

**JORNADA  
REPASO OPE  
2025 – 2026**

**1. Repaso Temario Específico**



**2. Consejos varios de cara al examen**



**3. Repaso Temario Común**



**4. Salimos corriendo...**

**EMPEZAMOS POR  
EL PRINCIPIO...**

**REPASO AL  
TEMARIO  
ESPECÍFICO**

2. La teoría de Florence Nightingale se centró en el entorno, aun cuando ella en sus escritos prefirió el término alrededores. Definió y describió los conceptos de:

- A. Ventilación, calidez, luz, dieta, limpieza y ruido.
- B. Ventilación, calidez, luz, dieta, limpieza y descanso.
- C. Ventilación, humores, luz, dieta, limpieza y descanso.
- D. Ventilación, calidez, efluvios, alimentación, limpieza y ruido.

# *Raile M, Marriner A. Modelos y teoría en enfermería.*

(edición anterior a la propuesta en las bases de esta OPE).

## Capítulo 6. Página 75.

*“La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Aunque ella nunca utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalle los conceptos de **ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido**, elementos del entorno que se han acabado conociendo como entorno en discusiones de su obra”.*

9. ¿Cuál de las siguientes teorías de enfermería se considera una Teoría de nivel medio en enfermería?

A. Teoría de las transiciones.

B. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. = teoría de “largo alcance” o macro teoría

C. Teoría del duelo disfuncional.

D. Teoría bioética sinfonológica. = de largo alcance o macro teoría.

*Sinfonología: estudio de los acuerdos y los elementos necesarios para constituirlos (Husted y Husted, 2008, p. xv). Aplicada a la asistencia sanitaria, es el estudio de los acuerdos entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Un acuerdo se basa en la naturaleza de la relación que se establece entre las partes implicadas en la relación. Se hace hincapié en los compromisos y obligaciones de cada uno.*

9. ¿Cuál de las siguientes teorías de enfermería se considera una Teoría de nivel medio en enfermería?

A. Teoría de las transiciones.

B. -

C. Teoría del duelo disfuncional.

D. -

Tanto la teoría de las transiciones (opción A), como la teoría del duelo disfuncional (C), se podrían considerar según la bibliografía de referencia como teorías de rango medio o intermedio.

# *Raile M, Marriner A. Modelos y teoría en enfermería.*

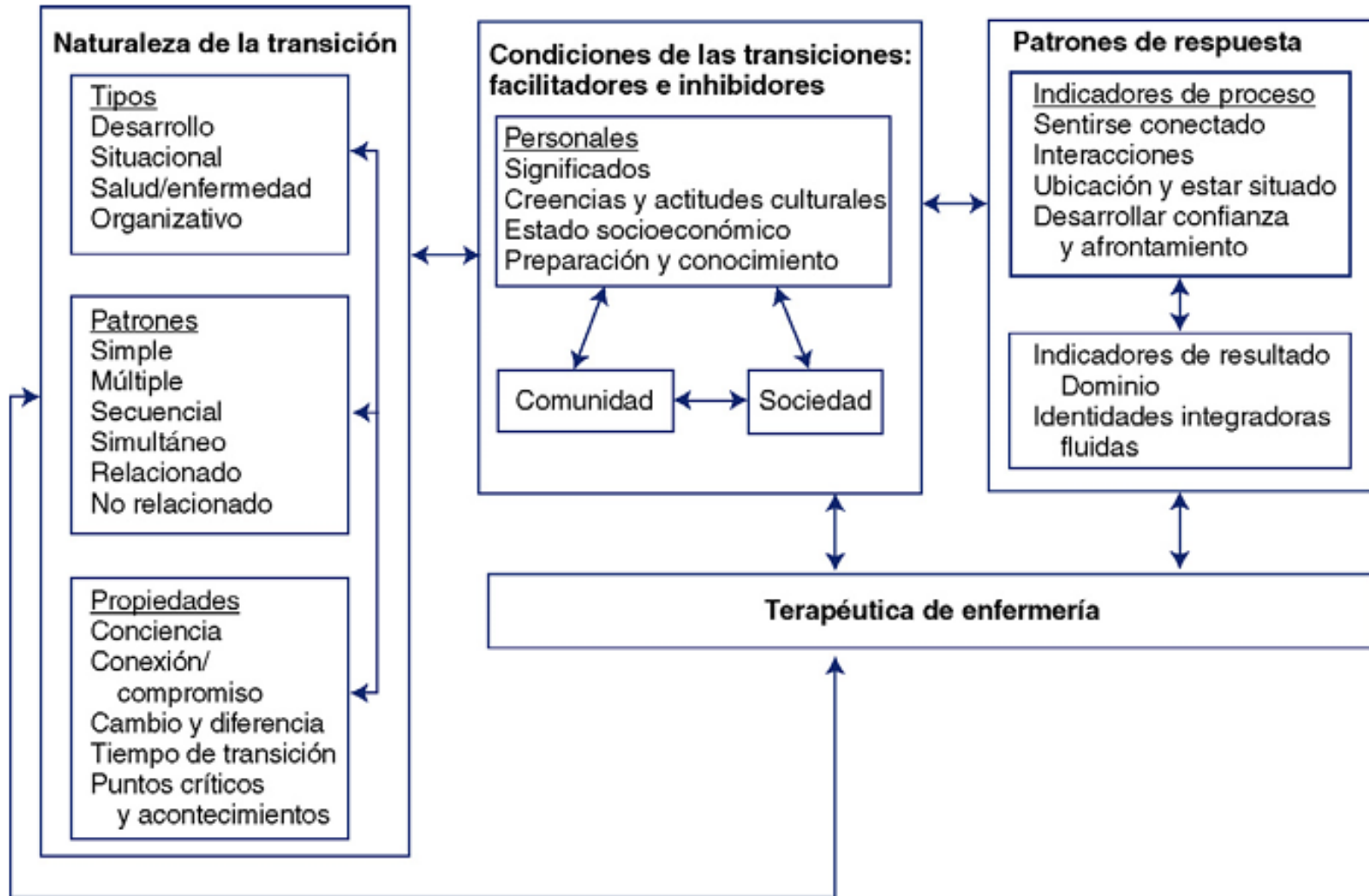
(edición anterior a la propuesta en las bases de esta OPE).

## Opción A

### Teoría de las transiciones de Afaf Ibrahim Meleis

**Pag. 416.** *“Investigadores que habían utilizado la transición como marco conceptual **desarrollaron una teoría intermedia con el marco de la transición.** Analizaron sus resultados relacionados con experiencias y respuestas de la transición, identificaron similitudes y diferencias en el uso de la transición; los resultados se compararon, contrastaron e integraron en reuniones del grupo. El trabajo colectivo se publicó en 2000 (Meleis, Sawyer, Im, Schumacher y Messias, 2000) y se ha utilizado extensamente en estudios de enfermería.*

*Im y Meleis (1999b) desarrollaron una teoría específica de la situación de la transición menopáusica de inmigrantes coreanas y de ingresos bajos basada en sus resultados de investigación, utilizando el marco de transición de Schumacher y Meleis (1994). Schumacher et al. (1999) desarrollaron una teoría específica de la situación de la transición en ancianos. Im (2006) desarrolló una teoría específica de la situación de la experiencia de dolor en pacientes blancos con cáncer. **Estas teorías específicas de la situación derivaban de la teoría de las transiciones intermedia.***



**Figura 20-1** La teoría intermedia de las transiciones. (De Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. [2000]. Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23[1], 12-28.)

# *Raile M, Marriner A. Modelos y teoría en enfermería.*

(edición anterior a la propuesta en las bases de esta OPE).

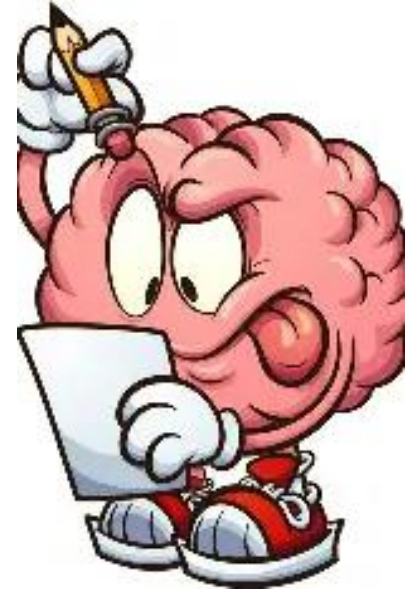
## Opción C

### Teoría del duelo disfuncional de Eakes, Burke y Hainsworth

*Pag. 660. “El NCRCs basó la teoría intermedia del duelo disfuncional en dos fuentes principales. El trabajo de Olshansky de 1962 se citó como base del concepto original de duelo disfuncional (Eakes, Burke y Hainsworth, 1998). El modelo de Lazarus y Folkman (1984) de estrés y adaptación fue la base para la conceptualización de cómo las personas hacen frente al duelo disfuncional”.*

9. ¿Cuál de las siguientes teorías de enfermería se considera una Teoría de nivel medio en enfermería?

- A. Teoría de las transiciones.
- B. .
- C. Teoría del duelo disfuncional.
- D. .



**Ambas son consideradas como teorías intermedias según la bibliografía de referencia  
¿¿Qué hacemos?? ¿¿Con cuál nos quedamos??**

# Raile M, Marriner A. Modelos y teoría en enfermería

UNIDAD



## *Teorías intermedias*

- *Las teorías intermedias son las menos abstractas y las más prácticas.*
- *Las teorías intermedias son específicas de los resultados de la práctica.*
- *Las teorías intermedias especifican características de situaciones de enfermería.*
- *Las teorías intermedias indican lo siguiente acerca de la situación enfermera:*
  - *La situación o el estado de salud*
  - *La población o grupo de edad del cliente*
  - *El lugar o área de práctica (p. ej., comunidad)*
  - *La acción de la enfermera o la intervención*
  - *El resultado previsto en el paciente*

**Pag. 580 en adelante**

*Teorías intermedias*

27

*Ramona T. Mercer*

1929-presente

Créditos de la fotografía: Marie Cox, M&M Studios, San Francisco.

**Adopción del rol materno-convertirse en madre**

Molly Meighan

*«El proceso de convertirse en madre requiere un extenso trabajo psicológico, social y físico. Durante esta transición, una mujer es más vulnerable y se enfrenta a grandes retos. Las enfermeras tienen una extraordinaria capacidad de ayudar a las mujeres a superar estas dificultades.»*



28

*Merle H. Mishel*

1939-presente

Créditos de la fotografía: doctor Michael Belyea, University of North Carolina, Chapel Hill, NC.

**Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad**

Donald E. Bailey, Jr. y Janet L. Stewart

*«Mi teoría puede aplicarse a la práctica y a la investigación. Se ha utilizado para explicar situaciones clínicas y diseñar intervenciones que llevan a la práctica basada en datos científicos. Las enfermeras científicas actuales y futuras siguen y seguirán extendiendo la teoría a diferentes poblaciones de*

Pag. 581

Pag. 599

CAPÍTULO  
29*Pamela G. Reed*

1952-presente

Créditos de la fotografía: Mark Thaler, Biomedical Communications Department, University of Arizona Health Sciences Center, Tucson, Arizona.

**Teoría de la autotranscendencia**

Doris D. Coward

*«La tarea de la enfermería es entender la naturaleza y facilitar los procesos enfermeros en diversos contextos y experiencias de salud» (Reed, 1997a, p. 77).*



30

*Carolyn L. Wiener*

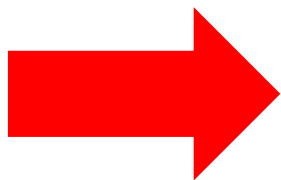
1930-presente

Créditos de la fotografía: Robert Pothocep, 2001; The UNC School of Nursing Annual Publications, The Science of Caring, 2011, 7

**Teoría de la trayectoria de la enfermedad***Marilyn J. Dodd*

Pag. 618

Pag. 638



... de la fotografía: Center for Health Sciences Communication, Brody School of Medicine, East Carolina University, Greenville, NC.



**Teoría del duelo disfuncional**

*Mary Lermann Burke*  
1941-presente

Créditos de la fotografía: Olan Mills Portrait Studio, Centerdale, RI.

Pag. 656

32



*Phil Barker*

**El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental**

Nancy Brookes

*«Las enfermedades mentales o los trastornos psiquiátricos son "problemas de la vida humana"; las personas encuentran que es difícil vivir consigo mismos o vivir con otros en el mundo social. Una idea simple que se complica cuando...»*

Pag. 673

33



*Katharine Kolcaba*  
1944-presente

**La teoría del confort**

Thérèse Dowd

*«En el mundo tecnológico actual, la misión histórica de la enfermería de confortar a los pacientes y a los familiares es aún más importante. El confort es un antídoto contra los factores de estrés inherentes en situaciones sanitarias de hoy, y cuando el confort mejora, pacientes y familias salen reforzados frente a las tareas que tienen por delante. Además, las enfermeras se sienten más satisfechas con las unidades que atienden.»*

Pag. 706

CAPÍTULO 34



*Cheryl Tatano Beck*

**Teoría de la depresión posparto**

M. Katherine Maeve

*«El nacimiento de un bebé es motivo de alegría, o así debería ser... Pero para algunas mujeres, la alegría no es una opción»* (Beck, 2006b, p. 40).

Pag. 722



*Teorías intermedias*



CAPÍTULO  
35

*Kristen M. Swanson*  
1953-presente

**Teoría de los cuidados**

Danuta M. Wojnar

*«Los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal»  
(Swanson, 1991, p. 162).*



30

*Cornelia M. Ruland*  
1954-presente

Teoría del final tranquilo de la vida



*Shirley M. Moore*

Pag. 741

Pag. 753

# *Raile M, Marriner A. Modelos y teoría en enfermería*

Como veis la bibliografía de referencia, tiene un capítulo completo dedicado a las “Teorías intermedias” (Capítulo V), en las que se incluye la opción C (teoría del duelo disfuncional), pero NO la opción A (teoría de transiciones).

Por eso apuesto por la opción C como la correcta, aunque la pregunta es como veis claramente impugnable.

9. ¿Cuál de las siguientes teorías de enfermería se considera una Teoría de nivel medio en enfermería?

- A. Teoría de las transiciones.
- B. .
- C. Teoría del duelo disfuncional.
- D. .



Nos quedamos con C.

La teoría del duelo disfuncional es la única incluida en el capítulo dedicado a las “Teorías de Nivel Intermedio” de la obra bibliográfica de referencia.

**15. ¿Cuál de las siguientes, se corresponde con una etiqueta diagnóstica nueva de la edición 2024-2026 de Diagnósticos enfermeros?**

- A. Deterioro de la bipedestación.**
- B. Riesgo de lesión.
- C. Salud deficiente de la comunidad.
- D. Disposición para mejorar el patrón del sueño.**

**Ambas opciones podrían ser consideradas correctas, porque ambas hacen referencia a diagnósticos nuevos en la NANDA 2024-2026.**

**PERO el enunciado correcto del diagnóstico es “Deterioro de la capacidad de bipedestación”. Por eso descarto la A.**

# NANDA 2021 – 2023 (opción A)

## DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

### Clase 2. Actividad/ejercicio:

**Mover partes del cuerpo (movilidad), trabajar o realizar acciones a menudo (aunque no siempre) contra resistencia.**

- 00298 – Disminución de la tolerancia a la actividad
- 00299 – Riesgo de tolerancia disminuida a la actividad
- 00040 – Riesgo de síndrome de desuso
- 00091 – Movilidad de la cama alterada
- 00085 – Movilidad física deteriorada
- 00089 – Movilidad en silla de ruedas deteriorada
- 00237 – Sentado impedido
- 00238 – De pie impedido
- 00090 – Capacidad de transferencia deteriorada
- 00088 – Caminar impedido

**La etiqueta “Deterioro de la bipedestación” no existía en esta edición**

# NANDA 2024 – 2026

## Clase 2. Actividad/ejercicio:

**Mover partes del cuerpo (movilidad), trabajar o realizar acciones a menudo (aunque no siempre) contra resistencia.**

- Deterioro de la movilidad física (00085)
- Riesgo de deterioro de la movilidad física (00324)
- Deterioro de la movilidad en la cama (00091)
- Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (00089)
- Deterioro de la capacidad para sentarse (00363)
- **Deterioro de la capacidad de bipedestación (00364)**
- Deterioro de la capacidad de transferencia (00367)
- Deterioro de la capacidad para caminar (00365)

La etiqueta “Deterioro de la CAPACIDAD de bipedestación” es nueva en esta última edición. Pero la opción A, habla de “Deterioro de la bipedestación”. No está bien enunciada la etiqueta, motivo por el que la descartamos.

# NANDA 2021 – 2023 (opción D)

## DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

### **Clase 1. Dormir/descansar:**

Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad.

### Etiquetas Diagnósticas:

- 00095 – Insomnio
- 00096 – La privación del sueño
- 00165 – Preparación para dormir mejor
- 00198 – Patrón de sueño perturbado

La etiqueta “Disposición para mejorar el patrón del sueño” no existía en esta edición

# NANDA 2024 – 2026. Diagnósticos:

## DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

### Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

#### **Clase 1. Dormir/descansar:**

Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad.

- Patrón de sueño ineficaz (00337)
- Riesgo de patrón de sueño ineficaz (00407)
- **Disposición para mejorar el patrón de sueño (00417)**
- Conductas ineficaces de higiene del sueño (00323)
- Riesgo de conductas ineficaces de higiene del sueño (00408)

15. ¿Cuál de las siguientes, se corresponde con una etiqueta diagnóstica nueva de la edición 2024-2026 de Diagnósticos enfermeros?

- A. Deterioro de la bipedestación.
- B. Riesgo de lesión.
- C. Salud deficiente de la comunidad.
- D. Disposición para mejorar el patrón del sueño.



¡¡¡¡Claramente nos quedamos con D!!!!

**18. Una de las funciones que puede tener de la taxonomía II de NANDA I es:**

- A. Identificar diagnósticos enfermeros fuera de su área de experiencia.**
- B. Registrar más datos.
- C. Distinguir los datos relevantes de los irrelevantes.
- D. Puede ayudar a los profesionales sanitarios a desarrollar el currículo de formación de enfermería.

# Taxonomía NANDA. Definición y Objetivos

NANDA Internacional fue formalmente constituida con el **objetivo principal de desarrollar, refinar y promover una terminología diagnóstica estandarizada** para uso de los profesionales de enfermería.

Desde su creación, ha trabajado incansablemente para **proporcionar un marco claro y coherente que permita a las enfermeras identificar diagnósticos con precisión**, establecer planes de cuidado efectivos y mejorar la comunicación interdisciplinaria.

Los diagnósticos NANDA son herramientas clínicas fundamentales que describen las respuestas humanas de individuos, familias, grupos o comunidades a problemas de salud reales o potenciales, o a procesos vitales.

Han sido diseñados con el objetivo primordial de mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y proporcionar una base para la selección de intervenciones de enfermería que permitan alcanzar los resultados de los que la enfermera es responsable, asegurando una atención de calidad basada en un lenguaje estandarizado y reconocido internacionalmente.

35. Durante una sesión grupal, una profesional de enfermería recibe feedback de sus compañeras sobre un tono autoritario del que ella no era consciente y que puede estar influyendo negativamente en la comunicación con los pacientes. Según el modelo de la ventana de Johari, ¿en qué área se situaba inicialmente este aspecto de su conducta?

- A. Área abierta o libre.
- B. Área oculta.
- C. Área ciega.
- D. Área desconocida.

Lo que conoces de tí

Lo que desconoces de tí

Lo que conocen de tí



ÁREA PÚBLICA

Lo que yo conozco sobre mí  
y los demás conocen de mí



ÁREA CIEGA

Lo que los demás conocen  
sobre mí y yo no conozco



Lo que desconocen de tí



ÁREA OCULTA

Lo que yo conozco sobre mí  
y los demás no saben



ÁREA DESCONOCIDA

Lo que ni yo ni los demás  
conocemos sobre mí

35. Durante una sesión grupal, una profesional de enfermería recibe feedback de sus compañeras sobre un tono autoritario del que ella no era consciente y que puede estar influyendo negativamente en la comunicación con los pacientes. Según el modelo de la ventana de Johari, ¿en qué área se situaba inicialmente este aspecto de su conducta?

- A. .
- B. .
- C. Área ciega.
- D. .



¡¡No hay dudas!!

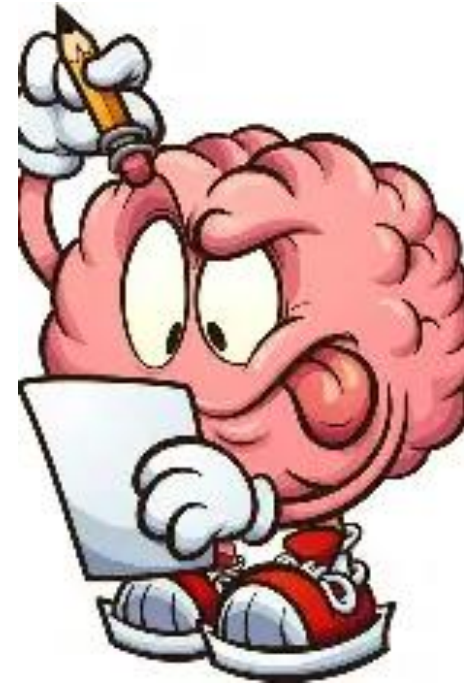
48. En el interior de heridas, como material de relleno, ya que tienen gran capacidad de absorción de exudado, se recomienda utilizar:

A. Alginatos e hidrofibras gelificantes.

B. Apósitos con plata.

C. Espuma de poliuretano como apósito secundario.

D. a) y c) son correctas.



Pueden surgir dudas con la D. El alginato (A) presenta gran cantidad de absorción, pero la espuma (C) también...

¿Con cuál nos quedamos?

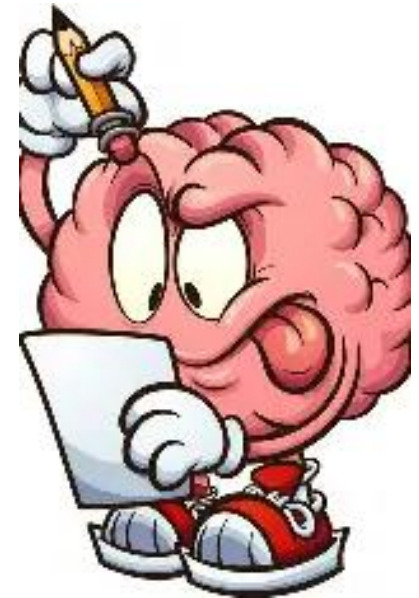
48. En el interior de heridas, como material de relleno, ya que tienen gran capacidad de absorción de exudado, se recomienda utilizar:

A. Alginatos e hidrofibras gelificantes.

B. .

C. Espuma de poliuretano **como apósito secundario.**

D. a) y c) son correctas.



Yo lo veo claro... Si me hablas de “rellenar una herida”, la respuesta no puede ser “como apósito secundario”. Para mi la correcta es claramente la A.

Pero..., ¿Qué dice la bibliografía de referencia? Vamos a bucear un rato...

**Hinkle J.L., Cheever K.H. Brunner y Shudarth.  
Enfermería médico-quirúrgica. 14.ª edición.  
Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2019.**

**Alginato de calcio**

Los alginatos de calcio son derivados de polisacáridos de algas o laminarias y constan de **fibras de alginato de calcio muy absorbentes** (Dabiri, et al., 2014). Son hemostáticos y bioabsorbibles, y pueden utilizarse como hojas o lienzos de material absorbente. Conforme se absorbe el exudado, las fibras se convierten en un hidrogel viscoso. Son útiles en zonas donde el tejido está más irritado o macerado. El apósito de alginato forma un bolsillo húmedo sobre la herida, mientras que la piel circundante se mantiene seca. El apósito también reacciona con el líquido de la herida, que forma una cubierta fétida. **Los alginatos funcionan bien cuando se empacan en una cavidad, herida o trayecto sinuoso profundos, con drenaje cuantioso. No son adherentes y necesitan de un apósito secundario.** Los expertos en heridas sugieren que los alginatos son mejores que otros apósitos modernos para el desbridamiento de heridas necróticas (Landriscina, et al., 2015).



**Osakidetza**



**EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO**

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

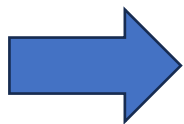
GUÍA DE ACTUACIÓN

# PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

# Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión

	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
<b>FILMS DE POLIURETANO</b>	Considere el uso de apósitos de film de poliuretano para proteger las zonas del cuerpo con riesgo de lesiones por fricción.	AWMA	CBR
	Retire con cuidado los apósitos de film de poliuretano en la piel frágil para reducir traumatismos de la piel.	AWMA	CBR
	No utilice los apósitos de film de poliuretano sobre úlceras con exudado moderado o muy exudativas.	AWMA	CBR
	Considere su uso como apósito secundario de fijación y como fijación y sellado de los equipos de terapia de presión negativa.	AWMA	CBR
<b>ESPUMAS DE POLIURETANO</b>	Considere el uso de apósitos de espuma en UPP de cualquier categoría.	AWMA	CBR

	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
<b>HIDROCOLOIDES</b>	Considere el uso de apósitos hidrocoloides para proteger zonas del cuerpo con riesgo de daño por fricción.	AWMA	CBR
	Retire con cuidado los apósitos hidrocoloides en la piel frágil para reducir traumatismos de la piel.	AWMA	C
	Utilice apósitos hidrocoloides para UPP limpias de categoría II en zonas del cuerpo donde no se enrolle. Valore el uso de apósitos hidrocoloides para favorecer la cicatrización de UPP de categoría II no infectadas.	EPUAP-NPUAP	B
<b>ALGINATOS</b>	Use apósitos de alginato para el tratamiento de úlceras con exudado de moderado a alto.	AWMA	B
	Retire con cuidado el apósito de alginato, para facilitar la retirada humedecer primero si es necesario.	EPUAP-NPUAP	C
	Considere la posibilidad de espaciar el intervalo de cambio de apósito o cambiar el tipo de apósito, si el alginato todavía está seco al retirarlo.	AWMA	CBR
<b>HIDROFIBRAS GELIFICANTES</b>	Utilice los alginatos y las hidrofibras en el interior de la herida, ya que tienen gran capacidad de absorción de exudado. Utilice apósitos de espuma de poliuretano como apósito secundario.	AWMA	B
<b>HIDROGELES</b>	Considere el uso de hidrogel para el tratamiento de úlceras secas o con poco exudado.	AWMA	C
	Considere el uso de hidrogel en estructura amorfa en las UPP que no están clínicamente infectadas y con tejido de granulación.	EPUAP-NPUAP	B



48. En el interior de heridas, como material de relleno, ya que tienen gran capacidad de absorción de exudado, se recomienda utilizar:

A. Alginatos e hidrofibras gelificantes.

C. Espuma de poliuretano como apósito secundario.

D. a) y c) son correctas.

<b>HIDROFIBRAS GELIFICANTES</b>	Utilice los alginatos y las hidrofibras en el interior de la herida, ya que tienen gran capacidad de absorción de exudado. Utilice apósitos de espuma de poliuretano como apósito secundario.	AWMA	B
-------------------------------------	---	------	---

**DADA LA LITERALIDAD CON LA QUE ENCONTRAMOS LAS RESPUESTAS A + C EN LA BIBLIOGRAFIA OFICIAL, CREO QUE QUIEREN LA UNIÓN DE AMBAS RESPUESTAS. ES DECIR: OPCIÓN D.**

67. En pacientes con afecciones respiratorias, la oxigenoterapia se indica principalmente para aumentar la presión parcial de oxígeno arterial ( $\text{PaO}_2$ ) y alcanzar valores normales para el individuo. Según la curva de disociación de la oxihemoglobina, ¿qué combinación de  $\text{PaO}_2$  y saturación de oxígeno arterial ( $\text{SaO}_2$ ) corresponde a esos rangos considerados normales?

A. -

B.  $\text{PaO}_2$  70–100 mmHg y  $\text{SaO}_2$  90–99%.

C.  $\text{PaO}_2$  60–95 mmHg y  $\text{SaO}_2$  80–98%.

D. -

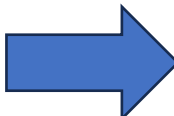
Aunque con mil dudas, inicialmente aposté por la opción B.

**PERO....**

Hinkle J.L., Cheever K.H. Brunner y Shudarth. Enfermería médico-quirúrgica. 14.ª edición. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2019.

### Complicaciones

El oxígeno es un medicamento y sólo se suministra por prescripción médica, salvo en situaciones de urgencia. Como sucede con otros fármacos, el personal de enfermería administra oxígeno con precaución y evalúa con cuidado los efectos sobre cada paciente.



En las personas con afecciones respiratorias, en general sólo se usa la oxigenoterapia para aumentar la presión parcial de oxígeno arterial ( $\text{PaO}_2$ ) y retornarla a valores normales para el individuo, que pueden ser de 60-95 mm Hg. En términos de la curva de disociación de la oxihemoglobina (véase el [cap. 20](#)), a estas concentraciones la sangre está saturada al 80-98% de oxígeno; los valores más altos de la **fracción inspirada de oxígeno ( $\text{FiO}_2$ )** del flujo no añaden cantidades importantes de oxígeno a los eritrocitos o el plasma. Aumentar la cantidad de este elemento puede causar efectos tóxicos en los pulmones y sistema nervioso central en lugar de ayudar o quizá disminuya la ventilación (véase una descripción más adelante).

Cuando se administra oxígeno por cualquier método, es importante observar los indicadores sutiles de oxigenación inadecuada. Por lo tanto, el personal de enfermería valora con frecuencia al paciente en busca de confusión, inquietud que progresa a letargia, diaforesis, palidez, taquicardia, taquipnea e hipertensión. Para vigilar las concentraciones de oxígeno, se usa oximetría de pulso intermitente o continua.

67. En pacientes con afecciones respiratorias, la oxigenoterapia se indica principalmente para aumentar la presión parcial de oxígeno arterial ( $PaO_2$ ) y alcanzar valores normales para el individuo. Según la curva de disociación de la oxihemoglobina, ¿qué combinación de  $PaO_2$  y saturación de oxígeno arterial ( $SaO_2$ ) corresponde a esos rangos considerados normales?

C.  $PaO_2$  60–95 mmHg y  $SaO_2$  80–98%.



Cambio de respuesta. Claramente la correcta es la C. Sin dudas. Está literalmente sacado de la bibliografía de referencia, así que no hay discusión.

70. En relación con la espirometría de incentivo y las recomendaciones de enfermería para su correcta utilización, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

- A. Se recomienda que el paciente adopte una posición semi-Fowler o erecta antes de iniciar el procedimiento.
- B. El paciente debe colocar firmemente la boquilla en la boca, inspirar a través de la boca y mantener una apnea inspiratoria de al menos 5 segundos para mantener el indicador entre las líneas.
- C. La espirometría de incentivo debe realizarse 10 respiraciones consecutivas cada hora durante las horas de vigilia; entre intentos se aconsejan varias respiraciones normales para evitar la fatiga.
- D. En el espirómetro incentivo de flujo, la esfera o pesa se eleva en función de la intensidad del aire inspirado.

# Hinkle J.L., Cheever K.H. Brunner y Shudarth. Enfermería médico-quirúrgica. 14.ª edición. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2019.

Pag. 1196.

## CAPACITACIÓN DEL PACIENTE Realización de la espirometría de incentivo

El aire inspirado ayuda a inflar los pulmones. La esfera o una pesa situada en el espirómetro se eleva en respuesta a la intensidad del aire inhalado. Cuanto más alto se eleva la esfera, más profunda es la respiración. El personal de enfermería indica al paciente:

- Asumir una **posición de semi-Fowler o una posición erecta** antes de iniciar el tratamiento.
- Utilizar la respiración diafragmática.
- Colocar con firmeza la boquilla del espirómetro en la boca, respirar hacia dentro (inspirar) a través de la boca y **sostener la respiración al final de la inspiración durante casi 3 s para mantener la esfera** en el indicador entre las líneas.
- Espirar con lentitud a través de la boquilla.
- Toser durante y después de cada sesión.
- Después de la cirugía, inmovilizar la incisión al toser.
- **Realizar el procedimiento alrededor de 10 veces de forma sucesiva, con repeticiones de las 10 respiraciones con el espirómetro cada hora durante las horas de vigilia.**

70. En relación con la espirometría de incentivo y las recomendaciones de enfermería para su correcta utilización, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

B. El paciente debe colocar firmemente la boquilla en la boca, inspirar a través de la boca y mantener una apnea inspiratoria de al menos 5 segundos para mantener el indicador entre las líneas.

¡¡Otra clara!!



**75. En relación con la tuberculosis (TB), señale la afirmación correcta:**

- A. *Mycobacterium tuberculosis* es el principal agente causal de la TB; se trata de un bacilo acidorresistente, anaerobio y de crecimiento lento.
- B. *Mycobacterium bovis* y *Mycobacterium avium* casi nunca se relacionan con la aparición de una infección tuberculosa.
- C. La TB afecta principalmente al sistema nervioso central y raramente compromete el parénquima pulmonar.
- D. La TB no se relaciona con factores socioeconómicos.

75. En relación con la tuberculosis (TB), señale la afirmación correcta:

- A. Mycobacterium tuberculosis es el principal agente causal de la TB; se trata de un bacilo acidorresistente, anaerobio y de crecimiento lento.
- B. Mycobacterium bovis y Mycobacterium avium casi nunca se relacionan con la aparición de una infección tuberculosa.
- C. La TB afecta principalmente al sistema nervioso central y raramente compromete el parénquima pulmonar.
- D. La TB no se relaciona con factores socioeconómicos.

EN REALIDAD LA AFIRMACIÓN B TAMBIÉN ES FALSA POR LO QUE NO TENDRIAMOS RESPUESTA CORRECTA, PERO EN LA BIBLIOGRAFIA OFICIAL ENCONTRAMOS ESTO....

**Hinkle J.L., Cheever K.H. Brunner y Shudarth. Enfermería médico-quirúrgica.  
14.ª edición.  
Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2019.**

**Pag. 1371.**

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa por micobacterias que afecta sobre todo el parénquima pulmonar. El principal agente infeccioso, **M. tuberculosis**, es un bacilo acidorresistente aerobio de crecimiento lento sensible al calor y la luz ultravioleta.

**M. bovis y M. avium casi nunca se relacionan con la aparición de una infección tuberculosa.** La TB es un problema de salud pública mundial que se relaciona de forma estrecha con pobreza, desnutrición, hacinamiento, vivienda debajo del estándar y atención inadecuada a la salud.

Las tasas de mortalidad y morbilidad continúan en ascenso; se estima que **M. tuberculosis** infecta a una tercera parte de la población mundial y permanece como la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en el mundo.

75. En relación con la tuberculosis (TB), señale la afirmación correcta:

B. Mycobacterium bovis y Mycobacterium avium casi nunca se relacionan con la aparición de una infección tuberculosa.

¡¡Otra clara!!

Aunque sea mentira (que lo es), en bibliografía oficial se contempla así. Así que no hay dudas: la opción B es la “correcta”



77. En relación con las manifestaciones clínicas de la insuficiencia respiratoria aguda, señale la opción que describe correctamente la progresión clínica asociada al deterioro de la oxigenación y al avance de la hipoxemia.

- A. Los signos tempranos pueden incluir inquietud, fatiga, cefalea, disnea y taquicardia; a medida que progresa la hipoxemia aparecen confusión, letargia, taquipnea, cianosis central y diaforesis.
- B. Los **signos iniciales son tos productiva, fiebre y sibilancias**; conforme progresa aparece **edema agudo de pulmón y shock cardiogénico.**
- C. Los **signos iniciales incluyen cianosis central** y confusión; posteriormente aparecen cefalea, inquietud, hipertensión y fatiga.
- D. Los **signos tempranos se caracterizan por bradicardia e hipotensión**; conforme progresa, aparecen taquicardia y diaforesis.

Hinkle J.L., Cheever K.H. Brunner y Shudarth. Enfermería médico-quirúrgica. 14.<sup>a</sup> edición.  
Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2019.

Pag. 1185.

La hipoxemia, una disminución de la presión de oxígeno en sangre arterial, se manifiesta por **cambios en el estado mental** (que progresa desde anomalías del juicio, agitación, desorientación y confusión hasta letargia y coma), disnea, **aumento en la presión arterial**, cambios en la frecuencia cardíaca, arritmias, **cianosis central (signo tardío)**, diaforesis y extremidades frías.

**167.- En relación con la estimación clínica del llenado de la vejiga, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?**

- A. La vejiga normalmente no es palpable hasta que contiene más de 150 ml de orina.
- B. La percusión suprapúbica suele producir un sonido hueco en condiciones normales.
- C. Cuando la vejiga contiene aproximadamente 500 ml, puede apreciarse un abultamiento suprapúbico.
- D. El dolor aparece de forma precoz, antes de alcanzar la capacidad total vesical.

**167.- En relación con la estimación clínica del llenado de la vejiga, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?**

- A. La vejiga normalmente no es palpable hasta que contiene más de 150 ml de orina. = absolutamente correcta**
- B. La percusión suprapúbica suele producir un sonido hueco en condiciones normales.**
- C. Cuando la vejiga contiene aproximadamente 500 ml, puede apreciarse un abultamiento suprapúbico. = absolutamente correcta**
- D. El dolor aparece de forma precoz, antes de alcanzar la capacidad total vesical.**

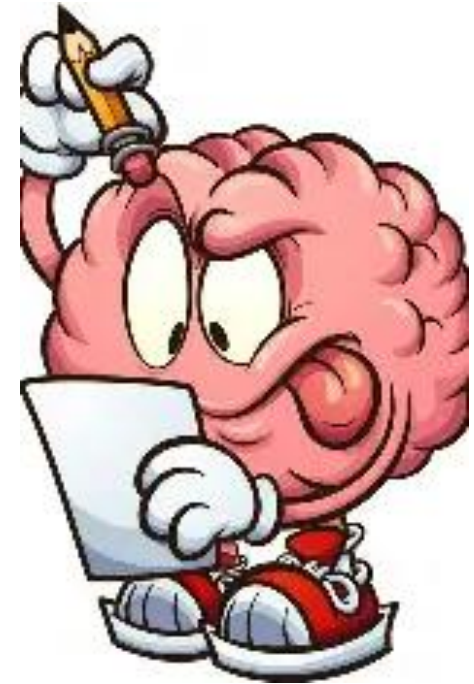
167.- En relación con la estimación clínica del llenado de la vejiga, ¿cuál de las siguientes afirmaciones **NO es correcta**?

A. .

B. La percusión suprapúbica suele producir un sonido hueco en condiciones normales.

C. .

D. El dolor aparece de forma precoz, antes de alcanzar la capacidad total vesical.



¿¿Con cuál nos quedamos??

Tras mil millones de dudas y de cambios de respuesta, por fin he visto LA LUZ...

# “Habilidades para enfermería clínica”, Smith S.F., Duell D.J., Martin C.T.

---

## Cuadro 22-3 ESTIMACIÓN DEL LLENADO DE LA VEJIGA

- La vejiga normalmente no es palpable hasta que contiene más de 150 ml de orina.
- Normalmente, la percusión suprapúbica produce un sonido hueco. Si el sonido es plano o sordo, indica distensión vesical.
- Cuando la vejiga contiene 500 ml puede apreciarse un abultamiento en la zona suprapúbica.
- A menudo se siente dolor después de haber alcanzado la capacidad total de la vejiga, en general de 400–500 ml.
- Los síntomas subjetivos no son indicadores fiables de plenitud de la vejiga.

---

Otro bonito ejemplo de “copia-pegar” absoluto de pregunta y respuestas. Tal cual sacado de la bibliografía de referencia.

167.- En relación con la estimación clínica del llenado de la vejiga, ¿cuál de las siguientes afirmaciones **NO es correcta**?

**D. El dolor aparece de forma precoz, antes de alcanzar la capacidad total vesical.**



**Ala, pues ya no hay dudas. ¡¡Es la D!!**

**206.- Señala el cáncer con influencia genética de carácter autosómico recesivo:**

- A. Síndrome de Cowden.
- B. Síndrome de Lynch (cáncer de colon hereditario sin poliposis).
- C. Síndrome de melanoma familiar.**
- D. Síndrome de Li-Fraumeni.

**En realidad, todos son autosómicos dominantes. Pero la respuesta “correcta” para esta OPE es sin duda la C, puesto que así se contempla en bibliografía oficial**

**Hinkle J.L., Cheever K.H. Brunner y Shudarth. Enfermería médico-quirúrgica.  
14.ª edición.**

**Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2019. (Página 817)**

**Cuadro 15-1 GENÉTICA EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA. Conceptos de genética y enfermedades oncológicas**

- El cáncer es una enfermedad genética. Cada fase de la oncogénesis depende de múltiples mutaciones génicas....
- Los ejemplos de cánceres con influencia genética incluyen: procesos autosómicos dominantes y procesos autosómicos recesivos.

**Autosómicos dominantes**

- Cáncer mamario y ovárico
- Cáncer colorrectal
- Poliposis adenomatosa familiar
- **Síndrome de Cowden**
- **Síndrome de Li-Fraumeni**
- **Síndrome de Lynch** (cáncer de colon hereditario sin poliposis)
- Neoplasia endocrina múltiple de tipos 1 y 2
- Neurofibromatosis de tipos 1 y 2
- Cáncer de próstata
- Retinoblastoma
- Síndrome de von Hippel-Lindau
- Tumor de Wilms

**Autosómicos recesivos**

- Ataxia telangiectasia
- Cáncer de endometrio
- Tumor del estroma gastrointestinal
- **Síndrome de melanoma familiar**
- Xerodermia pigmentosa

**206.- Señala el cáncer con influencia genética de carácter autosómico recesivo:**

**C. Síndrome de melanoma familiar.**

**Otra “mentira” que aceptamos como correcta.  
Para esta OPE, esta es la respuesta a marcar.**



**225.- Entre los objetivos principales de la Valoración Geriátrica Integral **NO encontramos:****

- A. Establecer un diagnóstico multidimensional.
- B. Planificar los cuidados de la mejor manera posible.
- C. Definir cuál es la localización más adecuada para el paciente anciano.
- D. Rentabilizar al máximo los recursos sanitarios.

Me parece mucho más lógica la opción D y apuesto por ella. Pero es cierto que hay fuentes que apuestan por otras opciones.

No he encontrado en la bibliografía oficial este dato concreto. Así que no puedo asegurar la respuesta con certeza.

## **229.- ¿Cómo se interpreta una puntuación de 50 en el Índice de Barthel?**

- A. Dependiente moderado para las actividades básicas de la vida diaria.
- B. Dependiente severo para las actividades básicas de la vida diaria.
- C. Dependiente leve para las actividades básicas de la vida diaria.
- D. Dependiente para las actividades instrumentales de la vida diaria.

# La mayoría de fuentes bibliográficas NO OFICIALES PARA ESTA OPE coinciden en esta puntuación

A través de la escala de Barthel es posible determinar el grado de autonomía o dependencia de un paciente. Pero solo es **aplicable para diez actividades de la vida diaria establecidas en esta escala**. Aquí se incluye la capacidad de comer, bañarse, vestirse, ir al baño, entre otras. Está dirigida a personas que sufren de problemas tanto físicos como neurológicos o psicológicos.

Cada actividad **se evalúa en una escala de 15, 10, 5 y 0**, según corresponda. Esto determina si la persona no requiere ayuda, necesita algo de apoyo o no es capaz de realizar la tarea por su cuenta. Se maneja un rango de puntuación de 0 a 100, cuyo total se obtendrá de la suma del puntaje de cada actividad.

## PUNTUACIONES BARTHEL

- **Menos de 20:** Dependencia total, precisa ayuda completa para casi todas las actividades básicas
- **De 20 a 35:** Dependencia grave, requiere ayuda intensa y continua para la mayoría de ABVD.
- **De 40 a 55:** Dependencia moderada, necesita apoyo físico frecuente en varias ABVD.
- **60 o más:** Dependencia leve, precisa ayuda puntual o supervisión en algunas tareas.
- **100:** Independiente.

## 229.- ¿Cómo se interpreta una puntuación de 50 en el Índice de Barthel?

- A. Dependiente moderado para las actividades básicas de la vida diaria.
- B. Dependiente severo para las actividades básicas de la vida diaria.

Apuesto por A, aunque hay fuentes sindicales que se decantan por B.

No he encontrado en la bibliografía oficial este dato concreto. Así que no puedo asegurar la respuesta con certeza.

233.- En la Valoración funcional de la persona mayor, no debemos olvidar que la capacidad funcional no está influenciada únicamente por su estado físico, sino también por su capacidad mental y entorno social y ambiental. En este caso, ¿cuando hablamos del Grado de autonomía, nos referimos a?:

- A. Es la necesidad de asistencia física o verbal a través de dispositivos o terceras personas para realizar ciertos actos.
- B. La capacidad funcional de un individuo para realizar, por propia iniciativa y sin ayuda externa, las tareas elementales de autocuidado y funcionamiento físico necesarias para subsistir, tales como comer, vestirse, asearse, usar el baño y moverse. Implica la toma de decisiones personales sobre el propio estilo de vida y el control sobre las acciones diarias.
- C. El estado permanente de limitación física, psíquica o intelectual por el que una persona necesita ayuda importante o asistencia de terceros para realizar las tareas elementales de autocuidado.
- D. Es la capacidad de la persona de decidir por sí mismo su conducta, la orientación de sus actos y la realización de diversas actividades.

233.- ¿cuando hablamos del Grado de autonomía, nos referimos a?:

A.   :

B. La capacidad funcional de un individuo para realizar, por propia iniciativa y sin ayuda externa, las tareas elementales de autocuidado y funcionamiento físico necesarias para subsistir, tales como comer, vestirse, asearse, usar el baño y moverse. Implica la toma de decisiones personales sobre el propio estilo de vida y el control sobre las acciones diarias.

C.   :

D. Es la capacidad de la persona de decidir por sí mismo su conducta, la orientación de sus actos y la realización de diversas actividades.

Inicialmente me decanté por B, interpretando la “autonomía” como la “independencia funcional”. Pero..., me equivoqué.

# Calenti M. Gerontología y geriatría. Valoración e intervención. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2010.

## CAPÍTULO 1: Capacidad funcional

- *“Relacionada con las ABVD se encuentra la capacidad funcional de la persona, que es tanto la posibilidad como la habilidad para ejecutar actividades de una manera normal o aceptada, ejerciendo completamente los roles, relaciones y ocupaciones requeridas en el curso de la vida diaria.”*

## Capítulo 15: AUTONOMÍA PERSONAL.

- *“El hecho de que el anciano, como cualquier paciente, tenga que depender de los otros para ciertas funciones de la vida no significa que haya perdido su capacidad de autonomía para decidir lo que él quiere, después de la debida información. El hecho de ser por completo independiente no implica que pueda siempre disponer con sensatez de su futuro”.*

La autonomía personal es la capacidad de una persona para tomar decisiones y actuar de manera independiente, gestionando su vida según sus propios valores y necesidades.

La autonomía personal se define como la capacidad del individuo para desarrollar sus actividades cotidianas y tomar decisiones propias, asumiendo las consecuencias de sus acciones. Implica autogobierno, independencia y autodeterminación, y está estrechamente vinculada a la autoestima, el bienestar emocional y la libertad individual.

**233.- ¿cuando hablamos del Grado de autonomía, nos referimos a?:**

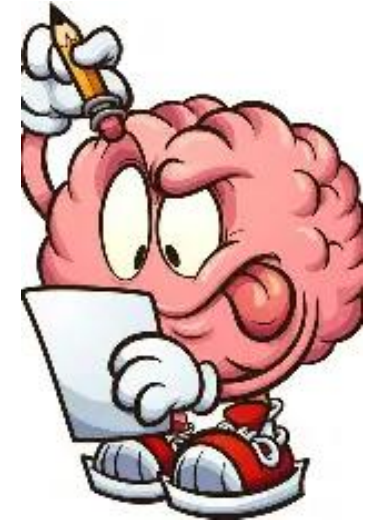
**D. Es la capacidad de la persona de decidir por sí mismo su conducta, la orientación de sus actos y la realización de diversas actividades.**



**CONCLUSIÓN: CLARAMENTE LA CORRECTA ES LA D. SIN NINGUNA DUDA**

237.- En un recién nacido en las primeras horas de vida, ¿cuál de los siguientes hallazgos clínicos es más sugerente de hernia diafragmática congénita?

A. Dificultad respiratoria con aleteo nasal y sonidos respiratorios ausentes en el lado izquierdo.



C. Respiración entrecortada con sonidos ausentes unilateralmente y sonidos cardíacos desplazados hacia la izquierda.

# *Enfermería maternal y del recién nacido*

**Pag. 747. Hernia diafragmática congénita. Signos clínicos (valoración enfermera):**

- **Dificultad para comenzar la respiración**
- **Respiración entrecortada con aleteo nasal y retracción del pecho**
- **Tórax en barril y abdomen escafoides**
- **Expansión torácica asimétrica**
- **Los sonidos respiratorios pueden estar ausentes, normalmente en el lado izquierdo**
- **Sonidos cardíacos desplazados hacia la derecha.**
- **Crisis espasmódicas de cianosis y dificultad para la alimentación**
- **Pueden escucharse ruidos intestinales en la cavidad torácica.**

237.- En un recién nacido en las primeras horas de vida, ¿cuál de los siguientes hallazgos clínicos es más sugerente de hernia diafragmática congénita?

- A. Dificultad respiratoria con aleteo nasal y sonidos respiratorios ausentes en el lado izquierdo.
- B. Distensión abdominal marcada con timpanismo generalizado y expansión torácica asimétrica.
- C. Respiración entrecortada con sonidos ausentes unilateralmente y sonidos cardíacos desplazados hacia la izquierda.
- D. Dificultad para comenzar la respiración con aleteo nasal y expansión torácica simétrica.

237.- En un recién nacido en las primeras horas de vida, ¿cuál de los siguientes hallazgos clínicos es más sugerente de hernia diafragmática congénita?

A. Dificultad respiratoria con aleteo nasal y sonidos respiratorios ausentes en el lado izquierdo.

Otra aclarada... La correcta es  
sin duda la A



**239.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos se considera patológico en la valoración del recién nacido?**

- A. Perlas de Epstein.
- B. Reflejo de Moro presente.
- C. Perímetro torácico 1-2 cm menor que el cefálico.
- D. Pólipos cutáneos preauriculares.**

# *Enfermería maternal y del recién nacido*

## Página 639. Guía de Valoración física del Recién Nacido (oídos):

- **Hallazgos normales**: oído externo sin lesiones, quistes ni nódulos.
- **Alteraciones**:
  - Nódulos, quistes o fístulas preauriculares
  - Adherencia de los lóbulos de las orejas
  - Implantación baja
  - **Pólipos cutáneos preauriculares**

239.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos se considera patológico en la valoración del recién nacido?

D. Pólipos cutáneos preauriculares.

Otra aclarada... La  
correcta es la D



**256.- ¿cuál de las siguientes actuaciones es prioritaria respecto al uso de la incubadora?**

- A. Mantener la temperatura corporal del recién nacido entre 36,7 y 37,2°C para evitar hipotermia.
- B. Ajustar la temperatura de la incubadora según la edad gestacional y el peso.



Inicialmente aposté por A, porque me parece que lo “Prioritario” es mantener al neonato en normotermia.

PERO... , rectifico mi respuesta por lo siguiente...

# Tratado de enfermería del niño y el adolescente. Cuidados pediátricos. 2ª ed.

## Parte II. Alteraciones más frecuentes del neonato: Recién nacido pretérmino

Página 80: *“El consumo de oxígeno, cuando la temperatura es adecuada, es mínimo, siempre que se mantenga la temperatura corporal del neonato entre 36,5 y 36,9 °C. El mantenimiento de esta temperatura está en relación con el peso y la edad gestacional. A mayor inmadurez, mayor debe ser la temperatura ambiental requerida. La temperatura de la incubadora debe de estar entre 28 y 34 °C.”*

256.- es prioritaria respecto al uso de la incubadora?

- A. Mantener la temperatura corporal del recién nacido entre 36,7 y 37,2°C para evitar hipotermia.
- B. Ajustar la temperatura de la incubadora según la edad gestacional y el peso.

La correcta es sin duda la B.  
Actualizamos respuesta. Es la B. Seguro.



258.- Durante la monitorización de un recién nacido pretérmino ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, la enfermera observa episodios recurrentes de apnea sin causa orgánica aparente. En relación con la apnea idiopática del prematuro, ¿cuál de los siguientes hallazgos es más característico de este cuadro clínico?

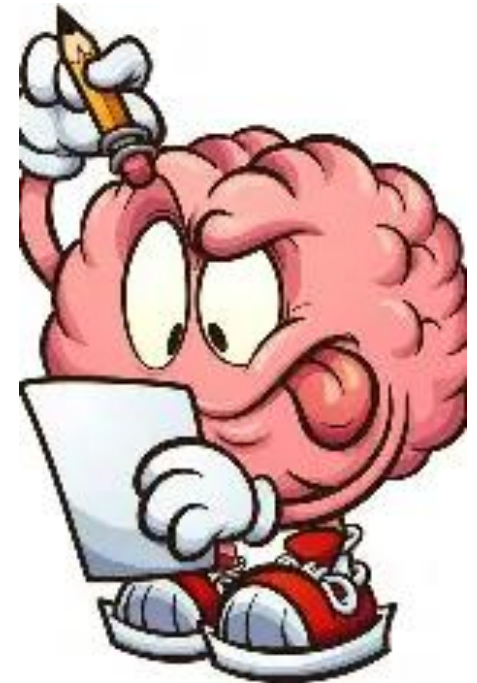
- A. Pausas respiratorias asociadas a inestabilidad laríngea.
- B. Episodios de hipoventilación asociados a inmadurez del control respiratorio.
- C. Episodios de apnea exclusivamente durante el llanto.
- D. Apnea asociada a estridor espiratorio persistente.

## 258.- apnea idiopática del prematuro, ¿cuadro clínico?

- A. Pausas respiratorias asociadas a inestabilidad laríngea.
- B. Episodios de hipoventilación asociados a inmadurez del control respiratorio.

Inicialmente me decanté por B. Muchas otras fuentes sindicales también se han decantado por B.

Pero, buceando en la bibliografía....



# Tratado de enfermería del niño y el adolescente. Cuidados pediátricos. 2ª ed.

## Pág. 110. Alteraciones más frecuentes del neonato

*“La **apnea idiopática del recién nacido** pretérmino suele aparecer sin causa aparente ni enfermedad manifiesta. **Se presenta como apnea obstructiva, caracterizada por inestabilidad laríngea**, oclusión nasal, flexión del cuello y falta de coordinación de la lengua y de los músculos de las vías respiratorias superiores, generada durante la inspiración. Se manifiesta con **ausencia del flujo de aire, aunque suele persistir el movimiento torácico**. Esta alteración aparece pasadas las 48 horas del nacimiento o en la primera semana de vida. La **apnea idiopática grave se define como la interrupción de la respiración durante más de 30 segundos** y está acompañada de cianosis y bradicardia”.*

**Ladewig PW, London M L, Moberly S, Olds S B.  
Enfermería maternal y del recién nacido. 5.<sup>a</sup> edición.  
Madrid. Mc Graw-Hill Interamericana. 2006.**

***“La apnea de la prematuridad consiste en la parada respiratoria durante 20 o más segundos, o de menos de 20 segundos cuando se asocia a cianosis y bradicardia. La apnea es un problema común en los niños prematuros (de menos de 37 semanas de gestación), y se considera principalmente consecuencia de la inmadurez neurológica, un factor que contribuye a la respiración irregular del neonato”.***

**258.- apnea idiopática del prematuro, ¿cuadro clínico?**

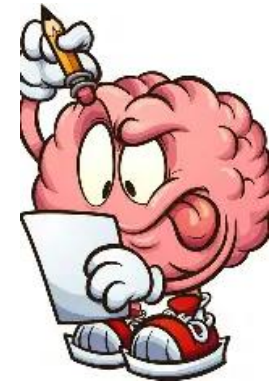
**A. Pausas respiratorias asociadas a inestabilidad laríngea.**

**B. Episodios de hipoventilación asociados a inmadurez del control respiratorio.**

Aunque la opción B habla de inmadurez neurológica, que realmente es lo que provoca y caracteriza la apnea del prematuro, define este cuadro como una “hipoventilación”. Eso invalida totalmente la opción. Una apnea es una AUSENCIA de ventilación, no una hipoventilación. La correcta es sin duda la A.

### 303.- Según VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2023 2027, INCORRECTA?

A. Cerca de dos tercios de la población fumadora habitual consume más de medio paquete diario, lo que refleja una intensidad de consumo elevada pese a la tendencia general al descenso.



D. La edad de inicio en el consumo de tabaco, se mantiene más o menos estable alrededor de los 15 años.

# VIII Plan sobre Adiciones de Euskadi (pag. 85 y 86)

## OPCIÓN A

“En lo referente a la intensidad, **casi dos tercios de la población fumadora habitual consume menos de medio paquete al día**, consolidando la tendencia hacia un consumo menor entre las personas fumadoras. El 5% consume más de 1 paquete al día”.

## OPCIÓN D

“**Respecto a la edad de inicio** en el consumo de tabaco, **se mantiene más o menos estable alrededor de los 17 años**, con una tendencia a confluir entre hombres y mujeres”.

**303.- Según VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2023 2027, INCORRECTA?**

**A. Cerca de dos tercios de la población fumadora habitual consume más de medio paquete diario,** lo que refleja una intensidad de consumo elevada pese a la tendencia general al descenso.

**D. La edad de inicio en el consumo de tabaco, se mantiene más o menos estable alrededor de los 15 años.**

**Conclusión: las dos son incorrectas.**

**Pregunta NULA.**

**No hay criterio para considerar una como “mas falsa” que la otra**

**304.- Según los datos del VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2023-2027, en relación con el consumo de alcohol, señale la opción que describe de forma MÁS AJUSTADA la situación epidemiológica actual en Euskadi:**

- A. La mayor prevalencia de consumo habitual se concentra en la población adolescente (15-19 años), con diferencias marcadas entre sexos.
- B. Más del 20 % de la población reconoce haberse emborrachado entre 1 y 12 veces en el último año, siendo este patrón más frecuente en mujeres jóvenes de 15-24 años.
- C. La edad media de inicio del consumo de alcohol ha descendido progresivamente desde 2004 hasta 2018, situándose entre los 16 y 17 años.
- D. El consumo habitual de alcohol es significativamente mayor en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad adulta.

### 304.- describe de forma MÁS AJUSTADA la situación en Euskadi:

- A. La mayor prevalencia de consumo habitual se concentra en la población adolescente (15-19 años), con diferencias marcadas entre sexos.
- B. Más del 20 % de la población reconoce haberse emborrachado entre 1 y 12 veces en el último año, siendo este patrón más frecuente en mujeres jóvenes de 15-24 años.
- C. La edad media de inicio del consumo de alcohol ha descendido progresivamente desde 2004 hasta 2018, situándose entre los 16 y 17 años.
- D. El consumo habitual de alcohol es significativamente mayor en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad adulta.

La opción C aunque puede ser cuestionable, me parece a priori la más ajustada a la realidad. Veamos que dice el VIII plan de adicciones de Euskadi 2023-2027...

# VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi (pag. 87)

*Por edad, la mayor prevalencia de consumo habitual se da tanto en hombres como en mujeres de 20 a 24 años.*

**(A rotundamente falsa)**

*En cuanto a intoxicaciones etílicas, más de un 20% de la población reconoce haberse emborrachado entre 1 y 12 veces en el último año, con diferencias significativas en función del sexo y de la edad. El porcentaje es muy superior en los hombres y se concentra en la juventud.*

**(B rotundamente falsa)**

*El consumo de bebidas alcohólicas creció en el periodo 2012-2017, tanto en lo referente a consumo diario, como al consumo habitual y experimental. Las prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas son mayores entre los hombres. En el caso del consumo diario, la prevalencia es muy superior en los hombres.*

**(D rotundamente falsa)**

**304.- describe de forma MÁS AJUSTADA la situación en Euskadi:**

**C. La edad media de inicio del consumo de alcohol ha descendido progresivamente desde 2004 hasta 2018, situándose entre los 16 y 17 años.**

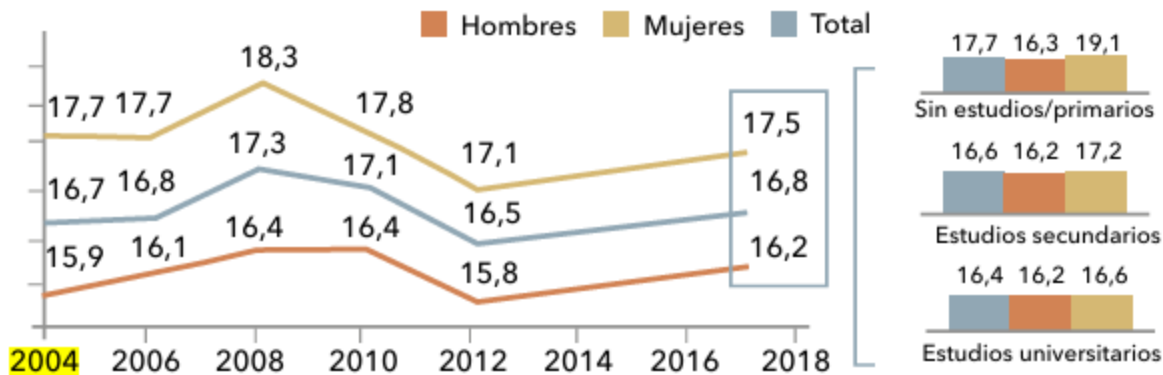
### **VIII Plan de Adicciones de Euskadi**

*En lo respectivo a la **edad de inicio del consumo** la **tendencia a la baja** que se percibía en el periodo 2008-2012 ha cesado en 2017, aumentando ligeramente la edad media hasta los 16,8 años.*

**Aunque cuestionable, con esta información parece que la afirmación puede “salvarse” y darse como buena. Pero...**

# VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi (pag. 87)

Evolución de la edad de inicio de consumo, según estudios



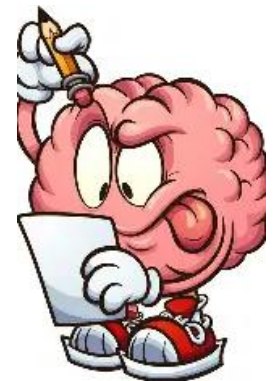
Si en 2004 la edad de inicio eran 16,7 años y en 2018 son 16,8 años, es falso afirmar que “ha descendido progresivamente de 2004 hasta ahora”.

### 304.- describe de forma MÁS AJUSTADA la situación en Euskadi:

- A. La mayor prevalencia de consumo habitual se concentra en la población adolescente (15-19 años), con diferencias marcadas entre sexos.
- B. Más del 20 % de la población reconoce haberse emborrachado entre 1 y 12 veces en el último año, siendo este patrón más frecuente en mujeres jóvenes de 15-24 años.
- C. La edad media de inicio del consumo de alcohol ha descendido progresivamente desde 2004 hasta 2018, situándose entre los 16 y 17 años.
- D. El consumo habitual de alcohol es significativamente mayor en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad adulta.

Conclusión: todas son falsas. ¿Es la C “menos falsa” que las demás? Podría ser...

Pregunta fatal redactada, que debería ser anulada. Todas son falsas. No podemos decir que ninguna se “ajuste” a la realidad. Si hay que apostar, yo apostaría por C, pero eso ya es personal...



**307.- En relación con el uso de videojuegos y tecnologías digitales entre adolescentes en Euskadi, según los datos más recientes disponibles, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**

- A. El 10% de los adolescentes refiere haber recibido un mensaje de contenido sexual.
- B. Desde la aparición del Smartphone el uso de videojuegos es marginal, ya que más de la mitad de los adolescentes declara no jugar nunca.
- C. El riesgo principal asociado al uso de tecnologías digitales es el ciberacoso, con una prevalencia superior al 30%.
- D. -- ¿?

Según este documento el 40% de los adolescentes han recibido mensajes de contenido sexual (A falsa). Respecto al ciberacoso, su prevalencia se sitúa en el 10% (C falsa).

Entiendo que la correcta tendría que ser la D, pero no tenemos D.

**307.- En relación con el uso de videojuegos y tecnologías digitales entre adolescentes en Euskadi, según los datos más recientes disponibles, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**

- A. El 10% de los adolescentes refiere haber recibido un mensaje de contenido sexual.
- B. Desde la aparición del Smartphone el uso de videojuegos es marginal, ya que más de la mitad de los adolescentes declara no jugar nunca.
- C. El riesgo principal asociado al uso de tecnologías digitales es el ciberacoso, con una prevalencia superior al 30%.
- D. Una gran proporción de adolescentes utiliza Internet durante más de 5 horas al día los fines de semana.

**¡¡Espérate, que en la versión en euskera sí tenemos D!!**

**¡¡Y esta, sí que es correcta!!**

**307.- En relación con el uso de videojuegos y tecnologías digitales entre adolescentes en Euskadi, según los datos más recientes disponibles, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**

**D. Una gran proporción de adolescentes utiliza Internet durante más de 5 horas al día los fines de semana.**

**¡Aclarado el tema. La correcta es la D!**



**313.- Entre las causas de resultado negativo falso en el test de ELISA para VIH, esta:**

- A. Trastornos hematológicos malignos.
- B. Tratamiento inmunosupresor.**
- C. Trastornos autoinmunitarios.
- D. Transferencia pasiva de anticuerpos contra el VIH (madre a hijo).

**Pregunta a priori cuestionable, ya que determinados trastornos hematológicos malignos (A), también pueden provocar falsos negativos en un ELISA.**

**Pero..., la bibliografía oficial no lo considera así...**

# Porth. Fisiopatología: alteraciones de la salud. Pag. 1019

## Recuadro 16-2. Causas para resultados falsos positivos o negativos en el ELISA para VIH:

### Resultados positivos falsos

- **Trastornos hematológicos malignos (p. ej., melanoma maligno).**
- Infecciones por virus de ADN (p. ej., mononucleosis infecciosa (virus Epstein-Barr)).
- **Trastornos autoinmunitarios.**
- Cirrosis biliar primaria.
- Vacunaciones (p. ej., influenza, hepatitis).
- **Transferencia pasiva de anticuerpos contra el VIH (madre a hijo).**
- Anticuerpos contra leucocitos de clase II.
- Insuficiencia renal crónica/trasplante renal.
- Síndrome de Stevens-Johnson.
- Prueba de reagina rápida en plasma positiva.

### Resultados negativos falsos

- Período de «ventana» tras la infección.
- **Tratamiento inmunosupresor.**
- Exanguinotransfusión.
- Disfunción de células B.
- Trasplante de médula ósea.
- Contaminación del espécimen con polvo de almidón de los guantes.
- Empleo de equipos que detectan ante todo anticuerpos contra la proteína p24 de la cápside viral.

**313.- Entre las causas de resultado negativo falso en el test de ELISA para VIH, esta:**

**B. Tratamiento inmunosupresor.**

**No hay dudas. Es la B.**



315.- ¿Qué intervención enfermera es fundamental para prevenir infecciones oportunistas en personas con VIH?

- A. Vacunación antineumocócica una vez, tan pronto como sea posible, después del diagnóstico de la infección por VIH, y luego cada 5 años.
- B. Vacunación contra la influenza debe aplicarse cada 2 años.
- C. Vacunación con virus vivos anualmente.
- D. Vacunación contra sarampión, parotiditis y rubeola en personas asintomáticas y conteos de células CD4+ superiores a 200 células/ $\mu$ l.

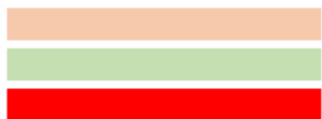
Las opciones B y C las descartamos con claridad.  
Podríamos dudar con A.

# Manual Vacunaciones Osakidetza 5ª edición.

## Capítulo 7. Vacunación de la población adulta de riesgo.

Tabla 1. Necesidades específicas de vacunación por condiciones de salud.

Vacunas	Gripe	Triple vírica	Varicela	COVID-19	dTpa	Neumococo VNC 20	Meningococo ACWY	Meningococo B	Hib	Hepatitis B	Hepatitis A	Papiloma	Herpes Zóster
Condiciones de salud													
Inmunodeficiencia		<a href="#">Ver tabla 1</a>	<a href="#">Ver tabla 1</a>				<a href="#">Ver tabla 3</a>	<a href="#">Ver tabla 3</a>				<a href="#">Ver tabla 3</a>	
Infección VIH T-CD4 ≤200												Hombres y mujeres 9-45 a	
Infección VIH T-CD4 >200												Hombres y mujeres 9-45 a	



Según calendario sistemático del adulto sano.

Para todas las personas en esta categoría y que no tienen vacunación previa.

Contraindicación.

Tabla 2. Características de las vacunas utilizadas en grupos de riesgo.

Vacuna	Nº DOSIS- PAUTA (ACELERADA)	INTERVALO MÍNIMO ENTRE DOSIS	INTERVALO MÍNIMO CON OTRAS VACUNAS	VÍA
Gripe	1 dosis anual	4 semanas	ninguno	IM
Triple vírica	2 dosis	4 semanas	4 semanas con vacunas atenuadas	SC
Varicela	2 dosis	4 semanas	4 semanas con vacunas atenuadas	SC
COVID-19	1 dosis según situación epidemiológica	3 meses	ninguno	IM
Neumococo VNC20	1 dosis	-	Ninguno con no neumocócicas	IM

### Tabla según historia previa de vacunación

Sustitución de la pauta secuencial VNC13+VNP23	
inmunosupresión, asplenia, implantes cocleares, fístula LCR, trasplante de órgano sólido, trasplante de progenitores hematopoyéticos, Insuficiencia renal estadio 4,5, hemodiálisis, Síndrome Down, cirrosis, alcoholismo.	
Historia de vacunación antineumocócica previa	Recomendación VNC20
NO VACUNADO	1 dosis lo antes posible
Vacunado con VNC13	1 dosis al año de la dosis de VNC13
Vacunado con VNP23	1 dosis al año de la dosis de VNP23
Vacunado con VNC13+VNP23	1 dosis a los 5 años de la última vacuna recibida
Vacunado con VNC13+VNP23+VNP23	No requiere ninguna dosis adicional

### 315.- ¿en personas con VIH?

A. Vacunación antineumocócica una vez, tan pronto como sea posible, después del diagnóstico de la infección por VIH, y luego cada 5 años.

D. Vacunación contra sarampión, parotiditis y rubeola en personas asintomáticas y conteos de células CD4+ superiores a 200 células/ $\mu$ l.



La correcta es  
la D

A la luz de la bibliografía, en caso de no estar previamente vacunado y tener un conteo  $>200$  CD4, estaría justificada la vacunación de TV.

Sin embargo, NO se justifica en ningún caso la revacunación de neumococo c/5 años

**324.- La habitación de transmisión aérea,  
características:**

**C. Habitación individual con vestíbulo, extracciones de aire, filtros de alta eficacia (HEPA) y un mínimo de 8 renovaciones de aire a la hora.**

**D. Habitación individual con extracciones de aire, filtros de alta eficacia (HEPA) y un mínimo de 6 renovaciones de aire a la hora.**

**¿¿6 o 8 renovaciones como mínimo??  
Vamos a ver que dice el informe INOZ**

# Informe INOZ. Pág. 56

## Habitaciones de pacientes con infección respiratoria (de transmisión aérea).

- Caso de pacientes que se sabe o sospecha que están infectados con microorganismos transmitidos por gotículas de transmisión aérea ( $\leq 5 \mu$ ).
  - Tuberculosis pulmonar o laríngea, sarampión, herpes zóster, (pacientes inmunocomprometidos).
  - Normas para el personal sanitario: se especifican en el capítulo III de este Anexo.
- **Sala de Hospitalización:**
  - **1. Habitación individual con vestíbulo**
  - **2. Presión negativa con respecto a las áreas adyacentes (pasillo, etc.)**
  - **3. Con  $\geq 6$  renovaciones aire/hora**
  - **4. Extracciones de aire, deberá tener filtros de alta eficacia (HEPA)**
  - **5. Mantener siempre cerrada la puerta de la habitación**
- Algún box en UCI con iguales características (6 ren/m presión negativa)
- Box en urgencias y sala bronoscopias: 10 renovaciones aire/hora y presión negativa

**324.- La habitación de transmisión aérea,  
características:**

**C. Habitación individual con vestíbulo, extracciones de  
aire, filtros de alta eficacia (HEPA) y un mínimo de 8  
renovaciones de aire a la hora.**

**D. Habitación individual con extracciones de aire,  
filtros de alta eficacia (HEPA) y un mínimo de 6  
renovaciones de aire a la hora.**

**Hablar de un mínimo de 8 renovaciones / hora invalida la opción C.  
La única correcta, aunque incompleta, es la D.**

341.- ¿Cuáles son signos y síntomas específicos que pueden indicar riesgo de suicidio potencial en una persona atendida en el ámbito sanitario?

- A. Expresión de ansiedad leve y preocupación situacional transitoria.
- B. Presencia de insomnio y llanto reactivo ante acontecimientos vitales estresantes recientes.
- C. Conducta retraída acompañada de tristeza persistente, sin verbalización de ideas relacionadas con la muerte.
- D. Pérdida de un padre a temprana edad y antecedentes familiares de suicidio.

A y B se descartan fácil. Entre C y D....

Mi lógica me dice que si me preguntan por “signos y síntomas” no tiene ningún sentido responder “pérdida de un padre a temprana edad”. PERO...

# Brunner y Sudarth. Enfermería Médico Quirúrgica 14ª edición. Pag. 4675.

## Pacientes suicidas

El intento de suicidio es un acto que resulta de la depresión (p. ej., la pérdida de un ser querido, de la integridad corporal o estado y una pobre autoimagen) y puede representar una apremiante necesidad de ayuda e intervención. Los varones tienen un mayor riesgo de suicidarse que las mujeres, quienes lo intentan con mayor frecuencia (ENA, 2013).

Estar al tanto de las personas en riesgo y valorar los factores específicos que los predisponen al suicidio son medidas esenciales del tratamiento.

**Los signos y síntomas específicos del suicidio potencial incluyen los siguientes:**

- Comunicación de un intento suicida, por ejemplo, preocupación por la muerte o hablar del suicidio de alguien más (p. ej.: “Estoy cansado de vivir. Voy a poner mis asuntos en orden. Estoy mejor muerto. Soy una carga para mi familia”).
- Antecedentes de un intento de suicidio, cuyo riesgo es mucho mayor en estos casos.
- **Antecedentes familiares de suicidio.**
- **Pérdida de un padre a temprana edad.**
- Plan específico de suicidio.

## 341.- ¿signos y síntomas específicos que pueden indicar riesgo de suicidio?

D. Pérdida de un padre a temprana edad y antecedentes familiares de suicidio.



Pues ya no hay dudas... La opción que quieren es la D, por muy poco sentido que tenga

342.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con el infarto agudo de miocardio (IAM) y su manejo inicial?

- A. Desde el punto de vista fisiopatológico, el IAM se produce fundamentalmente por un espasmo coronario reversible sin necrosis miocárdica asociada.
- B. El tratamiento inicial del IAM se basa en la administración de líquidos intravenosos de forma sistemática para mejorar la perfusión coronaria.
- C. El paciente con sospecha de IAM debe recibir inmediatamente oxígeno suplementario, ácido acetilsalicílico, nitroglicerina y morfina.
- D. El tratamiento trombolítico presenta contraindicaciones absolutas, como el antecedente de ictus isquémico, anomalía de la coagulación conocida o la hipertensión no controlada.

**A y B se descartan fácil. Entre C y D....**

# Brunner y Sudarth. Enfermería Médico Quirúrgica 14ª edición. Pag. 1708.

## Tratamiento inicial

***El paciente con sospecha de IM debe recibir inmediatamente oxígeno suplementario, ácido acetilsalicílico, nitroglicerina y morfina.***

*La morfina es el fármaco de elección para reducir el dolor y la ansiedad. También reduce la precarga y poscarga, disminuyendo el trabajo del corazón. La respuesta a la morfina se controla con cuidado en busca de hipotensión o una disminución de la frecuencia respiratoria.*

*También pueden usarse  $\beta$ -bloqueadores si aparecen arritmias. Si no se necesita un  $\beta$ bloqueador en el período de tratamiento inicial, debe introducirse dentro de las 24 h de la admisión una vez que la hemodinámica se haya estabilizado y se confirme que el paciente no tiene contraindicaciones (Amsterdam, et al., 2014). También se puede indicar heparina no fraccionada o HBPM junto con fármacos inhibidores plaquetarios para prevenir la formación de coágulos adicionales.*

**342.- ¿ (IAM) y su manejo inicial?**

**C. El paciente con sospecha de IAM debe recibir inmediatamente oxígeno suplementario, ácido acetilsalicílico, nitroglicerina y morfina.**



**¡¡Está claro!!  
La correcta es la C**

**351.- NO es una característica asignada al papel de los profesionales sanitarios en promoción y educación para la salud:**

- A. Mejorar el liderazgo y la gobernanza participativa para la salud.
- B. Mejorar la investigación.
- C. Impulsar estrategias encaminadas a conseguir que la salud se convierta en tema prioritario.
- D. Informar del estado de salud a individuos y comunidad.

351.- **NO** es una característica asignada al papel de los profesionales sanitarios en promoción y educación para la salud:

- A. Mejorar el liderazgo y la gobernanza participativa para la salud.
- B. Mejorar la investigación.
- C. Impulsar estrategias encaminadas a conseguir que la salud se convierta en tema prioritario.
- D. Informar del estado de salud a individuos y comunidad.

Inicialmente di A por buena, es la que más me rechinaba,

**PERO...**

# Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Martín Zurro.

Edición 2 (previa a la oficial de esta OPE)

## Rol de los profesionales sanitarios en promoción y educación para la salud

*El papel asignado a los profesionales sanitarios y sociales es el de actuar como agentes activos para mediar entre los intereses que van en contra y a favor de la salud, mejorando el liderazgo y la gobernanza participativa para la salud y la investigación. Por tanto, el reto actual de los promotores y educadores para la salud está en crear las condiciones sociales y de salud que permitan conseguir un nivel de vida saludable a todos los ciudadanos y disminuir las desigualdades sociales.*

*Los educadores desempeñan un papel importante a la hora de impulsar las estrategias necesarias encaminadas a conseguir que la salud se convierta en un tema prioritario para los políticos y gestores, asignando los recursos económicos necesarios, y a que se trabaje junto a otros grupos sociales que comparten el objetivo de conseguir esos cambios, así como en comprometerse personalmente con la mejora social, actuando según esas claves expuestas anteriormente a la hora de desarrollar el trabajo en el día a día asistencial.*

*Los equipos de atención familiar y comunitaria, formados por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y otros profesionales, tienen la capacitación y están situados en un lugar privilegiado del sistema para establecer objetivos comunes y una relación de corresponsabilidad que posibilite el desarrollo armónico y conjunto de las actividades que permitan conseguir estos fines de manera exitosa (Martín Zurro, 2003).*

351.- **NO** es una característica asignada al papel de los profesionales sanitarios en promoción y educación para la salud:

- A. Mejorar el liderazgo y la gobernanza participativa para la salud.
- B. Mejorar la investigación.
- C. Impulsar estrategias encaminadas a conseguir que la salud se convierta en tema prioritario.
- D. **Informar del estado de salud a individuos y comunidad.**

La que sobra es la D. El resto de opciones sí se contemplan en la bibliografía oficial.

351.- **NO** es una **característica** asignada al papel de los **profesionales sanitarios en promoción y educación para la salud:**

**D. Informar del estado de salud a individuos y comunidad.**



**¡¡Está claro!!  
La correcta es la D**

**353.- Se considera un consumo de riesgo moderado en función de la cantidad de alcohol consumido:**

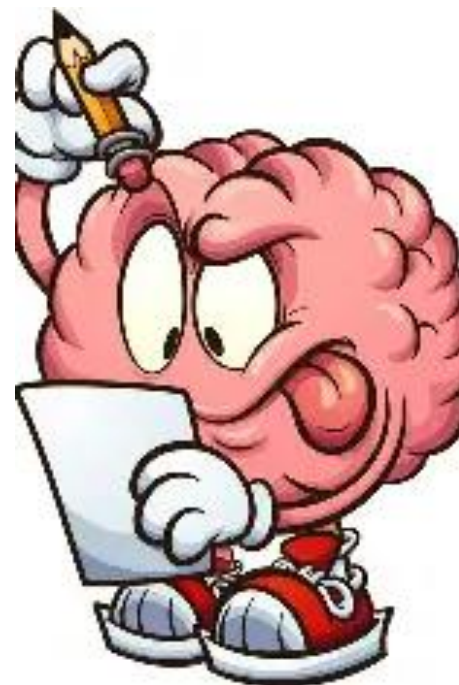
- A. Varones < 10 UBE/semana y Mujeres < 8 UBE/semana.
- B. Varones 10-17 UBE/semana y Mujeres 8-14 UBE/semana.
- C. Varones 17-28 UBE/semana y Mujeres 11-17 UBE/semana.
- D. Varones 18-32 UBE/semana y Mujeres 12-19 UBE/semana.

**El Ministerio de Sanidad considera consumos inferiores a 28 UBE/ semana en hombres y 17 UBE/semana en mujeres como de riesgo moderado. Consumos superiores ya se considerarían de riesgo alto.**

**353.- Se considera un consumo de riesgo moderado en función de la cantidad de alcohol consumido:**

B. Varones 10-17 UBE/semana y Mujeres 8-14 UBE/semana.

C. Varones 17-28 UBE/semana y Mujeres 11-17 UBE/semana.



Según los límites del ministerio de Sanidad la correcta es C. Yo apuesto por esa. Pero no he encontrado el dato en la bibliografía oficial. El VIII plan de adicciones de Euskadi propuesto en la bibliografía oficial no nos da el dato exacto.

387.- Respecto a la vía inhalatoria de administración de fármacos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es **INCORRECTA?**

- A. Permite concentraciones elevadas en el lugar de acción y bajas en sangre.
- B. La absorción es rápida en los alvéolos por su alta permeabilidad e irrigación.
- C. Los fármacos pueden sufrir metabolismo presistémico.
- D. **El mecanismo de absorción suele ser, mayoritariamente, por difusión pasiva para los fármacos hidrosolubles.**

A y B son claramente correctas.  
Podrían surgir dudas con la C

# Administración de medicamentos y cálculo de dosis

## Vía inhalatoria (pag. 54)

La vía inhalatoria se emplea para tratar enfermedades del aparato respiratorio y ejerce un efecto local sobre la mucosa y la musculatura nasal y pulmonar.

Presenta las siguientes ventajas:

- Mayor rapidez de acción.
- Administración de dosis mínimas eficaces.
- Concentraciones elevadas en el lugar de acción.
- Concentraciones mínimas en plasma.
- Efectos colaterales mínimos.
- Medicamentos sin efecto de primer paso hepático

## Absorción (pag. 133)

El paso de los fármacos a través de la **mucosa intestinal** es por **difusión pasiva** y depende de su peso molecular, de su **liposolubilidad** y del pH del intestino, de manera que la alteración de cualquiera de estas características puede condicionar la absorción de medicamentos y, por tanto, causar una interacción.

**387.- Respecto a la vía inhalatoria de administración de fármacos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?**

C. Los fármacos pueden sufrir metabolismo presistémico.

D. El mecanismo de absorción suele ser, mayoritariamente, por difusión pasiva para los fármacos hidrosolubles.

Los fármacos administrados por vía inhalatoria están libres del primer paso hepático, es cierto, pero están expuestos al metabolismo pulmonar, que aunque es menos intenso que el hepático debe ser también tenido en cuenta.

Los pulmones contienen enzimas como citocromos P450 y esterasa que pueden modificar ciertos fármacos.

La D es falsa. La capacidad de absorción por difusión pasiva depende de la LIPOSOLUBILIDAD del fármaco.

387.- Respecto a la vía inhalatoria de administración de fármacos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

D. El mecanismo de absorción suele ser, mayoritariamente, por difusión pasiva para los fármacos hidrosolubles.



Yo lo veo claro. Me quedo con D.

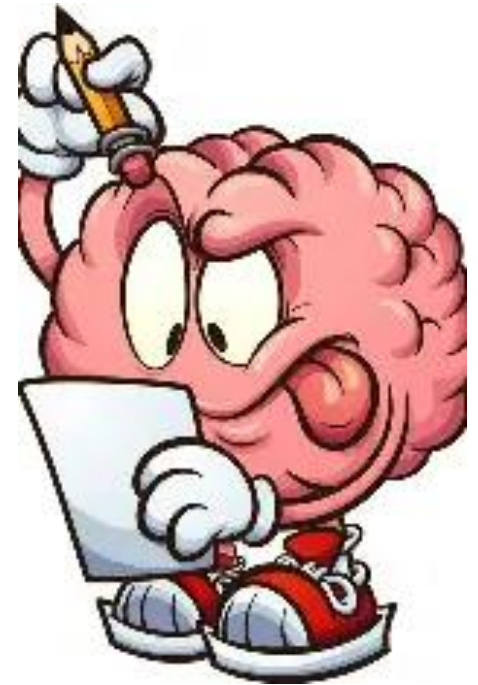
422.- Una paciente de 83 años, ingresada en una unidad de agudos, presenta un episodio de agitación psicomotriz con riesgo inminente de caída. No consta documento de voluntades anticipadas y no es posible contactar con familiares en ese momento. El equipo decide aplicar una intervención inmediata para evitar daños graves. ¿Cuál es el fundamento ético que legitima esta actuación?

- A. El principio de autonomía.
- B. El principio de beneficencia.
- C. El principio de no maleficencia.
- D. El principio de justicia.

**422.- El equipo decide aplicar una intervención inmediata para evitar daños graves. ¿Cuál es el fundamento ético que legitima esta actuación?**

**B. El principio de beneficencia.**

**C. El principio de no maleficencia.**



## Los cuatro grandes principios

---

Los principios del Informe Belmont eran aplicables solamente a los problemas de la investigación. Pero Beauchamp y Childress, en su libro de 1979 *Principles of Biomedical Ethics*, extendieron el procedimiento principialista a todas las decisiones clínicas. Y elaboraron los llamados “cuatro grandes principios” que llegaron a ser considerados el santo y seña de la bioética.

1. *Autonomía*: o respeto activo a la libertad de elección de la persona; no sólo absteniéndose de obstaculizarla sino también procurando que se den las condiciones necesarias para ejercerla.
2. *No maleficencia*: no producir daños intencionadamente.

- 
3. *Beneficencia*: obligación de actuar en beneficio del enfermo, ayudándole a promover sus legítimos intereses.
  4. *Justicia*: distribución equitativa de recursos, beneficios y cargas entre todos los miembros de la sociedad.

# Bioética en Ciencias de la Salud.

M.A Sánchez  
González

(edición anterior a la  
propuesta en las  
bases de esta OPE)

PAGINA 278

# Brunner y Sudarth. Enfermería Médico Quirúrgica 14ª edición. Pag. 4675.

La **beneficencia** es el deber de “realizar actos de compasión, bondad, amistad, caridad y similares” (Beauchamp & Childress, 2013, p. 202) para beneficiar a los demás. También implica **tomar medidas positivas para evitar que los pacientes se dañen a sí mismos o a otros, incluida la sociedad en general. También existe un compromiso implícito de ayudar a las personas con discapacidades.**

**No maleficencia es el deber de no causar daño. El único momento en el que se considera moralmente permisible ejercer poder sobre una persona competente en contra de su voluntad es cuando, al hacerlo, se previene el daño a los demás.**

**422.-. El equipo decide aplicar una intervención inmediata para evitar daños graves. ¿Cuál es el fundamento ético que legitima esta actuación?**

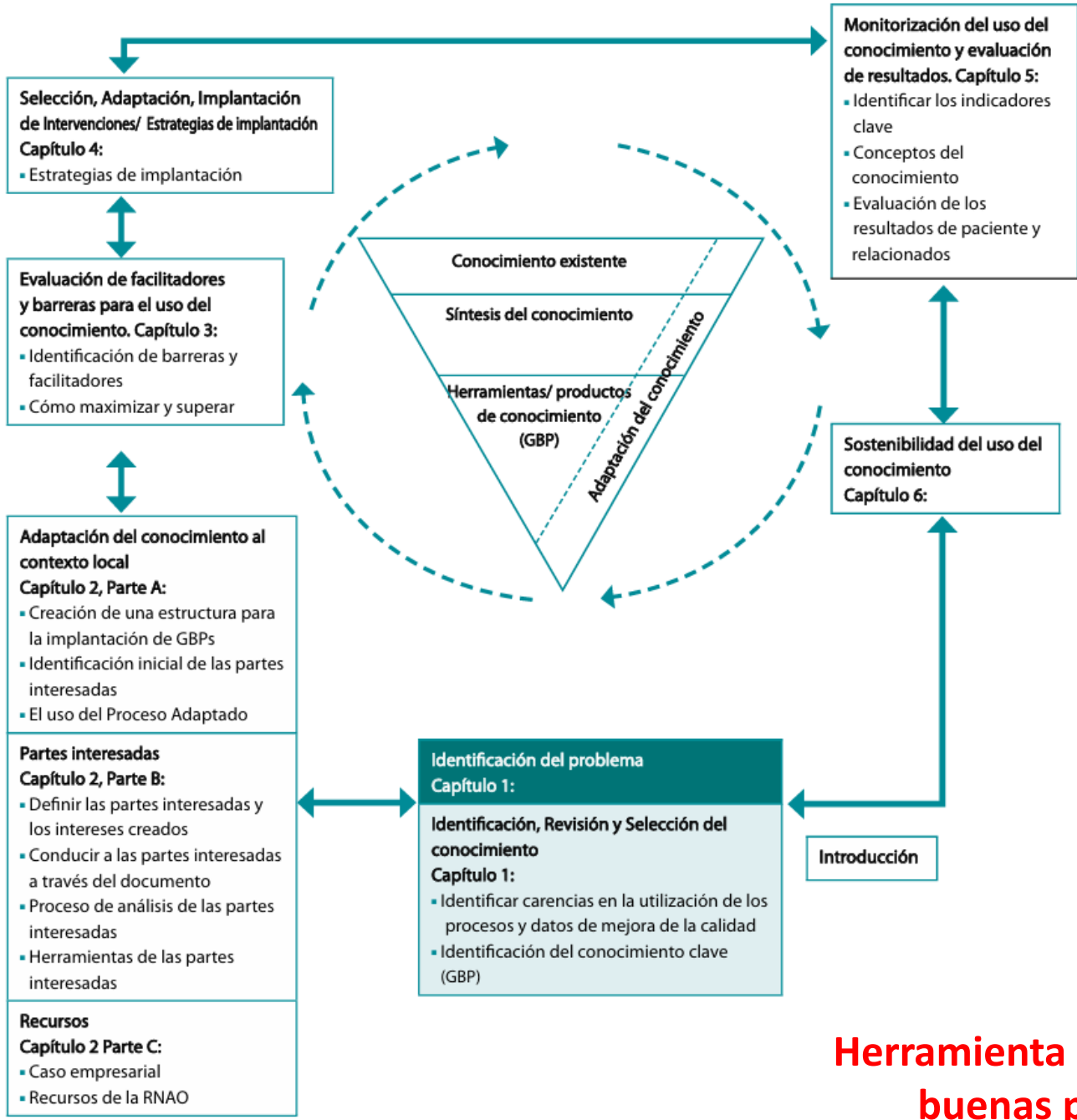
**B. El principio de beneficencia.**

Yo ciñéndome de forma “literal” a la bibliografía, apuesto por “beneficencia”. Con la bibliografía tan concreta (y pobre) que tenemos, parece más fácil justificar la respuesta beneficencia. Por eso, desde una perspectiva puramente práctica, apuesto por la opción B.

Aunque en realidad este planteamiento es claramente una “No Maleficencia”. El objetivo no es hacer un bien a nuestra paciente, el objetivo es evitar un daño. Pero esta opción es difícilmente peleable con la bibliografía que tenemos. Por eso me quedo con la opción B, aunque sea incorrecta.

432.- ¿Qué fase del Marco de Conocimiento para la Acción se enfoca en la identificación de las partes interesadas?

- A. Identificación del problema.
- B. Evaluación de facilitadores y barrera.
- C. Monitorización del uso del conocimiento.
- D. Adaptación al contexto local.**



# Herramienta de implantación de buenas prácticas RNAO

432.- ¿ fase se enfoca en la identificación de las partes interesadas?

D. Adaptación al contexto local.



Sin dudas. Es la D.

439.- Los indicadores potenciales de la categoría de Proceso, se asocian a:

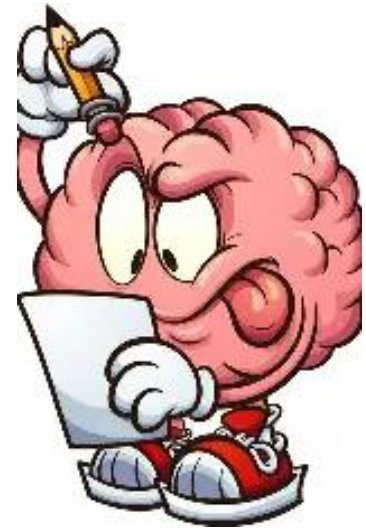
- A. Qué ocurre.
- B. Cómo lo va a hacer.**
- C. Qué necesitas tener.
- D. Qué vamos a hacer.**

**A y C se descartan fácil. Entre B y D pueden surgir dudas.**

439.- indicadores de Proceso, se asocian a:

B. Cómo lo va a hacer.

D. Qué vamos a hacer.



### RNAO (pag 24):

*La evaluación del impacto de la implantación y sostenibilidad de las GBPs se monitoriza mediante la revisión periódica de los indicadores estructurales, de proceso y de resultado. Los **indicadores estructurales se refieren a los elementos del entorno laboral** que facilitan unos cuidados de calidad e incluyen la dotación de personal, los modelos de cuidados y cuestiones similares. Los **indicadores de proceso evalúan el grado en el que se han implantado las recomendaciones prácticas de las GBPs**. Los indicadores de resultado se refieren a los resultados específicos de los usuarios/pacientes *esperados por el uso de las GBPs*. La capacidad de vincular los indicadores estructurales y de proceso con indicadores específicos de resultados del usuario/paciente ayuda a determinar el impacto de la implantación de las GBPs en los resultados de salud específicos de éstos.*

439.- indicadores de Proceso, se asocian a:

B. Cómo lo va a hacer.

D. Qué vamos a hacer.



*Yo apuesto por B pero no tengo realmente nada sólido en lo que basarme. Cada cual que haga sus “apuestas”*

# Fin repaso del temario específico



**REPASO  
TEMARIO  
COMÚN**

## 8. Según dispone la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales (señálese la respuesta **incorrecta**):

- A. **Se articulará, preferentemente, de forma jerarquizada, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia** y, en su caso, al de titulación del personal profesional que integra el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de quienes forman el equipo, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.
- B. **Se articulará de forma jerarquizada o colegiada, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia y, en su caso, al de titulación del personal profesional que integra el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de quienes forman el equipo, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.**
- C. **Se articulará de forma preferentemente colegiada, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia** y, en su caso, al de titulación del personal profesional que integra el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de quienes forman el equipo, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.
- D. **Ninguna de las anteriores es correcta.**

# LOPS. Ley 44/2003

## **Artículo 9. Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo.**

- Punto 3. Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

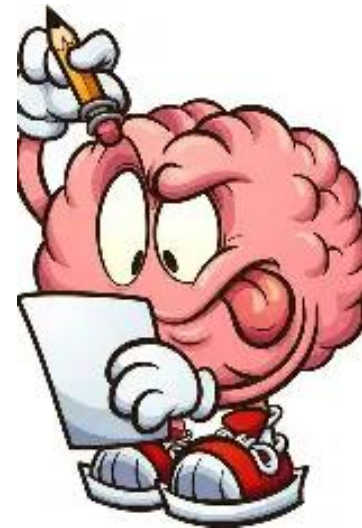
### **OPCIÓN B.**

**Se articulará de forma jerarquizada o colegiada, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia y, en su caso, al de titulación del personal profesional que integra el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de quienes forman el equipo, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.**

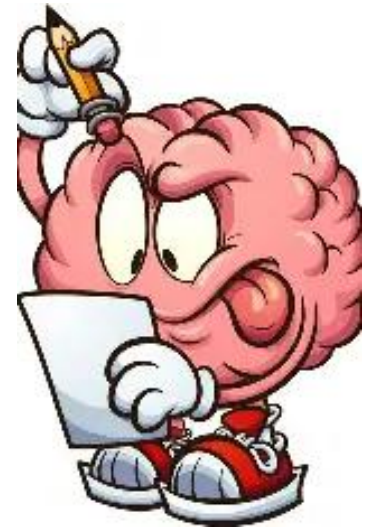
## 8. Ley 44/2003, (señale la incorrecta):

- A. Se articulará, preferentemente, de forma jerarquizada, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia y, en su caso, al de titulación del personal profesional que integra el equipo....
- B. Se articulará de forma jerarquizada o colegiada, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia y, en su caso, al de titulación del personal profesional que integra el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de quienes forman el equipo, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.
- C. Se articulará de forma preferentemente colegiada, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia y, en su caso, al de titulación del personal profesional que integra el equipo, ...
- D. Ninguna de las anteriores es correcta.

A y C hablan de una “preferencia” que no se recoge en esta Ley. Ambas son incorrectas. La B a mí me parece correcta, aunque es cierto que no es idéntica al enunciado de la ley palabra por palabra. Dadas las opciones que tenemos, solo podemos contestar que todas son incorrectas.



# 8. Ley 44/2003, (señale la incorrecta):



## D. Ninguna de las anteriores es correcta.

Sinceramente creo que se han equivocado y que querían preguntar por la correcta, que sería la B. Pero al poder el enunciado en negativo, la única opción que podría tener un poquito de sentido es la D: todas son incorrectas.

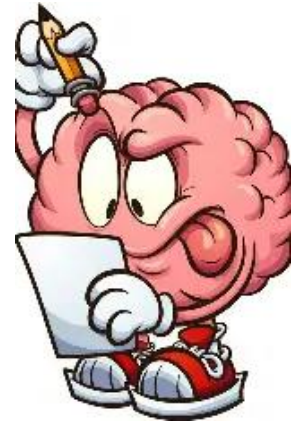
Podemos entender que todas son incorrectas porque B tampoco es idéntica a la ley palabra por palabra, o podemos agarrarnos a la doble negación y argumentar que es “incorrecto” afirmar que “ninguna sea incorrecta”, porque la B es correcta.

De haber alguna respuesta posible, tiene que ser la D.

33. La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud regula el descanso semanal. Señale la respuesta que no es correcta:

- A. El personal tendrá derecho a un período mínimo que siempre será fijo de descanso ininterrumpido con una duración media de 24 horas semanales.
- B. El período de referencia para el cálculo del período de descanso semanal será de tres meses.
- C. En el caso de que no se hubiera disfrutado del tiempo mínimo de descanso semanal en el período de tres meses se producirá una compensación a través del régimen de descansos alternativos.
- D. El período de referencia para el cálculo del período de descanso semanal será de dos meses.

Me preguntan por la FALSA.  
La única correcta en realidad es la D...



# Ley 55/2003, Estatuto Marco

## Artículo 52. Descanso semanal.

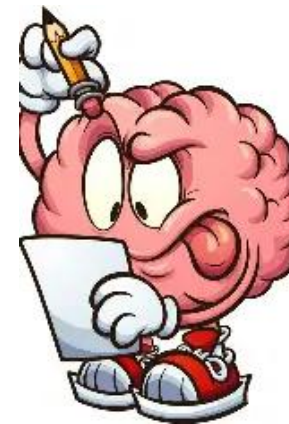
- 1. El personal tendrá derecho a un **período mínimo de descanso ininterrumpido con una duración media de 24 horas semanales**, período que se incrementará con el mínimo de descanso diario previsto en el artículo 51.2.
- 2. **El período de referencia** para el cálculo del período de descanso establecido en el apartado anterior será de **dos meses**.
- 3. En el caso de que no se hubiera disfrutado del tiempo mínimo de descanso semanal **en el período establecido en el apartado anterior**, se producirá una compensación a través del régimen de descansos alternativos

33. Ley 55/2003, descanso semanal. Señale la respuesta que no es correcta:

- A. El personal tendrá derecho a un período mínimo que siempre será fijo de descanso ininterrumpido con una duración media de 24 horas semanales.
- B. El período de referencia para el cálculo del período de descanso semanal será de tres meses.
- C. En el caso de que no se hubiera disfrutado del tiempo mínimo de descanso semanal en el período de tres meses se producirá una compensación a través del régimen de descansos alternativos.
- D. El período de referencia para el cálculo del período de descanso semanal será de dos meses.

¿¿Qué hacemos??

Para mi es claramente NULA. No veo porque una opción va a ser “más falsa” que las otras. Las tres son falsas. La pregunta debe anularse.



**123.- ¿Cuál de los siguientes NO es un principio rector en los que se apoya el Plan de Salud Euskadi 2030?**

- A. La necesaria coordinación y colaboración interinstitucional, entre agentes y en todos los niveles.
- B. Enfoque de Salud en Todas las Políticas y 'Una Sola Salud' ('One Health').
- C. La autosuficiencia presupuestaria del Sistema Sanitario Público.**
- D. Contribución al Desarrollo Sostenible.

# PLAN DE SALUD EUSKADI 2030

## (pag. 16)

### PRINCIPIOS RECTORES DEL PLAN DE SALUD

Los principios rectores son conceptos fundamentales de amplio alcance, que guían la formulación y el diseño y despliegue de cuantas estrategias, programas e intervenciones se deriven del mismo.

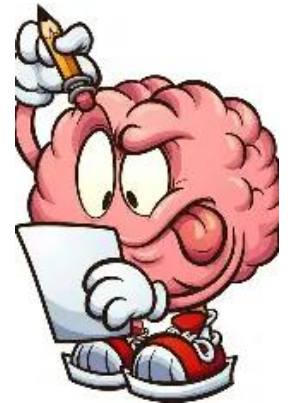
### El Plan de Salud se apoya en los siguientes principios rectores:

- **Contribución al Desarrollo Sostenible**
- Perspectiva del curso de la vida
- **Salud en todas las políticas**
- Reducción de desigualdades sociales en salud
- Perspectiva de género
- **Una sola Salud, "One Health"**
- Protección de la salud ante las amenazas globales y emergentes
- **Enfoque participativo**

142.- ¿Cuál de los siguientes es un Valor Fundamental explícito del Pacto Vasco de Salud, además de la Universalidad y la Equidad?

- A. La Sostenibilidad del sistema.
- B. La Eficiencia en el gasto.
- C. La Corresponsabilidad.**
- D. El Plurilingüismo como eje central de la atención.

Personalmente apuesto por la C,  
aunque la pregunta es de todo  
menos clara...



# Pacto Vasco de Salud

## 05

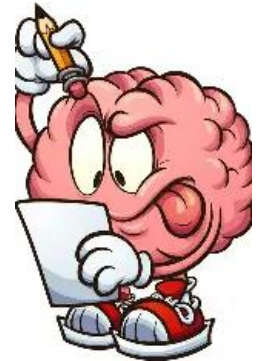
### Valores del Sistema público de Salud

- 5.1. Universalidad
- 5.2. Solidaridad
- 5.3. Equidad
- 5.4. Autonomía

Pág. 23

**142.- ¿Cuál de los siguientes es un Valor Fundamental explícito del Pacto Vasco de Salud, además de la Universalidad y la Equidad?**

- A. La Sostenibilidad del sistema.
- B. La Eficiencia en el gasto.
- C. La Corresponsabilidad.**
- D. El Plurilingüismo como eje central de la atención.



Los 4 valores explícitamente recogidos en el Pacto de Salud son la universalidad, la solidaridad, la equidad y la autonomía.

La “corresponsabilidad” como tal, no se recoge como valor en sí mismo, aunque puede entenderse que la “autonomía” implica empoderamiento y corresponsabilidad en la toma de decisiones. Por eso apuesto por C.

Yo apuesto por C, pero desde luego claro no está. Cada cual que haga sus apuestas...

**171.- En atención al III Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza 2022-2028, señale la respuesta correcta:**

- A. “Aukeratu zeure hizkuntza/Elige tu lengua” es el lema de la campaña de activación del registro de la lengua preferente de cada paciente llevada a cabo en 2017.
- B. Se atribuye a todas las direcciones y gerencias de Osakidetza la responsabilidad de realizar la campaña con el lema “Aukeratu zeure hizkuntza/Elige tu lengua”.
- C. “Aukeratu zeure hizkuntza/Elige tu lengua” es el lema de la campaña de activación del registro de la lengua preferente de cada paciente que realizará Osakidetza durante el primer año de planificación.
- D. “Aukeratu zeure hizkuntza/Elige tu lengua” es el lema de la campaña de activación del registro de la lengua preferente de cada paciente que realizará Osakidetza durante el tercer año de planificación.

**171.- En atención al III Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza 2022-2028, señale la respuesta correcta:**

**A. “Aukeratu zeure hizkuntza/Elige tu lengua” es el lema de la campaña de activación del registro de la lengua preferente de cada paciente llevada a cabo en 2017.**



**C. “Aukeratu zeure hizkuntza/Elige tu lengua” es el lema de la campaña de activación del registro de la lengua preferente de cada paciente que realizará Osakidetza durante el primer año de planificación.**

# III Plan de Normalización del uso del euskera en Osakidetza 2022 - 2028

Pag. 33. Campaña de activación del registro de la lengua preferente de cada paciente:

- ***“Como estímulo para activar el registro, durante el primer año de planificación Osakidetza realizará otra campaña como la llevada a cabo en 2017 con el lema “Aukeratu zeure hizkuntza/Elige tu lengua”.***

Con esta frase podemos entender que la campaña de 2017 tenía ese lema y ahora se va a hacer otra campaña como aquella. Entonces sería correcta la opción A.

Pero también se puede entender que se va a hacer una campaña como la realizada en 2017 y que la campaña actual llevará el lema “Aukeratu zeure hizkuntza”. Entonces sería correcta la C.

**171.- En atención al III Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza 2022-2028, señale la respuesta correcta:**

**A. “Aukeratu zeure hizkuntza/Elige tu lengua” es el lema de la campaña de activación del registro de la lengua preferente de cada paciente llevada a cabo en 2017.**

¿¿Qué hacemos??  
¿¿Cómo lo  
resolvemos??



**C. “Aukeratu zeure hizkuntza/Elige tu lengua” es el lema de la campaña de activación del registro de la lengua preferente de cada paciente que realizará Osakidetza durante el primer año de planificación.**

# III Plan de Normalización del uso del euskera en Osakidetza 2022 - 2028

Pag. 33. Campaña de activación del registro de la lengua preferente de cada paciente:

- *“Como estímulo para activar el registro, durante el primer año de planificación Osakidetza realizará otra campaña como la llevada a cabo en 2017 con el lema “Aukeratu zeure hizkuntza/Elige tu lengua”.*

He rebuscado en el Plan anterior, en el II Plan del Euskera, que estaba en vigor en 2017, y NO SE HABLA DE ESTE LEMA. Así que el LEMA debe ser DE LA CAMPAÑA ACTUAL.

Sin embargo, en la convocatoria de la última OPE se formuló esta misma pregunta y dieron por buena A. Aunque por desgracia, eso no implica que necesariamente vayan a seguir considerando A como correcta...

Resumiendo... Toca “apostar”

**189.- Según la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ¿cuál debe ser la periodicidad mínima con la que el personal facultativo responsable debe consultar a la persona paciente, una vez presentada la solicitud, para confirmar si mantiene su deseo?**

- A. Al menos cada 7 días.
- B. Al menos cada 15 días, debiendo dejarse constancia en la historia clínica.**
- C. Al menos cada 30 días, si el procedimiento se extiende.
- D. Una única vez antes de la prestación.

**Realmente está fatal redactada y debería anularse, pero de las opciones que tenemos entiendo que la única respuesta posible es B**

# Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

**OPCIÓN A:** Existen en la ley dos referencias de “siete días”. Ninguna hace referencia a la periodicidad con la que debe consultarse al paciente sobre su deseo de continuar el proceso. **Podemos descartarla.**

## **Artículo 10. Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.**

- **3. En el plazo máximo de siete días naturales**, emitirán un informe con los requisitos a que se refiere el documento contemplado en la letra b) del artículo 12. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18.

## **Artículo 18. Funciones. Son funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación las siguientes:**

- a) En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Garantía y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el **plazo máximo de siete días naturales** facilite la prestación solicitada a través de otro médico del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

# Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

**OPCIÓN B:** Existen en la ley dos referencias de “quince días”. Ninguna hace referencia a la “periodicidad con la que el médico tienen que preguntar al paciente por su deseo de continuar”, pero el artículo 5 SI plantea como requisito imprescindible que el paciente se ratifique en su deseo de continuar adelante con una segunda solicitud a los 15 días de la primera....

## **Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.**

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:
  - a) Tener la nacionalidad española...etc.
  - b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas....etc.
  - c) **Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito**, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de **al menos quince días naturales entre ambas**.

## **Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.**

1. Las denegaciones de la prestación de ayuda para morir deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico responsable.
2. Contra dicha denegación, que deberá realizarse en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, la persona que hubiera presentado la misma **podrá presentar en el plazo máximo de quince días naturales una reclamación** ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente. El médico responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarle de esta posibilidad.

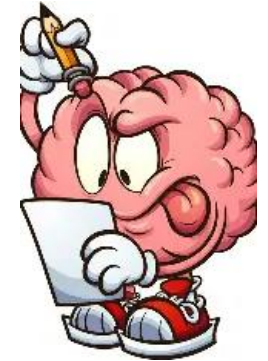
# Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

**OPCIÓN C:** No existe en la ley ninguna referencia temporal de 30 días = DESCARTADA.

En realidad la ley NO establece periodos concretos para realizar consultas facultativo – paciente, al menos no como lo plantea el enunciado.

189.- Según la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ¿cuál debe ser la periodicidad mínima con la que el personal facultativo responsable debe consultar a la persona paciente, una vez presentada la solicitud, para confirmar si mantiene su deseo?

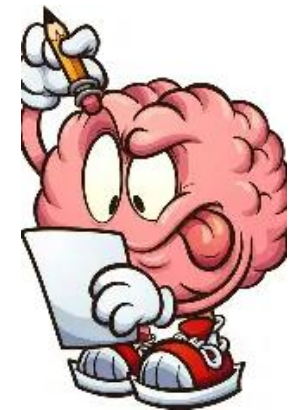
- A. Al menos cada 7 días.
- B. Al menos cada 15 días, debiendo dejarse constancia en la historia clínica.**
- C. Al menos cada 30 días, si el procedimiento se extiende.
- D. Una única vez antes de la prestación.



**Conclusión: pregunta fatal redactada, debería anularse. PERO...  
si hay que contestar algo, contestamos B.**

191.- Según la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ¿qué define como "padecimiento grave, crónico e imposibilitante"?

A. Aquel que implica la existencia de sufrimiento físico o psíquico constante.



B. Aquel que genera una limitación que incide directamente sobre la autonomía física y capacidad de expresar su voluntad de la persona paciente.

**Artículo 3. Definiciones. A los efectos de lo previsto en esta Ley, se entiende por:**

- **b) «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»:** situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, **y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable** para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

191.- Según la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ¿qué define como "padecimiento grave, crónico e imposibilitante"?

A. Aquel que implica la existencia de sufrimiento físico o psíquico constante.

B. Aquel que genera una limitación que incide directamente sobre la autonomía física y capacidad de expresar su voluntad de la persona paciente.

La B es demasiado incompleta para ser correcta, es ampliamente superada por A. La existencia de un sufrimiento **CONSTANTE**, es requisito imprescindible para completar la definición.



**192.- Según la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ¿cuál es el plazo que tiene la persona facultativa responsable para comunicar la resolución favorable a la Comisión de Garantía y Evaluación para su posterior verificación?**

- A. Dentro de las 24 horas siguientes a la resolución.
- B. Dentro del día siguiente natural a la resolución.
- C. 7 días desde la resolución favorable.
- D. No existe un plazo establecido para esta comunicación.

# Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

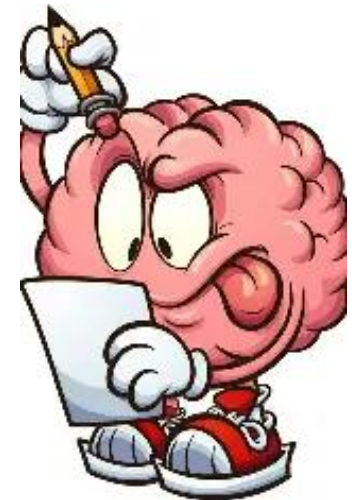
## CAPÍTULO III Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir.

### **Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.**

1. Una vez recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir, el médico responsable, en el plazo máximo de dos días naturales, una vez verificado que se cumplen los requisitos, realizará con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Sin perjuicio de que dicha información sea explicada por el médico responsable directamente al paciente, la misma deberá facilitarse igualmente por escrito, en el plazo máximo de cinco días naturales.
2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale.
3. El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de todos los requisitos, en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas.
4. En caso de informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones del artículo 5.1, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación.
5. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, **lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de tres días hábiles**, al efecto de que se realice el control previo.

**192.- Según la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ¿cuál es el plazo que tiene la persona facultativa responsable para comunicar la resolución favorable a la Comisión de Garantía y Evaluación para su posterior verificación?**

- A. Dentro de las 24 horas siguientes a la resolución.
- B. Dentro del día siguiente natural a la resolución.
- C. 7 días desde la resolución favorable.
- D. No existe un plazo establecido para esta comunicación.



**Conclusión: NULA. No existe respuesta correcta.**

**Según el artículo 8, punto 5 de la Ley: “... el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de tres días hábiles”.**

**GRACIAS**

