

## CLASE DE PAE Y EPIDEMIOLOGÍA TEST COMENTADO

### EIR 2019/20

#### ESENCIALES A<sup>+</sup>

Curso EIR 2019/2020

### FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

ESENCIALES A<sup>+</sup>

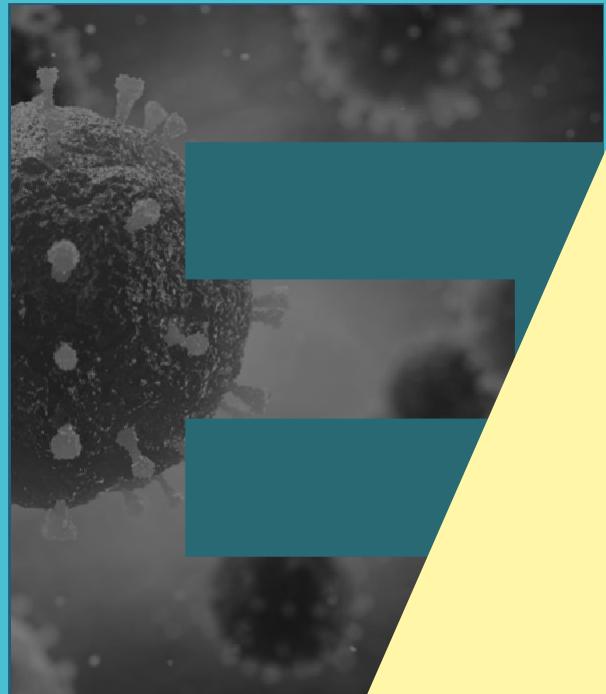


Fun<sup>+</sup>

Curso EIR 2019/2020

### EPIDEMIOLOGÍA

ESENCIALES A<sup>+</sup>



Epi<sup>+</sup>

**PAE Y EPIDEMIOLOGÍA**  
EIR 2019/2020

**PAE: 3 Líneas de tendencia**

**LINEA TENDENCIA 1. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA ENFERMERÍA**

1. La primera escuela La primera Escuela Superior de Enfermería y Matronas fue creada, en el año 1832, en:
  - a. El Cairo, Egipto.
  - b. Londres, Reino Unido.
  - c. París, Francia.
  - d. Nuremberg, Alemania.
  
2. En 1917 se crea oficialmente el Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española, por el Real Decreto de 28 de febrero 1917, especificándose los requisitos exigidos para su admisión en el citado cuerpo. En la misma fecha se aprueba el programa de Estudios que debía regir dicha formación de una manera profesional con temas avanzados para la época y que constaba de 35 temas, entre los que NO encontramos:
  - a. Tratamientos y curas.
  - b. Anatomía y fisiología.
  - c. Introducción a la Cruz Roja.
  - d. Puericultura.

**FEEDBACK:**

Números	Temas
1 - 2	Introducción a la Cruz Roja y la Enfermería.
3 - 13	Estudio del cuerpo humano: huesos, músculos, aparato digestivo, circulatorio, respiratorio, urinario, nervioso, la piel, la sangre.
14 - 15	Medidas higiénico sanitarias, esterilizaciones, tratamiento de anestesias, antisepsias, etc.
16 - 28	Tratamientos y curas: operaciones, vendajes, inyecciones, fracturas, quemaduras.
29 - 33	Campañas antipalúdicas, alcoholismo, tuberculosis, viruela
34 - 35	Puericultura, cuidados especiales, alimentación, educación física e importancia del aire libre.

Tomado de las Facultades de Enfermería

3. En la profesionalización de la enfermería española, el Decreto del ministro Ruíz Giménez en 1952, supuso:
  - a. La creación del título de enfermería en España.
  - b. El desarrollo de la primera escuela pública de enfermería.
  - c. La unificación de las profesiones auxiliares sanitarias en una (ATS).
  - d. Se establecen las competencias de los ATS.

## LÍNEA TENDENCIA 2. CONCEPTOS GENERALES DEL PAE Y PRIMERA FASE: VALORACIÓN

### 4. ¿Cuál de los siguientes enunciados no es un patrón funcional?

- a. Percepción / Control de la Salud.
- b. Nutricional / Metabólico.
- c. Valores y creencias.
- d. Control del entorno.**

#### FEEDBACK:

El modelo de los patrones funcionales de salud, de Marjory Gordon. Consiste en un esquema de valoración, que no está asociado a un modelo teórico. Son los siguientes:

1. Percepción-manejo de la salud: valora percepción general del paciente, manejo de la salud, prácticas preventivas, accidentes de trabajo, domicilio, dolor...
2. Nutricional-metabólico: nutrición, lesiones de piel, condiciones de la piel, uñas, mucosas, dientes, temperatura corporal, altura y peso.
3. Eliminación: regularidad de los patrones excretores, inspección de prótesis, patrones familiares o comunitarios de eliminación de residuos.
4. Actividad-ejercicio: actividades de la vida diaria, ejercicio, actividades de tiempo libre.
5. Sueño-descanso: descanso, relax, ayudas para dormir.
6. Cognitivo-perceptual: adecuación de los órganos de los sentidos: vista, oído, tacto, olfato gusto (capacidades sensoriales). Manifestaciones del dolor. Se describen las habilidades cognitivas funcionales: lenguaje, memoria, juicio, toma de decisiones.
7. Autopercepción-autoconcepto: actitudes acerca de uno mismo, creencias relativas a la autovalía, sentimientos, cambios en sus sentimientos, estados nerviosos, ansiedad, imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general.
8. Rol-relaciones: roles familiares y sociales.
9. Sexualidad-reproducción: problemas reales o potenciales, capacidad reproductiva.
10. Adaptación-tolerancia al estrés: niveles de afrontamiento, patrón de adaptación del paciente, respuestas afrontamiento...
11. Valores-creencias: planes de futuro, prácticas religiosas...

5. El Sr X, de 73 años, fue diagnosticado de Ca de colon hace 12 meses. Durante este tiempo ha estado sometido a quimioterapia y ha sido intervenido en dos ocasiones: la primera para resección de colon con colostomía sigmoidea permanente y la segunda para reseccionar un cuadrante hepático por metástasis. Hace dos meses se confirmó que presenta metástasis en hígado y pulmón por lo que El Sr X decidió, tras leer y estudiar los tratamientos y las alternativas que existen para su problema de salud, que no se iba a someter a más tratamientos agresivos. Vive con su mujer, la cual es muy activa y colaboradora, aunque presenta dificultades para adaptarse a esta situación. Sus dos hijos viven fuera y solo acuden cuando son reclamados por la madre ante situaciones complejas. Desde hace unos días el Sr X no puede moverse sin sentir dolor. Tiene prescrita analgesia del 3º escalón (escalera analgésica de la OMS) y corticoides que toma mañana y tarde. Su médico y enfermera van a visitarle regularmente y algunas de las visitas las realizan conjuntamente con la Unidad de Cuidados Paliativos de su Hospital. La esposa está muy preocupada porque el Sr X no quiere comer, no se quiere levantar de la cama, presenta heridas en la piel y caquexia. Cada vez tiene más dificultad respiratoria y desde hace unos días presenta insomnio, lo que le hace sentir más dolor. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos no se explora desde el patrón nutricional-metabólico (patrones funcionales de Gordon)?

- a. Deterioro de la mucosa oral.
- b. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.
- c. Deterioro de la integridad cutánea.
- d. Deterioro de la movilidad física.**

## FEEDBACK:

### Patrón 2: Nutricional- Metabólico

#### - Qué valora:

Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas. Horarios de comida. Preferencias y suplementos. Problemas en su ingesta. Altura, peso y temperatura. Condiciones de piel, mucosas y membranas.

#### - Cómo se valora:

Valoración del IMC.

Valoración de la alimentación: Recoge el nº de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas.., así como los líquidos recomendados para tomar en el día. Se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma por grupos: frutas, verduras, carnes, pescados, legumbres y lácteos...

Valoración de problemas en la boca: Si tiene alteraciones bucales (caries, úlceras etc.)

Valoración de problemas para comer: Dificultades para masticar, tragiar.... , alimentación por sonda ya sea alimentación enteral o con purés caseros.

Valoración de otros problemas que influyen en el patrón: Problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis).

Dependencia. Inapetencias. Intolerancias alimenticias. Alergias. Suplementos alimenticios y vitaminas.

Valoración de la piel: Alteraciones de la piel: fragilidad de uñas y pelo, falta de hidratación, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, coloración, abcesos, lipomas, nevus, verrugas, patología de las uñas.

#### - El patrón estará alterado si:

Con respecto al IMC: Patrón alterado superior al 30% o inferior a 18,5%

Patrón en riesgo: entre 25 y 30

Patrón eficaz: entre 18,6 y 24,9

Tiene una nutrición desequilibrada

Los líquidos consumidos son escasos.

Existen problemas en la boca. Hay dificultades para masticar y/o tragar. Necesita sonda de alimentación.

Existen lesiones cutáneas o en mucosas, alteraciones de la piel o falta de integridad tisular o cutánea.

Presencia de problemas digestivos, dependencias, inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias.

## 6. Para medir estas dimensiones clave de la atención centrada en la persona tenemos herramientas como:

a. Cuestionario MOS.

b. Test de Goldberg.

c. Escala de Holmes.

**d. Rating Scale.**

## FEEDBACK:

Para medir estas dimensiones clave de la atención centrada en la persona tenemos herramientas como:

• “Percepción de la atención centrada en el paciente”, mide la percepción de la última visita a través de 14 ítems

• “Medida de la atención en la consulta”, mide lo mismo, a través de 5 subescalas: comunicación-compañerismo, relación personal, promoción de la salud, enfoque positivo sobre el problema e interés por el impacto sobre la vida.

• “Rating Scale” sirve para valorar la entrevista del profesional con el paciente, que son grabadas por vídeo, y en la que se puntúa de 0 a 5 cada una de estas dimensiones: implicación del paciente en la definición del problema, implicación del paciente en la toma de decisiones sobre el manejo del problema, capacidad de ir recogiendo las claves del paciente sobre aspectos ocultos del problema, exploración de aspectos de ambivalencia y de percepción de autoeficacia del paciente y capacidad de respuesta global del profesional.

• Además, hay otras herramientas, como el “Método ROTER”, que codifica las expresiones verbales del profesional y del paciente en categorías, que se puntúan en base a la frecuencia en la que se presentan.

• El “Método Henset y Stewart” se centra en las respuestas del médico a las demandas verbalizadas por el paciente.

**7. Señalar la respuesta incorrecta en relación con la entrevista según el modelo MOTIVACIONAL:**

- a. Favorece el posicionamiento ayudando en la reflexión.
- b. Resume los puntos de vista.
- c. Es de aplicación progresiva.
- d. Repite consejos.**

## LÍNEA TENDENCIA 3. FASE DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

---

**8. La siguiente definición: “experiencia vivida de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado”, de un diagnóstico de enfermería corresponde con:**

- a. Aflicción crónica.
- b. Duelo.
- c. Impotencia.**
- d. Temor.

**9. La siguiente definición “lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema tegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento”, corresponde con el diagnóstico de enfermería:**

- a. Deterioro de la integridad tisular.**
- b. Deterioro de la integridad cutánea.
- c. Deterioro de la mucosa.
- d. Todas son posibles respuestas correctas.

**10. ¿A qué dominio pertenecen las anteriores diagnósticas: Ansiedad (000146), Negación ineficaz (00072), Temor (00148), Síndrome posttraumático (00141)?**

- a. Dominio 5. Percepción/Cognición.
- b. Dominio 6. Autopercepción.
- c. Dominio 7. Rol/Relaciones.
- d. Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés.**

### FEEDBACK:

Los dominios son el sistema de agrupación de información que propone la NANDA-I en su Taxonomía-II; son los siguientes:

1. Promoción de la salud: toma de conciencia de la salud y gestión de la salud.
2. Nutrición: actividad de ingerir, usar nutrientes, absorción, metabolismo e hidratación.
3. Eliminación: función urinaria, gastrointestinal, tegumentaria y respiratoria.
4. Actividad/reposo: sueño/reposo, actividad/ejercicio, equilibrio de la energía, respuesta cardiovascular/pulmonar, autocuidado.
5. Percepción/cognición: procesamiento de la información. Atención, orientación, sensación/percepción, cognición, comunicación.
6. Autopercepción: conciencia del propio ser. Autoconcepto, autoestima, imagen corporal
7. Rol/relaciones: roles de cuidador, relaciones familiares, desempeño del rol.
8. Sexualidad: identidad sexual, función sexual, reproducción
9. Afrontamiento estrés: hacer frente a los acontecimientos. Respuesta posttraumática, respuesta afrontamiento, estrés neurocompormental.
10. Principios vitales: valores, creencias, congruencia valores/creencia/acciones.
11. Seguridad/protección: infección, lesión física, violencia, peligros del entorno, procesos defensivos, termorregulación.
12. Confort: confort físico ( dolor agudo, dolor crónico ), confort del entorno, confort social.
13. Crecimiento/desarrollo: logro de las tareas de desarrollo acorde con la edad. Crecimiento, desarrollo.

Otros diagnósticos que también se encuentran dentro del dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés son: afrontamiento defensivo, afrontamiento ineficaz, duelo, duelo complicado, impotencia...

11. Carmen de 26 años acude a la consulta de enfermería para seguimiento protocolizado de su hijo Carlos de 6 meses de edad. Carmen nos comenta que el niño ha cambiado mucho, que antes era muy tranquilo y que desde hace 2 meses está muy irritable y llora continuamente. Por motivos laborales el padre está fuera desde hace 2 meses y apenas se ven. Reconoce que la vuelta al trabajo dentro de dos semanas la tiene un poco estresada pero que ella quiere lo mejor para su hijo y ha mantenido la lactancia materna exclusiva. De momento no ha precisado guardería. No hay antecedentes neonatales y patológicos destacables. Durante la evaluación del desarrollo físico y psicosocial destacamos una significativa disminución del percentil en talla y peso con respecto a la última visita de los 4 meses. A los 4 meses : Talla P60 , Peso P60 y Perímetro craneal P50. En la actual : Talla P15, Peso P15 y Perímetro craneal P50. Durante la exploración física encontramos: criotorquidia en testículo izquierdo y fimosis. Explorando su desarrollo psicomotor observamos que se gira sobre si mismo, se lleva los pies a la boca pero no es capaz de mantenerse sentado sin apoyo. Carlos balbucea y hace vocalizaciones interactivas con su madre. Comprobamos estado vacunal previo y administramos las vacunas oportunas, informando de las no incluidas en el calendario sistemático local. Durante toda la visita hacemos promoción y prevención en las áreas de la alimentación, salud bucodental, sueño, prevención de accidentes, tabaquismo y fotoprotección. Destacando que Carmen comenta que desde que su marido se marchó a trabajar fuera, ha vuelto a fumar 2 paquetes de cigarrillos al día, lo que le apena mucho pues consiguió dejarlo durante el embarazo con ayuda de su matrón y ahora aunque le gustaría no puede dejar el hábito. - Patrón de alimentación ineficaz del lactante - Leche Materna insuficiente CASO I - Pregunta 2: Los anteriores diagnósticos NANDA pertenecen al dominio 2: nutrición, pero ¿a qué clase?

- a. Digestión.
- b. Ingestión.**
- c. Hidratación.
- d. Metabolismo.

#### FEEDBACK:

El dominio 2: nutrición, consta de las siguientes clases:

- Clase 1: Ingestión
- Clase 2: Digestión
- Clase 3: Absorción
- Clase 4: Metabolismo
- Clase 5: Hidratación

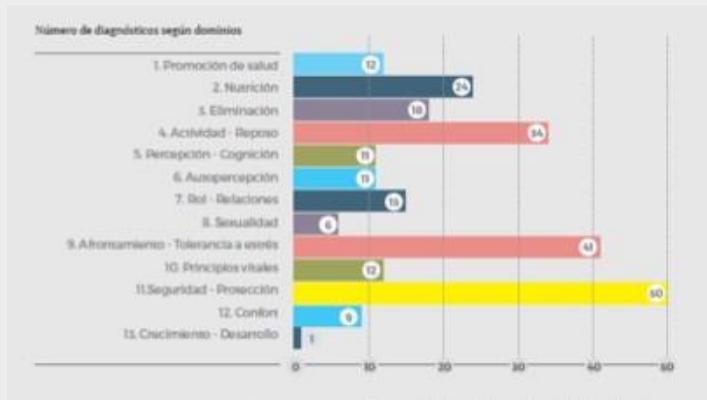
Pertenece a la clase 1, tomando como definición de ingestión: "Introducir por la boca [algo, especialmente comida o bebida] para hacerlo llegar al estómago".

12. ¿Cuáles es el dominio de la taxonomía NANDA 2018-20 con mayor número de diagnósticos de enfermería?:

- a. Seguridad-protección.**
- b. Rol-relaciones.
- c. Actividad-repozo.
- d. Afrontamiento-tolerancia estrés.

#### FEEDBACK:

en la página 82 del manual de FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERÍA.



13. En el desarrollo del PAE tenemos varios momentos clave en su generación y estado actual. Pesut y Herman denominan el momento actual como de:

- Modelos de paradigmas de cuidados.
- Cuidados predictivos.
- c. Construcción del conocimiento.**
- Diagnósticos y razonamiento.

**FEEDBACK:**

página 76, manual EIR FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERÍA

**6 Generaciones del PAE. Producción del Proceso Enfermero (Pesut y Herman, 1999)**

1950 - 1970	Problemas en el proceso.
1970 - 1990	Diagnósticos y razonamiento.
1990 - 2010	Resultados específicos e investigación.
2010 - 2025	Construcción del conocimiento.
2025 - 2035	Modelos de paradigmas de cuidados.
2035 - 2050	Cuidados predictivos

14. En la formulación de los diagnósticos enfermeros con el formato PES, los factores relacionados se refieren (indiquen la respuesta CORRECTA):

- a. **Factores y circunstancias que causan el problema o contribuyen a que se desarrolle.**
- Grupo de signos y síntomas que se asocian al problema, que se expresan u observan en la respuesta de una persona.
  - La respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales.
  - Evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de un problema.

**FEEDBACK:**

El diagnóstico enfermero se puede desglosar en cinco partes descriptivas:

- Categorías o etiquetas diagnósticas: expresión de la respuesta del sujeto. Proporciona como mínimo el foco del diagnóstico (eje 1) y el juicio enfermero (eje3). Puede incluir los modificadores.
- Definición: describe la situación en la cual debe encontrarse el sujeto para inducir dicha etiqueta. Es un término o frase concisa que representa un patrón o pistas relacionadas. Proporciona una descripción clara y precisa y ayuda a diferenciarlo de otros diagnósticos similares.
- Factores relacionados: son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero. Estos factores se pueden describir como antecedentes, asociados, relacionados, contribuyentes o conducentes al diagnóstico. Sólo los diagnósticos enfermeros focalizados en problema y los síndromes focalizados en el problema deben presentar los factores relacionados. El número de factores relacionados depende del diagnóstico, a veces un único factor no es suficiente.
- Características definitorias o criterios que confirman la existencia del problema descrito. Son pistas o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de diagnósticos focalizados en problemas, de promoción de la salud o síndromes. Para algunos diagnósticos una característica definitiva es todo lo que necesitamos (p. e., diagnósticos de promoción: el deseo expreso de un paciente de mejorar una faceta de una respuesta humana es todo lo que se requiere). Otros diagnósticos requieren un grupo de síntomas, para obtener precisión en el diagnóstico.
- Factores de riesgo. Factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no sa-

ludable. Se incluyen tantos como sean precisos Sólo los diagnósticos de riesgo presentan factores de riesgo. Del mismo modo que con las características definitorias y los factores relacionados, el número de factores de riesgo va a depender del diagnóstico.

**15. La formulación de un diagnóstico enfermero de riesgo se corresponde con la fórmula:**

- a. Problema+ Factor relacionado + Datos objetivos y subjetivos.
- b. Problema + Factor de riesgo + Datos objetivos y subjetivos.
- c. Problema + Factor de riesgo.**
- d. Problema secundario a datos objetivos y subjetivos.

**FEEDBACK:**

El diagnóstico de riesgo o potencial señala la presencia de factores relacionados que pueden desencadenar respuestas no deseadas que en el momento presente todavía no se han producido. La enfermera llega a este juicio cuando, a partir de la valoración, identifica la presencia de dichos factores. Su estructura es: Etiqueta m/p factores de riesgo.

**16. ATIC es un lenguaje de interfase, lenguajes más próximos a la forma en que los profesionales de enfermería se comunican habitualmente en su práctica diaria. Respecto este lenguaje señale la opción de respuesta FALSA:**

- a. ATIC son las siglas en catalán de arquitectura, terminología, información-interfase-enfermera y conocimiento.
- b. Los ejes principales incluyen elementos que representan las fases del proceso enfermero y son 3.
- c. Los ejes secundarios incluyen principalmente atributos complementarios de: localización, lateralidad, temporalidad, acciones, productos...
- d. Todas son correctas.**

**RESPUESTAS:**

ATIC es un lenguaje de interfase, lenguajes más próximos a la forma en que los profesionales se comunican habitualmente en su práctica diaria. Por lo tanto, los términos que ATIC desarrolla y ofrece al profesional son palabras de uso habitual en la práctica. Evidentemente es un lenguaje normalizado como las clasificaciones NANDA, NIC y NOC, pero cada uno de los elementos de ATIC ha sido sometido de forma independiente a un proceso de validación de toda la producción científica enfermera alrededor, en este caso, de los diagnósticos. ATIC son las siglas en catalán de arquitectura, terminología, información-interfase-enfermera y conocimiento. ATIC es una terminología enfermera de interfase multiaxial, esto es, contiene varios ejes vertebrales y otros complementarios. Los ejes principales incluyen elementos que representan las fases del proceso enfermero: Observaciones sistemáticas (valoración/evaluación -inicial, continuada y focalizada- incluyendo, parámetros, hallazgos, síntesis de referencias del beneficiario de los cuidados y entidades observables sistematizadas).

- Juicio clínico (incluyendo el diagnóstico de problemas, fenómenos y resultados).
- Intervenciones (para la planificación y confirmación de la ejecución de las prescripciones de cuidados y sus especificaciones).
- Los ejes secundarios incluyen principalmente atributos complementarios de:
  - Localización.
  - Lateralidad.
  - Temporalidad.
  - Acciones.
  - Productos.
  - Unidades de medida.
  - Beneficiario de los servicios enfermeros.
  - Otras especificaciones.

17. La taxonomía o clasificación estandarizada, exhaustiva y basada en la investigación que existe en el dominio público. Está diseñado para mejorar la práctica, la documentación y la gestión de la información. Está destinado a ser utilizado en todo el proceso de atención para individuos, familias y comunidades que representan todas las edades, ubicaciones geográficas, diagnósticos médicos, rangos socioeconómicos, creencias espirituales, etnicidad y valores culturales; corresponde a la terminología:

- a. Clinical Care Classification (CCC).
- b. *The Omaha System*.
- c. Perioperative Nursing Data Set (pnds).
- d. Systemized Nomenclature Of Medicine Clinical Terms (SNOMED CT).

18. En la taxonomía NIC, el tiempo necesario se define como el tiempo medio necesario para realizar la intervención. Se trata de un promedio de tiempo que se puede usar para determinar las tarifas de retribución (suficientemente largo para que pudiera realizarse la intervención, aunque no tan largo como para que el precio de la intervención sea exageradamente alto para que la compañía de seguros o el cliente lo paguen). Las estimaciones temporales se agrupan en 5 categorías, siendo cierto que:

- a. NIVEL 1: 10 minutos o menos.
- b. NIVEL 2: 11-30 minutos.
- c. *NIVEL 3: 31-45 minutos*.
- d. NIVEL 5: Más de 2 horas.

#### FEEDBACK:

Tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar intervenciones de la NIC La formación necesaria se define como el nivel educativo mínimo preciso para realizar la intervención en la mayoría de casos, en la mayoría de estados, y se valora como:

- Ayudante de enfermería/auxiliar de enfermería/técnico;
- Licenciada en enfermería (formación básica, ya sea grado, grado asociado diploma)
- Licenciada en enfermería con formación o certificado de posgrado. El tiempo necesario se definió como el tiempo medio necesario para realizar la intervención. Se trata de un promedio de tiempo que se puede usar para determinar las tarifas de retribución (suficientemente largo para que pudiera realizarse la intervención aunque no tan largo como para que el precio de la intervención sea exageradamente alto para que la compañía de seguros o el cliente lo paguen).

Las estimaciones temporales se agrupan en 5 categorías:

1. 15 minutos o menos.
2. 16-30 minutos.
3. 31-45 minutos.
4. 46-60 minutos.
5. Más de 1 hora.

Se recalca que las estimaciones se basan en juicios realizados por personas familiarizadas con la intervención y con el área de especialidad práctica. Las valoraciones que se incluyen pueden diferir según el centro y el profesional. Las estimaciones proporcionan un punto de inicio para estimar el tiempo necesario, el nivel necesario de formación del profesional y el coste de los cuidados de enfermería.

19. El logotipo de una hoja y un árbol que aparece a continuación y en la cubierta es una réplica exacta de una hoja de un árbol del Linnaeus Botanical Garden, en:

- a. Iowa (EEUU).
- b. Suiza.
- c. *Suecia*.
- d. Reino Unido.

**20. En la taxonomía NOC, Las etiquetas de resultados:**

- a. Deben ser concisas (expuestas en cinco palabras o menos) y exponerse en términos no evaluativos en lugar de en un estado disminuido, aumentado o mejorado.
- b. Las etiquetas de resultados deben utilizar términos de enfermería comunes siempre que sea posible y los resultados deben describir una conducta o intervención enfermera.
- c. Las etiquetas de resultados no deben exponerse como diagnósticos enfermeros y deben conceptualizarse y exponerse en niveles bajos de abstracción.
- d. Los resultados pueden desarrollarse utilizando solo una escala de medición. Las definiciones de los resultados deben ser consistentes con la escala de medición.

**FEEDBACK:**

Los resultados deben describir un estado, conducta o percepción que sea inherentemente variable y que pueda medirse y cuantificarse. Las etiquetas de resultados deben ser concisas (expuestas en cinco palabras o menos).

- Las etiquetas de resultados deben exponerse en términos no evaluativos en lugar de en un estado disminuido, aumentado o mejorado.
- Las etiquetas de resultados deben utilizar términos de enfermería comunes siempre que sea posible.
- Los resultados no deben describir una conducta o intervención enfermera.
- Las etiquetas de resultados no deben exponerse como diagnósticos enfermeros.
- Deben conceptualizarse y exponerse en niveles medios de abstracción.
- Los resultados pueden desarrollarse utilizando una o dos escalas de medición. Las definiciones de los resultados deben ser consistentes con la escala de medición.
- La redacción de los indicadores debe ser lo más estandarizada posible para resultados que utilizan la misma escala de medición.
- Deben utilizarse dos puntos para hacer que las etiquetas de concepto más amplias sean más específicas; sin embargo, la etiqueta más amplia debe exponerse primero, con los dos puntos y la etiqueta más específica a continuación (p. e., estado nutricional: ingestión de nutrientes, autocuidados: baño).

## EPIDEMIOLOGÍA: 5 Líneas de tendencia

### LÍNEA TENDENCIA 1. CONCEPTOS GENERALES DE EPIDEMIOLOGÍA

1. Aplicaciones de la epidemiología. Atención a las funciones, no las confundamos con la salud pública ni la demografía.
2. Otras relaciones causa-efecto, además de preguntas de mayor complejidad sobre modelos ya pre-guntados, como el de Bradford Hill.
3. Preguntas sobre los organismos que dirigen y coordinan la epidemiología en España y sus sistemas de información (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III)

#### 1. NO es una aplicación de la epidemiología:

- a. Planificación de las actuaciones ante la enfermedad de una comunidad.
- b. Investigar los factores de riesgo de una enfermedad.
- c. Evaluar la eficacia de las intervenciones sanitarias.
- d. Evaluar la utilidad de las pruebas diagnósticas.

#### FEEDBACK:

##### Aplicaciones de la epidemiología:

- Establecer el diagnóstico de salud comunitaria: los datos se obtienen a partir de los sistemas de información sanitaria y dan lugar a los indicadores sanitarios que se definen como variables numéricas que miden determinados aspectos de la salud.
- Conocer la historia natural y social de la enfermedad: se conoce como historia natural de la enfermedad a la evolución que esta tomaría si no se realizase ninguna intervención sanitaria.
- Estudiar las causas de la enfermedad: el objetivo fundamental es la prevención de la enfermedad (ej.: floración del agua).
- Identificación de nuevas patologías o síndromes.
- Predecir el curso de enfermedades: permite calcular el riesgo individual y colectivo de contraer una enfermedad.
- Evaluar las actividades sanitarias: entendiendo las actividades sanitarias en un sentido amplio: tanto referido a procedimientos diagnósticos o terapéuticos como a programas de salud y servicios sanitarios.
- Vigilancia epidemiológica: consiste en un proceso regular y continuo de observación y seguimiento de la situación salud enfermedad en un área (ej.: Enfermedades de declaración obligatoria, EDO).
- Evaluación de la literatura sobre investigación en salud: analiza los errores metodológicos de los diseños que invalidarían los resultados de la investigación.

#### 2. ¿Cuál de los siguientes criterios de Bradford Hill no es correcto?:

- a. La asociación estadística analiza la relación entre el factor causal y el efecto estudiado.
- b. La consistencia de la asociación trata de averiguar si la relación causa-efecto ha sido confirmada por más de un estudio de investigación, poblaciones diferentes y en distintas circunstancias.
- c. La plausibilidad se basa en las relaciones causa-efecto establecidas, en función de las cuales, si un factor de riesgo ocasiona un efecto en la salud, otro con características similares origina el mismo efecto.
- d. Según la especificidad, una causa origina un efecto en particular, aunque un mismo efecto puede ser provocado por varias causas.

#### FEEDBACK:

Los criterios de causalidad de Bradford Hill son 9: Fuerza de Asociación, Consistencia, Especificidad, Temporalidad, Gradiente biológico, Plausibilidad biológica, Coherencia, Evidencia Experimental, Analogía.

Entre ellos describimos

Fuerza de asociación: grado de intensidad de la asociación entre el factor y la enfermedad.

**Consistencia de la asociación:** la asociación de eventos aparece igual en distintos grupos y entornos (reproducible).

**Especificidad de la asociación:** la causa estudiada debe conducir a un solo efecto, no a múltiples.

**Plausibilidad:** se explica con los conocimientos actuales el mecanismo de producción y fisiopatología.

**3. La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) se nutre de diversos sistemas de información y registros. De los siguientes servidores interactivos, indique cuál contiene datos relacionados con la mortalidad por cáncer:**

a. Mercier.

**b. Arriadna.**

c. SIM.

d. EPINE.

## LÍNEA TENDENCIA 2. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. Preguntas de mayor complejidad de formas de transmisión, a través de ejemplos o de patógenos, sobre los que tendremos que determinar su forma de transmisión.

2. Preguntas de mayor complejidad relacionadas con las EDO, de cualquier tipo de comunicación (urgente, semanal, cada 4 semanas y anual).

3. Preguntas relacionadas con EPINE, pero no solo del orden de prevalencia de la infección nosocomial, sino también factores internos-externos de riesgo más habituales, así como procedimientos y servicios hospitalarios de mayor morbilidad.

4. Preguntas generales de enfermedades NO transmisibles relacionadas con el Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades No transmisibles (2013-2020).

**4. Con respecto a la hepatitis E es cierto que:**

**a. El reservorio es el ser humano y en algunos casos animales.**

b. La transmisión es por vía parenteral.

c. Precisa tratamiento de contacto.

d. El período de incubación es de 7 días.

### FEEDBACK:

Virus E: Virus ARN similar al VHA. Transmisión fecal-oral. Endémica en Asia. En España no se han descrito casos. El periodo de transmisión e incubación es similar al del VHA. Típico de adultos jóvenes con gran gravedad en embarazadas. No evoluciona a cronicidad. Las medidas pasan por potabilizar el agua, así como educación sanitaria en el lavado de manos después de defecación y antes de preparar alimentos.

**5. La Yersiniosis es una EDO de declaración:**

a. Semanal.

b. Urgente.

**c. Mensual.**

d. Anual.

**6. Según el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) 2018, el principal factor de riesgo, de tipo intrínseco, en el desarrollo de una infección nosocomial es:**

a. Estado de coma.

**b. Úlcera por presión.**

c. Hipalbuminemia.

d. Inmunodeficiencia.

**7. En Junio de 2018 se actualizaron los datos relacionados con el VIH en España. De los siguientes datos indique cuál es falso:**

- a. Se ha definido “diagnóstico tardío” como la presencia de una cifra de CD4 inferior a 350 células/ $\mu$ l en la primera determinación tras el diagnóstico de la infección por VIH.
- b. Se ha definido “enfermedad avanzada” como la presencia de una cifra de CD4 inferior a 200 células/ $\mu$ l.
- c. *En el periodo 2011-2017, la tuberculosis ha sido la enfermedad definitiva de sida más frecuente (28,4%).*
- d. El 84,6% que han adquirido VIH en el periodo 2011-2017 fueron hombres y la mediana de edad fue de 35 años.

**FEEDBACK:**

Todas las respuestas son ciertas, excepto la tercera opción de respuesta, ya que es la enfermedad definitiva más frecuente es la neumonía por pneumocystis jirovecii, no tuberculosis.

## LÍNEA TENDENCIA 3. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- 1. Preguntas relacionadas con infecciones que han sido relevantes durante los últimos tiempos, como puedan ser la LISTERIA y el SARAPIÓN. Además, las que tengan una especial monitorización por el Ministerio de Sanidad (sobre todo ETS).
- 2. Preguntas de mayor complejidad sobre los patógenos más preguntados: VIH, Tuberculosis, infecciones del tubo digestivo, ETS, infecciones producidas por vectores y hepatitis.

**8. La listeriosis es una enfermedad de declaración:**

- 1. Urgente.
- 2. *Semanal.*
- 3. Mensual.
- 4. Anual.

**FEEDBACK:**

1. Declaración numérica semanal: C) Declaración semanal con envío de datos epidemiológicos básicos: Botulismo; Fiebre tifoidea/Fiebre paratifoidea; Hepatitis A; Hepatitis B; Infección por cepas de Escherichia coli productoras de toxina Shiga o Vero; Listeriosis; Shigelosis; Triquinosis; Gripe; Legionelosis; Lepra; Tuberculosis; Infección gonocócica; Linfogranuloma venéreo; Sífilis; Encefalitis transmitida por garrapatas; Enfermedad por virus Chikungunya; Dengue; Fiebre Q; Fiebre recurrente transmitida por garrapatas; Leishmaniasis; Paludismo; Brucellosis; Carbunclo; Hidatidosis; Leptospirosis; Toxoplasmosis congénita; Tularemia; Enfermedad meningocócica; Parotiditis; Rubeola; Sarampión; Tétanos/Tétanos neonatal; Tosferina; Varicela; Sífilis congénita; Rubeola Congénita; Fiebre exantemática mediterránea.

**9. El periodo de incubación del virus de la hepatitis A dura aproximadamente:**

- a. 15-50 días.
- b. 1-14 días.
- c. 15-28 días.
- d. *La primera y la tercera pueden ser correctas.*

**FEEDBACK:**

El período de incubación suele durar unos 28 días, oscilando entre 15 y 50 días. La transmisibilidad va desde las dos semanas anteriores a la aparición de la ictericia hasta una semana después.

**10. En relación con la infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), señale la respuesta INCORRECTA:**

- a. El TAR (tratamiento antirretroviral) debe iniciarse en todos los pacientes con infección por VIH-1, con o sin sintomatología, y con independencia del número de linfocitos CD4.
  - b. Disminuir el diagnóstico tardío de la infección por VIH es uno de los principales retos de la respuesta a la epidemia del VIH.
- c. Las pruebas de detección rápida para el cribado precoz obtienen resultados en aproximadamente 20 minutos, tienen una fiabilidad de más del 95% y son suficientes para iniciar el tratamiento antirretroviral.*
- d. El objetivo del TAR es conseguir, de forma permanente, la supresión viral por debajo de 50 copias/ml, lo que evita la transmisión del VIH, ya que un paciente con carga viral plasmática indetectable se supone intransmisible.

**FEEDBACK:**

La prueba rápida de detección de anticuerpos frente al VIH u OraQuick Rapad HIV-1 Antibody Test, permite la detección de anticuerpos frente al VIH con rapidez (20 min) y fiabilidad pero, de ser reactivo deberá ser confirmado posteriormente para poder iniciar el tratamiento antirretroviral.

**LÍNEA TENDENCIA 4. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN**

1. Tipos de aislamiento hospitalario en relación al patógeno que produce la infección.
2. Preguntas de higiene de manos, con mayor nivel de complejidad: pasos en el lavado de manos, componentes de la estrategia de higiene de manos, los 5 momentos de la estrategia de higiene de manos, características de los guantes y cambio de los mismos. Atención a las campañas realizadas por el Ministerio de Sanidad, así como a los programas de formación que recomienda.
3. Preguntas de conceptos generales de los programas que desarrolla el Ministerio de Sanidad para disminuir la infección nosocomial: ITU-zero, Infección Quirúrgica Zero, Resistencia Zero, Neumonía Zero y Bacteriemia Zero.
4. Preguntas de gestión de residuos sanitarios, centradas en la clasificación de residuos menos comunes, ya que los residuos del grupo II y III son las preguntas clásicas en los exámenes oficiales de enfermería, puesto que el examen EIR tiene muy pocas preguntas de estos contenidos.

**11. En la sospecha al ingreso de una meningitis y/o sepsis meningocócica debe procederse a:**

- a. Aislamiento respiratorio en la sepsis y estricto en la meningitis.
  - b. Aislamiento respiratorio en la meningitis y estricto en la sepsis.
- c. Aislamiento respiratorio en ambas circunstancias.*
- d. Aislamiento estricto en ambas circunstancias.

**FEEDBACK:**

El período de transmisibilidad durará mientras exista el microorganismo; generalmente desaparecerá a las 6-24 horas de tratamiento efectivo. Requiere aislamiento respiratorio en ambas.

**12. La realización de una higiene de manos eficaz, ya sea por fricción o por lavado depende de diversos factores. La forma más efectiva de asegurar una higiene de manos óptima es realizar una fricción de las manos con un preparado de base alcohólica (PBA). Según las Directrices de la OMS, cuando haya disponible un PBA éste debe usarse de manera preferente para la antisepsia rutinaria de las manos (recomendación de categoría IB). La fricción de manos con un PBA. El lavado de manos sigue 11 pasos según las directrices de la OMS, siendo el paso 7 dedicado a:**

- a. Fricción de las palmas de las manos.
  - b. Fricción de la palma con el dorso de las manos.
- c. Fricción de pulgares.*
- d. Secado de manos.

**13. Según el programa Bacteriemia Zero los equipos utilizados para la perfusión de soluciones lipídicas se cambiarán como mínimo:**

- a. Cada 6 horas.
- b. Cada 12 horas.
- c. Diariamente.**
- d. Cada 48 horas.

**FEEDBACK:**

Bacteriemia Zero : Perfusión de soluciones lipídicas.

- A ser posible elegir y designar una luz exclusiva para las soluciones lipídicas (NTP, Propofol) en el caso de un catéter de múltiples luces.
- La perfusión de fluidos que contienen lípidos ha de terminar dentro de las 24 horas de haber sido instaurada la perfusión y se debe realizar el cambio de equipo. Si no ha sido posible acabar la perfusión en estas 24h el fluido restante se desechará.

**14. Una de las normas generales del envasado en bolsa del material a esterilizar es:**

- a. Entre la soldadura y el extremo superior del contenido hay que dejar 10cm.
- b. La bolsa no deberá llenarse más del 75%.**
- c. La bolsa no deberá llenarse más del 60%.
- d. No proteger el material punzante.

**FEEDBACK:**

El tamaño de la bolsa será adecuado al contenido, si es excesivo puede provocar problemas de secado (el contenido ocupará el 75% de la bolsa).

**15. Filtro de diálisis que tras realizar dicha técnica contiene 125 ml de sangre. ¿En qué grupo clasificamos dicho residuo?:**

- a. Grupo I Residuo asimilable a urbano.
- b. Grupo II Residuo sanitario no específico.
- c. Grupo III Residuo sanitario especial.**
- d. Grupo IV Residuo de normativas singulares.

**16. Respecto a la esterilización por óxido de etileno señale la respuesta incorrecta:**

- a. Puede aplicarse en ciclos calientes o fríos.
- b. Tras la esterilización hay que airear el material.
- c. La duración del proceso es de 10 horas incluidas la aireación.**
- d. La exposición de los profesionales debe estar por debajo de 1mg/l para una jornada de 8 horas.

**FEEDBACK:**

Esterilización por peróxido de hidrógeno (plasma gas):

Es un proceso de esterilización química a baja temperatura. La esterilización se lleva a cabo en cámaras específicas. El agente esterilizante es el peróxido de hidrógeno y actúa mediante el mecanismo de oxidación de las proteínas celulares produciendo la muerte de los organismos. El fundamento es la difusión de peróxido de hidrógeno en fase plasma (estado entre líquido y gas). Se utiliza para material termosensible.

- Ventajas: es una opción válida para materiales termosensibles; Esterilizante eficaz como gas o combinado con plasma; No deja residuos tóxicos; Se convierte H<sub>2</sub>O y O<sub>2</sub>; El material no precisa aireación; El ciclo es corto 54' ó 72'; Monitorización adecuada.
- Inconvenientes: la capacidad de difusión es muy baja; Se inactiva en presencia de humedad; el material tiene que estar perfectamente seco; No puede esterilizarse material que contenga celulosa, algodón, madera; Uso limitado en instrumental con lúmenes largos (> 1 m) y estrechos (< 3 mm), ya que requiere acelerador de peróxido de hidrógeno; Requiere envases especiales (polipropileno). Caro.

## LÍNEA TENDENCIA 5. INMUNIZACIONES

1. Preguntas de mayor complejidad sobre el calendario de vacunación infantil: número de dosis por visita, vía de administración de cada vacuna, número de dosis de cada vacuna, tipo de vacuna de las que componen el calendario de vacunación infantil (viva-atenuada o muerta).
2. Calendario de vacunación acelerado. Puesto que ha sido actualizado en 2019, es fácil que podamos encontrar preguntas de los tiempos interdosis y número de dosis de las vacunas más relevantes y preguntadas en el examen EIR. Precaución con las vacunas vivas que son las únicas cuya edad mínima de administración asciende a los 12 meses, junto con la vacuna de la Hepatitis A.
3. Características de las vacunas más preguntadas, tanto los componentes de la vacuna como aspectos relacionados con intolerancias-alergias y conservación.
4. Preguntas sobre las vacunas de las que han sido noticia, de forma reciente y nuevas vacunas que llegan al mercado.

**17. Andrés es un señor de 82 años, viudo, que vive con su hija, la cual es su cuidadora principal, y su nieta de 16 meses. Hace dos meses fue valorado por su enfermera de familia y tenía un Barthel de 65. Estaba diagnosticado de FA, EPOC y depresión. Hace 4 semanas sufrió un ictus isquémico e ingresó en la unidad de Medicina Interna de su hospital, en la que permaneció tres semanas. Al alta hospitalaria Andrés tiene un Barthel de 45, está encamado, tiene una UPP en el sacro y pesa 98 kg. El tratamiento habitual es Sintrom, Salbutamol, Ipratropio, Alprazolam, Paracetamol, Citalopram y Omeprazol. A veces toma de forma aislada AINES. Tiene estos diagnósticos de enfermería: 00091 Deterioro de la movilidad en la cama. 00108 Déficit de autocuidados. 00085 Deterioro de la movilidad física. 00018 Incontinencia urinaria refleja. 00044 Deterioro de la integridad tisular. 00198 Trastorno del patrón de sueño. 00137 Aflicción crónica. Su hija acude al centro de salud para decirle a su enfermera que su padre ya no puede ir a hacerse el control de Sintrom porque está encamado, por lo que debería acudir a su domicilio para el Sintrom y la cura del sacro. El control del Sintrom en su domicilio es INR: 1.5, siendo su rango terapéutico 2-3.1. Cuando sufrió el ictus habían pasado 4 h con síntomas hasta que fue atendido por el equipo de urgencias. La nieta que tiene 16 meses está bien vacunada. Según el actual calendario de vacunaciones de Andalucía, ¿cuál es la siguiente vacuna que le tocaría?**

- a. Triple vírica y varicela.
- b. Triple vírica.
- c. Varicela.
- d. Neumococo.

**18. Acude a la consulta de pediatría una madre con su hija adoptada de 15 meses. Después de realizar el pediatra valoración del estado general de la niña se comprueba que no tiene calendario de vacunación y la madre desconoce si está vacunada. Una vez comprobado que la niña se encuentra en buen estado y no pudiendo comprobar con claridad si la niña está vacunada. ¿Con qué pauta hay que comenzar a vacunarla de la Poliomielitis?**

- a. 6 dosis a intervalos de 1-2 meses y una dosis de recuerdo al año de la tercera dosis de la primovacunación.
- b. 3 dosis a intervalos de 5-6 meses y una dosis de recuerdo al año de la tercera dosis de la primovacunación.
- c. 3 dosis a intervalos de 1-2 meses y una dosis de recuerdo a los dos años de la tercera dosis de la primovacunación.

**d. 3 dosis a intervalos de 1-2 meses entre la 1<sup>a</sup> y la 2<sup>a</sup> y seis meses entre la 2<sup>a</sup> y la 3<sup>a</sup> dosis, más una dosis de recuerdo a los seis meses de la tercera dosis de la primovacunación.**

### FEEDBACK:

Vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI):

Pauta normal: 4 dosis (a los 2, 4, 11 meses y una cuarta a los 6 años).

Calendario acelerado: Si la 3.<sup>a</sup> dosis se administra antes de los 4 años, que será nuestro caso, se requerirá una 4.<sup>a</sup> dosis, separada por 6 meses de la tercera, preferentemente a los 6 años de edad. Cuando la pauta es 2+1 (hexavalente), el intervalo mínimo entre la 1.<sup>a</sup> y la 2.<sup>a</sup> dosis es de 8 semanas o dos meses y entre la 2.<sup>a</sup> y la 3.<sup>a</sup> dosis es de 6 meses.

## 19. ¿Cuál no es una contraindicación de las vacunas?

- a. Enfermedad aguda con fiebre.
- b. **Tratamiento con antibiótico.**
- c. Enfermedad cardiaca descompensada.
- d. Reacción alérgica grave anterior a la misma vacuna.

### FEEDBACK:

Cualquier enfermedad moderada o grave (crisis asmática, cardiopatía descompensada, diarrea aguda...), con o sin fiebre, es una contraindicación temporal para la administración de las vacunas, salvo situación de riesgo epidémico muy elevado. Una vez desaparecida la situación podrán recibir vacunas.

-Contraindicaciones permanentes: reacción adversa grave, hipersensibilidad o reacción alérgica grave o alergia al huevo.

-Contraindicaciones temporales: edad de administración, embarazo, inmunodepresión (vacunas atenuadas), enfermedad aguda, riesgo de anafilaxia, vacunas de microorganismos vivos atenuados simultáneas.

## 20. Respecto la vacunación de rotavirus en prematuros, señale la opción de respuesta incorrecta:

- a. Se recomienda la vacunación frente a rotavirus en lactantes nacidos entre las semanas 22 (RotaTeq) o 27 (Rotarix y RotaTeq) y 32 de gestación, clínicamente estables y sin contraindicaciones.
- b. **La vacunación se realizará a partir de las 6 semanas de vida (edad cronológica) y siguiendo las pautas autorizadas para cada vacuna. Se admite la posibilidad de vacunación durante el ingreso hospitalario, recomendándose, en este caso, extremar las precauciones para evitar la transmisión horizontal.**
- c. La vacunación está recomendada, incluso en los casos de recién nacidos de madres que recibieron fármacos biológicos e inmunosupresores durante la gestación, aunque puede valorarse de forma individual en algunos casos según el fármaco implicado y el tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento.
- d. Todas son correctas.

### FEEDBACK:

Vacunación frente al rotavirus. AEP, actualizado en noviembre 2019.

Se recomienda la vacunación frente a rotavirus en lactantes nacidos entre las semanas 25 (RotaTeq) o 27 (Rotarix y RotaTeq) y 32 de gestación, clínicamente estables y sin contraindicaciones.

La vacunación se realizará a partir de las 6 semanas de vida (edad cronológica) y siguiendo las pautas autorizadas para cada vacuna. Se admite la posibilidad de vacunación durante el ingreso hospitalario, recomendándose, en este caso, extremar las precauciones para evitar la transmisión horizontal.

No está recomendada en los casos de recién nacidos de madres que recibieron fármacos biológicos (por ej., etanercept) e inmunosupresores durante la gestación, aunque puede valorarse de forma individual en algunos casos según el fármaco implicado y el tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento.

<https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/prematuros-vacunaciones-MSCBS>