

¹Diplomado en Enfermería. Certificación de Enfermería en la atención del paciente crítico (CEEC). Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Universitaria. Profesora Asociada de la Escuela Universitaria de enfermería de la Universidad de Navarra. Pamplona. España.

²Diplomado en Enfermería. Certificación de Enfermería en la atención del paciente crítico (CEEC). Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

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 Un paciente con un shock séptico puede presentar una coagulación intravascular diseminada, ¿qué datos de laboratorio harían sospechar a la enfermera de su presentación?

- ☐ A) Aumento de leucocitos y de factores de coagulación.
- ☐ B) Disminución de leucocitos y aumento de hemoglobina.
- ☐ C) Acortamiento de los tiempos de coagulación.
- ☐ D) Alcalosis metabólica.
- ☐ E) Aumento de PDF, disminución de fibrinógeno y trombocitopenia.

2 En la valoración inicial a un politraumatizado (en los 30 s a 2 min) para identificar y tratar simultáneamente las lesiones que ponen en peligro la vida, se debe:

- ☐ A) Mantener la vía aérea permeable (estabilizando el cuello cervical), mantener una adecuada ventilación y circulación, vigilar el nivel de conciencia y desvestir al paciente para llevar a cabo un examen visual completo.
- ☐ B) Mantener la vía aérea permeable (estabilizando el cuello cervical) y mantener una circulación adecuada.
- ☐ C) Mantener una circulación adecuada, mantener una ventilación adecuada y la vía aérea permeable (estabilizando el cuello cervical).
- ☐ D) Mantener la vía aérea permeable (estabilizando el cuello cervical), mantener una ventilación y una circulación adecuadas y vigilar el nivel de conciencia.
- ☐ E) Mantener vía aérea permeable (estabilizando el cuello cervical), mantener una ventilación y una circulación adecuadas, vigilar el nivel de conciencia y cubrir al paciente para evitar la hipotermia.

3 «Patrón respiratorio ineficaz» relacionado con dolor y deterioro de la función musculoesquelética, y «déficit del volumen de líquidos» relacionado con la pérdida activa del volumen de líquidos, son 2 diagnósticos de enfermería que se pueden identificar en un paciente diagnosticado de:

- ☐ A) Miastenia gravis.
- ☐ B) Politraumatismo.
- ☐ C) Infarto agudo de miocardio (IAM).
- ☐ D) Hemorragia digestiva alta.
- ☐ E) Todas son correctas.

4 Paciente politraumatizado con fracturas de fémur y pelvis, la función cardiorrespiratoria se ha mantenido estable desde el momento del ingreso. A los 2 días, presenta disnea y la enfermera detecta petequias en la zona de axila y tórax. Se avisa de inmediato al médico porque puede tratarse de:

- ☐ A) Un síndrome de distrés respiratorio del adulto.
- ☐ B) Un exantema de origen medicamentoso.
- ☐ C) Embolismo graso.
- ☐ D) Complicaciones por inmovilidad.
- ☐ E) Un cuadro de coagulación intravascular diseminada.

5 En el tratamiento de un paciente politraumatizado con una embolia grasa se incluye todo lo siguiente, excepto:

- ☐ A) Oxigenoterapia.
- ☐ B) Vendaje compresivo de las extremidades inferiores.
- ☐ C) Según su evolución, ventilación mecánica con presión positiva espiratoria final (PEEP).
- ☐ D) Inmovilización de las fracturas de huesos largos.
- ☐ E) Administración de fluidoterapia.

6 La clasificación de las quemaduras de acuerdo con la profundidad, es la siguiente:

- ☐ A) Quemadura de primer y de segundo grado.
- ☐ B) Quemaduras de espesor parcial moderada y de espesor parcial profunda.
- ☐ C) Quemadura superficial de grosor parcial, de espesor parcial moderada, de espesor parcial profunda y de espesor total.
- ☐ D) Quemadura superficial, moderada y profunda
- ☐ E) Respuestas C y D son correctas.

- 7** Una quemadura que afecte a la dermis profunda, con un color rosado o blanquecino, que puede estar seca o con ampollas y con una respuesta al dolor de mínima a intensa, se clasificaría como:
- ☐ A) Quemadura de espesor total.
 - ☐ B) Quemadura de espesor parcial profunda.
 - ☐ C) Quemadura de espesor parcial moderada.
 - ☐ D) Quemadura superficial de grosor parcial.
 - ☐ E) Quemadura de primer grado.

- 8** Una de las características de las quemaduras eléctricas es que producen:
- ☐ A) Más dolor que otros tipos de quemaduras.
 - ☐ B) Importante daño interno que es difícil de detectar.
 - ☐ C) Alteraciones electrolíticas importantes.
 - ☐ D) Lesiones que necesitan inmediata atención para prevenir que continúe el daño eléctrico.
 - ☐ E) Extensas lesiones en la epidermis.

- 9** La gravedad de una quemadura se determina por lo siguiente:
- ☐ A) Profundidad, tamaño, localización y edad del paciente.
 - ☐ B) Historia médica del paciente y traumatismo asociado a la quemadura.
 - ☐ C) Profundidad, localización y agente causante de la quemadura.
 - ☐ D) Profundidad, tamaño y localización de la herida.
 - ☐ E) Localización y tolerancia del paciente.

- 10** El objetivo más importante e inmediato en la atención a un paciente con quemaduras graves es:
- ☐ A) Mantener el balance de fluidos, electrolitos y EAB.
 - ☐ B) Planificar la rehabilitación y el alta.
 - ☐ C) Dar soporte emocional al paciente y a la familia.
 - ☐ D) Preservar la movilidad de todas las articulaciones.
 - ☐ E) Curar las lesiones.

- 11** Una de las fórmulas más típicas para el cálculo de fluidos en la fase aguda del tratamiento de las quemaduras es:
- ☐ A) Cualquier tipo de suero a 300 ml/h durante las 6 primeras horas. Posteriormente, bajar al ritmo a 100 ml/h y control de PVC.
 - ☐ B) Suero salino o Ringer lactato: 2 ml por el porcentaje de superficie corporal quemada, por el peso del paciente, más 1.000 /m² de superficie corporal, en 24h; se administra el 75% en las primeras 6 h, y el resto en las otras 18 h.
 - ☐ C) Suero salino o Ringer lactato: 4 ml por el porcentaje de superficie corporal quemada, por el peso del paciente, más 1.500 /m² de superficie corporal, en 24h. Se administra el 50% en las primeras 8h, el 25% en las 8 siguientes y el 25% en las otras 8h.
 - ☐ D) Suero glucosado 20% 4 ml por el porcentaje de superficie corporal quemada, por el peso del paciente, más 1.500 /m², en 24 h.
 - ☐ E) Suero salino o Ringer: 4 ml por el porcentaje de superficie corporal quemada, por el peso del paciente, más 1.500 /m², en 12 h.

12 Cuando en un paciente con fiebre, se coloca un ventilador de aire para disminuir su temperatura, se está aumentando las pérdidas por el mecanismo de:

- ☐ A) Conducción.
- ☐ B) Radiación.
- ☐ C) Convección.
- ☐ D) Evaporación.
- ☐ E) Inducción.

13 La respuesta del organismo a la disminución de temperatura sigue el siguiente orden:

- ☐ A) Escalofrío, piloerección y bradicardia.
- ☐ B) Enrojecimiento facial, vasoconstricción cutánea, sudoración y taquicardia.
- ☐ C) Piloerección, palidez y activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- ☐ D) Vasoconstricción cutánea, piloerección, escalofríos, liberación de norepinefrina y epinefrina y secreción de tiroxina.
- ☐ E) Ninguna es correcta.

14 La hipotermia se clasifica en:

- ☐ A) Leve (35-32 °C), moderada (32-28 °C), grave (28-20 °C), profunda (20-14 °C) y muy profunda (< 14 °C).
- ☐ B) Leve (33-30 °C), moderada (30-25 °C) y profunda (< 25 °C).
- ☐ C) Leve, moderada y profunda. Es imposible tener una temperatura < 20 °C.
- ☐ D) Grado 1, grado 2 y grado 3.
- ☐ E) Se clasifica según el estado de conciencia del paciente.

15 La hipotermia es un signo clínico que puede aparecer en:

- ☐ A) Paciente quemado.
- ☐ B) Paciente con coma mixedematoso.
- ☐ C) Paciente casi ahogado.
- ☐ D) Paciente con traumatismo craneoencefálico.
- ☐ E) Todas son correctas.

16 Para realizar un lavado gástrico, la posición más correcta a adoptar por el paciente es:

- ☐ A) Decúbito supino, con la cama en anti-Trendelenburg.
- ☐ B) Decúbito lateral izquierdo, con la cama en Trendelenburg.
- ☐ C) Decúbito lateral izquierdo, con la cama en anti-Trendelenburg.
- ☐ D) Decúbito lateral derecho, en posición de Trendelenburg.
- ☐ E) Es indiferente la posición del paciente.

17 El lavado gástrico y la provocación del vómito en el contexto de un paciente intoxicado están contraindicados en:

- ☐ A) Intoxicación por setas.
- ☐ B) Intoxicación por paracetamol.
- ☐ C) Intoxicación por hipoclorito sódico (lejía).
- ☐ D) Intoxicación por antidepresivos.
- ☐ E) Intoxicación por salicilatos.

18 Provocar el vómito para evacuar el contenido gástrico está indicado en:

- ☐ A) Mujer de 35 que ingiere una dosis tóxica de antidepresivos.
- ☐ B) Mujer de 20 años, alerta, con reflejo nauseoso presente con ingestión de amoníaco.
- ☐ C) Varón de 49 años, alerta, con reflejo nauseoso presente con ingestión reciente de productos no cáusticos.
- ☐ D) Varón de 17 años que ingiere una sustancia desconocida.
- ☐ E) Niño de 8 meses que ingiere una dosis tóxica de una sustancia no cáustica.

19 Entre los signos que presenta un paciente con shock séptico podemos encontrar todos excepto:

- ☐ A) Temperatura central > de 38 °C o < de 36 °C.
- ☐ B) Frecuencia cardíaca > 90/min y presión arterial sistólica < 90 mmHg.
- ☐ C) Frecuencia respiratoria < 20/min y saturación de O₂ > 90.
- ☐ D) Presión capilar pulmonar normal o baja.
- ☐ E) Gasto cardíaco elevado.

20 La enfermera colabora en la colocación de un catéter de Swan-Ganz para monitorizar y facilitar el manejo hemodinámico de un paciente. Las presiones iniciales incluyen: presión capilar pulmonar (PCP), 20 mmHg; presión venosa central (PVC), 17 mmHg; presión arterial pulmonar (PAP), 37/19 mmHg; gasto cardíaco (GC), 3,6 l/m, y resistencias vasculares sistémicas (RVS), 1.380 dinas/s/cm⁻⁵. El paciente está taquipnéico y en el ECG se observa una taquicardia sinusal (130 latidos/min). Basándose en estos hallazgos, la enfermera sospecha que el paciente presenta:

- ☐ A) Endocarditis.
- ☐ B) Insuficiencia cardíaca congestiva.
- ☐ C) Isquemia miocárdica.
- ☐ D) Infarto de miocardio.
- ☐ E) Ninguna es cierta.

- 21** Tras la inserción de un catéter de Swan-Ganz, las presiones iniciales obtenidas son: presión arterial (PA), 86/52 mmHg; presión venosa central (PVC), 3 mmHg; presión capilar pulmonar (PCP), 6 mmHg; presión arterial pulmonar (PAP), 13/5 mmHg; frecuencia cardíaca (FC), 112 latidos por minuto; gasto cardíaco (GC), 7,5 l/m; resistencias vasculares sistémicas (RVS), 435 dinas/s/cm⁵. Basándose en estos parámetros, la enfermera sospecha que el paciente presenta:
- ☐ A) Un cálculo renal, que requiere recoger un análisis de orina rutinario.
 - ☐ B) Un shock séptico en fase inicial, que requiere la administración de fluidos, antibioterapia y vasopresores.
 - ☐ C) Un shock séptico, que requiere que los miembros de la familia entiendan la situación y colaboren en el apoyo al paciente.
 - ☐ D) Un shock hipovolémico, que requiere la administración de fluidos y medicación vasopresora que proporcione una perfusión adecuada al resto de órganos.
 - ☐ E) Insuficiencia cardíaca congestiva por fallo del ventrículo izquierdo.
- 22** En el shock séptico, la situación metabólica del paciente debe estar controlada permanentemente, ¿qué alteraciones ácido-base típicas ocurren durante la primera y última fases del shock séptico?
- ☐ A) Acidosis respiratoria y alcalosis respiratoria.
 - ☐ B) Acidosis respiratoria y metabólica.
 - ☐ C) Alcalosis metabólica y acidosis metabólica.
 - ☐ D) Alcalosis respiratoria y acidosis metabólica.
 - ☐ E) Ninguna respuesta es cierta.
- 23** Un varón de 32 años con insuficiencia renal crónica ingresa en la UCI, en la radiografía de tórax se observa un infiltrado en ambos pulmones. Su primer equilibrio ácido-base es el siguiente: pH, 7,24; pCO₂, 40 mmHg; pO₂, 64 mmHg, y CO₃H, 13 meq/l. La frecuencia respiratoria es de 22/min, ¿cuál es el estado ácido-base del paciente?
- ☐ A) Alcalosis respiratoria descompensada con hipoxia.
 - ☐ B) Acidosis respiratoria descompensada con hipoxia.
 - ☐ C) Acidosis respiratoria descompensada con alcalosis metabólica mixta.
 - ☐ D) Acidosis metabólica descompensada con hipoxia.
 - ☐ E) Ninguna es correcta.
- 24** Algunos de los factores que predisponen para el desarrollo de una bacteriemia o sepsis son:
- ☐ A) Edades extremas de los pacientes, granulocitopenia, procedimientos quirúrgicos o invasivos recientes.
 - ☐ B) Nutrición enteral por sonda nasogástrica.
 - ☐ C) Encamamiento durante más de 48 h.
 - ☐ D) Estancia prolongada en UCI con ventilación artificial durante más de 2 días.
 - ☐ E) Las respuestas A y D son correctas.

25 En un paciente en el que se sospecha un cuadro de coagulación intravascular diseminada (CID), la enfermera debería vigilar todos los aspectos excepto:

- ☐ A) Zonas de punción.
- ☐ B) Pérdidas gástricas.
- ☐ C) Balance de entradas y salidas.
- ☐ D) Capacidad para deambular con ayuda.
- ☐ E) Las respuestas B y C son ciertas.

BIBLIOGRAFÍA. Fuentes consultadas y recomendadas para el estudio del tema

1. Alspach JG, editor. AACN Core review for critical care nursing. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1991.
2. Alspach JG, editor. AACN Cuidados intensivos de enfermería en el adulto. 5.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000.
3. Erickson BA. Springhouse certification review: Critical Care Nursing. Springhouse Corporation. Pennsylvania: Springhouse, 1996.
4. Naude GP, Bongard FS, Demetriades D. Secretos del traumatismo. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000.
5. Parsons PE, Wiener-Kronish JP. Secretos de los Cuidados Intensivos. 2.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000.