errores)

d) No se considerará ninguna de las anteriores

88. En relación a las características del EIP, para que se considere como criterio de gestión de caso la presencia en pacientes pluripatológicos PROFUND ha de ser:

a) Mayor o igual a 3

b) Mayor o igual a 5

c) Mayor o igual a 7

d) Mayor o igual a 1

89. En relación a las características del EIP, para que se considere como criterio de gestión de caso la presencia en pacientes pluripatológicos ha de haber:

a) Uno o más ingresos en el hospital en los últimos dos años

b) Dos o más ingresos en el hospital en los últimos dos años

c) Dos o más ingresos en el hospital en el último año

d) Uno o más ingresos en el hospital en el último año

90. Todos los miembros del EIP tendrán una comunicación directa síncrona y asíncrona incluyendo:

a) Acceso a toda la información de salud del paciente incluyendo la información de atención primaria, información hospitalaria, información de urgencias, así como la historia social siempre dentro del marco de la ley de protección de datos

b) Acceso a la posibilidad de elaborar documentos colaborativos

c) Acceso a un módulo de comunicación que permita la mensajería directa entre profesionales y la mensajería compartida entre varios profesionales

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

91. Todos los miembros del EIP tendrán una comunicación directa síncrona y asíncrona incluyendo:

a) El internista de referencia participará en sesiones presenciales o por videoconferencia con el Equipo de Atención Primaria con un número óptimo de al menos diez sesiones al año

b) El internista de referencia participará en sesiones presenciales o por videoconferencia con el Equipo de Atención Primaria con un número óptimo de al menos doce sesiones al año

c) El internista de referencia participará en sesiones presenciales o por videoconferencia con el Equipo de Atención Primaria con un número óptimo de al menos quince sesiones al año

d) El internista de referencia participará en sesiones presenciales o por videoconferencia con el Equipo de Atención Primaria con un número óptimo de al menos veinte sesiones al año

92. Pertenece a la categoría A de las enfermedades crónicas que debe presentar una persona para que sea definido como paciente pluripatológico:

a) Vasculitis y Enfermedades autoinmunes sistémicas

b) Enfermedad inflamatoria intestinal

c) Cardiopatía isquémica

d) Arteriopatía periférica sintomática

93. ¿Cuántas enfermedades crónicas de las categorías A, B, C, D, E, F, G y H debe presentar un paciente crónico para cumplir el criterio de paciente pluripatológico?

a) Una o más

b) Dos o más

c) Tres o más

d) Cuatro o más

94. Señale el criterio de complejidad incorrecto para ser definido como paciente pluripatológico:

a) Úlceras por presión en estadio II o superior

b) Alcoholismo

c) Dos o más ingresos hospitalarios en los doce meses previos

d) Alimentación por sonda de prescripción crónica (uno o más meses)

95. Si un paciente crónico cumple una de las categorías de la definición de paciente pluripatológico, ¿cuántos criterios de complejidad debe cumplir para ser considerado como tal?

a) Tres

b) Cinco

c) Dos

d) Uno

96. ¿Cómo se clasificaron en la primera etapa los mapas de competencias correspondientes de los/as diferentes profesionales?

a) Experiencia, criterio y actitudes

b) Conocimientos, habilidades y actitudes

c) Estudios académicos, criterios y conocimientos

d) Roles, actitudes y aptitudes

97. ¿Cuáles son las competencias que se ajustan actualmente a las competencias técnicas o funcionales que los/as profesionales tienen que garantizar a el/la paciente en el desarrollo de su proceso asistencial?

a) Competencias generales

b) Competencias transversales

c) Competencias específicas

d) Competencias de exhaustividad

98. ¿Qué lugar ocupa, según la frecuencia, el ictus entre los problemas neurológicos graves, en el mundo?

a) El primero

b) El segundo

c) El tercero

d) El cuarto

99. Atendiendo al Modelo de Atención Compartida Interdisciplinar, señale la respuesta correcta en relación a los pacientes pluripatológicos y las personas que cuidan delegadas por él:

a) Participarán activamente en los diálogos abiertos para definir los objetivos, las acciones a realizar y en general en todo el proceso de toma de decisiones que afectan su salud

b) Tendrán una identificación nominal de los miembros de su Equipo Interdisciplinar de Profesionales (EIP)

c) Tendrán la posibilidad de realizar consultas telemáticas con todos los profesionales del equipo interdisciplinar según protocolos específicos adaptados a la fase de su enfermedad

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

100. ¿Qué lugar ocupa el ictus como causa de invalidez permanente en el adulto?

a) Primero

b) Segundo

c) Tercero

d) Cuarto

SOLUCIONES TEST 14

1. c) Prevenir la enfermedad, detener su avance y atenuar sus consecuencias

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

2. c) La prevención secundaria está orientada a evitar que el problema se agrave

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia en un grupo de riesgo. La prevención secundaria tiene como objetivo la detección precoz de los problemas de salud. Para ello se utilizan los controles y exámenes médicos; y la terciaria tiene por objeto evitar que el problema se agrave o que haya recaídas, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

3. c) Hacia la motivación y capacidad de la persona, y a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

4. b) La prevención conserva la salud y la promoción estimula la salud

Diferencias entre prevención y promoción:

- *La prevención de la enfermedad está dirigida a un individuo o un grupo de riesgo, mientras que la promoción de la salud se orienta a la población en su conjunto.*
- *Podríamos decir que la prevención "conserva la salud"; por contra, la promoción "estimula la salud".*
- *Mientras que uno de los objetivos de la prevención es el de la conservación y mantenimiento del "Status Quo" de salud mínima, la promoción bien podría ser la partida hacia el estado "ideal" de salud.*
- *Por último, habría que resaltar además que en la promoción de la salud hay una mayor variedad de métodos, y que incluye cambios en el ambiente.*

5. a) La prevención primaria

La prevención primaria actúa sobre los factores etiológicos o contribuyentes de la enfermedad para evitarla. Actúa en la etapa prepatogénica. Su aplicación es más sencilla en el caso de enfermedades infecciosas, debido a que se pueden aplicar vacunas que protejan al individuo en caso de contacto con el agente causal. En enfermedades crónicas, la prevención primaria se enfoca a la educación para la salud y la promoción de hábitos de vida saludables, para lo que hemos de conocer los determinantes de salud.

6. d) Promoción de programas y campañas de salud

La prevención secundaria está orientada a la detección precoz de enfermedades, a través del cribado o tamizaje y el tratamiento oportuno. Incluye estas estrategias:

- *La búsqueda y captación de grupos de riesgo específicos para su vigilancia y control.*
- *Consulta médica precoz.*
- *Screening, cribados.*
- *Tratamiento adecuado de patologías en fase incipiente.*

7. d) En la mujer madura

Atención a la mujer madura:

- *Colaboración en la detección precoz del cáncer de cérvix y mama.*
- *Enseñanza de autoexploración de mama y autocuidado.*
- *Educación sobre el crecimiento y desarrollo normal de la madurez.*
- *Orientación y educación sexual en la madurez.*
- *Educación sobre enfermedades de transmisión sexual.*

8. c) Entre 35 y 60 años

Los individuos en edad productiva (entre los 35 y 60 años de edad) constituyen el grupo más afectado de diabetes: más del 50% de los pacientes diabéticos pertenecen a esta edad

9. b) Reducir de los factores de riesgo

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

10. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

En el adulto la obesidad se relaciona con múltiples problemas, fundamentalmente en el ámbito físico, social y psicológico.

11. b) Su detección precoz

La prevención secundaria de la hipertensión arterial se basa en su detección precoz y en un adecuado tratamiento y control.

12. d) Son terminaciones nerviosas existentes en los vasos sanguíneos responden a la distensión de la pared de los vasos

Son terminaciones nerviosas existentes en los vasos sanguíneos responden a la distensión de la pared de los vasos.

13. a) A mayor edad, más cantidad de hipertensos

Los datos disponibles en diversos estudios en España sobre la enfermedad obtienen una prevalencia de HTA que oscila entre un 20%-30% de la población. Estas cifras están correlacionadas con el aumento de edad, es decir, a mayor edad, más cantidad de hipertensos. Estos mismos estudios indican un mayor nivel de hipertensión en sujetos varones. Además, el estadio 1 de hipertensión es el más frecuente entre quienes sufren de dicho proceso patológico.

14. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La hipertensión puede ser una enfermedad causada por exceso de sal. calorías y alcohol.

15. a) Adormecimiento de las piernas y brazos

Las crisis hipertensivas producen signos y síntomas severos y difusos, incluyendo posiblemente:

- *Cefalea severa.*
- *Visión borrosa.*
- *Náuseas y vómitos.*
- *Alteración progresiva de la conciencia, desde confusión moderada a severa hasta convulsiones y finalmente coma.*
- *Adormecimiento de las piernas y brazos.*
- *Azotemia.*
- *Hemorragia retiniana y papiledema.*

16. b) Evitar el cerdo y las comidas rápidas

Son comportamientos para proteger la salud:

- *Caminar al menos 3 km. cuatro veces a la semana hasta obtener, evitar el cerdo y las comidas rápidas, limitar la ingesta de sodio a no más de 2 g diarios, dormir de 7 a 8 horas cada noche.*

[…]

17. a) Progresiva y poco reversible

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un proceso patológico caracterizado por la obstrucción crónica del flujo aéreo, progresiva y poco reversible.

18. b) Empeoramiento mantenido del paciente con EPOC en su situación basal de disnea, tos y/o expectoración

La exacerbación de EPOC se define como la situación de empeoramiento mantenido del paciente con EPOC en su situación basal de disnea, tos y/o expectoración, más allá de la variabilidad diaria, que requiere un cambio del tratamiento habitual.

19. a) La inhalación de humo del tabaco

El primer factor de riesgo indiscutible para la EPOC es la inhalación de humo del tabaco.

20. a) Insuficiencia respiratoria

La insuficiencia respiratoria, y el cor pulmonale son complicaciones de la EPOC.

21. b) Una medida terapéutica

La oxigenoterapia crónica domiciliaria es la única medida terapéutica.

22. b) Valoración de patrones funcionales

En relación a la diabetes es una función del personal de enfermería: valoración de patrones funcionales, valoración de la capacidad para el autocuidado e identificación de problemas.

23. a) El conjunto de factores humorales y celulares que protegen al organismo frente a las agresiones de los distintos agentes infecciosos

La inmunidad es el conjunto de factores humorales y celulares que protegen al organismo frente a las agresiones de los distintos agentes infecciosos.

24. c) Polio oral

Las vacunas que no deben administrarse en personas adultas con VIH son:

- *BCG (antituberculosa).*
- *Polio oral.*
- *Tifoidea oral.*
- *Fiebre amarilla.*

25. d) Escaso consumo de recursos sanitarios y sociales

Este paciente viene determinado por un perfil de patología crónica con las siguientes características:

- *Alta frecuentación hospitalaria, tanto de urgencias como de consultas externas y hospitalización, con ingresos de estancia media prolongada.*
- *Tratamiento farmacológico con polimedicación.*
- *Disminución de la autonomía personal de forma temporal o permanente, con frecuentes situaciones de discapacidad y dependencia.*
- *Consumo de gran cantidad de recursos sanitarios y sociales.*
- *Y que presenta otros factores adicionales a tener en cuenta tales como edad avanzada, vivir solo, escaso apoyo familiar y social, presencia de secuelas de patología previa, etc.*

26. a) Prestar la atención en el nivel de la atención especializada siempre que sea posible consiguiendo con ello una mayor eficiencia de los recursos disponibles y una orientación al autocuidado

Las máximas del modelo son:

- *Prestar la atención en el nivel de la atención primaria siempre que sea posible consiguiendo con ello una mayor eficiencia de los recursos disponibles y una orientación al autocuidado.*
- *Mantener las estancias hospitalarias en un mínimo racional: protocolización de los cuidados y optimización de los recursos en este nivel.*
- *Optimizar los recursos humanos: desburocratización de los trabajos asistenciales.*
- *Desarrollar las competencias de enfermería.*
- *Búsqueda constante de la mejora y la reinversión en el modelo.*
- *Desarrollar los Sistemas de información.*
- *Atención integrada.*

27. d) País Vasco y Andalucía

En nuestro país, en los últimos años, también se han iniciado algunas experiencias en la gestión de los pacientes crónicos, ligadas en muchos casos a ámbitos geográficos y/o dispositivos asistenciales limitados con el fin de mejorar la continuidad asistencial o fomentar una mejor coordinación con el ámbito social. Las pioneras son el País Vasco y Andalucía con estrategias para afrontar la cronicidad ya definidas en el año 2010, y existen otras experiencias en proceso de implantación en varias Comunidades.

28. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Una Estrategia de Atención al Paciente Crónico debe proponer:

- *Gestionar eficazmente la enfermedad crónica: […].*
- *Gestionar eficientemente los recursos: […].*
- *Generar una cultura de evaluación de los resultados y de mejora continua: […].*

29. c) Cinco o más medicamentos durante un período igual o superior a seis meses

Definimos un paciente polimedicado como aquél que toma cinco o más medicamentos durante un período igual o superior a seis meses.

30. b) Personas jóvenes

La DM tipo 1 debuta principalmente en personas jóvenes de edad inferior a los 40 años, situándose el punto máximo de incidencia a los 14 años. De hecho, es una de las enfermedades crónicas de mayor incidencia en la niñez. Las necesidades específicas que surgen como consecuencia de este tipo de diabetes en la población infantil afectada y a sus familias difieren de aquellas necesidades que surgen cuando la enfermedad hace su aparición en la edad adulta.

31. d) El consumo excesivo de azúcares de alto índice glucémico

Los que se consideran factores de riesgo para desarrollar diabetes y que en este apartado se analizan son el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión arterial, la dislipemia, los antecedentes de glucosa basal alterada y la tolerancia alterada a la glucosa, y los antecedentes de diabetes gestacional, aunque hay otros factores que también inciden en la probabilidad de desarrollar la enfermedad, como son el sedentarismo y los antecedentes familiares de diabetes, entre otros, de los cuales es más difícil obtener datos.

32. c) Diabetes durante el embarazo o tener un bebé de más de 5 Kg de peso al nacimiento

El test de SOG es útil para diagnosticar diabetes tipo 2 ocultas o intolerancias a la glucosa (ITG) por aquellas personas en rango de glucemia de glucosa basal alterada (entre 110-125 mg/dl glucosa).

33. b) La hiperglucemia

La hiperglucemia crónica de la diabetes es la responsable de la aparición de las complicaciones crónicas micro y macrovasculares y puede ser la causa, por ejemplo, de ceguera, pie diabético, insuficiencia renal o cardiopatía isquémica, las cuales tienen gran repercusión tanto a nivel individual para la persona con diabetes como social. Por lo tanto, la enfermedad y su tratamiento suponen pues un estrés diario, tanto a la persona con diabetes como a su entorno.

34. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Entre las complicaciones microvasculares más frecuentes asociadas a la diabetes encontramos la nefropatía, la retinopatía y la polineuropatía diabética.

35. c) Pie diabético

La definición de pie diabético propuesta por el consenso del International Working Group of the Diabetic Foot (IWGDF) y adoptada por la OMS dice que el pie diabético es la infección y destrucción de tejidos profundos asociada a alteraciones neurológicas y a varios grados de enfermedad vascular periférica en la extremidad inferior, y añade que son el resultado de una compleja intervención de diferentes factores predominantemente metabólicos.

36. b) Autocontrol

El AAGC es la medida que toma la persona con diabetes de la glucemia capilar mientras que el autocontrol consiste en la toma de decisiones sobre la cifra de glucemia obtenida mediante el ajuste de la dieta, del ejercicio o de la medicación, con el fin de conseguir los objetivos pactados con el profesional sanitario.

37. c) Anualmente

Calcular anualmente el riesgo cardiovascular mediante la ecuación de REGICOR. Aunque no existen evidencias que demuestran la efectividad de la utilización de las tablas de riesgo cardiovascular como la estrategia para disminuir la morbimortalidad cardiovascular, es importante identificar aquellas personas que presenten un mayor riesgo.

38. c) A los cinco años

Diagnóstico de la vasculopatía periférica mediante la determinación del ITB:

Índice tobillo brazo	Grado
Mayor a 1,3	Arteriopatía arteriosclerótica
Entre 0,9 y 1,3	Normal
Entre 0,61 y 0,9	Arteriopatía periférica leve
Entre 0,41 y 0,60	Arteriopatía periférica moderada
Inferior a 0,41	Arteriopatía periférica grave

- *Si el ITB es normal, se recomienda repetirlo a los 5 años.*
- *Si el ITB es inferior a 0,6, se tiene que derivar a cirugía vascular.*
- *Derivar de forma preferente, si hay claudicación intermitente invalidante, disminución rápida de la distancia de claudicación y gangrena seca sin infección.*
- *Derivar de forma urgente si hay dolor en reposo y gangrena seca con zonas sugestivas de infección.*

39. a) Normal

Índice tobillo brazo	Grado
Mayor a 1,3	Arteriopatía arteriosclerótica
Entre 0,9 y 1,3	Normal
Entre 0,61 y 0,9	Arteriopatía periférica leve
Entre 0,41 y 0,60	Arteriopatía periférica moderada
Inferior a 0,41	Arteriopatía periférica grave

40. b) Año

Cribaje de cardiopatía isquémica: es recomendable realizar anamnesis dirigida y electrocardiograma (ECG) anual, aunque no hay suficiente evidencia científica sobre la reducción de la morbimortalidad coronaria en la población general con diabetes, y para personas con riesgo se requieren estudios adicionales. En pacientes asintomáticos también se tiene que realizar anamnesis dirigida y ECG anual.

41. a) 130/80 mm Hg

El objetivo de control de la presión arterial 130/80 en la persona con diabetes ha sido ampliamente recomendado por sociedades científicas y guías clínicas. Sin embargo, esta recomendación no está basada en ensayos clínicos bastante consistentes que avalen este objetivo y así se pone de manifiesto en documentos de reciente publicación por el que en ausencia de evidencia científica para recomendar un valor de control de tensión arterial en la persona con diabetes sin complicaciones se puede mantener el mismo objetivo de control que en población general hipertensa, es decir 140/90. Sin embargo, la ADA mantiene el valor de 130/80 como objetivo de control de TA en el paciente con diabetes.

42. a) IECAs

Primer escalón: IECA (o ARA 2 si no se tolera) subiendo lentamente a dosis máximas toleradas. No obstante, estos fármacos están contraindicados durante el embarazo.

43. a) Anual

La ADA: recomienda hacer cribaje anual de nefropatía diabética mediante determinación de microalbuminuria en personas con diabetes tipos 1 de más de 5 años de evolución de la enfermedad y en todas las personas con diabetes tipos 2 desde el momento del diagnóstico. Además, recomienda determinar la creatinina plasmática y GFR anualmente, con independencia del nivel de albuminuria.

44. b) Ortopnea

Alteraciones de la frecuencia:

- *Taquipnea: Aumento (insuficiencia cardíaca, ejercicios, emoción, fiebre, dolor).*
- *Bradipnea: Disminución (enfisema pulmonar, acidosis metabólica).*
- *Eupnea: respiración normal y de fácil ritmo.*
- *Apnea: períodos sin respiración. Se ve mucho durante el sueño.*
- *Ortopnea: respiración dificultosa en posición semisentada.*
- *Tridipnea: frecuencia menor de lo normal (narcóticos, sedantes, alcalosis).*
- *Polipnea: aumento de la frecuencia y de la profundidad.*

45. c) Capacidad vital

Al describir la dinámica ventilatoria se hacen necesarios sumar algunos de los volúmenes pulmonares. La suma de algunos de estos volúmenes forma las denominadas capacidades pulmonares:

- *Capacidad inspiratoria: volumen corriente + volumen de reserva*
- *Capacidad residual: volumen de reserva inspiratorio + volumen residual*
- *Capacidad vital: volumen de reserva inspiratorio + volumen corriente + volumen de reserva espiratorio.*
- *Capacidad pulmonar total: es la suma de todos los volúmenes o la suma de la capacidad vital + volumen residual. Representa el volumen máximo de expansión pulmonar.*

46. b) Por una disminución del Volumen espiratorio máximo en el primer segundo (VEMS) y Capacidad vital forzada (CVF), pero con un índice de Tiffeneau normal

Patrón ventilatorio restrictivo. Disminución del VEMS y CVF, pero con un índice de Tiffeneau normal: pulmón moviliza menos aire en el primer segundo porque disminuye el volumen total de aire movilizable.

47. c) Tos

La tos es el síntoma más frecuente del paciente respiratorio. Las causas posibles de tos son muy variadas, razón por la cual el síntoma tos es altamente inespecífico. A pesar de esta falta de especificidad, siempre deben investigarse diversos aspectos relacionados con la tos. Los más importantes son los siguientes: tiempo de instauración; frecuencia; intensidad; productividad.

48. d) Hipoventilación alveolar

Existen cuatro mecanismos de hipoxemia [hipoventilación alveolar, limitación de la difusión alveolocapilar de O_2, cortocircuitos y desequilibrios en las relaciones ventilación/perfusión (V.A/Q.)], y dos causas de hipercapnia (hipoventilación alveolar y desequilibrios en las relaciones V.A/Q.):

- *Hipoventilación alveolar: La ventilación alveolar (V.A) se define como parte de la ventilación minuto (V.E) que realmente interviene en el intercambio gaseoso, en contraposición con la que no lo hace o ventilación del espacio muerto, y que corresponde a la tráquea y a las grandes vías respiratorias.*
- *Limitación de la difusión alveolocapilar de O2: […]*
- *Cortocircuito intrapulmonar de derecha a izquierda (shunt): […]*
- *Desequilibrios en las relaciones V.A/Q.: […]*

49. c) Insuficiencia respiratoria en el paciente con EPOC

Insuficiencia respiratoria en el paciente con EPOC es la insuficiencia respiratoria más frecuente en la práctica diaria. Por lo general se trata de pacientes con una larga historia y valores del FEV1 inferiores a 1 L, en los que se asocian, además, atrapamiento gaseoso, hiperinsuflación pulmonar y reducción de la capacidad de transferencia del CO (DLCO). Clínicamente cursan con tos, expectoración y disnea de grado variable.

50. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Insuficiencia respiratoria hipercápnica por asma aguda grave: en las fases iniciales debe instaurarse oxigenoterapia de flujo alto empleando FiO_2 del 24 o 28%. En el momento en que se inicien la elevación de la $PaCO_2$ y el descenso del pH arterial, hay que efectuar un riguroso control clínico. En cuanto a la medicación deben administrarse glucocorticoides IV y simpaticomiméticos nebulizados. La administración de adrenalina subcutánea también ha demostrado ser eficaz.

51. d) Bronquiolitis obliterante

Bronquiolitis obliterante: es una enfermedad de las pequeñas vías que cursa con hiperclaridad pulmonar, sin afectación alveolar. Funcionalmente se detecta un trastorno sobre todo obstructivo, con difusión normal. Puede presentarse sin ninguna causa conocida o asociarse a artritis reumatoide, enfermedad del injerto contra el huésped en el trasplante de médula ósea o enfermedades pulmonares víricas.

52. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Las manifestaciones clínicas de la embolia pulmonar son inespecíficas y su frecuencia e intensidad varían en función del grado de oclusión vascular, de la función cardiopulmonar preembólica y del desarrollo de un IP. Los trombos pequeños pueden resultar asintomáticos. Las manifestaciones de la embolia pulmonar suelen desarrollarse de forma abrupta en minutos, mientras que las del IP lo

hacen en horas. Suelen persistir varios días, en función de la velocidad de lisis del coágulo y otros factores, aunque su intensidad suele disminuir a diario. En los pacientes con émbolos pequeños recidivantes crónicos, los síntomas y signos de cor pulmonale crónico se desarrollan de forma insidiosa en semanas, meses o años. La embolia sin infarto produce sensación de falta de aire. La taquipnea es una característica constante y a menudo destacada, pudiendo referir una ansiedad e intranquilidad prominentes.

53. c) El shock séptico, el IM agudo y el taponamiento cardíaco

Suele resultar difícil establecer el diagnóstico de embolia pulmonar con IP o sin él salvo que se realicen procedimientos especiales, de los cuales destacan la gammagrafía pulmonar de perfusión y la arteriografía pulmonar. El diagnóstico diferencial de los pacientes con embolia pulmonar masiva incluye el schok séptico, el IM agudo y el taponamiento cardíaco.

54. a) Asma intermitente

Asma intermitente: los síntomas asmáticos se presentan de forma aguda, entre períodos asintomáticos. Es la forma más frecuente. Las crisis a veces se relacionan con situaciones concretas, como las estaciones polínicas o el contacto con animales, polvo doméstico, etc. La frecuencia de las crisis varía entre los individuos e incluso en un mismo paciente, siendo los ataques de agudización inferior a uno cada dos meses (asma intermitente infrecuente) o superiores a los dos meses (asma intermitente frecuente).

55. a) Las tasas de morbilidad más elevadas se dan en los niños, pero las mayores tasas de enfermedad grave y mortalidad se dan en las personas de 65 o más años, o en pacientes de cualquier edad con patología crónica cardiorrespiratoria

Factores de susceptibilidad:

- *Edad: la gripe afecta a todos los grupos etarios. Las tasas de morbilidad más elevadas se dan en los niños, pero las mayores tasas de enfermedad grave y mortalidad se dan en las personas de 65 o más años, o en pacientes de cualquier edad con patología crónica cardiorrespiratoria.*
- *Sexo: […]*
- *Grupos étnicos: […]*
- *Profesión: […]*

56. a) Cada once años

Pandemias: se producen con una periodicidad que oscila alrededor de los 11 años y se deben a una variación mayor del virus gripal, frente a la que la población no tiene inmunidad. Se caracterizan por su elevada morbilidad y por una mortalidad variable, pero generalmente importante.

57. b) A los niños menores de nueve años que no hayan recibido nunca la vacuna de la gripe

Las vacunas inactivadas disponibles son trivalentes y pueden ser de virus enteros, de virus fraccionados y de antígenos de superficie. Todas son seguras e inmunógenas y tienen similar eficacia. Inducen inmunidad en el 60-90% de los niños y adultos; la inmunogenicidad es menor en ancianos. Su eficacia oscila entre el 70 y el 90% en adultos jóvenes y es menor en otros grupos de edad. En ancianos se observó que reducía las tasas de hospitalización y de muerte por complicaciones de la gripe. Algunas de las desventajas de las vacunas inactivadas son la pobre inducción de anticuerpos IgA en mucosas y de inmunidad celular, así como la baja inmunogenicidad y eficacia en los ancianos. Estas vacunas se administran por vía intramuscular. A los niños menores de 9 años que no hayan recibido nunca la vacuna de la gripe hay que administrarles dos dosis de vacuna de virus fraccionados (separadas por un intervalo de 4 semanas). En los restantes casos y en adultos, se administra una dosis única de vacuna entera o fraccionada.

58. a) Edad superior a cuarenta años

Factores de riesgo:

- *Antecedentes familiares de diabetes (uno de los padres o hermanos).*
- *Obesidad.*
- *Edad superior a 45 años.*
- *Diabetes gestacional o parto de un bebé con un peso mayor a 4 kg.*
- *Presión sanguínea alta.*
- *Niveles altos de triglicéridos en la sangre.*
- *Nivel alto de colesterol en la sangre.*

59. a) Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito

Síntomas de la diabetes tipo 1:

- *Aumento de la sed.*
- *Aumento de la micción.*
- *Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito.*
- *Fatiga.*
- *Náuseas.*
- *Vómitos.*

60. b) Es el tipo más frecuente

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), caracterizada por un defecto relativo de insulina y aumento de la resistencia a su acción, es el tipo más frecuente. Supone el 90-95% de la población con diabetes y el 5-10% de la población adulta. Suele aparecer de forma solapada e insidiosa, por lo que puede pasar desapercibida durante largos periodos de tiempo. Está muy ligada a la edad avanzada y al sobrepeso.

61. c) Superior o igual a 126 mg/dl

Categorías de riesgo de diabetes:

[…]

- *Glucemia en ayunas entre 110 mg/dl (5.6 mmol/l) y 125 mg/dl (6.9 mmol/l) (Glucemia Basal Alterada - GBA).*

[…]

62. d) Superior o igual a 190 mg/dl

Glucemia entre 140 mg/dl (7.8 mmol/l) y 199 mg/dl (11.0 mmol/l) a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 75 g (Tolerancia Alterada a la Glucosa - TAG)

63. b) De cuatro a seis horas

La insulina es administrada por vía subcutánea (el sistema digestivo destruye la hormona por lo que no puede utilizarse por vía oral). Es importante que este procedimiento se haga correctamente. Existen fundamentalmente dos tipos de insulina:

- *De acción rápida, que tiene un aspecto claro, como el agua. Su acción dura de cuatro a seis horas.*
- *De acción retardada, con aspecto lechoso, turbio. Su acción dura entre veintidós y veinticuatro horas.*

64. c) La biguanidas disminuyen la cantidad de azúcar producida por el hígado

Existen varios tipos de antidiabéticos orales. Unos retardan la absorción del azúcar en el intestino (acarbosa y similares). Otros estimulan la liberación de insulina por el páncreas (sulfanilureas, principalmente). Por último, otro grupo ayuda a aprovechar mejor la insulina por las células (biguanidas, tiazolidindionas). Los antidiabéticos orales solo son efectivos en los diabéticos tipo 2 cuyo páncreas produce algo de insulina. Los pacientes que guardan estas características suelen ser diabéticos adultos, con inicio de la enfermedad por encima de los cuarenta años, que llevan menos de diez años de evolución y si se están poniendo insulina, necesitan menos de 20-30 unidades al día para controlarse. No son útiles, por tanto, en la diabetes tipo 1 (del niño y del joven). Su empleo no debe hacerse hasta que se demuestre que la dieta y el ejercicio son insuficientes para el control. Su administración no justifica descuidar la dieta.

65. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los antidiabéticos no deben usarse en la diabetes tipo 1 durante la gestación y la lactancia, cuando existe importante afectación hepática, renal o complicaciones generales severas y en todos los casos de descompensación de la diabetes que curse con la aparición de acetona.

66. d) Los que llevan más de 10 años de evolución

En el pie diabético puede predominar el componente neuropático (pie caliente, sin sudor, insensible, con atrofia muscular, pulsos vivos y a veces subedema) o el isquémico (pie frío, pálido, piel fina, con ausencia de pulsos y aparición de dolor al elevarlo). Es la complicación de prevención más sencilla y fácil; sin embargo, la ulceración crónica del pie, que a menudo conduce a la amputación de dedos, pies o piernas, sigue siendo una causa importante de incapacidad crónica, estancia prolongada en hospital e invalidez. Los diabéticos de más riesgo son los que llevan más de 10 años de evolución, los fumadores, los que presentan síntomas y signos de neuropatía y/o vasculopatía o alteración de la estática del pie. Incrementan también el riesgo la higiene deficiente, el bajo nivel socieconómico, el aislamiento y la negación de la enfermedad.

67. b) Afecta a ambos sexos por igual

La macroangiopatía es la afectación arteriosclerótica de los vasos medianos y grandes. En el diabético tiene un inicio más temprano, una evolución más agresiva y afecta ambos sexos por igual. El exceso de riesgo cardiovascular que se observa en la DM se incrementa, aún más, con la coexistencia de otros factores de riesgo. Los pacientes con intolerancia a la glucosa presentan un mayor riesgo cardiovascular que la población general. Como en los no diabéticos, la microalbuminuria es un factor de predicción de enfermedad cardiovascular. La cardiopatía isquémica se caracteriza en el diabético por una elevada frecuencia de presentación atípica y enfermedad silente. En el infarto de miocardio la mortalidad es más alta, pero el pronóstico puede mejorar con un buen control en este período (Krans, 1992). La vasculopatía periférica puede existir hasta en el 50 % de los diabéticos tipo 2. Clínicamente se puede manifestar como la típica claudicación intermitente o como dolor en reposo que no mejora con la marcha.

68. a) Son de presentación lenta

Hipoglucemia es una situación en la que la concentración de glucosa en sangre es más baja de lo normal. Se desarrolla más frecuentemente en gente que se está administrando insulina o medicamentos hipoglucemiantes para tratar una diabetes. Los signos y síntomas son de presentación rápida. Entre ellos destacan la sudoración fría, temblor, debilidad, sensación de hambre, irritabilidad, etcétera. Más adelante aparece cefalea, confusión mental y hasta pérdida de conocimiento con convulsiones.

69. c) 5 – 6

Prevención:

- *Cumplir bien la dieta.*
- *Comer a horas fijas.*
- *Tomar todos los alimentos.*
- *Realizar 5-6 comidas al día.*
- *Inyectar la insulina a la misma hora.*

- *Realizar ejercicio físico regular. Si no es habitual tome medidas (ingiera algún alimento o baje la dosis de insulina).*
- *Llevar siempre azúcar encima; la necesidad se puede presentar inesperadamente.*

70. a) Normal o ligeramente aumentada

En las etapas iniciales, el diagnóstico se basa en la presencia de un bocio blando, simétrico y liso. Puede haber antecedentes de ingesta escasa de yodo o de ingestión de alimentos bociógenos, pero no en Estados Unidos. La captación tiroidea de yodo radiactivo puede ser normal o alta, con resultados normales en la gammagrafía tiroidea. Los resultados de las pruebas de la función tiroidea suelen ser normales. En la etapa tardía pueden aparecer múltiples nódulos y quistes. Deben determinarse los anticuerpos tiroideos para descartar la tiroiditis de Hashimoto como causa del bocio eutiroideo. En el bocio endémico, la TSH sérica puede estar ligeramente elevada y la T4 sérica puede ser normal en el límite inferior o ligeramente baja, pero la T3 está normal o está ligeramente aumentada.

71. a) Yoduro sódico radiactivo

Yoduro sódico radiactivo es la forma de tratamiento más frecuente para los pacientes con hipertiroidismo. No se ha demostrado que el radioyodo produzca un aumento de la incidencia de tumores, leucemia, cáncer tiroideo o defectos en los hijos de mujeres que quedaron embarazadas posteriormente.

72. d) Abdomen > deltoides > muslo > nalga o glúteo

Técnica de administración de insulina: tener presente en todo momento las reglas de administración segura de medicamentos. Según la localización anatómica hay una mayor o menor rapidez de absorción. El orden de mayor a menor es el siguiente:

ABDOMEN > DELTOIDES > MUSLO > NALGA o GLÚTEO

En aquellos pacientes a los que se les deba de administrar inyecciones subcutáneas constantemente, se rotará la zona de punción para evitar lipodistrofias.

73. d) Cara externa, tercio medio

La zona de punción elegida de tejido conjuntivo laxo sin grandes vasos ni nervios será:

- *Brazo: Cara externa, tercio medio.*
- *Glúteo: Parte superior y lateral de las nalgas.*
- *Abdomen: Zona media, excluir zona periumbilical.*
- *Muslos: Parte lateral y anterior.*

74. c) La insulina que primero se carga es la de acción prolongada y luego la regular

Cuando se utilicen mezclas de insulina no se debe modificar la secuencia en que las dos insulinas se cargan en la misma jeringa; generalmente se inyecta aire en el interior de ambos viales (regular e intermedia); la insulina que primero se carga es la regular y luego la de acción prolongada.

75. c) Bajen a un rango de 80 a 120 mg/ dl

El autocontrol de la glucosa en la sangre se hace verificando el contenido de glucosa en una gota de sangre. La prueba regular le informa al paciente como esta funcionado la dieta, el ejercicio y los medicamentos para controlar la diabetes. Los resultados pueden servir para ajustar las comidas, la actividad o los medicamentos a fin de mantener los niveles de azúcar en sangre dentro de un rango apropiado. Además, dichos resultados le suministran información valiosa al médico e identifican los niveles bajos y altos de azúcar en sangre antes de que se desarrollen problemas serios. La Asociación Estadounidense para la Diabetes recomienda que los niveles de azúcar en la sangre previos a las comidas bajen a un rango de 80 a 120 mg/ dl, los niveles de azúcar en la sangre a la hora de dormir bajen a un rango de 100 a 140 mg/dl. El médico puede adaptar esto dependiendo de las circunstancias de cada paciente.

76. d) Cuando el nivel de azúcar está por encima de 140 mg/dl

La prueba de cetonas es una segunda prueba que suele utilizarse en los diabéticos tipo 1. Las cetonas se acumulan en la sangre cuando no hay suficiente insulina en la diabetes tipo 1 y finalmente se "vierten" en la orina. La prueba de cetonas se hace en una muestra de orina. Los niveles altos de cetonas pueden producir una cetoacidosis. La prueba de cetona suele realizarse bajo las siguientes circunstancias:

- *Cuando el nivel de azúcar está por encima de 240 mg/dl*
- *Durante una enfermedad (como neumonía, ataque cardíaco, apoplejía)*
- *Cuando se presentan náuseas o vómitos.*
- *Durante el embarazo*

77. b) Grado 4

Clasificación de las lesiones de los pies (WAGNER):

- *Grado 0: sin lesión, pero pie de riesgo (callosidades, fisuras, hiperqueratosis).*
- *Grado 1: úlcera superficial, generalmente en superficie plantar, en cabeza de metatarsianos o espacio interdigital.*
- *Grado 2: úlcera profunda que interesa tejido celular subcutáneo, tendones y ligamentos, pero sin infección ni afectación ósea.*
- *Grado 3: úlcera profunda con celulitis, absceso u osteítis.*
- *Grado 4: gangrena localizada, generalmente en talón, dedos o zonas dista les del pie.*
- *Grado 5: gangrena extensa.*

78. d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

Con la obesidad se relacionan problemas tales como:

- *Diabetes Mellitus*
- *Enfermedades cardiovasculares*
- *Problemas respiratorios*
- *Enfermedades endocrinas*
- *Hipertensión*
- *Patologías musculoesqueléticas.*
- *Problemas sociales diversos, laborales, de pareja, soledad, aislamiento, etc.*
- *Problemas psicológicos como baja autoestima, sensación de ineficacia, depresión, etc.*

79. b) Que se disponga de un tratamiento eficaz y aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estado final

La prevención secundaria se basa en los cribados poblacionales y para aplicar estos han de darse unas condiciones predeterminadas definidas en 1975 por Frame y Carslon para justificar el screening de una patología:

- *Que la enfermedad represente un problema de salud importante con un marcado efecto en la calidad y duración del tiempo de vida.*
- *Que la enfermedad tenga una etapa inicial asintomática prolongada y se conozca su historia natural.*
- *Que se disponga de un tratamiento eficaz y aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estado inicial.*
- *Que se disponga de una prueba de cribado rápida, segura, fácil de realizar, con alta sensibilidad, especificidad, alto valor predictivo positivo, y bien aceptada por médicos y pacientes.*
- *Que la prueba de cribado tenga una buena relación coste-efectividad.*
- *Que la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento en el periodo asintomático disminuya la morbilidad y mortalidad global o cada una de ellas por separado.*

80. c) Prevención terciaria

Prevención terciaria es el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Es aplicar un tratamiento para intentar curar o paliar una enfermedad o unos síntomas determinados. El restablecimiento de la salud se realiza tanto en atención primaria como en atención hospitalaria. También se encuentra dentro de Prevención terciaria cuando un individuo, con base en las experiencias, por haber sufrido anteriormente una enfermedad o contagio, evita las causas iniciales de aquella enfermedad, en otras palabras, evita un nuevo contagio basado en las experiencias previamente adquiridas.

81. c) Prevención cuaternaria

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Son «las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables». Concepto acuñado por el médico general belga Marc Jamoulle y recogido en el Diccionario de medicina general y de familia de la WONCA.

82. c) La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no.

83. b) Educación para la salud individual

Tipos de intervención en promoción y educación para la salud a nivel de la comunidad local:

- *Consejo y asesoramiento: […].*
- *Educación para la salud individual: serie organizada de consultas educativas programadas que se pactan entre el profesional y el usuario.*
- *Educación para la salud grupal y/o colectiva […].*
- *Información y comunicación: […].*
- *Acción y dinamización social: […].*
- *Medidas de abogacía por la salud en la promoción de salud local: […].*

84. c) Entre diez y quince años antes

Hemos comprobado como la definición de pacientes pluripatológicos, pese a ser una definición basada en criterios patogénicos, es extremadamente sensible para identificar a la mayoría de los pacientes con necesidades complejas de salud, ya que la pluripatología es un desenlace al que apuntan todos los determinantes clásicos del enfermar y especialmente la causa de las causas, los determinantes sociales. No olvidemos que la multimorbilidad aparece entre 10 y 15 años antes en las personas de sectores sociales más deprimidos.

85. a) La primera causa de mortalidad en las mujeres y segunda en los hombres

Constituye la primera causa de mortalidad en las mujeres y segunda en los hombres y provoca el 10% de la mortalidad total (8% hombres y 13% mujeres). Es, además, la primera causa de invalidez permanente en el adulto, lo que la convierte en una enfermedad con un elevado coste socio-sanitario. A eso se suma el gran número de pacientes que están expuestos a padecer un nuevo episodio vascular, por lo general más grave que el primero.

86. d) Enfermera de familia

- *En todos los casos ha de estar identificado nominalmente dentro del EIP los siguientes profesionales: el médico de familia, la enfermera de familia, la enfermera gestora de caso, el internista hospitalario de referencia, enfermera hospitalaria y el referente de trabajo social del Centro de Atención Primaria.*
- *Según las circunstancias particulares del paciente deberán estar identificados los referentes de otras especialidades médicas, farmacéuticos, rehabilitadores, fisioterapeutas y otros profesionales que el EIP considere.*

87. b) Deterioro significativo de las actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton Brody menor o igual a 7 en varones y menor o igual a 5 en mujeres)

Se considerará como criterios de gestión de caso la presencia de alguna de las siguientes características en pacientes pluripatológicos:

- *Deterioro significativo de las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel menor de 55) o de las actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton Brody menor o igual a 5 en varones y menor o igual a 3 en mujeres o deterioro cognitivo (test de Pfeiffer mayor o igual a 5 errores).*

[…]

88. c) Mayor o igual a 7

PROFUND mayor o igual a 7.

89. c) Dos o más ingresos en el hospital en el último año

Dos o más ingresos en el hospital en el último año

90. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Todos los miembros del EIP tendrán una comunicación directa síncrona y asíncrona, incluyendo:

- *Acceso a toda la información de salud del paciente incluyendo la información de atención primaria, información hospitalaria, información de urgencias, así como la historia social siempre dentro del marco de la ley de protección de datos.*
- *Acceso a la posibilidad de elaborar documentos colaborativos.*

- *Acceso a un módulo de comunicación que permita la mensajería directa entre profesionales y la mensajería compartida entre varios profesionales.*
- *Posibilidad de realizar consultas telemáticas o virtuales y consultas puntuales síncronas ya sea por mensajería, teléfono o videoconferencia.*
- *Acceso a las agendas de consulta de todos los componentes del EIP. Se promoverá la realización de contactos personalizados entre los profesionales antes de realizar una interconsulta procediendo a ajustar las demoras a las necesidades del paciente incluidas consultas de alta resolución.*
- *Todos los profesionales del EIP podrán comunicarse directamente a través de teléfono móvil.*
- *Los componentes del EIP dispondrán de la posibilidad de organizar teleconferencias o videoconferencias.*
- *El internista de referencia participará en sesiones presenciales o por videoconferencia con el Equipo de Atención Primaria con un número óptimo de al menos 10 sesiones al año.*
- *Existirá un listado de pacientes incluidos en el PAI APP que estará accesible a todos los miembros del EIP.*

91. a) El internista de referencia participará en sesiones presenciales o por videoconferencia con el Equipo de Atención Primaria con un número óptimo de al menos 10 sesiones al año

Todos los miembros del EIP tendrán una comunicación directa síncrona y asíncrona, incluyendo:

- *Acceso a toda la información de salud del paciente incluyendo la información de atención primaria, información hospitalaria, información de urgencias, así como la historia social siempre dentro del marco de la ley de protección de datos.*
- *Acceso a la posibilidad de elaborar documentos colaborativos.*
- *Acceso a un módulo de comunicación que permita la mensajería directa entre profesionales y la mensajería compartida entre varios profesionales.*
- *Posibilidad de realizar consultas telemáticas o virtuales y consultas puntuales síncronas ya sea por mensajería, teléfono o videoconferencia.*
- *Acceso a las agendas de consulta de todos los componentes del EIP. Se promoverá la realización de contactos personalizados entre los profesionales antes de realizar una interconsulta procediendo a ajustar las demoras a las necesidades del paciente incluidas consultas de alta resolución.*
- *Todos los profesionales del EIP podrán comunicarse directamente a través de teléfono móvil.*
- *Los componentes del EIP dispondrán de la posibilidad de organizar teleconferencias o videoconferencias.*
- *El internista de referencia participará en sesiones presenciales o por videoconferencia con el Equipo de Atención Primaria con un número óptimo de al menos 10 sesiones al año.*
- *Existirá un listado de pacientes incluidos en el PAI APP que estará accesible a todos los miembros del EIP.*

92. c) Cardiopatía isquémica

Categoría A:

- *A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (síntomas con actividad física habitual).*
- *A.2. Cardiopatía isquémica.*

93. b) Dos o más

Se incluirán los pacientes crónicos con necesidades complejas de salud que cumplan al menos uno de los siguientes criterios:

1º. Cumplir los criterios de paciente pluripatológico, definido por la presencia de enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las siguientes categorías clínicas:

- *Categoría A: […]*
- *Categoría B: […]*
- *Categoría C: […]*
- *Categoría D: […]*
- *Categoría E: […]*
- *Categoría F: […]*
- *Categoría G: […]*
- *Categoría H: […]*

[…]

94. d) Alimentación por sonda de prescripción crónica (uno o más meses)

Cumplir una de las categorías de la definición de paciente pluripatológico y al menos uno de los criterios de complejidad de entre los siguientes:

1. *Trastorno mental grave (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, depresión mayor).*
2. *Polimedicación extrema (diez o más principios activos de prescripción crónica).*
3. *Riesgo sociofamiliar (puntuación en la escala de Gijón mayor a diez puntos).*
4. *Úlceras por presión en estadio II o superior.*
5. *Delirium actual o episodios de delirium en ingresos hospitalarios previos.*
6. *Desnutrición (IMC<18.5).*
7. *Alimentación por sonda de prescripción crónica (tres o más meses).*
8. *Dos o más ingresos hospitalarios en los doce meses previos.*
9. *Alcoholismo.*

95. d) Uno

Cumplir una de las categorías de la definición de paciente pluripatológico y al menos uno de los criterios de complejidad de entre los siguientes:

1. *Trastorno mental grave (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, depresión mayor).*
2. *Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica).*
3. *Riesgo sociofamiliar (puntuación en la escala de Gijón mayor a 10 puntos).*
4. *Úlceras por presión en estadio II o superior.*
5. *Delirium actual o episodios de delirium en ingresos hospitalarios previos.*
6. *Desnutrición (IMC<18.5).*
7. *Alimentación por sonda de prescripción crónica (3 o más meses).*
8. *Dos o más ingresos hospitalarios en los 12 meses previos.*
9. *Alcoholismo.*

96. b) Conocimientos, habilidades y actitudes

En la primera etapa se clasificaron de manera estratégica en Conocimientos, Habilidades y Actitudes, a efectos didácticos, y de exhaustividad.

97. c) Competencias específicas

En la actualidad nos centramos en las Competencias Específicas, que se ajustan a las competencias técnicas o funcionales que los/as profesionales tienen que garantizar a el/la paciente en el desarrollo de su proceso asistencial. Se orientarán, por tanto, a los resultados esperados y van encaminadas a la generación de un impacto en la atención que se presta a los/as usuarios/as y en el desarrollo individual de los/as profesionales.

98. a) El primero

A pesar de los avances logrados en las últimas décadas, el ictus continúa siendo el problema neurológico grave más frecuente del mundo. La incidencia del ictus es de 150-200 casos/100000 habitantes/año y su prevalencia de 8 casos/1000 habitantes.

99. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los pacientes pluripatológicos y personas que cuidan delegadas por él:

- *Participarán activamente en los diálogos abiertos para definir los objetivos, las acciones a realizar y en general en todo el proceso de toma de decisiones que afectan su salud.*
- *Tendrán acceso telemático a la información relevante de su estado de salud, así como, a todos los apartados de su PAP incluyendo, informes clínicos, tratamientos, recomendaciones y herramientas de ayuda a la toma de decisiones.*

- *Tendrán una identificación nominal de los miembros de su Equipo Interdisciplinar de Profesionales (EIP).*
- *Tendrán definidos de forma precisa los circuitos de acceso y comunicación con los profesionales del EIP.*
- *Tendrán la posibilidad de realizar consultas telemáticas con todos los profesionales del equipo interdisciplinar según protocolos específicos adaptados a la fase de su enfermedad.*
- *Tendrá constancia expresa de cuál de los miembros del EIP es el referente para la toma de contacto inicial en cada fase de su enfermedad. Por defecto el referente inicial será siempre el médico de familia o enfermera de familia.*
- *Podrán incorporar en su historia los autocontroles necesarios para el seguimiento de sus condiciones crónicas de salud.*

100. a) Primero

A pesar de los avances logrados en las últimas décadas, el ictus continúa siendo el problema neurológico grave más frecuente del mundo. La incidencia del ictus es de 150-200 casos/100000 habitantes/año y su prevalencia de 8 casos/1000 habitantes. Constituye la primera causa de mortalidad en las mujeres y segunda en los hombres y provoca el 10% de la mortalidad total (8% hombres y 13% mujeres). Es, además, la primera causa de invalidez permanente en el adulto, lo que la convierte en una enfermedad con un elevado coste socio-sanitario. A eso se suma el gran número de pacientes que están expuestos a padecer un nuevo episodio vascular, por lo general más grave que el primero.

TEST 15

Programa de atención a personas mayores. Cuidados de enfermería en las personas mayores. Cambios generales en los hábitos de vida. Envejecimiento saludable y activo. Prevención de accidentes y de trastornos del estado de ánimo. Relación con el entorno social y familiar. Recursos comunitarios y sociales para las personas mayores

1. Señale la característica incorrecta del concepto "envejecimiento activo":

a) Es exclusivo, pues solo afecta a personas que cumplan determinadas características

b) El término "activo" hace referencia solo a la actividad física u ocupacional

c) Incluye el contexto individual y social: los recursos personales y del entorno próximo, las redes de apoyo y la red de relaciones

d) Sustituye una planificación fundamentada en los derechos humanos y en la ética de los principios de equidad, dignidad y solidaridad por otra estratégica basada en necesidades

2. ¿El objetivo del envejecimiento saludable es?

a) Envejecer sano, sin enfermedades

b) Vivir el mayor tiempo posible

c) Vivir lo más posible con la mejor calidad de vida

d) No envejecer

3. Para que una persona con más de 65 años tenga independencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria, en el Índice de Barthel debe salir un valor:

a) Superior a 75

b) Superior a 80

c) Igual a 100

d) Igual a 50

4. El intervalo de tiempo para realizar una mamografía a las mujeres de entre 59 y 69 años autónomas para prevenir el cáncer de mama será de:

a) Un año

b) Dos años

c) Tres años

d) Cuatro años

5. ¿Qué puede evitar la aparición de la demencia en la vejez?

a) La medicación adecuada

b) La actividad intelectual y creativa

c) La genética

d) La adecuada alimentación

6. Señale la respuesta incorrecta en referencia a los cambios asociados al envejecimiento:

a) Son claramente perceptibles

b) Se inician de forma poco aparente

c) Se exteriorizan lentamente

d) No comienzan en cuanto se nace

7. ¿Qué envejecimiento es aquel que cumple unos parámetros aceptados en función de la edad del individuo, y sobre todo, le permiten una buena adaptación al medio?

a) Envejecimiento clónico

b) Envejecimiento lógico

c) Envejecimiento fisiológico

d) Envejecimiento social

8. Edad psicológica es:

a) Es la edad que se corresponde con el estado orgánico y funcional de los distintos aparatos de nuestro organismo

b) Es la edad que estaría en relación con las propias experiencias de lo vivido por cada uno

c) Es la edad que se asigna según el grupo social en que cada uno se desenvuelve

d) Es la edad de cada individuo en función del tiempo transcurrido desde su nacimiento

9. Indique la respuesta incorrecta. La aparición de las canas, como el propio debilitamiento y caída del cabello son signos muy ligados a:

a) Factores genéticos

b) Cambios hormonales

c) Predisposición racial

d) Ausencia de melanina

10. Señale la respuesta incorrecta en referencia al envejecimiento del tejido articular:

a) Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran

b) En el espacio articular hay una disminución del agua

c) En el espacio articular hay una disminución tejido cartilaginoso

d) Hay un aumento de movilidad por la debilidad articular

11. En el envejecimiento del corazón se produce:

a) Una atrofia del corazón

b) Una esclerosis del corazón

c) Una disminución de peso y volumen

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

12. Señale la respuesta incorrecta sobre el sistema urinario:

a) Hay un aumento del volumen renal

b) Hay un aumento del peso del riñón

c) Hay un aumento del número de nefronas

d) La vejiga pierde tono muscular reduciendo su capacidad

13. Indique la respuesta incorrecta respecto al sistema nervioso:

a) Las células del sistema nervioso no se reproducen

b) Con la edad, las células disminuyen en número

c) El cerebro pierde tamaño y peso

d) Hay un aumento de sensibilidad gustativa

14. El agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos se denomina:

a) Presbiacusia

b) Presbiopia

c) Cataratas

d) Queratocono

15. Según Ericsson, desde el nacimiento hasta la madurez hay:

a) Cuatro etapas

b) Seis etapas

c) Ocho etapas

d) Diez etapas

16. En el caso de la gripe, el índice de protección vacunal en el anciano es del:

a) 10 – 20 %

b) 20 – 30 %

c) 30 – 40 %

d) 40 – 50 %

17. ¿Qué hace más difícil la obtención de la historia clínica en el anciano?

a) Deterioro cognitivo

b) Agudeza sensorial

c) Agudeza cognitiva

d) Hiperactividad

18. Indica qué medicación puede causar un efecto negativo a un paciente asmático:

a) Ketorolaco

b) Paracetamol

c) Hipnóticos

d) Antibióticos

19. ¿Qué teoría defiende que para envejecer con salud se debe estar y mantener lo más activo posible?

a) Teoría de la inactividad

b) Teoría de la continuidad

c) Teoría de la actividad

d) Teoría de la funcionalidad

20. Señale la respuesta incorrecta. Los principales problemas que afectan a la vejez son:

a) La pobreza

b) Los cambios en el estado marital

c) La indiferencia de sus familiares

d) La soledad

21. La soledad afecta más a:

a) Hombres

b) Mujeres de la ciudad

c) Mujeres, en zonas rurales

d) Hombres, en zonas urbanas

22. ¿Qué factores no influyen en la forma de envejecer?

a) Situación financiera

b) Estado marital

c) Edad cronológica

d) Personalidad del sujeto

23. El envejecimiento subjetivo provoca:

a) Percepciones de impotencia

b) Inseguridad

c) Dificultad para adaptarse al medio

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

24. Dentro de las necesidades fundamentales primarias está:

a) Alimentación

b) Respiración

c) Higiene

d) Salud mental

25. Señale la respuesta correcta. Dentro de la necesidad de moverse y mantener una postura adecuada, son importantes una serie de habilidades:

a) Deambulación

b) Actividad física

c) Relación cama-sillón

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

26. Los responsables de promover la accesibilidad a los edificios:

a) Los técnicos y administraciones públicas

b) Los constructores

c) Los propios propietarios

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

27. Cuando un paciente anciano tiene la respiración más costal que diafragmática indica que:

a) Tiene un EPOC

b) El anciano es independiente respecto a la necesidad de respirar

c) Indica que un anciano es dependiente respecto a la hora de respirar

d) Presenta una enfermedad crónica respiratoria

28. Dentro de la necesidad de mantener una temperatura corporal dentro de los límites normales, se recomienda:

a) Mantener una temperatura corporal por debajo de 37°

b) Mantener una temperatura corporal por encima de 33°

c) Mantener una temperatura corporal de alrededor de 35°

d) Mantener una temperatura corporal de alrededor de 37°

29. Uno de los objetivos primordiales para la atención de enfermería gerontológica está basado en:

a) Diferenciar los cambios atribuibles al proceso de envejecer de las posibles manifestaciones de dependencia producidas por cualquier enfermedad de mayor incidencia en la población anciana

b) Determinar la necesidad de cambio de hábitos poco saludables en los ancianos

c) Identificar los estereotipos sociales con respecto a la ancianidad

d) Diferenciar, mediante la utilización de diversas escalas específicas, el grado de dependencia que produce el proceso de envejecimiento humano.

30. El ejercicio físico en el anciano previene la inmovilidad, incontinencia funcional, estreñimiento, impactación fecal… ¿Qué características deben de tener dichos ejercicios?

a) Regularidad, constancia y máximo esfuerzo

b) Regularidad y máxima amplitud de movimiento

c) Regularidad, constancia y adecuación a las limitaciones

d) Regularidad, máximo esfuerzo y constancia

31. Los instrumentos de valoración gerontológica:

a) Deben ser estáticos, a fin de reflejar perfectamente los cambios siempre en el mismo sentido

b) Deben incluir un inventario de actividades básicas e instrumentales

c) Deben incorporar elementos de ayuda y soporte

d) La escala de Tinetti mide las capacidades de realizar actividades de la vida diaria

32. La valoración de riesgo de caídas en los ancianos debe poner énfasis en:

a) Alteraciones sensoriales y recursos con los que cuenta

b) Alteraciones de la marcha y estado mental

c) Farmacoterapia y capacidades de comprensión de tratamiento

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

33. ¿En que no repercute la incontinencia?

a) Altera el patrón del sueño

b) No influye en el riesgo de caídas

c) Altera el patrón de la sexualidad

d) Aumenta el riesgo de caídas

34. ¿Qué es lo que más preocupa a la población al pensar en el envejecimiento?

a) Las arrugas

b) El querer valerse por sí mismo

c) Ser capaz de desplazarse de forma autónoma

d) Las respuestas b) y c) son correctas

35. ¿De quién es característica la llamada "marcha de pato"?

a) Es característica del hombre anciano

b) Es característica de la mujer anciana

c) Es característica en ancianos de ambos sexos

d) No es característica de ningún anciano

36. La incidencia anual de caídas entre personas ancianas:

a) Aumenta del 25 % entre los 65-70 años, al 35 % después de los 75

b) Aumenta del 35 % entre los 65-70 años, al 35 % después de los 75

c) Aumenta del 15 % entre los 65-70 años, al 35 % después de los 75

d) Aumenta del 25 % entre los 65-70 años, al 45 % después de los 75

37. El envejecimiento sobre el sistema nervioso produce:

a) Aumento de las aferencias propioceptivas

b) Aumento del tiempo de reacción

c) Aumento del reflejo de enderezamiento

d) Disminución del tiempo de reacción

38. ¿Cuál no se considera un factor de riesgo intrínseco en las caídas?

a) Alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad

b) El entorno o ambiente en el que se desarrolla la vida del anciano

c) Las alteraciones de la visión

d) El consumo de fármacos

39. Dentro de la prevención primaria una medida para evitar las caídas sería:

a) Evaluación de las caídas de repetición

b) Disminuir la presencia de incapacidad secundaria a la caída

c) Fisioterapia y rehabilitación de la marcha y del equilibrio

d) Educación para la salud y promoción de hábitos de vida saludables

40. Señale cuál de las siguientes no es una consecuencia de las caídas:

a) La fractura

b) Miedo a caer otra vez

c) Aumento de la confianza en sí mismo

d) Daños de tejidos blandos

41. ¿Cuál es el objetivo fundamental de los cuidados gerontológicos?

a) La prevención de las enfermedades geriátricas

b) La detección de los factores de riesgo de accidentes

c) La consecución del máximo grado de independencia en la satisfacción de las necesidades

d) La garantía de continuidad de la asistencia primaria

42. ¿Cuál no es un gran síndrome geriátrico?

a) Inmovilidad

b) Caídas

c) Incontinencia

d) Fractura de cadera

43. ¿Cuál de los siguientes cambios no es atribuible a la edad del paciente?

a) Deshidratación de las encías

b) Atrofia de la mucosa gástrica

c) Aparición de varicosidades

d) Aumento de la secreción de la saliva

44. La disfagia no produce:

a) Malnutrición

b) Dependencia

c) Aspiración

d) Odinofagia

45. Indique el origen más frecuente de la gastritis en los ancianos:

a) Abuso de alcohol

b) Consumo de tabaco

c) Ingesta de polifarmacia

d) Infección por TBC

46. Los datos que debemos recoger en una valoración de salud mental serán:

a) Los datos objetivos

b) Los datos subjetivos

c) Los datos subconscientes

d) Los datos objetivos y subjetivos

47. Dentro de las alteraciones del contenido del pensamiento, podemos encontrar todas excepto:

a) Delirio erotomaníaco (erótico)

b) Celotípico

c) Suspicacia

d) Megalomanía

48. La pérdida de memoria es:

a) Una respuesta fisiológica del envejecimiento

b) El resultado de algún síndrome patológico

c) La más grave consecuencia del delirium

d) Un episodio transitorio de la ancianidad

49. El segundo trastorno más incapacitante en el anciano es:

a) Depresión

b) Demencia

c) Delirio

d) Amnesia

50. La hipocondriasis consiste en:

a) La sensación de tener una patología en el hipocondrio

b) Una disminución del equilibrio mental

c) Una respuesta disminuida al dolor debido a un bajo funcionamiento del sensorio

d) La creencia de padecer una o más enfermedades graves

51. El tratamiento de la depresión en el anciano se basa en:

a) Terapia medicamentosa exclusivamente

b) Terapia cognitivo-conductual

c) Terapia psicoanalítica previa a la medicación

d) Control de la ansiedad

52. Las habilidades de comunicación con el anciano suspicaz, cuando presenta conducta violenta, implican:

a) Órdenes complejas de fácil resolución

b) Mantenerse firmes en las decisiones, puños cerrados para demostrar firmeza.

c) Intentar contenerlo físicamente, mientras llega ayuda

d) Evitar discutir o defenderse

53. La ansiedad en los ancianos:

a) Se presenta con mayor frecuencia que en adultos jóvenes

b) Se presenta con menor frecuencia que en adultos jóvenes

c) Es poco frecuente en ancianos

d) Es un problema frecuente en ancianos siempre de origen primario

54. Indique la respuesta incorrecta. Los aspectos a valorar en salud mental son todos los siguientes:

a) Sensorio

b) Conciencia

c) Memoria

d) Precognición

55. La evaluación sociocultural comprende:

a) Aspectos sociales

b) Aspectos culturales

c) Aspectos sociales y culturales

d) Aspectos sociales, culturales y espirituales

56. ¿Cuál es el fenómeno social de mayor impacto del siglo?

a) El envejecimiento

b) La droga

c) El fútbol

d) Los tratamientos oncológicos

57. ¿Cuántos tipos de envejecimiento existen?

a) Tres

b) Dos

c) Uno, el psicológico

d) Uno, el sociológico

58. ¿Cómo envejecen los países desarrollados?

a) Rápidamente

b) No envejecen

c) Gradualmente

d) Estructuralmente

59. ¿Qué acentúa el envejecimiento?

a) La capacidad de audición

b) Los problemas sociales

c) La incontinencia

d) Las diferencias biopsicosociales

60. ¿En qué se traduce la mayor longevidad femenina?

a) Cambios en el estado civil y económico

b) Cambios en el estado económico

c) Cambios en el estado civil

d) Menor gasto mayor consumo

61. ¿Cómo se concibió la jubilación?

a) Como una reivindicación de los patrones

b) Como una protección del Estado

c) Como la reivindicación de los trabajadores

d) Como un sostén económico

62. ¿El envejecimiento del ser humano es?

a) Proceso artificial

b) Proceso natural que conlleva el deterioro progresivo del individuo

c) Procesos que acelera el deterioro del individuo

d) Proceso de decadencia de la persona

63. ¿La vejez se define como?

a) Conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones

b) Una etapa del individuo

c) Conjunto de méritos de un individuo

d) La etapa de desarrollo del ser humano

64. ¿Cuántos periodos de envejecimiento existen según Gognalons?

a) Dos

b) Cuatro

c) Tres

d) Solo se define un periodo

65. ¿Desde el punto de vista económico la teoría de la modernización destaca?

a) La potenciación del trabajo del anciano

b) El declive del ser humano

c) La descalificación en el ámbito laboral del anciano

d) Falta de formación

66. ¿Cuántos factores intervienen en el envejecimiento mental normal?

a) Tres factores

b) El declinar progresivo y la transformación del medio familiar

c) Cuatro

d) Solo el deterioro de las funciones físicas

67. ¿El deterioro progresivo de las propias funciones físicas es?

a) Un valor

b) Una limitación importante para la persona.

c) El causante de la depresión en el anciano

d) Un factor que causa el envejecimiento mental normal

68. ¿Cuál es una de las etapas de la vejez?

a) La depresión

b) La menopausia

c) El duelo

d) La pérdida

69. ¿Una capacidad alcanzable que permite vivir con las necesidades básicas cubiertas y buena salud es?

a) La calidad de vida

b) La jubilación

c) La certeza de ser útil

d) La pensión

70. La calidad de vida en la ancianidad tiene relación con:

a) Con la seguridad económica

b) Con la inclusión social

c) Con la inclusión social y la seguridad económica

d) La autorrealización y sentirse útil

71. ¿La longevidad es un periodo de vida corto?

a) No es necesariamente corto

b) Pasa muy deprisa

c) Abarca una cuarto o un quinto de nuestra existencia

d) No es necesariamente corto, puede abarcar un cuarto o un quinto de nuestra vida

72. ¿Qué ha cambiado la longevidad creciente?

a) Cambios en las relaciones sociales

b) Cambios en la fertilidad y en mortalidad

c) Cambios en los nacimientos de individuos

d) Cambios en la fertilidad, mortalidad y la inmigración

73. Una emoción no inherente al proceso normal de envejecimiento es:

a) La tristeza

b) La depresión

c) La falta de recursos sociales

d) La falta de movilidad física

74. ¿Cada edad en la vida le corresponde?

a) Un conjunto de valores

b) Un conjunto de valores y deberes.

c) Un conjunto de derechos, deberes, fortalezas y tareas

d) Un conjunto de trabajo y descanso

75. ¿La vejez es un periodo donde puede encontrarse el anciano?

a) A sí mismo

b) A los demás

c) A los antiguos compañeros

d) A la soledad

76. ¿Ser anciano es solo tener más recuerdos?

a) Sí, aunque muchas veces están distorsionados

b) No solo es esto, sino que tiene más imaginación

c) No es solo esto, sino tener más experiencias que interpretar e integrar

d) Es tiempo de aprender lo que no has realizado antes

77. La vejez es el momento de:

a) Terminar de realizarse

b) De aprender un nuevo oficio

c) De descansar de toda la vida de trabajo

d) De valorar las deficiencias físicas

78. ¿Referente a los valores de espíritu la vejez?

a) Te da más respuestas

b) Son un apoyo moral para la persona

c) Da sentido a la existencia

d) No tiene razón de ser

79. ¿Cuál es el papel del adulto mayor?

a) Innegable

b) Indiferente

c) Insustituible

d) Indistinto

80. ¿Tenemos la responsabilidad de envejecer bien para?

a) Para trasmitir valores

b) Para cuidar de los nietos

c) Lastrar lo menos posible a la sociedad

d) Para transmitir que es una etapa fecunda

81. ¿Los familiares y amigos proporcionan a los cuidadores una ayuda suficiente?

a) En ocasiones no es suficiente y se necesitan otras alternativas

b) No se necesitan asociaciones

c) No se necesitan recursos sociales

d) Sí, siempre dando autosuficiencia

82. ¿Qué podremos encontrar los cuidadores en las entidades?

a) Gestión de ingresos

b) Información sobre los recursos y la gestión de acceso a estos

c) Información de los recursos

d) Información sobre la Ley de dependencia

83. ¿Es un derecho de la persona mayor?

a) Un hospital de referencia para su atención urgente

b) Una residencia de ancianos

c) Un hospital de día

d) Una unidad de larga estancia

84. ¿Qué ha demostrado la geriatría?

a) Los valores del cuidado y tratamiento

b) Que es de mayor resolución que otras especialidades medicas

c) Que disminuye la mortalidad, dependencia y el ingreso

d) La atención integral del paciente

85. ¿En qué está fundamentada la asistencia geriátrica?

a) En el trabajo interdisciplinario y la atención al anciano a través de diferentes niveles asistenciales

b) En las enfermeras

c) En los médicos

d) En las trabajadoras sociales y terapeutas ocupacionales

86. ¿De qué manera se da cumplimiento a la asistencia a la persona mayor?

a) Con la atención inmediata

b) La continuidad de cuidados

c) Con los servicios sociales

d) Con la Ley de dependencia

87. ¿Qué es una unidad geriátrica de agudos?

a) Relacionado con la hospitalización de procesos agudos o reagudos de procesos crónicos

b) Un centro de reunión

c) Una unidad quirúrgica de ancianos

d) Un lugar de estancia de pacientes crónicos

88. ¿Qué es unidad de media estancia?

a) Acoge a personas mayores para continuidad de cuidados

b) Acoge a los pacientes con problemas tumorales

c) Los pacientes que no pueden ingresar en una unidad de agudos

d) Acoge a pacientes diagnosticados que han pasado la fase aguda

89. ¿Cuál es el objetivo principal de una unidad de media estancia?

a) Que el anciano recupere su independencia para las actividades básicas de la vida diaria

b) Que el anciano lleve una vida totalmente normal

c) Que el anciano recupere su estado general normal

d) Que el anciano pueda alcanzar un grado elevado de movilidad

90. ¿El hospital de día atiende a los ancianos?

a) Ingresados

b) De manera ambulatoria

c) En ambulancia

d) Con cariño

91. ¿El equipo multidisciplinar está constituido por?

a) Por enfermeras y médicos especialistas

b) Por fisioterapeutas, enfermeras y trabajadores sociales

c) Médicos especialista, personal de enfermería, trabajadores social y personal rehabilitador

d) Por Fisioterapeutas y médicos especialistas

92. ¿Con qué periodicidad se asiste al hospital de día?

a) Dos o tres veces a la semana en horario diurno

b) Tres o cuatro veces en horario nocturno

c) Tres o cuatros en horario diurno

d) A diario

93. ¿Qué son las residencias de ancianos?

a) Centros de convivencia diurna

b) Una segunda vivienda

c) Centros de alojamiento y convivencia

d) Centros de alojamientos de varios días

94. ¿Quiénes se benefician de una unidad geriátrica asistencial?

a) Las personas poco dependientes

b) Ancianos frágiles o pacientes geriátricos imposibilitados

c) Las personas con alguna deficiencia física

d) Las personas independientes

95. ¿Cuáles son los objetivos de una unidad geriátrica?

a) La asistencia integral para mantener al anciano en su medio

b) Cuidar a los pacientes mayores con necesidades

c) Curar las enfermedades colaterales

d) Asistir al paciente posquirúrgico

96. ¿Las plazas residenciales pueden ser?

a) Cofinanciadas y privadas

b) Públicas o cofinanciadas

c) Pública o privada

d) Privadas, públicas o cofinanciadas

97. ¿Las residencias públicas son atendidas?

a) Por su propio personal

b) Por la comunidad

c) Por el ayuntamiento

d) Por personal propio de la comunidad o del ayuntamiento o bien por una empresa privada

98. ¿Cuáles son requisitos de una plaza pública en una residencia?

a) Mayor de 60 años

b) No padecer ninguna enfermedad infectocontagiosa

c) Alcanzar la puntuación, pensionista, tener 60 años y no tener enfermedades contagiosas

d) Ser pensionista

99. ¿Qué cubre una estancia temporal en una residencia?

a) La comida

b) Atender problemas circunstanciales

c) El alojamiento

d) Los servicios básicos asistenciales

100. ¿Cuáles son los principales recursos de atención social?

a) Asociaciones y centros

b) Centros y personal sanitario

c) Centros, asociaciones y personal sanitario

d) Asociaciones y personal sanitario

SOLUCIONES TEST 15

1. c) Incluye el contexto individual y social: los recursos personales y del entorno próximo, las redes de apoyo y la red de relaciones

En el marco de la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, se define el concepto de envejecimiento activo como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen". Este concepto incorpora las siguientes características:

- *Es universal e inclusivo, pues no solo afecta a personas que cumplan determinadas características, sino que incluye precisamente a personas frágiles, personas con alguna discapacidad o en situación de dependencia.*
- *El término "activo" hace referencia no solo a la actividad física u ocupacional, sino que pretende dar sentido y dotar de proyecto a todas las etapas del ciclo vital.*
- *Incluye el contexto individual y social: los recursos personales y del entorno próximo, las redes de apoyo y la red de relaciones.*
- *Sustituye una planificación estratégica basada en necesidades por otra fundamentada en los derechos humanos y en la ética de los principios de equidad, dignidad y solidaridad.*

2. c) Vivir lo más posible con la mejor calidad de vida

El objetivo del envejecimiento saludable se traduce en vivir lo más posible con la mejor calidad de vida posible

3. c) Igual a 100

Persona mayor autónoma:

- *Persona mayor sana y autónoma*
- *Persona mayor con enfermedades crónicas sin alteración de la funcionalidad*
- *Se definirían por Índice de Barthel=100: independencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria.*

4. b) 2 años

Actuaciones en prevención:

[…]

- *Cáncer de mama (población: mujeres de 50 - 69 años/ Prueba de cribado: mamografía. Intervalo: 2 años).*

[…]

5. b) La actividad intelectual y creativa

Mantener una adecuada actividad tanto intelectual como en el ámbito artístico. Esto puede evitar la demencia más común, que se llama enfermedad de Alzheimer

6. a) Son claramente perceptibles

Los cambios anatomofisiológicos a lo largo de la vida se producen desde que el individuo nace y son claramente perceptibles en los primeros años de la vida, sin embargo, los cambios asociados al proceso del envejecimiento se inician de forma poco aparente y se exteriorizan lentamente.

7. c) Envejecimiento fisiológico

Envejecimiento fisiológico es aquel que cumple unos parámetros aceptados en función de la edad del individuo y, sobre todo, le permiten una buena adaptación al medio, y por "envejecimiento patológico" cuando la incidencia de procesos (fundamentalmente la enfermedad) altera esos parámetros y dificultan o impiden la correspondiente adaptación.

8. b) Es la edad que estaría en relación con las propias experiencias de lo vivido por cada uno

Es la edad que estaría en relación con las propias experiencias de lo vivido por cada uno

9. d) Ausencia de melanina

Con respecto al cabello hay una disminución en la velocidad del crecimiento, y la ausencia de melanina en el folículo piloso es la causa de la falta de coloración. Tanto la aparición de las canas como el propio debilitamiento y caída del cabello son signos muy ligados, en general, a factores genéticos, cambios hormonales y predisposición racial.

10. d) Hay un aumento de movilidad por la debilidad articular

Envejecimiento articular: las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran y las superficies de la articulación entran en contacto, aparece el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos. En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso.

11. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El corazón sufre un proceso de atrofia y esclerosis, y disminuye en peso y volumen. La elasticidad de los vasos sanguíneos se reduce por el aumento de los depósitos calcáreos en las paredes vasculares.

12. b) Hay un aumento del peso del riñón

Las modificaciones morfológicas del riñón durante el envejecimiento son parecidas a las que se observan a nivel de los demás órganos, con reducción de peso y volumen, y pérdida de capacidad en la concentración de orina. Hay una disminución del número de nefronas, que puede ser de hasta el 50 %, esclerosis de los glomérulos, dilatación de los túbulos y aumento del tejido intersticial. Se produce un debilitamiento del esfínter uretral, la vejiga pierde tono muscular reduciendo su capacidad y no hay un vaciamiento total de esta, por lo que después de la micción queda un resto de orina (orina residual), lo que condiciona la frecuencia de aparición de infecciones y la necesidad de miccionar frecuentemente.

13. d) Hay un aumento de sensibilidad gustativa

Modificaciones del sistema nervioso: las células del sistema nervioso no se pueden reproducir, y con la edad disminuyen su número. El grado de pérdida varía en las distintas partes del cerebro, algunas áreas son resistentes a la pérdida (como el tronco encefálico). Una modificación importante es el depósito del pigmento del envejecimiento lipofuscina en las células nerviosas, y el depósito sustancia amiloide en las células. Existen mecanismos compensadores que se ponen de manifiesto cuando existe una lesión, estos son menores. El cerebro pierde tamaño y peso, se pierde tono al perder neuronas y existe un enlentecimiento de los movimientos. A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad (gustativa, dolorosa, etc.…) y aparece el temblor senil.

14. b) Presbiopia

Presbiopia es el agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos.

15. c) Ocho etapas

Se definen ocho etapas desde el nacimiento hasta la madurez (identifica los desarrollos completos e incompletos de cada etapa).

16. c) 30 – 40 %

Existe una menor resistencia a las infecciones y una menor respuesta a las vacunas. En el caso de la gripe, el índice de protección vacunal baja de un 65-80 % en jóvenes a un 30-40 % en ancianos.

17. a) Deterioro cognitivo

En los pacientes ancianos, la historia clínica es más difícil de obtener, ya que con frecuencia presentan deterioro cognitivo, déficit sensorial, lentitud y fatiga, que complican la anamnesis. La exploración física es igualmente más compleja y laboriosa. Los signos clínicos son más sutiles y a veces no es fácil distinguir los hallazgos patológicos de los cambios fisiológicos producidos por el envejecimiento. Es frecuente también que los trastornos de la movilidad hagan imposible, o al menos difícil, la adopción de determinadas posturas para realizar alguna prueba diagnóstica.

18. c) Hipnóticos

Los hipnóticos que ayudan a los ancianos a conciliar el sueño pueden afectar al paciente con asma. Este tipo de drogas sedantes hace que la respiración sea más lenta y menos profunda, lo que puede resultar peligroso para quienes tienen una afección respiratoria como el asma.

19. c) Teoría de la actividad

La teoría de la actividad postula que para envejecer con salud se debe estar y mantener lo más activo posible.

20. c) La indiferencia de sus familiares

Los principales problemas sociales que acontecen en la vejez son:

- *La pobreza.*
- *Los problemas con la vivienda.*
- *Los cambios en el estado marital.*
- *La soledad.*
- *La actitud de la sociedad hacia los ancianos.*

21. c) Mujeres, en zonas rurales

La soledad es una situación que afecta más a las mujeres y a las zonas rurales.

22. c) Edad cronológica

Los factores como la salud, la situación financiera y el estado marital influyen en la forma de envejecer y la personalidad de cada sujeto determina cómo afectan estos factores al envejecimiento de cada uno (Neugarten, 1988).

23. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Hay dos formas de envejecer: una objetiva, que sería aquella en la que se observan los múltiples cambios de la vejez, y otra subjetiva, caracterizada por la aparición de «sentimientos de limitación», por haberse llegado a una etapa vital en la que no es posible la libertad de elegir. El envejecimiento subjetivo provoca percepciones de impotencia, de inseguridad y de dificultad para adaptarse al medio.

24. b) Respiración

La necesidad de respirar es la más primaria de las necesidades fundamentales.

25. a) Deambulación

El mantenimiento de esta necesidad requiere, por parte del organismo, la capacidad de integrar habilidades motoras finas y gruesas que le permitan realizar AVD. Ya sea deambulación, alineación corporal, autocuidados (alimentación, acicalamiento o baño).

26. a) Los técnicos y administraciones públicas

Es tarea de los técnicos y administraciones públicas el proveer de accesibilidad a los edificios, de manera que ante el envejecimiento de la población residente no suponga un obstáculo a la independencia de estas personas

27. c) Indica que un anciano es dependiente respecto a la hora de respirar

Se indica que un anciano es dependiente respecto a la necesidad de respirar cuando presenta cambios en la función respiratoria como:

- *Tendencia a una respiración menos profunda (más costal que diafragmática).*
- *Cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorios.*
- *Tos irritativa, de menor fuerza y menos efectiva.*
- *Cansancio fácil y/o fatiga.*
- *Suspiros frecuentes.*
- *Dificultad respiratoria que, en situaciones de mayor demanda, requiere hacer uso de músculos accesorios.*
- *Ruidos respiratorios de diferente intensidad y modalidad: estertores, roncus, sibilancias, etc.*
- *No es capaz de mantener en su entorno más próximo (domicilio) un ambiente limpio, ordenado, saludable y libre de contaminación.*
- *Presenta cierto grado de palidez, frialdad y/o cambios de color (cenicienta) en zonas distales.*

28. c) Mantener una temperatura corporal de alrededor de 35°

Mantiene una temperatura corporal de alrededor de 35 °C (tomada en axila durante 10 minutos y con una temperatura ambiental de entre 18-23 °C.

29. a) Diferenciar los cambios atribuibles al proceso de envejecer de las posibles manifestaciones de dependencia producidas por cualquier enfermedad de mayor incidencia en la población anciana

Es imprescindible que la enfermera diferencie, mediante la valoración, las manifestaciones propias del proceso de envejecimiento de los aspectos consecuentes de la enfermedad. Para ello, deberá profundizar en el análisis de los cambios individuales, identificando el alcance de los mismos.

30. c) Regularidad, constancia y adecuación a las limitaciones

Las bases para la consecución de los objetivos que se persiguen con la práctica de ejercicio físico, en los ancianos, son a constancia en la realización, la regularidad en la práctica y la imitación del ejercicio a las posibilidades reales de cada persona que lo práctica.

31. b) Deben incluir un inventario de actividades básicas e instrumentales

Si se valoran las actividades básicas e instrumentales pueden determinarse las capacidades conservadas del anciano y su capacidad de respuesta.

32. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Por el hecho de la multicausalidad factorial, hay que establecer de forma muy explícita la valoración del riesgo para determinar si aparecen factores favorecedores de caídas.

33. b) No influye en el riesgo de caídas

La incontinencia es una de las manifestaciones de dependencia que repercute en la mayoría de actividades de la vida diaria y que genera mayores problemas de aislamiento, higiene y falta de autonomía.

34. d) Las respuestas b) y c) son correctas

Al analizar resultados de algunas encuestas realizadas sobre envejecimiento, suele haber un problema que se repite y que es el más preocupante para la sociedad: el querer valerse por sí mismo llegando a ser independiente para poder realizar las Actividades de la Vida diaria y ser capaz de desplazarse de forma autónoma.

35. b) Es característica de la mujer anciana

Parece que existen diferencias en cuanto al sexo. Así, en la mujer anciana, la velocidad todavía es menor que en el varón y la longitud de los pasos suele ser más pequeña. Las mujeres ancianas suelen tener una base de sustentación más pequeña y deambulación a pasos pequeños que ocasionan una marcha pélvica característica llamada "marcha de pato".

36. a) Aumenta del 25 % entre los 65-70 años, al 35 % después de los 75

La incidencia anual de caídas entre personas ancianas que viven en la comunidad aumenta del 25 % entre los 65 – 70 años, al 35 % después de los 75. La mitad de las personas mayores que se caen lo hacen repetidas veces.

37. b) Aumento del tiempo de reacción

El efecto del envejecimiento sobre el sistema nervioso produce disminución de las aferencias propioceptivas, del reflejo de enderezamiento y aumento del tiempo de reacción

38. b) El entorno o ambiente en el que se desarrolla la vida del anciano

Los factores de riesgo intrínsecos se refieren a aquellas alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, con las enfermedades (agudas o crónicas) y consumo de fármacos, que facilitarían la producción de una caída. Cabe también incluir las alteraciones de la visión, la función propioceptiva (estabilidad en los cambios de posición), la función vestibular (orientación espacial), alteraciones musculoesqueléticas (osteoporosis, aosteoartritis, debilidad muscular) y otros procesos patológicos cardiovasculares, neuropsiquiátricos y sistémicos que se asocian a un mayor riesgo de caídas.

39. d) Educación para la salud y promoción de hábitos de vida saludables

La prevención primaria son aquellas medidas encaminadas a evitar la caída:

- *Educación para la salud y promoción de hábitos de vida saludables.*
- *Disminución del riesgo ambiental.*

40. c) Aumento de la confianza en sí mismo

Las consecuencias psíquicas más frecuentes de las caídas son: miedo a caer otra vez, o un estado continuo de ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo, aislamiento social, y restricción de las actividades de la vida diaria.

41. c) La consecución del máximo grado de independencia en la satisfacción de las necesidades

Los cuidados que presta enfermería a las personas ancianas tienen como último objetivo la consecución del máximo grado de independencia posible, según as capacidades individuales, en la satisfacción de las necesidades o en las actividades de la vida diaria.

42. d) Fractura de cadera

Los grandes síndromes geriátricos son la inmovilidad, las caídas, la incontinencia y el deterioro cognitivo.

43. d) Aumento de la secreción de la saliva

En el anciano se produce una reducción de la secreción de la saliva, el bolo de comida se torna más seco y dificulta su deglución.

44. d) Odinofagia

La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir los alimentos líquidos y/o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución. Debe diferenciarse de la odinofagia que es el dolor desencadenado por la ingesta de determinados alimentos, especialmente líquidos fríos o calientes.

45. c) Ingesta de polifarmacia

Las causas más frecuentes de la gastritis son el abuso del alcohol, el tabaco y las bebidas excitantes (café, té, refrescos de cola), una secreción excesiva de ácido clorhídrico en el jugo gástrico, y varias infecciones entre las que se encuentran la sífilis, la tuberculosis y algunas infecciones fúngicas. Se ha demostrado recientemente que la bacteria Helicobacter Pylori está presente en la mucosa gástrica y duodenal hasta en el 80 % de los pacientes con gastritis y úlceras. El estrés psicológico también está implicado en el desarrollo de la gastritis. En los ancianos cobra especial importancia su relación con el uso de determinados fármacos, como el ácido acetil salicílico y otros.

46. d) Los datos objetivos y subjetivos

Es importante en una recogida de datos de problemas de salud mental tener en cuenta tanto los datos objetivos como los subjetivos.

47. c) Suspicacia

Los problemas del contenido tienen que ver con el "qué" piensa (la idea) y su máximo exponente psicopatológico es el delirio, el cual puede ser:

- *Depresivo (hipocondríaco, ruina, culpa...).*
- *Persecutoria.*
- *Mística y de posesión.*
- *Megalomaníaca o de grandeza.*
- *Celotípica.*
- *Erótica.*

48. b) El resultado de algún síndrome patológico

La pérdida de memoria se ha atribuido a un proceso normal del envejecimiento, y nada más lejos de la realidad. La literatura científica nos demuestra que un anciano en condiciones de salud óptimas mantiene su nivel cognitivo a niveles similares a los de la población general. Es cierto que es más prevalente en este grupo poblacional los problemas cognitivos y derivados de la pérdida de memoria, pero no es por un deterioro inherente a la naturaleza humana, sino a ciertos síndromes que provocan tales alteraciones, como pueden ser las demencias.

49. a) Depresión

La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y, probablemente, el segundo trastorno más incapacitante en la población anciana.

50. d) La creencia de padecer una o más enfermedades graves

Es uno de los trastornos somatoformes más frecuentes entre los ancianos. Se trata de la creencia de padecer una o más enfermedades graves. El examen no revelará, como norma general, anormalidades suficientes que expliquen la gravedad y extensión de los síntomas dados, sin que estos lleguen a tener la gravedad de un trastorno psicótico con ideas delirantes somáticas.

51. b) Terapia cognitivo-conductual

El tratamiento de la depresión en el anciano se hace mediante terapias cognitivo-conductuales, pues existe evidencia científica sobre su efectividad. Estas terapias pueden darse de forma simultánea con la medicación.

52. d) Evitar discutir o defenderse

Para prevenir la conducta agresiva del anciano suspicaz, debemos tener en cuenta:

- *Desarmar psicológicamente al anciano, ayudándole a expresar sus miedos.*
- *Distraer la atención del anciano. Una persona debe hablar al anciano agitado de forma tranquila, para distraer su atención de las amenazas percibidas en su área circundante.*
- *Dirigirse al anciano en términos simples, incluso para las conductas más simples. Los pacientes ancianos suspicaces tienen dificultades para interpretar procedimientos complejos.*
- *Comunicarse de forma clara y concisa. El paciente anciano suspicaz tiene una capacidad disminuida de recibir y organizar la información compleja.*
- *Comunicar las expectativas. Una orden firme en términos simples, dada al anciano suspicaz, es esencial para controlar la conducta agresiva.*
- *Evitar discutir o defenderse. Las discusiones entre el personal y el anciano agitado solo aumentan el miedo y la agitación del paciente.*
- *Evitar el lenguaje corporal amenazador. El personal debe moverse despacio, de forma predecible y con respeto dentro del espacio personal del anciano suspicaz.*
- *Deben evitarse gestos amenazadores (como los puños cerrados).*
- *Mantenerse a una distancia prudencial del anciano agitado, hasta que se disponga de ayuda.*
- *Ningún miembro del personal debe intentar controlar en solitario al anciano agitado, aunque sea de complexión pequeña.*

53. b) Se presenta con menor frecuencia que en adultos jóvenes

Es un problema frecuente en ancianos, en ocasiones secundaria a otros problemas (como el hipertiroidismo) y otras veces aparece como síntoma primario, como en la ansiedad generalizada. No obstante, los trastornos de ansiedad se presentan con una frecuencia relativamente menor que en individuos de otras edades.

54. d) Precognición

Toda valoración de salud mental debe incluir las siguientes áreas:

- *Sensorio.*
- *Conciencia.*
- *Atención-concentración.*
- *Memoria.*
- *Orientación.*
- *Percepción.*
- *Pensamiento y lenguaje.*

55. d) Aspectos sociales, culturales y espirituales

Se centra en aspectos culturales, sociales y espirituales. Dentro de este apartado podemos tener en cuenta la edad, raza y/o cultura, educación, ingresos, normas, creencias, relaciones interpersonales...

56. a) El envejecimiento

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo

57. b) Dos

Hay dos tipos de envejecimiento: el psicológico y el sociológico.

58. c) Gradualmente

El envejecimiento de los países desarrollados ha sido gradual durante todo un siglo mientras que los países en desarrollo envejecen rápidamente en treinta años.

59. d) Las diferencias biopsicosociales

El proceso de envejecimiento acentúa las diferencias biopsicosociales entre los individuos y en los países menos desarrollados también acentúa las desigualdades socioeconómicas y de género.

60. a) Cambios en el estado civil y económico

La mayor longevidad femenina se traduce en cambios en el estado civil y económico. El porcentaje de viudas es cerca del triple o más que el de los hombres

61. c) Como la reivindicación de los trabajadores

Aunque la jubilación se concibió como una reivindicación de los trabajadores, en la práctica se ha convertido en obligatoria, lo que se asocia a una escasa eficacia en la creación de nuevos puestos

de trabajo y los niveles de desempleo. En este marco, los adultos mayores que desean o se ven obligados a seguir económicamente activos deben enfrentar una serie de barreras legales y sociales.

62. b) Proceso natural que conlleva el deterioro progresivo del individuo

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural que consiste en un deterioro progresivo del individuo que comienza antes del nacimiento y que continúa durante toda la vida. No todas las personas envejecen de la misma manera y está bien documentado que la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez está relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante su vida.

63. a) Conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones

La vejez se define como el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos en función de su edad. Es comparable al racismo, el sexismo y la discriminación religiosa

64. c) Tres

Gognalons-Nicolet reconoce tres generaciones:

- *1ª Generación Las teorías adaptativas relacionadas con la capacidad de interacción del individuo con su medio social.*
- *2ª Generación Corresponden a este grupo las teorías estructurales cuyo campo de análisis son los componentes estructurales (impacto de la organización social sobre el envejecimiento) y su influencia en los diferentes componentes de las personas que envejecen.*

Destaca, la teoría de la modernización en donde el Estado ha insistido en la exclusión social de este grupo de edad por sus políticas de retiro y jubilación consideradas como necesarias para la renovación de las generaciones en el ámbito laboral y que insisten sobre los valores y normas de la sociedad productiva.

- *3ª Generación Donde se reconcilian los puntos de vista más individuales a los estructurales y fundan lo que se ha llamado la "economía moral"; se asocian a la vez los aportes de las teorías del desarrollo y ciclo de vida, así como las relacionadas con el rol del Estado y las políticas de la vejez.*

65. c) La descalificación en el ámbito laboral del anciano

Desde el punto de vista económico la teoría de la modernización destaca la descalificación de los ancianos en el ámbito laboral debido a las nuevas exigencias que generan mayor competitividad y mejor formación en las tecnologías de vanguardia. Dentro de un contexto evolutivo las personas mayores se vuelven obsoletas lo que genera las luchas intergeneracionales por los empleos al mismo tiempo que acelera el tiempo para la jubilación con las consecuencias correspondientes de mayor pobreza y marginación.

66. c) Cuatro

Las causas del envejecimiento mental normal se deben a la intervención de cuatro factores:

- *El deterioro progresivo de las propias funciones físicas.*
- *El declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales.*
- *La transformación del medio familiar y de la vida profesional.*
- *Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.*

67. d) Un factor que causa el envejecimiento mental normal.

Las causas del envejecimiento mental normal se deben a la intervención de cuatro factores:

- *El deterioro progresivo de las propias funciones físicas…*

[…]

68. d) El duelo

El duelo es una de las tareas principales de esta etapa, dado que la mayoría debe enfrentarse con un sinfín de pérdidas (amigos, familiares, etc.). Además, deben superar el cambio de status laboral y el desgaste de la salud física y de las habilidades.

69. a) La calidad de vida

La calidad de vida ha sido estudiada desde diferentes disciplinas. Socialmente calidad de vida tiene que ver con una capacidad alcanzable que permite vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física - psíquica y de una relación social satisfactoria.

70. c) Con la inclusión social y la seguridad económica

La calidad de vida en la ancianidad tiene relación con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales.

71. d) No es necesariamente corto, puede abarcar una cuarto o un quinto de nuestra vida

Es un período de la vida que no necesariamente es corto, ya que puede abarcar un quinto o un cuarto de nuestra existencia, tendencia que aumentará en las próximas décadas.

72. b) Cambios en la fertilidad y en mortalidad

La creciente longevidad ha sido causada por cambios tanto en la fertilidad como en la mortalidad debido a que se incrementa el número de adultos mayores y decrece la tasa de nacimientos. Observamos una inversión de la pirámide de edades, dado el cada vez más escaso número de personas del grupo de generaciones jóvenes. Como se ha dicho, nos encontramos en una época de transición demográfica.

73. a) La tristeza

Es una época que exige ajustes profundos, debido a las numerosas pérdidas que enfrentan quienes envejecen, pérdida de roles, pérdida de otros significativos, pérdida de habilidades, entre otras. Aun cuando estas pérdidas conllevan duelos que traen consigo desvinculaciones transitorias, no necesariamente originan depresiones. La tristeza no es en modo alguno una emoción inherente al proceso normal de envejecimiento.

74. c) Un conjunto de derechos, deberes, fortalezas y tareas

Al ver la ancianidad como déficit y declinación se pierde de vista que a cada edad de la vida le corresponden un conjunto de deberes y derechos y también tareas y fortalezas que previenen el empobrecimiento del medio afectivo e intelectual.

75. a) A sí mismo

Es un período en que el ser humano puede encontrarse consigo mismo, lo que abre la posibilidad de que le ocurran transformaciones interiores favorables, alcanzando con ello una mayor integración

76. c) No es solo esto sino tener más experiencias que interpretar e integrar

Ser anciano, no es solo tener más recuerdos, sino también más experiencias que interpretar e integrar a fin de darle un sentido a la vida, lo que resulta particularmente importante cuando la muerte probablemente está más cercana. La vejez, por tanto, es una época para reevaluar y reinterpretar la propia vida, de darle coherencia a la propia biografía, corrigiendo, cuando es posible, las impresiones, errores y certezas del ayer. Es el tiempo de aprender a perdonar.

77. a) Terminar de realizarse

Es el momento para terminar de realizarse. Toda la vida ha sido un empeño por construir el propio ser, la propia personalidad. Ahora, lejos de cambiarla o de destruirla hay que acabarla: luchando por ser mejores, por conseguir las virtudes que aún faltan por conquistar, intentando ser un anciano alegre y bondadoso.

78. c) Dar sentido a la existencia

Se trata de un período en el que los valores del espíritu cobran una importancia mayor a la de otras etapas de la vida y en la que la pregunta por el sentido de la existencia resulta fundamental.

79. c) Insustituible

El adulto mayor puede y debe desempeñar un papel insustituible en una sociedad en continua y rápida transformación económica y cultural. Al respecto. En épocas ancestrales, los ancianos tenían un lugar en el consejo de la ciudad, cumplían una misión: aportar y decir la sabiduría.

80. d) Para transmitir que es una etapa fecunda

Los ancianos son modelo de identificación y envejecimiento para las generaciones jóvenes. Cabe comentar que el rol de las identificaciones en Psicología del Desarrollo ha sido ampliamente discutido a propósito de la infancia; sin embargo, no puede desconocerse que hay muchas identificaciones que permanecen dormidas y que no se reactivan hasta cuando ellas son necesarias en la vida adulta. De esta forma, las identificaciones que los niños y jóvenes se concatenan a partir de sus experiencias con los ancianos, solo se actualizarán cuando ellos mismos alcancen la vejez. Se trata de un aspecto muy importante de tener en cuenta, una vez que esto significa, que tenemos la responsabilidad de envejecer bien, para transmitir a las generaciones futuras que la vejez puede ser también una época fecunda.

81. a) En ocasiones no es suficiente y se necesitan otras alternativas

Aunque los familiares y amigos pueden proporcionar a los cuidadores una ayuda fundamental y de gran valor, en ocasiones esto no es suficiente y resulta necesario otro tipo de soluciones, vinculadas con el recurso a servicios, instituciones o asociaciones de ayuda para el cuidado de las personas mayores.

82. b) Información sobre los recursos y la gestión de acceso a estos

En estas entidades los cuidadores podrán encontrar ayuda inestimable, como información sobre los distintos recursos de ayuda a las personas mayores, gestión del acceso a los mismos, orientaciones sobre el cuidado de una persona mayor dependiente, etc.

83. a) Un hospital de referencia para su atención urgente

A cada área de salud se le asigna un hospital donde deben atender a las personas mayores dependientes ante cualquier problema de salud urgente. Es un derecho de la persona mayor.

84. c) Que disminuye la mortalidad, dependencia y el ingreso

La Geriatría, en lugar de la atención tradicional por parte de la medicina interna, ha demostrado en numerosos estudios que disminuye la mortalidad, la dependencia y el ingreso en residencia. También se ha comprobado que aumenta el uso de recursos sociosanitarios, disminuye el número de medicamentos y reduce el coste global.

85. a) En el trabajo interdisciplinario y la atención al anciano a través de diferentes niveles asistenciales

La asistencia geriátrica está fundamentada en el trabajo interdisciplinario y en la atención al anciano a través de los diferentes niveles asistenciales que garantizan el cuidado y vigilancia del paciente geriátrico ante situaciones de enfermedad o necesidad.

86. b) La continuidad de cuidados

La asistencia geriátrica está fundamentada en el trabajo interdisciplinario y en la atención al anciano a través de los diferentes niveles asistenciales que garantizan el cuidado y vigilancia del paciente geriátrico ante situaciones de enfermedad o necesidad. De esta forma se da cumplimiento al principio que preside la asistencia a la persona mayor: la continuidad en los cuidados.

87. a) Relacionado con la hospitalización de procesos agudos o reagudos de procesos crónicos

Es el nivel asistencial relacionado con la hospitalización de aquellas personas mayores que presentan procesos agudos o reagudizaciones de enfermedades crónicas.

88. d) Acoge a pacientes diagnosticados que han pasado la fase aguda

La Unidad de Media Estancia acoge a aquellos pacientes ya diagnosticados que han superado la fase aguda de la enfermedad y en los que el riesgo de perder su independencia, aunque se encuentran clínicamente estables, es alto, o bien, el tratamiento que se les aplica, debido a su complejidad, no puede realizarse de forma ambulatoria.

89. a) Que el anciano recupere su independencia para las actividades básicas de la vida diaria

El objetivo fundamental de la Unidad de Media Estancia es que el anciano recupere su independencia para las actividades básicas de la vida diaria mediante un tratamiento de rehabilitación y el control clínico de ciertas afecciones y problemas geriátricos.

90. b) De manera ambulatoria

El Hospital de Día atiende a ancianos de forma ambulatoria mediante la aplicación de tratamientos de rehabilitación y/o seguimiento de problemas médicos o de enfermería.

91. c) Médicos especialista, personal de enfermería, trabajadores social y personal rehabilitador

El equipo multidisciplinar que trabaja en estas unidades estará constituido por: médicos especialistas en geriatría, personal de enfermería especializado, trabajadores sociales, personal rehabilitador.

92. a) Dos o tres veces a la semana en horario diurno

Los pacientes suelen acudir al Hospital de Día dos o tres veces a la semana en un horario diurno en el que se suele incluir la comida del medio día. Aunque por lo general se dispone de un medio de transporte: microbús, taxi..., en caso de no ser así podrían desplazarse por sus propios medios.

93. c) Centros de alojamiento y convivencia

Son centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustitutiva del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, y donde se presta una atención integral

94. b) Ancianos frágiles o pacientes geriátricos imposibilitados

Los pacientes que más se benefician de la Asistencia Geriátrica son los ancianos frágiles o pacientes geriátricos que no pueden acudir a la consulta ambulatoria, por lo que el control periódico a cargo de un especialista les resultará sumamente beneficioso.

95. a) La asistencia integral para mantener al anciano en su medio

Los objetivos del servicio de Asistencia a Domicilio son la asistencia integral a la persona mayor en su domicilio con el objetivo de que se mantenga en la comunidad y en su entorno en el mejor estado de salud y de funcionalidad posible, aunque padezca enfermedades crónicas y de invalidez.

96. d) Privadas, públicas o cofinanciadas

Las plazas residenciales pueden ser:

- *Privadas. La persona mayor tiene que pagar todo su coste.*
- *Públicas. La persona mayor paga el coste de la residencia a través del 65 % de su pensión.*
- *Cofinanciadas. La persona mayor paga una parte, aproximadamente la mitad del coste, y la otra mitad la paga la comunidad autónoma correspondiente.*

97. d) Por personal propio de la comunidad o del ayuntamiento o bien por una empresa privada

Las plazas residenciales públicas pueden ser atendidas por personal de la propia comunidad o del ayuntamiento o bien ser gestionadas por empresas privadas.

98. c) Alcanzar la puntuación, pensionista, tener 60 años y no tener enfermedades contagiosas

Aunque los requisitos para poder tener una plaza pública cambian de una comunidad autónoma a otra e incluso de un ayuntamiento a otro, generalmente son los siguientes:

- *Mayor de 60 años.*
- *No padecer ninguna enfermedad infecto-contagiosa o enfermedad clínica que requiera atención en un centro hospitalario.*
- *No poder ser atendido por la propia familia y otras personas, o precisar atención terapéutica, rehabilitadora o psicosocial.*
- *Ser pensionista del sistema público de pensiones, cónyuge de pensionista o tener derecho a las prestaciones sociales del IMSERSO en virtud de ley o convenio internacional.*
- *Residir en la comunidad autónoma o el ayuntamiento en la que solicita la plaza.*

- *Alcanzar una determinada puntuación por aplicación del baremo correspondiente (según recursos económicos, bienes patrimoniales, hijos, salud, grado de dependencia...) que le permita ingresar en la residencia solicitada.*

99. b) Atender problemas circunstanciales

Las estancias temporales en centros residenciales cubren la necesidad de recibir atención temporal cuando, por problemas circunstanciales, los cuidadores habituales no pueden hacerse cargo de forma temporal de la persona mayor dependiente.

100. c) Centros, asociaciones y personal sanitario

La ayuda puede ser proporcionada en centros públicos como en asociaciones, así como por los profesionales sanitarios y del área social.

TEST 16

Geriatría y Gerontología. Cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer. Problemas de salud más frecuentes en las personas mayores. Valoración geriátrica integral. Intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida y apoyo a la persona anciana. El anciano frágil. Sistemas de valoración de la fragilidad. Plan Gerontológico Nacional: generalidades. Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal: factores de riesgo. Automarginación e inactividad en los mayores de sesenta y cinco años. Abordaje multidisciplinar. Atención enfermera a personas en situación de dependencia. Atención a la persona cuidadora

1. Etimológicamente la palabra gerontología procede del:

a) Latín

b) Griego

c) Romano

d) Inglés

2. La gerontología se ha desarrollado en el siglo:

a) XVII

b) XVIII

c) XIX

d) XX

3. ¿Cómo se denomina la ciencia multidisciplinar que pretende conocer tanto los íntimos mecanismos del envejecimiento como su etiopatogenia?

a) Gerontología clínica

b) Gerontología biológica

c) Geriatría

d) Gerontología social

4. La enfermería geriátrica, actualmente, en la Universidad es:

a) Es materia troncal y obligatoria

b) Es optativa

c) Es de libre configuración

d) Es troncal pero no obligatoria

5. Indique cual es la función de la enfermera geronto-geriatra:

a) Valorar necesidades

b) Planificar cuidados

c) Satisfacer necesidades

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

6. ¿En qué tribus primitivas eran abandonados o eliminados los ancianos?

a) Yakutas siberianos

b) Fang de Gabón

c) Chunkees de Siberia

d) Yaganes de Tierra de fuego

7. Para la escuela hipocrática la vejez comenzaba:

a) A los 24 años

b) A los 42 años

c) A los 50 años

d) A los 70 años

8. En la era cristiana, hubo una serie de médicos que se dedicaron a las afecciones de la vejez, entre los que se encontraba:

a) Galeno

b) Galileo

c) Hipócrates

d) Marcus Aurelius

9. Los castigos pecuniarios por dar muerte a una persona anciana eran tres veces menores que los equivalentes por dar muerte a un hombre en la plenitud de la vida. Esto sucedía en:

a) La era cristiana

b) La edad media

c) En los pueblos primitivos

d) En la iglesia anglicana

10. ¿En qué época los ancianos fueron poderosos y ricos?

a) En ninguna época

b) En el Renacimiento

c) En la Edad moderna

d) Las respuestas b) y c) son correctas

11. La valoración geriátrica integral (VGI) o valoración geriátrica exhaustiva está caracterizada por:

a) Ser cuádruple, puesto que evalúa las cuatro esferas (física, psíquica, social y funcional)

b) Ser dinámica, ya que se repite en el tiempo para detectar cambios y actuar oportunamente

c) Realizarse de manera transversal

d) Las respuestas a) y b) son correctas

12. El cuestionario abreviado de Pfeiffer es una prueba sencilla y útil en la detección de:

a) Deterioro físico

b) Deterioro cognitivo en ancianos

c) Deterioro sensitivo

d) Alteración en el equilibrio

13. Indique la respuesta incorrecta respecto a las actividades instrumentales:

a) Son aquellas necesarias para vivir en forma independiente

b) Tienen que ver con el "auto desempeño" y miden la adaptación al entorno

c) No están influenciadas por el entorno geográfico y cultural

d) Por sus características su medida suele basarse en el juicio y no en la observación

e) Están muy influidas por el entorno geográfico y cultural

14. Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeiffer permite:

a) Medir el grado de independencia en realización de AVD

b) Medir el grado de independencia en realización de AIVD, relacionándose con autonomía cognitiva

c) Valorar el deterioro físico

d) Valorar la movilidad física

15. Dentro de la necesidad de respiración se valora:

a) El ritmo respiratorio y frecuencia cardiaca

b) El Intercambio gaseoso adecuado para los requerimientos vitales

c) La capacidad para expectorar y mantener libres las vías respiratorias

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

16. Dentro de la necesidad de alimentación se valora:

a) La capacidad para elegir alimentos y bebidas

b) La Posibilidad de adquirir, manipular e ingerir los alimentos

c) El mantenimiento del apetito

d) La tensión arterial

17. Dentro de la necesidad de eliminación se valora las siguientes manifestaciones de independencia en el anciano, excepto:

a) La capacidad suficiente orgánica de eliminación urinaria, fecal y de transpiración

b) Que los hábitos eliminatorios e higiénicos se mantengan para evitar infecciones

c) Que la coordinación psicomotriz sea suficiente para permitir al anciano actuar frente al estímulo – respuesta

d) Que mantenga una buena alimentación

18. En la necesidad de moverse y mantener buena postura corporal, la actuación de enfermería para el mantenimiento de la independencia ira marcada por los siguientes objetivos, excepto:

a) Conocer hábitos relativos a la actividad cotidiana, de ejercicio, postura.

b) Conocer hábitos de alimentación e hidratación.

c) Valorar la tensión arterial durante un año.

d) Informar sobre el mantenimiento de posturas adecuadas, ejercicio físico, dieta equilibrada y supresión de hábitos tóxicos.

19. Las manifestaciones de independencia en la necesidad de Reposo y sueño en el anciano son las siguientes, excepto:

a) El anciano dormirá a intervalos durante todo el día

b) El anciano dormirá de forma regular y con sueño reparador

c) Ingerirá gran cantidad de alimentos para mantener su energía y sueño continuado

d) Las respuestas a) y c) no corresponden a manifestaciones de independencia

20. En la necesidad de higiene y arreglo personal se valora como manifestaciones de independencia las siguientes, excepto:

a) Necesitara ayuda parcial para la realización de su aseo

b) Será capaz de realizar su aseo personal

c) Tendrá interés en el cuidado de su piel, cabello y uñas

d) Elegirá vestido y calzado adecuados a su aspecto físico

21. ¿La especialidad que se ocupa de la descripción, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias de la vejez se denomina?

a) Geriatría

b) Gerontología

c) Gerología

d) Las opciones a y b son correctas

22. En el anciano es típica una pérdida de la agudeza auditiva sobre todo para:

a) Los sonidos más graves

b) Los sonidos más agudos

c) Ambos por igual

d) Los sonidos más intensos

23. Indique la respuesta incorrecta:

a) Según la psicología evolutiva, no hay un patrón único de envejecimiento psicológico

b) Las características psicológicas del envejecimiento cambian de una generación a otra según los condicionantes ambientales

c) Dentro de cada generación el proceso de envejecimiento es homogéneo según los individuos

d) Dentro de cada generación, es a partir de los 70 años cuando las diferencias psicológicas por el envejecimiento pueden hacerse más patentes respecto a los sujetos más jóvenes

24. Las causas de las caídas se dividen en factores intrínsecos y extrínsecos, todos los siguientes pertenecen al mismo grupo, excepto:

a) Cambios de la agudeza visual

b) Situaciones de enfermedad

c) Trastornos del equilibrio

d) Uso de fármacos

25. Los mecanismos de respuesta del anciano ante la situación de vejez, son diferentes en función de su personalidad, vivencias acumuladas y recursos personales. Puede desarrollar los siguientes mecanismos:

a) De separación o alejamiento del mundo que le rodea.

b) De integración

c) De actividad

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

26. La educación para la salud en materia de alimentación y nutrición es fundamental en el anciano. Aparte de los problemas añadidos de salud que la persona tenga, hay que tener en cuenta que:

a) Debe ingerir un mínimo de leche y derivados para asegurarle el aporte de calcio

b) Debe cuidarse el aporte de sal, se recomienda una dieta baja en sal, en general

c) Hay que cuidar el aporte de agua para evitar deshidrataciones y respetar la restricción de la misma cuando esté indicado

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

27. La escala OARS evalúa:

a) Las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

b) Las actividades básicas de la vida diaria

c) Las actividades instrumentales de la vida diaria

d) Las actividades avanzadas de la vida diaria

28. Hacer compras se incluye dentro de:

a) AVD básicas

b) AVD instrumentales

c) AVD avanzadas

d) AVD sociales

29. El grado de riesgo de los mayores se establece teniendo en cuenta las carencias que presentan, los ancianos que están en alto riesgo son los que presentan, todas las siguientes características, excepto:

a) Un deterioro físico /psíquico grande

b) Una pérdida de la independencia socioeconómica

c) Ancianos con pérdida de la coherencia mental

d) Un aislamiento familiar

30. Según Strehler y North, la característica del proceso de envejecimiento que determina la muerte de los individuos de denomina:

a) Universal

b) Intrínseco

c) Progresivo

d) Deletéreo

31. Con la vejez:

a) La anchura de hombros aumenta

b) La piel se vuelve más elástica

c) Aumenta la visión periférica

d) Aumenta el tamaño y número de los pelos nasales

32. ¿Qué característica del Plan de atención individualizado atiende a que todos los miembros del equipo interdisciplinar establecen de manera conjunta las prioridades de intervención?

a) Abierto y participativo

b) Coordinado

c) Integral

d) Actualizado

33. No es una ventaja de la valoración geriátrica integral (V.G.I.):

a) Aumenta el número de medicamentos prescritos

b) Mejora la calidad de vida y aumenta la supervivencia

c) Perfecciona el diagnóstico y las decisiones sobre la mejor ubicación del paciente

d) Aminora los costes asistenciales

34. ¿Cuál de las siguientes escalas de valoración funcional para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) mide la dependencia o independencia en diez ítems:

a) El Índice de Barthel

b) El índice de Katz

c) La Escala de Incapacidad de Cruz Roja

d) Ninguna de las anteriores

35. ¿Cuál es la puntuación máxima de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit?

a) 22

b) 46

c) 110

d) 122

36. Señale la respuesta incorrecta en cuanto al deterioro cognitivo en los ancianos:

a) El descenso de las funciones intelectuales en los ancianos guarda una relación directa con la edad cronológica

b) La pérdida de memoria tiene un efecto negativo a nivel psíquico y le preocupa de manera especial

c) Cuantos más sean los recursos humanos propios, mejores serán las condiciones de vida

d) Todas las opciones son incorrectas

37. ¿Cuál de los siguientes aspectos de educación para la salud en materia de alimentación en el anciano no es correcta?

a) El anciano necesita menor cantidad de alimento que las personas jóvenes

b) Se recomienda una dieta alta en sal y de manera especial en los hipertensos

c) Debe ingerir un mínimo de leche y derivados para asegurarle el aporte de calcio

d) Hay que restringir el aporte de grasas (cerdo, mantequilla, etc.) y sustituir en la medida de lo posible la gasa animal por grasa de origen vegetal

38. Es un factor de riesgo biológico de la persona anciana:

a) Vivienda en la que habitan

b) Hábito de fumar y beber

c) Enfermedades mentales como depresión

d) Relaciones de amistad

39. Señale la respuesta incorrecta con relación a la salud holística-integral:

a) La responsabilidad de atenuar el sufrimiento del enfermo es personal e individual, pues el sufrimiento provocado por variables sociales tiene mucho de estructural y de particular

b) El objetivo de todo acompañamiento a la persona que sufre no es otro que contribuir a hacer que el enfermo pueda hacer la mayor y la mejor experiencia de curación entendida en su integridad

c) Un acompañamiento holístico habrá de tener en cuenta la importancia de la familia del afectado

d) La salud no podrá reducirse a un simple buen funcionamiento de los órganos y de las funciones vitales, sino una experiencia de relación consigo mismo, con la naturaleza, con el propio cuerpo, con los demás, donde los valores evocan y realizan lo trascendente

40. ¿Cuántos niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente identifica el Modelo de Kaiser permanente?

a) 1

b) 2

c) 3

d) 4

41. Según la pirámide de Kaiser, ¿qué pacientes requieren una "gestión integral del caso"?

a) La población en general

b) Los pacientes de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad y nivel de dependencia

c) Los pacientes de alto riesgo, pero de complejidad

d) Los pacientes con enfermedad crónica de complejidad menor

42. La presencia de cinco o más enfermedades crónicas en el modelo de Kaiser permanente corresponde al nivel:

a) Promoción y prevención

b) 3

c) 2

d) 1

43. Un Plan estratégico se plasma en un documento de consenso donde concretamos las grandes decisiones que van a orientar nuestra marcha hacia la gestión:

a) Excelente

b) Buena

c) Sobresaliente

d) Pésima

44. Un Plan estratégico no responde a la pregunta:

a) ¿Cuál es nuestra razón de ser?

b) ¿A dónde deseamos ir?

c) ¿Qué hacemos bien?

d) ¿Cómo llegamos a ese pasado?

45. Cuando un Plan estratégico responde a la pregunta "¿A dónde deseamos ir?" está realizando:

a) Visión estratégica

b) Declaración de la Misión

c) Objetivos estratégicos

d) Plan de acción

46. Es la principal estratégica del nivel 1 del modelo de Kaiser permanente:

a) El apoyo para su autogestión

b) Las actividades preventivas y de promoción de la salud

c) La gestión de la enfermedad

d) La gestión integral del caso con cuidados fundamentalmente profesionales

47. El nivel 1 del Modelo de Kaiser permanente:

a) No presencia de enfermedades

b) Es la presencia de una–dos enfermedades crónicas

c) Es la presencia de tres–cuatro enfermedades crónicas

d) Es la presencia de ≥ cinco enfermedades crónicas

48. ¿Qué pacientes, según la pirámide de Kaiser, requieren una "gestión de la enfermedad" que combina autocuidado y cuidados profesionales?

a) La población en general

b) Los pacientes con enfermedad crónica de complejidad menor

c) Los pacientes de alto riesgo, pero de complejidad media

d) Los pacientes de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad y nivel de dependencia

49. Constituyen alrededor del 80 % del total de pacientes con enfermedad crónica, según la pirámide de Kaisser:

a) Los pacientes con enfermedad crónica de complejidad menor

b) Los pacientes de alto riesgo, pero de complejidad media

c) Los pacientes de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad y nivel de dependencia

d) Toda la población en general

50. Señale la respuesta correcta en relación al plano en el que discurre la atención a las enfermedades crónicas en el Modelo de Atención a Crónicos:

a) La comunidad con sus políticas y diversos recursos públicos y privados

b) El sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento

c) La interacción con el paciente en la práctica clínica

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

51. Señale la respuesta correcta en cuanto a la estratificación de crónicos:

a) El control de las enfermedades no transmisibles de evolución crónica constituye hoy en día una prioridad en las agendas de todos los sistemas sanitarios

b) La atención sociosanitaria de la cronicidad requiere un enfoque centrado en la persona, como paradigma de atención a pacientes y no a enfermedades

c) *La estratificación* habla de "estratificar a la población según su riesgo". Se trata de identificar diferentes niveles de necesidades y poner en marcha diferentes niveles de intervenciones en cada grupo con el fin principal de manejar mejor su enfermedad crónica y evitar los ingresos hospitalarios y/o las demandas de urgencias

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

52. Señale la respuesta correcta respecto a cuidados de enfermería y adulto mayor:

a) Acompañar a la persona enferma en sentido holístico supone generar salud también en el ámbito mental

b) Acompañar en sentido integral al enfermo, implica promover salud relacional, salud en la dimensión social

c) Una persona indica salud relacional cuando se reconoce interdependiente, no exclusivamente independiente ni dependiente, sino que reconoce las diferentes interdependencias en los diferentes ámbitos de la vida

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

53. En la actualidad el patrón epidemiológico de las enfermedades está representado mayoritariamente por enfermedades no transmisibles, no siendo una de ellas:

a) VIH

b) Enfermedades cardiovasculares

c) Diabetes

d) Enfermedades respiratorias crónicas

54. ¿Cómo se denomina un síndrome, producto de la disminución de la reserva homeostática y de la resistencia del individuo ante diversos procesos como la enfermedad?

a) Enfermedad

b) Vulnerabilidad

c) Fragilidad

d) Deficiencia

55. Según la clasificación de minusvalía, afecta al trabajo, ocio y tiempo libre:

a) Minusvalías de orientación

b) Minusvalías de movilidad

c) Minusvalías ocupacionales

d) Minusvalías de independencia física

56. Indique cuál de las siguientes causas de minusvalías físicas suelen ser infantiles y resultantes de una alteración del sistema nervioso en un momento precoz del desarrollo, antes del nacimiento o durante la primera infancia:

a) Encefalopatías

b) Enfermedades congénitas

c) Alteraciones del metabolismo

d) Malformaciones congénitas

57. Señale la respuesta incorrecta en relación a la discapacidad:

a) Se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos

b) Pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como respuesta de un individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo

c) Representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona

d) Una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica

58. Indique cuál de los siguientes centros residenciales están destinadas al acogimiento y convivencia, temporal o permanente, en régimen de internado, de personas con discapacidad que disfrutan de cierta autonomía personal, y que, por razones familiares tengan dificultad para la vida familiar normalizada y la integración social:

a) Residencias de personas gravemente afectadas

b) Residencias de adultos

c) Casas hogar

d) Viviendas supervisadas

59. ¿Qué nombre reciben los centros destinados a personas con enfermedad mental crónica, que no puedan acceder a un recurso laboral o de formación profesional normalizado, y que son derivadas y atendidas por dispositivos de salud mental?

a) Unidades de estancia diurna

b) Centros ocupacionales

c) Talleres polivalentes y ocupacionales prelaborales

d) Centros sociales

60. ¿Cuál es la aportación de los usuarios al programa de respiro familiar?

a) 50 % de sus ingresos

b) 75 % de sus ingresos

c) 100 % de sus ingresos

d) 60 % de sus ingresos

61. La aportación de los usuarios en las Unidades diurnas es de:

a) El 25 % de sus ingresos líquidos anuales con excepción de las pagas extraordinarias

b) El 50 % de sus ingresos brutos anuales incluidas las pagas extraordinarias

c) El 75 % de sus ingresos brutos anuales con excepción de las pagas extraordinarias

d) Entre el 15 y el 25 % en función de los servicios que preste el centro

62. No es un factor físico que puede influir en la aparición de la dependencia:

a) Problemas físicos relacionados con la movilidad y la ausencia de fuerzas que pueden desencadenar accidentes y caídas

b) Deterioro de los sistemas biológicos orgánicos

c) Enfermedades crónicas o uso de fármacos

d) Trastornos mentales

63. No es un tipo de dependencia:

a) Gran dependencia

b) Dependencia severa

c) Dependencia moderada

d) Dependencia extrema

64. No es una característica del cuidador informal:

a) La información que poseen la han recibido de tradiciones familiares, personas cercanas, la calle, los medios de comunicación y solo de una mínima proporción del sistema sanitario

b) Los recursos de los que disponen son insuficientes y una carga económica

c) Tienen una menor disponibilidad de tiempo libre, disminuyendo o restringiendo su participación en actividades sociales, influyendo paralelamente a veces en su relación de pareja

d) Dispone siempre de los conocimientos necesarios que sustenten sus acciones

65. Señale la respuesta correcta en cuanto a las variables de sexo y edad de discapacidad:

a) Atendiendo a la variable sexo, existe una mayor presencia de hombres con discapacidad frente al de hombres

b) La discapacidad no es un fenómeno asociado a la edad

c) Atendiendo a la variable edad, en los tramos inferiores a veinticinco años la proporción de mujeres supera a la de hombres

d) Existe un envejecimiento desigual de la población que afecta más a la mujer que al hombre, debido a la menor longevidad de este

66. ¿Cuál es el grupo de discapacidad más frecuente?

a) Personas con dificultades graves o importantes para realizar actividades de la vida diaria

b) Personas con dificultades graves o importantes para realizar actividades de autocuidado e higiene personal

c) Personas con problemas de movilidad

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

67. Si tenemos en cuenta los tipos de discapacidad, destacan los problemas de audición y comunicación:

a) En el tramo de los 6 a los 44 años

b) En el tramo de los 65 a 79 años

c) A partir de los 80 años

d) En el tramo de los 4 a 6 años

68. El principio de un Plan integral para las personas con discapacidad por el que las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona se denomina:

a) Normalización

b) Calidad de vida

c) Transversalidad

d) Accesibilidad universal y el diseño para todas las personas

69. Los Centros Ocupacionales son:

a) Centros que proporcionan una actividad útil, fomentan la integración social de personas con discapacidad en edad laboral, que por su acusada minusvalía temporal o permanente no pueden acceder a puestos de trabajo ordinarios o especiales

b) Centros destinados a personas con enfermedad mental crónica, que no puedan acceder a un recurso laboral o de formación profesional normalizado, y que son derivadas y atendidas por dispositivos de salud mental

c) Centros de promoción del bienestar de personas con enfermedad mental, tendentes al fomento de la convivencia, la participación, la solidaridad y el uso del tiempo libre, propiciando la integración dentro de la comunidad y un funcionamiento lo más autónomo posible

d) Centros destinados a la atención, en régimen de media pensión, de personas con discapacidad tan grave que dependan de otra para las actividades de la vida cotidiana y no puedan ser atendidas por su unidad familiar durante el día

70. Las Casas hogar son centros residenciales de alojamiento y convivencia para personas a partir de:

a) 12 ñaños

b) 16 años

c) 18 años

d) 14 años

71. ¿Cuál de las siguientes causas de las minusvalías físicas se producen cuando existe un fallo hereditario de un enzima determinado y que ocasiona en el sujeto afecto una serie de manifestaciones clínicas, en ocasiones de extrema gravedad?

a) Alteraciones del metabolismo

b) Encefalopatías

c) Malformaciones congénitas

d) Defectos craneales

72. Señale la respuesta correcta en cuanto a las incapacidades primarias:

a) Epidemiológicamente son más susceptibles a ellas los pacientes de edad avanzada o que han tenido una discapacidad primaria durante un largo periodo

b) Hacia ellas van encaminadas las acciones preventivas y son el reflejo de la tecnología, cultura política y social

c) También es mayor la frecuencia si la enfermedad original disminuye la sensibilidad de la piel, en especial al dolor y a la temperatura

d) El agente causante suele ser una fuerza mecánica excesiva o ausente (pie equino en presencia de la gravedad) y es un proceso progresivo que, si no se controla, se vuelve irreversible

73. ¿Qué lugar ocupa la enfermedad de Alzheimer como causa de muerte?

a) Segunda

b) Cuarta

c) Primera

d) Segunda

74. Señale la respuesta incorrecta en cuanto a la enfermedad de Alzheimer:

a) La demencia en la Enfermedad de Alzheimer se considera hoy como reversible

b) En la Enfermedad de Alzheimer se ha encontrado en el cerebro una importante pérdida en el número de neuronas

c) Los rasgos clínicos de la enfermedad de Alzheimer son tan característicos que normalmente es posible llegar a un diagnóstico de presunción basándose solo en la clínica

d) Todas las opciones son incorrectas

75. Cuando el inicio de la demencia tipo Alzheimer es tardío, por encimo de los 65 años:

a) Aparecen afasias y agrafia

b) Progresa rápidamente, siendo el rasgo más característico el deterioro de la memoria

c) Progresa lentamente, siendo el rasgo más característico el deterioro de la memoria

d) Aparecen alexia o apraxias

76. Señale la respuesta correcta de la memoria en la fase inicial de la demencia:

a) Sufre deterioro a corto plazo

b) Sufre pérdida de memoria reciente

c) Sufre un deterioro de la capacidad de asimilar nueva información

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

77. ¿Cómo es el lenguaje en la fase de demencia clara de la propia demencia?

a) Disminución progresiva de su capacidad de comunicación: reiterativo, lento y empobrecido

b) Se mantiene, aunque comienzan a aparecer anomias (dificultad para nombrar objetos o personas) y el lenguaje en su conjunto se empobrece

c) Si no mantiene un mutismo total, se expresa siempre con los mismos vocablos. Incoherencias

d) Nulo total

78. Señale la respuesta correcta en relación a la primera fase de la demencia:

a) Las alteraciones y cambios son leves, manteniendo aún la persona un grado elevado de autonomía, aunque con errores

b) La sintomatología comienza con pequeñas alteraciones, que el enfermo puede negar

c) Esta fase puede durar algunos años

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

79. Es la dificultad para encontrar palabras que designen objetos conocidos anteriormente y de fácil y común terminología como trastorno del en la demencia:

a) Logoclonía

b) Ecolalia

c) Afasia

d) Disartria

80. ¿En qué consiste la logoclonía como trastorno del lenguaje en la demencia?

a) Repetición automática e inmediata de palabras que acaba de oír

b) Repetición de una sílaba de manera reiterada

c) Dificultad en articular las palabras

d) Inexistencia de una línea directriz global, ausencia de relación significativa entre palabras, por lo que el discurso resulta incomprensible

81. Condicionan una incapacidad racional en los enfermos con demencia para comprender conceptos abstractos y de sentido filosófico:

a) Deterioro progresivo de sus capacidades intelectuales

b) Deterioro de las relaciones y de la comunicación

c) Deterioro en la capacidad de comprensión

d) Deterioro del juicio y la apatía

82. ¿Cómo pueden identificarse los factores que predisponen a un anciano a sufrir incontinencia?

a) La pérdida de la función de contracción de la vejiga a pesar del mantenimiento de la eficacia del esfínter.

b) Enfermedades terminales

c) Enfermedades neurológicas

d) La falta de entrenamiento en la contracción y relajación del esfínter

83. Uno de los objetivos primordiales para la atención de enfermería gerontológica está basado en:

a) Diferenciar los cambios atribuibles al proceso de envejecer de las posibles manifestaciones de dependencia producidas por cualquier enfermedad de mayor incidencia en la población anciana

b) Determinar la necesidad de cambio de hábitos poco saludables en los ancianos

c) Identificar los estereotipos sociales con respecto a la ancianidad

d) Diferenciar, mediante la utilización de diversas escalas específicas, el grado de dependencia que produce el proceso de envejecimiento humano.

84. ¿En qué se basan las recomendaciones que puede hacer la enfermera para la prevención de posibles consecuencias de la inmovilidad?

a) Suplir al anciano en todos sus desplazamientos con utensilios de soporte

b) Enseñar a distribuir el peso en varias articulaciones, evitando movimientos forzosos, bruscos e innecesarios

c) Mantener las articulaciones siempre en la misma posición por períodos prolongados

d) La utilización de elementos auxiliares (bastones, muletas, andadores) para a deambulación no previene la inmovilidad

85. El ejercicio físico en el anciano previene la inmovilidad, incontinencia funcional, estreñimiento, impactación fecal… ¿qué características deben de tener dichos ejercicios?

a) Regularidad, constancia y máximo esfuerzo

b) Regularidad y máxima amplitud de movimiento

c) Regularidad, constancia y adecuación a las limitaciones

d) Regularidad y beneficios

86. ¿Cuáles son los dispositivos de ayuda más utilizados para favorecer la movilidad del anciano?

a) Los bastones y andadores

b) Las sujeciones

c) Las grúas

d) Los pasamanos y las sillas de ruedas

87. Los instrumentos de valoración gerontológica:

a) Deben ser estáticos, a fin de reflejar perfectamente los cambios siempre en el mismo sentido

b) Deben incluir un inventario de actividades básicas e instrumentales

c) Deben incorporar elementos de ayuda y soporte

d) No pueden sustituir las escalas validadas

88. ¿Qué debe tener presente un programa de reeducación de la incontinencia?

a) Las posibilidades de un cumplimiento según las necesidades institucionales

b) Las causas que originen a incontinencia

c) La predisposición de las enfermeras a seguir las pautas establecidas

d) No es posible reducir la incontinencia

89. La valoración de riesgo de caídas en los ancianos debe poner énfasis en:

a) Alteraciones sensoriales y recursos con los que cuenta

b) Alteraciones de la marcha y estado mental

c) Farmacoterapia y capacidades de comprensión de tratamiento

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

90. ¿Por qué se caracteriza la atención que presta la enfermería gerontológica?

a) La suplencia de las pérdidas que el anciano tiene, independientemente de las capacidades que todavía conserve

b) La toma de decisiones en actividades de la vida diaria

c) La realización de planes de cuidado realizando una valoración completa en la que se mida las capacidades que tiene el anciano, y teniendo en cuenta todas las actividades que pueda hacer por sí mismo, a pesar de sus limitaciones.

d) La valoración de la patología que afecta al anciano

91. ¿En qué no repercute la incontinencia?

a) Altera el patrón del sueño

b) No influye en el riesgo de caídas

c) Altera el patrón de la sexualidad

d) Aumenta el riesgo de caídas

92. ¿Cuáles de las siguientes destacan entre las causas más frecuentes de caídas en geriatría?

a) Hipocalcemia, demencias, alteraciones de la marcha e hipoglucemia.

b) Hipertensión, incontinencia e hipoacusia

c) Iluminación insuficiente, demencias e hipoacusia

d) Hiperactividad, hipertensión y depresión

93. ¿Cuál es el objetivo fundamental de los cuidados gerontológicos?

a) La prevención de las enfermedades geriátricas

b) La detección de los factores de riesgo de accidentes

c) La consecución del máximo grado de independencia en la satisfacción de las necesidades

d) La garantía de continuidad de la asistencia primaria

94. Se le recomendará al anciano para evitar el estreñimiento:

a) Probar diferentes laxantes hasta encontrar e adecuado.

b) Incluir en la dieta alimentos con alto contenidos en fibra.

c) Incluir en la dieta alimentos ricos en Fe^{2+} y Ca^{2+}

d) No ingerir líquidos en las comidas

95. Le realizamos el Mini Mental Test al Sr. Francisco quien tiene 86 años y estuvo escolarizado doce, y obtiene una puntación de quince puntos. ¿Qué nos indica esta puntación?

a) No existe puntuación de quince en este test

b) Es una evidencia de que el paciente no presenta un deterioro de la AVD

c) Es una evidencia de que el paciente presenta una enfermedad de Alzheimer

d) Es una evidencia que tiene un fallo cognitivo

96. ¿Qué mide la escala Barthel?

a) La capacidad de realizar ABVD

b) La capacidad de realiza AIVD

c) Grado de continencia

d) Riesgo de aparición de ulceras por presión

97. Señala la respuesta falsa en relación a los diferentes escalas e índices que se mencionan:

a) El índice de Katz sirve para valorar las actividades de la vida diaria

b) Una puntuación de 40 en la escala de Barthel nos indica que el sujeto tiene una dependencia moderada

c) La escala de la Cruz Roja es una de las escalas utilizadas para valorar las actividades de la vida diaria

d) El Índice de Lawton se utiliza para evaluar el estado mental del paciente.

98. Indique la respuesta incorrecta respecto a la impactación fecal:

a) La impactación fecal es a imposibilidad de pasar una colección dura de heces

b) La polifarmacia y el uso laxantes de forma crónica aumenta el riesgo.

c) Los síntomas que pueden producir son el estreñimiento molestias réctales, dolor de espalda, anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal entre otros síntomas

d) El tratamiento de elección es la extracción manual incluso antes que a utilización de laxantes

99. ¿Qué incontinencia se caracteriza por un derrame moderado de orina por la incapacidad para retrasar la micción después de percibir la sensación de plenitud vesical?

a) Incontinencia de urgencia

b) Incontinencia de estrés

c) Incontinencia por rebosamiento

d) Incontinencia funcional

100. ¿Cuál no es un gran síndrome geriátrico?

a) Inmovilidad

b) Caídas

c) Incontinencia

d) Fractura de cadera

SOLUCIONES TEST 16

1. b) Griego

Etimológicamente, la palabra gerontología, procede del término griego geron, gerontos/es o los más viejos o los más notables del pueblo griego; a este término se une el término logos, logia o tratado, grupo de conocedores.

2. d) XX

La gerontología es una joven disciplina que – a pesar de que Metchikoff utiliza el término en su sentido actual en 1903 - se ha desarrollado, prácticamente, en la segunda mitad del siglo XX.

3. b) Gerontología biológica

Gerontología biológica o experimental: es también llamada del envejecimiento. Es una ciencia multidisciplinar que pretende conocer tanto los íntimos mecanismos del envejecimiento como su etiopatogenia. Su desarrollo como ciencia pasó por dos fases: la primera meramente empírica y especulativa, sacaba conclusiones deductivas, y la segunda, es experimental, ligada a la demostración de sus teorías.

4. a) Es materia troncal y obligatoria

La enfermería geriátrica es materia troncal y por tanto obligatoria en todas las universidades, sin excepción, formación mínima que puede aumentarse con asignaturas optativas, que contemplan también los diferentes planes de estudio.

5. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Funciones de la enfermera geronto-geriatra:

- *Valora las necesidades.*
- *Planifica cuidados.*
- *Satisface las necesidades.*
- *Evalúa si se han cubierto estas necesidades.*

6. d) Yaganes de Tierra de fuego

En algunas tribus (yakutas siberianos, fang del Gabón, chunkees del litoral de Siberia), los ancianos eran eliminados o abandonados. En estos casos el odio a los viejos engendrado por la severidad patriarcal conspiraba contra ellos. En otras culturas, sin embargo, se les aceptaba y respetaba (yaganes de Tierra de Fuego).

7. c) A los 50 años

Para la escuela hipocrática la vejez empezaba después de los 50 años.

8. a) Galeno

En esta época, varios médicos se preocuparon de las afecciones de la vejez, entre ellos Galeno. Este refundió el saber griego y romano tratando de unir la teoría hipocrática humoral con la aristotélica o de la pérdida de calor interno. Así, Galeno postulaba que el envejecimiento era la pérdida de calor interno y, como consecuencia, la deshidratación y alteración de los humores.

9. b) La edad media

La Edad Media representó un retroceso en la evolución social de la humanidad y ello repercutió en la situación de la ancianidad. Los castigos pecuniarios por dar muerte a una persona anciana eran tres veces menores que los equivalentes por dar muerte a un hombre en la plenitud de la vida. Las difíciles condiciones de vida no permitían a muchos llegar a viejos.

10. d) Las respuestas b) y c) son correctas

Los ancianos gozaron de poder y riquezas en el Renacimiento y la Edad moderna.

11. d) Las respuestas a) y b) son correctas

La valoración geriátrica integral (VGI) o valoración geriátrica exhaustiva es "un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos. Caracterizada por:

- *Ser cuádruple: evalúa las cuatro esferas (física, psíquica, social y funcional)*
- *Ser dinámica: se repite en el tiempo para detectar cambios y actuar oportunamente.*

[…]

12. b) Deterioro cognitivo en ancianos

El cuestionario abreviado de Pfeiffer es una prueba sencilla y útil en la detección del deterioro cognitivo en ancianos; puntúan los errores en la contestación a diez preguntas básicas, considerándose 5 errores el punto de corte más adecuado entre deterioro cognitivo o no. Es uno de los test más utilizados en la detección selectiva de pacientes, tanto ambulatorios como hospitalizados.

13. c) No están influenciadas por el entorno geográfico y cultural

Las actividades instrumentales son aquellas necesarias para vivir en forma independiente, tienen que ver con el "auto desempeño" y miden la adaptación al entorno. Están muy influidas por el entorno geográfico y cultural. En muchas sociedades alguna actividad depende del sexo del sujeto evaluado. Por sus características su medida suele basarse en el juicio y no en la observación y son más útiles que las anteriores para detectar los primeros grados de deterioro.

14. b) Medir el grado de independencia en realización de AIVD, relacionándose con autonomía cognitiva

El Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeiffer permite medir el grado de independencia en realización de AIVD, relacionándose con autonomía cognitiva. La ejecución de las actividades que considera puede estar limitada por problemas físicos (audición, visión, movilidad), por lo que al aplicarlo se debe precisar la causa de una limitación (sí es física la puntuación, es cero).

15. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Se valora en la necesidad de respiración:

- *El ritmo respiratorio regular con una frecuencia respiratoria de quince a veinte respiraciones por minuto.*
- *Una frecuencia cardiaca de setenta a ochenta latidos por minuto.*
- *La capacidad para expectorar y mantener libres las vías respiratorias.*
- *Intercambio gaseoso adecuado para los requerimientos vitales.*

16. d) La tensión arterial

Dentro de la necesidad de alimentación se valora:

- *Capacidad para elegir alimentos y bebidas.*
- *Posibilidad de adquirir, manipular e ingerir los alimentos.*
- *Mantenimiento del apetito.*
- *Capacidad para compartir la comida con otros.*

17. d) Que mantenga una buena alimentación

Las manifestaciones de independencia a valorar por enfermería son:

- *Capacidad suficiente orgánica de eliminación urinaria, fecal y de transpiración.*
- *Los hábitos eliminatorios e higiénicos se mantendrán para evitar infecciones*
- *Coordinación suficiente psicomotriz que permita al anciano actuar frente al estímulo – respuesta.*

18. c) Valorar la tensión arterial durante un año

Las manifestaciones de independencia a valorar en la necesidad de moverse y mantener una buena postura corporal.

- *Posibilidad de desplazamiento autónomo y mantenimiento de una postura alineada.*
- *Agilidad de movimientos y mantenimientos de estos para poder realizar actividades de la vida diaria.*
- *Ser capaz de realizar actividades recreativas adecuadas a sus requerimientos y limitaciones.*
- *Estabilidad y motivación emocional.*

19. d) Las respuestas a) y c) no corresponden a manifestaciones de independencia

Las manifestaciones de independencia a valorar por parte de enfermería en la necesidad de reposo son:

- *El anciano dormirá de forma regular y con sueño reparador.*
- *Se mantendrá activo durante el día para facilitar el descanso nocturno.*
- *Ingerir alimentos suficientes para mantener su energía y sueño continuado.*

20. a) Necesitará ayuda parcial para la realización de su aseo.

Las manifestaciones de independencia a valorar en la realización del aseo serán:

- *Será capaz de realizar su aseo personal.*
- *Tendrá interés en el cuidado de su piel, cabello y uñas.*
- *Elegirá vestido y calzado adecuados a su aspecto físico.*
- *Ingerirá una dieta equilibrada para mantener un aporte de líquidos y favorecer la hidratación.*

21. a) Geriatría

Geriatría es una especialidad o rama de la Medicina que se ocupa de la descripción, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias de la vejez.

22. b) Los sonidos más agudos

En el anciano es típica una pérdida de la agudeza auditiva, sobre todo para los sonidos más agudos.

23. c) Dentro de cada generación el proceso de envejecimiento es homogéneo según los individuos

Las características psicológicas del envejecimiento cambian de una generación a otra según los condicionantes ambientales y dentro de cada una de ellas el proceso de envejecimiento es heterogéneo según los individuos.

24. d) Uso de fármacos

Las causas de las caídas se dividen en factores intrínsecos y extrínsecos. Los primeros son todos aquellos que dependen de la situación del anciano, como los cambios de la agudeza visual, del sistema del equilibrio y del vasopresor que acontecen por el envejecimiento. A estos factores se les añade las situaciones de enfermedad que favorecen los trastornos del equilibrio, de la marcha y la movilidad, y de la adaptación tensional a los cambios de postura. Los factores extrínsecos son los relacionados con los obstáculos del entorno y el uso de fármacos y sustancias que favorecen los trastornos del equilibrio.

25. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los mecanismos de respuesta del anciano ante la situación de vejez son diferentes en función de su personalidad, vivencias acumuladas y recursos personales. Puede desarrollar mecanismos:

- *De separación o alejamiento del mundo que le rodea. Puede volverse introvertido, poco comunicativo, egocéntrico, huyendo del mundo y refugiándose en su soledad.*
- *De integración, aceptando el envejecimiento con cierta resignación.*
- *De actividad. El anciano reacciona ante el sentimiento de inutilidad. Busca alternativas y actividades provechosas para él y para la sociedad que le ayudan a sentirse útil y potencian su autoestima.*

26. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La educación para la salud en materia de alimentación y nutrición es fundamental. Aparte de los problemas añadidos de salud que la persona tenga hay que tener en cuenta que:

- *El anciano necesita menor cantidad de alimento que las personas jóvenes.*
- *Hay que vigilar de que no coma demasiado poco, ni en exceso, sino de acuerdo con su estado.*
- *Hay que cuidar el aporte de agua para evitar deshidrataciones y respetar la restricción de la misma cuando esté indicado por problemas cardiovasculares, edemas, etc.*
- *Debe ingerir un mínimo de leche y derivados para asegurarle el aporte de calcio.*
- *Hay que restringir el aporte de grasas (cerdo, mantequilla, etc.) y sustituir en la medida de lo posible la gasa animal por grasa de origen vegetal.*
- *Debe cuidarse el aporte de sal. En general, se recomienda una dieta baja en sal y de manera especial en los hipertensos.*
- *También hay que cuidar la cantidad y tipo de hidratos de carbono a ingerir en los diabéticos. El anciano diabético debe conocer los alimentos que debe tomar, la frecuencia con que debe hacerlo, cantidad, adquirir una actitud positiva y desarrollar hábitos alimentarios correctos. De ahí que existan programas para la educación del diabético.*

27. a) Las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

La escala OARS evalúa las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria categorizando de forma global el grado de dependencia.

28. b) AVD instrumentales

AVD instrumentales: en un segundo nivel de autonomía se encuentra el ser independiente para la realización de las tareas cotidianas de la vida diaria que son conocidas como las actividades instrumentales (AIVD), como puede ser: usar el teléfono, viajar, hacer compras, etc.

29. c) Ancianos con pérdida de la coherencia mental

Los ancianos que están en alto riesgo son los que presentan:

- *Un deterioro físico /psíquico grande.*
- *Una pérdida de la independencia socioeconómica.*
- *Un aislamiento familiar.*

30. d) Deletéreo

Strehler y North (1982) establecen una serie de características para el proceso de envejecimiento:

- *Universal: es un proceso que afecta a todos los seres vivos.*
- *Intrínseco: es una característica inherente a todas las especies.*
- *Progresivo: surge y se desarrolla con el paso del tiempo.*
- *Deletéreo: determina la muerte de los individuos.*

31. d) Aumenta el tamaño y número de los pelos nasales

Nariz: aumento de tamaño y número de los pelos nasales. Degeneración del nervio olfatorio.

32. b) Coordinado

Un buen Plan de atención individualizado (PAI) debe concebirse como:

- *Proceso continuo, dinámico, que se va adaptando a las necesidades de la persona en cada momento.*
- *Abierto y participativo, instrumento de diálogo entre la persona, la familia y los profesionales que conforman el equipo.*
- *Interdisciplinar, donde todo el equipo colabora en la elaboración del mismo.*
- *Coordinado, donde todos los miembros del equipo interdisciplinar establecen de manera conjunta las prioridades de intervención.*
- *Individualizado, diseñado para cada una de las personas usuarias del servicio.*

- *Integral, debe satisfacer todas las necesidades de la persona, teniendo en cuenta sus deseos y preferencias y su proyecto de vida.*
- *Consecuente, surge del proceso de valoración.*
- *Real, debe estar adaptado a las necesidades reales de la persona.*
- *Eficaz en cuanto que tiene que cumplir los objetivos marcados.*
- *Eficiente, porque debe cumplir los objetivos al menor coste.*
- *Periódico, se desarrolla durante todo el tiempo de permanencia en el servicio.*
- *Actualizado, debe permitir la comprobación de los cambios sufridos por el residente desde que se implantó el PAI.*

33. a) Aumenta el número de medicamentos prescritos

Ventajas de la V.G.I.:

- *Mejora el estado funcional, la capacidad cognitiva y la función afectiva.*
- *Disminuye el número de medicamentos prescritos.*
- *Perfecciona el diagnóstico y las decisiones sobre la mejor ubicación del paciente.*
- *Disminuye la necesidad de hospitalización por procesos agudos y de institucionalización de los ancianos, aumentando el uso de la Atención domiciliaria.*
- *Aminora los costes asistenciales.*
- *Mejora la calidad de vida y aumenta la supervivencia.*

34. a) El Índice de Barthel

El Índice de Barthel fue diseñado inicialmente para la valoración de pacientes con accidentes cerebrovasculares, pero actualmente ha demostrado su utilidad en la evaluación de cualquier paciente anciano. Es el instrumento recomendado por la Sociedad Inglesa de Geriatría para la evaluación de las ABVD. Mide la dependencia o independencia en 10 ítem: alimentación, baño, vestido, aseo, uso del retrete, micción, deposición, transferencias cama-sillón, deambulación y escaleras, siendo la puntuación de máxima dependencia 0 puntos y de máxima independencia 100 puntos; calificando los cambios de 5 en 5 puntos. Es muy útil para describir la realidad funcional y predecir los cambios a largo plazo. Al igual que el resto de las escalas funcionales, el Índice de Barthel no es sensible para detectar pequeños cambios, así como para medir la incapacidad por encima de un determinado umbral: los muy incapacitados.

35. c) 110

La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit fue desarrollada con la finalidad de medir el grado en que el cuidador percibía que su trabajo de asistencia al enfermo con demencia alteraba su propia salud física y emocional, así como su situación económica. Explora el sufrimiento del cuidador principal en áreas de salud física, psíquica, actividad social y recursos económicos. Es un instrumento autoadministrado del que existen varias versiones, la más extendida de las cuales consta de 22 ítems, los cuales se encuentran organizados en las subescalas de integración social (5 ítems),

ocupación y orientación (5 ítems), independencia física (16 ítems) y movilidad (3 ítems). Cada ítem se puntúa de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La puntuación mínima es de 22, y la máxima, 110. Se han establecido los siguientes puntos de corte:

- *Entre 22-46 indica no sobrecarga.*
- *Entre 47-55 indica sobrecarga leve.*
- *Entre 56-110 indica sobrecarga intensa.*

36. a) El descenso de las funciones intelectuales en los ancianos guarda una relación directa con la edad cronológica

Deterioro cognitivo:

- *El descenso de las funciones intelectuales en los ancianos no guarda una relación directa con la edad cronológica, sino que más bien va ligado a la aparición de enfermedades que producen un cierto deterioro de la capacidad intelectual.*
- *La pérdida de memoria tiene un efecto negativo a nivel psíquico y le preocupa de manera especial. Suele lamentarse a menudo de ello. Parece que aquellas personas dotadas de más recursos intelectuales estarían en menor disposición para vivir su vejez.*
- *Cuantos más sean los recursos humanos propios, mejores serán las condiciones de vida. El nivel cultural es un recurso humano de primera magnitud.*

37. b) Se recomienda una dieta alta en sal y de manera especial en los hipertensos:

La Educación para la Salud en materia de alimentación y nutrición es fundamental. Aparte de los problemas añadidos de salud que la persona tenga hay que tener en cuenta que:

- *El anciano necesita menor cantidad de alimento que las personas jóvenes.*
- *Hay que vigilar de que no coma demasiado poco, ni en exceso, sino de acuerdo con su estado.*
- *Hay que cuidar el aporte de agua para evitar deshidrataciones y respetar la restricción de la misma cuando esté indicado por problemas cardiovasculares, edemas, etc.*
- *Debe ingerir un mínimo de leche y derivados para asegurarle el aporte de calcio.*
- *Hay que restringir el aporte de grasas (cerdo, mantequilla, etc.) y sustituir en la medida de lo posible la gasa animal por grasa de origen vegetal.*
- *Debe cuidarse el aporte de sal. En general, se recomienda una dieta baja en sal y de manera especial en los hipertensos.*
- *También hay que cuidar la cantidad y tipo de hidratos de carbono a ingerir en los diabéticos. El anciano diabético debe conocer los alimentos que debe tomar, la frecuencia con que debe hacerlo, cantidad, adquirir una actitud positiva y desarrollar hábitos alimentarios correctos. De ahí que existan programas para la Educación del Diabético.*

38. c) Enfermedades mentales como depresión

Factores de riesgo biológico:

- *Limitación de capacidades biológicas. Sensoriales, Mentales, Motoras, Regulación homeostática (termorregulación, sistema vegetativo, sueño, etc.)*
- *Padecen con más frecuencia enfermedades crónicas.*
- *Aparato circulatorio: HTA, cardiopatía isquémica, varices,*
- *Aparato respiratorio: EPOC - Aparato endocrino y metabólico: diabetes, obesidad...*
- *Aparato locomotor: artrosis...*
- *Tumores malignos.*
- *Accidentes. Las personas mayores los sufren con mayor frecuencia.*
- *Infecciones agudas: respiratorias, urinarias...*
- *Enfermedades mentales: como depresión.*

39. a) La responsabilidad de atenuar el sufrimiento del enfermo es personal e individual, pues el sufrimiento provocado por variables sociales tiene mucho de estructural y de particular

El objetivo de todo acompañamiento a la persona que sufre no es otro que contribuir a hacer que el enfermo pueda hacer la mayor y la mejor experiencia de curación entendida en su integridad. La responsabilidad de atenuar el sufrimiento del enfermo es personal y colectiva, pues el sufrimiento provocado por variables sociales tiene mucho de estructural y de comunitario, atentando también contra el principio ético de justicia. De este modo conseguiremos con más facilidad y eficacia "matar la muerte evitable" y eliminar la "muerte social" que tanto sufrimiento crea entre los enfermos. Digamos también que un acompañamiento holístico habrá de tener en cuenta la importancia de la familia del afectado. Esta no solo sufre por tener un enfermo, sino, con frecuencia, a causa de la marginación social, de sentimientos de culpa, de la ruptura de la imagen que se habían hecho de su ser querido, etc. Este paradigma de lectura de la realidad constituye una propuesta humanizadora por considerar a la persona en su globalidad, a las personas realmente interrelacionadas. En este sentido, la salud no podrá reducirse a un simple buen funcionamiento de los órganos y de las funciones vitales, sino una experiencia de relación consigo mismo, con la naturaleza, con el propio cuerpo, con los demás, donde los valores evocan y realizan lo trascendente. Este concepto puede ayudarnos a comprender lo que significa intervenir en los ámbitos de salud y de acción social, de manera holística, global, integral.

40. c) 3

Otros modelos para el manejo de los pacientes con enfermedad crónica son los modelos poblacionales, cuyo foco es la población en su conjunto y sus necesidades, apostando por intervenciones diferenciadas para cada grupo poblacional. Entre ellos, destaca el "Modelo de Kaiser permanente", que identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente. En interpretaciones posteriores al modelo de Kaiser se ha incluido un cuarto nivel de intervención, el de promoción y prevención, dirigido a toda la población y que se corresponde con la base de la pirámide.

41. b) Los pacientes de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad y nivel de dependencia

Los pacientes de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad y nivel de dependencia, que pueden llegar hasta un 5 % de los pacientes con enfermedad crónica, requieren una "gestión integral del caso", a través de cuidados profesionales avanzados. Dar respuesta a necesidades complejas de cuidados implica orientar los esfuerzos hacia la continuidad asistencial, el trabajo multidisciplinar y la gestión de recursos y cuidados en estrecha relación con el paciente y sus cuidadores.

42. b) 3

Modelo de Kaiser:

[…]

- *Nivel 3: Son pacientes complejos, con una mayor carga de fragilidad. Es la presencia de -> cinco enfermedades crónicas; su prioridad es la gestión integral del caso con cuidados fundamentalmente profesionales (a poder ser con soporte de las TIC).*

43. a) Excelente

El plan estratégico es un programa de actuación que consiste en aclarar lo que pretendemos conseguir y cómo nos proponemos conseguirlo. Esta programación se plasma en un documento de consenso donde concretamos las grandes decisiones que van a orientar nuestra marcha hacia la gestión excelente.

44. d) ¿Cómo llegamos a ese pasado?

El plan debe responder a las siguientes preguntas:

- *¿Cuál es nuestra razón de ser? ¿Qué nos da vida y sentido?: declaración de la Misión.*
- *¿A dónde deseamos ir?: Visión estratégica.*
- *¿Qué hacemos bien? ¿Qué deseamos hacer?: proposiciones; objetivos estratégicos.*
- *¿Cómo llegamos a ese futuro?: Plan de acción; Reglamento de evaluación.*

45. a) Visión estratégica

Debe responder a las siguientes preguntas

- *¿Cuál es nuestra razón de ser? ¿Qué nos da vida y sentido?: declaración de la Misión.*
- *¿A dónde deseamos ir?: Visión estratégica.*
- *¿Qué hacemos bien? ¿Qué deseamos hacer?: Proposiciones; Objetivos estratégicos.*
- *¿Cómo llegamos a ese futuro?: Plan de acción; Reglamento de evaluación.*

46. a) El apoyo para su autogestión

Modelo de Kaiser:

[…]

- *Nivel 1: es la presencia de una-dos enfermedades crónicas; son pacientes de bajo riesgo, con condiciones todavía en estados incipientes. Su principal estrategia es el apoyo para su autogestión.*

[…]

47. b) Es la presencia de una-dos enfermedades crónicas

Modelo de Kaiser:

[…]

- *Nivel 1: es la presencia de una-dos enfermedades crónicas; son pacientes de bajo riesgo, con condiciones todavía en estados incipientes. Su principal estrategia es el apoyo para su autogestión.*

[…]

48. c) Los pacientes de alto riesgo, pero de complejidad media

Los pacientes de alto riesgo, pero de complejidad media, constituyen aproximadamente un 15 % del total de pacientes con enfermedad crónica. Estos requieren una "gestión de la enfermedad" que combina autocuidado y cuidados profesionales. En estos pacientes es clave la capacitación para el autocuidado y el grado de compromiso en el cuidado de su salud que permita al paciente avanzar en la autonomía y la toma de decisiones sobre su salud.

49. a) Los pacientes con enfermedad crónica de complejidad menor

Los pacientes con enfermedad crónica de complejidad menor (una única enfermedad crónica o estadios incipientes de esta), que constituyen alrededor del 80 %, requieren intervenciones de educación, acompañamiento y apoyo en el autocuidado por el personal de enfermería, con el fin de generar niveles adecuados de autocuidado y compromiso con el cuidado de la salud que contribuyan a enlentecer la progresión de la enfermedad. Además, las estrategias de educación hacia el autocuidado lideradas por iguales (escuelas de pacientes, programas del paciente experto…) contribuyen también al fomento del autocuidado en este estadio.

50. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Uno de los modelos que ha conseguido mayor aceptación y difusión es el "Modelo de Atención a Crónicos" (The Chronic Care Model /CCM) desarrollado por Wagner. Es el resultado de diversos esfuerzos para la mejora de la gestión de enfermedades crónicas en sistemas integrados de salud de EE.UU. La aplicación del CCM supone repensar y rediseñar la práctica clínica, principalmente en el ámbito de la Atención Primaria. En este modelo, la atención a las enfermedades crónicas discurre en tres planos que se superponen:

- *La comunidad con sus políticas y diversos recursos públicos y privados*
- *El sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento*
- *La interacción con el paciente en la práctica clínica.*

51. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El control de las enfermedades no transmisibles de evolución crónica es, por tanto, uno de los mayores retos de los sistemas sanitarios en todo el mundo, por lo que la atención a las personas que presentan patologías crónicas constituye hoy en día una prioridad en las agendas de todos los sistemas sanitarios. La estratificación habla de "estratificar a la población según su riesgo". Se trata de identificar diferentes niveles de necesidades y poner en marcha diferentes niveles de intervenciones en cada grupo con el fin principal de manejar mejor su enfermedad crónica y evitar los ingresos hospitalarios y/o las demandas de urgencias. En la actualidad existe un amplio consenso en la necesidad de nuevos modelos para gestionar de forma más eficiente estas enfermedades. La atención sociosanitaria de la cronicidad requiere un enfoque centrado en la persona, como paradigma de atención a pacientes y no a enfermedades

52. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Entendemos por estilo de acompañamiento holístico a la persona aquel que pretende generar salud holística y esta sería la experiencia de la persona de armonía y responsabilidad en la gestión de la propia vida, de los propios recursos, de sus límites y disfunciones en cada una de las dimensiones de la persona ya citadas: física, intelectual, relacional, emocional y espiritual y religiosa. Así, una persona está sana físicamente cuando al considerar su cuerpo lo cuida y lo trata más que como cuerpo "animal"; lo ve en su aspecto de "corporeidad". El cuerpo humano, en efecto, evoca y vehicula la dimensión relacional. Se da salud física, pues, también con grandes límites en el cuerpo, como de hecho sucede cuando las personas sufren diferentes tipos de discapacidades. De la misma manera, acompañar a la persona enferma en sentido holístico supone generar salud también en el ámbito mental. La salud mental no es solo ausencia de patologías psíquicas, sino que la entendemos como apropiación de las propias cogniciones, ideas, teorías, paradigmas, modos de interpretar la realidad, libres de obsesiones y excesivas visiones cerradas y pretendidamente definitivas de las cosas y de la vida. Igualmente, acompañar en sentido integral al enfermo, implica promover salud relacional, salud en la dimensión social. Se dará salud relacional cuando se pueda decir que una persona se relaciona bien consigo misma porque experimenta un cierto equilibrio en la relación con su cuerpo, porque promueve el autocuidado, la belleza, la autoestima. A su vez, una persona vive sanamente las relaciones con los demás cuando estas están impregnadas de buen uso de la

mirada, cuando es capaz de experimentar ternura, equilibrio y vive el contacto corporal de manera personal y positiva. Una persona indica salud relacional cuando se reconoce interdependiente, no exclusivamente independiente ni dependiente, sino que reconoce las diferentes interdependencias en los diferentes ámbitos de la vida.

53. a) VIH

El envejecimiento de la población y la mejora de la atención sanitaria han propiciado a lo largo del siglo XX cambios en los patrones de salud-enfermedad de la población. En la actualidad el patrón epidemiológico de las enfermedades está representado mayoritariamente por enfermedades no transmisibles. En términos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el reto de Salud para todos en el siglo XXI es hacer frente a la carga mundial de las enfermedades no transmisibles. Un aspecto de especial relevancia lo constituye el hecho de que algunas de las enfermedades no transmisibles más destacadas (enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y algunos tipos de cáncer) están relacionadas con determinantes de la salud comunes como son los asociados a los estilos de vida: consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta inadecuada e inactividad física. Por lo tanto, son modificables mediante medidas de promoción de la salud y actividades preventivas. Teniendo en cuenta esto el número de muertes prematuras puede reducirse considerablemente.

54. c) Fragilidad

Fragilidad: es un concepto que define a un síndrome, producto de la disminución de la reserva homeostática y de la resistencia del individuo ante diversos procesos como la enfermedad, etc.

55. c) Minusvalías ocupacionales

Las minusvalías podrían clasificarse en:

- *Minusvalías de orientación: incapacidad para orientarse en relación con el entorno.*
- *Minusvalías de independencia física: tener necesidad de ser ayudado por otros en relación con el cuidado personal y otras actividades de la vida ordinaria.*
- *Minusvalías de movilidad: para desplazarse en su entorno.*
- *Minusvalías ocupacionales: afecta al trabajo, ocio y tiempo libre.*
- *Minusvalías de integración social: mantener relaciones sociales.*
- *Otras minusvalías: todas aquellas que puedan dar origen a una inadaptación social.*

56. a) Encefalopatías

Entre las causas de las minusvalías físicas podemos citar:

- *Encefalopatías: suelen ser infantiles y resultantes de una alteración del sistema nervioso en un momento precoz del desarrollo, antes del nacimiento o durante la primera infancia.*

[…]

57. d) Una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica

Una discapacidad es "toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano". La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como respuesta de un individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona.

58. b) Residencias de adultos

Los centros residenciales se configuran como recursos de atención integral destinados a aquellas personas que, no pudiendo ser asistidas en su medio familiar, lo precisan temporal o permanentemente. Se distingue entre aquellos centros residenciales que atienden a personas con una discapacidad tan grave que precisan de la ayuda de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria (residencias para personas gravemente afectadas), de aquellos otros que atienden a personas con cierta autonomía personal (residencias de adultos/as y viviendas tuteladas):

[…]

- *Residencia de adultos/as: destinada al acogimiento y convivencia, temporal o permanente, en régimen de internado, de personas con discapacidad que disfrutan de cierta autonomía personal, y que, por razones familiares tengan dificultad para la vida familiar normalizada y la integración social.*

[…]

59. c) Talleres polivalentes y ocupacionales prelaborales

Los Centros de Día se configuran como establecimientos destinados a la atención de aquellas personas que no puedan integrarse -transitoria o permanentemente- en un medio laboral normalizado o que, por su gravedad, necesiten de atención continuada y no puedan ser atendidas por su núcleo familiar durante el día. Los Centros de Día se clasifican en:

[…]

- *Centros Ocupacionales: centros que proporcionan una actividad útil, fomentan la integración social de personas con discapacidad en edad laboral, que por su acusada minusvalía temporal o permanente no pueden acceder a puestos de trabajo ordinarios o especiales. Tienen por finalidad proporcionarles un ajuste personal y social, habilitarles laboralmente y normalizar sus condiciones de vida.*

[…]

60. b) 75 % de sus ingresos

Programas de respiro familiar:

[…]

- *Aportación de los/as usuarios/as: El 75 % de sus ingresos. La cuota se calcula en proporción a los días de servicio prestados.*

61. a) El 25 % de sus ingresos líquidos anuales con excepción de las pagas extraordinarias

Aportaciones de los/as usuarios/as: en Unidades de Estancias Diurnas, el 25 % de sus ingresos líquidos anuales con excepción de las pagas extraordinarias. En Centros Ocupacionales entre el 15 y el 25 % en función de los servicios que preste el centro.

62. d) Trastornos mentales

Factores físicos que pueden influir en la aparición de la dependencia

- *Deterioro de los sistemas biológicos orgánicos*
- *Problemas físicos relacionados con la movilidad y la ausencia de fuerzas que pueden desencadenar accidentes y caídas.*
- *Limitaciones sensoriales.*
- *Enfermedades crónicas o uso de fármacos.*

63. d) Dependencia extrema

El sistema contará además con una serie de centros estatales de referencia de atención a personas dependientes. Las personas dependientes también podrán recibir prestaciones económicas para cuidadores familiares o para la contratación de un asistente personal. La situación de dependencia se clasifica en los siguientes grados:

- *Grado I. Dependencia moderada.*
- *Grado II. Dependencia severa.*
- *Grado III. Gran dependencia.*

64. d) Dispone siempre de los conocimientos necesarios que sustenten sus acciones

El cuidador informal: la persona, familiar, vecino, cónyuge, etc. que desarrolla el papel de cuidador principal también suele realizar la función llamada cuidado informal. Por tanto, indicaremos las características que presenta esta persona. Son:

- *No siempre dispone de los conocimientos necesarios que sustenten sus acciones.*
- *La información que poseen la han recibido de tradiciones familiares, personas cercanas, la calle, los medios de comunicación y solo de una mínima proporción del sistema sanitario.*

[…]

- *Los recursos de los que disponen son insuficientes y una carga económica.*

[…]

- *Tienen una menor disponibilidad de tiempo libre, disminuyendo o restringiendo su participación en actividades sociales, influyendo paralelamente a veces en su relación de pareja.*

[…]

65. d) Existe un envejecimiento desigual de la población que afecta más a la mujer que al hombre,

debido a la menor longevidad de este

La variable edad muestra una comparación diferencial en lo que al sexo se refiere, en los tramos inferiores a veinticinco años la proporción de hombres supera a la de mujeres, situación que se invierte a partir de los treinta y cinco años, creciendo esta diferencia a medida que aumenta la edad. En este sentido, otro de los aspectos fundamentales que describe la gráfica es un envejecimiento desigual de la población que afecta más a la mujer que al hombre, debido a la menor longevidad de este.

66. c) Personas con problemas de movilidad

A continuación, respecto a los principales grupos de discapacidad el más frecuente, tanto en mujeres como en hombres, es el relacionado con problemas de movilidad que afecta al 67,2 % a nivel nacional. El segundo tipo en importancia se refiere a personas con dificultades graves o importantes para realizar actividades de la vida diaria, con unos porcentajes del 57,4 % y 55,3 % respectivamente. En tercer lugar, se sitúan aquellas relacionadas con el autocuidado, es decir, personas con dificultades graves o importantes para realizar actividades de autocuidado e higiene personal, con un porcentaje autonómico del 50,9 % y del 48,4 % en el ámbito nacional.

67. c) A partir de los 80 años

Si tenemos en cuenta los tipos de discapacidad asociados a la edad, en el tramo de los 6 a los 44 años predominan aquellos relacionados con el aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas junto a las dificultades de interacciones y relaciones personales. En el tramo que abarca de los 65 a 79 años destacan los problemas de movilidad, autocuidado y dificultades para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, y a partir de 80 años los problemas de audición y comunicación-

68. a) Normalización

Normalización. Las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona.

69. a) Centros que proporcionan una actividad útil, fomentan la integración social de personas con discapacidad en edad laboral, que por su acusada minusvalía temporal o permanente no pueden acceder a puestos de trabajo ordinarios o especiales

Los Centros de Día se configuran como establecimientos destinados a la atención de aquellas personas que no puedan integrarse -transitoria o permanentemente- en un medio laboral normalizado o que, por su gravedad, necesiten de atención continuada y no puedan ser atendidas por su núcleo familiar durante el día. Los Centros de Día se clasifican en:

[…]

- *Centros Ocupacionales: Centros que proporcionan una actividad útil, fomentan la integración social de personas con discapacidad en edad laboral, que por su acusada minusvalía temporal o permanente no pueden acceder a puestos de trabajo ordinarios o especiales. Tienen por finalidad proporcionarles un ajuste personal y social, habilitarles laboralmente y normalizar sus condiciones de vida.*

[…]

70. c) 18 años

Las Casas Hogar son centros residenciales de alojamiento y convivencia para personas a partir de 18 años con escaso nivel de autonomía personal consecutiva a una enfermedad mental, debiendo garantizar la cobertura de las necesidades de atención no sanitaria de los pacientes. Tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente.

71. a) Alteraciones del metabolismo

Entre las causas de las minusvalías físicas podemos citar:

- *Encefalopatías […].*
- *Enfermedades congénitas […].*
- *Alteraciones del metabolismo: se producen cuando existe un fallo hereditario de un enzima determinado y que ocasiona en el sujeto afecto una serie de manifestaciones clínicas, en ocasiones de extrema gravedad.*
- *Malformaciones congénitas […].*
- *Endocrinopatías […].*
- *Defectos craneales […].*

72. b) Hacia ellas van encaminadas las acciones preventivas, y son el reflejo de la tecnología, cultura política y social

Según otra clasificación podemos distinguir dos tipos de incapacidades:

- *Primarias: consecuencia directa de una enfermedad o afección, como puede ser una fractura por un traumatismo, hemiplejia por un ACV, etc. Hacia ellas van encaminadas las acciones preventivas, y son el reflejo de la tecnología, cultura política y social. Por ejemplo: en el caso de la tecnología, en una sociedad primitiva no existían accidentes debido a los desplazamientos. En el caso de la política: los límites de velocidad en carretera los fija el gobierno. En lo referente a sociedad: hábitos de vida, ocio o deporte: zapatos de tacón, deportes de riesgo, etc.*

[…]

73. b) Cuarta

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente del síndrome demencial. Se ha establecido que más del 50 % de los pacientes diagnosticados de demencia sufren de esta patología. Aunque la enfermedad de Alzheimer es la cuarta causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares, muy pocos certificados de defunción especifican que la causa de muerte ha sido esta enfermedad.

74. a) La demencia en la Enfermedad de Alzheimer se considera hoy como reversible

En la Enfermedad de Alzheimer se ha encontrado en el cerebro una importante pérdida en el número de neuronas (hipocampo, sustancia innominada, locus coeruleus, la corteza temporo-parietal y frontal); aparición de una degeneración neurofibrilar: aparición de placas neuríticas (argentófilas) y formaciones granulovasculares. También se han descrito alteraciones neuroquímicas tales como la reducción de enzimas, acetilcolintrasferasas, de la acetilcolina misma y de otros nuerotransmisores o neuromoduladores Los rasgos clínicos de la enfermedad de Alzheimer son tan característicos que normalmente es posible llegar a un diagnóstico de presunción basándose solo en la clínica. La demencia en la Enfermedad de Alzheimer se considera hoy como irreversible. El cuadro clínico de la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por una marcada alteración de todas áreas asociadas con la cognición, como son la memoria, el lenguaje, la capacidad de atención y concentración, la percepción y el juicio. Son frecuentes los cambios en la personalidad y los síntomas depresivos, especialmente en las primeras etapas de la enfermedad, cuando el enfermo todavía es consciente de sus déficits.

75. c) Progresa lentamente, siendo el rasgo más característico el deterioro de la memoria

Cuando la demencia tipo Alzheimer se inicia de forma precoz, se produce un deterioro rápido y con marcadas alteraciones de las funciones corticales superiores. En períodos precoces de la evolución aparecen afasias, agrafia, alexia o apraxias. La historia familiar puede aportar información complementarla, pero no necesaria (Síndrome de Down o linfomas). Cuando el inicio es tardío (> 65 años), progresa lentamente, siendo el rasgo más característico el deterioro de la memoria.

76. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Fase inicial:

- *Memoria: deterioro a corto plazo; pérdida de memoria reciente; deterioro de la capacidad de asimilar nueva información.*

[…]

77. a) Disminución progresiva de su capacidad de comunicación: reiterativo, lento y empobrecido

Fase de demencia clara:

[…]

- *Memoria.*

[…]

- *Orientación.*

[…]

- *Lenguaje: disminución progresiva de su capacidad de comunicación: reiterativo, lento y empobrecido.*

78. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

De manera general, podríamos decir que la forma de comienzo de la demencia es insidiosa. Muchas veces, los síntomas que en principio pudieran servir de alerta pasan desapercibidos, pues suelen ser vagos y muy inespecíficos (pequeños fallos de memoria, insomnio, ansiedad...). En este punto, hablaríamos de una primera fase, en la cual las alteraciones y cambios son leves, manteniendo aún la persona un grado elevado de autonomía, aunque con errores. La sintomatología comienza con pequeñas alteraciones, que el enfermo puede negar. Esta fase puede durar algunos años.

79. c) Afasia

Afasia: dificultad para encontrar palabras que designen objetos conocidos anteriormente y de fácil y común terminología

80. b) Repetición de una sílaba de manera reiterada

Logoclonía: repetición de una sílaba de manera reiterada.

81. d) Deterioro del juicio y la apatía

Necesidad de creencias y valores: el deterioro del juicio y la apatía condicionan una incapacidad racional en estos enfermos para comprender conceptos abstractos y de sentido filosófico. Este hecho no impide la continuidad de prácticas anteriores a su enfermedad, dentro de sus limitaciones. El participar o acudir a diferentes actos, supone una oportunidad de establecer relaciones sociales y puede ayudarle a una mejor integración en su medio social.

82. d) La falta de entrenamiento en la contracción y relajación del esfínter

Se agrupan bajo en contexto de trastornos irritativos de la vejiga, una serie de causas generadoras de problemas de falta de control en la continencia de la orina, lo cual predispone al anciano a emitir orina de forma involuntaria.

83. a) Diferenciar los cambios atribuibles al proceso de envejecer de las posibles manifestaciones de dependencia producidas por cualquier enfermedad de mayor incidencia en la población anciana

Es imprescindible que la enfermera diferencie, mediante la valoración, las manifestaciones propias del proceso de envejecimiento de los aspectos consecuentes de la enfermedad. Para ello, deberá profundizar en el análisis de los cambios individuales, identificando el alcance de los mismos.

84. b) Enseñar a distribuir el peso en varias articulaciones, evitando movimientos forzosos, bruscos e innecesarios

Es importante que a enfermera enseñe al anciano la distribución del peso para mejorar el equilibrio y también procurando evitar forzar los movimientos realizándolos de forma suave y adecuada a sus limitaciones.

85. c) Regularidad, constancia y adecuación a las limitaciones

Las bases para la consecución de los objetivos que se persiguen con la práctica de ejercicio físico, en los ancianos, son la constancia en la realización, la regularidad en la práctica y la limitación del ejercicio a las posibilidades reales de cada persona que lo práctica.

86. a) Los bastones y andadores

Los bastones y andadores suelen ser elementos de ayuda sencillos y fáciles de usar, tanto en el domicilio como en las instituciones, y aportan seguridad en el equilibrio y soporte en la marcha del anciano.

87. b) Deben incluir un inventario de actividades básicas e instrumentales

Si se valoran las actividades básicas e instrumentales pueden determinarse las capacidades conservadas del anciano y su capacidad de respuesta.

88. b) Las causas que originen a incontinencia

Conocer las causas de la incontinencia permite determinar si existe o no posibilidades de establecer un programa de reeducación u otras formas de tratamiento como el control de micciones, cirugía, tratamiento farmacológico, etc.

89. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Por el hecho de la multicausalidad factorial, hay que establecer de forma muy explícita la valoración del riesgo para determinar si aparecen factores favorecedores de caídas.

90. c) La realización de planes de cuidado realizando una valoración completa en la que se mida las capacidades que tiene el anciano, y teniendo en cuenta todas las actividades que pueda hacer por sí mismo, a pesar de sus limitaciones

La atención de enfermería en gerontología debe tener como principio el fomento de la independencia de la persona a quienes cuida. Por eso es importante que identifique y valore las capacidades que el anciano conserva y trabaje a favor de potenciarlas, aprovechando esos recursos para mejorar o mantener la independencia.

91. b) No influye en el riesgo de caídas

La incontinencia es una de las manifestaciones de dependencia que repercute en la mayoría de actividades de la vida diaria y que genera mayores problemas de aislamiento, higiene y falta de autonomía.

92. a) Hipocalcemia, demencias, alteraciones de la marcha e hipoglucemia

Las caídas son un problema de gran importancia en geriatría, pueden estar producidas por múltiples causas intrínsecas y extrínsecas. La hipocalcemia, demencia, alteraciones de a marcha e hipoglucemias son las causas más frecuentes.

93. c) La consecución del máximo grado de independencia en la satisfacción de las necesidades

Los cuidados que presta enfermería a las personas ancianas tienen como último objetivo la consecución del máximo grado de independencia posible, según as capacidades individuales, en la satisfacción de las necesidades o en las actividades de la vida diaria.

94. b) Incluir en la dieta alimentos con alto contenidos en fibra

La dieta rica en fibra de 6 a 15 gramos diarios evita el estreñimiento. Ya que a fibra no digerible disminuye el tiempo de tránsito intestinal, aumenta el volumen y contenido de agua en las heces e incrementa la motilidad gastrointestinal. Es recomendable un mínimo de 1500 ml de líquidos por día para reducir el riesgo de estreñimiento en el anciano y aumentar la actividad física.

95. d) Es una evidencia que tiene un fallo cognitivo

El Mini Mental test tiene una puntación máxima de 35 puntos; la obtención de 24 o menos puntos en el individuo con más de ocho años de escolarización, puede considerarse como evidencia de fallo cognitivo.

96. a) La capacidad de realizar ABVD

La escala de Barthel mide las actividades de la vida diaria. Mide el nivel funcional en los siguientes ítems: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular, subir escaleras.

97. d) El Índice de Lawton se utiliza para evaluar el estado mental del paciente.

Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria.

98. d) El tratamiento de elección es la extracción manual incluso antes que a utilización de laxantes

La impactación fecal precisa ser retirada mediante el empleo de enemas o extracción manual en muchos casos. La extracción manual se realizará cuando haya fracasado el enema de limpieza

99. a) Incontinencia de urgencia

Se trata del tipo de incontinencia más frecuente, el 65 % de los casos. Se caracteriza por un derrame moderado de orina por la incapacidad para retrasar la micción después de percibir la sensación de plenitud vesical. Las causas más comunes son la inestabilidad motora o sensibilidad del detrusor.

100. d) Fractura de cadera

Los grandes síndromes geriátricos son la inmovilidad, las caídas, la incontinencia y el deterioro cognitivo.

TEST 17

Cuidados de enfermería en enfermos en situación terminal. Actuación ante el dolor y la muerte. Apoyo a la familia. La comunicación y el duelo. Principales problemas. Dolor: Características y escalas de medida. Duelo: Tipo y manifestaciones. Apoyo al cuidador principal y familia

1. Indique la respuesta incorrecta respecto al tratamiento con el enfermo en fase terminal:

a) No comentar lo que se siente para no hacerles ningún daño

b) Demostrar que estamos accesibles y dejémonos guiar por el enfermo

c) Siempre puede haber algo que podamos hacer

d) Si no se sabe qué decir, no importa

2. En las infecciones orales, los enjuagues bucales con Povidona yodada oral, o con agua oxigenada diluida al:

a) 20 % con suero salino

b) 30 % con suero salino

c) 40 % con suero salino

d) 50 % con suero salino

3. Se humedece la boca con cubitos de hielo o administrar líquidos helados en:

a) Infecciones orales

b) Boca dolorosa

c) Boca sucia con placas detritus o costras

d) Boca sangrante

4. El "dolor total" fue definido por:

a) Cicely Saunders

b) Mc Cafiery

c) Chronic Pain

d) Mc Gregor

5. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) la definió en:

a) 1961

b) 1973

c) 1985

d) 1987

6. Son los dolores prolongados que perduran mucho después de sufrida la lesión:

a) Dolor fásico

b) Dolor tónico

c) Dolor agudo

d) Dolor no benigno

7. No es una característica del dolor crónico:

a) Debe evitarse la sedación

b) La administración debe ser oral

c) No se requieren otras drogas

d) La tolerancia y resistencia pueden darse

8. El cuestionario de McGill abreviado comprende:

a) Cinco secciones que nos permiten obtener la información necesaria para enfocar adecuadamente un plan de cuidados

b) Diez secciones que nos permiten obtener la información necesaria para enfocar adecuadamente un plan de cuidados

c) Quince secciones que nos permiten obtener la información necesaria para enfocar adecuadamente un plan de cuidados

d) Veinte secciones que nos permiten obtener la información necesaria para enfocar adecuadamente un plan de cuidados

9. Indique la respuesta incorrecta:

a) El dolor no desaparecerá o no será menor porque el paciente deje de estar ansioso

b) El dolor no es simplemente un problema psicológico, sino un problema físico acompañado de respuestas emocionales.

c) No todo dolor es real, independientemente de su causa

d) La ausencia de una causa física identificable del dolor no significa que este sea puramente psicogénico

10. La Organización Mundial de la Salud, ha diseñado un plan bastante sencillo. Se trata de una "escalera analgésica" que consta de tres peldaños correspondientes a:

a) Dos categorías de analgésicos

b) Tres categorías de analgésicos

c) Cuatro categorías de analgésicos

d) Cinco categorías de analgésicos

11. Indique la respuesta correcta respecto a la Naloxona:

a) Alta potencia

b) Menor potencia que los antagonistas puros

c) Su eficacia analgésica es menor que la de la morfina

d) Se utilizan como antídoto en caso de intoxicación por mórficos.

12. Su acción principal es sobre receptores κ:

a) Morfina

b) Codeína

c) Pentazocina

d) Metadona

13. Señale la respuesta correcta cuando el dolor es moderado:

a) Codeína 60 o 90 mg c/8 hs, con o sin paracetamol 500-800 mg c/12H v.o.

b) Tramadol 150 a 200 mg c/ 6 hs v.o.

c) Tramadol 50 a 100 mg c/2 hs v.o.

d) Paracetamol 500 mg/ Hidrocodona 5-7.5 mg c/ 4H v.o., más 1 comp. de rescate hasta c/ 2H

14. Indique la respuesta correcta cuando el dolor es intenso:

a) Morfina 30 mg c/ 4 hs v.o. (5 mg c/4H sc/iv) y 5 mg de rescate

b) Oxicodona 5 mg c/ 4H v.o.y dosis de rescate

c) Hidromorfona 10 mg v.o.c/ 8H y dosis de rescate

d) Metadona 15 a 20 mg v.o. cada 8-12H

15. En los antidepresivos tricíclicos, la amitriptilina 25 a 75 mg/d v.o. (hasta 150 mg/d) se usa con:

a) Dolor óseo

b) Dolor neuropático

c) Dolor incidental

d) Abuso de substancias

16. Las dosis iniciales medias de morfina oscilan entre:

a) 10 y 30 mg diarios

b) 30 y 60 mg diarios

c) 60 y 90 mg diarios

d) 90 y 100 mg diarios

17. La dosis inicial más alta de morfina se da cuando:

a) Situación de agonía

b) Edad muy avanzada

c) Debilidad o desnutrición extremas

d) Dosis tope previas de otros opioides menos potentes

18. Existen unos "criterios de dolor controlado" que pueden ser útiles en la práctica clínica:

a) Nº de crisis en 24H <3

b) Nº de crisis en 48 H <8

c) Nº de crisis en 24 H <1

d) EVA>2 (0-5)

19. No es raro que en bastantes enfermos se presenten una serie de efectos indeseables durante los primeros días de tratamiento con morfina. La mayoría de las veces desaparecerán con o sin tratamiento específico después:

a) Uno o dos días

b) Cinco o seis días

c) Quince o veinte días

d) De tres meses

20. Aparece a veces y suele ceder con antihistamínicos por vía oral:

a) Sudoración

b) Delirium

c) Alucinaciones

d) Prurito

21. Se corresponde con la ansiedad:

a) Sudor

b) Náuseas

c) Irritabilidad

d) Todas se corresponden con la ansiedad

22. No está dentro de los factores de riesgo de la depresión:

a) Alcoholismo

b) Pérdidas familiares

c) Vivir con mucha gente

d) Historia familiar de depresión

23. El estado confusional agudo suele aparecer a unas edades por encima de:

a) 45 – 50 años

b) 50 – 55 años

c) 55 – 60 años

d) 60 – 65 años

24. El fármaco de elección de tranquilización y descanso es:

a) Lorazepam

b) Midazolam

c) Haloperidol

d) BZD

25. ¿Cuál es la correcta medida farmacológica con la ansiedad?

a) Orfidal

b) Benzodiacepinas

c) Diuréticos

d) Barbitúricos

26. Se definen como la sensación desagradable referida vagamente al epigastrio y al abdomen:

a) Estreñimiento

b) Náuseas

c) Diarrea

d) Obstrucción intestinal

27. Son laxantes que actúan sobre la musculatura de la pared intestinal aumentando el peristaltismo, el líquido intraluminal y favoreciendo la eliminación de heces semisólidas:

a) Reguladores

b) Detergentes

c) Osmóticos.

d) Purgantes

28. Se utilizan fármacos protectores de la mucosa, antiácidos y antiH2 (ranitidina):

a) Síndrome de compresión gástrica

b) Pirosis

c) Obstrucción Intestinal

d) Diarrea

29. Se puede definir como un enflaquecimiento con debilitamiento extremo:

a) La caquexia

b) La anorexia

c) El síndrome de compresión gástrica

d) La obstrucción intestinal

30. Se puede definir como una desagradable conciencia de dificultad para respirar o sensación de falta de aire:

a) Tos

b) Hemotisis

c) Disnea

d) Estertores pre-mortem

31. ¿Qué fármaco correcto se utiliza para la disnea?

a) Ansiolíticos

b) Codeína

c) Dextrometorfano

d) Dihidrocodeina

32. Es un síntoma frecuente en los pacientes terminales y consiste en un reflejo respiratorio patológico:

a) Disnea

b) Hipo

c) Hemoptisis

d) Tos

33. Para los estertores pre-mortem, el tratamiento de elección es:

a) La clorpromacina

b) La metoclopramida

c) La codeína

d) La escopolamina

34. ¿Quién distinguió las cinco fases, que preceden y complementan a las ya descritas por Kübler Ross, de las reacciones del enfermo ante la muerte?

a) Saunders

b) McGill

c) Mc Cafiery

d) Sporken

35. ¿En qué año Kübler Ross describió cinco estadios que se pueden asemejar a las fases que aparecen tras la pérdida de un ser querido?

a) 1965

b) 1969

c) 1978

d) 1984

36. No es uno de los cinco estadios descritos por Kübler Ross:

a) Negación y aislamiento

b) Ira o indignación

c) Negociación o regateo

d) Comunicación de la verdad

37. ¿Qué tipo de pérdida es aquella que puede ser verificada por los que nos rodean?

a) Pérdida real

b) Pérdida sentida

c) Pérdida anticipada

d) Pérdida futura

38. ¿Cómo se denomina la respuesta subjetiva del individuo ante la muerte de una persona querida para él?

a) Perdida

b) Luto

c) Duelo

d) Desconsuelo

39. Las fases de duelo; shock e incredulidad, desarrollo de conciencia, restitución, Idealización, resultado fueron descritas por:

a) Kübler-Ross

b) Engel

c) Martocchio

d) Sporken

40. El temor a lo desconocido es:

a) Miedo al dolor

b) Miedo a la muerte

c) Miedo a la soledad

d) Miedo al ingreso hospitalario

41. La ambivalencia entre la esperanza y el miedo es la principal característica de la fase de:

a) Inseguridad

b) Ignorancia

c) Negación implícita

d) Comunicación de la verdad

42. Cuando el paciente ha superado el grado de negación pasamos a la fase de:

a) Negación y aislamiento

b) Ira o indignación

c) Negociación o regateo

d) Depresión

43. Las fases identificadas por Kübler-Ross son:

a) Tres

b) Cuatro

c) Cinco

d) 6

44. Según Kübler Ross, no es una etapa de la agonía:

a) Conmoción y negación

b) Depresión

c) Aceptación

d) Resolución

45. No es un patrón del modelo de vida-muerte de Martocchio:

a) Modelo de picos y valles

b) Modelo de meseta ascendente

c) Modelo de pendiente descendente

d) Modelo de declive progresivo

46. ¿Cuáles son las tres fases de agonía que propuso Pattison?

a) Aguda-vida-muerte crónica-terminal

b) Inicial, intermedia y terminal

c) Aguda, grave y crónica

d) Inicial, grave y muerte crónica

47. ¿Cuál es el aspecto único de la agonía?

a) La sensación del trabajo bien hecho

b) Haber vivido dignamente

c) Que termina en la muerte

d) Que nunca más volveremos a sufrir

48. ¿Cuál de las siguientes fases de Kübler Ross es señal de paz interior y exterior?

a) Negociación o regateo

b) Negación y aislamiento

c) Depresión

d) Aceptación

49. ¿En qué fase de Kübler Ross el paciente reconoce por primera vez lo que realmente le está pasando?

a) Negociación o regateo

b) Ira e indignación

c) Depresión

d) Aceptación

50. ¿Qué grupo de fármacos de los que a continuación se relacionan encuentra más adecuado administrar en el paciente terminal disneico?

a) Morfina

b) Ansiolíticos

c) Fármacos estimulantes del centro respiratorio

d) Las respuestas a) y b) son correctas

51. ¿Cuál de los siguientes no constituye un objetivo de los cuidados paliativos según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)?

a) Reafirmar la importancia de la vida

b) Dar apoyo psicológico, social y espiritual

c) Alargar la vida cuanto sea posible

d) Alivio del dolor y otros síntomas

52. En enfermos terminales es correcto:

a) Cuidar al paciente y a la familia

b) Tratar, principalmente los aspectos físicos

c) Que las decisiones terapéuticas sean tomadas por el equipo terapéutico

d) Agruparlos en la misma habitación

53. ¿Cuál es el último sentido que pierde una persona en el proceso de la muerte?

a) La vista

b) El gusto

c) El tacto

d) El oído

54. En el control de síntomas de una paciente terminal, es un error:

a) Explicar las causas de estos síntomas al paciente en términos comprensibles

b) Instaurar un tratamiento preventivo ante síntomas constantes

c) Tratar antes de evaluar

d) Individualizar los cuidados

55. No es un síntoma neuropsicológico del paciente terminal:

a) Estertores pre-mortem

b) Ansiedad

c) Depresión

d) Insomnio

56. Indique la respuesta incorrecta en relación con el modo con el que debemos enfrentarnos al enfermo en fase terminal:

a) Hay que comentar lo que sentimos con esta actitud no hacemos ningún daño

b) Trataremos de distraer el tema y desviar la conversación, siempre que nos sintamos incómodos, el paciente ya sabe su problema y no hace falta recordárselo

c) Si no sabemos qué decir, no importa, lo realmente importante es que se sienta acompañado

d) No hay reglas fijas a la hora de atender a un paciente terminal

57. El insomnio es uno de los síntomas más frecuentes en un paciente terminal. ¿A qué puede ser debido?

a) A la presencia de síntomas físicos no controlados

b) Al efecto secundario de medicamentos

c) A factores ambientales

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

58. Uno de los problemas que pueden aparecer en relación con los cuidados de la piel, es la piel seca. ¿Qué cuidado de los que a continuación se enumeran considera menos adecuado en este caso?

a) Uso de jabones de pH ligeramente ácidos para restablecer el manto ácido de la piel

b) Secar la piel tras el baño con toallas suaves

c) Usar apósitos húmedos en zonas de descamación

d) Utilizar cremas hidratantes después del baño y por la noche

59. Son síntomas de la ansiedad:

a) La sensación de aprehensión

b) La sensación de miedo

c) Los ataques de pánico

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

60. No será objetivo ante las úlceras:

a) Disminuir el sufrimiento que supone estas lesiones

b) Evitar las infecciones y el mal olor

c) Proporcionar el máximo de confort al paciente

d) Conservar en buen estado la piel (limpia y húmeda)

61. Las medidas farmacológicas para el tratamiento del insomnio se basan:

a) El control del síntoma

b) En el uso de benzodiacepinas

c) En el uso de técnicas de relajación asociadas a tranquilizantes

d) En la administración de IMAOS

62. ¿Qué síntoma distinguiría la depresión de la ansiedad?

a) Pérdida de interés por uno mismo

b) Disminución del apetito

c) Cansancio físico y mental

d) Fatiga constante

63. Cuidados de enfermería en las úlceras por presión de tercer y cuarto grado, en el paciente terminal no incluyen:

a) Uso de apósitos hidrocoloides semioclusivos, en cualquier circunstancia

b) Limpieza con suero fisiológico

c) Desbridamiento del tejido necrosado para facilitar la limpieza de la herida

d) Empleo de metronidazol, en caso de infección por anaerobios

64. ¿Cuál es el fármaco de elección en el tratamiento del hipo de origen central?

a) Metoclopramida

b) Clorpromacina

c) Prometazina

d) Escopolamina

65. ¿Qué nombre recibe el "vómito pasivo": paso del contenido gástrico al esófago por insuficiencia del cardias?

a) Arcada

b) Náusea

c) Vómito

d) Reflujo gastroesofágico

66. ¿Qué fármaco/s es/son de elección en el tratamiento de los estertores pre-mortem?

a) Hioscina

b) Escopolamina

c) Anticolinérgicos

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

67. Los laxantes que actúan sobre la musculatura de la pared intestinal aumentando el peristaltismo son:

a) Los osmóticos

b) Los purgantes

c) Los detergentes

d) Los reguladores

68. Si hablamos de dolor, sería un error decir que:

a) El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión hística

b) El dolor agudo se traduce como alarma y debe valorarse como un síntoma de herida o enfermedad nueva

c) En el dolor crónico es muy importante el componente psicológico

d) El dolor agudo es transitorio

69. ¿Qué respuesta de las siguientes sería incorrecta en relación con el control de los síntomas espiratorios en el enfermo terminal?

a) Los síntomas respiratorios tienen gran relevancia en la atención al paciente terminal parecen con frecuencia y que aumentando en su incidencia a medida que avanza la enfermedad

b) Los síntomas respiratorios suelen asociarse a ansiedad importante tanto para el paciente, como para la familia

c) El manejo terapéutico de los enfermos con síntomas respiratorios consta con un amplio arsenal farmacológico como única arma terapéutica

d) Los síntomas respiratorios terminan por contagiar la ansiedad al equipo asistencial, lo cual no hace más que reforzar la angustia del paciente y la magnitud del síntoma, obteniendo mayor ineficacia respiratoria

70. La conspiración del silencio se puede producir:

a) Porque los familiares necesitan proteger al enfermo. Temen que se produzca mayor sufrimiento que beneficio y que se desborden emocionalmente. Se introduce una barrera, sin desearlo, en la comunicación. Se puede manifestar en sentimientos de soledad, incomunicación, aislamiento, y algo tan importante como la sensación de falta de comprensión. En muchos casos proyectan sus propios temores y realizan comportamientos de evitación. Las consecuencias pueden traducirse en serios problemas emocionales para el enfermo

b) Porque los familiares también necesitan protegerse, probablemente, como consecuencia de un desfase entre la familia y el paciente en el proceso de adaptación a la situación. La conspiración pone de manifiesto las dificultades de la familia para enfrentarse al sufrimiento de lo que sucede y, en este sentido, necesitan y/o desean negarlo. Es la forma de evitar, posponiendo, situaciones percibidas como dolorosas

c) Porque algunos profesionales tienen dificultades para abordar situaciones en que la comunicación se hace especialmente difícil, como el hecho de dar malas noticias y de hacerse cargo de las intensas emociones que se suscitan, eligiendo como objetivo de la información al familiar que parece mostrar mayor control emocional y que a su vez decidirá en qué medida el enfermo puede saber de su situación

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

71. Señale la respuesta correcta respecto al duelo:

a) El duelo es la reacción emocional que aparece en respuesta a la muerte o una pérdida significativa

b) El duelo es la reacción emocional y espiritual que aparece, en respuesta a la muerte o una pérdida significativa

c) El duelo es la reacción física que aparece en respuesta a la muerte o una pérdida significativa

d) El duelo es la reacción emocional, física y espiritual que aparece, en respuesta a la muerte o una pérdida significativa

72. ¿En cuántas etapas principales suele desarrollarse el duelo anticipado?

a) Tres

b) Cuatro

c) Cinco

d) Seis

73. Los síntomas más comunes del duelo anticipado pueden ser todos los siguientes, excepto:

a) Tristeza y llanto debido a la pérdida próxima del ser querido

b) Intensa sociabilidad para expresar sus emociones durante el duelo anticipatorio

c) Ansiedad que puede causar síntomas físicos

d) Ambivalencia afectiva que llevan a hacer sentir culpa

74. Indique la respuesta incorrecta. Los objetivos en la atención al duelo en adultos durante la agonía y el fallecimiento son:

a) Orientar y facilitar la resolución de la burocracia de la muerte

b) Control de síntomas adecuados

c) Información continuada sobre los cambios de situación, de síntomas, de objetivos y de pronóstico

d) Promover el acompañamiento de los familiares y su organización para evitar el agotamiento

75. No es una manifestación normal de duelo en los niños:

a) Conmoción y confusión

b) Ira e irritabilidad

c) Alteraciones del sueño y/o alimentación

d) Rápida evolución a etapas posteriores del desarrollo (maduración precoz)

76. El proceso de duelo ante la muerte se da en:

a) Solo en el paciente y familiares

b) En los amigos no se da

c) En familiares, paciente y personal sanitario

d) En familiares, paciente, allegados y personal sanitario

77. ¿Cómo se denomina aquella pérdida que es experimentada por la persona, pero no puede ser verificada por los demás?

a) Pérdida real

b) Pérdida sentida

c) Pérdida anticipada

d) Pérdida material

78. Son tipos de pérdida:

a) Pérdida real

b) Pérdida sentida

c) Pérdida anticipada

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

79. Ante la muerte se da un proceso de duelo, y este puede ser, con respecto a la pérdida:

a) Anterior y posterior

b) Solo se da anterior

c) Solo se da posterior

d) Solo si hay muerte

80. ¿Qué tipo de pérdida es aquella que puede ser verificada por las personas que rodean a quien sufre la pérdida?

a) Real

b) Social

c) Colectiva

d) Empática

81. Las teorías del duelo se deben utilizar para:

a) Ayudar al que se va a morir

b) Identificar sentimientos

c) Evitar la tristeza

d) Ayudarles e identificar necesidades del paciente y familiares

82. ¿La situación socioeconómica influye en la manera de enfrentarse a la muerte?

a) Si la situación es buena, la muerte se sobrelleva mejor

b) No influye si tienen bienes a los que recurrir

c) Dependerá de la situación económica y relación social, influye en la manera de enfrentarse

d) Todas las situaciones anteriores influyen por igual

83. No es un tipo de duelo:

a) Duelo anticipado

b) Duelo corto

c) Duelo crónico o resuelto

d) Duelo patológico

84. En la teoría de Engel, en la fase de desarrollo de la consciencia, el individuo manifiesta:

a) Incredulidad, niega la realidad de la pérdida

b) Reacciones físicas de sudoración, diarrea, taquicardia, insomnio

c) Desesperación y se da cuenta de la pérdida real

d) Busca experiencias agradables y es capaz de hablar de la pérdida de forma realista

85. Indique la respuesta incorrecta. En los días o semanas previos a la muerte, pueden aparecer entonces las alteraciones psicóticas de los moribundos, consideradas como una forma particular de las psicosis exógenas:

a) Cuadros depresivos

b) Cuadros de aspecto maníaco

c) Cuadros de aspecto catatónico

d) Cuadros confuso-oníricos

86. Dentro de las fases de la teoría de Kübler-Ross, en la fase de agresividad el enfermo terminal experimenta:

a) El paciente no hace frente a la realidad, la evita

b) Soledad, llevándole a apartarse de cualquier relación con los demás

c) Actitudes negativas y agresivas contra la familia y el personal sanitario

d) Hace frente a la muerte hablando de ella y realizando planes

87. En la teoría de Martochio la fase de angustia se manifiesta mediante:

a) Pérdida de confianza en sí mismos y en la consecución de objetivos

b) Depresión y llanto al comprender la realidad

c) Conductas dependientes

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

88. Indique la respuesta incorrecta. Según Engel, en la fase de restitución se da:

a) Recuerdo de la persona muerta

b) Lucha contra el vacío

c) Desarrolla relaciones dependientes

d) Aceptación de sustituto de la pérdida

89. En las manifestaciones del duelo, dentro del apartado de cogniciones o pensamientos, no cabe señalar:

a) Incredulidad

b) Confusión

c) Preocupación

d) Ausencia del fallecido

90. No forma parte de los aspectos en los que la familia debe tener información clara y precisa y que le permita participar en la medida de sus posibilidades en la atención al paciente:

a) Alimentación

b) Higiene

c) Cuidados directos del enfermo

d) Prescripción de fármacos

91. ¿Cuál de los siguientes constituye un signo del duelo en contraposición a la depresión?

a) Apatía

b) Desinterés

c) Inhibición psicomotriz

d) Ideación negativa

92. Las funciones del profesional sanitario ante las tareas del duelo:

a) Aumentar la vivencia de realidad de la pérdida

b) Ayudar al doliente a expresar sus sentimientos

c) Ayudar a vencer los obstáculos que dificultan el reajuste tras la pérdida

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

93. Los objetivos del profesional sanitario en la asistencia al duelo son:

a) Prevenir la aparición del duelo patológico

b) Facilitar la resolución del proceso de duelo

c) Detectar el duelo patológico en caso de presentarse

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

94. No es una conducta propia del proceso de duelo:

a) Sueño con el fallecido

b) Trastornos del apetito

c) Retirada social

d) Hipoactividad

95. ¿Cuál es la fecha más aceptada normalmente, respecto a la duración del duelo?

a) Dos años

b) Un año

c) Seis meses

d) Tres meses

96. Indique la respuesta incorrecta. Los objetivos del profesional sanitario de la asistencia en duelo, pasa por facilitar la resolución del proceso de duelo ayudando a la familia a:

a) Aceptar la realidad de la pérdida

b) Expresar sus sentimientos

c) Adaptarse a la nueva existencia sin el ser querido

d) Idealizar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo

97. El proceso de duelo conlleva una serie de tareas. Se suelen describir:

a) Dos tareas

b) Tres tareas

c) Cuatro tareas

d) Cinco tareas

98. ¿En qué fase del proceso de duelo pueden aparecer fenómenos psíquicos, pensamientos obsesivos, angustia y aflicción?

a) Fase de embotamiento

b) Fase de anhelo y búsqueda

c) Fase de desorganización y desesperanza

d) Fase de reorganización

99. Los criterios que definen como "patológico" un proceso de duelo son el tiempo y la intensidad. Dentro de esta última, es fundamental el modo en que influye en el estado emocional, que se manifiesta como:

a) Desesperanza irreversible

b) Sentimientos de desapego a la vida

c) Pérdida de la capacidad de disfrute

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

100. La definición "estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales", encaja con el concepto de:

a) Duelo

b) Pérdida

c) Luto

d) Desconsuelo

SOLUCIONES TEST 17

1. a) No comentar lo que se siente para no hacerles ningún daño

Es interesante conocer una serie de principios comunes, para lo cual se proponen las siguientes consideraciones respecto al trato con el enfermo terminal:

- *Afrontarlo: el temor de hacerlo o no hacerlo bien suele aparecer cuando nos acercamos al enfermo agonizante o al doliente. Esto tiene como resultado el aislamiento del individuo en el preciso momento en que puede estar buscando compañía desesperadamente.*
- *No evitar el tema: si nos sentimos incómodos no sirve de nada aparentar no estarlo tratando de distraer el tema y desviar la conversación. Demostremos que estamos accesibles y dejémonos guiar por el enfermo.*
- *Si no se sabe qué decir, no importa: algunas veces las personas solo quieren sentirse acompañadas. Resulta bastante más útil permanecer ahí y decirles que no se sabe que decir que retirarse y evitar la situación.*
- *No se les hace ningún daño al comentar lo que se siente: podemos sentirnos tristes o torpes y decirlo, esto no solo no va a minar la confianza, sino que va a establecer unos vínculos de confianza que la van a facilitar.*
- *Siempre puede haber algo que podamos hacer: con frecuencia estas cosas son pequeños detalles prácticos que pueden pasar desapercibidos ante la amenaza de muerte.*
- *No hay reglas: el mejor consejo es que respondan a la persona y escuchen lo que solicita. No se necesita tener autorización para tocarlas, ayudarlas o simplemente acompañarlas.*

2. d) 50 % con suero salino

Infecciones orales: Enjuagues bucales con Povidona yodada oral, o con agua oxigenada diluida al 50% con suero salino. No usar antisépticos tópicos orales como la Hexetidina, porque resecan mucho la mucosa por su contenido en alcohol y predisponen además a la aparición de micosis.

3. d) Boca sangrante

Boca sangrante: Aplicar agua oxigenada diluida al 50% con suero salino o toques con suspensión de sucralfato. Humedecer la boca con cubitos de hielo o administrar líquidos helados. Alimentos fríos y blandos. No cepillar los dientes. No enjuagues con movimientos fuertes.

4. a) Cicely Saunders

La actuación ante el dolor debe estar protocolizada con una serie de pautas detalladas, aunque esto no debe impedir la flexibilidad, ya que el dolor es una experiencia subjetiva y cambiante (según concepto de "dolor total", definido por C. Saunders).

5. b) 1973

El dolor es definido en 1973 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).

6. b) Dolor tónico

Dolor "tónico": son los dolores prolongados que perduran mucho después de, sufrida la lesión.

7. c) No se requieren otras drogas

PECULIARIDADES DEL DOLOR AGUDO Y CRÓNICO		
	Agudo	**Crónico**
DURACIÓN	Transitoria	Persistente
SIGNIFICADO	Positivo	Negativo / positivo
ASPECTOS CONCOMITANTES	Dilatación pupilar	Alteraciones del sueño
	Aumento de sudoración	Anorexia
	Taquicardia	Disminución del libido
	Taquipnea	Estreñimiento
	Aumento de la sangre en músculos y vísceras	Cambios de personalidad Inhibición en el trabajo
SEDACIÓN	Deseable	Debe evitarse
DURACIÓN DE LA ANALGESIA	Horas / días	Todo el tiempo posible
ADMINISTRACIÓN	Parenteral	Oral
DOSIS	Promedio	Individualizada
OTRAS DROGAS	No se requieren	Si se requieren
TOLERANCIA Y RESISTENCIA	Raras	Pueden darse
COMPONENTE PSICOLÓGICO	No muy importante	Muy importante

8. b) Diez secciones que nos permiten obtener la información necesaria para enfocar adecuadamente un plan de cuidados

La valoración del dolor debe ser el paso inicial para la comprensión y consecución de los objetivos del paciente, pero lamentablemente este paso suele omitirse. Se basa en el cuestionario McGill abreviado y comprende de diez secciones que nos permiten obtener la información necesaria para enfocar adecuadamente un plan de cuidados.

9. c) No todo dolor es real, independientemente de su causa

Todo dolor es real, independientemente de su causa. Casi siempre el dolor presenta componentes físicos y mentales. La ausencia de una causa física identificable del dolor no significa que este sea puramente psicogénico.

10. b) Tres categorías de analgésicos

La Organización Mundial de la Salud ha diseñado un plan bastante sencillo. Se trata de una "escalera analgésica" que consta de tres peldaños correspondientes a tres categorías de analgésicos:

11. d) Se utilizan como antídoto en caso de intoxicación por mórficos

ACCIONES DE DIFERENTES OPIOIDES			
Acción	**Fármaco**	**Potencia**	**Característica**
Agonistas puros	Morfina, Codeína, Meperidina, Metadona	Son agonistas receptores de μ	Alta potencia
Agonistas parciales	Buprenorfina	Son agonistas receptores de μ	Menor potencia que los agonistas puros
Agonistas-antagonistas	Pentazocina	Su acción principal es sobre receptores κ	Su eficacia analgésica es menor que la de la morfina
Antagonistas puros	Naloxona	Son antagonistas de todos los tipos de receptores opioides	Se utilizan como antídoto en caso de intoxicación por mórficos

12. c) Pentazocina

ACCIONES DE DIFERENTES OPIOIDES			
Acción	**Fármaco**	**Potencia**	**Característica**
Agonistas puros	Morfina, Codeína, Meperidina, Metadona	Son agonistas receptores de μ	Alta potencia
Agonistas parciales	Buprenorfina	Son agonistas receptores de μ	Menor potencia que los agonistas puros
Agonistas-antagonistas	Pentazocina	Su acción principal es sobre receptores κ	Su eficacia analgésica es menor que la de la morfina
Antagonistas puros	Naloxona	Son antagonistas de todos los tipos de receptores opioides	Se utilizan como antídoto en caso de intoxicación por mórficos

13. d) Paracetamol 500 mg/ Hidrocodona 5-7.5 mg c/ 4hs vo, más 1 comp. de rescate hasta c/ 2H

Si el dolor es moderado elegir algunas de las siguientes opciones:

- *Codeína 30 o 60 mg c/4 hs, con o sin paracetamol 300-500 mg c/4 hs vo.*
- *Paracetamol 500 mg/ Hidrocodona 5-7.5 mg c/ 4hs vo, más 1 comp. de rescate hasta c/ 2 hs.*
- *Tramadol 50 a 100 mg c/ 6 hs vo.*

14. b) Oxicodona 5 mg c/ 4 hs vo y dosis de rescate

Si el dolor es intenso elegir algunas de las siguientes opciones:

- *Morfina 10 mg c/ 4 hs vo (5 mg c/4 hs sc/iv) y 5 mg de rescate.*
- *Oxicodona 5 mg c/ 4 hs vo y dosis de rescate.*
- *Hidromorfona 2 mg vo c/ 4 hs y dosis de rescate.*
- *Metadona 2.5 a 5 mg VO cada 8-12 hs.*

15. b) Dolor Neuropático

Dolor neuropático:

- *Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina 25 a 75 mg/d v.o. (hasta 150 mg/d).*
- *Anticonvulsivantes: gabapentin 100 mg c/12 hs y titular hasta 3 g/d si fuera necesario.*
- *Corticoides: dexametasona 10 mg vo/sc/iv día o c/ 12 hs y titular de acuerdo con los efectos.*

16. b) 30 y 60 mg diarios

Las dosis iniciales medias habituales, oscilan entre 30 y 60 mg diarios, tanto para la solución acuosa de morfina (SAM) como para los comprimidos de liberación retardada. Debe recordarse que en el caso de la SAM es aconsejable la dosis doble nocturna, que permita dormir sin dolor y evite el tener que despertar al enfermo para suministrarle la dosis de madrugada.

17. d) Dosis tope previas de otros opioides menos potentes

DOSIS INICIALES DE MORFINA
Dosis inicial media: 30-60 mg diarios por vía oral
Dosis inicial más alta
Dolor intenso o incapacitante
Dosis tope previas de otros opioides menos potentes
Dosis inicial más baja
Debilidad o desnutrición extremas
Edad muy avanzada
Situación de agonía
Insuficiencia orgánica grave (renal, hepática, respiratoria)

18. a) Nº de crisis en 24 horas <3

POSIBLES CRITERIOS DE "DOLOR CONTROLADO"
EVA < 3 (0-10)
Escala del Equipo < 2 (0-4)
Nº de crisis en 24 horas <3
Sueño/Reposo/Movilización

19. b) Cinco o seis días

No es raro que en bastantes enfermos se presenten una serie de efectos indeseables durante los primeros días de tratamiento con morfina. La mayoría de las veces desaparecerán con o sin tratamiento específico después de cinco o seis días.

20. d) Prurito

Prurito: aparece a veces y suele ceder con antihistamínicos por vía oral.

21. d) Todas se corresponden con la ansiedad

Ansiedad: es un cuadro caracterizado por una sensación de aprehensión, miedo, en ocasiones pánico, de estar frente a un desastre inminente e inevitable, se manifiesta con síntomas como: insomnio, sudor, náuseas, ataques de pánico, pobre concentración, irritabilidad, incapacidad para relajarse, variaciones no habituales en el humor e incapacidad para la distracción. Afecta a un 25 % de los pacientes a lo largo de su proceso.

22. c) Vivir con mucha gente

Factores de riesgo (multifactorial):

- *Cirugía mutilante.*
- *Quimioterapia.*
- *Recaída o remisión tumoral.*
- *Alcoholismo.*
- *Historia familiar de depresión.*
- *Pérdidas familiares.*
- *Alejamiento de padres.*
- *Problemas maritales.*
- *Vivir solo.*

23. d) 60-65 años

Los factores predisponentes identificados más importantes son:

- *Edad por encima de 60-65 años.*
- *Afectación crónica cerebral y especialmente las enfermedades degenerativas del cerebro.*
- *Abuso crónico de alcohol o drogas.*

24. c) Haloperidol

Tranquilización y descanso: una parte de los cuadros confusionales agudos no necesitan intervenciones específicas para conseguir un adecuado nivel de tranquilidad y reposo del paciente. En el caso de que el estado confusional se acompañe de agitación, la sedación del paciente es una medida prioritaria. El fármaco de elección es el Haloperidol®.

25. b) Benzodiacepinas

Medidas farmacológicas: se basan en el uso de las Benzodiacepinas.

26. b) Náuseas

Las náuseas se definen como la sensación desagradable referida vagamente al epigastrio y al abdomen, que frecuentemente se acompaña de impulsos de vómitos o precede a este.

27. d) Purgantes

Purgantes: son laxantes que actúan sobre la musculatura de la pared intestinal aumentando el peristaltismo, el líquido intraluminal y favoreciendo la eliminación de heces semisólidas.

28. b) Pirosis

Sensación de quemazón retroesternal que asciende hasta el cuello, para su tratamiento se utilizan fármacos protectores de la mucosa, antiácidos y antiH_2 (ranitidina).

29. a) La caquexia

La caquexia se puede definir como un enflaquecimiento con debilitamiento extremo. Aunque pueda parecer lo contrario, la caquexia no está relacionada directamente con la cantidad de alimento que el paciente ingiera, tampoco con la localización de un tumor ni con su grado de extensión. Muchas veces antecede al diagnóstico clínico.

30. c) Disnea

La disnea se puede definir como una desagradable conciencia de dificultad para respirar o sensación de falta de aire. Es la sensación subjetiva de dificultad respiratoria, que obliga al paciente a aumentar su ventilación, o bien, a disminuir su actividad física.

31. a) Ansiolíticos

Fármacos utilizados:

- *Ansiolíticos: disminuye la ansiedad de los pacientes.*
- *Morfina: el objetivo de su utilización es la disminución de la frecuencia respiratoria (taquipnea) con lo que vamos a conseguir que la ventilación del paciente sea más eficaz.*
- *Oxígeno: su utilización está limitada en algunos casos de disnea aguda y sobre todo cuando el paciente y familia tenga una dependencia psicológica del mismo.*

32. b) Hipo

Hipo es un síntoma frecuente en los pacientes terminales y consiste en un reflejo respiratorio patológico. Se caracteriza por un espasmo del diafragma con una inspiración rápida asociada a un cierre de las cuerdas vocales profundas.

33. d) La escopolamina

El tratamiento de elección son los anticolinérgicos (broncodilatan y disminuyen la secreción salivar), como la hioscina (alcaloide de la belladona) o la escopolamina (también tiene efecto sedante). Para que sea efectivo el tratamiento, se debe de implantar, cuando las primeras secreciones son escuchadas. Colocar al enfermo en decúbito lateral con la cabeza ligeramente hacia delante, para que la boca quede cerrada y no haga ruidos.

34. d) Sporken

Sporken en 1978 distingue cinco fases que preceden y complementan a las ya descritas por Kübler Ross en 1969, y que más adelante vamos a tratar, en estas cinco fases vemos los estadios por los que avanza el paciente, desde el momento en que la unidad familiar es informada de la naturaleza terminal de la enfermedad que afecta a su miembro, hasta la fase de Negación descrita por Kübler Ross, una vez que este es informado de la naturaleza de su enfermedad.

35. b) 1969

Kübler Ross ya en 1969 describe cinco estadios que se pueden asemejar a las fases que aparecen tras la pérdida de un ser querido. Estos estadios, no son necesariamente sucesivos, pueden darse retrocesos, faltar algunos y/o darse aspectos de distintas fases simultáneamente.

36. d) Comunicación de la verdad

Fases de Kübler Ross:

- *Negación y aislamiento.*
- *Ira o Indignación.*
- *Negociación o regateo.*
- *Depresión.*
- *Aceptación.*

37. a) Pérdida real

Tipos de pérdida:

- *Pérdida real. Es aquella que puede ser verificada por los que nos rodean; el padre que fallece su hijo experimenta una pérdida real que puede ser objetivada por los demás.*
- *Pérdida sentida. Es aquella que es experimentada por la persona, pero no puede ser verificada por los demás; es el caso de las pérdidas psicológicas, un ejemplo puede ser la mujer que se casa y deja su núcleo familiar para formar uno nuevo.*
- *Pérdida anticipada. Es aquella que se experimenta antes de que la pérdida se produzca en realidad, ya sea esta real o sentida.*

38. d) Desconsuelo

Desconsuelo es una respuesta subjetiva del individuo ante la muerte de una persona querida para él.

39. b) Engel

FASES	CONDUCTAS
"Shock" e incredulidad	- No aceptación de la pérdida. - Aturdimiento. - Aceptación intelectual y negación emocional.
Desarrollo de consciencia	- La pérdida empieza a ser real. - Reacciones de cólera contra el fallecido, familiares, equipo sanitario, etc. - Llanto y culpa.
Restitución	- Rituales de luto. - Lucha contra el vacío. - No aceptación de sustituto de la pérdida. - Desarrolla relaciones dependientes. - Recuerda a la persona muerta.
Idealización	- Recuerda solo lo positivo de la persona muerta. - Se culpabiliza de actos anteriores hacia el difunto. - Recordar al difunto sigue provocando tristeza. - Revierte los sentimientos en los otros.
Resultado	- Conducta influida por factores como: 1. Importancia del objeto. 2. Grado de dependencia. 3. Naturaleza de otras relaciones. 4. Duelos anteriores.

40. b) Miedo a la muerte

Miedo a la muerte es ese temor a lo desconocido, al más allá, al qué pasará cuando ya no esté aquí, cómo quedará mi familia.

41. a) Inseguridad

Fases de Sporken:

- *Ignorancia. […]*
- *Inseguridad. […]*
- *Negación implícita. […]*
- *Comunicación de la verdad. […]*
- *Fase quinta y siguientes. Esta fase constituye el fin de esta clasificación y el comienzo de la clasificación de Kübler Ross.*

42. b) Ira o indignación

Fases de Kübler Ross:

[…]

- *Ira o indignación. Esta fase se produce cuando el paciente ha superado el grado de negación. Cuando el enfermo no puede seguir negando su estado, empieza a preguntase "¿Por qué? ¿Qué he hecho yo para merecer esto? Y aparecen sentimientos de ira, rabia y resentimiento. Aquí, el enfermo se vuelve agresivo, difícil, exigente, intolerante, critica cualquier cosa que se le haga, se enfada consigo mismo, se rebela contra todo. En realidad, no se rebela en contra del personal de enfermería, sino contra lo que representa. Se culpa a sí mismo, a la familia, al personal sanitario y a Dios. Este comportamiento del enfermo puede despertar desconcierto y agresividad, por lo que es una fase en la que las relaciones enfermera – enfermo pueden ser difíciles. Es muy importante que el profesional de enfermería no intente juzgarle por sus actitudes, sino comprender la situación en la que se encuentra. Hay que recordar que posiblemente nosotros en tales circunstancias actuaríamos igual.*

[…]

43. c) Cinco

Kübler Ross ya en 1969 describe cinco estadios que se pueden asemejar a las fases que aparecen tras la pérdida de un ser querido

44. d) Resolución

Según Kübler - Ross, se pueden diferenciar una serie de etapas en la agonía:

- *Conmoción y Negación.*
- *Ira.*
- *Regateo.*
- *Depresión.*
- *Aceptación.*

45. b) Modelo de meseta ascendente

Otros científicos han desarrollado teorías o modelos para comprender la naturaleza de la agonía, como puede ser los modelos de vida-muerte de Martocchio y confirmado por Dufault, cuyos cuatro patrones son:

a) Modelo de picos y valles.

b) Modelo de meseta descendente.

c) Modelo de pendiente descendente.

d) Modelo de declive progresivo.

46. a) Aguda-vida-muerte crónica-terminal

Actualmente es muy discutido el hecho de encuadrar a los individuos agonizantes dentro de etapas predefinidas, incluso existen experiencias (Weisman), en las que no se estableció claramente diferencias significativas que identificaran las etapas descritas por Kübler Ross. Pattison, propuso tres fases de la agonía (aguda-vida-muerte crónica-terminal), como clínicamente útiles para comprender los comportamientos que acompañan la agonía, existen otros autores que también han aportado sobre este tema como pueden ser Sporken y Roudabourg, los cuales nos hablan de una relación del comportamiento del paciente terminal con su personalidad y con lo que el equipo es capaz de transmitirle en cuanto a su idea de periodos o fases que como paciente terminal va a tener que pasar hasta el momento final de su vida.

47. c) Que termina en la muerte

El aspecto único de la agonía es que termina en la muerte. Las personas no tenemos experiencias previas que nos ayuden a comprender lo que significa estar muerto, por ello es aconsejable conocer qué clases de sentimientos alberga en cada uno de nosotros ese hecho para poder entender lo que puede estar pasando la persona agonizante.

48. d) Aceptación

Aceptación es la fase final del proceso y el enfermo se prepara para ello, desea que se le acompañe, pero no habla de planes para el futuro, trata de sacar el máximo del presente y es capaz de pensar

en la muerte sin inquietud. Si el paciente ha tenido el suficiente apoyo durante las fases anteriores, puede llegar a aceptar la muerte con paz y serenidad. Ya no está deprimido, no hay sentimientos negativos. Está muy cansado y débil. Durante esta etapa la comunicación no verbal puede ser de gran ayuda, (un gesto, una mirada, una sonrisa,) al igual que el contacto físico (cogerle la mano). El paciente requiere una persona que con cariño se ocupe de él. A veces, en esta fase tranquila de aceptación se intenta, de manera equivocada, seguir animando al enfermo a que viva, cuando lo que él quiere es que le dejen morir tranquilo. El personal de enfermería en esta fase debe servir de apoyo a la familia y hacerles comprender que acepten las cosas tal y como son. Esta fase es señal de paz interior y exterior. No es señal de felicidad, salvo en personas muy piadosas.

49. a) Negociación o regateo

Negociación o regateo: cuando el paciente ha exteriorizado su indignación y empieza a afrontar la realidad pasa a una fase de negociación, en este momento el paciente reconoce por primera vez lo que realmente le está pasando, admite su cruda realidad y establece un pacto. Se somete dócilmente a las indicaciones del personal sanitario y realiza promesas de ser mejor con el fin de retrasar los hechos y prolongar la vida ("yo me dejo hacer esta prueba o colaboro en el tratamiento, pero a cambio usted me garantiza que..."). El paciente pide que se le alargue la vida para poner las cosas en orden. Lo que promete no tiene lógica, pero debemos respetarlo y tenemos que tener en cuenta que esta es una de las fases más importantes. Aparentemente está en paz, aunque no es todavía el momento de la auténtica paz, sino una tregua temporal.

50. d) Las respuestas a) y b) son correctas

Fármacos utilizados en disnea:

- *Ansiolíticos: disminuye la ansiedad de los pacientes.*
- *Morfina: el objetivo de su utilización es la disminución de la frecuencia respiratoria (taquipnea) con lo que vamos a conseguir que la ventilación del paciente sea más eficaz. Produce un cierto efecto depresor del centro respiratorio.*

51. c) Alargar la vida cuanto sea posible

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) declara que los objetivos de los Cuidados Paliativos son: alivio del dolor y otros síntomas, no alargar, ni acortar la vida, dar apoyo psicológico, social y espiritual, reafirmar la importancia de la vida, considerar la muerte como algo normal, proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible, dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

52. a) Cuidar al paciente y a la familia

En este entorno es el profesional de enfermería el que más tiempo permanece cuidando al paciente y a la familia y por lo tanto el que más conoce y puede aportar datos para su mejor control sintomatológico y atención psicológica.

53. d) El oído

Cuando el paciente esta inconsciente, animarle a que sigan expresando su cariño hacia él, alentándoles a hablarle con suavidad, pero siempre hemos de tener presente que aunque un enfermo esté obnubilado o en coma, puede tener percepciones por lo que seremos muy cautos con lo que hablemos delante de él, el oído es el último sentido en perderse en el proceso agónico.

54. c) Tratar antes de evaluar

Evaluar antes de tratar (causa, intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma. Así los vómitos pueden ser producidos por un cáncer gástrico, pero también por fármacos, radioterapia, etc.).

55. a) Estertores pre-mortem

Síntomas neuropsicológicos: insomnio, ansiedad, depresión, estado confusional agudo.

56. b) Trataremos de distraer el tema y desviar la conversación, siempre que nos sintamos incómodos, el paciente ya sabe su problema y no hace falta recordárselo

No evitar el tema. Si nos sentimos incómodos no sirve de nada aparentar no estarlo tratando de distraer el tema y desviar la conversación. Demostremos que estamos accesibles y dejémonos guiar por el enfermo. Ellos pueden querer o no de la situación. Si así lo desean, dejemos que lo hagan. Si no es así, intentemos no imponerle la necesidad de "discutir su muerte". Es difícil encontrar el equilibrio.

57. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Las causas del insomnio pueden ser:

- *Síntomas físicos no controlados: dolor, disnea, vómitos, incontinencia, diarrea, prurito, poliuria, sudores nocturnos, síntomas mentales no controlados: ansiedad, depresión, miedo a morir de noche, efectos secundarios debidos a la medicación o tóxicos: retirada de hipnóticos, corticoides, diuréticos, alcohol, café, ambientales: dormir durante el día, exceso de luz, ruidos...*

[…]

58. a) Uso de jabones de pH ligeramente ácidos para restablecer el manto ácido de la piel

Las actividades que habremos de emprender son baños utilizando jabones de pH neutro y secando con toallas suaves. Apósitos húmedos en las zonas donde haya descamación. Cremas después del baño y cada noche, según el grado de sequedad.

59. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Ansiedad: es un cuadro caracterizado por una sensación de aprehensión, miedo, en ocasiones pánico, de estar frente a un desastre inminente e inevitable, se manifiesta con síntomas como: insomnio, sudor, náuseas, ataques de pánico, pobre concentración, irritabilidad, incapacidad para relajarse, variaciones no habituales en el humor e incapacidad para la distracción.

60. d) Conservar en buen estado la piel (limpia y húmeda)

Los objetivos ante las úlceras por presión serán: proporcionar el máximo de confort al paciente, conservar en buen estado la piel (limpia e hidratada), evitar la presión y el roce continuado en las zonas de riesgo, evitar la aparición de ulceras de decúbito o la progresión de las existentes, disminuir el sufrimiento que supone estas lesiones, evitar las infecciones y el mal olor.

61. b) En el uso de benzodiacepinas

Medidas farmacológicas del insomnio: se basan en el uso de las Benzodiacepinas. Las BZD provocan un sueño más normal, son seguras e incluso si se toman en grandes dosis.

62. a) Pérdida de interés por uno mismo

Un paciente deprimido pierde el interés y el entusiasmo, ve su vida vacía y sin sentido, manifiesta una culpabilidad exagerada o indebida y cree firmemente que no vale la pena vivir; presenta ideas suicidas y el riesgo de suicidio llega a ser real.

63. a) Uso de apósitos hidrocoloides semioclusivos, en cualquier circunstancia

Cuidados de enfermería en las úlceras por presión de tercer y cuarto grado:

- *No recortar tejido necrosado por el miedo a la hemorragia a no ser que el paciente este incómodo.*
- *Limpiar con suero salino no con demasiada presión.*
- *Si no existe infección utilizar apósitos hidrocoloides semioclusivos.*
- *Si existe infección por anaerobios utilizar para neutralizar el olor el metronidazol.*

64. b) Clorpromacina

Tratamiento del hipo:

- *Si la causa es periférica, suele utilizarse metoclopramida.*
- *Si la causa es central, se utiliza la clorpromacina.*

65. d) Reflujo gastroesofágico

Reflujo gastroesofágico (vómito pasivo): Paso del contenido gástrico al esófago por insuficiencia del cardias.

66. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El tratamiento de elección son los anticolinérgicos (broncodilatan y disminuyen la secreción salivar), como la hioscina (alcaloide de la belladona) o la escopolamina (también tiene efecto sedante). Para que sea efectivo el tratamiento, se debe de implantar, cuando las primeras secreciones son escuchadas.

67. b) Los purgantes

Son laxantes que actúan sobre la musculatura de la pared intestinal aumentando el peristaltismo, el líquido intraluminal y favoreciendo la eliminación de heces semisólidas.

68. a) El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión hística

El dolor es definido, en 1973, por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística o potencial o descrita en términos de la misma".

69. c) El manejo terapéutico de los enfermos con síntomas respiratorios consta con un amplio arsenal farmacológico como única arma terapéutica

El manejo terapéutico de los enfermos con síntomas respiratorios no debe reducirse solamente al tratamiento farmacológico, sino que debe incluir medidas encaminadas a reducir la angustia del paciente y de la familia. Como síntomas más importantes están la disnea, la tos, el hipo, la hemoptisis y los estertores pre-mortem.

70. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La conspiración del silencio se puede producir porque:

- *La comunicación en estas situaciones es dolorosa, es difícil de manejar y no siempre se tienen las habilidades para poderla abordar con el menor sufrimiento posible.*
- *Los familiares necesitan proteger al enfermo. Temen que se produzca mayor sufrimiento que beneficio y que se desborden emocionalmente. Se introduce una barrera, sin desearlo, en la comunicación. Se puede manifestar en sentimientos de soledad, incomunicación, aislamiento, y algo tan importante como la sensación de falta de comprensión. En muchos casos proyectan sus propios temores y realizan comportamientos de evitación. Las consecuencias pueden traducirse en serios problemas emocionales para el enfermo.*
- *Los familiares también necesitan protegerse, probablemente, como consecuencia de un desfase entre la familia y el paciente en el proceso de adaptación a la situación. La conspiración pone de manifiesto las dificultades de la familia para enfrentarse al sufrimiento de lo que sucede y, en este sentido, necesitan y/o desean negarlo. Es la forma de evitar, posponiendo, situaciones percibidas como dolorosas.*
- *Algunos profesionales tienen dificultades para abordar situaciones en que la comunicación se hace especialmente difícil, como el hecho de dar malas noticias y de hacerse cargo de las intensas emociones que se suscitan, eligiendo como objetivo de la información al familiar que parece mostrar mayor control emocional y que a su vez decidirá en qué medida el enfermo puede saber de su situación.*

71. d) El duelo es la reacción emocional, física y espiritual que aparece, en respuesta a la muerte o una pérdida significativa

El duelo es la reacción emocional, física y espiritual que aparece, en respuesta a la muerte o una pérdida significativa…en el caso de cuidadores de personas en situaciones específicas (dependencia, oncológicos…), se puede producir un tipo específico de duelo llamado… duelo anticipado.

72. a) Tres

El duelo anticipado suele transcurrir en tres etapas principales: incredulidad, evitación de la realidad y reorganización.

73. b) Intensa sociabilidad para expresar sus emociones durante el duelo anticipatorio

A continuación, se mencionan los síntomas más comunes en el duelo anticipado:

- *Tristeza y llanto debido a la pérdida próxima del ser querido.*
- *Intensa soledad y aislamiento debido a la falta de aceptación social para expresar sus emociones durante el duelo anticipatorio.*
- *Se experimenta una mayor ansiedad que puede causar síntomas físicos como temblores, falta de memoria, trastornos en el sueño y en el apetito.*
- *Sentimientos ambivalentes que llevan a hacerte sentir culpa.*
- *Intensa ira e irritabilidad debido a esta pérdida inevitable y la impotencia de no poder hacer nada para evitarlo.*

74. c) Información continuada sobre los cambios de situación, de síntomas, de objetivos y de pronóstico

Objetivos en la atención al duelo en adultos durante la agonía y el fallecimiento:

- *Control de síntomas adecuados. Garantizar el no sufrimiento o disminuir al máximo el impacto de la pérdida.*
- *Información continuada sobre los cambios de situación, de síntomas y de objetivos.*
- *Promover el acompañamiento de los familiares y su organización para evitar el agotamiento.*
- *Informar y prevenir la presión de los familiares de última hora.*
- *Favorecer el desahogo emocional. Orientar y promover la despedida.*
- *Prevenir sentimientos de culpa. Normalizar pensamientos y sentimientos.*
- *Facilitar ritos religiosos o espirituales.*
- *Orientar y facilitar la resolución de la burocracia de la muerte.*
- *Facilitar la aceptación de la pérdida: ver al fallecido, permitir la expresión del dolor, ir al entierro.*

75. d) Rápida evolución a etapas posteriores del desarrollo (maduración precoz)

Las manifestaciones normales de duelo en los niños pueden ser:

- *Conmoción y confusión.*
- *Ira e irritabilidad.*
- *Alteraciones del sueño y/o alimentación.*
- *Enojo.*
- *Miedo a la posible pérdida del padre no fallecido.*
- *Regresión a etapas anteriores del desarrollo*
- *Culpabilidad.*
- *Tristeza.*

76. d) En familiares, paciente, allegados y personal sanitario

Durante nuestra vida, sufrimos múltiples perdidas que nos provocan periodos de duelo. Estas no tienen por qué ser necesariamente de seres queridos, existiendo otros tipos de pérdidas que pueden afectarnos psicológicamente igual y provocar conductas similares.

77. b) Pérdida sentida

Perdida sentida: es aquella que es experimentada por la persona, pero no puede ser verificada por los demás; es el caso de las pérdidas psicológicas, un ejemplo puede ser la mujer que se casa y deja su núcleo familiar para formar uno nuevo.

78. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Tipos de pérdida:

- *Pérdida real: es aquella que puede ser verificada por los que nos rodean; por el padre que fallece su hijo experimenta una pérdida real que puede ser objetivada por los demás.*
- *Pérdida sentida: es aquella que es experimentada por la persona, pero no puede ser verificada por los demás; es el caso de las pérdidas psicológicas, un ejemplo puede ser la mujer que se casa y deja su núcleo familiar para formar uno nuevo.*
- *Pérdida anticipada: es aquella que se experimenta antes de que la pérdida se produzca en realidad, ya sea esta real o sentida.*

79. a) Anterior y posterior

Duelo son las conductas, reacciones, sentimientos y pensamientos que preceden y siguen a la pérdida. El duelo normal se inicia con un estado de "shock" que se expresa con perplejidad y aturdimiento, no entendiendo lo que ha ocurrido; pasando rápidamente a conductas de sufrimiento acompañado de expresiones físicas como debilidad, pérdida del apetito, pérdida del peso, problemas de concentración, alteraciones del sueño, pérdida de interés por el mundo exterior y por su autocuidado; son también frecuentes expresiones de cólera dirigidas tanto a la familia como al equipo cuidador culpabilizándoles de la situación.

80. a) Real

Pérdida real: es aquella que puede ser verificada por los que nos rodean; por el padre que fallece su hijo experimenta una pérdida real que puede ser objetivada por los demás.

81. d) Ayudarles e identificar necesidades del paciente y familiares

El conocimiento de las pérdidas y diferentes estadios y fases del duelo influyen en nuestra actuación y como enfermeras nos permiten comprender respuestas e identificar necesidades del individuo que facilitan la resolución del duelo de manera positiva.

82. c) Dependerá de la situación económica y relación social, influye en la manera de enfrentarse

Factores determinantes del duelo:

- *Experiencias anteriores.*
- *Relación afectiva con el difunto.*
- *Edad.*
- *Personalidad.*
- *Clase socioeconómica.*
- *Nacionalidad y cultura*

83. c) Duelo crónico o resuelto

Duelo crónico o no resuelto es cuando la reacción ante la pérdida continúa durante años y la reinserción social es imposible.

84. c) Desesperación y se da cuenta de la pérdida real

Fases de duelo de Engel:

FASES	CONDUCTAS
"Shock" e incredulidad	- No aceptación de la pérdida. - Aturdimiento. - Aceptación intelectual y negación emocional.
Desarrollo de conscien-cia	- La pérdida empieza a ser real. - Reacciones de cólera contra el fallecido, familiares, equipo sanitario, etc. - Llanto y culpa.
Restitución	- Rituales de luto. - Lucha contra el vacío. - No aceptación de sustituto de la pérdida. - Desarrolla relaciones dependientes. - Recuerda a la persona muerta.
Idealización	- Recuerda solo lo positivo de la persona muerta. - Se culpabiliza de actos anteriores hacia el difunto. - Recordar al difunto sigue provocando tristeza. - Revierte los sentimientos en los otros.
Resultado	- Conducta influida por factores como: 1.- Importancia del objeto. 2.- Grado de dependencia. 3.- Naturaleza de otras relaciones. 4.- Duelos anteriores.

85. a) Cuadros depresivos

En los días o semanas previos a la muerte, con frecuencia los mecanismos de defensa no son suficientes para abordar la situación o no son utilizables por estar afectado el sistema nervioso. Está descrito que pueden aparecer entonces las alteraciones psicóticas de los moribundos, que deben ser consideradas psicopatológicamente como una forma particular de las psicosis exógenas. En ellas, se cumple la inespecificidad etiológica y sintomática, por lo que no se evidencian relaciones específicas absolutas entre el tipo de enfermedad final y la alteración psíquica causada por la misma. Se puede hacer la siguiente clasificación de los síndromes fundamentales que suelen aparecer:

- *Cuadros de aspecto maníaco.*
- *Cuadros de aspecto catatónico.*
- *Cuadros confuso-oníricos.*
- *Cuadros psico-orgánicos.*

86. c) Actitudes negativas y agresivas contra la familia y el personal sanitario

Ira o indignación (agresividad): esta fase se produce cuando el paciente ha superado el grado de negación. Cuando el enfermo no puede seguir negando su estado, empieza a preguntase "¿Por qué? ¿Qué he hecho yo para merecer esto? Y aparecen sentimientos de ira, rabia y resentimiento. Aquí, el enfermo se vuelve agresivo, difícil, exigente, intolerante, critica cualquier cosa que se le haga, se enfada consigo mismo, se rebela contra todo. En realidad, no se rebela en contra del personal de enfermería, sino contra lo que representa. Se culpa a sí mismo, a la familia, al personal sanitario y a Dios.

87. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Fases de duelo de Martocchio:

FASES	**CONDUCTAS**
"Shock" e incredulidad	- Sentimiento de insensibilidad. - Tristeza y llanto. - Culpabilidad. - Negación emocional y aceptación intelectual.
Anhelo y protesta	- Cólera contra el difunto, familia, cuidadores y según creencias religiosas, a Dios. - Conducta de aislamiento.
Angustia, desorganización y desesperación	- Depresión al comprender la realidad. - Llanto. - Pérdida de confianza en sí mismos. - Pérdida de confianza en la consecución de objetivos. - Conductas dependientes.
Identificación	- Identificación con el difunto en conductas, hábitos, objetivos, etc. - Se llega a sufrir síntomas del fallecido.
Reorganización	- Vuelta a la integración social. - Recuerdos afectuosos.

88. d) Aceptación de sustituto de la pérdida

Fases del duelo de Engel:

FASES	CONDUCTAS
"Shock" e incredulidad	- No aceptación de la pérdida. - Aturdimiento. - Aceptación intelectual y negación emocional.
Desarrollo de conscien-cia	- La pérdida empieza a ser real. - Reacciones de cólera contra el fallecido, familiares, equipo sanitario, etc. - Llanto y culpa.
Restitución	- Rituales de luto. - Lucha contra el vacío. - No aceptación de sustituto de la pérdida. - Desarrolla relaciones dependientes. - Recuerda a la persona muerta.
Idealización	- Recuerda solo lo positivo de la persona muerta. - Se culpabiliza de actos anteriores hacia el difunto. - Recordar al difunto sigue provocando tristeza. - Revierte los sentimientos en los otros.
Resultado	- Conducta influida por factores como: 1.- Importancia del objeto. 2.- Grado de dependencia. 3.- Naturaleza de otras relaciones. 4.- Duelos anteriores.

89. d) Ausencia del fallecido

Manifestaciones del duelo:

[…]

- *Cogniciones o pensamientos: incredulidad, confusión, preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas.*

[…]

90. d) Prescripción de fármacos

Los aspectos en los que la familia debe tener información clara y precisa según lo expuesto en el apartado correspondiente, que le permita participar en la medida de sus posibilidades son:

- *Alimentación.*
- *Higiene.*
- *Cuidados directos del enfermo: cambios posturales, curas específicas, hábitos de evacuación, etc.*
- *Administración de fármacos.*
- *Pautas de actuación ante la aparición de posibles crisis: coma, crisis de pánico, agitación psicomotriz, agonía.*
- *Orientaciones para la comunicación con el enfermo: actitud receptiva, importancia de la comunicación no verbal, respuestas, etc.*

91. c) Inhibición psicomotriz

Semiología del duelo y la depresión JL. Tizon (modificada)		
	Depresión	**Duelo**
Pérdida	Lejana, inconsciente o no proporcional al estado anímico.	Más próxima, consciente, proporcionada.
Motivación	Apatía, desinterés.	Hiperactividad o inhibición psicomotriz.
Emociones	Afectos depresivos. Sentimientos de vacío. Ira, resentimiento. Ansiedades "depresivas" y persecutorias entremezcladas. Vergüenza. Culpa (persecutoria).	Las mismas que en la depresión pero: menos estables, menos profundas, sobre una personalidad no depresiva o melancólica.
Cogniciones	Menor capacidad de concentración. Ideación negativa respecto al pasado, presente, futuro, de sí mismo y del mundo.	Capacidad de concentración variable. Cambian las ideas respecto del futuro, de sí mismo y del mundo.
Biología	Trastornos del sueño, apetito. Cambios hormonales, inmunológicos y en los neurotransmisores.	Cambios menos notables, pero con repercusiones neuroendocrinas e inmunológicas.

92. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La función del profesional sanitario ante esas tareas será:

- *Aumentar la vivencia de realidad de la pérdida.*
- *Ayudar al doliente a expresar sus sentimientos.*
- *Ayudar a vencer los obstáculos que dificultan el reajuste tras la pérdida.*
- *Invitar a "decir adiós" al fallecido y acomodarse a la nueva situación.*

93. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los objetivos del profesional sanitario son:

- *Prevenir la aparición del duelo patológico. En este sentido, es útil el fomentar la participación activa de los familiares en el cuidado del paciente.*
- *Facilitar la resolución del proceso de duelo ayudando a la familia a aceptar la realidad de la pérdida, expresar sus sentimientos, adaptarse a la nueva existencia sin el ser querido y resituar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.*
- *Detectar el duelo patológico en caso de presentarse, y facilitar la derivación al especialista en Salud Mental.*

94. d) Hipoactividad

Manifestaciones del duelo:

[…]

- *Comportamientos o conductas: sueño con el fallecido, trastornos del apetito por defecto o por exceso, conductas no meditadas dañinas para la persona (conducción temeraria), retirada social, suspiros, hiperactividad y llorar, frecuentar los mismos lugares del fallecido.*

[…]

95. a) Dos años

Termina cuando las tareas del proceso han sido finalizadas. Por lo tanto no hay respuesta concreta. Dos años es la fecha más aceptada. El hablar de la persona desaparecida sin dolor es un indicador de que el duelo ha terminado. Hay personas que nunca completan el duelo reapareciendo la pena de vez en cuando.

96. d) Idealizar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo

Facilitar la resolución del proceso de duelo ayudando a la familia a:

- *Aceptar la realidad de la pérdida.*
- *Expresar sus sentimientos.*
- *Adaptarse a la nueva existencia sin el ser querido.*
- *Resituar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.*

97. c) Cuatro tareas

El proceso de duelo conlleva una serie de tareas. Se suelen describir cuatro:

- *Aceptar la pérdida de la persona amada.*
- *Sufrir pena y dolor emocional.*
- *Ajustarse al medio sin la persona perdida.*
- *Quitar energía emocional a la relación con el fallecido, reconduciéndola a otras relaciones.*

98. b) Fase de anhelo y búsqueda

Fase de anhelo y búsqueda: hay una gran necesidad de buscar a la persona perdida. En esta fase pueden aparecer fenómenos psíquicos, pensamientos obsesivos, angustia y aflicción. Puede durar semanas o meses.

99. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los criterios que definen como "patológico" un proceso de duelo son el tiempo y la intensidad:

- *Tiempo: el retraso o ausencia del duelo, o la prolongación excesiva.*
- *Intensidad: con la que influye en el estado emocional, que se manifiesta como desesperanza irreversible, sentimientos de desapego a la vida, aislamiento social y pérdida de la capacidad de disfrute.*

100. a) Duelo

El duelo es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el duelo.

TEST 18

Medicamentos: formas de clasificación y vías de administración. Elección correcta de la punción por vía parenteral. Dosificación. Procedimientos y cuidados. Absorción y distribución de fármacos: toxicidad y efectos colaterales. Los sistemas de farmacovigilancia. Condiciones de conservación de los medicamentos. Caducidades. Uso y empleo de Citostáticos. Seguridad en la administración y preparación de fármacos. Uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por los enfermeros

1. ¿Qué nombre recibe la inyección de una solución en el esternón?

a) Intrarraquídea

b) Intraósea

c) Intratecal

d) Intraesternal

2. Un ungüento es:

a) Preparado semisólido de varios fármacos

b) Solución alcohólica de un fármaco volátil

c) Fármaco en suspensión acuosa para uso externo

d) Solución alcohólica preparada a partir de un fármaco de origen vegetal

3. ¿Qué fármacos de los siguientes se usa en aparato respiratorio?

a) Antiácidos

b) Analgésicos

c) Antiálgicos

d) Expectorantes

4. ¿Qué medicamentos de los siguientes no pertenecerían al mismo sistema que los demás?

a) Corticosteroides

b) Andrógenos

c) Estrógenos

d) Diuréticos

5. ¿Qué vía se utilizaría para dirigir un medicamento directamente a un determinado órgano?

a) Intravenosa

b) Intraarterial

c) Intratecal

d) Intraósea

6. ¿Cuál es la vía de eliminación más usual en el caso de los anestésicos volátiles?

a) Pulmonar

b) Renal

c) Biliar

d) Hepática

7. Aquella reacción anormal, no relacionada con la dosis y totalmente diferente a las acciones normales del fármaco se denomina:

a) Reacción adversa

b) Reacción alérgica

c) Reacción idiosincrásica

d) Efecto secundario

8. La anafilaxia, urticaria, y angioedema son reacciones de alergia tipo:

a) Tipo I

b) Tipo II

c) Tipo III

d) Tipo IV

9. ¿Qué competencia de las que a continuación se señalan es propia de la Administración Sanitaria Estatal en materia de Farmacovigilancia?

a) Promulgar directrices complementarias sobre funciones de farmacovigilancia

b) Presentar un informe con los datos sobre farmacovigilancia y todas aquellas informaciones pertinentes para el adecuado uso del medicamento

c) Comunicar a la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

10. Señale la respuesta incorrecta. Respecto de la caducidad debemos tener en cuenta:

a) Es un parámetro guía para el almacenamiento y consumo del medicamento

b) No usar nunca un medicamento cuyo envase, aspecto y características estén deteriorados y/o alterados

c) El enunciado de la pregunta es incorrecto puesto que las opciones a, b y c son correctas, no hay ninguna incorrecta

d) La fecha de caducidad suele expresarse en meses año, no aparece el día nunca, por tanto, el medicamento es válido hasta el primer día del mes que figura como fecha de caducidad

11. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con la vía de administración de los fármacos no es correcta?

a) La vía oral es una vía lenta para situaciones de emergencia

b) El grado de absorción de un medicamento digestivo no depende de la velocidad de vaciamiento gástrico

c) Los fármacos administrados por vía oral se inactivan en alguna medida por el paso hepático

d) Los fármacos administrados por vía oral se inactivan en alguna medida por la metabolización hepática

12. ¿Qué fármacos de los siguientes no se usa en aparato respiratorio?

a) Broncodilatadores

b) Mucolíticos

c) Expectorantes

d) Antiflogísticos

13. ¿Qué medicamentos de los siguientes no pertenecerían al mismo sistema que los demás?

a) Andrógenos
b) Estrógenos
c) Corticosteroides
d) Insulinas

14. ¿Cuál es la vía de administración de fármacos más segura?

a) La vía oral
b) La vía sublingual
c) La vía rectal
d) La vía venosa

15. La vía de administración parenteral es más superficial cuando es:

a) Intramuscular
b) Intravenosa
c) Subcutánea
d) Intradérmica

16. ¿A qué temperatura hay que administrar un medicamento por vía auditiva?

a) A temperatura ambiente
b) A temperatura orgánica
c) Caliente
d) Templada

17. La regla de los "cinco correctos" en la administración de medicamentos es:

a) Fármaco correcto, dosis correcta, vía correcta, hora correcta y paciente correcto

b) Fármaco correcto, paciente correcto, prescripción correcta, conformidad correcta y dosis correcta

c) Paciente correcto, conformidad correcta, vía correcta, hora correcta y dosis correcta

d) Consentimiento correcto, vía correcta, dosis correcta, fármaco correcto y paciente correcto

18. Para administrar un fármaco por vía ótica se debe:

a) Tirar de la oreja suavemente hacia arriba y hacia delante

b) Tirar de la oreja suavemente hacia abajo y hacia delante

c) Tirar de la oreja suavemente hacia arriba y hacia detrás

d) Tirar de la oreja suavemente hacia abajo y hacia detrás

19. ¿Qué medicamentos no se deben dejar junto a la cama del paciente?

a) Antiácidos

b) Medicamentos oftálmicos

c) Nitroglicerina

d) Supositorios

20. ¿Cuál es la posición preferente para la administración de medicación por vía vaginal?

a) Litotomía

b) Parkinson

c) Fowler

d) Proetz

21. Para instilar la medicación en los senos frontales se debe:

a) Colocar al paciente en posición de Parkinson

b) Colocar al paciente en posición de Proetz

c) Colocar al paciente en posición de Roser

d) Colocar al paciente en posición de Sims

22. La zona de punción intramuscular más frecuente en un adulto es:

a) La deltoidea

b) La glúteo-ventral

c) La glúteo-dorsal

d) La glúteo-central

23. Un cc tiene:

a) 7 gotas

b) 20 gotas

c) 40 gotas

d) 60 gotas

24. La estabilidad se expresa en unidades de tiempo y representa el periodo de tiempo en que se mantiene como mínimo activo un:

a) 50 % de la sustancia

b) 75 % de la sustancia

c) 80 % de la sustancia

d) 90 % de la sustancia

25. En cuanto a las normas de limpieza del recinto de la cabina de flujo laminar, ¿qué norma considera menos adecuada?

a) Se limpiará el suelo diariamente pasando una fregona con los detergentes utilizados para las zonas estériles del Hospital. La fregona será exclusiva

b) Este recinto deberá limpiarse al terminar el trabajo de la mañana

c) En esta zona el personal de limpieza deberá vestirse con bata desechable, doble guante y mascarilla

d) Las paredes se lavarán a diario con agua y jabón utilizando bayetas exclusivas

26. Los elementos que interactúan con los fármacos permitiendo que estos produzcan sus efectos se denominan:

a) Receptores

b) Principio activo

c) Excipientes

d) Placebos

27. El efecto placebo es:

a) Un elemento que interactúa con el fármaco

b) Una sustancia química que se emplea para prevenir enfermedades

c) El efecto curativo que cualquier sustancia puede producir en personas predispuestas favorablemente

d) Ninguna de las opciones anteriores es correcta

28. ¿Quién es el principal encargado y responsable de la administración de los fármacos?

a) El auxiliar sanitario

b) El médico

c) La enfermera

d) El paciente

29. Cuando el fármaco se coloca bajo la lengua, ¿qué vía de administración se está utilizando?

a) La oral

b) La sublingual

c) La supralingual

d) La tópica

30. Las sustancias químicas empleadas para prevenir, diagnosticar y curar enfermedades o para mitigar sus síntomas, se denominan:

a) Fármacos

b) Excipientes

c) Acidulantes

d) Homeopatizantes

31. Señale la respuesta incorrecta. Por vía tópica, el fármaco debe administrarse con movimientos:

a) Enérgicos

b) Ascendentes

c) Descendentes

d) Transversos

32. De las distintas vías de administración de un fármaco, ¿cuál es la alternativa a la vía oral cuando existen vómitos, alteraciones en la deglución o traumatismos faciales?

a) La vía inhalatoria

b) La vía rectal

c) La vía parenteral

d) La vía tópica

33. ¿A través de qué subtipo de vía parenteral no se llega a la médula espinal?

a) De la intraósea

b) De la intraespinal

c) De la intratecal

d) Las respuestas b) y c) son correctas

34. Si el fármaco administrado por vía oral tiñera los dientes, se administrará:

a) Disuelta en un vaso de agua

b) Con pajitas

c) Por sonda nasogástrica

d) Disuelta en un vaso de zumo

35. ¿Qué tipos de medicamentos se utilizan contra infecciones bacterianas?

a) Antifúngicos

b) Antiparasitarios

c) Antibióticos

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

36. Los materiales necesarios para administrar un fármaco por vía parenteral son:

a) Jeringas de plástico no desechable

b) Agujas no desechables

c) Jeringas de cristal

d) Jeringas de plástico y agujas estériles desechables

37. Para evitar que un catéter se obstruya se realizarán lavados periódicos con soluciones de suero fisiológico y heparina al:

a) 2 %

b) 3 %

c) 1 %

d) 1.5 %

38. ¿En qué tipo de contenedor se recogerán los residuos sanitarios citostáticos?

a) En contenedores homologados de color rojo

b) En contenedores homologados de color negro

c) En contenedores homologados de color azul

d) En contenedores sin determinar su uso para su posterior clasificación por personal específicamente cualificado

39. En cuanto a las normas de limpieza del recinto de la cabina de flujo laminar ¿Qué norma considera menos adecuada?

a) Se limpiará el suelo diariamente pasando una fregona con los detergentes utilizados para las zonas estériles del Hospital. La fregona será exclusiva

b) Este recinto deberá limpiarse al terminar el trabajo de la mañana

c) En esta zona el personal de limpieza deberá vestirse con bata desechable, doble guante y mascarilla

d) Las paredes se lavarán a diario con agua y jabón utilizando bayetas exclusivas

40. El proceso saturable, formando generalmente una capa de fármaco en la superficie interna del recipiente (el PVC parece absorber cantidades significativas de algunos medicamentos), recibe el nombre de:

a) Absorción

b) Dilución

c) Adsorción

d) Disolución

41. Ante una reacción adversa, ¿quién es el encargado de su notificación?

a) Médico

b) Farmacéutico

c) Enfermeras

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

42. ¿Cómo se denomina el formulario oficial de notificación de reacción adversa?

a) Tarjeta amarilla

b) Modelo de notificación de reacción adversa

c) Formulario de notificación de reacción adversa

d) Anexo B1

43. ¿Qué documento capacita a los enfermeros de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios?

a) Receta médica

b) Orden de dispensación hospitalaria

c) Orden de dispensación

d) Orden de dispensación pública

44. Las estructuras de gestión de atención primaria, ¿deberán disponer de servicios o unidades de farmacia?

a) Sí

b) No

c) Según su volumen

d) En ocasiones

45. Los farmacéuticos son los profesionales encargados de:

a) Recetar

b) Indicar

c) Administrar

d) Dispensar

46. La Denominación Común Internacional (DGI) se corresponde con:

a) Nombre Químico

b) Nombre Genérico

c) Nombre Farmacológico

d) Nombre Comercial

47. El halotano es un anestésico líquido volátil. ¿Cuál cree sería la vía de eliminación en su caso?

a) Respiratoria

b) Renal

c) Biliar-entérica

d) Hepática

48. Un efecto secundario de un fármaco es:

a) Cualquier efecto tóxico o perjudicial que resulte de la acción de un fármaco o las dosis habituales y en la indicación correcta

b) Aquel efecto producido con dosis habituales de medicamento, pero que no se desea en un determinado momento

c) El efecto no deseado de un medicamento, pero que es consecuencia de su acción farmacológica

d) Una respuesta anormal por parte del organismo frente al fármaco administrado de origen inmunológico

49. En caso de anafilaxia, ¿cuál sería el fármaco de elección?

a) Antídoto específicos

b) Hidrocortisona

c) Metil-prednisolona

d) Adrenalina

50. ¿Cuál de los siguientes no constituye un objetivo de la farmacovigilancia?

a) Identificar los efectos indeseados anteriormente no descritos o desconocidos

b) Proponer medidas de salud pública para reducir la incidencia

c) Informar a los prescriptores, otros profesionales sanitarios, las autoridades sanitarias y el público

d) Identificar los efectos indeseados anteriormente descritos mediante la corroboración con estudios prospectivos

51. Señale la respuesta incorrecta en relación con los tipos de antídotos:

a) Antídotos físicos

b) Antídotos químicos

c) Antídotos biológicos

d) Antídotos farmacológicos

52. De forma genérica los medicamentos deben almacenarse y conservarse según los requisitos descritos en cada envase para cada medicamento, aunque podemos aplicar a todos, la siguiente norma:

a) Cada medicamento en su envase

b) Protegidos de luz solar directa, fuentes de calor, humedades…

c) Cumplir con exactitud los requisitos especiales de conservación cuando estos existen (guardar en nevera)

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

53. Es el fármaco en forma de líquido oleoso (vía dérmica):

a) Capsula

b) Linimento

c) Elixir

d) Licor

54. La fenitoína es un:

a) Antiepiléptico

b) Anestésico

c) Neuroléptico

d) Ansiolíticos e hipnóticos

55. Es la acción farmacológica que consiste en una estimulación intensa, que va seguida de lesión anatómica y se ejerce sobre estructuras y funciones no especializadas:

a) Reemplazo

b) Depresión

c) Irritación

d) Estimulación

56. Los medicamentos antianginosos:

a) Reducen las náuseas y vómitos al actuar sobre el centro regulador del vómito

b) Controlan las arritmias auriculares y ventriculares, normalizando la frecuencia y el ritmo de los latidos cardíacos

c) Actúan como vasodilatadores coronarios, reduciendo la demanda de oxígeno por el miocardio

d) Fluidifican las secreciones de las vías respiratorias y reducen la viscosidad del moco, facilitando su expulsión

57. Es un inconveniente de la vía oral de absorción:

a) Es fácil y segura, permitiendo la autoadministración de los fármacos

b) Económica y muy bien aceptada por el paciente

c) En caso de sobredosificación se puede retirar muy fácilmente el fármaco si no ha transcurrido demasiado tiempo

d) Los caracteres organolépticos de los medicamentos o la naturaleza de los excipientes pueden modificar el proceso de absorción

58. Es el efecto producido con dosis habituales de medicamento, pero que no se desea en un determinado momento:

a) Reacción adversa

b) Efecto secundario

c) Efecto colateral

d) Reacción idiosincrásica

59. Señale la respuesta correcta sobre que se debe notificar según el programa de notificación espontánea de sospechas de reacciones adversas (también conocido como Programa de la Tarjeta Amarilla):

a) Todas las sospechas de reacciones adversas a fármacos nuevos (introducidos en el mercado hace menos de 5 años)

b) Para todos los medicamentos, notificar reacciones adversas graves

c) Para todos los medicamentos, notificar reacciones adversas poco frecuentes o desconocidas

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

60. La eliminación de los fármacos se hace más lenta:

a) En la niñez

b) Durante la adolescencia

c) En la edad adulta

d) En la tercera edad

61. ¿Durante cuánto tiempo debe retener el edema de retención el paciente?

a) 15 minutos

b) 20 minutos

c) 30 minutos

d) 40 minutos

62. ¿Cuál es el tamaño normal de una gota para administrarla vía intravenosa?

a) 1 cc contiene 20 gotas

b) 1 cc contiene 10 gotas

c) 1 cc contiene 30 gotas

d) 1 cc contiene 5 gotas

63. Indique la respuesta correcta en relación con los tres grandes grupos terapéuticos frente al dolor:

a) El primer escalón está formado por los analgésicos convencionales

b) El segundo escalón lo constituyen los opioides menores

c) El tercer escalón lo constituyen los opiáceos mayores

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

64. La morfina corresponde al grupo de los:

a) Analgésicos mayores

b) Analgésicos menores

c) AINES

d) Psicofármacos

65. Una cámara de flujo laminar es:

a) Una cabina en la que se emplea un extractor para forzar el paso del aire y todas las partículas que este contiene a través de un filtro HEPA

b) Una cabina que proporciona aire limpio o estéril a la zona de trabajo

c) Una cabina que tiene como función mantener el área de trabajo libre de partículas

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

66. Las cabinas de flujo laminar se comercializan en modelos:

a) De flujo horizontal y vertical

b) De flujo transversal y longitudinal

c) De turbulencia y de convección

d) De atrapamiento y expulsión

67. Las CSB se clasifican en varias categorías, entre las que no encontramos la:

a) Clase I

b) Clase II

c) Clase III

d) Clase IV

68. ¿Qué cabinas constituyen el máximo nivel de seguridad?

a) Clase I

b) Clase II

c) Clase III

d) Clase IV

69. Una determinada clase de Cabinas de Seguridad Biológica se subdividen en 2 tipos A y B. ¿A cuáles nos referimos?

a) Clase I

b) Clase II

c) Clase III

d) Clase IV

70. Dentro de las cabinas de seguridad biológica tipo B, distinguimos diferentes tipos, entre los que no encontramos:

a) B4

b) B3

c) B2

d) B1

71. Cuando decimos que aproximadamente un 30 % del volumen total de aire es recirculado sobre el área de trabajo, mientras que el 70 % restante es extraído, nos estamos refiriendo a las cabinas de:

a) Clase I

b) Clase II

c) Clase III

d) Clase IV

72. Cuando ubiquemos los productos estériles dentro de la cabina de flujo laminar hemos de tener la precaución de colocarlos:

a) En la inmediata vecindad de la zona central de trabajo

b) En la parte lateral, aproximadamente a 7.5 cm de los lados

c) Es indistinto

d) A la izquierda si el manipulador es diestro, y a la derecha en caso contrario

73. Respecto a la instalación de la cabina, no es cierto que:

a) Debe situarse lo más cerca posible de las rejillas de aire acondicionado, campana de gases, puertas y zonas de mucho tráfico de personas, que claramente interfieren en el flujo laminar al crear corrientes de aire

b) Las ventanas del laboratorio deben permanecer siempre cerradas

c) Debe haber al menos 0.3 m entre la salida de aire de la cabina y el techo del laboratorio

d) Se instalará sobre una superficie sólida, nunca móvil. Si es posible, en un recinto cerrado o en una zona de acceso restringido

74. Cuando nos encontremos manipulando con la campana de flujo laminar, si una vez comenzado el trabajo es necesario introducir nuevo material, se recomienda:

a) Reiniciar de inmediato ya que no hay problema alguno

b) Esperar 2 – 3 minutos antes de reiniciar la tarea para permitir la estabilización del flujo de aire

c) Apagar y encender la campana para evitar turbulencias

d) Esperar 20 – 30 minutos para evitar cualquier tipo de turbulencia

75. El acondicionamiento de la cabina se inicia procediendo a la limpieza de las paredes y de la superficie de trabajo con gasa humedecida en:

a) Povidona Yodada o clorhexidina

b) Alcohol de 70° o clorhexidina

c) Alcohol de 96° o clorhexidina

d) Hipoclorito de sodio

76. Al reconstituir un vial de citostáticos la aguja se introducirá en ángulo determinado con la superficie del tapón:

a) Con el bisel hacia abajo y contra el operador

b) Con el bisel hacia abajo y a favor el operador

c) Con el bisel hacia arriba y contra el operador

d) Con el bisel hacia arriba y a favor del operador

77. Señale la respuesta incorrecta respecto al mantenimiento higiénico de la CSB:

a) Semanalmente se limpiará la superficie de trabajo y el resto del interior de la cabina y se pondrá en marcha con el fin de comprobar la medida que da el manómetro

b) Mensualmente, con un paño mojado, se limpiarán todas las superficies exteriores con objeto de eliminar el polvo acumulado y se revisará el estado de las válvulas interiores con que vaya equipada

c) Semestralmente con un antiséptico de superficie se limpiarán todas las superficies internas de la misma

d) Anualmente se certificará por una entidad cualificada

78. En la campana de flujo laminar la limpieza de los cristales laterales se realizará de:

a) Parte posterior a parte anterior

b) Parte anterior a parte posterior

c) Arriba hacia abajo

d) Abajo hacia arriba

79. En la campana de flujo laminar la limpieza de la superficie de trabajo se hará desde:

a) La parte posterior hacia a la parte anterior

b) La parte anterior hacia a la parte posterior

c) La parte superior hacia a la parte inferior

d) La parte inferior hacia a la parte superior

80. Tras la limpieza de la campana de flujo laminar se empapará una gasa estéril en abundante alcohol de 70° y se limpiará de nuevo la campana. No debe utilizarse alcohol de 70° para limpiar superficies de ……, ya que se estropea:

a) Aluminio

b) Acero

c) Cristal

d) Metacrilato

81. Las jeringas que se utilicen en la reconstitución de viales de citostáticos han de tener una conexión:

a) Luer-Lock

b) Record

c) Hubber

d) Gripper

82. Al finalizar el trabajo en una campana de flujo laminar:

a) Apagaremos inmediatamente para evitar turbulencias

b) Dejaremos en marchar la cabina durante al menos 15 minutos

c) Dejaremos en marchar la cabina durante al menos 60 minutos

d) La cabina siempre debe de estar funcionando

83. En el caso de que la campana de flujo laminar lleve acoplada una lámpara de luz ultravioleta:

a) Permanecerá encendida durante todo el tiempo en que no se está trabajando con ella

b) Permanecerá encendida durante todo el tiempo en que se está trabajando con ella

c) Permanecerá encendida durante todo el tiempo independiente de que se trabaje con ella o no

d) Las campanas de flujo laminar no llevan acoplada una lámpara de luz ultravioleta

84. ¿Cómo son las jeringas de las técnicas de enfermería que se van a llevar a cabo con el paciente oncológico?

a) De 5 ml

b) De 10 ml

c) De 15 ml

d) De 2 ml

85. En la técnica de extracción de sangre en el paciente oncológico, una vez extraída esta se debe conectar una jeringa con suero fisiológico y lavar con:

a) 10 ml

b) 15 ml

c) 20 ml

d) 50 ml

86. Si no se emplea el catéter en un largo periodo de tiempo, debe cambiarse el sello de heparina cuando no esté en uso:

a) Cada semana

b) Cada 2-3 semanas

c) Cada 3-4 semanas

d) Cada mes

87. ¿Cuándo se deben cambiar los sistemas de perfusión si el paciente oncológico mantiene fluidoterapia prolongada?

a) Cada 48 horas, menos los de nutrición parenteral, en los que el cambio se realizará cada 24 horas

b) Cada 24horas, menos los de nutrición parenteral, en los que el cambio se realizará cada 12 horas

c) Cada 72 horas, menos los de nutrición parenteral en los que el cambio se realizará cada 24 horas

d) Cada 24 horas, menos los de nutrición parenteral, en los que el cambio se realizará cada 48 horas

88. Señale la respuesta incorrecta en cuanto a las instrucciones que deben seguir los familiares del paciente oncológico para el cuidado de su sistema en casa y entre tratamientos:

a) Siempre introduzca la aguja en un ángulo de 45° con respecto al septum

b) Siempre siga el procedimiento recomendado para la limpieza del área del portal

c) Siempre suspenda la inyección y llame al profesional sanitario inmediatamente si los fluidos inyectados / infundidos en el sistema no fluyen libremente

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

89. Señale cuál de los siguientes medicamentos son compuestos químicos que interfieren en la división celular al inhibir la replicación del DNA estableciendo sólidos puentes de unión entre ambas hebras del DNA:

a) Agentes antimicrotúbulo

b) Antimetabolitos

c) Inhibidores de la topoisomerasa

d) Agentes alquilantes

90. ¿Cuáles son los antagonistas de las purinas más utilizados?

a) El metotrexato

b) 5-fluorouracilo y 5-fluorodesoxiuridina

c) 5-fluorouridina y 5-fluorouracilo

d) 6-mercaptopurina y la 6-tioguanina

91. Señale cuál de los siguientes alcaloides de la Vinca pervinca es activo en los cánceres de testículos:

a) La vincristina

b) La vinblastina

c) La vindesina

d) La vinorelbina

92. La Actinomicina D es activa en:

a) Linfomas

b) Tumores cutáneos

c) Tumor de Wilms avanzado

d) Cáncer de cabeza y cuello

93. ¿Cuándo se observa la leucopenia en sangre periférica?

a) Hasta el día 10 después de aplicar la dosis de tratamiento

b) Hasta el día 14 después de aplicar la dosis de tratamiento

c) Hasta el día 21 después de aplicar la dosis de tratamiento

d) Hasta el día 8 después de aplicar la dosis de tratamiento

94. La quimioterapia alternante es efectiva en:

a) Cáncer de mama

b) Tumores de cabeza y cuello

c) Enfermedad de Hodgkin

d) Cáncer de pulmón de células no pequeñas

95. Señale la característica correcta en cuanto a las vías de administración del medicamento citostático elegido:

a) De fácil utilización por parte del paciente y la familia

b) Lo menos agresiva posible pues va a utilizarse durante algún tiempo

c) Tengan los menos efectos secundarios en su utilización

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

96. ¿Qué vía de administración de citostáticos se utilizará siempre que sea posible?

a) Vía sublingual

b) Vía rectal

c) Vía oral

d) Vía intramuscular

97. La estabilidad de los preparados citostáticos representa el periodo de tiempo en que se mantiene como:

a) Mínimo un 90 % de la actividad de la sustancia

b) Máximo un 90% de la actividad de la sustancia

c) Mínimo un 80 % de la actividad de la sustancia

d) Máximo un 80 % de la actividad de la sustancia

98. Se debería de realizar un control microbiológico de la cabina de seguridad:

a) Cada dos meses y en los primeros 15 días del mes que corresponda

b) Cada cuatro meses y en los primeros 10 días del mes que corresponda

c) Cada seis meses y en los primeros 5 días del mes que corresponda

d) Cada diez meses y en los primeros 7 días del mes que corresponda

99. La cabina de seguridad biológica debe permanecer en funcionamiento:

a) Dos horas antes de comenzar la preparación y hasta el final de la mañana

b) Tres horas antes de comenzar la preparación y hasta el final de la tarde

c) Media hora antes de comenzar la preparación y hasta el final de la mañana

d) Una hora antes de comenzar la preparación y hasta el final de la tarde

100. La destrucción de los residuos citostáticos se hará por incineración a:

a) 100 °C

b) 500 °C

c) 750 °C

d) 1000 °C

SOLUCIONES TEST 18

1. b) Intraósea

Vía intraósea. En algunos casos no es posible canular una vena y se inyectan fármacos en los huesos planos (esternón). La rapidez de la absorción es semejante a la de la vía intravenosa.

2. a) Preparado semisólido de varios fármacos

Ungüento. Preparado semisólido de varios fármacos.

3. d) Expectorantes

Aparato respiratorio:

- *Antitusígeno.*
- *Expectorantes y mucolíticos.*
- *Broncodilatadores.*

4. d) Diuréticos

Sistema endocrino:

- *Corticosteroides.*
- *Andrógenos.*
- *Estrógenos.*
- *Progestágenos.*
- *Insulina .*

5. b) Intraarterial

La vía intraarterial se utiliza en la quimioterapia regional de los tumores, para visualizar un determinado territorio mediante la inyección de contraste radiopaco, o para administrar vasodilatadores en el tratamiento de las embolias arteriales.

6. a) Pulmonar

Eliminación pulmonar. Los anestésicos volátiles, dimetilsulfóxido dimetilsulfuro, mentol, etc., se eliminan a través del aire espirado. Los ioduros, por secreción bronquial.

7. c) Reacción idiosincrásica

Reacción idiosincrásica: reacción anormal, no relacionada con la dosis y totalmente diferente a las acciones normales del fármaco. Tiene base genética.

8. a) Tipo I

Alergia a medicamentos tipo I (inmediata). Esta forma de alergia comprende reacciones mediadas por IgE a picaduras de animales y medicamentos.

Las reacciones son de tres clases:

- *Anafilaxia.*
- *Urticaria.*
- *Angioedema.*

9. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Actividades de la Administración sanitaria estatal:

- *Promulgar directrices complementarias sobre funciones de farmacovigilancia, en especial en lo referente a la recogida, evaluación y transmisión de reacciones adversas.*
- *Comunicar a la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos, a la Comunidad Autónoma correspondiente y al titular de la autorización, las notificaciones de sospechas de reacciones adversas graves, que se comunique, dentro de los quince días siguientes a la recepción.*
- *Presentar un informe con los datos sobre farmacovigilancia y todas aquellas informaciones pertinentes para el adecuado uso del medicamento, cada vez que se revalide la autorización de comercialización, que es cada cinco años.*

10. d) La fecha de caducidad suele expresarse en meses año, no aparece el día nunca, por tanto el medicamento es válido hasta el primer día del mes que figura como fecha de caducidad

La fecha de caducidad suele expresarse en meses año, no aparece el día nunca, por tanto, el medicamento es válido hasta el último día del mes que figura como fecha de caducidad

11. b) El grado de absorción de un medicamento digestivo no depende de la velocidad de vaciamiento gástrico

Factores fisiológicos o patológicos, tales como vaciamiento gástrico, motilidad gastrointestinal, ausencia de secreciones, irrigación de las mucosas, etc., modifican la absorción.

12. d) Antiflogísticos

Aparato Respiratorio:

- *Broncodilatadores y antiasmáticos.*
- *Mucolíticos y expectorantes.*
- *Antitusígenos.*

13. d) Insulinas

Terapia hormonal:

- *Hormonas hipofisarias y tiroideas. Fármacos antitiroideos.*
- *Corticosteroides.*
- *Hormonas sexuales: estrógenos, progesterona y andrógenos.*

14. a) La vía oral

Vía oral. Es la vía más utilizada por su comodidad y seguridad, pero tiene el inconveniente de que la absorción del medicamento (que se produce en el estómago y en la porción proximal del intestino delgado), se ve modificada por muchos factores. Es preciso que el fármaco sea soluble, para permitir el paso a través de las paredes intestinales.

15. d) Intradérmica

Intradérmica. La aguja se introduce casi paralela a la punción estirando la piel antes de punzar.

16. b) A temperatura orgánica

Siempre debe administrarse a temperatura corporal ya que en caso contrario se estimularía el laberinto y provocaría vértigos.

17. a) Fármaco correcto, dosis correcta, vía correcta, hora correcta y paciente correcto

Previa a la administración de cualquier medicamento siempre se tendrá en cuenta la regla de los cinco correctos:

- *Medicamento correcto.*
- *Dosis correcta.*
- *Vía correcta.*
- *Hora correcta.*
- *Paciente correcto.*

18. c) Tirar de la oreja suavemente hacia arriba y hacia detrás

Vía ótica. Estirar el pabellón auditivo suavemente atrás y arriba.

19. d) Supositorios

No deben dejarse medicamentos junto a la cama, excepto: Antiácidos, jarabes para la tos (no narcóticos), medicamentos oftálmicos, medicamentos por inhalación, lociones y pomadas, nitroglicerina.

20. a) Litotomía

Colocar a la paciente en decúbito dorsal con las piernas abiertas y flexionadas. Limpiar la zona si hay secreciones.

21. b) Colocar al paciente en posición de Proetz

En algunas ocasiones es necesario utilizar las posiciones de Proetz y Parkinson para la instilación de los senos frontales y etmoidales respectivamente.

22. c) La glúteo-dorsal

Área dorsoglútea, frecuente en adultos, pero no en lactantes ni menores de 3 años, ya que estos músculos no están plenamente desarrollados.

23. b) 20 gotas

Para el cálculo de la dosis y ritmo de administración de medicamentos vía intravenosa se realiza atendiendo a la administración de gotas, teniendo en cuenta su tamaño:

- *El tamaño normal de la gota: 1 cc contiene 20 gotas.*
- *El tamaño pediátrico de la gota: 1 cc contiene 60 gotas pediátricas (microgotas).*

24. d) 90 % de la sustancia

La estabilidad se expresa en unidades de tiempo y representa el periodo de tiempo en que se mantiene como mínimo un 90% de la actividad de la sustancia.

25. d) Las paredes se lavarán a diario con agua y jabón utilizando bayetas exclusivas

Normas de limpieza del recinto de la cabina de flujo laminar. Dada la índole del trabajo realizado en el recinto y el riesgo que puede implicar para los pacientes el que en ella se acumule suciedad, la limpieza de dicha zona se hará de acuerdo con las siguientes normas:

- *Las paredes se lavarán cada mes con agua y jabón utilizando bayetas que se tirarán una vez terminada la limpieza.*

[...]

26. a) Receptores

Los fármacos actúan en el organismo mediante la producción de reacciones bioquímicas dentro de él, en células o tejidos. Los elementos que interactúan con los fármacos permitiendo que estos produzcan sus efectos se llaman receptores, y suelen ser proteínas o enzimas.

27. c) El efecto curativo que cualquier sustancia puede producir en personas predispuestas favorablemente

El efecto placebo es el efecto curativo que cualquier sustancia, incluidas las inocuas, puede producir en personas predispuestas favorablemente. Se desconoce su mecanismo de funcionamiento y por qué en algunas personas actúa con mucha fuerza y en otras no.

28. c) La enfermera

El auxiliar colaborará con la enfermera en la preparación del material para la administración de la medicación y en la preparación del paciente. La actuación del auxiliar depende de la vía de administración, así como el material a emplear por la enfermera.

29. b) La sublingual

En la vía sublingual el fármaco se coloca bajo de la lengua, donde se disuelve, y por la vascularización de esta zona la absorción es casi inmediata, así como el efecto del mismo.

30. a) Fármacos

Los fármacos son sustancias químicas que se emplean para prevenir, diagnosticar y curar enfermedades o para mitigar sus síntomas.

31. a) Enérgicos

El fármaco por vía tópica, se administrará con movimientos suaves, rotatorios o ascendentes y descendentes.

32. b) La vía rectal

Vía Rectal. Es la alternativa a la vía oral cuando existen vómitos, alteraciones en la deglución, traumatismos faciales, en los que tampoco es posible la colocación de una sonda nasogástrica. El medicamento se introduce por el ano y es absorbido por la mucosa intestinal.

33. a) De la intraósea

Dentro de los diversos tipos de vía parenteral existe la intratecal o intraespinal en la que se llega a la médula espinal mediante un catéter y una punción lumbar de la columna vertebral.

34. b) Con pajitas

Si el fármaco administrado por vía oral tiñera los dientes, se administraría con pajitas.

35. c) Antibióticos

Dentro de los fármacos contra infecciones o parásitos, se encuentran los antibióticos, usados contra infecciones bacterianas y que originariamente solo se obtenían de otros microorganismos vivos (hongos), aunque hoy en día también se sintetizan en laboratorio.

36. c) Jeringas de plástico y agujas estériles desechables

En los supuestos de administración de un fármaco por la vía parenteral, se colaborará con la enfermera en la preparación del material necesario que, en general, es el siguiente:

- *Jeringas de plástico desechables estériles.*
- *Agujas estériles desechables.*
- *Algodón y/o gasas estériles.*
- *Antiséptico.*
- *Batea.*

37. c) 1 %

Para que el catéter no se obstruya se realizarán lavados periódicos con soluciones de suero fisiológico y heparina al 1 % (anticoagulante).

38. a) En contenedores homologados de color rojo

Los residuos citostáticos y citotóxicos (Grupo III.B) y residuos químicos (Grupo III.B) en contenedor rojo y pictograma de "Residuo Citostático".

- *Excretas*
- *Medicamentos caducados*
- *Restos de viales y ampollas, etc.*

39. d) Las paredes se lavarán a diario con agua y jabón utilizando bayetas exclusivas

Normas de limpieza del recinto de la cabina de flujo laminar. Dada la índole del trabajo realizado en el recinto y el riesgo que puede implicar para los pacientes el que en ella se acumule suciedad, la limpieza de dicha zona se hará de acuerdo con las siguientes normas:

- *Las paredes se lavarán cada mes con agua y jabón utilizando bayetas que se tirarán una vez terminada la limpieza.*

[...]

40. c) Adsorción

Adsorción. Proceso saturable, formando generalmente una capa de fármaco en la superficie interna del recipiente (el PVC parece absorber cantidades significativas de algunos medicamentos).

41. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Como se establece en el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y en el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, los médicos, farmacéuticos, dentistas, enfermeros y demás profesionales sanitarios tienen la obligación de notificar las sospechas de reacción adversa de los medicamentos autorizados, incluidas las de aquellos que se hayan utilizado en condiciones diferentes a las autorizadas y las de medicamentos no comercializados en España pero que se haya autorizado su importación.

42. a) Tarjeta amarilla

Tarjeta amarilla. Se utiliza el formulario oficial de notificación que es la Tarjeta Amarilla, donde se recogen los datos mínimos necesarios para evaluar una posible relación de causalidad entre un medicamento y una Reacción adversa a medicamento: un paciente identificable, uno o varios fármacos sospechosos, una o varias reacciones adversas y un notificador identificable.

43. c) Orden de dispensación

La receta médica, pública o privada, y la orden de dispensación hospitalaria son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico, un odontólogo o un podólogo, en el ámbito de sus competencias respectivas, únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica.

Sin perjuicio de lo anterior, los enfermeros de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación. Los fisioterapeutas también podrán indicar, usar y autorizar, de forma autónoma la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica y de productos sanitarios relacionados con el ejercicio de su profesión, mediante orden de dispensación.

44. a) Sí

Estructuras de soporte para el uso racional de medicamentos y productos sanitarios en atención primaria. Sin perjuicio de la responsabilidad que todos los profesionales sanitarios tienen en el uso racional de los medicamentos, las estructuras de gestión de atención primaria deberán disponer de servicios o unidades de farmacia de atención primaria.

45. d) Dispensar

En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo, participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente. Una vez dispensado el medicamento podrán facilitar sistemas personalizados de dosificación a los pacientes que lo soliciten, en orden a mejorar el cumplimiento terapéutico, en los tratamientos y con las condiciones y requisitos que establezcan las administraciones sanitarias competentes.

46. b) Nombre Genérico

Genérico. Nombre dado a los fármacos constando solo la DCI (Denominación Común Internacional) del principio activo.

47. a) Respiratoria

Eliminación pulmonar. Los anestésicos volátiles, dimetilsulfóxido dimetilsulfuro, mentol, etc., se eliminan a través del aire espirado. Los ioduros, por secreción bronquial.

48. c) El efecto no deseado de un medicamento, pero que es consecuencia de su acción farmacológica

Se denomina efecto secundario el efecto no deseado de un medicamento, pero que es consecuencia de su acción farmacológica.

49. d) Adrenalina

Las alergias ocurren cuando el sistema inmunológico responde a las proteínas. La reacción alérgica más severa es la anafilaxis. Los síntomas de la anafilaxis son una sensación de calor, sonrojo, picazón, ronchas (que pueden ocurrir solos, es decir, sin progresión a la anafilaxis), inflamación en la garganta, asma o respiración sibilante, mareo debido a la presión baja, ritmo cardíaco irregular, náuseas o vómitos, calambres abdominales o shock. La anafilaxis puede ser mortal.

Estos síntomas requieren atención de emergencia, incluso una inyección intramuscular inmediata de epinefrina (adrenalina).

50. d) Identificar los efectos indeseados anteriormente descritos mediante la corroboración con estudios prospectivos

Los objetivos de la farmacovigilancia son básicamente cuatro:

- *Identificar los efectos indeseados anteriormente no descritos o desconocidos.*
- *Cuantificar el riesgo.*

- *Proponer medidas de salud pública para reducir la incidencia, e*
- *Informar a los prescriptores, otros profesionales sanitarios, las autoridades sanitarias y el público.*

51. a) Antídotos físicos

Utilización de antídotos. Pueden ser:

- *Antídotos químicos.*
- *Antídotos fisiológicos.*
- *Antídotos farmacológicos:*
- *Antídotos biológicos.*

52. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

De forma genérica los medicamentos deben almacenarse y conservarse según los requisitos descritos en cada envase para cada medicamento, aunque podemos aplicar a todas las siguientes normas:

- *Normas y protocolos de unidades de trabajo, centros, hospitales…*
- *Cada medicamento en su envase.*
- *Protegidos de luz solar directa, fuentes de calor, humedades…*
- *En caso de envases múltiples, conservar siempre la identificación, dosis y fecha de caducidad de los elementos individuales.*
- *Ordenados cuando menos por orden alfabético, aunque conviene también ordenarlos por vías de administración y fechas de caducidad.*
- *Muy importantes cumplir con exactitud los requisitos especiales de conservación cuando estos existen.*
- *Guardar en nevera.*
- *Los medicamentos no deben estar al alcance del público, pacientes ni personal no autorizado.*

53. c) Elixir

Elixir: solución de un fármaco en alcohol edulcorado y aromatizado.

54. a) Antiepiléptico

Antiepilépticos:

- *Fenitoína.*
- *Carbamazepina.*
- *Fenobarbital.*
- *Ácido valproico.*
- *Etosuximida.*

55. c) Irritación

Irritación. Es una estimulación intensa, que va seguida de lesión anatómica y se ejerce sobre estructuras y funciones no especializadas. Para Cushny, este tipo de acción farmacológica cursa con alteraciones de la morfología, crecimiento y nutrición de las células; se refiere a la acción de fármacos que producen inflamación, necrosis, corrosión, etc.; su acción no es selectiva ni demasiado deseable y tiene cierta importancia en terapéutica dermatológica; se ejerce fundamentalmente sobre los tejidos epitelial y conectivo. La imitación excesiva conduce a la necrosis y a la desintegración. La acción contraria es la demulcente o protectora (pomadas, glicerina, toma arábiga, etc.).

56. c) Actúan como vasodilatadores coronarios, reduciendo la demanda de oxígeno por el miocardio

Antianginosos. Actúan como vasodilatadores coronarios, reduciendo la demanda de oxígeno por el miocardio. Se dan en las insuficiencias coronarias. Los más importantes son los nitritos y nitratos.

57. d) Los caracteres organolépticos de los medicamentos o la naturaleza de los excipientes pueden modificar el proceso de absorción

La vía oral presenta las siguientes ventajas: es fácil y segura, permitiendo la autoadministración de los fármacos, económica y muy bien aceptada por el paciente y en caso de sobredosificación se puede retirar muy fácilmente el fármaco si no ha transcurrido demasiado tiempo.

Entre sus inconvenientes destacan los siguientes:

- *Es demasiado lenta para ser útil en una situación de emergencia.*
- *Los fármacos irritantes provocan náuseas y vómitos por irritar la mucosa gástrica.*
- *La presencia de alimentos y otros medicamentos en el aparato digestivo modifica la rapidez o intensidad de la absorción.*
- *Las venas que drenan la mucosa gastrointestinal son afluentes de la vena porta, por lo que los medicamentos pasan a través del hígado pudiendo ser inactivados total o parcialmente.*
- *La acidez del jugo gástrico o la presencia de fermentos proteolíticos puede inactivar gran número de fármacos (penicilina g. Insulina, vasopresina, ACTH, etc.). Este inconveniente puede obviarse, en algunos casos, recurriendo al empleo de la cápsula entérica.*
- *Factores fisiológicos o patológicos, tales como vaciamiento gástrico, motilidad gastrointestinal, ausencia de secreciones, irrigación de las mucosas, etc., modifican la absorción.*
- *Los caracteres organolépticos de los medicamentos o la naturaleza de los excipientes pueden modificar el proceso de absorción.*
- *No se puede utilizar esta vía cuando el enfermo está inconsciente.*

58. c) Efecto colateral

Se denomina efecto colateral aquel efecto producido con dosis habituales de medicamento, pero que no se desea en un determinado momento.

59. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

¿Qué notificar?

- *Todas las sospechas de reacciones adversas a fármacos nuevos (introducidos en el mercado hace menos de 5 años).*
- *Para TODOS los medicamentos, notificar:*
  - *Reacciones adversas GRAVES*
  - *Reacciones adversas poco frecuentes o desconocidas*

Estas notificaciones enviadas por los profesionales sanitarios al Centro de Farmacovigilancia son evaluadas, codificadas y registradas en una base de datos común (FEDRA) del Sistema Español de Farmacovigilancia. La información contenida en FEDRA es evaluada periódicamente por los técnicos del SEFV con el fin de identificar de forma precoz posibles problemas de seguridad derivados del uso de los medicamentos.

60. b) Durante la adolescencia

La eliminación de los fármacos se hace más lenta durante la adolescencia y probablemente alcanza las tasas del adulto al final de la pubertad.

61. c) 30 minutos

Enemas de retención:

- *Colocar al paciente en posición de decúbito lateral izquierdo, con pierna derecha flexionada si es posible.*
- *Con la mano libre, separar las nalgas, pidiéndole que respire profundamente por la boca, para relajar esfínteres anales e ir introduciendo la sonda en dirección al ombligo, unos 10 cm. Si se nota resistencia no se forzará la entrada.*
- *Sostener el irrigador en elevación. Debe retenerlo 30 minutos.*
- *Para retirarlo, doblar el tubo (para que no siga entrando líquido) y sacarlo lenta y suavemente.*

62. a) 1 cc contiene 20 gotas

Para el cálculo de la dosis y ritmo de administración de medicamentos vía intravenosa se realiza atendiendo a la administración de gotas, teniendo en cuenta su tamaño.

- *El tamaño normal de la gota: 1 cc contiene 20 gotas.*
- *El tamaño pediátrico de la gota: 1 cc contiene 60 gotas pediátricas.*

63. a) El primer escalón está formado por los analgésicos convencionales

Actualmente existen tres grandes grupos terapéuticos frente al dolor:

- *Los analgésicos convencionales, entre los que se encuentran la aspirina y otros AINES (anti-inflamatorios no esteroideos) y el paracetamol.*
- *Los opiodes menores (derivados de la codeína), y*
- *Los opiodes mayores (fentanilo, morfina).*

64. a) Analgésicos mayores

Los opioides mayores son fentanilo, morfina, etc.

65. b) Todas las respuestas anteriores son correctas

Una cámara de flujo laminar es una cabina en la que se emplea un extractor para forzar el paso del aire y todas las partículas que este contiene a través de un filtro HEPA y proporcionar aire limpio o estéril a la zona de trabajo.

Su función es mantener el área de trabajo libre de partículas, (estado aséptico) especialmente de posibles contaminantes (bacterias u hongos), que puedan acceder al cultivo vegetal. El flujo del aire es laminar, sin turbulencias en las que puedan quedar retenidas las partículas contaminantes.

66. a) De flujo horizontal y vertical

Las cabinas de flujo laminar se comercializan en modelos de flujo horizontal y vertical.

67. d) Clase IV

Las CSB se clasifican en tres categorías: clase I, clase II y clase III.

68. c) Clase III

Cabinas de Seguridad Biológica Clase III. Constituyen el máximo nivel de seguridad, obviando incluso la exposición por contacto. Son recintos herméticamente sellados, de presión negativa, que separan completamente al usuario del trabajo que está realizando mediante barreras físicas (panel frontal totalmente cerrado, manipulación a través de guantes de goma).

69. b) Clase II

Cabinas de Seguridad Biológica Clase II:

- *Cabinas de Seguridad Biológica Clase II. Tipo A*
- *Cabinas de Seguridad Biológica Clase II. Tipo B*

70. a) B4

Dentro de las CSB de Clase II tipo B distinguimos a su vez, las B1, B2 y B3.

71. b) Clase II

Cabinas de Seguridad Biológica Clase II. Tipo B. Aproximadamente un 30 % del volumen total de aire es recirculado sobre el área de trabajo, mientras que el 70 % restante es extraído.

72. a) En la inmediata vecindad de la zona central de trabajo

Los productos estériles han de colocarse dentro de la cabina en la inmediata vecindad de la zona central de trabajo. El material no estéril se debe colocar en la parte lateral, aproximadamente a 7.5 cm. de los lados. Tendremos en cuenta también que la zona de menor eficiencia con relación a la seguridad, tanto del producto como del operador, son los 8 cm. más próximos al frente abierto.

73. a) Debe situarse lo más cerca posible de las rejillas de aire acondicionado, campana de gases, puertas y zonas de mucho tráfico de personas, que claramente interfieren en el flujo laminar al crear corrientes de aire

Instalación de la cabina

1. *Debe situarse lo más lejos posible de las rejillas de aire acondicionado, campana de gases, puertas y zonas de mucho tráfico de personas, que claramente interfieren en el flujo laminar al crear corrientes de aire.*
2. *Las ventanas del laboratorio deben permanecer siempre cerradas.*
3. *Debe haber al menos 0.3 m entre la salida de aire de la cabina y el techo del laboratorio.*
4. *Se instalará sobre una superficie sólida, nunca móvil. Si es posible, en un recinto cerrado o en una zona de acceso restringido.*

74. b) Esperar 2 – 3 minutos antes de reiniciar la tarea para permitir la estabilización del flujo de aire

Si una vez comenzado el trabajo es necesario introducir nuevo material, se recomienda esperar 2-3 minutos antes de reiniciar la tarea para permitir la estabilización del flujo de aire. Cuanto más material se introduzca en la cabina, mayor es la probabilidad de provocar turbulencias de aire.

75. b) Alcohol de 70° o clorhexidina

El acondicionamiento de la cabina se inicia procediendo a la limpieza de las paredes y de la superficie de trabajo con gasa humedecida en alcohol de 70° o clorhexidina. Al finalizar la sesión de trabajo se realizará la misma operación. Se esperará media hora después de la limpieza para comenzar el trabajo diario.

76. c) Con el bisel hacia arriba y contra el operador

Si el medicamento se presenta en vial, la aguja se introducirá en ángulo de 45° con la superficie del tapón, con el bisel hacia arriba y contra el operador; cuando haya penetrado la mitad del bisel, la aguja se dispondrá perpendicular al tapón continuando a la vez su introducción.

77. c) Semestralmente con un antiséptico de superficie se limpiarán todas las superficies internas de la misma

Mantenimiento higiénico de la CSB

1. *Semanalmente se limpiará la superficie de trabajo y el resto del interior de la cabina y se pondrá en marcha con el fin de comprobar la medida que da el manómetro.*
2. *Mensualmente, con un paño mojado, se limpiarán todas las superficies exteriores con objeto de eliminar el polvo acumulado y se revisará el estado de las válvulas interiores con que vaya equipada.*
3. *Anualmente se certificará por una entidad cualificada.*

78. c) Arriba hacia abajo

Limpiar la superficie de trabajo y las paredes de la campana con agua y jabón. La limpieza de los cristales laterales se realizará de arriba hacia abajo y la limpieza de la superficie de trabajo se hará desde la parte posterior hacia a la parte anterior.

79. a) La parte posterior hacia la parte anterior

Limpiar la superficie de trabajo y las paredes de la campana con agua y jabón. La limpieza de los cristales laterales se realizará de arriba hacia abajo y la limpieza de la superficie de trabajo se hará desde la parte posterior hacia a la parte anterior.

80. d) Metacrilato

Empapar una gasa estéril en abundante alcohol de 70° y limpiar de nuevo la campana, en el mismo sentido que en el punto anterior. No debe utilizarse alcohol de 70° para limpiar superficies de metacrilato, ya que se estropea.

81. a) Luer-Lock

Las jeringas con conexión Luer-Lock tendrán la suficientemente capacidad como para no ocupar más de las tres cuartas partes de su capacidad con el citostático. Para cada medicamento se usará aguja y jeringa nueva. Si la dispensación se realiza en la propia jeringa, inmediatamente se colocará un tapón estéril.

82. a) Dejaremos en marchar la cabina durante al menos 15 minutos

Al finalizar el trabajo:

- *Dejar en marcha la cabina durante al menos 15 minutos.*

[...]

83. a) Permanecerá encendida durante todo el tiempo en que no se está trabajando con ella

Puede llevar acoplada una lámpara de luz ultravioleta que permanecerá encendida durante todo el tiempo en que no se está trabajando con ella.

84. b) De 10 ml

Material:

[...]

- *Jeringas de 10 ml.*

[...]

85. c) 20 ml

Extracción de sangre:

- *Seguir los mismos pasos que para el acceso.*
- *Aspirar 5-10 ml de sangre con una jeringa vacía y desechar.*
- *Extraer el volumen de sangre para la analítica solicitada.*
- *Conectar una jeringa con suero fisiológico y lavar con 20 ml.*

[...]

86. c) Cada 3 – 4 semanas

Sellado con heparina. Si no se emplea el catéter en un largo periodo de tiempo, debe cambiarse el sello de heparina cada 3-4 semanas cuando no esté en uso.

87. a) Cada 48 horas, menos los de nutrición parenteral, en los que el cambio se realizará cada 24 horas

Si el paciente mantiene fluidoterapia prolongada se debe cambiar:

- *Apósito cada 48 horas.*
- *Gripper cada 7 días.*

Los sistemas de perfusión cada 48 horas, menos los de nutrición parenteral, en los que el cambio se realizará cada 24 horas.

88. a) Siempre introduzca la aguja en un ángulo de 45° con respecto al septum

Si usted o un miembro de su familia recibió instrucciones para el cuidado de su sistema en casa y entre tratamientos, recuerde lo siguiente:

- *Siempre introduzca la aguja en un ángulo de 90° con respecto al septum.*

[...]

89. d) Agentes alquilantes

Agentes alquilantes. Son compuestos químicos que interfieren en la división celular al inhibir la replicación del DNA estableciendo sólidos puentes de unión entre ambas hebras del DNA. Los primeros derivaron de la mostaza nitrogenada o HN_2, primer citostático efectivo. Por su toxicidad se recurrió a la química médica para alterar su estructura e intentar obtener fármacos más selectivos y menos tóxicos. Así, mediante el empleo de un aminoácido como molécula conductora surgió en 1953 la fenilalanina de la biscloroetilamina (melfalán).

90. d) 6-mercaptopurina y la 6-tioguanina

Antagonistas de las purinas. Interfieren en la formación de las bases purínicas adenina y guanina. Los más utilizados son la 6-mercaptopurina y la 6-tioguanina, que impiden, respectivamente, la incorporación de adenina y de guanina a los ácidos nucleicos.

91. b) La vinblastina

La vinblastina es activa en la enfermedad de Hodgkin, los cánceres de testículo, cabeza y cuello y en el adenocarcinoma renal.

92. c) Tumor de Wilms avanzado

Actinomicina D. Aislada de cultivos de Streptomyces antibioticus, consta de un anillo de fenoxazona unido a 2 polipéptidos. Se intercala con el DNA, al que bloquea y anula para la síntesis de nuevos ácidos nucleicos; también actúa sobre la topoisomerasa. Ejerce su acción en varias fases del ciclo celular. Es activa en el tumor de Wilms avanzado, produciendo remisión transitoria en el 40% de los pacientes. En los casos iniciales de dicho tumor, la proporción de curaciones por nefrectomía más radioterapia del lecho tumoral pasa del 40 a alrededor del 90 % cuando se añade actinomicina D preoperatoria y postoperatoria. Resulta efectiva (sola o asociada a otros citostáticos) en el rabdomiosarcoma embrionario, el sarcoma de Ewing y otros tumores infantiles. También es activa en tumores testiculares.

93. a) Hasta el día 10 después de aplicar la dosis de tratamiento

Sobre la médula ósea se produce mielodepresión, pues las células hematopoyéticas están en constante renovación, lo que las hace muy vulnerables a los citostáticos. La médula ósea tiene unas reservas de precursores de leucocitos que duran 10 días, motivo por el cual la leucopenia no se observa en sangre periférica hasta el décimo día después de aplicar la dosis de tratamiento y dura

hasta 14-21 días, aunque esto difiere según el tipo de tratamiento. Esta es la razón por la que se espera ese tiempo para administrar el siguiente ciclo de quimioterapia. Antes de cualquier ciclo se realizará un recuento leucocitario con fórmula granulocitaria. Si las cifras de leucocitos o de granulocitos son normales, el paciente recibirá el 100 % de la dosis prevista.

94. c) Enfermedad de Hodgkin

Quimioterapia alternante

En un mismo cáncer hay diferencias celulares (antigénicas, bioquímicas) como expresión de la presencia de subpoblaciones celulares con distinta sensibilidad a la quimioterapia. Este concepto, denominado de la heterogeneidad celular, dio origen a una nueva estrategia, la quimioterapia alternante, que consiste en alternar dos pautas con citostáticos distintos y sin resistencia cruzada, administrada lo más rápidamente posible. Ha resultado efectiva en la enfermedad de Hodgkin y en el mieloma.

95. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La vía de administración de medicamentos elegida debe procurar que sea:

- *Autónoma, que permita al paciente llevar una vida lo más normal posible.*
- *De fácil utilización por parte del paciente y la familia.*
- *Lo menos agresiva posible pues va a utilizarse durante algún tiempo.*
- *Tengan los menos efectos secundarios en su utilización.*

96. c) Vía oral

Siempre que sea posible vamos a utilizar la vía oral ya que:

- *Según la Organización Mundial de la Salud, el 90 % de los dolores provocados por el cáncer se pueden controlar con analgésicos por vía oral hasta los últimos días, incluso horas de vida.*
- *Es la menos dolorosa.*
- *Es la que proporciona más autonomía al enfermo.*

97. a) Mínimo un 90 % de la actividad de la sustancia

Estabilidad de los preparados citostáticos. La estabilidad se expresa en unidades de tiempo y representa el periodo de tiempo en que se mantiene como mínimo un 90 % de la actividad de la sustancia. Siempre deberán referirse las condiciones del estudio: temperatura, concentración, tipo de recipiente, etc. La pérdida de potencia puede producirse por cambios químicos como la pérdida de actividad, la generación de productos tóxicos, y la alteración en la presentación farmacéutica; y por cambios físicos como las alteraciones en la solubilidad, fenómenos de adsorción y absorción de fármacos a los recipientes.

98. c) Cada seis meses y en los primeros 5 días del mes que corresponda

Control microbiológico. Cada seis meses y en los primeros 5 días del mes que corresponda, se debería de realizar un control microbiológico de la cabina.

99. c) Media hora antes de comenzar la preparación y hasta el final de la mañana

Cabina de seguridad biológica. Dentro de esta zona de trabajo se instalará una cabina de flujo vertical clase II, tipo B (30 % aire circulante y 90 % aire al exterior) que garantiza suficientemente la protección del medicamento, del operador y del ambiente y se utilizará exclusivamente para el manejo de citostáticos. La cabina debe permanecer en funcionamiento media hora antes de comenzar la preparación y hasta el final de la mañana.

100. d) 1000 °C

Eliminación de residuos. Todos los materiales contaminados se colocarán en unos contenedores diseñados para tal fin, fabricados con en material fungible y rotulados debidamente: ¡PRECAUCIÓN CONTENIDO BIOPELIGROSO CITOSTÁTICO!, y los símbolos internacionales. Estos contenedores serán utilizados EXCLUSIVAMENTE para estos desechos. Para la destrucción de estos residuos se procederá a la incineración a 1000 °C en incineradoras dotadas de filtros de alta seguridad (HEPA), que impiden la contaminación del medio ambiente.

TEST 19

Urgencias y emergencias. Atención prehospitalaria y hospitalaria. Valoración inmediata en la puerta de urgencias: Valoración diagnóstico y cuidados. Triaje. Signos, síntomas y criterios de prioridad. Actuaciones en grandes catástrofes. Valoración y cuidados de enfermería en unidades de urgencias y cuidados críticos. Procedimientos y técnicas en los procesos más frecuentes en la atención de urgencia y cuidados críticos

1. ¿Cómo se denomina toda aquella situación de demanda de ayuda urgente en la que no existe un peligro cierto para la vida de una persona o para la función de sus órganos?

a) Segunda urgencia

b) Urgencia objetiva

c) Emergencia

d) Urgencia no vital

2. Ante la ausencia de reflejo glótico, se debe realizar una intubación orotraqueal, salvo en traumatismos maxilofaciales extensos en los que está contraindicada. Indique la técnica más idónea en estos casos:

a) Ventilación boca a nariz

b) Ventilación boca a boca-nariz

c) Ventilación boca a boca

d) Ventilación transtraqueal percutánea

3. Dentro de los estudios complementarios a solicitar, se distinguen los obligatorios y los facultativos. ¿Cuál de los siguientes estudios no es obligatorio?

a) Rx de Tórax (AP)

b) Rx de columna cervical, tan pronto como se hayan identificado y controlado los problemas, para detectar lesiones vertebrales de riesgo

c) Análisis de sangre para determinar: gases en sangre arterial, citológico, nivel de hemoglobina, glucemia, iones, uremia, creatininemia, coagulación, grupo sanguíneo y factor Rh

d) Rx de cráneo, columna lumbosacra y dorsal

4. Tras la recogida de datos, se establece un juicio clínico rápido sobre la situación del paciente para asignarle un nivel asistencial. ¿Cuál de los pasos que se citan a continuación no forma parte de la actuación requerida por una situación de nivel II?

a) Observación en la sala de urgencias

b) Estabilización hemodinámica

c) Exploración inmediata

d) Tratamiento paliativo hasta el diagnóstico definitivo

5. Según la clasificación de urgencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ¿en qué categoría quedaría englobada una parada cardiorrespiratoria presenciada?

a) Clase II

b) Clase III

c) Clase IV

d) Clase VI

6. Indique la respuesta correcta. La RAC consta de tres fases íntimamente relacionadas, estas son:

a) Regulación, acogida y clasificación

b) Recepción, acogida y clasificación

c) Rectificación, acogimiento y cribado

d) Resucitación, animación y cribaje

7. La evaluación inicial del paciente se aconseja sea realizada en una sala que disponga de los recursos materiales necesarios y llevando a cabo un registro escrito de todos los hallazgos. Constará de los siguientes pasos:

a) Recepción, entrevista, registro de hallazgos y establecimiento de prioridad asistencial

b) Entrevista, intervención, registros y clasificación

c) Entrevista, inspección, intervenciones y establecer la prioridad asistencial

d) Reanimación, estabilización, clasificación y derivación

8. Indique la respuesta incorrecta en lo que se refiere a indicadores de calidad de la RAC:

a) El tiempo transcurrido desde la hora de llegada del usuario al centro sanitario, hasta que toma el primer contacto personal con un médico del equipo asistencial es el denominado tiempo de respuesta en la primera asistencia facultativa

b) El tiempo que transcurre desde que el enfermo demanda la asistencia, hasta que toma contacto con la enfermera de la RAC, se denomina tiempo de recepción-RAC

c) Nivel de cumplimentación de la hoja de registro RAC

d) El tiempo que transcurre desde que el enfermo demanda la asistencia, hasta que toma contacto con la enfermera de la RAC se denomina tiempo de llegada-RAC

9. Dependiendo de la causa específica y el tipo de shock se pueden observar los siguientes síntomas, excepto:

a) Aumento del gasto urinario

b) Síndrome confusional

c) Pulso rápido y débil

d) Dolor en el pecho

10. Indique la respuesta incorrecta. De entre las múltiples causas que pueden llevar a un shock obstructivo:

a) Taponamiento cardiaco

b) Taquicardia supraventricular o TSV

c) Neumotórax a tensión

d) Pericarditis constrictiva

11. A medida que el shock evoluciona se producen una seria de alteraciones fisiopatológicas que son similares en los distintos tipos de shock, independientemente de la causa. ¿Cuál de las siguientes no es una fase del shock en evolución?

a) Fase de shock en recidiva

b) Fase de shock descompensado

c) Fase de shock irreversible

d) Fase de shock compensado

12. ¿Cuál es la solución coloide natural por excelencia?

a) Suero salino fisiológico

b) Ringer lactato

c) Dextranos

d) Albúmina

13. ¿A qué parte de la valoración inicial, sistemática y pormenorizada nos referimos cuando hablamos del paso "D" del conocido "ABCDE"?

a) Mantenimiento de la vía aérea permeable y control de la respiración

b) Circulación con control de hemorragias

c) Desvestir completamente al paciente

d) Breve examen neurológico

14. Un dolor diferido:

a) Se prolonga en el tiempo durante más de seis meses

b) Se manifiesta en una zona lejana a su lugar de origen

c) Es permanente, no muy intenso, pero sí molesto

d) Tiene una duración de menos de seis meses

15. Indique la respuesta incorrecta. Las complicaciones potenciales más frecuentes que hay que esperar en un paciente intoxicado son:

a) Respiratorias

b) Motoras

c) Neurológicas

d) Cardiovasculares

16. Señale la respuesta correcta. Se entiende por quemadura toda agresión cutánea producida por cualquier agente físico, químico o biológico que provoca cambios en el orden general, es decir una lesión tisular. Consisten fundamentalmente en necrosis celular, pudiendo ser su origen:

a) Efectos directos del calor o radiaciones ionizantes

b) Formación de radicales superóxido y peróxido que reaccionan con los elementos integrantes de la membrana celular destruyéndola

c) Alteración de la estructura molecular del ADN y con ello alteración del código genético y posibles secuelas cancerosas

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

17. Indique la respuesta correcta. Dentro de la atención de enfermería al paciente con hipotermia debemos:

a) Mantener a la persona seca

b) Monitorizar la temperatura, realizando tomas seriadas de la temperatura axilar

c) Vigilar la diuresis

d) Las respuestas a) y c) son correctas

18. Indique la definición de catástrofe:

a) Son situaciones de emergencia colectiva producidas por causas naturales o por efecto directo de la acción del hombre

b) Situación con un número de víctimas tal que los servicios de emergencias extrahospitalarias quedarán colapsados, pero solo durante un breve espacio de tiempo

c) Emergencia de carácter colectivo que altera notablemente el orden normal de las cosas provocando una gran desproporción entre las necesidades y los medios disponibles, alterando notablemente el orden normal de las cosas

d) Las respuestas a) y c) son correctas

19. Indique la respuesta correcta. El triaje debe ser realizado con rapidez, de una manera ampliamente aceptada se considera que los tiempos a emplear en esta tarea son de:

a) Treinta segundos en clasificar una víctima como muerta

b) Un minuto en clasificar una víctima como leve

c) Tres minutos para clasificar una víctima como grave o muy grave

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

20. ¿Cuál de los siguientes no es un componente del grupo sanitario que actúa en un Plan de Emergencias?

a) Centro de Coordinación Sanitaria

b) Centros hospitalarios receptores

c) Asistencia sanitaria en el lugar del accidente

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

21. Indique la respuesta incorrecta. A la hora de estacionar la ambulancia y en términos generales, se establecen una serie de normas tales como:

a) La ambulancia permanecerá con toda la señalización luminosa de emergencia hasta el momento en que se retiren del escenario, a falta de otros agentes de la autoridad

b) En caso de niebla o de condiciones que dificulten la distinción de la luminaria optará por mantener en funcionamiento las señales acústicas, dirigiendo el haz sonoro hacia donde puede venir el peligro

c) Interponiendo el vehículo como parapeto entre el escenario y una posible fuente de riesgo, invadiendo parte de la calzada

d) El vehículo se estacionará por debajo del siniestro, si este se da en una cuesta

22. Dentro de la atención sanitaria que se presta en el área de salvamento, no está incluido:

a) Primer triaje

b) Delimitar un área de clasificación

c) Maniobras de SVB

d) Maniobras de SVA traumatológico al herido atrapado

23. Señale la respuesta incorrecta en relación con el área base o de seguridad:

a) En ella se establece el Puesto de Mando Avanzado

b) Es el espacio que limita con el área de asistencia o socorro

c) Es un área de permanencia de enfermos a la espera de su traslado

d) Zona donde se instalará una Estación Médica de Evacuación si se precisa. En su defecto se establecerá la zona de espera de ambulancias y vehículos de socorro

24. ¿Cuál de los siguientes constituye un error a evitar en cualquier sistema de triaje?

a) El triaje debe realizarse en cada uno de los puntos de la cadena sanitaria

b) No retener víctimas clasificadas y estabilizadas demorando la evacuación

c) No evacuar en sentido retrógrado

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

25. El tipo de triaje a elegir viene condicionado por las características o circunstancias de la situación: número de víctimas, las posibilidades asistenciales y de transporte. ¿Cuál de los siguientes modelos es el más utilizado?

a) Triaje bipolar

b) Triaje unipolar

c) Triaje tetrapolar

d) Triaje tripolar

26. Las tarjetas de triaje deben ir atadas a:

a) La muñeca del paciente

b) A la ropa o calzado del paciente

c) El tobillo del paciente

d) Las respuestas a) y c) son correctas

27. En las tarjetas según criterio lesional. ¿A qué urgencia corresponde en color azul?

a) Tercera urgencia

b) Sobrepasados

c) Urgencia absoluta

d) Segunda urgencia

28. ¿Con qué color se clasificaría según el método S.T.A.R.T, a un paciente que respira con normalidad pero en el que no hay pulso periférico?

a) Verde

b) Negro

c) Rojo

d) Amarillo

29. No es un tipo de noria:

a) Noria de salvamento

b) Noria de recogida

c) Noria de rescate

d) Noria de evacuación

30. Una ambulancia asistencial medicalizable es aquella que:

a) También denominada UVI-móvil, se destina al transporte de enfermos de alto riesgo que precisen o puedan precisar asistencia sanitaria en ruta y que reúne las características técnicas y la dotación de material suficiente para que un médico y un D.U.E. debidamente cualificados, puedan prestar esta asistencia intensiva

b) Por sus características técnicas puede ser fácilmente equipadas para prestar medidas de soporte vital en ruta; deben cumplir requisitos específicos de forma que garanticen unas condiciones de habitabilidad y de estructura de forma que sea posible acoplar de forma rápida y segura los equipos y el material de soporte vital avanzado y la farmacopea de urgencia

c) Son las destinadas al transporte individual de personas que a criterio médico precisen este tipo de transporte; tienen capacidad para transportar una persona en la camilla; deben ir provistas de un botiquín normalizado, del material de soporte vital básico y de una reserva de oxígeno

d) Acondicionadas para el transporte habitual de un conjunto de personas cuyo traslado no reviste carácter de urgencia, ni estén aquejadas de enfermedades transmisibles

31. Indique la respuesta correcta respecto a la fase de evacuación:

a) Decisión de Centro útil al que enviar a las víctimas según sus patologías

b) Proceder a la evacuación de las víctimas en el medio de transporte más adecuado

c) Valorar la posibilidad de avisar a los centros hospitalarios

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

32. Es un síntoma respiratorio que consiste en la expulsión de sangre a través de la boca, procedente del aparato respiratorio:

a) Disnea

b) Infarto agudo de Miocardio

c) Dislipemia

d) Hemoptisis

33. ¿Cuál de los siguientes fármacos se suele emplear en el tratamiento del dolor de una quemadura?

a) Cloruro mórfico

b) Tracrium

c) Meperidina

d) Las respuestas a) y c) son correctas

34. Podemos clasificar al shock según el trastorno fisiopatológico primario en estas categorías:

a) Hipervolémico, cardiogénico, obstructivo y distributivo

b) Hipovolémico, cardiogénico, obstructivo y distributivo

c) Hipovolémico, cardiogénico, desobstructivo y distributivo

d) Hipovolémico, cardinal, obstructivo y distributivo

35. En caso de intoxicación y de que está indicada la evacuación gástrica, el emético de elección será:

a) Jarabe de Ipecacuana

b) Apomorfina

c) Interferón

d) Ondasetron

36. Denominamos hipotermia a situación en la que la temperatura corporal baja por debajo de:

a) 36 °C

b) 35 °C

c) 34 °C

d) 33 °C

37. Algunos efectos a nivel corporal del enfermo quemado son:

a) Shock hipovolémico

b) Infecciones urinarias

c) Alteraciones psicológicas

d) Shock neurógeno

38. Las quemaduras según su extensión, utilizando la "regla de los 9" de Wallace, se clasifican en:

a) Leves, moderadas

b) Leves, moderadas y graves

c) Leves, moderadas y críticas

d) Leves, moderadas, graves y críticas

39. Una de las causas que producen quemaduras es:

a) Calor

b) Electrocución

c) Fricción

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

40. Hay que prepararse ante una posible ventilación asistida, si el paciente presenta:

a) Hinchazón facial precoz

b) Ronquera

c) Desorientación

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

41. Ante quemaduras graves, es importante:

a) Cubrir con una sábana limpia y seca

b) Aplicar hielo

c) No detener el curso de la quemadura

d) Administrar líquidos por vía oral

42. Las congelaciones de tercer grado producen:

a) Piel pálida

b) Aparición de ampollas con contenido liquido

c) Necrosis en la zona congelada que evoluciona hacia una gangrena gaseosa

d) Edema en los miembros

43. ¿En qué tipo de herida la solución de continuidad llega hasta las paredes o vísceras huecas?

a) Herida perforante

b) Arañazo

c) Abrasión

d) Herida abierta

44. Indique una característica de las heridas anguladas:

a) Son aquellas que son rectilíneas

b) Se distinguen dos segmentos rectilíneos

c) Varios trayectos rectilíneos que confluyen en un mismo punto

d) Presentan un orificio circular y diámetro reducido

45. Si el paciente lleva clavado un objeto:

a) Hay que sacarlo con rapidez

b) No hay que sacarlo y hay que intentar el traslado inmediato a un hospital

c) Cubrir el objeto con un lienzo limpio

d) Las respuestas a) y c) son correctas

46. ¿Cómo se denomina la muerte por inmersión en un líquido antes de que este pase a los pulmones, siendo, por tanto, un síndrome de sumersión-inhibición?

a) Hidrocución

b) Ahogamiento

c) Traumatismo cranoencefálico

d) Asfixia

47. ¿Cómo se denomina la herida en la que la solución de continuidad afecta al tejido óseo?

a) Arañazo

b) Abrasión

c) Herida perforante

d) Herida abierta

48. ¿Cuál es una característica de las heridas puntiformes?

a) Son aquellas que son rectilíneas

b) Se distinguen dos segmentos rectilíneos

c) Varios trayectos rectilíneos que confluyen en un mismo punto

d) Presentan un orificio circular y diámetro reducido

49. ¿Qué tipo de cura consiste en la extirpación en bloque de los bordes, superficie y fondo de la herida y se puede aplicar sobre heridas pequeñas siempre que no hayan transcurrido más de seis horas desde su producción?

a) Cura enzimática

b) Cura antiséptica

c) Cura húmeda

d) Friedrich

50. ¿Cómo se denomina la reacción cutáneo-mucosa mediada por IgE que se caracteriza por edema de la dermis profunda y del tejido celular subcutáneo con predilección por el tejido conjuntivo laxo (párpados, labios, región perioral y periorbitaria), aunque puede afectar cualquier otra zona del cuerpo?

a) Exacerbación de EPOC

b) Hemorragia digestiva

c) Urticaria

d) Angioedema

51. ¿Qué tipo de shock es consecuencia de un fallo miocárdico extrínseco y tiene sus causas más representativas en el tromboembolismo pulmonar y el taponamiento cardíaco?

a) Hipovolémico

b) Cardiogénico

c) Obstructivo

d) Distributivo

52. La RCP es:

a) Una maniobra de rehabilitación osteomuscular

b) Una pauta no secuencial para recuperar la consciencia

c) Una pauta estandarizada y secuencial para sustituir y restaurar la respiración y la circulación, tras una parada cardio-respiratoria

d) Un protocolo para la donación de órganos

53. El soporte vital se divide en:

a) Soporte Vital Básico

b) Soporte Vital Elemental

c) Soporte Vital Avanzado

d) Las respuestas a) y c) son correctas

54. Se denomina PLS a:

a) Parálisis lateral superficial

b) Parada lenta y silente

c) Posición lateral de seguridad

d) Posición limítrofe segura

55. Si un paciente no respira y no tiene ninguna obstrucción en la vía área, iniciaremos las maniobras de ventilación a través de:

a) Boca a boca

b) Boca a boca-nariz

c) Boca a nariz

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

56. La relación ventilación / masaje en un adulto es de:

a) 2/15

b) 1/5

c) 15/2

d) 2/30

57. Las causas reversibles de parada cardiaca conocidas como las 4T son:

a) Tóxicos/ Fármacos, Taponamiento cardiaco, Trombopenia (coronaria, pulmonar), Tensión (Neumotórax)

b) Tóxicos/ Fármacos, Taponamiento hemostático, Trombosis (coronaria, pulmonar), Tensión (Neumotórax)

c) Tóxicos/ Fármacos, Taponamiento cardiaco, Trombosis (coronaria, pulmonar), Tensión (Neumotórax)

d) Tétanos, Taponamiento cardiaco, Trombosis (coronaria, pulmonar), Tensión (Neumotórax)

58. Los ritmos cardíacos asociados a una parada cardiaca se dividen en dos grupos:

a) Susceptibles de cardioversión / Ritmos que no precisan cardioversión

b) FV/TV

c) Asistolia/DEM

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

59. Indique la respuesta incorrecta respecto al golpe precordial:

a) Se pueden dar todos los que se crean oportunos

b) Se considerará la posibilidad de dar un solo golpe, si se presencia la parada y no hay un desfibrilador a mano

c) Es un golpe seco sobre el esternón desde unos 20 cm de altura

d) Se golpeará con el borde cubital del puño bien cerrado

60. De los siguientes dispositivos, ¿cuál se considera mejor para aislar la vía aérea en caso de ausencia de respiración espontánea?

a) Tubo endotraqueal

b) Combitubo

c) Mascarilla laríngea

d) Resucitador manual

61. En caso de necesitar aspiración durante la parada, emplearemos una sonda tipo:

a) Foley

b) Yankauer

c) Levin

d) Sengstaken-Blakemore

62. Señale la respuesta incorrecta respecto a la cardiopatía isquémica:

a) La mayoría de las enfermedades cardiovasculares, incluyendo la cardiopatía isquémica, tienen elevada prevalencia en los países desarrollados

b) En España, se ha observado un descenso paulatino de las tasas de mortalidad cardiovascular, ajustadas por edad, desde hace treinta años

c) La mortalidad por cardiopatía isquémica ha ido progresivamente aumentando hasta mediados de los años setenta

d) A pesar de todo, la enfermedad cardiovascular sigue siendo la primera causa de muerte en España, suponiendo más del 70 por ciento del total de muertes en nuestro país

63. ¿Cómo se denomina una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea?

a) Parada cardio-respiratoria

b) Resucitación cardio-pulmonar

c) Resucitación cardiopulmonar básica

d) Resucitación cardiopulmonar básica instrumentada o inmediata

64. ¿Qué plan de actuación se aplica en los enfermos que no responden, pero que mantienen respiración y pulso arterial central (ACVA, fármacos depresores del SNC, etc.)?

a) Plan de Actuación 1

b) Plan de Actuación 2

c) Plan de Actuación 3

d) Plan de Actuación 4

65. Se emplean para extraer cuerpos extraños situados encima de la glotis mediante laringoscopia directa:

a) Los claps de Müther

b) Los ERC

c) Los extractores de Hillben

d) Las pinzas de Magill

66. La maniobra de Heimlich es llamada así por el Dr. Henry Heimlich, que fue el primero en describirla en:

a) 1974

b) 1976

c) 1980

d) 1984

67. ¿Qué nucleótido de purina se produce de forma natural y endentece la conducción a través del nodo A-V, pero tiene poco efecto en otras células miocárdicas o en las vías de conducción?

a) Magnesio

b) Bicarbonato

c) Adenosina

d) Adrenalina

68. Reduce los efectos de las catecolaminas circulantes, disminuye la frecuencia cardiaca y la tensión arterial y tiene también efectos cardioprotectores para aquellos pacientes con síndromes coronarios agudos:

a) Amiodarona

b) Bloqueantes β-adrenérgicos

c) Magnesio

d) Adrenalina

69. La inestabilidad hemodinámica es común tras una parada cardiaca y se manifiesta con hipotensión, índice cardíaco bajo y arritmias, esta disfunción miocárdica postresuscitación (o aturdimiento miocárdico) es generalmente transitoria y generalmente revierte entre:

a) Dos y cuatro horas

b) Seis y doce horas

c) Doce y veinticuatro horas

d) Veinticuatro y cuarenta y ocho horas

70. ¿De qué nivel de efectividad probada según la AHA, goza el mantener los valores de PaCO2, dentro de los límites normales, en pacientes con ventilación mecánica post-resucitación?

a) Clase I

b) Clase IIa

c) Clase IIb

d) Clase III

71. ¿Qué clase de urgencia es toda situación que compromete la vida o la salud del paciente y que puede ser apreciado por personal sanitario o no sanitario entrenado?

a) Subjetiva

b) Objetiva

c) vital

d) No vital

72. ¿Cómo se denomina la selección o clasificación en función de una cualidad o grado de urgencia?

a) Triaje

b) Compartimentalización

c) Demanda

d) Cribaje

73. El sistema de triaje empleado en nuestro país y recomendado por la SEMES es:

a) Triaje australiano

b) Triaje Americano

c) Sistema de Triaje Suizo

d) Sistema de Triaje Español (SET)

74. ¿Cuál de las siguientes definiciones no corresponde al concepto de urgencia o situación urgente?

a) Situación que precisa de atención pero que no pone la vida del paciente en riesgo inmediato

b) Situación que precisa de atención médica inmediata porque la vida del paciente está en peligro inminente

c) Necesidad subjetiva del usuario de atención medica

d) Las respuestas b) y c) son correctas

75. Indique la respuesta incorrecta respecto al politraumatizado:

a) El politraumatismo constituye hoy día la primera causa de muerte en las cuatro primeras décadas de la vida

b) Clásicamente se considera que la muerte en el politraumatizado acontece en tres picos claramente delimitados

c) Los politraumatismos producen un alto número de pérdidas de horas de trabajo e incapacidades permanentes

d) Se define como politraumatizado a todo enfermo con más de una lesión traumática, sin suponer, un riesgo vital para el accidentado

76. Los valores de la escala de Glasgow máximo y mínimo son:

a) 15 y 3

b) 15 y 1

c) 10 y 1

d) 10 y 3

77. ¿Cuál de los siguientes no es un objetivo de un sistema de clasificación en urgencias?

a) Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades son satisfechas

b) Crear un lenguaje específico para los distintos profesionales que atienden las urgencias

c) Permitir una información fluida a los pacientes y a sus familiares sobre los tratamientos a realizar y los tiempos de espera

d) Proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística con la finalidad de optimizar recursos y mejorar la gestión (mejorar la eficiencia)

78. ¿A qué tipo de prioridad corresponde la "urgencia no demorable"?

a) 4

b) 3

c) 2

d) 1

79. Los procesos que pueden conducir a un rápido deterioro respiratorio, neurológico o hemodinámico se incluyen en la prioridad:

a) 4

b) 3

c) 2

d) 1

80. El TCE se define como:

a) Cualquier lesión física, o deterioro funcional del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica

b) La lesión craneal secundaria a un accidente automovilístico

c) La lesión secundaria a golpe contuso craneal

d) A la conmoción cerebral

81. ¿Cuál es el grupo de edad más afectado?

a) La infancia

b) Los mayores de 65 años

c) Los jóvenes entre 15 y 29 años

d) Las mujeres casadas

82. La lesión axonal difusa está dada por los siguientes mecanismos:

a) Efecto de fármacos

b) La lesión por latigazo

c) El impacto de un elemento contundente mientras el cráneo está en reposo

d) La aceleración y desaceleración durante las cuales se producen fuerzas lineales y especialmente rotacionales sobre el encéfalo

83. Es la definición del TCE leve:

a) El que ocurre sin pérdida del conocimiento

b) En el que el paciente está sintomático en el momento de la evaluación y aqueja cefalea, mareo u otros síntomas menores

c) A la pérdida de conocimiento mayor de 15 minutos y un GCS después de la resucitación inicial de 9-12

d) A la pérdida de conocimiento menor de 15 minutos y un GCS después de la resucitación inicial de 14-15

84. Es el signo de Battle:

a) Pupilas dilatadas

b) Ausencia de respuesta a estímulos dolorosos

c) Hematoma periorbitario

d) Hemotímpano o hematoma en la región mastoidea

85. Son exploraciones básicas de un paciente con TCE:

a) Gasometría y analítica: bajo se sospecha TCE moderado y grave

b) Radiografía de cráneo y de cervicales con exposición C7-D1, dorsales y lumbares

c) TAC Cerebral y craneal, que es el examen inicial de elección (imprescindible cuando el episodio se acompaña de pérdida de conciencia)

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

86. ¿Cuál es la sistemática de intervención frente a un politraumatizado?

a) Examen inicial (ABC)

b) Resucitación cardiopulmonar (RCP)

c) Examen secundario

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

87. ¿Cuál es la principal causa de muerte en los politraumatizados?

a) La hemorragia

b) La insuficiencia cardiaca

c) La asfixia

d) El edema agudo de pulmón

88. La movilización es una prioridad si:

a) Paciente en PCR Reanimable

b) Riesgo ambiental

c) Condiciones específicas del lugar impiden asistencia

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

89. ¿Qué personal debe tener una UVI-Móvil?

a) DUE con experiencia en valoración, tratamiento y transporte de enfermos críticos

b) Médico con experiencia en valoración, tratamiento y transporte de enfermos críticos

c) Técnico en transporte sanitario capacitado para controlar y mantener el vehículo y el equipamiento sanitario básico, trasladar al paciente a los centros sanitarios y realizar cuidados de asistencia extra-hospitalaria

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

90. ¿Cuál es la única urgencia neurológica que hay que tratar de forma inmediata en un TCE?

a) Disminución del nivel de conciencia

b) Movimientos de decorticación o de descerebración

c) Alteraciones pupilares

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

91. ¿Características del latigazo cervical?

a) Producido en los accidentes de tráfico

b) Se producen al ser golpeados por la parte posterior del vehículo

c) Su mecanismo de producción es una hiperextensión

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

92. ¿Cuáles son las complicaciones más peligrosas para la vida de una lesión medular?

a) Compromiso respiratorio

b) Shock anafiláctico

c) Shock distributivo

d) Las respuestas a) y c) son correctas

93. Indique qué caracteriza la fractura de Chance:

a) Se produce por un mecanismo de hiperflexión

b) Se produce por el cinturón de seguridad

c) Afecta a la columna toracolumbar

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

94. El segundo pico de muerte en los politraumatizados tiene que ver con:

a) Lesiones cerebrales

b) Lesiones de grandes vasos

c) Fracturas pélvicas

d) Shock séptico

95. ¿En qué lesiones de politraumatizados hay que intubar de entrada?

a) Trauma facial severo

b) Fractura traqueal

c) Quemadura inhalatoria

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

96. ¿Qué caracteriza la respuesta verbal en el Glasgow?

a) Se valora de 1 a 5 puntos

b) Valora la producción de respuestas incomprensibles con 2 puntos

c) Valora la producción de respuestas inapropiadas con 4 puntos

d) Las respuestas a) y b) son correctas

97. ¿Cuál es la regla de los tres pulsos?

a) Se comprueba el pulso periférico, el color y la sensibilidad

b) Antes y después de cada manipulación de la extremidad

c) Ha de repetirse de manera sistemática durante el traslado

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

98. Indique las características técnicas de un traslado terrestre de un enfermo crítico:

a) Paciente acostado y con la cabeza en dirección a la marcha

b) Velocidad de transporte constante y regular

c) Protección del personal acompañante con cinturones de seguridad

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

99. ¿Cuáles son las características de un TCE de riesgo moderado?

a) Pérdida de consciencia

b) Amnesia de los hechos

c) Fractura de cráneo lineal

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

100. ¿Cuáles son los criterios de derivación hospitalaria frente a un TCE?

a) Riesgo bajo cuando no haya garantías de seguimiento

b) Todo paciente clasificado como de riesgo moderado o grave

c) Todos los traslados de este tipo serán en ambulancia asistencial con personal facultativo

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

SOLUCIONES TEST 19

1. d) Urgencia no vital

Urgencia no vital: toda aquella situación de demanda de ayuda urgente en la que no existe un peligro cierto para la vida de una persona o para la función de sus órganos. Incluye, por tanto, toda la demanda de asistencia que no se engloba en el concepto de urgencia objetiva

2. d) Ventilación transtraqueal percutánea

Si no tienen reflejo glótico, se debe realizar una intubación orotraqueal manteniendo la alineación del cuello. Mientras se prepara la intubación, se debe ventilar con mascarilla y "Ambú ®". Salvo en traumatismos maxilofaciales extensos en los que está contraindicada y se pueden utilizar otras técnicas como:

- *Ventilación transtraqueal precutánea.*
- *Cricotiroidotomía.*
- *Traqueotomía.*

3. d) Rx de cráneo, columna lumbosacra y dorsal

Estudios obligatorios:

- *Análisis de sangre para determinar: gases en sangre arterial, citológico, nivel de hemoglobina, glucemia, iones, uremia, creatininemia, coagulación, grupo sanguíneo y factor Rh.*
- *Rx de columna cervical (perfil), tan pronto como se hayan identificado y controlado los problemas, para detectar lesiones vertebrales de riesgo.*
- *Rx de Tórax (AP).*
- *Rx de pelvis (AP).*

4. a) Observación en la sala de urgencias

Nivel II: pacientes en situación de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo. Son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso. El tiempo máximo de demora no debe superar los quince minutos. Pasos a seguir:

- *Exploración inmediata.*
- *Estabilización hemodinámica.*
- *Aproximación diagnóstica.*
- *Pruebas diagnósticas inmediatas.*
- *Tratamiento paliativo hasta el diagnóstico definitivo.*

5. d) Clase VI

Clase VI (lesiones máximas que conducen a la muerte):

- *Hematoma intracraneal subagudo agudo.*
- *Traumatismo grave (cráneo-tórax-abdomen).*
- *Parada cardiorrespiratoria presenciada o inmediatamente antes de la llegada del socorro.*

6. b) Recepción, Acogida y Clasificación

RAC son las siglas que dan nombre a al sistema de Recepción, Acogida y Clasificación.

7. c) Entrevista, inspección, intervenciones y establecer la prioridad asistencial

La evaluación inicial del paciente se aconseja sea realizada en una sala que disponga de los recursos materiales necesarios y llevando a cabo un registro escrito de todos los hallazgos. Constará de los siguientes pasos:

- *Entrevista, en la que preguntaremos específicamente: qué le ocurre, desde cuándo, a qué lo achaca y si ha tenido antes episodios similares.*
- *Inspección, en la que buscaremos signos de gravedad. Se realizará observando signos que puedan desvelar un problema de salud grave relacionado con el motivo de consulta.*
- *Intervenciones; registros y técnicas básicas.*
- *Establecer la prioridad asistencial.*

8. b) El tiempo que transcurre desde que el enfermo demanda la asistencia, hasta que toma contacto con la enfermera de la RAC, se denomina tiempo de recepción-RAC

Indicadores de calidad de la RAC:

- *Tiempos:*
  - *Tiempo de llegada-RAC: Es el tiempo que transcurre desde que el enfermo demanda la asistencia, hasta que toma contacto con la enfermera de la RAC. Para poder analizarlos deberá anotarse en la hoja de registro de la RAC la hora de llegada al centro del paciente y la del momento en que toma el primer contacto personal con el personal de enfermería de la RAC.*
  - *Tiempo de duración de la RAC: Es el tiempo transcurrido durante el proceso de clasificación. Para definir la RAC como operativa, no debe exceder los 5 minutos de duración por paciente. Deberán quedar registradas en la hoja de RAC tanto la hora de entrada, como la de salida de dicha consulta.*
  - *Tiempo de respuesta en la primera asistencia facultativa: Es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del usuario al centro sanitario, hasta que toma el primer contacto personal con un médico del equipo asistencial.*

Se anotará así mismo la hora en la que toma el primer contacto personal con algún médico del equipo asistencial.

- *Nivel de cumplimentación de la hoja de registro RAC.*
- *Acontecimientos centinela.*

9. a) Aumento del gasto urinario

Dependiendo de la causa específica y el tipo de shock se pueden observar los siguientes síntomas:

- *Ansiedad o agitación.*
- *Síndrome confusional.*
- *Piel pálida, fría y pegajosa.*
- *Disminución o ausencia del gasto urinario.*
- *Labios y uñas azulados.*
- *Mareos, vértigo o pérdida del conocimiento.*
- *Sudoración profusa.*
- *Pulso rápido y débil.*
- *Dolor en el pecho.*
- *Respiración superficial.*

10. b) Taquicardia supraventricular o TSV

En el shock obstructivo existe un impedimento mecánico que no permite el llenado o el vaciamiento del corazón y que no depende de una alteración intrínseca del miocardio. Entre sus múltiples causas destacan: taponamiento cardiaco, TEP, neumotórax a tensión, pericarditis constrictiva, hipertensión pulmonar severa, estenosis mitral o aórtica severa y obstrucción de prótesis valvular.

11. a) Fase de shock en recidiva

Fases del shock:

- *Fase de shock compensado.*
- *Fase de shock descompensado.*
- *Fase de shock irreversible.*

12. d) Albúmina

La ventaja de las soluciones coloides radica en que expanden la volemia con un menor aporte. El coloide natural por excelencia es la albúmina.

13. d) Breve examen neurológico

Valoración inicial sistemática y pormenorizada del paciente. Durante esta revisión se identifican las lesiones que amenazan la vida de forma inmediata y simultáneamente se inicia su tratamiento, siguiendo la siguiente secuencia:

- *A (Airway): mantenimiento de la Vía Aérea permeable, con control de la columna cervical.*
- *B (Breathing): control de la respiración y ventilación.*
- *C (Circulation): circulación con control de hemorragias. Para conseguir una adecuada perfusión.*
- *D (Disability): breve examen neurológico (valorando nivel de conciencia).*
- *E (Exposure): desvestir completamente al paciente.*

14. b) Se manifiesta en una zona lejana a su lugar de origen

Clasificación del dolor:

- *Agudo: aquel que tiene una duración de menos de 6 meses.*
- *Crónico: aquel que se prolonga en el tiempo durante más de 6 meses.*
- *Sordo: dolor permanente, no muy intenso, pero sí molesto.*
- *Intermitente: dolor que aparece y desaparece.*
- *Pulsátil: acompaña los latidos del corazón, típico de inflamaciones.*
- *Irradiado: se extiende hacia una zona próxima.*
- *Diferido: se manifiesta en una zona lejana a su lugar de origen.*
- *Urente: dolor que da sensación de quemazón.*
- *De miembro fantasma: aparece dolor, paradójicamente, en un miembro amputado.*
- *Opresivo: aquel que cursa con sensación de que se comprime la zona.*
- *Punzante: aquel que cursa con sensación de que estuviesen pinchando o clavando algo en la zona*
- *Cólico: es un dolor producido por espasmos de la musculatura lisa, es decir, un dolor abdominal grave, que se caracteriza por ser muy intenso e intermitente. Es importante administrar analgesia.*

15. b) Motoras

Complicaciones potenciales en el paciente intoxicado:

- *Respiratorias: depresión respiratoria, asfixia o aspiración de contenido oral o gástrico, broncoespasmo (producido por cocaína) y edema pulmonar de origen no cardiogénico.*
- *Cardiovasculares: alteración del ritmo cardiaco (bradicardia, taquicardia), hipotensión.*
- *Neurológicas: pérdida del nivel de conciencia o alteraciones del nivel de conducta, convulsiones...*

16. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los efectos locales de una quemadura consisten fundamentalmente en necrosis celular por:

- *Efectos directos del calor.*
- *Desnaturalización y coagulación de las proteínas.*
- *Lesión celular por radiaciones ionizantes.*
- *Formación de radicales superóxido y peróxido que reaccionan con los elementos integrantes de la membrana celular destruyéndola.*
- *Alteración de la estructura molecular del ADN y con ello alteración del código genético y posibles secuelas cancerosas.*

17. d) Las respuestas a) y c) son correctas

Atención de enfermería ante el paciente con hipotermia:

1º. Tomar la temperatura rectal, oral, timpánica o esofágica.

2º. Mantener a la persona seca.

3º. Mantener a la persona tapada.

4º. Manipular cuidadosamente al paciente (sobre todo cuando la temperatura es menor de 32 °C).

5º. Monitorizar la temperatura.

6º. Monitorizar al paciente electrocardiográficamente para detectar posibles arritmias, monitorizar la TA y la función respiratoria (patrón, frecuencia respiratoria y SpO_2).

7º. Vigilar el nivel de conciencia.

8º. Vigilar la diuresis: puede evolucionar desde poliuria (diuresis fría) a oligoanuria en caso de hipotermias graves con hipovolemia.

9º. Aplicar las medidas de calentamiento según la gravedad de la hipotermia: externo pasivo, externo activo e interno activo.

18. d) Las respuestas a) y c) son correctas

Catástrofe; aquella situación de emergencia colectiva; ya sea producida por causas naturales como por efecto directo de la acción del hombre, que altera notablemente el orden normal de las cosas. Provocando una gran desproporción entre las necesidades y los medios disponibles.

19. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Rápido, para no retrasar la atención de las víctimas que esperan su turno. No debe retomarse una víctima ya clasificada y estabilizada demorando su evacuación.

- *Treinta segundos para clasificar una víctima como muerta.*
- *Un minuto para clasificar una víctima como leves.*
- *Tres minutos para clasificar una víctima como grave o muy grave.*

20. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La estructura del grupo sanitario que actúa en un Plan de Emergencias ante catástrofes sería la siguiente:

1. *Mando del Grupo Sanitario, que va a ser la máxima autoridad local sanitaria.*
2. *Centro de Coordinación Sanitaria.*
3. *Asistencia sanitaria en el lugar del incidente.*
4. *Evacuación de las víctimas.*
5. *Centros hospitalarios receptores.*

21. d) El vehículo se estacionará por debajo del siniestro, si este se da en una cuesta

A la hora de estacionar y en términos generales, se establecen una serie de normas:

- *La ambulancia permanecerá con toda la señalización luminosa de emergencia hasta el momento en que se retiren del escenario, a falta de otros agentes de la autoridad, el conductor estacionará la ambulancia en el lugar y del modo que sea más seguro tanto para el personal sanitario como para los heridos, y para el propio vehículo. En caso de niebla o de condiciones que dificulten la distinción de la luminaria optará por mantener en funcionamiento las señales acústicas, dirigiendo el haz sonoro hacia donde puede venir el peligro.*
- *La ambulancia se estacionará en lugar seguro, a resguardo de posibles daños en lugar donde cualquier efecto diferido del suceso no le afecte.*
- *Con el viento a nuestra espalda cuando nos dirijamos al escenario.*
- *Por encima del siniestro, si este se da en una cuesta.*
- *Al comienzo de una curva con mala visibilidad tras la cual se desarrolla nuestra actividad.*
- *Interponiendo el vehículo como parapeto entre el escenario y una posible fuente de riesgo, invadiendo parte de la calzada, por ejemplo, en el caso de un accidente de tráfico, y a una distancia considerable, desde 25 hasta 500 metros, dependiendo del caso.*
- *Permitiendo que, si es posible, puedan seguir circulando coches para evitar atascar ambos sentidos.*

22. b) Delimitar un área de clasificación

La atención sanitaria in situ será básica:

- *Primer triaje.*
- *Maniobras de Soporte Vital Básico (SVB): control y permeabilidad vía aérea (cánula Guedel y posición lateral de seguridad); control cervical (collarín); control hemorragias (v. compresivos).*
- *Maniobras de Soporte Vital Avanzado Traumatológico (SVA) al herido atrapado.*
- *Primera noria. De área de salvamento a área de socorro (personal de rescate + sanitarios).*

23. c) Es un área de permanencia de enfermos a la espera de su traslado

El área base o de seguridad es el espacio que limita con el área de asistencia o socorro. Debe ser de fácil acceso desde zonas colindantes. No es un área de permanencia de enfermos, sino de espera de ambulancias. En ella se concentran recursos y medios de apoyo:

- *Se establece el Puesto de Mando Avanzado, constituido por los diferentes servicios que operan en la zona y la noria de evacuaciones.*
- *Instalación de la Estación Médica de Evacuación si es preciso. O en su defecto, donde se establecerá la zona de espera de ambulancias y vehículos de socorro.*

24. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Sea cual sea el sistema de triaje escogido se deben evitar una serie de errores:

- *Ninguna víctima debe evacuarse sin triar.*
- *No retener víctimas clasificadas y estabilizadas demorando la evacuación.*
- *No evacuar en sentido retrógrado.*
- *Se realizará en cada uno de los puntos de la cadena sanitaria.*

25. c) Triaje tetrapolar

Triaje tetrapolar es el modelo más utilizado con cuatro niveles de clasificación, atendiendo como siempre a criterios asistenciales y de operatividad. Se define más precisamente la situación de cada víctima. Y además se acompaña de un criterio cromático internacionalmente establecido que define el grado de prioridad para cada paciente con el color de la etiqueta que lo identifica. Así las víctimas se identifican como: Rojos, amarillos, verdes o negros (bajo la tarjeta negra se incluyen muertos y moribundos)

26. d) Las respuestas a) y c) son correctas

Existen varios tipos de tarjeta de triaje, siendo las más empleadas y conocidas las de colores; que siguen un criterio cromático recocido e internacionalmente aceptado. Deben ir atadas a la muñeca o tobillo del paciente, nunca a la ropa o al calzado.

27. b) Sobrepasados

Tarjeta azul. Sobrepasados (u4). Requieren sedo-analgesia. No se realizará el traslado hasta concluir el resto de evacuación.

28. c) Rojo

Según el método S.T.A.R.T, se clasifica a los pacientes en cuatro colores: rojo, amarillo, verde y negro. Así:

- *Si puede caminar: verde.*
- *Si dice su nombre, nos mira y se lleva el dedo a la nariz, pero no puede caminar: amarillo.*
- *Si respira es que tiene pulso carotídeo, ir directamente al radial.*
- *Si la respiración es normal pero no hay pulso periférico: Rojo.*
- *Si al explorar la respiración, se clasifica como rojo: no seguir explorando 3 y 4.*
- *Si no contesta o lo hace mal: rojo.*

29. a) Noria de salvamento

Tipos de norias de transporte:

- *Norias de rescate. Consiste en la primera movilización de las víctimas hacia el área de salvamento sacándolas del punto de impacto. En principio es responsabilidad de los servicios de rescate. Y si existen víctimas atrapadas se necesitarán medios técnicos suplementarios.*
- *Norias de recogida. Desde el área de salvamento hasta el área de socorro y asegura los movimientos dentro del área de socorro hasta terminar en el Puesto de Carga de Ambulancias si fue preciso su establecimiento.*
- *Norias de evacuación. Se trata de la evacuación del desde el Puesto de Salvamento Avanzado o Puesto de Médico de Evacuación, de existir; hacia los hospitales receptores de la zona.*

En ocasiones y por las características de las lesiones que padecen las víctimas, es preciso trasladarlos desde los hospitales receptores a otros de diferente nivel (quemados, lesionados medulares...). Este traslado constituiría en sí mismo una cuarta noria de evacuación.

30. b) Por sus características técnicas puede ser fácilmente equipadas para prestar medidas de soporte vital en ruta. Deben cumplir requisitos específicos de forma que garanticen unas condiciones de habitabilidad y de estructura de forma que sea posible acoplar de forma rápida y segura los equipos y el material de soporte vital avanzado y la farmacopea de urgencia

Ambulancia asistencial medicalizable: por sus características técnicas puede ser fácilmente equipadas para prestar medidas de soporte vital en ruta. Deben cumplir requisitos específicos de forma que garanticen unas condiciones de habitabilidad y de estructura de forma que sea posible acoplar de forma rápida y segura los equipos y el material de soporte vital avanzado y la farmacopea de urgencia.

31. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Fase de evacuación:

- *Decisión de Centro útil al que enviar a las víctimas según sus patologías.*
- *Valorar la posibilidad de avisar a los centros hospitalarios.*
- *Proceder a la evacuación de las víctimas en el medio de transporte más adecuado.*

32. d) Hemoptisis

Hemoptisis es un síntoma respiratorio que consiste en la expulsión de sangre a través de la boca, procedente del aparato respiratorio. Esta sangre tiene su origen en área subglótica y hay que establecer una diferenciación con otros casos de falsa hemoptisis como es la expulsión de sangre procedente del área otorrinolaringológica o del aparato digestivo. En general la hemoptisis se elimina con la tos y se trata de sangre roja que puede estar mezclada con el esputo.

33. d) Las respuestas a) y c) son correctas

Para la analgesia y sedación del dolor causado por una quemadura, se pueden administrar analgésicos narcóticos por vía intravenosa:

Cloruro mórfico Dosis: 3-4 mg IV (1/3 amp disuelta en suero fisiológico) en medio minuto. Se puede repetir cada 5-15 minutos hasta que desaparezca el dolor, se presenten efectos secundarios o se llegue a la dosis máxima (2-3 mg/Kg).

- *Alternativa: Meperidina 1 amp. diluida en 9 centímetros cúbicos de suero fisiológico y administrar hasta sedación y analgesia en bolos de 2 centímetros cúbicos.*

34. b) Hipovolémico, cardiogénico, obstructivo y distributivo

Una gran variedad de enfermedades puede llevar a la situación de shock. Se clasifica según el trastorno fisiopatológico primario en cuatro categorías:

- *Hipovolémico: el volumen minuto (VM) se reduce severamente por pérdida de volumen intravascular que provoca disminución del retorno venoso al corazón. La mayoría de las veces se produce por hemorragia.*
- *Cardiogénico: la caída del VM está provocada por pérdida de la función de bomba del corazón, ya sea por lesión del músculo cardíaco, disfunción valvular o arritmia. La mayoría de las veces está causada por IAM extenso.*
- *Obstructivo: el VM disminuye por obstrucción vascular del retorno venoso al corazón (síndrome de la vena cava), compresión del corazón (taponamiento pericárdico) o del tracto de salida cardíaco (disección aórtica, embolia pulmonar).*
- *Distributivos: se origina cambio en la microcirculación. En unos casos se produce éxtasis venoso (lesión medular, anestesia general o espinal, sobredosis de sedantes) que conllevan una disminución de la precarga y por ello de VM. En otros casos tiene lugar una vasodilatación (shock tóxico y séptico) y el VM permanece normal o elevado.*

35. a) Jarabe de Ipecacuana

El emético de elección es el jarabe de ipecacuana, un medicamento que no está comercializado por la industria farmacéutica de nuestro país, pero que la OMS ha considerado como esencial y que puede obtenerse mediante una fórmula magistral en los servicios u oficinas de Farmacia.

36. b) 35 °C

Cuando la temperatura central del cuerpo humano (rectal, esofágico o timpánico) desciende por debajo de los 35 °C, se produce una situación en la que el organismo no es capaz de generar el calor necesario para garantizar el mantenimiento adecuado de las funciones fisiológicas. Esta situación se define como hipotermia. Hablamos de hipotermia accidental cuando el descenso de la temperatura ocurre de forma espontánea, no intencionada, generalmente en ambiente frío, asociado a un problema agudo, y sin lesión previa del hipotálamo, zona anatómica donde se sitúa el termostato.

37. a) Shock hipovolémico

Algunos de los efectos a nivel corporal son:

- *Shock hipovolémico.*
- *Infección.*
- *Reacciones locales.*
- *Alteraciones renales.*
- *Alteraciones respiratorias.*

38. d) Leves, moderadas, graves y críticas

Las quemaduras según su extensión, utilizando la "regla de los 9" de Wallace, se clasifican en: leves, moderadas, graves y críticas.

39. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Las causas que producen quemaduras son varias:

- *Por calor.*
- *Congelación.*
- *Electrocución.*
- *Productos químicos.*
- *Fricción.*
- *Radiaciones.*

[…]

40. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Poner especial atención a la hinchazón facial precoz, la ronquera y la desorientación. Si el paciente presenta alguno de estos signos o síntomas, prepararse para una posible ventilación asistida.

41. a) Cubrir con una sábana limpia y seca

Ante una quemadura grave es importante: cubrir con una sábana limpia y seca, evitar el frío y el hielo, tranquilizar al paciente diciéndole que vas a ayudarle y explicar cada procedimiento y detener el curso de la quemadura quitando toda la ropa y comprobar que no queden tejidos humeantes.

42. c) Necrosis en la zona congelada que evoluciona hacia una gangrena gaseosa

Las congelaciones de tercer grado presentan necrosis en la zona congelada que evoluciona hacia una gangrena gaseosa. Dolor intenso.

43. a) Herida perforante

Tipos de heridas según la profundidad:

- *Arañazo. Producen una solución de continuidad solo en la epidermis.*
- *Abrasión. Se produce además pérdida de sustancia. La piel que sufrió abrasión se protegerá del sol durante seis meses para evitar hiperpigmentación permanente.*
- *Herida superficial. La solución de continuidad llega hasta el tejido celular subcutáneo.*
- *Herida abierta. La solución de continuidad afecta al tejido óseo.*
- *Herida perforante. La solución de continuidad llega hasta las paredes o vísceras huecas.*
- *Heridas por empalamiento. Cuando el agente traumático se introduce por un orificio natural. No manipular objetos empalados.*

44. b) Se distinguen dos segmentos rectilíneos

Tipos de heridas según la forma:

- *Herida lineal. Son aquellas que son rectilíneas.*
- *Angulada. Se distinguen dos segmentos rectilíneos.*
- *Estrellada. Varios trayectos rectilíneos que confluyen en un mismo punto.*
- *Puntiforme. De orificio circular y diámetro reducido.*
- *Crateiforme. Su diámetro va disminuyendo desde la superficie hasta la profundidad.*
- *En colgajo. Si la dirección del agente es oblicua o tangente la superficie produciendo una separación incompleta de los tejidos que quedan unidos por un pedículo.*
- *Irregulares. Sin forma determinada.*
- *Scalp. Se ve afectado el cuero cabelludo.*

45. b) No hay que sacarlo y hay que intentar el traslado inmediato a un hospital

Si el paciente lleva clavado un objeto, no lo saque, podría aumentar el sangrado. Traslado a un centro hospitalario.

46. a) Hidrocución

Se define hidrocución como la muerte por inmersión en un líquido antes de que este pase a los pulmones. Es, por lo tanto, un Síndrome de Sumersión- Inhibición.

47. d) Herida abierta

Tipos de heridas según la profundidad:

- *Arañazo. Producen una solución de continuidad solo en la epidermis.*
- *Abrasión. Se produce además pérdida de sustancia. La piel que sufrió abrasión se protegerá del sol durante seis meses para evitar hiperpigmentación permanente.*
- *Herida superficial. La solución de continuidad llega hasta el tejido celular subcutáneo.*
- *Herida abierta. La solución de continuidad afecta al tejido óseo.*
- *Herida perforante. La solución de continuidad llega hasta las paredes o vísceras huecas.*
- *Heridas por empalamiento. Cuando el agente traumático se introduce por un orificio natural. No manipular objetos empalados.*

48. d) Presentan un orificio circular y diámetro reducido

Tipos de heridas según la forma:

- *Herida lineal. Son aquellas que son rectilíneas.*
- *Angulada. Se distinguen dos segmentos rectilíneos.*
- *Estrellada. Varios trayectos rectilíneos que confluyen en un mismo punto.*
- *Puntiforme. De orificio circular y diámetro reducido.*
- *Crateiforme. Su diámetro va disminuyendo desde la superficie hasta la profundidad.*
- *En colgajo. Si la dirección del agente es oblicua o tangente la superficie produciendo una separación incompleta de los tejidos que quedan unidos por un pedículo.*
- *Irregulares. Sin forma determinada.*
- *Scalp. Se ve afectado el cuero cabelludo.*

49. d) Friedrich

Friedrich: consiste en la extirpación en bloque de los bordes, superficie y fondo de la herida. Se puede aplicar sobre heridas pequeñas siempre que no hayan transcurrido más de seis horas desde su producción (nueve horas en la cara). Una vez realizada la extirpación se procede a la sutura de los bordes de la misma. Su cicatrización se lleva a cabo por primera intención.

50. d) Angioedema

Angioedema: es una reacción cutaneomucosa mediada por IgE. Se caracteriza por edema de la dermis profunda y del tejido celular subcutáneo con predilección por el tejido conjuntivo laxo (párpados, labios, región perioral y periorbitaria), aunque puede afectar cualquier otra zona del cuerpo. Es descrito por el paciente como una sensación de quemazón y distensión en la piel, y no se acompaña de prurito. La afección de la mucosa gastrointestinal origina vómitos, diarrea o dolor abdominal; la afectación de la mucosa laríngea puede ocasionar edema de glotis, manifestado por estridor, disnea, disfagia y sialorrea, con el consiguiente riesgo vital. El angioedema coexiste con la urticaria en aproximadamente el 50% de los pacientes.

51. c) Obstructivo

Obstructivo: es consecuencia de un fallo miocárdico extrínseco. El tromboembolismo pulmonar y el taponamiento cardíaco son las causas más representativas de este tipo de shock.

52. c) Pauta estandarizada y secuencial para sustituir y restaurar la respiración y la circulación, tras una parada cardio-respiratoria.

La Reanimación Cardio-Pulmonar (R.C.P.) es la aplicación de pautas estandarizadas de desarrollo secuencial cuyo fin es sustituir y después restaurar la respiración y circulación espontánea, aparecidas como consecuencia de una parada cardiorrespiratoria.

53. d) Las respuestas a) y c) son correctas

El Soporte Vital se divide en Básico y Avanzado.

54. c) Posición lateral de seguridad.

Posición lateral de seguridad (Posición de SIMS). Colocar en esta postura al paciente para mantener la vía permeable y evitar que se atragante si vomita o sangra por la boca. Abstenerse sí se sospecha una lesión medular o vertebral. Mantener una estrecha vigilancia de las constantes vitales.

55. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Durante el segundo paso de la RCP, se desarrolla ventilación, cuyas principales maniobras son las siguientes:

- *Boca a boca. Es la más habitual en pacientes adultos. Con nuestra boca abarcamos el contorno de la del paciente asegurándonos de que está abierta y sellada.*
- *Boca a boca-nariz. Se usa preferentemente en niños y lactantes debido al menor tamaño de su cara, en lugar de abarcar su boca con la nuestra, cubriremos la boca y la nariz simultáneamente.*

- *Boca a nariz. Usada en aquellas ocasiones en las que por la causa que sea la boca no está practicable (fractura de maxilar, restos de tierra...). Insuflamos exclusivamente por la nariz, teniendo siempre cuidado de mantener la boca del paciente cerrada.*
- *Boca a estoma (traqueotomizados). En estos pacientes las insuflaciones se realizan a través del estoma. Se debe cerrar la boca y nariz del paciente por precaución.*

56. d) 2/30

En el caso de que solo haya un reanimador, la pauta a seguir sería la siguiente: 2 ventilaciones, 30 compresiones torácicas, y tras recientes recomendaciones del European Resuscitation Council (para víctimas mayores de 8 años), se aplicará la misma relación 30/2 en caso de contar con 2 reanimadores. Se ha comprobado una mayor eficiencia en el aporte sanguíneo coronario y cerebral tras 30 compresiones, ya que este asciende gradualmente desde la primera. Por esto se prima ahora el masaje incluso en detrimento de la ventilación.

57. c) Tóxicos/ Fármacos, Taponamiento cardiaco, Trombosis (coronaria, pulmonar), Tensión (Neumotórax)

Las causas reversibles de parada cardíaca son las "4 TS":

- *Tóxicos / Fármacos.*
- *Taponamiento cardíaco.*
- *Trombosis (coronaria y pulmonar).*
- *Tensión (Neumotórax).*

58. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los ritmos cardíacos asociados a una parada cardiaca se dividen en dos grupos: susceptibles de cardioversión (fibrilación ventricular / taquicardia ventricular sin pulso (FV/TV)) y ritmos que no precisan cardioversión (asistolia y disociación electromecánica (DEM)). La diferencia principal en el manejo de estos dos grupos de arritmias es la necesidad de cardioversión en los pacientes con FV/TV.

59. a) Se pueden dar todos los que se crean oportunos

Hay que tener en cuenta la posibilidad de dar un solo golpe precordial cuando se confirma con rapidez una parada cardiaca presenciada y no hay un desfibrilador a mano. Es más probable que esto ocurra cuando el paciente está monitorizado. El golpe precordial debe ser realizado de inmediato tras la confirmación de parada cardíaca, solo por los profesionales sanitarios formados en esta técnica. Dé un golpe seco en la mitad inferior del esternón con el borde cubital del puño bien cerrado, desde una altura de unos 20 cm, y luego retírelo inmediatamente para crear un estímulo parecido a una descarga.

60. a) Tubo endotraqueal

La intubación endotraqueal se considera el mejor método para permeabilizar y mantener la vía aérea. Debe ser realizada solo cuando se cuente con personal entrenado en este procedimiento con un nivel alto de destreza y confianza.

61. b) Yankauer

Utilizar una sonda de aspiración rígida de calibre ancho (Yankauer) para eliminar líquidos (sangre, saliva y contenido gástrico) de la vía aérea superior.

62. d) A pesar de todo, la enfermedad cardiovascular sigue siendo la primera causa de muerte en España, suponiendo más del 70 por ciento del total de muertes en nuestro país

Síndromes de Isquemia Coronaria Aguda: la mayoría de las enfermedades cardiovasculares, incluyendo la cardiopatía isquémica, tienen elevada prevalencia en los países desarrollados. En España, se ha observado un descenso paulatino de las tasas de mortalidad cardiovascular, ajustadas por edad, desde hace 30 años. La mortalidad por cardiopatía isquémica ha ido progresivamente aumentando hasta mediados de los años setenta, y a partir de entonces se ha estabilizado e incluso ha descendido ligeramente. A pesar de todo, la enfermedad cardiovascular sigue siendo la primera causa de muerte en España, suponiendo más del 40 por ciento del total de muertes en nuestro país. La menor mortalidad actual por cardiopatía isquémica, y el aumento de su incidencia, demostrada en estudios epidemiológicos realizados en nuestro país, ha condicionado que la población enferma sea de mayor edad y que se demanden más servicios sanitarios por esta causa. La cardiopatía isquémica es la primera causa de consulta hospitalaria, por lo que todo ello hace que el impacto demográfico, sanitario y social de estas enfermedades esté aumentando y presumiblemente lo seguirá haciendo en las próximas décadas.

63. a) Parada cardio-respiratoria

La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.

64. b) Plan de Actuación 2

Plan de Actuación 2: se aplica en los enfermos que no responden, pero que mantienen respiración y pulso arterial central (ACVA, fármacos depresores del SNC, etc.). El plan de actuación se activa cuando se comprueba que la víctima no responde; en esta situación se debe gritar pidiendo ayuda, abrir la vía aérea, comprobar la presencia tanto de respiración espontanea como de pulso carotideo y se debe colocar al afectado en posición de recuperación (para disminuir los riesgos de obstrucción de la vía aérea y de broncoaspiración).

65. d) Las pinzas de Magill

Las pinzas de Magill se emplean para extraer cuerpos extraños situados encima de la glotis mediante laringoscopia directa.

66. a) 1974

La maniobra de Heimlich es llamada así por el Dr. Henry Heimlich, que fue el primero en describirla en 1974.

67. c) Adenosina

La adenosina es un nucleótido de purina que se produce de forma natural. Endentece la conducción a través del nodo A-V, pero tiene poco efecto en otras células miocárdicas o en las vías de conducción.

68. b) Bloqueantes β-adrenérgicos

Bloqueantes β-adrenérgicos: los fármacos betabloqueantes (atenolol, metoprolol, labetalol (efectos bloqueantes alfa y beta), propranolol, esmolol) reducen los efectos de las catecolaminas circulantes y disminuyen la frecuencia cardiaca y la tensión arterial. Tiene también efectos cardioprotectores para aquellos pacientes con síndromes coronarios agudos.

69. d) Veinticuatro y cuarenta y ocho horas

Si hay evidencia de obstrucción coronaria, considerar la necesidad de una revascularización inmediata por trombolisis o una intervención coronaria percutánea (ver síndromes coronarios agudos). La inestabilidad hemodinámica es común tras una parada cardiaca y se manifiesta con hipotensión, índice cardíaco bajo y arritmias, esta disfunción miocárdica postresuscitación (o aturdimiento miocárdico) es generalmente transitoria y generalmente revierte entre las 24 y 48^{H}.

70. b) Clase IIa

Después de un paro cardiaco, los pacientes que requieren ventilación mecánica deben mantener los valores de $PaCO_2$ dentro de los límites normales (clase IIa).

71. b) Objetiva

Urgencia objetiva es toda situación que compromete la vida o la salud del paciente y que puede ser apreciado por personal sanitario o no sanitario entrenado.

72. a) Triaje

El termino triaje es un neologismo que equivale a selección o clasificación en función de una cualidad, el grado de urgencia.

73. d) Sistema de Triaje Español (SET)

El Sistema Español de Triaje (SET) es el aceptado como estándar español de triaje por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) en 2003.

74. d) Las respuestas b) y c) son correctas

La urgencia se define, según el Comité de Expertos del Consejo de Europa, como toda necesidad o demanda médica objetiva o subjetiva cuya asistencia no admite demora. Para poder diferenciar lo que puede o no admitir demora, se hace imprescindible diferenciar entre:

- *Urgencia objetiva, vital o emergencia: implica la necesidad de actuar rápidamente ya que en caso contrario peligraría la vida del paciente o la integridad de sus órganos.*
- *Urgencia no vital: toda aquella situación de demanda de ayuda urgente en la que no existe un peligro cierto para la vida de una persona o para la función de sus órganos. Incluye, por tanto, toda la demanda de asistencia que no se engloba en el concepto de urgencia objetiva.*

Según la OMS, urgencia es aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero cuya atención no debe retrasarse más de seis horas.

75. d) Se define como politraumatizado a todo enfermo con más de una lesión traumática, sin suponer, un riesgo vital para el accidentado

Se define como politraumatizado a todo enfermo con más de una lesión traumática, alguna de las cuales comporta, aunque solo sea potencialmente, un riesgo vital para el accidentado. El politraumatismo constituye hoy día la primera causa de muerte en las cuatro primeras décadas de la vida; además produce un alto número de pérdidas de horas de trabajo e incapacidades permanentes. Clásicamente se considera que la muerte en el politraumatizado acontece en tres picos claramente delimitados:

- *El primer pico se produce en los primeros minutos tras la agresión. Aparece fundamentalmente debido a laceraciones cerebrales, lesiones en grandes vasos y corazón y lesiones espinales altas. Muy pocos de estos enfermos pueden ser salvados.*
- *El segundo pico se produce entre los primeros minutos y las primeras horas, es la llamada "hora de oro". La muerte ocurre fundamentalmente por hematomas epidurales y subdurales, hemoneumotórax, rotura esplénica, laceración hepática, fracturas pélvicas y otras lesiones múltiples asociadas con una pérdida significativa de sangre. Es en este momento donde alcanzan su máxima responsabilidad los primeros intervinientes (Equipos de Emergencias, DCCU, Urgencias Hospitalarias), dependiendo de ellos en gran medida la supervivencia de los lesionados.*
- *El tercer pico se produce a los días o semanas después del trauma, fundamentalmente debido a sepsis o fallo multiorgánico.*

76. a) 15 y 3

El valor máximo de la escala de Glasgow es 15 puntos (total mente consciente) y el mínimo es 3 (coma profundo).

77. b) Crear un lenguaje específico para los distintos profesionales que atienden las urgencias

Los objetivos de un sistema de clasificación en urgencias son:

[...]

- *Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades son satisfechas.*
- *Permitir una información fluida a los pacientes y a sus familiares sobre los tratamientos a realizar y los tiempos de espera.*
- *Proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística con la finalidad de optimizar recursos y mejorar la gestión (mejorar la eficiencia).*
- *Crear un lenguaje común para todos los profesionales que atienden las urgencias. Este punto es crítico para mejorar la gestión de urgencias y emergencias, allá donde se producen, y mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.*

[...]

78. c) 2

Prioridad 2: Urgencia no demorable. Entendiendo por ello aquella en la que se sospecha que presenta una patología aguda o exacerbación de una patología crónica, sin probable amenaza vital o funcional inmediata, que precisa atención médica con la mayor brevedad posible (menos de quince minutos) y requiere exploraciones complementarias.

79. c) 2

Prioridad 2: Urgencia no demorable. Entendiendo por ello aquella en la que se sospecha que presenta una patología aguda o exacerbación de una patología crónica, sin probable amenaza vital o funcional inmediata, que precisa atención médica con la mayor brevedad posible (menos de quince minutos) y requiere exploraciones complementarias. Incluirá los procesos que pueden conducir a un rápido deterioro respiratorio, neurológico o hemodinámico.

80. a) Cualquier lesión física, o deterioro funcional del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica

El traumatismo craneoencefálico (TCE) se define como cualquier lesión física, o deterioro funcional del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica, producido por accidentes de tráfico, laborales, caídas o agresiones. El término implica la serie de cambios que se presentan en un paciente que recibe trauma en la cabeza; comprende diversos cuadros clínicos que

van desde la mínima conmoción ("ver estrellas" con un golpe) hasta las lesiones más severas y complejas que pueden producir la muerte.

81. c) Los jóvenes entre 15 y 29 años

Sobre todo, afecta a pacientes entre 15 y 29 años, pero hay otros dos picos importantes en la infancia y en los mayores de 65 años. Las causas más frecuentes son los accidentes de tráfico seguido de las caídas. Se consideran factores pronósticos en caso de TCE: edad, imágenes de la TC, puntuación en la GCS, reactividad pupilar y la presencia o ausencia de hipotensión.

82. d) La aceleración y desaceleración durante las cuales se producen fuerzas lineales y especialmente rotacionales sobre el encéfalo

El mecanismo en el cual el golpe no juega papel importante, sino que las lesiones son el resultado de aceleración y desaceleración durante las cuales se producen fuerzas lineales y especialmente rotacionales sobre el encéfalo, dando lugar a un tipo específico de lesión cerebral que ha sido denominado lesión axonal difusa.

83. d) A la pérdida de conocimiento menor de 15 minutos y un GCS después de la resucitación inicial de 14-15

Según su gravedad, el TCE se clasifica en leve (el paciente está asintomático en el momento de la evaluación o solo aqueja cefalea, mareo u otros síntomas menores), moderado (alteración del nivel de consciencia, confusión, presencia de algunos signos focales) o grave (GCS menor de 9).

84. d) Hemotímpano o hematoma en la región mastoidea

Se valoran los problemas que precisen actuación inmediata y se toman las constantes básicas: pulso, tensión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura, glucosa en sangre, etc. Determinar los signos de trauma como quemaduras, laceraciones de cara y cuello cabelludo, fracturas abiertas, hemotímpano o hematoma en región mastoidea (signo de Battle) que indica fractura de peñasco, hematoma periorbitario (hematoma en ojos de mapache) signo de fractura de fosa posterior.

85. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Las exploraciones básicas de un paciente con TCE son las siguientes:

- *Gasometría y analítica: bajo se sospecha TCE moderado y grave.*
- *Radiografía de cráneo: siempre.*
- *Rx cervicales con exposición C7-D1, dorsales y lumbares: TCE moderados y graves, y en leves cuando se refiera dolor cervical.*
- *TAC Cerebral y craneal: es el examen inicial de elección (imprescindible cuando el episodio se acompaña de pérdida de conciencia).*

86. d) Todas las anteriores son correctas

Sistemática de intervención frente a un politraumatizado: examen inicial (ABC); resucitación; examen Secundario (de cabeza a pies) y monitorización.

87. a) La hemorragia

La hemorragia es la principal causa de muerte en los politraumatizados.

88. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La movilización no es una prioridad, excepto si existen las tres siguientes condiciones: paciente en PCR reanimable, riesgo ambiental, condiciones específicas del lugar impiden la asistencia al paciente.

89. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Personal de las ambulancias asistenciales destinadas a proporcionar soporte vital avanzado (equipos de emergencias):

- *Médico con experiencia en valoración, tratamiento y transporte de enfermos críticos.*
- *Due con experiencia en valoración, tratamiento y transporte de enfermos críticos.*
- *Técnico en transporte sanitario capacitado para controlar y mantener el vehículo y el equipamiento sanitario básico, trasladar al paciente a los centros sanitarios y realizar cuidados de asistencia extra-hospitalaria.*

90. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La única urgencia desde el punto de vista neurológico a tratar de forma inmediata es la presencia de signos de herniación cerebral (disminución de la consciencia con alteraciones pupilares y/o movimientos de decorticación o descerebración).

91. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Latigazo cervical: es un cuadro característico de los accidentes de tráfico que se produce al ser golpeado por la parte posterior del vehículo. El mecanismo de producción es una hiperextensión de la columna cervical. Tratamiento: collarín blando, alto por la parte posterior y bajo por la barbilla, durante 15 días, analgesia (Paracetamol 1 gr/6-8h VO) y reposo.

92. d) Las respuestas a) y c) son correctas

Complicaciones más peligrosas para la vida de una lesión medular:

- *Compromiso respiratorio: el nivel de la lesión medular determinará la importancia de la alteración en la función respiratoria del paciente.*

- *Alteraciones hemodinámicas: tras una sección medular completa, se produce una pérdida inicial del control del S. N. Simpático, que origina pérdida de tono vascular en los vasos periféricos con vasodilatación. Además, por predominio parasimpático, al mismo tiempo se produce bradicardia, por lo que si esta respuesta se agudiza puede llegar a producirse un shock distributivo.*

93. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Fractura de Chance: hiperflexión sobre el cinturón de seguridad en pasajeros.

94. c) Fracturas pélvicas

La muerte en pacientes politraumatizados aparece en distintos momentos:

- *El primer momento, en los minutos iniciales debido especialmente a lesiones cerebrales, grandes vasos y corazón.*
- *El segundo dentro de las primeras horas en relación a lesiones con significativas pérdidas de sangre (hematomas epidurales, fracturas pélvicas, etc.) y dependen mucho de la coordinación, asistencia in situ y traslado por parte de las unidades de emergencias y el tercero a los días debido a sepsis y a fallo multisistémico orgánico.*

95. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

En los enfermos con trauma facial severo, fractura traqueal o sospecha de quemadura inhalatoria, la realización de intubación está indicada desde un principio

96. d) Las respuestas a) y b) son correctas

Respuesta verbal (De 5 a 1 punto). Orientado, confuso, palabras inapropiadas, palabras incomprensibles, sin respuesta.

97. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Aplicar siempre la regla de los tres pulsos, comprobando el pulso periférico, el color, la sensibilidad, y la movilidad antes y después de cada manipulación sobre la extremidad lesionada y repetir dicha comprobación cada cierto tiempo.

98. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Para el transporte terrestre el paciente irá acostado y con la cabeza en la dirección de la marcha. Conducción prudente y regular. Inmovilización del paciente mediante colchón de vacío si procede. Sólido amarre de la camilla al vehículo. Protección con cinturones de seguridad del personal acompañante. Protección y fijación del material. Las drogas vasoactivas deben administrarse mediante bombas portátiles de infusión continua.

99. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Las características de un TCE de riesgo moderado son: pérdida de consciencia; amnesia de los hechos; vómitos persistentes; cefalea intensa; intoxicación etílica o por drogas; imposibilidad de realizar historia clínica; crisis comicial post-traumatismo sin antecedentes de epilepsia; vértigo postraumático; no focalidad neurológica; fractura de cráneo lineal.

100. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Criterios de derivación hospitalaria frente a un TCE: se trasladará a todo paciente clasificado como de riesgo moderado o grave. A los pacientes clasificados como de Riesgo Bajo, solo cuando no haya garantías de seguimiento por parte de algún cuidador.

TEST 20

Valoración y actuación de enfermería en las personas en el proceso quirúrgico. Cuidados de enfermería en el área quirúrgica. Conceptos de Anestesia y Control del dolor. Heridas. Cuidados de Enfermería en las heridas

1. El período perioperatorio comprende:

a) Preoperatorio e intraoperatorio

b) Preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio

c) Preoperatorio y postoperatorio

d) Intraoperatorio y postoperatorio

2. La cirugía curativa es para:

a) Reparar una función alterada, injertos, estética y quemados

b) Conservar o mejorar el aspecto

c) Erradicar la enfermedad, reparando, sustituyendo o eliminando tejidos enfermos

d) Tratar una condición previamente diagnosticada a petición del enfermo

3. En la visita prequirúrgica, el tipo de entrevista más recomendable es:

a) Informativa

b) Aplicación del Plan de Cuidados Estandarizado

c) Informativa y aplicación del Plan de Cuidados Estandarizado

d) Ansiolítica

4. Señale la respuesta correcta respecto a la visita prequirúrgica informativa:

a) Es la más común y, además de intervenir sobre los conocimientos deficientes, también actúa en el campo de la educación sanitaria, los autocuidados y el asesoramiento o consejo de enfermería

b) Es la más completa, actúa sobre problemas específicos detectados en el paciente, mediante un plan de cuidados individualizado, más centrado en las necesidades

c) En ella se establece una relación meramente formal, abarcando el campo de los conocimientos deficientes

d) Suele provocar ansiedad

5. Con la anestesia locorregional:

a) Solo se elimina la sensibilidad dolorosa de una pequeña zona del cuerpo

b) Se elimina la sensibilidad de una región o de uno o varios miembros del cuerpo

c) Se duerme todo el cuerpo mediante la administración de fármacos por vía intravenosa

d) Se duerme solo la piel

6. El ayuno es necesario en la intervención quirúrgica, pero ¿de qué forma debe hacerse?

a) Como mínimo 10 horas sin ingerir ningún tipo de alimento ni líquido, ni siquiera agua

b) Como mínimo 12 horas sin ingerir ningún tipo de alimento ni líquido, ni siquiera agua

c) Como mínimo 6 horas sin ingerir ningún tipo de alimento ni líquido, ni siquiera agua

d) Como mínimo 24 horas sin ingerir ningún tipo de alimento ni líquido, ni siquiera agua

7. En la anestesia epidural:

a) Se perfora la duramadre y aracnoides, y se introduce el anestésico en el espacio subaracnoideo mezclándose con el líquido cefalorraquídeo

b) Se introduce el anestésico en las proximidades de la médula en el espacio epidural, sin perforar la duramadre

c) Se introduce el anestésico en las proximidades de la médula en el espacio epidural y se perfora la duramadre

d) No se perfora la duramadre y aracnoides, y se introduce el anestésico en el espacio subaracnoideo mezclándose con el líquido cefalorraquídeo

8. Señale la respuesta incorrecta respecto a los fármacos anticolinérgicos:

a) Aumenta la producción de saliva

b) Se trata de premedicación no inductora

c) Disminuye la producción de saliva

d) Algunos ejemplos son la atropina o la escopolamina

9. Constituye uno de los diagnósticos de enfermería en el preoperatorio:

a) Riesgo de lesión por posicionamiento perioperatorio

b) Ansiedad

c) Dolor agudo

d) Perfusión tisular inefectiva

10. Señale la respuesta incorrecta en relación con el traslado del paciente a la unidad de reanimación postquirúrgica:

a) Antes del traslado, debe comprobarse la permeabilidad de las vías respiratorias

b) El paciente deberá ser asistido en el traslado por enfermería para asegurar la continuidad de los cuidados

c) Los pacientes sometidos a anestesia general suelen ser extubados en reanimación por el anestesiólogo

d) Sea cual sea el tipo de anestesia administrado, no se trasladará el paciente de la mesa de quirófano a la camilla hasta que no lo indique el anestesista

11. Dentro del quirófano, ¿de quién es la labor de recibir al paciente?

a) Enfermero instrumentista

b) Anestesista

c) Cirujano

d) Enfermero circulante

12. Las muestras que se recogen durante una intervención quirúrgica irán mantenidas en:

a) Solución fijadora

b) Alcohol de 70°

c) Suero fisiológico

d) Depende del protocolo del laboratorio

13. El objetivo del lavado de manos quirúrgico es:

a) Reducir el riesgo de una contaminación microbiana

b) Mantener al mínimo durante la intervención quirúrgica los gérmenes patógenos

c) Reducir la flora bacteriana

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

14. Las características que debe reunir una mesa quirúrgica en el quirófano son:

a) Radiotransparente

b) Confortable

c) De fácil limpieza

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

15. ¿Para cuál de las siguientes intervenciones se utiliza, generalmente, la posición decúbito supino?

a) Hemorroides

b) Timpanoplastia

c) Cirugía abdominal

d) Histeroscopia

16. En la posición antitrendelenburg, ¿cómo está situado el paciente?

a) El paciente estará en decúbito supino

b) El paciente tiene la cabeza más alta que los pies

c) Las respuestas a) y b) son correctas

d) El paciente tiene la cabeza más baja que los pies

17. Para un adecuado lavado de manos, el instrumentista realizará determinadas acciones, entre las que no incluiríamos:

a) Cepillado circular y descendente de las manos

b) Arreglo de las uñas, que han de estar cortas y sin maquillar

c) Lavado de manos de máximo 2 minutos

d) Lavado de manos de 4 o 5 minutos

18. ¿Cuál/es de las siguientes son características propias de la Cirugía Mayor Ambulatoria?

a) Es un proceso quirúrgico realizado con los distintos tipos de anestesia

b) Es de corta duración

c) Es de corta estancia

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

19. Para que la Cirugía Mayor Ambulatoria sea un éxito, ha de estar basada en:

a) Información oral y escrita

b) Correcta selección de los pacientes

c) Motivación de los profesionales

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

20. ¿Qué fármaco se utiliza como inductor en la anestesia TIVA de forma más reciente?

a) Sevoflurano

b) Remifentanilo

c) Propofol

d) Midazolam

21. Los criterios sociales que ha de cumplir un paciente para que pueda ser incluido en Cirugía Mayor Ambulatoria son:

a) Vivir acompañado

b) Ser autosuficiente

c) Su vivienda ha de estar a menos de 1 hora del Centro Hospitalario

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

22. Los fármacos que se usan con mayor frecuencia en anestesia general son:

a) Benzodiazepinas

b) Propofol

c) Opioides

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

23. ¿Qué características ha de presentar el consentimiento informado?

a) Ha de ser voluntario

b) La información ha de ser comprensible y no sesgada

c) La información puede ser verbal y escrita

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

24. ¿Qué aspectos debemos reflejar en la Historia Clínica de los pacientes susceptibles de cirugía menor?

a) Anamnesis sobre alergias conocidas

b) No existencia de contraindicaciones

c) Técnica de Cirugía Menor utilizada

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

25. Para evitar que se produzca una cicatriz invaginada:

a) Las suturas deben realizarse con una ligera eversión de los bordes

b) La introducción de las agujas debe ser tangencial a la piel

c) La aguja debe entrar y salir en ángulo recto

d) Las respuestas a) y c) son correctas

26. Tras una laceración traumática, debemos:

a) Controlar la hemorragia

b) Prevenir la infección

c) Preservar la función y la forma de la herida

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

27. La infección localizada del pulpejo del dedo con una acumulación purulenta del mismo se denomina:

a) Panadizo

b) Paroniquia

c) Avulsión ungueal

d) Onicogriposis

28. ¿Qué aplicación/es realizan los bisturís eléctricos en función de su longitud de onda?

a) Electrodesecación

b) Electrocoagulación

c) Electrosección

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

29. ¿Qué indicaciones tienen las suturas continuas?

a) Heridas largas y rectilíneas

b) Zonas sin tensión

c) Zonas donde la estética es primordial

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

30. ¿Qué indicaciones tienen los drenajes quirúrgicos?

a) Drenaje profiláctico

b) Drenaje curativo

c) Drenaje terapéutico

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

31. ¿Qué tipo de drenaje se utiliza en las intervenciones de cirugía donde es necesario una aspiración continua?

a) Kher

b) Penrose

c) Redón

d) Cigarrillo

32. En la retirada de los drenajes Penrose, se ha de actuar de la siguiente manera:

a) Utilizando técnica aséptica

b) Retirándolos poco a poco (de 1 a 3 cm diarios)

c) Retirándolos por completo de una vez

d) Las respuestas a) y b) son correctas

33. ¿Qué objetivos tienen los drenajes torácicos?

a) Restaurar la dinámica normal del tórax

b) Eliminar sangre, aire y/o líquidos acumulados

c) Reexpandir el pulmón colapsado

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

34. El Pleur-evac® presenta tres compartimentos. En el central, el sello de agua ha de estar:

a) Lleno

b) Vacío

c) Sobre la marca de 2 cm

d) Al 50% de su volumen

35. El punto de punción para el drenaje de un neumotórax es:

a) Punto medio clavicular

b) A nivel de segundo y tercer espacio intercostal

c) Por vía anterior

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

36. Señale la respuesta incorrecta. Los cuidados de enfermería de un paciente con Pleur-evac® son:

a) Mantener la asepsia de todo el material

b) Anotar cantidad y tipo de líquido drenado

c) Colocar el Pleur-evac® por encima del tubo de tórax

d) Cambiar el apósito cada 24 horas

37. La terminación "-pexia" se utiliza para referirse a:

a) Las operaciones que se realizan con el fin de fijar o suspender un órgano

b) Las intervenciones quirúrgicas tendentes a liberar un órgano de sus adherencias

c) La extirpación total o parcial de un órgano

d) La intervención que tienen como fin reparar o restaurar la estructura o la función de un órgano, estructura o sistema

38. ¿Qué aspecto no es correcto valorar en el paciente quirúrgico?

a) Conocimiento del paciente y disposición psicológica para la cirugía

b) Estado fisiológico

c) Capacidad de comunicación

d) Probabilidad de recuperación rápida

39. ¿Qué complicación, de las que se señalan a continuación, no es frecuente encontrar en el mantenimiento de la circulación en el postoperatorio inmediato?

a) Hipotensión

b) Arritmias Cardiacas

c) Hipoxemia e hipercapnia

d) Las respuestas a) y b) son correctas

40. Señale la respuesta incorrecta. Según Goldman, los factores de riesgo en el tromboembolismo son:

a) Edad > 30 años

b) Inmovilización

c) Antecedentes de tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa y varices en miembros inferiores

d) Alteraciones en la coagulación

41. ¿Cuánto tarda en recuperarse el tono urinario tras una intervención?

a) 6 – 8 horas

b) 12 – 24 horas

c) 10 – 20 horas

d) 54 – 48 horas

42. En el postoperatorio, el dolor suele ser máximo durante:

a) Las 6 a 8 horas posteriores a la intervención

b) Las 6 a 12 horas posteriores a la intervención

c) Las 12 a 36 horas posteriores a la intervención

d) Las 24 a 48 horas posteriores a la intervención

43. ¿Cuántas fases se distinguen en la anestesia general?

a) 1

b) 2

c) 3

d) 4

44. Cuando el paciente se coloca apoyado sobre la espalda con la cabeza en un plano inferior al de los pies, se encuentra en posición de:

a) Fowler

b) Roser

c) Trendelenburg

d) Sims

45. Para alcanzar la posición quirúrgica de litotomía, mientras se produce la inducción, el paciente se encuentra colocado en:

a) Decúbito lateral

b) Decúbito supino

c) Decúbito prono

d) Fowler

46. La posición en la cual el paciente yace boca abajo sobre el abdomen se denomina:

a) Decúbito supino

b) Trendelemburg

c) Decúbito prono

d) Fowler

47. Un paciente de cirugía de cráneo, se colocará preferentemente en posición de:

a) Decúbito prono

b) Decúbito supino

c) Trendelemburg

d) Fowler

48. ¿Dónde estriba la diferencia básica entre la posición de litotomía y la genupectoral?

a) Son radicalmente opuestas

b) En la primera el paciente se encuentra apoyado sobre su espalda y en la segunda sobre sus rodillas y su pecho

c) Ambas son iguales

d) En la primera el paciente se encuentra apoyado sobre su pecho y rodillas y en la segunda sobre espalda

49. La posición de Kraske es una posición en decúbito:

a) Lateral izquierdo

b) Dorsal

c) Supino

d) Las respuestas b) y c) son correctas

50. ¿Para qué se utiliza, fundamentalmente, la posición de salto de ángel?

a) Ginecología y obstetricia

b) En el momento del parto

c) En intervenciones proctológicas

d) Para facilitar el examen uretral con instrumentos

51. La posición de esgrima:

a) Es una posición eminentemente usada en cirugía de tórax

b) Es la posición oblicua anterior derecha para la visualización del esófago en radiología

c) Es una posición usada en proctología

d) Es una posición que se emplea en los partos complicados y cirugía obstétrica

52. Señale la respuesta correcta respecto a la posición de Azoulay:

a) Es la posición en decúbito supino con los brazos y piernas levantados para que aumente el retorno venoso y aumenten de intensidad los ruidos y soplos cardiacos

b) Se utiliza en intervenciones proctológicas

c) Se emplea para realizar exploraciones e intervenciones obstétricas

d) Se emplea en los partos difíciles durante la fase final de expulsión

53. La posición de rana es:

a) La posición dorsal en la que el paciente se encuentra con la cabeza colgando

b) La posición sentada en la que la cabeza y los brazos del paciente descansan en una mesa colocada sobre la cama o los brazos de un sillón

c) La posición en la que el paciente se encuentra tendido sobre la espalda con los muslos extendidos y las rodillas flexionadas

d) La posición de reposo en la que el paciente está en decúbito supino con las piernas ligeramente extendidas y flexionadas

54. Una gasa es un drenaje:

a) Activo
b) Aspirativo
c) Simple y pasivo
d) Simple y activo

55. Señale la respuesta incorrecta en relación con los drenajes:

a) Las gasas drenan por capilaridad
b) El Penrose sirve para lavado peritoneal
c) Los tubos de goma se utilizan para drenar cavidades profundas
d) Los tubos de silicona se utilizan para drenar cavidades profundas

56. La finalidad de un drenaje torácico no es:

a) Diagnosticar problemas pulmonares
b) Eliminar sangre, aire o líquidos acumulados
c) Restaurar la dinámica normal del tórax
d) Restaurar las presiones del espacio pleural

57. Señale la respuesta incorrecta respecto a los sistemas de drenaje:

a) Existen sistemas de drenaje torácico de una botella
b) Existen sistemas de drenaje torácico de dos botellas
c) Existen sistemas de drenaje torácico de tres botellas
d) Los sistemas de drenaje de dos botellas se llaman Pleur-evac®

58. ¿Para qué sirve la varilla hueca que se encuentra en el segundo frasco de aspiración de un sistema de drenaje de dos frascos?

a) Para controlar la presión de aspiración

b) Para controlar la cantidad de líquido drenado

c) Para eliminar los productos del drenaje

d) El segundo frasco no contiene ninguna varilla, solo contiene un tubo conectado al primer frasco y otro al sistema de aspiración

59. Señale la respuesta correcta respecto al intraoperatorio:

a) Comienza cuando se toma la decisión de someter al paciente a una intervención quirúrgica

b) Termina cuando el paciente se traslada a la mesa quirúrgica y finaliza cuando el paciente se recupera por completo del proceso quirúrgico

c) Se inicia con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica

d) Es la etapa en la que la enfermería explora e identifica los problemas potenciales que puedan surgir durante el proceso quirúrgico

60. En la preparación para la cirugía el ayuno:

a) Se inicia 12 horas antes de la intervención siempre y en todos los casos

b) Dependerá de si se trata de cirugía menor o mayor, pero siempre no menos de 4 horas

c) Debe iniciarse siempre, al menos, 8 horas antes de la intervención

d) Se inicia la noche anterior a la intervención

61. Señale la respuesta correcta respecto a la enfermería circulante:

a) Durante la cirugía, debe centrarse en asistir adecuadamente al equipo de cirujanos que realizan el acto quirúrgico

b) Antes de realizar el lavado quirúrgico, debe abrir los paquetes y cajas estériles, verificando la integridad de los mismos (rotura, humedad) y los testigos químicos

c) Proporciona al cirujano y ayudante todo lo necesario durante la intervención, controlando el campo quirúrgico (sangrados, necesidades imprevistas) y comprobando el instrumental y el material antes de entregarlo

d) Inicia su actividad antes de la llegada del paciente, pero también la desarrolla durante el acto quirúrgico y una vez ha finalizado este

62. Entre los primeros fármacos utilizados en anestesia local y regional encontramos:

a) Propofol

b) Isofluorano

c) Cocaína

d) Morfina

63. Entre las complicaciones posoperatorias más frecuentes encontramos:

a) Agitación

b) Hipertermia

c) Poliuria

d) Cefalea

64. De manera general, la ratio enfermera – paciente:

a) Siempre será constante

b) Estará determinada por el estado del paciente y el tipo de cirugía

c) Será 2:1

d) Estará determinado por el número de enfermeros disponibles

65. La continuidad de cuidados en el domicilio que se oferta por parte del Equipo de Atención Primaria incluye un contacto telefónico:

a) Antes de las 24 horas de estancia en el domicilio

b) Antes de las 48 horas de estancia en el domicilio

c) Antes de las 72 horas de estancia en el domicilio

d) Inmediatamente después de su llegada al domicilio

66. El Real Decreto por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud es:

a) Real Decreto 1993/2011, de 3 de septiembre

b) Real Decreto 193/2005, de 3 de octubre

c) Real Decreto 1023/2010, de 3 de noviembre

d) Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre

67. El mecanismo de inhibición espontánea de la hemorragia está compuesto de:

a) Una fase

b) Dos fases

c) Tres fases

d) Cuatro fases

68. Señale la respuesta incorrecta. Según la dirección respecto al eje mayor de la zona donde se asientan las heridas se pueden clasificar en:

a) Longitudinales

b) Transversales

c) Oblicuas

d) Estrelladas

69. Cuando la solución de continuidad llega hasta las paredes o vísceras huecas, la herida se llama:

a) Abrasión

b) Herida superficial

c) Herida abierta

d) Herida perforante

70. Señale la respuesta correcta en relación con las herida anguladas:

a) Son aquellas que son rectilíneas

b) En ellas se distinguen dos segmentos rectilíneos

c) Presentan varios trayectos rectilíneos que confluyen en un mismo punto

d) Son de orificio circular y diámetro reducido

71. Si el paciente lleva clavado un objeto:

a) Hay que sacarlo con rapidez

b) No debemos sacarlo y hay que intentar el traslado inmediato a un hospital

c) Debemos cubrir el objeto con un lienzo limpio

d) Las respuestas a) y c) son correctas

72. El vaso espasmo o arterioespasmo, que se produce para tratar de inhibir de modo espontáneo la hemorragia producida en una herida, es:

a) El proceso por el cual la capa más interna del vaso se enrolla hacia el interior, obstaculizando la salida de la sangre en forma de tapón

b) La capacidad de constricción de un vaso ante cualquier agresión externa

c) La trombosis de pared o trombo blanco

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

73. Señale la respuesta incorrecta. Según la clasificación por profundidad de las heridas, estas pueden ser:

a) Arañazo

b) Abrasión

c) Puntiforme

d) Herida por empalamiento

74. Una herida en la que predominan la longitud sobre la anchura y la profundidad se considera:

a) Herida punzante

b) Herida incisa

c) Herida contusa

d) Herida por empalamiento

75. En una herida la separación de los bordes es mayor cuanto más …… es el corte a las líneas de Langer:

a) Perpendicular

b) Paralela

c) Oblicua

d) Alejada

76. No constituye un fin perseguido con el tratamiento de las heridas:

a) Cohibir la hemorragia

b) Prevenir la infección

c) Obtener una cicatriz pequeña y fina

d) Movilizar adecuadamente la zona

77. Entre los signos indicadores de infección de una herida y que suponen la revisión de la misma, no es característico:

a) Fiebre séptica persistente

b) Dolor fijo y mantenido

c) Calor y tumor

d) Rubor

78. Ante una herida que presenta tumor con fluctuación y con ausencia de fiebre, pensaremos en:

a) Seroma

b) Infección

c) Hematoma

d) Las respuestas a) y c) son correctas

79. La abertura espontánea de la herida, que afecta a planos sub-aponeuróticos, y que conlleva la separación sea de los planos subcutáneos, generalmente peritoneo y aponeurosis, se denomina:

a) Dehiscencia

b) Eventración

c) Evisceración

d) Enucleación

80. Señale la respuesta incorrecta. Durante el proceso de cicatrización se producen los siguientes hechos:

a) Limpieza del foco traumático

b) Acumulación de material para la reparación

c) Formación del colágeno y disminución de la resistencia a la separación de los bordes de la herida

d) Epitelización precoz o tardía

81. La limpieza del foco traumático y acumulación de material para la reparación, ¿con qué fase se corresponde?

a) Fase inflamatoria

b) Fase de reparación

c) Epitelización de la herida

d) Fase de cornificación

82. Cuando la curación de una herida tiene lugar con los bordes separados, aunque progresivamente aproximados por la "contracción" del tejido de granulación, se denomina:

a) Curación "pre primam"

b) Curación por primera intención

c) Curación por segunda intención

d) Curación por tercera intención

83. Entre los cuidados de enfermería urgentes en las heridas torácicas, no se encuentra:

a) Sacar cualquier objeto enclavado con el fin de facilitar la cicatrización

b) Tapar rápidamente la herida con algún material que no transpire, a fin de evitar el colapso pulmonar

c) Después de practicar el tratamiento inicial, hay que colocar al accidentado en posición semisentado o reclinado sobre el lado afectado con la cabeza y los hombros levantados, en la posición que encuentre más alivio

d) Trasladar urgentemente a Centro Hospitalario mientras se controlan las constantes vitales

84. Entre los cuidados de enfermería urgentes de las heridas abdominales, incluimos:

a) Extraer cualquier objeto clavado con el fin de facilitar la cicatrización

b) Reintroducir las vísceras para minimizar el riesgo de infección

c) Tapar la herida con un trozo «grande» de tela limpia seca

d) No reintroducir las vísceras

85. El conjunto de manipulaciones que se realizan en una herida para obtener una buena cicatrización se denomina:

a) Sutura
b) Cura
c) Epitelización
d) Aproximación de bordes

86. No es un tipo de cura:

a) Cura plana, seca o séptica
b) Cura húmeda u oclusiva
c) Cura enzimática
d) Cura antiséptica

87. El shock se pone de manifiesto por cambios en los signos vitales, entre los que no se encuentra:

a) Hipotensión
b) Bradicardia
c) Oliguria
d) Palidez

88. Entre los principios importantes en el cuidado de las heridas, no destacamos:

a) Piel y mucosas albergan normalmente gérmenes
b) Los gérmenes se encuentran en el aire
c) La humedad dificulta el crecimiento de gérmenes
d) Los líquidos circulan hacia abajo como resultado de la gravedad

89. Tras lavar la herida, debemos lavar la zona circundante hasta cubrir una superficie de un diámetro aproximado de:

a) 1 cm

b) 5 cm

c) 10 cm

d) 20

90. Ante una herida penetrante de tórax la posición de traslado más adecuada es:

a) Decúbito supino

b) Decúbito lateral sobre el lado afecto

c) Decúbito lateral sobre el lado sano

d) Posición de semi- Fowler

91. ¿Por qué motivo las úlceras por presión tienen especial interés desde el punto de vista de los cuidados de enfermería?

a) Son prevenibles, aunque en un porcentaje inferior al 50%

b) Son prevenibles en pacientes mayores de 75 años

c) La práctica totalidad son prevenibles

d) A veces se pueden prevenir gracias a la utilización de almohadas antiescaras y medicamentos

92. La estructura de la piel consta de:

a) Tres capas superpuestas

b) Cuatro capas superpuestas

c) Cinco capas superpuestas

d) Dos capas superpuestas

93. Atendiendo a la etiología se describen cuatro factores para el deterioro de la integridad de la piel:

a) Presión, Pinzamiento, Cizallamiento y Humedad

b) Presión, Fricción y Humedad

c) Presión, Fricción, Cizallamiento, Humedad y Edad

d) Presión, Fricción, Cizallamiento y Humedad

94. Entre las Escalas de valoración del riesgo de padecer úlceras por presión tenemos:

a) Escala de Barthel

b) Escala de Pfeiffer

c) Escala de Widmer

d) Escala de Braden

95. La escala EMINA para la valoración del riesgo de padecer úlceras por presión contempla los siguientes factores de riesgo:

a) Estado mental, movilidad, respiración, nutrición y actividad

b) Estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad

c) Estado de movilidad, incontinencia, nutrición y actividad

d) Estado mental, movilidad, incontinencia y actividad

96. Un ITB entre 0.9 y 1.4 significa:

a) Enfermedad arterial obstructiva periférica leve

b) Enfermedad arterial obstructiva periférica moderada

c) Enfermedad arterial obstructiva periférica grave

d) Normalidad

97. Entre las medidas para el manejo de la presión como prevención de las úlceras por presión (NIC 3540), encontramos los cambios posturales, que deberán realizarse con una periodicidad que no exceda de:

a) Un hora

b) Tres horas

c) Dos horas

d) Cinco horas

98. En la prevención y abordaje de la infección bacteriana en úlcera por presión, el antibiótico local de elección ser:

a) La sulfadiazina argéntica

b) La nitrofurazona

c) La mupirocina

d) La clindamicina

99. Los tipos de desbridamiento recomendados en las ulceras neoplásicas son:

a) Desbridamiento enzimático y cortante

b) Desbridamiento autolítco y enzimático

c) Desbridamiento autolítco y cortante

d) Desbridamiento osmótico y enzimático

100. En el tratamiento local de la úlcera diabética, y tomando como referencia la severidad de la lesión según Wagner, ¿qué grados deben ser derivados a un centro hospitalario?

a) Los grados 3, 4 y 5

b) Los grados 1, 2 y 3

c) Los grados 4 y 5

d) Los grados 3 y 4

SOLUCIONES TEST 20

1. b) Preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio

La cirugía es una experiencia única de una alteración física planificada que incluye tres fases: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Al conjunto de estas tres fases se le denomina período perioperatorio.

2. c) Erradicar la enfermedad, reparando, sustituyendo o eliminando tejidos enfermos

La cirugía curativa se practica para erradicar la enfermedad, reparando, sustituyendo o eliminando tejidos enfermos

3. c) Informativa y aplicación del Plan de Cuidados Estandarizado

Teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo y de recursos, así como la escasa experiencia de los profesionales de enfermería implicados en el desarrollo de esta técnica de la entrevista, en estos momentos las de tipo informativa y aplicación del Plan de Cuidados Estandarizado son las más recomendables.

4. c) En ella se establece una relación meramente formal, abarcando el campo de los conocimientos deficientes

En la visita prequirúrgica informativa se establece una relación meramente formal, abarcando el campo de los conocimientos deficientes. No ha mostrado un efecto estadísticamente significativo sobre la ansiedad, pero sí sobre la calidad percibida y, por tanto, en la satisfacción de los usuarios.

5. b) Se elimina la sensibilidad de una región o de uno o varios miembros del cuerpo

En la anestesia locorregional se elimina la sensibilidad de una región o de uno o varios miembros del cuerpo.

6. c) Como mínimo 6 horas sin ingerir ningún tipo de alimento ni líquido, ni siquiera agua

Para realizar el ayuno es necesario estar como mínimo 6 horas sin ingerir ningún tipo de alimento ni líquido, ni siquiera agua. El motivo es prevenir la aspiración de contenido del estómago hacia los pulmones durante la anestesia. En la cirugía urgente esta norma no es siempre necesaria.

7. b) Se introduce el anestésico en las proximidades de la médula en el espacio epidural, sin perforar la duramadre

En la anestesia epidural se introduce el anestésico en las proximidades de la médula en el espacio epidural, sin perforar la duramadre.

8. a) Aumenta la producción de saliva

Con los fármacos anticolinérgicos, se produce una disminución de la salivación para evitar una broncorespiracion.

9. b) Ansiedad

Diagnósticos de enfermería en el preoperatorio: 00146 Ansiedad relacionada con falta de conocimientos sobre su intervención manifestada por sus propias palabras.

10. c) Los pacientes sometidos a anestesia general suelen ser extubados en reanimación por el anestesiólogo

Los pacientes sometidos a anestesia general suelen ser extubados en el mismo quirófano por el anestesiólogo. Este antes del traslado comprueba la permeabilidad de las vías respiratorias, aspira las secreciones nasofaríngeas y coloca un tubo de Mayo o Guedel para evitar desplazamientos de la lengua que pueden producir obstrucción de las vías respiratorias.

11. d) Enfermero circulante

Una de las labores del enfermero circulante es la de recibir al paciente comprobando su identificación y reuniendo la documentación y estudios complementarios requeridos.

12. d) Depende del protocolo del laboratorio

Las muestras deben de ser mantenidas según el protocolo del Servicio de Anatomía Patológica en cuestión.

13. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El objetivo del lavado de manos quirúrgico es reducir el riesgo de una contaminación microbiana, mantener al mínimo durante la intervención quirúrgica los gérmenes patógenos y reducir la flora bacteriana.

14. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Las características que debe reunir una mesa quirúrgica en el quirófano son: radiotransparente, confortable y de fácil limpieza.

15. c) Cirugía abdominal

La posición supina es la más utilizada. Sus indicaciones principales son: cirugía abdominal, cirugía vascular y cirugía de la cara.

16. c) Las respuestas a) y b) son correctas

Se parte de la posición decúbito supino y se inclina la mesa en sentido contrario del Trendelemburg, es decir, estando la cabeza más alta que los pies.

17. c) Lavado de manos de máximo 2 minutos

El instrumentista deberá llevar a cabo el arreglo de las uñas, que han de estar cortas y sin maquillar. Se ha de realizar un cepillado circular y descendente de las manos, siendo la duración del lavado de manos de 4 o 5 minutos.

18. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Se denomina Cirugía Mayor Ambulatoria a los procesos quirúrgicos realizados con anestesia general, regional, local o sedación, que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta en pocas horas después del procedimiento.

19. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El éxito de la Cirugía Mayor Ambulatoria está basado en: la correcta selección de los pacientes, la información oral y escrita, y la motivación de los profesionales.

20. c) Propofol

El propofol es el fármaco más empleado en la inducción anestésica por su rápido inicio de acción, su rápida recuperación y por la baja incidencia de efectos adversos en el postoperatorio, (efecto antiemético) Los avances de los últimos años impulsaron definitivamente la anestesia total intravenosa – TIVA con la introducción de dispositivos automatizados.

21. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Para que pueda ser incluido en Cirugía Mayor Ambulatoria, el paciente deberá:

- *Vivir acompañado o, en su defecto, disponer de familia o personas responsables.*
- *Ser autosuficiente.*
- *Su vivienda debe de estar situada a menos de 1 hora del centro hospitalario.*

22. a) Todas las respuestas anteriores son correctas

Actualmente, se usan una amplia variedad de fármacos, siendo los opioides, benzodiazepinas y el propofol los utilizados con mayor frecuencia.

23. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los requisitos a cumplir por el consentimiento informado son los siguientes:

- *Voluntariedad: el consentimiento no debe ser forzado.*
- *Información: se hará teniendo en cuenta las características del paciente y será la suficiente para que el paciente pueda tomar una decisión inteligente. Además, será comprensible y no sesgada.*
- *Capacidad: el paciente debe ser capaz para dar su consentimiento de comprender la situación a la que se enfrenta, las alternativas posibles de actuación con la consecución previsible de cada una de ellas, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea consecuente con la escala de valores.*

24. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Cuando los pacientes presentan lesiones susceptibles de Cirugía Menor Programada, se reflejará en su historia clínica, haciendo constar de manera expresa los siguientes apartados:

- *Anamnesis sobre alergias conocidas (anestésicos locales u otros) o intolerancia a medicamentos.*
- *No existencia de contraindicaciones.*
- *Diagnóstico clínico.*
- *Técnica de Cirugía Menor utilizada.*

25. d) Las respuestas a) y c) son correctas

Las suturas bien realizadas deben producir una ligera eversión de los bordes de la herida recién suturada. De no ser así, la tracción cicatricial posterior producirá una antiestética cicatriz invaginada. Para conseguirlo, la aguja de sutura debe entrar y salir de la piel en ángulo recto respecto a su superficie, recorriendo entre ambos puntos un trayecto interno circular mediante un giro de muñeca del cirujano.

26. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los objetivos quirúrgicos en la atención a heridas cutáneas son controlar la hemorragia, prevenir la infección y preservar la forma y la función de la zona lesionada. Ante todo, deben detectarse y tratarse en el paciente situaciones de riesgo vital, aparte de las heridas sufridas (alteración de conciencia, permeabilidad de la vía respiratoria, estabilidad hemodinámica, etc.).

27. a) Panadizo

El panadizo es la infección localizada del pulpejo del dedo, que produce un dolor más intenso por la acumulación purulenta en un espacio cerrado y tiene más complicaciones potenciales si se dejan evolucionar. En estos casos, es prioritario un drenaje quirúrgico precoz y un tratamiento antibiótico antiestafilocócico por vía oral.

28. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los bisturíes eléctricos transforman la energía eléctrica de la red (corriente alterna de alta frecuencia) en calor por la resistencia de los tejidos al paso de la corriente. Según la longitud de onda de la corriente, se consiguen diferentes aplicaciones: destruir lesiones superficiales (electrodesecación), realizar hemostasia de tejidos sangrantes (electrocoagulación) y cortar lesiones sobreelevadas o pediculadas en la superficie cutánea (electrosección).

29. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

*Las indicaciones del uso de una sutura continua son***:**

- *Heridas largas, rectilíneas.*
- *Zonas que no están sometidas a tensión.*
- *Zonas donde la estética es primordial (la forma continua intradérmica).*

30. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Las indicaciones que tienen los drenajes quirúrgicos son el drenaje diagnóstico y/o terapéutico, así como el profiláctico y el curativo.

31. c) Redón

El drenaje de Redón se realiza porque es un buen sistema para evitar el acumulo de líquido hemático (con sangre), infecciones, pus, etc. que pueden dificultar la cicatrización normal, o dar lugar a una infección grave que ponga en peligro el éxito de la cirugía.

32. d) Las respuestas a) y b) son correctas

Para la retirada de los drenajes denominados comúnmente de teja o Penrose se ha de utilizar técnica aséptica, al igual que en el resto de drenajes, pero en estos específicamente se ha de tener especial cuidado en no retirarlos de una sola vez (1 a 3 cm/día), para favorecer la cicatrización de los tejidos y evitando la formación de fístulas.

33. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los objetivos que tienen los drenajes torácicos son: restaurar la dinámica normal del tórax, restaurando también las presiones del espacio pleural, eliminar sangre, aire y/o líquidos acumulados y reexpandir el pulmón colapsado.

34. c) Sobre la marca de 2 cm

El compartimento central es una cámara con sello de agua y dicho nivel está normalizado (2 cm de agua), encontrándose marcado en el fondo de dicha cámara. Si este nivel fuese superior, se necesitaría mayor presión de aspiración.

35. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La vía anterior (medioclavicular) se corresponde con el segundo o tercer espacio intercostal y se utiliza, principalmente, para el neumotórax.

36. c) Colocar el Pleur-evac® por encima del tubo

Cuando el paciente presenta un Pleur-evac®, el recipiente debe estar siempre por debajo del nivel del tórax del paciente y, si es necesario mover el recipiente, o si hay que trasladar al enfermo, será necesario clampar el drenaje con pinzas de Kocher lo más cerca posible del tórax del paciente.

37. a) Las operaciones que se realizan con el fin de fijar o suspender un órgano

La terminación "-pexia" es aquella terminación que se utiliza para referirse a las operaciones que se realizan para fijar o suspender un órgano. Por ejemplo, nefropexia.

38. d) Probabilidad de recuperación rápida

En la valoración del paciente quirúrgico, deberemos evaluar:

- *Conocimiento del paciente*
- *Disposición psicológica para la cirugía*
- *Estado fisiológico*
- *Capacidad de comunicación*
- *Oxigenación*
- *Nutrición*
- *Eliminación*
- *Actividad*

39. c) Hipoxemia e hipercapnia

En el postoperatorio es importante el mantenimiento de la circulación. La hipotensión y las arritmias son las complicaciones cardiovasculares más frecuentes. El diagnóstico precoz de las mismas, antes de que sean suficientemente graves como para disminuir el gasto cardiaco, depende de una valoración frecuente de los signos vitales del paciente.

40. a) Edad > 30 años

Los factores de riesgo (Goldman, 1977) son:

- *Tipo de cirugía*
- *Insuficiencia cardiaca congestiva*
- *Obesidad*
- *Edad > 40 años*

- *Inmovilización*
- *Neoplasias*
- *Antecedentes de tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa*
- *Varices en miembros inferiores*
- *Anticonceptivos*
- *Alteraciones en la coagulación*

41. a) 6 – 8 horas

Los anestésicos deprimen temporalmente el tono urinario de la vejiga, que suele recuperarse a las seis u ocho horas después de la intervención, y del intestino, que se restaura incluso días después.

42. c) Las 12 a 36 horas posteriores a la intervención

El dolor suele ser máximo durante las 12 a 36 horas posteriores a la intervención y disminuye el segundo o tercer día. Los analgésicos se suelen administrar durante, 3 o 4 horas el primer día y, a partir del tercer día, la mayor parte de los pacientes solo necesitan analgésicos orales o ningún tipo de analgésicos.

43. d) 4

En la anestesia general, se distinguen 4 fases:

- *Preanestesia*
- *Inducción anestésica*
- *Mantenimiento de la anestesia*
- *Reanimación - Recuperación*

44. c) Trendelenburg

En la posición de Trendelenburg, el paciente se coloca apoyado sobre la espalda. La mesa es basculada en dirección craneocaudal, consiguiendo que su cabeza se encuentre en un plano inferior a los pies. Para evitar el deslizamiento del paciente sobre la mesa del quirófano se coloca como sujeción una o dos hombreras acolchadas en el hueco hombro-cuello.

45. b) Decúbito supino

En posición de litotomía (dorso-sacra), el paciente está en posición supina mientras la inducción, con los glúteos cerca del doblez inferior de la mesa de operaciones. Cuando el paciente está dormido se procede a colocar las piernas en los soportes laterales (perneras) y atarlas con unas correas.

46. c) Decúbito prono

En la posición decúbito prono puro, el paciente se coloca boca abajo sobre el vientre, de modo que su tórax quede libre entre almohadas para facilitar la respiración. La cabeza de lado, sobre almohadas. Los brazos hacia los lados. Pondremos una almohada bajo los tobillos para flexionar un poco las piernas e impedir la hiperextensión de las rodillas. La colocación se hace después de anestesiado el paciente, volteándose en bloque.

47. a) Decúbito prono

En la posición decúbito prono puro, el paciente se coloca boca abajo sobre el vientre, de modo que su tórax quede libre entre almohadas para facilitar la respiración. La cabeza de lado, sobre almohadas. Los brazos hacia los lados. Pondremos una almohada bajo los tobillos para flexionar un poco las piernas e impedir la hiperextensión de las rodillas. La colocación se hace después de anestesiado el paciente, volteándose en bloque. Se colocan en esta posición los pacientes que van a tener cirugía en la parte posterior del cuerpo como intervenciones de columna, como por ejemplo, craneotomías posteriores y hueco poplíteo.

48. b) En la primera el paciente se encuentra apoyado sobre su espalda y en la segunda sobre sus rodillas y su pecho

En la posición de litotomía (dorso-sacra), el paciente está en posición supina mientras la inducción, con los glúteos cerca del doblez inferior de la mesa de operaciones. Cuando el paciente está dormido se procede a colocar las piernas en los soportes laterales (perneras) y atarlas con unas correas.

Mientras, en posición genupectoral, el paciente adopta una posición prona en la que el cuerpo descansa sobre las rodillas y el pecho.

49. d) Las respuestas b) y c) son correctas

En la posición de Kraske, el enfermo se encuentra en decúbito supino o dorsal con el periné elevado mediante un soporte.

50. d) Para facilitar el examen uretral con instrumentos

La posición de salto de ángel es aquella posición decúbito dorsal con los hombros elevados y los muslos formando un ángulo recto con el abdomen. Se emplea para facilitar el examen uretral con instrumentos.

51. b) Es la posición oblicua anterior derecha para la visualización del esófago en radiología

La posición de esgrima es la posición oblicua anterior derecha para la visualización radiográfica del esófago.

52. a) Es la posición en decúbito supino con los brazos y piernas levantados para que aumente el retorno venoso y aumenten de intensidad los ruidos y soplos cardiacos

La posición de Azoulay es la posición en decúbito supino con los brazos y piernas levantados para que aumente el retorno venoso y suban de intensidad los ruidos y soplos cardiacos.

53. c) La posición en la que el paciente se encuentra tendido sobre la espalda con los muslos extendidos y las rodillas flexionadas

La posición de rana es la posición en la que el paciente se encuentra tendido sobre la espalda con los muslos extendidos y las rodillas flexionadas.

54. c) Simple y pasivo

Los drenajes simples o pasivos (no aspirativos) son los más empleados para la evacuación de líquidos en heridas cutáneas o para el control de líquidos postoperatorios quirúrgicos. Los líquidos pasan del lugar donde se acumulan al exterior por medio de la capilaridad y ayudados por la gravedad, es conveniente un desnivel entre la herida y el sistema colector (bolsa, apósito, frasco...) para que la gravedad ayude al drenaje de los tejidos. Las gasas son un ejemplo de este tipo de drenaje.

55. b) El Penrose sirve para lavado peritoneal

El drenaje de Penrose es un tubo de caucho, delgado y aplanado, que se coloca a través de una abertura cutánea y actúa por capilaridad. Se coloca al finalizar la intervención quirúrgica, antes de cerrar la pared, a través de una pequeña incisión y se asegura mediante un punto de sutura. Una vez terminada la cirugía se puede colocar una bolsa de colostomía para recoger las secreciones.

56. a) Diagnosticar problemas pulmonares

Los objetivos de los drenajes torácicos son:

- *Restaurar la dinámica normal del tórax, restaurando también las presiones del espacio pleural.*
- *Eliminar sangre, aire yo líquidos acumulados.*
- *Reexpandir el pulmón colapsado.*

57. d) Los sistemas de drenaje de dos botellas se llaman Pleur-evac®

El drenaje torácico de tres frascos es igual al de dos botellas, pero colocando un tercer frasco como sello de agua, independiente del frasco de drenaje y del frasco de aspiración. Es el tipo de drenaje denominado Pleurevac ®.

58. a) Para controlar la presión de aspiración

El segundo frasco está conectado a través de un primer tubo con el frasco drenaje del paciente, y un segundo tubo que lo conecta al aspirador. El tercer tubo es una varilla hueca que, según el nivel, se introduce dentro del líquido que contiene el frasco (sello de agua), y aumenta o disminuye la presión de aspiración. A través de esta varilla, controlamos la presión de aspiración sobre la pleura del paciente.

59. c) Se inicia con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica

El intraoperatorio se inicia con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica. Los cuidados ahora se centran en cubrir sus necesidades y procurar su bienestar durante todo el proceso. En esta fase el profesional enfermero ha de realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico. Esta etapa finaliza cuando se admite al enfermo en la sala de recuperación.

60. d) Se inicia la noche anterior a la intervención

El ayuno se inicia la noche anterior a la intervención, dado que es necesario estar como mínimo 6 horas sin ingerir ningún tipo de alimento ni líquido, ni siquiera agua.

61. d) Inicia su actividad antes de la llegada del paciente, pero también la desarrolla durante el acto quirúrgico y una vez ha finalizado este

La enfermería circulante controla y coordina todas las actividades dentro del quirófano y vigila los cuidados requeridos por cada paciente. Inicia su actividad antes de la llegada del paciente y se desarrolla también durante el acto quirúrgico y una vez ha finalizado este.

62. c) Cocaína

La cocaína puede decirse que fue el primer anestésico local de la medicina moderna, siendo utilizado en técnicas oftalmológicas y odontológicas.

63. a) Agitación

Entre las complicaciones postanestésicas más frecuentes encontramos:

- *Respiratorias*
- *Circulatorias*
- *Dolor*
- *Agitación*
- *Hipotermia y temblor*
- *Náuseas y vómitos*
- *Oliguria*
- *Sangrado*

64. b) Estará determinada por el estado del paciente y el tipo de cirugía

La ratio enfermera/paciente se determinará en función del estado del paciente y el tipo de intervención que se le haya practicado.

65. a) Antes de las 24 horas de estancia en el domicilio

La continuidad de cuidados en el domicilio que se oferta por parte del Equipo de Atención Primaria a personas en situación de fragilidad, cuya necesidad de continuidad asistencial deriva del motivo de ingreso en un centro hospitalario y el hospital informa sobre las necesidades asistenciales de las mismas e incluye varios servicios. Entre ellos, preferentemente, se realizará un contacto telefónico antes de las 24 horas de estancia en el domicilio.

66. d) Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre

La norma es el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

67. c) Tres fases

El mecanismo de inhibición espontánea de la hemorragia está compuesto de tres fases.

- *Cuando un vaso comienza a verter sangre al exterior, la capa más interna del vaso se enrolla hacia el interior, obstaculizando la salida de la sangre en forma de tapón.*
- *Aparece el vaso espasmo o arterioespasmo, que es la capacidad de constricción de un vaso ante cualquier agresión externa.*
- *Se realiza la trombosis de pared o trombo blanco. Se produce cuando el vaso tiene una lesión parietal. Es adherente a la pared e influye en la detención de la hemorragia. Predominan en su composición glóbulos blancos y plaquetas.*

68. d) Estrelladas

Según la dirección respecto al eje mayor de la zona donde se asientan

- *Longitudinales*
- *Transversales*
- *Oblicuas*
- *Espiroideas*

69. d) Herida perforante

Una herida es perforante cuando la solución de continuidad llega hasta las paredes o vísceras huecas.

70. b) En ellas se distinguen dos segmentos rectilíneos

Una herida es angulada cuando se distinguen dos segmentos rectilíneos.

71. b) No debemos sacarlo y hay que intentar el traslado inmediato a un hospital

Si el paciente lleva clavado un objeto, no lo sacaremos, pues podría aumentar el sangrado. Debemos proceder a su traslado a un centro hospitalario.

72. b) La capacidad de constricción de un vaso ante cualquier agresión externa

Si aparece el vaso espasmo o arterioespasmo, tendremos presente que es la capacidad de constricción de un vaso ante cualquier agresión externa.

73. c) Puntiforme

Según la profundidad de la herida, distinguiremos:

- *Arañazo. Produce una solución de continuidad solo en la epidermis.*
- *Abrasión. Se produce además pérdida de sustancia. La piel que sufrió abrasión se protegerá del sol durante seis meses para evitar hiperpigmentación permanente.*
- *Herida superficial. La solución de continuidad llega hasta el tejido celular subcutáneo.*
- *Herida abierta. La solución de continuidad afecta al tejido óseo.*
- *Herida perforante. La solución de continuidad llega hasta las paredes o vísceras huecas.*
- *Heridas por empalamiento. Cuando el agente traumático se introduce por un orificio natural. No manipular objetos empalados.*

74. b) Herida incisa

En las heridas incisas, predominan la longitud sobre la anchura y la profundidad. Son producidas por agentes de hoja afilada o muy cortantes, teniendo en la mayoría de los casos bordes limpios con mínima desvitalización de tejidos.

75. a) Perpendicular

La separación de los bordes es mayor cuanto más perpendicular es el corte a las líneas de Langer. En líneas generales, debido a la limpieza de los bordes y al hecho de ser las que más sangran (limpiando de dentro a fuera), son las que menor riesgo de infección tienen.

76. d) Movilizar adecuadamente la zona

Los fines que perseguimos con el tratamiento de las heridas son:

- *Cohibir la hemorragia (prevenir el shock)*
- *Prevenir la infección (medidas asépticas)*

- *Acortar el tiempo de curación.*
- *Obtener una cicatriz pequeña y fina.*
- *Inmovilizar adecuadamente la zona.*
- *Proporcionar comodidad física y psicológica al paciente.*

77. b) Dolor fijo y mantenido

Entre los signos indicadores de infección y que suponen la revisión de la misma figuran:

- *Fiebre séptica persistente (fiebre en agujas).*
- *Dolor pulsátil en la herida.*
- *Rubor*
- *Calor, se aprecia sobre todo en relación a otra zona.*
- *Tumor, sensación de abultamiento en la zona el paciente nota como peso en la herida. Fluctuación o sensación de oleada que se percibe entre las yemas de los dedos.*
- *Impotencia funcional.*

78. d) Las respuestas a) y c) son correctas

Los seromas y hematomas se diferencian de la infección en que habitualmente no existe fiebre o muy poca, solo tumor con fluctuación y el líquido es seroso o hemático, cuando no serosanguinolento.

79. b) Eventración

Dehiscencia de la herida son las aberturas espontáneas de la herida y pueden ser: de planos supraaponeuróticos o de planos subaponeuróticos.

80. c) Formación del colágeno y disminución de la resistencia a la separación de los bordes de la herida

Durante el proceso de cicatrización y de forma secuencial se producen los siguientes hechos:

- *Limpieza del foco traumático y acumulación de material para la reparación.*
- *Formación del colágeno y aumento de la resistencia a la separación de los bordes de la herida.*
- *Epitelización precoz o tardía, dependiendo de si la herida está cerrada (cierre por primera intención) o abierta (por segunda intención).*

81. a) Fase inflamatoria

La limpieza del foco traumático y acumulación de material para la reparación se corresponde con la fase inflamatoria.

82. c) Curación por segunda intención

La curación por segunda intención se produce cuando la curación tiene lugar con los bordes separados, aunque progresivamente aproximados por la "contracción" del tejido de granulación, que rellenará el defecto, todo el proceso se desarrolla a la vista hasta que, más tarde, el epitelio recubre el tejido que ha rellenado la pérdida de sustancia; a este modo de curación se le denomina secundaria o por segunda intención. Es más lenta y deja más secuelas. Este tejido de granulación es rojo, sangrante, y está constituido por tejido vascular y conjuntivo.

83. a) Sacar cualquier objeto enclavado con el fin de facilitar la cicatrización

No debemos nunca sacar ningún objeto enclavado.

84. d) No reintroducir las vísceras

Entre los cuidados de enfermería urgentes de las heridas abdominales encontramos:

- *No extraer ningún objeto clavado.*
- *No reintroducir las vísceras.*
- *No dar nada por vía oral (agua...).*
- *Tapar la herida con un trozo «grande» de tela limpia humedecida. NO utilizar gasas pequeñas, pues se pueden introducir en el abdomen.*
- *Abrigar al herido.*
- *Trasladarlo urgentemente en posición de decúbito supino con las piernas flexionadas.*
- *Controlar constantemente los signos vitales.*

85. b) Cura

La cura es el conjunto de manipulaciones que se realizan en una herida para obtener una buena cicatrización. La cura de las heridas, en general, tiene por finalidad impedir la infección, o bien, cuando están infectadas, reducir en lo posible los gérmenes ya existentes en las mismas, ayudando a la fase desasimilativa.

86. a) Cura plana, seca o séptica

Son tipos de cura:

- *Cura plana, seca o aséptica*
- *Cura húmeda u oclusiva*
- *Cura enzimática*
- *Cura antiséptica*
- *Cura aérea*
- *Friedrich*

87. a) Bradicardia

El shock se pone de manifiesto por cambios en los signos vitales, como:

- *Hipotensión*
- *Taquicardia*
- *Oliguria*
- *Sudoración*
- *Palidez*
- *Intranquilidad*

88. c) La humedad dificulta el crecimiento de gérmenes

Son principios importantes en el cuidado de las heridas los siguientes:

- *Piel y mucosas albergan normalmente gérmenes.*
- *Los gérmenes se encuentran en el aire*
- *La humedad facilita el crecimiento de gérmenes.*
- *Los líquidos circulan hacia abajo como resultado de la gravedad.*
- *Las vías respiratorias albergan con frecuencia gérmenes que pueden pasar hacia las heridas abiertas.*
- *La sangre transporta los materiales que nutren y reparan los tejidos corporales.*
- *La piel y las mucosas suelen ser lesionadas por agentes químicos, mecánicos, térmicos y microbianos.*
- *Los líquidos se mueven hacia los materiales por acción capilar.*

89. b) 5 cm

Después de lavar la herida, hay que lavar la zona circundante hasta cubrir una superficie con diámetro de 5 cm aproximadamente.

90. d) Posición de semi-Fowler

Después de hacer el tratamiento inicial, hay que colocar al accidentado en posición semisentado o reclinado sobre el lado afectado con la cabeza y los hombros levantados, en la posición que encuentre más alivio, esto es, en posición semi-Fowler.

91. c) La práctica totalidad son prevenibles

La práctica totalidad son prevenibles y, por tanto, su aparición puede considerarse como resultado de unos cuidados de prevención deficientes o, como mínimo, insuficientes.

92. a) Tres capas superpuestas

La estructura de la piel consta de tres capas superpuestas:

- *La hipodermis, que se encuentra debajo de la dermis, es un tejido graso. Se trata de un depósito importante de energía para el cuerpo.*
- *La dermis, que es un tejido que contiene los vasos sanguíneos, muchas células inmunológicas, glándulas sudoríparas, folículos sebáceos, receptores sensoriales, que reaccionan a la presión o la temperatura, el dolor y las terminaciones nerviosas sensibles.*
- *La epidermis, que es el estrato superior de la piel y es esencialmente un tejido compuesto de queratinocitos, a medida que envejecen…*

93. d) Presión, Fricción, Cizallamiento y Humedad

Atendiendo a la etiología se describen cuatro factores para el deterioro de la integridad de la piel:

- *Presión: es la fuerza que actúa perpendicularmente a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento del tejido entre dos planos, uno perteneciente al paciente (huesos) y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).*
- *Fricción: es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.*
- *Cizallamiento: combina los efectos de presión y fricción.*
- *Humedad: puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración.*

94. d) Escala de Braden

La Escala de Braden consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices. Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma.

95. b) Estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad

La Escala EMINA contempla cinco factores de riesgo: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad, puntuados de 0 a 3 cada uno de ellos. Con la primera letra de cada factor se le ha dado nombre a la escala (EMINA).

96. d) Normalidad

Tendremos los siguientes valores:

0,9-1,4 Normal

0,7-0,9 Enfermedad arterial obstructiva periférica leve

0,5-0,7 Enfermedad arterial obstructiva periférica moderada

<0,5 Enfermedad arterial obstructiva periférica grave

>1,4 Calcificación arterial, indica alto riesgo cardiovascular

97. c) Dos horas

El periodo de tiempo entre cada cambio no debe exceder, generalmente, de dos horas

98. a) La sulfadiazina argéntica

Como norma, se inicia el tratamiento con productos específicos para el manejo de la carga bacteriana. Se considera que el tiempo necesario para descontaminar una herida oscila entre 2 y 4 semanas de tratamiento. Si después de estas 2-4 semanas no se objetiva mejoría debemos iniciar el tratamiento antibiótico local. El antibiótico local de elección será la sulfadiazina argéntica. Los antibióticos sistémicos utilizados tópicamente pueden producir resistencias cruzadas, por lo que su uso local está contraindicado.

99. b) Desbridamiento autolítco y enzimático

La limpieza de las úlceras neoplásicas se realizará de forma cuidadosa, retirando suavemente los apósitos. Evitar la fricción mecánica de la herida. Practicaremos el desbridamiento autolítco con hidrogeles de estructura amorfa y enzimático (cortante contraindicado).

100. a) Los grados 3, 4 y 5

Según Wagner, los grados 0, 1 y 2 pueden ser tratados ambulatoriamente y los Grados 3, 4 y 5 deben ser derivados a un centro hospitalario.

TEST 21

Actuaciones de enfermería en hospitalización. Procedimientos y técnicas más frecuentes. Alimentación y Nutrición. Valoración nutricional de las personas en el ciclo vital. Nutrición aplicada y dietoterapia. Conducta alimentaria saludable. Valoración y cuidados de enfermería en personas con nutrición enteral y parenteral. Técnicas de administración. Protocolos de actuación

1. El proceso educable, mediante el cual aportamos a nuestro organismo una serie de nutrientes necesarios para el crecimiento, renovación de estructuras y, por lo tanto, para obtener un buen estado de salud, recibe el nombre de:

a) Metabolismo

b) Ingestión

c) Nutrición

d) Alimentación

2. ¿Qué procesos de los siguientes es involuntario?

a) La nutrición

b) La alimentación

c) La ingestión

d) El metabolismo

3. ¿Qué es una kilocaloría?

a) La cantidad de energía necesaria para elevar un grado Celsius, la temperatura de un litro de agua

b) Cantidad de calor necesaria para elevar 1 °F la temperatura de un litro de agua

c) La cantidad de energía calórica necesaria para elevar 1 °C la temperatura de un gramo de agua

d) Cantidad de calor que necesitamos para aumentar 1 °F la temperatura de un gramo de agua

4. ¿Qué característica de las siguientes no incluye sobre el aumento o disminución de energía en nuestra alimentación

a) La raza

b) La edad

c) El peso y constitución física

d) La actividad física

5. El metabolismo basal hace referencia a la cantidad de energía necesaria para el mantenimiento de nuestras funciones fisiológicas, pero ¿en qué condiciones se mide el metabolismo basal?

a) En reposo y despierto

b) Estando el individuo despierto

c) Dormido

d) Durante la actividad diaria habitual

6. ¿A partir de qué edad se recomienda comenzar a disminuir las necesidades energéticas de una persona?

a) Treinta años

b) Cuarenta años

c) Cincuenta años

d) Sesenta años

7. ¿Qué nutrientes son necesarios para construir y mantener los tejidos corporales?

a) Las vitaminas y el calcio

b) Las proteínas y los hidratos de carbono

c) Las vitaminas y las proteínas

d) El calcio y las proteínas

8. ¿Qué alimento de los siguientes puede ser utilizado como combustible por nuestro organismo?

a) El pescado

b) La teche

c) El pan

d) Las frutas y verduras

9. ¿Qué nutriente de los siguientes es inorgánico?

a) Agua

b) Proteínas

c) Vitaminas

d) Lípidos

10. ¿Cómo se llaman las sustancias que no pueden ser sintetizadas por el organismo y que deben aportarse obligatoriamente en los alimentos?

a) Nutrientes esenciales

b) Alimentos reguladores

c) Alimentos esenciales

d) Nutrientes reguladores

11. ¿Qué dos sustancias aportan energía a nuestro organismo?

a) Los hidratos de carbono y las grasas

b) Las carnes y los pescados

c) Las grasas y las carnes

d) La vitaminas y las grasas

12. ¿A qué grupo pertenece la leche?

a) Al grupo de los alimentos plásticos

b) Al grupo de los alimentos reguladores

c) Al grupo de los alimentos esenciales

d) Al grupo de alimentos energéticos

13. ¿Qué nombre reciben las proteínas de la leche?

a) Lactosas

b) Sacarosas

c) Celulosas

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

14. ¿Cuál de los siguientes alimentos no pertenece a los llamados "alimentos energéticos"?:

a) El pan

b) El azúcar

c) El arroz

d) La carne

15. No es un alimento "regulador" de los procesos metabólicos:

a) Las carnes

b) Las frutas

c) Las verduras

d) Las hortalizas

16. ¿Cuál es el elemento químico más representativo de la leche?

a) La vitamina A

b) La vitamina D

c) El calcio

d) Las proteínas

17. ¿Cuál es la vitamina principal que aporta la leche?

a) Vitamina A

b) Vitamina B

c) Vitamina D

d) Vitamina K

18. ¿Qué alimento de los siguientes, pertenecientes al grupo de la leche, contiene menos hidratos de carbono?

a) La leche fresca

b) La teche desnatada

c) El yogur

d) El queso

19. ¿Qué nutriente es más difícil encontrar en las carnes?

a) Vitaminas liposolubles

b) Vitaminas hidrosolubles

c) Minerales

d) Grasas

20. Desde el punto de vista nutritivo, ¿qué diferencia existe entre el pescado y las carnes?

a) Las carnes poseen grasas insaturadas y los pescados, grasas saturadas

b) Los pescados poseen mayor cantidad de proteínas

c) Las grasas de las carnes son saturadas y las de los pescados poliinsaturadas

d) Las carnes tienen vitaminas hidrosolubles y los pescados vitaminas liposolubles

21. En los huevos, los lípidos están:

a) En la yema

b) En la clara

c) En la clara y en la yema

d) Loa huevos no tienen lípidos

22. De los siguientes nutrientes, ¿cuál no se encuentra en los tubérculos?

a) El agua

b) Los lípidos

c) Los hidratos de carbono

d) Las proteínas

23. ¿Qué alimento de los que se citan contiene menos hidratos de carbono?

a) Las patatas

b) Los tomates

c) Las manzanas

d) Los garbanzos

24. ¿Cómo se llama el hidrato de carbono contenido en vegetales, verduras y cereales?

a) Celulosa

b) Almidón

c) Glucógeno

d) Fructosa

25. ¿Cuál es el principal nutriente de los cereales?

a) Las proteínas

b) El agua

c) Los hidratos de carbono

d) Minerales

26. Del total de calorías de la dieta, ¿qué porcentaje aproximado corresponde a las grasas?

a) 5 – 10 %

b) 15 – 20 %

c) 20 – 30 %

d) 50 – 60 %

27. ¿Qué característica no es propia de las grasas?

a) Prolongan el proceso de digestión

b) Transportan vitaminas hidrosolubles

c) Almacenan gran cantidad de energía

d) Transportan vitaminas liposolubles

28. Un gramo de hidratos de carbono equivale, aproximadamente, a:

a) Una kilocaloría

b) Cuatro kilocalorías

c) Nueve kilocalorías

d) Cincuenta y cinco a sesenta kilocalorías

29. ¿Qué nutriente contiene mayor cantidad de aminoácidos esenciales?

a) Las gasas animales

b) Las proteínas vegetales

c) Los aceites vegetales

d) Las proteínas animales

30. No es propio de los lípidos:

a) Ser vehículo de vitaminas liposolubles

b) Disminuir el proceso de digestión aumentando la secreción de ácido clorhídrico

c) Aumentar el proceso de digestión disminuyendo las secreciones de ácido clorhídrico

d) Ser la reserva energética más importante en el organismo

31. ¿Qué vitamina no es liposoluble?

a) Vitamina C
b) Vitamina D
c) Vitamina A
d) Vitamina K

32. ¿Cuál es el nutriente esencial del sistema nervioso?

a) Los hidratos de carbono
b) Las proteínas
c) Las vitaminas
d) Las grasas

33. No es, o no son monosacáridos:

a) La glucosa
b) La fructosa
c) La lactosa
d) La galactosa

34. Es un disacárido:

a) La galactosa
b) La sacarosa
c) La fructosa
d) El almidón

35. No es un polisacárido:

a) El almidón
b) La maltosa
c) El glucógeno
d) La celulosa

36. ¿Qué hidrato de carbono representa la principal reserva de glucosa de los vegetales?

a) El almidón
b) La dextrosa
c) La fructosa
d) El glucógeno

37. ¿Qué hidrato de carbono no es digerible por la especie humana?

a) El almidón
b) La celulosa
c) La sacarosa
d) La lactosa

38. La carencia de qué vitamina acarrea problemas de visión:

a) Vitamina D
b) Vitamina A
c) Vitamina K
d) Vitamina B

39. No es una vitamina hidrosoluble:

a) La vitamina K

b) La vitamina C

c) La vitamina B1

d) La vitamina B12

40. ¿Qué otro nombre recibe la vitamina C?

a) Ácido pantoténico

b) Ácido ascórbico

c) Ácido nicotínico

d) Calciferol

41. ¿Qué vitaminas se absorben y eliminan con facilidad, no existiendo depósitos en nuestro organismo?

a) La vitaminas A y D

b) Las vitaminas B, y C

c) Las vitaminas A y C

d) Las vitaminas B12 y C

42. Señale aquella vitamina considerada como antioxidante biológico:

a) Vitamina A

b) Vitamina C

c) Vitamina D

d) Vitamina E

43. Cien gramos de hidratos de carbono contienen:

a) 100 calorías

b) 200 kilocalorías

c) 400 kilocalorías

d) 500 calorías

44. Cien gramos de proteínas contienen:

a) 400 kilocalorías

b) 100 calorías

c) 900 kilocalorías

d) 100 kilocalorías

45. Cien gramos de lípidos contienen:

a) 900 kilocalorías

b) 200 calorías

c) 400 kilocalorías

d) 400 calorías

46. ¿Qué dieta está indicada en un postoperatorio inmediato?

a) Absoluta

b) Líquida

c) Semiblanda

d) Blanda

47. En una dieta hipocalórica no deben darse:

a) Alimentos pobres en calorías

b) Hidratos de carbono

c) Alimentos pobres en fibra

d) Leche, carne o pescado

48. En una dieta hipocalórica:

a) Debe haber una reducción importante de grasas

b) Se recomiendan una o dos comidas al día

c) Deben disminuirse en igual proporción las grasas y los hidratos de carbono

d) Han de evitarse los alimentos ricos en fibra

49. ¿Qué número de tomas se consideran apropiadas para una dieta hipocalórica?

a) Una toma al día

b) Tres tomas al día

c) Cinco o seis tomas al día

d) El mismo número de tomas que se realizaban antes de comenzar la dieta

50. Ante una alteración de la vesícula biliar, la dieta a elegir será:

a) Una dieta hipoproteica

b) Dieta pobre en grasas

c) Dieta pobre en hidratos de carbono

d) Dieta pobre en sodio

51. ¿Qué alimento suprimirías en una dieta de protección biliar?

a) Tortilla

b) Cereales

c) Verduras

d) Embutidos

52. ¿Qué número de comidas es recomendable en una dieta de protección gástrica?

a) Cinco o seis tomas al día

b) Una toma al día

c) Tres tomas al día

d) El mismo número de tomas que realizaba antes de tener el problema gástrico

53. En una dieta pobre en residuos debemos dar:

a) Legumbres

b) Verduras y frutas

c) Hortalizas

d) Arroz y pastas

54. En una dieta laxante debemos dar:

a) Verduras y hortalizas

b) Arroz y legumbres

c) Pastas y verduras

d) Arroz y pastas

55. ¿En qué dieta suelen estar indicados los fritos, salsas y guisados?

a) Dieta hiperproteica

b) Dieta hipercalórica

c) Dieta con abundantes residuos

d) Dieta astringente

56. ¿Qué alteración o enfermedad puede estar padeciendo un paciente al que le prescriben una dieta pobre en purinas?

a) Ulcera gastroduodenal

b) Estreñimiento

c) Diarrea

d) Gota

57. ¿Qué alimento está prohibido en una dieta depresora del colesterol?

a) El arroz

b) Los garbanzos

c) La leche entera

d) El pescado blanco

58. ¿Quiénes dirigen, organizan y facilitan los procesos metabólicos del organismo?

a) Los lípidos

b) Los glúcidos

c) Vitaminas y minerales

d) El agua

59. No es una función de las proteínas:

a) Constructora: constituyen el principal componente estructural de tejidos y órganos

b) Inmunitaria: forman los anticuerpos

c) Reguladora: constituyen enzimas y hormonas

d) Transportan y absorben las vitaminas liposolubles

60. ¿En cuál de las siguientes dietas se eliminan o reducen alimentos ricos en fibras?

a) Dieta astringente

b) Dieta hipocalórica

c) Dieta hiposódica

d) Dieta hipoproteica

61. ¿Qué dieta está indicada en pacientes con insuficiente peso o desnutridos, y se incrementa el aporte de hidratos de carbono y grasas?

a) Dieta hiperproteica

b) Dieta astringente

c) Dieta normal

d) Dieta hipercalórica

62. ¿Con qué se realiza la alimentación con sonda nasogástrica?

a) Con bomba de nutrición parenteral

b) Con jeringa

c) Con bomba de nutrición enteral

d) Las respuestas b) y c) son correctas

63. Aspectos fundamentales en el tratamiento dietético de la hipertensión son:

a) La restricción de la ingesta de sodio

b) El aumento de peso

c) La restricción de la ingesta de alcohol

d) Las respuestas a) y c) son correctas

64. Indique la respuesta correcta respecto a la dieta líquida clara:

a) La dieta líquida resulta suficiente en contenido energético y nutrientes esenciales

b) La dieta líquida resulta suficiente en contenido energético y nutrientes esenciales

c) Está indicada en la preparación para operaciones de intestino o colonoscopia y en la fase de recuperación de operaciones de abdomen

d) No se recomienda durante más de diez días como única fuente de alimentación

65. Cuando se prescribe una dieta líquida, ¿qué cantidad de líquidos se debe dar como mínimo?

a) Dos litros

b) De quinientos centímetros cúbicos a un litro

c) Un litro

d) Cinco litros

66. ¿Cuál de los siguientes alimentos no es rico en proteínas?

a) Carne

b) Legumbres

c) Dulces

d) Huevos

67. ¿Qué hormona aumenta el metabolismo de todas las células en general y, por tanto, aumenta el anabolismo y el catabolismo de las proteínas a un tiempo?

a) Insulina

b) Testosterona

c) Tiroxina

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

68. ¿Qué es una dieta hiperproteica?

a) La que aporta un contenido bajo en proteínas

b) La que aporta un contenido alto en proteínas

c) La que aporta proteínas y grasas

d) La que aporta solamente proteínas

69. ¿En qué tipo de pacientes está indicada una dieta hipoproteica?

a) En pacientes con patologías hepáticas y renales

b) En ancianos

c) En pacientes obesos

d) En pacientes con estreñimiento

70. ¿Qué elemento es el que se suprime o reduce al máximo en la dieta hiposódica?

a) Proteínas

b) Hidratos de carbono

c) Grasas

d) Sal común

71. ¿Para qué tipo de pacientes está indicada la dieta baja en residuos?

a) En ancianos

b) En pacientes con diabetes

c) En pacientes con problemas coronarios

d) En pacientes con problemas intestinales

72. ¿Cuándo se necesitan más calorías?

a) En primavera

b) En verano

c) En otoño

d) En invierno

73. ¿De qué vitamina su déficit produce raquitismo en niños?

a) Vitamina K

b) Vitamina D3

c) Vitamina A

d) Vitamina E

74. ¿Qué mineral se encuentra en la leche, vegetales y legumbres?

a) Magnesio

b) Calcio

c) Yodo

d) Fósforo

75. La carencia de hierro produce:

a) Osteoporosis

b) Anemia

c) Raquitismo

d) Escorbuto

76. Los nutrientes encargados de la formación de estructuras se llaman:

a) Formadores

b) Energéticos

c) Plásticos

d) Reguladores

77. El almidón y la celulosa son carbohidratos:

a) No aprovechables

b) Monosacáridos

c) Polisacáridos

d) Disacáridos

78. Como polisacáridos tenemos:

a) Almidón, celulosa y glucógeno

b) Almidón, maltosa y celulosa

c) Glucosa, almidón y maltona

d) Celulosa, sacarosa y maltona

79. Cuando se hace la recepción de alimentos, ¿qué actividad es la primera que debe realizar el/la auxiliar de enfermería?

a) Verificar la buena presentación de los alimentos

b) Comprobar el grado de temperatura de la comida

c) Comprobar que todos aportan la cantidad de energía necesaria para los pacientes

d) Comprobar que los alimentos son los pedidos en la planilla

80. La cadena alimentaria está formada por las etapas por las que pasa todo alimento, que son:

a) Producción, almacenamiento, procesamiento, conservación y comercialización hasta su consumo

b) Transporte, almacenamiento, procesamiento, conservación y comercialización hasta su consumo

c) Producción, transporte, almacenamiento, procesamiento, conservación y comercialización hasta su consumo

d) Producción, transporte, almacenamiento, procesamiento, y comercialización hasta su consumo

81. Son de gran longitud, se introducen por nariz, y atravesando esófago y estómago, llegan hasta intestino, las sondas:

a) Sondas nasogástricas

b) Sondas orogástricas

c) Sondas nasoentéricas

d) Sondas de enterostomía

82. ¿En qué vía de alimentación es necesaria una técnica quirúrgica para implantarla sonda?

a) Nasoduodenal

b) Gastrostomía

c) Nasoyeyunal

d) Nasoduodenal

83. La diarrea se define como presencia de cinco o más deposiciones líquidas en veinticuatro horas o más de dos deposiciones con más:

a) De 1000 ml en veinticuatro horas

b) De 1000 ml en cuarenta y ocho horas

c) De 2000 ml en veinticuatro horas

d) De 500 ml en veinticuatro horas

84. La nutrición enteral puede administrarse de forma intermitente o en goteo continuo, cuando se eligen dosis intermitentes, ¿qué número de volúmenes han de darse al día?

a) Uno

b) Uno – tres

c) Cinco – seis

d) Ocho – diez

85. Indique la respuesta incorrecta con respecto a la administración intermitente de nutrición enteral:

a) En cada toma se administra de 350 a 500 ml

b) La administración ha de durar de quince a veinte minutos

c) Terminada la toma, hay que lavar la sonda con 20-50 ml de agua para eliminar restos

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta, ya que la nutrición enteral se administra siempre mediante goteo

86. La nutrición parenteral se administra:

a) Con sonda nasogástrica

b) Por vía venosa

c) Por vía oral

d) A través de yeyunostomía

87. ¿Cuál es mineral más abundante en el cuerpo humano?

a) El fósforo

b) El calcio

c) El sodio

d) El potasio

88. ¿Cuánto magnesio debe albergar un adulto de unos 70 Kg de peso?

a) Aproximadamente de 30 – 38 gr de magnesio

b) Aproximadamente de 40 – 48 gr de magnesio

c) Aproximadamente de 50 – 58 gr de magnesio

d) Aproximadamente de 20 – 28 gr de magnesio

89. Las necesidades diarias de Fe son de unos:

a) 12 – 15 mgr de los que solo se absorbe 2 mgr

b) 15 – 20 mgr de los que solo se absorbe 1 mgr

c) 12 – 15 mgr de los que solo se absorbe 1 mgr

d) 12 – 20 mgr de los que solo se absorbe 1 mgr

90. ¿Qué mineral protege el esmalte de los dientes frente a la caries?

a) El flúor

b) El calcio

c) El sodio

d) El potasio

91. ¿Qué mineral es muy importante en los procesos antioxidantes que previenen el envejecimiento y la aparición de cáncer?

a) El sodio

b) El hierro

c) El potasio

d) El selenio

92. La nutrición parenteral se administra:

a) Con sonda nasogástrica

b) Por vía venosa

c) A través de yeyunostomía

d) Con sonda nasoduodenal

93. Indique la respuesta incorrecta. La nutrición enteral se aplicará a todo paciente que no pueda o no deba comer normalmente, pero con un sistema digestivo funcional, podríamos definirla como el ingreso de nutrientes por vía digestiva, con las siguientes condiciones:

a) Supresión de la etapa bucal de la digestión

b) Empleo de sondas para su administración

c) Supresión de la etapa esofágica de la digestión

d) Colocación de la sonda mediante técnica quirúrgica

94. ¿Cuál de las siguientes no supone una ventaja de la nutrición enteral?

a) Aporte al intestino de nutrientes específicos

b) Anula la incidencia de hemorragias digestivas, posiblemente por neutralización del jugo gástrico

c) Menor número de complicaciones que al nutrición parenteral

d) Mayor seguridad que la nutrición parenteral

95. ¿Qué tipo de dietas son nutricionalmente completas y están compuestas por proteínas intactas, hidratos de carbono complejos, grasas, vitaminas y minerales, en cantidades suficientes cuando se administran las kilocalorías necesarias de la dieta?

a) Dietas oligoméricas

b) Dietas poliméricas

c) Dietas de fórmula definida

d) Fórmulas modulares

96. Las dietas constituidas a base de hidrolizados de proteínas se denominan:

a) Dietas oligoméricas

b) Dietas poliméricas

c) Dietas de fórmula definida

d) Fórmulas modulares

97. Indique la respuesta incorrecta. Por densidad calórica entendemos el parámetro que expresa el número de kilocalorías suministradas por mililitro de preparado. Atendiendo a la densidad calórica las fórmulas pueden clasificarse en diversos grupos:

a) Normocalóricas (1 Kcal/ml)

b) Hipercalóricas (> 2 Kcal/ml)

c) Fórmulas de inicio o diluidas (0,5 Kcal/ml)

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

98. En las fórmulas hiperproteicas el contenido en proteínas es

a) > 10 % del valor calórico total de la dieta

b) > 12 % del valor calórico total de la dieta

c) > 15 % del valor calórico total de la dieta

d) > 18 % del valor calórico total de la dieta

99. ¿Qué sonda de las que a continuación se citan tiene una sola luz, es de plástico o caucho, y acaba con un orificio distal?

a) S. de Levin

b) S. de Moss

c) Nutriflex

d) Sonda de Salem

100. La sonda de Moss es:

a) Sonda nasoesofágica de 90 cm. de longitud y triple luz

b) Sonda nasogástrica con una pequeña punta de mercurio para facilitar la introducción

c) Sonda nasogástrica de una sola luz, de plástico o caucho, acabando con un orificio distal

d) Sonda nasogástrica con varios orificios de salida en la zona distal de la sonda

101. Señale la respuesta incorrecta respecto a la reiniciación de las dietas orales:

a) En enfermos con dificultades para la deglución darles líquidos para facilitar la misma

b) Iniciar la dieta oral con infusiones

c) Dar derivados lácteos a partir del tercer día como mínimo

d) Iniciar la dieta blanda en dos o tres días (si no hay problemas de tolerancia)

102. Indique la respuesta incorrecta en el caso de nutrición parenteral central y según las necesidades del paciente se pueden adoptar distintas fórmulas:

a) Fórmula pancreática

b) Fórmula hepática

c) Fórmula renal

d) Fórmula de estrés

103. ¿Cuál de las siguientes no constituye una indicación de la nutrición parenteral central?

a) Requerimientos calóricos elevados

b) Requerimientos proteicos elevados

c) Estrés leve o moderado

d) Nutrición parenteral prolongada en el tiempo

104. El residuo gástrico se define como la presencia de un volumen superior a más de:

a) Cincuenta centímetros cúbicos de residuo

b) Setenta y cinco centímetros cúbicos de residuo

c) Cien centímetros cúbicos de residuo

d) Ciento cincuenta centímetros cúbicos de residuo

105. Señale la respuesta incorrecta sobre la presencia de vómitos o regurgitaciones puede deberse a:

a) Sabor desagradable de la dieta

b) Baja osmolaridad que provoca dilatación gástrica

c) Infusión excesivamente rápida

d) Grasa excesiva en la dieta

106. ¿Cuál de las siguientes no suele representar una complicación metabólica en la nutrición enteral?

a) Hiperhidratación

b) Hipernatremia

c) Deshidratación hipertónica

d) Hipoglucemia

107. ¿Cuál de las siguientes no representa una técnica quirúrgica en las vías de acceso gastro-intestinal?

a) Faringostomía

b) Esofagostomía cervical

c) Gastrostomía y yeyunostomía endoscópicas percutáneas

d) Duodenostomía abierta o laparoscópica

108. ¿Cuál es la posición óptima para iniciar el sondaje nasogástrico?

a) En Fowler alta e hiperextensión de la cabeza

b) En Fowler con flexión de la cabeza

c) En decúbito lateral derecho

d) En decúbito lateral izquierdo

109. ¿Cuál/es es/son objetivo/s del sondaje nasogástrico?

a) Eliminación de gases y secreciones gástricas

b) Administración de medicación

c) Nutrición del paciente

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

110. Para prevenir complicaciones en la nutrición parenteral hemos de mantener la misma a:

a) Temperatura ambiente

b) Entre 8 – 10 °C

c) Alrededor de 4 °C

d) Alrededor de 18 °C

111. Indique la respuesta incorrecta. Las complicaciones más usuales que se pueden presentar en la inserción de un catéter son:

a) Neumotórax

b) Hemotórax

c) Empiema

d) Derrame pleural

112. ¿Qué datos de los que a continuación se citan, no es preciso que conste en la etiqueta de la bolsa que contiene la nutrición parenteral?

a) Fecha de caducidad

b) Datos de filiación del paciente

c) Composición de la fórmula preparada

d) Datos de la persona que elabora la fórmula

113. Señale la respuesta incorrecta respecto a las normas de conservación de la nutrición parenteral:

a) Deben protegerse de la luz durante todo el periodo de conservación y administración

b) Se mantendrán en nevera entre 4 a 8 °C

c) La caducidad se estima de cinco días excepto bolsas prefabricadas

d) Siempre se administrarán después de dos horas a temperatura ambiente

114. Indique la respuesta incorrecta. Las unidades de nutrientes deben de estar sometidas a diferentes tipos de controles:

a) Físicos

b) Químicos

c) Bacteriológicos

d) Organolépticos

115. En pacientes con nutrición parenteral, los parámetros antropométricos se llevarán a cabo:

a) Al inicio peso y talla

b) Una vez por semana

c) Al inicio peso y talla y posteriormente peso una vez en semana

d) Todas las anteriores son correctas

SOLUCIONES TEST 21

1. d) Alimentación

Alimentación es el proceso mediante el cual tomamos del mundo exterior los alimentos necesarios para obtener una adecuada nutrición y, por tanto un buen estado de salud.

2. a) Nutrición

Nutrición es el conjunto de procesos mediante los cuales nuestro organismo recibe y utiliza una serie de sustancias contenidas en los alimentos, necesarias para el mantenimiento de sus funciones y para el crecimiento y renovación de sus estructuras.

3. a) La cantidad de energía necesaria para elevar un grado Celsius, la temperatura de un litro de agua

Una Kilocaloría se define como la cantidad de calor necesario para elevar un grado Celsius la temperatura de 1 litro de agua, de 14,5 a 15,5 °C.

4. a) La raza

Los requerimientos diarios de nutrientes esenciales dependen de la edad, el sexo, la estatura, el peso y la actividad metabólica y física.

5. a) En reposo y despierto

Cantidad de energía que se necesita para el mantenimiento de las funciones fisiológicas (respiración, circulación, temperatura, peristaltismo y tono muscular) con el individuo despierto y en reposo.

6. b) Cuarenta años

La OMS recomienda comenzar a aplicar una reducción sobre las necesidades a partir de los cuarenta años.

7. d) El calcio y las proteínas

Los alimentos plásticos proporcionan los componentes necesarios para formar células, tejidos y órganos así como para reparar los ya existentes (implicados en la construcción y mantenimiento de los tejidos). Se caracterizan por su contenido en proteínas: lácteos, carnes, pescados, huevos y legumbres.

8. c) El pan

Los cereales y sus derivados son ricos en hidratos de carbono complejos, y también contienen proteínas, vitaminas, fibras y agua. Por esto, se podrían utilizar como combustible. Suministran el combustible y la energía necesaria para el cuerpo (empleados como combustible para obtener calor y la energía necesaria en los diferentes procesos metabólicos) Al producirse su oxidación y quemarse se genera el calor que nos permite realizar las actividades diarias con normalidad. Son ricos en hidratos de carbono (cereales, legumbres, azúcar, frutas, verduras y hortalizas) y en grasas (productos animales y semillas de vegetales).

9. a) Agua

Los compuestos inorgánicos son:

- *Agua.*
- *Minerales: "macro" (como el calcio, fósforo, sodio, potasio, cloro, magnesio o azufre) y "oligoelementos" o "minerales traza" (hierro, yodo, zinc, cobre, manganeso, cobalto, flúor, selenio, etc.).*

10. a) Nutrientes esenciales

Para que una alimentación sea adecuada, debe asegurar una correcta selección de nutrientes. En la siguiente tabla se detallan todos los esenciales, es decir, aquellos que no pueden ser sintetizados por el organismo y deben aportarse obligatoriamente en los alimentos.

11. a) Los hidratos de carbono y las grasas

Los alimentos energéticos suministran el combustible y la energía necesaria para el cuerpo (empleados como combustible para obtener calor y la energía necesaria en los diferentes procesos metabólicos) Al producirse su oxidación y quemarse se genera el calor que nos permite realizar las actividades diarias con normalidad. Son ricos en hidratos de carbono (cereales, legumbres, azúcar, frutas, verduras y hortalizas) y en grasas (productos animales y semillas de vegetales).

12. a) Al grupo de los alimentos plásticos

Los alimentos plásticos proporcionan los componentes necesarios para formar células, tejidos y órganos así como para reparar los ya existentes (implicados en la construcción y mantenimiento de los tejidos). Se caracterizan por su contenido en proteínas: lácteos, carnes, pescados, huevos y legumbres.

13. d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

Las proteínas en forma de caseína y lactoalbúmina son de alto valor biológico.

14. d) La carne

Los alimentos energéticos suministran el combustible y la energía necesaria para el cuerpo (empleados como combustible para obtener calor y la energía necesaria en los diferentes procesos metabólicos) Al producirse su oxidación y quemarse se genera el calor que nos permite realizar las actividades diarias con normalidad. Son ricos en hidratos de carbono (cereales, legumbres, azúcar, frutas, verduras y hortalizas) y en grasas (productos animales y semillas de vegetales).

15. a) Las carnes

Los alimentos reguladores aportan sustancias indispensables para el funcionamiento y metabolismo celular (que favorecen y colaboran en la puesta en marcha y correcto desarrollo del metabolismo). Son ricos en vitaminas y minerales: frutas, verduras, hortalizas, legumbres, frutos secos y cereales. Sin embargo, esta clasificación resulta un tanto ambigua, ya que los distintos alimentos están compuestos por una proporción variable de nutrientes y estos, a su vez, a pesar de desempeñar fundamentalmente una de estas tres funciones, participan también en mayor o menor medida del resto. Así, por ejemplo, aunque las proteínas tienen una misión plástica, pueden constituir, además, una fuente de energía por medio de la gluconeogénesis. Por todo esto, y desde un punto de vista práctico, es preferible agrupar los alimentos según sus semejanzas en origen y composición de macro y micronutrientes.

16. c) El calcio

El calcio es mineral más abundante en el cuerpo humano, que se obtiene fundamentalmente de los productos lácteos.

17. a) Vitamina A

Contiene las siguientes vitaminas A, D y B_2 (aunque se destruyen en gran parte en los procesos de esterilización).

18. c) El queso

Los derivados lácteos (yogur, natillas, cuajada, queso) obtenidos por fermentación son mejor tolerados por los adultos. Los yogures solo contienen un 30 % de lactosa y el queso apenas la contiene. Además, contribuyen a renovar la flora bacteriana intestinal.

19. a) Vitaminas liposolubles

Son grasas saturadas y aporta 15 – 22 % de proteínas de alto valor biológico. Contiene: fósforo, hierro, vitaminas hidrosolubles (riboflamina y tiamina), niacina y en pequeña cantidad, hidratos de carbono.

20. c) Las grasas de las carnes son saturadas y las de los pescados poliinsaturadas

Hay que destacar la diferencia en la calidad de las grasas de la carne y el pescado, ya que en las carnes predominan los ácidos grasos saturados, mientras que en el pescado hay cantidades importantes de ácidos grasos polinsaturados. El pescado blanco (merluza, pescadilla, lenguado) tiene menos cantidad de grasas que los pescados azules (sardinas, atún y salmón). En consecuencia, es más beneficiosa para el organismo la ingesta de pescado azul.

21. a) En la yema

Una pieza con un peso aproximado de cincuenta gramos contiene seis de proteínas y otros seis de lípidos, estos exclusivamente en la yema. En la clara se hallan unos 3,5 gramos de proteínas de alto valor biológico. En la yema existen proteínas, grasas, colesterol, ácidos grasos esenciales, vitaminas, Fe y otros elementos: debe prohibirse en las hipercolesterolemia y probarse su tolerancia en los pacientes con patología biliar.

22. b) Los lípidos

Son alimentos predominantemente energéticos, pero también aportan proteínas, vitaminas, sales minerales y fibra. Constituyen la base de la alimentación en nuestro país. Los tubérculos, representados por las patatas, son un alimento de uso generalizado y frecuente. Contienen un 20 % de almidón y un 2 % de proteínas, así como cierta cantidad de fibra vegetal.

23. b) Los tomates

Hortalizas (tomate, zanahoria y pimientos) abundantes en carotenos (vitamina A).

24. b) Almidón

Almidón: es la glucosa, se encuentra en vegetales, verduras y en los granos de los cereales.

25. c) Los hidratos de carbono

Los cereales (arroz, trigo, maíz) y sus derivados (harinas, pan, pastas) son ricos en hidratos de carbono complejos, y también contienen proteínas, vitaminas, fibra y agua. Los alimentos integrales (conservan la cáscara de los cereales) aportan mayor cantidad de fibra, sales minerales y vitamina B. Este grupo de alimentos constituye la base de la pirámide de la alimentación.

26. c) 20-30 %

Las grasas están presentes mayoritariamente en forma de triglicéridos, las grasas son el material orgánico de reserva energética, y se acumulan sobre todo en el tejido adiposo. Los excesos resultantes de hidratos de carbono grasas y proteínas de la alimentación se depositan de esta forma. Se recomienda que la ingesta de grasas sea del 20-25 % del total energético, y que los AGS no sobrepasen el 10 % de este total calórico. El colesterol dietético o ingerido no debe de exceder de los 400-500 mgr/día.

27. b) Transportan vitaminas hidrosolubles

Las grasas, genéricamente conocidas como lípidos, desempeñan diversas funciones muchas de ellas absolutamente vitales, en el organismo.

- *Por una parte sus moléculas son elementos esenciales de la estructura de las células, sobre todo de sus membranas eternas.*
- *Por otra, almacenan una notable cantidad de energía que puede ser utilizada como combustible en los diversos procesos metabólicos del organismo.*
- *Gracias a las grasas llegan hasta las células las vitaminas liposolubles: Vit. A, E, D y K.*

Desde el punto de vista de la Nutrición, las grasas o lípidos son la fuente más concentrada de energía en la dieta. Proporcionan más del doble de calorías por gramo que las proteínas o los hidratos de cuerpo.

Otras de sus funciones con respecto a la digestión es que:

- *Prolongan el proceso de digestión disminuyendo las secreciones de ácido clorhídrico del estómago. Por esta razón proporcionan una sensación de llenado más prolongada.*
- *Otorgan a los alimentos una determinada cualidad, llamada palatabilidad (de paladar), que suaviza su tacto en la boca y en el resto del sistema digestivo y les ayuda a retener mejor los aromas.*

28. b) Cuatro kilocalorías

Como promedio, cien gramos de naranjas, manzanas, peras, melocotones y otros contienen unos diez a quince gramos de hidratos de carbono y, por consiguiente, unas 40-60 kcal.

29. d) Las proteínas animales

En general, las proteínas animales tienen un perfil más adecuado en aminoácidos esenciales que las vegetales (con la excepción de la proteína de soja). Las proteínas de origen vegetal son de calidad inferior a las de origen animal. No obstante, se recomienda consumir en la dieta simultáneamente distintos alimentos de origen vegetal y animal, por complementación, se obtienen proteínas de valor biológico muy satisfactorio.

30. b) Disminuir el proceso de digestión aumentando la secreción de ácido clorhídrico

Las grasas, genéricamente conocidas como lípidos, desempeñan diversas funciones muchas de ellas absolutamente vitales, en el organismo.

- *Por una parte sus moléculas son elementos esenciales de la estructura de las células, sobre todo de sus membranas eternas.*
- *Por otra, almacenan una notable cantidad de energía que puede ser utilizada como combustible en los diversos procesos metabólicos del organismo.*
- *Gracias a las grasas llegan hasta las células las vitaminas liposolubles: Vit. A, E, D y K.*

Desde el punto de vista de la Nutrición, las grasas o lípidos son la fuente más concentrada de energía en la dieta. Proporcionan más del doble de calorías por gramo que las proteínas o los hidratos de cuerpo.

Otras de sus funciones con respecto a la digestión es que:

- *Prolongan el proceso de digestión disminuyendo las secreciones de ácido clorhídrico del estómago. Por esta razón proporcionan una sensación de llenado más prolongada.*
- *Otorgan a los alimentos una determinada cualidad, llamada palatabilidad (de paladar), que suaviza su tacto en la boca y en el resto del sistema digestivo y les ayuda a retener mejor los aromas.*

31. a) Vitamina C

Vitaminas liposolubles: A, E, D y K.

32. a) Los hidratos de carbono

Los hidratos de carbono están formados por cadenas de monosacáridos (glucosa, fructosa, galactosa) y constituyen la fuente de energía más habitual y barata, sobre todo en los países menos desarrollados. En los países industrializados ha disminuido su consumo en beneficio de grasas y proteínas. La glucosa es el combustible favorito del organismo. Provee al cerebro, a los músculos y a los glóbulos rojos de gran parte de la energía que precisan. La ingesta diaria de hidratos de carbono debe aportar entre el 55 y el 60 % del total de calorías necesarias. Aunque desde el punto de vista energético los carbohidratos y las grasas pueden resultar intercambiables, los hidratos de carbono son el nutriente esencial del sistema nervioso e impiden la degradación de grasas y proteínas, porque es imprescindible un aporte de, al menos, 100 gr/día mantener un metabolismo equilibrado. Los HC se pueden aportar de dos formas diferentes a la alimentación:

33. c) La lactosa

Los hidratos de carbono están formados por cadenas de monosacáridos (glucosa, fructosa, galactosa).

34. b) La sacarosa

Disacáridos: es la unión de dos monosacáridos:

- *Sacarosa (una molécula de glucosa + fructosa). Es muy soluble. Se encuentra en el azúcar de remolacha. El consumo excesivo produce obesidad y favorece la aparición de caries.*
- *Maltosa: o azúcar de malta. Es un derivado del almidón (dos moléculas de glucosa).*
- *Lactosa: azúcar de leche (molécula de galactosa + glucosa). Es el azúcar menos dulce de todos. Se forma solamente en las glándulas mamarias de las hembras que amamantan.*

35. b) La maltosa

Polisacáridos: es la unión de más de dos monosacáridos:

- *Almidón: es la glucosa, se encuentra en vegetales, verduras y en los granos de los cereales.*
- *Celulosa: en la dieta produce el volumen necesario para el adecuado funcionamiento gastrointestinal.*
- *Glucógeno: es la forma en que se almacenan los hidratos de carbono, se almacena principalmente en el hígado y en menor proporción en el músculo.*

No son dulces, son menos solubles y más estables.

36. a) El almidón

Polisacáridos: es la unión de más de dos monosacáridos:

- *Almidón: es la glucosa, se encuentra en vegetales, verduras y en los granos de los cereales.*
- *Celulosa: en la dieta produce el volumen necesario para el adecuado funcionamiento gastrointestinal.*
- *Glucógeno: es la forma en que se almacenan los hidratos de carbono, se almacena principalmente en el hígado y en menor proporción en el músculo.*

No son dulces, son menos solubles y más estables. Están formados por la unión de muchas moléculas de monosacáridos. Algunos, como el almidón (presente en las patatas, legumbres y harinas) son fácilmente digeribles, mientras que otros son prácticamente indigeribles (celulosa) y forman parte de la fibra dietética presente en las frutas, verduras, hortalizas y cereales.

37. b) La celulosa

Los polisacáridos están formados por la unión de muchas moléculas de monosacáridos. Algunos, como el almidón (presente en las patatas, legumbres y harinas) son fácilmente digeribles, mientras que otros son prácticamente indigeribles (celulosa) y forman parte de la fibra dietética presente en las frutas, verduras, hortalizas y cereales. No poseen sabor dulce.

38. b) Vitamina A

La carencia de vitamina A (retinol) puede provocar ceguera nocturna, ceguera permanente, xeroftalmia, retardo del crecimiento y alteraciones cutáneas.

39. a) La vitamina K

Son vitaminas hidrosolubles la vitamina B1 (tiamina), la vitamina B2 (riboflavina), la vitamina B6 (piridoxina), la vitamina B12 (cobalamina), la vitamina h (biotina), el ácido fólico, el PP (ácido nicotínico, niacina), el ácido pantoténico y la vitamina C (ácido ascórbico).

40. b) Ácido ascórbico

La vitamina C, que permite funciones múltiples a nivel celular y tisular) y estimula las defensas del organismo contra las infecciones, también se conoce como ácido ascórbico.

41. b) Las vitaminas B, y C

No se almacenan (a excepción de la vit. B_{12}) y actúan habitualmente como coenzimas dentro de los sistemas catalizadores que regulan las diferentes reacciones químicas del organismo. Las hidrosolubles se absorben y eliminan con facilidad, no existiendo depósitos.

42. d) Vitamina E

La vitamina E (Tocoferol) es un antioxidante biológico y favorece la fertilidad.

43. c) 400 kilocalorías

Como promedio, cien gramos de naranjas, manzanas, peras, melocotones y otros contienen unos diez a quince gramos de hidratos de carbono y, por consiguiente, unas cuarenta-sesenta kcal. El contenido de energía es de cuatro calorías por gramo de proteína o hidrato de carbono y nueve calorías por gramo de grasa.

44. a) 400 kilocalorías

El contenido de energía es de cuatro calorías por gramo de proteína o hidrato de carbono y nueve calorías por gramo de grasa.

45. a) 900 kilocalorías

El contenido de energía es de cuatro calorías por gramo de proteína o hidrato de carbono y nueve calorías por gramo de grasa.

46. a) Absoluta

Dieta postoperatoria: en los regímenes postoperatorios se incluyen dietas como: la dieta líquida clara, la dieta líquida completa, la dieta blanda y la dieta general. La progresión de una dieta a otra depende del tipo de intervención y la respuesta del paciente. La dieta líquida se puede iniciar cuando lo haga el funcionamiento del tracto gastrointestinal, y la ingesta oral de alimentos se debe iniciar en el menor tiempo posible.

47. c) Alimentos pobres en fibra

La fibra es el material estructural de los productos de origen vegetal que no es digerible y por tanto no se absorbe en el intestino. No tiene valor nutricional, pero facilita el tránsito intestinal y la evacuación de las heces, evitando el estreñimiento. El grado de digestibilidad de cada una de las fibras en el colon humano es muy variable. La fibra dietética o alimentaria está formada por

lignina, polisacáridos como la celulosa, hemicelulosa, pectina y gomas hidrocoloidales. Ingerida en cantidades adecuadas resulta beneficiosa en la regulación de la función intestinal, al producir una mayor retención de agua que origina un aumento en la frecuencia de los movimientos del intestino así como la producción de heces menos consistentes y de mayor volumen. Por ello, se considera a la fibra alimentaria como un factor de prevención del cáncer de colon. La fibra está presente en las frutas, las verduras, las legumbres y los cereales. Son alimentos con alto contenido en fibra las judías blancas y pintas, las acelgas, las ciruelas secas, los garbanzos, los dátiles, las almendras y el pan integral.

48. a) Debe haber una reducción importante de grasas

En una dieta hipocalórica, en general, el consumo de grasa debería reducirse hasta cerca del treinta por ciento del total de calorías y se debería incrementar la ingestión de frutas, vegetales y cereales.

49. c) Cinco o seis tomas al día

Deben realizarse cinco-seis ingestas pequeñas (o medianas) al día. Para que retarde el vaciamiento gástrico y mantenga el cuerpo un nivel de calorías adecuado.

50. b) Dieta pobre en grasas

Ante una dispepsia de tipo biliar, (litiasis vesicular, vesícula excluida) o sin ella, el médico es requerido para instituir un plan de alimentación que evite las molestias. Sobre todo el temible cólico hepático. Clásicamente se ha aceptado que las grasas al provocar por vía de la colecistocinina, una contracción vesicular y la abertura del esfínter de Oddi, serían las responsables de las molestias específicas, además de otras indeterminadas, como cefaleas, estreñimiento, digestiones largas, mal sabor de boca, etc. Aunque es difícil aceptar los hechos de esta manera, y existen pruebas del subjetivismo de muchas de tales observaciones, las siguientes normas tradicionales siguen siendo recomendables:

- *Restricción global de las grasas alimentarias, principalmente de origen animal. y de los fritos.*

[…]

51. d) Embutidos

Ante una dispepsia de tipo biliar, (litiasis vesicular, vesícula excluida) o sin ella, el médico es requerido para instituir un plan de alimentación que evite las molestias. Sobre todo el temible cólico hepático. Clásicamente se ha aceptado que las grasas al provocar por vía de la colecistocinina, una contracción vesicular y la abertura del esfínter de Oddi, serían las responsables de las molestias específicas, además de otras indeterminadas, como cefaleas, estreñimiento, digestiones largas, mal sabor de boca, etc. Aunque es difícil aceptar los hechos de esta manera, y existen pruebas del subjetivismo de muchas de tales observaciones, las siguientes normas tradicionales siguen siendo recomendables:

- *Restricción global de las grasas alimentarias, principalmente de origen animal. y de los fritos.*

[…]

52. a) Cinco o seis tomas al día

Dieta de protección gástrica: se inicia la alimentación con un régimen insuficiente de pequeño volumen y se aumenta progresivamente hasta llegar a cubrir las necesidades energéticas. Los pacientes deben recibir comidas ricas en proteínas y grasas; ambos nutrientes estimulan la secreción de gastrina, que retarda, a su vez, el vaciamiento gástrico. Normas de alimentación que acostumbran a ser eficaces:

- *Deben realizarse cinco-seis ingestas pequeñas (o medianas) al día.*
- *Debe beberse fuera de las horas de las comidas.*

53. d) Arroz y pastas

Dieta pobre en residuos: la dieta pobre en residuos está compuesta por alimentos con muy bajo contenido en fibra dietética. El término "residuo" se refiere a los constituyentes no absorbidos de la dieta, a las células desprendidas del tracto gastrointestinal y bacterias gastrointestinales halladas en las heces después de la digestión. El objetivo de la dieta baja en residuos consiste en reducir al mínimo el volumen fecal. Se utiliza fundamentalmente como dieta antes y después de operaciones quirúrgicas, aunque puede resultar necesaria en caso de obstrucción intestinal parcial y trastornos graves de la motilidad. Se deben ofrecer a los pacientes comidas más frecuentes y menos copiosas. Se les debe indicar también la necesidad de comer despacio y masticar bien los alimentos.

54. a) Verduras y hortalizas

A pesar de que las diarreas suelen ser autolimitadas y no producir clínica de gravedad, el incumplimiento de una dieta progresiva apropiada puede alargar innecesariamente el proceso. A pesar de que la importancia del cuadro clínico y la etiología determinan una evolución algo distinta, pueden recomendarse unas normas generales adaptadas a los casos más importantes:

- *Período inicial de ayuno absoluto, entre cuatro y doce horas. Si debe prolongarse se plantea la reposición hidroelectrolítica por vía intravenosa.*
- *Iniciar la ingesta con pequeños volúmenes. Volúmenes "normales" pueden provocar una hiperperistalsis.*
- *La ingesta debe iniciarse con agua de arroz, seguida de sémolas o sopas finas de cereales refinados.*
- *Posteriormente, se añadirá (pecando de exagerada prudencia) los clásicos pollo o pescado hervidos, pan blanco tostado, jamón york.*
- *Paulatinamente se irá normalizando el plan de comidas, no introduciendo -hasta la normalización del cuadro- las hortalizas y frutas. los alimentos grasas y los guisos. La leche, por la intolerancia temporal a la lactosa durante las enteropatías, no se introducirá hasta. la completa remisión de los síntomas.*
- *Deben evitarse las sustancias como café o zumo de naranja o infusiones muy azucaradas.*

55. b) Dieta hipercalórica

Los fritos, salsas y guisados son alimentos que aportan muchas calorías al cuerpo.

56. d) Gota

Restricción de purinas: las purinas se forman normalmente en el organismo durante la hidrólisis metabólica de las nucleoproteínas. En algunas enfermedades genéticas, entre las que se incluye la gota, tiende a acumularse y depositarse el ácido úrico en los dedos de los pies y otras articulaciones. Aunque también se puede aconsejar la restricción dietética de aquellos alimentos que aportan purinas. El ácido úrico constituye el producto final del metabolismo de las purinas. Por tanto hay que evitar los alimentos con contenido muy elevado en purinas y limitar la ingesta si solamente es elevado.

57. c) La leche entera

Más importante aún se considera la reducción de la cantidad de AGS de la dieta diaria. Estos abundan en la grasa de las carnes -tanto la grasa visible como la invisible-, así como en los quesos y en la mantequilla. Por ello, deben prohibirse o limitarse al máximo alimentos como carnes de cerdo, de cordero, conservas cárnicas (jamones, embutidos), patés, así como los lácteos mencionados.

58. c) Vitaminas y minerales

Los minerales aportados con la dieta, al igual que el agua y las vitaminas, constituyen un grupo de nutrientes no energéticos, pero desempeñan una importante función plástica y reguladora. Los minerales son compuestos químicos esenciales para el organismo humano. Una dieta equilibrada contiene las cantidades necesarias de minerales requeridas por nuestro cuerpo. Se clasifican en macrominerales y microminerales. A pesar de que su existencia fue ignorada hasta principios de este siglo, las vitaminas son micronutrientes orgánicos que desempeñan un papel fundamental en la regulación de los procesos metabólicos. Son nutrientes esenciales, contenidos en los alimentos y necesarios en pequeñas cantidades. Intervienen en los procesos reguladores del metabolismo y aseguran el adecuado funcionamiento del sistema nervioso, músculos, piel y huesos. Su carencia provoca enfermedades, a menudo graves.

59. d) Transportan y absorben las vitaminas liposolubles

Las proteínas son macromoléculas, integradas por aminoácidos que incluyen átomos de nitrógeno en su estructura a diferencia del resto de los principios inmediatos (carbohidratos y lípidos). Constituyen el principal componente estructural de tejidos y órganos. Por lo tanto, tienen una función eminentemente plástica. Son los compuestos biológicos más dinámicos y activos, con los que se desarrollan casi todas las actividades que necesita realizar una célula. Son esenciales para la vida; forman parte de las estructuras, por lo que tienen función plástica o constructora. Son los constituyentes principales de enzimas y muchas hormonas (función reguladora), anticuerpos (función defensiva) y se encuentran en fluidos biológicos como sangre, leche y clara de huevo. Como el resto de los macronutrientes, también proporcionan energía.

60. a) Dieta astringente

La dieta astringente o pobre en fibra dietética convencionalmente se define dietética como la que contiene menos de tres gramos de fibra dietética al día. Esa dieta aumenta la presión del colon y origina el estreñimiento, lo que hace que se indique en los cuadros diarreicos. Una alimentación defectuosa en fibra dietética conduce a un estreñimiento crónico. Se indica cada vez que se desee disminuir la formación de heces fecales: preparación diagnóstica o terapéutica del colon, aunque en esos casos puede ser preferida o combinarse con una dieta líquida clara.

61. d) Dieta hipercalórica

Los hidratos de carbono y grasas son los nutrientes que aportan muchas calorías al cuerpo.

62. d) Las respuestas b) y c) son correctas

Administración de la dieta por sonda: una vez elegida la fórmula, las calorías/día, proteínas, etc., se procede a planificar la administración. Esta se hace en cinco - seis volúmenes iguales al día, siendo el de cada toma de trescientos-quinientos ml que debe administrarse con jeringa grande o bolsa especial de alimentación en no menos de quince-veinte minutos. El paciente estará sentado semi-incorporado. El alimento debe estar a temperatura templada y, previamente, se habrá comprobado que no existe una retención gástrica superior a ciento veinticinco ml. Una vez terminada la toma, se harán pasar unos veinte ml de agua por la sonda, para eliminar los restos de alimentos. Por supuesto deben seguirse estrictas normas de higiene, para evitar la contaminación bacteriana. También debe destacarse la importancia capital de planificar correctamente los requerimientos de agua, sobre todo en los pacientes con trastornos de conciencia, por el peligro de deshidratación (mínimo hídrico habitual diario, 2,2-2,5 litros). Deben ser preparados solubles o, al menos, suspensiones de partículas mucho menores que la luz interior de la sonda, y sin tendencia a formar grumos. No son utilizables los triturados caseros de carnes, pescados o verduras. Pueden utilizarse alimentos naturales o especiales para sonda. Alimentos naturales para sonda: agua, leche, zumos de naranja (colados); aceite y sal; azúcar, harinas dextrinomalteadas, "potitos" (infantiles) de carne, pescado, verdura o fruta y yema de huevo. Existen alimentos especiales para sonda, en polvo o líquidos, que pueden ser útiles aunque son mis caros. Son los alimentos para nutrición enteral muy utilizados en los hospitales.

63. d) Las respuestas a) y c) son correctas

Dieta en la hipertensión arterial: aspectos fundamentales en el tratamiento dietético de la hipertensión son la reducción de peso y la restricción de la ingesta de sodio y alcohol. Aunque también se deben tener en cuenta otros factores dietéticos que se han implicado en la hipertensión; entre ellos: el potasio, el calcio, el magnesio, las grasas y los ácidos grasos. Puede ser necesario el uso simultáneo de una dieta de bajo contenido en grasas totales, en grasas saturadas y en colesterol en pacientes con hipertensión e hiperlipidemia.

64. c) Está indicada en la preparación para operaciones de intestino o colonoscopia y en la fase de recuperación de operaciones de abdomen

Dieta líquida clara: esta dieta proporciona los requerimientos diarios de agua, pero estimula muy poco el tracto gastrointestinal. Proporciona alimentos y líquidos claros a temperatura ambiente. El tipo de líquido puede variar según el estado clínico del paciente y la intervención diagnóstica o terapéutica que se quiera practicar con él. La dieta líquida resulta insuficiente en contenido energético y nutrientes esenciales. No se recomienda durante más de tres días como única fuente de alimentación. Si se requiere por más tiempo, se aconseja el empleo de suplemento nutricional comercial, nutrición enteral o nutrición terapéutica parenteral. Está indicada en la preparación para operaciones de intestino o colonoscopia y en la fase de recuperación de operaciones de abdomen.

65. a) Dos litros

El agua es un elemento esencial para los seres vivos. Tiene unas características que le dan una enorme importancia en el desarrollo de la vida, es la biomolécula más abundante en el ser humano, y constituye un 65-70 % del peso total del cuerpo. Es esencial para el metabolismo corporal y para mantener el volumen de sangre que existe en nuestro sistema circulatorio. Se recomienda consumir un promedio de dos litros de agua al día, mediante la alimentación y la ingesta de líquidos.

66. c) Dulces

Las proteínas son macromoléculas, integradas por aminoácidos que incluyen átomos de nitrógeno en su estructura a diferencia del resto de los principios inmediatos (carbohidratos y lípidos). Constituyen el principal componente estructural de tejidos y órganos. Por lo tanto, tienen una función eminentemente plástica. Son los compuestos biológicos más dinámicos y activos, con los que se desarrollan casi todas las actividades que necesita realizar una célula. Son esenciales para la vida; forman parte de las estructuras, por lo que tienen función plástica o constructora. Son los constituyentes principales de enzimas y muchas hormonas (función reguladora), anticuerpos (función defensiva) y se encuentran en fluidos biológicos como sangre, leche y clara de huevo. Como el resto de los macronutrientes, también proporcionan energía.

Pueden clasificarse según su función: estructurales (colágeno, actina) y reguladoras (enzimas, hormonas). También se pueden clasificar según su origen: animales: (carnes, pescados, leche y derivados y huevos) y vegetales (legumbres, frutos secos, cereales y, en mucha menor proporción, frutas y verduras).

67. c) Tiroxina

Las hormonas tienen efectos tanto anabólicos como catabólicos sobre el metabolismo de las proteínas. La hormona del crecimiento estimula la síntesis proteica. La insulina produce el mismo efecto debido a su capacidad para acelerar el transporte de AA a través de la membrana celular. La testosterona también estimula la síntesis de proteínas durante los períodos de crecimiento. Los glucocorticoides estimulan la gluconeogénesis y la cetogénesis a partir de las proteínas. La tiroxina aumenta el metabolismo de todas las células en general y, por tanto, aumenta el anabolismo y el catabolismo de las proteínas a un tiempo.

68. a) La que aporta un contenido alto en proteínas

El mayor porcentaje de esta dieta son proteínas.

69. a) En pacientes con patologías hepáticas y renales

Dieta en la insuficiencia renal crónica: el tratamiento dietético se orienta a controlar la ingestión de proteínas y sodio, y a garantizar un adecuado aporte de energía. La restricción de proteínas por debajo de 0,8 g/kg de peso corporal puede afectar el aporte de aminoácidos esenciales, motivo por el que se debe garantizar que entre 60 y 70 % de las proteínas sean de valor biológico elevado.

70. d) Sal común

Dieta sin sal: son las dietas terapéuticas prescritas con mayor frecuencia. Su denominación precisa debería ser dietas hiposódicas, pues es la restricción de sodio el parámetro nutricional modificado. La restricción de sodio tiene notables efectos en: toxemia del embarazo, cirrosis, hipertensión arterial, cardiopatías y nefritis con edema. La dieta restringida en sodio es aquella en la que se evita la sal y otros compuestos que la contiene, y se eligen los alimentos por su bajo contenido sódico natural.

71. d) En pacientes con problemas intestinales

La dieta pobre en residuos está compuesta por alimentos con muy bajo contenido en fibra dietética. El término "residuo" se refiere a los constituyentes no absorbidos de la dieta, a las células desprendidas del tracto gastrointestinal y bacterias gastrointestinales halladas en las heces después de la digestión. El objetivo de la dieta baja en residuos consiste en reducir al mínimo el volumen fecal. Se utiliza fundamentalmente como dieta antes y después de operaciones quirúrgicas, aunque puede resultar necesaria en caso de obstrucción intestinal parcial y trastornos graves de la motilidad. Se deben ofrecer a los pacientes comidas más frecuentes y menos copiosas. Se les debe indicar también la necesidad de comer despacio y masticar bien los alimentos.

72. d) En invierno

En invierno porque la temperatura es más baja y se necesitan más calorías.

73. b) Vitamina D3

La carencia de vitamina D (Calciferol) provoca raquitismo en niños y descalcificación en adultos.

74. b) Calcio

El calcio es mineral más abundante en el cuerpo humano, se obtiene fundamentalmente, de los productos lácteos, el contenido de Ca^{++} en el organismo es de 1200 gr (16 gr/Kg de peso corporal) o de 20-25 gr/Kg de tejido magro o libre de grasa, distribuidos en un 99 % en huesos y dientes; el porcentaje restante se emplea en el mantenimiento de la actividad neuromuscular y en los proce-

sos de coagulación. Solo se absorbe el 30 % del Ca de los alimentos. Siendo el contenido de Ca en los lácteos el que mejor se absorbe. Su carencia produce osteoporosis, osteomalacia y raquitismo.

75. b) Anemia

El hierro es fundamental para fabricar la hemoglobina de los glóbulos rojos de la sangre. Su carencia causa la anemia ferropénica. Las necesidades diarias de Fe son de unos 12-15 mgr de los que solo se absorbe 1 mgr. La ferritina constituye la principal forma de depósito del hierro en hígado, bazo y médula ósea. Asimismo, protege a las células de altas concentraciones de hierro libre, las cuales resultarían tóxicas. La RDA para el Hierro está entre 15 y 25 miligramos al día según sexo edad etc. El umbral de tolerancia (UL) en 45 mg/d. Las comidas pueden ser clasificadas en la medida en que su disponibilidad de hierro sea alta media o baja. y hierro no hémico en cantidad adecuada, constituye una comida con alta disponibilidad de hierro. Sideremia normal: los niveles normales en adultos oscilan de 65 a 200 microg/dl, con cifras ligeramente superiores en hombres que en mujeres. Se encuentra fundamentalmente en el hígado, carnes rojas, yema de huevo, legumbres, frutos secos, mariscos, levadura de cerveza, germen de trigo, verduras y pescado.

76. c) Plásticos

Los alimentos plásticos proporcionan los componentes necesarios para formar células, tejidos y órganos así como para reparar los ya existentes (implicados en la construcción y mantenimiento de los tejidos). Se caracterizan por su contenido en proteínas: lácteos, carnes, pescados, huevos y legumbres.

77. c) Polisacáridos

Polisacáridos es la unión de más de dos monosacáridos:

- *Almidón: es la glucosa, se encuentra en vegetales, verduras y en los granos de los cereales.*
- *Celulosa: en la dieta produce el volumen necesario para el adecuado funcionamiento gastrointestinal.*
- *Glucógeno: es la forma en que se almacenan los hidratos de carbono, se almacena principalmente en el hígado y en menor proporción en el músculo.*

78. a) Almidón, celulosa y glucógeno

Polisacáridos es la unión de más de dos monosacáridos:

- *Almidón: es la glucosa, se encuentra en vegetales, verduras y en los granos de los cereales.*
- *Celulosa: en la dieta produce el volumen necesario para el adecuado funcionamiento gastrointestinal.*
- *Glucógeno: es la forma en que se almacenan los hidratos de carbono, se almacena principalmente en el hígado y en menor proporción en el músculo.*

79. d) Comprobar que los alimentos son los pedidos en la planilla

Para verificar que el pedido realizado por los médicos coincide con la recepción de alimentos.

80. c) Producción, transporte, almacenamiento, procesamiento, conservación y comercialización hasta su consumo

La cadena alimentaria son las etapas por las que pasa todo alimento desde su fuente de producción, transporte, almacenamiento, procesamiento, conservación y comercialización hasta su consumo.

81. c) Sondas nasoentéricas

Sondas nasoentéricas: son de gran longitud, se introducen por nariz, y atravesando esófago y estómago, llegan hasta intestino. Su introducción se ve favorecida cuando el paciente se encuentra en decúbito lateral derecho.

82. b) Gastrostomía

Directamente se administran al estómago bolos intermitentes (gastrostomía) en cantidades considerables en distintos intervalos. También se puede hacer uso del goteo por gravedad, que suele durar unos 30 minutos, y es de uso domiciliario. En los centros hospitalarios suele usarse el método de perfusión continua, mediante uso de bomba de nutrición.

83. a) De 1000 ml en veinticuatro horas

Diarreas: se define como presencia de cinco o más deposiciones líquidas en veinticuatro horas o más de dos deposiciones con más de 1000 ml en veinticuatro horas.

84. c) Cinco-seis

La alimentación oral es la forma natural de nutrirse, pero hay muchas circunstancias por las que resulta imposible realizarse, lo cual nos lleva a recurrir a otra técnica de nutrición artificial. Llamamos nutrición enteral a la administración, por vía digestiva, de una mezcla constante y conocida de nutrientes obtenidos industrialmente, mediante diversas transformaciones, a partir de los alimentos naturales. La vía digestiva puede abordarse, bien a través de sondas nasogástricas o bien, a través de gastrostomías creadas por vía quirúrgica o endoscópica. Así, la nutrición enteral se aplicará a todo paciente que no pueda o no deba comer normalmente, pero con un sistema digestivo funcional. Se puede definir como el ingreso de nutrientes por vía digestiva (estómago o intestino delgado), con las siguientes condiciones:

85. d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta, ya que la nutrición enteral se administra siempre mediante goteo

Administración de la dieta: directamente se administran al estómago bolos intermitentes (gastrostomía) en cantidades considerables en distintos intervalos. También se puede hacer uso del

goteo por gravedad, que suele durar unos treinta minutos, y es de uso domiciliario. En los centros hospitalarios suele usarse el método de perfusión continua, mediante uso de bomba de nutrición.

86. a) Por vía venosa

La nutrición parenteral es la forma intravenosa de aportar un soporte alimenticio, en aquellos pacientes que por distintas circunstancias poseen un balance nitrogenado negativo (en el que el aporte proteico es menor al consumo). Su uso se restringe, a la existencia de un estado catabólico o cuando su aparato digestivo no funciona.

87. b) El calcio

El calcio es mineral más abundante en el cuerpo humano, se obtiene fundamentalmente, de los productos lácteos, el contenido de Ca^{++} en el organismo es de 1200 gr (16 gr/Kg de peso corporal) o de 20-25 gr/Kg de tejido magro o libre de grasa, distribuidos en un 99 % en huesos y dientes; el porcentaje restante se emplea en el mantenimiento de la actividad neuromuscular y en los procesos de coagulación.

88. d) Aproximadamente de 20 – 28 gr de magnesio

El magnesio, se requiere para formar parte de la estructura ósea, y actúa en distintas reacciones metabólicas, es esencial en la actividad neuromuscular. El contenido de Mg^{++} en el organismo es de 270 – 400 mg/Kg de peso corporal; un adulto de unos 70 Kg de peso alberga aproximadamente de 20 – 28 gr de magnesio.

89. c) 12-15 mgr de los que solo se absorbe 1 mgr

El hierro es fundamental para fabricar la hemoglobina de los glóbulos rojos de la sangre. Su carencia causa la anemia ferropénica. Las necesidades diarias de Fe son de unos 12-15 mgr de los que solo se absorbe 1 mgr. La ferritina constituye la principal forma de depósito del hierro en hígado, bazo y médula ósea.

90. a) El flúor

El flúor protege el esmalte de los dientes frente a la caries. Su aportación se solventa con el fluorado de las aguas.

91. d) Selenio

El selenio es muy importante en los procesos antioxidantes que previenen el envejecimiento y la aparición de cáncer. Se encuentra en carnes, mariscos, cereales completos y verduras de hoja verde como las espinacas, col, coliflor. La RDA para el Selenio está entre 0,04 y 0,06 miligramos al día según sexo edad etc. El umbral de tolerancia (UL) en 0,4 mg/d. De estos otros elementos inorgánicos como el zinc, cobre, selenio, flúor, cromo o molibdeno, se conoce su importancia para un adecuado aporte nutricional, aunque no se han podido establecer claramente las necesidades diarias de los mismos.

92. b) Por vía venosa

La nutrición parenteral es la forma intravenosa de aportar un soporte alimenticio, en aquellos pacientes que por distintas circunstancias poseen un balance nitrogenado negativo (en el que el aporte proteico es menor al consumo).

93. d) Colocación de la sonda mediante técnica quirúrgica

La nutrición enteral se aplicará a todo paciente que no pueda o no deba comer normalmente, pero con un sistema digestivo funcional. Se puede definir como el ingreso de nutrientes por vía digestiva (estómago o intestino delgado), con las siguientes condiciones:

- *Empleo de sondas para su administración.*
- *Supresión de las etapas bucal y esofágica de la digestión.*

94. b) Anula la incidencia de hemorragias digestivas, posiblemente por neutralización del jugo gástrico

Reduce la incidencia de hemorragias digestivas, posiblemente por neutralización del jugo gástrico.

95. b) Dietas poliméricas

Las dietas poliméricas son nutricionalmente completas y están compuestas por proteínas intactas (completas), hidratos de carbono complejos (hidrólisis del almidón), grasas (combinando proporciones variables de triglicéridos de cadena larga con los de media) y vitaminas y minerales, en cantidades suficientes cuando se administran las kilocalorías necesarias de la dieta.

96. a) Dietas oligoméricas

Las dietas oligoméricas están constituidas a base de hidrolizados de proteínas.

97. b) Hipercalóricas (> 2 Kcal/ml)

La densidad calórica es un parámetro que expresa el número de kilocalorías suministradas por mililitro de preparado. Atendiendo a la densidad calórica las fórmulas pueden clasificarse en:

- *Normocalóricas (1 Kcal/ml).*
- *Hipercalóricas (1,5-2 Kcal/ml).*
- *Fórmulas de inicio o diluidas (0,5 Kcal/ml).*

98. d) > 18 % del valor calórico total de la dieta

Atendiendo a la proporción energética que aportan las proteínas se distinguen:

- *Fórmulas normoproteicas, fórmulas en las que la proporción de proteínas suponen el 12-18 % del valor calórico total de la dieta.*
- *Fórmulas hiperproteicas cuyo contenido es superior al 18 % del valor calórico total.*

99. a) S. de Levin

Sonda de Levin: de una sola luz, de plástico o caucho, acabando con un orificio distal. Tiene marcas circulares en distintos puntos, que sirven como guías en su introducción.

100. a) Sonda nasoesofágica de 90 cm. de longitud y triple luz

Sonda de Moss: sonda nasoesofágica de 90 cm. de longitud y triple luz. Se fija en estómago inflando el baloncito que posee. Las luces esofágica y gástrica sirven para lavado, mientras que la tercera es para alimentación duodenal.

101. a) En enfermos con dificultades para la deglución darles líquidos para facilitar la misma

Reiniciación de las dietas orales: aquellos pacientes que están recibiendo nutrición enteral o están en dieta absoluta deben iniciar la dieta oral de forma progresiva a causa de la atrofia de las microvellosidades intestinales que presentan y de la consiguiente dificultad para digerir la lactosa. Entre las indicaciones a seguir se encuentran:

- *Iniciar la dieta oral con infusiones, caldo desgrasado y yogur, pero no con otros derivados lácteos.*
- *En enfermos con dificultades para la deglución: darles papillas y no líquidos (puddin, gelatinas...).*
- *Dar derivados lácteos a partir del tercer día como mínimo (menos el yogur).*
- *Si no hay problemas de intolerancia, iniciar la dieta blanda en dos o tres días.*

102. a) Fórmula pancreática

Según las necesidades del paciente se pueden adoptar distintas fórmulas:

- *Alta en proteínas.*
- *Fórmula hepática.*
- *Fórmula renal.*
- *Fórmula de estrés.*

103. c) Estrés leve o moderado

Indicaciones parenteral nutrición central:

- *Déficit nutritivos preexistente.*
- *Requerimientos calóricos elevados.*
- *Requerimientos proteicos elevados.*
- *Nutrición parenteral prolongada en el tiempo.*

104. d) 150 cc. de residuo

Residuo gástrico se define como la presencia de un volumen superior a más de 150 ml. de residuo. Si ello ocurre, suspender la dieta durante seis horas y reiniciar a la misma velocidad que estaba. Si persiste con más de 150 ml., suspender la dieta durante doce horas y valorar la necesidad de administración de fármacos procinéticos. Para iniciar de nuevo la dieta es preciso empezar con la velocidad del primer día e ir aumentando progresivamente.

105. b) Baja osmolaridad que provoca dilatación gástrica

Vómitos o regurgitaciones se definen como la presencia de cualquier cantidad de dieta en la cavidad oral o en la orofaringe, apreciada durante los cuidados del paciente. Su causa es múltiple:

- *Osmolaridad elevada que provoca dilatación gástrica. Para evitarlo, diluir las fórmulas hiperosmolares y concentrar a medida que transcurren los días.*

[…]

106. d) Hipoglucemia

Complicaciones metabólicas:

- *Hiperglucemia.*
- *Hiperhidratación y/o hipernatremia.*
- *Deshidratación hipertónica.*
- *Hipopotasemia e hipofosfatemia.*
- *Elevación de las transaminasas.*
- *Trastornos electrolíticos y de oligoelementos.*

107. c) Gastrostomía y yeyunostomía endoscópicas percutáneas

Técnicas quirúrgicas:

- *Faringostomía.*
- *Esofagostomía cervical.*
- *Gastrostomía abierta o laparoscópica.*
- *Duodenostomía y yeyunostomía abierta o laparoscópica.*

108. a) En Fowler alta e hiperextensión de la cabeza

Colocar al paciente decúbito supino, recostado en la cama y esta en un ángulo de 45°.

109. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Objetivos:

- *Eliminación de secreciones gástricas.*
- *Eliminación de gas acumulado.*
- *Administración de medicación.*
- *Nutrición del paciente.*

110. c) Alrededor de 4 °C

Mantener en frigorífico (a 4°) la solución hasta treinta minutos antes de su administración.

111. c) Empiema

Complicaciones en la inserción del catéter: Se suelen dar a consecuencia de la intervención al acceso venoso. Las más usuales son:

- *Neumo/hemotórax.*
- *Derrame pleural.*
- *Daño del plexo braquial.*
- *Colocación incorrecta del catéter.*

112. d) Datos de la persona que elabora la fórmula

Terminada la elaboración de la bolsa, se colocará la etiqueta correspondiente, en la que constarán la fecha de caducidad, los datos de filiación del paciente y la composición de la fórmula preparada.

113. d) Siempre se administrarán después de dos horas a temperatura ambiente

Normas de conservación: las unidades nutrientes deben protegerse de la luz durante todo el periodo de conservación y administración y se mantendrán en nevera entre 4 a 8 °C. La caducidad se estima de 5 días excepto bolsas prefabricadas. Se administrarán después de dos horas a temperatura ambiente, aunque este tiempo puede variar en el caso de que lleve incorporado medicamentos.

114. d) Organolépticos

Controles de las unidades de nutrientes:

- *Físicos.*
- *Bacteriológicos.*
- *Químicos.*

115. c) Al inicio peso y talla y posteriormente peso una vez en semana

Parámetros antropométricos: al inicio peso y talla y posteriormente peso una vez en semana. En caso de no poder medir y pesar al paciente utilizar otros parámetros antropométricos.

TEST 22

Actuaciones de enfermería en Servicios Centrales Hospitalarios. Banco de Sangre. Esterilización. Gestión de Almacén sanitario. Farmacia. Servicio de Farmacia. Salud Laboral. Servicios de Preventiva

1. ¿Cuál es el mejor parámetro para valorar la capacidad de transporte de oxígeno de los eritrocitos?

a) El Volumen Corpuscular Medio (VCM)

b) El recuento de reticulocitos

c) La hemoglobina corpuscular media (HbCM)

d) La hemoglobina

2. ¿De qué alimentos se obtiene el principal aporte de cobalamina?

a) Frutas y verduras

b) Del hígado

c) Carne y productos lácteos

d) Huevos

3. No es un trastorno clínico asociado a la anemia perniciosa:

a) Insuficiencia renal

b) Uso de óxido nitroso

c) Gastrectomía

d) Amiloidosis

4. ¿Hasta qué porcentaje de volumen sanguíneo perdido puede tolerar el ser humano sin descompensación?

a) 20 %

b) 15 %

c) 35 %

d) 10 %

5. ¿Cómo se denomina a los anticuerpos dirigidos contra los antígenos del grupo sanguíneo de otra persona?

a) Heteroanticuerpos

b) Aloanticuerpos

c) Anticuerpos heterólogos

d) Xenoanticuerpos

6. ¿Cuál es la vida media en circulación de una molécula de fibrinógeno?

a) Cuatro-seis horas

b) Un día

c) Doce-dieciocho horas

d) Cuatro-cinco días

7. ¿Qué mide el TTPa?

a) La vía intrínseca de la coagulación

b) La vía extrínseca de la coagulación

c) La formación de fibrina a partir de fibrinógeno por la acción de la trombina

d) La conversión de fibrinógeno a fibrina sin intervención de la trombina

8. No es causa de carencia de vitamina K:

a) Malabsorción intestinal

b) Pérdida de los lugares de almacenamiento debido a una enfermedad hepatocelular

c) Insuficiencia renal

d) Aporte alimentario insuficiente

9. Indique la respuesta incorrecta acerca de las Heparinas fraccionadas o de bajo peso molecular (HBPM):

a) Tienen mayor actividad antiXa que antiIIa

b) No alargan el TTPa

c) Tiene una baja biodisponibilidad

d) Todas la HBPM tienen reacción cruzada con heparina no fraccionada

10. ¿Cuál es la dosis antitrombótica del ácido acetilsalicílico?

a) 100 mg VO

b) 30 mg VO

c) 500 mg VO

d) 250 mg VO

11. ¿Cuál de las siguientes técnicas de saneamiento sanitario está orientado a la destrucción de gérmenes patógenos?

a) Desinsectación

b) Desratización

c) Desinfección

d) Esterilización

12. Lavarse las manos antes de atender a un paciente es una medida que podríamos denominar:

a) Barrera física

b) Barrera química

c) Barrera biológica

d) Barrera educativa

13. ¿Cuál es el método de esterilización más usado actualmente en los hospitales?

a) Incineración

b) Flameado

c) Estufa de calor seco

d) Autoclave

14. ¿Cuál es el tiempo límite fiable de la esterilización por óxido de etileno?

a) Seis meses

b) Dos años

c) Tres años

d) Cinco años

15. Indique la respuesta incorrecta. Entre las características de los envases de esterilización que se citan a continuación:

a) No han de ser porosos

b) Han de ser herméticos

c) No serán ni contaminantes no tóxicos

d) Han de ser resistentes

16. Cuando aislamos a un paciente con tuberculosis, ¿en qué "eslabón" de la cadena epidemiológica de la infección nosocomial estamos actuando?

a) En el reservorio

b) En la fuente

c) En el mecanismo de transmisión

d) En el receptor

17. En el control de la infección nosocomial, ¿qué medida está considerada como de eficacia dudosa?

a) Desinfección de suelos, paredes y superficies

b) Lavado de manos

c) Cuidados del equipo de terapia respiratoria

d) Educación del personal y paciente

18. La tuberculosis pulmonar requiere:

a) Aislamiento respiratorio

b) Aislamiento estricto

c) Aislamiento protector

d) Aislamiento de contacto

19. ¿Cuánto dura el periodo de incubación de la hepatitis A?

a) De cinco a diez días

b) De diez a quince días

c) De veinte a veinticinco días

d) De quince a cuarenta y cinco días

20. No es una medida a tomar ante un paciente con hepatitis B:

a) La habitación individual es recomendable e imprescindible

b) El paciente puede utilizar el retrete común salvo en el caso de presentar diarrea

c) Las heces y orina serán eliminadas directamente al inodoro o bien tras su depósito en una cuña, introducidas inmediatamente en el lavacuñas

d) Desinfectar la habitación (inodoro y baño) tras el traslado del paciente

21. ¿En cuál de los siguientes tipos de aislamiento no se utilizan polainas?

a) Respiratorio

b) Estético

c) Estricto

d) Las respuestas a) y b) son correctas

22. En el lavado rutinario o higiénico se debe enjabonar manos y muñecas, intensificando en espacios interdigitales, pulgares y uñas durante:

a) Veinte segundos

b) Treinta segundos

c) Cuarenta segundos

d) Cincuenta segundos

23. En áreas críticas se recomienda un lavabo:

a) Cada dos camas y que los grifos sean de codo o apertura electrónica

b) Cada dos camas y que los grifos sean de apertura manual

c) Cada tres camas y que los grifos sean de apertura manual

d) Cada tres camas y que los grifos sean de codo o apertura electrónica

24. El gorro ha de cubrir todo el pelo:

a) Menos las patillas

b) Menos la nuca

c) Menos la nuca y patillas

d) Incluidos patillas y nuca

25. ¿Cuál es el objetivo/s de las batas?

a) Prevenir la contaminación entre el portador y el campo quirúrgico y deferencia a los miembros del equipo "estériles" (lavados) de los "no estériles" (no lavados)

b) Prevenir la contaminación e infección del lugar de la intervención quirúrgica

c) Proporcionar una barrera de protección y reducir las ocasiones de transmisión de microorganismos en el Hospital

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

26. No es un recurso que se consume en el almacén hospitalario:

a) Personal

b) Maquinaria

c) Reactivos químicos

d) Instalaciones

27. Indique la respuesta incorrecta respecto a las funciones que el auxiliar de enfermería tiene asignadas en el almacén:

a) Pago del material

b) Revisión del material

c) Petición del material

d) Recepción del pedido

28. ¿En qué tipo de sistema de almacenamiento solamente los profesionales pueden acceder a las existencias?

a) Sistema general

b) Sistema cerrado

c) Sistema abierto

d) Sistema protector

29. La actividad destinada a poner a disposición de una organización todos los productos, bienes y servicios provenientes del exterior y necesarios para su funcionamiento se denomina:

a) Gestión

b) Aprovisionamiento

c) Suministro

d) Stock

30. Se denomina gestión de existencias o gestión de stocks:

a) A determinar la cantidad y el tipo de productos que deben ser almacenadas

b) Al almacenamiento de productos para atender la demanda extraordinaria del hospital

c) Al almacenamiento que permite atender la demanda con la mayor rentabilidad del capital invertido

d) Aquellos productos y recursos materiales que no se están utilizando en el momento determinado

31. En relación con el control de stock es muy importante tener un buen sistema de información que nos facilite la información relativa a:

a) Insuficiencia o excesos de stock (productos con stock superior al máximo).

b) Listado de productos pendientes de entrega por proveedores,

c) Listado de productos con stock igual a cero; serán las roturas de stock que no tienen localización y se deben suministrar al GFH bajo pedido del mismo

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

32. ¿Cómo se denomina al volumen de un determinado artículo que tenemos en el almacén por encima de los que se va a necesitar?

a) Gestión de stock

b) Stock de seguridad

c) Stock sobrante

d) Stock activo

33. A los artículos en buen estado que han dejado de utilizarse y pueden ser devueltos al proveedor se les denomina:

a) Stock activo

b) Stock de seguridad

c) Stock sobrante

d) Existencias

34. Indique la respuesta correcta referente al inventario:

a) Son sistemas de seguimiento de las existencias del almacén cada cierto tiempo

b) Es un recuento manual e informático de todos los artículos del almacén

c) Es un método más perfecto que las fichas del almacén

d) Las respuestas a) y c) son correctas

35. Señale la respuesta correcta respecto a los sistemas de cálculo que se pueden utilizar en la valoración de existencias:

a) El método LIFO calcula el valor de existencias de un producto considerando que la primera unidad que entro en el almacén sale la última

b) El método FIFO calcula el valor de existencias de un producto considerando que la última unidad que entró en el almacén es la última que sale

c) El método FIFO calcula el valor de existencia de un producto considerando que la primera unidad que entró en el almacén es la primera que sale

d) El sistema LIFO calcula el valor de existencias de un producto considerando que la última unidad que entró en el almacén es la última que sale

36. Indique la respuesta correcta referente al Método de Paretto:

a) Clasifica los stocks según el valor del producto

b) Se denomina también método ABC

c) Clasifica los stocks según las exigencias del almacenamiento

d) Las respuestas a) y b) son correctas

37. ¿Cómo se denomina al material que se consume con el uso?

a) Inventariable

b) Perecedero

c) Fungible

d) Activo

38. Se denomina producto perecedero a:

a) Aquel que tiene una vida determinada de duración

b) Aquel que necesita refrigeración

c) Aquel que se altera por acción del agua

d) Aquel que se altera por la temperatura

39. No es una característica de la zona de almacén:

a) La entrada de mercancías será común al resto de accesos al servicio

b) El área de recepción de mercancías estará diferenciada de la de almacenamiento

c) La superficie del almacén estará condicionada por el número de camas, la frecuencia de pedidos, la situación geográfica y si, además se dispensa material sanitario

d) El almacén dispondrá de un sistema regulador de la temperatura ambiente para garantizar la conservación de los fármacos

40. El Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, define enfermedad profesional como:

a) La contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional

b) La contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena

c) La contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta propia en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

41. El almacenamiento de productos es una actividad fundamental para las empresas, para tener organizado el almacén gestionado el almacenaje, y para evitar problemas de existencias, es necesario la creación de:

a) Una base de datos

b) Un catálogo de productos

c) Un inventario de productos

d) Un repertorio de productos

42. La técnica de almacenamiento ideal para materiales de pequeñas dimensiones es:

a) Estanterías

b) Cajas o cajones

c) Apilamientos

d) Anaqueles

43. Señale la respuesta correcta. Todo almacén debe cumplir una serie de funciones principales que deben tenerse presente:

a) Recibir y registrar los materiales almacenados

b) Acondicionar, proteger y conservar los materiales

c) Entregar y distribuir los materiales a los diversos departamentos

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

44. Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, los hospitales que no cuenten con servicios farmacéuticos:

a) Deberán tener un servicio de farmacia hospitalaria obligatoriamente

b) Deberán solicitar de las Comunidades Autónomas autorización para, en su caso, mantener un depósito de medicamentos bajo la supervisión y control de un farmacéutico

c) No tendrán nunca servicio de farmacia hospitalaria

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

45. De acuerdo con el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, los farmacéuticos de las farmacias hospitalarias deberán haber cursado los estudios de:

a) Farmacia

b) Farmacia hospitalaria

c) Farmacología clínica

d) La especialidad correspondiente

46. Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, se conoce como "medicamento de uso humano":

a) Toda sustancia -activa o inactiva-empleada en la fabricación de un medicamento, ya permanezca inalterada, se modifique o desaparezca en el transcurso del proceso.

b) Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico

c) Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades curativas o preventivas con respecto a las enfermedades animales o que pueda administrarse al animal con el fin de restablecer, corregir o modificar sus funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico veterinario

d) Toda sustancia o mezcla de sustancias destinadas a la fabricación de un medicamento y que, al ser utilizadas en su producción, se convierten en un componente activo de dicho medicamento destinado a ejercer una acción farmacológica, inmunológica o metabólica con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas, o de establecer un diagnóstico

47. De acuerdo con el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, ¿qué nombre recibe la disposición a que se adaptan los principios activos y excipientes para constituir un medicamento?

a) Principio activo

b) Excipiente

c) Forma galénica

d) Medicamento

48. Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, se denomina medicamento falsificado a cualquier medicamento cuya presentación sea falsa con respecto a:

a) Su identidad

b) Su origen

c) Su historial

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

49. De acuerdo con el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, ¿cómo se denomina toda sustancia o mezcla de sustancias destinadas a la fabricación de un medicamento y que, al ser utilizadas en su producción, se convierten en un componente activo de dicho medicamento destinado a ejercer una acción farmacológica, inmunológica o metabólica con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas, o de establecer un diagnóstico?

a) Sustancia activa

b) Excipiente

c) Materia prima

d) Forma galénica

50. La unidad de gestión de compras:

a) Es una zona del servicio de farmacia hospitalaria

b) Debe estar lo más próxima posible a la zona de recepción de mercancías

c) Debe contar con recursos humanos administrativos, facultativos y el material adecuado para las tareas que se realizan en la misma

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

51. La ubicación del servicio de farmacia hospitalaria:

a) Se hallará en la última planta del hospital para que esté separado del resto

b) Es aconsejable que se ubique en la planta baja

c) Se hallará fuera del edificio del hospital

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

52. Los almacenes del servicio de farmacia hospitalaria se dividirán en:

a) Almacén de recepción y comprobación de medicamentos y almacenes generales

b) Almacenes generales y especiales

c) Almacenes especiales y de recepción

d) Almacenes de recepción y comprobación de medicamentos, almacenes generales, almacenes especiales y almacén de ensayos clínicos

53. Los almacenes especiales se subdividen en almacenes que pueden contener:

a) Sustancias inflamables y sustancias termolábiles

b) Psicotrópicos y estupefacientes

c) Estupefacientes

d) Sustancias inflamables, sustancias termolábiles, estupefacientes, psicótropos, radiofármacos y gases de uso médico

54. El almacén de estupefacientes:

a) Debe instalarse en un recinto cerrado que permita poner bajo llave los estupefacientes

b) Si el volumen es pequeño puede bastar con un armario metálico con cerradura.

c) No es necesario que este bajo llave, pero si separado del resto de los almacenes

d) Las respuestas a) y b) son correctas

55. El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo define condiciones de trabajo como:

a) El conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y el entorno en que esta se realiza, en cuanto que estas variables determinan la salud del individuo que la ejecuta, en la triple dimensión física, mental y social

b) Las condiciones organizativas que influyen en el trabajo

c) Las condiciones ambientales que influyen en el trabajo

d) Las respuestas b) y c) son correctas

56. La única excepción de dispensación de medicamentos por el servicio de farmacia hospitalaria a pacientes ambulatorios es:

a) Los medicamentos de uso hospitalario

b) Los medicamentos de especial control médico

c) Los medicamentos de diagnóstico hospitalario

d) Los estupefacientes

57. Entre los inconvenientes del sistema de reposición de stock se encuentran:

a) Infrautilización del servicio de farmacia hospitalaria

b) Elevado porcentaje de errores médicos

c) Mayor gasto económico

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

58. El sistema de dosis unitaria tiene como ventajas:

a) El servicio de farmacia hospitalaria adquiere más responsabilidad

b) Se producen menos errores médicos

c) Disminuye el gasto

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

59. El centro de información de medicamentos tendrá:

a) Un área de biblioteca

b) Un área de trabajo

c) Un área de reuniones

d) Las tres áreas

60. La farmacotecnia es:

a) La dispensación de dosis unitarias

b) Semejante a la fármaco-vigilancia

c) Una actividad científica

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

61. No es un área del servicio de farmacia hospitalaria:

a) Clínica

b) Administrativa

c) Científica

d) Asesora

62. Señale la respuesta incorrecta en relación al sistema abierto de almacenamiento de material sanitario:

a) Pueden acceder a los materiales personas ajenas al almacén

b) El recuento y la contabilidad del artículo es más rígido que el en los almacenes cerrados

c) Este sistema se utiliza en los almacenes pequeños de plantas hospitalarias

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

63. ¿Cuál de los siguientes tipos de almacenes sanitarios son depósitos grandes que almacenan importantes cantidades de productos y materiales de todo tipo?

a) Almacenes generales

b) Almacenes pequeños

c) Almacenes grandes

d) Almacenes centrales

64. Según las exigencias de almacenamiento, los materiales que por alguna de estas causas han sido rechazados por los controles de calidad y deben ser eliminados del almacén se denominan:

a) Material sin exigencias especiales

b) Material lábil

c) Material caducado y defectuoso

d) Material peligroso

65. Los productos farmacéuticos colocados en refrigeradores deben conservarse a una temperatura entre:

a) 1 °C y 4 °C

b) 2 °C y 8 °C

c) 6 °C y 10 °C

d) – 1 °C y 3 °C

66. De acuerdo con el Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, ¿cuál es el símbolo de los envases de gas medicinal comburente?

a) Sobre fondo blanco, un triángulo equilátero rojo, con el vértice hacia arriba, y con un coche negro en el interior sobre fondo blanco

b) Rombo negro, en su interior y sobre fondo amarillo anaranjado, una llama de fuego sobre un círculo impreso en negro

c) Rombo negro, en su interior y sobre fondo rojo, una llama de fuego impresa en negro

d) Triángulo equilátero negro, con el vértice hacia arriba; en su interior y sobre fondo amarillo

67. No es una ventaja de la utilización de códigos de barras para la gestión y control de los medicamentos en el almacén:

a) Que los equipos ópticos de lectura son muy fáciles de instalar, se instalan como periféricos de la unidad central de procesos

b) Que la impresión de este código en los envases incrementa el coste

c) Que no producen casis errores

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

68. Las mercancías que no se reciban dentro del plazo indicado en el pedido o en la fecha que expresamente se indique:

a) Serán destruidas

b) Serán guardadas para posterior estudio de su estado

c) Serán devueltas a los almacenes

d) Pueden ser devueltas a los almacenes

69. ¿Qué nombre recibe la técnica de almacenamiento de materiales farmacéuticos constituida por embalajes de transporte que arreglan o acondicionan una cierta cantidad de material para posibilitar su manipulación, transporte y almacenamiento como si fuese una unidad?

a) Carga unitaria

b) Caja o cajones

c) Apilamientos

d) Estanterías

70. Generalmente, los medicamentos deben ser conservados a una temperatura comprendida:

a) Entre 10 °C y 12 °C

b) Entre 15 °C y 17 °C

c) Entre 17 °C y 27 °C

d) Entre 18 °C y 22 °C

71. La recomendación relativa al almacenamiento de un producto en refrigeración y que se puede inscribir en la etiqueta tras haber evaluado la estabilidad del producto será de:

a) Manténgase entre 2 y 8 °C

b) Manténgase por debajo de 8 °C

c) Manténgase entre -5 y - 20 °C

d) Manténgase por debajo de -18 °C

72. ¿Quién es el responsable de la elaboración y dispensación de preparaciones estériles con la correcta composición, pureza, estabilidad y esterilidad, con un acondicionamiento idóneo y una identificación precisa y apropiadas para el paciente?

a) El médico

b) La enfermera

c) El farmacéutico

d) El técnico de farmacia

73. Indique la respuesta incorrecta. La UMIV debe estar situada en un área diferenciada del Servicio de Farmacia y estarán dotadas de cabinas de flujo laminar:

a) Horizontal (nutriciones parenterales)

b) Vertical Clase II tipo B (citostáticos)

c) Clase II tipo A (otros medicamentos)

d) Clase III Horizontal (citostáticos)

74. Señale la respuesta incorrecta. Cuando se preparan medicación quimioterápica:

a) Los guantes deben ser sustituidos de forma regular

b) Los guantes deben ser sustituidos siempre que ocurra una rotura

c) Los guantes deben ser sustituidos siempre que resulten contaminados o se sufra un pinchazo accidental

d) Los guantes deben ser sustituidos al finalizar la jornada laboral

75. La superficie de las ampollas, viales y cierres de los contenedores deben desinfectarse con una gasa empapada en:

a) Alcohol de 70° antes de introducirlos en la CFL

b) Alcohol de 96° antes de introducirlos en la CFL

c) Clorhexidina antes de introducirlos en la CFL

d) Hipoclorito de sodio antes de introducirlos en la CFL

76. La CFL debe ser limpiada y desinfectada de forma regular con agua y un agente jabonoso antiséptico que sea apropiado para el acero inoxidable. Antes de iniciar cualquier manipulación debe además desinfectarse con:

a) Alcohol de 70°

b) Alcohol de 96°

c) Clorhexidina

d) Povidona yodada

77. Los citotóxicos poseen potencial:

a) Carcinogénico

b) Mutagénico

c) Teratogénico

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

78. La preparación de citostáticos se recomida se lleve a cabo en cabina de seguridad biológica de flujo laminar:

a) Clase I

b) Clase II A

c) Clase II B

d) Clase III

79. Cuando se trata de citostáticos si se produce contacto con los ojos, deben lavarse con abundante agua durante:

a) Al menos diez minutos

b) Al menos quince minutos

c) Al menos veinte minutos

d) Al menos treinta minutos

80. Cuando nos referimos a la dispensación de medicamentos citotóxicos IV, esta cubrirá un período máximo de:

a) Doce horas

b) Veinticuatro horas

c) Cuarenta y ocho horas

d) Setenta y dos horas

81. ¿Qué nombre recibe el dispositivo asistencial hospitalario que ofrece en régimen ambulatorio una amplia oferta de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, permitiendo al paciente recibir una atención especializada y técnicamente cualificada sin necesidad de quedar ingresado en el hospital?

a) Hospital de Día Oncológico

b) Consulta Externa de Oncología

c) Urgencias Generales

d) Planta de Hospitalización Oncológica

82. El procedimiento de reconstitución de fármacos citostáticos debe ser siempre responsabilidad de:

a) El Servicio de Farmacia

b) La Unidad de Hospitalización

c) La Enfermera que prepara la mezcla

d) El HDO

83. En un HDO, ¿qué área es la que requiere más espacio?

a) Área de tratamientos

b) Despachos para la consulta de pacientes

c) Área de farmacia y/o preparación de la medicación

d) Área para tareas administrativas

84. ¿Cómo se denomina un artículo que es destinado específicamente por el fabricante a ser utilizado de forma conjunta con un producto para que este último pueda utilizarse de conformidad con la finalidad prevista para el producto por su fabricante?

a) Producto sanitario

b) Efecto

c) Accesorio

d) Material sanitario

85. Conforme al Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, no es una clase en que se pueda categorizar un producto sanitario:

a) I

b) II

c) III

d) IV

86. Indique la respuesta incorrecta. Según el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, los productos sanitarios se pueden clasificar según su duración en:

a) Uso pasajero: destinados normalmente a utilizarse de forma continua durante menos de sesenta minutos

b) Uso a corto plazo: destinados normalmente a utilizarse de forma continua durante un período de hasta treinta días

c) Uso prolongado: destinados normalmente a utilizarse de forma continua durante un período de más de treinta días

d) Uso indefinido: destinados normalmente a utilizarse de forma continua de forma permanente

87. De acuerdo con el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, un producto que penetra parcial o completamente en el interior del cuerpo bien por un orificio corporal o bien a través de la superficie corporal se denomina:

a) Producto invasivo

b) Producto invasivo de tipo quirúrgico

c) Producto implantable

d) Producto reimplantable

88. Según el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, ¿cómo se denomina cualquier producto sanitario activo utilizado solo o en combinación con otros productos sanitarios, destinado a sostener, modificar, sustituir o restaurar funciones o estructuras biológicas en el contexto del tratamiento o alivio de una enfermedad, lesión o deficiencia?

a) Producto activo terapéutico

b) Producto sanitario activo

c) Producto invasivo

d) Producto sanitario pasivo

89. ¿Cuál de los siguientes conceptos se encuentra entre las definiciones establecidas por el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, en relación con las reglas de clasificación?

a) Instrumento quirúrgico reutilizable

b) Producto activo para diagnóstico

c) Duración

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

90. Según el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, los productos destinados a un contacto superficial y poco duradero generalmente entran en la clase de riesgo:

a) Clase I

b) Clase II

c) Clase III

d) Clase IV

91. De acuerdo con el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, son productos sanitarios para diagnóstico "in vitro":

a) Cualquier producto sanitario que consista en un aparato destinado por el fabricante a ser utilizado "in vitro" para el estudio de muestras procedentes del cuerpo humano con el fin de proporcionar información relativa a un estado fisiológico o patológico, o relativa a una anomalía congénita, o para determinar la seguridad y compatibilidad con receptores potenciales, o para supervisar medidas terapéuticas

b) Cualquier producto sanitario que consista en un instrumento destinado por el fabricante a ser utilizado "in vitro" para el estudio de muestras procedentes del cuerpo humano con el fin de proporcionar información relativa a un estado fisiológico o patológico, o relativa a una anomalía congénita, o para determinar la seguridad y compatibilidad con receptores potenciales, o para supervisar medidas terapéuticas

c) Cualquier producto sanitario que consista en un reactivo destinado por el fabricante a ser utilizado "in vitro" para el estudio de muestras procedentes del cuerpo humano con el fin de proporcionar información relativa a un estado fisiológico o patológico, o relativa a una anomalía congénita, o para determinar la seguridad y compatibilidad con receptores potenciales, o para supervisar medidas terapéuticas

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

92. ¿Qué nombre reciben los productos de aplicación tópica que actúa de barrera para suplir las funciones de la piel, favorecer la cicatrización o absorber los fluidos orgánicos?

a) Esparadrapos

b) Vendas

c) Apósitos

d) Pomadas

93. No es una característica que deba tener un apósito:

a) Ser biodegradables

b) Proteger la herida de agresiones externas

c) Mantener el lecho de la herida húmedo y la piel circundante seca

d) Eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante absorción

94. El hospital, junto a sus correspondientes centros de especialidades, constituye la estructura sanitaria responsable de la atención especializada programada y urgente, en régimen:

a) De internado

b) Ambulatorio

c) Domiciliario

d) De internado, ambulatorio y domiciliario

95. Los agentes biológicos son:

a) Son organismos unicelulares simples, visibles al microscopio óptico, capaces de vivir en un medio ambiente adecuado sin necesidad de valerse de otros organismos, y que se multiplican por división simple

b) Son agentes parásitos patógenos no celulares, mucho más pequeños que las bacterias, y solo son vistos con microscopio electrónico. Debe asociarse a una célula para manifestarse y no son capaces de crecer o multiplicarse fuera de ella

c) Son seres vivos capaces de originar cualquier tipo de daño en la salud de los trabajadores como consecuencia de que su actividad facilita el contacto con uno o varios de estos agentes

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

96. Según la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo se denomina:

a) Prevención

b) Riesgo laboral

c) Enfermedad laboral

d) Accidente laboral

97. De acuerdo con la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, se constituirá un Comité de Seguridad y Salud en todas las empresas o centros de trabajo que cuenten con:

a) 30 o más trabajadores

b) 50 o más trabajadores

c) 15 o más trabajadores

d) 20 o más trabajadores

98. ¿Qué medida preventiva está constituida por todas aquellas técnicas que, aplicadas, tienden a eliminar los riesgos que podrían concluir en accidentes de trabajo y conllevan unas consecuencias inmediatas?

a) Seguridad en el trabajo

b) Higiene en el trabajo

c) Ergonomía

d) Medicina del trabajo

99. De acuerdo con la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, ¿qué nombre recibe el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo?

a) Prevención

b) Riesgo laboral

c) Daños derivados del trabajo

d) Condiciones de trabajo

100. ¿Cuál de las siguientes actuaciones se centra sobre el propio trabajador, tratando de adecuar sus condiciones físicas a las exigencias derivadas del puesto de trabajo y de la tarea que el operario tiene que realizar?

a) Seguridad en el trabajo

b) Higiene en el trabajo

c) Ergonomía

d) Medicina del trabajo

SOLUCIONES TEST 22

1. d) La hemoglobina

La anemia es el síndrome clínico debido a la disminución de la masa eritrocitaria y de la hemoglobina (Hb) circulantes en el organismo, con la consiguiente disminución de capacidad de transporte de oxígeno a las células sin que actúen mecanismos compensadores. El mejor parámetro para valorar esta capacidad es la cuantificación de la Hb (medida en gr/dl). El recuento de hematíes no resulta tan adecuado, ya que estos experimentan a menudo variaciones de tamaño. Tampoco lo es el hematocrito (Hcto) pues, aunque guarde una estrecha relación con la Hb (Hcto=Hbx3), esta puede alterarse en diversas situaciones como la hiperglucemia, hiper o hiponatremia o en la leucocitosis extrema.

2. c) Carne y productos lácteos

La cobalamina es un compuesto organometálico complejo en el que un átomo de cobalto está situado dentro de un anillo de corrina, cuya estructura es similar a la porfirina de la que se forma el hemo. A diferencia del hemo, la cobalamina no puede sintetizarse en el organismo y tiene que ser aportada con los alimentos. Única fuente alimentaria: productos de origen animal, carne y productos lácteos. Necesidades diarias mínimas: 2.5 microgramos.

3. a) Insuficiencia renal

La anemia perniciosa es la causa más frecuente de la carencia de cobalamina, se debe a la ausencia de factor intrínseco, sea por atrofia de la mucosa gástrica o por la destrucción autoinmunitaria de las células parietales. Se asocia a varios trastornos clínicos:

- *Posgastrectomía: una lesión extensa de la mucosa gástrica como, por ejemplo, posterior a una gastrectomía o tras la ingestión de agentes corrosivos, puede asociarse a una anemia megaloblástica debida a la falta de la fuente de secreción de factor intrínseco.*
- *Puede aparecer una anemia megaloblástica cuando hay estasis del contenido intestinal producida por lesiones anatómicas (estrecheces, divertículos, anastomosis, "asas ciegas") o seudoobstrucción (diabetes mellitus, esclerodermia, amiloidosis).*
- *Se encuentra anemia megaloblástica en las personas parasitadas por el cestodo del pescado D. Latum, y se ha atribuido a que el parásito compite con el hospedador consumiendo la cobalamina. La destrucción del cestodo elimina el problema.*
- *La inhalación de óxido nitroso como anestésico destruye la cobalamina endógena.*

4. a) 20 %

La capacidad normal para compensar una pérdida aguda de sangre comprende mecanismos cardiovasculares, una adaptación de la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno y un aumento de la eritropoyesis en la médula ósea. Los signos y los síntomas de la pérdida de sangre guardan relación con la cantidad de sangre que se pierde y el ritmo temporal con que progresa la hemorragia. Las pérdidas de sangre de hasta 20 % de la volemia se toleran gracias a una redistribución del flujo sanguíneo mediada por el venoespasmo reflejo, pero la existencia de fiebre o de dolor puede dificultar este mecanismo de compensación. Cuando las pérdidas de sangre son mayores, la redistribución del volumen sanguíneo es insuficiente para mantener una presión arterial normal: al principio solo se observan cambios en la bipedestación, pero cuando las pérdidas aumentan progresivamente aparecen problemas para mantener la presión arterial incluso estando sentado o en posición supina. Si la pérdida de sangre es más paulatina, el volumen plasmático puede aumentar, pero la producción de albúmina suele ser tardía con respecto a los desplazamientos de los líquidos.

5. b) Aloanticuerpos

El estudio de los antígenos y de los anticuerpos eritrocitarios constituye el fundamento de la medicina transfusional. Estos antígenos, tanto hidratos de carbono como proteínas, se asignan a un sistema de grupo sanguíneo en función de la estructura y semejanza de los epítopos determinantes. Hay otros elementos celulares de la sangre y proteínas del plasma que también son antigénicos y que pueden dar lugar a una aloinmunización, es decir, a la producción de anticuerpos dirigidos contra los antígenos del grupo sanguíneo de otra persona. Estos anticuerpos se denominan aloanticuerpos.

6. d) Cuatro–cinco días

El fibrinógeno presenta una vida media de cuatro a cinco días.

7. a) La vía intrínseca de la coagulación

Tiempo de cefalina o tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa) mide la vía intrínseca de la coagulación. Identifica las deficiencias (congénitas o adquiridas) de los factores VIII, IX, XI, XII o la presencia de inhibidores de los mismos, anticoagulante lúpico (TTPa aumentado asociado a fenómenos trombóticos, plaquetopenia y abortos de repetición), alteración del fibrinógeno, protrombina, factor V o X. El TTPa se emplea para monitorizar la anticoagulación con heparina.

8. c) Insuficiencia renal

Hay tres causas importantes de carencia de vitamina K:

- *Aporte alimentario insuficiente.*
- *Malabsorción intestinal.*
- *Pérdida de los lugares de almacenamiento debido a una enfermedad hepatocelular.*

9. c) Tiene una baja biodisponibilidad

Las HBPM se obtienen por procedimientos de despolimerización química y enzimática de la heparina estándar. Tienen un peso molecular medio entre 4000 y 5000 dalton, aunque difieren según los preparados comerciales. A diferencia de la heparina no fraccionada, tienen mayor actividad antiXa que antiIIa, lo que justifica que no alarguen el TTPa. Se absorbe por vía subcutánea y tiene una alta biodisponibilidad. Tiene menor incidencia de trombopenia inducida por heparina (TIH) y menor riesgo hemorrágico. Todas la HBPM tienen reacción cruzada con heparina no fraccionada en caso de TIH, excepto fondaparinux sódico (Arixtra), aunque no hay datos clínicos concretos.

10. b) 30 mg VO

El ácido acetilsalicílico o aspirina inactiva de manera irreversible, por medio de acetilación, la activación de la sintasa-1 y -2 de prostaglandina H plaquetaria (COX-1 y -2). Las dosis de aspirina de 30 mg/día son antitrombóticas.

11. c) Desinfección

Desinfección: procedimiento mediante el cual destruimos los gérmenes patógenos que pudieran existir sobre personas, objetos o superficies. La acción germicida puede ser bactericida, virucida, fungicida o esporicida, dependiendo de que actuemos sobre bacterias, virus, hongos o esporas.

12. a) Barrera educativa

Tipos de barreras:

- *Barreras físicas: consisten en el empleo de batas, mascarillas, guantes, material desechable, filtros de aire, etc.*
- *Barreras químicas: uso de desinfectantes y antisépticos, quimioterápicos y antibióticos.*
- *Barreras biológicas: representadas por las vacunas profilácticas, seroprofilaxis y gammaglobulinas*
- *Barreras educativas: comportamientos y conductas para evitar contactos infectantes.*

13. d) Autoclave

El calor húmedo tiene mayor efecto y actúa en menos tiempo sobre los gérmenes porque actúa como conductor, para que el agua penetre mejor y se distribuya uniformemente; pero para alcanzar altas temperaturas (el agua hirviendo solo puede llegar a 100 °C que es el punto de ebullición) tenemos que aplicarle presión. Para conseguirlo se utilizan unos aparatos llamados autoclaves, que consisten en recipientes herméticos con un lugar de entrada, un termómetro para medir temperaturas, un manómetro para medir presiones, una entrada de agua, una válvula de seguridad para regular el vapor de agua y un foco calórico. Este método es el más utilizado en la actualidad, porque cumple las características exigidas a un buen desinfectante: "gran penetración, no molesto ni tóxico, no neutralizable, es rápido y no deteriora los materiales"

14. d) Cinco años

El empaquetado se puede hacer con diversos materiales papel, plástico (polietileno), textil... Se exceptúan el aluminio, el poliéster o el nylon porque absorben mucho el gas y es difícil su aireación. Se debe almacenar igual que por el método de autoclave, con la ventaja añadida de que su esterilidad permanecerá durante cinco años.

15. a) No han de ser porosos

Características de los envases de esterilización:

- *Deben aislar al material estéril, del exterior.*
- *Son herméticos.*
- *Han de ser para permitir pasar a su través al agente esterilizador.*
- *No serán contaminantes ni tóxicos, no desprenderán sustancias,*
- *Serán lo suficientemente resistentes como para no deteriorarse durante su manipulación y conservación.*

16. b) En la fuente

Actuación sobre las fuentes de infección:

- *Diagnóstico, tratamiento y registro de portadores enfermos (pacientes).*
- *Aislamiento de enfermos, incluso medidas sanitarias con los cadáveres.*
- *Detección y aislamiento de portadores sanos (personal sanitario, familiares).*
- *Desratización y desinsectación.*

17. a) Desinfección de suelos, paredes y superficies

Eficacia dudosa o desconocida:

- *Desinfección de suelos, paredes, fregaderos...*
- *Luz ultravioleta.*
- *Fumigación.*
- *Flujo de aire laminar.*
- *Profilaxis perioperatoria: heridas limpias.*
- *Muestreo ambiental de rutina.*
- *Filtros terminales intravenosos.*

18. a) Aislamiento respiratorio

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad que requiere un aislamiento de tipo respiratorio.

19. d) De quince a cuarenta y cinco días

La hepatitis tipo A tiene un periodo de incubación corto, de quince a cuarenta y cinco días y su modo de transmisión puede ser oral, esencialmente por el agua o alimentos contaminados por la sangre, la orina y sobre todo materias fecales que contengan el virus; y también puede ser parenteral, aunque este modo, de transmisión es más raro en este tipo de hepatitis.

20. a) La habitación individual es recomendable e imprescindible

Medidas ante un paciente con hepatitis

- *La habitación individual es recomendable pero no imprescindible.*
- *El paciente puede utilizar el retrete común salvo en el caso de presentar diarrea.*

[…]

- *Las heces y orina serán eliminadas directamente al inodoro o bien tras su depósito en una cuña, introducidas inmediatamente en el lavacuñas.*

[…]

- *Desinfectar la habitación (inodoro y baño) tras el traslado del paciente.*

21. d) Las respuestas a) y b) son correctas

Las polainas solamente se emplean en el aislamiento estricto, en el de contacto y en el inverso.

22. b) Treinta segundos

Procedimiento de lavado rutinario o higiénico:

- *Abrir el paso del agua y mojarse las manos.*
- *Aplicar jabón (una sola dosis).*
- *Enjabonar manos y muñecas, intensificando en espacios interdigitales, pulgares y uñas durante treinta segundos (no utilizar cepillo).*
- *Enjuagar minuciosamente frotando las manos bajo el agua.*
- *Cerrar el grifo con toalla de papel, que se desechará.*
- *Secar perfectamente manos y muñecas, sin olvidar espacios interdigitales, con otra toalla seca de papel.*

23. d) Cada tres camas y que los grifos sean de codo o apertura electrónica

Es importante contar con los suficientes recursos materiales para su correcta realización, como por ejemplo un adecuado número de lavabos. En áreas críticas se recomienda un lavabo cada tres camas y que los grifos sean de codo o apertura electrónica.

24. d) Incluidos patillas y nuca

Para la colocación del gorro hemos de tener en cuenta que primeramente tenemos que ponernos todas las prendas que no son estériles (calzas, gorro y mascarilla) y posteriormente tras un lavado quirúrgico la bata, donde la parte interna la consideramos sucia. El gorro ha de cubrir todo el pelo, incluido las patillas y la nuca

25. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El propósito de la colocación de la bata es la protección que impida el paso a los microbios, fluidos corporales y otros líquidos contaminantes durante el procedimiento quirúrgico. Las batas forman parte de las Precauciones Estándar, con el fin de proporcionar una barrera de protección y reducir las ocasiones de transmisión de microorganismos en el Hospital. Si se prevé la posibilidad de que ocurran salpicaduras de gran volumen o de grandes cantidades de material infeccioso, se debe llevar una bata impermeable a los líquidos. La bata estéril previene la contaminación entre el portador y el campo quirúrgico y deferencia a los miembros del equipo "estériles" (lavados) de los "no estériles" (no lavados). Otro objetivo de la colocación de la bata es prevenir la contaminación e infección del lugar de la intervención quirúrgica.

26. c) Reactivos químicos

Recursos que se consumen en el almacén:

- *Personal.*
- *Stocks.*
- *Instalaciones.*
- *Maquinaria.*
- *Tiempo.*

27. a) Pago del material

Dentro de las funciones asignadas al auxiliar de enfermería en este ámbito son:

- *Revisión del material.*
- *Petición del material.*
- *Recepción del pedido.*
- *Almacenamiento y colocación del material.*
- *Reposición del material.*

28. b) Sistema cerrado

Sistema cerrado: solo pueden acceder a las existencias los profesionales autorizados, se registra cada entrada y salida de material o productos. Es un sistema de elevado coste, pero tiene la ventaja que permite un control total de los productos. Este sistema se adopta en los almacenes generales de los hospitales.

29. b) Aprovisionamiento

Aprovisionar: es la actividad destinada a poner a disposición de una organización todos los productos, bienes y servicios provenientes del exterior y que son necesarios para su funcionamiento.

30. a) A determinar la cantidad y el tipo de productos que deben ser almacenadas

Se denomina gestión de existencias o gestión de stocks a determinar la cantidad y el tipo de productos que deben ser almacenados. Es necesario que exista un equilibrio entre la demanda y el coste de almacenamiento, de manera que este no sea excesivo, ya que el almacenamiento de productos genera un coste.

31. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

En relación con el control de stock es muy importante tener un buen sistema de información que nos facilite la información relativa a:

- *Insuficiencia de stock (productos con stock inferior al stock de seguridad).*
- *Excesos de stock (productos con stock superior al máximo).*
- *Listado de productos pendientes de entrega por proveedores,*
- *Listado de productos con stock igual a cero; serán las roturas de stock que no tienen localización y se deben suministrar al GFH bajo pedido del mismo.*

32. b) Stock de seguridad

Es el volumen de un determinado artículo que tenemos en el almacén, por encima de lo que normalmente lo vamos a necesitar, para hacer frente a las fluctuaciones en exceso de la demanda, y/o los retrasos imprevistos en la recepción de los pedidos.

33. c) Stock sobrante

Comprende todos los artículos en buen estado que han dejado de necesitarse, pudiendo ser devueltos o canjeados por el proveedor. Deben estar a la vista para que no queden relegados al olvido.

34. d) Las respuestas a) y c) son correctas

Inventarios: los sistemas de seguimiento de las existencias por fichas no es un método perfecto, siendo necesario por ello la realización del inventario cada cierto tiempo, con la finalidad de verificar que las existencias registradas en las fichas se encuentran realmente en stock. El inventario es el recuento manual de todos los artículos almacenados, localizando aquellos, que hayan caducado, estén deteriorados o deban darse de baja por ser obsoletos.

35. c) El método FIFO calcula el valor de existencia de un producto considerando que la primera unidad que entró en el almacén es la primera que sale

Permite la valoración considerando que la primera mercancía que sale del almacén es la primera que entró, es decir que se consumirán las existencias más antiguas. De esta mantera, el material utilizado se valora al precio antiguo y las existencias aún disponibles se valoran a los precios actuales. Este método se aconseja cuando existe estabilidad del precio, pues entonces se produce una sobrevaloración de las existencias, situación que no conviene desde el punto de vista contable.

36. d) Las respuestas a) y b) son correctas

Clasificación de stocks según el valor del producto (método ABC, o de Paretto)

- *Grupo A: incluye artículos de elevado coste, por lo que no pueden almacenarse en grandes cantidades y, por ello, requieren un control para evitar que se agoten.*
- *Grupo B: son artículos de situación intermedia con poco valor relativo:*
- *Grupo C: lo forman aquellos artículos que representan un escaso porcentaje del valor del stock y un gran número de unidades.*

37. c) Fungible

Clasificación de stocks según el uso y duración del producto:

- *Fungibles: es el material que se consume con el uso, en general tienen un periodo corto de vida, bien de una sola vez o en varias utilizaciones. Se suele distinguir en este grupo el material desechable (material de curas; algodón, gasas, guantes, etc.) y el material reutilizable (pequeño instrumental).*
- *Inventariables: […]*

38. a) Aquel que tiene una vida determinada de duración

Productos perecederos: tienen un periodo de caducidad inferior a cinco años desde la fecha de fabricación. Todos ellos llevan en su embalaje un indicativo similar a un reloj de arena.

39. a) La entrada de mercancías será común al resto de accesos al servicio

Características de la zona de almacén:

- *La entrada de mercancías será independiente del resto de accesos al servicio.*

- *El área de recepción de mercancías estará diferenciada de la de almacenamiento.*
- *La superficie del almacén estará condicionada por el número de camas, la frecuencia de pedidos, la situación geográfica y si, además se dispensa material sanitario.*
- *El almacén dispondrá de un sistema regulador de la temperatura ambiente para garantizar la conservación de los fármacos.*

[…]

40. a) La contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional

Se define en el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social como "la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional".

41. b) Un catálogo de productos

El almacenamiento de productos es una actividad fundamental para las empresas, ya que, según la finalidad de la empresa, un adecuado aprovisionamiento hace óptimo el servicio al cliente. En esta unidad se especifica cómo realizar el almacenaje de productos en hospitales, frente a los almacenes de otros tipos de empresas, teniendo en cuenta la importancia del aprovisionamiento en las empresas sanitarias, dado que el óptimo servicio al cliente es para la curación, prevención, etc. Además, se aporta cómo tener organizado el almacén, y como gestionar el almacenaje, para evitar problemas de existencias, a través de la creación de un catálogo de productos.

42. b) Cajas o cajones

Los materiales se pueden almacenar de la siguiente forma:

- *Cajas o cajones. Es la técnica de almacenamiento ideal para materiales de pequeñas dimensiones. Algunos materiales en procesamiento, semiacabados pueden guardarse en cajas en las propias secciones productivas, las cajas o cajones pueden ser de metal, de madera de plástico. Las dimensiones deben ser esquematizadas y su tamaño pude variar enormemente puede construirlas la propia empresa o adquirirlas en el mercado proveedor.*

[…]

43. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Todo almacén debe cumplir una serie de funciones principales:

- *Recibir y registrar los materiales almacenados.*
- *Acondicionar, proteger y conservar los materiales.*
- *Entregar y distribuir los materiales a los diversos departamentos.*

44. b) Deberán solicitar de las Comunidades Autónomas autorización para, en su caso, mantener un depósito de medicamentos bajo la supervisión y control de un farmacéutico

Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, los hospitales que no cuenten con servicios farmacéuticos deberán solicitar de las Comunidades Autónomas autorización para, en su caso, mantener un depósito de medicamentos bajo la supervisión y control de un farmacéutico. Las condiciones, requisitos y normas de funcionamiento de tales depósitos serán determinadas por la autoridad sanitaria competente

45. d) La especialidad correspondiente

Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, los farmacéuticos de las farmacias hospitalarias deberán haber cursado los estudios de la especialidad correspondiente.

46. b) Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico

Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, medicamento de uso humano es toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico.

47. c) Forma galénica

Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, forma galénica o forma farmacéutica se refiere a la disposición a que se adaptan los principios activos y excipientes para constituir un medicamento. Se define por la combinación de la forma en la que el producto farmacéutico es presentado por el fabricante y la forma en la que es administrada.

48. d) Medicamento falsificado

Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, se entiende como falsificado cualquier medicamento cuya presentación sea falsa con respecto a:

1º. Su identidad, incluidos el envase y etiquetado, el nombre o composición en lo que respecta a cualquiera de sus componentes, incluidos los excipientes, y la dosificación de dichos componentes;

2º. Su origen, incluidos el fabricante, el país de fabricación, el país de origen y el titular de la autorización de comercialización; o

3º. Su historial, incluidos los registros y documentos relativos a los canales de distribución empleados.

Esta definición no comprende los defectos de calidad involuntarios y se entiende sin perjuicio de las violaciones de los derechos de propiedad intelectual.

49. a) Principio activo o sustancia activa

Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, principio activo o sustancia activa es toda sustancia o mezcla de sustancias destinadas a la fabricación de un medicamento y que, al ser utilizadas en su producción, se convierten en un componente activo de dicho medicamento destinado a ejercer una acción farmacológica, inmunológica o metabólica con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas, o de establecer un diagnóstico.

50. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Una de las zonas del servicio de farmacia hospitalaria es la unidad de gestión de compras que debe estar lo más próxima posible a la zona de recepción de mercancías, para poder solucionar con rapidez las incidencias en las adquisiciones y debe contar con recursos humanos administrativos y facultativos y el material necesario, por ejemplo, equipos informáticos, adecuados a las tareas que se realizarán en las mismas.

51. b) Es aconsejable que se ubique en la planta baja

Los servicios de farmacia deben estar lo más próximo posible a la zona de carga y descarga, dependiendo del tipo de hospital y por tanto del volumen de compras, las cantidades de medicamentos pueden ser voluminosas y pesadas. Por este motivo es aconsejable que el servicio de farmacia se ubique en plantas bajas, con acceso directo a la calle y a las zonas habilitadas para descarga, si es posible, solo para el servicio de farmacia.

52. d) Almacenes de recepción y comprobación de medicamentos, almacenes generales, almacenes especiales y almacén de ensayos clínicos

Según las diferentes especialidades farmacéuticas y a los requerimientos en volumen y espacio de las mismas, el servicio de farmacia hospitalaria dispondrá de distintos almacenes o se habilitarán zonas diferenciadas dentro del mismo almacén: almacenes de recepción y comprobación de medicamentos, almacenes generales, almacenes especiales y almacén de ensayos clínicos.

53. d) Sustancias inflamables, sustancias termolábiles, estupefacientes, psicótropos, radiofármacos y gases de uso médico

Los almacenes especiales se subdividen en almacenes de sustancias inflamables, almacenes de sustancias termolábiles, almacenes de estupefacientes, almacenes de psicotrópicos, y almacenes de radiofármacos y gases de uso médico.

54. d) Las respuestas a) y b) son correctas

El almacén de estupefacientes debe instalarse un recinto cerrado que permita poner bajo llave los estupefacientes, si el volumen es pequeño puede bastar con un armario metálico con una cerradura. En las plantas estas drogas deberán estar colocadas en armarios bajo llave que permitan un control y seguimiento estricto de estos medicamentos.

55. a) El conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y el entorno en que esta se realiza, en cuanto que estas variables determinan la salud del individuo que la ejecuta, en la triple dimensión física, mental y social

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo define las condiciones de trabajo como "el conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y el entorno en que esta se realiza, en cuanto que estas variables determinan la salud del individuo que la ejecuta, en la triple dimensión física, mental y social".

56. a) Los medicamentos de uso hospitalario

Los servicios de farmacia dispensarán en régimen ambulatorio los denominados medicamentos de uso hospitalario, es decir, medicamentos que solamente podrán ser prescritos por especialistas adscritos al centro hospitalario y se dispensarán exclusivamente por el servicio de farmacia hospitalaria.

57. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Inconvenientes del sistema de reposición de stock de planta:

- *Infrautilización del servicio de farmacia hospitalaria que actuaría solamente como un almacén.*
- *Elevado porcentaje de errores médicos como consecuencia de que el personal de enfermería realizaría funciones que no le son propias como la preparación de medicamentos.*
- *Inconvenientes económicos, ya que el stock total es mucho mayor que en el sistema de dosis unitaria, ya que debe de haber existencias en el servicio de farmacia y en los botiquines de planta y además se producen más pérdidas por caducidad.*

58. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Ventajas del sistema de dosis unitaria:

- *El servicio de farmacia hospitalaria adquiere más responsabilidad, ya que revisa la prescripción y prepara los medicamentos.*
- *Se producen menos errores médicos.*
- *Disminuye el capital retenido en stock porque las especialidades farmacéuticas solo se almacenan en el servicio de farmacia y se producen menos perdidas por caducidad.*

59. d) Las tres áreas

El centro de información de medicamentos abarcará las siguientes áreas:

- *Área de biblioteca: donde se almacenarán libros, revistas y material en soporte informático para llevar cabo una correcta información sobre medicamentos.*
- *Área de trabajo donde el farmacéutico responsable del centro de información de medicamentos ejercerá su trabajo. Físicamente contará con mesa, silla y adecuado soporte informático que le permita realizar su labor de forma cómoda y rápida y con acceso vía Internet a las bases de datos que sean necesarias.*
- *Área de reuniones: se habilitará dentro de la zona un área que contará con una mesa de reuniones y sillas, donde se realizarán las sesiones del servicio de farmacia y se atenderá al personal sanitario que vaya a solicitar información sobre medicamentos.*

60. d) Ninguna de las opciones anteriores es correcta

Farmacotecnia es la ciencia que estudia las diversas manipulaciones a las que deben someterse las distintas materias primas, con el objetivo de darles la forma adecuada para poder ser administradas a los seres vivos, según la dosis e indicaciones preestablecidas por la experimentación clínica, o prescritas por el médico, el odontólogo o el veterinario.

61. a) Clínica

El servicio de farmacia hospitalaria se divide en cuatro áreas:

- *Asistencial.*
- *Administrativa.*
- *Científica.*
- *Asesora.*

62. b) El recuento y la contabilidad del artículo es más rígido que el en los almacenes cerrados

Sistema abierto: pueden acceder a los materiales personas ajenas al almacén. El recuento y la contabilidad del artículo es menos rígido que el caso anterior. Este sistema se utiliza en los almacenes pequeños de plantas hospitalarias.

63. d) Almacenes centrales

Se distinguen cuatro tipos de almacenes sanitarios, en función de la cantidad de artículos que se almacenan y las necesidades cubiertas:

- *Almacenes centrales: son depósitos grandes que almacenan importantes cantidades de productos y materiales de todo tipo. Son de uso en grandes complejos hospitalarios.*
- *Almacenes generales […]*
- *Almacenes pequeños […]*
- *Almacenes especiales […]*

64. c) Material caducado y defectuoso

Material caducado y defectuoso: son productos o material que por alguna de estas causas han sido rechazados por los controles de calidad y deben ser eliminados del almacén. Se almacenarán separados del resto de productos y con claras indicaciones sobre su situación hasta que sean reacondicionados, devueltos o destruidos.

65. b) 2 y 8 °C

Colocación en refrigeradores: se guardan productos termolábiles (vacunas, muestras, fármacos, etc.), estos productos deben conservarse a una temperatura entre 2 y 8 °C. El almacenamiento de productos termolábiles requiere la instalación de frigoríficos industriales o la construcción de cámaras frigoríficas, dependiendo de la cantidad de medicamentos a almacenar. El disponer de una habitación frigorífica con estanterías permite almacenar otros productos además de los termolábiles, como pueden ser algunos productos inflamables y otros que se encuentran mejor conservados en frigorífico que a temperatura ambiente, como son los hemoderivados.

66. b) Rombo negro, en su interior y sobre fondo amarillo anaranjado, una llama de fuego sobre un círculo impreso en negro

Según el Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, el símbolo de gas medicinal comburente es el siguiente: sobre fondo blanco, un rombo negro. En su interior y sobre fondo amarillo anaranjado, una llama de fuego sobre un círculo impreso en negro (símbolo establecido para sustancias comburentes del anexo II del Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo por el que se aprueba el Reglamento sobre notificación de sustancias nuevas y clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas).

67. b) Que la impresión de este código en los envases incrementa el coste

El código de barras es una manera de identificación de productos muy frecuente. Este código combina barras paralelas y espacios que son leídos por dispositivos ópticos que transfieren la información al ordenador. Son ventajas de la utilización del código de barras:

- *Que la impresión de este código en los envases no incrementa casi el coste.*
- *Que no producen casis errores.*
- *Que los equipos ópticos de lectura son muy fáciles de instalar, se instalan como periféricos de la unidad central de procesos.*

68. d) Pueden ser devueltas a los almacenes

Se recepcionará la compra y se almacenarán los productos en buenas condiciones, firmando y sellando los documentos en señal de conformidad. La entrega de la mercancía se realizará dentro del plazo indicado en el pedido o en la fecha que expresamente se indique. Las mercancías que no se reciban dentro del plazo mencionado pueden ser devueltas a los almacenes.

69. a) Carga unitaria

Los materiales se pueden almacenar de la siguiente forma:

- *Carga unitaria: se da el nombre de carga unitaria a la carga constituida por embalajes de transporte que arreglan o acondicionan una cierta cantidad de material para posibilitar su manipulación, transporte y almacenamiento como si fuese una unidad. La carga unitaria es un conjunto de carga contenida en un recipiente que forma un todo único en cuanto a la manipulación, almacenamiento o transporte. La formación de cajas unitarias se hace a través de un dispositivo llamado pallet (plataforma), que es un estrado de madera esquematizado de diversas dimensiones. Sus medidas convencionales básicas son 1100 mm x 1100 mm como patrón internacional para adecuarse a los diversos medios de transporte y almacenamiento.*

[…].

70. c) Entre 17 °C y 27 °C

Generalmente, los medicamentos deben ser conservados a una temperatura comprendida entre 17 °C y 27 °C, salvo aquellos que requieren condiciones especiales de conservación, como los termolábiles que deben conservarse a una temperatura de 5 ±3 °C y a una humedad entre 30 % y 70 %. En la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales la temperatura recomendada es de 25 ±5 °C excepto en aquellos casos que se requieran condiciones especiales descritas en la monografía o procedimiento correspondiente del Formulario Nacional.

71. b) Manténgase por debajo de 8 °C

Los resultados de los estudios de estabilidad, incluidas las características físicas, químicas, microbiológicas y biofarmacéuticas del medicamento, según sea necesario se evalúan con vistas a establecer un tiempo de conservación preliminar. Tras haber evaluado la estabilidad del producto, en la etiqueta se puede inscribir, las recomendaciones relativas a las condiciones de almacenamiento siguientes:

- *Manténgase en condiciones normales de almacenamiento: locales secos, bien ventilados a temperatura de 15 a 25 °C en determinadas condiciones climáticas hasta 30 ° C.*
- *Manténgase entre 2 y 8 °C (en refrigeración, pero sin congelar).*
- *Manténgase por debajo de 8 °C (en refrigeración).*
- *Manténgase entre -5 y - 20 °C (en congelación).*
- *Manténgase por debajo de -18 °C (congelación potente).*

72. c) El farmacéutico

El farmacéutico es responsable de la elaboración y dispensación de preparaciones estériles con la correcta composición, pureza, estabilidad y esterilidad, con un acondicionamiento idóneo y una identificación precisa y apropiadas para el paciente.

73. c) Clase III Horizontal (citostáticos)

Estarán dotadas de cabinas de flujo laminar horizontal (nutriciones parenterales) y de seguridad biológica vertical Clase II tipo B (citostáticos) y Clase II tipo A (otros medicamentos).

74. d) Los guantes deben ser sustituidos al finalizar la jornada laboral

Los guantes deben ser sustituidos de forma regular y siempre que ocurra una rotura, contaminación o pinchazo accidental.

75. a) Alcohol de 70°

La superficie de las ampollas, viales y cierres de los contenedores deben desinfectarse con una gasa empapada en alcohol de 70° antes de introducirlos en la CFL.

76. a) Alcohol de 70°

La CFL debe ser limpiada y desinfectada de forma regular con agua y un agente jabonoso antiséptico quesea apropiado para el acero inoxidable. Antes de iniciar cualquier manipulación debe además desinfectarse con alcohol de 70°.

77. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los citotóxicos poseen potencial carcinogénico, mutagénico y/o teratogénico.

78. c) Clase II B

La preparación se llevará a cabo en Cabina de Seguridad Biológica de flujo laminar vertical Clase II tipo B en ambiente controlado.

79. b) Al menos quince minutos

En el caso de contacto accidental con la piel, la zona afectada debe lavarse con agua y jabón. Si el contacto es con los ojos, deben lavarse con abundante agua durante al menos quince minutos y posteriormente acudir al médico para que evalúe la posible afectación.

80. b) Veinticuatro horas

Dispensación de medicamentos citotóxicos IV:

[…]

- *La dispensación cubrirá un periodo máximo de 24 horas.*

[…]

81. a) Hospital de Día Oncológico

El Hospital de Día Oncológico (HDO) es un dispositivo asistencial hospitalario que ofrece en régimen ambulatorio una amplia oferta de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Permite al paciente recibir una atención especializada y técnicamente cualificada sin necesidad de quedar ingresado en el hospital. Los HDO constituyen hoy mucho más que un entorno para la administración de quimioterapia intravenosa. Sus actividades incluyen extracciones de sangre, mantenimiento de catéteres, realización de curas, actos asistenciales tales como toracentesis, paracentesis, punciones lumbares etc.

82. a) El Servicio de Farmacia

El procedimiento de reconstitución de fármacos debe ser siempre responsabilidad del Servicio de Farmacia.

83. a) Área de tratamientos

Las áreas que requieren más espacio en un HDO son el área de tratamientos, los despachos para la consulta de pacientes, la sala de espera, el área de farmacia y/o preparación de la medicación y las áreas para tareas administrativas.

84. c) Accesorio

Accesorio es un artículo que, sin ser un producto sanitario, es destinado específicamente por el fabricante a ser utilizado de forma conjunta con un producto para que este último pueda utilizarse de conformidad con la finalidad prevista para el producto por su fabricante.

85. d) IV

Conforme al Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, los productos se clasifican en clase I, IIa, IIb y III. La adscripción de cada producto a una clase determinada se llevará a cabo de acuerdo con los criterios establecidos en el anexo IX del Real Decreto.

86. d) Uso indefinido: destinados normalmente a utilizarse de forma continua de forma permanente

Según el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, los productos sanitarios se pueden clasificar según su duración en:

- *Uso pasajero: destinados normalmente a utilizarse de forma continua durante menos de sesenta minutos.*
- *Uso a corto plazo: destinados normalmente a utilizarse de forma continua durante un período de hasta treinta días.*
- *Uso prolongado: destinados normalmente a utilizarse de forma continua durante un período de más de treinta días.*

87. a) Producto invasivo

Según el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, producto invasivo es aquel que penetra parcial o completamente en el interior del cuerpo bien por un orificio corporal o bien a través de la superficie corporal.

88. a) Producto activo terapéutico

Según el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, producto activo terapéutico es cualquier producto sanitario activo utilizado solo o en combinación con otros productos sanitarios, destinado a sostener, modificar, sustituir o restaurar funciones o estructuras biológicas en el contexto del tratamiento o alivio de una enfermedad, lesión o deficiencia.

89. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, recoge definiciones en relación con las reglas de clasificación sobre los siguientes conceptos:

- *Duración.*
- *Productos invasivos.*
- *Instrumento quirúrgico reutilizable.*
- *Producto sanitario activo.*
- *Producto activo terapéutico.*
- *Producto activo para diagnóstico.*
- *Sistema circulatorio central.*
- *Sistema nervioso central.*

90. a) Clase I

El Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, establece que todos los productos no invasivos se incluirán en la clase I, salvo que sea aplicable alguna de las otras reglas contenidas en dicha norma.

91. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, establece que "producto sanitario para diagnóstico in vitro" es cualquier producto sanitario que consista en un reactivo, producto reactivo, calibrador, material de control, estuche de instrumental y materiales, instrumento, aparato, equipo o sistema, utilizado solo o en asociación con otros, destinado por el fabricante a ser utilizado "in vitro" para el estudio de muestras procedentes del cuerpo humano, incluidas las donaciones de sangre y tejidos, sólo o principalmente con el fin de proporcionar información relativa a un estado fisiológico o patológico, o relativa a una anomalía congénita, o para determinar la seguridad y compatibilidad con receptores potenciales, o para su-

pervisar medidas terapéuticas. Los recipientes para muestras se considerarán productos sanitarios para diagnóstico "in vitro". Por «recipientes para muestras» se entienden los productos, tanto si en ellos se ha hecho el vacío como si no, destinados específicamente por el fabricante a la contención directa y a la conservación de muestras procedentes del cuerpo humano para un examen diagnóstico "in vitro". No se considerarán productos sanitarios para diagnóstico "in vitro" los artículos de uso general en laboratorio, salvo cuando, por sus características, estén destinados específicamente por el fabricante a usarse en exámenes diagnósticos "in vitro".

92. c) Apósitos

Los apósitos son productos de aplicación tópica que actúa de barrera para suplir las funciones de la piel, favorecer la cicatrización o absorber los fluidos orgánicos.

93. c) Ser biodegradables

Las características que deben tener los apósitos son las siguientes:

- *Ser biocompatibles.*
- *Proteger la herida de agresiones externas.*
- *Mantener el lecho de la herida húmedo y la piel circundante seca.*
- *Eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante absorción.*
- *No dejar residuos en la lesión.*
- *Adaptarse a la lesión*
- *Ser de fácil aplicación y retirada.*

94. d) De internado, ambulatorio y domiciliario

El hospital, junto a sus correspondientes centros de especialidades, constituye la estructura sanitaria responsable de la atención especializada programada y urgente, tanto en régimen de internado, como ambulatorio y domiciliario de la población de su ámbito territorial, desarrollando, además, funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y docencia e investigación, en coordinación con la atención primaria.

95. c) Son seres vivos capaces de originar cualquier tipo de daño en la salud de los trabajadores como consecuencia de que su actividad facilita el contacto con uno o varios de estos agentes

Los agentes biológicos son seres vivos capaces de originar cualquier tipo de daño en la salud de los trabajadores como consecuencia de que su actividad facilita el contacto con uno o varios de estos agentes.

96. b) Riesgo laboral

Según la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, se entenderá como "riesgo laboral" la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.

97. b) 50 o más trabajadores

Según la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, el Comité de Seguridad y Salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos. Se constituirá un Comité de Seguridad y Salud en todas las empresas o centros de trabajo que cuenten con 50 o más trabajadores.

98. a) Seguridad en el trabajo

La Seguridad del trabajo está constituida por todas aquellas técnicas que, aplicadas tienden a eliminar los riesgos que podrían concluir en accidentes de trabajo y conllevan unas consecuencias inmediatas. Cuando no se puede eliminar totalmente el riesgo, las técnicas tienden a reducir sus consecuencias.

99. a) Prevención

Según la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, se entenderá por "prevención" el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.

100. d) Medicina del trabajo

La "medicina del trabajo" se ocupa de la prevención de ambos riesgos de forma conjunta, pero a diferencia de los anteriores, su actuación se centra sobre el propio trabajador, tratando de adecuar sus condiciones físicas a las exigencias derivadas del puesto de trabajo y de la tarea que el operario tiene que realizar.

TEST 23

Conductas adictivas. Drogodependencias. Plan Nacional de Drogas: Generalidades. Conceptos básicos. Aspectos teóricos de la prevención. Factores de riesgo y protección en la prevención de consumo. Clasificación en adicciones. Abordaje terapéutico de las adicciones

1. ¿Cuál de las siguientes características no define el concepto de "Hábito"?

a) Un deseo de seguir tomando la droga por la sensación de bienestar que produce

b) Cierto grado de dependencia física respecto a los efectos de la droga, pero nunca una dependencia psíquica con el consiguiente síndrome de abstinencia

c) Los efectos nocivos, si los hay, recaen sobre todo en el propio individuo

d) Fenómeno por el que la toma de una droga origina la aparición de tolerancia

2. Se define el Síndrome de Abstinencia como:

a) El conjunto de signos y síntomas que se observan en el individuo cuando ha interrumpido de manera brusca el consumo habitual de una sustancia, o el mantenimiento de una actividad adictiva

b) El estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico

c) Un síndrome bio-psico-social que se manifiesta a través de un patrón conductual en el que se da una clara prioridad al uso de una droga psicoactiva

d) El fenómeno por el que la toma de una droga origina la aparición de tolerancia, no solo a esa droga, sino también a otra del mismo o a veces de otro grupo farmacológico

3. En la Tolerancia Cruzada:

a) En vez de necesitar más dosis, el individuo presenta los efectos de la misma con una ingesta de menor cantidad

b) Sería el caso de los alcohólicos muy cronificados que con menor cantidad de alcohol ya presentan los efectos de una "borrachera"

c) Las sustancias interactúan entre sí de tal modo que consumiendo una de ellas hace al organismo más sensible cuando se consumen otras

d) Durante los intentos de abandonar o moderar el uso de la droga, aparece una conciencia subjetiva de compulsión al uso de la misma

4. La necesidad de aumentar de forma notable la cantidad de sustancia consumida para conseguir los efectos deseados se denomina:

a) Abuso

b) Tolerancia

c) Intoxicación aguda

d) Drogodependencia

5. La situación que se produce cuando se suspende o reduce el consumo de una sustancia tras una exposición reiterada se denomina:

a) Síndrome de abstinencia

b) Drogodependencia

c) Tolerancia

d) Adicción

6. Los efectos del alcohol dependen de determinados factores, entre los que no se encuentra:

a) El sexo

b) La cantidad de la ingesta

c) El peso

d) La época del año

7. No es uno de los principales componentes tóxicos del tabaco:

a) Irritantes

b) CO_2

c) Nicotina

d) Alquitranes

8. De las siguientes afirmaciones sobre el tabaco, señale la respuesta correcta:

a) En el colectivo juvenil fuman más las chicas

b) Es la segunda droga más consumida en España

c) Es la sustancia con mayor fidelidad entre sus usuarios

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

9. Cuando un sujeto presenta una fuerte inclinación a repetir el consumo de una droga con la intención de inducirse placer o evitar malestar, se dice que tiene:

a) Dependencia física

b) Dependencia psíquica

c) Dependencia social

d) Síndrome de abstinencia

10. ¿Qué analgésico narcótico es semisintético?

a) La cocaína

b) La heroína

c) La morfina

d) La metadona

11. Una sustancia que nos mantiene despiertos y eufóricos podemos considerarla como un:

a) Antipsicótico

b) Psicoléptico

c) Psicoanaléptico

d) Psicodisléptico

12. Teniendo en cuenta la clasificación elaborada por la OMS, ¿qué droga se considera más peligrosa?

a) La mescalina

b) El alcohol

c) El cannabis

d) La cocaína

13. Dos signos de los siguientes no se presentan en el síndrome de abstinencia a la heroína, señálelos:

a) Estreñimiento e hipotensión

b) Polaquiuria e hipotermia

c) Temblor y horripilación

d) Hipotermia y taquipnea

14. El tratamiento de la adicción a la cocaína consiste en:

a) La utilización de antidepresivos

b) Uso de la Naloxona

c) Análisis de orina de frecuencia semanal, cumpliendo la doble función de control exterior y de contención interna

d) Analíticas de Hemograma y Bioquímica una vez por semana, con el fin de controlar de forma externa al paciente y potenciar su esfuerzo de manera intrínseca

15. Con respecto a las actuaciones de atención primaria frente al paciente drogodependiente, es incorrecto que:

a) Una vez comenzado el tratamiento, aumenta la colaboración por parte del toxicómano

b) Se llevan a cabo actividades preventivas, como por ejemplo programas de intercambio de jeringuillas

c) La actitud por parte del sanitario ante el paciente drogodependiente debe ser, en primera instancia, paternalista, no haciendo caso a todas sus demandas

d) Se debe de realizar la derivación a un servicio especializado en este tipo de problemas, con un seguimiento a posteriori del caso por parte de los profesionales de Atención Primaria

16. El consumo de Cannabis produce a nivel orgánico:

a) Aumento del apetito y sequedad de la boca, sudoración y somnolencia

b) Reacciones agudas de pánico y ansiedad

c) Aumento de la función cardiaca y de la tensión arterial, así como arritmias, contracción mandibular y temblores

d) Aumento de autoestima y del deseo sexual

17. Con respecto a la intoxicación y abstinencia de cocaína, es cierto que:

a) Los cuadros de ansiedad y diversos cuadros psicóticos desencadenan situaciones y comportamientos violentos

b) Son frecuentes las psicosis paranoides, constituyendo una situación de peligro, para si mismo, para los demás

c) Puede producir delusiones, angustia y disforia, que con frecuencia se traduce en un grave deterioro cognoscitivo

d) Produce ansiedad severa, llegando incluso a simular un cuadro grave de angustia, depresión agitada y graves alteraciones del sueño

18. Los inhalantes son:

a) Sustancias químicas que se caracterizan por ser gases o líquidos volátiles de alta liposolubilidad

b) Sustancias estimulantes del SNC

c) Sustancias depresoras del SNC

d) Sustancias inhibidoras del SNC

19. Son sustancias depresoras del SNC:

a) Los opiáceos (heroína, morfina, metadona…)

b) Alucinógenos

c) Derivados del Cannabis

d) Inhalantes (acetonas, bencenos…)

20. Para el tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia del alcohol se utilizan:

a) Benzodiazepinas de acción prolongada y Delta-9-tetrahidrocannabinol

b) Tiamina, benzodiacepinas y meperidinas

c) Delta-9-tetrahidrocannabinol, Tiamina y benzodiacepinas

d) Tiamina, benzodiacepinas y neurolépticos

21. En el manejo de las benzodiacepinas no se recomienda:

a) Un tiempo de uso limitado

b) Dosis mínimas terapéuticas

c) Sustancias de vida media o ultracorta

d) Supresión gradual

22. ¿Qué síntoma no aparece en el síndrome de abstinencia a los opiáceos?

a) Disnea

b) Anorexia

c) Irritabilidad e inquietud

d) Somnolencia

23. Podemos considerar a los IMAOs como:

a) Estimulantes de la actividad del SNC

b) Perturbadores de la actividad del SNC

c) Depresores de la actividad del SNC

d) Los IMAOS no actúan sobre el SNC

24. Son sustancias perturbadoras del SNC:

a) Los tranquilizantes

b) Los opiáceos

c) El alcohol

d) Alucinógenos (LSD, Mescalina…)

25. Las sustancias depresoras del SNC:

a) Disminuyen la ansiedad por lo que se encuentran indicados para determinadas alteraciones psicopatológicas

b) Producen, desde el punto de vista orgánico, un incremento de la tensión arterial, con taquicardia e insomnio; cierta reducción del apetito y sudoración

c) Desde el punto de vista psicológico producen agitación psicomotriz, verborrea, vigilancia constante y autoestima aumentada

d) Producen un aumento del apetito y sequedad de la boca; ojos brillantes y enrojecidos; hipotensión, taquicardia, sudoración y somnolencia; descoordinación de movimientos

26. Los criterios para la dependencia de sustancias psicoactivas según la DSM-V se deberá prolongar durante un periodo:

a) Con intervalos de 6 meses

b) Continuado de 12 meses

c) Continuado de 6 meses - 18 meses

d) Con intervalos de 6 meses

27. ¿Cuál de los siguientes es el cuadro de abstinencia más conocido?

a) Síndrome de abstinencia precipitado

b) Síndrome de abstinencia tardío

c) Síndrome de abstinencia agudo

d) Síndrome de abstinencia condicionado

28. La fase de deshabituación contra la dependencia de opiáceos:

a) Nunca será inferior a 12 meses

b) Será como máximo de 12 meses

c) Nunca será inferior a 6 meses

d) Será como máximo 6 meses

29. ¿Cuál es la vía de administración habitual del clorhidrato de cocaína?

a) Intravenosa

b) Oral

c) Intranasal

d) Por inhalación

30. ¿Cómo se denomina la forma de tolerancia que aparece con una droga y con otras del mismo tipo o en ocasiones con otras diferentes?

a) Tolerancia cruzada

b) Tolerancia indirecta

c) Tolerancia directa

d) Intoxicación-sobredosis

31. Es el principio rector del Plan Nacional de Drogas que comprende tanto el objeto de la Estrategia, que contempla las drogas legales e ilegales, como el ámbito de las intervenciones, que incluye la reducción de la demanda y el control de la oferta:

a) Participación social

b) Intersectorialidad

c) Integralidad

d) Equidad

32. ¿Cuándo aparece el síndrome de abstinencia tardío?

a) De 10 a 6 días tras el síndrome de abstinencia agudo

b) De 10 a 14 días tras el síndrome de abstinencia agudo

c) De 4 a 12 días antes del síndrome de abstinencia agudo

d) De 1 a 3 días antes del síndrome de abstinencia agudo

33. Señale la respuesta correcta en cuanto qué es lo que se propone el Plan Nacional de Drogas con la prevención del consumo de drogas:

a) Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto, sea parte activa en su solución

b) Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas

c) Conseguir retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas, dado que además de acortar el tiempo potencial de exposición

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

34. Señale la respuesta correcta en relación a las diferencias entre dependencia física y dependencia psicológica:

a) El término dependencia psíquica hace referencia a que, dado que el organismo está acostumbrado a la presencia constante de una droga, necesita mantener un determinado nivel de la misma en la sangre para poder funcionar con normalidad

b) La dependencia psíquica está, pues, muy asociada tanto al fenómeno de la tolerancia como al del síndrome de abstinencia

c) Por dependencia física entendemos la compulsión por consumir periódicamente la droga de que se trate, para así experimentar un estado afectivo agradable

d) La dependencia psíquica tiene mucho que ver con el empleo de la droga para poder hacer frente al día a día

35. Es una droga natural:

a) Cannabis

b) Éxtasis

c) Cocaína

d) Cristal

36. ¿A qué grupo pertenecen la cocaína y anfetaminas?

a) Grupo 1
b) Grupo 2
c) Grupo 3
d) Grupo 4

37. ¿Cuál es la vía de consumo de clorhidrato de cocaína?

a) Inhalado-fumado
b) Oral
c) Intravenosa
d) Esnifado

38. ¿A cuánto equivale el consumo de una cerveza?

a) 1 UBE
b) 2 UBE
c) 3 UBE
d) 4 UBE

39. Señale el indicador correcto de un manifiesto alcoholismo:

a) Síndrome de abstinencia
b) Lagunas de memoria
c) Dependencia psíquica
d) Todas las respuestas anteriores son correctas

40. Se refiere a un patrón de consumo de alcohol que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para el bebedor:

a) Consumo de riesgo

b) Consumo perjudicial

c) Consumo excesivo crónico

d) Abuso

41. ¿Cuántos ítems del Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT) evalúan los problemas recientes y pasados asociados con el consumo del alcohol?

a) 2

b) 3

c) 4

d) Ninguno

42. No es una actuación en el ámbito sanitario para obtener un resultado eficaz en la disminución del riesgo y en la reducción del daño en el consumo de drogas:

a) Mejorar los programas de medidas alternativas a la prisión

b) Promover la coordinación entre la atención primaria, los centros de atención a drogodependientes, los centros de salud mental y los dispositivos de apoyo, con el propósito de generar sinergias en el abordaje de los problemas ocasionados por el consumo de drogas

c) Optimizar la implicación de las oficinas de farmacia y de los farmacéuticos en los programas de intercambio de jeringuillas y de información y consejo

d) Mejorar la respuesta de los servicios de emergencias y de la atención especializada

43. En la población de estudiantes, las primeras experiencias con el alcohol se producen:

a) En torno a los 17 años

b) En torno a los 16 años

c) En torno a los 14 años y medio

d) En torno a los 13 años y medio

44. En cuanto a las principales drogas causantes de los tratamientos, es la que está causando un mayor número de admisiones:

a) Cocaína

b) Alcohol

c) Heroína

d) Cannabis

45. Es un objetivo específico de la actividad preventiva del consumo de drogas:

a) Reducir el consumo de drogas y otras conductas adictivas en población escolar y retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, especialmente de alcohol y tabaco

b) Reducir el consumo experimental de tabaco, alcohol, hipnosedantes y cannabis en población menor de edad

c) Reducir el consumo de drogas en población adulta y aumentar su concienciación en relación a su responsabilidad en la prevención del consumo de drogas entre los menores

d) Reducir el consumo de drogas en población menor de edad en situación de riesgo o de especial vulnerabilidad

46. Señale el reto correcto al que se enfrentan los recursos asistenciales en materia de adicciones y la meta a alcanzar por los afectados:

a) El logro de los objetivos terapéuticos

b) La normalización del usuario

c) La prevención de las recaídas

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

47. El síndrome de abstinencia tardío aparece:

a) De 4 a 12 días tras el síndrome de abstinencia agudo

b) De 10 a 14 días tras el síndrome de abstinencia agudo

c) De 10 a 15 días antes del síndrome de abstinencia agudo

d) De 1 a 3 días antes del síndrome de abstinencia agudo

48. ¿A cuántas Unidades de Bebida Estándar (UBE) equivale una caña de cerveza?

a) 1 UBE

b) 2 UBE

c) 3 UBE

d) 1,5 UBE

49. ¿Qué puntuación marca el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT) para la Zona de Riesgo III?

a) 8 – 15

b) 9 – 16

c) 8 – 18

d) > 20

50. En el uso de drogas en la gestante:

a) No se ha estudiado las consecuencias que el consumo de drogas tiene sobre el embarazo y el recién nacido

b) El consumo durante el embarazo de tabaco y alcohol no supone riesgo para el feto

c) El consumo de drogas en la gestante puede provocar alteraciones en el desarrollo normal del embarazo y del parto con repercusión en el feto y el neonato

d) Es bien conocido que el consumo de drogas durante el embarazo no provoca efectos teratogénicos ni efectos negativos intraútero sobre el feto

51. Los efectos de la cocaína:

a) Cuando se consume inhalada no atraviesa la barrera placentaria

b) Se aprecia un bajo efecto vasoconstrictor

c) No dependen de la vía de administración

d) Dentro de las complicaciones obstétricas que aparecen en el consumo de cocaína no se encuentra el hematoma retroplacentario

52. ¿Qué síntomas nos pueden hacer pensar que estamos ante un síndrome de abstinencia?

a) Calambres abdominales

b) Ansiedad

c) Sudoración

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

53. El síndrome de abstinencia a opiáceos se manifiesta ¿a qué nivel?

a) Neurológico

b) Gastrointestinal

c) Autonómico

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

54. Señale la respuesta incorrecta. En un síndrome de abstinencia la gravedad de los síntomas que pueden aparecer y su cronología pueden variar en función del tipo de droga consumida y del momento de la última exposición:

a) La abstinencia a metadona es menos severa y de menor duración

b) La abstinencia alcohólica es la más precoz

c) La abstinencia a opiáceos aparece a partir de las 48 horas de vida

d) La deprivación por barbitúricos suele presentarse entre el 4º y el 7º día

55. ¿Qué características no presenta el hijo de madre adicta a marihuana?

a) Menor peso al nacer

b) Convulsiones

c) Hipoxia fetal

d) Menor talla al nacer

56. ¿Cuál de las siguiente es una patología intraútero que se puede presentar en madre adicta a la cocaína?

a) Desprendimiento de placenta

b) Preeclampsia

c) Hipoxia intraútero

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

57. No es una de las malformaciones congénitas que pueden aparecer si la madre es adicta a la cocaína:

a) Macrocefalia

b) Malformaciones craneales

c) Malformaciones genitourinarias

d) Microcefalia

58. El síndrome alcohólico fetal da lugar a:

a) Retraso del crecimiento perinatal

b) Retraso del crecimiento postnatal

c) Afectación del sistema nervioso central

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

59. Para realizar el estudio diagnóstico en un ingreso de madre adicta a drogas, no se pregunta:

a) La variedad de drogas consumidas

b) Nombre de la pareja

c) Tiempo transcurrido desde la última exposición a drogas

d) Cantidad de drogas consumidas

60. ¿Qué características presenta el consumo de drogas en la actualidad?

a) Consumidores cada vez más jóvenes

b) Los consumidores no están integrados en la sociedad

c) Consumir está asociado a delincuencia y marginalidad

d) Las respuestas a) y c) son correctas

61. Hablar de drogas:

a) Reduce riesgos

b) Favorece su consumo

c) No ayuda

d) No evita consumos

62. Los primeros contactos con las drogas se producen:

a) Antes de los 10 años

b) De los 10 a los 20 años

c) De los 15 a los 25 años

d) De los 10 a los 15 años

63. ¿Cuál de las siguientes no es una característica de las drogas?

a) Produce cambios en el funcionamiento del sistema nervioso central del consumidor

b) Su uso regular produce tolerancia

c) Su consumo no provoca dependencia

d) Su abuso puede provocar diferentes tipos de trastornos físicos

64. ¿Qué característica es común a todas las drogas?

a) Ser depresoras del Sistema Nervioso Central

b) Ser estimulantes del Sistema Nervioso Central

c) La "psicoactividad", es decir, la capacidad de estas sustancias para llegar hasta el cerebro y modificar su funcionamiento habitual

d) Provocan perturbación sobre el sistema nervioso central

65. ¿Cuál de las siguientes definiciones es correcta en relación con el uso y abuso de drogas?

a) Abuso de sustancias es cuando debido a la cantidad, frecuencia o a la situación social, física o psíquica del sujeto se producen consecuencias negativas tanto para el consumidor como para su propio entorno

b) En el uso solo hay que tener en cuenta la frecuencia

c) En el uso solo hay que tener en cuenta la cantidad

d) Por dependencia se entiende aquel comportamiento en el que no se prioriza el uso de la sustancia psicoactiva frente a las conductas que antes eran consideradas más importantes

66. El alcohol:

a) Es la droga más consumida en España y que más problemas sociosanitarios ocasiona

b) Es un depresor del sistema nervioso central

c) Adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

67. Los efectos que el alcohol provoca en el organismo, dependen de diversos factores:

a) Edad y sexo de la persona que consume

b) Peso

c) Cantidad de ingesta y rapidez de la misma

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

68. Algunos datos obtenidos del Observatorio Español sobre Drogas:

a) Los hombres consumen alcohol en menor proporción que las mujeres

b) El consumo de alcohol entre estudiantes de 14 a 18 años se concentra durante la semana

c) El colectivo estudiantil comienza a beber a los 13,6 años

d) Un 19,4 % de los estudiantes declara no emborracharse habitualmente

69. Respecto al tabaco:

a) El tabaco es, después del alcohol, la segunda droga más consumida en España

b) El porcentaje de consumidores diarios de tabaco ha bajado considerablemente

c) Menos del 22.5 % de los ciudadanos fuma diariamente

d) El tabaco es una droga depresora del sistema nervioso central

70. El componente tóxico más importantes del tabaco es:

a) Nicotina

b) Monóxido de carbono

c) Alquitranes

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

71. El consumo de tabaco provoca en el organismo varios efectos, entre los que se encuentran:

a) Color amarillento de dedos y dientes

b) Tos y expectoraciones, sobre todo matutinas

c) Envejecimiento prematuro de la piel de la cara

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

72. Los fumadores pasivos:

a) Inhalar el aire contaminado por el humo del tabaco incrementa el riesgo de padecer las mismas enfermedades de corazón y pulmón que los fumadores

b) Si los fumadores pasivos padecen problemas alérgicos, asmáticos o cardiovasculares no suelen ver agravada su sintomatología

c) El inhalar aire contaminado durante el embarazo disminuye el riesgo de aborto espontáneo y de nacimiento prematuro

d) No se ha demostrado un empeoramiento de los niños asmáticos expuestos al humo del tabaco

73. Señale la respuesta incorrecta sobre el Cannabis:

a) El hachís se elabora a partir de la resina almacenada en las flores de la planta macho, prensada hasta formar una pasta compacta de color marrón cuyo aspecto recuerda al chocolate

b) Junto con los alucinógenos, los derivados del cannabis fueron las drogas elegidas por el movimiento hippy de los años sesenta

c) La planta es conocida en botánica como Cannabis sativa

d) La marihuana se elabora a partir de la trituración de flores, hojas y tallos secos

74. Es uno de los efectos más frecuentes del consumo de cannabis:

a) Memoria inmediata

b) Alteraciones sensoriales

c) Capacidad de concentración aumentada

d) Claridad de expresión

75. El THC:

a) Llega al cerebro, donde se acumula y del que se elimina rápidamente

b) Tiene una vida media aproximada de una semana

c) Es el principal principio activo del cannabis

d) Las respuestas b) y c) son correctas

76. Respecto al THC, señale la respuesta incorrecta:

a) De los admitidos a tratamientos menores de 19 años, el 50 % demanda ayuda por porros

b) En el caso de las urgencias por consumo de sustancias tóxicas ilegales registradas en España, las correspondientes al cánnabis siguen subiendo

c) El cannabis no contiene ninguno de los cancerígenos del tabaco

d) Un 10 % de todos los que han probado el cannabis acaban teniendo problemas de dependencia

77. Al consumir cannabis durante la adolescencia, se corre un riesgo especial porque:

a) El inicio temprano del consumo se asocia con la aparición de trastornos mentales en la edad adulta

b) El cannabis provoca cambios neurobiológicos durante el periodo de maduración cerebral

c) El inicio temprano se asocia a con un mayor consumo de otras drogas en el futuro

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

78. Es uno de los derivados de la cocaína:

a) Cocaína base (crack)

b) Sulfato de cocaína (pasta de coca, también conocida como basuko)

c) Clorhidrato de cocaína

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

79. El consumo de cocaína da lugar a determinados efectos psicológicos, entre los que no encontramos:

a) Aumento de la fatiga

b) Aumento del ritmo cardíaco

c) Aumento de la temperatura corporal

d) Aumento de la presión arterial

80. Señale la respuesta correcta acerca del consumo de cocaína:

a) Aunque su consumo sea crónico y abusivo, no lleva consigo riesgos para la salud

b) La dependencia psíquica de la cocaína es una de las más intensas provocadas por las drogas

c) La cocaína no actúa en el cerebro modificando los circuitos responsables del placer

d) La adicción se produce cuando el consumo de cocaína es diario

81. Las drogas de síntesis:

a) Término científico para referirse a unas sustancias que se popularizaron en la última década del siglo XX bajo la denominación de drogas de diseño

b) Las drogas de síntesis se comercializan en forma de pastillas o comprimidos

c) Sobre la superficie de estas pastillas se suelen grabar diversos dibujos que sirven como elemento de identificación

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

82. Principales efectos del consumo de drogas de síntesis:

a) Empatía

b) Sociabilidad

c) Euforia

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

83. Entre los riesgos del consumo de drogas de síntesis:

a) Los efectos adversos para la salud siempre aparecen de forma tardía

b) En las horas o días siguientes a la ingestión de la droga se produce un aumento de la memoria

c) La asociación del éxtasis a una gran actividad física como bailar durante horas, puede dar lugar al "golpe de calor"

d) Factores como la edad de inicio en el consumo no son determinantes en la magnitud de los efectos crónicos producidos

84. ¿Cuál de las siguientes situaciones no es de especial riesgo en el consumo de drogas de síntesis?

a) Embarazo y lactancia

b) Consumo en la calle

c) Actividad física intensa

d) Adolescencia

85. Otras variantes de las drogas de síntesis son:

a) PCP o Polvo de ángel

b) Ketamina

c) Metanfetamina

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

86. En cuanto a la heroína no es cierto que:

a) La heroína puede ser adulterada con sal

b) La heroína puede ser adulterada con lactosa

c) La heroína puede ser adulterada con bórax

d) La heroína puede ser adulterada con quinina

87. La heroína:

a) Es una droga sintetizada a partir de la morfina

b) Puede fumarse, inyectarse o inhalarse por la nariz

c) Es conocida como caballo en el argot callejero

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

88. Efectos que el consumo de heroína produce en el organismo:

a) Acaloramiento de la piel

b) Sensación de pesadez en las extremidades

c) Náuseas

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

89. Riesgos del consumo de heroína:

a) Dependencia

b) Tolerancia

c) Enfermedades infecciosas

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

90. La ludopatía:

a) Es un trastorno reconocido por la OMS

b) No se considera una enfermedad

c) La existencia de este trastorno se conoce desde hace poco tiempo

d) Las respuestas b y c son correctas

91. La ludopatía:

a) El individuo tiene dificultad para dejar de jugar cuando está apostando

b) Provoca efectos desastrosos en las relaciones familiares

c) Existe pérdida de control en relación con un juego de apuestas o más

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

92. La ludopatía:

a) En poco tiempo estos jugadores que se inician en el juego pasarán a ser jugadores habituales en un porcentaje muy grande

b) Al principio el nivel de juego se suele mantener a escondidas

c) El ludópata está convencido de que puede controlarlo o dejarlo cuando quiera

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

93. La tecnofilia es:

a) Afición a la tecnología

b) Odio a la tecnología

c) Miedo a la tecnología

d) Uso de la tecnología

94. Sobre la tecnofilia:

a) Los jóvenes que se encuentran en situación de riesgo son aquellos que han crecido en un ambiente familiar poco propicio para su desarrollo

b) Los jóvenes que se encuentran en situación de riesgo son aquellos que poseen una baja autoestima

c) Los adolescentes son firmes candidatos a sufrir esta dependencia porque se encuentran en un periodo de numerosos cambios físicos y emocionales

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

95. La familia debe estar alerta ante manifestaciones como:

a) Tendencia al aislamiento y ruptura de las relaciones sociales

b) Fracaso escolar

c) Agresividad

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

96. En cuanto a internet:

a) Se puede ocultar el nombre real

b) Crea una falsa ilusión de intimidad

c) Pueden crearse personalidades muy diferentes a como uno es en realidad

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

97. La dificultad más importante para realizar un tratamiento es:

a) Se trata de un tratamiento muy caro

b) El tratamiento es muy complejo

c) El adicto a internet niega el problema

d) Para recibir el tratamiento hay que viajar al extranjero

98. De las siguientes afirmaciones, señale la incorrecta:

a) La única manera de superar la adicción a Internet es cortando el modem

b) El modelo del tratamiento es similar al utilizado en los programas de comida compulsiva o alcoholismo

c) Hay que identificar los 'gatillos', factores o situaciones que disparan el uso no controlado de Internet

d) Lo importante es encontrar un equilibrio entre el uso educativo o laboral y el resto de usos y actividades

99. De las siguientes afirmaciones señale la correcta:

a) Por lo general la curación en drogodependientes es relativamente baja

b) Generalmente las recaídas pueden ser frecuentes

c) Tiene una forma de presentación, evolución y tratamiento largo

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

100. La prevención de la drogodependencia:

a) Es fundamental y se debe comenzar desde edades tempranas

b) Se debe hacer de forma global

c) Se debe dirigir a toda la población

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

SOLUCIONES TEST 23

1. b) Cierto grado de dependencia física respecto a los efectos de la droga, pero nunca una dependencia psíquica con el consiguiente síndrome de abstinencia

Características:

- *Cierto grado de dependencia psíquica respecto a los efectos de la droga, pero nunca una dependencia física con el consiguiente síndrome de abstinencia.*

[...]

2. a) El conjunto de signos y síntomas que se observan en el individuo cuando ha interrumpido de manera brusca el consumo habitual de una sustancia, o el mantenimiento de una actividad adictiva.

Síndrome de Abstinencia. Es el conjunto de signos y síntomas que se observan en el individuo cuando ha interrumpido de manera brusca el consumo habitual de una sustancia, o el mantenimiento de una actividad adictiva.

3. c) Las sustancias interactúan entre sí de tal modo que consumiendo una de ellas hace al organismo más sensible cuando se consumen otras

La Tolerancia Cruzada se define como aquel fenómeno por el que la toma de una droga origina la aparición de tolerancia, no solo a esa droga, sino también a otra del mismo o a veces de otro grupo farmacológico. Es decir, las sustancias interactúan entre sí de tal modo que consumiendo una de ellas hace al organismo más sensible cuando se consumen otras

4. b) Tolerancia

La tolerancia se define como la necesidad de aumentar de forma notable la cantidad de sustancia consumida para conseguir los efectos deseados, o lo que es lo mismo, cuando los efectos de la misma cantidad son cada vez menores.

5. a) Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia se define como síndrome específico para cada sustancia que aparece cuando se suspende o reduce su consumo tras una exposición reiterada a dicha sustancia. La sintomatología del síndrome de abstinencia suele ser de características opuestas a las provocadas por la administración del tóxico.

6. d) La época del año

Los efectos del alcohol dependen de diversos factores:

- *La edad.*
- *El peso.*
- *El sexo.*
- *La cantidad y rapidez de la ingesta.*
- *La combinación con bebidas carbónicas (tónica, Coca-Cola®, etc.), que aceleran la intoxicación.*

7. b) CO_2

Los principales componentes tóxicos del tabaco son:

- *Nicotina.*
- *Alquitranes.*
- *Irritantes.*
- *Monóxido de carbono.*

8. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El consumo de tabaco entre las chicas supera a los chicos, tanto para quienes se han limitado a probarlo (37,3% de las chicas y el 28% de los chicos), como para quienes lo consumen de manera habitual.

El tabaco es, tras el alcohol, la segunda droga consumida por los españoles. El 68,2% de los ciudadanos de 15 a 64 años ha probado el tabaco en alguna ocasión, y el 35,6% fuma a diario, según una encuesta del del Plan Nacional sobre Drogas. El tabaco es la sustancia que despierta una mayor fidelidad entre sus usuarios.

9. b) Dependencia psíquica

Dependencia psíquica. Situación en la que un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico exigen administración regular o continuada de la sustancia que se administraba para producir placer o evitar malestar.

10. b) La heroína

Los derivados semisintéticos (morfina, heroína, etc.) se introdujeron como analgésicos sedantes.

11. c) Psicoanaléptico

Psicoanalépticos: elevan el "tonus".

12. b) El alcohol

La OMS elaboró la siguiente clasificación, en la cual el grupo primero es el de sustancias más peligrosas y el grupo cuarto, el de sustancias menos peligrosas (entendiéndose que todas lo son):

- *GRUPO 1°: Opio y derivados.*
- *GRUPO 2°: Barbitúricos y alcohol.*
- *GRUPO 3°: Coca-cocaína, anfetaminas y derivados.*
- *GRUPO 4°: LSD, cannabis y derivados, mescalina, etc.*

13. a) Estreñimiento e hipotensión

Son signos que se presentan en el síndrome de abstinencia a la heroína:

- *Rinorrea.*
- *Temblor de reposo.*
- *Hiperhidrosis.*
- *Vómitos.*
- *Diarrea.*
- *Lacrimeo.*
- *Bostezos.*
- *Deseo de dormir.*
- *Horripilación.*
- *Taquipnea.*
- *Hipertensión.*
- *Acidosis metabólica.*
- *Polaquiuria.*
- *Hipotermia.*

14. a) La utilización de antidepresivos

El tratamiento de la adicción a la cocaína consiste en la utilización de antidepresivos.

15. c) La actitud por parte del sanitario ante el paciente drogodependiente debe ser, en primera instancia, paternalista, no haciendo caso a todas sus demandas

Con los pacientes toxicómanos, la actitud por parte del sanitario ante sus demandas no debe de ser ni muy paternalista ni censuradora, tratándolo como a cualquier otro paciente que acude al Centro y no haciendo caso a todas sus demandas.

16. a) Aumento del apetito y sequedad de la boca, sudoración y somnolencia

El consumo de Cannabis, desde el punto de vista orgánico, produce un aumento del apetito y sequedad de la boca; ojos brillantes y enrojecidos; hipotensión, taquicardia, sudoración y somnolencia; descoordinación de movimientos. Su consumo habitual produce tos crónica y bronquitis; el sistema cardiovascular presenta problemas de hipertensión o insuficiencia cardiaca; en el sistema endocrino se alteran las hormonas responsables del aparato reproductor y de la maduración sexual; el uso crónico reduce asimismo la efectividad del sistema inmunitario, provocándose el aumento de infecciones.

17. a) Los cuadros de ansiedad y diversos cuadros psicóticos desencadenan situaciones y comportamientos violentos

La intoxicación y abstinencia de cocaína, cursan con los siguientes signos y síntomas generales:

- *Cambios conductuales desadaptativos: euforia, peleas, grandiosidad, estado de alerta, agitación, conducta sexual impulsiva, deterioro de la capacidad del juicio y actividad social y laboral.*
- *Síntomas físicos: taquicardia, hipertensión, sudoración, náuseas y vómitos, alucinaciones visuales o táctiles.*

18. a) Sustancias químicas que se caracterizan por ser gases o líquidos volátiles de alta liposolubilidad

Se denominan inhalantes a un grupo de productos químicos que se caracterizan por ser gases o líquidos volátiles de una alta liposolubilidad. Esta liposolubilidad facilita su rápida absorción desde el pulmón y su importante penetración en el sistema nervioso central.

19. a) Los opiáceos (heroína, morfina, metadona…)

Son sustancias depresoras del SNC aquellas que entorpecen y adormecen el funcionamiento del SNC y entre las que se encuentran el alcohol, los opiáceos (heroína, morfina, metadona…), ansiolíticos y los hipnóticos.

20. d) Tiamina, benzodiacepinas y neurolépticos

Para el tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia del alcohol se utilizan la tiamina, benzodiacepinas y neurolépticos.

21. c) Sustancias de vida media o ultracorta

En el manejo de las benzodiacepinas no se recomienda limitación de uso en el tiempo, supresión gradual del consumo, utilización de las dosis mínimas terapéuticas.

22. d) Somnolencia

Síntomas en el síndrome de abstinencia a los opiáceos:

- *Deseo de consumir opiáceos.*
- *Ansiedad.*
- *Inquietud.*
- *Insomnio.*
- *Calambres y dolores osteomusculares.*
- *Anorexia.*
- *Náuseas.*
- *Sensación de calor y frío alternantes.*
- *Escalofríos.*
- *Disnea.*
- *Cefalea.*
- *Irritabilidad.*
- *Depresión.*
- *Dolor abdominal cólico.*

23. a) Estimulantes de la actividad del SNC

Estimulantes de la vigilancia:

- *Estimulantes mayores:*
  - *Anfetaminas*
  - *Anorexígenos no anfetamínicos*
  - *Cocaína*
- *Estimulantes menores:*
  - *Cafeína y otras xantinas: té, café, etc.*
  - *Nicotina*
- *Estimulantes del humor (antidepresivos):*
  - *Inhibidores de la MonoAminoOxidasa.*
  - *No IMAO (tricíclicos)*

24. d) Alucinógenos (LSD, Mescalina…)

Son sustancias perturbadoras del SNC aquellas que distorsionan el funcionamiento del SNC dando lugar a distorsiones perceptivas como son las alucinaciones y otros cuadros similares a los procesos psicopatológicos que encontramos en las psicosis.

Dentro de este grupo nos encontramos un amplio abanico de sustancias: alucinógenos (LSD, Mescalina…), derivados del cannabis (hachís, marihuana…), drogas de síntesis (éxtasis), inhalantes (acetonas, bencenos…).

25. a) Disminuyen la ansiedad por lo que se encuentran indicados para determinadas alteraciones psicopatológicas

Las sustancias depresoras del SNC son aquellas que entorpecen y adormecen el funcionamiento del SNC y entre las que se encuentran el alcohol, los opiáceos (heroína, morfina, metadona…), ansiolíticos y los hipnóticos.

Desde el punto de vista orgánico los hipnóticos calman la excitación nerviosa e inducen al sueño. Un uso continuado y sin control facultativo puede provocar alteraciones de carácter neurológico como pueden ser temblores, mareos, vértigos, etc. Psicológicamente disminuyen la ansiedad por lo que se encuentran indicados para determinadas alteraciones psicopatológicas.

26. b) Continuado de 12 meses

Un patrón adaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems en algún momento de un período continuado de 12 meses.

27. c) Síndrome de abstinencia agudo

Síndrome de abstinencia agudo. Es el cuadro de abstinencia más conocido. Aparece al suprimir bruscamente, y de forma no controlada médicamente, el opiáceo objeto de dependencia. Se presenta a las 6-8 horas después de la última administración de heroína y a las 24-36 horas después de la de metadona. Se caracteriza por aparatosos síntomas neurovegetativos provocados por una activación excesiva del sistema noradrenérgico, con resultado de rinorrea, lagrimeo, bostezos, sudoración, temblor, piloerección, anorexia, agitación, emesis, midriasis, hiperpnea, aumento de la presión sistólica, fiebre y pérdida de peso. El síndrome de abstinencia agudo cede espontáneamente en un período de 2-6 días.

28. c) Nunca será inferior a 6 meses

Fase de deshabituación. Una vez terminada la desintoxicación, el paciente debe iniciar esta fase, en la que recibe una psicoterapia individual y de grupo mientras se le enseña una serie de estrategias terapéuticas. Este proceso tiene una duración variable, en función de las características y la motivación del paciente, sin que sea nunca inferior a 6 meses.

29. c) Intranasal

La vía de administración habitual del clorhidrato de cocaína es la intranasal, aunque en cuadros de dependencia grave se utiliza la vía intravenosa.

30. a) Tolerancia cruzada

Tolerancia cruzada: forma de tolerancia que aparece con una droga y con otras del mismo tipo o en ocasiones con otras diferentes. Típicamente aparece entre la heroína y la morfina y entre el alcohol y los barbitúricos.

31. c) Integralidad

Integralidad. Comprende tanto el objeto de la Estrategia, que contempla las drogas legales e ilegales, como el ámbito de las intervenciones, que incluye la reducción de la demanda y el control de la oferta.

32. c) De 4 a 12 días antes del síndrome de abstinencia agudo

Síndrome de abstinencia tardío: aparece de 4 a 12 días tras el síndrome de abstinencia agudo. Supone la aparición de una serie de alteraciones neurovegetativas y de las funciones psíquicas básicas que persisten tras meses e incluso años de la abstinencia (según la droga).

33. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La prevención del consumo se propone, en primer lugar, promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto, sea parte activa en su solución.

En segundo lugar, aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas, es decir, promover el desarrollo de recursos propios que faciliten las actitudes y las conductas de rechazo, que serán distintas según el tipo de droga y el ámbito y nivel de la intervención.

Y, en tercer lugar, conseguir retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas, dado que además de acortar el tiempo potencial de exposición, cuanto mayor es la edad de las personas que entran en contacto con las drogas, menor es la probabilidad de desarrollar problemas de adicción y de padecer otro tipo de consecuencias indeseables.

34. d) La dependencia psíquica tiene mucho que ver con el empleo de la droga para poder hacer frente al día a día

Por dependencia psíquica entendemos la compulsión por consumir periódicamente la droga de que se trate, para así experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, euforia, sensibilidad, etc.) o librarse de un estado afectivo desagradable (aburrimiento, timidez, estrés, etc.).

Tiene mucho que ver con el empleo de la droga para poder hacer frente al día a día. Así, nos encontraremos con pacientes que no quieren abandonar la droga, porque se ven incapaces de hacer frente a su día a día sin ella.

35. a) Cannabis

Naturales: son drogas extraídas directamente de la naturaleza y que para su consumo no requieren ningún proceso de síntesis para la extracción de los principios activos que provocan los efectos de la sustancia. Este es el caso por ejemplo del cannabis.

36. c) Grupo 3

En función de los criterios descritos podemos clasificar las drogas en 4 grupos:

- *Grupo 1: opio y derivados opioides (morfina, heroína, etc.).*
- *Grupo 2: barbitúricos y alcohol.*
- *Grupo 3: cocaína y anfetaminas.*
- *Grupo 4: LSD, cannabis, etc.*

37. d) Esnifado

Esnifado: se trata de una forma de consumo en la que se introduce por la nariz la sustancia psicoactiva, la cual tiene forma de presentación en polvo. Aquí también el principio activo pasa a las vías sanguíneas a través de la vascularización pulmonar. Es el caso del clorhidrato de cocaína o cocaína en polvo.

38. a) 1UBE

Más que hablar de la cantidad exacta en gramos de alcohol que consume un paciente, se suele emplear una equivalencia más intuitiva:

- *1 vaso de vino equivale a 10 g de alcohol, o lo que es lo mismo, a 1 UBE.*
- *1 cerveza (en vaso de caña) equivale a 10 g de alcohol, o lo que es lo mismo, a 1 UBE.*
- *1 copa de licor destilado equivale a 20 g de alcohol, o lo que es lo mismo, a 2 UBES.*

39. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Por su parte, también se ha perfilado una serie de parámetros indicadores de un manifiesto alcoholismo:

- *Pérdida de control respecto a la bebida.*
- *Síndrome de abstinencia.*
- *Dependencia física.*
- *Tolerancia.*
- *Lagunas en la memoria.*
- *Dependencia psíquica.*
- *Problemas psicosociales.*

40. a) Consumo de riesgo

Un concepto relacionado que no está incluido en la CIE-10, pero que sin embargo es importante para el screening, es el consumo de riesgo, que se refiere a un patrón de consumo de alcohol que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para el bebedor. Estas consecuencias pueden ser el daño para la salud, física o mental, o pueden incluir consecuencias sociales para el bebedor o para los demás. El patrón de consumo, así como los antecedentes familiares, deberían tenerse en cuenta en la valoración de la extensión del riesgo.

41. c) 4

El AUDIT contiene 10 preguntas. Los tres primeros ítems miden la cantidad y frecuencia del consumo habitual y ocasional de alcohol. Las siguientes tres preguntas se refieren sobre la aparición de posibles síntomas de dependencia y los cuatro últimos ítems evalúan los problemas recientes y pasados asociados con el consumo del alcohol.

42. a) Mejorar los programas de medidas alternativas a la prisión

En el ámbito sanitario:

- *Fomentar la orientación comunitaria del conjunto del sistema sanitario y su coordinación con los recursos sociales, promoviendo y reforzando actividades coordinadas entre los distintos servicios existentes (Salud Pública, Atención Primaria, servicios sanitarios de urgencias, etc.), tanto autonómicos como locales.*
- *Promover la coordinación entre la atención primaria, los centros de atención a drogodependientes, los centros de salud mental y los dispositivos de apoyo, con el propósito de generar sinergias en el abordaje de los problemas ocasionados por el consumo de drogas.*
- *Optimizar la implicación de las oficinas de farmacia y de los farmacéuticos en los programas de intercambio de jeringuillas y de información y consejo.*
- *Mejorar la calidad de la actuación de los servicios de urgencias hospitalarios mediante la capacitación de los profesionales y el diseño conjunto de procedimientos de atención con el objetivo principal de la reducción de daños (morbimortalidad directa e indirecta) y la detección y derivación de los pacientes.*
- *Mejorar la respuesta de los servicios de emergencias y de la atención especializada.*

43. d) En torno a los 13 años y medio

Uno de los motivos de preocupación ligados al consumo de alcohol adolescente es la edad de inicio en el mismo. Diversos estudios han puesto de relieve que iniciarse precozmente en el consumo de sustancias está altamente correlacionado con el uso intensivo y continuado de las mismas. Así quienes se inician en edades más avanzadas tienen menor probabilidad de tener problemas, además en la medida en que se retrasa el acceso a las sustancias legales, también se retrasa a las sustancias ilegales. En la población de estudiantes, las primeras experiencias con el alcohol se producen en torno a los 13 años y medio (13,7), cifra que no ha variado sustancialmente desde 2006.

44. b) Alcohol

En lo que se refiere a las drogas principales causantes de los tratamientos, el alcohol es la droga que está causando un mayor número de admisiones.

45. b) Reducir el consumo experimental de tabaco, alcohol, hipnosedantes y cannabis en población menor de edad

Objetivos generales: reducir el consumo de drogas y otras conductas adictivas en población escolar y retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, especialmente de alcohol y tabaco; reducir el consumo de drogas en población adulta y aumentar su concienciación en relación a su responsabilidad en la prevención del consumo de drogas entre los menores; reducir el consumo de drogas en población menor de edad en situación de riesgo o de especial vulnerabilidad.

46. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El logro de los objetivos terapéuticos, la normalización del usuario y la prevención de las recaídas, son los retos a los que se enfrentan los recursos asistenciales en materia de adicciones y la meta a alcanzar por los afectados.

47. a) De 4 a 12 días tras el síndrome de abstinencia agudo

El concepto de síndrome de abstinencia hace referencia a los síntomas que aparecen cuando tras un consumo prolongado de la droga, este se interrumpe de manera brusca. Los síntomas ligados al síndrome de abstinencia varían en función de la droga que se consume. Se puede hablar de tres tipos de síndrome de abstinencia:

- *Síndrome de abstinencia agudo: conjunto de signos y síntomas físicos y psíquicos que aparecen tras la inmediata suspensión de la droga.*
- *Síndrome de abstinencia tardío: aparece de 4 a 12 días tras el síndrome de abstinencia agudo. Supone la aparición de una serie de alteraciones neurovegetativas y de las funciones psíquicas básicas que persisten tras meses e incluso años de la abstinencia (según la droga).*
- *Síndrome de abstinencia condicionado (flash-back): aparición de los síntomas propios de un síndrome de abstinencia agudo que se producen cuando el individuo, pese a estar abstinente a la sustancia, se expone a los estímulos que rodeaban los consumos que realizaba el individuo (y que se condicionaron). Estos estímulos aumentan el riesgo de recaídas.*

48. a) 1 UBE

Más que hablar de la cantidad exacta en gramos de alcohol que consume un paciente, se suele emplear una equivalencia más intuitiva:

- *1 vaso de vino equivale a 10 g de alcohol, o lo que es lo mismo, a 1 UBE.*
- *1 cerveza (en vaso de caña) equivale a 10 g de alcohol, o lo que es lo mismo, a 1 UBE.*
- *1 copa de licor destilado equivale a 20 g de alcohol, o lo que es lo mismo, a 2 UBES.*

49. b) 9 – 16

El tercer nivel, la Zona de Riesgo III, se refiere a un patrón de consumo de alcohol que ya está causando daño al bebedor, que a su vez puede estar presentando síntomas de dependencia. Los pacientes en esta zona pueden manejarse mediante la combinación de consejo simple, terapia breve y monitorización continuada. Las puntuaciones del AUDIT en el rango de 16-19 a menudo sugieren un consumo perjudicial o dependencia, para lo que se recomienda un abordaje clínico más completo.

50. c) El consumo de drogas en la gestante puede provocar alteraciones en el desarrollo normal del embarazo y del parto con repercusión en el feto y el neonato

Sobre las consecuencias que el consumo de drogas tiene sobre el embarazo y el recién nacido, comenzó a estudiarse en la década de los años 70 del pasado siglo, y a partir de entonces hasta hoy se han logrado avances importantes en su estudio. Se sabe de forma fehaciente, que el consumo de drogas en la gestante puede provocar alteraciones en el desarrollo normal del embarazo y del parto con repercusión en el feto y el neonato.

51. c) No dependen de la vía de administración

La cocaína tiene efectos sobre el embarazo, independientemente de la vía de administración.

52. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los síntomas más frecuentes que presenta una paciente y que nos pueden hacer sospechar que estamos ante un síndrome de abstinencia son: colocación de la paciente en posición fetal, quejándose de calambres abdominales, fotofobia, ansiedad, sudación, náuseas, vómitos y diarreas, lagrimeo y rinorrea

53. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El síndrome de abstinencia a opiáceos se manifiesta fundamentalmente a tres niveles: neurológico, gastrointestinal y autonómico.

54. a) La abstinencia a metadona es menos severa y de menor duración

La abstinencia a opiáceos aparece a partir de las 48 horas de vida, excepto la de metadona, que es más tardía, alrededor de las 72 horas, también es más severa y de mayor duración

55. b) Convulsiones

El consumo de marihuana en la madre se ha asociado con recién nacidos de menor peso y talla al nacer y anormalidades sutiles en el neurodesarrollo.

56. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La madre adicta a cocaína debido a fenómenos vasculares por el abuso de dicha sustancia, existe una mayor incidencia de patología intraútero y problemas postnatales como: Desprendimiento de placenta, Preeclampsia, Hipoxia intraútero, RCIU

57. a) Macrocefalia

Las anomalías descritas son: Anomalías óseas dístales, Malformaciones craneales, Microcefalia, Malformaciones genitourinarias (hidronefrosis, Hipospadias).

58. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Existen tres criterios definitorios característicos:

- *Retraso del crecimiento perinatal, postnatal o ambos: estos niños son en promedio 700 g más pequeños al nacer que otros recién nacidos. El retraso observado afecta a peso, talla y perímetro cefálico y generalmente tiende a persistir durante toda la infancia.*
- *Afectación del sistema nervioso central: se pueden observar ya en el periodo neonatal manifestaciones como apnea, cianosis, agitación, temblor, opistótonos, incluso convulsiones, desde las primeras horas de vida y ceden en unos días. A largo plazo se han descrito problemas de conducta, autismo y problemas de aprendizaje. Generalmente el grado de retraso mental se correlaciona con la intensidad de los estigmas físicos.*
- *Rasgos dismórficos craneofaciales: microcefalia, Hendidura parpebral corta, epicanto, Hipoplasia de mandíbula, microretrognatia, Puente nasal plano, Labio superior adelgazado.*

59. a) Nombre de la pareja

Al ingreso se hará un estudio diagnóstico:

- *Anamnesis drogas consumidas, cantidad, última exposición, situación serológica de la madre y control del embarazo.*
- *Analítica de riesgo infeccioso y serología (VIH, hepatitis B y C, TORCH).*
- *Estudio de drogas en orina.*
- *Control de T. Arterial y hemogramas seriados.*
- *Ecografía cerebral y abdominal (en RN expuestos a cocaína).*
- *Test de Finnegan cada 3 horas en los intervalos de las comidas.*

60. a) Consumidores cada vez más jóvenes

La heroína poco a poco ha sido sustituida por otras sustancias como el cannabis, la cocaína o el éxtasis, combinadas entre sí o mezcladas con alcohol y tabaco. El cambio de las sustancias también va acompañado de cambios en las conductas de consumo: estamos ante consumidores cada vez más jóvenes, totalmente integrados en la sociedad, que consumen con fines recreativos y socializantes y para quienes estos consumos son actos triviales que, según ellos, no presentan ningún riesgo.

61. a) Reduce riesgos

Una sociedad más informada será capaz de vivir en un mundo en el que las drogas existen, reduciendo el riesgo de establecer conflictos con ellas.

62. a) De los 10 a los 20 años

Los primeros contactos con las drogas se producen de los 10 a los 20 años. A nuestro alrededor, las primeras drogas con las que experimentan los adolescentes suele ser el tabaco (con una edad de inicio de 13.1 años), el alcohol (13.8 años) y el cannabis (14.6 años). En cuanto al resto de drogas, se inicia posteriormente: la cocaína a los 15.4 y el éxtasis y derivados anfetamínicos a los 15.5 años

63. c) Su consumo no provoca dependencia

Su uso regular genera unos procesos conocidos como: tolerancia (a medida que el organismo se va adaptando a la presencia regular de la sustancia, se necesita una mayor cantidad para producir los mismos efectos) y dependencia (tras un uso habitual más o menos prolongado, la persona necesita consumir la sustancia de que se trate para no experimentar síntomas de abstinencia y para afrontar su vida cotidiana).

64. c) La "psicoactividad", es decir, la capacidad de estas sustancias para llegar hasta el cerebro y modificar su funcionamiento habitual

No todas las drogas son iguales sin embargo todas comparten una característica y es la "psicoactividad", es decir la capacidad de estas sustancias para llegar hasta el cerebro y modificar su funcionamiento habitual, pero una vez en el cerebro las drogas actúan de diferente manera.

65. a) Abuso de sustancias es cuando debido a la cantidad, frecuencia o a la situación social, física o psíquica del sujeto se producen consecuencias negativas tanto para el consumidor como para su propio entorno

En la práctica es muy difícil definir un consumo como uso ya que no solo hay que tener en cuenta la frecuencia sino también la cantidad y el entorno (lo que para un consumidor es uso moderado, para un observador neutral puede ser abuso). Nos referimos a abuso de sustancias cuando debido a la cantidad, frecuencia o a la situación social, física o psíquica del sujeto se producen consecuencias negativas tanto para el consumidor como para su propio entorno

66. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El alcohol es la droga más consumida en España, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa:(accidentes de tráfico y laborales, malos tratos, problemas de salud, alcoholismo, etc.).

Es un depresor del sistema nervioso central que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional.

67. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los efectos que el alcohol provoca en el organismo, dependen de diversos factores:

1. *Edad de la persona que consume (beber alcohol mientras el organismo todavía se encuentre madurando es especialmente nocivo).*
2. *Peso (afecta de modo más severo a las personas con menor masa corporal).*
3. *Sexo (por factores fisiológicos, la tolerancia femenina es, en general, menor que la masculina).*
4. *Cantidad de ingesta y rapidez de la misma (a más alcohol en menos tiempo, mayor intoxicación).*
5. *Ingestión o no de comida de forma simultánea (el estómago lleno, sobre todo de alimentos grasos, dificulta la intoxicación).*

68. c) El colectivo estudiantil comienza a beber a los 13,6 años

El consumo de alcohol entre estudiantes de 14 a 18 años se concentra en el fin de semana. El 55,1 % que lo consume habitualmente se divide en un 40,6 %, que bebe el fin de semana, y un 14,4 %, que lo hace a lo largo de la semana. Este colectivo estudiantil comienza a beber a los 13,6 años. El consumo semanal comienza a los 15,3 años.

69. a) El tabaco es, después del alcohol, la segunda droga más consumida en España

El tabaco es, después del alcohol, la segunda droga más consumida en España. El 65.1 % de los ciudadanos de 15 a 65 años ha probado el tabaco alguna vez, más del 32.5 % fuma diariamente. A pesar de que cada vez fuman menos personas, el porcentaje de consumidores diarios se mantiene estable. El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central.

70. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La forma más extendida de consumo de tabaco es el cigarrillo, en cuyo humo se han identificado alrededor de 4.000 componentes tóxicos, de entre los cuales los más importantes son los siguientes:

- *Nicotina: sustancia estimulante del sistema nervioso central, responsable de los efectos psicoactivos de la sustancia y de la intensa dependencia física que el tabaco provoca.*
- *Alquitranes: sustancias probadamente cancerígenas, como el benzopireno, que inhala el fumador y quienes, conviviendo con él en ambientes cerrados, se ven forzados a respirar el humo tóxico.*
- *Irritantes: tóxicos responsables de la irritación del sistema respiratorio ocasionada por el consumo de tabaco (faringitis, tos, mucosidad, etc.).*
- *Monóxido de carbono: sustancia que se adhiere a la sangre, dificultando la distribución de oxígeno por el cuerpo.*

71. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El consumo de tabaco provoca en el organismo varios efectos entre los que se encuentran:

- *Efectos psicológicos. El tabaco es consumido en busca de efectos positivos como la relajación y la sensación de mayor concentración.*
- *Efectos fisiológicos. Entre los más importantes podemos citar: disminución de la capacidad pulmonar, fatiga prematura, merma de los sentidos del gusto y el olfato, envejecimiento prematuro de la piel de la cara, mal aliento, color amarillento de dedos y dientes, tos y expectoraciones, sobre todo matutinas.*

72. a) Inhalar el aire contaminado por el humo del tabaco incrementa el riesgo de padecer las mismas enfermedades de corazón y pulmón que los fumadores

También existen los llamados fumadores pasivos. Está demostrado que las personas que no fuman, pero que respiran el aire contaminado por el tabaco (fumadores pasivos) también corren riesgos, ya que inhalar el aire contaminado por el humo del tabaco incrementa el riesgo de padecer las mismas enfermedades de corazón y pulmón que los fumadores. Además, si padecen problemas alérgicos, asmáticos o cardiovasculares pueden ver agravada su sintomatología.

73. a) El hachís se elabora a partir de la resina almacenada en las flores de la planta macho, prensada hasta formar una pasta compacta de color marrón cuyo aspecto recuerda al chocolate

El hachís se elabora a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra, prensada hasta formar una pasta compacta de color marrón cuyo aspecto recuerda al chocolate. Su concentración de THC es superior a la de la marihuana, por lo que su toxicidad potencial es mayor.

74. a) Alteraciones sensoriales

Efectos psicológicos del consumo de cannabis. Inevitablemente, se entremezclan reacciones buscadas por el consumidor con respuestas indeseadas. Los efectos más frecuentes son: relajación, desinhibición, hilaridad, sensación de lentitud en el paso del tiempo, somnolencia, alteraciones sensoriales, dificultad en el ejercicio de funciones complejas como, por ejemplo: expresarse con claridad, memoria inmediata, capacidad de concentración, procesos de aprendizaje.

75. d) Las respuestas b) y c) son correctas

El THC, principal principio activo del cannabis, es una sustancia muy soluble en grasa y llega rápidamente al cerebro, en donde se acumula y del que se elimina muy lentamente. El THC tiene una vida media aproximada de una semana, lo que significa que, una semana después de consumirlo, el organismo no ha conseguido eliminar más que el 50 %.

76. a) El cannabis no contiene ninguno de los cancerígenos del tabaco

El cannabis contiene muchos de los cancerígenos del tabaco y en mucha mayor cantidad. Los daños pulmonares que produce son aún mayores que los asociados al tabaco. El Instituto Británico del Pulmón calcula que tres porros perjudican los pulmones tanto como 20 cigarrillos.

77. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La adolescencia es una etapa o situación de especial riesgo ya que el cannabis provoca cambios neurobiológicos durante el periodo de maduración cerebral. El inicio temprano del consumo se asocia con la aparición de trastornos mentales en la edad adulta, como la ansiedad, la depresión y la psicosis, con un mayor consumo de otras drogas en el futuro, con más dificultad para dejar de consumir, con problemas de rendimiento escolar y con el abandono prematuro de los estudios.

78. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Las hojas de coca, sometidas a diversos procesos de elaboración química, dan lugar a distintos derivados:

- *Clorhidrato de cocaína.*
- *Sulfato de cocaína.*
- *Cocaína base (crack).*

79. a) Aumento de la fatiga

El consumo también da lugar a efectos fisiológicos. Los más habituales son los siguientes:

- *Disminución de la fatiga.*
- *Inhibición del apetito.*
- *Aumento de la presión arterial.*
- *Aumento del ritmo cardíaco.*
- *Contracción de los vasos sanguíneos.*
- *Aumento de la temperatura corporal.*
- *Reducción del sueño.*
- *Dilatación de las pupilas.*
- *Complicaciones neurológicas y gastrointestinales.*

80. a) La dependencia psíquica de la cocaína es una de las más intensas provocadas por las drogas

La dependencia psíquica de la cocaína es una de las más intensas provocadas por las drogas. La supresión del consumo tras un período prolongado, da lugar a un fenómeno de rebote, caracterizado por somnolencia, cansancio, apatía, depresión, irritabilidad, letargia, etc.

81. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Drogas de síntesis es el término científico para referirse a unas sustancias que, aunque existentes hace tiempo, se populariza-ron en la última década del siglo XX bajo la equívoca denominación de drogas de diseño. Son sustancias producidas por síntesis química (sin componentes naturales, como ocurre con el hachís o el tabaco), fundamentalmente en laboratorios clandestinos de las que se desconoce su composición final, lo que las convierte en especialmente peligrosas ya que los consumidores nunca saben exactamente qué están ingiriendo, por lo que sus efectos no son claramente previsibles. Generalmente se trata de compuestos anfetamínicos a los que se suele añadir algunos componentes de efectos alucinógenos. Las drogas de síntesis se comercializan en forma de pastillas o comprimidos. De ahí que hayan sido bautizadas en el argot callejero como pastis o pirulas, entre otros nombres. Sobre la superficie de estas pastillas se suelen grabar diversos dibujos que sirven como elemento de identificación.

82. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los principales efectos del consumo de drogas de síntesis son: empatía, sociabilidad, euforia, incremento de la autoestima, desinhibición, deseo sexual aumentado, locuacidad, inquietud, confusión, agobio.

83. c) La asociación del éxtasis a una gran actividad física como bailar durante horas, puede dar lugar al "golpe de calor"

La asociación del éxtasis a una gran actividad física, como bailar durante horas, puede dar lugar al "golpe de calor" que consiste en un aumento de la temperatura corporal que puede provocar un fallo renal.

84. a) Consumo en la calle

Situaciones de especial riesgo:

- *Ingestión de dosis sucesivas.*
- *Condiciones ambientales.*
- *Actividad física intensa.*
- *Embarazo y lactancia.*
- *Adolescencia.*
- *Enfermedades asociadas.*
- *Policonsumo.*

85. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Otras variantes de las drogas de síntesis son:

- *Metanfetamina.*
- *GHB o éxtasis líquido.*
- *PCP o Polvo de ángel.*
- *Ketamina.*
- *Poppers.*
- *M-CPP.*

86. a) La heroína puede ser adulterada con sal

La heroína puede ser adulterada con quinina, lactosa, bórax, azúcar, almidón, etc., incluso se ha utilizado estricnina y otros depresores del sistema nervioso central como barbitúricos y sedantes.

87. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La heroína es una droga sintetizada a partir de la morfina, y esta derivada a su vez del opio. Se incluye en el grupo de los opiáceos. El opio se extrae de las cápsulas de una planta conocida en botánica como Papaver somniferum. Es utilizado por la humanidad desde la Antigüedad, existiendo referencias de su consumo que datan de 4000 años antes de Cristo. El opio se consumió por vía fumada en diversas zonas de Asia, aunque su gran poder nace a partir del aislamiento de sus diversos alcaloides. Es el caso, por ejemplo, de la morfina, un potente analgésico obtenido a partir del opio. La heroína fue sintetizada en 1874, tratando de buscar un fármaco con la potencia analgésica de la morfina, pero sin su capacidad adictiva, aunque pronto se comprobó que sus riesgos y efectos negativos eran superiores a los de la morfina y la mayoría de los países occidentales suspendió su uso médico. La heroína, conocida como caballo en el argot callejero, ha acaparado durante décadas los titulares de los medios de comunicación de España y la atención de la ciudadanía

88. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Inicialmente, se percibe acaloramiento de la piel, sequedad de boca y sensación de pesadez en las extremidades, en ocasiones seguidas de náuseas, vómitos y picor considerable. Posteriormente, se siente somnolencia durante varias horas, las funciones mentales se ofuscan, las funciones cardiaca y respiratoria se alteran, a veces hasta el punto de causar la muerte, según la dosis consumida.

89. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Riesgos y consecuencias del consumo de heroína:

- *Tolerancia.*
- *Adicción o dependencia.*
- *Enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis).*
- *Infección del endocardio y válvulas del corazón.*
- *Artritis y otros problemas reumáticos.*
- *Venas colapsadas.*
- *Abscesos cutáneos*

90. a) Es un trastorno reconocido por la OMS

La ludopatía es un trastorno reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo recoge en su clasificación Internacional de Enfermedades en el año 1992.Sin embargo esta no fue la primera vez que, como categoría diagnóstica y con el nombre de juego patológico, se reflejó en los ámbitos profesionales. Ya en 1980 en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM_III) de la Asociación Americana de Psiquiatras (APA), se planteaba su definición y algunos criterios diagnósticos.

91. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Podemos afirmar, llegado este punto, que la ludopatía es un trastorno del comportamiento, que consiste en la pérdida de control en relación con un juego de apuestas o más, tanto si incide en las dificultades que supone para el individuo dejar de jugar cuando está apostando, como si nos referimos a mantenerse sin apostar definitivamente en aquel juego o en otros.

92. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

A pesar de la aceptación social de la actividad, que genera una imagen de los juegos de apuestas como actividades de ocio, diversión, distracción y asociadas a alegría y fortuna, como si no provocasen efectos en la salud mental de los participantes, podemos evidenciar una primera contradicción. En un plazo de tiempo entre 2 meses y cinco años, estos jugadores que se inician en el juego pasarán a ser jugadores habituales en un porcentaje muy grande y poco estudiado, aun siendo pocos los premios que les hayan tocado, interpretando que no pierden mucho, o quizás que, en el bar, bingo o casino, tienen un círculo de relaciones satisfactorias, entre otros razonamientos, mantendrán el convencimiento de que la situación de juego no se les escapa de las manos.

Este nivel de juego se puede mantener según cada caso particular más o menos a escondidas, pero al final supone una afectación directa en las relaciones afectivas y de confianza que comportará recurrir repetidamente al engaño, sea mintiendo o escondiendo la existencia del dinero con que juega.

93. a) Afición a la tecnología

Tecno = tecnología y filia = afición, simpatía). Como la palabra lo dice, afición a la tecnología

94. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Los jóvenes que se encuentran en situación de riesgo son aquellos que han crecido en un ambiente familiar poco propicio para su desarrollo, que poseen una baja autoestima y que tienden a huir de un mundo adulto que les resulta hostil refugiándose en las nuevas tecnologías.

95. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La familia debe estar alerta ante las primeras manifestaciones como son la tendencia al aislamiento, la ruptura de las relaciones sociales, el fracaso escolar o la agresividad, estos comportamientos les impide desarrollar sus habilidades sociales, les hace hipersensibles a los juicios y acrecienta sus sentimientos de inseguridad. Las claves para superar este tipo de dependencias pasan por solucionar los problemas de base, fomentar la comunicación familiar, restablecer la confianza con los padres y los amigos y aceptar la imagen corporal, que es uno de los factores que más contribuyen a la adicción

96. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

En Internet, se puede ocultar el nombre real, edad, ocupación, apariencia y las características físicas. Los usuarios de Internet, sobre todo aquellos que están solos e inseguros en la vida real, aprovechan esta libertad y rápidamente vierten fuera sus sentimientos más fuertes, secretos más oscuros y los deseos más profundos. Esta situación en un principio crea una falsa ilusión de intimidad, pero cuando la realidad pone de manifiesto las limitaciones que tiene el confiar en una comunidad anónima para el amor y el cuidado (ya que esto solo pueden ofrecerlo las personas reales), Internet genera una gran desilusión y dolor.

97. c) El adicto a internet niega el problema

La dificultad más importante para realizar un tratamiento está relacionada con el rechazo o negación del adicto a Internet hacia el problema. De la misma manera que ocurre en el alcohol y otras sustancias, el adicto a Internet debe comprender primero que tiene un problema y contar con suficiente motivación para buscar ayuda.

98. a) La única manera de superar la adicción a Internet es cortando el modem

Muchas personas creen que la única manera de superar la adicción a Internet es cortando el modem o tirando el ordenador. Pero esto no sirve de mucho, más aún si tenemos en cuenta que Internet es una herramienta productiva. Lo importante es encontrar un equilibrio entre el uso educativo o laboral y el resto de usos y actividades.

99. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Por lo general la curación en drogodependientes es relativamente baja, y las recaídas pueden ser frecuentes. Por lo general tiene una forma de presentación, evolución y tratamiento largo.

100. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Ya hemos visto con anterioridad que la prevención es fundamental y debe comenzar desde edades tempranas. La prevención se debe hacer de forma global (padres, profesores, educadores, sanitarios…), se debe dirigir a toda la población, y no solo a la población los que se crea más vulnerables y en ella se debe informar de todas las drogas que existen en nuestra sociedad.

TEST 24

Salud y Género. Violencia de género. Malos Tratos: detección y prevención en el niño, la mujer y en la persona anciana. Protocolos de atención a las víctimas de agresiones sexuales. Espacios seguros

1. ¿En qué fase de la violencia en la mujer aumentan los insultos y las amenazas, el individuo que la ataca está más agresivo de palabra y chilla?

a) Fase de negación

b) Fase de explosión violenta

c) Fase de acumulación de tensión

d) Fase de inicio

2. Señale la respuesta incorrecta en cuanto al perfil de víctima de malos tratos:

a) Suele tener más de 65 años

b) Suele tener un importante deterioro funcional por una importante enfermedad crónica o progresiva

c) Suele ser dependiente de su cuidador para la mayoría de las actividades de la vida diaria

d) Suele convivir con un familiar que es el único y principal cuidador

3. Señale la respuesta incorrecta. Para intentar prevenir los malos tratos, el personal docente debe:

a) Actuar solo si así lo ordena la Dirección del centro

b) Si observa algún problema debe informarse sobre el entorno familiar y social del niño/a

c) Proteger al niño/a siempre y procurar su pleno desarrollo físico y psicológico

d) Observar a los alumnos en momentos diferentes (clase, recreo), las relaciones con otros adultos y niños/as… etc.

4. ¿Qué característica de la violencia contra la mujer viene definida por que esta violencia es un fenómeno social transversal a todas las clases sociales y que aparece en las diferentes etapas del ciclo vital?

a) Es ideológica

b) Tiene un carácter instrumental

c) Es estructural e institucional

d) Se deriva de la desigualdad de poder entre hombres y mujeres

5. ¿A qué nivel debe existir prevención primaria en los múltiples niveles en los que se sitúan los factores de riesgo de violencia sexual?

a) Nivel individual

b) La comunidad

c) La sociedad

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

6. Es una consecuencia del maltrato para la mujer a nivel psicológico:

a) Relaciones sexuales forzadas

b) Traumatismos

c) Uso de la violencia con sus propios hijos

d) Absentismo laboral

7. En la entrevista, como actuación en los casos de sospecha o en que se aprecien signos y síntomas indicativos de malos tratos, ¿qué aspecto favorece la comunicación?

a) Empatía

b) Exceso de respeto hacia este tema

c) El miedo a implicarse

d) El miedo a la afectación personal

8. Señale cuál de los siguientes aspectos a consignar en la historia clínica de la víctima de malos tratos es prioritario, en caso de encontrar lesiones, de cara a la eventual valoración pericial del forense en caso de iniciarse un proceso judicial:

a) Naturaleza de las lesiones

b) Disposición de las lesiones

c) Data de las lesiones

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

9. Señale la respuesta correcta sobre cuáles son los signos de alarma de riesgo de suicidio en la víctima de malos tratos:

a) Autocrítica exagerada

b) Existencia de remordimientos

c) Euforia tras un período de desesperanza

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

10. Es una pauta de actuación en caso de existir una situación de riesgo no inmediato para la mujer víctima de malos tratos:

a) Emisión del parte de lesiones, si procede

b) Comunicación inmediata a los Cuerpos de Seguridad, que pondrán en marcha los mecanismos de protección pertinentes

c) Derivación urgente a un centro hospitalario, si las lesiones que presenta la paciente así lo requieren

d) Pautar el tratamiento necesario y realizar las derivaciones pertinentes

11. El número de personas que tiene una enfermedad específica en un momento determinado por 1.000 habitantes expuestos se denomina:

a) Tasa de frecuencia

b) Tasa de incidencia

c) Tasa de prevalencia

d) Tasa de probabilidad

12. Atendiendo a lo previsto en el Código Penal, el que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado por:

a) Acoso sexual

b) Abuso sexual

c) Agresión sexual

d) Prostitución

13. ¿En qué fase de la Teoría del Ciclo de la Violencia de Leonor Walker la víctima suele denuncias o pedir ayuda?

a) Fase de explosión o agresión

b) Fase de acumulación de tensión

c) Calma o reconciliación o luna de miel

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

14. El ejemplar del parte judicial entregado al Juzgado de Guardia se entregará a la mayor brevedad posible y en todo caso, en el plazo máximo de:

a) 24 horas

b) 48 horas

c) 72 horas

d) Cinco días

15. ¿En qué consiste la prevención terciaria?

a) Identificación en una población determinada y asintomática, un problema de salud grave en estadio inicial o precoz

b) Conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca un determinado problema de salud

c) Aplicar una intervención para intentar curar o paliar un problema de salud o unos síntomas determinados

d) Proceso por el cual las personas adquieren capacidades para afrontar las relaciones de poder y cambiarlas

16. Es un agente biológico que provoca enfermedades:

a) Radiaciones ionizantes

b) Parásitos

c) Sustancias químicas

d) Estrés

17. La pobreza ha sido identificada como:

a) Causa de la mala salud

b) Factor contribuyente de la mala salud

c) Catalizador y resultado de la mala salud

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

18. Según el Estudio multipaís sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica contra las mujeres:

a) Las tasas de homicidio son menores en países con ingresos bajos y medios y en las comunidades más pobres de sociedades con grandes desigualdades

b) La cantidad y el tipo de actos violentos varían de una región a otra y están estrechamente relacionados con los factores sociales y económicos

c) Las tasas estimadas de suicidio tienden a ser más bajas en países con un nivel alto de ingresos y en países que experimentan una transición socioeconómica rápida

d) Entre el 5% y el 10% de las mujeres afirman haber sufrido agresiones físicas y entre el 3% y el 6% haber sido víctimas de agresiones sexuales por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas

19. En la fase precontemplativa del proceso de violencia:

a) La mujer no tiene conciencia del problema

b) La mujer empieza a tomar conciencia de que existe una relación abusiva y/o problemática

c) La mujer va realizando pequeños cambios

d) Se produce un análisis de pros y contras respecto del posible cambio que aún no está dispuesta a realizar

20. El parte judicial:

a) Deberá ser cumplimentado por el personal facultativo responsable de la asistencia, siguiendo determinadas recomendaciones y con remisión obligatoria al Juzgado de Guardia

b) Se debe cumplimentar con letra clara, legible y sin tachaduras

c) Estará disponible en todos los centros sanitarios y dispondrá de 4 ejemplares

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

21. ¿En qué criterio de desprotección del menor se incluyen aquellas circunstancias en las que los responsables renuncian de manera total y absoluta a cumplir los deberes de protección del menor?

a) Situaciones que se producen por el incumplimiento de los deberes de protección

b) Situaciones que se producen por el inadecuado cumplimiento de los deberes de protección

c) Situaciones que se producen por el imposible ejercicio de los deberes de protección

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

22. No es un tipo de maltrato infantil físico por acción:

a) Maltrato físico

b) Abuso sexual

c) Maltrato emocional

d) Abandono emocional

23. Señale la respuesta correcta en relación al maltrato infantil con abuso sexual:

a) Las víctimas suelen ser más frecuentemente niñas que niños y situarse en una franja de edad entre los 6 y 12 años

b) Hay un mayor número de niños en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior (7-8 años)

c) Hay un mayor número de niñas en el abuso extrafamiliar (paidofilia), con una edad de inicio posterior (11-12 años)

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

24. Según el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner para entender el fenómeno de la violencia, el nivel donde se originan las creencias patriarcales que dan lugar a las distintas manifestaciones de violencia de género es:

a) Microsistema

b) Mesosistema

c) Exosistema

d) Macrosistema

25. Es el tipo de maltrato infantil en el que los padres o cuidadores, con el fin de simular una preocupación adecuada hacia su hijo, le someten a continuos ingresos y exámenes médicos:

a) Incapacidad para controlar la conducta del niño

b) Síndrome de Münchhausen por poderes

c) Corrupción

d) Maltrato institucional

26. Señale la respuesta incorrecta en relación a las diferencias entre el maltrato infantil intrafamiliar y el extrafamiliar:

a) El maltrato intrafamiliar es aquella situación de maltrato del menor que se produce dentro del contexto privado del círculo familiar donde se desenvuelve y desarrolla el niño

b) El maltrato extrafamiliar hace referencia a aquellas situaciones de maltrato infantil que se producen fuera del ámbito familiar, pudiendo centrarse en el niño como individuo o en la infancia como grupo

c) Dentro del maltrato intrafamiliar se incluyen situaciones tales como el maltrato institucional (escolar, sanitario, jurídico…), la explotación laboral y la explotación sexual; mientras que en el maltrato extrafamiliar se incluyen el maltrato físico, el maltrato por negligencia, el abandono, el maltrato o abuso emocional, el abuso sexual, el maltrato prenatal y el Síndrome de Münchhausen por poderes

d) Dentro del maltrato intrafamiliar se incluyen el maltrato prenatal y el abuso sexual, pero no la explotación laboral ni la sexual

27. ¿En cuál de los siguientes ámbitos del maltrato infantil desde los medios de comunicación aparece dicho maltrato al introducir en programas infantiles imágenes y estereotipos de violencia y sexo?

a) El menor como objeto de consumo

b) El menor como receptor

c) El menor como noticia

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

28. Entre los rasgos definitorios que nos ayudan a extraer el perfil de mujer con mayores posibilidades de sufrir maltrato no se encuentra:

a) Alta autoestima

b) Una relación de dependencia y sumisión

c) Aislamiento psicológico y social

d) Desequilibrio de poder en la pareja

29. No es una estrategia para responder a los principios y objetivos del enfoque de género en la práctica clínica:

a) Incluir la relación profesional-paciente como instrumento de atención

b) Excluir los procesos psicosociales en la práctica clínica

c) Visibilizar a las mujeres como sujetos del problema

d) Reconocer los roles e identidades de género como parte del proceso de salud/enfermedad

30. Es un factor protector de género para los hombres:

a) Acceder las sujeciones del modelo tradicional

b) Acceder a posiciones demostrativas de fortaleza

c) No ser víctima de las circunstancias y de los modelos sociales

d) Abandonar a esferas personal y social de encuentro igualitario (empoderamiento comunitario)

31. En el ciclo de la violencia de género, ¿cuál es la fase en la que, una vez que el agresor ha conseguido el perdón de su víctima y se siente de nuevo seguro en la relación, empiezan de nuevo la irritabilidad y los abusos y, cuando ella quiere ejercer su recién conseguido poder, la castiga duramente?

a) Fase de explosión violenta

b) Escalada de la violencia de género

c) Fase de acumulación de tensión

d) Fase de "Luna de Miel"

32. No es un factor que aumenta la vulnerabilidad de la mujer en la violencia sexual:

a) Ser mayor

b) Consumir alcohol o drogas

c) Tener problemas de salud mental, en particular, síndrome de estrés postraumático

d) Haber sufrido una violación o abusos sexuales con anterioridad

33. ¿Qué sesgos en la intervención clínica biopsicosocial de género son aquellos debidos a la implicación personal desde la que actúa el sanitario al establecer la relación con el paciente?

a) Sesgos teóricos

b) Sesgos tecnológicos

c) Sesgos subjetivos

d) Sesgos por clase social

34. La violencia física por sus parejas constituye la principal causa de muerte o invalidez en el grupo de mujeres entre:

a) 16 y 65 años de edad

b) 16 y 44 años de edad

c) 16 y 50 años de edad

d) 16 y 56 años de edad

35. Entre los factores especialmente relevantes en la prevención de la violencia de género incluimos:

a) El aprendizaje de una ciudadanía democrática, dirigida a la formación de ciudadanos y ciudadanas responsables, facilitando la participación activa, posibilitando el diálogo, la reflexión y la resolución no violenta de los conflictos

b) La educación para la paz, los derechos humanos, la democracia y la tolerancia

c) La prevención de la violencia, a través del desarrollo de habilidades sociales y comunicativas, el aprendizaje de técnicas de resolución de conflictos y del desarrollo de la inteligencia emocional, así como la aplicación de programas globales de educación para la paz, con la implicación y participación de la comunidad educativa y los más amplios sectores posibles de la sociedad

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

36. ¿Cuál de las siguientes acciones nunca debemos llevar a cabo en una conversación con la mujer con sospecha de maltrato?

a) Mantener una actitud empática, facilitadora de la comunicación, con una escucha activa

b) Justificar de alguna forma la agresión

c) Alertar a la mujer sobre los peligros que corre

d) Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas

37. Los principios y valores que orientan el enfoque de género en la práctica clínica se enmarcan en las aspiraciones de:

a) Igualdad, equidad y atención integral a la salud

b) Justicia, equiparación de derechos y equidad

c) Universalidad, atención integral a la salud y justicia

d) Equidad, coordinación e igualdad

38. Señale la respuesta incorrecta en cuanto a la relación integral sanitario-paciente como instrumento para tratar de intervenir en los procesos psicosociales y las actitudes personales:

a) La posibilidad del profesional de escuchar lo que es significativo para la persona y de causar efectos en el sujeto, posibilitando que cambie actitudes, será posible creando un vínculo asistencial en el que se produzca un encuentro entre sujetos

b) La intervención reposa solo sobre la capacidad técnica y el conocimiento biomédico del sanitario

c) Se puede hablar por hablar, sin causar ningún efecto en el que escucha, porque quien lo dice no alcanza a tocar en la intimidad al otro, no hay encuentro

d) Se puede atender a una persona en consulta y darle información, instrucciones y no dejarle ninguna huella, siendo solo un roce superficial entre individuos que no significan nada entre sí

39. Señale la respuesta incorrecta en cuanto al perfil del anciano como víctima de malos tratos:

a) Persona capaz de realizar las ABVD

b) Tener un importante deterioro funcional por una importante enfermedad crónica o progresiva

c) Presenta signos de malnutrición

d) Antecedentes previos de lesiones inexplicables y recurrente

40. Señale cuál de las siguientes situaciones no se produce por el inadecuado cumplimiento de los deberes de protección:

a) Maltrato físico

b) Abandono emocional

c) Maltrato emocional

d) Renuncia a la paternidad

41. Es una característica que no define el abuso sexual infantil:

a) Generalmente, se produce de forma aislada

b) No se limita necesariamente a la relación entre hombre y niña, aunque suele ser el caso más frecuente

c) En la mayor parte de los casos, el autor proviene del entorno social del menor y no es un extraño

d) Siempre tiene como consecuencia un retraso en el desarrollo del menor

42. La prevención primaria de la violencia sexual no se destina a:

a) Reducir el daño físico y psicosocial que sufren las víctimas de violencia sexual

b) Los programas de formación sobre promoción de la salud sexual

c) Prevención de la violencia contra la mujer

d) Trabajo con hombres a nivel comunitario para que cambien el concepto de masculinidad

43. Señale la respuesta correcta en relación a las características de la violencia de género:

a) No es natural, es aprendida

b) Afecta a mujeres con un perfil de caracteres comunes y muy definidos

c) Está por todas partes

d) Es ideológica

44. ¿Cuál de los siguientes profesionales no integra el equipo multidisciplinar para el abordaje del maltrato infantil?

a) Médico pediatra

b) Psicólogo

c) ATS

d) Abogado

45. Señale la respuesta incorrecta. Según algunos autores, la violencia de género incluye todo ataque material y simbólico que afecte a los siguientes aspectos de la mujer:

a) Grado de independencia

b) Libertad

c) Dignidad

d) Intimidad

46. Es una representación de la masculinidad a través del dominio sobre la mujer:

a) La idea de jerarquía sexual

b) La esencia del código patriarcal

c) Violencia sexual

d) Violencia física

47. ¿Cómo se conoce el desprecio de las mujeres y la creencia de que es conveniente ejercer sobre ellas el dominio y forzarlas a la sumisión, además de dedicarlas a las tareas serviles y rutinarias?

a) Misoginia

b) Sexismo

c) Las opciones a y b son correctas

d) Sadomasoquismo

48. Señale la respuesta incorrecta en relación con la violencia de género:

a) La violencia masculina ha sido tolerada tradicionalmente como algo «natural» y es trasmitida en la educación de los niños y las niñas, así como en los modelos masculinos que presentan los medios de comunicación

b) Hay una cierta aceptación social de la violencia o, al menos, no hay un rechazo cerrado y definitivo

c) Es muy infrecuente que los vecinos o familiares asistan como testigos pasivos de la violencia contra las mujeres

d) Un reflejo de la aceptación social de la violencia son las formas de referirse a ella mediante bromas o hipérboles acerca de lo que la violencia puede significar de amor pasional

49. ¿Quién propuso el modelo ecológico que consta de cuatro niveles de análisis que podrían gratificarse como círculos concéntricos?

a) Brofenbrenner

b) Jewkes

c) Blumer

d) Díaz Aguado

50. En el modelo ecológico que consta de cuatro niveles, el tercer nivel es el llamado:

a) Microsistema

b) Mesosistema

c) Exosistema

d) Macrosistema

51. El ciclo de la violencia de género tiene varias fases. Cuando la mujer sorprendida intenta hablar con él para solucionar el problema, estamos en la fase de:

a) Acumulación de tensión

b) Explosión violenta

c) Luna de miel

d) Escalada de la violencia de género

52. Cuándo el agresor se siente muy arrepentido de su conducta, estamos en la fase de:

a) Acumulación de tensión

b) Explosión violenta

c) Luna de miel

d) Escalada de la violencia de género

53. El maltrato o el abuso en la infancia:

a) Solo contempla aspectos físicos

b) Excluye los aspectos emocionales

c) Se puede dar por acción u omisión

d) No existe maltrato por omisión

54. En el maltrato infantil, se entiende por maltrato emocional:

a) No existe este término en el maltrato infantil

b) Aquel conjunto de conductas que suponen un riesgo para el feto

c) El abandono en los cuidados de la salud del niño

d) Conjunto de conductas que dañen la competencia emocional del niño

55. Formación de profesionales, prevenir embarazos no deseados o evaluar el vínculo afectivo padres-hijos son acciones propias de:

a) Prevención primaria de los malos tratos

b) Prevención secundaria de los malos tratos

c) Prevención terciaria de los malos tratos

d) Actividades a realizar en el hospital

56. Ante la observación de signos de alerta de maltrato en la exploración rutinaria del niño, debemos:

a) Remitir a los miembros de la familia al centro de terapia psicológica

b) Utilizar "Guías Anticipadoras"

c) Investigar si el niño es víctima de maltrato

d) Remitir a urgencias hospitalarias

57. Según las macroencuestas, hay más violencia de género en la franja de edad comprendida entre:

a) 24 y 34 años

b) 34 y 44 años

c) 44 y 64 años

d) 64 y 74 años

58. En general, según apuntan algunos estudios, las mujeres que han sido excesivamente protegidas durante su infancia, buscan un hombre:

a) Débil e indeciso

b) Protector

c) Fuerte

d) Las respuestas b) y c) son correctas

59. Entre los factores que predisponen a las mujeres para ser maltratadas, podemos destacar:

a) Alta autoestima

b) Carácter independiente

c) Personalidad muy marcada

d) Valores sociales muy tradicionales, con estereotipos sobre lo que es una mujer y un hombre

60. ¿Qué cifra aproximada arrojan las estadísticas sobre las muertes de mujeres víctimas de violencia de género en el mundo cada año?

a) 200.000 mujeres

b) 2.000.000 mujeres

c) 4.000.000 mujeres

d) 8.000.000 mujeres

61. ¿Qué ente recomienda que los profesionales de salud consideren preguntas rutinarias para alguna o todas las pacientes mujeres en cuanto a violencia de género?

a) Department of Health in England

b) American Medical Association's Council on Scientific Affairs and the American Academy of Family Physicans

c) Sullivan, Bybee and Sullivan

d) Campbell et al

62. La violencia sexual tiene múltiples formas, entre las que no se incluye:

a) Violación

b) Explotación sexual

c) Prostitución

d) Phising

63. En estudios nacionales europeos y estadounidenses sobre la violencia sexual, las mujeres denuncian haber sido víctimas de un intento de violación o de una violación completa por parte de su pareja a lo largo de su vida ¿En qué porcentaje aproximado?

a) Entre el 1 - 5%

b) Entre el 2 - 13%

c) Entre el 15 - 33%

d) Entre el 35 - 40%

64. De entre los factores que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres a nivel individual, ¿cuál no incluiría?

a) Ser mayor de 40 años

b) Consumir alcohol

c) Consumir drogas

d) Haber sufrido una violación o abusos sexuales con anterioridad

65. En la valoración social se utilizan como indicadores de estrés social:

a) Tres variantes: cambios de salud, pérdida de autonomía y viudez

b) Una variante: maltrato o violencia doméstica

c) Dos variantes: cambios de salud y jubilación

d) Dos variantes: nivel económico y pérdida de un rol social

66. En cuanto a la etiología como medida de prevención de los malos tratos, ¿qué modelo postula que los MTPM se generan como respuesta irracional a situaciones de estrés?

a) Modelo situacional

b) Modelo de intercambio social

c) Modelo de la interacción simbólica

d) Modelo feminista

67. No entra dentro del perfil de la víctima de malos tratos:

a) Toma más de cuatro fármacos

b) Depende del cuidador para las actividades de la vida diaria

c) Viuda

d) Ingresos inferiores a 18.000 euros al año

68. Aquel que representa y cuida de la persona y/o de los bienes de un incapaz en beneficio de este, por mandato judicial y bajo control del propio juez, se denomina:

a) Guardador de hecho

b) Curador

c) Tutor

d) Procurador

69. La persona mayor o menor emancipado que reúne los condicionantes que se expresan en el Código Civil, pero que no tiene dictada sobre su persona una sentencia de incapacitación, se denomina:

a) Persona capaz

b) Persona incapaz

c) Presunto incapaz

d) Presunto capaz

70. La realización de un examen físico a la persona mayor, con el objetivo de identificar las posibles lesiones o condiciones que requieran atención médica a la hora de la evaluación, debe realizarse siguiendo una serie de pautas, entre las que no se encuentra:

a) Solicitar, previamente, el consentimiento de la persona mayor

b) Llevarlo a cabo, siempre que sea posible, con la presencia del cuidador y preferiblemente, sin ningún otro profesional presente

c) Emplear una actitud amable y sensible hacia la posible víctima

d) Tomarse el tiempo suficiente para que la persona esté cómoda

71. Dentro de los factores de riesgo de maltrato infantil están los factores personales, entre los que no se incluye:

a) Falta de afecto en la infancia

b) Dificultades en la relación con los demás

c) Padres no biológicos

d) Separación de la madre en el período neonatal

72. ¿Cuál de los siguientes es un indicador de maltrato comportamental?

a) Absentismo escolar

b) Malnutrición y falta de higiene

c) Retraso en todas las áreas madurativas

d) Problemas de aprendizaje escolar

73. Entre las consecuencias del maltrato físico al niño no está:

a) Ansiedad

b) Hostilidad

c) Alteraciones del sueño

d) Gran autoestima

74. ¿Cuál de las siguientes no sería una intervención habitual y básica para la recuperación de una mujer maltratada?

a) Información sobre la violencia de género

b) Fomento de la autonomía

c) Se la orienta en la búsqueda de empleo

d) Se le recomienda, en la medida que pueda, volver a convivir con su pareja para procurar que el agresor no sospeche que ha solicitado ninguna ayuda

75. ¿Cuándo comienzan a notarse cambios que conducen al reconocimiento de los daños psicológicos del abuso infantil?

a) A finales del siglo XVIII

b) A finales del siglo XVII

c) A finales del siglo XIX

d) A principios del siglo XVII

76. ¿En qué siglo aparece la declaración de los derechos del niño?

a) A finales del siglo XVIII

b) A finales del siglo XIX

c) En el siglo XX

d) A principios del siglo XVII

77. El maltrato infantil:

a) Es una enfermedad social

b) Está presente en todos los sectores y clases sociales

c) Está producido por factores multicausales

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

78. En el maltrato físico:

a) Existe omisión ante necesidades vitales

b) Son aquellas acciones accidentales ocasionadas por adultos

c) Son aquellas acciones no accidentales ocasionadas por adultos

d) Son aquellas acciones accidentales ocasionadas inconscientemente por adultos

79. Si hablamos de vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos e incumplimiento de tratamiento médico, nos estamos refiriendo a:

a) El maltrato emocional

b) La negligencia o abandono

c) El maltrato físico

d) Maltrato institucional

80. ¿Qué tipo de maltrato ocasiona que en los primeros años del niño este no pueda desarrollar adecuadamente el apego?

a) El maltrato físico

b) El Síndrome de Münchausen

c) El maltrato prenatal

d) El maltrato emocional

81. ¿Cuál es el abuso que implica mayores dificultades a la hora de estudiarlo?

a) El abuso sexual

b) El maltrato prenatal

c) El maltrato institucional

d) La negligencia o abandono

82. Las circunstancias de vida de la madre con voluntariedad o negligencia que influyen negativa y patológicamente en el embarazo, parto y repercuten en el feto, se denominan:

a) Maltrato institucional

b) Maltrato emocional

c) Negligencia o abandono

d) Maltrato prenatal

83. Cualquier legislación, programa o procedimiento que vulnere los derechos básicos del menor, puede incurrir en:

a) Maltrato institucional

b) Maltrato corporativo

c) Negligencia

d) Abuso de poder

84. Cuando se inventa una enfermedad en el niño conscientemente por parte del padre o madre, nos encontramos ante un caso de:

a) Maltrato físico

b) Síndrome de Münchausen por poderes

c) Negligencia o abandono

d) Maltrato prenatal

85. ¿Cuáles son señales de alerta que deben ser tenidas en cuenta para diagnosticar un Síndrome de Münchausen?

a) Un niño que tiene uno o más problemas médicos que no responden al tratamiento

b) Exámenes físicos o de laboratorio que son altamente inusuales

c) Los signos y síntomas de la enfermedad de un niño no aparecen en ausencia de los padres

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

86. ¿Cuál de los siguientes no es un factor causal del maltrato infantil?

a) Incapacidad materna y/o paterna para asumir la responsabilidad de los hijos

b) Padres altamente cualificados

c) Alcoholismo y/o drogadicción en los padres

d) Desintegración familiar y falta de comunicación

87. La importancia, severidad y cronicidad de las secuelas del maltrato dependen de:

a) Intensidad y frecuencia del maltrato

b) Características del niño (edad, sexo, susceptibilidad, temperamento, habilidades sociales, etc.)

c) Relación del niño con el agresor

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

88. Señale la respuesta incorrecta. El maltrato infantil da lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales, como:

a) Dificultad para establecer relaciones interpersonales profundas y estables

b) Comportamiento pasivo de aceptación

c) Comportamiento rebelde y agresivo

d) Lesiones, hematomas y cicatrices

89. La prevención terciaria del maltrato incluye:

a) Sensibilización y formación de profesionales de atención al menor

b) Intervención en la psicoprofilaxis obstétrica

c) Rehabilitación del maltrato infantil tanto para las víctimas como para los maltratadores

d) Reconocer situaciones de maltrato infantil, estableciendo estrategias de tratamiento

90. La prevención secundaria del maltrato incluye:

a) Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante la educación sexual en centros escolares y asistenciales

b) Búsqueda sistemática de factores de riesgo en las consultas de niño sano

c) Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a alcohol y drogas

d) Intervenir en las consultas y exponer los derechos de los niños y la inconveniencia de los castigos físicos

91. La prevención primaria del maltrato incluye:

a) Reconocer situaciones de maltrato infantil, estableciendo estrategias de tratamiento

b) Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer y buscar soluciones

c) Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante la educación sexual en centros escolares y asistenciales

d) Reconocer las conductas paternas de maltrato físico o emocional, considerando la remisión de la familia a una ayuda especializada en el manejo de la ira y la frustración

92. La violencia que se ejerce hacia las mujeres por el hecho de serlo se denomina:

a) Violencia de género

b) Violencia de pareja

c) Violencia Doméstica

d) Violencia de matrimonio

93. ¿Qué tipo de violencia es la que puede ser percibida objetivamente por otros de forma más clara?

a) Psicológica

b) Física

c) Social

d) Sexual

94. ¿En qué tipo de violencia el agresor impide a su víctima el trabajo remunerado?

a) Psicológica

b) Física

c) Económica

d) Sexual

95. Cuando el agresor aísla de su entorno a la víctima se considera violencia de tipo:

a) Psicológica

b) Física

c) Económica

d) Social

96. Cuando se manipula a una mujer de tal manera que hasta el silencio y la indiferencia le provocan sentimientos de culpa, estamos hablando de violencia:

a) Psíquica

b) Económica

c) Social

d) Sexual

97. Cuando se intenta imponer una relación sexual no deseada, hablamos de violencia:

a) Física

b) Económica

c) Social

d) Sexual

98. Se intenta dar explicación a la violencia de género atendiendo a diversos factores, entre los que no se incluye:

a) Circunstancias externas (estrés laboral, problemas económicos)

b) La incapacidad del agresor para controlar sus impulsos, etc.

c) Exceso de amor y protección hacia su pareja

d) Características de la víctima

99. ¿Cuáles son, según Lenore Walker, las fases del Ciclo de la violencia?

a) Acumulación de la Tensión, Arrepentimiento y Estallido de la Tensión

b) Acumulación de la Tensión, Estallido de la tensión y Arrepentimiento

c) Estallido de la tensión, Acumulación de la Tensión y Arrepentimiento

d) Arrepentimiento, Acumulación de la Tensión y Estallido de la Tensión

100. ¿Cuántas fases diferencia Marie-France Hirigoyen en las consecuencias del maltrato en la mujer?

a) 3

b) 4

c) 1

d) 2

SOLUCIONES TEST 24

1. c) Fase de acumulación de tensión

Se distinguen 5 fases de violencia en la pareja:

- *En la fase de inicio la controla como signo de amor, diciendo: ponte esto, haz esto, quédate conmigo y no salgas con tus amigas... Se muestra como protector y no comparte responsabilidades.*
- *En la fase de acumulación de tensión aumentan los insultos y las amenazas, está más agresivo de palabra, chilla.*
- *La tercera fase es la explosión violenta, es en la que se dan agresiones físicas, psicológicas y sexuales, destruye objetos comunes o de la agredida y se descontrola.*
- *En la fase de negación dice "Me provocas, no voy a volver a hacerlo".*
- *La última fase es la del arrepentimiento, la tensión del hombre desaparece, pide perdón, promete no volver a ser violento y la mujer suele perdonarle.*

2. a) Suele tener más de 65 años

El perfil de la víctima suele definirse por los siguientes caracteres:

- *Más frecuente en las mujeres.*
- *Edad: 75 años o más.*
- *Estado civil: viuda.*
- *Importante deterioro funcional por una importante enfermedad crónica o progresiva (Alzheimer, Parkinson, ACV, etc.)*
- *Dependiente de su cuidador para la mayoría de las actividades de la vida diaria.*
- *Portadora de problemas y conductas anómalas: incontinencia, agresividad, agitación nocturna.*
- *Convive con un familiar que es el único y principal cuidador.*
- *Antecedentes previos de lesiones inexplicables y recurrentes.*
- *Presenta signos de malnutrición, deshidratación, mala higiene, o intoxicación medicamentosa*

3. a) Actuar solo si así lo ordena la Dirección del centro

Las obligaciones que tiene el personal docente son:

- *Observar a los alumnos en momentos diferentes (clase, recreo), las relaciones con otros adultos y niños/as… etc.*
- *Si observa algún problema, debe informarse sobre el entorno familiar y social del niño/a.*
- *No juzgar sino actuar.*
- *Proteger al niño/a siempre y procurar su pleno desarrollo físico y psicológico.*
- *Atender a todo niño/a del que se sospeche que pueda sufrir maltrato, no sólo por razones éticas y morales sino también legales ya que están obligados por la ley.*

4. c) Es estructural e institucional

La violencia contra las mujeres es algo estructural e institucional. En efecto, no es un fenómeno aislado ni circunstancial en las relaciones entre hombres y mujeres, sino que es un aspecto estructural de la organización del sistema social. Es un fenómeno social transversal a todas las clases sociales y que aparece en las diferentes etapas del ciclo vital. No es más propia de las clases pobres y marginadas, aunque pueda parecerlo porque son estas las que más frecuentemente acuden a la policía o a los servicios sociales. En definitiva, la violencia contra las mujeres tiene que ver con el conjunto de la organización social. Afecta a las normas básicas de la sociedad y a los modelos de comportamiento.

5. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Debe existir prevención primaria en los múltiples niveles en los que se sitúan los factores de riesgo, desde el nivel individual, hasta el de la relación, la comunidad y la sociedad.

6. c) Uso de la violencia con sus propios hijos

Entre las consecuencias del maltrato para la mujer, distinguimos:

- *A nivel físico: lesiones de todo tipo, traumatismos, heridas, quemaduras, relaciones sexuales forzadas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos de riesgo y abortos, muerte.*
- *A nivel psicológico: trastornos por estrés postraumático, ansiedad, depresión, intentos de suicidio, abuso del alcohol, las drogas y los psicofármacos, trastornos por somatización, disfunciones sexuales, uso de la violencia con sus propios hijos.*
- *A nivel social: aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral.*

7. a) Empatía

La actitud que tomen los profesionales ante esta situación marcará la evolución de todo el proceso diagnóstico y terapéutico. La empatía y el acercamiento a la paciente sin reparos ni juicios previos favorecen la comunicación. El exceso de respeto hacia este tema, el miedo a implicarse y a la afectación personal se con- vierten en obstáculos que dificultan una correcta relación.

8. c) Data de las lesiones

En caso de encontrar lesiones, deben consignarse los siguientes aspectos en la historia clínica:

- *Naturaleza (contusión, hematoma, erosión, herida, excoración, mordedura, quemadura), forma y longitud.*
- *Disposición: es frecuente que existan lesiones frontales en cabeza, cuello, tórax, abdomen y genitales. Se prestará atención a la posible existencia de lesiones indicativas de defensa, como hematomas en la cara interna de antebrazos y lesiones en zonas no visibles.*
- *Data de las lesiones: esta información es prioritaria para precisar la evolución, así como para la valoración pericial del forense en caso de iniciarse un proceso judicial.*

9. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Son signos de alarma de riesgo suicida:

- *Euforia tras un período de desesperanza.*
- *Audacia temerosa o accidentes múltiples.*
- *Existencia de remordimientos.*
- *Autocrítica exagerada.*
- *Desesperanza.*
- *Discurso con contenidos suicidas.*
- *Elaboración de testamento o regalo de pertenencias*

10. d) Pautar el tratamiento necesario y realizar las derivaciones pertinentes

En caso de situación de riesgo no inmediato, debemos:

- *Cumplimentar informe médico y parte de lesiones en los casos que así lo requieran.*
- *Establecer un plan de seguridad con la mujer.*
- *Informar de los recursos sociales disponibles (servicios sociales, centros de la mujer).*
- *Pautar el tratamiento necesario y realizar las derivaciones pertinentes.*
- *Comunicar el caso al trabajador social del centro y/o servicios sociales locales.*
- *Si la mujer tiene hijos pequeños, informar al pediatra.*
- *Establecer visitas de seguimiento periódicas*

11. c) Tasa de prevalencia

La tasa de prevalencia es el número de personas que tiene una enfermedad específica en un momento determinado por 1.000 habitantes expuestos. Esta tasa comprende todos los casos existentes con anterioridad, así como los casos nuevos que se presenten durante el período especificado. La tasa de prevalencia da una idea general e inmediata de las condiciones de salud existentes y describe el estado de salud de una población.

12. b) Abuso sexual

Según el artículo 181 del Código Penal, el que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses.

13. a) Fase de explosión o agresión

La Teoría del Ciclo de la Violencia de Leonor Walker plantea que este fenómeno comprende tres fases:

- *Acumulación de tensión: se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.*
- *Explosión o agresión: estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.*
- *Calma o reconciliación o luna de miel: en esta fase el maltratador manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. La mujer a menudo piensa que todo cambiará. En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.*

14. a) 24 horas

El parte judicial estará disponible en todos los centros sanitarios. Dispondrá de cuatro ejemplares, uno de los cuales se entregará al Juzgado de Guardia a la mayor brevedad posible y, en todo caso, en el plazo máximo de 24 horas.

15. c) Aplicar una intervención para intentar curar o paliar un problema de salud o unos síntomas determinados

La prevención terciaria consiste en la restauración de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Es aplicar una intervención para intentar curar o paliar un problema de salud o unos síntomas determinados.

16. b) Parásitos

En algunas zonas del planeta, fundamentalmente en los países subdesarrollados, y en zonas tropicales, aparecen estos agentes que provocan enfermedades endémicas, de carácter infeccioso. Estos agentes biológicos son, entre otros:

- *Bacterias.*

- *Virus.*
- *Amebas.*
- *Protozoos.*
- *Hongos.*
- *Parásitos.*

17. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La pobreza ha sido identificada como causa, factor contribuyente, catalizador y resultado de la mala salud.

18. b) La cantidad y el tipo de actos violentos varían de una región a otra y están estrechamente relacionados con los factores sociales y económicos

Según datos procedentes de ocho lugares en cinco países que han participado en el Estudio multipaís sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica contra las mujeres realizado por la OMS, entre el 13% y el 61% de las mujeres afirman haber sufrido agresiones físicas y entre el 6% y el 47% haber sido víctimas de agresiones sexuales por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas.

19. a) La mujer no tiene conciencia del problema

En la llamada "fase precontemplativa", la mujer no reconoce la violencia como un problema. La mujer no tiene conciencia del problema, no reconoce la conducta del maltratador como abusiva, puede ver su relación de pareja como normal y no tiene intención de hacer cambios en su relación.

20. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El parte de judicial deberá ser cumplimentado por el personal facultativo responsable de la asistencia, siguiendo determinadas recomendaciones y con remisión obligatoria al Juzgado de Guardia.

Se debe cumplimentar con letra clara, legible y sin tachaduras (pueden interpretarse como manipulación).

El parte judicial estará disponible en todos los centros sanitarios. Dispondrá de 4 ejemplares, que se entregarán:

- *Al Juzgado de Guardia, a la mayor brevedad posible y en todo caso, en el plazo máximo de 24 horas.*
- *A la mujer siempre que no perjudique su situación, indicándole en tal caso que, si teme llevarlo consigo, se puede facilitar a algún familiar o persona de su confianza o ser guardada en el centro asistencial hasta su solicitud.*
- *Al Centro Sanitario que haya emitido el parte judicial y, siempre que sea posible, se archivará una copia en la historia clínica y en todo caso se anotará el episodio que dio lugar a su emisión, haciendo constar que el parte se remitió a la autoridad competente.*
- *La última copia será remitida a la Delegación Provincial de Salud con fines estadísticos excepto en los casos en que sea cumplimentada en su historia clínica.*

21. a) Situaciones que se producen por el incumplimiento de los deberes de protección

En el criterio de "situaciones que se producen por el incumplimiento de los deberes de protección", se incluyen aquellas circunstancias en las que los responsables renuncian de manera total y absoluta a cumplir los deberes de protección del menor (renunciar a la paternidad, abandono total del niño dejándolo solo o a terceros, desentendiéndose absolutamente de él). Esta es la forma más estricta de desamparo del menor.

22. d) Abandono emocional

El abandono emocional es un tipo de abandono por omisión, no por acción.

23. a) Las víctimas suelen ser más frecuentemente niñas (58,9%) más que niños (40,1%) y situarse en una franja de edad entre los 6 y 12 años

Las víctimas suelen ser más frecuentemente niñas (58,9%) más que niños (40,1%) y situarse en una franja de edad entre los 6 y 12 años, si bien con una mayor proximidad a la pubertad. Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior (7-8 años), y un mayor número de niños en el abuso extrafamiliar (paidofilia), con una edad de inicio posterior (11-12 años) (Vázquez, 1995).

24. d) Macrosistema

Para entender el fenómeno de la violencia es necesario analizar el contexto social donde se manifiesta. Un enfoque muy claro y abarcativo para dicho análisis es el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner, que consta de cuatro niveles de análisis que podrían graficarse como círculos concéntricos:

- *El círculo más pequeño, el microsistema, correspondería al nivel individual, donde operan factores psicológicos cognitivos (formas de percibir el entorno), conductuales (comportamientos), psicodinámicos (funcionamiento psíquico profundo) e interaccionales (pautas de comunicación).*
- *El segundo nivel o mesosistema alude a las relaciones interpersonales, cuyo ejemplo paradigmático son las relaciones familiares. Aquí se manifiestan las luchas de poder y dominación en un plano interpersonal, pero en realidad ellas reproducen las desigualdades que se expresan en los niveles más generales (tercero y cuarto nivel).*
- *El tercer nivel es el llamado exosistema. Este se refiere a las estructuras sociales que influyen en los entornos específicos. Incluye a todas las instituciones que sirven para ligar al individuo con la comunidad, como lo son la escuela, los medios de comunicación, los organismos de justicia, etc. Son mediadores entre lo social más amplio y el nivel individual, reproduciendo o transformando los significados de las prácticas sociales.*
- *Por último, el círculo más amplio, el macrosistema, alude a la organización social, esquemas y valores culturales de una determinada sociedad. Es en este nivel donde se originan las creencias patriarcales que dan lugar a las distintas manifestaciones de violencia de género. Estas creencias presentan como algo natural la división sexual del trabajo, la dicotomía público-privado, los roles estereotipados, la supremacía masculina sobre lo femenino, la maternidad como condición esencial de lo femenino, etc.*

25. b) Síndrome de Münchhausen por poderes

El Síndrome de Münchhausen por poderes es un tipo de maltrato observable por el personal sanitario. Los padres o cuidadores, con el fin de simular una preocupación adecuada hacia su hijo, le someten a continuos ingresos y exámenes médicos. Pueden, incluso, administrarles sustancias para provocar dichos ingresos a la vez que inventan síntomas y/o patologías. Se trata de una simulación en terceras personas de síntomas físicos muy diversos: vómitos, diarreas, convulsiones, hemorragias, depresión del SNC, apnea, etc. Puede ser mediante la administración de sustancias o la manipulación de excreciones, incluso por la sugerencia de sintomatología difícil de demostrar, lo que hace el diagnóstico en estos casos sumamente complejo.

26. c) Dentro del maltrato intrafamiliar se incluyen situaciones tales como el maltrato institucional (escolar, sanitario, jurídico…), la explotación laboral y la explotación sexual; mientras que en el maltrato extrafamiliar se incluyen el maltrato físico, el maltrato por negligencia, el abandono, el maltrato o abuso emocional, el abuso sexual, el maltrato prenatal y el síndrome de Münchhausen por poderes

Distinguimos dos tipos de maltrato según se produzca en el entorno familiar (intrafamiliar) o fuera de él (extrafamiliar). Siguiendo este criterio, el maltrato intrafamiliar es aquella situación de maltrato del menor que se produce dentro del contexto privado del círculo familiar donde se desenvuelve y desarrolla el niño. Dentro de esta categoría se incluyen el maltrato físico, maltrato por negligencia, abandono, maltrato o abuso emocional, abuso sexual, maltrato prenatal, Síndrome de Münchhausen por poderes…

En cuanto al maltrato extrafamiliar, podemos decir que hace referencia a aquellas situaciones de maltrato infantil que se producen fuera del ámbito familiar, pudiendo centrarse en el niño como individuo o en la infancia como grupo. Aquí se incluyen situaciones tales como el maltrato institucional (escolar, sanitario, jurídico…), la explotación laboral, la explotación sexual…

27. b) El menor como receptor

Debido a la dificultad para englobar las características del maltrato infantil desde los medios de comunicación en una definición, se suelen estudiar estas según los distintos ámbitos en los que puede aparecer:

- *El menor como objeto de consumo: en este caso, el maltrato viene dado por el continuo bombardeo al que se somete al niño por parte del mundo de la publicidad, pues, teniendo en cuenta escasa capacidad para discernir, puede inducirle a un consumismo desmesurado.*
- *El menor como receptor: aquí el fenómeno del maltrato aparece al introducir en programas infantiles imágenes y estereotipos de violencia y sexo, así como mediante la transmisión de valores y roles poco adecuados.*
- *El menor como noticia: cuando el niño es el protagonista de una noticia, debemos intentar que la información no se haga de forma morbosa o atractiva o que, en definitiva, pueda producir un efecto mimético o de llamada.*

28. a) Alta autoestima

Entre los rasgos definitorios que nos ayudan a extraer el perfil de mujer con mayores posibilidades de sufrir maltrato está presente una relación de dependencia y sumisión, baja autoestima, la vivencia de la violencia de género en su familia de origen, el bajo nivel cultural y socioeconómico, el aislamiento psicológico y social, el consumo de alcohol y/o drogas y el desequilibrio de poder en la pareja. También es preciso subrayar que el embarazo es un momento que suele ser de inicio en la violencia de género por su mayor vulnerabilidad.

29. b) Excluir los procesos psicosociales en la práctica clínica

Es preciso incluir en la práctica clínica los factores psicosociales y subjetivos como parte del proceso salud/enfermedad, utilizando instrumentos que intervengan sobre ellos.

30. c) No ser víctima de las circunstancias y de los modelos sociales

Son factores protectores de género para los hombres:

- *No ser víctima de las circunstancias y de los modelos sociales.*
- *Abandonar las sujeciones del modelo tradicional.*
- *Abandonar posiciones subjetivas de propiedad sobre la mujer.*
- *Abandonar posiciones demostrativas de fortaleza.*
- *Acceder a esferas personal y social de encuentro igualitario (empoderamiento comunitario).*
- *Compartir, conciliar y acceder a la esfera de cuidados y sostén de la vida.*

31. b) Escalada de la violencia de género

En la llamada fase de escalada de la violencia de género, una vez que el agresor ha conseguido el perdón de su víctima, se siente de nuevo seguro en la relación, ya la ha recuperado y no tiene que seguir complaciéndola, empieza de nuevo la irritabilidad y los abusos y, cuando ella quiere ejercer su recién conseguido poder, la castiga duramente.

32. a) Ser mayor

Son factores de carácter individual que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres:

- *Ser joven.*
- *Consumir alcohol o drogas.*
- *Tener problemas de salud mental, en particular síndrome de estrés postraumático.*
- *Haber sufrido una violación o abusos sexuales con anterioridad.*

33. c) Sesgos subjetivos

Cuando hablamos de sesgos en la clínica, estamos hablando de la variabilidad de las actuaciones que procede de la influencia de estos inevitables condicionantes que afectan la percepción de la o el profesional. Diferenciamos: sesgos teóricos, tecnológicos, subjetivos y por clase social.

Los sesgos de tipo subjetivo implican interrogarse sobre los propios actos. Son aquellos debidos a la implicación personal desde la que actúa el sanitario al establecer la relación con el paciente. La percepción del profesional está mediatizada por la implicación y relación intersubjetiva particular que establece en cada caso. Y tampoco en este campo puede existir neutralidad, objetividad. El profesional percibe siempre a través del prisma de su realidad psíquica, de su subjetividad. No vemos las cosas como son, sino como somos. Lo importante, por tanto, no es buscar la neutralidad, sino responder a una ética de interrogarse sobre los propios actos y saber qué estamos haciendo y por qué. De lo contrario, se pueden producir sesgos en la atención, con resultados de distintos esfuerzos diagnósticos o terapéuticos, e incluso errores guiados por la subjetividad del profesional.

34. b) 16 y 44 años de edad

La prevalencia de mujeres sometidas a violencia física por sus parejas en algún momento de sus vidas es del 10 al 69% a nivel mundial y del 18 al 58% en países europeos, constituyendo esta la principal causa de muerte o invalidez en el grupo de mujeres de entre 16 y 44 años de edad, según un informe sobre la violencia doméstica en los hogares europeos adoptado por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (APCE).

35. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Son factores especialmente relevantes en la prevención de la violencia de género:

- *El aprendizaje de una ciudadanía democrática, dirigida a la formación de ciudadanos y ciudadanas responsables, facilitando la participación activa, posibilitando el diálogo, la reflexión y la resolución no violenta de los conflictos.*
- *La educación para la paz, los derechos humanos, la democracia y la tolerancia, que es considerada como finalidad esencial del derecho a la educación.*
- *La mejora de la convivencia escolar.*
- *La prevención de la violencia, a través del desarrollo de habilidades sociales y comunicativas, el aprendizaje de técnicas de resolución de conflictos y del desarrollo de la inteligencia emocional, así como la aplicación de programas globales de educación para la paz, con la implicación y participación de la comunidad educativa y los más amplios sectores posibles de la sociedad.*

36. b) Justificar de alguna forma la agresión

Lo que nunca debemos decir o hacer ante una mujer con sospecha de violencia de género es:

- *Suponer que la violencia contra la mujer no ocurre entre la población que atendemos.*
- *Justificar y excusar al agresor.*
- *Recomendar una entrevista con el agresor o terapia familiar.*
- *Aconsejar que ponga fin a la relación (debe decidir ella misma).*
- *Hacer afirmaciones o preguntas en tono sarcástico.*

37. a) Igualdad, equidad y atención integral a la salud

Los principios y valores que orientan el enfoque de género en la práctica clínica se enmarcan en las aspiraciones de igualdad, equidad y atención integral a la salud.

38. b) La intervención reposa solo sobre la capacidad técnica y el conocimiento biomédico del sanitario

La intervención no reposa solo sobre la capacidad técnica y el conocimiento biomédico del sanitario, también sobre su capacidad de escucha de aspectos psicosociales y su integración con los biológicos y de su capacidad para crear las condiciones del encuentro en las que la persona pueda expresar sus experiencias y participar en las decisiones, así como favorecer una relación integral profesional-paciente.

39. a) Persona capaz de realizar las ABVD

El perfil de la víctima suele definirse por los siguientes caracteres:

- *Más frecuente en las mujeres.*
- *Edad: 75 años o más.*
- *Estado civil: viuda.*
- *Importante deterioro funcional por una importante enfermedad crónica o progresiva (Alzheimer, Parkinson, ACV, etc.)*
- *Dependiente de su cuidador para la mayoría de las actividades de la vida diaria.*
- *Portadora de problemas y conductas anómalas: incontinencia, agresividad, agitación nocturna.*
- *Convive con un familiar que es el único y principal cuidador.*
- *Antecedentes previos de lesiones inexplicables y recurrentes.*
- *Presenta signos de malnutrición, deshidratación, mala higiene, o intoxicación medicamentosa.*

40. d) Renuncia a la paternidad

Situaciones que se producen por el incumplimiento de los deberes de protección son todas aquellas circunstancias en las que los responsables renuncian de manera total y absoluta a cumplir los deberes de protección del menor (renunciar a la paternidad, abandono total del niño dejándolo solo o a terceros, desentendiéndose absolutamente de él). Esta es la forma más estricta de desamparo del menor.

Situaciones que se producen por el inadecuado cumplimiento de los deberes de protección son las circunstancias más comunes de desprotección infantil, es decir, maltrato físico, maltrato emocional, abandono físico, abandono emocional, abuso sexual, etc.

41. a) Generalmente, se produce de forma aislada

Entre las características que mejor definen el abuso sexual infantil, destacan, entre otras, las siguientes:

1) *Es una forma de violencia física y/o mental, por la que el adulto se aprovecha tanto de la confianza del niño como de su superioridad.*
2) *No se limita necesariamente a la relación entre hombre y niña, aunque suele ser el caso más frecuente.*
3) *En la mayor parte de los casos, el autor proviene del entorno social del menor y no es un extraño.*
4) *Siempre tiene como consecuencia un retraso en el desarrollo del menor. Los niños afectados sufren lesiones tanto físicas como mentales, si bien las secuelas psíquicas se detectan más difícilmente y se manifiestan mucho tiempo después.*
5) *Generalmente, no se produce de forma aislada, sino que muchas veces se prolonga durante años.*

42. a) Reducir el daño físico y psicosocial que sufren las víctimas de violencia sexual

Debe existir prevención primaria en los múltiples niveles en los que se sitúan los factores de riesgo, desde el nivel individual, hasta el de la relación, la comunidad y la sociedad.

Según el Informe mundial sobre la violencia y la salud, entre las estrategias prometedoras a nivel individual o de la relación, se encuentran los programas de formación sobre promoción de la salud sexual y reproductiva, que incluyen cuestiones de género y prevención de la violencia contra la mujer, además de los programas en los que se trabaja con las familias a lo largo de las etapas de desarrollo de los menores para promover una infancia y adolescencia rica, enriquecedora e igualitaria.

También parece mostrar resultados prometedores trabajar con hombres a nivel comunitario para que cambien el concepto de masculinidad y en el ámbito escolar para transformar las relaciones de género y convertirlas en interacciones igualitarias y sin violencia. Las reformas legales y de políticas que aseguran la igualdad de género y la protección de las víctimas de la violencia sexual también son medidas importantes para promover normas de género igualitarias.

No obstante lo anterior, la mayoría de los planes de acción sobre la violencia sexual llevados a cabo hasta ahora se han concentrado en la prevención secundaria y terciaria destinada a reducir el daño físico y psicosocial que sufren las víctimas de violencia sexual. Parece que se realiza muy poco trabajo orientado hacia la salud pública y basada en utilizar estrategias de prevención secundaria y terciaria con los perpetradores.

43. b) Afecta a mujeres con un perfil de caracteres comunes y muy definidos

La violencia de género afecta, en general, a todas las mujeres. Ahora bien, cierto es que la violencia no se reparte equitativamente entre todas las mujeres, sino que incide de manera desigual entre ellas. Esta desigualdad se explica por la mayor o menor aceptación del código patriarcal y por los factores psicológicos de la biografía personal de la mujer y del hombre, así como por factores socioeconómicos relacionados con sus recursos personales, de posición social, de situación geográfica, etc. Sin embargo, la violencia de género supone una amenaza potencial para todas las mujeres por el hecho de dirigirse contra todo su grupo.

44. c) ATS

El abordaje del maltrato infantil debe ser realizado por un equipo multidisciplinario que abarca médico pediatra, psicólogo, asistente social y un abogado que dé su aporte legal. El diagnóstico final está basado en el funcionamiento integrado de este equipo profesional.

45. a) Grado de independencia

Susana Velázquez (2003) amplía la definición de violencia de género, señalando que abarca todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física.

46. b) La esencia del código patriarcal

La esencia del código patriarcal es una representación de la masculinidad a través del dominio sobre la mujer. La idea de jerarquía sexual y la identificación de la virilidad con la superioridad masculina sobre la mujer, lo que en el ámbito popular se ha llamado machismo, están intrínsecamente unidas a la idea de que es legítimo imponer la autoridad sobre la mujer, incluso mediante la violencia.

47. b) Sexismo

El sexismo es el desprecio de las mujeres y la creencia de que es conveniente ejercer sobre ellas el dominio y forzarlas a la sumisión, además de dedicarlas a las tareas serviles y rutinarias.

48. c) Es muy infrecuente que los vecinos o familiares asistan como testigos pasivos de la violencia contra las mujeres

Es muy frecuente que los vecinos o familiares asistan como testigos pasivos de la violencia contra las mujeres. A veces, acuden para ayudar y consolar a la víctima, pero muy raramente ponen denuncias ni intervienen, ni declaran en contra el agresor. Solo poco a poco, y muy recientemente, comienza nuestra sociedad a tomarse en serio que esta forma de violencia es asunto de todos.

49. a) Brofenbrenner

Para entender el fenómeno de la violencia es necesario analizar el contexto social donde se manifiesta. Un enfoque muy claro y abarcativo para dicho análisis es el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner, que consta de cuatro niveles de análisis que podrían graficarse como círculos concéntricos.

50. c) Exosistema

El tercer nivel es el llamado exosistema. Este se refiere a las estructuras sociales que influyen en los entornos específicos. Incluye a todas las instituciones que sirven para ligar al individuo con la comunidad, como lo son la escuela, los medios de comunicación, los organismos de justicia, etc. Son mediadores entre lo social más amplio y el nivel individual, reproduciendo o transformando los significados de las prácticas sociales.

51. a) Acumulación de tensión

En la fase de acumulación de tensión, el hombre maltratador empieza a mostrarse tenso e irritable, cualquier comportamiento de la mujer despierta en él una reacción de enfado. La mujer sorprendida intenta hablar con él para solucionar el problema, ver la causa, pero esto solo provoca más enfados en el hombre que la ve como excesivamente dependiente y empalagosa.

52. c) Luna de miel

En la fase de "Luna de Miel", el agresor se siente muy arrepentido de su conducta (por lo menos las primeras veces), pide perdón, promete cambiar. Y realmente cambia, durante esta fase se convierte en el hombre más "encantador" del mundo, la lleva el desayuno a la cama, la cura las heridas, incluso se hace cargo de las tareas domésticas, le cede todo el poder a ella.

53. c) Se pueden dar por acción u omisión

Al hablar de maltrato o abuso en la infancia nos referimos a acciones u omisiones que van a interferir en el desarrollo integral del niño, que lesionan sus derechos como persona y que son infligidos generalmente por personas del medio familiar.

54. d) Conductas que dañen la competencia emocional del niño

Maltrato emocional es cualquier conducta por parte de un adulto que pueda dañar la competencia social, emocional o cognitiva del niño (falta de demostraciones de afecto, recriminaciones y desvalorizaciones constantes, ridiculización, amenazas, etc.).

55. a) Prevención primaria de los malos tratos

Las citadas acciones, entre otras, se engloban dentro de la prevención primaria del maltrato infantil, que van dirigidas a la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores estresantes o de riesgo y potenciar los factores protectores.

56. c) Investigar si el niño es víctima de maltrato

Siguiendo el algoritmo de actuación en situaciones de maltrato infantil, cuando se observan signos de alerta de maltrato en el niño, debemos investigar si es víctima de maltrato y, si se confirma, se deben poner en marcha las actuaciones de prevención terciaria (cuando se diagnostica el maltrato infantil).

57. c) 44 y 64 años

Del mismo modo podemos observar que no existe tampoco límite de edad, aunque como apunta la macroencuesta es entre los 44 y los 64 años donde las cifras son más elevadas. Que se articula sobre la base de una organización social construida desde el desequilibrio, la asimetría, el dominio y la desigualdad de los hombres frente a las mujeres, que encuentran en la violencia un modo de resolver los conflictos.

58. d) Las respuestas b) y c) son correctas

Las mujeres que han sido excesivamente protegidas durante su infancia. No se las ha enseñado a ser independientes, por tanto, buscan un hombre que las proteja. Un hombre protector y fuerte que tome decisiones por ellas.

59. d) Valores sociales muy tradicionales, con estereotipos sobre lo que es una mujer y un hombre

Los factores que predisponen a las mujeres para ser maltratadas suelen ser:

- *Baja autoestima (se quieren poco o nada a sí mismas)*
- *Carácter dependiente.*
- *Valores sociales muy tradicionales, con estereotipos sobre lo que es una mujer.*

60. c) 4.000.000 mujeres

Según las estadísticas, cada año mueren en el mundo 4.000.000 de mujeres víctimas de la violencia de género.

61. a) Department of Health in England

El Department of Health in England recomienda que los profesionales de salud consideren preguntas rutinarias para alguna o todas las pacientes mujeres en cuanto a violencia de género (Ramsay et al.,2002).

62. d) Phising

El phishing es un tipo de práctica engañosa y maliciosa online para acceder a datos personales con fines lucrativos. En principio, no tiene connotaciones ni fines sexuales.

63. b) Entre el 2 - 13%

En estudios nacionales sobre la violencia sexual realizados en Canadá, Finlandia, Suiza, Gran Bretaña y los Estados Unidos de América, entre el 2% y el 13% de las mujeres denuncian haber sido víctimas de un intento de violación o de una violación completa por parte de su pareja a lo largo de su vida.

64. a) Ser mayor de 40 años

Uno de los factores que lo aumenta es ser joven, sin edad establecida.

65. d) Dos variantes: nivel económico y perdida de un rol social

Como indicadores de estrés social se utilizan dos variables: la primera se relaciona con el hecho de no contar con suficiente dinero para cubrir las necesidades básicas de la vida diaria y la otra está relacionada con el sentido de duelo por la muerte de un ser querido o la pérdida de un rol social importante para el individuo.

66. a) Modelo situacional

El modelo situacional postula que los MTPM se generan como respuesta irracional a situaciones de estrés. Esta respuesta depende de factores del cuidador, de la víctima y de las situaciones económico-sociales de ambos. Con esta teoría se corre el riesgo de culpabilizar más a la propia víctima, por ser la fuente del estrés.

67. d) Ingresos inferiores a 18.000 euros al año

El perfil de la víctima suele definirse por los siguientes caracteres:

- *Mujer, viuda, mayor de 75 años de edad.*
- *Vive con la familia.*
- *Ingresos inferiores a 6.000 euros al año.*
- *Fragilidad.*
- *Depende del cuidador para las actividades de la vida diaria.*
- *Vulnerabilidad emocional y psicológica.*

- *Toma más de cuatro fármacos.*
- *En el último año ha sido visitada por un médico, un enfermero o un trabajador social.*

68. c) Tutor

Es tutor aquel que representa y cuida de la persona y /o de los bienes de un incapaz en beneficio del propio incapaz, por mandato judicial y bajo control del propio juez.

69. c) Presunto incapaz

La capacidad de obrar es la aptitud para ejercer los derechos y deberes jurídicos de una persona que alcanza la mayoría de edad. La efectivización jurídica de estos actos requiere que exista conciencia y voluntad del sujeto para la realización de los mismos. En la medida en que no haya dictado sentencia de incapacitación, se tratará como presunto incapaz.

70. b) Llevarlo a cabo, siempre que sea posible, con la presencia del cuidador y preferiblemente, sin ningún otro profesional presente

La evaluación debe incluir la realización de un examen físico a la persona mayor, con el objetivo de identificar las posibles lesiones o condiciones que requieran atención médica. Debe realizarse siguiendo una serie de pautas:

- *Solicitar, previamente, el consentimiento de la persona mayor.*
- *Llevarlo a cabo, siempre que sea posible, sin la presencia del cuidador y preferiblemente con otro profesional presente (p. ej. médico y enfermero)*
- *Emplear una actitud amable y sensible hacia la posible víctima.*
- *Tomarse el tiempo suficiente para que la persona mayor esté cómoda.*

71. c) Padres no biológicos

Son factores de riesgo personales:

- *Historia de malos tratos y/o desatención.*
- *Falta de afecto en la infancia.*
- *Carencia de experiencia en el cuidado del niño.*
- *Ignorancia de las características del desarrollo.*
- *Dificultades en la relación con los demás.*
- *Poca tolerancia al estrés.*
- *Inadecuada forma de resolver los problemas.*
- *Deficiencias físicas y psíquicas.*
- *Dependencia biológica y social.*
- *Separación de la madre en el período neonatal.*
- *Niños hiperactivos, prematuros y discapacitados.*

72. a) Absentismo escolar

El absentismo escolar forma parte de los llamados indicadores comportamentales, junto a:

- *Comportamientos autogratificantes.*
- *Somnolencia, apatía, depresión.*
- *Hiperactividad, agresividad.*
- *Tendencia a la fantasía.*
- *Se suele quedar dormido en clase.*
- *Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde.*
- *Dice que no hay quien le cuide.*
- *Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto.*
- *Comportamientos antisociales: vandalismo, prostitución, toxicomanías.*

73. d) Gran autoestima

El maltrato provoca en el niño consecuencias como:

- *Aislamiento social.*
- *Agresividad.*
- *Abuso o dependencia del alcohol o drogas.*
- *Desórdenes de la conducta alimentaria.*
- *Ansiedad.*
- *Problemas de aprendizaje, bajo rendimiento escolar, absentismo.*
- *Pobre autoestima.*
- *Disminución de la concentración.*
- *Cambios de conducta. Cambios de humor. Conductas destructivas. Conductas delictivas.*
- *Sentimientos de culpa.*
- *Depresión. Desajustes emocionales.*
- *Estrés postraumático.*
- *Hiperactividad.*
- *Hostilidad.*
- *Problemas de socialización.*
- *Alteraciones del sueño.*
- *Conductas sexuales inapropiadas o agresivas.*
- *Autolesiones. Intentos de suicidio.*

74. d) Se le recomienda, en la medida que pueda, volver a convivir con su pareja para procurar que el agresor no sospeche que ha solicitado ninguna ayuda

Algunas de las intervenciones más habituales y básicas para la recuperación de una mujer maltratada serían:

- *Información sobre la violencia de género, causas y origen, mitos, etc.*
- *Reducción de la activación y la ansiedad en las formas en que se manifieste (insomnio, agorafobia, crisis de pánico, etc.).*
- *Fomento de la autonomía, tanto a un nivel puramente psicológico, a través de un cambio de ideas distorsionadas sobre sí misma y el mundo, como a nivel social, económico, etc., orientándola en la búsqueda de empleo, recuperando apoyos sociales y familiares.*

75. a) A finales del siglo XVIII

A finales del siglo XVIII comienzan a notarse ligeros cambios que conducen al reconocimiento de los daños psicológicos de este tipo de abuso.

76. c) En el siglo XX

Podemos afirmar que el maltrato a los niños es un problema universal que ha existido desde tiempos remotos. Sin embargo, es en el siglo XX, con la Declaración de los Derechos del Niño (ONU, 1959), cuando se le considera como un delito y un problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas.

77. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

No existe una definición única de maltrato infantil, ni una delimitación clara y precisa de sus expresiones. Podemos decir que maltrato infantil son todas aquellas acciones que van en contra de un adecuado desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño, cometidas por personas, instituciones o la propia sociedad. Ello supone la existencia de un maltrato físico, negligencia, maltrato psicológico o un abuso sexual (NCCAN, 1988). Es una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su sociabilización y, por lo tanto, su desarrollo personal y posteriormente social y profesional.

78. c) Son aquellas acciones no accidentales ocasionadas por adultos

El maltrato físico abarca una serie de actos perpetrados utilizando la fuerza física de modo inapropiado y excesivo, es decir, es aquel conjunto de acciones no accidentales ocasionadas por adultos (padres, tutores, maestros, etc.), que originan en el niño un daño físico o enfermedad manifiesta. Aquí se incluyen golpes, arañazos, fracturas, pinchazos, quemaduras, mordeduras, sacudidas violentas, etc.

79. b) La negligencia o abandono

La negligencia es una falta de responsabilidad parental que ocasiona una omisión ante aquellas necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los padres, cuidadores o tutores. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, impedimento a la educación, etc.

80. d) El maltrato emocional

El maltrato emocional es aquel conjunto de manifestaciones crónicas, persistentes y muy destructivas que amenazan el normal desarrollo psicológico del niño. Estas conductas comprenden insultos, desprecios, rechazos, indiferencia, confinamientos, amenazas, en fin, toda clase de hostilidad verbal hacia el niño. Este tipo de maltrato, ocasiona que, en los primeros años del niño, éste no pueda desarrollar adecuadamente el apego, y en los años posteriores se sienta excluido del ambiente familiar y social, afectando su autoestima y sus habilidades sociales.

81. a) El abuso sexual

El abuso sexual es uno de los tipos de maltrato que implica mayores dificultades a la hora de estudiarlo. Consiste en aquellas relaciones sexuales, que mantiene un niño o una niña (menor de 18 años) con un adulto o con un niño de más edad, para las que no está preparado evolutivamente y en las cuales se establece una relación de sometimiento, poder y autoridad sobre la víctima. Entre las formas más comunes de abuso sexual encontramos: el incesto, la violación, la vejación y la explotación sexual. También incluye la solicitud indecente sin contacto físico o seducción verbal explícita, la realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño y la exposición de órganos sexuales a un menor. El maltratador frecuentemente es un hombre (padre, padrastro, otro familiar, compañero sentimental de la madre u otro varón conocido de la familia), y más raramente es la madre, cuidadora u otra mujer conocida por el niño la que maltrata.

82. d) Maltrato prenatal

El maltrato prenatal es definido como aquellas circunstancias de vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyen negativa y patológicamente en el embarazo, parto y repercuten en el feto, tales como: rechazo del embarazo, falta de control y seguimiento médico del embarazo, negligencia personal en la alimentación e higiene, medicaciones excesivas o no prescritas, consumo de alcohol, drogas y tabaco, exposición a radiaciones, y otras.

83. a) Maltrato institucional

El maltrato institucional consiste en cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción o por omisión, procedente de poderes públicos o privados, por profesionales al amparo de la institución, que vulnere los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño.

84. b) Síndrome de Münchausen por poderes

El Síndrome de Münchausen por poderes consiste en inventar una enfermedad en el niño o producirla por la administración de sustancias y medicamentos no prescritos.

85. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Hay ciertas señales de alerta, que deben ser tenidas en cuenta. Entre otros:

- *Un niño que tiene uno o más problemas médicos que no responden al tratamiento o que siguen un curso inusual que es persistente, inexplicable y desconcertante.*
- *Exámenes físicos o de laboratorio que son altamente inusuales, discrepantes en forma ostensible con la historia clínica.*
- *Los signos y síntomas de la enfermedad de un niño no aparecen en ausencia de los padres (en la hospitalización será necesario un seguimiento cuidadoso para establecer esta relación de causalidad).*

86. b) Padres altamente cualificados

Los factores causales del maltrato infantil son, entre otros:

- *Incapacidad materna y/o paterna para asumir la educación y responsabilidad de los hijos.*
- *Alcoholismo y/o drogadicción en los padres.*
- *Desempleo.*

87. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

La importancia, severidad y cronicidad de las secuelas del maltrato dependen de:

- *Intensidad y frecuencia de este.*
- *Características del niño (edad, sexo, susceptibilidad, temperamento, habilidades sociales, etc.).*
- *El uso o no de la violencia física.*
- *Relación del niño con el agresor.*
- *Apoyo intrafamiliar a la víctima infantil.*
- *Acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, psicológica y social.*

88. d) Lesiones, hematomas y cicatrices

Todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales, como, por ejemplo:

- *Dificultad para establecer relaciones interpersonales profundas y estables.*
- *Ante el maltrato los niños pueden responder con un comportamiento pasivo de aceptación (se les observa tristes y sumisos), o con un comportamiento rebelde y agresivo (y esta agresividad suele dirigirse a otros niños).*

89. c) Rehabilitación del maltrato infantil tanto para las víctimas como para los maltratadores

La prevención terciaria consiste en la rehabilitación del maltrato infantil, tanto para las menores víctimas como para los maltratadores. Para ello se debe disponer de un equipo interdisciplinario (pediatras, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores familiares, terapeutas, jueces de menores, cuerpos policiales, etc.).

90. c) Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a alcohol y drogas

La prevención secundaria está dirigida a la población de riesgo con el objetivo de realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento inmediato. Atenuar los factores de riesgo presentes y potenciar los factores protectores. Se incluyen:

- *Reconocer situaciones de maltrato infantil, estableciendo estrategias de tratamiento.*
- *Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer y buscar soluciones.*
- *Reconocer las conductas paternas de maltrato físico o emocional, considerando la remisión de la familia a una ayuda especializada en el manejo de la ira y la frustración.*
- *Remitir a centros de salud mental a padres con adicción al alcohol y drogas.*

91. c) Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante la educación sexual en centros escolares y asistenciales

La prevención primaria está dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores de riesgo y potenciar los factores protectores del maltrato infantil. Se incluyen:

- *Sensibilización y formación de profesionales de atención al menor.*
- *Intervenir en la psicoprofilaxis obstétrica (preparación al parto).*
- *Intervenir en las escuelas para padres, promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.*
- *Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante la educación sexual en centros escolares y asistenciales.*
- *Búsqueda sistemática de factores de riesgo en las consultas de niño sano. Así como evaluar la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados del niño, actitud de los padres en la aplicación del binomio autoridad-afecto.*
- *Intervenir en las consultas y exponer los derechos de los niños y la inconveniencia de los castigos físicos. Ofrecer la alternativa de la aplicación del castigo conductual.*
- *Identificar los valores y fortalezas de los padres, reforzando su autoestima.*

92. a) Violencia de género

La violencia de género tiene que ver con "la violencia que se ejerce hacia las mujeres por el hecho de serlo", e incluye tanto malos tratos de la pareja, como agresiones físicas o sexuales de extraños, mutilación genital, infanticidios femeninos, etc.

93. b) Física

La violencia física es aquella que puede ser percibida objetivamente por otros, que más habitualmente deja huellas externas. Se refiere a empujones, mordiscos, patadas, puñetazos, etc., causados con las manos o algún objeto o arma. Es la más visible, y por tanto facilita la toma de conciencia de la víctima, pero también ha supuesto que sea la más comúnmente reconocida social y jurídicamente, en relación fundamentalmente con la violencia psicológica.

94. c) Económica

La violencia "económica" es aquella en la que el agresor hace lo posible por controlar el acceso de la víctima al dinero, tanto por impedirla trabajar de forma remunerada, como por obligarla a entregarle sus ingresos, haciendo él uso exclusivo de los mismos (llegando en muchos casos a dejar el agresor su empleo y gastar el sueldo de la víctima de forma irresponsable obligando a esta a solicitar ayuda económica a familiares o servicios sociales).

95. d) Social

También es habitual la violencia "social", en la que el agresor limita los contactos sociales y familiares de su pareja, aislándola de su entorno y limitando así un apoyo social importantísimo en estos casos.

96. a) Psíquica

La violencia psíquica aparece inevitablemente siempre que hay otro tipo de violencia. Supone amenazas, insultos, humillaciones, desprecio hacia la propia mujer, desvalorizando su trabajo, sus opiniones... Implica una manipulación en la que incluso la indiferencia o el silencio provocan en ella sentimientos de culpa e indefensión, incrementando el control y la dominación del agresor sobre la víctima, que es el objetivo último de la violencia de género. Dentro de esta categoría podrían incluirse otros tipos de violencia que llevan aparejado sufrimiento psicológico para la víctima, y utilizan las coacciones, amenazas y manipulaciones para lograr sus fines.

97. d) Sexual

La violencia sexual se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que pretenden imponer una relación sexual no deseada mediante coacción, intimidación o indefensión.

98. c) Exceso de amor y protección hacia su pareja

Incluso hoy en día, aún se justifica y se trata de dar explicación a este tipo de violencia, atendiendo a:

- *Características personales del agresor (trastorno mental, adicciones), ·*
- *Características de la víctima (masoquismo, o la propia naturaleza de la mujer, que "lo busca, le provoca, es manipuladora…"),*
- *Circunstancias externas (estrés laboral, problemas económicos),*

- *Los celos ("crimen pasional"),*
- *La incapacidad del agresor para controlar sus impulsos, etc.*
- *Además, existe la creencia generalizada de que estas víctimas y sus agresores son parejas mal avenidas ("siempre estaban peleando y discutiendo"), de bajo nivel sociocultural y económico, inmigrantes… Es decir, diferentes a "nosotros", por lo que "estamos a salvo".*

99. b) Acumulación de la Tensión, Estallido de la tensión y Arrepentimiento

Desde que Lenore Walker definió el Ciclo de la violencia a partir de su trabajo con mujeres, es el modelo más utilizado por las/los profesionales. Consta de tres fases que son las que se describen a continuación:

1. *El ciclo comienza con una primera fase de Acumulación de la Tensión, en la que la víctima percibe claramente cómo el agresor va volviéndose más susceptible, respondiendo con más agresividad y encontrando motivos de conflicto en cada situación.*
2. *La segunda fase supone el Estallido de la Tensión, en la que la violencia finalmente explota, dando lugar a la agresión.*
3. *En la tercera fase, denominada de "Luna de Miel" o Arrepentimiento, el agresor pide disculpas a la víctima, le hace regalos y trata de mostrar su arrepentimiento. Esta fase va reduciéndose con el tiempo, siendo cada vez más breve y llegando a desaparecer.*

100. d) 2

Marie-France Hirigoyen diferencia entre dos fases en las consecuencias del maltrato en la mujer:

1. *En la primera fase, la mujer está confusa y desorientada, llegando a renunciar a su propia identidad y atribuyendo al agresor aspectos positivos que la ayudan a negar la realidad. Se encuentran agotadas por la falta de sentido que el agresor impone en su vida, sin poder comprender lo que sucede, solas y aisladas de su entorno familiar y social y en constante tensión ante cualquier respuesta agresiva de su pareja.*
2. *A largo plazo, refiriéndonos a las etapas por las que pasan las víctimas a partir del momento en que se dan cuenta del tipo de relación en la que están inmersas, las mujeres pasan un choque inicial en el que se sienten heridas, estafadas y avergonzadas, además de encontrarse apáticas, cansadas y sin interés por nada.*

TEST 25

Trasplante y donación. El proceso de donación y trasplante. Criterios de Calidad y Seguridad en el proceso de donación

1. Señale la respuesta incorrecta. El consenso ético y legal en nuestro país basa la práctica de las donaciones y los trasplantes en los principios de:

a) Equidad

b) Altruismo

c) Gratuidad

d) Publicidad

2. En el trasplante de órganos, el principio bioético principal es:

a) Autonomía

b) Beneficencia

c) No maleficencia

d) Justicia

3. ¿Qué religión de las siguientes considera el cuerpo muerto como algo impuro y peligroso y que los muertos continúan viviendo, lo que explicaría la dificultad de poder realizar los trasplantes de órganos en Japón?

a) Islam

b) Judíos

c) Budistas

d) Shintoismo

4. Un injerto de piel en un paciente quemado procedente de otro individuo de otra especie, se conoce con el nombre de:

a) Isoinjertos

b) Homoinjertos

c) Heteroinjertos

d) Xenoinjertos

5. ¿Qué ley regula la extracción y trasplante de órganos

a) Ley 30/1978, de 14 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos

b) Ley 14/1986, de 25 de abril, sobre extracción y trasplante de órganos

c) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

d) Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos

6. La Ley sobre extracción y trasplante de órganos, recoge determinados requisitos del donante vivo, entre los que no se encuentra:

a) Que el donante sea mayor de edad

b) Que el donante goce de plenas facultades mentales y haya sido previamente informado de las consecuencias de su decisión

c) Que el donante otorgue su consentimiento de forma expresa, libre y consciente, debiendo manifestarlo, por escrito, ante la autoridad pública que reglamentariamente se determine, tras las explicaciones del médico que ha de efectuar la extracción, obligado este también a firmar el documento de cesión del órgano

d) Que el destino del órgano extraído sea su trasplante a una persona anónima, con el propósito de mejorar sustancialmente su esperanza o sus condiciones de vida, garantizándose el anonimato del receptor

7. Los criterios diagnósticos de muerte encefálica son:

a) El diagnóstico de muerte encefálica exige siempre exploración neurológica encefálica y extremadamente rigurosa

b) Inmediatamente antes de iniciar la exploración neurológica sistemática debe comprobarse si el paciente presenta: estabilidad hemodinámica, oxigenación y ventilación adecuadas, temperatura corporal mayor de 32 °C, ausencia de actividades metabólicas y de sustancias o fármacos depresores del SNC que pudieran ser desencadenantes del coma y ausencia de betabloqueantes musculares

c) Los tres hallazgos fundamentales de la exploración neurológica son: coma arreactivo, ausencia de reflejos troncoencefálicos y apnea demostrada mediante test de apnea

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

8. Señale la respuesta incorrecta. Para los trasplantes de tejidos provenientes de tejidos fetales, estos pueden provenir de:

a) De embriones fecundados "in vitro"

b) Del aborto voluntario

c) De un anencéfalo

d) De un hidrocéfalo

9. Es el objetivo general de los cuidados de enfermería en donación de órganos y tejidos:

a) Identificar la exploración para el diagnóstico de muerte encefálica aplicado al posible donante de órganos

b) Reconocer las alteraciones fisiopatológicas más frecuentes en la muerte encefálica

c) Describir los cuidados de enfermería según las alteraciones detectadas para asegurar el correcto mantenimiento de órganos candidatos a trasplantar

d) Elaborar un plan de cuidados de enfermería en el tratamiento del donante de órganos basado en la evidencia científica, en la práctica actual en el Hospital Universitario de Referencia y en la consulta de expertos en el tema

10. ¿Qué relación de parentesco debe tener el donante vivo relacionado con la persona a la que dona?

a) Primer grado de consanguinidad y segundo por afinidad

b) Hasta tercer grado de consanguinidad y segundo por afinidad

c) Hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo por afinidad

d) Hasta segundo grado por consanguinidad y primero por afinidad

11. Señale la forma incorrecta de expresar la voluntad de donar tanto ordinaria como extraordinaria:

a) Historial clínico

b) Declaración jurada ante un notario público

c) Documento autenticado por un notario público

d) Documento suscrito ante un testigo hábil

12. ¿Qué principio rector de la Organización Mundial de la Salud sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos establece que las donaciones de personas fallecidas deberán desarrollarse hasta alcanzar su máximo potencial terapéutico, pero los adultos vivos podrán donar órganos de conformidad con la reglamentación nacional?

a) Principio rector 1

b) Principio rector 3

c) Principio rector 7

d) Principio rector 10

13. El principio rector 9 de la organización Mundial de la Salud sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos establece:

a) No deberán extraerse células, tejidos ni órganos del cuerpo de un menor vivo para fines de trasplante, excepto en las raras ocasiones autorizadas por las legislaciones nacionales

b) La asignación de órganos, células y tejidos deberá regirse por criterios clínicos y normas éticas, y no atendiendo a consideraciones económicas o de otra índole

c) Es imprescindible aplicar procedimientos de alta calidad, seguros y eficaces tanto a los donantes como a los receptores

d) Se permitirá la promoción de la donación altruista de células, tejidos u órganos humanos mediante publicidad o llamamiento público, de conformidad con la reglamentación nacional

14. Señale el requisito incorrecto según la Ley sobre extracción y trasplante de órganos para la obtención de órganos procedentes de un donante vivo y su ulterior injerto o implantación en otra persona:

a) Que el donante otorgue su consentimiento de forma expresa o tácita, libre y consciente, debiendo manifestarlo, de forma oral o por escrito, ante la autoridad pública que reglamentariamente se determine

b) Que el donante sea mayor de edad

c) Que el donante goce de plenas facultades mentales y haya sido previamente informado de las consecuencias de su decisión

d) Que el destino del órgano extraído sea su trasplante a una persona determinada, con el propósito de mejorar sustancialmente su esperanza o sus condiciones de vida, garantizándose el anonimato del recepto

15. Señale la respuesta correcta en relación a lo establecido por la Ley sobre extracción y trasplante de órganos:

a) La extracción de órganos u otras piezas anatómicas de fallecidos deberá hacerse previa comprobación de la muerte

b) Cuando dicha comprobación se base en la existencia de datos de irreversibilidad de las lesiones cerebrales y, por tanto, incompatibles con la vida, el certificado de defunción será suscrito por tres Médicos, entre los que deberán figurar, un Neurólogo o Neurocirujano y el Jefe del Servicio de la unidad médica correspondiente, o su sustituto

c) Solo el Jefe del Servicio de la unidad médica podrá formar parte del equipo que vaya a proceder a la obtención del órgano o a efectuar el trasplante

d) Las respuestas a) y b) son correctas

16. Señale el requisito que debe cumplirse para que el responsable de la unidad médica en que haya de realizarse el trasplante pueda dar su conformidad, según se establece en la Ley sobre extracción y trasplante de órganos:

a) Que el receptor sea plenamente consciente del tipo de intervención que va a efectuarse, conociendo los posibles riesgos y las previsibles ventajas que, tanto física como psíquicamente, puedan derivarse del trasplante

b) Que el receptor sea informado de que se han efectuado en los casos precisos los necesarios estudios inmunológicos de histocompatibilidad u otros que sean procedentes, entre donante y futuro receptor, efectuados por un laboratorio acreditado por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social

c) Que el receptor exprese por escrito su consentimiento para la realización del trasplante cuando se trate de un adulto jurídicamente responsable de sus actos, o por sus representantes legales, padres o tutores, en caso de pacientes con déficit mental o menores de edad

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

17. A efectos del Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, el proceso mediante el cual las células o tejidos son extraídos de una persona y aplicados a otra se denomina:

a) Uso alogénico

b) Uso autólogo

c) Uso autólogo eventual

d) Uso directo

18. Señale la respuesta incorrecta según lo establecido por el Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos:

a) Los donantes vivos de células o tejidos deberán recibir una compensación de la institución responsable de la extracción, limitada, estrictamente, a cubrir los gastos e inconvenientes derivados de su obtención en concepto de dietas, restitución de ingresos económicos perdidos o similares

b) La donación de células y tejidos será, en todo caso, voluntaria y altruista, no pudiéndose percibir contraprestación económica o remuneración alguna ni por el donante ni por cualquier otra persona física ni jurídica

c) Los procedimientos médicos relacionados con la extracción no serán, en ningún caso, gravosos para el donante vivo, ni para la familia en el caso del donante fallecido, debiendo garantizarse al donante vivo la asistencia precisa para su restablecimiento

d) Las actividades de los establecimientos de tejidos no tendrán carácter lucrativo, y exclusivamente podrán repercutirse los costes efectivos de los servicios prestados por el desarrollo de las actividades autorizadas

19. Según el Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, podrá realizarse si el donante es mayor de edad, cuenta con plena capacidad de obrar y estado de salud adecuado y ha prestado por escrito su consentimiento informado la obtención de células y tejidos de una persona viva para:

a) Su ulterior aplicación autóloga en seres humanos

b) Su ulterior aplicación alogénica en seres humanos

c) Su ulterior aplicación autóloga eventual en seres humanos

d) Su ulterior aplicación directa en seres humanos

20. Es un principio incorrecto que rige la obtención y la utilización clínica de los órganos humanos, según el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad:

a) En la obtención y la utilización de órganos humanos se deberán respetar los derechos fundamentales de la persona y los postulados éticos que se aplican a la práctica clínica y a la investigación biomédica

b) Se respetarán los principios de voluntariedad, altruismo, confidencialidad, ausencia de ánimo de lucro y gratuidad, de forma que no sea posible obtener compensación económica ni de ningún otro tipo por la donación de ninguna parte del cuerpo humano

c) La selección y el acceso al trasplante de los posibles receptores se regirán por el principio de universalidad

d) Se adoptarán medidas de seguridad y calidad con el fin de reducir las pérdidas de órganos, minimizar los posibles riesgos, tratar de asegurar las máximas posibilidades de éxito del trasplante y mejorar la eficiencia del proceso de obtención y trasplante de órganos

21. Señale el requisito incorrecto para la obtención de órganos procedentes de donantes vivos para su ulterior trasplante según el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad:

a) El destino del órgano obtenido será su trasplante a una persona determinada con el propósito de mejorar sustancialmente su pronóstico vital o sus condiciones de vida

b) El donante habrá de ser informado previamente de las consecuencias de su decisión, de los riesgos, para sí mismo o para el receptor, así como de las posibles contraindicaciones, y de la forma de proceder prevista por el centro ante la contingencia de que una vez se hubiera extraído el órgano, no fuera posible su trasplante en el receptor al que iba destinado

c) Debe tratarse de un órgano, o parte de él, cuya obtención sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura

d) Podrá realizarse la obtención de órganos de menores de edad con el consentimiento de los padres o tutores

22. Sin perjuicio de los criterios clínicos o de urgencia específicos de cada caso, el transporte de órganos humanos se organizará de conformidad con criterios de:

a) Calidad, seguridad y eficiencia

b) Especificidad, seguridad y eficacia

c) Especificidad, seguridad y calidad

d) Igualdad, eficacia y eficiencia

23. Según el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, cualquier incidencia no deseada o imprevista vinculada a cualquier etapa del proceso desde la donación hasta el trasplante, cuya consecuencia pueda ser la transmisión o la prolongación de una enfermedad, la hospitalización o su prolongación, la discapacidad o la invalidez, o la muerte es entendida como:

a) Preservación

b) Diagnóstico de la muerte

c) Evento adverso grave

d) Reacción adversa grave

24. Según el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, para proceder a la obtención de órganos de donante vivo, se precisará la presentación, a elección del promotor, de una solicitud del donante o comunicación del Director del centro sanitario en que vaya a efectuarse, o la persona en quien delegue, en la que se expresarán las circunstancias personales y familiares del donante, el objeto de la donación, el centro sanitario en que ha de efectuarse la extracción, la identidad del médico responsable del trasplante y se acompañará el certificado médico sobre la salud mental y física del donante ante:

a) Juzgado de lo Penal de la localidad donde ha de realizarse la extracción o el trasplante

b) Juzgado de Guardia de la localidad donde ha de realizarse la extracción o el trasplante

c) Juzgado de lo Contencioso Administrativo de la localidad donde ha de realizarse la extracción o el trasplante

d) Juzgado de Primera Instancia de la localidad donde ha de realizarse la extracción o el trasplante

25. Según establece el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, en el etiquetado exterior que acompañará al órgano deba trasladarse a un centro de trasplante diferente del centro de obtención no figurará:

a) Procedencia y destino del órgano: centro de obtención y centro de trasplante involucrados, con el nombre de los responsables del envío y la recepción, y las direcciones y números de teléfonos de los centros mencionados

b) Una indicación de que se traslada un órgano humano, especificando el tipo de órgano, y si procede, su ubicación anatómica derecha o izquierda, con la advertencia «ÓRGANO HUMANO PARA TRASPLANTE. MANIPULAR CON CUIDADO»

c) Recomendaciones de transporte, con instrucciones para mantener el contenedor a una temperatura adecuada y en una posición apropiada

d) Día y hora de salida del centro de obtención

26. ¿Cuál es el tratamiento ideal para la anemia aplásica en pacientes jóvenes?

a) Los inmunosupresores

b) El trasplante de médula ósea

c) El factor estimulador de colonias

d) La eritropoyetina (EPO)

27. Es la cantidad de sangre extraída a un donante:

a) 500 ml

b) 450 ml

c) 375 ml

d) 250 ml

28. ¿Qué es un trasplante singénico?

a) Aquel injerto en el que donante y receptor son el mismo individuo

b) Aquel que se realiza entre dos individuos que son genéticamente idénticos (gemelos univitelinos o animales de experimentación seleccionados)

c) Aquel que se realiza entre dos individuos diferentes pertenecientes a la misma especie

d) El efectuado entre dos individuos de especies distintas

29. El rechazo del trasplante que aparece a las pocas horas o incluso minutos del trasplante se denomina:

a) Rechazo hiperagudo

b) Rechazo agudo

c) Rechazo agudo acelerado

d) Rechazo crónico

30. La enfermedad de injerto contra huésped (EICH) de acuerdo a su momento de aparición se clasifica en aguda cuando:

a) En los primeros seis meses postrasplante

b) En los nueve primeros meses postrasplante

c) En los tres primeros meses postrasplante

d) En los diez primeros meses postrasplante

31. No es un punto clave a tener en cuenta en la metodología del trasplante:

a) La determinación de compatibilidad entre donante y receptor, en primer lugar el grupo sanguíneo ABO

b) El grado de similitud entre los fenotipos de CPH entre donante y receptor

c) La presencia de Ac en el receptor que reaccionan contra los Ag del donante (reacción cruzada)

d) Todas las respuestas anteriores son puntos clave a tener en cuenta en la metodología del trasplante

32. Un trasplante entre gemelos univitelinos es un trasplante:

a) Autotrasplante

b) Alotrasplante

c) Xenotrasplante

d) Singénico

33. Actualmente, ¿cuántas unidades de sangre de cordón umbilical están almacenadas en España?

a) 15.000 unidades

b) 30.000 unidades

c) 45.000 unidades

d) 450.000 unidades

34. Señale la respuesta incorrecta en relación con las células primordiales del cordón umbilical:

a) Son mucho más fáciles de obtener, porque pueden tomarse inmediatamente de la placenta en el momento del parto

b) Aumenta la gama de receptores que pueden beneficiarse con las células primordiales del cordón umbilical, pueden almacenarse y volver a trasplantar en el donante

c) El uso de la sangre del cordón, puede hacer que los trasplantes de células primordiales estén disponibles más rápidamente para las personas que los necesiten

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

35. No es una neoplasia:

a) Enfermedad de Hodgkin

b) Síndrome de Chediak-Higashi

c) Síndrome mielodisplásico

d) Aplasia medular

36. No es una enfermedad congénita:

a) Hemoglobinuria paroxística nocturna

b) Síndrome de Di George

c) Talasemia mayor

d) Síndrome de Wiskott-Adrich

37. Los donantes de sangre de cordón serán aquellas mujeres sanas que no tengan riesgo de transmitir ninguna enfermedad infecciosa. En ese sentido, es un motivo de exclusión:

a) Edad materna inferior a 21 años

b) Personas no sometidas a xenotrasplantes

c) Anemia materna grave

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

38. Indique la respuesta incorrecta sobre el material necesario que se usa para la recogida de la SCU:

a) Un paño verde estéril

b) Guantes estériles

c) Gasas estériles

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

39. Una vez nacido el niño o la niña y sin que se haya producido el alumbramiento de la placenta, ¿cuándo se clampará el cordón umbilical?

a) A 8 centímetros aproximadamente del ombligo con dos pinzas y se cortará entre ambas

b) A diez centímetros aproximadamente del ombligo con dos pinzas y se cortará entre ambas

c) A cinco centímetros aproximadamente del ombligo con dos pinzas y se cortará entre ambas

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

40. La unidad obstétrica dispondrá de una nevera con registro de temperatura para el almacenaje en fresco de la unidad hasta su transporte al Banco de Cordón, ¿a qué temperatura?

a) 2 °C

b) 3 °C

c) 4 °C

d) 7 °C

41. La sangre de cordón umbilical entra dentro de la categoría de muestras para diagnóstico, que incluye la sangre recogida con fines de transfusión o para la preparación de productos sanguíneos, órganos o tejidos enviados para trasplantes y las muestras para diagnóstico que mediante el correspondiente Certificado Médico aseguran que no contienen microbios patógenos o si los contienen, responden a los criterios del Grupo de Riesgo:

a) 1

b) 2

c) 3

d) 4

42. En el transporte de la sangre de cordón, el recipiente primario o el embalaje secundario, deben ser capaces de soportar, sin filtraciones, una presión interna de 95 kPa en un rango de temperatura que fluctúe entre:

a) - 10 °C y 25 °C

b) - 20 °C y 35 °C

c) - 40 °C y 55 °C

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

43. El transporte debe realizarse a una temperatura ideal de entre:

a) 2 °C y 4 °C

b) 4 °C y 10 °C

c) 8 °C y 12 °C

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

44. El tiempo máximo entre la recogida y el depósito en nevera es de:

a) Dos horas

b) Tres horas

c) Cuatro horas

d) Seis horas

45. Actualmente la normativa vigente en España que ordena la actividad de donación y obtención de sangre de cordón umbilical es el:

a) Real Decreto 1213/1995, de 10 de noviembre

b) Real Decreto 1516/2003, de 10 de noviembre

c) Real Decreto-Ley 9/2014, de 4 de julio

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

46. El contenedor isotérmico debe llevar una etiqueta exterior en la que indique que se trata de sangre de cordón umbilical y se mostrará en el embalaje:

a) Sustancia biológica de categoría A

b) Sustancia biológica de categoría B

c) Sustancia biológica de categoría C

d) Sustancia biológica de categoría D

47. Es una neoplasia:

a) Osteopetrosis juvenil

b) Enfermedad granulomatosa crónica

c) Linfohistiocitosis hemofagocitica

d) Linfoma no Hodgkin

48. ¿Qué es la donación de órganos y tejidos?

a) Es el proceso por el cual una persona cede con carácter mercantilista órganos y tejidos de su cuerpo para que sean trasplantados a otra personas que los necesitan a causa de una enfermedad avanzada y para quienes ya no existen otros tratamientos posibles

b) Es el proceso por el cual una persona cede generosamente órganos y tejidos de su cuerpo para que sean trasplantados a otra personas que los necesitan a causa de una enfermedad avanzada y para quienes ya no existen otros tratamientos posibles

c) Es el proceso por el cual una comunidad cede generosamente órganos y tejidos de su cuerpo para que sean trasplantados a otra personas que los necesitan a causa de una enfermedad avanzada y para quienes ya no existen otros tratamientos posibles

d) Es el proceso por el cual una persona cede generosamente solo tejidos de su cuerpo para que sean trasplantados a otra personas que los necesitan a causa de una enfermedad avanzada y para quienes ya no existen otros tratamientos posibles

49. Indique la respuesta incorrecta respecto a los tipos de donante:

a) Existen dos tipos de donantes, según la procedencia del órgano o tejido: los donantes vivos y los donantes fallecidos

b) Los donantes vivos realizan la donación en vida, sin que eso suponga un riesgo añadido para su salud. Solo se puede ceder en vida un riñón completo o bien partes del hígado, del pulmón o del páncreas

c) Los donantes fallecidos son las personas que donan sus órganos y tejidos tras su fallecimiento, que se puede producir por el cese de la actividad del encéfalo (el cerebro y el tronco cerebral, situación conocida como muerte encefálica) o bien por el cese irreversible de la actividad del corazón (donantes en parada cardiaca)

d) En España, la mayoría de los donantes corresponden a personas que fallecen por parada cardiaca aunque en los últimos años está aumentando notablemente el número de donantes por muerte encefálica (generalmente a causa de hemorragias cerebrales catastróficas)

50. Señale la respuesta incorrecta sobre la posibilidad de ser donante:

a) Prácticamente todos podemos ser donantes, independientemente de nuestra edad, de las enfermedades que hayamos padecido y de los tratamientos que estemos recibiendo

b) Existen muchas situaciones en las que no es posible convertirse en donante de ningún órgano ni tejido

c) La imposibilidad de convertirse en donante solo ocurre cuando el posible donante sufre de alguna enfermedad infecciosa (como el SIDA, por ejemplo) o ha presentado algún tipo de cáncer muy agresivo, que podrían ser transmitidos al receptor

d) En muchas ocasiones una persona no puede donar alguno de sus órganos porque no estén en perfectas condiciones para funcionar adecuadamente en el receptor pero sí puede donar otros que sean viables

51. ¿Qué órganos y tejidos se pueden donar?

a) Corazón

b) Pulmones

c) Páncreas

d) Todas las respuestas anteriores son correctas

52. Indique la respuesta correcta. ¿Por qué son necesarios los donantes?

a) España es el país del mundo donde más oportunidades tenemos de recibir un trasplante en caso de que lo necesitemos, gracias a la generosidad de los donantes y a un Sistema Sanitario Público que lo hace posible

b) Las listas de espera para recibir un trasplante disminuyen cada día y por eso hay cada vez menos pacientes que fallecen porque ese órgano no llega a tiempo

c) Los órganos que se trasplantan pueden ser fabricados ni pueden ser obtenidos de otra manera que no sea a través de la donación altruista de otra persona

d) La donación no es el eslabón inicial e imprescindible de una larga cadena que finaliza en el trasplante

53. ¿Qué hay que hacer para ser donante de órganos y tejidos?

a) Se puede ser donante sin haber dado permiso para ello, si la situación así lo requiere

b) La Ley obliga ser donante en todo caso

c) La comunicación de ser donante a un conocido de manera verbal

d) La forma más sencilla y útil de convertirse en donante es expresar esta decisión a nuestros familiares y allegados, porque ellos serán preguntados acerca de nuestros deseos cuando hayamos fallecido. Si ellos son conocedores de nuestra voluntad, la respetarán, sin duda

54. Señale la respuesta correcta respecto a la tarjeta de donante:

a) Es un documento que se formaliza en vida en el que se declara la voluntad de que se proceda a la donación de órganos y tejidos tras la muerte del familiar que lo ha suscrito

b) Solo expresa nuestro deseo de ser donante, pero la comunicación de esta voluntad a nuestros familiares debe ser solo de manera verbal

c) Es un documento que se formaliza en vida en el que se declara la voluntad de que se proceda a la donación de órganos y tejidos tras la muerte de la persona que lo ha suscrito

d) No es prescindible para ser donante ni tiene ninguna validez legal

55. Indique la respuesta correcta sobre el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas:

a) Cualquier ciudadano puede dejar constancia en el mismo de su voluntad para que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en las que sea capaz de expresarla personalmente

b) Este Registro no es de obligada consulta puesto que la Ley está por encima de la voluntad del donante

c) Solo un pequeño porcentaje de la población lo tiene suscrito, por lo que la comunicación de nuestra voluntad a los familiares continúa siendo el método más útil y práctico para ser donante

d) Un gran porcentaje de la población lo tiene suscrito, siendo el método más útil y práctico para ser donante

SOLUCIONES TEST 25

1. d) Publicidad

El consenso ético y legal en nuestro país basa la práctica de las donaciones y los trasplantes en los principios de voluntariedad, altruismo, gratuidad, anonimato y equidad.

2. d) Autonomía

En el trasplante de órganos, el principio bioético principal es el de autonomía, por lo que no debemos ser objetos para evitar el comercio de órganos. Con el principio de beneficencia se exige que el trasplante se haga con éxito, tanto para el donante como para el receptor. Con el principio de justicia, se evitan discriminaciones en el tema de los trasplantes, tema de actualidad en lo que al trasplante de seropositivos se refiere.

3. d) Shintoismo

El shintoismo considera el cuerpo muerto como algo impuro y peligroso y que los muertos continúan viviendo, lo que explicaría la dificultad de poder realizar los trasplantes de órganos en Japón.

4. d) Xenoinjertos

Existen tres tipos de trasplantes:

- *Autotrasplante. Cuando se da en un mismo individuo, por lo que no suele conllevar rechazo. Ejemplo: injerto de piel.*
- *Homotrasplante. Cuando se da entre individuos de la misma especie, por ejemplo, entre seres humanos (hígado, riñón, corazón etc.). Puede existir rechazo.*
- *Xenotrasplante. Cuando se da entre individuos de diferentes especies, potenciado por estudios de ingeniería genética. Puede existir rechazo y transmisión de nuevas enfermedades. Ejemplo: trasplantar a un individuo, el órgano de un animal.*

5. d) Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos

La Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos, publicada en el Boletín Oficial del Estado de 6 de noviembre de 1979, número 266, es la que regula el tema que nos ocupa.

6. d) Que el destino del órgano extraído sea su trasplante a una persona anónima, con el propósito de mejorar sustancialmente su esperanza o sus condiciones de vida, garantizándose el anonimato del receptor

La obtención de órganos procedentes de un donante vivo, para su ulterior injerto o implantación en otra persona, podrá realizarse si se cumplen los siguientes requisitos:

- *Que el donante sea mayor de edad.*
- *Que el donante goce de plenas facultades mentales y haya sido previamente informado de las consecuencias de su decisión.*
- *Que el donante otorgue su consentimiento de forma expresa, libre y consciente, debiendo manifestarlo, por escrito, ante la autoridad pública que reglamentariamente se determine, tras las explicaciones del médico que ha de efectuar la extracción, obligado este también a firmar el documento de cesión del órgano. En ningún caso podrá efectuarse la extracción sin la firma previa de este documento. A los efectos establecidos en esta Ley, no podrá obtenerse ningún tipo de órganos de personas que, por deficiencias psíquicas o enfermedad mental o por cualquier otra causa, no puedan otorgar su consentimiento expreso, libre y consciente.*
- *Que el destino del órgano extraído sea su trasplante a una persona determinada, con el propósito de mejorar sustancialmente su esperanza o sus condiciones de vida, garantizándose el anonimato del receptor.*
- *Entre la firma del documento de donación de órgano y su extracción deben transcurrir al menos 24 horas.*

7. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Criterios diagnósticos de muerte encefálica:

- *Coma de etiología conocida y carácter irreversible. Debe haber evidencia científica clínica o neuroimagen de lesión destructiva en el sistema nervioso central compatible con muerte encefálica.*
- *El diagnóstico de muerte encefálica exige siempre exploración neurológica encefálica y extremadamente rigurosa.*
- *Inmediatamente antes de iniciar la exploración neurológica sistemática debe comprobarse si el paciente presenta: estabilidad hemodinámica, oxigenación y ventilación adecuadas, temperatura corporal mayor de 32 °C, ausencia de actividades metabólicas y de sustancias o fármacos depresores del SNC que pudieran ser desencadenantes del coma y ausencia de betabloqueantes musculares.*
- *Los tres hallazgos fundamentales de la exploración neurológica son: coma arreactivo, ausencia de reflejos troncoencefálicos y apnea demostrada mediante test de apnea.*

8. d) De un hidrocéfalo

Procedencia de los tejidos fetales:

- *De embriones fecundados "in vitro".*
- *Del aborto voluntario.*
- *De feto vivo in útero.*
- *De un anencéfalo.*

9. d) Elaborar un plan de cuidados de enfermería en el tratamiento del donante de órganos basado en la evidencia científica, en la práctica actual en el Hospital Universitario de Referencia y en la consulta de expertos en el tema

Antes de la elaboración de un plan de cuidados es importante conocer el diagnóstico y la fisiopatología subyacente de la ME, es por eso por lo que en este trabajo se desarrollan como objetivos específicos, pese a que el objetivo general es la elaboración del plan de cuidados de enfermería al paciente donante de órganos.

El objetivo general es elaborar un plan de cuidados de enfermería en el tratamiento del donante de órganos basado en la evidencia científica, en la práctica actual en el Hospital Universitario de Referencia y en la consulta de expertos en el tema.

10. c) Hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo por afinidad

Donante en vida:

- *Donante vivo relacionado: donante hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, y cuya donación de alguno o parte de sus órganos o tejidos sea compatible con la vida.*
- *Donante cruzado: donación que se da en forma recíproca entre parejas no relacionadas.*
- *Donante altruista: persona que en vida dona un órgano a un receptor de la lista de espera cuya identidad no conoce.*

11. d) Documento suscrito ante un testigo hábil

La donación ordinaria o extraordinaria de órganos deberá ser expresada en alguno de los siguientes documentos:

- *Historial clínico.*
- *Declaración jurada ante un notario público.*
- *Documento autenticado por un notario público.*
- *Documento suscrito ante dos testigos hábiles.*
- *Documento de identidad.*

12. b) Principio rector 3

Principio Rector 3. Las donaciones de personas fallecidas deberán desarrollarse hasta alcanzar su máximo potencial terapéutico, pero los adultos vivos podrán donar órganos de conformidad con la reglamentación nacional. En general, los donantes vivos deberán estar relacionados genética, legal o emocionalmente con los receptores. La donación de personas vivas es aceptable si se obtiene el consentimiento informado y voluntario del donante, se le garantiza la atención profesional, el seguimiento se organiza debidamente y se aplican y supervisan escrupulosamente los criterios de selección de los donantes. Los donantes vivos deberán ser informados de los riesgos, beneficios y consecuencias probables de la donación de una manera completa y comprensible; deberán ser legalmente competentes y capaces de sopesar la información y actuar voluntariamente, y deberán estar libres de toda coacción o influencia indebida.

13. b) La asignación de órganos, células y tejidos deberá regirse por criterios clínicos y normas éticas, y no atendiendo a consideraciones económicas o de otra índole

Principio Rector 9. La asignación de órganos, células y tejidos deberá regirse por criterios clínicos y normas éticas, y no atendiendo a consideraciones económicas o de otra índole. Las reglas de asignación, definidas por comités debidamente constituidos, deberán ser equitativas, justificadas externamente y transparentes.

14. a) Que el donante otorgue su consentimiento de forma expresa o tácita, libre y consciente, debiendo manifestarlo, de forma oral o por escrito, ante la autoridad pública que reglamentariamente se determine

La obtención de órganos procedentes de un donante vivo, para su ulterior injerto o implantación en otra persona, podrá realizarse si se cumplen los siguientes requisitos.

a) Que el donante sea mayor de edad.

b) Que el donante goce de plenas facultades mentales y haya sido previamente informado de las consecuencias de su decisión.

c) Que el donante otorgue su consentimiento de forma expresa, libre y consciente, debiendo manifestarlo, por escrito, ante la autoridad pública que reglamentariamente se determine, tras las explicaciones del Médico que ha de efectuar la extracción, obligado este también a firmar el documento de cesión del órgano.

d) Que el destino del órgano extraído sea su trasplante a una persona determinada, con el propósito de mejorar sustancialmente su esperanza o sus condiciones de vida, garantizándose el anonimato del receptor.

15. d) Las respuestas a) y b) son correctas

La extracción de órganos u otras piezas anatómicas de fallecidos podrá hacerse previa comprobación de la muerte. Cuando dicha comprobación se base en la existencia de datos de irreversibilidad de las lesiones cerebrales y, por tanto, incompatibles con la vida, el certificado de defunción será suscrito por tres Médicos, entre los que deberán figurar, un Neurólogo o Neurocirujano y el

Jefe del Servicio de la unidad médica correspondiente, o su sustituto; ninguno de estos facultativos podrá formar parte del equipo que vaya a proceder a la obtención del órgano o a efectuar el trasplante.

16. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

El responsable de la unidad médica en que haya de realizarse el trasplante solo podrá dar su conformidad si se cumplen los siguientes requisitos:

a) Que el receptor sea plenamente consciente del tipo de intervención que va a efectuarse, conociendo los posibles riesgos y las previsibles ventajas que, tanto física como psíquicamente, puedan derivarse del trasplante.

b) Que el receptor sea informado de que se han efectuado en los casos precisos los necesarios estudios inmunológicos de histocompatibilidad u otros que sean procedentes, entre donante y futuro receptor, efectuados por un laboratorio acreditado por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

c) Que el receptor exprese por escrito su consentimiento para la realización del trasplante cuando se trate de un adulto jurídicamente responsable de sus actos, o por sus representantes legales, padres o tutores, en caso de pacientes con déficit mental o menores de edad.

17. a) Uso alogénico

Uso alogénico: proceso mediante el cual las células o tejidos son extraídos de una persona y aplicados a otra.

18. a) Los donantes vivos de células o tejidos deberán recibir una compensación de la institución responsable de la extracción, limitada, estrictamente, a cubrir los gastos e inconvenientes derivados de su obtención en concepto de dietas, restitución de ingresos económicos perdidos o similares

La donación de células y tejidos será, en todo caso, voluntaria y altruista, no pudiéndose percibir contraprestación económica o remuneración alguna ni por el donante ni por cualquier otra persona física ni jurídica.

19. b) Su ulterior aplicación alogénica en seres humanos

La obtención de células y tejidos de una persona viva para su ulterior aplicación alogénica en seres humanos podrá realizarse si el donante es mayor de edad, cuenta con plena capacidad de obrar y estado de salud adecuado y ha prestado por escrito su consentimiento informado.

20. c) La selección y el acceso al trasplante de los posibles receptores se regirán por el principio de universalidad

Principios fundamentales que rigen la obtención y la utilización clínica de los órganos humanos:

1. *En la obtención y la utilización de órganos humanos se deberán respetar los derechos fundamentales de la persona y los postulados éticos que se aplican a la práctica clínica y a la investigación biomédica.*
2. *Se respetarán los principios de voluntariedad, altruismo, confidencialidad, ausencia de ánimo de lucro y gratuidad, de forma que no sea posible obtener compensación económica ni de ningún otro tipo por la donación de ninguna parte del cuerpo humano.*
3. *La selección y el acceso al trasplante de los posibles receptores se regirán por el principio de equidad.*
4. *Se adoptarán medidas de seguridad y calidad con el fin de reducir las pérdidas de órganos, minimizar los posibles riesgos, tratar de asegurar las máximas posibilidades de éxito del trasplante y mejorar la eficiencia del proceso de obtención y trasplante de órganos.*

21. d) Podrá realizarse la obtención de órganos de menores de edad con el consentimiento de los padres o tutores

La obtención de órganos procedentes de donantes vivos para su ulterior trasplante podrá realizarse si se cumplen los siguientes requisitos:

a) El donante debe ser mayor de edad, gozar de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado.

b) Debe tratarse de un órgano, o parte de él, cuya obtención sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura.

c) El donante habrá de ser informado previamente de las consecuencias de su decisión, de los riesgos, para sí mismo o para el receptor, así como de las posibles contraindicaciones, y de la forma de proceder prevista por el centro ante la contingencia de que una vez se hubiera extraído el órgano, no fuera posible su trasplante en el receptor al que iba destinado. El donante debe otorgar su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y desinteresada. La información y el consentimiento deberán efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.

d) El donante no deberá padecer o presentar deficiencias psíquicas, enfermedad mental o cualquier otra condición por la que no pueda otorgar su consentimiento en la forma indicada. Tampoco podrá realizarse la obtención de órganos de menores de edad, aun con el consentimiento de los padres o tutores.

e) El destino del órgano obtenido será su trasplante a una persona determinada con el propósito de mejorar sustancialmente su pronóstico vital o sus condiciones de vida.

22. a) Calidad, seguridad y eficiencia

Sin perjuicio de los criterios clínicos o de urgencia específicos de cada caso, el transporte se organizará de conformidad con criterios de calidad, seguridad y eficiencia.

23. c) Evento adverso grave

Evento adverso grave: cualquier incidencia no deseada o imprevista vinculada a cualquier etapa del proceso desde la donación hasta el trasplante, cuya consecuencia pueda ser la transmisión o la prolongación de una enfermedad, la hospitalización o su prolongación, la discapacidad o la invalidez, o la muerte.

24. d) Juzgado de Primera Instancia de la localidad donde ha de realizarse la extracción o el trasplante

Para proceder a la obtención de órganos de donante vivo, se precisará la presentación, ante el Juzgado de Primera Instancia de la localidad donde ha de realizarse la extracción o el trasplante, a elección del promotor, de una solicitud del donante o comunicación del Director del centro sanitario en que vaya a efectuarse, o la persona en quien delegue, en la que se expresarán las circunstancias personales y familiares del donante, el objeto de la donación, el centro sanitario en que ha de efectuarse la extracción, la identidad del médico responsable del trasplante y se acompañará el certificado médico sobre la salud mental y física del donante.

25. b) Una indicación de que se traslada un órgano humano, especificando el tipo de órgano, y si procede, su ubicación anatómica derecha o izquierda, con la advertencia «ÓRGANO HUMANO PARA TRASPLANTE. MANIPULAR CON CUIDADO»

Un etiquetado exterior, que tendrá un formato común al menos cuando el transporte del órgano se efectúe entre comunidades autónomas o desde España a otros países, y en el que, en todos los casos, figurará lo siguiente:

1. *Una indicación de que se traslada un órgano humano, especificando el tipo de órgano, y si procede, su ubicación anatómica derecha o izquierda, con la advertencia «ÓRGANO HUMANO PARA TRASPLANTE. MANIPULAR CON CUIDADO».*
2. *Procedencia y destino del órgano: centro de obtención y centro de trasplante involucrados, con el nombre de los responsables del envío y la recepción, y las direcciones y números de teléfonos de los centros mencionados.*
3. *Día y hora de salida del centro de obtención.*
4. *Recomendaciones de transporte, con instrucciones para mantener el contenedor a una temperatura adecuada y en una posición apropiada.*

26. b) El trasplante de médula ósea

El trasplante de médula ósea es la mejor solución para un paciente joven que cuenta con un hermano donante completamente histocompatible. En cuanto se confirma el diagnóstico se debe solicitar la tipificación del antígeno leucocitario humano. Hay que evitar que los sujetos aptos para trasplante sean transfundidos con la sangre donada por un familiar, con el fin de impedir que se produzca una sensibilización a los antígenos de histocompatibilidad; en general, hay que reducir al mínimo las transfusiones. La supervivencia a largo plazo de los niños tratados con un trasplante alogénico obtenido de hermanos totalmente compatibles es, aproximadamente, de 80% o más. La morbilidad y la mortalidad del trasplante son mayores en los adultos, debido principalmente a que aumenta el riesgo de enfermedad de injerto contra hospedador y de infecciones graves. Cuando se utilizan donantes alternativos, la supervivencia es aproximadamente la mitad de la que se obtiene con los trasplantes convencionales entre hermanos. Estos pacientes están expuestos además a padecer complicaciones tardías, especialmente una gran incidencia de cáncer por radiación. La mayoría de los adultos que se someten a trasplantes procedentes de donantes alternativos fallece a causa de las complicaciones relacionadas con el trasplante.

27. b) 450 ml

Durante la donación se extrae 450 ml de sangre total (ST) o alguno de los componentes sanguíneos mediante procedimiento de aféresis con separadores celulares. La sangre total se mezcla con soluciones anticoagulantes y conservantes que producen quelación del calcio iónico, evitan la coagulación y mantienen la viabilidad de los hematíes durante su almacenamiento. Las diferentes soluciones pueden ser CPD, CPDA, Sag-Manitol.

28. b) Aquel que se realiza entre dos individuos que son genéticamente idénticos (gemelos univitelinos o animales de experimentación seleccionados)

Un trasplante o injerto es la transferencia de células vivas, órganos o tejidos de una parte del organismo a otra o de un individuo a otro. Según la relación existente entre donante y receptor, existen diferentes tipos de trasplante. Así, se denomina autotrasplante aquel injerto en el que donante y receptor son el mismo individuo, como ocurre, por ejemplo, en trasplantes de piel; trasplante singénico es aquel que se realiza entre dos individuos que son genéticamente idénticos (gemelos univitelinos o animales de experimentación seleccionados); alotrasplante es el que se realiza entre dos individuos diferentes pertenecientes a la misma especie y xenotrasplante, el efectuado entre dos individuos de especies distintas. Según la topología del trasplante se los divide en ortotópicos cuando el injerto es colocado en su lugar anatómico original y heterotópicos cuando la localización del injerto en el receptor es diferente a su lugar anatómico original.

29. a) Rechazo hiperagudo

Dependiendo de la velocidad con la que se produzca, se distinguen tres tipos de rechazo:

- *Rechazo hiperagudo. Este tipo de rechazo es el que aparece a las pocas horas o incluso minutos del trasplante; esta causado por Ac que se han formado en la sangre del receptor contra el CPH del donante que fijan el complemento sobre las células del injerto produciendo la des-*

trucción masiva y rápida de las células del injerto. Es una de las peores complicaciones de un trasplante, pero puede ser prevenida realizando previamente una prueba de reacción cruzada con suero del receptor y linfocitos del donante.

- *Rechazo agudo. Es el tipo de rechazo que aparece pocas semanas postrasplante; se piensa que la causa es el fenómeno de alorreactividad de los LT a través de una respuesta primaria contra las moléculas del CPH clase I del injerto, como así también por la activación de linfocitos T CD4+ contra las moléculas CPH clase II que son expresadas por las células dendríticas y monocitos del tejido trasplantado. Los LT CD4+ son también capaces de provocar lesión al activar a los monocitos contra el injerto por un mecanismo de hipersensibilidad retardada, en la actualidad se cree que este mecanismo de los LT colaboradores tiene la misma o incluso más importancia que la de los LTc. El rechazo agudo acelerado es el que ocurre unos días después del trasplante y se debe a la reactivación de células T sensibilizadas (respuesta secundaria).*
- *Rechazo crónico. Generalmente se desencadena años después del trasplante y se manifiesta en forma de una arteriosclerosis acelerada en el órgano injertado (arteritis obliterante) con una velocidad mucho mayor de la que se desarrollaría de forma natural; no se conoce con exactitud la causa y no existe forma de tratamiento.*

30. c) En los tres primeros meses postrasplante

El trasplante de médula ósea es, desde el punto de vista inmunológico, un caso especial, pues el injerto contiene células inmunocompetentes. En esta situación la respuesta inmunitaria es bidireccional: una reacción de rechazo, promovida por el receptor contra el injerto, y una inversa, denominada enfermedad de injerto contra huésped (EICH), producida por la respuesta inmunitaria de las células inmunocompetentes del injerto contra el organismo receptor. Las células T del sujeto trasplantado no pueden reaccionar contra aquellas y rechazarlas (por la inmunodepresión), mientras que las del donante reconocen a las del receptor como extrañas y atacan al endotelio vascular, tejidos y órganos. Es una grave complicación del trasplante alogénico de medula ósea, pero también puede desarrollarse en otros injertos. Este tipo de reacción no solo aparece en los trasplantes de órganos sino que puede aparecer en pacientes en los que se realiza una transfusión de sangre que sufren de alguna inmunodeficiencia o inmunodepresión. Las manifestaciones clínicas de la EICH son más comunes en pacientes mayores y mimetizan un proceso autoinmune, las más comunes son las alteraciones cutáneas, hepáticas (colangitis con colestasis), gastrointestinales (malabsorción), artritis y bronquiolitis obliterante. De acuerdo a su momento de aparición se clasifica en: aguda cuando se desarrolla en los primeros 3 meses postrasplante y crónica si se produce después del tercer mes del trasplante o si una aguda se prolonga más allá de los 3 meses.

31. d) Todas las respuestas anteriores son puntos clave a tener en cuenta en la metodología del trasplante

En la metodología del trasplante existen tres puntos clave:

- *La determinación de compatibilidad entre donante y receptor, en primer lugar el grupo sanguíneo ABO.*
- *El grado de similitud entre los fenotipos de CPH entre donante y receptor. Esto es de vital importancia en los trasplantes de medula ósea, no así para el trasplante hepático, que por*

razones no bien definidas, la importancia de compatibilidad es inferior a la de otros órganos. Un caso aparte lo representa el trasplante de córnea, tejido que por no estar vascularizado, no es alcanzado por los LT, o sea la compatibilidad CPH carece totalmente de relevancia. Los diferentes alelos del CPH parecen tener diferencias en cuanto al rechazo de injertos, la graduación de importancia en la compatibilidad podría ser (orden decreciente): DR - B - A – C.

- *La presencia de Ac en el receptor que reaccionan contra los Ag del donante (reacción cruzada).*

32. d) Singénico

Un trasplante o injerto es la transferencia de células vivas, órganos o tejidos de una parte del organismo a otra o de un individuo a otro. Según la relación existente entre donante y receptor, existen diferentes tipos de trasplante. Así, se denomina autotrasplante aquel injerto en el que donante y receptor son el mismo individuo, como ocurre, por ejemplo, en trasplantes de piel; trasplante singénico es aquel que se realiza entre dos individuos que son genéticamente idénticos (gemelos univitelinos o animales de experimentación seleccionados); alotrasplante es el que se realiza entre dos individuos diferentes pertenecientes a la misma especie y xenotrasplante, el efectuado entre dos individuos de especies distintas. Según la topología del trasplante se los divide en ortotópicos cuando el injerto es colocado en su lugar anatómico original y heterotópicos cuando la localización del injerto en el receptor es diferente a su lugar anatómico original.

33. c) 45.000 unidades

Actualmente existen más de 45.000 unidades de sangre de cordón umbilical almacenadas en

España y más de 450.000 en todo el mundo y el número de trasplantes realizados a partir de progenitores de sangre de cordón va creciendo de forma exponencial.

34. d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

Son mucho más fáciles de obtener, porque pueden tomarse inmediatamente de la placenta en el momento del parto, mientras que la recolección de células primordiales de la medula ósea necesita un procedimiento quirúrgico, con anestesia general, mayormente, puede causar dolores postoperatorios y tiene un pequeño riesgo para el donante. Aumenta la gama de receptores que pueden beneficiarse con las células primordiales del cordón umbilical, pueden almacenarse y volver a trasplantar en el donante, un miembro de la familia o un receptor sin relación de parentesco. En cambio para que un trasplante de medula ósea sea exitoso, debe existir una correspondencia casi perfecta de ciertas proteínas del tejido entre el donante y el receptor. Una complicación fatal es la enfermedad de injerto-contra huésped, donde las células del donante pueden atacar los tejidos del receptor y se produce con menos frecuencia en con la sangre del cordón umbilical que con la de la medula ósea, porque la sangre del cordón tiene un sistema inmunitario mudo y ciertas células, generalmente activas en una relación inmune, no han sido educadas para atacar al receptor. El uso de la sangre del cordón puede hacer que los trasplantes de células primordiales estén disponibles más rápidamente para las personas que los necesiten. Es más difícil encontrar una persona con medula ósea compatible para miembros de grupos étnicos y raciales no blancos.

35. b) Síndrome de Chediak-Higashi

Neoplasias:

- *Leucemias linfoblástica aguda.*
- *Leucemia mieloblástica aguda.*
- *Leucemia mieloide crónica.*
- *Leucemia Mielomonocítica Juvenil.*
- *Linfoma no Hodgkin y Enfermedad de Hodgkin.*
- *Síndrome mielodisplásico.*

36. a) Hemoglobinuria paroxística nocturna

Enfermedades congénitas:

- *Inmunodeficiencia congénita combinada.*
- *Aplasia medular de Falconi.*
- *Talasemia mayor.*
- *Drepanocitosis o enfermedad de células falciformes.*
- *Anemia de Blackfan-Diamond.*
- *Síndrome de Kostman.*
- *Síndrome de Schwachmann-Diamond.*
- *Síndrome de Wiskott-Adrich.*
- *Síndrome de Chediak-Higashi.*
- *Síndrome de Di George.*

37. c) Anemia materna grave

Motivos de exclusión:

- *Edad materna inferior a 18 años.*
- *Inestabilidad mental, intoxicación por alcohol o narcóticos.*
- *Padecer o haber padecido hepatitis B, hepatitis C, YIH, Leismaniosis visceral y Tripanosomiasis americana por Tripanosoma Cruzi (enfermedad de Chagas).*
- *Exposición al riesgo de contraer una infección transmisible por transfusión: endoscopia con instrumental flexible. Exploraciones o tratamientos que impliquen la utilización de catéteres centrales que han permanecido colocados durante varios días, salpicadura de sangre a mucosa o lesión con aguja, cirugía mayor, tatuaje o perforaciones de piel o mucosas («piercing»), acupuntura, personas con riesgo debido a contacto doméstico directo o relación sexual con personas afectas de hepatitis, consumo de drogas, personas que ejercen o han ejercido la prostitución…*

- *Cáncer: presencia o historia previa de enfermedad maligna (excepto el carcinoma primario de células basales de la piel, carcinoma in situ de cérvix uterino y algunos tumores primarios del SNC que serán debidamente evaluados).*
- *Personas sometidas a xenotrasplantes.*
- *Enfermedades de etiología desconocida. Por ejemplo, Parkinson, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Crohn y enfermedades de origen autoinmune o del tejido conectivo (lupus sistémico eritematoso, artritis reumatoide).*
- *Vacunación: virus o bacterias atenuados: exclusión durante cuatro semanas, virus bacterias o rickettsias inactivados o eliminados: no exclusión de personas sanas, toxoides: no exclusión de personas sanas, vacunas contra la hepatitis A o la hepatitis B: no exclusión de personas sanas no expuestas, rabia: no exclusión de personas sanas no expuestas. Se excluirá durante un año si la vacuna se administra tras la exposición y vacuna contra la encefalitis por garrapata: no exclusión de personas sanas no expuestas.*
- *Exclusión por situaciones epidemiológicas concretas. Exclusión en consonancia con estas*
- *Antecedentes maternos y/o paternos de enfermedad genética conocida.*
- *Anemia materna grave.*
- *Parto patológico por los motivos recogidos en el apartado de "limitaciones del procedimiento de extracción".*
- *Presencia de síntomas de infección en el neonato.*
- *Peso del neonato inferior a 2.500 g.*
- *Prueba de APGAR inferior a 8 con mala evolución a los 10 minutos.*
- *Signos de aspiración de meconio por el neonato.*
- *En caso de embarazo secundario a donación de ovocitos o semen, la donación de SCU será excluida salvo que una historia genética de la madre/padre biológico fuese obtenida y documentada.*
- *Todas aquellas patologías relevantes existentes en los padres o hermanos del recién nacido deberán quedar reseñadas en la hoja de recogida de datos y serán valoradas en el banco de sangre de cordón umbilical.*

38. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Una técnica adecuada de extracción y recogida de la SCU precisará del siguiente material:

- *Una bolsa específica para la recogida de la SCU.*
- *Un paño verde estéril.*
- *Guantes estériles.*
- *Gasas estériles.*
- *Material para clampar el cordón.*
- *Antiséptico para desinfección del cordón, siendo la solución desinfectante recomendada povidona yodada en solución alcohólica o bien alcohol y yodo.*

39. c) A cinco centímetros aproximadamente del ombligo con dos pinzas y se cortará entre ambas

Una vez nacido el niño o la niña y sin que se haya producido el alumbramiento de la placenta, se clampará el cordón umbilical a cinco centímetros aproximadamente del ombligo con dos pinzas y se cortará entre ambas.

40. c) 4 °C

La unidad obstétrica dispondrá de una nevera a 4 °C con registro de temperatura para el almacenaje en fresco de la unidad hasta su transporte al Banco de Cordón.

41. a) 1

La sangre de cordón umbilical entra dentro de la categoría de muestras para diagnóstico, que incluye la sangre recogida con fines de transfusión o para la preparación de productos sanguíneos, órganos o tejidos enviados para trasplantes y las muestras para diagnóstico que mediante el correspondiente Certificado Médico aseguran que no contienen microbios patógenos o si los contienen, responden a los criterios del Grupo de Riesgo 1.

42. c) - 40 °C y 55 °C

El recipiente primario o el embalaje secundario deben ser capaces de soportar, sin filtraciones, una presión interna de 95 kPa en un rango de temperatura que fluctúe entre -40 °C y 55 °C. El embalaje exterior no debe contener más de cuatro litros. Esta cantidad excluye el hielo húmedo, cuando sea utilizado con el fin de mantener los especímenes fríos. El bulto completo debe poder superar la prueba de caída de una altura de 1,2 m.

43. b) 4 °C y 10 °C

El transporte debe realizarse a una temperatura ideal de entre 4 °C y 10 °C, y en cualquier caso los contenedores deben ser capaces de mantener la temperatura entre 2 °C y 22 °C durante al menos doce horas. Es importante validar la capacidad de los contenedores para mantener la temperatura en el rango especificado y en condiciones de temperatura exterior extremas.

44. b) Tres horas

Inmediatamente después de su recogida debe transportarse al área de almacenamiento en fresco y depositarse en la nevera destinada a tal fin y dotada con sistema de registro de temperatura, donde permanecerá hasta su transporte al banco de cordón. El tiempo máximo entre la recogida y el depósito en nevera es de tres horas. Las muestras auxiliares (sangre materna y fragmento de cordón umbilical) acompañarán a la unidad de sangre de cordón umbilical en el interior del contenedor secundario. Asimismo se acompañará de los documentos asociados (Consentimiento informado y Hoja de recogida de datos del parto).

45. c) Real Decreto-Ley 9/2014, de 4 de julio

Actualmente la normativa vigente en España que ordena la actividad de donación y obtención de sangre de cordón umbilical es el Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.

46. b) Sustancia biológica de categoría B

El contenedor isotérmico debe llevar una etiqueta exterior en la que indique que se trata de sangre de cordón umbilical. Añadir una nota en la que se indique que el contenedor no debe ser expuesto a radiaciones. Asimismo, en la etiqueta debe figurar la procedencia y destino: instituciones involucradas con el nombre de los responsables del envío y la recepción, sus direcciones y teléfonos de localización. Para el transporte, en la superficie exterior del embalaje/envase exterior sobre un fondo de un color que contraste con ella y que sea fácil de ver y de leer una marca que deberá ser un cuadrado orientado en un ángulo de 45° (romboide) siendo la longitud de cada lado al menos 50 mm, la anchura de la línea al menos 2 mm, y la altura de las letras y números al menos 6 mm. Se mostrará en el embalaje/envase exterior, junto a la marca romboide, la designación oficial de transporte, «SUSTANCIA BIOLÓGICA DE CATEGORÍA B» y esta designación deberá aparecer en todos los bultos transportados por cualquier medio de transporte.

47. d) Linfoma no Hodgkin

Neoplasias:

- *Leucemias lofoblástica aguda.*
- *Leucemia mieloblástica aguda.*
- *Leucemia mieloide crónica.*
- *Leucemia Mielomonocítica Juvenil.*
- *Linfoma no Hodgkin y Enfermedad de Hodgkin.*
- *Síndrome mielodisplásico.*

48. b) Es el proceso por el cual una persona cede generosamente órganos y tejidos de su cuerpo para que sean trasplantados a otra personas que los necesitan a causa de una enfermedad avanzada y para quienes ya no existen otros tratamientos posibles

La donación de órganos y tejidos es el proceso por el cual una persona cede generosamente órganos y tejidos de su cuerpo para que sean trasplantados a otra personas que los necesitan a causa de una enfermedad avanzada y para quienes ya no existen otros tratamientos posibles.

49. d) En España, la mayoría de los donantes corresponden a personas que fallecen por parada cardiaca aunque en los últimos años está aumentando notablemente el número de donantes por muerte encefálica (generalmente a causa de hemorragias cerebrales catastróficas)

Existen dos tipos de donantes, según la procedencia del órgano o tejido: los donantes vivos y los donantes fallecidos:

- *Los donantes vivos realizan la donación en vida, sin que eso suponga un riesgo añadido para su salud. Solo se puede ceder en vida un riñón completo o bien partes del hígado, del pulmón o del páncreas. También se pueden donar tejidos en vida, como precursores de las células de la sangre (con la donación de sangre periférica, médula ósea y cordón umbilical), tejido óseo, membrana amniótica y piel.*
- *Los donantes fallecidos son las personas que donan sus órganos y tejidos tras su fallecimiento, que se puede producir por el cese de la actividad del encéfalo (el cerebro y el tronco cerebral, situación conocida como muerte encefálica) o bien por el cese irreversible de la actividad del corazón (donantes en parada cardiaca).*

En España, la mayoría de los donantes corresponden a personas que fallecen por muerte encefálica (generalmente a causa de hemorragias cerebrales catastróficas) aunque en los últimos años está aumentando notablemente el número de donantes en parada cardiaca.

50. b) Existen muchas situaciones en las que no es posible convertirse en donante de ningún órgano ni tejido

Prácticamente todos podemos ser donantes, independientemente de nuestra edad, de las enfermedades que hayamos padecido y de los tratamientos que estemos recibiendo. Existen muy pocas situaciones en las que no es posible convertirse en donante de ningún órgano ni tejido. Esto solo ocurre cuando el posible donante sufre de alguna enfermedad infecciosa (como el SIDA, por ejemplo) o ha presentado algún tipo de cáncer muy agresivo, que podrían ser transmitidos al receptor. En muchas ocasiones una persona no puede donar alguno de sus órganos porque no estén en perfectas condiciones para funcionar adecuadamente en el receptor pero sí puede donar otros que sean viables.

51. d) Todas las respuestas anteriores son correctas

Corazón, pulmones, hígado, riñones, páncreas e intestino en cuanto a órganos y córneas, hueso, tendones, válvulas del corazón, arterias, venas y membrana amniótica en cuanto a los tejidos. Por tanto, un solo donante puede salvar la vida directamente de más de seis personas (con sus órganos) y mejorar la calidad de vida de decenas de personas mediante la donación de tejidos.

52. a) España es el país del mundo donde más oportunidades tenemos de recibir un trasplante en caso de que lo necesitemos, gracias a la generosidad de los donantes y a un Sistema Sanitario Público que lo hace posible

España es el país del mundo donde más oportunidades tenemos de recibir un trasplante en caso de que lo necesitemos, gracias a la generosidad de los donantes y a un Sistema Sanitario Público que lo hace posible. Sin embargo, las listas de espera para recibir un trasplante aumentan cada día y todavía hay pacientes que fallecen porque ese órgano no llega a tiempo.

Los órganos que se trasplantan no pueden ser fabricados ni pueden ser obtenidos de otra manera que no sea a través de la donación altruista de otra persona. La donación es el eslabón inicial e imprescindible de una larga cadena que finaliza en el trasplante.

53. d) La forma más sencilla y útil de convertirse en donante es expresar esta decisión a nuestros familiares y allegados, porque ellos serán preguntados acerca de nuestros deseos cuando hayamos fallecido. Si ellos son conocedores de nuestra voluntad, la respetarán, sin duda

La forma más sencilla y útil de convertirse en donante es expresar esta decisión a nuestros familiares y allegados, porque ellos serán preguntados acerca de nuestros deseos cuando hayamos fallecido. Si ellos son conocedores de nuestra voluntad, la respetarán, sin duda.

54. c) Es un documento que se formaliza en vida en el que se declara la voluntad de que se proceda a la donación de órganos y tejidos tras la muerte de la persona que lo ha suscrito

La tarjeta de donante es un documento que se formaliza en vida en el que se declara la voluntad de que se proceda a la donación de órganos y tejidos tras la muerte de la persona que lo ha suscrito. Sin embargo, no es imprescindible para ser donante ni tiene ninguna validez legal. Solo expresa nuestro deseo de ser donante, al mismo nivel que la comunicación de esta voluntad a nuestros familiares.

55. c) Solo un pequeño porcentaje de la población lo tiene suscrito, por lo que la comunicación de nuestra voluntad a los familiares continúa siendo el método más útil y práctico para ser donante

Cualquier ciudadano puede dejar constancia en el mismo de su voluntad para que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en las que no sea capaz de expresarla personalmente, sobre aspectos relacionados con los cuidados y tratamiento de su salud así como del deseo de convertirse en donante de órganos y tejidos. Este Registro es de obligada consulta y debe ser respetado absolutamente por los responsables de su atención sanitaria. Sin embargo, solo un pequeño porcentaje de la población lo tiene suscrito, por lo que la comunicación de nuestra voluntad a los familiares continúa siendo el método más útil y práctico para ser donante.

9000001906623