

**BATERIA DE PREGUNTAS OPE
OSAKIDETZA 2026.**

**REVISIÓN DEFINITIVA. SE INCLUYE
JUSTIFICACIÓN PARA AQUELLAS
PREGUNTAS CONFLICTIVAS Y/O
DUDOSAS.**

**LAS RESPUESTAS TIENEN CARÁCTER
INFORMATIVO. EN NINGÚN CASO SON
VINCULANTES.**

TEMARIO ESPECÍFICO + TEMARIO COMÚN

TEMARIO ESPECÍFICO ENFERMERIA. 500 PREGUNTAS.

1. La definición de enfermería de Virginia Henderson, publicada por el International Council of Nurses (ICN) en 1961 es:

- A. La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su rehabilitación e inserción (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que la ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible.
- B. La enfermería es una profesión esencial del sistema de salud dedicada al cuidado integral de personas, familias y comunidades, promoviendo la salud, previniendo enfermedades y asistiendo en la recuperación, abarcando aspectos físicos, mentales y sociales desde el nacimiento hasta la muerte, con un enfoque colaborativo y centrado en las personas que intervienen en el proceso.
- C. La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que la ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible.**
- D. La enfermería es una profesión esencial del sistema de salud dedicada al cuidado integral de personas, familias y comunidades, promoviendo la salud, previniendo enfermedades y asistiendo en la recuperación, abarcando aspectos físicos, mentales y sociales desde el nacimiento hasta la muerte, con un enfoque colaborativo y centrado en el paciente.

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.

3. La obra de Nightingale es clara y fácil de comprender. Abordo tres tipos de relaciones principales, SEÑALE LA INCORRECTA:

- A. Entorno-paciente.
- B. Enfermera-entorno.
- C. Entorno-Cuidados.**
- D. Enfermera-paciente.

4. ¿Cuál de los siguientes NO es un Modelo Conceptual en enfermería?

- A. Modelo de la conservación.
- B. Modelo de promoción de la salud.**
- C. Modelo del sistema conductual.
- D. Modelo de adaptación.

5. Dorothea Orem afirmó que:

- A. El autocuidado son las actividades que las personas realizan para mantener su salud y bienestar, pero cuando estas actividades exceden la capacidad de la persona, surge una "Disminución para mejorar la capacidad de autocuidado" y el personal sanitario debe intervenir para suplir esa falta mediante educación y apoyo, basándose en su teoría central, el Modelo del Déficit de Autocuidado.
- B. La enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria.**
- C. El autocuidado son las actividades que las personas realizan para mantener su salud y bienestar, pero cuando estas actividades exceden la capacidad de la persona, surge un "déficit de cuidado" y el personal sanitario debe intervenir para suplir esa falta mediante educación y apoyo, basándose en la teoría del Modelo de insuficiencia de Autocuidado.
- D. La enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios y sociales que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria.

6. ¿Cuál de las siguientes teorías NO forma parte de la teoría general del déficit de autocuidado?

- A. La teoría de autocuidado.
- B. La teoría de procedimientos enfermeros.**
- C. La teoría del déficit de autocuidado.
- D. La teoría del cuidado dependiente.

7. Los requisitos de autocuidado de desarrollo (RACD) estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de Nursing: Concepts of Practice de Orem. Se identificaron tres conjuntos de RACD, señálelos:

- A. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo, Implicación en el autodesarrollo y Prevenir o vencer los efectos de las condiciones humanas y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.**
- B. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo, Implicación en la adaptación a los cambios sobrevenidos y Prevenir o vencer los efectos de las condiciones humanas y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.
- C. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo, Implicación en la adaptación al entorno y Prevenir o vencer los efectos de las condiciones humanas y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.
- D. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo, Implicación en el autodesarrollo y Prevenir o vencer los efectos de las condiciones de la relación entorno-paciente-enfermera y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

8.Cuál es una característica general de los modelos conceptuales de enfermería?

- A. Establecen el significado de los fenómenos de enfermería a través del análisis, el razonamiento y la presentación lógica.
- B. Cada uno aborda los conceptos metaparadigmáticos de persona, entorno, salud y enfermería.**
- C. Contribuyeron al desarrollo del conocimiento proporcionando una directriz o una base para los posteriores desarrollos.
- D. Reflejan métodos y enfoques científicos contemporáneos.

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.
- C. Teoría del duelo disfuncional.**
- D. Teoría bioética sinfonológica.

Realmente tanto la teoría de las transiciones (opción A), como la teoría del duelo disfuncional (C), se consideran según diferentes bibliografías, incluyendo la oficial para esta OPE, como teorías de rango medio o intermedio. La obra de referencia oficial para esta OPE, "Modelos y Teorías de Enfermería", hace varias referencias a ambas teorías describiéndolas como "teorías de nivel intermedio". Sin embargo, esta misma obra dedica un capítulo completo, el capítulo V, a las teorías intermedias. En este capítulo se recoge entre otras la teoría del duelo disfuncional, mientras que no aparece la teoría de las transiciones. Considero que la persona que ha formulado esta pregunta se ha basado en dicho capítulo sin considerar que en otros puntos de la misma obra se habla también de la teoría de transiciones como "teoría intermedia". Por este motivo, entiendo que la respuesta que buscan es la C, aunque se trata de una pregunta claramente impugnabile.

10. ¿Qué representación gráfica creo Florence Nightingale para representar los fallecimientos innecesarios en la Guerra de Crimea?

- A. Diagrama de Gantt.
- B. Diagrama de tela de araña.
- C. Diagrama de rosa de los vientos.
- D. Diagrama de área polar.**

11. NO es un criterio para el desarrollo del estatus de profesional de enfermería.

- A. Aplica su corpus de conocimiento en servicios prácticos cruciales para el bienestar social y humano.
- B. Aumenta constantemente el corpus de conocimiento que utiliza y mejora sus técnicas de educación y servicio mediante el uso del método científico.
- C. Atrae a individuos con cualidades intelectuales y personales que ensalzan el servicio por encima del beneficio personal y que reconocen la ocupación que han escogido como un trabajo de por vida.
- D. Funciona de manera interdependiente para formular estrategias profesionales y, por tanto, controlar la actividad profesional.**

12. Es considerada la madre de la enfermería psiquiátrica:

- A. Nancy Roper.
- B. Hildegard E. Peplau.**
- C. Madeleine M. Leininger.
- D. Callista Roy.

13. Para Sor Callista Roy, la adaptación se refiere:

- A. Al proceso de ajustar el comportamiento, estructura o funcionamiento para acomodarse a un entorno o situación cambiante, permitiendo la estabilidad y el éxito en un ambiente determinado.
- B. Al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar, actuar y de sentir, como individuos, son conscientes y escogen integrar el ser humano con su entorno.
- C. Al proceso de ajustar el comportamiento, estructura o funcionamiento para acomodarse a un entorno o situación estable, permitiendo la supervivencia y el éxito en un ambiente determinado.
- D. Al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o en grupos, son conscientes y escogen integrar el ser humano con su entorno.**

14. La descripción breve de factor relacionado es:

- A. Evidencias o inferencias observables, que se agrupan como manifestaciones de diagnósticos, focalizados en problemas de promoción de la salud o síndromes.
- B. Factor antecedente que aumenta la susceptibilidad de una persona, cuidador, cuidadora, familia o comunidad a una respuesta humana indeseable.
- C. Factor antecedente que parece mostrar algún tipo de patrón de relación con la respuesta humana.**
- D. Grupos de personas que comparten características socio demográficas, antecedentes de salud/familiares, estados de crecimiento/desarrollo o exposición a ciertos eventos/experiencias que hacen que todos los individuos sean susceptibles de una respuesta humana particular.

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.**

La opción A también podría ser considerada correcta, puesto que ambas etiquetas son nuevas en la NANDA 2024-2026. PERO el enunciado correcto del diagnóstico es “Deterioro de la capacidad de bipedestación”, y no “deterioro de la bipedestación”. Sin embargo, la opción D, “disposición para mejorar el patrón del sueño”, sí corresponde de forma perfecta a una etiqueta nueva y correctamente formulada de la última edición de la NANDA.

16. ¿Que engloba un diagnóstico enfermero?

- A. La culminación de los conocimientos disciplinares, enfermeros y el razonamiento clínico.
- B. Las observaciones realizadas y la consiguiente anotación de signos, síntomas y comportamientos específicos.
- C. La representación y codificación de las afecciones médicas que tratan.
- D. Una etiqueta derivada de los resultados de una valoración exhaustiva, basada en la comprensión de los conceptos cruciales dentro de la disciplina enfermera.**

17.- ¿Cuál es el dominio en el que se encuentra el diagnóstico de “Hipertermia”?

- A. Confort.
- B. Principios vitales.
- C. Seguridad/protección.**
- D. Eliminación/intercambio.

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.

19. La taxonomía II de NANDA-I se organiza en:

- A. 13 Dominios, 47 clases y 277 diagnósticos.
- B. 12 Dominios, 48 clases y 277 diagnósticos.
- C. 13 Dominios, 47 clases y 277 diagnósticos.
- D. 13 Dominios, 48 clases y 277 diagnósticos.**

20. ¿En qué dominio “encaja” la clase 4; Función respiratoria?

- A. Actividad/reposo.
- B. Eliminación/intercambio.**
- C. Principios vitales.
- D. Necesidad de respirar.

21. La definición del diagnóstico (00030), Deterioro del intercambio de gases es:

- A. Sensación exagerada y sostenida, de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual.
- B. Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono.**
- C. Dificultad para mantener una ventilación adecuada durante la inspiración y/o la expiración.
- D. Incapacidad para iniciar, y o mantener la respiración, independientemente para el mantenimiento de la vida.

22. Es un marco de valoración basado en la evidencia, recomendado según la declaración de posición de la NANDA-I.

- A. 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson.
- B. 11 Patrones Funcionales de Salud.**
- C. 13 Dominios de la taxonomía NANDA-I.
- D. Conjunto mínimo básico de datos.

23. Según la estructura axial de NANDA-I, en el eje 2: sujeto del cuidado, se define al “paciente” como:

- A. Individuo, cuidador principal y familia.
- B. Individuo y familia.
- C. Individuo, cuidadores y comunidad.
- D. Individuo, familia y comunidad.**

24. Señale la respuesta correcta en referencia a la obtención de datos subjetivos.

- A. Se refiere a las creencias o sentimientos que recoge la enfermera.
- B. Denotan hechos, observados por la enfermera u otros profesionales de la salud.
- C. Proceden de los informes verbales del paciente, que abarcan sus percepciones y pensamientos sobre diversos aspectos de la salud, la vida cotidiana, la comodidad, la relaciones y otros.**
- D. Engloban las observaciones realizadas por las enfermeras sobre el paciente, recogidas mediante exploraciones físicas y resultados de pruebas diagnósticas.

25. “Una configuración de conductas que se produce secuencialmente largo del tiempo”, es la definición de:

- A. Patrón de M. Gordon.**
- B. Necesidades de Maslow.
- C. Necesidad de autorrealización.
- D. Niveles de adquisición de habilidades clínicas en enfermería de P. Benner.

26. La secuencia ordenada de principio a final de los diversos componentes del Proceso Enfermero es:

- A. Valoración-Planificación-Diagnosticar - Implementar-Evaluar.
- B. Diagnosticar-Valoración -Planificación-Implementar-Evaluar.
- C. Observación-Diagnosticar-Planificación-Implementar-Evaluar.
- D. Valoración-Diagnosticar-Planificación-Implementar-Evaluar.**

27. En relación con los axiomas de la comunicación formulados por Watzlawick, señale la afirmación VERDADERA:

- A. La comunicación solo se produce cuando existe una intención consciente de transmitir un mensaje.
- B. El nivel de contenido de un mensaje es independiente del tipo de relación existente entre los interlocutores.
- C. La manera en que cada interlocutor puntúa la secuencia comunicativa influye en la naturaleza de la relación.**
- D. Las interacciones complementarias se caracterizan siempre por relaciones patológicas de dependencia.

28. En relación con la formación de la primera impresión en la comunicación interpersonal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la CORRECTA?

- A. La primera impresión refleja de forma directa la intención comunicativa del emisor cuando el mensaje verbal es claro.
- B. La primera impresión depende exclusivamente de los elementos no verbales observables en el interlocutor.
- C. La primera impresión se construye a partir de la interpretación del receptor, que no siempre coincide con la intención comunicativa del emisor.**
- D. La primera impresión puede controlarse completamente mediante la planificación consciente del discurso verbal.

29. En el ámbito de la comunicación interpersonal, ¿cuál de las siguientes definiciones se corresponde **CORRECTAMENTE** con la distancia personal lejana?

- A. Distancia limitada aproximadamente a la extensión del brazo, que marca el límite del dominio físico y suele utilizarse en interacciones personales sin contacto íntimo.**
- B. Distancia propia de conversaciones formales con grupos o audiencias, en la que el interlocutor se sitúa claramente fuera del espacio personal.
- C. Distancia caracterizada por el contacto físico frecuente y la percepción del olor y la temperatura corporal.
- D. Distancia habitual en conversaciones informales entre personas que comparten un entorno laboral y mantienen una relación cotidiana.

30. En el contexto de la relación terapéutica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones define de forma más precisa la actitud empática del profesional sanitario?

- A. Tendencia a experimentar una respuesta de lástima ante el sufrimiento del paciente, acompañada del deseo de protegerlo o aliviar su malestar.
- B. Capacidad de compartir emocionalmente el sufrimiento del paciente, viviéndolo como propio y reduciendo la distancia emocional entre ambos.
- C. Capacidad de comprender y percibir con precisión la experiencia emocional del paciente, comunicándole esa comprensión y manteniendo un límite claro entre el “yo” profesional y el “tú” del paciente.**
- D. Actitud de preocupación afectiva orientada principalmente a consolar y aliviar el malestar del paciente, sin necesidad de explorar ni devolver de forma explícita su vivencia emocional.

31. Según la escala de Carkhuff para medir el nivel de autenticidad del profesional, ¿qué característica define mejor el NIVEL 4 de autenticidad?

- A. El profesional escucha al paciente, pero evita implicarse por temor a que la relación terapéutica se deteriore.
- B. El profesional responde de forma estereotipada, no se compromete con el paciente y desconoce su estado emocional.
- C. El profesional abandona una actitud rígida, muestra empatía hacia el paciente y facilita**

que este hable de lo que le ocurre, comprometiéndose a ayudarlo.

- D. El profesional se compromete totalmente, comunica de forma empática y anima al paciente a una revelación profunda de su yo auténtico.

32. En la resolución de conflictos, ¿qué estilo se caracteriza por un equilibrio entre asertividad y cooperación, en el que ambas partes ceden parcialmente y ninguna obtiene plenamente lo que desea?

- A. Evitación.
- B. Compromiso.**
- C. Colaboración.
- D. Acomodación.

33. En relación con la capacidad del profesional sanitario para desconectar y no llevarse consigo los problemas de los pacientes, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la MÁS ajustada a una práctica profesional saludable?

- A. Implicarse plenamente en el aquí y ahora con el paciente, delimitando conscientemente el momento en que finaliza la relación asistencial para poder reorientarse a otras actividades sin culpa.**
- B. Reducir la implicación emocional durante la atención para evitar el desgaste profesional, manteniendo una distancia afectiva constante con todos los pacientes.
- C. Compartir de forma habitual con familiares o personas cercanas las vivencias emocionales intensas del trabajo como principal estrategia de descarga.
- D. Evitar reflexionar sobre las situaciones vividas con los pacientes una vez finalizada la jornada laboral para impedir la aparición de malestar emocional.

34. Una paciente expresa durante la entrevista: “Me siento muy sola últimamente. Desde que falleció mi marido no tengo ganas de salir ni de ver a nadie; creo que eso es lo que me está provocando esta tristeza constante”. Según las fases de la relación de ayuda, ¿en cuál de las siguientes se sitúa principalmente este momento del proceso?

- A. Configuración del encuentro personal: acogida y orientación.
- B. Exposición, clarificación, identificación y definición del problema.**

- C. Confrontación y reestructuración del problema.
- D. Iniciación al plan de acción: definición de objetivos y planificación de actividades.

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.

36. Cuando un paciente llega agresivo a la consulta, ¿cuál es la intervención MÁS adecuada desde el punto de vista de la comunicación terapéutica?

- A. Manifestarle que nos preocupa su agresividad, explorando a qué se debe y qué cree que le ayudaría a sentirse mejor.**
- B. Desde el primer momento mostrarle firmeza, estableciendo límites claros mediante mensajes directos como “no toleramos que nos grite o nos falte al respeto”.
- C. Decirle que lo atenderemos cuando se calme, interrumpiendo la interacción hasta que modifique su conducta.
- D. Responder a la agresividad con un tono igualmente firme y autoritario para recuperar el control de la situación.

37. En el contexto de la comunicación terapéutica, el feedback se define como:

- A. Reflejar literalmente al paciente lo que nos ha dicho, sin añadir ni modificar ningún contenido.
- B. Devolver al paciente lo que hemos comprendido de su mensaje, integrando tanto el contenido como los aspectos emocionales percibidos.**
- C. Interpretar el discurso del paciente desde el marco teórico del profesional para explicarle el origen de su problema.
- D. Resumir la información aportada por el paciente con el objetivo principal de agilizar la entrevista clínica.

38. En el contexto de la relación de ayuda, el profesional que actúa como receptor eficaz es aquel que:

- A. Se comporta en todo momento de forma auténtica, priorizando la expresión de sus propias vivencias personales durante la interacción con el paciente.
- B. Sabe disimular adecuadamente las situaciones difíciles para evitar que el paciente se sienta incómodo.
- C. Sabe interpretar correctamente los mensajes verbales y no verbales del paciente, devolviéndolos de forma comprensible y ajustada.**
- D. Mantiene una actitud distante y neutral para no implicarse emocionalmente en los problemas del paciente.

39. En la fase de confrontación de la relación de ayuda, el profesional debe decidir qué aspectos confrontar para favorecer la toma de conciencia del paciente. Señale la opción FALSA:

- A. Las incongruencias entre lo que el paciente dice y lo que hace.
- B. Los mecanismos de defensa que dificultan la autoexploración
- C. La responsabilidad del paciente en la persistencia de su problema.
- D. Los rasgos de personalidad del paciente para que los modifique.**

40. La definición de la categoría III de las lesiones por presión, se corresponde con:

- A. La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos.
- B. El tejido subcutáneo o hipodermis puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos, pudiendo presentar cavitaciones y tunelizaciones.**
- C. Pérdida del espesor total de los tejidos donde la profundidad real de la lesión por presión está completamente cubierta por esfacelos y/o escaras en el lecho de la herida.
- D. Piel intacta con enrojecimiento que no palidece al presionar en un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea.

41. Señale la respuesta CORRECTA relacionada con la prevención de lesiones por presión relacionadas con uso de dispositivos sanitarios.

- A. Revisa al menos 2 veces/día la piel bajo los dispositivos sanitarios.**

- B. Considere usar apósitos reguladores de metaloproteasas para la prevención de lesiones cutáneas.
- C. Evite la presión directa sobre las prominencias óseas del cuerpo y aplíquela sobre dispositivos.
- D. Realice cambios posturales cada 2h.

42. Las localizaciones más frecuentes de lesiones por presión en la posición de decúbito lateral, son:

- A. Maléolos, los trocánteres, las costillas, los hombros, las orejas, los pómulos, las crestas ilíacas y la cara interna y lateral de las rodillas.
- B. Maléolos, los trocánteres, las costillas, los hombros, las orejas, los pómulos, las mamas, las crestas ilíacas y la cara interna y lateral de las rodillas.
- C. Maléolos, los trocánteres, las costillas, los hombros, las orejas, las crestas ilíacas y la cara interna y lateral de las rodillas.**
- D. Maléolos, los trocánteres, las costillas, los hombros, las orejas, los omoplatos, las crestas ilíacas y la cara interna y lateral de las rodillas.

43. Osakidetza ha establecido consideraciones especiales, tanto para la valoración inicial como para la revaluación del riesgo de lesiones por presión. SEÑALE LA CORRECTA.

- A. En ingresos inferiores a 24h es obligatorio valorar el riesgo en las primeras 2 horas.
- B. En intervenciones quirúrgicas programadas se debe realizar la valoración pre y post cirugía.
- C. En hospitalización a domicilio, la valoración del riesgo debe realizarse en las primeras 72h tras el ingreso.**
- D. Es obligatorio valorar el riesgo de lesión por presión a las mujeres que ingresan en obstetricia para parto o cesárea.

44. En Atención Hospitalaria, la primera valoración del riesgo de lesiones por presión debe realizarse al ingreso. La frecuencia de la valoración de una persona sin riesgo, ingresada en una Unidad de Cuidados Intensivos es:

- A. c/ 7 días.
- B. Diaria.**
- C. c/ 4 días.
- D. c/ 2 días.

45. En la prevención de lesiones por presión, en las posiciones de decúbito lateral y a fin de evitar apoyar el peso sobre los trocánteres:

- A. Se recomienda sobrepasar los 30º de lateralización.
- B. No se recomienda sobrepasar los 60º de lateralización.
- C. Se recomienda sobrepasar los 60º de lateralización.
- D. No se recomienda sobrepasar los 30º de lateralización.**

46. Señale la respuesta CORRECTA relacionada con la prevención de lesiones por presión en personas que permanecen sentadas.

- A. Utilice flotadores o rodetes cuando la persona esté en sedestación.
- B. Recomiende que efectúe pulsiones cada 15 minutos. Si no se puede movilizar, se le realizarán cambios posturales al menos cada hora.**
- C. Limite el tiempo que la persona pasa sentado en una silla con alivio de presión.
- D. Ponga los pies de la persona sobre una silla anexa cuando éstos no lleguen a tocar el suelo.

47. Ante una persona que presenta mayor riesgo de desarrollar lesión por presión y no sea factible realizar cambios posturales, se debe utilizar:

- A. Superficie especial de manejo de presión estática.
- B. Colchones-cojines viscoelásticos.
- C. Colchonetas-cojines estáticos de aire.
- D. Superficie especial de manejo de presión activa.**

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.**

Inicialmente consideré la opción A como la correcta y realmente me parece mucho más lógica y coherente con el enunciado. Si me preguntan por "rellenar el interior" de una herida, me parece que no tiene ningún sentido contestar que puedes usar una espuma (o cualquier otro material) como apósito secundario. Me parece, insisto en principio mucho mejor respuesta la A. PERO, en la Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión publicada por Osakidetza, y obra de referencia para esta OPE, se recoge textualmente la siguiente

frase: “Utilice los alginatos e 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”.

Dado la literalidad de las opciones A y C respecto a la bibliografía de referencia, entiendo que quieren la totalidad, es decir, la opción D.

Dejo a criterio del opositor decantarse por una u otra opción. Insisto que personalmente me parece mucho mejor respuesta la A, puesto que contesta claramente al enunciado, respondiendo únicamente por lo que me preguntan: “el interior, relleno de la herida”. Pero me temo que a la hora de confeccionar esta batería se ha utilizado un “copiar-pegar” bastante evidente de la bibliografía de referencia. Por este motivo me decanto por la respuesta D, que recoge de forma literal la frase completa encontrada en la bibliografía de referencia.

49. Señale una propiedad de los Ácidos Grasos Hiperóxigenados.

- A. Forman una película transparente e impermeable a líquidos.
- B. Restablecen el film hidro-lipídico de la piel.**
- C. Mejoran la hidratación de la piel, aumentando su resistencia a la humedad.
- D. Preserva el nivel de oxigenación de los tejidos de apoyo, disminuyendo la microcirculación sanguínea y evitando las lesiones por presión.

50. Señale la afirmación CORRECTA relacionada con la prevención de lesiones por presión.

- A. Utilice dispositivos que eleven y descarguen el talón completamente de tal manera que distribuyan el peso de la pierna a lo largo del tríceps sural, presionando el talón de Aquiles.
- B. Proteja la piel del exceso de humedad con productos barrera (cremas con base de zinc o películas barrera)
- C. Utilice ácidos grasos hiperóxigenados (AGHO) hasta su absorción para hidratar a la persona en riesgo.
- D. Los apósitos recomendados para el alivio de presión son los apósitos de espuma de poliuretano.**

51. Una puntuación de 7 en la escala de Braden, corresponde con:

- A. Percepción sensorial: Muy limitada. Exposición a la Humedad: Constantemente húmeda. Actividad: Encamado. Movilidad: Completamente inmóvil. Nutrición:

Probablemente inadecuada. Roce y peligro de lesiones: No existe problema aparente.

- B. Percepción sensorial: Completamente limitada. Exposición a la Humedad: Constantemente húmeda. Actividad: Encamado. Movilidad: Completamente inmóvil. Nutrición: Probablemente inadecuada. Roce y peligro de lesiones: No existe problema aparente.
- C. Percepción sensorial: Completamente limitada. Exposición a la Humedad: Constantemente húmeda. Actividad: Encamado. Movilidad: Completamente inmóvil. Nutrición: Muy pobre. Roce y peligro de lesiones: Problema.
- D. Percepción sensorial: Completamente limitada. Exposición a la Humedad: Constantemente húmeda. Actividad: Encamado. Movilidad: Completamente inmóvil. Nutrición: Probablemente inadecuada. Roce y peligro de lesiones: Problema.**

52. En la escala Resvech 2.0, ¿Cómo se define el exudado “mojado”?

- A. Hay pequeñas cantidades de líquido visibles cuando se retira el apósito; el apósito primario se encuentra muy manchado, pero no hay paso de exudado; la frecuencia de cambio del apósito resulta adecuada para el tipo de apósito.**
- B. Los apósitos se encuentran saturados y hay fugas de exudado de los apósitos primario y secundario hacia las ropas o más allá; se requiere una frecuencia de cambio del apósito mucho mayor de la habitual para este tipo de apósito.
- C. El apósito primario se encuentra mojado y hay traspaso de exudado; se requiere una frecuencia de cambio del apósito mayor de la habitual para este tipo de apósito; la piel perilesional puede encontrarse macerada.
- D. Hay pequeñas cantidades de líquido visibles cuando se retira el apósito; el apósito primario puede estar ligeramente manchado; la frecuencia de cambio del apósito resulta adecuada para el tipo de apósito.

53. En el adulto, las necesidades energéticas totales se determinan principalmente por tres compartimentos del gasto energético. ¿Cuál de las siguientes opciones NO corresponde a uno de esos compartimentos principales?

- A. Termogénesis.
- B. Índice de masa corporal.**
- C. Metabolismo basal.
- D. Ejercicio físico.

54. Durante la evaluación del estado nutricional de un paciente adulto, el profesional debe ajustar la recomendación dietética conforme a las Ingestas Nutricionales de Referencia (INR). Según la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, ¿cuál de las siguientes recomendaciones se ajusta correctamente a dichas INR en población adulta?

- A. Hidratos de carbono: 45–60% del valor energético total.**
- B. Proteínas: 1,2 g/kg de peso/día.
- C. Grasas: 15-20% del valor energético total.
- D. Fibra: 15 g/día.

55. En un paciente adulto en el que el cribado nutricional ha detectado riesgo nutricional, el profesional debe elaborar un plan de cuidados nutricionales individualizado. ¿Cuál de los siguientes aspectos NO debe incluirse obligatoriamente en dicho plan?

- A. Cálculo de requerimientos.
- B. Determinación sistemática de perfil lipídico.**
- C. Función del tubo digestivo.
- D. Posibilidades de utilizar la vía oral.

56. ¿Cuál de las siguientes situaciones NO constituye una indicación para la prescripción de una dieta de textura líquida?

- A. Transición entre nutrición parenteral/sueroterapia e inicio de vía oral.
- B. Preparación para exploración gastrointestinal o cirugía intestinal.
- C. Intervención dietética avanzada en paciente con estreñimiento funcional sin otra patología digestiva.**
- D. Reintroducción dietética tras mejoría de procesos digestivos agudos.

57. ¿Cuál de las siguientes definiciones corresponde correctamente a una dieta con bajo contenido en residuo?

- A. Dieta destinada a reducir exclusivamente el aporte de sustancias vegetales no digeribles con el fin de disminuir el débito fecal.
- B. Dieta destinada a reducir la ingesta de sustancias vegetales no digeribles y no absorbibles que contribuyen a incrementar el débito fecal.

- C. Dieta dirigida a disminuir la irritación mecánica intestinal mediante la supresión de alimentos integrales, semillas y vegetales crudos.
- D. Dieta orientada a reducir el contenido intestinal endoluminal no absorbido presente en heces tras la digestión.**

58. En el diseño de una dieta hipercalórica, es fundamental ajustar el aporte energético al gasto energético total (GET) para evitar el riesgo de sobrealimentación. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto al cálculo del GET en un paciente candidato a dieta hipercalórica?

- A. Tras estimar o medir el gasto energético en reposo el GET se obtiene aplicando un factor de estrés y un factor de actividad física.**
- B. Para medir el GET, la calorimetría indirecta se considera la técnica gold standard.
- C. El GET se calcula directamente a partir del peso corporal y la edad.
- D. Las ecuaciones predictivas permiten establecer directamente el aporte calórico total sin necesidad de realizar ajustes posteriores.

59. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe de forma más adecuada el concepto actual de obesidad?

- A. La obesidad se define exclusivamente como un aumento del peso corporal debido a un balance energético positivo mantenido.
- B. La obesidad es un proceso agudo y reversible cuyo origen depende principalmente de factores psicológicos.
- C. La obesidad se explica principalmente por la epigenética, siendo un fenómeno adquirido sin participación significativa de la genética.
- D. La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por acumulación excesiva/anormal de tejido adiposo y disfunción del mismo.**

60. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la interpretación de los pliegues cutáneos en la evaluación de obesidad?

- A. Se considera obesidad si al menos un pliegue cutáneo está por encima de 4 desviación típica (DT) según edad y sexo.
- B. Se considera obesidad si al menos un pliegue cutáneo está por encima de 1 desviación típica (DT) según edad y sexo.
- C. Se considera obesidad si al menos un pliegue cutáneo está por encima de 2 desviación típica (DT) según edad y sexo.**

- D. Se considera obesidad si al menos un pliegue cutáneo está por encima de 5 desviación típica (DT) según edad y sexo.

61. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto al tipo de fibra recomendada en distintas situaciones clínicas?

- A. Dislipemia: únicamente fibra insoluble.
B. Diabetes: principalmente fibra insoluble.
C. Enfermedad cardiovascular: únicamente fibra insoluble.
D. Enfermedad inflamatoria intestinal: Principalmente fibra soluble.

62. ¿Cuál de los siguientes hallazgos en el aspirado obtenido a través de una sonda nasogástrica es más compatible con una correcta colocación en el estómago?

- A. Aspirado con $\text{pH} \leq 5$, color verdoso o claro, con presencia de fragmentos de mucosidad amarillenta.**
B. Aspirado con pH entre 6 y 7, color amarillo-dorado a verde amarronado, de consistencia espesa.
C. Aspirado con $\text{pH} \geq 6$, color amarillo pálido y consistencia acuosa.
D. Aspirado con pH 7, color verdoso y de consistencia líquida.

63. En relación con las diferentes vías de acceso para la nutrición enteral, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. La sonda nasogástrica puede utilizarse de forma segura durante periodos prolongados superiores a un mes.
B. La sonda nasointestinal requiere infusión continua y no se recomienda la alimentación intermitente debido a la respuesta osmótica del intestino delgado.
C. La yeyunostomía permite la administración de nutrición en bolos sin riesgo de intolerancia digestiva.
D. La yeyunostomía se asocia a una menor incidencia de complicaciones gastrointestinales, como cólicos y vómitos.

64. En relación con la administración de la nutrición parenteral total (NPT), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. Una velocidad de infusión elevada de la NPT mejora el aporte calórico y nitrogenado sin producir efectos adversos significativos.

B. Una velocidad de infusión excesivamente rápida puede provocar diuresis hiperosmolar y, en casos graves, convulsiones, coma y muerte.

- C. Una velocidad de infusión lenta de la NPT incrementa el riesgo de sobrecarga metabólica y complicaciones neurológicas.
D. La administración de la NPT a velocidad reducida garantiza una mejor tolerancia metabólica y un mayor aprovechamiento nutricional.

65. En la infusión de lípidos intravenosos en un adulto, ¿cuál de las siguientes pautas de administración debe tenerse en cuenta durante el primer día de tratamiento?

- A. Administración de lípidos al 10% hasta 250 ml en 2–3 horas, con un máximo de 4 g/kg/día.
B. Infusión de lípidos al 20% hasta 750 ml en 8 horas, con un límite de 3 g/kg/día.
C. Administración de lípidos al 10% hasta 500 ml en 4–6 horas, con un máximo de 2,5 g/kg de peso corporal al día.
D. Infusión de lípidos al 10% hasta 1000 ml en 10–12 horas, sin restricción según el peso corporal.

66. Durante la exploración física respiratoria, al realizar la auscultación pulmonar, se identifican roncus. ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente sus características?

- A. Sonidos continuos, de tono bajo, producidos por la obstrucción parcial de la vía aérea.**
B. Sonidos discontinuos, de tono bajo, asociados a broncoconstricción o estrechamiento de las vías respiratorias.
C. Sonidos continuos, de tono alto, audibles tanto en inspiración como en espiración.
D. Sonidos discontinuos, de tono alto, audibles principalmente durante la espiración.

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?

- A. PaO_2 55–80 mmHg y SaO_2 88–96%.
B. PaO_2 70–100 mmHg y SaO_2 90–99%.
C. PaO_2 60–95 mmHg y SaO_2 80–98%.
D. PaO_2 50–90 mmHg y SaO_2 85–97%.

En la obra “Enfermería Médico Quirúrgica” de Brunner y Suddarth, se recoge de forma textual la siguiente información: “En términos de la curva de disociación de la oxihemoglobina, a estas concentraciones (60 – 90 mm Hg de PaO₂), la sangre está saturada al 80-98% de oxígeno”. Está por tanto claro que la respuesta que buscan como correcta es la C.

68. Un paciente con insuficiencia respiratoria recibe oxigenoterapia con FiO₂ >50% durante más de 24 horas. Posteriormente comienza con clínica respiratoria progresiva. ¿Cuál de los siguientes conjuntos de signos y síntomas es más compatible con toxicidad por oxígeno con daño pulmonar?

- A. Malestar subesternal, parestesias, disnea, inquietud, fatiga, hipoxemia persistente y atelectasia alveolar.
- B. Tos productiva purulenta, leucocitosis marcada, dolor pleurítico e hiperinsuflación pulmonar bilateral.
- C. Dolor torácico opresivo, diaforesis, disnea, hipoxemia, elevación del segmento ST y bradicardia.
- D. Disnea súbita con hemoptisis, taquicardia, hipotensión, hipocapnia y signos de sobrecarga ventricular derecha en ECG.

69. Respecto a la mascarilla Venturi utilizada en oxigenoterapia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. Proporciona una concentración variable de oxígeno, dependiente principalmente del patrón ventilatorio (profundidad y frecuencia) del paciente.
- B. Emplea el principio de Bernoulli, generando arrastre de aire ambiental, lo que permite administrar una FiO₂ precisa y constante.
- C. Utiliza un reservorio con reinhalación parcial de CO₂, aumentando progresivamente la FiO₂ conforme se incrementa el volumen corriente.
- D. Emplea el principio de Venturi-Laplace, que crea un efecto de vacío intramascarilla para aumentar automáticamente la FiO₂ según la demanda ventilatoria del paciente.

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.

71. En relación con el drenaje postural y las recomendaciones de enfermería para su realización correcta y segura, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

A. Antes del drenaje postural, se recomienda que el paciente inhale broncodilatadores y mucolíticos, si están prescritos, ya que facilitan el drenaje del árbol bronquial.

B. Se indica al paciente permanecer en cada posición aproximadamente 10–15 minutos, realizando una respiración controlada.

C. Durante cada posición el paciente debe inspirar lentamente por la nariz y espirar despacio con los labios fruncidos, con el fin de mantener las vías respiratorias abiertas y favorecer el drenaje de secreciones.

D. En pacientes con tos ineficaz o incapacidad para toser, el drenaje postural debe evitarse, ya que la retención de secreciones aumenta el riesgo de atelectasia.

72. ¿Cuál de las siguientes opciones incluye complicaciones reconocidas asociadas a la traqueostomía, tanto inmediatas como a largo plazo?

A. Rotura del tronco arterial braquiocefálico, disfagia, dilatación e isquemia laríngea y hemorragia.

B. Broncoaspiración, infección, estenosis traqueal y embolia grasa.

C. Desplazamiento de la sonda, neumotórax, broncoaspiración y enfisema subcutáneo o mediastínico.

D. Desintubación accidental, daño en el nervio traqueal y fístula traqueoesofágica.

73. Según la clasificación clínica habitual, la neumonía puede dividirse en cuatro tipos principales. ¿Cuál de las siguientes opciones incluye correctamente dichas categorías?

- A. Neumonía lobar, bronconeumonía, neumonía intersticial y neumonía necrotizante.
- B. Neumonía bacteriana, neumonía vírica, neumonía fúngica y neumonía por aspiración.
- C. Neumonía aguda, neumonía crónica, neumonía recurrente y neumonía idiopática.
- D. Neumonía extrahospitalaria, neumonía asociada a la atención sanitaria, neumonía intrahospitalaria y neumonía asociada a ventilación mecánica.**

74. Respecto a la clasificación anatomopatológica de la neumonía según su patrón de afectación pulmonar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. Cuando una gran parte de uno o más lóbulos está afectada, se denomina neumonía lobular; la bronconeumonía corresponde a neumonía “en placas” y es más frecuente que la neumonía lobular.**
- B. La neumonía lobular corresponde a lesiones parcheadas de origen bronquial y es más frecuente que la bronconeumonía.
- C. La bronconeumonía afecta típicamente un lóbulo completo y su origen se localiza en el parénquima alveolar.
- D. La neumonía lobular y la bronconeumonía presentan la misma frecuencia, diferenciándose únicamente por la etiología (vírica frente a bacteriana).

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, ninguna de las opciones puede considerarse correcta, al menos no del todo. La opción B digamos que es la “menos incorrecta” de todas. *M. Bovis* y *M. Avium* por supuesto que se relacionan con enfermedad tuberculosa, en ganado bovino y en aves respectivamente. *M. Bovis* también se considera productor de TBC en humanos, aunque no sea por supuesto el agente etiológico principal. En cualquier

caso, la afirmación B es también incorrecta. En esta OPE de Osakidetza sin embargo, no hay dudas. Esa es la opción que quieren como correcta. El motivo es que aparece de forma literal en la bibliografía de referencia, concretamente en la obra de Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth, en la página 1371.

76. Respecto a la interpretación de la prueba de la tuberculina (PPD/Mantoux) y a la vacunación con BCG, señale la afirmación correcta:

- A. Una induración de 0–4 mm se considera siempre significativa y compatible con infección tuberculosa previa.
- B. Una induración ≥ 10 mm se considera relevante únicamente en pacientes VIH positivos o contactos estrechos de TB activa.
- C. Una induración ≥ 5 mm se considera positiva en cualquier persona con inmunidad normal, aun sin factores de riesgo.
- D. Una induración ≥ 5 mm puede considerarse significativa en personas de riesgo, como pacientes positivos al VIH.**

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.

78. En relación con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), señale la afirmación que es INCORRECTA:

- A. La limitación del flujo aéreo en la EPOC es progresiva y se asocia a una respuesta inflamatoria anómala de los pulmones frente a partículas o gases nocivos.

- B. La destrucción de la pared alveolar aumenta las uniones alveolares y reduce la elasticidad pulmonar.**
- C. La respuesta inflamatoria afecta tanto a vías respiratorias proximales y periféricas como al parénquima pulmonar y la vasculatura pulmonar.
- D. En las vías respiratorias proximales puede producirse incremento de células caliciformes y crecimiento de glándulas submucosas, favoreciendo hipersecreción mucosa.

79. En relación con la realización de un electrocardiograma (ECG) estándar de 12 derivaciones y la correcta colocación de los electrodos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. El ECG estándar de 12 derivaciones requiere la colocación de 12 electrodos.
- B. Los electrodos de los miembros deben colocarse preferentemente sobre prominencias óseas, para asegurar una mejor conducción eléctrica y reducir el artefacto por movimiento.
- C. En un ECG de 12 derivaciones los electrodos de los miembros generan las derivaciones I, II, III, aVR, aVL y aVF.**
- D. La colocación exacta de los electrodos torácicos no influye en la interpretación clínica del ECG, ya que el trazado puede corregirse automáticamente por el monitor.

80. Respecto a las extrasístoles auriculares, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. Se caracterizan por alteración del ritmo con pausas compensatorias completas, sin cambios visibles en la morfología de la onda P, y con intervalos PP que suelen ser el doble del intervalo previo.
- B. Se observa una onda P prematura con morfología diferente, que acorta el intervalo PP y suele acompañarse de una pausa no compensatoria.**
- C. Presentan ondas P negativas constantes en todas las derivaciones, con intervalo PR siempre mayor a 0,20 s y QRS ancho >0,12 s.
- D. Son exclusivas de cardiopatía estructural avanzada y no aparecen en corazones normales.

81. En la valoración vascular de las extremidades inferiores mediante Doppler manual de onda continua, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. Cuanto mayor es la frecuencia (MHz), mayor es la penetración del tejido y mejor la detección en profundidad.
- B. El Doppler de onda continua permite localizar de forma precisa el sitio de una estenosis y diferenciar sin dificultad flujo arterial del venoso.
- C. Para la exploración de extremidades inferiores se coloca al paciente en sedestación con las piernas en declive para favorecer el llenado arterial y mejorar la señal.
- D. Se aplica gel acústico y se coloca el transductor sobre la arteria a 45–60°, inclinándolo lentamente hasta identificar el flujo arterial.**

82. Respecto al Índice Tobillo-Brazo (ITB) como método de valoración de arteriopatía periférica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. El ITB es la relación entre la presión sistólica en el tobillo y la presión sistólica en el brazo; para su cálculo se divide la presión sistólica más alta del tobillo de cada pie por la presión sistólica braquial más alta.**
- B. El ITB se calcula dividiendo la presión diastólica del tobillo entre la presión sistólica braquial, y se obtiene con Doppler en ambos valores.
- C. Para determinar el ITB el paciente debe estar sentado al menos 5 minutos, y el manguito se coloca a nivel del maléolo lateral.
- D. Las presiones sistólicas del tobillo se obtienen únicamente en la arteria femoral superficial, ya que las arterias tibial posterior y dorsal del pie no son accesibles con Doppler.

83. En relación con las úlceras venosas secundarias a insuficiencia venosa crónica, ¿cuál de las siguientes características es la más compatible con este tipo de lesión?

- A. Úlcera localizada en la región maleolar (interna o externa), generalmente grande, superficial y con exudado abundante.**
- B. Úlcera pequeña, profunda y circular, localizada en la punta de los dedos o en espacios interdigitales.
- C. Lesión necrótica en la cara medial del primer dedo o lateral del quinto dedo, de bordes bien delimitados, secundaria a isquemia y presión.
- D. Úlcera distal con escaso exudado, dolor desencadenado por ejercicio y mejoría con reposo.

84. En el manejo de enfermería del paciente con úlceras en extremidades inferiores, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

- A. En fases iniciales puede ser necesario restringir la actividad física para favorecer la cicatrización.
- B. Se debe evitar uso de almohadillas térmicas o bolsas de agua caliente ya que aumentan la demanda tisular de oxígeno.
- C. Se recomienda una dieta rica en proteínas, vitaminas D y K, hierro y cinc, para promover la cicatrización.**
- D. Si el dolor limita la actividad del paciente, pueden prescribirse analgésicos para mejorar la tolerancia funcional.

85. Según la tabla de clasificación de la presión arterial en adultos mayores de 18 años, ¿cuál de las siguientes opciones relaciona correctamente los valores de tensión normal, prehipertensión, hipertensión etapa 1 e hipertensión etapa 2?

- A. Normal: 120–139/80–89 mmHg; Prehipertensión: <120/<80 mmHg; HTA etapa 1: ≥ 160 o ≥ 100 mmHg; HTA etapa 2: 140–159 o 90–99 mmHg.
- B. Normal: <120/<80 mmHg; Prehipertensión: 120–139 o 80–89 mmHg; HTA etapa 1: 140–159 o 90–99 mmHg; HTA etapa 2: ≥ 160 o ≥ 100 mmHg.**
- C. Normal: <120/<80 mmHg; Prehipertensión: 130–149 o 85–95 mmHg; HTA etapa 1: 150–169 o 95–104 mmHg; HTA etapa 2: ≥ 170 o ≥ 110 mmHg.
- D. Normal: <130/<85 mmHg; Prehipertensión: 130–139 o 85–89 mmHg; HTA etapa 1: 140–149 o 90–94 mmHg; HTA etapa 2: ≥ 150 o ≥ 95 mmHg.

86. En relación con los factores de riesgo asociados a hipertensión arterial (HTA), señale la opción correcta:

- A. La dislipidemia asociada a HTA se caracteriza por concentraciones elevadas de HDL y disminución de LDL.
- B. El tabaquismo es una causa directa de hipertensión arterial.
- C. La prevalencia de HTA depende fundamentalmente de factores hereditarios.
- D. La HTA se asocia frecuentemente a dislipidemia, obesidad y diabetes.**

87. En relación con la insuficiencia cardiaca, señale la afirmación INCORRECTA.

- A. La clasificación funcional de la insuficiencia cardiaca según la New York Heart Association (NYHA) valora la limitación para la actividad física en clases I–IV.
- B. La fracción de eyección (FE) ventricular normal se sitúa habitualmente entre 45 60% del volumen ventricular.**
- C. La diabetes mellitus se asocia a un mayor riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca.
- D. La aterosclerosis de las arterias coronarias constituye una causa primaria de insuficiencia cardiaca.

88. Un paciente refiere dolor torácico de aparición en reposo, acompañado de elevación reversible del segmento ST en el ECG. El cuadro se atribuye a vasoespasmo de una arteria coronaria. ¿Qué tipo de angina describe mejor esta presentación clínica?

- A. Angina estable.
- B. Angina inestable.
- C. Angina refractaria.
- D. Angina variable.**

89. En relación con la trombosis venosa profunda y los factores precipitantes implicados en el desarrollo de tromboembolismo venoso, ¿cuál de las siguientes combinaciones corresponde a la tríada de Virchow?

- A. Hipertensión arterial, hiperlipidemia y disfunción endotelial.
- B. Daño endotelial, estasis venosa y alteración de la coagulación.**
- C. Disminución del gasto cardiaco, vasoconstricción venosa y agregación plaquetaria.
- D. Alteración endotelial, hipoxemia tisular y aumento de la presión intratorácica.

90. Ante un paciente con sospecha de arritmia grave en una tira electrocardiográfica, ¿cuál es la secuencia de análisis prioritaria y correcta para identificar de forma sistemática el trastorno del ritmo?

- A. Eje eléctrico → onda T → intervalo QT.
- B. Ondas P → intervalo PR → segmento ST.
- C. Frecuencia y ritmo ventricular → QRS (duración/forma) → ondas P y relación P:QRS.**
- D. Segmento ST → onda U → intervalo QT.

91. Un paciente presenta angina de pecho y se instaura tratamiento médico. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el tratamiento y objetivos terapéuticos de la angina?

- A. Los nitratos constituyen el tratamiento estándar para el alivio del dolor; el abordaje busca disminuir la demanda de oxígeno del miocardio y aumentar su suministro.
- B. El tratamiento estándar se basa exclusivamente en β -bloqueantes.
- C. La nitroglicerina es un vasodilatador potente que dilata principalmente arterias coronarias.
- D. El tratamiento farmacológico de la angina se orienta principalmente a incrementar el aporte de oxígeno al miocardio mediante vasodilatación arterial.

92. ¿Cuál es la principal acción de la colecistoquinina (CCK) en el sistema digestivo?

- A. Estimular la secreción de ácido clorhídrico y pepsinógeno.
- B. Incrementar la liberación de insulina tras comidas ricas en carbohidratos.
- C. Estimular la contracción de la vesícula biliar y la secreción de enzimas pancreáticas.
- D. Reducir la secreción de bilis y acelerar el vaciamiento gástrico.

93. ¿Cuál es el principal mecanismo celular responsable de la secreción de ácido clorhídrico por las células parietales gástricas?

- A. La difusión pasiva de protones a través de la membrana luminal.
- B. El co-transporte sodio-hidrógeno dependiente de gradiente electroquímico.
- C. La acción del intercambiador H^+/K^+ -ATPasa en la membrana luminal.
- D. La secreción directa de ácido carbónico hacia la luz gástrica.

94. ¿Cuál de los siguientes cambios relacionados con el envejecimiento del estómago puede provocar intolerancias alimentarias y disminución en la absorción de vitamina B12?

- A. La disminución de la motilidad y del vaciamiento gástrico.
- B. La degeneración y atrofia de las superficies mucosas gástricas con disminución de la producción de ácido clorhídrico.
- C. La reducción del tono del esfínter esofágico inferior.
- D. La disminución de la secreción de moco y de la elasticidad de la pared rectal.

95. ¿Cuál de las siguientes situaciones clínicas es más coherente con un cuadro de gastritis crónica?

- A. Dolor epigástrico intenso de inicio brusco acompañado de hematemesis.
- B. Náuseas y vómitos autolimitados tras la ingesta de alimentos irritantes.
- C. Saciedad temprana, intolerancia a alimentos grasos y fatiga mantenida en el tiempo.
- D. Melena y signos de inestabilidad hemodinámica secundarios a sangrado digestivo.

96. En un paciente con sospecha de hemorragia digestiva alta secundaria a una úlcera péptica, ¿cuál de las siguientes manifestaciones clínicas orienta con MAYOR probabilidad a una hemorragia de pequeña cuantía pero mantenida?

- A. Hematemesis con vómitos de sangre roja brillante.
- B. Melena o heces negras y alquitranadas sin vómitos de sangre.
- C. Hipotensión brusca con taquicardia y palidez cutánea.
- D. Vómitos en “posos de café” asociados a inestabilidad hemodinámica.

97. Según los criterios diagnósticos de Roma IV, ¿cuál es el requisito temporal mínimo para establecer el diagnóstico de estreñimiento funcional?

- A. Presencia de síntomas durante al menos 3 meses, con inicio al menos 6 meses antes del diagnóstico.
- B. Presencia de síntomas durante al menos 6 meses, con inicio en los últimos 3 meses.
- C. Presencia de síntomas continuos durante 12 meses consecutivos.
- D. Presencia de síntomas intermitentes durante al menos 6 meses.

98. ¿Cuál de las siguientes complicaciones sistémicas se asocia con MAYOR frecuencia a la colitis ulcerosa que a la enfermedad de Crohn?

- A. Obstrucción del intestino delgado.
- B. Megacolon tóxico.
- C. Colelitiasis.
- D. Hidronefrosis derecha.

99. En pacientes con disfunción hepática crónica, ¿cuál es la causa MÁS directamente relacionada con la aparición de hipoprotrombinemia y tendencia hemorrágica?

- A. Deficiencia de vitamina C.
- B. Deficiencia de vitamina K.
- C. Deficiencia de vitamina B₁ (tiamina).

D. Deficiencia de vitamina A.

100. En un paciente con cirrosis alcohólica y tendencia a la retención de líquidos, ¿cuál es el objetivo principal del asesoramiento enfermero para identificar y evitar el consumo habitual de alimentos en conserva?

- A. Reducir la ingesta de proteínas para prevenir la encefalopatía hepática.
- B. Disminuir el aporte de sodio y prevenir el empeoramiento del edema y la ascitis.**
- C. Evitar la absorción de grasas saturadas y colesterol.
- D. Prevenir déficits de vitaminas hidrosolubles.

101. En relación con la fisiopatología de la pancreatitis aguda, señale la afirmación FALSA:

- A. La activación intrapancreática de enzimas digestivas contribuye al daño tisular local y a la respuesta inflamatoria inicial.
- B. La liberación de mediadores inflamatorios desde el páncreas puede participar en el desarrollo de alteraciones sistémicas y fallo multiorgánico.
- C. En la pancreatitis aguda asociada a litiasis biliar, la obstrucción del sistema de conductos pancreáticos puede favorecer la activación enzimática.
- D. La necrosis pancreática constituye un requisito fisiopatológico previo para que se inicie la activación de las enzimas digestivas.**

102. Tras la inserción de una sonda nasogástrica destinada a aspiración gástrica en un paciente adulto, ¿cuál de las siguientes actuaciones es la opción VERDADERA para identificar de forma correcta su colocación antes de utilizarla?

- A. Insuflar aire con una jeringa y auscultar el epigastrio en busca de borborigmos, como se ha hecho tradicionalmente.
- B. Comprobar que el paciente no presenta tos, disnea ni cambios en la saturación de oxígeno tras la inserción.
- C. Aspirar contenido a través de la sonda y valorar sus características junto con la medición del pH.**
- D. Verificar que la longitud externa de la sonda coincide con la medida estimada previamente.

103. En un paciente portador de una ileostomía reciente, ¿cuál es la recomendación dietética CORRECTA durante las primeras cuatro semanas tras la cirugía para reducir el riesgo de obstrucción intestinal?

- A. Priorizar el consumo de frutas y verduras crudas bien masticadas desde el inicio para favorecer la motilidad intestinal.
- B. Consumir frutas y verduras en puré y seguir una dieta baja en residuos.**
- C. Mantener una dieta sin restricciones específicas siempre que no aparezcan molestias abdominales.
- D. Introducir los alimentos ricos en fibra junto con un aumento de la ingesta hídrica.

104. Un paciente con resección extensa del duodeno presenta cansancio progresivo, palidez cutáneo-mucosa y glositis. ¿Qué alteración nutricional explica mejor este cuadro clínico?

- A. Déficit de vitamina B₁₂ por alteración de la absorción ileal.
- B. Déficit de hierro por alteración de su absorción intestinal.**
- C. Déficit de vitamina D con alteración del metabolismo óseo.
- D. Déficit de ácido fólico secundario a malabsorción yeyunal distal.

105. ¿Cuál de los siguientes medicamentos puede alterar los resultados de una prueba tiroidea?

- A. Amoxicilina.
- B. Amiodarona.**
- C. Paracetamol.
- D. Metformina.

106. En relación con el metabolismo basal disminuido en el hipotiroidismo, ¿cuál de las siguientes combinaciones de signos clínicos es más coherente con el estado metabólico de estos pacientes?

- A. Pérdida de peso con aumento del apetito.
- B. Pérdida rápida de masa muscular con hiperreflexia generalizada.
- C. Bradicardia, gasto cardíaco disminuido y fatiga fácil al esfuerzo mínimo.**
- D. Aumento del consumo de oxígeno en reposo y disnea por aumento del trabajo respiratorio.

107. ¿Cuál de los siguientes valores cumple criterios diagnósticos de diabetes mellitus en una persona asintomática, siempre que se confirme en una segunda determinación?

- A. Glucemia plasmática en ayunas de 110 mg/dl tras 6 horas de ayuno.
- B. Hemoglobina A1c del 6,6 %.**

- C. Glucemia plasmática a las 2 horas de una Prueba de Tolerancia Oral de la Glucosa de 180 mg/dL.
- D. Glucemia plasmática aleatoria de 180 mg/dL sin síntomas.

108. En las dietas para personas con diabetes mellitus, ¿cuál es el límite de calorías procedentes de grasas saturadas?

- A. Menos del 10 % de las calorías totales.**
- B. Menos del 20 % de las calorías totales.
- C. Hasta el 30 % de las calorías totales.
- D. No existe un límite específico si se controla el colesterol total.

109. En relación con la fibra dietética en personas con diabetes mellitus, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. La fibra soluble acelera el vaciamiento gástrico y la absorción de la glucosa.
- B. El aumento de la fibra dietética incrementa la necesidad de insulina exógena.
- C. La relevancia clínica de la fibra dietética en el control glucémico es insignificante.
- D. Se recomienda una ingesta diaria mínima de 25 g de fibra.**

110. ¿Cuál de las siguientes insulinas se caracteriza por un inicio de acción de 10 15 minutos, un pico máximo aproximado de 1 hora y una duración de 2 a 4 horas?

- A. Insulina lispro.**
- B. Insulina regular.
- C. Insulina NPH.
- D. Insulina glargina.

111. ¿Cuál de las siguientes características corresponde al fenómeno del alba como causa de hiperglucemia matutina?

- A. Hipoglucemia nocturna seguida de hiperglucemia de rebote al despertar.
- B. Glucemia normal hasta aproximadamente las 3:00 a. m., con aumento posterior.**
- C. Incremento progresivo de la glucemia desde la hora de acostarse hasta las primeras horas de la mañana.
- D. Descenso de la glucemia nocturna por exceso de insulina vespertina.

112. Paciente con diabetes mellitus tipo 2 presenta glucemias en ayunas dentro de objetivos, pero picos repetidos de hiperglucemia posprandial tras las

comidas. ¿Qué grupo farmacológico sería el más adecuado para actuar sobre este mecanismo?

- A. Biguanidas.
- B. Tiazolidinedionas.
- C. Inhibidores de la α -glucosidasa.**
- D. Secretagogos de insulina.

113. Paciente de 72 años con diabetes mellitus tipo 2 tratado con insulina NPH por la tarde acude a urgencias tras presentar desorientación y dificultad para despertar durante la madrugada. A su llegada, la glucemia capilar es de 38 mg/dL. En relación con este caso, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?

- A. El cuadro clínico es compatible con hipoglucemia moderada, que puede tratarse exclusivamente con hidratos de carbono por vía oral.
- B. La causa más probable es el fenómeno del alba, caracterizado por hiperglucemia progresiva desde las 3:00 a. m.
- C. En este contexto, está indicada la administración de glucagón por vía intramuscular si el paciente no puede deglutir.**
- D. Una vez corregida la glucemia y recuperado el nivel de conciencia, no es necesaria vigilancia posterior si el paciente se encuentra estable.

114. Paciente de 24 años con diabetes mellitus tipo 1 acude a urgencias por vómitos, dolor abdominal y respiración profunda y rápida. Presenta poliuria, polidipsia y aliento afrutado. La glucemia capilar es de 520 mg/dL y el pH arterial es de 7,18. En relación con este cuadro clínico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?

- A. La cetoacidosis diabética se produce por un exceso de insulina que favorece la hipoglucemia y la alcalosis metabólica.
- B. En la cetoacidosis diabética, la administración de bicarbonato intravenoso es una medida de primera línea para corregir la acidosis metabólica.
- C. La respiración de Kussmaul representa un mecanismo compensador frente a la acidosis metabólica producida por la acumulación de cuerpos cetónicos.**
- D. Este cuadro clínico es más compatible con un síndrome hiperosmolar hiperglucémico, caracterizado por ausencia de acidosis y de cuerpos cetónicos.

115. En relación con las intervenciones de enfermería en el síndrome hiperosmolar hiperglucémico, ¿cuál de las siguientes intervenciones NO es correcta?

- A. Vigilar de forma estrecha el estado hídrico y el gasto urinario debido al alto riesgo de deshidratación grave.
- B. Administrar líquidos intravenosos y ajustar su composición según las cifras de sodio y la gravedad de la pérdida de volumen.
- C. Priorizar la corrección rápida de la hiperglucemia mediante insulina intravenosa para revertir la acidosis metabólica.**
- D. Monitorizar con frecuencia los electrolitos séricos y el estado cardiovascular durante el tratamiento.

116. En la valoración y prevención del pie diabético en personas con diabetes, ¿cuál de las siguientes intervenciones es CORRECTA?

- A. Realizar una exploración completa de los pies al menos una vez al año, incluyendo la valoración de la sensibilidad protectora.**
- B. Limitar la exploración del pie a los pacientes que refieren dolor o molestias.
- C. Utilizar el monofilamento de Semmes-Weinstein únicamente en presencia de úlceras visibles.
- D. Recomendar el corte curvo de las uñas para evitar la presión sobre el lecho ungueal.

117. Paciente de 68 años con diabetes mellitus tipo 2 desde hace 12 años acude a consulta de enfermería. No presenta lesiones visibles en los pies. En la exploración, no percibe el estímulo del monofilamento en zonas plantares de apoyo y se observan callosidades. Pulsos periféricos palpables. En relación con este caso, ¿cuál de las siguientes actuaciones es la más adecuada?

- A. Clasificar al paciente como de bajo riesgo al no presentar úlceras ni signos de infección activa.
- B. Mantener una revisión anual del pie, sin aumentar la frecuencia, al conservar la integridad cutánea.
- C. Derivar al podólogo para el abordaje de las zonas de presión y prevenir la aparición de úlceras.**
- D. Iniciar tratamiento antibiótico profiláctico para evitar la infección de las callosidades.

118. En relación con la regulación del flujo sanguíneo cerebral, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- A. La autorregulación cerebral permite mantener un flujo sanguíneo cerebral relativamente constante pese a variaciones de la presión arterial sistémica.
- B. El flujo sanguíneo cerebral regional puede variar de forma importante en respuesta a cambios metabólicos locales.
- C. El aumento de la presión parcial de dióxido de carbono en sangre produce vasodilatación cerebral y aumento del flujo sanguíneo cerebral.
- D. Cuando la presión arterial media desciende por debajo del límite inferior de autorregulación, el flujo sanguíneo cerebral pasa a depender principalmente de los mecanismos metabólicos locales.**

119. Paciente de 70 años es trasladado a urgencias tras un inicio brusco de síntomas neurológicos. La tomografía computarizada craneal confirma un ictus hemorrágico. En relación con este diagnóstico, ¿cuál de los siguientes signos o síntomas NO se corresponde habitualmente con un ictus hemorrágico?

- A. Deterioro progresivo del nivel de conciencia.
- B. Vómitos secundarios al aumento de la presión intracraneal
- C. Cefalea intensa de inicio súbito.
- D. Hipotensión arterial mantenida.**

120. En relación con la cascada isquémica que se produce en el ictus cerebrovascular isquémico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- A. La disminución del flujo sanguíneo cerebral obliga a las neuronas a recurrir a la respiración anaerobia, con producción de ácido láctico y descenso del pH.
- B. El fallo en la producción de ATP provoca alteraciones en las bombas de membrana y desequilibrio iónico celular.
- C. La penumbra isquémica corresponde a una zona de tejido cerebral irreparable que evoluciona inevitablemente a necrosis.**
- D. El aumento del calcio intracelular y la liberación de glutamato activan vías que conducen a la lesión y muerte celular.

121. En el contexto de un ictus, pueden verse afectadas diversas funciones cerebrales. ¿Cuál de las siguientes definiciones es CORRECTA?

- A. Hemiparesia: Parálisis completa de la cara, el brazo y la pierna en un mismo lado del cuerpo (por una lesión en el hemisferio contrario)

- B. Disartria: alteración del lenguaje que impide comprender o expresar palabras.
- C. Apraxia: pérdida de la coordinación y del equilibrio que se manifiesta como marcha inestable y movimientos imprecisos.
- D. Hemianopsia homónima: pérdida de la misma mitad del campo visual (derecha/izquierda) en ambos ojos.**

122. En relación con el envejecimiento cognitivo normal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. Con la edad, la memoria a corto plazo se deteriora de forma marcada incluso cuando no se exige una alta demanda de procesamiento.
- B. Las personas mayores muestran un deterioro similar en tareas de recuerdo libre y en tareas de reconocimiento.
- C. El envejecimiento cognitivo normal se asocia a una mayor afectación de los procesos de recuperación de la información que de los procesos de codificación.**
- D. El envejecimiento cognitivo normal implica una pérdida generalizada de la capacidad intelectual y del funcionamiento cognitivo global.

123. En relación con los principales síndromes de demencia progresiva, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por una atrofia cortical predominante en los lóbulos parietal y temporal.**
- B. La demencia frontotemporal se manifiesta inicialmente por un deterioro predominante de la memoria episódica, similar al observado en la enfermedad de Alzheimer.
- C. La demencia vascular cursa de forma uniforme y progresiva, sin relación con eventos cerebrovasculares focales.
- D. La demencia con cuerpos de Lewy se asocia a la acumulación predominante de amiloide β como principal mecanismo fisiopatológico.

124. En la valoración neurológica de un paciente con sospecha de ictus, se emplean distintas escalas clínicas. ¿Cuál de los siguientes ítems forma parte de la Escala NIHSS?

- A. Respuesta motora a estímulos dolorosos.
- B. Nivel de independencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria.

C. Evaluación de la desviación de la mirada conjugada.

- D. Valoración de la orientación temporal y espacial mediante preguntas estructuradas.

125. En relación con las crisis convulsivas, la epilepsia y el estado epiléptico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. El estado epiléptico puede incluir convulsiones clínicas o eléctricas continuas que persisten durante al menos 30 minutos, incluso sin recuperación completa del estado de conciencia entre episodios.**
- B. La epilepsia se diagnostica cuando una convulsión generalizada se acompaña de alteración del estado de conciencia y actividad motora bilateral.
- C. Las convulsiones generalizadas se originan de forma característica en un hemisferio cerebral y posteriormente se propagan al resto del encéfalo.
- D. Las convulsiones secundarias a causas metabólicas agudas se clasifican como epilepsia cuando se repiten durante un mismo episodio clínico.

126. Durante la exploración neurológica, una enfermera solicita al paciente que cierre los ojos con fuerza, muestre los dientes y eleve las cejas para valorar la simetría facial. ¿Qué nervio craneal se está explorando?

- A. V par craneal.
- B. VII par craneal.**
- C. III par craneal.
- D. XI par craneal.

127. Una mujer de 32 años, diagnosticada de esclerosis múltiple hace 8 años, presentó inicialmente episodios de visión borrosa y debilidad en extremidades con recuperación casi completa tras cada brote. Desde hace aproximadamente 2 años, refiere un empeoramiento neurológico progresivo y continuo, con aumento de la dificultad para la marcha y la fatiga, independientemente de la aparición de nuevos brotes. Según esta evolución clínica, ¿cuál es el tipo de esclerosis múltiple más probable?

- A. Esclerosis múltiple progresiva primaria.
- B. Esclerosis múltiple remitente-recurrente.
- C. Esclerosis múltiple progresiva secundaria.**
- D. Esclerosis múltiple progresiva recurrente.

128. Un paciente de 72 años consulta en urgencias por cefalea de inicio reciente, localizada en la región

temporal derecha, acompañada de fatiga generalizada y pérdida de peso no intencionada. Refiere dolor al masticar y presenta hipersensibilidad al palpar la arteria temporal. Desde la perspectiva de la valoración enfermera, ¿cuál de las siguientes interpretaciones es la **MÁS** adecuada?

- A. Cefalea primaria de tipo tensional.
- B. Migraña con aura.
- C. Cefalea secundaria compatible con arteritis craneal.**
- D. Cefalea trigémino-autonómica.

129. Un varón de 79 años, previamente autónomo para las actividades básicas, ingresa por una fractura de cadera tras una caída. A las 48 horas del ingreso comienza a presentar desorientación intermitente, dificultad para mantener la atención durante la entrevista y alternancia entre periodos de somnolencia y agitación, especialmente por la noche. En algunos momentos responde de forma coherente y en otros no reconoce el lugar ni la fecha. No constan antecedentes de deterioro cognitivo previo. Desde la perspectiva de la valoración enfermera, ¿ante cuál de las siguientes situaciones clínicas es **MÁS** probable que nos encontremos?

- A. Demencia tipo Alzheimer en fase inicial.
- B. Demencia vascular.
- C. Envejecimiento cognitivo normal, con alteraciones leves de la memoria sin afectación de la atención.
- D. Delirium.**

130. Durante la valoración neurológica de un paciente ingresado por traumatismo craneoencefálico, la enfermera aplica la escala de coma de Glasgow. Respecto a esta escala, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es **CORRECTA**?

- A. La escala de coma de Glasgow evalúa exclusivamente el nivel de conciencia mediante la valoración de las pupilas, la respuesta verbal y motora.
- B. La mejor respuesta motora tiene un rango de puntuación de "1" a "6", siendo "obedece órdenes" la puntuación más alta.**
- C. Una puntuación total de "0" indica un estado de coma profundo con ausencia de respuesta a estímulos.
- D. La escala de coma de Glasgow incluye la valoración de reflejos del tronco encefálico como parte de su puntuación total.

131. En relación con los cuidados de enfermería y las recomendaciones al paciente tras la colocación de una escayola de yeso húmeda, señale la opción **INCORRECTA**:

- A. Debe evitarse la carga de peso sobre la escayola hasta que esté completamente seca, lo cual suele ocurrir en un período aproximado de 48–72 horas.
- B. Se debe informar al paciente de que, durante el proceso de fraguado y secado del yeso, puede experimentar sensación de calor local.
- C. Se recomienda el empleo de medios artificiales (por ejemplo, secador de pelo o aire caliente) para acelerar el secado del yeso y prevenir deformidades.**
- D. Tras su colocación, la extremidad debe mantenerse elevada por encima del nivel del corazón, apoyando la escayola sobre almohadas para favorecer el retorno venoso.

132. En un paciente con fractura de cadera a la espera de intervención quirúrgica, ¿qué tipo de tracción se utiliza clásicamente como medida temporal para alineación e inmovilización del miembro afectado?

- A. Tracción de Dunlop.
- B. Tracción tipo Russell.
- C. Tracción de Bryant.
- D. Tracción de Buck.**

133. En el contexto de un paciente adulto con fractura abierta de tibia tratada mediante fijación externa, durante la valoración de enfermería se observa secreción en la zona de inserción de las agujas del fijador. En relación con los cuidados de enfermería y el mantenimiento del aparato de fijación externa, especialmente en los puntos de entrada de las agujas, señale la afirmación correcta:

- A. La presencia de drenaje graso en el trayecto de la aguja debe interpretarse siempre como un signo de infección activa y requiere antibioterapia inmediata.
- B. El drenaje graso que puede observarse en la superficie de contacto entre el fijador y el tejido adiposo, especialmente con el movimiento del tejido alrededor de la aguja, no debe confundirse con exudado purulento.**
- C. La aparición de cualquier tipo de exudado en la zona de inserción de las agujas es indicación absoluta de retirada inmediata del aparato de fijación externa.
- D. La presencia de exudado en la zona de inserción de las agujas indica siempre una

complicación infecciosa, por lo que está indicado realizar curas con antisépticos varias veces al día.

134. En relación con la movilización y posicionamiento del paciente en el postoperatorio inmediato tras una artroplastia total de rodilla, señale la afirmación correcta:

- A. Se debe ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda, pudiendo realizar cambios posturales y ajustar la cabecera de la cama, ya que el riesgo de desplazamiento de la prótesis es bajo.**
- B. El dispositivo de movimiento pasivo continuo (CPM) debe iniciarse de forma estándar a 60º y aumentar rápidamente hasta alcanzar 120º de flexión en las primeras 48 horas.
- C. Para facilitar la adaptación al CPM, se recomienda mantener la rodilla en flexión mantenida con una almohada bajo la articulación entre sesiones.
- D. El CPM debe iniciarse únicamente cuando se retire el drenaje y el paciente presente control completo del dolor sin analgesia pautada.

135. En relación con la clasificación de los esguinces según el grado de lesión ligamentosa, señale la afirmación correcta:

- A. El esguince de primer grado se caracteriza por el desgarro de algunas fibras del ligamento y la posible aparición de un hematoma leve y localizado, acompañado de dolor leve y edema.**
- B. El esguince de primer grado implica un desgarro parcial del ligamento y se asocia típicamente a inestabilidad articular y pérdida parcial de la función.
- C. El esguince de segundo grado se produce cuando existe rotura completa del ligamento, con dolor intenso, edema máximo y movimiento articular anómalo.
- D. El esguince de tercer grado se caracteriza por la distensión leve del ligamento, con edema mínimo y ausencia de limitación funcional significativa.

136. En relación con el acrónimo PRICE, utilizado en el abordaje inicial de lesiones musculoesqueléticas agudas (p. ej., esguinces), ¿cuál de las siguientes opciones indica correctamente el significado de sus letras?

- A. Protección – Reposicionamiento – Inmovilización – Compresión – Ejercicio.
- B. Protección – Reposo – Ice (hielo) – Compresión – Elevación.**
- C. Prevención – Rehabilitación – Inmovilización – Control del dolor – Elevación.
- D. Protección – Reducción de la inflamación – Inmovilización – Compresión – Estiramientos.

137. En relación con la osteoporosis y sus manifestaciones clínicas, señale la afirmación INCORRECTA:

- A. La osteoporosis se caracteriza por la disminución de la masa ósea, deterioro de la matriz y reducción de la fortaleza arquitectónica del hueso.
- B. En la osteoporosis el recambio óseo se altera, de modo que la resorción ósea mantenida por los osteoblastos es mayor que la formación ósea llevada a cabo por los osteoclastos, produciendo una menor masa ósea total.**
- C. Como consecuencia, los huesos se tornan progresivamente más porosos, quebradizos y frágiles, pudiendo fracturarse ante esfuerzos que no afectarían a un hueso normal.
- D. Las fracturas por fragilidad asociadas a osteoporosis afectan con frecuencia a la columna torácica y lumbar, cadera y muñeca, pudiendo constituir la primera manifestación clínica.

138. En relación con los factores de riesgo para el desarrollo de osteoporosis, señale la afirmación INCORRECTA:

- A. Índice de masa corporal alto.**
- B. Alteraciones de malabsorción (p. ej., enfermedad celíaca o cirugía bariátrica).
- C. Tratamiento con corticoesteroides sistémicos durante más de 3 meses.
- D. Hombres mayores de 60 años.

139. Respecto al vendaje compresivo para reducción y modelado del muñón tras una amputación de extremidad inferior, señale la afirmación INCORRECTA:

- A. Tras el lavado con agua y jabón, conviene asegurar un secado completo antes de vendar.
- B. El objetivo es favorecer un muñón cónico, especialmente en amputación por encima de la rodilla.
- C. El vendaje debe generar un gradiente de presión, siendo mayor en el extremo distal.

- D. La venda debe aplicarse con vueltas circulares horizontales, evitando los recorridos diagonales, para asegurar una presión uniforme.

140. En relación con la clasificación de las fracturas abiertas, señale la afirmación correcta:

- A. El tipo II se caracteriza por una herida grande con avulsión extensa y riesgo elevado de amputación traumática.
B. El tipo I corresponde a una herida contaminada de más de 1 cm y con daño extenso de tejidos blandos.
C. El tipo III se asocia a herida muy contaminada y extenso daño de tejidos blandos.
D. El tipo I se define por una herida limpia de más de 2 cm y sin afectación de tejidos blandos.

141. En relación con la artritis reumatoide, señale la afirmación correcta:

- A. Afecta con mayor frecuencia a hombres.
B. Se asocia a predisposición genética y respuesta inmune mediada por células T.
C. La inflamación sinovial no suele producir alteración estructural articular relevante.
D. Se caracteriza por disminución de citocinas y ausencia de autoanticuerpos.

142. Ante un paciente con artritis reumatoide, ¿cuál de estos síntomas podría encontrar?

- A. Inicio brusco con fiebre alta.
B. Fatiga, pérdida de peso y rigidez generalizada.
C. Dolor localizado sin rigidez y con síntomas sistémicos.
D. Episodios autolimitados sin exacerbaciones ni remisiones.

143. Según las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre osteoporosis, ¿en cuál de las siguientes situaciones se recomienda iniciar tratamiento en mujeres posmenopáusicas y hombres >50 años?

- A. Fractura previa de cadera o vértebra.**
B. Probabilidad mayor del 30% de una fractura importante relacionada con osteoporosis a 10 años.
C. Probabilidad de fractura de cadera a 10 años mayor del 1%.
D. T-score entre -1,5 y -3,5 y con antecedente familiar de osteoporosis.

144. Nos encontramos ante una gestante de 28 semanas que presenta cifras de hematocrito

discretamente disminuidas respecto a valores pregestacionales. Este dato se explica primordialmente por:

- A. Aumento desproporcionado del volumen plasmático.**
B. Déficit de hierro por aumento del consumo fetal.
C. Aumento de la destrucción eritrocitaria.
D. Disminución de la eritropoyesis.

145. ¿Cuál de los siguientes cambios respiratorios es característico del embarazo normal?

- A. Hipoventilación fisiológica.
B. Aumento de la PaCO₂.
C. Aumento del ángulo subcostal y expansión de la caja costal.
D. Alcalosis respiratoria descompensada.

146. La aparición de cetonuria en una gestante con ingesta insuficiente de hidratos de carbono se explica porque:

- A. Disminuye la absorción de grasa.
B. Se incrementa la movilización lipídica.
C. Aumenta el uso de proteínas fetales.
D. Se reduce el metabolismo basal.

147. En una mujer con IMC normal antes del embarazo, el aumento de peso recomendado es:

- A. 6-8 kg.
B. 8,1-11,3 kg.
C. 11,4-15,9 kg.
D. >16 kg.

148. En la gestación, el estreñimiento se relaciona con:

- A. Relajación de la musculatura lisa intestinal y aumento del peristaltismo.
B. Relajación de la musculatura lisa intestinal y aumento de la secreción gástrica.
C. Relajación de la musculatura lisa intestinal y pirosis.
D. Relajación de la musculatura lisa intestinal.

149. ¿Qué signo de peligro en el embarazo debe ser comunicado inmediatamente?

- A. Ptialismo.
B. Leucorrea.
C. Síndrome del túnel carpiano.
D. Hiperemesis gravídica.

150. Durante los primeros días del puerperio es normal encontrar:

- A. Loquios rubra.**

- B. Hematoma.
- C. Ausencia de sangrado.
- D. Útero atónico.

151. En el postparto, a todas las mujeres Rh negativas que cumplen unos requisitos específicos:

- A. Hay que administrarles globulina inmunitaria Rh (RhoROL) en las 24 horas posteriores al parto para prevenir la sensibilización por la transfusión materno-fetal de hematíes fetales Rh positivos.
- B. Hay que administrarles globulina inmunitaria Rh (RhoIGM) en las 72 horas posteriores al parto para prevenir la sensibilización por la transfusión materno fetal de hematíes fetales Rh positivos.
- C. Hay que administrarles globulina inmunitariaRh (RhoGAM) en las 72 horas posteriores al parto para prevenir la sensibilización por la transfusión materno fetal de hematíes fetales Rh positivos.**
- D. Hay que administrarles globulina inmunitariaRh (RhoGAM) en las 24 horas posteriores al parto para prevenir la sensibilización por la transfusión materno fetal de hematíes fetales Rh positivos.

152. En relación con la alimentación durante el embarazo, es correcto afirmar que:

- A. Se deben duplicar las calorías ingeridas.
- B. Se recomienda la suplementación con ácido fólico y hierro.**
- C. Las mayores necesidades de vitaminas y minerales pueden cubrirse mediante suplementación.
- D. Se recomienda una dieta equilibrada adaptada estacionalmente.

153. Las contracciones de Braxton Hicks se caracterizan por ser:

- A. Contracciones uterinas intermitentes no dolorosas que aparecen cada 10 ó 20 minutos. Se presentan con mayor frecuencia hacia el término de la gestación, y a veces se confunden con verdaderos signos de parto.**
- B. Contracciones uterinas intermitentes dolorosas que aparecen cada 10 ó 20 minutos. Se presentan con mayor frecuencia hacia el inicio de la gestación, y a veces se confunden con verdaderos signos de parto.
- C. Contracciones uterinas intermitentes no dolorosas que aparecen cada 10 ó 20 minutos.

Se presentan con mayor frecuencia hacia el término de la gestación, y no se confunden con verdaderos signos de parto.

- D. Contracciones uterinas intermitentes dolorosas que aparecen cada 10 ó 20 minutos. Se presentan con mayor frecuencia hacia la mitad de la gestación, y a veces se confunden con verdaderos signos de parto.

154. Señale la afirmación CORRECTA sobre la miocardiopatía perinatal.

- A. Su tratamiento incluye digoxina, adrenérgicos, los vasodilatadores necesarios, hemorreológicos, y un estricto reposo en cama.
- B. Los síntomas son semejantes a los de la insuficiencia respiratoria adquirida en la comunidad: disnea, ortopnea, cansancio, tos, dolor torácico y edema.
- C. No está desaconsejado un nuevo embarazo porque la enfermedad no tiende a recidivar durante la gestación.
- D. Consiste en una disfunción del ventrículo izquierdo que se produce en el último mes de la gestación o en los 5 primeros meses del puerperio.**

155. Se consideran las principales causas de depresión posparto:

- A. Adaptaciones psicológicas y los factores hormonales.**
- B. La fatiga, la incomodidad.
- C. La incomodidad y la sobreestimulación.
- D. Factores hormonales y la sobreestimulación.

156. Son cambios maternos correspondientes a las 24 semanas de gestación:

- A. El feto desciende a la pelvis materna (encajamiento). La placenta es casi cuatro veces más gruesa que hace 20 semanas y pesa casi 10 kg. La madre está deseando parir, puede tener accesos finales de energía. Aumentan las lumbalgias y la frecuencia urinaria. Las contracciones de Braxton Hicks se intensifican mientras el cérvix y el segmento uterino inferior se preparan para el parto. La pareja puede visitar las salas de dilatación y de parto.
- B. El fondo uterino llega a la altura del ombligo. Las mamas empiezan a secretar calostro. La bolsa amniótica contiene unos 400 mL de líquido. La mujer puede marearse y

desvanecerse, especialmente al cambiar bruscamente de postura. Pueden empezar a aparecer varices venosas. La mujer percibe los movimientos del feto y el embarazo puede parecerle "más real" de repente. Las areolas se oscurecen. Puede aparecer congestión nasal. Pueden empezar a producirse calambres en las piernas. Puede producirse estreñimiento.

- C. El fondo uterino alcanza la apófisis xifoides; las mamas están hinchadas y sensibles. Puede reaparecer la polaquiuria. Pueden hincharse los tobillos y aparecer problemas para dormir. Puede producirse disnea.
- D. El fondo uterino se sitúa por encima del ombligo. Puede producirse lumbalgia y calambres en las piernas. La piel puede sufrir cambios, como estrías gravídicas, cloasma, línea negra, acné, eritema palmar y plantar. Pueden producirse hemorragias nasales. El crecimiento del útero puede provocar prurito abdominal; seguirá hasta el término de la gestación.**

157. En relación a los principales mecanismos fisiológicos de regulación renal. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. La regulación de la excreción de agua depende principalmente de la aldosterona, que ajusta el volumen urinario en función de la ingesta hídrica diaria.
- B. La regulación de la excreción de solutos implica que, en condiciones normales, la cantidad de electrolitos excretados diariamente es igual a la cantidad ingerida, estando el sodio bajo control hormonal de la aldosterona.**
- C. La regulación del equilibrio ácido-base se basa fundamentalmente en la eliminación pulmonar del dióxido de carbono, siendo mínima la participación renal en la excreción de ácidos.
- D. La regulación de la presión arterial renal se produce por vasodilatación directa de los glomérulos en respuesta al aumento de la presión arterial sistémica, sin participación hormonal.

158. Durante la valoración de enfermería, se identifican antecedentes personales que pueden aumentar el riesgo de alteraciones renales o urológicas. ¿Cuál de las siguientes asociaciones entre enfermedad sistémica y complicación renal es CORRECTA?

- A. Lupus eritematoso sistémico → Nefritis y enfermedad renal crónica.**
- B. Embarazo → Incontinencia urinaria permanente por daño neurológico.
- C. Esclerosis múltiple → Insuficiencia renal aguda por hipoperfusión renal.
- D. Radioterapia de la pelvis → Formación de cálculos renales de oxalato cálcico.

159. Un paciente con insuficiencia renal crónica avanzada presenta deterioro progresivo del estado mental, dificultades de concentración y alteraciones del nivel de conciencia compatibles con encefalopatía urémica crónica. Desde la perspectiva del tratamiento, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. La encefalopatía urémica crónica se trata fundamentalmente mediante la restricción hídrica y el ajuste dietético, sin necesidad de terapia de reemplazo renal.
- B. El tratamiento de elección consiste en la administración intravenosa de bicarbonato para corregir la acidosis metabólica y mejorar el estado neurológico.
- C. La hemodiálisis solo está indicada en casos de encefalopatía aguda, no siendo útil en alteraciones neurológicas crónicas asociadas a uremia.
- D. La diálisis actúa como tratamiento de soporte vital al eliminar productos de desecho y desequilibrios electrolíticos responsables de la encefalopatía urémica.**

160. En pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre el manejo de las proteínas en la dieta es CORRECTA?

- A. Debe restringirse de forma estricta, independientemente del tratamiento sustitutivo, para evitar la acumulación de productos nitrogenados.
- B. Debe aumentarse la ingesta proteica para prevenir la desnutrición proteico energética asociada a la uremia y a las pérdidas durante la diálisis.**
- C. Debe basarse preferentemente en proteínas vegetales, ya que aportan un mayor valor biológico que las proteínas animales.
- D. Puede reducirse la ingesta proteica siempre que el aporte calórico total de la dieta sea suficiente.

161. Un paciente de 68 años ingresa por vómitos y diarrea de varios días de evolución. En la analítica se observa aumento de urea y creatinina, con una relación urea/creatinina claramente elevada. La diuresis está disminuida. En el estudio de orina se objetivan sodio urinario < 20 mEq/L, osmolalidad urinaria elevada y sedimento urinario sin alteraciones significativas. Según estos datos, ¿qué tipo de lesión renal aguda es la más probable?

- A. Lesión renal aguda intrarrenal.
- B. Lesión renal aguda posrenal.
- C. Lesión renal aguda prerrenal.**
- D. Lesión renal aguda por daño parenquimatosos tubular.

162.- ¿Cuál de las siguientes NO corresponde a una causa de insuficiencia renal prerrenal?

- A. Pérdidas gastrointestinales por vómitos y diarrea.
- B. Hemorragia aguda.
- C. Insuficiencia cardíaca con disminución del gasto cardíaco.
- D. Obstrucción de las vías urinarias por hiperplasia prostática benigna.**

163.- En relación con los ejercicios de los músculos pélvicos en el tratamiento de la incontinencia urinaria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. Los ejercicios de Kegel fortalecen exclusivamente la musculatura del suelo pélvico en mujeres y no se recomiendan en hombres.
- B. Los ejercicios de Kegel deben realizarse únicamente durante fases activas de contracción, sin periodos de reposo, para ser eficaces.
- C. Los ejercicios de Kegel consisten en contracciones voluntarias de 5–10 segundos seguidas de fases de reposo, y deben realizarse varias veces al día durante al menos 6 semanas.**
- D. La eficacia de los ejercicios de Kegel depende principalmente de la estimulación eléctrica asociada, siendo poco útiles cuando se realizan de forma aislada.

164.- En relación con los tipos de incontinencia urinaria, señale la afirmación FALSA:

- A. Incontinencia urinaria de esfuerzo: pérdida involuntaria de orina a través de una uretra intacta asociada a aumentos de la presión abdominal, como al toser, estornudar o

cambiar de posición, relacionada con un menor soporte del suelo pélvico.

- B. Incontinencia urinaria de urgencia: pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo urgente de orinar que no puede ser suprimido, generalmente precipitada por una contracción no inhibida del detrusor, incluso en ausencia de disfunción neurológica evidente.

C. Incontinencia urinaria funcional: pérdida involuntaria de orina causada por alteraciones estructurales de la vejiga o la uretra, con vías urinarias inferiores intactas pero incapacidad del esfínter para mantener la continencia.

- D. Incontinencia urinaria iatrogénica: pérdida involuntaria de orina secundaria a factores médicos externos, especialmente fármacos, que alteran los mecanismos de cierre uretral o aumentan la presión intravesical.

165.- En relación con los factores de riesgo de la incontinencia urinaria, señale la opción FALSA:

- A. Demencia.
- B. Inmovilidad.
- C. Furosemida.
- D. Ejercicio aeróbico.**

166.- Durante el sondaje vesical permanente, la enfermera debe aplicar medidas para reducir el riesgo de infección urinaria asociada a la sonda. ¿Cuál de las siguientes actuaciones NO es correcta?

- A. Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga.
- B. Irrigar la sonda de forma rutinaria para evitar obstrucciones.**
- C. Realizar higiene de manos antes y después de manipular el sistema.
- D. Mantener el sistema de drenaje cerrado y sin desconexiones innecesarias.

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.**

Otra de esas preguntas que no tendría ningún sentido, porque no tiene ningún sentido, si no fuera porque tenemos una bibliografía concreta en la que textualmente aparece la información planteada en la pregunta. Llevamos semanas y semanas volviéndonos locas con la percusión de la dichosa vejiga y esa supuesta aparición de dolor precoz. Bueno, por fin tenemos la respuesta sin dudas: es la D.

¿El motivo? Pues que una vez más, han sacado la pregunta y las respuestas de forma textual de la bibliografía, y por fin lo hemos encontrado.

Esta vez se trata de la obra “Habilidades para enfermería clínica”, Smith S.F., Duell D.J., Martin C.T. En el cuadro 22.6 de la citada obra se expone textualmente la siguiente información:

“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 sobredistensión vesical. Cuando la vejiga contiene 500 ml puede apreciarse abultamiento en la zona suprapúbica. A menudo se siente dolor después de haber alcanzado la capacidad vesical total, en general 400-500 ml. Los síntomas subjetivos no son indicadores fiables de plenitud vesical”.

Ya veis que tanto la pregunta como las opciones de respuesta son un “copia-pegar” absoluto del texto de la obra. Así que no hay nada más de lo que hablar ni motivos para ninguna duda. La respuesta que quieren es la D.

168.- Durante la revisión del plan de cuidados enfermeros en un paciente con sonda urinaria permanente, te encuentras revisando las intervenciones dirigidas a prevenir la infección urinaria asociada a la sonda. ¿Cuál de las siguientes actuaciones NO es correcta según las recomendaciones actuales?

- A. Cambiar la sonda urinaria cuando exista obstrucción del flujo para corregir problemas de filtración.
- B. Sustituir la bolsa colectora cada 8 horas de forma sistemática para reducir la carga bacteriana.**
- C. Mantener el tubo de drenaje sin acodamientos para asegurar un flujo continuo de orina.
- D. Evitar la irrigación rutinaria de la sonda salvo indicación clínica específica.

169.- Durante la realización de un sondaje vesical, la enfermera debe adaptar la técnica según las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. En la mujer, la menor longitud de la uretra permite un sondaje más rápido y con menor riesgo de lesión.
- B. En el varón, la menor longitud de la uretra permite un sondaje más rápido y con menor riesgo de lesión.
- C. En la mujer, se recomienda inflar el balón inmediatamente tras la aparición de orina.
- D. En el varón, es necesario avanzar la sonda varios centímetros después de la aparición de orina antes de inflar el balón.**

170.- El sitio más frecuente para la epistaxis es el tabique anterior. ¿Cuál de los siguientes vasos sanguíneos NO está implicado en este tipo de epistaxis?

- A. Arteria etmoidal anterior.
- B. Rama septal de la arteria labial superior.
- C. Arteria palatina mayor.
- D. Arteria esfenopalatina en la región postoinferior.**

171.- En relación con el manejo inicial de la epistaxis anterior, ¿cuál de las siguientes medidas NO es correcta?

- A. Colocar al paciente en posición sentada, con la cabeza inclinada hacia adelante.
- B. Aplicar presión directa comprimiendo la parte dura externa de la nariz contra el tabique nasal.**
- C. Mantener la compresión nasal continua durante al menos 5–10 minutos.
- D. Utilizar un descongestionante nasal en aerosol, como la fenilefrina, para favorecer la vasoconstricción.

172.- Tras un episodio de epistaxis, la enfermera realiza educación sanitaria orientada a prevenir nuevos sangrados. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones SÍ debe incluirse en la capacitación del paciente sobre su autocuidado?

- A. Reanudar el ejercicio físico intenso a las 24 horas si no reaparece el sangrado.
- B. Aplicar calor local sobre el dorso nasal para favorecer la vasodilatación y la cicatrización.
- C. Evitar alimentos calientes y el consumo de tabaco durante varios días tras el episodio.**

- D. Sonarse la nariz con fuerza para eliminar coágulos residuales y prevenir recurrencias.

173.- Durante una valoración auditiva, una enfermera revisa el resultado de una audiometría tonal de un paciente adulto. El informe muestra una pérdida auditiva de 10 dB en el oído derecho. Según la clasificación por decibelios, ¿cómo debe interpretarse este hallazgo?

- A. Audición normal**
- B. Pérdida auditiva leve.
- C. Pérdida auditiva moderada.
- D. Pérdida auditiva grave.

174.- Durante la valoración de un paciente con sospecha de pérdida auditiva conductiva, la enfermera repasa posibles causas relacionadas con el oído externo y medio. ¿Cuál de las siguientes NO se asocia a una pérdida auditiva conductiva?

- A. Tapones de cerumen
- B. Otitis externa
- C. Otosclerosis del oído medio
- D. Daño del nervio vestibulo-coclear**

175.- En relación con la otitis externa, señale la afirmación CORRECTA:

- A. Es una infección del oído medio caracterizada por dolor retroauricular y perforación timpánica.
- B. Se produce principalmente por infecciones bacterianas (*Aspergillus*).
- C. Se presenta con prurito, dolor al movilizar el pabellón auricular, exudado y posible disminución de la audición.**
- D. Se recomienda limpiar el conducto auditivo externo con hisopos de algodón.

176.- En la valoración de un paciente con dolor de oído, la enfermera debe diferenciar entre otitis externa y otitis media aguda. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA según las características clínicas de ambos cuadros clínicos?

- A. En la otitis media, aparece otalgia que se alivia cuando se rompe la membrana timpánica.**
- B. En la otitis media aguda cursa con edema del conducto auditivo externo.
- C. En la otitis externa es habitual la presencia de fiebre y síntomas de infección respiratoria alta.
- D. La pérdida auditiva es de tipo neurosensorial en la otitis media aguda y conductiva en la otitis externa.

177.- Tras una cirugía de oído medio o mastoides, la enfermera proporciona educación sanitaria al paciente sobre los cuidados postoperatorios. ¿Cuál de las siguientes intervenciones NO es correcta?

- A. Evitar sonarse la nariz durante las primeras 2–3 semanas tras la cirugía.
- B. Estornudar y toser con la boca abierta durante varias semanas después de la intervención.
- C. Considerar normales las sensaciones de chasquido o crepitación en el oído intervenido durante los primeros días.
- D. Irrigar el oído intervenido con suero fisiológico si aparece sensación de taponamiento.**

178.- En relación con la otitis media aguda (OMA) en lactantes, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. La principal causa de OMA en lactantes es la inmadurez del sistema inmunitario, independientemente de la anatomía de la trompa de Eustaquio.
- B. La trompa de Eustaquio más corta, horizontal y ancha en los lactantes facilita el reflujo de líquido y bacterias desde la nasofaringe al oído medio.**
- C. La alimentación con biberón reduce el riesgo de OMA al favorecer una deglución más eficaz en posición supina.
- D. La posición horizontal del lactante durante el sueño disminuye la posibilidad de que la infección alcance el oído medio.

179.- En relación con el colesteatoma como complicación de la otitis media, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. Se trata de una lesión del oído medio, generalmente asociada a otitis media crónica, que puede producir erosión ósea progresiva y pérdida auditiva.**
- B. Es una complicación aguda de la otitis media que cursa típicamente con dolor intenso, fiebre elevada y otorrea purulenta de inicio brusco.
- C. Su desarrollo depende fundamentalmente de infecciones virales repetidas del oído medio y suele resolverse con tratamiento antibiótico sistémico prolongado.
- D. Es una lesión inflamatoria benigna que rara vez produce complicaciones locales o intracraneales y no requiere tratamiento quirúrgico.

180.- En relación con los trastornos del equilibrio y del oído interno, señale la definición INCORRECTA:

- A. Laberintitis: inflamación del laberinto del oído interno, de origen viral o bacteriano, que puede afectar tanto a la audición como al equilibrio y, en ocasiones, aparecer como complicación de una otitis media.
- B. Enfermedad de Ménière: trastorno del oído interno caracterizado por un desequilibrio en los líquidos endolinfáticos, con aumento de la presión endolinfática, que provoca episodios de vértigo, alteraciones auditivas y acúfenos.
- C. Vértigo: percepción errónea o ilusión de movimiento de la persona o de su entorno, que suele describirse como una sensación de giro y se asocia a alteraciones del sistema vestibular.
- D. Mareo: alteración del equilibrio causada por una lesión inflamatoria del laberinto del oído interno, que provoca sensación rotatoria intensa.**

181.- En relación con la enfermedad de Ménière, ¿cuál de las siguientes combinaciones de síntomas es la CORRECTA?

- A. Vértigo episódico, hipoacusia fluctuante y acúfenos.**
- B. Mareo continuo, otalgia intensa y fiebre.
- C. Inestabilidad postural, diplopía y cefalea persistente.
- D. Pérdida auditiva conductiva, vértigo y dolor auricular.

182.- Una mujer de 52 años diagnosticada de enfermedad de Ménière acude a consulta de enfermería para reforzar las recomendaciones dietéticas. Refiere que ha reducido la sal “de mesa”, pero continúa con síntomas fluctuantes. ¿Cuál de las siguientes intervenciones NO es adecuada dentro del plan educativo enfermero?

- A. Recomendar la distribución regular de comidas y tentempiés a lo largo del día para evitar cambios bruscos en el volumen de líquidos del oído interno.
- B. Aconsejar limitar alimentos procesados y enlatados por su alto contenido en potasio.**
- C. Evitar el consumo de cafeína y bebidas carbonatadas por su efecto diurético.
- D. Advertir sobre el consumo de alimentos ricos en glutamato monosódico, por su posible relación con el empeoramiento de los síntomas.

183.- En relación con el mantenimiento de un catéter periférico corto, ¿cuál de las siguientes actuaciones es la más adecuada para disminuir el riesgo de infección y complicaciones asociadas al acceso venoso periférico?

- A. Cambiar el bioconector siempre que se cambie el catéter o, como máximo, cada 7 días.**
- B. Limpiar siempre el bioconector con solución de Clorhexidina alcohólica >2% en alcohol isopropílico al 75% o alcohol isopropílico de 75%.
- C. Observar el punto de inserción al menos una vez al día y realizar cura inmediata si el apósito está sucio, mojado o despegado.
- D. Si se exterioriza parcialmente el catéter periférico corto, puede reintroducirse con técnica aséptica si la salida es inferior a 0,5 cm.

184.- ¿En cuál de estos casos NO está indicada la vía venosa periférica?

- A. Paciente con capital venoso preservado.
- B. Terapia intravenosa prevista inferior a 7 días.
- C. Administración de sustancias no vesicantes ni irritantes con pH entre 5 y 9.
- D. Administración de soluciones con osmolaridad inferior a 600 mOsm/L.**

185.- Según las características de los catéteres centrales de inserción periférica (PICC), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. El PICC de punta abierta con válvula proximal impide el reflujo sanguíneo hacia la punta del catéter y no puede utilizarse para monitorización de la presión venosa central.**
- B. El PICC Groshong (punta cerrada con válvula distal) es apto para medición de PVC.
- C. El PICC de punta abierta no valvulado (con pinza) no permite monitorización de PVC.
- D. Los PICC de silicona tienen paredes más finas que los de poliuretano, por lo que aumentan la luz interna para el mismo French (Fr).

186.- En relación con los cuidados extraluminales e intraluminales de los catéteres centrales de inserción periférica (PICC), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. En PICC en reposo, el lavado intraluminal debe realizarse diariamente con 5 ml de suero fisiológico para mantener la permeabilidad.
- B. En infusión continua, no se recomienda el lavado intraluminal hasta finalizar el

tratamiento, dado que el flujo continuo evita obstrucciones.

- C. Se recomienda que todos los PICC dispongan de bioconector, incluso en perfusión continua.**
- D. En infusión intermitente, el lavado intraluminal se realizará únicamente al final del día, independientemente del número de usos.

187.- A la hora de realizar la cura de una herida con sutura (puntos), el/la profesional de enfermería deberá:

- A. Cortar el hilo de sutura por debajo del punto, alejado del nudo.
- B. Cortar el hilo de sutura por debajo del punto y lo más próximo posible al nudo.**
- C. Cortar el hilo de sutura por encima del punto, alejado del nudo.
- D. Cortar el hilo de sutura por encima del punto y lo más próximo posible al nudo.

188.- En la fase preoperatoria de un/a paciente quirúrgico/a, se realizan diversas intervenciones orientadas a la preparación y verificación clínica. ¿Cuál de las siguientes intervenciones NO se lleva a cabo en dicha fase?

- A. Anamnesis.
- B. Revisión de pruebas de laboratorio.
- C. Verbalización formal del protocolo “paciente correcto, procedimiento correcto, sitio correcto”.**
- D. Evaluación física.

189.- Según el sistema de puntuación de recuperación postanestesia de Aldrete, ¿en cuál de los siguientes escenarios el/la paciente cumple criterios para el alta de la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), considerando que se requiere una puntuación total igual o mayor a 9?

- A. Paciente que mueve voluntariamente las cuatro extremidades, presenta tensión arterial dentro de ± 20 mmHg del valor preanestésico, está totalmente despierto, mantiene una $spO_2 > 92\%$ con aire ambiente y respira normalmente sin dificultad.**
- B. Paciente que mueve voluntariamente dos extremidades, presenta tensión arterial dentro de ± 40 mmHg del valor preanestésico, se despierta al llamarlo, requiere de oxígeno suplementario para mantener $spO_2 > 90\%$ y presenta respiración superficial.
- C. Paciente que mueve voluntariamente las cuatro extremidades, presenta tensión arterial

> 50 mmHg del valor preanestésico, se despierta al llamarlo, requiere de oxígeno suplementario para mantener $spO_2 > 90\%$ y presenta respiración superficial.

- D. Paciente que mueve voluntariamente dos extremidades, presenta tensión arterial dentro de ± 45 mmHg del valor preanestésico, se despierta al llamarlo, requiere de oxígeno suplementario y respira normalmente sin dificultad.

190.- Durante el seguimiento clínico del paciente en la sala de recuperación postanestésica, ¿cuál es la secuencia correcta para el control de las constantes vitales y la valoración del dolor tras la cirugía?

- A. Control cada 30 minutos hasta la estabilización, posteriormente cada hora durante 6 horas y después cada 8 horas durante 48 horas.
- B. Valoración cada 10 minutos durante la primera hora, posteriormente cada 2 horas durante 12 horas y después cada 6 horas durante 72 horas.
- C. Monitorización continua durante las primeras 4 horas, seguida de controles cada 2 horas durante las siguientes 24 horas.
- D. Evaluación cada 15 minutos hasta la estabilización, posteriormente cada 30 minutos durante 2 horas, cada hora durante 4 horas y, finalmente, cada 4 horas durante 24-48 horas.**

191.- Al realizar un balance hídrico de un paciente y considerando los aportes y pérdidas medias diarias de líquidos en un adulto sano, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. Las pérdidas urinarias habituales representan aproximadamente 800 ml al día, siendo el principal mecanismo de eliminación hídrica.
- B. La producción endógena de agua derivada del catabolismo de proteínas, carbohidratos y grasas aporta aproximadamente 300 ml diarios.**
- C. Las pérdidas a través de la piel son inferiores a 200 ml diarios en condiciones normales.
- D. La eliminación hídrica por vía fecal constituye la principal fuente de pérdida de líquidos, superando los 600 ml diarios.

192.- El denominado “tercer espacio” se refiere al desplazamiento del líquido desde el espacio extracelular hacia compartimentos no funcionales,

donde no contribuye al equilibrio hídrico entre el líquido intracelular y extracelular. En este contexto, ¿cuál de los siguientes conjuntos de signos y síntomas es más indicativo de la formación de tercer espacio?

- A. Aumento del volumen urinario, hipertensión arterial, elevación de la presión venosa central y pérdida de peso.
- B. Disminución de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión arterial, edemas y balance hídrico positivo.
- C. Oliguria, hipotensión, disminución de la presión venosa central, edema y aumento ponderal.**
- D. Poliuria, hipotensión, disminución de la presión venosa central, bradicardia y desequilibrio entre ingresos y egresos de líquidos.

193.- Durante la administración de anestesia general en el contexto quirúrgico, el personal de enfermería debe conocer las características clínicas de cada una de sus etapas para garantizar la seguridad del paciente. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente las manifestaciones y cuidados prioritarios en cada fase anestésica?

- A. En la etapa I predominan la inconsciencia profunda y la inmovilidad.
- B. La etapa II se caracteriza por agitación psicomotriz que incluye manifestaciones variables como gritos, risa o llanto.**
- C. Durante la etapa III el paciente presenta midriasis fija, pulso débil y riesgo elevado de paro respiratorio.
- D. La etapa IV el paciente presenta sudoración profusa, sialorrea, hipertensión y taquipnea.

194.- Durante la administración y el seguimiento de un paciente sometido a anestesia raquídea, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente sus características clínicas y los cuidados posteriores más relevantes?

- A. La anestesia raquídea se administra habitualmente en el espacio subaracnoideo a nivel de L2–L3 y produce un bloqueo progresivo descendente desde el abdomen hacia las extremidades inferiores.
- B. La cefalea posterior a la anestesia raquídea se previene fundamentalmente mediante la sedestación precoz y la estimulación de la deambulación temprana.
- C. La colocación del paciente en posición semisentada inmediatamente tras la punción

favorece un mayor nivel de bloqueo y reduce las complicaciones neurológicas.

D. Tras la punción subaracnoidea lumbar, el bloqueo suele iniciarse en los dedos y el perineo, progresa hacia las extremidades inferiores y el abdomen.

195.- En el contexto de las técnicas de anestesia regional empleadas en el ámbito quirúrgico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente una característica propia de la anestesia epidural?

- A. La anestesia epidural se administra en el espacio subaracnoideo tras atravesar la duramadre, utilizando dosis bajas de anestésico local.
- B. La anestesia epidural produce exclusivamente bloqueo sensitivo, sin afectar la función motora ni autonómica.
- C. La anestesia epidural requiere dosis más elevadas que la anestesia raquídea y presenta menor riesgo de cefalea postpunción.**
- D. La anestesia epidural se caracteriza por un inicio inmediato del bloqueo debido al contacto directo del anestésico con la médula espinal.

196.- ¿Qué característica define mejor a la enfermedad neoplásica maligna?

- A. Crecimiento lento y encapsulado.
- B. Regresión espontánea.
- C. Dependencia hormonal exclusiva.
- D. Capacidad de invasión y metástasis.**

197.- En la administración de quimioterapia vesicante prolongada se recomienda:

- A. Vía intramuscular.
- B. Vía subcutánea.
- C. Vía oral.
- D. Catéter venoso central.**

198.- ¿Cuál es un efecto secundario frecuente derivado de la mielosupresión?

- A. Trombocitopenia.**
- B. Hipertensión.
- C. Hiperglucemia.
- D. Retención urinaria.

199.- ¿Qué equipo es obligatorio para preparar quimioterapia?

- A. Doble guante de nitrilo.
- B. Cabina de flujo laminar convencional.
- C. Gabinete de seguridad biológica clase II o III.**

D. Mascarilla quirúrgica simple.

200.- Durante la primera hora de infusión de citostáticos, suelen aparecer:

- A. Daño renal.
- B. Necrosis tisular.
- C. Reacciones de hipersensibilidad.**
- D. Náuseas, vómitos intensos, diarrea y mucositis.

201.- La estomatitis asociada a quimioterapia requiere:

- A. Cepillado agresivo.
- B. Enjuagues alcohólicos.
- C. Ayuno prolongado.
- D. Exploración bucal diaria.**

202.- ¿Qué complicación trombótica es frecuente en pacientes oncológicos?

- A. Tromboembolia venosa.**
- B. Trombocitosis.
- C. Hemofilia adquirida.
- D. Púrpura trombótica.

203.- Un objetivo clave de enfermería en radioterapia es:

- A. Evitar toda actividad física.
- B. Aplicar cremas alcohólicas.
- C. Regular la exposición solar.
- D. Cuidar de la piel irradiada.**

204.- La ropa contaminada con citostáticos debe:

- A. Colocarse en contenedores específicos.**
- B. Reutilizarse tras lavado.
- C. Desecharse como residuo común.
- D. Lavarse en casa.

205.- Es una característica de las neoplasias malignas:

- A. Presenta células bien diferenciadas, parecidas a las células normales del tejido del que se originó el tumor.
- B. El tumor crece por expansión y no infiltra los tejidos circundantes.
- C. Su velocidad de crecimiento es, casi siempre, lenta.
- D. Crece en la periferia y emite prolongaciones que infiltran e invaden los tejidos circundantes.**

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.

Todas las patologías mencionadas son en realidad de carácter autosómico dominante, así que no tenemos respuesta correcta. PERO, una de las obras bibliográficas de referencia para esta OPE, (Enfermería Médico Quirúrgica. Brunner y Suddarth), clasifica en la página 817 el melanoma familiar como autosómico recesivo. Así que esa es sin duda la respuesta que buscan.

207.- Los interferones, son:

- A. Citocinas producidas por subconjuntos de linfocitos T, células citolíticas naturales y células dendríticas.
- B. Citocinas con propiedades antivíricas, antitumorales e inmunomoduladoras (inhibición o estimulación del sistema inmunitario).**
- C. Sustancia que causa inflamación, daño y necrosis tisulares cuando se extravasa y hay contacto con los tejidos.
- D. Sustancias que contienen porciones de células malignas, solas o combinadas.

208.- ¿Qué EPI es correcto al manipular citostáticos?

- A. Doble guante específico para quimioterapia.
- B. Doble guante estéril quirúrgico.
- C. Doble guante de nitrilo.**
- D. Doble guante de poliisopreno.

209.- En los cuidados al final de la vida, existen ciertas claves que nos permiten escuchar de forma eficaz: SEÑALE LA INCORRECTA.

- A. Evitar las respuestas estereotípicas, como “sé cómo se siente”.
- B. Hacer preguntas.
- C. Alentar con gentileza: “¿Necesitan más tiempo para pensarlo?”.
- D. Rellenar con cualquier charla el “espacio vacío” en la comunicación.**

210.- El acrónimo COMFORT sirve de marco para la comunicación en cuidados paliativos, sus letras se refieren a:

- A. Comunicación, Orientación, Convencerse, Familia, Oportunidades, Relacionarse y Trabajo en equipo.

- B. **Comunicación, Orientación, Consciencia, Familia, Oportunidades, Relacionarse y Trabajo en equipo.**
- C. Comunicación, Orientación, Convencerse, Familia, Oportunidades, Relajarse y Trabajo en equipo.
- D. Comunicación, Orientación, Consciencia, Familia, Oportunidades, Relacionarse y Terapia farmacológica.

211.- ¿Cuál sería una respuesta adecuada ante una persona en situación grave que pregunta al personal de enfermería sobre si se está muriendo?

- A. En esta situación, está permitido dar respuestas inútiles que desacrediten las preocupaciones reales del enfermo o releguen el problema a otro profesional de la salud mejor preparado.
- B. **Se escucha con atención, se hacen preguntas adicionales de aclaración y se tranquiliza al enfermo sólo cuando él sea realista.**
- C. Se debe establecer una declaración o pregunta cerrada (“¿Piensa usted en la muerte?”).
- D. Se debe evitar el contacto visual, favoreciendo el contacto físico y comenzar con una declaración que reconozca los temores del paciente.

212.- Son signos de muerte próxima:

- A. La visión y la audición pueden estar disminuidos y el habla puede ser difícil de comprender.
- B. Es posible que las secreciones se acumulen en la parte posterior de la garganta y se escuche un borboteo cuando el paciente respira por la boca.
- C. La respiración puede volverse irregular, con períodos sin respiración (apnea).
- D. **a), b) y c) son correctas.**

213.- ¿Cuál de los siguientes es un fármaco de elección para el exceso de secreciones bucales y respiratorias cuando la muerte es inminente?

- A. Adrenalina.
- B. Salbutamol.
- C. **Escopolamina.**
- D. Bromuro de ipratropio.

214.- ¿Cuál de las siguientes expresiones asocia a la etapa de Negociación del duelo de Kübler-Ross?

- A. “No sé cómo se las van a arreglar mis hijos cuando yo no esté”.

- B. “He tenido una buena vida y no lamento nada”.
- C. “Esto no puede ser cierto”.
- D. **“Sólo quiero ver el nacimiento de mi nieto, entonces voy a estar listo...”.**

215.- El dolor como consecuencia del cáncer relacionado con órganos es:

- A. **Dolor visceral.**
- B. Dolor neuropático.
- C. Dolor somático.
- D. Dolor simpático.

216.- La Escala visual del dolor revisada:

- A. Utiliza diferentes palabras o frases para describir la intensidad del dolor, como “sin dolor, leve, moderado, grave, muy intenso y el peor posible”.
- B. **Tiene seis rostros para que sea congruente con otras escalas que emplean la métrica de 0 a 10. Los rostros van desde una expresión facial neutra a una de dolor intenso y están numeradas con 0, 2, 4, 6, 8 y 10.**
- C. Consiste en una línea horizontal (a veces vertical) de 10 cm con referencias de palabras en los extremos, como “sin dolor” en un extremo y “dolor tan grave como sea posible” o “peor dolor posible” en el otro extremo.
- D. Consta de seis caras de dibujos con descriptores por escrito, que van desde un rostro sonriente a la derecha para “sin dolor” a un rostro con ceño fruncido lloroso a la izquierda para “el peor dolor”.

217.- ¿Cuál de las siguientes es una característica del fentanilo?

- A. **Produce efectos adversos hemodinámicos mínimos.**
- B. Tiene un inicio lento pero una acción de larga duración.
- C. Es un opiáceo lipófilo, a diferencia de la morfina.
- D. Tiene un inicio rápido y una acción de larga duración.

218.- Entre los procesos clave del duelo que permiten a las personas adaptarse a la pérdida de manera sana NO se encuentra:

- A. **Replicar los antiguos vínculos con la persona fallecida.**
- B. Reaccionar a la separación, experimentar y expresar el dolor de la pérdida.

- C. Recordar y re experimentar al difunto, la relación y los sentimientos implicados.
- D. Reajustarse para adaptarse al nuevo mundo sin olvidar el antiguo.

219.- Durante la sedación paliativa, el personal de enfermería: SEÑALE LA INCORRECTA.

- A. Brinda apoyo emocional al paciente y su familia.
- B. Decide el momento de inicio del tratamiento farmacológico.**
- C. Ofrece atención física centrada en el bienestar.
- D. Actúa como colaborador del equipo interdisciplinar.

220.- La atención paliativa, como concepto más amplio que el de cuidados paliativos, es una estrategia de atención que pretende:

- A. La prevención y el alivio del sufrimiento, intervienen y alivian el dolor, trabajar con los temas sobre la muerte y duelo, crear vínculos espirituales y psicológicos para la familia y el paciente.
- B. Ayudar a las personas con enfermedades graves a sentirse mejor al prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento.
- C. Prevenir y aliviar el sufrimiento y mantener lo mejor posible la calidad de vida de los pacientes y sus familias, cualquiera que sea la etapa de la enfermedad o la necesidad de otros tratamientos.**
- D. Un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales.

221.- Cicely Saunders, reconocida como la fundadora del movimiento hospice moderno y pionera de los cuidados paliativos a nivel mundial. Revolucionó la atención al final de la vida al fundar en 1967 el:

- A. Royal Trinity Hospice.
- B. St Andrew's Hospice.
- C. St Catherine's Hospice.
- D. St. Christopher's Hospice.**

222.- ¿Qué significa tener un envejecimiento activo y saludable?

- A. Aumentar la esperanza de vida exclusivamente mediante una buena alimentación.
- B. Realizar actividad física diaria.
- C. Mantenerse libre de enfermedades que permitan que perdure la actividad laboral.
- D. Participar en la sociedad aprovechando las capacidades físicas, emocionales y sociales.**

223.- ¿Cuál es la recomendación general de actividad física diaria para mejorar la salud en personas mayores de 65 años?

- A. 1 hora diaria de actividad intensa.
- B. 30 minutos diarios de actividad física.**
- C. 1 hora diaria de ejercicio aeróbico.
- D. Actividad física dos veces por semana practicando algún deporte.

224.- La valoración social de una persona anciana requiere:

- A. La aplicación del índice de Katz.
- B. La aplicación de la escala OARS.**
- C. La aplicación de la escala Yesavage.
- D. La aplicación de la escala Zarit.

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.**

226.- En las personas mayores sin patología tiroidea, la valoración de la función tiroidea se caracteriza por:

- A. Valores de TSH normales con T4 libre y T3 libre aumentadas.
- B. Valores de TSH bajos con T4 libre y T3 libre también bajos.
- C. Valores de TSH normales con T4 libre y T3 libre normales.**
- D. Valores de TSH altos con T4 libre y T3 libre bajos.

227.- La incontinencia urinaria más común en mujeres ancianas y probablemente el tipo de incontinencia establecida más frecuente en mujeres menores de 75 años es:

- A. Incontinencia funcional.
- B. Incontinencia de esfuerzo.**
- C. Incontinencia mixta.
- D. Incontinencia por hiperactividad vesical.

228.- Señale cuál de los siguientes, corresponde con un cambio fisiológico relacionado con el envejecimiento:

- A. Aumento de agua extracelular.
- B. Incontinencia urinaria.
- C. Incremento de masa grasa.**
- D. Afección selectiva para los tonos de frecuencia baja en la audición.

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.

Muchas fuentes bibliográficas sitúan una puntuación de 50 en el Barthel como una dependencia moderada para la ABVD. Sin embargo, otras fuentes interpretan esta misma puntuación como un grado de dependencia severa. No he sido capaz de encontrar este dato en la bibliografía oficial. Personalmente apuesto por la opción A “dependencia moderada”, pero es una apuesta absolutamente personal.

230.- El Mini Mental State Examination (MMSE) utiliza la copia de un dibujo (dos pentágonos en intersección) para valorar:

- A. Atención y cálculo.
- B. Lenguaje y praxis constructiva.**
- C. Fijación.
- D. Memoria.

231.- El CAM (Confusion Assessment Method) es un instrumento útil para el diagnóstico del delirium y evalúa cuatro criterios fundamentales. De las siguientes opciones, ¿cuál es FALSA?

- A. Alteración del nivel de consciencia.
- B. Alteración de la orientación.**
- C. Comienzo agudo y curso fluctuante.
- D. Pensamiento desorganizado.

232.- Señale un instrumento de utilización frecuente en la valoración de la postura y la marcha en las personas mayores.

- A. Test de Pfeiffer.
- B. Escala Plutchik.
- C. Test de Tinetti.**
- D. Escala de Gramorgan.

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.**

Inicialmente me decanté por B, interpretando la “autonomía” como la “independencia funcional”. Me equivocaba. Según la obra “Gerontología y geriatría. Valoración e intervención”, obra de referencia en esta OPE, la autonomía personal es la capacidad de una persona para tomar decisiones y actuar de forma 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. La definición de autonomía es por tanto la dada por la opción D. La opción B hace referencia a la independencia funcional.

234.- ¿Señala el grado CORRECTO que establece la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia?

- A. Dependencia moderada, la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria, por lo menos dos veces al día.
- B. Dependencia severa, la persona precisa ayuda para realizar varias actividades de la vida cotidiana tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de la persona cuidadora.
- C. Gran dependencia, la persona precisa ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, y necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.**
- D. Gran discapacidad, la persona está ante una situación de incapacidad permanente absoluta que requiere la asistencia de otra persona para las necesidades básicas de la vida diaria.

235.- El baño del recién nacido a término sano en contexto de alta precoz:

- A. Debe evitarse siempre hasta pasadas 24 horas.
- B. Puede realizarse con seguridad tras completar la valoración al ingreso.**
- C. Solo se permite tras retirar el pinzamiento del cordón.
- D. Debe realizarse fuera del área térmica (estufa radiante) para estimular la adaptación.

236.- La administración de Fitonadiona al recién nacido se indica para:

- A. Prevenir la hipertensión pulmonar persistente.
- B. Prevenir la hipoglucemia neonatal.
- C. Prevenir la enfermedad hemorrágica por niveles bajos de protrombina.**
- D. Prevenir el riesgo de sepsis por *Neisseria gonorrhoeae*.

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.

Entre las opciones A y C surgen muchas dudas. Sin embargo, las dudas se disipan con la bibliografía oficial. En la obra de referencia para esta OPE, *Enfermería Maternal y del recién nacido*, en la página 747, cuando habla de la hernia diafragmática congénita describe así los hallazgos clínicos que deben valorarse: *“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”*.

Con esta información podemos concluir que sin duda la respuesta que buscan es la A.

238.- Ante la identificación de ritmo de galope en un recién nacido, la actuación indicada es:

- A. Registrarlo a pesar de considerarlo fisiológico en el primer mes de vida.
- B. Remitir a consulta e iniciar estudio cardíaco.**
- C. Repetir auscultación y reevaluar pasadas 12 horas y al alta.
- D. Registrar el hallazgo y mantener vigilancia clínica, sin remisión inmediata, si el recién nacido no presenta cianosis ni signos de dificultad respiratoria.

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.**

240.- Para que la prueba de fenilcetonuria del recién nacido sea válida, debe realizarse:

- A. Antes de iniciar cualquier ingesta oral.
- B. Tras al menos 24 de haber iniciado tomas habituales (leche materna o fórmula).**
- C. Solo tras las 72 de vida.
- D. Durante el expulsivo para reducir falsos negativos.

241.- En relación con el inicio de la respiración y la reabsorción del líquido pulmonar en el recién nacido sano a término, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. El inicio de la respiración neonatal depende exclusivamente de estímulos químicos.
- B. La mayor parte del líquido pulmonar fetal se elimina por vía alveolar y su reabsorción se completa en las primeras 2 horas de vida.
- C. Durante el parto, la compresión torácica fetal incrementa la presión intratorácica y facilita la expulsión de aproximadamente un tercio del líquido pulmonar.**
- D. En el recién nacido a término, el líquido pulmonar pasa directamente al torrente circulatorio, completándose la reabsorción antes de la primera hora.

242.- Tras la administración de la profilaxis ocular neonatal ¿cuál de los siguientes hallazgos es esperable y no necesariamente indicativo de patología?

- A. Eritema conjuntival leve con lagrimeo discreto y edema palpebral mínimo, autolimitado en la primera hora, atribuible al contacto con secreciones del canal del parto.
- B. Secreción conjuntival serosa transitoria sin hiperemia, que persiste hasta el tercer día de vida y se asocia de forma típica a obstrucción del conducto nasolagrimal.
- C. Hiperemia conjuntival bilateral con edema moderado y sin secreción purulenta, cuya persistencia hasta las 72 horas se considera un hallazgo normal tras profilaxis y no requiere seguimiento.
- D. Conjuntivitis química transitoria, secundaria a la profilaxis ocular, que puede resolverse espontáneamente en 24–48 horas.**

243.- En relación con las necesidades dietéticas recomendadas desde el nacimiento hasta los 6 meses, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. Las necesidades calóricas del recién nacido se sitúan en torno a 105–108 kcal/kg/día, distribuidas entre proteínas, hidratos de carbono y grasas.**
- B. Las necesidades calóricas del recién nacido se sitúan aproximadamente en 80–90 kcal/kg/día, dado que el metabolismo basal neonatal es inferior al del adulto.
- C. Las necesidades calóricas del recién nacido se sitúan en torno a 100–104 kcal/kg/día, distribuidas entre proteínas, hidratos de carbono y grasas, vitaminas y minerales.
- D. Las necesidades calóricas del recién nacido se sitúan aproximadamente en 90-95-90

kcal/kg/día, dado que el metabolismo basal neonatal es inferior al del adulto.

244.- Dentro de la educación a la familia durante el periodo neonatal uno de los objetivos es que los progenitores:

- A. Interpreten las vocalizaciones del recién nacido como conducta voluntaria intencional desde el nacimiento.
- B. Ajusten sus expectativas considerando que el recién nacido debe mantener ciclos regulares de sueño-vigilia desde los primeros días, y que el llanto persistente suele indicar siempre enfermedad orgánica.
- C. Verbalicen expectativas conductuales adecuadas en relación con el desarrollo del recién nacido y conozcan la asistencia continuada en atención primaria.**
- D. Reconozcan que el patrón conductual del recién nacido es completamente predecible si se establece una rutina estricta, por lo que la variabilidad en respuestas y estados de alerta se considera un signo de mala adaptación.

245.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación a la clasificación del recién nacido según peso para la edad gestacional?

- A. La clasificación del recién nacido como pequeño para la edad gestacional (PEG), adecuado para la edad gestacional (AEG) o grande para la edad gestacional (GEG) se establece utilizando percentiles, considerando $PEG < \text{percentil } 5$ y $GEG > \text{percentil } 95$.
- B. La clasificación como pequeño para la edad gestacional (PEG), adecuado para la edad gestacional (AEG) o grande para la edad gestacional (GEG) se determina exclusivamente con el perímetro cefálico.
- C. La clasificación como PEG/AEG/GEG se determina en función del peso absoluto al nacimiento, considerando $PEG < 2.500 \text{ g}$ y $GEG > 4.000 \text{ g}$, independientemente de la edad gestacional.
- D. El recién nacido se clasifica como pequeño para la edad gestacional (PEG) si su peso está por debajo del percentil 10; esta categorización permite anticipar problemas fisiológicos y orientar el plan de cuidados.**

246.- En el marco de los cuidados generales del recién nacido sano se establecen medidas relacionadas con seguridad y detección precoz antes del alta. ¿Cuál de las siguientes actuaciones es adecuada?

- A. **Verificar la identidad del recién nacido mediante la coincidencia de brazaletes madre-hijo antes de entregarlo a uno de los progenitores.**
- B. Administrar la vacuna de hepatitis A y realizar el cribado metabólico solo si existen antecedentes familiares de enfermedades congénitas.
- C. Priorizar la valoración física del recién nacido, dejando los cribados y medidas de seguridad para la primera visita en atención primaria.
- D. Priorizar el alta precoz con recomendaciones de educación sanitaria centradas en cuidados domiciliarios, programando la realización de cribados (audición y metabólico) y la verificación administrativa de identidad en la primera revisión en atención primaria.

247.- La dosis profiláctica habitual de vitamina K1 recomendada en el recién nacido es:

- A. 10 mg vía intramuscular en las primeras 24 horas de vida.
- B. **0,5-1 mg IM en la primera hora tras el nacimiento.**
- C. 5 mg vía oral durante 2 días consecutivos.
- D. 0,5 mg/kg intravenoso en la primera hora de vida.

248.- En relación con las características fisiológicas del recién nacido pretérmino, señale la opción INCORRECTA:

- A. Presenta inmadurez de la pared torácica y de los músculos respiratorios.
- B. Tiene riesgo de anemia por inmadurez eritrocitaria.
- C. Suele presentar déficit de surfactante pulmonar.
- D. **Mantiene un almacenamiento mineral de calcio y glucosa similar al del recién nacido a término.**

249.- En el cuidado del recién nacido pretérmino con sospecha de enterocolitis necrotizante, la vigilancia clínica por parte de enfermería es fundamental para su detección precoz. ¿Cuál de los siguientes hallazgos clínicos NO es sugestivo de esta patología?

- A. Presencia de sangre visible u oculta en heces.
- B. **Distensión abdominal leve asociada a enlentecimiento del vaciamiento gástrico, sin repercusión sistémica inicial.**
- C. Residuo gástrico aumentado con vómitos biliosos.

- D. Distensión abdominal con asas intestinales prominentes.

250.- En relación con los cuidados del recién nacido con enfermedad de la membrana hialina, ¿cuál de las siguientes actuaciones enfermeras es prioritaria en el manejo inicial de estos pacientes?

- A. **Administrar oxígeno humidificado y calentado, y mantener temperatura neutra en incubadora.**
- B. Iniciar alimentación enteral precoz y monitorizar el equilibrio ácido-base.
- C. Mantener al neonato en ambiente frío (32-34°C) para reducir el consumo metabólico.
- D. Evitar la canalización de accesos vasculares para disminuir el riesgo infeccioso.

251.- En relación con la valoración enfermera del recién nacido que presenta vómitos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

- A. Los vómitos de estos niños pueden asociarse con la ingestión de sangre o moco procedente del canal del parto.
- B. **La aparición precoz de vómitos se asocia a obstrucción baja del tubo digestivo.**
- C. A menudo, los vómitos se asocian a una sobrealimentación.
- D. Los vómitos pueden ser secundarios a procesos infecciosos locales fuera del tracto digestivo.

252.- En relación con la rehidratación intravenosa en un lactante con deshidratación isotónica que presenta signos de hipovolemia, ¿cuál de las siguientes pautas iniciales de sueroterapia es la más adecuada durante la primera hora?

- A. Suero glucosado al 5% a 10 ml/kg/hora.
- B. Suero salino hipertónico al 3% a 5 ml/kg/hora.
- C. Suero glucosado al 10% a 15 ml/kg/hora.
- D. **Suero glucosalino 1/5 a 20 ml/kg/hora.**

253.- En relación con la valoración clínica del lactante con sospecha de deshidratación leve, ¿cuál de los siguientes conjuntos de signos y síntomas es más compatible con este grado de deshidratación?

- A. Letargo y fontanelas hundidas.
- B. Mucosas muy secas y taquicardia leve.
- C. **Pérdida de peso inferior al 5% y oliguria incipiente.**
- D. Orina concentrada y somnolencia.

254.- En relación con los cuidados enfermeros dirigidos a la familia y personas cuidadoras de un recién nacido ingresado en la Unidad de Cuidados

Intensivos Neonatales, señale la afirmación INCORRECTA:

- A. Proporcionar información homogénea y comprensible entre los distintos miembros del equipo multidisciplinar.
- B. Mantener una comunicación sincera, incluso cuando el pronóstico sea incierto.
- C. Favorecer el contacto familiar mediante la flexibilización de horarios.
- D. Limitar la información proporcionada a la familia para reducir su ansiedad.**

255.- En relación con la valoración y los cuidados enfermeros del recién nacido con sospecha de síndrome de aspiración meconial, ¿cuál de los siguientes hallazgos debe alertar prioritariamente a la enfermera sobre la presencia de distrés respiratorio?

- A. Taquipnea, cianosis y tiraje subcostal.**
- B. Bradipnea acompañada de hipotonía y episodios de apnea.
- C. Respiración irregular con respiraciones superficiales.
- D. Bradipnea, aleteo nasal y cianosis.

256.- En relación con los cuidados inmediatos del recién nacido prematuro en la sala de partos, ¿cuál de las siguientes actuaciones enfermeras 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.**
- C. Colocar al recién nacido en incubadora con control térmico intermitente.
- D. Ajustar la temperatura de la incubadora entre 25-29°C.

Inicialmente aposté por la opción A, puesto que consideré (y sigo considerando) que lo prioritario es prevenir la hipotermia del neonato. Decido ahora cambiar la respuesta a la opción B. Lo primero por coherencia con el enunciado. Si me preguntan “respecto al uso de la incubadora”, tendré que responder qué hago “respecto al uso de la incubadora”, no respecto al neonato. Pero es que, además, en una de las referencias para esta OPE, concretamente en la obra “Tratado de enfermería del niño y el adolescente. Cuidados pediátricos”, cuando en la página 80 se habla del neonato pretérmino se establece que la temperatura corporal que debe mantenerse es entre 36,5 y 36,9°C, lo que invalida la

opción A. Esta obra dice textualmente: “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.”

Con esta información podemos concluir sin ninguna duda, que la respuesta que buscan es la B.

257.- En relación con la administración de oxígeno en el recién nacido pretérmino durante la reanimación y los cuidados iniciales, ¿cuál de las siguientes actuaciones enfermeras es correcta?

- A. Administrar oxígeno al 80-95% para prevenir episodios de hipoxia.
- B. Mantener concentraciones estables de oxígeno durante las primeras horas, ajustándolas solo ante cambios clínicos evidentes.
- C. Administrar oxígeno evitando concentraciones superiores al 40%.**
- D. Suspendir la administración de oxígeno en cuanto se establezca la frecuencia respiratoria.

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.

La opción correcta es la A. En la obra de referencia para esta OPE, “Tratado de enfermería del niño y el adolescente. Cuidados pediátricos”, al definir la apnea idiopática del neonato en la página 110, lo hace así: “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". Con esta definición en la mano, creo que la respuesta que buscan como válida es la A.

Es cierto que inicialmente podemos dudar con la opción B que habla de inmadurez del control respiratorio, inmadurez neurológica. Esto es por supuesto correcto. Pero si nos fijamos con atención, vemos que la definición comienza con un "Episodios de HIPOVENTILACIÓN". La apnea no es una hipoventilación. La apnea es una AUSENCIA de ventilación, una pausa respiratoria. Comenzar la definición con esa "hipoventilación", invalida completamente la opción B.

259.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO describe correctamente las convulsiones en el período neonatal?

- A. Pueden pasar desapercibidas por su presentación poco definida.
- B. Pueden corresponder a crisis ocasionales secundarias a agresiones agudas del sistema nervioso central.
- C. Suelen manifestarse mediante patrones motores claros y reconocibles.**
- D. Pueden ser indicativas de disfunción del sistema nervioso central.

260.- Las epilepsias y síndromes epilépticos en el período neonatal pueden manifestarse fundamentalmente de dos formas. ¿Cuál de las siguientes opciones recoge correctamente su clasificación?

- A. Epilepsias reflejas y epilepsias metabólicas.
- B. Epilepsias ocasionales y verdaderas epilepsias.**
- C. Epilepsias transitorias y epilepsias adaptativas.
- D. Epilepsias funcionales y epilepsias madurativas.

261.- Según las recomendaciones recogidas en el Programa de Salud Infantil de Osakidetza sobre seguridad vial, ¿cuál de las siguientes medidas es la más adecuada para reducir lesiones graves en un niño o una niña como pasajero/a?

- A. Usar un sistema de retención infantil (SRI) con arnés orientado hacia delante desde que no caben en el SRI a contramarcha hasta por lo menos los 6 años.
- B. Utilizar un sistema de retención infantil homologado, pudiendo utilizar el cinturón de seguridad de adulto en trayectos cortos.

C. Utilizar cinturón de seguridad de tres puntos cuando ya no quepa en el sistema de retención infantil.

D. Todos los menores de 15 años deben viajar en los asientos traseros.

262.- En relación con las recomendaciones de prevención de accidentes y lesiones en la infancia, ¿cuál de las siguientes opciones agrupa medidas preventivas correctas en el hogar y en la vía pública?

- A. Girar los mangos de las ollas lejos del borde y tener precaución al cocinar con niños alrededor; asegurar el uso de casco en bicicleta/patinete y enseñar seguridad vial.**
- B. Enseñar a los niños a compartir y controlar su temperamento; enseñar a evitar animales que no conocen; y evitar el uso de puertas en escalones y escaleras.
- C. Mantener cerillas y mecheros fuera del alcance de los niños; incentivar el uso de andadores para bebés; y asegurar el uso del casco al andar en bicicleta/patinete.
- D. Girar los mangos de las ollas hacia el borde para facilitar el manejo; evitar el transporte de preescolares en vehículos todo terreno; y enseñar a los niños a evitar los animales que no conocen.

263.- El Programa de Salud Infantil de Osakidetza 2021 contempla un total de 15 visitas programadas. De ellas, dos se realizan exclusivamente con finalidad vacunal. ¿A qué edades están establecidas dichas visitas?

- A. 4 meses y 6 meses.
- B. 12 meses y 12 años.**
- C. 12 meses y 15 meses.
- D. 6 meses y 13 años.

264.- Según el Programa de Salud Infantil de Osakidetza 2021, ¿a qué edad se recomienda una visita con enfermería para el cribado de obesidad?

- A. Entre los 6–8 años, coincidiendo con la incorporación a la Educación Primaria y el inicio de cambios en los hábitos alimentarios.
- B. Entre los 4-6 años, ya que en ese periodo se produce el rebote adiposo.
- C. Entre los 6 y 10 años, dado que en esa edad se observa un riesgo elevado.**
- D. A los 12 años, aprovechando la visita de vacunación para evaluar el IMC y orientar medidas preventivas frente al aumento ponderal puberal.

265.- Según el Programa de Salud Infantil de Osakidetza 2021, respecto a la salud bucodental en menores de 2 años, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. Se considerará anormal la falta de erupción de la primera pieza a los 11 meses y la erupción de dientes malformados.
- B. Solamente si se pertenece a un grupo de riesgo de caries dental se darán suplementos de flúor por vía oral a partir de los 6 meses.**
- C. En niños menores de 2 años el cepillado deben realizarlo los padres, con una pasta de dientes con 1200 ppm de flúor.
- D. No se considera necesario el cepillado dental hasta la erupción de todas las piezas dentarias temporales.

266.- ¿Cuál de las siguientes opciones incluye factores de riesgo de maltrato infantil relacionados con el menor de edad?

- A. Separación o divorcio gravemente conflictivo.
- B. Inteligencia del menor superior a la media.
- C. Alta conflictividad parental y violencia doméstica.
- D. Nacimiento prematuro, anomalías al nacimiento o bajo peso al nacer.**

267.- Dentro de la promoción de estilos de vida saludables en la infancia, ¿cuál de las siguientes recomendaciones se ajusta mejor al concepto de alimentación equilibrada?

- A. Priorizar un patrón dietético basado en el incremento de proteínas y la reducción marcada de hidratos de carbono, como estrategia principal para prevenir el exceso ponderal en la infancia.
- B. Promover una dieta variada y equilibrada, ajustada a la edad.**
- C. Recomendar la incorporación sistemática de tentempiés entre comidas para evitar la sensación de hambre, aunque ello suponga aumentar el aporte calórico diario.
- D. Se deberá dar consejo alimentario únicamente cuando el IMC se encuentre fuera del rango normal.

268.- Dentro de la visita “hasta el mes de vida” del Programa de Salud Infantil de Osakidetza 2021, ¿cuál de las siguientes NO es una actividad realizada por enfermería?

- A. Maniobras de Ortolani y Barlow.**
- B. Promoción de la lactancia materna.

- C. Valoración del cordón umbilical.
- D. Comprobar la realización de cribado de metabopatías.

269.- En Osakidetza, la historia clínica utilizada para la valoración, seguimiento y registro del Programa de Salud Infantil se estructura por etapas que corresponden a 5 guías tipo faro. ¿Cuál de las siguientes opciones recoge correctamente dichas etapas?

- A. Neonatal (hasta el mes de vida), 2–12 meses, 1–3 años, 3–8 años y 9–14 años.
- B. Neonatal (0–28 días), 2–9 meses, 12–36 meses, 4–7 años y 8–15 años.
- C. Neonatal (hasta el mes de vida), 2–6 meses, 11–24 meses, 3–6 años y 8–13 años.**
- D. Neonatal (0–28 días), 2–5 meses, 6–24 meses, 2–6 años y 7–13 años.

270.- En el ámbito de la Atención Primaria, el personal de enfermería debe tener en cuenta los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de obesidad en la infancia. Señale la opción correcta:

- A. La obesidad en los progenitores no influye en el riesgo de obesidad infantil.
- B. La duración del sueño inferior a 7 horas se asocia a mayor riesgo de obesidad.**
- C. El nivel socioeconómico no guarda relación con la obesidad infantil.
- D. La maduración puberal tardía se relaciona con un mayor riesgo de obesidad infantil.

271.- En el ámbito de la Atención Primaria, el personal de enfermería debe promover hábitos adecuados de higiene bucodental en niños de entre 3 y 6 años, con el fin de prevenir la caries y otras patologías orales. En relación con estas recomendaciones, señale la afirmación INCORRECTA:

- A. Se recomienda el cepillado dental al menos dos veces al día con pasta fluorada que contenga más de 1000 ppm de flúor.
- B. Uno de los cepillados debe realizarse siempre antes de dormir, utilizando una cantidad de dentífrico similar al tamaño de un guisante.
- C. El cepillado debe ser supervisado por los cuidadores y se debe reducir el consumo de alimentos y bebidas azucaradas.
- D. Tras el cepillado, se debe escupir el dentífrico y enjuagar con abundante agua para eliminar los restos.**

272.- En el ámbito del Programa de Salud Infantil de Osakidetza 2021, la prevención del maltrato infantil

constituye una línea prioritaria de actuación desde Atención Primaria. En relación con las recomendaciones para la prevención del maltrato infantil, señale la afirmación INCORRECTA:

- A. La detección sistemática de factores de riesgo en todas las edades permite identificar a familias vulnerables.
- B. La promoción de la lactancia materna forma parte de las estrategias preventivas.
- C. Ante la sospecha de riesgo psicosocial leve, se debe adoptar una actitud de observación sin intervención hasta confirmar el diagnóstico.**
- D. La realización de actuaciones preventivas frente a la mutilación genital femenina forma parte de las estrategias del PSI.

273.- En relación con las etapas del proceso de inicio, consumo y adicción a las drogas en adolescentes, señale la afirmación correcta:

- A. En la etapa 1 (aprendizaje) el adolescente adquiere sus propios suministros y consume de forma ocasional a diario.
- B. En la etapa 0 (curiosidad) el adolescente consume drogas únicamente en reuniones del grupo durante los fines de semana.
- C. En la etapa 3 (preocupación) el adolescente se siente dependiente y necesita las drogas para mantener su bienestar, pudiendo robar, mentir o faltar a clase para conseguirlas.**
- D. En la etapa 4 (destrucción) las drogas producen máxima euforia y se mantiene un consumo elevado.

274.- En el cribado universal de dislipemia en población adolescente, ¿qué parámetro se recomienda calcular a partir del perfil lipídico sin ayunas?

- A. Colesterol no-HDL.**
- B. Colesterol LDL.
- C. Triglicéridos.
- D. Colesterol VLDL.

275.- En relación con el cribado del consumo de tabaco (CT) en adolescentes, señale la afirmación correcta:

- A. Existe evidencia sólida de que el cribado del CT reduce el hábito y su intensidad.
- B. El cribado del CT ha demostrado producir cambios consistentes en la actitud del adolescente hacia el consumo.
- C. Aunque no hay evidencia de reducción del hábito, el beneficio potencial del**

consejo/intervención individual puede superar el riesgo.

- D. Las intervenciones breves de consejo individual se han demostrado moderadamente eficaces.

276.- En el abordaje del consumo de tabaco en adolescentes desde Atención Primaria, el modelo de intervención recomendado es el de las “5 Aes”. ¿Cuál de las siguientes opciones recoge correctamente sus componentes?

- A. (Assess) Evaluar actitud – Analizar – Actuar – Acompañar – Ajustar.
- B. (Ask) Interrogar – Aconsejar – (Assess) Evaluar actitud – Ayudar – Acordar seguimiento.**
- C. (Ask) Interrogar – Alertar – Aplicar tratamiento – Aconsejar – Auditar.
- D. Aceptar – Animar – Aumentar motivación – (Assess) Evaluar actitud – Aplicar control.

277.- Respecto a las definiciones relacionadas con el consumo de alcohol en adolescentes, señale la opción INCORRECTA:

- A. Consumo de alcohol de riesgo: 20–40 g/día en mujeres y 40–60 g/día en hombres.
- B. Consumo excesivo episódico: implica un consumo ≥ 40 g de alcohol en una sola ocasión.**
- C. Consumo perjudicial: >40 g/día en mujeres y >60 g/día en hombres, con consecuencias para la salud física y mental.
- D. Binge drinking: ≥ 4 bebidas en mujeres y ≥ 5 en hombres en un corto periodo (≈ 2 horas).

278.- En relación con el consumo de cannabis durante la adolescencia, señale la afirmación correcta:

- A. Solo se asocia a cambios afectivos transitorios.
- B. No se han descrito cambios estructurales a nivel cerebral.
- C. Se relaciona principalmente con alteraciones del sueño.
- D. Se asocia a deterioro cognitivo y cambios cerebrales.**

279.- En relación con las infecciones de transmisión sexual (ITS), señale la opción que incluye únicamente microorganismos causantes de ITS:

- A. VPH – Chlamydia – Neisseria gonorrhoeae.**
- B. VHB – Escherichia coli – tricomona vaginal.
- C. VIH – Candida albicans – Gardnerella vaginalis.
- D. VHS – Mycoplasma hominis – Enterococcus faecalis.

280.- Según las recomendaciones del Programa de Salud Infantil de Osakidetza 2021 sobre sexualidad en la adolescencia, señale la afirmación correcta:

- A. A los 10 años se indica consejo directo al adolescente sobre ITS y métodos anticonceptivos.
- B. A los 13 años, en adolescentes sexualmente activos/as, se recomienda consejo moderado y valorar riesgo de ITS para posible cribado.**
- C. La educación para la salud grupal se recomienda únicamente a partir de los 14 años.
- D. A los 13 años se recomienda consejo de alta intensidad al adolescente y consejo breve a padres y madres.

281.- Según las recomendaciones de Osakidetza para el cribado de hipercolesterolemia en infancia y adolescencia, ¿cuál es la conducta correcta en niños/as con antecedentes familiares de hipercolesterolemia genética?

- A. Perfil lipídico universal a los 7 años.
- B. Perfil lipídico selectivo a los 9–11 años.**
- C. Perfil lipídico selectivo entre los 12–16 años por mayor sensibilidad.
- D. Perfil lipídico solo si existe obesidad.

282.- En la mayoría de los países europeos, incluida España, una Unidad de Bebida Estándar (UBE) equivale aproximadamente a:

- A. 8 g de alcohol puro.
- B. 5 g de alcohol puro.
- C. 12 g de alcohol puro.
- D. 10 g de alcohol puro.**

283.- ¿Cuál NO es una de las características de los Anticonceptivos Hormonales Gestágenos?

- A. Pueden usarse durante la lactancia a partir de las 4 semanas desde el parto.**
- B. No interfieren en las relaciones coitales.
- C. Son compatibles con el uso de preservativos.
- D. Pueden usarlos mujeres que no deben usar estrógenos.

284.- En relación con el uso seguro de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en adolescentes, señale la definición ERRÓNEA:

- A. Sharenting: práctica de padres y madres de publicar contenido sobre sus hijos/as en plataformas de internet.
- B. Ciberacoso/ciberbullying: daño intencional y repetido infligido por un/a menor o grupo de

menores hacia otro/a menor mediante medios digitales.

C. Grooming: situación en la que un/a menor difunde deliberadamente imágenes íntimas de otro/a menor a través de redes sociales para dañarle.

D. Sexting: envío de fotografías o vídeos con contenido sexual realizados por la propia persona y enviados a través de medios digitales, pudiendo derivar en difusión no consentida y acoso.

285.- ¿Cuál de los siguientes corresponde a un síntoma negativo característico de la esquizofrenia?

- A. Ideas delirantes de persecución
- B. Alucinaciones auditivas con contenido amenazante
- C. Aplanamiento afectivo**
- D. Pensamiento tangencial

286.- ¿Cuál de las siguientes definiciones es CORRECTA?

- A. Trastorno esquizoafectivo: trastorno psicótico caracterizado por la presencia continua de síntomas negativos durante al menos seis meses, sin alteraciones del estado de ánimo asociadas.
- B. Trastorno esquizofreniforme: cuadro clínico con síntomas psicóticos similares a la esquizofrenia, cuya duración total es inferior a seis meses y que no requiere necesariamente deterioro social o laboral para su diagnóstico.**
- C. Síndrome de Capgras: trastorno delirante en el que el paciente identifica a personas desconocidas como familiares cercanos que han cambiado de identidad.
- D. Síndrome de Fregoli: alteración psicótica en la que el sujeto cree que ha sido sustituido por un doble idéntico que ocupa su lugar.

287.- Durante el seguimiento de un paciente en tratamiento con antipsicóticos, la enfermera debe identificar correctamente las posibles complicaciones y sus manifestaciones clínicas. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. La acatisia se caracteriza por somnolencia, apatía y síntomas antimuscarínicos.
- B. La discinesia tardía se manifiesta por una inquietud motora intensa con necesidad imperiosa de moverse, especialmente en reposo.

- C. **El síndrome neuroléptico maligno cursa con rigidez muscular, hipertermia, disfunción autonómica y alteración del nivel de conciencia.**
- D. La distonía aguda consiste en movimientos involuntarios orofaciales de aparición tardía tras años de tratamiento antipsicótico.

288.- Durante la valoración inicial de un paciente con esquizofrenia ingresado en la unidad, la enfermera observa que el paciente presenta risas inmotivadas, frases incomprensibles, fuga de ideas y tendencia al soliloquio. Según los patrones funcionales, ¿en cuál de los siguientes patrones se encuadran principalmente estos hallazgos?

- A. Patrón roles y relaciones.
- B. Patrón autopercepción y autoconcepto.
- C. **Patrón cognición y percepción.**
- D. Patrón afrontamiento y tolerancia al estrés.

289.- Desde la perspectiva psicológica, ¿qué teoría explica la etiología de los trastornos depresivos como el resultado de un estilo cognitivo alterado que surge a partir de hipótesis aprendidas en la infancia, relacionadas con experiencias de decepción, pérdida o rechazo, y que conduce a expectativas negativas persistentes sobre uno mismo, el mundo y el futuro?

- A. Teoría psicodinámica
- B. **Teoría cognitiva**
- C. Teoría conductista
- D. Teoría del déficit motivacional adquirido

290.- Durante la valoración de un paciente con sospecha de trastorno bipolar, la enfermera identifica un período de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado. ¿Cuál de los siguientes conjuntos de manifestaciones clínicas es más característico de un episodio maníaco?

- A. Ánimo deprimido, anhedonia, hipersomnia y sentimientos de inutilidad.
- B. **Estado de ánimo elevado, disminución de la necesidad de dormir, verborrea y aumento de la actividad dirigida a objetivos.**
- C. Irritabilidad leve, fatiga, enlentecimiento psicomotor y dificultad de concentración.
- D. Ansiedad persistente, insomnio inicial, preocupación excesiva y síntomas somáticos.

291.- Durante la valoración de un paciente con trastorno bipolar, la enfermera debe diferenciar un episodio hipomaniaco de un episodio maníaco. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. La hipomanía cursa con síntomas psicóticos, mientras que la manía no los presenta.
- B. En la hipomanía existe un deterioro social y laboral grave que suele requerir hospitalización.
- C. **La manía implica un estado de ánimo elevado o irritable de mayor duración y gravedad, con deterioro funcional significativo o necesidad de hospitalización.**
- D. La diferencia principal entre hipomanía y manía es exclusivamente la edad de inicio del episodio.

292.- En relación a los criterios diagnósticos de los subtipos del trastorno bipolar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. **Trastorno bipolar I: se caracteriza por la presencia de, al menos, un episodio maníaco, independientemente de que existan o no episodios depresivos mayores.**
- B. Trastorno bipolar II: se define por la alternancia de episodios maníacos y episodios hipomaniacos sin depresión mayor.
- C. Trastorno bipolar III: incluye episodios depresivos recurrentes con activación maniforme inducida exclusivamente por antidepresivos.
- D. Trastorno bipolar IV: se diagnostica cuando existen síntomas subclínicos de manía asociados a trastornos de ansiedad crónico.

293.- Durante la valoración enfermera, un paciente refiere pensamientos constantes de catástrofe, anticipa resultados negativos ante situaciones cotidianas y expresa dificultad para concentrarse. Además, durante la entrevista se observa inquietud motora, tensión muscular y conductas de evitación ante determinadas situaciones. ¿Cuál de las siguientes opciones identifica de forma más adecuada los sistemas de respuesta predominantes en este caso?

- A. Componente emocional y componente interpersonal.
- B. Componente fisiológico y componente afectivo.
- C. **Componente cognitivo y componente conductual.**
- D. Componente neurovegetativo y componente perceptivo.

294.- ¿Cuál de las siguientes NO es un principio de manejo general en la atención enfermera a pacientes con trastornos de ansiedad?

- A. **Minimizar la ansiedad del paciente cuando no exista un motivo clínico objetivable que la justifique.**
- B. Aceptar inicialmente las estrategias de afrontamiento del paciente, aunque no sean las más adaptativas.
- C. Proporcionar feedback al paciente sobre su conducta, las estrategias que utiliza y los factores de estrés identificados.
- D. Evitar que el paciente se aisle completamente durante el proceso asistencial.

295.- Durante la valoración de una paciente con sospecha de anorexia nerviosa, la enfermera identifica varias manifestaciones clínicas compatibles con este trastorno. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones es MÁS característica de la anorexia nerviosa, según la clínica descrita?

- A. Episodios recurrentes de atracones seguidos de conductas purgativas repetidas.
- B. **Restricción alimentaria mantenida con preocupación intensa por el peso corporal y necesidad de control.**
- C. Sensación persistente de saciedad precoz acompañada de evitación progresiva de la ingesta.
- D. Conductas alimentarias impulsivas asociadas a estados emocionales fluctuantes.

296.- En relación con el pronóstico de la anorexia nerviosa, señale cuál de los siguientes factores se asocia a una evolución MÁS DESFAVORABLE:

- A. Detección temprana del trastorno.
- B. Índice de masa corporal superior a 17 en el momento del seguimiento.
- C. Adecuada motivación para el cambio.
- D. **Persistencia prolongada de la enfermedad con recaídas repetidas.**

297.- En relación con la evolución reciente del consumo y la demanda de sustancias adictivas en Euskadi, según el VIII Plan de Adicciones, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. En la población adolescente se observa un descenso generalizado del consumo de todas las sustancias, incluido el alcohol y el cannabis, acompañado de una menor aceptación social.
- B. El consumo de tabaco muestra una tendencia descendente en todos los grupos de edad, siendo el nivel educativo un factor poco relevante en su prevalencia.

- C. **El consumo de alcohol se mantiene en niveles muy elevados y socialmente normalizados, con mayor consumo en hombres adultos, aunque sin un patrón claro de desigualdad social en el consumo actual.**
- D. La pandemia de la COVID-19 no tuvo un impacto significativo en los consumos, pero sí redujo de forma notable el uso de videojuegos, internet y redes sociales.

298.- Según los datos recogidos en el VIII Plan de Adicciones de Euskadi, en relación con la venta de alcohol por habitante, ¿cuál fue el consumo aproximado en litros por persona en el año 2020?

- A. 18,6 litros por habitante y año.
- B. **28,4 litros por habitante y año.**
- C. 48,2 litros por habitante y año.
- D. 62,8 litros por habitante y año.

299.- En el marco conceptual del VIII Plan de Adicciones de Euskadi, ¿cuál de los siguientes elementos se considera un determinante estructural del desarrollo de las adicciones?

- A. Estrategias individuales de afrontamiento del estrés.
- B. Entorno familiar.
- C. **Políticas fiscales y de regulación de la oferta de sustancias.**
- D. Habilidades personales para la toma de decisiones.

300.- En relación con los agentes implicados en el desarrollo del VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi, señale cuál de las siguientes entidades NO forma parte de la estructura institucional del plan.

- A. **Comisión Europea.**
- B. Osakidetza.
- C. Diputaciones forales.
- D. Entidades del tercer sector y agentes sociales.

301.- En relación con el marco normativo estatal vinculado a la prevención, tratamiento y mitigación de las adicciones en el Estado español, indique cuál de las siguientes normas NO está directamente relacionada con este ámbito.

- A. **Ley 14/1995, de 25 de abril, General de Sanidad.**
- B. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo.
- C. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

- D. Real Decreto 579/2017, de 9 de junio, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados.

302.- Según el VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi, el plan se alinea de manera explícita con varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Indique cuál de los siguientes ODS NO se encuentra alineado de forma directa con dicho plan:

- A. Objetivo 5: Igualdad de género.
- B. Objetivo 8: Trabajo decente y crecimiento económico.**
- C. Objetivo 10: Reducción de las desigualdades.
- D. Objetivo 17: Alianzas para lograr los objetivos.

303.- Según los datos recogidos en el VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2023-2027, en relación con la evolución y características del consumo de tabaco y cigarrillos electrónicos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es 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.**
- B. Aproximadamente un 5 % de las personas fumadoras declara consumir más de un paquete de tabaco al día, concentrándose este patrón en los consumos más intensivos.
- C. En la población joven se observa una tendencia ascendente en el uso de cigarrillos electrónicos, con alrededor del 15 % del alumnado que ha fumado o utilizado alguno al menos una vez.
- D. La edad de inicio en el consumo de tabaco, se mantiene más o menos estable alrededor de los 15 años.**

NULA. Marco las opciones A y D porque ambas son claramente incorrectas, que es lo que nos piden. Hay por tanto dos opciones posibles, así que la pregunta debe ser anulada. La opción A es claramente falsa. Según este documento la población fumadora habitual consume MENOS de medio paquete diario. La opción D también es falsa. Según el VIII Plan sobre Adicciones la edad de inicio de consumo de tabaco se mantiene más o menos estable alrededor de los 17 años. No hay ningún criterio para decantarse por ninguna de las dos opciones. No podemos justificar que una de ellas sea “más falsa” que la otra. La pregunta debe ser anulada.

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.

Teniendo en cuenta el VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi, se ve que ninguna de las opciones describe de forma correcta la situación epidemiológica actual, ya que todas contradicen la evidencia del plan. Por edad, la mayor prevalencia de consumo habitual se da tanto en hombres como en mujeres de 20 a 24 años (A falsa). Aunque es cierto que más de un 20 % de la población reconoce haberse emborrachado entre 1 y 12 veces en el último año, el documento especifica que, en cuanto a intoxicaciones etílicas, el porcentaje es muy superior en los hombres (B falsa). La edad media de inicio no ha descendido progresivamente hasta 2018. El plan indica que la edad de inicio se ha mantenido estable a lo largo del tiempo, entre los 16 y los 17 años. De hecho, subraya que la tendencia a la baja que se percibía en el periodo 2008-2012 ha cesado en 2017, registrándose incluso un ligero aumento de la edad media hasta los 16,8 años (C falsa). La D también es falsa: la prevalencia de consumo de alcohol es mayor entre los hombres. Conclusión: no tenemos respuesta posible. Pregunta que debería ser anulada.

305.- Respecto al consumo experimental de cocaína, anfetaminas y otras drogas estimulantes asociadas a contextos de ocio en Euskadi, señale la opción CORRECTA:

- A. El inicio del consumo se asocia principalmente a una alta percepción de riesgo y a contextos de exclusión social.
- B. El perfil de las personas consumidoras recientes es mayoritariamente femenino,

menor de 25 años y con bajo nivel socioeconómico.

- C. **El consumo reciente se relaciona con el consumo de cannabis, la cercanía a personas consumidoras y el consumo diario de tabaco, junto con una baja percepción de riesgo.**
- D. La edad de inicio ha descendido de forma significativa en la última década y es más temprana en los hombres.

306.- En relación con el juego con dinero y el juego problemático en Euskadi, según los datos disponibles, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A. **Más del 70% de la población jugó con dinero en el último año, con porcentajes similares entre hombres y mujeres.**
- B. El juego problemático afecta a porcentajes similares de hombres y mujeres, con una prevalencia patológica cercana al 5%.
- C. El juego con dinero es más frecuente en mujeres que en hombres y se asocia a menor gasto medio.
- D. La mayoría de las personas jóvenes se inicia en el juego de forma individual y en edad adulta.

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. (VERSIÓN EUSKERA)**

La versión en castellano de la batería de preguntas no tiene opción D. Las otras tres opciones son falsas, así que no había respuesta correcta y la pregunta tenía que ser nula. Resulta que en la versión en euskera sí que hay opción D, y es perfectamente correcta. Dice *“Una gran proporción de adolescentes utiliza internet durante más de 5 horas al día los fines de semana”*. El dato es correcto. Esa es la respuesta que buscan.

308.- Según la evidencia recogida en el VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi, ¿cuál de las siguientes

intervenciones en el ámbito comunitario presenta el MAYOR nivel de eficacia?

- A. Campañas de comunicación en medios tradicionales.
- B. **Intervenciones breves o entrevistas motivacionales.**
- C. Mentoría o intervención de pares.
- D. Intervenciones con mujeres embarazadas en la comunidad.

309.- La Organización Mundial de la salud, cuenta con un marco de trabajo de categorías clínicas de clasificación y fases de afección por VIH para adultos y mayores de 15 años. Corresponde a la fase clínica 4:

- A. Recuento de linfocitos CD4 (>500 células/ μ l).
- B. Individuos con herpes zóster, pérdida ponderal moderada inexplicable ($<10\%$ del peso corporal asumido) o quelitis angular.
- C. **Individuos con síndrome de desgaste por VIH, neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, neumonía bacteriana recurrente, el herpes simple, la tuberculosis extrapulmonar o la candidiasis esofágica.**
- D. Individuos con diarrea crónica inexplicable con duración superior a un mes, la pérdida ponderal intensa inexplicable ($>10\%$ del peso corporal asumido) o la fiebre persistente inexplicable con duración mayor de un mes ($>37,6$ °C).

310.- Desde el punto de vista enfermero, el sida es evidente cuando una persona presenta:

- A. Conteo de células CD4+ inferior a 200 células/ μ l.
- B. Padece alguna enfermedad definitoria de sida.
- C. a) y b) son incorrectas.
- D. **a) y b) son correctas.**

311.- ¿Cuál de las siguientes infecciones oportunistas es la causa más frecuente de muerte en personas con VIH?

- A. ***Mycobacterium tuberculosis*.**
- B. Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
- C. *Mycobacterium avium-intracellulare*.
- D. Bartonelosis.

312.- Una mujer de 29 años acude a su primera consulta con 10 semanas de embarazo. Se la ha realizado un aprueba con resultado de VIH positivo. ¿Qué debe hacer para disminuir el riesgo de transmisión de VIH a su hijo/a?

- A. Prepararse para la lactancia materna, ya que es un factor de protección.
- B. Iniciar inmediatamente el tratamiento antirretroviral con efavirenz.
- C. Iniciar inmediatamente el tratamiento antirretroviral con zidovudina.**
- D. Esperar al momento de trabajo del parto para iniciar el tratamiento antirretroviral.

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).

La opción A podría ser en realidad también correcta. Determinados trastornos hematológicos malignos pueden perfectamente provocar falsos negativos en un test de ELISA para VIH. Sin embargo, en esta OPE la respuesta es clara: es la B. El motivo lo encontramos en una de las referencias bibliográficas oficiales. La obra Porth. Fisiopatología: alteraciones de la salud, en la página 1019, presenta un cuadro con las posibles causas para falsos positivos y falsos negativos para VIH en un test de ELISA. Considera que todas las opciones de respuesta son causantes de falsos positivos, excepto el tratamiento inmunosupresor que lo especifica como causante de falsos negativos. Así que la opción a marcar en este examen es la B.

314.- La mejor alternativa para evitar infecciones por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual es:

- A. Profilaxis preexposición (PrEP) para el VIH.
- B. La abstinencia y las relaciones monógamas entre personas sin infección.**
- C. Uso sistemático y correcto de preservativos (masculinos o femeninos).
- D. Realización periódica de pruebas de VIH y otras ETS.

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/ μ l.

La obra de referencia en vacunación para esta OPE, el "Manual de vacunaciones de Osakidetza 5ª edición", en su capítulo 7 "Vacunación de la población adulta de riesgo", especifica que en VIH con conteo de CD4 superior o igual a 200 la triple vírica está indicada. La vacuna antineumocócica (opción A) estaría también indicada, pero en una única dosis, no justificándose la revacunación sistemática cada 5 años en ningún caso.

316.- ¿Qué son los factores de virulencia?

- A. Son los mecanismos de defensa del huésped que se activan frente a la infección para limitar la proliferación del microorganismo.
- B. Son sustancias o productos generados por los agentes infecciosos que potencian su capacidad para producir enfermedad.**
- C. Son sustancias producidas por el organismo humano para neutralizar toxinas bacterianas.
- D. Son los factores ambientales que favorecen la transmisión de los microorganismos entre individuos.

317.- Es una inmunoglobulina secretora y su función principal es la inmunidad local en las superficies mucosas:

- A. IgG.
- B. IgM.
- C. IgD.
- D. IgA.**

318.- El microorganismo aerobio que coloniza el intestino grueso con mayor frecuencia provocando enfermedades diarreicas es:

- A. Escherichia coli.**
- B. Shigella.
- C. Salmonella.
- D. Campylobacter

319.- Usted es parte del personal de enfermería que atiende a un varón de 75 años con múltiples afecciones en su domicilio. ¿Qué información debe proporcionar para prevenir el riesgo de infección al paciente, su familia y su cuidador?

- A. Asegurar de que los platos y vasos se laven con agua fría para que sean seguros de utilizar.
- B. Las sábanas y ropa del paciente, deben lavarse con ciclos programados en 30º.
- C. Establecer barreras razonables para evitar la transmisión de infecciones.**

- D. Cocinar todos los alimentos por completo y almacenar lo a fruta y verdura separados de los otros grupos de alimentos.

320.- ¿Cuál es el periodo de incubación del virus del Ébola?

- A. 2-7 días.
- B. 2-12 días.
- C. 2-21 días**
- D. 24-72h

321.- En el contexto de las precauciones de aislamiento, según el Manual INOZ, ¿en cuál de las siguientes situaciones está más indicada la habitación individual como medida prioritaria para prevenir la transmisión por contacto directo o indirecto?

- A. En pacientes infectados por el mismo microorganismo.
- B. En pacientes con microorganismos epidemiológicamente importantes o de alta transmisibilidad, la habitación individual es prescindible si el paciente colabora correctamente con las medidas.
- C. En pacientes fuente con hábitos higiénicos pobres, que contaminan el medio ambiente o en quienes no puede esperarse colaboración en el mantenimiento de las medidas.**
- D. En pacientes con transmisión por gotas, dado que se requieren medidas estructurales específicas.

322.- Durante una aspiración de secreciones orofaríngeas, ¿qué equipo de protección está indicado si se prevé la posibilidad de generar salpicaduras o sprays?

- A. Doble mascarilla y protección ocular.
- B. Guantes y mascarilla.
- C. Bata y mascarilla.
- D. Mascarilla y gafas o protector facial.**

323.- Según el Manual INOZ, respecto al manejo de lencería, utensilios de comida y limpieza ambiental en pacientes con Precauciones Basadas en la Transmisión, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. Aunque la lencería pueda estar contaminada, el riesgo de transmisión se evita si se maneja, transporta y lava adecuadamente; el lavado de los utensilios con agua caliente y**

detergentes usados en los lavaplatos de los hospitales es suficiente.

- B. En habitaciones con Precauciones Basadas en la Transmisión debe realizarse siempre una limpieza distinta a la de pacientes con Precauciones Estándar, usando productos desinfectantes específicos para todos los microorganismos.
- C. La lencería usada debe esterilizarse antes de su transporte y los utensilios del paciente en aislamiento deben ser exclusivamente desechables.
- D. La lencería utilizada requiere un manejo cuidadoso para evitar contaminación y los platos/utensilios del paciente deben eliminarse como residuos biosanitarios.

324.- La habitación de todo paciente con infección respiratoria de transmisión aérea, como tuberculosis o sarampión, deberá reunir las siguientes características:

- A. Habitación individual con vestíbulo, presión positiva respecto a áreas adyacentes y un mínimo de 8 renovaciones de aire a la hora.
- B. Habitación individual sin vestíbulo con extracciones de aire, filtros de alta eficacia (HEPA) y presión positiva respecto a áreas adyacentes.
- 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.**

Entiendo que entre C y D pueden surgir dudas. Para mí la correcta es claramente la opción D. El mínimo que marca el documento de la comisión INOZ son 6 renovaciones de aire a la hora, no 8. Este dato hace que la opción C sea incorrecta. Es cierto que el vestíbulo es necesario y no está contemplado en la opción D. Tampoco está contemplada la necesidad de presión negativa en ninguna de las dos opciones. Aunque la opción C sea un poco más completa (mete el vestíbulo), introduce un dato falso: un mínimo de 8 renovaciones por hora. Considero por tanto que claramente la opción correcta es la D. Aunque sea incompleta (le falta el vestíbulo, la presión negativa y la necesidad de cerrar puertas y ventanas), no introduce ningún dato falso. Dice poco, pero lo poco que dice es correcto.

325.- Según la Guía-Manual de Uso Adecuado de los Guantes Sanitarios de Osakidetza, ¿en cuál de las siguientes situaciones NO es obligatorio el uso de guantes, siendo suficiente la higiene de manos?

- A. Realización de curas de heridas abiertas.
- B. Obtención de muestras sanguíneas por venopunción.
- C. Ajuste de la fluidoterapia intravenosa.**
- D. Manipulación de material contaminado con fluidos biológicos.

326.- En relación con el agente infeccioso dentro de la cadena epidemiológica, ¿qué característica se define como la capacidad del microorganismo para producir enfermedad clínica una vez que el huésped ha sido infectado?

- A. Infectividad.
- B. Transmisibilidad.
- C. Patogenicidad.**
- D. Virulencia.

327.- En relación con el concepto de inmunidad de grupo o inmunidad de rebaño, señale la afirmación correcta:

- A. Se alcanza únicamente cuando el 100% de la población está inmunizada frente a una enfermedad infecciosa.
- B. Impide la propagación epidémica gracias a un nivel elevado, aunque incompleto, de inmunización poblacional.**
- C. Consiste en la protección individual exclusiva de las personas vacunadas.
- D. Solo es efectiva en enfermedades de transmisión no respiratoria.

328.- En relación con las medidas no farmacológicas para reducir el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 en la comunidad, señale la opción INCORRECTA:

- A. Mantener una distancia mínima aproximada de 2 metros contribuye a disminuir el riesgo de contagio.
- B. Evitar espacios cerrados y concurridos reduce la probabilidad de transmisión aérea.
- C. Los entornos ruidosos, donde es necesario elevar la voz, favorecen la emisión de aerosoles infecciosos.
- D. En espacios cerrados, el uso adecuado de mascarilla permite flexibilizar el mantenimiento estricto de la distancia interpersonal cuando existe una ventilación adecuada.**

329.- Los factores de virulencia son sustancias o productos generados por los agentes infecciosos que potencian su capacidad para producir enfermedad. En relación con los factores de virulencia, señale cuál de las siguientes opciones NO constituye uno de sus principios fundamentales:

- A. Factores de resistencia antimicrobiana.**
- B. Factores de invasión.
- C. Factores de adhesión.
- D. Factores de evasión.

330.- En relación con la cadena epidemiológica de la infección, señale cuál de las siguientes opciones recoge correctamente sus seis elementos fundamentales:

- A. Agente infeccioso, reservorio, puerta de salida, vía de transmisión, huésped susceptible, estado inmunitario.
- B. Agente infeccioso, reservorio, puerta de salida, vía de transmisión, huésped susceptible, puerta de entrada.**
- C. Agente infeccioso, reservorio, puerta de salida, vía de transmisión, periodo de incubación, puerta de entrada.
- D. Agente infeccioso, reservorio, respuesta inflamatoria, vía de transmisión, huésped susceptible, puerta de entrada.

331.- En relación con la colocación del Equipo de Protección Individual por parte del personal de enfermería ante pacientes con enfermedades transmisibles, señale el orden correcto de colocación:

- A. Guantes → mascarilla → bata → protección ocular.
- B. Bata → mascarilla → protección ocular → guantes.**
- C. Mascarilla → guantes → bata → protección ocular.
- D. Mascarilla → protección ocular → guantes → bata.

332.- Durante la actuación de la enfermera en el área quirúrgica, el mantenimiento del campo estéril es fundamental para prevenir infecciones del sitio quirúrgico. En relación con los principios de asepsia quirúrgica, señale la opción INCORRECTA:

- A. Utilizar únicamente material esterilizado en contacto con la herida quirúrgica.
- B. Considerar estériles las mangas de la bata quirúrgica desde aproximadamente 5 cm por encima del codo hasta el puño.

- C. Mantener el campo estéril permanentemente dentro del campo visual.
- D. Mantener una distancia de al menos 15 cm respecto al campo estéril.**

333.- ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas es más característica del golpe de calor y permite diferenciarlo del agotamiento o los calambres por calor?

- A. Diaforesis profusa, piel de gallina y calambres musculares en extremidades.
- B. Cefalea, ansiedad, síncope y ortostasis con temperatura elevada.
- C. Disfunción profunda del sistema nervioso central, piel caliente y seca, y temperatura corporal $\geq 40,6$ °C.**
- D. Sed intensa, calambres musculares localizados y diaforesis profusa.

334.- ¿Qué afirmación NO es correcta respecto a la valoración enfermera de pacientes con dolor torácico?

- A. La intensidad del dolor es el principal predictor de la gravedad del cuadro.**
- B. La localización del dolor no permite identificar con precisión su etiología.
- C. La intensidad y la duración del dolor torácico no permiten predecir la gravedad del proceso.
- D. En la valoración enfermera es fundamental explorar síntomas asociados como náuseas, sudoración o disnea.

335.- Ante un paciente con sospecha de accidente cerebrovascular agudo que presenta disminución del nivel de conciencia, ¿cuál debe ser la prioridad inicial de la actuación enfermera en el ámbito de urgencias?

- A. Iniciar la reposición de líquidos hipotónicos para mejorar la perfusión cerebral.
- B. Valorar de forma inmediata la permeabilidad de la vía respiratoria y el estado cardiovascular.**
- C. Administrar sedación para reducir la ansiedad y prevenir el aumento del consumo de oxígeno cerebral.
- D. Posicionar al paciente en decúbito supino estricto y administrar oxígeno a alto flujo.

336.- ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas es característica de un ictus hemisférico derecho?

- A. Comportamiento lento y cauteloso, parálisis o debilidad del lado izquierdo del cuerpo y tendencia a distraerse.

- B. Alteración de la capacidad intelectual, déficit del campo visual izquierdo y déficits en la percepción espacial.
- C. Parálisis del lado izquierdo del cuerpo, alteración de la percepción espacial y comportamiento impulsivo.**
- D. Afasia de expresión o recepción, parálisis del lado izquierdo del cuerpo, déficits del campo visual izquierdo.

337.- Señale la respuesta INCORRECTA en relación con la respuesta fisiológica inmediata del organismo tras un traumatismo múltiple.

- A. La mortalidad en los individuos con traumatismos múltiples se relaciona con la gravedad de las lesiones y el número de sistemas y órganos afectados.
- B. Los objetivos terapéuticos son determinar la extensión de las lesiones y establecer prioridades de tratamiento.
- C. Las prioridades iniciales en el tratamiento del paciente politraumatizado se centran en asegurar la ventilación y controlar la hemorragia como amenazas vitales inmediatas.
- D. Inmediatamente después de la lesión, el cuerpo se encuentra hipermetabólico, con disminución de la activación de la coagulación y sometido a una intensa respuesta al estrés.**

338.- Señale la respuesta correcta en relación con el shock y su fisiopatología inicial.

- A. El shock se caracteriza por una perfusión tisular adecuada, con aumento del aporte de oxígeno a los tejidos para compensar la agresión inicial.
- B. En la fase inicial del shock se produce una disminución del metabolismo celular que protege a los órganos frente al daño tisular.
- C. La alteración principal en el shock es exclusivamente la disminución de la presión arterial, sin repercusión celular significativa en fases precoces.
- D. El shock es un estado de hipoperfusión tisular generalizada que conduce a hipoxia celular, metabolismo anaerobio y acidosis metabólica.**

339.- Señale la respuesta correcta en relación con la persona en situación de hipotermia.

- A. En la hipotermia moderada y grave pueden aparecer bradicardia, hipotensión, hipoxemia y disminución del nivel de conciencia.**

- B. La hipotermia se define como una temperatura corporal central inferior a 36°C y cursa inicialmente con vasodilatación periférica y disminución de la sudoración.
- C. Los métodos de recalentamiento activo interno se usan para la hipotermia leve a moderada e incluyen derivación cardiopulmonar, administración de líquidos intravenosos calientes y oxígeno caliente humectado, entre otros.
- D. La hipotermia se asocia habitualmente a alteraciones en el ritmo cardíaco, en especial a la Actividad Eléctrica Sin Pulso.

340.- ¿Cuál es la intervención terapéutica prioritaria en la intoxicación por monóxido de carbono?

- A. Administrar aire ambiente y reposo absoluto, dado que el monóxido de carbono se elimina espontáneamente.
- B. Administrar oxígeno al 100% a presión atmosférica o de preferencia hiperbárica según cifras de carboxihemoglobina.**
- C. Iniciar fluidoterapia intravenosa como tratamiento principal de la hipoxia tisular.
- D. Administrar oxígeno a bajo flujo mediante gafas nasales, ajustando la fracción inspirada según la saturación obtenida por pulsioximetría.

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.**

Pregunta de esas que solo se le encuentra el sentido cuando encuentras la frase literal en una de las obras bibliográficas de referencia. Si me preguntas por “signos y síntomas”, no le veo en principio ninguna lógica a contestar “pérdida de un padre y antecedentes familiares”. Eso no son manifestaciones, no es sintomatología. Esa es sin embargo, la respuesta correcta. El motivo lo encontramos en la obra de referencia Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth, en la página 4675, cuando dice textualmente:

“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”.

Con esta información está claro que la respuesta que buscan como correcta es la D.

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.

343.- Señale la afirmación correcta en relación con la respuesta fisiopatológica de la persona con quemadura grave.

- A. Las quemaduras graves ocasionan un estado hipermetabólico con aumento del consumo de oxígeno y glucosa y una circulación hiperdinámica.**
- B. Las quemaduras graves producen una disminución mantenida de la permeabilidad capilar, lo que favorece la retención de líquidos en el espacio intravascular.
- C. La respuesta fisiopatológica a las quemaduras graves se limita al tejido cutáneo lesionado y no tiene repercusión sistémica relevante.
- D. En las quemaduras graves no se producen alteraciones metabólicas significativas durante las primeras fases tras la lesión.

344.- En un paciente politraumatizado con antecedente de lesión por aplastamiento, ¿cuál de las siguientes manifestaciones NO forma parte de la tríada clínica característica de la rabdomiólisis?

- A. Mialgias.
- B. Debilidad muscular.
- C. Orina oscura.
- D. Edema muscular.**

345.- En el centro de la rueda del cambio de comportamiento de Michie et al., encontramos:

- A. La capacidad, la motivación y la oportunidad.**
- B. La capacidad, la modelización y la oportunidad.
- C. La capacidad, la motivación y la educación.
- D. La capacidad, la modelización y la regulación.

346.- Entre los métodos o técnicas educativas orientadas al aprendizaje de contenidos, se distinguen aquellas de carácter bidireccional. ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a técnicas destinadas al desarrollo de habilidades?

- A. Carteles, vallas, folletos, cartas circulares, prensa...
- B. Tormenta de ideas, foto-palabra, dibujo-palabra....
- C. Casos, análisis de textos, discusiones, sesión de tribunal...
- D. Ejercicios y simulaciones, tales como role-playing...**

347.- No corresponde a un factor sobre el que planea incidir la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud:

- A. Alimentación saludable.
- B. Seguridad del entorno para prevenir lesiones no intencionales.
- C. Actividad física.
- D. Enfermedades de transmisión sexual.**

348.- Una herramienta para la promoción de la salud en el nivel comunitario es el modelo de activos para la salud. ¿En que se basa este modelo?

- A. En la identificación de las capacidades de la comunidad de forma que estas sean empleadas como parte de un proceso de capacitación y participación.**
- B. En una herramienta cooperativa de diagnóstico comunitario que identifica, localiza y visibiliza los recursos, fortalezas y capacidades existentes en un territorio histórico.
- C. En la identificación de las riquezas y pobreza de la comunidad que generan salud entre sus

integrantes a través de un proceso participativo y centrado en lo que nos hace estar sanos.

- D. En determinar las ubicaciones relativas de puntos de referencia o marcadores dentro de un cromosoma o genoma.

349.- ¿Cuál es el tamaño idóneo para desarrollar procesos educativos de promoción para la salud a nivel grupal que puedan provocar un cambio de actitud?

- A. 2 personas.
- B. Entre 2 y 9 personas.
- C. Entre 10 y 20 personas.**
- D. Entre 21 y 30 personas.

350.- Entre las potencialidades del trabajo grupal en la promoción de la salud, encontramos:

- A. Aprovechamiento del recurso humano y material.
- B. Apoyo que las personas participantes se dan entre sí.**
- C. Descubrimiento de que lo que viven es único.
- D. Ausencia de lazos afectivos entre participantes.

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.**

En una de las referencias bibliográficas para esta OPE, en la obra Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes, de Martín Zurro, habla del rol de los profesionales sanitarios en promoción y educación para la salud en estos términos:

“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. 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...”.

Con esta información, está claro que la opción que nos sobra, la que buscamos, es la D.

352.- Señale la respuesta CORRECTA respecto a las principales etapas de la Evaluación del Impacto de la Salud.

- A. **Screening: permite identificar si una política, un proyecto o un programa es relevante para la salud.**
- B. Análisis: Permite identificar mapas de conexiones y definir los límites de los aspectos que van a ser valorados.
- C. Seguimiento: Cuantifica el impacto considerando la evidencia existente.
- D. Informar: Monitorizar y evaluar los impactos de la política para generar evidencia y favorecer su difusión.

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, siendo recomendable la intervención. La opción correcta sería por tanto en principio la C. Digo “en principio” porque no he sido capaz de encontrar el dato en la bibliografía oficial para esta OPE. En el VIII plan de adicciones de Euskadi, que es el documento donde podría esperar encontrar este dato, no se especifica. Me baso por tanto en bibliografía “no oficial” para justificar la opción C.

354.- A partir de la perspectiva del modelo salutogénico en la promoción de la salud, diversos autores han desarrollado el concepto de determinantes de la salud. ¿Cuál de los siguientes autores NO se asocia con este desarrollo?

- A. Lalonde.
- B. Diez Roux.
- C. Marmot.

D. Brownson.

355.- En relación con la Evaluación de Impacto en Salud (EIS), señale la opción correcta:

- A. Prospectiva: identifica las consecuencias de las políticas ya implementadas
- B. **Concurrente: analiza las consecuencias de una medida mientras se está implementando.**
- C. Retrospectiva: identifica las consecuencias de una medida durante su implementación, especialmente cuando se sospecha un impacto negativo.
- D. Retrospectiva: predice los efectos de las políticas antes de su implementación.

356.- ¿El concepto de Educación para la Salud según la OMS es?

- A. Una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos.
- B. **Es un proceso de enseñanza que busca capacitar a grupos de riesgo para adquirir conocimientos, desarrollar habilidades y adoptar actitudes que promuevan estilos de vida saludables y prevengan enfermedades, mejorando el bienestar físico, mental y social a través de la toma de decisiones informadas y la participación activa.**
- C. Disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, aptitudes y costumbres de individuos y comunidades en relación con su enfermedad.
- D. Proceso de enseñanza para mejorar conocimientos, habilidades y aptitudes que promueven la salud y la enfermedad.

357.- El término “inmunización” hace referencia a:

- A. **La provisión de inmunidad artificial activa o pasiva.**
- B. La producción endógena de anticuerpos tras vacunación.
- C. La inducción de inmunidad natural tras pasar una infección.
- D. Exclusivamente a la administración de vacunas.

358.- La inmunidad pasiva natural se adquiere principalmente por:

- A. Vacunación materna.
- B. Lactancia artificial.
- C. **Paso transplacentario de IgG y lactancia materna (IgA).**
- D. Exposición ambiental temprana.

359.- Una vacuna se define como:

- A. Solución que contiene anticuerpos obtenida a partir de sangre humana y utilizada para mantener la inmunidad en personas inmunodeficientes o para conseguir inmunización pasiva.
- B. Toxinas bacterianas modificadas, convertidas en no tóxicas, pero con capacidad de estimular la formación de antitoxinas.
- C. Cualquier molécula capaz de ser reconocida por un anticuerpo o receptor de célula T. Los antígenos de las vacunas suelen ser bacterias o virus que a su vez pueden ser atenuados (vivos) o inactivados (muertos). Pueden ser enteros o una parte de ellos.
- D. Suspensión de microorganismos vivos, atenuados o porciones antigénicas de dichos agentes, que, introducidos en un huésped, producen respuesta inmunitaria adaptativa (especificidad + memoria) para prevenir la enfermedad causada por dichos microorganismos.**

360.- ¿Cuál de las siguientes vacunas induce inmunidad sin memoria inmunológica?

- A. Vacunas conjugadas.
- B. Vacunas de ARNm.
- C. Vacunas de polisacáridos puros.**
- D. Vacunas atenuadas.

361.- En lactantes, el lugar anatómico recomendado para la vacunación intramuscular es:

- A. Vasto externo del muslo.**
- B. Deltoides.
- C. Glúteo.
- D. Región escapular.

362.- La congelación de una vacuna puede provocar:

- A. Aumento de su inmunogenicidad.
- B. Pérdida visible del color.
- C. Contaminación bacteriana.
- D. Inactivación irreversible.**

363.- “Dosis puesta, dosis que cuenta” significa que:

- A. Se reinicia la pauta vacunal independientemente del tiempo transcurrido.
- B. Se tendrán en cuenta los intervalos mínimos entre dosis de una misma vacuna.
- C. Se contabilizan todas las dosis recibidas y que hayan respetado los intervalos mínimos.**
- D. Conocer los intervalos entre vacunas, las pautas según edad y pautas aceleradas de

algunas vacunas nos facilitará diseñar el calendario vacunal.

364.- ¿Cuál es una contraindicación permanente para la vacunación?

- A. Enfermedad leve con o sin febrícula.
- B. Reacción anafiláctica previa a un componente.**
- C. Lactancia materna.
- D. Tratamiento antibiótico.

365.- Tras la administración de tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas mediante hemoderivados, se recomienda diferir la administración de vacunas vivas atenuadas:

- A. Al menos 1 mes.
- B. Al menos 2 meses.
- C. Al menos 3 meses.**
- D. Al menos 6 meses.

366.- ¿Qué tipo de vacuna puede administrarse en las personas con inmunodeficiencias humores que reciben inmunoglobulinas de forma periódica?

- A. Inactivadas.**
- B. Oral.
- C. Intradérmica.
- D. Viva atenuada.

367.- La administración simultánea de vacunas:

- A. Reduce las probabilidades de inmunización.
- B. Puede administrarse en idénticos lugares anatómicos.
- C. Deben mezclarse vacunas distintas en la misma jeringa.
- D. Es segura y recomendable.**

368.- Según el calendario vacunal infantil de Euskadi, ¿Que vacunas corresponde administrar a los 11 meses?

- A. Hepatitis B, difteria, tétanos, tosferina, Hib, poliomielitis), neumococo conjugada, Meningococo (B) y rotavirus.
- B. Hepatitis B, difteria, tétanos, tosferina, Hib, poliomielitis), neumococo conjugada.**
- C. Sarampión, Rubéola, Parotiditis y Meningococo (B, ACWY).
- D. Hepatitis B, difteria, tétanos, tosferina, Hib, poliomielitis), neumococo conjugada, Meningococo (B, ACWY) y rotavirus.

369.- El concepto de polimedización se define como:

- A. El consumo de menos de cinco fármacos de forma concomitante.
- B. El consumo de cinco o más fármacos de forma concomitante.**
- C. El consumo de ocho o más fármacos de forma concomitante.
- D. El consumo de diez o más fármacos de forma concomitante.

370.- ¿Qué criterios propuestos por la Sociedad Europea de Geriátría son los más utilizados para detectar prescripciones potencialmente inapropiadas en personas mayores de 65 años?

- A. AGS Beers.
- B. LESS-CHRON.
- C. STOPP/START.**
- D. IPEC.

371.- ¿Cuál de las siguientes, NO forma parte de las cuatro enfermedades no transmisibles responsables de morbilidad y mortalidad en el mundo?

- A. Cardiovasculares.
- B. Cáncer.
- C. Diabetes.
- D. Osteoarticulares.**

372.- El termino comorbilidad hace referencia a:

- A. Es la ocurrencia simultanea de dos patologías en la misma persona, sin tener en cuenta ni el orden jerárquico entre ellos ni su gravedad.
- B. Es la existencia de otras enfermedades en una persona que ya tiene una enfermedad que consideramos principal.**
- C. Es la aparición de otras enfermedades en una persona que ya tiene una enfermedad que consideramos secundaria.
- D. Es la ocurrencia simultanea de múltiples problemas de salud en la misma persona, sin tener en cuenta ni el orden jerárquico entre ellos ni su gravedad.

373.- ¿Es un método indirecto validado para medir la adherencia al tratamiento farmacológico?

- A. Test de Morisky-Green.**
- B. El Índice internacional normalizado (INR).
- C. Hemoglobina glicosilada.
- D. Test de Hemingway.

374.- Es un requisito que deben cumplir las rutas asistenciales que se establezcan para la atención de pacientes crónicos.

- A. No tienen por qué ser consensuadas entre los dos niveles (Gestores y profesionales de la salud).
- B. Abordar aspectos globales de un proceso asistencial y no aspectos demasiado concretos.
- C. Que las rutas de coordinación sean claras y concisas, con capacidad de ser modificadas fácilmente.**
- D. Mantener contactos pasivos con la enfermera referente del/ de la paciente.

375.- Es una de las cinco cualificaciones básicas con las que deben contar todos los profesionales que atienden a pacientes con problemas de salud crónicos:

- A. Comprensión emocional.
- B. Sociabilidad.
- C. Disposición al optimismo.
- D. Atención centrada en el paciente.**

376.- ¿Cuál de las siguientes NO es una enfermedad crónica frecuente en la infancia?

- A. Trastorno de déficit de atención por hiperactividad (TDAH).
- B. Fibrosis quística.
- C. Cardiopatía isquémica.**
- D. Desnutrición.

377.- Un factor en las intervenciones en procesos crónicos es:

- A. Se priorizan intervenciones preventivas, proactivas y rehabilitadoras frente al enfoque curativo de la enfermedad aguda.**
- B. Se centra la atención en las necesidades globales del paciente a corto plazo, más allá de lo exclusivamente clínico.
- C. Se requiere una atención coordinada e integral con "visión individuo" desde la atención primaria a lo largo de la enfermedad.
- D. Se realiza una valoración global de la persona, incidiendo en síntomas agudos e incidiendo en su contexto social y funcional.

378.- Es un modelo poblacional de referencia e intervención de atención a crónicos:

- A. Modelo de Atención a crónicos.
- B. Pirámide de King's Fund.**
- C. Modelo de Atención Innovadora a condiciones crónicas.
- D. Pirámide de Pagoda.

379.- Señale la respuesta INCORRECTA en relación con la Pirámide de Kaiser:

- A. En los pacientes de mayor complejidad con frecuente comorbilidad se hace necesaria una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales.
- B. Los pacientes de alto riesgo, pero de menor complejidad en lo que respecta a su comorbilidad reciben una gestión de la enfermedad que combina cuidados informales y cuidados profesionales.**
- C. La mayoría de pacientes crónicos con condiciones todavía en estadios incipientes reciben apoyo para su autogestión.
- D. La población general es foco de intervenciones de prevención y promoción que tratan de controlar los factores de riesgo que puedan llevar a los individuos a la enfermedad crónica.

380.- Probablemente, la principal referencia internacional en el ámbito de la atención a las enfermedades crónicas es el Modelo de Atención a Crónicos. ¿Cuáles son los tres planos interrelacionados en los que se articula la atención a la cronicidad?

- A. La comunidad actúa como usuaria de los servicios, el sistema sanitario se organiza con proveedores y aseguramiento, y la interacción con el paciente que tiene impacto clínico.
- B. Las políticas comunitarias sustituyen al sistema sanitario formal, las organizaciones proveedoras desaparecen en favor de la autogestión, y la práctica clínica se desarrolla sin comunicación directa con el paciente.
- C. La comunidad con sus recursos públicos y privados determinan por completo las decisiones clínicas, el sistema sanitario aporta estructuras organizativas propias, y la interacción con el paciente en la asistencia sanitaria.
- D. La comunidad con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados, el sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento, y la interacción con el paciente en la práctica clínica.**

381.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la absorción de los fármacos es INCORRECTA?

- A. La biodisponibilidad indica la cantidad de fármaco inalterado que alcanza la circulación sistémica y también la velocidad a la que lo hace.

- B. La administración intravenosa presenta una biodisponibilidad del 100%, ya que el fármaco llega directamente a la circulación sistémica.
- C. El metabolismo presistémico puede disminuir la cantidad de fármaco que alcanza la circulación sistémica.
- D. El grado de ionización, la liposolubilidad y el volumen de distribución del fármaco son factores influyentes en el grado de absorción de los fármacos.**

382.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la eliminación renal de los fármacos es correcta?

- A. La filtración glomerular permite el paso del fármaco desde la sangre al filtrado glomerular; se filtran con mayor facilidad las moléculas hidrosolubles y de pequeño tamaño.**
- B. La filtración glomerular se realiza mediante transporte activo y depende principalmente del pH urinario.
- C. La reabsorción tubular ocurre fundamentalmente por filtración y es independiente de la liposolubilidad del fármaco.
- D. La reabsorción tubular se produce únicamente en fármacos ionizados, ya que atraviesan mejor las membranas tubulares.

383.- Según la clasificación por frecuencia de aparición, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre las reacciones adversas a medicamentos (RAM) es correcta?

- A. Una RAM frecuente es aquella que aparece en $\geq 1/1.000$ y $< 1/100$.
- B. Una RAM muy frecuente es aquella que aparece en $\geq 1/100$ y $< 1/10$.
- C. Una RAM rara es aquella que aparece en $\geq 1/10.000$ y $< 1/1.000$.**
- D. Una RAM muy rara es aquella que aparece en $\geq 1/10.000$ y $< 1/1.000$.

384.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones está relacionada con las reacciones adversas a medicamentos de tipo B?

- A. Se trata de reacciones cuyos efectos están relacionados con el mecanismo de acción del fármaco.
- B. No se relacionan con la acción farmacológica del medicamento y, por tanto, son imprevisibles.**

- C. Se trata de reacciones que se producen como consecuencia de la administración prolongada y continua de un fármaco.
- D. Son reacciones adversas que aparecen algún tiempo después de la administración del medicamento.

385.- En España, la notificación espontánea de sospechas de reacciones adversas a medicamentos es obligatoria para profesionales sanitarios y laboratorios farmacéuticos, y voluntaria para los ciudadanos, según la normativa reguladora de farmacovigilancia. ¿Cuál de las siguientes opciones identifica correctamente el Real Decreto y su fecha?

- A. Real Decreto 577/2013, de 26 de julio de 2013.**
- B. Real Decreto 577/2012, de 26 de julio de 2012.
- C. Real Decreto 557/2013, de 26 de junio de 2013.
- D. Real Decreto 577/2014, de 26 de julio de 2014.

386.- ¿Cuál de los siguientes signos o síntomas NO se considera una reacción adversa medicamentosa de las que con mayor frecuencia aparecen en las bases de datos de farmacovigilancia?

- A. Hipotensión.
- B. Urticaria.
- C. Prurito.
- D. Ictericia.**

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.**

Pueden surgir dudas con la opción C. 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. A nivel teórico desde luego no es correcto afirmar que vía inhalatoria no exista metabolismo presistémico. La opción D sin embargo, es claramente falsa. Es al revés. El mecanismo de absorción suele ser por difusión pasiva para fármacos

liposolubles, mientras que en el caso de fármacos hidrosolubles es necesario un transporte activo. La respuesta queda avalada por la bibliografía de referencia para esta OPE, concretamente en la obra “administración de medicamentos y cálculo de dosis”, cuando habla de las características de la vía inhalatoria (página 54), y de los mecanismos de absorción de los fármacos (página 133).

388.- Respecto a la excreción biliar y la circulación enterohepática de los fármacos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. Se eliminan por bilis fármacos de bajo peso molecular.
- B. La circulación enterohepática impide la reabsorción intestinal.
- C. La β -glucuronidasa bacteriana puede liberar fármaco activo desde metabolitos conjugados.**
- D. Se reabsorben principalmente metabolitos conjugados sin modificación previa.

389.- En España, ¿cuál es el método de notificación de reacciones adversas a medicamentos más utilizado?

- A. Formulario electrónico de historias clínicas.
- B. Tarjeta amarilla.**
- C. Registro de dispensación farmacéutica.
- D. Notificación a través del Centro Autonómico de Farmacovigilancia.

390.- Los medicamentos termolábiles requieren condiciones específicas de conservación para mantener su estabilidad y eficacia terapéutica. ¿Cuál es el rango de temperatura adecuado para la conservación de los medicamentos termolábiles?

- A. Entre 0 y 4 °C.
- B. Entre 2 y 8 °C.**
- C. Entre 6 y 10 °C.
- D. Entre 8 y 12 °C.

391.- En relación con las revisiones periódicas de los lugares de almacenamiento de medicamentos en los centros sanitarios, señale la afirmación que NO es correcta:

- A. Comprobación de la adecuada conservación de los medicamentos en función de sus requerimientos térmicos y de protección frente a la luz.
- B. Revisión sistemática de las fechas de caducidad de los medicamentos almacenados.

- C. **Establecimiento de un orden lógico de los medicamentos, ordenados alfabéticamente por nombre comercial.**
- D. Verificación del adecuado almacenamiento de medicamentos sometidos a control especial, como los estupefacientes.

392.- En el manejo y conservación de los medicamentos termolábiles, el personal de enfermería debe tener en cuenta determinados aspectos para garantizar su estabilidad y eficacia terapéutica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

- A. El aumento de la temperatura puede acelerar el deterioro del medicamento y reducir su efectividad.
- B. Las temperaturas excesivamente bajas pueden provocar congelación y alteraciones físicas en algunos preparados.
- C. La ruptura de la cadena de frío puede favorecer la formación de productos tóxicos.
- D. **La mayoría de los medicamentos termolábiles pueden permanecer durante varias horas a temperatura ambiente, hasta un máximo de 20 °C, sin perder sus propiedades fisicoquímicas.**

393.- Una paciente ingresada en el servicio de urgencias precisa fluidoterapia intravenosa con suero fisiológico al 0,9 %, prescribiéndose un volumen total de 500 ml. ¿cuál es la cantidad total de cloruro sódico administrada en este volumen?

- A. 2,25 gramos.
- B. 3,5 gramos.
- C. **4,5 gramos.**
- D. 9 gramos.

394.- En una consulta de atención primaria se prescribe una pomada dermatológica con una concentración del 5 % para el tratamiento de una dermatosis inflamatoria. Se dispensa un envase que contiene 20 g de pomada. ¿cuál es la cantidad de principio activo contenida en este envase?

- A. 0,5 gramos.
- B. **1 gramo.**
- C. 2 gramos.
- D. 5 gramos.

395.- Se consideran soluciones isotónicas aquellas que pueden administrarse por vía venosa periférica sin producir flebitis significativa, al presentar una osmolaridad compatible con la del plasma. ¿Cuál de las siguientes soluciones se considera isotónica?

- A. 160 mOsmol/l.
- B. **420 mOsmol/l.**
- C. 690 mOsmol/l.
- D. 870 mOsmol/l.

396.- En la práctica clínica, al elaborar una prescripción farmacológica es fundamental tener en cuenta determinados factores que pueden influir de manera significativa en la adherencia al tratamiento por parte del paciente. ¿Cuál de los siguientes factores NO se asocia habitualmente de manera directa con una disminución de la adherencia terapéutica?

- A. Bajo nivel educativo y analfabetismo.
- B. Dificultad de acceso a los centros sanitarios y elevado coste del transporte.
- C. Creencias culturales y percepciones erróneas sobre la enfermedad.
- D. **Obesidad asociada a malos hábitos alimenticios.**

397.- El Servicio Profesional Farmacéutico de Sistemas Personalizados de Dosificación en farmacia comunitaria consiste en la preparación individualizada de la medicación de pacientes, especialmente polimedicados, con el objetivo de mejorar la adherencia terapéutica y reducir errores en la administración. En relación con este servicio, señale la afirmación INCORRECTA:

- A. Puede ser solicitado por el médico prescriptor cuando detecta riesgo de incumplimiento terapéutico.
- B. Puede ser recomendado por el trabajador social en pacientes con dificultades de alfabetización.
- C. **Únicamente el paciente o su familia pueden solicitar este servicio a la oficina de farmacia.**
- D. Facilita la correcta administración de la medicación y contribuye a la mejora del cumplimiento terapéutico.

398.- En el contexto de la atención domiciliaria, el personal de enfermería desempeña un papel clave en la detección de errores en la administración de medicamentos. ¿Cuál de los siguientes conjuntos de estrategias resulta más adecuado para identificar dichos errores?

- A. **Entrevista estructurada, demostraciones prácticas y supervisión de los registros de autoadministración.**
- B. Revisión de la historia clínica, control analítico y ajuste farmacológico.

- C. Encuestas telefónicas, revisión administrativa y control del stock domiciliario.
- D. Observación directa, valoración nutricional y evaluación del entorno físico.

399.- La vía sublingual permite una rápida absorción del fármaco y evita el metabolismo hepático de primer paso, lo que incrementa su biodisponibilidad y rapidez de acción. ¿Cuál de las siguientes situaciones clínicas justifica preferentemente el uso de la vía sublingual?

- A. Paciente con infección respiratoria que precisa antibioterapia oral durante 10 días.
- B. Paciente con dolor abdominal funcional y episodios recurrentes de náuseas leves, en tratamiento sintomático.
- C. Paciente con artritis reumatoide en tratamiento inmunomodulador de mantenimiento.
- D. Paciente con dolor torácico de inicio súbito compatible con isquemia miocárdica y dificultad para la deglución.**

400.- En la administración de medicamentos por vía intramuscular en el paciente adulto, es fundamental seleccionar adecuadamente el área anatómica en función del volumen a administrar. ¿Cuál de las siguientes asociaciones entre zona de inyección intramuscular y volumen máximo recomendado es correcta?

- A. Área deltoidea: hasta 2,5 ml.
- B. Área ventroglútea: hasta 5 ml.**
- C. Área dorsoglútea: hasta 8 ml.
- D. Área del vasto lateral externo: hasta 3 ml.

401.- En relación con la administración de medicamentos por vía intramuscular, determinadas condiciones clínicas pueden contraindicar su utilización debido al aumento del riesgo de complicaciones locales o sistémicas. ¿Cuál de las siguientes situaciones NO constituye una contraindicación habitual para la administración intramuscular?

- A. Trastornos de la coagulación.
- B. Edema importante en la zona de punción.
- C. Vasculopatía periférica.
- D. Panículo adiposo de gran espesor en la zona de inyección.**

402.- Según la clasificación de los medicamentos peligrosos, establecida en función de su potencial riesgo para la salud, estos se agrupan en tres categorías principales:

- A. Grupo 1: fármacos con bajo riesgo toxicológico; Grupo 2: medicamentos de uso hospitalario; Grupo 3: fármacos de dispensación ambulatoria.
- B. Grupo 1: fármacos antineoplásicos; Grupo 2: fármacos no antineoplásicos que cumplen criterios del NIOSH; Grupo 3: fármacos con riesgo reproductivo.**
- C. Grupo 1: medicamentos biológicos; Grupo 2: psicofármacos; Grupo 3: fármacos teratógenos.
- D. Grupo 1: fármacos de alto riesgo toxicológico; Grupo 2: medicamentos genéricos; Grupo 3: fármacos de uso restringido.

403.- En la administración de medicamentos por vía parenteral, el ángulo de inserción de la aguja varía en función de la vía utilizada, con el fin de garantizar una correcta deposición del fármaco y minimizar complicaciones. ¿Cuál de las siguientes asociaciones entre vía de administración y ángulo de inyección es correcta?

- A. Intradérmica: 10–15º / Subcutánea: 45–90º / Intramuscular: 90º.**
- B. Intradérmica: 15–20º / Subcutánea: 35–45º / Intramuscular: 60–90º.
- C. Intradérmica: 10–15º / Subcutánea: 90º / Intramuscular: 45–90º.
- D. Intradérmica: 15–20º / Subcutánea: 45–60º / Intramuscular: 75–90º.

404.- En relación con el procedimiento adecuado para la administración de pomadas oftálmicas, señale la afirmación que NO es correcta:

- A. El paciente debe colocarse en posición sentada o en decúbito, con la cabeza ligeramente hacia atrás.
- B. Se debe retraer el párpado inferior para exponer el saco conjuntival.
- C. Tras la aplicación, se debe indicar al paciente que parpadee una o dos veces y mantenga posteriormente los ojos cerrados.**
- D. Debe aplicarse aproximadamente una tira de 0,5 cm de pomada, evitando el contacto directo con la córnea.

405.- En relación con el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, señale qué normativa NO está relacionada ni resulta de aplicación directa en su desarrollo o marco jurídico:

- A. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.
- B. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- C. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el SNS.
- D. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.**

406.- Según el artículo 7 del Decreto 38/2012, sobre la cumplimentación de la historia clínica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre las anotaciones subjetivas es CORRECTA?

- A. Son datos objetivos verificables mediante pruebas complementarias y deben ser accesibles siempre al paciente.
- B. Incluyen impresiones o valoraciones personales del profesional no sustentadas directamente en datos objetivos y pueden quedar claramente identificadas para facilitar su disociación.**
- C. No deben constar en la historia clínica por afectar a la intimidad del paciente.
- D. Pueden incorporar expresiones o comentarios sin relación directa con la asistencia sanitaria si aportan contexto clínico.

407.- En relación con el acceso a la historia clínica según el Decreto 38/2012 y la normativa básica estatal, señale la opción CORRECTA:

- A. El acceso del paciente a su historia clínica es absoluto y no puede limitarse en ningún caso.
- B. Los profesionales sanitarios pueden acceder libremente a cualquier historia clínica del centro, con independencia de que intervengan o no en la asistencia del paciente.
- C. El acceso a la historia clínica debe limitarse a los fines específicos previstos legalmente, garantizando los derechos de la persona titular de los datos.**
- D. La entrega de documentación clínica no requiere identificar a la persona solicitante ni justificar la finalidad del acceso, para facilitar la transparencia asistencial.

408.- En relación con el acceso a la historia clínica por personal sanitario con finalidad distinta a la asistencial y por terceras personas, según el Decreto 38/2012, señale la opción CORRECTA.

- A. El personal sanitario con funciones de inspección o evaluación puede acceder

libremente a toda la historia clínica sin limitación de datos ni necesidad de justificar el acceso.

- B. El acceso a la historia clínica con fines de investigación exige siempre el consentimiento expreso de la persona paciente, sin excepciones.
- C. Las compañías aseguradoras privadas pueden acceder a la historia clínica completa del paciente para fines de facturación sin necesidad de consentimiento.
- D. El acceso a la historia clínica con fines de gestión, inspección o investigación debe limitarse a los datos imprescindibles y, como norma general, garantizar la disociación o anonimización de los datos identificativos.**

409.- Según el Decreto 38/2012, ¿cuánto tiempo debe transcurrir desde el fallecimiento de la persona paciente para que pueda destruirse la totalidad de su documentación clínica?

- A. Cinco años desde el fallecimiento.
- B. Diez años desde el fallecimiento.**
- C. Quince años desde el fallecimiento.
- D. La documentación clínica no puede destruirse tras el fallecimiento.

410.- Según el Decreto 38/2012, antes de otorgar el consentimiento informado, ¿cuál de las siguientes NO forma parte de la información básica que debe recibir la persona paciente?

- A. La finalidad y los beneficios esperados de la intervención terapéutica.
- B. Las consecuencias relevantes o de importancia asociadas a la intervención.
- C. Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales de la persona paciente.
- D. Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia del profesional que realizará el procedimiento.**

411.- Según el Decreto 147/2015, sobre derechos y deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA en relación con la negativa al tratamiento?

- A. La persona paciente puede negarse a cualquier tratamiento en todo caso, incluso cuando exista riesgo grave e inmediato para su vida.
- B. La negativa al tratamiento solo es válida si se formaliza siempre por escrito mediante consentimiento informado negativo.

- C. **La persona paciente puede negarse al tratamiento, salvo en los supuestos previstos legalmente, aunque dicha negativa pueda ocasionar un perjuicio grave para su salud.**
- D. La negativa al tratamiento queda anulada automáticamente cuando el profesional considera que la decisión no es beneficiosa para la persona paciente.

412.- Según el artículo 5 del Decreto 147/2015, relativo a los derechos de la persona paciente en la participación responsable en la gestión de su propia salud, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

- A. **La persona paciente tiene derecho a decidir unilateralmente la organización y priorización de los recursos sanitarios públicos que se le asignen, en función de sus preferencias personales.**
- B. La persona paciente puede acceder a la información contenida en su historia clínica y obtener copia de la misma, conforme a los límites y garantías previstos en la normativa vigente.
- C. La persona paciente tiene derecho a recibir información comprensible sobre los recursos sanitarios y sociosanitarios disponibles para poder gestionar su salud con el mayor nivel de autonomía posible.
- D. La persona paciente tiene derecho a conocer la identidad, titulación y especialidad del profesional sanitario responsable de su diagnóstico y tratamiento.

413.- Según el artículo 6 del Decreto 147/2015, relativo a los derechos en relación con la organización y gestión del sistema sanitario de Euskadi, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre los derechos lingüísticos de las personas usuarias es INCORRECTA?

- A. Las personas usuarias tienen derecho a que se garanticen sus derechos lingüísticos conforme a la normativa vigente sobre normalización del uso del euskera en el ámbito sanitario.
- B. El sistema sanitario debe posibilitar que la persona usuaria pueda relacionarse con los servicios sanitarios en cualquiera de las lenguas oficiales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- C. **El ejercicio de los derechos lingüísticos por parte de la persona usuaria queda condicionado a la disponibilidad inmediata de**

personal sanitario bilingüe en cada centro o servicio.

- D. Los derechos lingüísticos en el sistema sanitario se fundamentan en la legislación autonómica sobre normalización del euskera y en la normativa específica aplicable a las personas consumidoras y usuarias.

414.- Según el artículo 7 del Decreto 147/2015, relativo a los derechos en relación con las políticas sanitarias específicas, ¿cuál de los siguientes NO se considera un colectivo vulnerable conforme a los criterios establecidos en dicho artículo?

- A. Personas con trastorno mental.
- B. **Personas con enfermedades raras de origen genético.**
- C. Personas inmigrantes en situación administrativa irregular.
- D. Personas con discapacidad o diversidad funcional.

415.- De acuerdo con el artículo 12.2 del Decreto 147/2015, la posesión de la Tarjeta Individual Sanitaria en el Sistema Sanitario de Euskadi permite el ejercicio de determinadas facultades. ¿Cuál de las siguientes NO se corresponde con una facultad reconocida en dicho artículo?

- A. Obtención de una segunda opinión médica en procesos de enfermedad que conlleven riesgo para la vida o afecten gravemente a su calidad, en los términos previstos normativamente.
- B. Elección de profesional facultativo general y pediatra, así como de centro de atención primaria y, en su caso, del hospital correspondiente.
- C. Acceso a la asistencia sanitaria en un período de tiempo razonable, con garantía de plazo máximo de respuesta en los supuestos reglamentariamente establecidos.
- D. **Elección del profesional de enfermería, fisioterapia o trabajo social en el marco de la organización asistencial del sistema sanitario de Euskadi.**

416.- En relación con las funciones de los Servicios de Atención a Pacientes y Personas Usuarias del sistema sanitario de Euskadi, según el Decreto 147/2015, señale la afirmación CORRECTA:

- A. **Los Servicios de Atención a Pacientes y Personas Usuarias pueden formular propuestas de mediación, pero la resolución**

de la reclamación corresponde siempre al órgano competente.

- B. La mediación llevada a cabo por estos servicios tiene carácter vinculante y sustituye la resolución administrativa cuando hay conformidad de la persona usuaria.
- C. Estos servicios pueden resolver reclamaciones cuando, tras un proceso de mediación, exista acuerdo entre las partes implicadas.
- D. Cuando una reclamación es susceptible de mediación, queda excluida su posterior resolución por la Administración sanitaria.

417.- En relación con la protección de datos de carácter personal en el ámbito sanitario y las consecuencias penales derivadas de su vulneración, señale la opción CORRECTA conforme a lo dispuesto en el artículo 199 del Código Penal:

- A. La revelación de datos de salud por parte de un profesional sanitario sin consentimiento únicamente conlleva responsabilidad administrativa, al tratarse de información obtenida en el ejercicio de una función pública.
- B. El profesional sanitario que divulga datos de salud incumpliendo su deber de secreto profesional puede ser castigado con pena de prisión y multa, además de inhabilitación especial para el ejercicio de su profesión.**
- C. Solo existe responsabilidad penal cuando la revelación de datos se produce con ánimo de lucro o difusión pública masiva de la información.
- D. La divulgación de datos clínicos sin consentimiento constituye delito únicamente si el paciente demuestra un perjuicio económico directo derivado de dicha revelación.

418.- Según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, ¿cuál de los siguientes términos describe cualquier procedimiento físico o mecánico dirigido a contener, sujetar o limitar el movimiento parcial o total del cuerpo y que no pueda ser manipulado por la persona?

- A. Restricción mecánica.
- B. Sujeción mecánica.
- C. Contención mecánica.**
- D. Restricción física.

419.- De acuerdo con el algoritmo de actuación de la Guía de recomendaciones para la prevención y reducción del uso de contenciones en personas adultas durante la atención sanitaria de Osakidetza

(2024), ¿en qué momento puede valorarse la aplicación de contención mecánica?

- A. Ante la presencia inicial de agitación psicomotriz, como medida preventiva para evitar riesgos potenciales.
- B. Cuando exista riesgo de daños inminentes, de forma simultánea a la valoración inicial de la persona atendida.
- C. Siempre que la persona atendida rechace las intervenciones de acompañamiento o distracción verbal.
- D. Tras constatar que las medidas previas no coercitivas han fracasado y persiste un riesgo de daño, con prescripción facultativa y consentimiento informado si procede.**

420.- En el contexto de desescalada verbal para la prevención de la contención mecánica, ¿cuál de los siguientes dominios debería aplicarse antes de haber iniciado el contacto verbal con la persona atendida?

- A. Respetar espacio personal.**
- B. Establecer límites claros.
- C. Escucha activa.
- D. Identificar deseos y sentimientos.

421.- Durante un turno de noche en una unidad de hospitalización, una paciente de 88 años, orientada y con capacidad de decisión conservada, rechaza de forma reiterada la colocación de una sonda vesical, pese a que el equipo considera que facilitaría el control clínico. Ante la insistencia del personal, la paciente vuelve a manifestar su negativa de forma expresa y comprensible. ¿Cuál es el principio bioético que se vería vulnerado si se procediera a la colocación de la sonda sin su consentimiento?

- A. Beneficencia.
- B. No maleficencia.
- C. Justicia.
- D. Autonomía.**

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.

Surgen dudas entre el principio de no maleficencia (C) y el de beneficencia.

La bibliografía oficial, en la obra Bioética en Ciencias de la Salud, de M.A Sánchez González, se definen los conceptos de beneficencia y no maleficencia como sigue:

“Beneficencia: obligación de actuar en beneficio del enfermo, ayudándole a promover sus legítimos intereses. No Maleficencia: no producir daños intencionadamente”.

Otra de las obras de referencia para esta OPE, el libro de Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth, define así los conceptos de beneficencia y no maleficencia:

“La beneficencia es el deber de “realizar actos de compasión, bondad, amistad, caridad y similares” 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. 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”.

Basándonos en estas definiciones, creo que la opción que podemos justificar es la de “actuar en beneficio del enfermo”, es decir, “Beneficencia”.

Sin embargo, es cierto que, en este caso, la no intervención conllevaría negligencia profesional, y la producción de un daño derivado de dicha negligencia constituiría la violación del principio de no maleficencia. Podemos entender que en este contexto proteger al paciente es, por tanto, respetar este principio de no maleficencia. Puesto que el objetivo de la intervención es evitar un daño, el principio implicado es el de no maleficencia. Nuestra intervención no persigue conseguir un beneficio para nuestra paciente (eso sí sería beneficencia). Nuestra intervención persigue evitar un daño. Es claramente el principio de no maleficencia el implicado.

Conclusión: pregunta complicada. Considero que la respuesta correcta es claramente la de “no maleficencia”. Sin embargo, considero también que la respuesta que podemos respaldar bibliográficamente con las referencias oficiales de las que disponemos es la de beneficencia. Por este motivo y desde una perspectiva puramente práctica, de cara a esta OPE yo apostaría por la opción “beneficencia”.

423.- Según el Código Deontológico de la profesión enfermera, ¿en cuál de los siguientes supuestos NO resulta de aplicación dicho Código?

- A. Una enfermera colegiada que ejerce su actividad profesional en un centro socio sanitario en Donostia-San Sebastian.
- B. Una enfermera colegiada que presta servicios en el Hospital de Txagorritxu en Vitoria-Gasteiz.
- C. Una enfermera extranjera que, en virtud de un convenio internacional, ejerce ocasionalmente la profesión enfermera en el Hospital de Urduliz, Bizkaia.
- D. Una enfermera que, tras finalizar su contrato en Osakidetza hace un año, se ha trasladado a trabajar de forma estable a Edimburgo, Escocia.**

424.- Una enfermera de atención primaria atiende a un paciente diagnosticado de una enfermedad transmisible de declaración obligatoria, que supone un riesgo grave para la salud pública. Durante la entrevista, el paciente manifiesta de forma explícita que no piensa seguir las recomendaciones sanitarias y que su intención es relacionarse con el mayor número posible de personas, siendo consciente del riesgo de contagio. Según el Código Deontológico de la profesión enfermera, ¿cuál debe ser la actuación correcta de la enfermera?

- A. Mantener el secreto profesional, ya que la confidencialidad solo puede romperse con el consentimiento expreso del paciente.
- B. Comunicar la situación a las autoridades competentes por motivos legales y de seguridad, limitando la información revelada al mínimo indispensable y al número estrictamente necesario de personas.**
- C. Informar a todas las personas potencialmente expuestas para prevenir el contagio, aunque ello suponga revelar datos clínicos del paciente.
- D. Registrar la negativa del paciente en la historia clínica y respetar su decisión, al tratarse de un adulto competente.

425.- Según el Código Deontológico de la profesión enfermera, en relación con el medio ambiente y la salud comunitaria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

- A. La participación de la enfermera en programas dirigidos a reducir la acción nociva de factores químicos, biológicos o físicos**

queda supeditada a la existencia de una orden expresa de la autoridad sanitaria competente.

- B. La enfermera tiene el deber de conocer, analizar y comunicar las consecuencias ecológicas de los contaminantes y sus efectos nocivos sobre la salud humana.
- C. La enfermera debe impartir educación para la salud ambiental con el objetivo de fomentar una conciencia sana de la comunidad respecto a los problemas del medio ambiente.
- D. La enfermera debe colaborar con las autoridades sanitarias en la planificación de actividades orientadas al control del medio ambiente y a la mejora de la atención a la salud comunitaria.

426.- En una unidad de hospitalización, una enfermera ante una elevada carga asistencial, decide pedir a un auxiliar de enfermería que administre una medicación intravenosa prescrita recientemente a un paciente, indicándole que ella estará disponible “por si surge algún problema”, ya que el auxiliar tiene experiencia en la unidad. De acuerdo con el Código Deontológico de la profesión enfermera, ¿cuál es la valoración CORRECTA de esta actuación?

- A. Es correcta, siempre que el auxiliar tenga experiencia previa y la enfermera permanezca localizable durante el procedimiento.
- B. Es incorrecta, ya que la enfermera no puede delegar funciones propias en otros profesionales que no estén debidamente capacitados, aunque exista supervisión.**
- C. Es correcta si la enfermera ha informado previamente al auxiliar y ha comprobado que el paciente está estable.
- D. Es correcta si la decisión se justifica por una situación de sobrecarga asistencial y riesgo organizativo.

427.- Una enfermera con varios años de experiencia comienza a trabajar en una unidad donde se han incorporado nuevos procedimientos y tecnologías asistenciales. Ante algunas dudas técnicas, comenta que no ha recibido formación específica por parte del centro y que, hasta que no se la proporcionen, continuará aplicando los procedimientos “como siempre se han hecho”. De acuerdo con el Código Deontológico de la profesión enfermera, ¿quién tiene la responsabilidad principal de garantizar la actualización de los conocimientos necesarios para un ejercicio profesional seguro?

- A. La institución sanitaria, que debe proporcionar siempre formación previa antes de exigir cambios en la práctica clínica.
- B. La dirección de enfermería, que debe detectar las carencias formativas individuales y resolverlas.
- C. La propia enfermera, que debe identificar sus necesidades de aprendizaje y actuar de forma proactiva en su formación continua.**
- D. El equipo multidisciplinar, que debe compensar las carencias formativas de sus miembros mediante el trabajo en grupo.

428.- En una unidad hospitalaria se incorporan estudiantes de Enfermería para realizar el prácticum. La supervisora asigna a cada estudiante una enfermera o enfermero de referencia. Una de las profesionales asignadas manifiesta su desacuerdo y afirma que no le corresponde supervisar ni enseñar, ya que en su salario no recibe compensación económica específica por ello. De acuerdo con el Código Deontológico de la profesión enfermera, ¿cuál de las siguientes actuaciones es la más adecuada?

- A. Recordar que la enfermera o el enfermero tiene la responsabilidad individual y colectiva de asumir la educación en Enfermería a todos sus niveles, incluida la supervisión del estudiantado en prácticas.**
- B. Reasignar al estudiantado exclusivamente a la supervisora o a personal docente externo, evitando la implicación del personal asistencial.
- C. Aceptar la negativa de la profesional, ya que la actividad docente solo es exigible si existe reconocimiento económico expreso.
- D. Limitar la supervisión a la observación pasiva, evitando implicación formativa directa para no interferir en la carga asistencial.

429.- ¿Qué modelo guía la estructura y contenido de la segunda edición de la Herramienta de Implantación de guías de buenas prácticas de RNAO?

- A. Modelo de Mejora Continua.
- B. Marco de Conocimiento para la Acción.**
- C. Ciclo de Deming.
- D. Modelo de Rogers.

430.- ¿Qué instrumento se recomienda utilizar para evaluar la calidad de una guía de buenas prácticas antes de su implantación?

- A. AGREE II.**
- B. PRISMA.

- C. CONSORT.
- D. GRADE.

431.- ¿Qué se considera una parte interesada (stakeholder) según la “Herramienta de implantación de buenas prácticas”?

- A. Únicamente los pacientes.
- B. Únicamente los profesionales de salud.
- C. Individuos, grupos o instituciones con interés directo en la implantación de la guía.**
- D. Únicamente los financiadores del proyecto

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.**

433.- Según la “Herramienta de implantación de buenas prácticas”, ¿qué se incluye en la definición de "auditoría y feedback"?

- A. Una revisión de la literatura científica.
- B. Una encuesta de satisfacción del paciente.
- C. Un resumen del desempeño clínico que puede incluir recomendaciones para la acción.**
- D. La observación directa del paciente.

434.- ¿Cuál de los siguientes no es un criterio para seleccionar indicadores para monitorizar el progreso de la sostenibilidad en la institución?

- A. Validez interna.**
- B. Viabilidad.
- C. Claridad y capacidad de ser entendido por los usuarios.
- D. Relevancia.

435.- ¿Qué iniciativa de RNAO permite la recogida de datos y medición de indicadores estructurales, de proceso y de resultado relacionados con cada Guía de Buena Práctica?

- A. AGREE II.
- B. BPSO.
- C. ADAPTE.
- D. NQuIRE.**

436.- ¿Qué se recomienda al involucrar a las partes interesadas con alta influencia, pero bajo apoyo?

- A. Darles mucha atención para intentar conseguir su apoyo.**
- B. Ignorarlas, ya que no apoyan.

- C. Excluir las del proceso.
- D. Solo informarles al final del proyecto.

437.- La implantación efectiva de las Guías de Buenas Prácticas, puede alcanzar como objetivo:

- A. Mantener la base de conocimientos en enfermería.
- B. Aportar el nivel de carencias financieras en la investigación.
- C. Trasladar a la investigación la evidencia fruto de la práctica.
- D. Reducir la variabilidad en los cuidados.**

438.- ¿Qué tipo de recurso se define como "formas de apoyo no monetarias, como el acceso a bienes y servicios"?

- A. Recursos financieros.
- B. Recursos humanos.
- C. Recursos en especie.**
- D. Recursos tecnológicos.

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.

Pregunta dudosa. Tanto qué se va a hacer (D), como los pasos en los que se descompone (“cómo se va a hacer”), se englobarían dentro de los indicadores de Proceso. Me parece que podría ser más claro el “cómo lo va a hacer”: indicadores de calidad de cada paso del proceso. Entiendo que si desglosamos la intervención completa (“Qué vamos a hacer”), en sus componentes paso a paso (“Cómo lo vamos a hacer”), el análisis de dichos componentes resulta más práctico a la hora de monitorizar la correcta implementación del proceso completo.

440.- ¿Cuál es uno de los factores clave que influyen como facilitador en la implantación de una guía de buenas prácticas?

- A. Actitudes y creencias políticas del personal.
- B. Apoyo del liderazgo.**
- C. Grupo de interrelación.
- D. Integración limitada de las recomendaciones de la guía en los procesos y estructuras institucionales.

441.- En relación con las diferencias entre los enfoques cuantitativo y cualitativo en investigación en enfermería, señale la afirmación CORRECTA:

- A. El enfoque cuantitativo parte de la idea de que la realidad es construida socialmente y depende de la interpretación de los sujetos que participan en el estudio.
- B. El enfoque cualitativo se apoya fundamentalmente en marcos positivistas y busca medir variables objetivas mediante instrumentos estandarizados.
- C. El enfoque cuantitativo asume la existencia de una realidad objetiva, externa al investigador, que puede conocerse y medirse.**
- D. El enfoque cualitativo pretende generalizar los resultados a grandes poblaciones mediante el análisis estadístico inferencial.

442.- Una enfermera investigadora quiere explorar cómo viven las personas con insuficiencia cardíaca avanzada la educación terapéutica recibida durante el ingreso hospitalario, con el objetivo de comprender sus percepciones, significados y experiencias. Para ello diseña un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad. ¿Cuál sería la estrategia de muestreo más adecuada para este tipo de estudio?

- A. Seleccionar a las personas participantes mediante un muestreo aleatorio estratificado según edad y sexo.
- B. Incluir de forma intencional a personas que aporten información relevante, incorporando nuevas entrevistas hasta alcanzar la saturación teórica.**
- C. Elegir a las personas participantes mediante muestreo por conglomerados según unidades de hospitalización.
- D. Seleccionar sistemáticamente a cada quinto paciente ingresado en la unidad durante el periodo de estudio.

443.- En un diseño de investigación descriptivo-correlacional, ¿qué se analiza principalmente?

- A. Efectos causales de una intervención.
- B. Asociaciones entre variables.**
- C. Diferencias entre grupos experimentales.
- D. Evolución temporal de una cohorte.

444.- En análisis cualitativo, ¿qué representa el proceso de triangulación?

- A. Uso exclusivo de tres investigadores.
- B. Muestreo en tres fases sucesivas.
- C. Análisis estadístico tridimensional.
- D. Convergenencia de múltiples fuentes metodológicas.**

445.- En la fase empírica, ¿cuál es la técnica cuantitativa MÁS adecuada para medir satisfacción con cuidados?

- A. Análisis de contenido temático.
- B. Observación participante no estructurada.
- C. Cuestionario validado con escala Likert.**
- D. Entrevista narrativa libre.

446.- ¿Qué validez es MÁS crítica en la fase de diseño de instrumentos de medida?

- A. Validez de constructo y contenido.**
- B. Validez estadística post-hoc.
- C. Validez de difusión mediática.
- D. Validez temporal retrospectiva.

447.- Una enfermera investigadora quiere explorar las experiencias y percepciones de pacientes hospitalizados sobre la calidad de los cuidados recibidos tras una cirugía mayor. Para ello, decide utilizar técnicas propias de la investigación cualitativa. ¿Cuál de las siguientes NO sería una técnica cualitativa de recogida de datos adecuada para este estudio?

- A. Entrevistas semiestructuradas a pacientes durante el ingreso.
- B. Grupos focales con personas dadas de alta recientemente.
- C. Encuestas estructuradas con preguntas cerradas.**
- D. Observación participante sistemática del proceso de cuidados en la unidad.

448.- Una enfermera investigadora realiza un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad a personas cuidadoras informales, con el objetivo de analizar discursos, categorías y relaciones entre significados. Para el análisis cualitativo de los datos, revisa distintos programas informáticos. ¿Cuál de los siguientes NO es un programa adecuado para el análisis cualitativo de datos?

- A. SPSS.**
- B. ATLAS.ti.
- C. Ethnograph.
- D. NVivo.

449.- Un equipo de enfermería quiere investigar el cuidado de personas con demencia y el impacto en sus familiares cuidadores, con el objetivo de mejorar la atención y el apoyo desde los servicios sociosanitarios. El equipo analiza entrevistas y diarios de campo de familiares cuidadores y profesionales, aplicando codificación abierta, axial y selectiva, con comparación constante de datos, para desarrollar un

modelo explicativo sobre cómo evolucionan las estrategias de cuidado familiar a lo largo del curso de la demencia. ¿A qué método cualitativo corresponde principalmente este enfoque?

- A. Teoría fundamentada.
- B. Etnografía.
- C. Fenomenología.
- D. Investigación-acción participativa.

450.- Un equipo de enfermería quiere investigar el cuidado de personas con demencia y el impacto en sus familiares cuidadores, con el objetivo de mejorar la atención y el apoyo desde los servicios sociosanitarios. El equipo diseña el estudio junto con familiares y personas con demencia en fases iniciales, quienes codiseñan intervenciones, participan en la toma de decisiones y evalúan los cambios introducidos en los apoyos comunitarios, con el objetivo explícito de transformar la práctica. ¿A qué método cualitativo corresponde principalmente este enfoque?

- A. Teoría fundamentada.
- B. Etnografía.
- C. Fenomenología.
- D. Investigación-acción participativa.

451.- Un equipo de enfermería quiere investigar el cuidado de personas con demencia y el impacto en sus familiares cuidadores, con el objetivo de mejorar la atención y el apoyo desde los servicios sociosanitarios. Las investigadoras se integran durante un año en centros de día, domicilios y asociaciones de familiares, observando rituales, normas implícitas, roles, lenguaje y prácticas compartidas en torno al cuidado de personas con demencia, con el fin de comprender la cultura del cuidado en distintos contextos comunitarios. ¿A qué método cualitativo corresponde principalmente este enfoque?

- A. Teoría fundamentada.
- B. Etnografía.
- C. Fenomenología.
- D. Investigación-acción participativa.

452.- Un equipo de enfermería quiere investigar el cuidado de personas con demencia y el impacto en sus familiares cuidadores, con el objetivo de mejorar la atención y el apoyo desde los servicios sociosanitarios. El estudio se focaliza en cómo los familiares viven y significan el cuidado cotidiano de una persona con demencia, explorando en profundidad emociones, percepciones y sentido del

cuidado. ¿A qué método cualitativo corresponde principalmente este enfoque?

- A. Teoría fundamentada.
- B. Etnografía.
- C. Fenomenología.
- D. Investigación-acción participativa.

453.- En relación con el modelo de práctica basada en la evidencia (PBE) en enfermería, ¿cuál de los siguientes NO forma parte de los factores que influyen en dicho modelo?

- A. La mejor evidencia disponible procedente de la investigación científica.
- B. La experiencia clínica del profesional de enfermería.
- C. Las circunstancias, valores y preferencias de la persona paciente.
- D. La disponibilidad presupuestaria y la eficiencia económica del sistema sanitario.

454.- Una unidad de enfermería detecta una elevada tasa de úlceras por presión en pacientes inmovilizados. El equipo enfermero diseña un estudio para analizar la incidencia, identificar factores asociados y valorar la efectividad de diferentes intervenciones preventivas, con el objetivo de mejorar los cuidados y la seguridad del paciente. Desde el punto de vista conceptual, esta actuación se corresponde principalmente con:

- A. Una auditoría asistencial orientada al control interno de la calidad.
- B. La aplicación directa de la Guía BPSO de prevención de úlceras por presión.
- C. Un proceso de investigación en enfermería destinado a generar y validar conocimiento aplicable a la práctica clínica.
- D. Un programa de formación continuada sin relación con la producción de conocimiento científico.

455.- En relación con las formas de adquisición del conocimiento en enfermería, señale la opción CORRECTA:

- A. El modelado de roles permite la adquisición de conocimientos mediante la observación e imitación de profesionales expertos, siendo una estrategia clave en la formación práctica en enfermería.
- B. La experiencia personal constituye una fuente suficiente de conocimiento para la práctica enfermera, incluso en ausencia de evidencia científica.

- C. El conocimiento adquirido por tradición garantiza prácticas eficaces, ya que ha demostrado su validez al mantenerse estable a lo largo del tiempo.
- D. La intuición es una forma de conocimiento espontáneo sin base cognitiva ni relación con la experiencia clínica acumulada.

456.- En relación con la asociación entre la formación académica de los y las profesionales de enfermería y las expectativas y competencias en investigación, señale la opción INCORRECTA:

- A. En las enfermeras y enfermeros con formación de grado, no se espera ninguna implicación en actividades de investigación, lectura o valoración crítica de los estudios de investigación, limitándose su papel a la aplicación directa de cuidados asistenciales.**
- B. En profesionales con formación de máster, se incluyen competencias relacionadas con la valoración crítica y síntesis de la evidencia, así como la elaboración y revisión de protocolos y guías clínicas.
- C. En profesionales con formación doctoral, se espera la generación de conocimiento científico mediante la realización de investigaciones originales y la colaboración en proyectos de investigación.
- D. En profesionales con formación postdoctoral, se asume un papel de liderazgo en investigación, incluyendo la dirección de proyectos, la obtención de financiación y la tutorización de investigadores con grado doctoral.

457.- Un equipo de enfermería quiere comprender en profundidad la experiencia vivida por personas cuidadoras informales de pacientes con demencia avanzada en domicilio, con el objetivo de identificar significados, percepciones y necesidades comunes que orienten futuras intervenciones de apoyo. Para responder a esta pregunta de investigación, ¿cuál es el proceso de síntesis de la evidencia más adecuado?

- A. Metaanálisis, utilizando métodos estadísticos para estimar el efecto global del cuidado informal sobre la carga del cuidador.
- B. Metasíntesis, integrando de forma sistemática estudios cualitativos originales para desarrollar una interpretación comprensiva de los hallazgos.**

- C. Revisión sistemática, combinando estudios cuantitativos y cualitativos mediante análisis estadístico.
- D. Revisión sistemática de métodos mixtos, centrada en estudios experimentales y cuasiexperimentales con análisis estadístico.

458.- Un grupo de enfermeras quiere actualizar un protocolo clínico sobre prevención de caídas y decide basar sus recomendaciones en el nivel más alto de evidencia científica disponible, según la pirámide de niveles de evidencia en investigación en enfermería. ¿En cuál de los siguientes niveles de evidencia se situaría la fuente más adecuada para este objetivo?

- A. Nivel I: Revisión sistemática y metaanálisis.**
- B. Nivel II: Ensayo controlado aleatorizado (ECA) o estudio experimental.
- C. Nivel III: Estudios cuasiexperimentales
- D. Nivel IV: Revisión sistemática de métodos mixtos y metasíntesis.

459.- Una enfermera participa en un estudio experimental con modelos animales cuyo objetivo es comprender los mecanismos celulares implicados en la pérdida de masa muscular asociada al envejecimiento, sin aplicación directa e inmediata en la práctica asistencial. ¿A qué tipo de investigación corresponde este estudio?

- A. Investigación aplicada.
- B. Investigación básica.**
- C. Investigación traslacional.
- D. Investigación evaluativa clínica.

460.- Durante la valoración crítica de un estudio de investigación en enfermería, tanto cuantitativo como cualitativo, la enfermera revisora debe aplicar una serie de principios clave para determinar la calidad y utilidad del estudio. ¿Cuál de los siguientes NO constituye un principio clave de la valoración crítica según las guías metodológicas en investigación en enfermería?

- A. Analizar la relevancia del problema estudiado para la práctica enfermera y su contribución a la práctica basada en la evidencia.
- B. Identificar los puntos fuertes y débiles del estudio, siendo objetivo y realista en su valoración.
- C. Evaluar la calidad del estudio y la coherencia de sus hallazgos con la literatura existente.
- D. Determinar si los resultados del estudio confirman la hipótesis del autor y descartar el estudio si no lo hacen.**

461.- En el contexto de la práctica basada en la evidencia en enfermería, se utilizan diferentes bases de datos y recursos bibliográficos para localizar estudios científicos. ¿Cuál de los siguientes recursos es el que cubre de forma más específica y amplia la literatura de revistas internacionales del ámbito de la enfermería?

- A. CINAHL.
- B. MEDLINE (PubMed).
- C. PsycINFO.
- D. Biblioteca Cochrane.

462.- En una unidad de atención primaria se plantea revisar la evidencia disponible sobre la administración de inyecciones intramusculares en población adulta, con el objetivo de reducir complicaciones locales asociadas a la técnica. Para ello, el equipo formula una pregunta clínica utilizando el formato PICO. ¿Cuál de los siguientes elementos del PICO está incorrectamente formulado en relación con este escenario?

- A. P: Personas adultas que reciben inyecciones intramusculares en el ámbito asistencial.
- B. I: Administración de la inyección intramuscular sin aspiración, siguiendo la localización anatómica correcta.
- C. C: Administración de la inyección intramuscular con aspiración previa durante varios segundos, independientemente del lugar de punción.
- D. O: **Grado de conocimiento del personal de enfermería sobre la técnica de inyección intramuscular.**

463.- Un equipo de enfermería de un hospital comarcal de Osakidetza decide implantar la práctica basada en la evidencia (PBE) de forma estructurada para mejorar la calidad y seguridad de los cuidados. Para ello, revisan distintos modelos teóricos que guían la implementación de la PBE en la práctica clínica. ¿Cuál de los siguientes NO corresponde a un modelo o programa reconocido de práctica basada en la evidencia en enfermería?

- A. Modelo de Stetler para la implementación de la práctica basada en la evidencia.
- B. Modelo de Iowa para la práctica basada en la evidencia.
- C. **Modelo Integrado de Transferencia Clínica Basada en Resultados Asistenciales (MITC-BRA).**

- D. Programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO).

464.- Un grupo de enfermeras participa en un proyecto de investigación que parte de hallazgos obtenidos en estudios básicos sobre la respuesta inflamatoria al dolor postoperatorio. A partir de estos resultados, se diseña una intervención de cuidados enfermeros, se prueba en una unidad hospitalaria concreta y posteriormente se ajusta para su implantación progresiva en la práctica clínica, evaluando resultados en pacientes reales. ¿A qué tipo de investigación corresponde principalmente este enfoque?

- A. Investigación básica.
- B. Investigación aplicada.
- C. **Investigación translacional.**
- D. Investigación clínica descriptiva.

465.- Se realiza un estudio sobre la presión arterial sistólica en una muestra de 200 pacientes. Los datos siguen una distribución normal con media de 130 mmHg y desviación estándar de 15 mmHg. ¿Qué característica define a una distribución normal?

- A. Es asimétrica y presenta una cola derecha más prolongada.
- B. **Es simétrica alrededor de la media y tiene forma de campana.**
- C. Todos los valores tienen la misma frecuencia.
- D. La media es siempre mayor que la mediana.

466.- En un estudio observacional sobre tiempos de espera en urgencias, se obtienen los siguientes datos (en minutos): 5, 7, 10, 12, 15, 20, 120. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las medidas de tendencia central es CORRECTA?

- A. La media es la medida más representativa del tiempo típico de espera.
- B. La moda es 120 minutos, coincidiendo con el valor más alto.
- C. **La mediana es 12 minutos y refleja mejor el tiempo central sin influencia de valores atípicos.**
- D. La media y la mediana son idénticas, por lo que ambas son igualmente válidas.

467.- ¿Cuál de los siguientes parámetros indica la dispersión o variabilidad de los datos alrededor de la media en una distribución?

- A. La dispersión variable.
- B. El rango intercuartílico.
- C. La correlación de Pearson.

D. La desviación estándar y la varianza.

468.- ¿Qué representa el intervalo de confianza al 95% en una investigación?

- A. Que existe un 95% de probabilidad de que la media muestral se encuentre en ese rango.
- B. Que si repitiéramos el estudio 100 veces, aproximadamente en 95 ocasiones el parámetro poblacional estaría dentro del intervalo calculado.**
- C. Que el 95% de los datos se encuentran en ese intervalo.
- D. Que el 5% de los datos son erróneos.

469.- En un ensayo clínico que contrasta la hipótesis de que una intervención educativa mejora la adherencia al tratamiento antihipertensivo (H_0 : la intervención no mejora la adherencia; H_1 : la intervención sí la mejora), ¿qué significa rechazar la hipótesis nula?

- A. Que la hipótesis nula es absolutamente cierta.
- B. Que se asume que la hipótesis alternativa es verdadera basándose en la evidencia obtenida.
- C. Que existe suficiente evidencia estadística para asumir que la hipótesis alternativa es verdadera.**
- D. Que el estudio fue realizado incorrectamente.

470.- En una investigación se obtiene un valor de $p = 0,03$ al comparar dos métodos de cuidado de heridas. Si se fija un nivel de significación $\alpha = 0,05$, ¿qué conclusión es CORRECTA?

- A. No hay diferencias significativas entre los métodos.
- B. Hay diferencias estadísticamente significativas entre los métodos.**
- C. El resultado no es clínicamente significativo.
- D. Necesariamente uno de los métodos es mejor que el otro en la práctica.

471.- Un investigador desea comparar la media de glucosa en sangre entre dos grupos de pacientes diabéticos (grupo control y grupo intervención) en un estudio con muestras pequeñas ($n = 15$ en cada grupo). ¿Cuál es el test estadístico más apropiado?

- A. ANOVA.
- B. Chi cuadrado.
- C. Test t de Student para muestras independientes.**
- D. Correlación de Pearson.

472.- En un estudio sobre la incidencia de infecciones nosocomiales, se clasificó a 250 pacientes según el

tipo de infección (respiratoria, urinaria, herida quirúrgica) y la unidad hospitalaria (UCI, planta, ambulatorio). ¿Cuál es el test más apropiado para determinar si existe asociación entre estas dos variables categóricas?

- A. Test de chi cuadrado (χ^2).**
- B. Test t de Student.
- C. ANOVA.
- D. Test de Mann-Whitney.

473.- En una investigación sobre la satisfacción de pacientes con la atención de enfermería (escala Likert 1-5), los datos NO siguen una distribución normal. ¿Cuál de los siguientes tests sería el más apropiado para comparar la satisfacción entre dos grupos?

- A. Test de Mann-Whitney (prueba NO paramétrica).**
- B. ANOVA.
- C. Test t de Student.
- D. Test de correlación de Pearson.

474.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tamaño muestral es CORRECTA?

- A. Un tamaño muestral mayor siempre garantiza resultados estadísticamente significativos.
- B. El tamaño muestral no influye en la amplitud del intervalo de confianza.
- C. El tamaño muestral solo es importante en estudios cualitativos.
- D. Un tamaño muestral mayor reduce el error estándar y hace más precisa la estimación del parámetro poblacional.**

475.- En una muestra de 80 pacientes con insuficiencia cardíaca se registra la cantidad de ingresos hospitalarios en el último año (variable de recuento). La distribución es muy asimétrica a la derecha, con pocos pacientes que han tenido muchos ingresos. ¿Qué medida de dispersión es más adecuada para acompañar a la mediana al describir esta variable?

- A. Desviación estándar.
- B. Varianza.
- C. Coeficiente de variación.
- D. Rango intercuartílico.**

476.- En un estudio de enfermería sobre niveles de ansiedad (escala cuantitativa) se obtienen los siguientes resultados: media 30 puntos, desviación estándar 5 puntos. Asumiendo distribución aproximadamente normal, ¿qué porcentaje aproximado de pacientes se espera que tenga niveles de ansiedad entre 25 y 35 puntos?

- A. Alrededor del 50 %
- B. Alrededor del 68 %**
- C. Alrededor del 95 %
- D. Alrededor del 99 %

477.- Según la Guía-Manual: Uso adecuado de los guantes sanitarios, ¿qué tipo de guantes se deben utilizar para la aspiración de secreciones en la Unidad de Cuidados Intensivos?

- A. No estériles de látex.
- B. No estériles de polímero.
- C. Estériles de vinilo.
- D. Estériles de nitrilo.**

478.- NO es una recomendación en el uso de guantes:

- A. Los guantes deben ser utilizados cuando sea necesario y el tiempo imprescindible ya que el abuso de empleo de los mismos confiere falsa seguridad y aumenta la contaminación cruzada.
- B. Las manos deben lavarse o descontaminarse antes de usar guantes, después no es necesario y estos no deben ser lavados ni reutilizados.**
- C. Se deben utilizar siempre que el profesional sanitario presente cortes, heridas o lesiones cutáneas.
- D. Tener las manos libres de objetos como anillos, relojes, etc. porque pueden romper el guante, sin cremas, con las uñas cortas y sin esmalte, para facilitar una buena limpieza de material potencialmente infeccioso.

479.- ¿Cuál es el objetivo general de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2021 2030?

- A. Eliminar completamente los errores sanitarios.
- B. Minimizar los riesgos y daños evitables asociados a la atención sanitaria.**
- C. Aumentar la eficiencia económica del sistema sanitario.
- D. Incrementar la satisfacción profesional del personal sanitario.

480.- Un evento adverso se define como:

- A. Un error profesional sin consecuencias.
- B. Un incidente que no produce daño.
- C. Un daño no intencionado relacionado con la asistencia sanitaria.**
- D. Una complicación inevitable de la enfermedad.

481.- Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) se caracterizan por:

- A. Aparecer durante o después de la atención sanitaria.**
- B. Estar presentes siempre al ingreso.
- C. Ser inevitables.
- D. No estar relacionadas con procedimientos.

482.- El aislamiento por contacto está especialmente indicado en pacientes con:

- A. Infecciones por vía aérea.
- B. Neutropenia grave.
- C. Infecciones transmitidas por gotas.
- D. Microorganismos multirresistentes.**

483.- En seguridad, ¿A quién nos referimos con el termino segundas víctimas?

- A. A la propia organización sanitaria en la que ha tenido lugar el evento adverso.
- B. Al entorno más cercano del paciente que queda traumatizado por el evento adverso.
- C. Al profesional que participa en un evento adverso y que queda traumatizado por esta experiencia.**
- D. A los pacientes, constituyendo una experiencia traumática para ellos.

484.- La notificación de incidentes de seguridad debe ser:

- A. Obligatoria y punitiva.
- B. Obligatoria y punitiva, para cualquier evento adverso.
- C. Voluntaria y no punitiva, solo para eventos adversos con daño.
- D. Voluntaria y no punitiva.**

485.- Las intervenciones eficaces en prevención de caídas deben ser:

- A. Estándar para todos.
- B. Restrictivas de la movilidad.
- C. Individualizadas y multifactoriales.**
- D. Farmacológicas.

486.- En pacientes institucionalizados con alto riesgo de caídas se puede considerar:

- A. Administrar vitamina D.**
- B. Uso de sujeciones.
- C. Reposo absoluto.
- D. Barandillas sistemáticas.

487.- La prevención de caídas NO debe basarse en:

- A. Información al paciente.
- B. Uso sistemático de sujeciones.**
- C. Participación activa del paciente.

D. Intervenciones personalizadas.

488.- ¿Cuál es un factor de riesgo intrínseco de caídas?

- A. Suelo mojado.
- B. Alteración del equilibrio.**
- C. Mala iluminación.
- D. Barreras arquitectónicas.

489.- ¿Cómo se define la violencia sexual según la Organización Mundial de la Salud?

- A. Todo acto sexual no consentido ejercido únicamente por la pareja.
- B. Cualquier acto sexual ejercido mediante coacción, independientemente de la relación con la víctima.**
- C. Únicamente los actos sexuales con penetración forzada por vía vaginal o anal.
- D. Aquel acto sexual dirigido contra la sexualidad de una persona, ejercido exclusivamente en el ámbito privado.

490.- Según la Ley Orgánica 10/2022, ¿qué conductas se consideran violencias sexuales?

- A. Actos sexuales no consentidos que condicionan el libre desarrollo de la vida sexual.**
- B. La agresión sexual, el acoso sexual y la explotación de la prostitución propia.
- C. La agresión sexual y el abuso sexual, existiendo distinción entre ambos conceptos.
- D. Solo la agresión y abuso sexual con violencia física.

491.- Actualmente, la edad del consentimiento sexual en España es de:

- A. 15 años.
- B. 16 años.**
- C. 17 años.
- D. 18 años.

492.- En la actuación ante las agresiones sexuales es necesaria la coordinación interinstitucional. Por ello, cuando una mujer acude al hospital declarando una agresión sexual,

- A. Desde el Hospital se pondrá en conocimiento del Juzgado de guardia y se avisará también a la Policía Local en caso de existir intención de interponer una denuncia por parte de la mujer.
- B. Desde el Hospital se pondrá en conocimiento del Juzgado de guardia y en caso de querer interponer una denuncia la mujer deberá en

cualquier caso desplazarse al Juzgado o Comisaría.

C. Desde el Hospital se pondrá en conocimiento del Juzgado de guardia independientemente de que la mujer haya interpuesto o no una denuncia.

D. Desde el Hospital se pondrá en conocimiento del Juzgado de guardia la situación únicamente en caso de existir intención de interponer una denuncia por parte de la mujer.

493.- El intervalo de tiempo para considerar reciente una agresión sexual con penetración vaginal es:

- A. ≤ 72 horas.
- B. ≤ 5 días.
- C. ≤ 10 días.**
- D. ≤ 15 días.

Según la Guía de actuación ante la violencia de género y agresiones sexuales en Euskadi la opción correcta sería la B: 120 horas, 5 días. PERO, para esta OPE tenemos en la bibliografía un documento más reciente que revisa y actualiza aquella guía. Según este último documento, titulado "Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia sexual en mujeres mayores de 14 años", estipula el límite temporal en 10 días. Así que la correcta es la C.

494.- ¿Dónde debe realizarse la valoración de una paciente con sospecha de agresión sexual reciente cuya situación de gravedad no obligue a un tratamiento médico inmediato?

- A. En el Juzgado de guardia.
- B. En el domicilio de la víctima.
- C. En un centro de Atención Primaria.
- D. En un centro hospitalario.**

495.- ¿Está condicionada la recogida de muestras biológicas a la presentación de una denuncia por agresión sexual?

- A. Sí, en cualquier caso.
- B. Solo en mayores de edad.
- C. No, en ningún caso.**
- D. Únicamente si lo autoriza el Juez o Jueza de guardia.

496.- ¿Cuál es el orden correcto de recogida de muestras en una agresión sexual para evitar la contaminación de una zona a otra?

- A. Vulva, vagina, cérvix, región anal.
- B. Región anal, vulva, vagina, cérvix.**
- C. Región anal, vagina, cérvix, vulva.
- D. Vulva, región anal, vagina, cérvix.

La respuesta correcta es B. La recogida de las muestras debe seguir un orden con el fin de evitar contaminaciones de una zona a otra. Las muestras se recogerán por orden desde la zona más exterior hacia el interior: región anal y rectal, y después vulva, vagina y cérvix. La toma de muestras de genitales externos debe realizarse antes de la exploración digital o con espéculo. (Citado en la Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia sexual en mujeres mayores de 14 años).

D. Priorizar la intervención inicial básica y posponer derivaciones hasta consensuarlas con la mujer, garantizando confidencialidad y continuidad asistencial.

497.- ¿Cuáles son los tres niveles de actuación del Sistema Sanitario frente a la violencia de género?

- A. Prevención primaria, secundaria y terciaria.**
- B. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- C. Atención primaria, hospitalaria y urgente.
- D. Atención médica, jurídica y social.

498.- ¿En relación a la violencia de género, cuál de los siguientes grupos NO se considera de especial vulnerabilidad?

- A. Trastorno mental leve.**
- B. Residentes en municipios pequeños.
- C. Envejecimiento.
- D. Diversidad funcional.

499.- En la fase de precontemplación de la violencia de género, según el modelo de Prochaska y DiClemente, el objetivo principal es:

- A. Acompañar a la mujer para ayudar a determinar el mejor plan a seguir para poder introducir algunos cambios.
- B. Fomentar la duda sobre la aceptabilidad del maltrato.**
- C. Aumentar la toma de conciencia y solucionar la incertidumbre a favor de establecer cambios.
- D. Acompañar a la mujer en sus acciones de cambio para que no se sienta sola y ayudarle a reafirmar su proceso.

500.- ¿Cuál de las siguientes actuaciones NO debe realizar el personal de Enfermería en la atención a mujeres en situación de violencia de género?

- A. Hacer una clara valoración del riesgo y asegurar un clima de confianza.
- B. Registrar la situación de violencia en la historia clínica y valorar, de forma individualizada, la necesidad de comunicación judicial en función del riesgo y del momento vital de la mujer.
- C. Proponer a la mujer la realización de terapia de pareja o mediación familiar, interpretando la violencia como un conflicto relacional.**

TEMARIO COMÚN. 200 PREGUNTAS.

1.- De acuerdo con las normas generales de ordenación de las profesiones sanitarias, para poder ejercer una profesión sanitaria será requisito imprescindible:

- A. La colegiación, cuando una ley estatal establezca esta obligación para el ejercicio de una profesión titulada o algunas actividades propias de ésta.**
- B. La inexistencia de inhabilitación o suspensión para el ejercicio profesional por sentencia judicial, aunque no sea firme, durante el periodo de tiempo que fije ésta; por resolución sancionadora impuesta por un colegio profesional sanitario, cuando una ley estatal establezca para este ejercicio la obligación de pertenecer al colegio profesional respectivo durante el periodo de tiempo que fije ésta; o por resolución administrativa sancionadora firme, durante el periodo de tiempo que fije ésta, cuando se ejerza la profesión en el ámbito de la asistencia sanitaria pública.
- C. Tener suscrito y vigente un seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera, ya sean de protección personal o colectiva, que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de la responsabilidad profesional por un eventual daño a las personas, causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios, cuando se ejerza la profesión en el ámbito de la asistencia sanitaria pública.
- D. Todo lo anterior.

2.- Según lo establecido en la normativa vigente sobre ordenación de las profesiones sanitarias, para poder ejercer una profesión sanitaria:

- A. Se ha de tener suscrito y vigente un seguro de responsabilidad que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de la responsabilidad profesional por un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios cuando se ejerza la profesión en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, no siendo suficiente un aval u otra garantía financiera de protección colectiva.
- B. Se ha de tener suscrito y vigente un seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera, sean de protección personal o colectiva, que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de la responsabilidad**

profesional por un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios cuando se ejerza la profesión en el ámbito de la asistencia sanitaria privada.

- C. Se ha de tener suscrito y vigente un seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera, sean de protección personal o colectiva, que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de la responsabilidad profesional por un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios cuando se ejerza la profesión en el ámbito de la asistencia sanitaria pública.
- D. Todas las opciones son falsas.

3. Según la normativa vigente, el órgano encargado del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios podrá (indíquese la que sea correcta):

- A. Consultar los datos de carácter personal de la población profesional sanitaria contenidos en los archivos y ficheros del Documento Nacional de Identidad (DNI) y del Número de Identidad de Extranjero (NIE) competencia del Ministerio del Interior, para contrastar la veracidad de la información que consta en el registro.**
- B. Consultar los datos de carácter personal de la población profesional sanitaria contenidos en los archivos y ficheros del Documento Nacional de Identidad (DNI) y del Número de Identidad de Extranjero (NIE) competencia del Ministerio del Interior, para contrastar la veracidad de la información que consta en el registro, pero solo si la persona titular no se ha opuesto explícitamente.
- C. Consultar los datos de carácter personal de los profesionales sanitarios contenidos en los archivos y ficheros del Documento Nacional de Identidad (DNI) y del Número de Identidad de Extranjero (NIE) competencia del Ministerio del Interior, para contrastar la veracidad de la información que consta en el registro, pero solo si el titular de los datos da su consentimiento expreso.
- D. Solo podrá consultar los datos de carácter personal de la población profesional sanitaria contenidos en los archivos y ficheros del Documento Nacional de Identidad (DNI) y del Número de Identidad de Extranjero (NIE) en el curso de una investigación sobre una infracción administrativa.

4. En el marco de la ordenación de las profesiones sanitarias, las personas pacientes:

- A. Tienen derecho a la libre elección del personal facultativo que debe atenderles, tanto si su ejercicio profesional se desarrolla en el sistema público como en el ámbito privado.**
- B. Tienen derecho a la libre elección del personal facultativo que debe atenderles, pero solo si su ejercicio profesional se desarrolla en el sistema público.
- C. Tienen derecho a la libre elección del personal facultativo que debe atenderles, pero solo si su ejercicio profesional se desarrolla en el ámbito privado.
- D. Ninguna de las anteriores es correcta.

5. Según la normativa de ordenación de las profesiones sanitarias, el personal profesional y las personas responsables de los centros sanitarios facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer:

- A. El nombre, la titulación, la especialidad y la hoja de servicios del personal sanitario que les atiende, así como la categoría y función de dicho personal, si así estuvieran definidas en su centro o institución.
- B. El nombre, la titulación y la especialidad del personal sanitario que les atiende y su categoría, pero no su función en su centro o institución.
- C. El nombre, la titulación y la especialidad del personal sanitario que les atiende, así como la categoría y función de dicho personal, si así estuvieran definidas en su centro o institución.**
- D. El nombre, la titulación y la especialidad del personal sanitario que les atiende, pero no su categoría y función en su centro o institución.

6. De acuerdo con las normas generales de ordenación de las profesiones sanitarias, el ejercicio del derecho del personal profesional sanitario a la renuncia a la atención a una persona paciente queda condicionado a que (señálese la respuesta incorrecta):

- A. Su renuncia no conlleve desatención de la persona paciente.
- B. La renuncia se ejerza de acuerdo con procedimientos regulares.
- C. Quede constancia, aunque no sea formal, de la renuncia.**

- D. La renuncia se ejerza de acuerdo con procedimientos establecidos y explícitos.

7. Los centros sanitarios revisarán que el personal sanitario de su plantilla cumple los requisitos necesarios para ejercer la profesión conforme a lo previsto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y en las demás normas aplicables:

- A. Cada cinco años como mínimo.
- B. Cada tres años como mínimo.**
- C. Cada dos años como mínimo.
- D. Cada cuatro años como mínimo.

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.**

El enunciado nos pide la opción **INCORRECTA**. Las opciones A y C son falsas, puesto que hablan de una supuesta “preferencia” por la colegiación o la jerarquización que no existe. La opción B, es perfectamente correcta, repite literalmente el punto 3 del artículo 9 de la LOPS, la ley a la que hace referencia el enunciado. El problema es que nos piden la incorrecta. Creo sinceramente que es una errata del examen y que querían pedir la correcta, en cuyo caso sería claramente la opción B. Pero, puesto que tenemos el enunciado en negativo (nos piden la incorrecta), sólo podemos decantarnos por la opción D. Nos agarramos a la doble negación: es incorrecto afirmar que ninguna es correcta, puesto que la B es correcta. Es la única opción viable teniendo en cuenta que el enunciado nos pide la falsa.

9. De acuerdo con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, diga cuál de los siguientes principios generales de la relación entre las personas que ejercen profesiones sanitarias y las personas atendidas no es tal:

- A. El personal profesional tiene el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones y evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos.
- B. El personal profesional tiene el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atiende, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.
- C. El personal profesional tiene el deber de proporcionar a las personas pacientes información precisa sobre su formación profesional, la forma en que han actualizado sus conocimientos y las demandas de responsabilidad que hayan podido derivar en responsabilidades administrativas.**
- D. El personal profesional tiene el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y debe respetar su participación en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.

10. De acuerdo con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, los centros sanitarios acreditados para desarrollar programas de formación continuada:

- A. Deberán contar con jefaturas de estudios, con la coordinación docente y con el personal tutor de la formación que resulten adecuados en función de las actividades a desarrollar, así como con una figura de defensoría del alumnado.
- B. Deberán contar una comisión de docencia, así como con jefaturas de estudios, coordinación docente y personal tutor de la formación que resulten adecuados en función de las actividades a desarrollar.
- C. Deberán contar una comisión de docencia y con una figura de defensoría del alumnado, así como con jefaturas de estudios, coordinación docente y personal tutor de la formación que resulten adecuados en función de las actividades a desarrollar.

D. Todas las anteriores son incorrectas.

11. Según dispone la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, sus disposiciones se aplicarán a:

- A. A los servicios sanitarios de financiación pública y a los privados, en los mismos términos.
- B. A los servicios sanitarios de financiación pública. También a los privados en lo que se refiere al control de las actividades de salud pública y en materia de garantías de información, seguridad y calidad.**
- C. A los servicios sanitarios de financiación pública y a los privados concertados.
- D. Únicamente a los servicios sanitarios de financiación pública.

12. Según dispone la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la ciudadanía tendrá los siguientes derechos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud:

- A. A recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia.**
- B. A recibir el reembolso de los gastos derivados de la asistencia en la sanidad privada cuando se trate de servicios recogidos en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
- C. A recibir el reembolso de los gastos derivados de la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que

podiera requerir del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado/a.

- D. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

13. Según dispone la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se articula en torno a las siguientes modalidades:

- A. Cartera común básica de servicios asistenciales, cartera común suplementaria y cartera común de servicios accesorios.**
- B. Cartera común básica nacional de servicios asistenciales y cartera común autonómica de servicios asistenciales.
- C. Cartera común nacional básica de servicios asistenciales, cartera común suplementaria autonómica y cartera común de servicios accesorios autonómicos.
- D. Cartera común nacional y autonómica básica de servicios asistenciales, cartera común nacional y autonómica suplementaria y cartera común nacional y autonómica de servicios accesorios.

14. Según dispone la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende:

- A. Todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, la prestación farmacéutica y la prestación ortoprotésica, cubiertos de forma completa por financiación pública.
- B. Todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente y la prestación farmacéutica, cubiertos de forma completa por financiación pública.
- C. Todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, y la prestación

ortoprotésica, cubiertos de forma completa por financiación pública.

- D. Todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.**

15. Según dispone la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluirá las siguientes prestaciones:

- A. Únicamente la prestación farmacéutica.
- B. Únicamente la prestación ortoprotésica.
- C. Únicamente la prestación farmacéutica y la prestación ortoprotésica.
- D. La prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y la prestación con productos dietéticos.**

16. Según dispone la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la prestación de atención primaria no comprenderá:

- A. La atención a la salud bucodental.
- B. La atención paliativa a personas enfermas terminales.
- C. La rehabilitación básica.
- D. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.**

17. Según dispone la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, para la elaboración del contenido de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud:

- A. Es preceptivo el informe favorable de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, en relación con la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo.
- B. Se contará con la participación de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, en la evaluación de la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el**

cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo.

- C. Es preceptivo el informe favorable de las sociedades científicas implicadas, en relación con la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo.
- D. Se contará con la participación de las sociedades científicas implicadas, en la evaluación de la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo.

18. Según dispone la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la exclusión de una técnica, tecnología o procedimiento actualmente incluido en la cartera de servicios se llevará a cabo cuando:

- A. Se evidencie su falta de eficacia, efectividad o eficiencia, o que el balance entre beneficio y riesgo sea significativamente desfavorable.**
- B. Requiera una formación para la que no exista la especialidad médica correspondiente.
- C. Hayan cambiado las condiciones económicas de su implantación.
- D. Todas las respuestas anteriores son correctas.

19. A los efectos de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la competencia profesional es:

- A. La acreditación de formación continuada a lo largo del desempeño de su carrera profesional.
- B. La competencia acreditada por el título correspondiente acreditativo de la adquisición de conocimientos requeridos para el desempeño del puesto designado.
- C. La aptitud del personal profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean.**
- D. La superación del proceso selectivo oficial convocado por la autoridad competente para la

adquisición del vínculo estatutario con los servicios sanitarios.

20. Según dispone la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la declaración de actuaciones coordinadas en salud pública y en seguridad alimentaria deberán encuadrarse en alguno de los supuestos siguientes:

- A. Responder a situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública.**
- B. Establecer planes preventivos para hacer frente a situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública.
- C. Realizar análisis epidemiológicos que permitan establecer estructuras y recursos según las previsiones en materia de salud pública y seguridad alimentaria.
- D. Las respuestas a) y b) son verdaderas y la c) es falsa.

21. Según dispone la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, la ordenación del régimen personal estatutario de los servicios de salud se rige por una serie de principios y criterios. Señale cuales no están entre los mencionados por esta ley.

- A. Sometimiento pleno a la ley y el derecho.
- B. Igualdad, mérito, capacidad y promoción en el acceso a la condición de personal estatutario.**
- C. Integración en el régimen organizativo y funcional del servicio de salud y de sus centros e instituciones.
- D. Coordinación, cooperación y mutua información entre las Administraciones sanitarias públicas.

22. La condición de personal estatutario fijo se adquiere, tal y como prevé la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, por el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- A. Incorporación a una plaza de servicio, institución o centro que corresponda en el plazo fijado en la convocatoria tras la superación de las pruebas de selección.
- B. Superación de las pruebas de selección; nombramiento conferido por el órgano competente; e incorporación a una plaza del

servicio, institución o centro que corresponda en el plazo de un mes.

- C. **Superación de las pruebas de selección; nombramiento conferido por el órgano competente; e incorporación, previo cumplimiento de los requisitos formales en cada caso establecidos, a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en el plazo determinado en la convocatoria.**
- D. Superación de las pruebas de selección; nombramiento conferido por el órgano competente; e incorporación a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en todo caso en el plazo determinado en la convocatoria.

23. Según dice la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en el proceso de la adquisición de la condición de personal estatutario fijo, no podrán recibir nombramiento y quedarán sin efecto las actuaciones de quienes:

- A. **No acrediten que reúnen los requisitos y condiciones exigidos en la convocatoria, una vez superado el proceso selectivo.**
- B. No acrediten que reúnen los requisitos y condiciones exigidos en la convocatoria, con carácter previo a la superación del proceso selectivo.
- C. No acrediten que reúnen los requisitos y condiciones exigidos en la convocatoria, una vez firmada la convocatoria.
- D. Una vez superado el proceso selectivo, automáticamente se procede al nombramiento por el órgano competente.

24. La pérdida de la condición de personal estatutario regulada en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, se produce:

- A. Siempre en caso de pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público, afecte o no al correspondiente nombramiento.
- B. En caso de que se adopte la pena de inhabilitación absoluta sea firme o no.
- C. **En caso de que se adopte la pena de inhabilitación especial para la correspondiente profesión, siempre que esta exceda de seis años.**
- D. En caso de que se adopte la pena de inhabilitación especial para la correspondiente

profesión, siempre que esta exceda de tres años.

25. Conforme a la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, señale cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta:

- A. La jubilación puede ser forzosa o voluntaria.
- B. **Para que la persona interesada pueda prolongar su permanencia en servicio activo hasta cumplir los 70 años, bastará con que lo solicite voluntariamente.**
- C. La jubilación forzosa se declarará al cumplir la persona interesada 65 años.
- D. Podrá optar a la jubilación voluntaria, total o parcial, el personal estatutario que reúna los requisitos establecidos en la legislación de Seguridad Social.

26. Procede la extinción de la condición de personal estatutario fijo de los servicios de salud:

- A. Cuando se produzca la pérdida de la nacionalidad.
- B. En caso de recaer sanción firme disciplinaria de separación del servicio.
- C. Siempre que se imponga una pena principal o accesoria de inhabilitación especial para empleo o cargo público o para el ejercicio de la correspondiente profesión.
- D. **Todas las anteriores respuestas son correctas.**

27. En materia de retribuciones, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, prevé que:

- A. El sistema retributivo del personal estatutario se estructura en retribuciones básicas y retribuciones complementarias.
- B. La evaluación del personal estatutario a efectos de determinación de una parte de las retribuciones complementarias se establecerá a través de procedimientos fundados en los principios igualdad, objetividad y transparencia.
- C. El sistema retributivo del personal estatutario responde a los principios de cualificación técnica y profesional.
- D. **Todas las respuestas son correctas.**

28. De acuerdo con la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, señale la respuesta correcta respecto a las retribuciones del personal estatutario de los servicios de salud:

A. Las retribuciones básicas son: el sueldo asignado a cada categoría en función del título exigido para su desempeño; los trienios; y las pagas extraordinarias.

B. Las retribuciones básicas serán iguales en todos los servicios de salud independientemente de la anualidad en la que se perciban.

C. El personal estatutario temporal percibirá la totalidad de las retribuciones que, en el correspondiente servicio de salud, correspondan a su nombramiento, con excepción del complemento de carrera.

D. El complemento de atención continuada está destinado a retribuir la iniciativa continuada y permanente de la persona titular del puesto.

29. La pérdida de la condición de personal estatutario de los servicios de salud se produce cuando la incapacidad permanente sea declarada:

A. En grado de incapacidad permanente total para la profesión habitual.

B. En grado de incapacidad absoluta para todo trabajo.

C. En grado de gran invalidez.

D. Todas las respuestas son correctas.

30. En el supuesto del personal estatutario de los servicios de salud:

A. El período de localización es aquel período de tiempo en el que el personal se encuentra únicamente en situación de disponibilidad.

B. Se considera período de descanso todo período de tiempo que no sea tiempo de trabajo.

C. El trabajo por turnos es una forma de organización del trabajo en equipo con arreglo al ritmo rotatorio y siempre de tipo continuo.

D. El período de localización es aquel período de tiempo en el que el personal se encuentra en situación de disponibilidad a los solos efectos de asegurar su posible localización.

31. Para el personal estatutario de los servicios de salud, el período nocturno tendrá la siguiente duración:

A. Mínima de siete horas e incluirá necesariamente el período comprendido entre las cero y las cinco horas de cada día natural.

B. Mínima de ocho horas e incluirá necesariamente el período comprendido entre las cero y las cinco horas de cada día natural.

C. Mínima de ocho horas e incluirá necesariamente el período comprendido entre las doce y las cinco horas de cada día natural.

D. Mínima de siete horas e incluirá necesariamente el período comprendido entre las doce y las cinco horas de cada día natural.

32. Según establece la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud:

A. Resulta incompatible para el personal estatutario de los servicios de salud el ejercicio de las funciones sanitarias con cualquier otro tipo de funciones.

B. Al personal estatutario de los servicios de salud le resulta aplicable el mismo régimen de incompatibilidades establecido para el personal funcionario.

C. Atendiendo a lo que establezca la legislación vigente, el personal estatutario de los servicios de salud podrá compatibilizar las funciones sanitarias y docente.

D. Para el personal licenciado sanitario el complemento específico resulta irrenunciable.

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.

Pregunta NULA. Tenemos tres respuestas posibles. Nos piden la incorrecta. Todas son incorrectas excepto la D. El artículo 52 de la Ley Estatuto Marco regula el descanso semanal. En el punto 1 de este artículo efectivamente habla del derecho a un periodo mínimo

de descanso, pero en ningún momento lo define como “siempre será fijo”. No es cierto que este descanso tenga que ser “siempre fijo” de una determinada manera. La opción A es falsa. Respecto al periodo de referencia para el cálculo del periodo de descanso semanal, es de DOS meses, no tres. Lo que invalida las opciones B y C, puesto que ambas hablan de tres meses. Conclusión: la única correcta es la D.

Creo que nuevamente les ha pasado que han puesto por error el enunciado en negativo. Querían preguntar por la correcta, y sería claramente la D. Pero al preguntar por la incorrecta, nos encontramos que la pregunta es incontestable. Tenemos tres opciones. Pregunta nula sin discusión.

34. Conforme a la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud:

- A. El personal tendrá derecho a una vacación retribuida cuya duración no será inferior en ningún caso a 30 días naturales.
- B. El personal estatutario de los servicios de salud podrá elegir sustituir el período de vacación por una compensación económica.
- C. Solo podrá ser sustituido por una compensación económica el período vacacional anual mediante la programación funcional de los centros, cuando así lo aconsejen razones organizativas.
- D. Anualmente, el personal tendrá derecho a una vacación retribuida cuya duración no será inferior a 30 días naturales, o al tiempo que proporcionalmente corresponda en función del tiempo de servicios.**

35. La excedencia voluntaria solicitada por el personal estatutario de los servicios de salud por interés particular exige haber prestado servicios efectivos en cualquiera de las Administraciones públicas durante:

- A. Los cinco años inmediatamente anteriores.**
- B. Los cuatro años inmediatamente anteriores.
- C. Los dos años inmediatamente anteriores.
- D. Los tres años inmediatamente anteriores.

36. La Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación Sanitaria de Euskadi, establece que la Administración sanitaria vasca debe garantizar la tutela general de la salud pública a través de:

- A. Medidas preventivas.
- B. Promoción de la salud.
- C. Prestaciones sanitarias individuales.
- D. Son correctas todas las respuestas.**

37. La Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación Sanitaria de Euskadi, reconoce la universalidad del derecho a la protección de la salud para:

- A. Todas las personas residentes en el territorio de Euskadi, así como para las personas transeúntes.**
- B. Todas las personas residentes en Euskadi o fuera de Euskadi, así como para las personas transeúntes.
- C. Solo para las personas que tengan vecindad administrativa en Euskadi.
- D. Solo para las personas de quienes pueda predicarse la condición política de vascos.

38. Señale cuál de los siguientes principios no se enuncian entre los principios informadores del sistema sanitario de Euskadi en la Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación Sanitaria de Euskadi:

- A. Universalidad.
- B. Solidaridad ciudadana.**
- C. Equidad.
- D. Calidad de los servicios.

39. La Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación Sanitaria de Euskadi, establece respecto a las áreas de salud que:

- A. La Comunidad Autónoma del País Vasco se divide territorialmente en áreas de salud de acuerdo con la situación socio-económica de cada demarcación geográfica.
- B. En cada área de salud pueden ponerse en práctica las actuaciones esenciales que requiere la tutela general de la salud pública y exclusivamente la asistencia sanitaria primaria.
- C. En cada área de salud se garantizará una adecuada ordenación de la atención primaria y su coordinación con la atención especializada.**
- D. Son correctas la a) y la c).

40. La Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación Sanitaria de Euskadi prevé la creación de sistemas de información necesarios para facilitar el ejercicio adecuado de los distintos niveles de responsabilidad en el sistema. A tal fin, los datos de carácter personal relativos a la salud podrán ser recabados y tratados siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- A. Siempre debe constar el previo consentimiento de la persona afectada.

- B. Si no consta el previo consentimiento de la persona afectada se requiere que la actuación se encuentre debidamente autorizada y se efectúe previo procedimiento de disociación que garantice el anonimato de la información.
- C. Que conste el previo consentimiento de la persona afectada por escrito y que se garantice el anonimato de la información.
- D. Basta con que la actuación se encuentre debidamente autorizada.

41. La Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi al contemplar los derechos y deberes ciudadanos, alude a:

- A. La obligación de dejar constancia escrita de todo proceso diagnóstico o terapéutico.
- B. La obligación de dejar constancia por cualquier medio de todo proceso diagnóstico.
- C. La obligación de dejar constancia por cualquier medio de todo proceso diagnóstico o terapéutico.
- D. No existe en la Ley ninguna previsión a este respecto, de modo que será el personal facultativo el que decida si el proceso diagnóstico o terapéutico debe quedar registrado.

42. El contrato-programa, tal y como establece la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi:

- A. Es el instrumento jurídico mediante el que se articulan las relaciones entre el Gobierno Vasco y las organizaciones del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud para la provisión de servicios sanitarios.
- B. Es el instrumento jurídico mediante el que se articulan de manera directa las relaciones entre el Departamento competente en materia de sanidad y las organizaciones del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud que tiene naturaleza jurídica de concierto.
- C. Es el instrumento jurídico mediante el que se articulan de manera directa las relaciones entre el Departamento competente en materia de sanidad y las organizaciones del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud que tiene naturaleza jurídica de un convenio de carácter especial.
- D. Ninguna respuesta es correcta.

43. El consejo de administración de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud está integrado por:

- A. La persona titular de la presidencia y por un número no superior a cinco miembros en representación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- B. La persona titular de la presidencia y por un número no superior a tres miembros en representación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- C. La persona titular de la presidencia y por cinco miembros en representación del Departamento competente en materia de sanidad.
- D. La persona titular de la presidencia, la Consejería del Departamento competente en materia de sanidad y tres miembros en representación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

44. Según establece la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi:

- A. El Plan de Salud de Euskadi debe ser aprobado por el Parlamento Vasco.
- B. El Departamento competente en materia de sanidad debe elaborar semestralmente y remitir al Parlamento un informe con la evaluación de los objetivos y determinaciones del Plan de Salud de Euskadi.
- C. El Departamento competente en materia de sanidad debe elaborar anualmente y remitir al Parlamento un informe con la evaluación de los objetivos y determinaciones del Plan de Salud de Euskadi.
- D. Son correctas las respuestas a) y c).

45. A los efectos de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, las plantillas de personal del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud:

- A. Serán aprobadas por la Presidencia a propuesta del consejo de administración.
- B. Se denomina así al número de efectivos de carácter estructural con que cuentan tanto su organización central de administración como las organizaciones de servicios dependientes de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- C. Deberán ajustarse al número máximo de efectivos, según grupos profesionales, que anualmente aprobará su consejo de administración a propuesta del Departamento de Sanidad.
- D. Deberán ajustarse al número máximo de efectivos, según grupos de titulación, que

anualmente aprobará el Departamento de Sanidad.

46. En el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Euskadi, las inspecciones necesarias para asegurar el cumplimiento de lo previsto en la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi y en el resto de la legislación sanitaria corresponde:

- A. A la inspección de trabajo del País Vasco adscrita al Departamento de trabajo y empleo del Gobierno Vasco.
- B. En todos los casos a las corporaciones locales de la Comunidad Autónoma.
- C. Al Departamento competente en materia de sanidad.**
- D. La inspección en materia sanitaria no es competencia de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

47. Señale cuál de los siguientes criterios no está contemplado en la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi para la clasificación de las infracciones en leves, graves o muy graves:

- A. La cuantía de la indemnización solicitada.**
- B. Los riesgos para la salud.
- C. El grado de intencionalidad.
- D. La gravedad de la alteración sanitaria y social producida.

48. Según establece la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, en materia de sanciones señale la respuesta correcta:

- A. Las infracciones serán sancionadas exclusivamente con sanción pecuniaria o económica.
- B. En los casos de infracciones muy graves, el Gobierno Vasco podrá acordar el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años.**
- C. Sin perjuicio de la multa que proceda imponer, en ciertos casos, la sanción económica que se imponga podrá ser incrementada hasta el triple de la cuantía del beneficio ilícito obtenido.
- D. En los casos de infracciones muy graves, el Gobierno Vasco podrá acordar el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de tres años.

49. Según la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, las organizaciones a través de las que se procede a la provisión de servicios sanitarios

con medios adscritos al ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud:

- A. Realizarán su actividad bajo el principio de autonomía económico-financiera y de gestión.**
- B. Se configurarán como instituciones de titularidad privada y con personalidad jurídica propia.
- C. Se crearán por ley como entidades de titularidad pública y con personalidad jurídica propia.
- D. Para realizar su actividad dependen presupuestariamente del ente público Osakidetza- Servicio Vasco de Salud.

50. Respecto al personal sujeto al régimen estatutario que establece la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, señale la respuesta correcta:

- A. Este vínculo estatutario se adquiere mediante el cumplimiento de los dos siguientes requisitos: superación del proceso selectivo correspondiente y nombramiento conferido por autoridad competente.
- B. Los principios que rigen el procedimiento selectivo para la adquisición del vínculo estatutario son exclusivamente el de igualdad, mérito y capacidad.
- C. Los instrumentos de clasificación del personal sujeto a este régimen estatutario son el grupo de titulación, el grupo profesional, la categoría y el puesto funcional que se desempeña.**
- D. El grupo de titulación constituye el instrumento de clasificación del personal en base al agrupamiento unitario de las aptitudes profesionales y contenido específico de las tareas propias de la prestación.

51. Corresponderá la presidencia del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud a:

- A. Quien ostente la presidencia del Gobierno (Lehendakari) de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- B. Diputación General del Territorio Histórico en que esté situado el Ente.
- C. La presidencia a quien ostente la titularidad del Departamento de Sanidad y la presidencia de honor a quien ostente la presidencia del Gobierno (Lehendakari) de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

D. Quien ostente la titularidad de del Departamento de Sanidad.

52. La función de nombrar y separar a quienes ocupen las Direcciones de División de la organización central del ente público corresponde a:

- A. El Consejo de Administración del Ente.**
- B. La Dirección General del Ente.
- C. La Presidencia del Ente.
- D. Ninguno de los anteriores.

53. La composición del Consejo del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud contará, además de la persona que ejerza la Presidencia:

- A. Con cinco integrantes en representación de la Administración de la Comunidad Autónoma, que nombrará el Gobierno: una persona a propuesta de la titularidad del Departamento de Hacienda y Administración Pública, otra a propuesta de quien ostente la titularidad de Bienestar Social y las tres restantes a propuesta de la persona titular de Sanidad.
- B. Con cinco integrantes en representación de la Administración de la Comunidad Autónoma, que nombrará el Gobierno: una persona a propuesta de la titularidad del Departamento de Hacienda y Administración Pública, otra a propuesta de la persona titular de la Consejería de Presidencia y las tres restantes a propuesta de la persona titular de Sanidad.
- C. Con cinco integrantes en representación de la Administración de la Comunidad Autónoma, que nombrará el Gobierno: dos a propuesta de la persona titular del Departamento de Hacienda y Administración Pública y las tres restantes a propuesta de la persona titular de Sanidad.**
- D. Ninguna de los anteriores.

54. La propuesta de Plan Estratégico del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud:

- A. Será formulada por la Dirección General del Ente.**
- B. Será aprobada por la Presidencia del Ente.
- C. Será sometida a informe del Consejo de Administración del Ente.
- D. Todas las anteriores son ciertas.

55. La función de convocar, presidir, suspender y levantar las sesiones, arbitrar las deliberaciones del Consejo de Administración del ente público Osakidetza Servicio vasco de salud y decidir los empates con su voto de calidad corresponderá a:

- A. La Dirección General.
- B. La Presidencia.**
- C. La persona de mayor antigüedad del Consejo de Administración.
- D. Ninguna de las anteriores.

56. La persona titular de la Dirección General del ente público Osakidetza Servicio Vasco de Salud:

- A. No podrá asistir a las reuniones del Consejo de Administración del Ente.
- B. Presidirá las reuniones del Consejo de Administración del Ente.
- C. Asistirá a las reuniones del Consejo de Administración del Ente con voz y voto.
- D. Asistirá a las reuniones del Consejo de Administración del Ente con voz y sin voto.**

57. Corresponde a la organización central de administración y gestión corporativa del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, en materia de gestión asistencial (señálese la respuesta incorrecta):

- A. Supervisar el cumplimiento de las políticas generales de calidad y realizar auditorías.
- B. Definir criterios generales y proponer la política de precios correspondiente a la prestación de servicios sanitarios incluida en la cobertura pública.**
- C. Coordinar los recursos y, en su caso, proponer medidas de intervención sobre las listas de espera.
- D. Promover protocolos de interés general.

58. Corresponde a la organización central de administración y gestión corporativa del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, en materia de gestión de recursos humanos (señálese la respuesta incorrecta):

- A. Supervisar, controlar y evaluar las políticas de personal del Ente.
- B. Promover acuerdos de cooperación con centros correspondientes a la sanidad privada.**
- C. Dirigir el funcionamiento del registro de personal.
- D. Gestionar los procesos de selección y de provisión que el Consejo de Administración determine, por su carácter general, previsible número de aspirantes u otras circunstancias análogas, y, a tal fin, convocarlos, establecer sus bases, programas y contenidos, y designar a los tribunales calificadoros de los mismos.

59. Corresponde a cada organización de servicios sanitarios del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud el ejercicio de todas las facultades de gestión y administración que se requieran para el ejercicio de la actividad de provisión de servicios sanitarios que tengan encomendada, quedando excluidas únicamente:

- A. Aquellas facultades de gestión centralizada que los estatutos sociales del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud atribuyen expresamente a la organización central del Ente Público y las competencias propias de otras instancias de acuerdo con las Leyes y Reglamentos vigentes.
- B. Aquellas facultades de gestión centralizada que los estatutos sociales del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud atribuyen expresamente a la Presidencia del Ente Público y las competencias propias de otras instancias de acuerdo con las Leyes y Reglamentos vigentes.
- C. Aquellas facultades de gestión centralizada que los estatutos sociales del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud atribuyen expresamente al Consejo de Administración del Ente Público y las competencias propias de otras instancias de acuerdo con las Leyes y Reglamentos vigentes.
- D. Ninguna de las anteriores.

60. El número de integrantes del equipo directivo de las organizaciones de servicios sanitarios del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud:

- A. Oscilará entre dos y tres.
- B. Oscilará entre tres y cuatro.
- C. Oscilará entre cuatro y cinco.
- D. La normativa que rige su estatuto jurídico no establece un número determinado sino un máximo de cinco.

61. La función de Representar al ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud en la negociación colectiva del Acuerdo Marco de Condiciones de Trabajo del Personal corresponde a:

- A. La organización central de administración y gestión corporativa del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- B. La Presidencia del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- C. El Consejo de Administración del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- D. Ninguna de las anteriores.

62. Para el desarrollo de funciones de propuesta y asesoramiento, así como de participación en las organizaciones de servicios sanitarios, existirá un Consejo de Dirección en cada una de ellas, integrado por:

- A. El equipo directivo, las jefaturas de unidad que se determinen y una representación de personas vocales electas que formen parte de los Consejos Técnicos de participación profesional respectivos.
- B. El equipo directivo, las jefaturas de unidad que se determinen, representantes sindicales y una representación de personas vocales electas que formen parte de los Consejos Técnicos de participación profesional respectivos.
- C. El equipo directivo y las jefaturas de unidad que se determinen.
- D. Todas las anteriores son falsas.

63. Las organizaciones de servicios sanitarios del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud podrán:

- A. Descentralizar la organización y su funcionamiento operativo, delegando en quienes ostenten la responsabilidad clínica facultades de gestión, aunque solo en materia de personal y siempre de acuerdo con el marco estratégico, los planes de gestión y el compromiso del contrato-programa suscrito por la organización.
- B. Descentralizar la organización y su funcionamiento operativo, delegando en quienes ostenten la responsabilidad clínica facultades de gestión, pero solo en materia económica y siempre de acuerdo con el marco estratégico, los planes de gestión y el compromiso del contrato-programa suscrito por la organización.
- C. Descentralizar la organización y su funcionamiento operativo, delegando en quienes ostenten la responsabilidad clínica facultades de gestión tanto en materia económica como de personal, de acuerdo con el marco estratégico, los planes de gestión y el compromiso del contrato-programa suscrito por la organización.
- D. Todas las anteriores son falsas.

64. En materia específica de inversiones, la competencia para ejecutar las compras de suministros que se consideren centralizadas, así como definir y/o ejecutar, en su caso, las consideradas integradas corresponde a:

- A. El Consejo de Administración del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- B. La organización central de administración y gestión corporativa del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.**
- C. La organización de servicios del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- D. A quien ostente la titularidad de la Dirección-Gerencia de cada organización de servicios sanitarios del Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

65. En el ámbito de una organización de servicios sanitarios del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, presidir los Consejos Técnicos de participación profesional y promover su eficaz funcionamiento es una tarea que corresponde a:

- A. La Dirección General del Ente.
- B. Quien ostente la titularidad de la Dirección-Gerencia del Ente.
- C. La Dirección Médica del Ente.**
- D. Ninguna de las anteriores.

66. Según el Artículo 1 del Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, ¿qué dos niveles asistenciales se integran en las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) de Osakidetza?

- A. Atención especializada y Atención de Urgencias.
- B. Salud Pública y Servicios Sociosanitarios.
- C. Atención hospitalaria y Atención de Emergencias.
- D. Atención primaria y Atención hospitalaria.**

67. Según el Artículo 2.1 del Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, ¿qué objetivo último persigue la configuración de las OSI?

- A. Reducir el gasto farmacéutico mediante la unificación de compras.
- B. Favorecer la integración clínica de manera que la atención se articule en torno a la persona.**
- C. Centralizar los servicios de atención primaria en las sedes hospitalarias.
- D. Eliminar las categorías profesionales de atención primaria para unificarlas con las hospitalarias.

68. Según el Artículo 1 del Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, ¿bajo qué principio fundamental actuarán las Organizaciones

Sanitarias Integradas (OSI) del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud?

- A. Principio de coordinación territorial y sectorial.
- B. Principio de jerarquía funcional única.
- C. Principio de autonomía económico-financiera y de gestión.**
- D. Principio de centralización de todos los recursos.

69. De acuerdo con el Artículo 3 del Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, ¿cómo se define una OSI de clase "monográfica"?

- A. Es aquella donde solo se integran servicios de atención hospitalaria especializada.
- B. Es aquella cuya actividad asistencial gira en torno a un ámbito específico, integrando sus servicios y dispositivos.**
- C. Es una organización que solo atiende a una patología crónica específica.
- D. Es la organización que carece de servicios de atención primaria.

70. Según el Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, las OSI de Tipo I se caracterizan, entre otros aspectos, por tener hospitales de carácter universitario y, además, por disponer de:

- A. Una base poblacional adscrita inferior a 300.000 habitantes.
- B. Una Dirección de Gestión que asume todas las funciones asistenciales.
- C. Unidades o servicios calificados de referencia para el conjunto del sistema sanitario vasco.**
- D. Ser organizaciones de servicios de carácter monográfico y de pequeño tamaño.

71. Según el Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, para que una OSI sea clasificada como de Tipo III debe integrar, junto con servicios de atención primaria, un hospital de carácter general y tener una base poblacional atendida inferior a:

- A. 500.000 habitantes.
- B. 200.000 habitantes.
- C. 300.000 habitantes.**
- D. 100.000 habitantes.

72. Según el Artículo 5 del Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, ¿cuáles son los tres órganos de participación que conforman la estructura organizativa de las OSI?

- A. El Consejo de Dirección, el Comité Ejecutivo y el Comité de Ética Asistencial.
- B. El Consejo Clínico Asistencial, el Consejo Social y la Comisión Sociosanitaria.**
- C. La Comisión de Seguridad, la Comisión de Docencia y la Comisión de Investigación.
- D. El Consejo de Dirección, el Consejo Social y el Comité de Evaluación.

73. De acuerdo con el Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, ¿qué órganos componen el equipo directivo de una OSI, según la estructura general del artículo 5.2?

- A. Solo la Dirección Gerencia y la Dirección Médica.
- B. Las Direcciones Médica, de Atención Integrada, de Enfermería, de Personas, Económico-Financiera y de Gestión.**
- C. El Consejo de Dirección y el Consejo Social exclusivamente.
- D. La Dirección Gerencia y las Jefaturas de Servicio de cada centro de salud.

74. De acuerdo con el Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, en las OSI de Tipo IV, la Dirección Gerencia asume, con el apoyo de puestos funcionales asistenciales, las funciones que corresponden a:

- A. La Dirección de Personas y la Dirección Económico-Financiera.
- B. La Dirección de Personas y la Dirección de Atención Integrada.
- C. La Dirección Médica y la Dirección de Enfermería.**
- D. La Dirección de Gestión y el Consejo de Dirección.

75. De acuerdo con el Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, ¿cuál de los siguientes NO es un órgano de dirección encargado del gobierno y gestión de las OSI de Tipo I y II?

- A. La Dirección de Personas.
- B. El Consejo Clínico Asistencial.**
- C. La Dirección de Atención Integrada.

D. La Dirección Económico-Financiera.

76.- Según el Artículo 7.3 del Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, ¿quién tiene la competencia para el nombramiento y cese de la persona titular de la Dirección Gerencia?

- A. El Consejero o la Consejera de Salud.
- B. La Dirección General del Ente Público Osakidetza.**
- C. El Consejo de Administración a propuesta de Lehendakaritza.
- D. La Dirección de Personas de la propia OSI.

77.- Según los Artículos 7 y 9 del Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, ¿cuál es un requisito obligatorio para el nombramiento de los cargos de dirección de una OSI?

- A. Haber pertenecido al Consejo Clínico Asistencial durante al menos dos años.
- B. Superar un examen de oposición específico para gerencia sanitaria.
- C. Previa convocatoria pública donde se acredite titulación, capacidad y experiencia profesional.**
- D. Tener la condición de personal estatutario fijo en la categoría de técnico/a superior.

78.- Según el Artículo 8.m del Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, ¿a qué dirección corresponde "orientar la gestión desde una visión integradora empoderando la atención primaria"?

- A. Dirección de Atención Integrada.
- B. Dirección Gerencia.**
- C. Dirección de Enfermería.
- D. Dirección Económico-Financiera.

79.- De acuerdo con el Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, ¿con qué ámbito(s) adicional(es) debe coordinar su actividad la Dirección de Atención Integrada, además de con la atención primaria y hospitalaria?

- A. Con el ámbito de Recursos Humanos y con la Universidad.
- B. Con el ámbito comunitario y socio-sanitario.**
- C. Únicamente con el sociosanitario.
- D. Con las entidades locales y las empresas privadas de gestión.

80.- Según el Artículo 19.1 del Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, ¿quién ejerce la presidencia del Consejo Clínico Asistencial?

- A. La persona titular de la Dirección Gerencia.
- B. La persona titular de la Dirección Médica.**
- C. La persona titular de la Dirección de Enfermería.
- D. La persona de mayor antigüedad en la vocalía de Atención Primaria.

81.- Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, son titulares de los derechos y deberes recogidos en esta Declaración:

- A. Todas las personas que accedan o utilicen las prestaciones y servicios sanitarios que se proporcionan por el sistema sanitario de Euskadi.**
- B. Todas las personas nacidas en Euskadi.
- C. Todas las personas empadronadas en Euskadi.
- D. Todas las respuestas anteriores son correctas.

82.- Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, todos los derechos y obligaciones establecidos son exigibles:

- A. En relación a todas las acciones de carácter sanitario, incluyendo docencia, que se desarrollen en los centros, servicios o establecimientos sanitarios de titularidad pública o privada o concertados de Euskadi. Las acciones relativas a la investigación biomédica quedan fuera de esta Declaración y se rigen por su normativa específica.
- B. En relación a todas las acciones de carácter sanitario, incluyendo docencia, que se desarrollen en los centros, servicios o establecimientos sanitarios de titularidad pública o concertados que integran el sistema sanitario de Euskadi. Las acciones relativas a la investigación biomédica quedan fuera de esta Declaración y se rigen por su normativa específica.
- C. En relación a todas las acciones de carácter sanitario, incluyendo investigación y docencia, que se desarrollen en los centros, servicios o establecimientos sanitarios de titularidad pública o privada o concertados de Euskadi.

D. En relación a todas las acciones de carácter sanitario, incluyendo investigación y docencia, que se desarrollen en los centros, servicios o establecimientos sanitarios de titularidad pública o concertados que integran el sistema sanitario de Euskadi.

83.- Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, los principios que informan e inspiran el conjunto de acciones de carácter sanitario que se desarrollen en el sistema sanitario de Euskadi son:

- A. El respeto a la libertad de la persona, a su dignidad y a la autonomía en las decisiones que afecten a su salud.**
- B. El respeto a todo el personal profesional que integra el sistema sanitario de Euskadi.
- C. La promoción de la investigación científica en el marco del sistema sanitario de Euskadi.
- D. Todas las respuestas anteriores son correctas.

84.- A los efectos de la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi recogida en el Decreto 147/2015, de 21 de julio, se configuran las siguientes fases de la vida en las que se concretan necesidades específicas:

- A. Neonatología, infancia y adolescencia. 2. Salud sexual y reproductiva, embarazo y parto. 3. Salud laboral. 4. Personas mayores y final de la vida.
- B. 1. Infancia y adolescencia. 2. Salud sexual y reproductiva. 3. Salud laboral. 4. Personas mayores.
- C. 1. Infancia. 2. Adolescencia, salud sexual y reproductiva. 3. Personas mayores. 4. Final de la vida.
- D. 1. Infancia y adolescencia. 2. Salud sexual y reproductiva. 3. Personas mayores. 4. Final de la vida.**

85.- Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, las personas pacientes y usuarias del Sistema Sanitario de Euskadi, en relación con la asistencia sanitaria específica referida al final de la vida, tienen derecho a:

- A. Al acompañamiento de familiares y personas allegadas en los procesos con hospitalización.
- B. Al uso, con carácter general, de habitación individual.

- C. Al acompañamiento espiritual.
- D. Todas las respuestas anteriores son correctas.**

86.- Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, la persona paciente o usuaria:

- A. Debe dejar por escrito las decisiones cuando sea legalmente exigible o recomendable.**
- B. Debe dejar por escrito las decisiones cuando se lo solicite el personal profesional que le atiende.
- C. Debe dejar por escrito las decisiones cuando la política del centro sanitario así lo establezca.
- D. Debe dejar por escrito las decisiones cuando puedan tener relevancia a efectos de responsabilidad legal.

87.- Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, los Servicios de Atención a Pacientes y personas Usuarías:

- A. Estarán disponibles en las Organizaciones de Servicios Sanitarios de Osakidetza Servicio Vasco de Salud, los centros sanitarios concertados, los centros privados y el departamento competente en materia de sanidad.
- B. Estarán disponibles en las Organizaciones de Servicios Sanitarios de Osakidetza Servicio Vasco de Salud, los centros sanitarios concertados y el departamento competente en materia de sanidad, pero no existe previsión en relación con los centros privados.**
- C. Estarán disponibles en las Organizaciones de Servicios Sanitarios de Osakidetza Servicio Vasco de Salud, pero no existe previsión en relación con los centros concertados, ni con los privados ni con el departamento competente en materia de sanidad.
- D. Estarán disponibles en las Organizaciones de Servicios Sanitarios de Osakidetza Servicio Vasco de Salud y en los centros sanitarios concertados y privados, pero no existe previsión en relación con el departamento competente en materia de sanidad.

88.- Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, las reclamaciones contra actuaciones del personal:

- A. Se resolverán atendiendo a las normas disciplinarias específicas previa apertura, en su caso, del expediente informativo correspondiente, sin perjuicio de las responsabilidades que de los hechos pudieran derivarse.**
- B. Se resolverán atendiendo a las normas disciplinarias generales previa apertura, en su caso, del expediente informativo correspondiente, sin perjuicio de las responsabilidades que de los hechos pudieran derivarse.
- C. Se resolverán atendiendo a las normas disciplinarias específicas previa apertura, en su caso, del expediente informativo y de expediente de mediación, sin perjuicio de las responsabilidades que de los hechos pudieran derivarse.
- D. Se resolverán atendiendo a las normas disciplinarias generales previa apertura, en su caso, del expediente informativo y de expediente de mediación, sin perjuicio de las responsabilidades que de los hechos pudieran derivarse.

89.- Según dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la documentación clínica es:

- A. La información contenida en la historia clínica.
- B. El soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial y la documentación relativa a las voluntades anticipadas.
- C. El soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial y de investigación biomédica.
- D. El soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.**

90.- Según dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la información asistencial:

- A. Como regla general se proporcionará verbalmente.**
- B. Como regla general se proporcionará por escrito.

- C. Como regla general se proporcionará verbalmente y por escrito.
- D. Como regla general se proporcionará por escrito cuando se trate de pacientes menores de edad.

91.- Según dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la información asistencial contiene, como mínimo:

- A. La finalidad y la naturaleza de cada intervención.
- B. La finalidad y la naturaleza de cada intervención y sus riesgos.
- C. La finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.**
- D. La finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos, sus consecuencias y los derechos de las personas pacientes.

92.- Según dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, garantiza el cumplimiento del derecho a la información asistencial:

- A. La persona facultativa responsable de la persona paciente
- B. La persona facultativa responsable de la persona paciente y el personal profesional que le atienda durante el proceso asistencial o le aplique una técnica o un procedimiento concreto.**
- C. La persona facultativa responsable de la persona paciente y el personal de enfermería.
- D. El centro sanitario.

93.- Según dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la persona titular del derecho a la información asistencial es:

- A. La persona paciente. También serán informadas las personas vinculadas a ella, por razones familiares o de hecho, en la medida que la persona paciente lo permita de manera expresa o tácita.**
- B. La persona paciente. También serán informadas las personas vinculadas a ella, por razones familiares o de hecho, en la medida

que la persona paciente lo permita de manera expresa.

- C. La persona paciente. También serán informadas las personas vinculadas a ella, por razones familiares o de hecho, en la medida que la persona paciente lo permita por escrito.
- D. La persona paciente. También serán informadas las personas vinculadas a ella, por razones familiares o de hecho.

94.- Según dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la persona enferma y no es posible conseguir su autorización:

- A. El personal facultativo podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud de la persona paciente, con el consentimiento de sus familiares.
- B. El personal facultativo podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud de la persona paciente, con el consentimiento de quien ostente la representación legal.
- C. El personal facultativo podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud de la persona paciente, con autorización judicial.
- D. El personal facultativo podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud de la persona paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento.**

95.- Según dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el personal facultativo proporcionará a la persona paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- A. Todos los riesgos en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- B. Todos los riesgos, siempre que sean graves, en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

C. Todos los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

D. Todos los riesgos, siempre que sean probables y graves, en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

96.- Según dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en caso de que la persona paciente no acepte el alta:

A. El personal facultativo, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá a la persona paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento de la dirección del centro para que confirme o revoque la decisión.

B. El personal facultativo, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá a la persona paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento de la autoridad judicial para que confirme o revoque la decisión.

C. La dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá a la persona paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento de la autoridad judicial para que confirme o revoque la decisión.

D. La dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá a la persona paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento de la autoridad administrativa competente para que confirme o revoque la decisión.

97.- Según dispone la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, la expresión de los objetivos vitales y valores personales tiene como fin:

A. Conocer la voluntad de la persona paciente en relación con la administración de sedación.

B. Conocer la voluntad de la persona paciente en relación con la finalización de tratamientos de soporte vital.

C. Ayudar a interpretar las instrucciones y servir de orientación para la toma de decisiones clínicas.

D. Documentar la actuación del personal profesional sanitario a efectos de responsabilidad legal en situaciones donde la persona paciente no puede expresar su voluntad por sí misma.

98.- Según dispone la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, en el documento de voluntades anticipadas:

A. Se podrá designar una o varias personas representantes para que sean las interlocutoras válidas del personal facultativo o del equipo sanitario.

B. Se podrá designar exclusivamente una persona representante para que sea la interlocutora válida del personal facultativo o del equipo sanitario.

C. Se podrá designar una o varias personas representantes para que sean las interlocutoras válidas del personal facultativo o del equipo sanitario, si la persona paciente es menor de edad.

D. Se podrá designar una o varias personas representantes para que sean las interlocutoras válidas del personal facultativo o del equipo sanitario y facultarles para interpretar sus valores e instrucciones, si la persona paciente está incapacitada judicialmente.

99.- Según la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, si el nombramiento de representante en el documento de instrucciones previas ha recaído en favor de la persona cónyuge o pareja de hecho de la persona otorgante:

A. Se extingue a partir, bien de la interposición de la demanda de nulidad, separación matrimonial o divorcio, bien de la extinción formalizada de la pareja de hecho o unión libre. Para el mantenimiento de la designación será necesario, en caso de nulidad, separación matrimonial o divorcio, que conste expresamente en la resolución judicial dictada al efecto.

B. Se extingue a partir bien de la nulidad, separación matrimonial o divorcio, bien de la extinción formalizada de la pareja de hecho o unión libre. Para el mantenimiento de la designación será necesario, en caso de nulidad, separación matrimonial o divorcio, que conste

expresamente en la resolución judicial dictada al efecto.

- C. Se extingue a partir, bien de la interposición de la demanda de nulidad, separación matrimonial o divorcio, bien de la extinción formalizada de la pareja de hecho o unión libre. Para el mantenimiento de la designación será necesario, en caso de nulidad, separación matrimonial o divorcio, que conste expresamente en el documento de instrucciones previas.
- D. Se extingue bien a partir de la nulidad, separación matrimonial o divorcio, bien de la extinción formalizada de la pareja de hecho o unión libre. Para el mantenimiento de la designación será necesario, en caso de nulidad, separación matrimonial o divorcio, que conste expresamente en el documento de instrucciones previas.

100.- Según dispone la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, las instrucciones sobre el tratamiento pueden referirse:

- A. A una enfermedad o lesión que la persona otorgante ya padece o a las que eventualmente podría padecer en un futuro.**
- B. Exclusivamente a una enfermedad o lesión que la persona otorgante ya padece.
- C. Exclusivamente a una enfermedad o lesión que la persona otorgante eventualmente podría padecer en un futuro.
- D. Exclusivamente a una enfermedad o lesión que la persona otorgante eventualmente podría padecer en un futuro, siempre que sea de carácter grave.

101.- Según dispone la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, el documento de voluntades anticipadas:

- A. Se formaliza por escrito y mediante uno de los siguientes procedimientos a elección de la persona que lo otorga: ante una notaría; ante la persona funcionaria o empleada pública encargada del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas; o ante dos testigos.
- B. Se formaliza por escrito y mediante uno de los siguientes procedimientos a elección de la persona que lo otorga: ante una notaría; ante la persona funcionaria o empleada pública**

encargada del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas; o ante tres testigos.

- C. Se formaliza por escrito y mediante uno de los siguientes procedimientos a elección de la persona que lo otorga: ante una notaría; ante la persona funcionaria o empleada pública encargada del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas o del servicio de documentación de un centro sanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco; o ante dos testigos.
- D. Se formaliza por escrito y mediante uno de los siguientes procedimientos a elección de la persona que lo otorga: ante una notaría; ante la persona funcionaria o empleada pública encargada del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas o del servicio de documentación de un centro sanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco; o ante tres testigos.

102.- Según dispone la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, el documento de voluntades anticipadas puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante:

- A. Siempre que conserve la capacidad o actúe con la asistencia de su representante legal y actúe libremente.
- B. Siempre que conserve la capacidad o exista autorización judicial.
- C. Siempre que actúe libremente.
- D. Siempre que conserve la capacidad y actúe libremente.**

103.- Según dispone la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, la voluntad de la persona prevalece sobre las instrucciones contenidas en el documento de voluntades anticipadas ante cualquier intervención clínica siempre que:

- A. La persona otorgante conserve su capacidad y su libertad de actuación.
- B. La persona otorgante conserve su capacidad, su libertad de actuación y la posibilidad de expresarse.**
- C. La persona otorgante conserve su capacidad, su libertad de actuación y la posibilidad de expresarse de manera inequívoca.
- D. La persona otorgante conserve su capacidad, su libertad de actuación y la posibilidad de expresarse de manera inequívoca o a través de la persona interlocutora designada al efecto.

104.- Según dispone la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, en el documento de voluntades anticipadas se tendrán por no puestas:

- A. Las instrucciones que en el momento de ser aplicadas resulten contrarias al ordenamiento jurídico.
- B. Las instrucciones que en el momento de ser otorgadas resulten contrarias al ordenamiento jurídico.
- C. Las respuestas a) y b) son correctas.
- D. Las instrucciones que en el momento de ser aplicadas no se aprueben por el comité de ética del centro.

105.- Según dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, podrán tener acceso a los datos personales de las personas fallecidas:

- A. Las personas vinculadas a la persona fallecida por razones familiares o de hecho así como quienes ostenten la condición de herederas, en todo caso.
- B. Solo las personas vinculadas a la persona fallecida por razones familiares siempre que lo hubiera autorizado expresamente la persona fallecida.
- C. Las personas vinculadas a la persona fallecida por razones familiares o de hecho así como quienes ostenten la condición de herederas, salvo que la persona fallecida lo hubiese prohibido expresamente.
- D. En caso de que la persona fallecida fuera menor de edad, el acceso podrá ejercerse también por sus representantes legales o por el Ministerio Fiscal que siempre actuará de oficio.

106.- Señale la respuesta que no es correcta. Según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales a efectos del tratamiento de los datos, el consentimiento de la persona afectada tiene que ser una manifestación de voluntad que cumpla las siguientes características:

- A. Libre.
- B. Verbal.
- C. Específica.
- D. Informada.

107.- Con relación al tratamiento de los datos personales de una persona menor de edad, señale la respuesta correcta:

- A. Únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de dieciséis años.
- B. La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales no prevé que las personas menores de edad puedan dar su consentimiento válidamente a estos efectos.
- C. Únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de catorce años.
- D. El tratamiento de los datos de las personas menores de dieciséis años, fundado en el consentimiento, solo será lícito si consta el consentimiento de quienes ejercen la patria potestad o tutela, con el alcance que dichas personas determinen.

108.- La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en su artículo 9 considera categorías especiales de datos aquellos que permitan, respecto a la persona afectada, identificar:

- A. Su ideología y afiliación sindical.
- B. Su religión y orientación sexual.
- C. Sus creencias u origen racial o étnico.
- D. Todas las respuestas son correctas.

109.- La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales establece que el tratamiento de datos de naturaleza penal podrá llevarse a cabo:

- A. Solo por profesionales de la abogacía y cuando tengan por objeto recoger la información facilitada por quienes les contraten para el ejercicio de sus funciones.
- B. Por profesionales de la abogacía y de la procura, cuando tengan por objeto recoger la información facilitada por quienes les contraten para el ejercicio de sus funciones.
- C. En los casos previstos por la propia Ley Orgánica 3/2018 y en otras normas de rango reglamentario.
- D. Exclusivamente en los supuestos amparados en una norma de Derecho de la Unión y en la propia Ley Orgánica 2/2018.

110.- Respecto al derecho de rectificación que regula la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de

Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, señale la respuesta correcta:

- A. La persona afectada deberá indicar en su solicitud a qué datos se refiere y deberá acompañar, en todo caso, la documentación justificativa de la inexactitud de los datos.
- B. La persona afectada deberá indicar en su solicitud a qué datos se refiere y la corrección que haya de realizarse, y cuando sea preciso, deberá acompañar la documentación justificativa de la inexactitud o carácter incompleto de los datos objeto de tratamiento.**
- C. La persona afectada deberá indicar en su solicitud solo la corrección que haya de realizarse y debe siempre acompañar la documentación justificativa de la inexactitud de los datos.
- D. No es necesario que la persona afectada indique expresamente en su solicitud qué datos deben rectificarse.

111.- Con relación al tratamiento de datos con fines de videovigilancia, señale la respuesta correcta:

- A. Solo las personas físicas podrán llevar a cabo el tratamiento de imágenes a través de sistemas de cámaras o videocámaras con la finalidad de preservar la seguridad de las personas y bienes, así como sus instalaciones.
- B. Los datos serán suprimidos, en todo caso, en el plazo máximo de un mes desde su captación.
- C. Los datos serán suprimidos en el plazo máximo de un mes desde su captación, salvo cuando hubieran de ser conservados para acreditar la comisión de actos que atenten contra la integridad de personas, bienes o instalaciones.**
- D. En el caso de que los datos hubieran de ser conservados más allá del plazo de un mes desde su captación para acreditar la comisión de actos que atenten contra la integridad de personas, bienes o instalaciones, deberán ser puestas a disposición de la autoridad competente en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas desde que se tuviera conocimiento de la existencia de la grabación.

112.- Respecto a los sistemas de información de denuncias internas que contempla la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, es correcta la siguiente afirmación:

- A. En todo caso, transcurridos tres meses desde la introducción de los datos, deberá procederse a su supresión del sistema de denuncias, salvo que la finalidad de la conservación sea dejar evidencia del funcionamiento del modelo de prevención de la comisión de delitos.**
- B. En todo caso, transcurridos seis meses desde la introducción de los datos, deberá procederse a su supresión del sistema de denuncias, salvo que la finalidad de la conservación sea dejar evidencia del funcionamiento del modelo de prevención de la comisión de delitos.
- C. En todo caso, y sin excepción, transcurridos seis meses desde la introducción de los datos, deberá procederse a su supresión del sistema de denuncias.
- D. La Ley no prevé plazo temporal alguno para la supresión de los datos del sistema de denuncias.

La Ley de Protección de datos contempla en su artículo 24 "Sistemas de información de denuncias internas", punto 4 dice:

"En todo caso, transcurridos tres meses desde la introducción de los datos, deberá procederse a su supresión del sistema de denuncias, salvo que la finalidad de la conservación sea dejar evidencia del funcionamiento del modelo de prevención de la comisión de delitos por la persona jurídica. Las denuncias a las que no se haya dado curso solamente podrán constar de forma anonimizada, sin que sea de aplicación la obligación de bloqueo prevista en el artículo 32 de esta ley orgánica".

El problema y las dudas llegan cuando nos encontramos que en diciembre de 2025 este artículo fue modificado, quedando a fecha de hoy redactado como sigue:

"Serán lícitos los tratamientos de datos personales necesarios para garantizar la protección de las personas que informen sobre infracciones normativas. Dichos tratamientos se registrarán por lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, en esta ley orgánica y en la Ley reguladora de la protección de las personas que informen sobre infracciones normativas y de lucha contra la corrupción".

Nos encontramos con que si no tenemos en cuenta esta última modificación la respuesta correcta es A. Pero si la tenemos en cuenta, entonces la respuesta correcta es D.

La bibliografía oficial nos habla sólo de la Ley de Protección de datos en sí misma, no nos especifica si quiere que tengamos en cuenta las últimas modificaciones o no. Así que nos encontramos ante un callejón sin salida. No creo sinceramente que hayan ido a buscar la "trampa" de la actualización. Mi apuesta personal es que no se han dado cuenta de la actualización y buscan la opción A como respuesta correcta. Pero lógicamente no puedo saberlo. Pregunta para jugársela a cara o cruz.

113.- El artículo 1 del Decreto Legislativo 1/2023, de 16 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres, añade un concepto específico al objeto de la ley que refuerza el fin último de la norma, ¿cuál es?

- A. La igualdad de oportunidades.
- B. El empoderamiento de las mujeres.
- C. Lograr una sociedad libre de violencia machista.
- D. La eliminación de roles tradicionales.

114.- Según el artículo 2 del Decreto Legislativo 1/2023, de 16 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres, ¿a qué entidades privadas les es exigible el cumplimiento de los principios generales de esta ley durante su relación con la administración?

- A. Solo a las que tengan una plantilla superior a 250 personas.
- B. A todas las empresas con sede en Euskadi.
- C. A las que suscriban contratos o convenios, estén participadas por poderes públicos o sean beneficiarias de ayudas.
- D. Ninguna entidad privada está sujeta a los principios de la ley.

115.- Según el Decreto Legislativo 1/2023, de 16 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres, ¿cuál de estos es un principio general de actuación de los poderes públicos vascos incorporado en la nueva redacción del artículo 3?

- A. El principio de jerarquía administrativa.
- B. La integración de la perspectiva interseccional.
- C. El principio de celeridad procesal.
- D. La centralización de recursos de acogida.

116.- Según el Decreto Legislativo 1/2023, de 16 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres, respecto al principio de representación equilibrada, ¿en qué caso se permite excepcionalmente una presencia de mujeres superior al 60%?

- A. En ningún caso.
- B. Solo si no hay hombres capacitados en el sector.
- C. Cuando sea acorde al objetivo de corregir la histórica situación de infrarrepresentación de las mujeres.
- D. Si el órgano tiene menos de cuatro integrantes.

117.- Según el Decreto Legislativo 1/2023, de 16 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres, ¿qué planes específicos deben someterse ahora, obligatoriamente, a una evaluación previa de impacto en función del género?

- A. Solo los planes de formación interna.
- B. Los planes territoriales y urbanísticos.
- C. Los planes de marketing de empresas públicas.
- D. Ningún plan, solo los proyectos de ley.

118.- Según el Decreto Legislativo 1/2023, de 16 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres, ¿qué requisito nuevo deben cumplir las empresas de más de 50 personas trabajadoras para poder recibir subvenciones públicas?

- A. Tener paridad total en su directiva.
- B. Acreditar haber establecido medidas para prevenir y combatir el acoso sexual y las violencias sexuales.
- C. Tener un departamento exclusivo de igualdad.
- D. Estar inscritas en un registro internacional de igualdad.

119.- De acuerdo con lo establecido en el artículo 54 del texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres, aprobado por el Decreto Legislativo 1/2023, de 16 de marzo, ¿cómo se define la "violencia machista contra las mujeres"?

- A. Solo la violencia física en el hogar.
- B. Una violación de los derechos humanos y un problema de salud pública de primer orden.

- C. Únicamente los delitos contra la libertad sexual.
- D. Un conflicto de convivencia familiar.

120.- De acuerdo con lo establecido en el artículo 54.3 del texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres, aprobado por el Decreto Legislativo 1/2023, de 16 de marzo, ¿qué formas de violencia se incorporan como casos constitutivos de violencia machista por estar específicamente recogidos en dicho apartado?

- A. Solo la violencia física y psicológica.
- B. La violencia obstétrica, la política de género y la violencia digital.**
- C. Únicamente el acoso laboral.
- D. No se detallan formas, se remite al Código Penal.

121.- ¿Cuántos Objetivos Generales, clasificados como finalistas e instrumentales, se definen en la estructura del Plan de Salud Euskadi 2030?

- A. Cinco Objetivos Generales.
- B. Seis Objetivos Generales.
- C. Siete Objetivos Generales.**
- D. Ocho Objetivos Generales.

122.- Según el Plan de Salud Euskadi 2030, la VISIÓN que se aspira a lograr como país es:

- A. Convertirnos en el sistema de salud pública más sólido y resiliente de Europa.
- B. Liderar una Euskadi más saludable.**
- C. Reducir la morbilidad evitable y disminuir las desigualdades en salud antes de 2030.
- D. Lograr la sostenibilidad y excelencia en los sistemas asistenciales sanitarios y sociosanitarios.

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.

Según el Plan de Salud de Euskadi 2030, los principios rectores son: 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.

En el enunciado me piden la opción que NO hace referencia a ninguno de estos principios. Las opciones B y D están reflejadas de forma textual como principios rectores del plan, así que no generan ninguna duda. Entre las opciones A y C, entiendo que la opción A "la necesaria coordinación y colaboración interinstitucional...", hace clara referencia al "Enfoque participativo", que SI es un principio rector. La autosuficiencia presupuestaria (opción C) sin embargo, no tiene ninguna conexión con ninguno de los principios rectores del Plan de Salud, motivo por el que me decanto por esta opción.

124.- El Objetivo General 1 (OG1) del Plan de Salud Euskadi 2030 se enfoca en:

- A. Promover la salud de las mujeres y la salud reproductiva en la edad adulta.
- B. Lograr que niñas, niños y adolescentes nazcan, crezcan y se desarrollen con todo su potencial de salud.**
- C. Mejorar la salud mental y reducir la morbilidad asociada a trastornos mentales.
- D. La prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT).

125.- El Objetivo General 4 (OG4) del Plan de Salud Euskadi 2030 se define como "lograr la sostenibilidad y excelencia en los sistemas asistenciales sanitarios y sociosanitarios de Euskadi", ¿en términos de qué tres conceptos clave?

- A. Eficiencia, accesibilidad e innovación.
- B. Calidad, humanización y seguridad.**
- C. Equidad, intersectorialidad y coordinación.
- D. Investigación, formación y evaluación.

126.- ¿A qué hace referencia el acrónimo AVAD en el Plan de Salud Euskadi 2030?

- A. Áreas de Valoración de la Atención al Dependiente.
- B. Años de Vida Activa Desaprovechados.
- C. Atención Vasca a la Adicción a Drogas.
- D. Años de Vida sana perdidos Ajustados por Discapacidad.**

127.- ¿Cuál es uno de los objetivos clave del Plan de Salud Euskadi 2030, reiterado en varias secciones, respecto a la equidad y la gestión de la enfermedad?

- A. Garantizar la participación de la empresa privada en la gestión de servicios hospitalarios.
- B. Aumentar la esperanza de vida en 5 años en todos los colectivos sociales.
- C. Reducir la morbilidad evitable y disminuir las desigualdades en salud.**
- D. Implementar un programa de cribado universal para todos los tipos de cáncer.

128.- ¿Qué enfoque de investigación prioriza el Plan de Salud Euskadi 2030 para asegurar que los avances científicos lleguen de forma efectiva a la práctica clínica y la salud de la población?

- A. Enfoque de investigación básica y fundamental.
- B. Enfoque de investigación traslacional.**
- C. Enfoque de investigación puramente epidemiológica.
- D. Enfoque de investigación competitiva internacional.

129.- Según el modelo de evaluación del Plan de Salud Euskadi 2030, ¿cuáles son los cuatro criterios fundamentales para determinar el éxito de las intervenciones?

- A. Impacto, cobertura, equidad y transparencia.
- B. Relevancia, efectividad, eficiencia y sostenibilidad.**
- C. Rentabilidad, participación, innovación y prestigio.
- D. Calidad, calidez, rapidez y ahorro presupuestario.

130.- En la lucha contra las desigualdades, ¿qué tipo de soluciones habitacionales promueve el Plan de Salud Euskadi 2030 para las diferentes etapas de la vida?

- A. Construcción de viviendas de protección oficial exclusivamente rurales.
- B. Soluciones habitacionales asequibles, accesibles y adaptadas al ciclo vital.**
- C. Ayudas directas al alquiler únicamente para personas menores de 30 años
- D. Fomento de grandes centros residenciales para todas las personas con enfermedades crónicas.

131.- Según la comparativa de la Memoria Económica del Plan de Salud Euskadi 2030, ¿cuál es el programa presupuestario (fuera del gasto general de Osakidetza) con mayor dotación?

- A. Programa de Salud Pública.
- B. Programa de Farmacia.**

- C. Programa de Adicciones.
- D. Programa de Investigación y Planificación.

132.- El Plan de Salud Euskadi 2030 busca lograr "comunidades amigables" para las personas mayores. ¿Cuál es la finalidad última de esta estrategia?

- A. Segregar los espacios públicos por franjas de edad.
- B. Adaptar el entorno físico y social para fomentar un envejecimiento activo y con sentido.**
- C. Aumentar el número de plazas en residencias geriátricas de alta especialización.
- D. Limitar el acceso de vehículos a las zonas cercanas a los centros de salud.

133.- En el ámbito de la salud digital, ¿qué concepto destaca el Plan de Salud Euskadi 2030 para transformar la atención personalizada?

- A. La teleasistencia robótica obligatoria en todos los domicilios.
- B. La medicina de precisión y la integración de datos genómicos.**
- C. La eliminación definitiva de la historia clínica en papel en favor del PDF.
- D. La creación de una red social exclusiva para pacientes crónicos/as.

134.- ¿Cómo define el Plan de Salud Euskadi 2030 el concepto de "Intersectorialidad" en la gestión de la salud?

- A. La competencia entre diferentes sectores para obtener fondos públicos.
- B. La colaboración entre departamentos del Gobierno para que la salud esté en todas las políticas.**
- C. La privatización de sectores sanitarios no críticos.
- D. La creación de un único departamento que gestione salud, educación y vivienda.

135.- ¿Cuál es la visión del Plan de Salud Euskadi 2030 sobre el uso de la evidencia científica en la toma de decisiones políticas?

- A. Es un elemento opcional supeditado a la oportunidad política.
- B. Es la base fundamental para el diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud.**
- C. Solo se debe aplicar en casos de alertas sanitarias internacionales.

- D. Se reserva exclusivamente para el ámbito académico, no para el legislativo.

136.- Según el análisis del contexto social del documento de Diagnóstico del Pacto Vasco de Salud de Euskadi, ¿qué factor se identifica como un motor clave para que la ciudadanía del siglo XXI demande un papel más activo en su salud?

- A. El incremento exclusivo de la esperanza de vida al nacer.
- B. El acceso generalizado a la información y un mayor nivel educativo en la CAPV.**
- C. La reducción drástica de las listas de espera en consultas externas.
- D. La implementación de la receta electrónica en todas las farmacias.

137.- El documento de Diagnóstico del Pacto Vasco de Salud de Euskadi señala que los flujos migratorios actuales en Euskadi:

- A. No tienen impacto relevante en el perfil epidemiológico de la comunidad.
- B. Revelan patologías anteriormente poco conocidas en nuestro entorno, pero prevalentes en otras latitudes.**
- C. Se limitan exclusivamente a personas en edad laboral con excelente estado de salud inicial.
- D. Han provocado la saturación irreversible de los servicios de urgencias hospitalarias.

138.- ¿Cuál es uno de los principales desafíos identificados en el documento de Diagnóstico del Pacto Vasco de Salud de Euskadi respecto a la formación y relevo del personal sanitario?

- A. La excesiva oferta de plazas MIR en todas las especialidades médicas.
- B. La falta de interés de las nuevas generaciones por las profesiones biosanitarias.
- C. La necesidad de planificar el relevo ante la jubilación de cohortes numerosas de profesionales.**
- D. La prohibición de la formación continua dentro del horario laboral.

139.- Sobre el impacto del cambio global y climático, el documento de Diagnóstico del Pacto Vasco de Salud de Euskadi advierte de la aparición de:

- A. Patologías ligadas exclusivamente al consumo de alimentos ultraprocesados.
- B. Nuevos vectores y virus anteriormente inexistentes en nuestro entorno, como el virus del Nilo.**

- C. Una disminución natural de las enfermedades respiratorias debido al aumento de temperaturas.
- D. La erradicación total de las enfermedades infecciosas estacionales.

140.- El documento de Diagnóstico del Pacto Vasco de Salud de Euskadi propone que los indicadores sanitarios para evaluar el sistema deben:

- A. Basarse exclusivamente en mediciones de actividad (número de consultas y cirugías).
- B. Ser confidenciales y accesibles únicamente para la alta dirección del Departamento de Salud.
- C. Ignorar la perspectiva de género para simplificar la toma de datos estadísticos.
- D. Reflejar resultados en salud y sostenibilidad, y no solo volumen de actividad.**

141.- ¿Cuál es la finalidad principal de los Valores Fundamentales del Pacto Vasco de Salud, según el Libro de Valores y principios?

- A. Ser la base para la elaboración del futuro Plan Estratégico de Osakidetza.
- B. Establecer la estructura financiera y la autonomía de gestión del sistema de salud.
- C. Ser el fundamento ético y social que soporta la actividad del Sistema Público de Salud de Euskadi.**
- D. Garantizar la cobertura universal únicamente a la ciudadanía vasca empadronada.

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.

Pregunta profundamente dudosa. Me preguntan por los valores explícitos del Pacto Vasco de Salud. Los 4 valores explícitamente recogidos en el Pacto de Salud son la universalidad, la solidaridad, la equidad y la autonomía.

Como puede observarse ninguna de las opciones de respuesta se corresponde con ninguno de los valores explícitos mencionados. De forma personal, apuesto por la opción “corresponsabilidad” porque entiendo que este concepto puede enlazarse de forma relativamente sencilla con el valor de “autonomía”,

valor que implica empoderamiento y corresponsabilidad en la toma de decisiones.

143.- El principio de Innovación en el Pacto Vasco de Salud se aplica a:

- A. Exclusivamente a la aplicación de nuevas tecnologías de imagen médica.
- B. La I+D+i en todas las fases y dimensiones de la salud, incluyendo la organizativa y la asistencial.**
- C. La importación de modelos de éxito de otros sistemas sanitarios europeos.
- D. La digitalización de la historia clínica en Osakidetza.

144.- En el marco del Pacto Vasco de Salud, dentro de los principios rectores, la "Orientación al Valor" significa que el sistema debe priorizar:

- A. Las intervenciones que generen los mejores resultados relevantes para la persona al menor coste posible.**
- B. El valor de mercado de las acciones de las empresas proveedoras de tecnología.
- C. El incremento constante de las infraestructuras físicas sobre la inversión en personal.
- D. La compra masiva de medicamentos de marca sobre los genéricos.

145.- ¿En qué grandes ámbitos se estructuran las Líneas Estratégicas del Pacto Vasco de Salud?

- A. Cinco Líneas Estratégicas: prevención y promoción de la salud; atención a la enfermedad; calidad, innovación y sostenibilidad; desarrollo de las y los profesionales; y Gobernanza.
- B. Seis Líneas Estratégicas: prevención y promoción de la salud; atención a la enfermedad; áreas prioritarias de salud; calidad, innovación y sostenibilidad; desarrollo de las y los profesionales; y transparencia y participación ciudadana.**
- C. Seis Líneas Estratégicas: prevención y promoción de la salud; atención a la enfermedad; áreas prioritarias de salud; calidad, innovación y sostenibilidad; desarrollo de las y los profesionales; y gobernanza.**
- D. Seis Líneas Estratégicas: prevención y promoción de la salud; atención sociosanitaria; áreas prioritarias de salud; calidad, innovación y sostenibilidad; desarrollo de las y los profesionales; y gobernanza.

146.- ¿Cuál es el papel de la Atención Primaria y Comunitaria dentro de las Líneas Estratégicas del Pacto Vasco de Salud?

- A. Actuar como un servicio de triaje rápido para derivar todos los casos al hospital.
- B. Ser un servicio opcional para quienes no dispongan de seguro privado.
- C. Limitarse a la atención administrativa y la gestión de bajas laborales.
- D. Ser la base estratégica que cohesione y sustente todo el sistema de salud vasco.**

147.- En relación con la Línea Estratégica 06 sobre "Cronicidad" del Pacto Vasco de Salud, ¿qué objetivo se persigue primordialmente?

- A. Institucionalizar a todas las personas con enfermedades crónicas en centros especializados.
- B. Reforzar la autonomía y corresponsabilidad de las personas con enfermedades crónicas.**
- C. Sustituir las consultas médicas presenciales por seguimiento telefónico automático.
- D. Reducir la cobertura de medicamentos para patologías de larga duración.

148.- La Línea Estratégica 07 sobre "Atención Sociosanitaria" del Pacto Vasco de Salud subraya la necesidad de:

- A. Separar definitivamente las competencias de Salud de las de Servicios Sociales.
- B. Mejorar la coordinación y el tránsito de las personas entre el sistema sanitario y el social.**
- C. Eliminar las ayudas a la dependencia para fomentar el ahorro público.
- D. Obligar a las personas pacientes a elegir entre atención médica o apoyo social.

149.- Respecto a la "Salud Mental" (Línea 11), el Pacto Vasco de Salud pone el foco en:

- A. La promoción del bienestar emocional y la detección precoz, especialmente en jóvenes.**
- B. El aislamiento preventivo de las personas con trastornos mentales graves.
- C. La medicalización sistemática de cualquier malestar emocional de la ciudadanía.
- D. La reducción de la plantilla de psicología en los centros de salud primaria.

150.- La Línea Estratégica 18 sobre "Digitalización en Salud" del Pacto Vasco de Salud busca la transformación digital para:

- A. Reemplazar al personal sanitario por sistemas de inteligencia artificial autónomos.
- B. Eliminar el papel de todos los archivos históricos sin digitalizar previamente.
- C. Facilitar la accesibilidad, la personalización de la atención y la eficiencia organizativa.**
- D. Crear una base de datos pública con el historial clínico de toda la ciudadanía.

151.- ¿Cuál es el Objetivo General establecido para la “Estrategia de Seguridad del Paciente 20-30”?

- A. Reducir a cero los eventos adversos mediante la incorporación de tecnología robótica.
- B. Mejorar la calidad asistencial del sistema sanitario vasco.
- C. Promover el máximo nivel de seguridad posible, minimizando la probabilidad de ocurrencia de incidentes de seguridad en el transcurso de la asistencia sanitaria.**
- D. Centralizar la gestión de riesgos en un único organismo fuera de Osakidetza.

152.- El principio hipocrático al que se hace referencia en la “Estrategia de Seguridad del Paciente 20-30”, y que la ciudadanía asume que se verifica en el transcurso de la actividad asistencial, es:

- A. Salus populi suprema lex esto (la salud del pueblo es la ley suprema).
- B. Corpus sanum in mente sana (mente sana en cuerpo sano).
- C. Lex artis ad hoc (ley del arte para el caso).
- D. Primum non nocere (primero no hacer daño).**

153.- ¿Cuáles son las dos nuevas Líneas de Acción incorporadas en la “Estrategia de Seguridad del Paciente 20-30” que responden a una necesidad percibida por las personas expertas?

- A. Seguridad en Pediatría y Buenas Prácticas en el Uso de Biológicos.
- B. Atención en Cuidados Paliativos y Seguridad Domiciliaria.
- C. La Seguridad de Paciente en Emergencias y la Prevención del Suicidio.**
- D. Seguridad en Salud Mental y Prevención de las Úlceras por Presión.

154.- De acuerdo con la “Estrategia de Seguridad del Paciente 20-30”, ¿cómo se denomina al incidente de seguridad que, a diferencia del incidente sin daño, sí ocasiona algún tipo de daño a las personas atendidas?

- A. Error no evitable.
- B. Circunstancia notificable.

C. Fallo latente.

D. Evento Adverso.

155.- ¿Cuál es el enfoque principal de la Línea de Acción Corporativa L2 de la “Estrategia de Seguridad del Paciente 20-30”?

- A. Implicación de pacientes en su seguridad.
- B. Conciliación de la medicación.
- C. Atención a las segundas y terceras víctimas.**
- D. Gestión de los incidentes de seguridad.

156.- ¿Cuál de los siguientes es el Objetivo Específico número 1 de la “Estrategia de Seguridad del Paciente 20-30”, enfocado en el cambio interno?

- A. Garantizar la continuidad de las líneas de acción y proyectos previamente implantados.
- B. Impulsar la cultura de seguridad de paciente en las organizaciones de servicios de Osakidetza, promoviendo la formación y sensibilización como aspectos clave.**
- C. Optimizar la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante.
- D. Implantar un sistema de identificación inequívoca de pacientes en todas las fases del proceso asistencial.

157.- La Línea de Acción Corporativa L8 de la “Estrategia de Seguridad del Paciente 20-30” está dedicada a:

- A. Conciliación de la medicación.
- B. Prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.**
- C. Seguridad en el proceso asistencial gestación-parto-puerperio.
- D. d) Seguridad transfusional.

158.- ¿Qué documento se menciona en la “Estrategia de Seguridad del Paciente 20 30” como el que determinó que las personas atendidas por un sistema medicalizado (tipo 061/112) presentan un mayor porcentaje de incidentes de seguridad en el entorno de Emergencias?

- A. Estudio Nacional de Efectos Adversos en centros hospitalarios (ENEAS).
- B. Estudio APEAS.
- C. Estudio EVADUR.**
- D. Informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM).

159.- El capítulo de Formación de la “Estrategia de Seguridad del Paciente 20-30” señala que, además de impulsar el desarrollo de prácticas seguras, las

organizaciones comprometidas orientan sus esfuerzos a aumentar la formación en los llamados:

- A. Factores humanos o factores no técnicos.
- B. Factores biomédicos y patofisiológicos.
- C. Factores económicos y de sostenibilidad.
- D. Factores organizativos de Osakidetza.

160.- ¿Cuál de las siguientes Líneas de Acción de la “Estrategia de Seguridad del Paciente 20-30” NO está relacionada con el sistema de utilización del medicamento?

- A. L5. Conciliación de la medicación.
- B. L14. Buenas prácticas asociadas a la utilización de medicación.
- C. L6. Optimización en la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante.
- D. L7. Seguridad transfusional (Nota: la seguridad transfusional se considera una línea separada, aunque implica la administración de productos sanguíneos).

161.- Según el diagnóstico del II Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Osakidetza, ¿qué porcentaje de mujeres y hombres, respectivamente, componía la plantilla total de Osakidetza en enero de 2025?

- A. 60% mujeres y 40% hombres
- B. 75% mujeres y 25% hombres
- C. 80% mujeres y 20% hombres
- D. 90% mujeres y 10% hombres

162.- Una de las metas del II Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Osakidetza es la “CAPACITACIÓN EN IGUALDAD”. ¿Cuál es su objetivo principal?

- A. Reducir la brecha de género en investigación en un 4%.
- B. Conseguir que todas las personas trabajadoras de Osakidetza conozcan el Plan y el Protocolo de Acoso.
- C. Reducir a la mitad las categorías con brecha retributiva superior al 5%.
- D. Garantizar la formación básica, progresiva, permanente y obligatoria de todo el personal de Osakidetza.

163.- ¿Qué institución aprueba el II Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Osakidetza (2025-2028)?

- A. Mesa Sectorial de Sanidad.
- B. Emakunde.

C. Consejo de Administración de Osakidetza.

D. Dirección General de Osakidetza.

164.- De acuerdo con el II Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Osakidetza (2025-2028), ¿qué concepto define, dentro del diagnóstico de la organización, la dificultad invisible que encuentran las mujeres para acceder a puestos de mayor responsabilidad y toma de decisiones?

- A. Segregación horizontal.
- B. Suelo pegajoso.
- C. Brecha salarial técnica
- D. Techo de cristal.

165.- Una de las Metas del II Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Osakidetza (2025-2028) es “CORRESPONSABILIDAD”. ¿Cuál es el objetivo específico asociado a esta meta?

- A. Reducir el porcentaje de hombres en puestos de dirección.
- B. Reducir a la mitad la brecha de género en investigación.
- C. Reducir, al menos, en un 2% la brecha de género existente en las medidas de conciliación para cuidados.
- D. Aumentar el número de investigaciones con perspectiva de género interseccional en un 4%.

166.- ¿Cuál fue el objetivo del I Plan de Igualdad, teniendo en cuenta su condición de primer plan estratégico de Osakidetza en esta materia?

- A. Consolidar los avances logrados y profundizar el proceso transformador.
- B. Establecer unos cimientos sólidos para garantizar el cumplimiento de la legislación y la alineación a los marcos estratégicos.
- C. Reducir la brecha salarial a la mitad en todas las categorías profesionales.
- D. Lograr la aprobación por parte del Consejo de Dirección de Osakidetza en julio de 2025.

167.- ¿Cuál es la Meta 5 establecida en el II Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Osakidetza (2025-2028)?

- A. Reducir la brecha de género existente en las medidas de conciliación para cuidados.
- B. Capacitación en Igualdad, garantizando la formación progresiva del personal.
- C. Igualdad Salarial, con el objetivo de reducir a la mitad las categorías que tienen una brecha retributiva > 5%.

- D. Investigación, aumentando el número de investigaciones con perspectiva de género.

168.- En relación con la violencia machista contra las mujeres, el Plan II Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Osakidetza (2025-2028) establece como línea de actuación prioritaria:

- A. El refuerzo de la prevención, la detección precoz y la mejora de la respuesta asistencial integrada desde el sistema de salud.**
- B. La derivación inmediata de cualquier caso detectado a servicios jurídicos externos, sin intervención del personal sanitario.
- C. La creación de un registro anónimo donde las personas profesionales puedan denunciar conductas sin seguimiento posterior.
- D. La limitación de la atención asistencial únicamente a las consecuencias físicas derivadas de la violencia.

169.- El III Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza 2022-2028 establece respecto a los mensajes audiovisuales que:

- A. Deben emitirse en la lengua que decidan las personas responsable de las unidades que utilizan estos sistemas audiovisuales.
- B. Deben emitirse en las dos lenguas oficiales, primero en castellano y luego en euskera.
- C. Deben emitirse en las dos lenguas oficiales, primero en euskera y luego en castellano.**
- D. Deben emitirse en una de las dos lenguas oficiales.

170.- De acuerdo con el III Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza 2022-2028, señale la respuesta correcta:

- A. Por aplicación de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales no puede constar en los datos personales de cada paciente de Osakidetza su idioma de preferencia para las comunicaciones con Osakidetza.
- B. El signo azul con la letra e indica que la persona paciente no tiene competencia para comunicarse en un idioma que no sea el euskera para las comunicaciones orales con Osakidetza.
- C. En los datos personales de cada paciente, se registrará su idioma de preferencia para las comunicaciones orales con Osakidetza .**
- D. A las personas que elijan el euskera como lengua prioritaria en sus comunicaciones con

Osakidetza solo se les deberá ofrecer servicios en euskera.

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.

Pregunta más que dudosa. La opción A nos indica que el lema “aukeratu zeure hizkuntza” fue el utilizado en la campaña de 2017. La opción C nos indica que dicho lema es el que Osakidetza utilizará en la campaña llevada a cabo a partir del año 2022. Toda la dificultad por tanto, reside en saber si el lema data de 2017 o si es el de la campaña actual, iniciada en 2022.

El III Plan de Normalización del uso del euskera, documento al que hace referencia el enunciado dice textualmente lo siguiente:

“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”.

Como puede observarse la frase resulta muy ambigua, admitiendo ambas interpretaciones. Podemos interpretar que el lema se utilizó en 2017 y ahora Osakidetza hace otra campaña similar a aquella que tenía aquel lema, o podemos interpretar que ahora Osakidetza hace una campaña como aquella utilizando el lema.

Resumiendo, juego de palabras infernal del que es imposible salir airoso. He consultado el Plan de Euskera anterior, en vigor en 2017, y este lema NO aparece. Esto me hace pensar que el lema es actual y que por tanto la respuesta correcta puede ser C.

dificultades para expresarse en ciertas situaciones.

172.- El III Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza 2022-2028 contempla que tanto en los servicios de recepción y admisión, como en las unidades asistenciales y administrativas a toda la ciudadanía vascohablante debe garantizarse:

- A. La recepción en euskera.**
- B. La recepción en euskera solo cuando la comunicación oral con pacientes y personas usuarias sea de modo presencial.
- C. La recepción en euskera solo cuando la comunicación con pacientes y personas usuarias sea telefónicamente.
- D. La recepción en euskera solo por las y los empleados que sepan en euskera.

173.- El III Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza 2022-2028 establece que, en los escritos individualizados de respuesta a solicitudes y reclamaciones de pacientes o personas usuarias de Osakidetza se utilizará:

- A. La lengua utilizada por cada ciudadano o ciudadana.**
- B. Siempre el euskera como lengua preferente.
- C. Siempre las dos lenguas oficiales independientemente de la lengua utilizada por cada ciudadano o ciudadana.
- D. Ambas lenguas oficiales, siendo los escritos contestados primero en euskera y luego en castellano.

174.- Siguiendo lo previsto en el III Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza 2022-2028, señale la respuesta que no es correcta:

- A. Se pondrá a disposición del personal bilingüe que lo desee diferentes elementos identificativos portadores del círculo azul con la letra e, signo que invita a relacionarse en euskera.
- B. El signo azul y la letra e solo se utilizará para la identificación individual del personal bilingüe.**
- C. En los centros de salud, consultorios y unidades hospitalarias, deberá estar colocado, de modo visible, el cartel que explica a las personas usuarias el significado del signo identificativo con la letra e.
- D. Se estudiará introducir una variante del círculo azul con la letra e para el personal dispuesto a que le hablen en euskera pero que muestra

175.- En atención a lo previsto en el III Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza 2022-2028, en todos los centros de atención primaria ha de ponerse en marcha un procedimiento para que, en la medida de las posibilidades, se propongan servicios en euskera a las personas pacientes que hayan registrado esta lengua como preferente y que aún reciban los citados servicios en castellano. Señale a qué servicios se refiere el citado Plan:

- A. Medicina familiar, pediatría, enfermería y salud mental.
- B. Pediatría, medicina familiar y salud mental.
- C. Medicina familiar, pediatría, enfermería y matrona.**
- D. Todas las anteriores respuestas son correctas.

176.- Conforme al III Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza 2022-2028:

- A. En los casos de los mensajes SMS que se envían a los teléfonos móviles de personas trabajadoras o candidatas, estarán escritos en las dos lenguas oficiales, primero en castellano y luego en euskera.
- B. Los escritos individualizados de respuesta a solicitudes y reclamaciones de las personas trabajadoras deberán redactarse en las dos lenguas oficiales.
- C. Osakidetza ha de garantizar que la información y los servicios ofrecidos tanto al personal empleado como a personas candidatas a través de las tecnologías de la comunicación estén en las dos lenguas oficiales, con el fin de que cada persona haga uso de la lengua de su preferencia.**
- D. Las informaciones y comunicaciones no personalizadas dirigidas al personal deberán redactarse en las dos lenguas oficiales y se dará prioridad al castellano.

177.- Según el Resumen Ejecutivo del Plan Oncológico Integral de Euskadi (POIE) 2025-2030, ¿de qué porcentaje de los fallecimientos en Euskadi fue responsable el cáncer en el año 2023?

- A. 22,3%
- B. Menos del 15%
- C. 33,8%
- D. 28%**

178.- Según el Resumen Ejecutivo del Plan Oncológico Integral de Euskadi (POIE) 2025-2030, ¿cuáles fueron

las dos localizaciones de cáncer más frecuentes en Euskadi en el periodo 2015-2019, consideradas separadamente por sexo?

- A. Cáncer colorrectal y cáncer de pulmón.
- B. Cáncer de mama en mujeres y cáncer de próstata en hombres.**
- C. Cáncer de páncreas y cáncer de pulmón.
- D. Leucemia y Linfoma de Hodgkin.

179.- ¿Cuál de las siguientes es una de las aspiraciones definidas en la VISIÓN del Plan Oncológico Integral de Euskadi (POIE) 2025-2030?

- A. Mejorar la calidad de vida de las personas: de pacientes, supervivientes y de sus familiares y personas cuidadoras.**
- B. Aumentar la cuota de mercado de Osakidetza en el sector oncológico privado.
- C. Garantizar la presencia equilibrada de ambos sexos en los órganos de gestión sanitaria.
- D. Establecer la telemedicina como la única forma de seguimiento oncológico.

180.- La Misión del Plan Oncológico Integral de Euskadi (POIE) 2025-2030 busca generar valor a la ciudadanía vasca en términos de:

- A. Mayor financiación externa para I+D.
- B. Menores listas de espera y más personal asistencial.
- C. Mejores resultados en salud.**
- D. Una mayor supervivencia a los 10 años en todos los tumores.

181.- En el Plan Oncológico Integral de Euskadi (POIE) 2025-2030, la “Centralidad de la persona y humanización” como Principio Rector incluye la incorporación de la perspectiva de género y la atención a:

- A. La telemonitorización avanzada.
- B. La diversidad.**
- C. El personal profesional no implicado directamente.
- D. Las redes sociales.

182.- Teniendo en cuenta la introducción y el contexto del Plan Oncológico Integral de Euskadi 2025-2030. ¿Cuál fue una de las principales áreas de mejora identificadas en la evaluación del Plan Oncológico de Euskadi (POE) 2018 2023?

- A. La excesiva visibilidad del plan entre profesionales sin implicación.
- B. La necesidad de aumentar el número de Comités de Tumores.

C. La necesidad de reforzar la atención a colectivos específicos (infancia, mayores, personas largas supervivientes).

D. La ausencia total de un modelo asistencial común.

183.- Según el listado de acrónimos del Plan Oncológico Integral de Euskadi (POIE) 2025-2030, ¿a qué hacen referencia las siglas PROMs?

- A. Plan de Resultados Oncológicos y Metodología de Seguimiento.
- B. Plan de Riesgos Ocupacionales en Medicina Sanitaria.
- C. Programa de Rehabilitación Oncológica y Mejora de la Supervivencia.
- D. Medidas de Resultados Reportadas por los y las Pacientes.**

184.- El Plan Oncológico Integral de Euskadi (POIE) 2025-2030 se alinea con el Plan de Salud de Euskadi 2030. ¿Cuál de las siguientes es una de las prioridades estratégicas de dicho Plan de Salud mencionadas en el documento?

- A. Creación de una red de servicios privados de salud.
- B. Aumentar la esperanza de vida a 90 años.
- C. Reducir la morbimortalidad evitable y disminuir las desigualdades en salud**
- D. Eliminación total del cáncer infantil antes de 2030.

185.- ¿Cuál es el objeto fundamental de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, según su Artículo 1?

- A. Regular los cuidados paliativos avanzados en el Sistema Nacional de Salud.
- B. Modificar el Código Penal para despenalizar la asistencia al suicidio.
- C. Regular el derecho de toda persona a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir y la obligación de las Administraciones de garantizarla.**
- D. Establecer el registro de las voluntades anticipadas y testamentos vitales.

186.- Conforme al Artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ¿qué requisito de nacionalidad se exige para poder recibir la prestación de ayuda para morir?

- A. Tener la ciudadanía española con residencia legal ininterrumpida de al menos 10 años.

- B. Tener la nacionalidad española o tener residencia legal en España de al menos 5 años.
- C. Ser mayor de edad y tener la nacionalidad española, residencia legal o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia superior a 12 meses en territorio español.**
- D. Tener la nacionalidad española y residencia en el mismo municipio durante los últimos 2 años.

187.- Según la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ¿qué concepto define la ley como la "administración directa a la persona paciente de una sustancia por parte del personal sanitario competente"?

- A. Suicidio médicamente asistido.
- B. Sedación paliativa profunda.
- C. Eutanasia.
- D. Asistencia para morir.**

La administración directa de una sustancia por parte del personal sanitario competente, hace referencia a una de las dos modalidades que la ley contempla que se pueden utilizar para realizar el proceso de prestación de ayuda para morir. La respuesta correcta sería "prestación de ayuda para morir". Puesto que no tenemos esa opción, considero que la opción más cercana y por tanto la correcta es la D, "asistencia para morir". El concepto de eutanasia (opción C), aunque puede generar dudas, es un concepto mucho más amplio, definido por la propia ley como "el buen morir".

188.- Según el Artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ¿cuál es la condición que debe padecer la persona paciente para solicitar la prestación de ayuda para morir?

- A. Padecer una enfermedad incurable en fase terminal o un deterioro funcional grave.
- B. Sufrir una enfermedad que limite gravemente su autonomía.
- C. Padecer una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, causantes de un sufrimiento intolerable.**
- D. Sufrir un dolor físico o psíquico que no puede ser tratado con paliativos.

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.

Pregunta fatal redactada. No existe en la ley ningún plazo temporal de periodicidad en los términos en los que se plantea la cuestión del enunciado. Lo más parecido que plantea la ley es que el paciente debe cursar una segunda solicitud, ratificando su deseo de continuar adelante con el proceso, en un plazo de como mínimo 15 días respecto a la primera solicitud.

La ley de regulación de la eutanasia lo expresa así:

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:

... 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.

Como puede observarse, no es que el facultativo tenga que preguntarle a los 15 días si desea o no seguir adelante. La cuestión es que es requisito imprescindible que el paciente curse una segunda solicitud a los 15 días de la primera para confirmar su deseo de recibir prestación de ayuda para morir.

Pregunta insisto fatal redactada. Damos por "buena" la opción B porque hay que intentar decantarse por alguna, pero a todas luces esta pregunta debería ser anulada.

190.- Según la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ¿cuál es el derecho que asiste al personal sanitario directamente implicado en la prestación de ayuda para morir?

- A. Derecho a la reubicación en un puesto de trabajo diferente.
- B. Derecho a un incremento salarial por la complejidad de la prestación.
- C. Derecho a la objeción de conciencia.**
- D. Derecho a recibir asistencia jurídica de oficio.

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.
- C. La dependencia de otra persona para la realización de al menos dos actividades básicas de la vida diaria.
- D. Una dolencia que ha sido declarada irreversible y con un pronóstico de vida inferior a seis meses.

Pueden surgir dudas con la opción B. La ley de regulación de la eutanasia describe el "padecimiento grave, crónico e imposibilitante" como sigue:

"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".

Como puede observarse la opción B es inicialmente correcta, pero se queda muy corta, al no incluir un requisito esencial para entrar en la definición: que el proceso "lleve asociado un sufrimiento constante e intolerable". Una situación que limite la autonomía del paciente, si no implica un sufrimiento, quedaría excluido de 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.

NULA. No existe respuesta correcta. Según el artículo 8, punto 5 de la citada 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, al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10".

En realidad, el planteamiento de la pregunta es incorrecto. El médico responsable tiene tres días hábiles para poner en conocimiento del presidente de la Comisión que se han cumplimentado todos los requisitos y plazos temporales contemplados en el artículo 8 de la Ley. Es entonces cuando la Comisión procede a la verificación final, cumpliendo los pasos y plazos contemplados en el artículo 10 de la Ley y emitiendo la resolución final del caso, sea ésta favorable o desfavorable. Es decir, quien emite la resolución final es la Comisión, no el médico responsable. Entiendo en cualquier caso que se trata de una pregunta claramente impugnada, al no existir respuesta correcta y ni siquiera estar bien planteado el enunciado. Podríamos pensar que ante esta mala redacción del enunciado sería mejor decantarnos por la opción D "no existe plazo para esta comunicación". Pero tampoco es cierto. Lo que no existe es ese tipo de comunicación directamente. La "comunicación de la resolución favorable por parte del médico responsable", eso es lo que no existe en la ley. Vamos, que no hay por donde coger la pregunta y no podemos decantarnos por ninguna respuesta. Debe ser anulada.

193.- ¿Cuál es el principio general que establece la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas?

- A. La libre acumulación de empleos públicos.
- B. La incompatibilidad para desempeñar más de un puesto en el sector público, salvo excepciones.
- C. La compatibilidad automática entre empleo público y privado.
- D. La compatibilidad solo en el ámbito sanitario.

194.- Con carácter general, el personal comprendido en la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, podrá desempeñar:

- A. Dos puestos públicos si uno es a tiempo parcial.
- B. Un segundo puesto público únicamente con autorización previa y en los supuestos previstos por la Ley.
- C. Cualquier actividad privada sin limitación.
- D. Dos puestos públicos si pertenecen a distinta Administración.

195.- Según la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, ¿qué requisito es imprescindible para autorizar la compatibilidad con una actividad privada?

- A. Que la actividad sea sanitaria.
- B. Que no se supere la jornada ordinaria establecida.
- C. Que no se comprometa la imparcialidad o independencia del personal público.**
- D. Que lo autorice la jefatura inmediata sin más trámites.

196.- Según la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, ¿puede percibirse más de una remuneración con cargo a los presupuestos públicos?

- A. Sí, siempre que no superen el salario mínimo.
- B. No, salvo en los casos expresamente previstos en la Ley.**
- C. Sí, sin limitación alguna.
- D. Solo si se trata de diferentes Administraciones autonómicas.

197.- Según la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, ¿qué ocurre si se desempeña una actividad incompatible sin autorización?

- A. No ocurre nada si es fuera del horario laboral.
- B. Se considera falta leve.
- C. Puede dar lugar a responsabilidad disciplinaria.**
- D. Solo se devuelve la remuneración percibida.

198.- Según la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, ¿qué actividades están exceptuadas del régimen general de incompatibilidades?

- A. Las actividades docentes o de investigación en determinados supuestos.**
- B. Cualquier actividad privada.
- C. Solo actividades artísticas.
- D. Actividades comerciales propias sin límite.

199.- Según la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, para que se autorice la compatibilidad para un segundo puesto público es necesario que:

- A. Sea en el mismo centro de trabajo.
- B. Sea la jornada completa.
- C. Sea en los supuestos tasados y no se modifique la jornada y horario del puesto principal.**
- D. Lo apruebe el personal trabajador del servicio.

200.- La finalidad principal de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, es:

- A. Incrementar los ingresos del personal público.
- B. Garantizar la dedicación y la imparcialidad en el servicio público.**
- C. Permitir la pluriactividad generalizada.
- D. Reducir el número de personal público.