

M. C. Asiaín Erró* y B. Marín Fernández**

* Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivosde la Universidad de Navarra.

** Profesora titular de Enfermería Médico-Quirúrgica de la Universidad Pública de Navarra.

ENFERMERÍA INTENSIVA incorpora 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 fotocopias), dentro de los 2 meses siguientes a la aparición de cada número, a la Secretaría de la SEEIUC. Vicente Caballero, 17. 28007 Madrid.

1 ¿Cuál de las siguientes puede ser causa de shock hipovolémico?

- A) Reacción alérgica a medicamentos.
- B) Acúmulo de agua en el tercer espacio en la cavidad abdominal.
- C) Sepsis.
- D) Bradicardia importante.
- E) Todas son ciertas.

2 Los signos clínicos del shock hipovolémico incluyen:

- A) Piel fría, aumento del pulso y presión arterial baja.
- B) Piel caliente, descenso del pulso y disminución del gasto cardíaco.
- C) Piel fría, aumento del pulso y aumento del gasto cardíaco.
- D) Piel caliente, aumento del pulso y presión arterial baja.
- E) Ninguna es cierta.

3 Paciente encamado con oclusión aguda de la arteria tibial anterior, la enfermera que está a su cargo le encuentra con la pierna afectada colgando de un lado de la cama. ¿Qué intervención sería la más adecuada?

- A) Permitir al paciente mantener la posición, ya que mejora el flujo de la sangre a los tejidos distales.
- B) Decir al paciente que eleve la pierna porque esta posición reduce el edema.
- C) Animar al paciente a elevar la pierna porque esta posición facilita el flujo sanguíneo tanto arterial como venoso.
- D) Explicar al paciente que esta posición no afecta a la circulación del flujo arterial.
- E) Son ciertas B y C.

172

4 Paciente en shock cardiogénico tratado con balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA). ¿Cuál es la complicación asociada directamente con este tratamiento?

- A) Hipoxemia.
- B) Úlceras por presión.
- C) Infección respiratoria.
- D) Formación de trombos.
- E) Son ciertas B y C.

5 Paciente con hipertensión tratado durante cuatro días con perfusión de nitroprusiato endovenoso a altas dosis. La enfermera que está a su cargo observa cambios en su estado mental sospechando la presencia de:

- A) Intoxicación por tiocianato y cianuro.
- B) Insuficiencia renal aguda.
- C) Insuficiencia cardíaca aguda.
- D) Son ciertas A y C.
- E) Ninguna es cierta.

6 Los objetivos de los programas de rehabilitación cardíaca en pacientes coronarios son todos los siguientes *excepto*:

- A) Aumentar la capacidad física.
- B) Disminuir los reinfartos.
- C) Controlar psicopatías.
- D) Reducir la mortalidad.
- E) Preparación para la competición deportiva.

7 ¿Cuál de las siguientes actitudes constituye prioridad en los primeros cuidados en el paciente con sospecha de coronariopatía?

- A) Identificación de los factores de riesgo.
- B) Alivio de la ansiedad.
- C) Instruir al paciente sobre la enfermedad que padece.
- D) Mejorar la oxigenación y perfusión del miocardio.
- E) Son ciertas B y D.

8 Para reducir el colesterol debe recomendarse una dieta que incluya:

- A) Calorías necesarias para el peso ideal.
- B) Ingesta calórica diaria con menos del 35% de grasas.
- C) Limitación de azúcares refinados.
- D) Menos de 300 mg/día de colesterol.
- E) Todas las anteriores.

9 Los valores normales del gasto cardíaco son de:

- A) 2-6 l/minuto.
- B) 4-8 l/minuto.
- C) 6-10 l/minuto.
- D) 8-10 l/minuto.
- E) 8-12 l/minuto.

10 En relación con la monitorización de la presión arterial invasiva es cierto todo lo siguiente *excepto*:

- A) Informa permanentemente de los cambios producidos en la presión arterial.
- B) Facilita un mejor control en la administración de fármacos inotrópicos.
- C) Facilita la extracción de sangre para determinación de gases sanguíneos sin producir molestias al paciente.
- D) La medición de la presión sistólica invasiva es igual o menor a la presión sistólica no invasiva.
- E) La medición de la presión sistólica invasiva es igual o mayor que la presión sistólica no invasiva.

11 Paciente con monitorización del ECG. Los resultados de laboratorio informan de disminución de las cifras de magnesio. ¿Qué cambio electrocardiográfico se dará?

- A) Bradicardia.
- B) Latidos ventriculares ectópicos.
- C) Acortamiento del intervalo QT.
- D) Bloqueo completo.
- E) Ninguno de los anteriores.

12 Durante la inserción de un catéter en la arteria pulmonar (Swan-Ganz), el balón se infla por primera vez cuando la punta del catéter está en una de las siguientes áreas:

- A) En la vena cava superior.
- B) En el momento que atraviesa la válvula tricúspide.
- C) En el ventrículo derecho.
- D) En la arteria pulmonar.
- E) En cualquiera de los anteriores.

13 Durante el test de estrés al ejercicio, ¿cuál de las siguientes se considera respuesta a la isquemia?

- A) Onda T invertida inmediatamente seguido al ejercicio.
- B) Depresión de 1 a 2 mm del ST.
- C) Taquicardia por encima de 120 latidos por minuto.
- D) Aumento de la amplitud de la onda T.
- E) Son ciertas A y D.

174

14 El orden normal que sigue la despolarización cardíaca es:

- A) Nódulo auriculoventricular-nódulo sinusal-haz de Hiss.
- B) Nódulo sinusal-aurículas-nódulo auriculoventricular-haz de Hiss-ventrículos.
- C) Nódulo auriculoventricular-haz de Hiss-nódulo sinusal-aurículas-ventrículos.
- D) Nódulo sinusal-nódulo auriculoventricular-aurículas-haz de Hiss-ventrículos.
- E) Ninguna de las anteriores es correcta.

15 Respecto a las siguientes afirmaciones, no es correcto que:

- A) Las taquicardias supraventriculares se originan por encima del nódulo auriculoventricular y tienen una duración del QRS normal.
- B) Las taquicardias ventriculares se originan por debajo del nódulo auriculoventricular y la duración del QRS es superior a 0,12 segundos.
- C) Las taquicardias con QRS de 0,12 segundos o inferior se producen por encima del nódulo auriculoventricular.
- D) Todas las taquicardias con QRS ensanchado se originan por debajo del nódulo auriculoventricular.
- E) Se considera una taquicardia cuando la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto.

16 La taquicardia sinusal se caracteriza por:

- A) Frecuencia cardíaca entre 100 y 140 latidos/minuto.
- B) Ondas P uniformes con intervalo P-R fijo.
- C) Ondas P positivas en las derivaciones I y II; y negativas en aVR.
- D) Complejo QRS estrecho.
- E) Todas las anteriores.

17 Son posibles causas de la taquicardia sinusal en los pacientes de UCI:

- A) Hipoxemia y administración de fármacos adrenérgicos.
- B) Sepsis.
- C) Hipovolemia.
- D) Todas las anteriores.
- E) Sólo son correctas las opciones b y c.

18 Son posibles complicaciones de la fibrilación auricular:

- A) Accidente cerebrovascular.
- B) Taquicardia ventricular polimorfa.
- C) Disminución del gasto cardíaco.
- D) Todas las anteriores.
- E) Sólo son correctas las opciones a y c.

19 En el abordaje terapéutico de la fibrilación auricular, para intentar revertir la arritmia se utiliza:

- A) Desfibrilación a alto voltaje.
- B) Administración de verapamilo.
- C) Administración de procainamida.
- D) Todas las anteriores.
- E) Sólo son correctas las opciones b y c.

20 Según criterios de gravedad, los extrasístoles ventriculares de peor pronóstico son:

- A) Más de 30 extrasístoles en una hora.
- B) Multifocales.
- C) Precoces con fenómeno R sobre T.
- D) En parejas.
- E) En salvadas (tres o más seguidos).

21 El tratamiento de elección en una taquicardia ventricular sin compromiso hemodinámico es:

- A) Desfibrilación.
- B) Administración de lidocaína.
- C) Administración de procainamida.
- D) Administración de magnesio.
- E) Ninguna de las anteriores, ya que en ese caso no se trata.

22 Son criterios para establecer el diagnóstico de taquicardia ventricular durante una taquicardia con complejo QRS ancho:

- A) Duración del QRS mayor de 140 ms con morfología de bloqueo de rama derecha del haz de His.
- B) Duración de QRS mayor de 160 ms con morfología de bloqueo de rama izquierda del haz de His.
- C) Concordancia QRS positiva en todas las derivaciones precordiales.
- D) Diferente morfología del QRS durante la taquicardia, en comparación con el trazado inicial o basal, en sujetos con bloqueo persistente de rama del haz de His.
- E) Todos los anteriores.

23 En relación a la taquicardia helicoidal o polimorfa, no es cierto que:

- A) La lidocaína es el mejor tratamiento.
- B) Puede aparecer en hipomagnesemias.
- C) Puede estar relacionada con el uso de fármacos psicoactivos.
- D) Puede aparecer en intoxicaciones por arsénico.
- E) Puede deberse a causas congénitas o idiopáticas.

24 La lidocaína es un antiarrítmico que pertenece a la clase:

- A) I A.
- B) I B.
- C) I C.
- D) II.
- E) III.

25 ¿Qué elementos afectan al umbral de desfibrilación?

- A) Presión de contacto del electrodo y la pared del tórax.
- B) Tamaño de los electrodos.
- C) Choques repetidos.
- D) Uso de fármacos antiarrítmicos.
- E) Todos los anteriores.

BIBLIOGRAFÍA. Fuentes consultadas y recomendadas para el estudio del tema

1. Alpasch JG. Core Review for Critical Care Nursing (2nd ed). Philadelphia: WB Saunders Company; 1991.
2. Alpasch JG. Cuidados Intensivos en el adulto. 5^a ed. Mexico: Interamericana-McGraw-Hill; 2000.
3. Boley TM. Enfermedad valvular: disrupción en el flujo sanguíneo del corazón. En: Problemas cardíacos. Colección de enfermería / Nurse review. Masson: Barcelona; 1991: p. 102-13.
4. Galea SB, Kennedy M, Konick-McMahan J, Owen A, Sellergren C, Farley Serembus J, et al. En: Erickson BA (Foreword by) Springhouse certification review: Critical Care Nursing. Springhouse Corporation: Pennsylvania; 1996.
5. Kidd PS, Wagner KD. Enfermería Clínica Avanzada. Atención a pacientes agudos. Madrid: Síntesis; 1992.
6. Marino PL. El libro de la UCI. Barcelona: Masson; 1998: p. 217-317.
7. Maroto Montero JM. Rehabilitación y seguimiento de los pacientes en la fase postinfarto de miocardio. En: Asín Cardiel E, López Bescos L. Sociedad española de cardiología, ed. Tratamiento de las cardiopatías en fase aguda. ELA-Arán: Madrid; 1991. p. 41-62.
8. Moreno Ochoa L. Cómo entender un electrocardiograma. Díaz Santos: Madrid; 2000.
9. Navarro López F. Claudicación intermitente en un paciente joven. En: Casos Clínicos: Cardiología. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas SA; 1992. p. 53-61.
10. Parsons PE, Wiener-Kronish JP. Los secretos de los Cuidados Intensivos. 2^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000: p. 188-94.