

1.- Indique la respuesta correcta sobre qué es el electrocardiograma (ECG).

- a) Es un registro gráfico de la actividad creada por las fibras cardíacas.
b) Es un registro gráfico de la actividad eléctrica creada y conducida por las fibras cardíacas causantes de la contracción.
c) Es un registro gráfico de la actividad creada por las fibras nerviosas del corazón.
d) Ninguna de las respuestas es correcta.

El ECG es la representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón en función del tiempo, que se obtiene, desde la superficie corporal, en el pecho, con un electrocardiógrafo en forma de cinta continua. El sistema de conducción se inicia con la despolarización del nodo senoauricular y debe transmitir ese impulso eléctrico desde las aurículas hacia los ventrículos. Las células especializadas, que son las que generan y conducen los impulsos nerviosos, y constituyen los nódulos sinusal y atrio-ventricular (de conducción lenta), el haz de His y las células de Purkinje (de conducción rápida).

2.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

- a) En condiciones normales algunas células cardíacas tiene la capacidad de activarse o repolarizarse espontáneamente.
b) Consideramos la despolarización como una onda progresiva de cargas positivas dentro de la célula que podemos representar mediante un vector con su dirección y sentido.
c) En condiciones normales algunas células cardíacas tienen la capacidad de activarse o despolarizarse espontáneamente y después volver a la neutralidad eléctrica o repolarizarse.
d) Cuando la célula cardíaca se activa y alcanza el límite llamado potencial umbral (PU), se produce el potencial de acción (PA).

En resumen, tenemos cinco fases:

- Fase 0: despolarización rápida, por entrada masiva de Na^+ y más tarde de $\text{Na}^+/\text{Ca}^{2+}$.
- Fase 1: repolarización transitoria, por salida rápida de iones K^+ .
- Fase 2: meseta, por equilibrio entre la salida de K^+ y la entrada de Ca^{2+} .
- Fase 3: repolarización, por salida de K^+ estando el resto de canales cerrados.
- Fase 4: equilibrio basal, se llega otra vez al equilibrio por el intercambio iónico que realizan las bombas.

Durante la fase de despolarización (fase 0 y 1 del PA, paso de -90 a 20 mV) cada una de las células miocárdicas (y todas las células del ventrículo izquierdo simultáneamente, por lo que se puede considerar como una gran célula única) pierde cargas eléctricas positivas en el exterior, que pasan al interior celular, primero a través de los canales rápidos de Na^+ y luego a través de los canales lentos de $\text{Na}^+/\text{Ca}^{2+}$. De esta forma, durante la despolarización, el exterior celular es más negativo y el interior más positivo (en comparación con la situación de reposo).

3.- Es cierto todo sobre el registro del ECG excepto:

- a) Se realiza en un papel milimetrado constituido por cuadrados de 5 milímetros y cuadrados de 10 milímetros, en el que el eje horizontal representa el voltaje y el eje vertical el tiempo.**
b) Se realiza en un papel milimetrado, constituido por cuadrados de un milímetro y cuadrados de cinco milímetros, en el que el eje horizontal representa el tiempo y el vertical el voltaje.
c) La velocidad de registro es de $25\text{mm}/\text{sg.}$.
d) La velocidad de registro de $25\text{ mm}/\text{segundos}$ nos permite medir y conocer sobre el eje horizontal la duración de cualquier parte del ciclo cardíaco.

4.- Una de las siguientes afirmaciones define lo que son las derivaciones bipolares. Indique la respuesta correcta.

- a) Las derivaciones bipolares registran las variaciones de potencial de un punto (electrodo positivo) a otro que se considera con actividad eléctrica 0.

b) Las derivaciones bipolares están formadas por un par de electrodos (positivo y negativo), registran la diferencia de potencial eléctrico entre dos puntos.

- c) Las derivaciones bipolares están formadas por un par de electrodos y registran las diferencias de un electrodo al centro de la actividad cardíaca.
d) Las derivaciones bipolares registran las variaciones de la actividad eléctrica desde los seis puntos.

El ECG se estructura en la medición del potencial eléctrico entre varios puntos corporales. Las derivaciones I, II y III son periféricas y miden la diferencia de potencial entre los electrodos situados en los miembros. Son derivaciones periféricas son bipolares, es decir, tienen un polo positivo y un polo negativo.

5.- Las derivaciones bipolares corresponden a:

- a) **I, II y III.**
b) DI, DII, DIII.
c) aVR, aVL, aVF
d) Ninguna de las respuestas es correcta.

Las derivaciones I, II y III son periféricas y miden la diferencia de potencial entre los electrodos situados en los miembros:

- la derivación I mide la diferencia de potencial entre el electrodo del brazo derecho y el izquierdo.
- la derivación II, del brazo derecho a la pierna izquierda.
- la derivación III, del brazo izquierdo a la pierna izquierda.

Estas tres derivaciones periféricas son bipolares, es decir, tienen un polo positivo y un polo negativo.

6.- La onda P en el ECG del adulto ¿qué significa? Indique la respuesta correcta.

- a) La onda P es la que indica la llegada de sangre a los ventrículos.
b) Cuando se inicia el impulso eléctrico se extiende como onda de despolarización y estimula ambas aurículas, apareciendo la primera deflexión en el ECG u onda P.
c) La onda P indica la llegada de sangre a las aurículas.
d) Corresponde a la despolarización del músculo ventricular.

La onda P es la señal eléctrica que corresponde a la despolarización auricular. Resulta de la superposición de la despolarización de la aurícula derecha (parte inicial de la onda P) y de la izquierda (final de la onda P). La repolarización de la onda P (llamada onda T auricular) queda eclipsada por la despolarización ventricular (Complejo QR)

7.- Hay en el ECG una pausa o intervalo que permite que la sangre llegue a los ventrículos. ¿Qué letra o letras designan ese momento?

- a) Intervalo QR.
b) Intervalo QS.
c) La onda P es la que indica la llegada de sangre a los ventrículos.
d) Intervalo PR.

8.- ¿Cuál es la primera deflexión vertical?

- a) La primera deflexión vertical corresponde a la onda Q.
b) La primera deflexión vertical corresponde a la onda S.
c) La primera deflexión vertical corresponde a la onda R.
d) Ninguna de las respuestas es correcta.

La Onda R es la primera deflexión positiva del complejo QRS y en la imagen clásica del ECG, es la de mayor tamaño. Pero las deflexiones hacia arriba o hacia abajo de la línea isoeletrica: ondas P, Q, R, S, T, U. Las ondas Q+R+S constituyen el complejo QRS (sin R = complejo QS)

9.- ¿Qué representa el complejo QRS en el ECG?

- a) La despolarización del músculo ventricular.
- b) La despolarización del músculo de las aurículas.
- c) La repolarización del músculo ventricular.
- d) La repolarización de las aurículas.

El complejo QRS corresponde a la corriente eléctrica que causa la contracción de los ventrículos derecho e izquierdo (despolarización ventricular), la cual es mucho más potente que la de las aurículas y compete a más masa muscular, produciendo de este modo una mayor deflexión en el electrocardiograma.

10.- ¿Qué representa la onda T en el ECG?

- a) La repolarización auricular
- b) La repolarización ventricular.**
- c) La despolarización auricular.
- d) La despolarización ventricular.

La onda T representa la repolarización de los ventrículos. Durante la formación del complejo QRS, generalmente también ocurre la repolarización auricular que no se registra en el ECG normal, ya que es tapado por el complejo QRS. Eléctricamente, las células del músculo cardíaco son como muelles cargados; un pequeño impulso las dispara, despolarizan y se contraen. La recarga del muelle es la repolarización (también llamada potencial de acción).

11.- De las siguientes afirmaciones indique la que no es cierta con respecto al significado de la onda U.

- a) Es significativa en algunas patologías.
- b) La onda U no aparece nunca en el ECG del adulto.**
- c) En ocasiones aparece la onda U tras el complejo QRS.
- d) Las respuestas a y c son correctas.

El trazado típico de un electrocardiograma registrando un latido cardíaco normal consiste en una onda P, un complejo QRS y una onda T. La pequeña onda U normalmente es invisible. Estos son eventos eléctricos que no deben ser confundidos con los eventos mecánicos correspondientes, es decir, la contracción y relajación de las cámaras del corazón. Así, la sístole mecánica o contracción ventricular comienza justo después del inicio del complejo QRS y culmina justo antes de terminar la onda T.

12.- En la educación sanitaria sobre la toma de la frecuencia cardíaca ¿qué no es cierto?

- a) Se enseñará correctamente al paciente y/o a la familia la técnica para medir la frecuencia cardíaca.
- b) Se informará al paciente y/o a la familia las medidas de actuación básicas ante posibles alteraciones detectadas en la medición del pulso.
- c) No se informará al paciente y/o a la familia las medidas de actuación básicas ante posibles alteraciones detectadas en la medición del pulso.**
- d) La educación sanitaria en la medición de la frecuencia cardíaca la hará la enfermera.

Es obvio que todo paciente con alteraciones en la FC debe estar informado y conocer la técnica para medir la frecuencia cardíaca y detectar alteraciones en la misma y poder consultar a su Centro de Salud y/o especialista sobre los pasos a seguir.

13.- ¿Cuál de los siguientes valores no es normal en la medición de la frecuencia cardíaca?

- a) Frecuencia cardíaca en el recién nacido: 90-160 ppm**
- b) Frecuencia cardíaca en el escolar: 70-110 ppm.
- c) Frecuencia cardíaca en el adolescente: 60- 100 ppm.
- d) Frecuencia cardíaca en los mayores de 14 años 60-100 ppm.

La FC mide la cantidad de veces por minuto que el corazón se contrae o late. La frecuencia cardiaca normal en reposo oscila entre 50 y 100 latidos minutos para una persona adulta, aunque existen diferentes aspectos a tener en cuenta:

- RN: 70 a 190 latidos por minuto
- Escolares: 75 a 110 latidos por minuto
- Adolescentes: 60 a 100 latidos por minuto
- Adultos/mayores: 60 a 100 latidos por minuto.

14.- Para llevar a cabo la técnica de toma de la Presión Arterial (PA) correctamente tenemos que tener en cuenta las condiciones del paciente y del equipo entre las cuales se encuentran todas excepto una. Señale la respuesta incorrecta.

- a) Cuando se habla de las condiciones del paciente se refiere sólo a las condiciones físicas y de consumo de tabaco y alcohol.**
- b) Las condiciones del paciente se refiere a la relajación física y mental.
- c) Dentro de las condiciones adecuadas para la toma de PA del paciente se encuentran evitar el consumo de tabaco 15 minutos antes de la medida.
- d) Dentro de las condiciones adecuadas para la toma de PA del paciente se encuentra evitar tiempo prolongado de espera.

Las condiciones que se recomiendan para poder hacer una toma de FC de forma correcta son (teniendo en cuenta que la frecuencia cardíaca en reposo depende de factores genéticos, del estado físico, del estado psicológico, de las condiciones ambientales, de la postura, de la edad y del sexo). Se toma generalmente con la persona en reposo: sentada, o recostada. Son muchos los factores que influyen en la misma, entre otros:

- Tener enfermedades cardiovasculares, colesterol alto o diabetes
- Temperatura del aire
- Posición del cuerpo (de pie o acostado, por ejemplo)
- Emociones
- Tamaño del cuerpo
- Medicamentos
- Edad
- Niveles de condición física y de actividad

15.- ¿Qué es cierto sobre el desarrollo de la técnica para la medición de la PA?

- a) Inflar el manguito 20 mmHg por encima de la PAS estimada y desinflarlo 2-3 mmHg/segundo.
- b) Abrir la válvula ligeramente de forma que la aguja descienda despacio y podamos percibir con nuestro oído los ruidos de Korotkoff.
- c) Ajustar a 2 mmHg la medida. No redondear las cifras a 5 ó a 10 mmHg.**
- d) Todas las respuestas son correctas.

Para una toma correcta de la TA: se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica para iniciar la auscultación de la misma. Desinflar a una velocidad de 2 a 3 mmHg/segundo. Usar el primer ruido de Korotkoff para identificar la cifra de PAS y el quinto ruido (desaparición) para la cifra de presión arterial diastólica (PAD). Ajustar las cifras auscultadas a números pares.

16.- Indique la respuesta incorrecta sobre las fases de Korotkoff en la PA:

- a) La fase I de Korotkoff nos da la presión arterial sistólica (PAS).
- b) La fase V (desaparición) nos da la presión arterial diastólica (PAD).**
- c) Los niños y las embarazadas no tiene fase V de Korotkoff.

d) La fase IV es la fase de amortiguación.

En el año 1905 un médico ruso llamado Nikolai Sergeevich Korotkoff (1874-1920) hizo un descubrimiento que algunos tachan de fortuito, pero que hoy en día todavía usamos. La toma de tensión arterial no invasiva mediante el método de auscultación de Korotkoff.

El método de auscultación de Korotkoff consta de cinco fases:

FASE 1: Cuando comencemos a desinflar el manguito aparecerá el primer ruido que nos indica la Presión Arterial Sistólica (PAS)

FASE 2: El ruido pierde intensidad y se escucha como un soplo. Este ruido no tiene importancia clínica.

FASE 3: Se escucha un ruido sordo más suave. Este ruido no tiene importancia clínica.

FASE 4: En esta fase el ruido se va apagando y en algunas situaciones como en fiebre, anemia, hipertiroidismo, embarazo, niños, insuficiencia valvular aórtica y en hipertensos tratados con vasodilatadores potentes, la fase 5 a menudo esta ausente. En estos casos la fase 4 nos indicará el valor de la presión arterial diastólica.

FASE 5: En esta fase cesan los ruidos.

17.- ¿Para qué es útil el test de monofilamento de Semmens-Weinstein? Indique la respuesta correcta.

a) Es el monofilamento que se utiliza para hacer la prueba del talón del recién nacido.

b) Para la valoración de la enfermedad arterial.

c) Para la valoración de la enfermedad arterial periférica.

d) Permite una valoración rápida para detectar la pérdida de sensibilidad protectora.

El monofilamento se trata de un instrumento médico compuesto por un filamento de nailon unido a un mango que al doblarse aplica una presión constante de 10 g, que actúa independientemente de la fuerza que el examinador aplique sobre la zona a evaluar. Permite evaluar la sensibilidad táctil y vibratoria en una zona determinada, se utiliza para plantear el diagnóstico precoz de neuropatía periférica sensitiva diabética, es una prueba simple y sencilla que permite realizar un diagnóstico precoz y de bajo costo.

18.- Las áreas indicadas para realizar el test con el filamento son las siguientes excepto una. Señale la respuesta incorrecta.

a) 1o,3o y 5o dedos

b) 1o,3o y 5o cabezas de metatarsianos.

c) Una prueba en el pliegue entre el 2o y 3o dedos.

d) Dos pruebas en el medio pie.

La exploración se realizará en cuatro puntos plantares de cada pie: primer dedo (falange distal), base del primer, tercer y quinto metatarsiano.

19.- De las siguientes afirmaciones una no es correcta, indíquela.

a) No permitir que el filamento se deslice sobre la piel ni hacer contactos reiterados sobre un lugar de test.

b) Se debe aplicar el filamento sobre úlceras o callos para valorar la sensibilidad que queda.

c) Usar una secuencia aleatoria para aplicar el filamento, para evitar que el paciente imagine dolor donde le va a tocar.

d) La aproximación, el contacto con la piel y la retirada no debe durar más de 90 segundos.

El monofilamento se aplica perpendicularmente a la piel del paciente y la presión se va incrementando hasta que el MF se dobla. Es entonces cuando se valora. No debe mantenerse apoyado durante más de 1-2 s ni sobre úlceras, callos u otras lesiones.

20.- Cuando utilicemos el filamento sabremos que... indique la respuesta correcta.

a) El monofilamento es ampliamente utilizado para predecir la aparición de las úlceras.

b) El monofilamento es de aplicación y muy barato.

c) Tiene un carácter predictivo en cuanto al riesgo de amputación de x 17.

d) Todas las respuestas son correctas.

Explora la sensibilidad cutánea a diferentes grados de presión aplicada, y ayuda a a identificar la presencia de la pérdida de sensibilidad protectora.

La exploración con MF como método de cribado, identifica a más del 90% de los pacientes determinados con pruebas más completas, además de por su sencillez y rapidez.

21.- El índice tobillo-brazo (ITB) es una prueba interesante para evaluar algunas cosas. Indique para que es interesante evaluar el índice tobillo-brazo.

- a) Es interesante para la evaluación de la enfermedad arterial periférica la utilización de la técnica del índice tobillo-brazo (ITB).
- b) Es interesante para evaluar la sensibilidad y detectar posibles neuropatías diabéticas.
- c) Es interesante para la evaluación de la circulación a nivel capilar en miembros inferiores.
- d) Todas las respuestas son correctas.

6

La prueba del índice tobillo-brazo es un método rápido y no invasivo para detectar la enfermedad arterial periférica. La enfermedad se produce cuando las arterias estrechadas disminuyen el flujo sanguíneo a las extremidades.

22.- ¿Cómo se obtiene el resultado del ITB?

- a) Se obtiene dividiendo la PS del brazo entre la PD de la pierna.
- b) Se obtiene con el paciente en reposo sin haber fumado 15 minutos antes de la realización de la prueba.
- c) Se obtiene dividiendo la presión sistólica obtenida en el brazo por las dos PAS más altas del tobillo.
- d) ninguna es correcta

El ITB se calcula tras 20 minutos de reposo en decúbito supino:

-Calcular la PAS con el Doppler en ambas arterias braquiales (encima del codo) y seleccionar la mayor.

-Calcular la PAS en ambas arterias pedias y tibiales posteriores y seleccionar la mayor de cada pierna.

-Dividir el valor mayor de los tobillos entre el valor mayor de los brazos.

En condiciones normales la PAS no debe ser muy diferente entre los brazos y las piernas.

23.- ¿En qué ángulo se colocará el transductor doppler con respecta a la arteria que va a ser testada, para así obtener mejor señal?

- a) El transductor doppler se colocará en un ángulo de 90o.
- b) El transductor de Doppler se colocará en ángulo de 60o.
- c) El transductor de Doppler se colocará en ángulo de 45o.
- d) Ninguna de las respuestas es correcta.

Técnica: • Decúbito supino, • Manguito supramaleolar/brazo: – Anchura >20% extremidad,– Punto medio arteria explorada; • Posición sonda 45º-60º, • Pedia y tibial posterior, • Humeral (Codo).

24.- El test del ITB puede realizarse sobre ¿qué arteria?

- a) Sobre la arteria pedia dorsal.
- b) Sobre la arteria tibial posterior.
- c) Sobre la arteria pedia y peronea anterior.
- d) Las respuestas a y b son correctas.**

Técnica: • Decúbito supino, • Manguito supramaleolar/brazo: – Anchura >20% extremidad,– Punto medio arteria explorada; • Posición sonda 45º-60º, • Pedia y tibial posterior, • Humeral (Codo).

25.- Las siguientes significaciones clínicas del ITB son ciertas excepto una, señálela.

- a) **Los grados de interpretación del ITB son cuatro.**
 b) El grado II corresponde a índices entre 0.7 a 0.5 que significa que hay claudicación intermitente severa.
 c) El grado III corresponde a índices entre 0.5 a 0.3.
 d) La claudicación intermitente leve corresponde al grado I.

Los grados de interpretación (Fontaine-ITB) son:

Grado 0: normalidad >/- 1

Grado I: AP asintomática 0,8-1

Grado IIa: claudicación > 200 m 0,6-0,8

Grado IIb: claudicación < 200 m 0,4-0,6

Grado III: dolor isquémico en reposo 0,2-0,4

Grado IV: lesiones hísticas 0,2-0

7

26.- ¿Qué significa el grado IV en la interpretación clínica del ITB?

- a) El grado IV significa normal circulación arterial periférica.
 b) **El grado IV significa clínicamente que es una claudicación intermitente moderada.**
 c) El grado IV tiene una significación clínica de dolor en reposo
 d) El grado IV corresponde a un índice entre 0.3 y 0.5.

Grados del ITB

0,90 – 0,70 < 0,40 Cambios 0,15 – 0,20

Arteria incompresible: posible calcificación arterial > 1,20

Normal 1,2 – 0,9

Diagnóstico de AP \leq 0,9

Estenosis moderada 0,90 – 0,70

Estenosis grave < 0,40

Empeoramiento de la estenosis Cambios 0,15 – 0,20

Arteria incompresible: posible calcificación arterial Normal

Diagnóstico de AP Estenosis moderada Estenosis grave

27.- ¿Cuáles son las contraindicaciones para la realización del ITB?

- a) La flebitis y la laringitis.
 b) La flebitis y la linfangitis.
 c) La sospecha de una trombosis venosa superficial o profunda.
 d) **Las respuestas b y c son correctas.**

Entre otras contraindicaciones del ITB se encuentran también:

- Edema importante.
- Sospecha de tromboflebitis.
- Herida abierta en 1/3 distal EEII.

28.- ¿Qué volúmenes no mide la espirometría?

- a) **La capacidad pulmonar total (TLC).**
 b) El volumen corriente (VC).
 c) El volumen de reserva inspiratoria (VRI)
 d) El volumen de reserva expiratoria (VRE).

La espirometría es la técnica de exploración de la función respiratoria que mide los flujos y los volúmenes respiratorios útiles para el diagnóstico y el seguimiento de patologías respiratorias, por tanto no mide la capacidad pulmonar total (TLC), ya que no se trata de un volumen si no de una capacidad.

29.- De las siguientes condiciones que se enumeran ¿cuál no es una condición que deba reunir el paciente?

- a) Se recomienda al paciente suspender el uso de fármacos agonistas β 2-adrenérgicos cuatro horas antes y el de teofilinas o derivados seis horas antes de la prueba.
- b) El paciente no debe haber fumado una hora antes de realizar la prueba.
- c) El paciente permanecerá en reposo 15 minutos antes de la prueba.
- d) No deberá tomar café en la media hora previa a la ejecución.**

Debe realizarse siguiendo una serie de instrucciones precisas para asegurar que los valores obtenidos traducen lo que pasa en las vías respiratorias. Se suelen dar unas recomendaciones previas, verbales y por escrito. Se debe evitar el uso previo de broncodilatadores las 6-12 horas anteriores, así como comidas copiosas las 2 horas previas y tabaco o alcohol.

30.- De las siguientes condiciones generales sólo hay una que es correcta, indícala.

- a) Si el usuario tiene dentadura postiza, no se la quitará salvo que su fijación sea dudosa.
- b) Se recomienda una temperatura ambiental entre 17 y 40°C.**
- c) Se recomienda una temperatura ambiental de 22°C.
- d) Las pinzas nasales se utilizarán para determinar la capacidad pulmonar total.

La temperatura, presión atmosférica, humedad relativa del aire, etc son variables a tener en cuenta a la hora de la realización de las espirometrías. Generalmente no hay que modificarlas, si siempre se realizan espirometrías en la misma sala. (Los resultados de la espirometría son sensibles a las condiciones atmosféricas, y hay que tenerlo en cuenta si varían ostensiblemente o si son muy extremas. En general por debajo de 17º C y por encima de 40º C se recomienda no realizar la prueba). Si el paciente presenta prótesis dentarias y éstas se mueven, es mejor quitarlas, pero si están fijas y no hay riesgo de que caigan, es mejor mantenerlas, ya que de lo contrario puede alterarse la mecánica orofaríngea y por tanto los resultados.

31.- ¿Qué posición corporal por parte del paciente, es adecuada para la realización de la espirometría?

- a) La posición corporal adecuada es sentado.**
- b) La posición corporal adecuada es sentado recto, evitando la inclinación hacia delante durante la espiración.
- c) La posición corporal adecuada es sentado recto, evitando la inclinación hacia delante durante la inspiración.
- d) El decúbito no interfiere en el resultado de la espirometría.

La espirometría es una prueba sencilla que sin embargo requiere de una técnica precisa y bien realizada. Cualquier error en su ejecución invalida los resultados. El personal que la realice debe estar versado y haber recibido adiestramiento específico (no es preciso un largo aprendizaje, pero sí conocer el porqué de las instrucciones y cómo llevarlas a cabo). El paciente debe adoptar la postura correcta: Sentado, con la espalda recta, sin cruzar las piernas y sin ropas ajustadas, con pinza nasal que evite que se escape el aire, y sin otros elementos que obstruyan (dentaduras postizas). Se suele recomendar que el técnico mantenga una mano sobre el pecho del paciente, para que no adelante el cuerpo de manera inconsciente durante la espiración

32.- Con la espirometría también puede realizarse el test de broncodilatación. ¿En qué consiste esta técnica?

- a) El test de broncodilatación consiste en hacer una espirometría con la administración de un broncodilatador.
- b) En esta técnica se realizan dos espirometrías con administración de dos broncodilatadores distintos en un espacio de tiempo de 30 minutos.**

c) En este tipo de técnica hay que realizar dos espirometrías, pero con la diferencia de que al terminar la primera prueba el paciente se administrara un broncodilatador y 15 minutos después aproximadamente, se le realizara la segunda prueba.

d) En este tipo de técnica hay que realizar dos espirometrías, pero con la diferencia de que al terminar la primera prueba el paciente se administrara un broncodilatador y 15 minutos después aproximadamente otro.

La PBD se realiza administrando una dosis de un broncodilatador inhalado de acción rápida (agonista β_2 , anticolinérgico o los dos combinados) y repitiendo la prueba a los 10–15 minutos (si se emplea un agonista β_2) o a los 30–45 minutos (si se emplea un anticolinérgico o combinación de ambos). No es imprescindible el uso de cámara espaciadora, pero sí aumenta la fracción de fármaco que llega al pulmón (al no tener que coordinar la inhalación con el puff del aparato) y además facilita la higiene de la prueba (los inhaladores no son cómodos de limpiar de un paciente a otro, y en cambio la limpieza de la cámara ya está estandarizada). Si el paciente realiza bien la maniobra inhalatoria, el hecho de usar una cámara espaciadora no influye en la validez de la PBD.

33.- ¿Cuáles son complicaciones de la espirometría?

- a) Las enfermedades nosocomiales.
- b) El síncope.
- c) El aumento de la presión intracraneal.
- d) Todas las respuestas son correctas.**

Las complicaciones posibles en la realización de una espirometría son: • Mareo e incluso síncope: Por aumento de presión intratorácica, que disminuye el retorno venoso y por tanto la precarga; • Accesos de tos; • Broncoespasmo; • Aumento de presión intraocular: Especialmente peligroso en pacientes diagnosticados de glaucoma; • Aumento de presión intracraneal; • Incontinencia urinaria; • Descompensación de patologías inestables: Neumotórax, ángor, desprendimiento de retina, asma, cirugía torácica o abdominal recientes.

34.- La práctica de técnicas de cirugía menor en el mundo de la atención familiar y comunitaria implica una serie de beneficios para el usuario. Uno no lo es ...

- a) La población está familiarizada con su centro de salud, por lo que les es fácil y cómodo acceder al mismo.
- b) El usuario conoce a los profesionales que le van tratar en su proceso quirúrgico, disminuyendo así la ansiedad que precede a todo tipo de intervención por mínima que esta sea.
- c) Alivia las listas de espera en otros niveles de atención.
- d) Disminuye la necesidad de personal muy especializado en el ámbito hospitalario.**

La resolución de patologías mediante la aplicación de técnicas de CM en AP aporta importantes ventajas a los usuarios, a los profesionales y al propio sistema sanitario:

- Los usuarios obtienen un tratamiento adecuado a sus necesidades en un ambiente más accesible, con muy pocas demoras y sin desplazamientos innecesarios.
- Los profesionales sanitarios de AP suelen percibir esta actividad como un factor de motivación profesional gracias a su mayor capacidad resolutoria, al refuerzo de su relación con los pacientes y a la diversificación de su práctica diaria.
- Para el sistema sanitario, el buen resultado de esta cirugía, con menor coste que los tratamientos hospitalarios, la convierte en una prestación sanitaria de eficiencia contrastada, aliviando la presión y listas de espera en otros niveles de atención.

35.- 3.- Hay que comenzar de forma prioritaria la RCP básica:

- a) antes del minuto 5
- b) antes del minuto 4
- c) antes del minuto 8
- d) lo más pronto posible**

Es de vital importancia actuar rápidamente, porque cada minuto que transcurre sin realizar la RCP la probabilidad de sobrevivir disminuye. Se estima que a partir de los 10 minutos es prácticamente imposible revertir la situación y la persona fallece. El tiempo medio de llegada de la asistencia sanitaria en España es de 12 minutos de ahí lo fundamental que es la actuación inmediata de los testigos.

36.- El concepto de cirugía menor podemos encuadrarlo dentro de la cirugía en el ...

- a) Nivel I.
- b) Nivel II.
- c) Nivel III.**
- d) Nivel IV.

La CM es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja complejidad, que habitualmente no requieren reanimación postoperatoria, que se practican en régimen ambulatorio en pacientes sin problemas médicos coexistentes de riesgo, habitualmente con anestesia local o troncular, con un período mínimo de observación postoperatoria.

10

37.- Antes de comenzar cualquier procedimiento quirúrgico deberemos tener en cuenta a una serie de puntos clave para que la intervención sea lo más segura posible. Uno de los siguientes es falso ...

- a) No intervenir si el diagnóstico o las opciones de tratamiento no están claras.
- b) Si la patología es sospechosa de malignidad se deberán remitir muestras a anatomía patológica.
- c) Identificar la topografía de la zona.**
- d) Información al paciente y obtención de su consentimiento.

No deberán ser asumidos en AP los siguientes supuestos:

- Cuando las lesiones sobrepasen la epidermis en zonas anatómicas de alto riesgo (región parotídea, arco zigomático, región retroauricular, borde interno del codo, cara anterior del codo, cara ventral de la muñeca, párpados, etc...)
- Antecedentes de alergia a los anestésicos locales utilizados habitualmente. - Sospecha de malignidad de la lesión.
- Antecedentes de cicatrices queloides.
- Existencia de coagulopatías.
- Etc

38.- En cuanto a la infraestructura mínima en una sala de cirugía menor, es aconsejable disponer de un equipado como mínimo de ...

- a) Mesa para equipos informáticos, que dispondrá de ruedas y altura ajustable.
- b) Fuente de luz fría.
- c) Camilla, que es recomendable que sea articulada y automática.
- d) Lavabo con grifo termostático y monomando.**

En realidad puede realizarse en cualquier espacio limpio (consulta médica, de enfermería, de curas...) siempre que se garantice la existencia de dos pequeñas áreas estériles (el campo quirúrgico donde se interviene, y una superficie para la exposición del instrumental) y además reúna las siguientes condiciones mínimas:

- camilla
- fuente de luz dirijible
- superficie auxiliar para colocación de material estéril
- asiento
- lavabo y agua corriente
- contenedor para la eliminación de productos contaminados biológicamente.

39.- Las hojas de bisturí para el mango numero 3 mas frecuentes en cirugía menor son ...

- a) Números 11 y 14
- b) Números 11 y 22
- c) Números 11 y 15**
- d) Números 15 y 22

Existen distintos números de hojas de bisturí y la elección de las mismas depende de la función que se deba realizar con dicha hoja. Las hojas de bisturí mapas utilizadas son las desechables, las cuales se montan sobre un mango reutilizable y una vez utilizadas, se descartan definitivamente. Los mangos de bisturí generalmente son de latón y las hojas de bisturí están confeccionadas de carbono o acero. Los tamaños o las formas de las hojas de bisturí son variables y además los mangos vienen de diferentes anchos y longitudes.

Existen muchos números y tipos más de hojas de bisturí, algunas cuentan con formas y angulaciones y tienen por objetivo es cumplir finalidades muy puntuales. Entre estas hojas de bisturí se destacan las hojas Beaver. Este tipo de hojas encajan en mangos universales, los cuales son especiales. Los mangos son ligeramente corrugados o con muchos surcos de sujeción y son igualmente numerados del 1 al 15, siendo los más usados los No 3 (también denominado Bard-Parker o estándar), No 4 y No 7. Los mangos de hoja intercambiable son metálicos pero existen de desechables de material plástico. Mangos de bisturí : los mas usados son los mangos planos tipo Bard-Parker .El estándar en cirugía menor, el número 3, para hojas de los números de 11 al 15. Existen bisturíes desechables (hoja bisturí normal y mango plástico).

40.- Otros tipos de material para suturas, diferentes del hilo y usados en cirugía menor, pueden ser ...

- a) Ácido poliglicólico
- b) Poliglactin
- c) Pegamento tisular
- d) poliprolineno**

Los Tipos de hilo de sutura recomendados en CM pueden ser No reabsorbibles: Para suturas cutáneas o mucosas que vayan a ser retiradas y para fijación de drenajes a piel, y tenemos las sintéticas como Polipropileno.

41.- La rutina que consistente en lavado de manos con jabón quirúrgico frotando todas sus superficies al menos tres veces en un periodo de dos minutos, haciendo hincapié en pliegues interdigitales y uñas, recibe el nombre de ...

- a) Surliffe
- b) Ayliffe
- c) Survible
- d) Todas son falsas**

Es la definición de unos de los tipos de lavado de manos...

42.- Alguna de las siguientes es una de las ventajas del uso de vasoconstrictores en anestesia local ...

- a) Limita la duración del efecto anestésico.
- b) Disminuye la velocidad de absorción y la dosis máxima de anestésico.
- c) Reduce el sangrado del campo quirúrgico.
- d) Solo a y b son ciertas.**

El agente anestésico se infiltra extravascularmente en los tejidos cutáneo y sub- cutáneo de la zona a intervenir mediante varias inyecciones. Actúa inhibiendo la excitación de las terminaciones nerviosas. Podemos usar anestésico con vasoconstrictor (adrenalina 1:100.000) en aquellos procesos que sean muy sangrantes, teniendo en cuenta que en este caso el inicio del efecto es más lento pero también más prolongado. Su empleo estaría contraindicado en dedos, nariz, oreja, pene y aquellas zonas cutáneas

marginales con riesgo de necrosis.

43.- Los más utilizados, por ser bastantes seguros y poco tóxicos, entre los anestésicos locales son ...

- a) Esteres.
- b) Amidas.**
- c) Amidotiofeno.
- d) Vasoconstrictores

Se suelen utilizar anestésicos del tipo aminoamidas por su menor potencialidad alérgica.

44.- La crema EMLA se puede aplicar con apósito oclusivo de plástico durante minutos antes del procedimiento quirúrgico ...

- a) 10-20
- b) 30-45
- c) 45-90**
- d) 90-120

12

La crema EMLA (mezcla de lidocaína 2'5% y prilocaína 2'5%) aplicada con un apósito oclusivo plástico 45-90 minutos antes del procedimiento, resulta eficaz para intervenir directamente sobre pequeñas áreas de piel (inferiores a 5x5 cm).

45.- La infiltración de anestésico local en la proximidad de un tronco nervioso para insensibilizar un territorio de distribución distal se denomina ...

- a) Anestesia por infiltración.
- b) Anestesia tópica o topográfica.
- c) Anestesia locorregional.**
- d) Todas son ciertas.

Se inyecta el anestésico en algún punto del trayecto del nervio cutáneo que inerva la zona. Tiene la ventaja de que disminuye la tumefacción de la zona y el efecto es más duradero, pero por el contrario puede producirse un daño neural directo y el efecto anestésico se tarda más tiempo en alcanzar.

Este método se utiliza en los bloqueos digitales: Se infiltra anestésico sin vasoconstrictor mediante una aguja fina en la cara lateral de la falange proximal del dedo, llegando al periostio e infiltrando primero el plano profundo, repitiendo el proceso en la otra cara del dedo. En este caso el efecto tarda 10-15 min.

46.- Uno de los siguientes es un principio general de la técnica quirúrgica en cirugía menor ...

- a) Intentaremos utilizar una técnica más atraumática posible, manipulando cuidadosamente los tejidos y no eliminando restos necróticos.
- b) Deben de realizarse disecciones romas cuidadosas, evitando cortes en la piel sin visión directa de la zona, utilizar material adecuado según las regiones que tratemos.
- c) La hemostasia cuidadosa es fundamental pues la sangre en el campo quirúrgico actúa de caldo de cultivo bacteriano, corriendo riesgo de infección postoperatoria, la mayoría de los sangrados no se controlan con presión digital durante algunos minutos.
- d) Para facilitar la cicatrización se debe de diseñar las incisiones teniendo en cuenta las líneas de Rodius de máxima tensión cutánea.

Hemos de basarnos en una serie de premisas:

No intervenir si no conocemos el diagnóstico o la técnica realizar.

Supeditar la técnica quirúrgica al tipo de lesión que vamos a tratar.

Evitar utilizar técnicas quirúrgicas destructivas ante lesiones de las cuales desconocemos su diagnóstico previo. Informar al paciente. Y obtener el consentimiento expreso.

47.- Entre los siguientes, una no es una técnica de hemostasia ...

a) Presión externa con los dedos.

- b) Mediante pinzas de mosquito o hemostasia.
- c) Ligadura de los vasos con punto colchonero.
- d) Electrocoagulación.

La presión externa con los dedos no es considerada como tal como una técnica de hemostasia, si no más bien una medida para intentar disminuir hemorragias de escasa cantidad.

48.- Para el tratamiento de heridas en manos o cara se debe de intentar siempre un/a “ “ _ para preservar mejor la forma y función del área afectada ...**a) Sutura continua**

- b) Cierre primario
- c) Cierre secundario
- d) Sutura adhesiva

La sutura continua permite realizar una sutura sin atravesar la piel, evitando las cicatrices por "marcas de puntos" y proporcionando un resultado estético óptimo. Se realiza pasando la sutura por la dermis en sentido horizontal, a lo largo de toda la herida; en los extremos la sutura puede salir fuera de la piel (sutura intradérmica extraíble), en cuyo caso se realiza con material irreabsorbible monofilamento (p. ej., Prolene®) o anudarse en el interior de la herida (sutura intradérmica no extraíble), en cuyo caso se realiza con material reabsorbible. En esta sutura el material multifilamento, como la seda, está contraindicado, puesto que sería muy difícil retirar el material de sutura. Se emplea en heridas donde va a ser preciso mantener mucho tiempo la sutura (más de 15 días) y no está indicada cuando exista tensión en la herida

49.- El acumulo de pus que aparece bien en cavidades ya establecidas, por abcesificación de un quiste epidérmico, o en cavidades producidas por la propia destrucción infecciosa de los tejidos, recibe el nombre de ...

- a) Celulitis de Fournier.
- b) Celulitis de Hasimoto.
- c) Abceso dérmico.**
- d) Quiste de Neuman

Consiste en la aparición de una colección líquida bajo la sutura. Ocurre cuando se han dejado cavidades o espacios muertos. Se debe eliminar el punto y realizar compresión de la piel para drenar el contenido. La acumulación de sangre entre la lámina y el lecho es la responsable del intenso dolor, que se reducirá significativamente tras su evacuación y es una de las complicaciones menores de la CM.

50.- La técnica indicada para el tratamiento de un nevus es ...

- a) La escisión fusiforme alrededor de la lesión dejando un margen mínimo de 2cm de piel sana en todo su contorno y llegando hasta la hipodermis.
- b) La escisión fusiforme alrededor de la lesión dejando un margen mínimo de 2mm de piel sana en todo su contorno y sin llegar hasta la hipodermis.
- c) La escisión tangencial alrededor de la lesión dejando un margen mínimo de 2mm de piel sana en todo su contorno y llegando hasta la hipodermis.
- d) La escisión fusiforme alrededor de la lesión dejando un margen mínimo de 2mm de piel sana en todo su contorno y llegando hasta la hipodermis.

Cada vez con mayor frecuencia los pacientes solicitan la exéresis de NM clínicamente benignos por motivos estéticos. Cada caso requiere una evaluación individualizada, y se debe emplear el tratamiento quirúrgico más adecuado para que el resultado final sea óptimo. La exéresis quirúrgica en huso es el tratamiento de elección de las lesiones pigmentarias en las que existen dudas diagnósticas, de los NM atípicos y de los

NMCG. En los NMCG puede efectuarse la exéresis por tiempos, con exéresis parciales en huso cada cierto tiempo, hasta conseguir la exéresis total o utilizar los expansores tisulares para ganar tejido. El rebanado de la parte sobresaliente del nevus es una técnica que puede utilizarse en el caso de NM intradérmicos. Con ella pueden obtenerse buenos resultados estéticos, aunque a veces son solo temporales porque la lesión recidiva parcialmente.

51.- Con respecto a la queratosis actínica, es falso que ...

- a) Son lesiones escamosas, solitarias o múltiples, delimitadas y ásperas al tacto, que si se intentan desprender dejan una erosión sangrante.**
- b) Se presentan en la piel de los adultos expuesta al sol.
- c) También se conoce como queratitis senil o solar.
- d) Un 20% evolucionan a epitelomas espinocelulares.

La queratosis actínica es un parche grueso y escamoso en la piel, que se desarrolla después de muchos años de exposición al sol. Comúnmente se encuentra en el rostro, los labios, las orejas, el dorso de las manos, los antebrazos, el cuero cabelludo o el cuello.

Conocida también como queratosis solar, la queratosis actínica avanza lentamente y por lo general no causa signos ni síntomas, a excepción de un parche o una mancha pequeña en la piel. Estos parches tardan años en desarrollarse y suelen presentarse por primera vez en personas mayores de 40 años. Un pequeño porcentaje de lesiones de queratosis actínica se pueden convertir eventualmente en cáncer de piel. Para reducir el riesgo de queratosis actínica, minimiza tu exposición al sol y protege la piel de los rayos UV.

52.- Para el tratamiento de la queratosis seborreica está indicada la ...

- a) Escisión fusiforme.
- b) Disección roma.
- c) Escisión tangencial.**
- d) Todas son correctas.

Se trata de una técnica rápida y sencilla indicada en las lesiones sobreelevadas o excrecentes de pequeño tamaño como: queratosis seborreicas, acrocordones, moluscum contagiosum y verrugas filiformes.

Técnica

1. Estabilizar la piel con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante y en dirección perpendicular a las líneas de tensión cutánea.
2. Realizar corte perpendicular a la base de la lesión y paralelo a la piel (afeitado), eliminando sólo las capas superficiales de la piel.

53.- Las tumoraciones lisas, redondeadas, móviles y bien definidas que pueden estar adheridas al tejido circundante, se denominan ...

- a) Quistes primarios.
- b) Quistes epidérmicos.**
- c) Quistes de Rosaleny.
- d) Quistes secundarios.

El Quiste epidérmico, también mal llamado “quiste sebáceo” (no es un quiste de grasa, sino de queratina), es un quiste subcutáneo firme, lleno de queratina, originado en la epidermis, la mayoría de veces desde un folículo piloso. Los hallazgos cutáneos consisten en nódulos quísticos firmes, habitualmente subcutáneos, con forma de cúpula, de color amarillento pálido y tamaño entre 0,5 y 5,0 cm. Son algo móviles, pero se encuentran adheridos a la piel suprayacente a través de un punto pequeño que muchas veces tiene el aspecto de un punto negro; este punto representa el folículo a partir del cual se desarrolló el quiste. Los quistes epidérmicos inflamados aparecen calientes, rojos y tumefactos, y dolorosos a la palpación. Los

forúnculos tienen un aspecto similar. Es frecuente que el material purulento estéril y los restos de queratina alcancen la superficie y frenen a través de ella.

54- Un tumor formado por células de tejido adiposo aumentadas de tamaño, de crecimiento lento y por lo general esférico o redondeado, aunque puede ser también pedunculados o vellosos, será un ...

- a) **Quiste sebáceo.**
- b) Lipoma.
- c) Quiste epidermoide.
- d) Ganglion.

Los quistes sebáceos, son quistes de tipo benigno que crecen lentamente y contienen un material sebáceo de origen folicular (el folículo piloso es la estructura situada en la profundidad de la piel desde donde crece el pelo, y contiene glándulas sebáceas que segregan sebo para lubricar el pelo). Suelen localizarse en el cuero cabelludo, aunque también son típicos de la espalda, cara, escroto... Su tamaño es muy variable, desde pocos milímetros hasta grandes como una pelota. Si se dejan, suelen ir creciendo poco a poco hasta alcanzar tamaños importantes, aunque no todos se comportan así. El diagnóstico es fácil, ya que son pequeñas protuberancias bajo la piel, de movilidad fácil al manipularlos y de consistencia elástica, aunque firme. No suelen dar problemas salvo que se infecten. Los datos que indican que puede estar infectado son: enrojecimiento, dolor a la presión y calor al palpar el quiste.

15

55.- El tratamiento de elección de la verruga vulgar es ...

- a) Electroterapia
- b) Curetaje.
- c) Tratamiento farmacológico.
- d) **Crioterapia.**

La crioterapia (destrucción de lesiones cutáneas mediante su congelación brusca) supone un tratamiento eficaz y sencillo que no precisa anestesia ni suturas, indicado en lesiones benignas superficiales como verrugas, moluscum contagiosum, pequeños acrocordones y queratosis seborreicas. Al no obtenerse espécimen para examen histológico debe evitarse siempre que exista duda de malignidad en la lesión a tratar.

56.- La avulsión de la lamina ungueal, consiste en la separación y extracción parcial o completa de la uña, es el tratamiento de ...

- a) Paroniquia.
- b) **Onicofagia.**
- c) Uña encarnada.
- d) Hematoma subungueal.

La Avulsión ungueal es la separación de la lámina ungueal de su lecho y su extirpación completa estará indicada en las onicomycosis extensas sin respuesta a terapia antifúngica, en las deformidades ungueales excesivas (onicogriposis) y en los arrancamientos traumáticos incompletos.

57.- El tratamiento del frenillo corto del pene esta indicado cuando ...

- a) Interfiere los movimientos prepuciales.
- b) Cuando hay un desgarro
- c) Nunca con anestesia local.
- d) **Solo a y b son ciertas.**

El frenillo es la cuerda cutánea ventral del pene, principal encargada de limitar la posición del prepucio retirado. Su función es la de hacer posible el retraer la piel del prepucio por encima del glande, para poder dejarlo al descubierto por completo, por ello, está unido al prepucio.

Es una fina tira de piel, hecha de un tejido muy elástico, que tiene forma de “V”, y que se sitúa justo por debajo del glande. Cuando esta “cuerda” tiene una longitud reducida, hablamos de que se tiene el frenillo corto. El tener el frenillo demasiado corto puede conllevar una serie de riesgos como que se produzcan desgarros o el aumento de la probabilidad de infecciones en la zona, comúnmente “balanitis”, debido a la dificultad de poder realizar una correcta higiene en la zona. Su solución principal es la intervención quirúrgica. Aunque existen ejercicios que podrían aumentar la flexibilidad de la zona, sus resultados no suelen ser muy efectivos y de ninguna manera pueden reparar casos de frenillos muy cortos. Por tanto, su solución más efectiva es la intervención quirúrgica.

58.- El desgarrado adquirido del lóbulo de oreja producido por un traumatismo agudo o crónico relacionado con el uso de pendientes se tratará mediante ...

- a) Escisión simple de los márgenes de fisura y cicatrización por segunda intención sin conservar del orificio del pendiente.
- b) Escisión tangencial de los márgenes de fisura y sutura de los bordes refrescados conservando el orificio del pendiente.
- c) Escisión fusiforme de los márgenes de fisura y sutura de los bordes refrescados sin preservación del orificio del pendiente.
- d) Escisión simple de los márgenes de fisura y sutura de los bordes refrescados con o sin preservación del orificio del pendiente.**

El desgarrado del lóbulo de la oreja suele producirse por un traumatismo agudo ó crónico relacionado con el uso de pendientes. También se han señalado algunos factores predisponentes, como pueden ser: las infecciones repetidas, la reacción alérgica causada por el material de los pendientes, un agujero de localización baja, el grosor del lóbulo (grosos menores de 4 mm. tienen una mayor probabilidad de desgarrado), y la edad avanzada del paciente. En cualquier caso la indicación de cirugía correctora es estética y debe individualizarse.

1. Incisión. Varía según el tipo:

a) Desgarrado incompleto. Se realiza refrescamiento de los bordes, mediante escisión simple, utilizando pinza de disección y bisturí. Cuando el desgarrado es amplio, presentando un pequeño puente de tejido remanente en la parte inferior del lóbulo, se secciona y se corrige como los desgarrados completos.

b) Desgarrado completo. Se realiza una escisión en forma de V invertida para refrescamiento de los bordes, con bisturí ó tijera recta, despegando posteriormente los bordes de la piel 1 ó 2 mm. en ambos lados para prevenir “la muesca” en el borde inferior del lóbulo.

2. Para finalizar se sutura el lóbulo por su cara anterior y posterior en direcciones perpendiculares. Con esta técnica no se conserva el agujero del pendiente, que deberá ser reperforado.

59.- La tumoración quística de contenido trasparente y gelatinoso que se origina a partir de una vaina tendinosa, con mayor frecuencia en el dorso de la muñeca, el nombre de ...

- a) Quiste fibrinoide.
- b) Ganglión.**
- c) Tunel carpiano.
- d) Fascitis plantar.

Los quistes ganglionares son bultos no cancerosos (benignos) que con frecuencia se forman a lo largo de los tendones o de las articulaciones de las muñecas o de las manos. También pueden aparecer en los tobillos y en los pies. Por lo general, los quistes ganglionares son redondos u ovalados y están llenos de un líquido gelatinoso.

60.- No se realizará derivación a atención especializada cuando ...

- a) Sospecha de lesión maligna.
- b) Posible alergia a anestésicos locales.
- c) Cicatriz queloide previa.
- d) Para la obtención de su consentimiento informado.**

Para la obtención del CI no es necesario la derivación a la AE, si en el resto de casos porque son motivos de derivación al segundo nivel de atención (especializada).

61.- Una proliferación epitelial de crecimiento rápido y etiología desconocida que aparece inicialmente como una pápula transformándose en un nódulo en forma de cúpula con un cráter central queratósico es

...

- a) Un epitelioma espinocelular.
- b) Un queratoacantoma.
- c) Un epitelioma basocelular.
- d) Un molusco contagioso.**

Los signos y síntomas de molusco contagioso comprenden erupciones en la piel con las siguientes características:

- Tienen relieve, son redondas y del color de la piel
- Son pequeñas, normalmente tienen menos de 1/4 de pulgada (menos de 6 mm) de diámetro
- Tienen un pequeño hueco (forma umbilicada) o un punto en la parte superior cerca del centro
- Pueden enrojecerse e inflamarse
- Pueden causar picazón
- Se pueden desprender fácilmente si uno se rasca o frota, y eso puede hacer que el virus se transmita a zonas de la piel adyacentes
- Por lo general, aparecen en la cara, el cuello, las axilas y la parte superior de las manos en los niños
- Pueden aparecer en los genitales, en la parte inferior del abdomen y en la parte superior interna de los muslos en los adultos si la infección fue de transmisión sexual

62.- Las arañas vasculares se tratan mediante ...

- a) Crioterapia sobre el punto central de la araña vascular.
- b) Escisión tangencial del punto central de la araña vascular.
- c) Electrobisturí sobre el punto central de la araña vascular.**
- d) Quimiocoagulación con nitrato de plata del punto central de la araña vascular.

La escleroterapia de varices se realiza mediante la aplicación del láser. Tiene como objetivo reducir el tiempo de tratamiento y eliminar los vasos más pequeños. El haz de láser tiene una especial afinidad por lesiones de color rojizo azuladas, produciendo un mínimo daño en el tejido adyacente.

La técnica está indicada en lesiones vasculares de diverso tipo como telangiectasias, angiomas estelares y varículas de cualquier localización. En cualquier caso, el tratamiento se basa en la eliminación o bloqueo del paso de sangre por los vasos alterados.

La unidad de electrocirugía, o electrobisturí, es un dispositivo médico que utiliza fenómenos eléctricos para producir calor; su objetivo es coagular, fulgurar, desecar o cortar tejidos, dependiendo de los parámetros establecidos. La producción de calor se logra a través del paso de una corriente eléctrica oscilatoria, concentrada en un área pequeña. Mientras más pequeño sea el espacio en el que fluye la corriente, mayor será la densidad de energía en este punto, lo que ocasiona temperaturas cada vez mayores.

63.- La secuencia ordenada correcta de valoración, ante un paciente posiblemente lesionado será:

- a) pulso, respiración,
- b) consciencia, respiración,**
- c) respiración, circulación, consciencia
- d) es indiferente

Reconocer la PCR inmediatamente y se debe valorar:

- Nivel de consciencia. Comprobar la respuesta de la víctima
- Ausencia de respiración o respiración ineficaz

64.- Previamente a valorar si el enfermo ventila, hay que:

- a) comprobar si está consciente o inconsciente.
- b) abrir la vía aérea
- c) comprobar si esta en parada cardiaca
- d) a y b son correctas**

Es la secuencia establecida ante una PCR para comprobar la ventilación del enfermo.

Soporte vital básico:

Incluye un conjunto de actuaciones con las que se persigue: 1) el mantenimiento de una vía aérea permeable y adecuada; 2) una respiración efectiva y que conduzca a un intercambio gaseoso adecuado; 3) el restablecimiento de la circulación sanguínea.

65.- El ciclo habitual de respiraciones y compresiones en la RCP del adulto será de:

- a) 5 compresiones por cada ventilación
- b) 15 compresiones por 2 ventilación
- c) 30 compresiones por 2 ventilaciones**
- d) 30 ventilaciones por 2 compresiones

Iniciar RCP en relación 30 compresiones torácicas/ 2 ventilaciones: las compresiones deben tener una velocidad de 100-120 por minuto y al realizar las ventilaciones, debe suspender las compresiones.

66.- Es un signo de muerte precoz:

- a) livor mortis
- b) rigor mortis
- c) midriasis**
- d) todas son correctas

Los signos que muestran se ha producido la muerte (signos precoces)son:

- Sin respiración por un largo período de tiempo.
- Sin latidos del corazón.
- Los ojos fijos y ligeramente abiertos, con pupilas dilatadas(midriasis)
- Mandíbula relajada, con la boca ligeramente abierta.

67.- Se aplicara la RCP cuando estemos en el minuto 15 ante una situación especial:

- a) ahogamientos por inmersión
- b) niños
- c) intoxicación por opiáceos
- d) todas son correctas**

La FINALIZACIÓN DE LA MANIOBRAS DE RCP:

1. Recuperación de ritmo cardiaco eficaz y respiración espontánea. En este momento se deben iniciar los cuidados postresucitación en una unidad de cuidados intensivos, durante 24 horas, por lo menos.
2. En caso de que se compruebe la existencia de alguna contraindicación, de las previamente descritas, de RCP.
3. Cuando se considera, por parte del médico responsable de las actuaciones de RCP, que la PCR es irreversible, esto es, cuando se confirma que el paciente continúa en PCR con asistolia después de 15 minutos de maniobras correctamente aplicadas y continuadas de RCP avanzada, excepto en los casos de hipotermia, en los que habrá que mantener la RCP hasta que se haya alcanzado una temperatura corporal central de más de 35o C.

4. Agotamiento del reanimador, generalmente cuando un único reanimador lleva a cabo una RCP prolongada.

68.- Lo más importante, prioritario y principal que hacer cuando determinamos una situación de PCR en ambientes no sanitarios (la calle) será:

- a) iniciar antes del minuto 4 maniobras de RCP básica
- b) iniciar antes del minuto 8 una RCP avanzada – desfibrilación.
- c) desfibrilar para eliminar la PCR
- d) pedir ayuda**

Es de vital importancia actuar rápidamente, porque cada minuto que transcurre sin realizar la RCP la probabilidad de sobrevivir disminuye. Se estima que a partir de los 10 minutos es prácticamente imposible revertir la situación y la persona fallece. El tiempo medio de llegada de la asistencia sanitaria en España es de 12 minutos de ahí lo fundamental que es la actuación inmediata de los testigos.

19

69.- Paciente que responde, no respira y tiene pulso; nos encontramos ante una situación de:

- a) parada cardiorrespiratoria**
- b) parada respiratoria
- c) inconsciencia
- d) todas son posibles

- PCR: situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardiocirculatoria espontáneas, no siendo resultado de la evolución natural de una enfermedad crónica avanzada o incurable, o del envejecimiento biológico.

70.- Ante un paciente en situación de PCR, que además presenta una hemorragia, lo más importante será:

- a) detener la hemorragia en primer lugar
- b) iniciar maniobras de RCP básica**
- c) protegerse de infecciones transmisibles aunque retrasemos unos minutos el protocolo
- d) todas son correctas

Independientemente de otras situaciones clínicas que presente el individuo hay que iniciar la RCP de la forma más precoz posible ya que puede tratarse de una situación inesperada pero potencialmente reversible si se actúa con celeridad y eficacia. De lo contrario la persona fallecerá o quedará con secuelas ya que en este estado las células del cerebro mueren muy rápido al ser muy sensibles a la falta de oxígeno. Es una situación muy grave y las estadísticas en España (estudio OHSCAR) dicen que solo un 11% de las personas reanimadas lo hacen sin secuelas.

71.- Está contraindicado reanimar a una persona en situación de PCR:

- a) cuando tal parada sea consecuencia de una enfermedad terminal
- b) cuando hayan transcurrido más de 10 minutos desde que se diagnosticó la PCR
- c) cuando hay riesgo para el reanimador o para otros heridos
- d) todas son correctas**

Las CONTRAINDICACIONES DE RCP:

1. Cuando la PCR se deba a la evolución de una enfermedad irreversible.
2. Cuando la parada cardíaca lleve más de 10 minutos de evolución, ya que la probabilidad de que se hayan producido secuelas cerebrales irreversibles es muy alta. Excepciones a esta norma la constituyen la PCR debida a hipotermia, ahogamiento e intoxicación por barbitúricos.
3. Presencia de signos francos de muerte biológica (rigidez, livideces, etc). La midriasis pupilar aislada no contraindica la RCP.
4. Otros...

72.- Abriremos las vías aéreas de una persona en parada respiratoria:

- a) maniobra frente-cuello
- b) maniobra frente-mentón
- c) triple maniobra modificada
- d) todas son correctas**

Todas se consideran maniobras para abrir la vía aérea, dependerá de la circunstancias de la persona y la situación general par elegir una u otra.

73.- La dotación mínima de personal para realizar una RCP básica es:

- a) 2 personas
- b) 3 personas
- c) 1 persona**
- d) las máximas posibles

Con 1 persona ya se puede iniciar la RCP, aunque es sabido que con 2 personas la RCP será más efectiva.

74.- La realización de maniobras de reanimación sin aparatajes ni ayudas externas se denomina:

- a) soporte vital básico**
- b) soporte vital avanzado
- c) soporte vital optimizado
- d) a y c son correctas

El SBV está constituido por las medidas de reanimación que cualquier persona que atiende inicialmente a un afectado de PCR ha de iniciar para sustituir, aunque sea de manera precaria, las funciones vitales, en espera de la llegada del equipo sanitario cualificado. Característica fundamental de esta fase es la rapidez con que se aplique este soporte vital básico, de modo que, conforme más tiempo se demore, las tasas de supervivencia serán menores.

75.- Cuanto tiempo como máximo debe durar la valoración del paciente ante sospecha de PCR:

- a) 5 segundos**
- b) 15 segundos
- c) 10 segundos
- d) 1 minuto

En esta posición se debe comprobar la ausencia de respiración y la presencia de pulso central durante un espacio de tiempo de 5 segundos, tras lo cual se iniciará la ventilación artificial boca a boca, obstruyendo la nariz del paciente con los dedos índice y pulgar, y realizando insuflaciones con aire espirado de unos 2 segundos de duración cada una y a un ritmo aproximado de 10-12 respiraciones por minuto.

76.- Las insuflaciones en la ventilación de la RCP serán:

- a) rápidas (cada medio segundo) y profundas
- b) suaves y superficiales
- c) rápidas (cada medio segundo) y superficiales
- d) lentas (cada 1-1,5 segundos, suaves y profundas).**

La ventilación artificial boca a boca, obstruyendo la nariz del paciente con los dedos índice y pulgar, y realizando insuflaciones con aire espirado de unos 2 segundos de duración cada una y a un ritmo aproximado de 10-12 respiraciones por minuto. Para comprobar la eficacia de las insuflaciones se observará el movimiento de la caja torácica. También se ha de comprobar, cada 10 respiraciones, que continúa existiendo pulso carotídeo, debiéndose añadir masaje cardiaco externo en caso de parada cardiaca.

77.- Ante un paciente que se encuentra en situación de: consciente, respira y tiene pulso, nuestra actuación será:

- a) colocarlo en PLS
- b) trasladarlo urgentemente a centro de atención de urgencias
- c) no movilizarlo si ello es posible, y pedir ayuda
- d) ninguna de las anteriores

Con la posición lateral de seguridad (o posición de recuperación) se evita esta situación ya que el cuello queda en hiperextensión y la lengua no puede bloquear las vías. Además, esta postura es la idónea si la persona vomita, ya que así no se traga el vómito y se evitan problemas por broncoaspiración (que el vómito pase a los pulmones).

Los pasos para realizarla son:

1. Con la persona boca arriba, totalmente estirada, colócate de rodillas junto a un costado
2. Estira hacia arriba el brazo más cercano a ti o colócalo doblado a 90º
3. Colócale el otro brazo sobre su pecho con su mano en la mejilla
4. Coge del hombro y de la rodilla más alejada y tracciona hacia ti hasta apoyar su rodilla en el suelo.
5. Colócale la mano bajo la cabeza y realiza una pequeña hiperextensión del cuello

78.- Ante un paciente en situación de PCR, tras pedir ayuda iniciaremos las maniobras de reanimación con:

- a) ventilaciones
- b) compresiones
- c) es indiferente
- d) ninguna es correcta

Soporte vital básico:

Incluye un conjunto de actuaciones con las que se persigue: 1) el mantenimiento de una vía aérea permeable y adecuada; 2) una respiración efectiva y que conduzca a un intercambio gaseoso adecuado; 3) el restablecimiento de la circulación sanguínea.

79.- Ante un paciente con obstrucción de vías aéreas altas, con el cuerpo extraño expuesto a nuestro campo de visión en la boca:

- a) realizaremos compresión cardiaca
- b) realizaremos compresión abdominal o maniobra de Heimlich
- c) lo extraeremos si creemos que podemos, con un dedo en la boca en forma de gancho, y sin empujarlo hacia las vías bajas.
- d) a y b son correctas

Cuando una persona atragantada no puede respirar, tose de forma silenciosa, no puede hablar o emitir sonidos o se agarra el cuello con una o ambas manos en una actitud de angustia, lo que se conoce como signo de obstrucción, nos encontraremos ante una obstrucción grave. En este caso deberemos actuar rápidamente.

Cuando, en esta situación de gravedad, el paciente se encuentra consciente:

Nos colocaremos tras él y le rodearemos con nuestros brazos por encima del ombligo de modo que nuestras manos queden por delante.

Cerraremos una mano en puño y la colocaremos entre el final del esternón y el ombligo con el pulgar para dentro. Sujetaremos el puño con la otra mano y comprimiremos rápido hacia arriba y hacia atrás en el abdomen. Seguiremos haciendo compresiones hasta que el objeto salga, hasta que el atragantado pueda respirar, toser o hablar o hasta que pierda el conocimiento.

Si el atragantado estuviera inconsciente y sin respuesta, deberemos tenderlo en el suelo y comprobar si necesita maniobras de reanimación cardiopulmonar básica, en cuyo caso deberán ser iniciadas las compresiones torácicas y las ventilaciones. Las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica serán explicadas con más detalle en otro tema.

Tras una serie de 30 compresiones torácicas se deberá abrir la vía aérea y extraer cualquier objeto visible en la boca. En cualquier caso debe contactar, o bien usted u otro testigo, con el número de emergencia 112, comunicando lo ocurrido.

80.- El número de compresiones por minuto a realizar, para reanimar a un adulto será de:

- a) 60
- b) 80
- c) 100**
- d) es indiferente

Iniciar RCP en relación 30 compresiones torácicas/ 2 ventilaciones: las compresiones deben tener una velocidad de 100-120 por minuto y al realizar las ventilaciones, debe suspender las compresiones.

81.- A un niño menor de 8 años, las compresiones torácicas se realizarán con:

- a) en principio, con ambas manos
- b) en principio, con una sola mano
- c) siempre con dos dedos
- d) todas son falsas

En el caso de los niños mayores de un año: los pasos son similares a los que seguiríamos con un bebé, excepto que el masaje cardiaco no se dará con los dos pulgares sino con el talón de una mano, en el centro del pecho.

82.-Realizaremos la maniobra de Heimlich cuando estemos ante un paciente que presente:

- a) Ulcus gastroduodenal
- b) Pancreatitis aguda recidivante
- c) Anafilaxia grave
- d) Obstrucción aguda de vías aéreas.**

La Maniobra de Heimlich, llamada Compresión abdominal, es un procedimiento de primeros auxilios para desobstruir el conducto respiratorio, normalmente bloqueado por un trozo de alimento o cualquier otro objeto. Es una técnica efectiva para salvar vidas en caso de asfixia por atragantamiento. La maniobra de Heimlich es llamada así por el Doctor Henry Heimlich, que fue el primero en describirla en 1974.

83.- La adrenalina en PCR la utilizaremos:

- a) cada 1 minuto.
- b) cada 3 minutos**
- c) cada 6 minutos
- d) a y b son correctas

La ADRENALINA es un agente simpaticomimético con acción alfaadrenérgica y betaadrenérgica. Los efectos beneficiosos se atribuyen a su parte alfa-adrenérgica, ya que produce una vasoconstricción sistémica, lo que aumentaría la presión arterial y mejoraría el flujo coronario y cerebral. Es la primera droga usada en la RCP de cualquier etiología, y se puede repetir dosis cada 3-5 minutos

84.- En qué ritmo de parada utilizaremos la atropina:

- a) FV
- b) asistolia**
- c) AESP

- d) actualmente no se aconseja utilizar la atropina como fármaco de primera línea en reanimación, siendo siempre de elección la adrenalina y en su defecto, la amiodarona.

La ATROPINA antagoniza la acción de la acetilcolina en receptores muscarínicos. Por ello bloquea el efecto del nervio vago en el nodo auricular y auriculoventricular, incrementa la frecuencia del nodo sinusal y facilita la conducción del nodo auriculoventricular. Su uso es en asistolia.

85.- La conocida como “hora de oro” en el cuidado de politraumatizados se corresponde con:

- a) **primer pico de mortalidad**
 b) segundo pico de mortalidad
 c) tercer pico de mortalidad
 d) no tiene ninguna relación con la mortalidad

La hora de oro, o también denominada hora dorada, comprende el intervalo de tiempo que abarca desde que tiene lugar un accidente hasta los 60 minutos posteriores. Esos 60 minutos son claves, ya que una intervención rápida y eficiente puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

86.- Lo primero que valoraremos al atender en situación de urgencia a un politraumatizado será:

- a) presencia de heridas múltiples
b) ventilación y vía aérea
 c) hemorragias masivas
 d) situación de consciencia e inconsciencia siempre, en cualquier situación de urgencia o emergencia.

Es la primera regla básica a seguir, pues hay que comprobar primero si respira y como...

87.- La puntuación mínima que puede presentar un paciente tras valoración mediante la escala de coma de Glasgow es:

- a) 3**
 b) 0
 c) 1
 d) 15

Puntuación de la E. Glasgow: : 15 Normal, < 9 Gravedad, 3 Coma profundo. Luego la mínimo es 3.

88.- Diremos que las pupilas de un paciente con TCE son discóricas cuando:

- a) sean puntiformes.
 b) sean desiguales.
c) sean de forma irregular.
 d) Todas son falsas.

La terminología es la siguiente:

- Pupilas discóricas: son aquellas con forma irregular.
- Pupilas isocóricas en el caso de que ambas presentan el mismo tamaño.
- Pupilas anisocóricas si tienen tamaño diferentes
- Si la pupila reacciona a la luz disminuyendo de tamaño se habla de pupila normorreactiva.
- Si la pupila reacciona poco a la luz se habla de pupila hiporreactiva.
- Si la pupila esta dilatada se dice que está en midriasis.
- Si está contraída se dice que está en miosis.

89.- En un paciente con TCE, para conseguir controlar y mantener la PIC (presión intracraneal) en niveles bajos-normales, utilizaremos farmacológicamente (señale la falsa):

- a) manitol.
- b) Furosemida.
- c) Sueros glucosados.
- d) Pentotal.**

El tiopentato de sodio (PENTOTAL) es una droga derivada del ácido barbitúrico, más conocida por el nombre de pentotal sódico, amital sódico o trapanal. Está clasificado como barbitúrico de acción ultracorta porque el efecto hipnótico en pequeñas dosis del fármaco desaparece en pocos minutos.

90.- ¿Cuál de las siguientes medidas en movilización deberá tener en cuenta para prevenir complicaciones en un paciente con TCE?

- a) Evitar la tos.
- b) Evitar estímulos dolorosos.
- c) Evitar estreñimiento.
- d) Todas son ciertas.**

Todas son medidas a tener en cuenta para evitar aumentar la presión y ocasionar complicaciones en un paciente con TCE.

91.- Ante una gran catástrofe, dentro del plan de organización de la zona definiremos y reconoceremos el área de máximo riesgo con las iniciales:

- a) ARIM**
- b) ARSO
- c) ARBA
- d) todas son falsas.

Triage es la categorización de los lesionados basándonos tanto en la urgencia de sus lesiones, como en la POSIBILIDAD DE SUPERVIVENCIA del lesionado.

92.- Conocemos como fase azul de una catástrofe:

- a) La fase temporal de pre-emergencia.
- b) La fase temporal de alerta.
- c) La fase temporal de alarma.
- d) Todas son falsas.**

La fase azul requiere reanimación inmediata y se considera una emergencia vital.

93.- Conocemos como fase roja de una catástrofe:

- a) La fase temporal de emergencia.**
- b) La fase temporal de alerta.

Tabla 1. Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET.

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/ Médicos 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

SET: Sistema español de *triaje*

25

- c) La fase temporal de alarma.
- d) Todas son falsas.

Una tarjeta ROJA (primera prioridad en evacuación) corresponde a:

1. Problema respiratorio no corregible "in situ"
2. Paro cardíaco (presenciado)
3. Hemorragia abundante (más de un litro)
4. Pérdida de consciencia.
5. Heridas penetrantes (torácicas o abdominales)
6. Fracturas graves (pelvis, costillas, vértebras cervicales)

94.- Conocemos como fase verde de una catástrofe:

- a) La fase temporal de pre-emergencia.
- b) La fase temporal de alerta. (menos urgente)**
- c) La fase temporal de alarma.
- d) Todas son falsas.

Una tarjeta VERDE (segunda prioridad en evacuación) corresponde a:

1. Quemaduras de segundo (> 30%) o tercer grado (>10%).
2. Quemaduras complicadas con otras lesiones graves de tejidos blandos o fracturas.
3. Quemaduras de tercer grado que afecten manos, pies o cara
4. Hemorragia de 500 a 1000 cc.
5. Lesiones dorsales con o sin daño de columna.
6. Pacientes conscientes con daño cráneo-encefálico importante.

95.- La actuación sanitaria en grades catástrofes, en su fase inicial y hasta la hora 6 de suceder tal catástrofe, se denomina:

- a) Fase primaria de atención sanitaria.
- b) Fase secundaria de atención sanitaria.
- c) Fase terciaria de atención sanitaria.
- d) Todas son falsas.**

Las clasificaciones basadas en diversos parámetros como son los efectos sobre la comunidad, la causa, la duración del factor desencadenante (cortas o menores de 1 hora , medias hasta 24 horas, y prolongadas de más de 24 horas,), la duración del salvamento, la extensión geográfica, la región (rurales y urbanas), la patología, las facilidades de evacuación, y el número de víctimas. Atendiendo a este ultimo parámetro se

Tabla 3. Niveles de clasificación de la MTS.

Número	Nombre	Color	Tiempo máximo
1	Atención inmediata	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10
3	Urgente	Amarillo	60
4	Normal	Verde	120
5	No urgente	Azul	240

MTS: Manchester System Triage

pueden clasificar en catástrofes de tipo moderado (las que originan entre 25 y 100 víctimas), de tipo medio (entre 100 y 1000 víctimas, de las cuales entre 50 y 250 han debido ser hospitalizadas), y de tipo grave (más de 1000 víctimas, de las que 250 han sido hospitalizadas).

96- La actuación sanitaria en grades catástrofes, en el periodo temporal que ocupa las primeras 24 horas una vez superada la fase inicial, se denomina:

- a) Fase primaria de atención sanitaria.
- b) Fase secundaria de atención sanitaria.
- c) Fase terciaria de atención sanitaria.
- d) Todas son falsas.

Se realiza en la Zona de Impacto. Es una clasificación en función de la necesidad de tratamiento médico inmediato, rápido y sencillo, en el que la primera actividad que se realiza es la de obtener una visión general de la magnitud de la emergencia y la necesidad de recursos extras.

Durante el triage primario se persiguen los siguientes objetivos:

- Hacer una evaluación diagnóstica inicial de los lesionados.
- Prestar auxilio inmediato a los que presenten compromiso vital para la vida del lesionado.
- Clasificar los lesionados de acuerdo con la evaluación inicial de sus lesiones y asignarles una prioridad.
- Trasladar los lesionados al centro de atención y clasificación de heridos más cercanos y/o idóneo.

El triage primario clasifica según la necesidad de tratamiento médico y de traslado al puesto médico avanzado (PMA). Es el primer filtro de lesionados y es fundamental para no bloquear los siguientes niveles de atención

97.- En el triage de campo, dentro de una gran catástrofe, utilizaremos como señalización el color gris ante:

- a) Víctimas fallecidas.
- b) Víctimas con heridas muy graves que comprometen la vida (emergencias).
- c) Víctimas con heridas poco graves.
- d) Víctimas no recuperables pero conscientes, ante las que hay que aplicar cuidados paliativos.**

Consiste en la agrupación de pacientes según criterios de gravedad, en función de una valoración hemodinámica simple y con los mismos criterios cromáticos del modelo tetrapolar, al cual se añade el color Azul/Gris que corresponderá a aquellos pacientes desahuciados o irreversibles en un primer momento, debido a la desproporción existente tanto cuantitativa como cualitativa de los medios de auxilio.

98. En el triage de campo, dentro de una gran catástrofe, utilizaremos como señalización el color rojo ante:

- a) Víctimas fallecidas.
- b) Víctimas con heridas muy graves que comprometen la vida (emergencias).**
- c) Víctimas con heridas poco graves.
- d) Víctimas no recuperables pero conscientes, ante las que hay que aplicar cuidados paliativos.

COLOR ROJO (primera prioridad en evacuación) corresponde a:

- Problema respiratorio no corregible "in situ"
- Paro cardíaco (presenciado)
- Hemorragia abundante (más de un litro)
- Pérdida de consciencia.
- Heridas penetrantes (torácicas o abdominales)
- Fracturas graves (pelvis, costillas, vértebras cervicales)

99.- En el triage de campo, dentro de una gran catástrofe, utilizaremos como señalización el color verde ante:

- a) Víctimas fallecidas.
- b) Víctimas con heridas muy graves que comprometen la vida (emergencias).
- c) Víctimas con heridas poco graves.**
- d) Víctimas no recuperables pero conscientes, ante las que hay que aplicar cuidados paliativos.

Triage tetrapolar: clasificación más utilizada en el primer triage o básico y en el triage avanzado, utilizando los colores para diferenciar a los heridos en función de su gravedad:

- Negro → Exitus
- Rojo → Gravedad extrema
- Amarillo → Gravedad-Urgencia relativa
- Verde → Urgencia leve

100.- En el triage de campo, dentro de una gran catástrofe, utilizaremos como señalización el color negro ante:

- a) Víctimas fallecidas.**
- b) Víctimas con heridas muy graves que comprometen la vida (emergencias).
- c) Víctimas con heridas poco graves.
- d) Víctimas no recuperables pero conscientes, ante las que hay que aplicar cuidados paliativos.

Triage tetrapolar: clasificación más utilizada en el primer triage o básico y en el triage avanzado, utilizando los colores para diferenciar a los heridos en función de su gravedad:

- Negro → Exitus
- Rojo → Gravedad extrema
- Amarillo → Gravedad-Urgencia relativa
- Verde → Urgencia leve

101.- Conocemos como "segundas urgencias":

- a) Situaciones de riesgo vital.
- b) Situaciones urgentes que pueden comprometer la vida aunque no con la presteza de una urgencia vital.**
- c) Urgencias que no deberían comprometer la vida.
- d) Todas son falsas.

Son aquellas urgencias en las que se debe prestar la asistencia en las seis primeras horas.

102.- Conocemos como “primeras urgencias”:

a) Situaciones de riesgo vital.

- b) Situaciones urgentes que pueden comprometer la vida aunque no con la presteza de una urgencia vital.
- c) Urgencias que no deberían comprometer la vida.
- d) Todas son falsas.

Las “primeras urgencias” se definen cómo aquellas en las que se debe actuar en los primeros minutos, o las primerísimas horas.

103.- En atención a catástrofes y dentro de la evacuación de las víctimas, un hospital de segundo escalón se corresponde con:

- a) El hospital más cercano a la catástrofe.
- b) Un hospital cercano pero fuera del área de la catástrofe.
- c) Un hospital lejano al que demorar víctimas con lesiones leves.
- d) Todas son falsas.

104.- En atención a catástrofes y dentro de la evacuación de las víctimas, un hospital de base se corresponde con:

- a) El hospital más cercano a la catástrofe.
- b) **Un hospital cercano pero fuera del área de la catástrofe.**
- c) Un hospital lejano al que demorar víctimas con lesiones leves.
- d) Todas son falsas.

Área Base: esta área se conoce también cómo zona fría, zona de apoyo o zona verde. Es el espacio limítrofe a la zona de socorro y en ella se organizan todos los apoyos disponibles para asistir al salvamento y socorro de las víctimas. La principal función de esta zona es proporcionar apoyo logístico y coordinar y dirigir el operativo necesario para resolver el incidente.

105.- El fenómeno conocido como “ventilación de experiencias”, se refiere a:

- a) Hecho de disminuir el impacto emocional de la catástrofe.
- b) El hecho de facilitar la expresión de sentimientos de las víctimas.
- c) El hecho de no separar miembros de familias para mantener su unidad y que entre ellos se apoyen psicológicamente.
- d) **todas son falsas.**

El objetivo final es la supervivencia al alta hospitalaria con buena función neurológica, que solo logran una minoría de pacientes con restablecimiento de la circulación espontánea. Para maximizar la probabilidad de un buen resultado, los médicos deben proporcionar una buena atención de apoyo (p. ej., controlar la tensión arterial, la temperatura y el ritmo cardíaco) y tratar las condiciones subyacentes, en particular los síndromes coronarios agudos.

La iniciación inmediata de las maniobras de compresión torácica ininterrumpidas y la desfibrilación temprana (cuando está indicada) son fundamentales para el éxito. La rapidez, la eficiencia y la aplicación correcta de la RCP con las mínimas interrupciones posibles determinan los resultados exitosos; una rara excepción es el caso de la hipotermia profunda causada por inmersión en agua fría, en la que puede lograrse una reanimación exitosa incluso después de un tiempo prolongado de paro cardíaco (hasta 60 minutos).

106.- La desfibrilación debe aplicarse en una PCR antes del minuto:

- a) 4
- b) 8
- c) 15
- d) 10

Desfibrilación: taquicardia ventricular (TV) sin pulso y fibrilación ventricular (FV). La desfibrilación cardiaca alcanza su importancia, en base a que los ritmos más frecuentes en el caso de PCR en adultos son la FV y la TVSP, y el tiempo que transcurre desde el momento en que se producen, hasta que desfibrilamos es fundamental para lograr el éxito de la misma. De tal manera, que cuanto más corto sea éste tiempo, mayores serán las probabilidades de éxito.

107.- La curva de Drinker representa:

- a) **La supervivencia global de las paradas cardiorrespiratorias.**
- b) La muerte neuronal en función del minuto transcurrido desde el inicio de la PCR.
- c) La supervivencia global si se aplica la RCP avanzada antes del minuto 10.
- d) Todas son falsas.

La curva de Drinker es la probabilidad de supervivencia de una persona en parada cardiorespiratoria (PCR). Cuando una persona se encuentre en parada cardiorespiratoria, debemos proceder a realizar RCP lo antes posible, ya que cuanto menos tiempo transcurra desde que la persona entra en parada cardiorespiratoria más posibilidades hay de que salga de la parada.

108.- La descarga eléctrica en el choque eléctrico del desfibrilador automático es:

- a) Con 150 J si el desfibrilador es bifásico
- b) Con 360 J si el desfibrilador es monofásico.
- c) 3 choques de 360 J.
- d) **a y b son ciertas.**

Monofásicos: Son los empleados hasta ahora, y aunque son los más utilizados en la actualidad se han dejado de fabricar. Descargan corriente unipolar, es decir una sola dirección del flujo de corriente. La dosis habitualmente empleada en una desfibrilación con este aparato es de 360 joules.

Bifásicos: Descargan corriente que fluye en una dirección positiva durante un tiempo determinado antes de revertirse y fluir en dirección negativa durante los restantes milisegundos de la descarga. Son más eficaces, precisando aproximadamente la mitad de energía que los monofásicos.

109.- Ante lactantes (<12 meses) en PCR, deberemos:

- a) Desfibrilar con el DEA con parches de adultos.
- b) **Desfibrilar con el DEA con parches pediátricos.**
- c) No está recomendado desfibrilar a lactantes.
- d) Todas son falsas.

Las enfermedades cardiacas no tiene edad, por lo tanto, el uso del desfibrilador pueden ser necesario en todo momento y a toda edad. Grupo 1: Lactantes (menores de 1 año) = parche pediátrico

110.- Actualmente se considera el gasping (respiración agónica) como signo de parada cardiorrespiratoria. La siguiente afirmación es:

- a) **Verdadera.**
- b) Falsa.
- c) Aplicable solo a lactantes.
- d) Aplicable solo a adultos.

La presencia de “gasping”, definido como cualquier tipo de respiración anormal, en pacientes con parada cardiaca extrahospitalaria. Se evidencia la significación del “gasping” asociado a la parada cardiaca y su asociación a una mayor supervivencia, dando apoyo a los estudios experimentales en animales que mostraban efectos beneficiosos sobre el intercambio gaseoso, flujo sanguíneo cerebral, presión intracraneal y respuestas hemodinámicas asociados al “gasping”. El término “gasping” se refiere a cualquier respiración anormal, a menudo descrita como roncante, gorgeante, escasa, dificultosa, ruidosa o ruda. Confundir el “gasping” con presencia de respiración, sucede con frecuencia lamentablemente, por lo que ante su detección deberían realizarse compresiones torácicas siempre.

111.- En el adulto, la profundidad a hundir el tórax cuando realicemos las compresiones cardíacas será de:

- a) 5 cm
- b) 8 cm
- c) 4 cm
- d) Todas son falsas.

Las Compresiones Torácicas deben ser realizadas de calidad y con las menores interrupciones posibles, con las siguientes características: profundidad de al menos 5 cm. y no más de 6 cm. en adultos. Permitiendo reexpansión completa del tórax entre 100 a 120 compresiones/min.

112.- Si vamos a realizar una desfibrilación, podremos interrumpir las compresiones cardíacas de la RCP durante un periodo de tiempo no superior a:

- a) 15 segundos.
- b) 10 segundos.
- c) 5 segundos.
- d) Todas son falsas.

No debe retrasarse la Desfibrilación al mismo tiempo que se destaca que es importante realizar RCP mientras se prepara el desfibrilador on el fin de minimizar los tiempos sin compresiones torácicas. Una sola descarga en cada ciclo es suficiente.

113.- En los niños, la profundidad a hundir el tórax cuando realicemos las compresiones cardíacas será de:

- a) 5 cm
- b) 8 cm
- c) 4 cm
- d) Todas son falsas.

Para realizar el masaje cardíaco se debe colocar al niño sobre un plano duro. En el lactante y niño pequeño, es conveniente que mientras se realiza el masaje cardíaco se mantenga la mano en la frente sujetando la cabeza para evitar tener que reposicionarla cuando se tenga que volver a abrir la vía aérea. Las compresiones torácicas y las ventilaciones que apliquemos tienen que seguir un ritmo de 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones, debemos conseguir unas 100 compresiones por minuto, sin olvidar las maniobras para realizarlo correctamente y sin realizar ninguna pausa.

114.- Ante un paciente con obstrucción grave de vías aéreas, que se encuentre inconsciente, realizaremos:

- a) Maniobra de Heimlich con el paciente en decúbito supino.
- b) 5 golpes interescapulares combinado con Heimlich.
- c) RCP.
- d) Todas son falsas.

Antes de comenzar la maniobra, debemos asegurarnos de que la obstrucción de las vías respiratorias es total y no parcial. La maniobra de Heimlich levanta el diafragma y obliga al aire a salir de los pulmones para crear una tos artificial. Esta tos mueve el aire a través de la tráquea, de esta forma empuja y expulsa la obstrucción fuera de las vías respiratorias y de la boca. Una obstrucción de las vías respiratorias puede producir pérdida de consciencia y muerte. Cuando se aplica la maniobra de Heimlich, tenga cuidado de no usar demasiada fuerza para no dañar las costillas o los órganos internos. La maniobra de Heimlich es el único método para despejar las vías respiratorias bloqueadas actualmente recomendado para adultos por la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association) y la Cruz Roja Estadounidense (American Red Cross).

115.- El volumen a insuflar a un adulto si estamos realizando la ventilación boca a boca, será aproximadamente de:

- a) **200 cc.**
- b) 500 cc
- c) 1000 cc
- d) 2500 cc.

Se debe obturar ambas fosas nasales con dos dedos de la mano izquierda y mantener la abierta la boca del paciente presionando hacia abajo el mentón con la mano derecha del operador y hacer una inspiración profunda llenando sus pulmones con aire. Realizar una inspiración normal, luego sellar bien la boca con la de la persona e insuflar el aire suavemente hasta que el pecho se eleve, no más de un segundo (no debes soplar mucho ni muy fuerte porque el aire se puede ir hacia el estómago y provocar el vómito). Retirar la boca para dejar salir el aire y comprueba que el pecho baja. Volver a realizar otra ventilación. (deben ser aproximadamente de una cantidad de 200 cc en adelante).

116.- Si en una RCP estamos utilizando: oxígeno, ambú, mascarilla laríngea, tubo de guedel, etc. Diremos que estamos aplicando:

- a) RCP básica.
- b) **RCP avanzada.**
- c) a y b son ciertas.
- d) RCP instrumentalizada.

Es la definición de RCP avanzada: la reanimación cardiopulmonar (RCP) consta de una serie de pasos que es preciso realizar de forma ordenada. Se denomina RCP básica a aquellas maniobras que se realizan para sustituir las funciones circulatoria y respiratoria sin ningún material y que pueden ser realizadas por cualquier persona, no necesariamente sanitaria. La RCP avanzada son todas las medidas que se aplican para el tratamiento definitivo de la parada, agrupadas en tres apartados fundamentales que son: vía aérea y ventilación; accesos vasculares, fármacos y líquidos; diagnóstico y tratamiento de las arritmias.

117.- Diga, de los siguientes, cuál no corresponde con un ritmo de parada cardiorrespiratoria:

- a) AESP
- b) FV/TVSP
- c) Asistolia.
- d) **Todos son ritmos eléctricos de parada cardiorrespiratoria.**

La PCR se puede reconocer a través de 4 ritmos eléctricos: la Fibrilación Ventricular (FV), la Taquicardia Ventricular sin pulso (TVSP), la asistolia y la disociación electromecánica (DEM).

118.- El ritmo eléctrico cardíaco que más frecuentemente provoca PCR es:

- a) FVb
- b) AESP
- c) **Asistolia.**
- d) TVSP.

La asistolia es la ausencia total de sístole cardiaca, con pérdida completa de la actividad. Es una de las formas de paro cardiaco que ocasiona frecuentemente PCR.

119.- Diga, de los siguientes métodos, cuál es aceptado para aislar la vía aérea en un paciente con parada respiratoria o cardiorrespiratoria:

- a) Tubo endotraqueal.
- b) Mascarilla laríngea.
- c) Tubo laríngeo (combitubo®).
- d) Todos son correctos y aceptados.**

Existen muchas indicaciones para el control de la vía aérea y muchos métodos para asegurar la vía aérea, como por ejemplo: - Métodos supraglóticos como bolsa-válvula-máscara y máscara laríngea, -Técnicas infraglóticas (intubación traqueal) y en ocasiones vías aéreas quirúrgicas.

32

120.- Durante el periodo que dura la intubación, se recomienda no suspender las compresiones cardíacas durante un periodo superior a:

- a) 5 segundos.
- b) 10 segundos.
- c) 15 segundos.
- d) 30 segundos.

La mayoría de los pacientes que necesitan una vía aérea artificial pueden ser tratados con intubación traqueal. La intubación bucotraqueal, que se hace por laringoscopia directa, se prefiere en pacientes con apnea y en pacientes críticos pues puede realizarse más rápidamente que la intubación nasotraqueal, que se reserva para pacientes despiertos, que respiran espontáneamente o para casos en los que debe evitarse la boca.

121.- Diga cuál de las siguientes opciones no es una de las conocidas como 4H (causas reversibles de PCR):

- a) Hipoxia.
- b) Hipokaliemia.
- c) Hipovolemia**
- d) Hipotermia.

Según la American Heart Association, las causas reversibles son todas las anteriores con excepción de la hipotensión.

122.- Diga cuál de las siguientes opciones no es una de las conocidas como 4T (causas reversibles de PCR):

- a) Taponamiento cardíaco.
- b) Tóxicos.
- c) Trombosis
- d) Taquicardias

Las Taquicardias no se encuentra dentro de las 4T, sí el resto y faltaría el neumotorax a tensión.

123.- El fármaco de segunda línea más utilizado para tratar la PCR por FV es:

- a) lidocaína
- b) atropina**
- c) amiodarona
- d) Todas son falsas.

Se pueden utilizar varios fármacos adicionales en casos especiales, pero en este supuesto el de segunda elección es la atropina que es un fármaco vagolítico que aumenta la frecuencia cardíaca y la conducción a través del nodo auriculoventricular. Se administra en caso de bradiarritmias sintomáticas y bloqueo del nodo auriculoventricular de alto grado. Ya no se recomienda para asistolia o actividad eléctrica sin pulso.

124.- La vía de elección para el tratamiento con fármacos en situación de PCR es:

- a) **vías venosas periféricas.**
- b) vías centrales.
- c) vía intraósea.
- d) vía inhalatoria.

Por el acceso a las mismas y la situación de PCR la vía venosa periférica es de elección ya que nos facilitará de forma más rápida que los fármacos necesarios en la RCP lleguen al torrente circulatorio.

125.- Tanto si un ritmo de PCR es desfibrilable, como si no lo es, deberá:

- a) administrar O2.
- b) administrar adrenalina cada 3-5 minutos.
- c) conseguir un acceso vascular, a ser posible periférico.
- d) **todas son ciertas.**

Las tres opciones anteriores se deben utilizar en una PCR independientemente del ritmo, según los protocolos que se establecen para la PCR.

126.- La droga de elección preferente en cualquier situación de paro cardíaco será:

- a) **adrenalina**
- b) amiodarona
- c) lidocaína
- d) atropina

La **ADRENALINA**: es un agente simpaticomimético con acción alfa-adrenérgica y beta-adrenérgica. Los efectos beneficiosos se atribuyen a su parte alfa-adrenérgica, ya que produce una vasoconstricción sistémica, lo que aumentaría la presión arterial y mejoraría el flujo coronario y cerebral.

127.- En una RCP avanzada, con presencia de un ritmo desfibrilable, debe aplicar ciclos de reanimación intercalados entre cada una de las descargas eléctricas. ¿Cuánto dura cada ciclo de compresiones-ventilaciones entre las descargas?

- a) 1 minuto
- b) 2 minutos.
- c) 5 minutos
- d) No se aplica un criterio fijo, sino que el médico pauta el ritmo a seguir.

128.- El ambú para niños entre 1 y 8 años, tiene un balón de aire con capacidad para:

- a) 500 cc
- b) 250 cc
- c) 1000 cc
- d) **2000 cc**

MATERIAL NECESARIO: BOLSA AUTOINFLABLE:

Bolsa autoinflable con reservorio (500 ml y 1600 ml). Tamaño adecuado: <2 años 500 ml; >2 años: 1600 ml (1600-2000ml).

NOTA: con las preguntas del traje de víctimas hay que tener en cuenta que existen más de 120 modelos de clasificación que pueden orientar en la toma de decisiones, en todos ellos se tendrá siempre presente: número aproximado de víctimas versus recursos sanitarios. El modelo de clasificación será más simple, conforme mayor distancia exista hasta los distintos centros médicos de evacuación y, mayor sea la desproporción entre necesidades y medios. La clasificación elegida bajo circunstancias específicas de presión debe responder siempre a criterios de sencillez.

Por tanto con aprender el color de las tarjetas es más que suficiente para el examen.

Niveles de priorización: (I)

1. Nivel 1 (rojo)

- Paciente de urgencia vital o con riesgo vital evidente
- Tiempo de atención por médico y enfermera inmediato.

2. Nivel 2 (naranja)

- Paciente emergente o con riesgo vital.
- Tiempo de atención por enfermera inmediato y médico en 15 minutos.

3. Nivel 3 (amarillo)

- Paciente urgente.
- Tiempo de atención por médico y enfermera en menos de 60 minutos.

4. Nivel 4 (verde)

- Paciente menos urgente.
- Tiempo de atención por médico y enfermera en 120 minutos.

5. Nivel 5 (azul)

- Paciente no urgente.
- Tiempo de atención por médico y enfermera en 240 minutos.

Niveles de priorización: (II)

- **Nivel I:** prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- **Nivel II:** situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
- **Nivel III:** urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.

- **Nivel IV:** urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- **Nivel V:** no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.