

J. Pascual Martínez

Enfermero del Servicio de Emergencias y Rescate.
SERCAM-Bomberos Comunidad de Madrid

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 De los siguientes diagnósticos de enfermería señale cuál de ellos puede ser aplicable a un enfermo con hipotiroidismo:

- A) Termorregulación ineficaz.
- B) Trastorno de los Procesos de Pensamiento.
- C) Intolerancia a la actividad.
- D) Estreñimiento.
- E) Todos los anteriores.

2 De las siguientes causas de hipertiroidismo señale cuál es la más frecuente:

- A) Carcinoma metastásico de tiroides.
- B) Sobredosisificación antihipotiroidea.
- C) Tiroiditis.
- D) Enfermedad de Graves.
- E) A y B son las causas más frecuentes.

3 Señale cuál de las siguientes alteraciones podríamos encontrar en nuestro paciente durante una tormenta tiroidea:

- A) Fiebre.
- B) Hipertensión.
- C) Isquemia miocárdica.
- D) Taquicardia
- E) Todas las anteriores.

4 De los siguientes, ¿cuál no es un hallazgo de laboratorio típico en una crisis addisoniana?:

- A) Hiponatremia.
- B) Hipocaliemia.
- C) Acidosis metabólica.
- D) Elevación de la urea.
- E) Todos pueden ser hallazgos típicos.

5 El carbimazol es un fármaco:

- A) Hipoglucemante.
- B) Antitiroideo.
- C) Vasodilatador venoso.
- D) Analgésico.
- E) Hiperglucemante.

6 En un paciente con hipomagnesemia podremos encontrar:

- A) Hiporreflexia.
- B) Tetania.
- C) Parálisis flácida.
- D) Estupor.
- E) Coma.

7 La hipermagnesemia provoca en el ECG:

- A) Prolongación del PR, QRS y QT.
- B) Bradicardia.
- C) Bloqueo AV.
- D) Onda T picuda.
- E) Todas son correctas.

8 Metabólicamente el paciente quemado crítico se caracteriza por:

- A) Aumento de la proteólisis muscular esquelética.
- B) Lipólisis.
- C) Neoglucogénesis.
- D) Neoglucolisis.
- E) A, B y C son correctas.

18

9 Señale el valor de sodio en sangre que pertenecería a un paciente con hiponatremia grave:

- A) 150-140 mEq/L
- B) 140-130 mEq/L
- C) 130-120 mEq/L
- D) 120-115 mEq/L
- E) Menor de 115 mEq/L

10 Ante la sospecha de un paciente que presenta apoplejía hipofisaria, además de la monitorización cardíaca y respiratoria habitual, qué otra vigilancia está especialmente indicada en esta patología.

- A) Balance hídrico y electrolítico.
- B) Temperatura.
- C) Glucemia.
- D) Nivel de conciencia.
- E) Son correctas A y D.

11 Señale cuál de las siguientes causas puede ser un factor hipoglucemiante:

- A) Dolor.
- B) Estrés emocional.
- C) Ingesta de alimentos.
- D) Cambios en los hábitos de ejercicio.
- E) Ninguna de ellas.

12 ¿Cuál de los siguientes fármacos se considera vinculado a la subida de los niveles de glucosa en sangre?

- A) Anticonceptivos orales.
- B) Ácido acetil salicílico.
- C) Paracetamol.
- D) Antibióticos.
- E) Ninguno de los anteriores.

13 Se considera que un paciente presenta hipoglucemia cuando su cifra plasmática de glucosa presenta un valor inferior a:

- A) 20 mg/dl.
- B) 30 mg/dl.
- C) 40 mg/dl.
- D) 50 mg/dl.
- E) 60 mg/dl.

14 En un paciente que presenta los síntomas típicos de padecer hipoglucemia (sudoración, ansiedad, taquicardia, etc.) cuando éstos comienzan a desaparecer significa que:

- A) Están subiendo los niveles de glucosa en sangre y se está corrigiendo el problema.
- B) El paciente se «acostumbra» a esos niveles de glucosa y deja de presentar los síntomas.
- C) Se está produciendo deterioro nervioso.
- D) Esos síntomas son de hiperglucemia.
- E) A y E son correctas.

15 ¿Cuál es la causa más frecuente de hipoglucemia grave (convulsiones, estupor o coma)?:

- A) Ejercicio intenso.
- B) Ayuno.
- C) Medicamentos hipoglucemiantes.
- D) Sepsis.
- E) Estrés.

16 Entendemos por cetoacidosis diabética un cuadro clínico caracterizado por:

- A) Hiperglucemia, cetonemia, acidosis metabólica y deshidratación.
- B) Hipoglucemia, cetonemia, acidosis metabólica y deshidratación.
- C) Hiperglucemia, cetonemia, alcalosis metabólica y deshidratación.
- D) Hipoglucemia, cetonemia, alcalosis metabólica y deshidratación.
- E) Hiperglucemia, cetonemia, alcalosis metabólica e hiperhidratación.

17 En la descompensación hiperosmolar no cetósica, esperamos la presencia de:

- A) Hiperglucemia.
- B) Deshidratación.
- C) Acidosis metabólica.
- D) A y B son correctas.
- E) B y C son correctas.

18 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la descompensación hiperosmolar no cetósica (DHNC) es correcta?

- A) Es una complicación más típica de pacientes diabéticos tipo 2.
- B) Puede presentarse en pacientes no diagnosticados previamente de diabetes.
- C) La suelen presentar personas mayores de 50 años.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- E) Ninguna es correcta.

20

19 En el tratamiento de la fase aguda de la cetoacidosis diabética, ¿cuál de las siguientes órdenes no esperaría usted encontrar?

- A) Monitorización de las constantes vitales cada 15 min.
- B) Dieta blanda.
- C) Glucemia capilar cada 30-60 min.
- D) Gasometría venosa cada 3 horas.
- E) Valoración neurológica cada hora.

20 Sobre el sondaje vesical en pacientes con cetoacidosis diabética (CAD), indique la afirmación que considere más acertada.

- A) Hay que evitar el sondaje vesical en lo posible.
- B) Hay que sondar a todos los pacientes con CAD para realizar correctamente el balance hídrico.
- C) Nunca hay que sondar a estos pacientes.
- D) Hay que sondar a todos los pacientes que ingresan en las UCIs.
- E) Ninguna respuesta es correcta.

21 Durante el tratamiento de un paciente con cetoacidosis diabética éste desarrolla una hipopotasemia. ¿Qué alteración no esperamos encontrar en el electrocardiograma?

- A) Depresión del segmento ST.
- B) Ondas T de bajo voltaje.
- C) Presencia de onda U prominente.
- D) Intervalo QT prolongado.
- E) Todas son alteraciones típicas de la hipopotasemia.

22 La hipertermia maligna es una alteración del metabolismo muscular provocada por la administración de fármacos:

- A) Betabloqueantes.
- B) Ácido acetilsalicílico.
- C) Anestésicos y relajantes musculares.
- D) Paracetamol.
- E) Calcio intravenoso.

23 ¿Cuál es el fármaco específico para el tratamiento de la hipertermia maligna?

- A) Succinilcolina.
- B) Halotano.
- C) Gluconato cálcico.
- D) Cloruro cálcico.
- E) Dantrolene sódico.

24

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el golpe de calor es incorrecta?

- A) La reducción de la temperatura debe hacerse de forma lenta.
- B) La temperatura central puede superar los 41°C.
- C) Los métodos de enfriamiento deben retirarse cuando la temperatura central baje de 38.5°C.
- D) El paciente puede presentar coma.
- E) Todas son correctas.

25

Un paciente con hipotermia grave (< 32°C) ingresa en nuestra unidad. De los siguientes enunciados uno es incorrecto. Indique cuál:

- A) No debemos detener una posible reanimación hasta que el paciente no haya alcanzado los 32°C.
- B) La manipulación del paciente no difiere de la del resto de los enfermos de UCI.
- C) Por debajo de 32°C aparece hipotensión, arritmias y depresión del SNC.
- D) Si presenta hiperglucemia no debe tratarse inicialmente.
- E) El recalentamiento del paciente debe ser externo activo e interno activo.

BIBLIOGRAFÍA. Fuentes consultadas y recomendadas para el estudio del tema

1. Clochesy JM, Breu C, Rudy EB, Whittaker AA. Critical Care Nursing. Pennsylvania: Saunders, 1993. p. 1027-45.
2. Callaham ML, Barton CW, Schumaker HM. Decisiones en medicina de urgencias. Barcelona: Doyma, 1994. p. 166-86.
3. Medina J. Manual de urgencias médicas. 2.^a ed. Madrid: Díaz de Santos, S.A, 1997. p. 587-603.
4. Kidd PS, Wagner KD. Enfermería clínica avanzada. Atención a pacientes agudos. Madrid: Editorial Síntesis; 1997. p. 381-522.
5. Fleming JS. Atlas de Electrocardiografía práctica. Barcelona: Doyma, 1986. p. 136.
6. Williams SM. Decisiones de enfermería de cuidados críticos. Barcelona: Doyma, 1992. p. 152-82.
7. Willson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Martin JB, Fauci AS, et al. Principios de medicina interna. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, p. 1913-2247.
8. Bartol T. Muestre a su paciente diabético cómo puede autocuidarse. Rev Nursing 2002;20(7).
9. Escobar MA, Fernández FJ, Gómez F. Complicaciones agudas de la diabetes mellitus: cetoacidosis diabética, descompensación hiperosmolar no cetósica e hipoglucemias. Rev Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes 2002;3(4).
10. García de Lorenzo A, Montejo JC, López J, Zarazaga A, Rodríguez JA. El paciente traumático y el quemado crítico. Aspectos nutrometabólicos. Rev Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes, 2001.
11. Fain JA. Reducir el incremento repentino de la hiperglucemias.