

M.C. Asiaín Erro

196

Supervisora. Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Universitaria.
Profesora Asociada. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Navarra. Pamplona.

ENFERMERÍA INTENSIVA ofrece un sistema anual de autoevaluación y acreditación dentro de un Programa de Formación Continuada, sobre la revisión de conocimientos para la atención de enfermería al paciente adulto en estado crítico. Uno de los objetivos de ENFERMERÍA INTENSIVA es que sirva como instrumento educativo y formativo en esta área y estimule el estudio continuado.

Las personas interesadas en acceder a la obtención de los créditos de Formación Continuada que a través de la SEEIUC otorga la Comisión Nacional de Formación Continuada, deberán remitir cumplimentada la hoja de respuestas adjunta (no se admiten photocopies), dentro de los 2 meses siguientes a la aparición de cada número, a la *Secretaría de la SEEIUC. Vicente Caballero, 17. 28007 Madrid.*

1 Sobre las nuevas recomendaciones en resucitación cardiopulmonar (RCP), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

- A) La RCP se debe comenzar cuando el reanimador verifique que la víctima está inconsciente y no objetiva una "respiración normal".
- B) La RCP se debe comenzar solo si se detecta ausencia de pulso carotídeo.
- C) Se ha demostrado que la detección del pulso carotídeo por personal no profesional es inexacta.
- D) La detección del pulso carotídeo puede retrasar el inicio de la reanimación.
- E) En ocasiones es difícil valorar la respiración si la víctima presenta respiraciones agónicas.

2 En cuanto al momento exacto de iniciar la RCP, las nuevas recomendaciones para personas adultas aconsejan:

- A) Iniciar la RCP con ventilación boca a boca.
- B) Iniciar la RCP si el paciente no contesta a la llamada.
- C) Iniciar la RCP con las compresiones torácicas.
- D) Iniciar la RCP sólo si la víctima está cianótica.
- E) Ninguna es correcta.

3 En la RCP es cierto que la duración de una ventilación efectiva debe durar:

- A) Dos segundos.
- B) Un segundo.
- C) Tres segundos.
- D) Más de 1 segundo.
- E) Ninguna es correcta.

4 En cuanto a la posición de las manos para las compresiones torácicas, las nuevas recomendaciones indican que:

- A) Se deben colocar siguiendo el borde de las costillas hasta localizar la punta del esternón.
- B) Se colocará una mano sobre la contralateral en el centro del tórax.
- C) La posición de las manos es indiferente.
- D) La posición de las manos indicada en las nuevas recomendaciones dilata el momento del inicio de la RCP.
- E) Ninguna respuesta es correcta.

5 En la RCP la relación compresión-ventilación recomendada es:

- A) 30:2.
- B) 40:2.
- C) 15:2.
- D) 10:2.
- E) Ninguna es correcta.

6 En relación con las maniobras de compresión en la RCP es cierto que:

- A) La secuencia combinada de ventilación-compresión se considera el mejor método de reanimación.
- B) Estudios experimentales muestran que en casos en los que se descarte la asfixia como causa de parada, la RCP puede hacerse empleando únicamente compresiones torácicas.
- C) La aplicación de únicamente compresiones torácicas durante los primeros minutos de la reanimación puede llegar a ser tan efectiva como la secuencia ventilación-compresión.
- D) La aplicación de sólo compresiones torácicas puede utilizarse excepcionalmente en el caso de que los reanimadores no sean capaces o sean reacios a realizar las ventilaciones.
- E) Todas son correctas.

198

7 Para el tratamiento de la fibrilación ventricular durante la RCP las recomendaciones de 2005 aconsejan:

- A) Aplicar una secuencia de 3 choques.
- B) Aplicar un choque eléctrico.
- C) No es necesaria la aplicación de un choque eléctrico.
- D) Aplicar un choque eléctrico, sólo si el paro cardíaco es intrahospitalario.
- E) Ninguna es correcta.

8 En la RCP, ¿cuál es la energía que se debe utilizar para dar el primer choque eléctrico con un desfibrilador bifásico en ausencia de indicación específica del fabricante del equipo?

- A) 360 J.
- B) 320 J.
- C) 200 J.
- D) 100 J.
- E) 380 J.

9 En relación con la desfibrilación eléctrica aplicada en niños, señale la respuesta incorrecta:

- A) La energía de desfibrilación debe ser de 4 J por kg de peso.
- B) Los desfibriladores semiautomáticos (DESA) pueden utilizarse en niños de entre 1 y 8 años.
- C) Siempre que se pueda se recomienda utilizar los DESA con electrodos pediátricos atenuadores de energía.
- D) La energía de desfibrilación recomendada para niños está entre 50-75 J.
- E) La colocación más adecuada de los electrodos de desfibrilación es la esternal apical.

10 En relación con el riesgo de un mal pronóstico neurológico post RCP es cierto todo lo siguiente excepto:

- A) Aumenta con cada grado que la temperatura corporal supera los 37 °C durante las 12-24 horas posteriores.
- B) No depende de la temperatura corporal post resucitación.
- C) Disminuye si se trata al paciente mediante hipotermia inducida durante las 12-24 primeras horas del período post resucitación.
- D) No disminuye si se mantiene la temperatura entre 35-36 °C.
- E) Son correctas A y C.

11 ¿Cuál de los siguientes cuidados recomendados post RCP influye de manera importante en el pronóstico final del paciente que ha sufrido un paro cardíaco?

- A) Control de la temperatura.
- B) Control de la glucemia.
- C) Evitar la hiperventilación rutinaria durante el período de ventilación artificial.
- D) Vigilancia del ritmo cardíaco.
- E) Todas las respuestas son correctas.

12 Según las últimas recomendaciones (2005), el fármaco vasopresor de elección a administrar durante la RCP es:

- A) Atropina.
- B) Vasopresina.
- C) Adrenalina.
- D) Noradrenalina.
- E) Lidocaína.

13 En cuanto al mecanismo de acción del calcio y su administración es cierto todo lo siguiente excepto:

- A) Es fundamental en la contracción muscular, esquelética y miocárdica.
- B) Es esencial para el mantenimiento del automatismo del marcapasos sinusal y del potencial de acción cardíaco.
- C) No hay evidencia de que la administración rutinaria de calcio durante el paro cardíaco sea beneficioso.
- D) En la RCP está indicado siempre que responda al tratamiento de la causa que ha provocado el paro cardíaco.
- E) Produce un mayor efecto si se administra simultáneamente con bicarbonato sódico por la misma vía.

14 ¿Cuáles de las siguientes son causas de parada cardíaca potencialmente reversible?

- A) Hipoxia, hipovolemia e hipotermia.
- B) Hiper o hipopotasemia y trastornos metabólicos.
- C) Taponamiento cardíaco y neumotórax a tensión.
- D) Tóxicos/sobredosisificación de fármacos y trombosis.
- E) Todas las anteriores son causas potencialmente reversibles.

200

15 En relación con los fármacos recomendados a administrar durante la RCP, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

- A) En los "ritmos no desfibrilables" se debe administrar la adrenalina lo antes posible y en los ritmos "desfibrilables" se ha de administrar la primera dosis antes del tercer choque.
- B) Si para la administración de la adrenalina se utiliza una vía periférica, inmediatamente después de cada administración se deben inyectar 20 ml de suero salino y elevar el miembro unos segundos.
- C) La administración de amiodarona como antiarrítmico mejora el pronóstico a corto plazo.
- D) Sólo se administrará cloruro cálcico en hiperpotasemia tóxica, hipocalcemias o intoxicación por calcioantagonistas.
- E) Durante la RCP se debe administrar sistemáticamente bicarbonato sódico al 8,4%.

16 El tratamiento de las arritmias cardíacas con radiofrecuencia se denomina:

- A) Ablación cardíaca con catéter.
- B) Desfibrilación.
- C) Ablación cardíaca.
- D) Cardioversión.
- E) Son correctas A y C.

17 En relación con el procedimiento de ablación cardíaca, todo lo siguiente es cierto excepto:

- A) Puede desencadenar complicaciones graves.
- B) El paciente puede referir sentir ligeras molestias.
- C) Es posible que el paciente necesite sedación.
- D) El paciente puede ser dado de alta inmediatamente después de finalizado el procedimiento.
- E) Para muchos tipos de arritmias la ablación con catéter es exitosa en más de un 75% de los casos.

18 Cuando se describe que un paciente tiene un DAI se está refiriendo a:

- A) Desfibrilador auricular izquierdo.
- B) Desfibrilador automático impulsable.
- C) Desfibrilador autónomo imponible.
- D) Desfibrilador automático implantable.
- E) Desfibrilador ajustado inmediatamente.

19 Los beneficios que aporta el desfibrilador bifásico frente al monofásico son:

- A) El paciente no necesita sedación en el caso de una cardioversión.
- B) Consigue la misma desfibrilación utilizando menos voltaje.
- C) No precisa pasta conductora para reducir la impedancia.
- D) Produce menos lesión en el miocardio.
- E) Son correctas B y D.

20 Durante el postoperatorio de cirugía cardíaca, ¿qué pacientes presentan un mayor riesgo de desarrollar una fibrilación auricular?

- A) Los pacientes, varones y de edad avanzada.
- B) Pacientes con historia de fibrilación auricular y sometidos a cirugía valvular.
- C) Pacientes sometidos a cirugía coronaria.
- D) Aquellos que tienen enfermedad crónica pulmonar, hipertensión e insuficiencia cardíaca congestiva.
- E) Son correctas A, B y D.

21 En el postoperatorio de cirugía cardíaca, la fibrilación auricular puede conducir a:

- A) Incomodidad e inestabilidad hemodinámica.
- B) Palpitaciones y disnea.
- C) Dolor torácico.
- D) Ocasionalmente puede presentarse de forma asintomática.
- E) Todas las respuestas son correctas.

22 Los efectos tóxicos de la amiodarona están relacionados fundamentalmente con:

- A) La dosis total administrada.
- B) Duración del tratamiento.
- C) Método de administración.
- D) Otras medicaciones administradas de forma simultánea.
- E) Ninguna de las respuestas es correcta.

202

23 ¿Cuál es la vida media de eliminación de la amiodarona?

- A) De 72 a 96 horas.
- B) De 24 a 48 horas.
- C) De 3 a 4 semanas.
- D) De 6 a 7 semanas.
- E) Ninguna respuesta es correcta.

24 ¿Cuál de los signos y síntomas siguientes corresponde a una pericarditis aguda?

- A) Presión precordial o dolor que cede cuando el paciente se sienta y se inclina hacia delante.
- B) Presión precordial o dolor que aumenta cuando el paciente se sienta.
- C) Dolor torácico que se alivia con nitroglicerina sublingual.
- D) Raramente presenta alteraciones electrocardiográficas.
- E) Ninguna de las respuestas es correcta.

25 Paciente tratado con amiodarona para prevenir la fibrilación auricular durante el postoperatorio de cirugía cardíaca. La enfermera tendrá que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- A) La identificación de los pacientes con elevado riesgo de desarrollar una fibrilación auricular.
- B) Los riesgos y cuidados en la administración.
- C) Los efectos secundarios que puede producir.
- D) Las posibles interacciones con otros fármacos.
- E) Todas son correctas.

BIBLIOGRAFÍA. Fuentes consultadas y recomendadas para el estudio del tema

- Álvarez-Fernández JA, Perales Rodríguez de Viguri N. Recomendaciones internacionales en resucitación: del empirismo a la medicina basada en la evidencia. *Med Intensiva*. 2005;29(6):342-8.
- Brantman L, Howie J. Use of Amiodarone to prevent atrial fibrillation after cardiac surgery. *Crit Care Nurs*. 2006;26(1):48-59.
- Futterman LG, Lemberg L. Pericarditis. *Am J Crit Care*. 2006;15(6):626-30.
- Gurevitz OT, Ammash NM, Malouf JF, Chandrasekaran K, Rosales AG, Ballaman KV, et al. Comparative efficacy of monophasic and biphasic waveforms for transthoracic cardioversion of atrial fibrillation and atrial flutter. *Am Heart J*. 2005;149:316-21.
- Heart Rhythm Society. Ablación cardiaca. Heart Rhythm Society; 2004. Disponible en: www.HRSpatients.org
- Peinado R, Arenal A, Arribas F, Torrecilla E, Álvarez M, Ormaetxe JM, et al. Registro español de desfibrilador automático implantable. Primer informe oficial del grupo de trabajo de desfibrilador implantable de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58(12):1435-49.
- Perales Rodríguez de Viguri N, López Mesa J, Ruano Marco M, editores. Manual de soporte vital avanzado. Barcelona: Elsevier Doyma; 2007.
- Porsche R, Brenner ZR. Amiodarone-induced thyroid dysfunction. *Crit Care Nurs*. 2006;26(1):34-42.
- Rodríguez Núñez A, Iglesias Vázquez JA. Desfibrilación semiautomática en niños. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65(5):478-80.