

PREGUNTAS DE EXAMEN SIDA FUNCIDEN

1. Con respecto a la infección por VIH, es falso que:
 - a. El primer caso posteriormente definido como SIDA se describió en el año 1981
 - b. Es una enfermedad transmisible producida por un retrovirus
 - c. **El TARGA ha erradicado definitivamente el VIH.**
 - d. Se produce una infección aguda inicial, seguido de un periodo de latencia clínica asintomática.

2. En la definición de SIDA, podemos afirmar que:
 - a. Hace referencia a un paciente infectado por VIH con una cifra de linfocitos CD4 menor a 200 cels/mm³.
 - b. Un paciente infectado por VIH diagnosticado de la algunas enfermedades indicativas de sida ya cumple criterios independientemente del número de CD4.
 - c. En esta fase en ausencia de tratamiento antirretroviral, la enfermedad conduce a la muerte en un plazo de 1 a 2 años.
 - d. **Todo lo anterior es correcto.**

3. No es un mecanismo de de transmisión del VIH:
 - a. Sexual.
 - b. **Picadura de mosquito.**
 - c. Vertical.
 - d. Parenteral.

4. Sobre el agente causal de la enfermedad , señale la verdadera
 - a. Pertenece a los espumavirus.
 - b. Su material genético está constituido por ADN.
 - c. Se replica lentamente.
 - d. **Fue aislado por primera vez en 1983.**

5. El retrovirus VIH-1:
 - a. Es una partícula esférica de 40-70nm.
 - b. Su genoma está formado por 6 genes estructurales.
 - c. Su genoma está formado por 3 genes reguladores.
 - d. **Su material genético se localiza en el core.**

6. ¿Cuál es la característica patogénica más importante de la infección por VIH?

- a. La destrucción del sistema inmune.
 - b. La afectación neurológica.
 - c. La inhibición sobre la médula ósea.
 - d. La destrucción hepatocitaria.
7. La glicoproteína viral que se une al receptor celular CD4 en la etapa de adhesión del virus a la célula se llama:
- a. Gp41.
 - b. Gp120.
 - c. P24.
 - d. GP210.
8. El análisis filogenético nos indica que las diferentes cepas de VIH-1 pertenecen a tres grupos. Señale la respuesta falsa:
- a. Los grupos se denominan M; O y N.
 - b. El grupo N debe su nomenclatura a Non-M, Non-O.
 - c. El responsable de la mayoría de los casos de SIDA es el grupo M.
 - d. El grupo O está subdividido en 10 subtipos.
9. En 1986 se aisló un nuevo virus denominado inicialmente LAV-2 y posteriormente VIH-2, se caracteriza por:
- a. Ser un retrovirus con un ciclo vital diferente al del VIH-1.
 - b. Es más lento y menos virulento que el VIH-1.
 - c. Carece de subtipos.
 - d. Provoca una mayor viremia que el VIH-1.
10. No es una enzima del VIH:
- a. Fuseasa.
 - b. Integrasa.
 - c. Proteasa.
 - d. Transcriptasa inversa.
11. En cuanto al ciclo vital del VIH :
- a. El primer paso es la unión del VIH al receptor CD8.
 - b. Durante la Transcripción inversa se hace una copia del ARN a partir del ADN.
 - c. Los inhibidores de la proteasa actuarían en el paso 6, el ensamblaje viral.
 - d. La enzima proteasa oculta el ADN proviral dentro del ADN de la célula.
12. En la historia natural de la infección por VIH:
- a. Durante la primoinfección existe intensa viremia inicial.

- b. En la fase intermedia el paciente se encuentra asintomático.
- c. En la fase avanzada aparecen complicaciones infecciosas y/o no infecciosas.
- d. Todas son verdaderas.

13. Así mismo dentro del contexto de la infección por VIH es cierto que:

- a. Al inicio de la infección se produce gran replicación y diseminación de los viriones, excepto en el SNC.
- b. La carga viral inicial tras la infección está controlada por la acción de los linfocitos CD8.
- c. Antes del TARGA, las manifestaciones por Infecciones Oportunistas eran poco habituales.
- d. En todos los pacientes infectados la infección progresa rápidamente, desarrollando SIDA en un periodo de 3 a 5 años.

14. Con respecto a la respuesta del huésped, ante la infección por el VIH:

- a. Existe una respuesta inmune celular precoz.
- b. Existe una respuesta humoral de anticuerpos.
- c. Son ciertas a y b.
- d. Todas son falsas.

15. La clasificación de la infección VIH:

- a. Combina la situación inmunológica con la situación clínica del paciente.
- b. Se utiliza la clasificación del CDC de Atlanta.
- c. Se establecen tres categorías clínicas: A, B, C.
- d. Todas son verdaderas.

16. En la infección aguda o primoinfección encontramos:

- a. Es un periodo de varios años de duración.
- b. El virus se replica en el tejido linfoide.
- c. Hay altos niveles de viremia.
- d. Los CD4 se mantienen estables.

17.Cuál de las siguientes infecciones oportunistas está causada por protozoos:

- a. Criptosporidiosis.
- b. Histoplasmosis.
- c. Sarcoma de Kaposi.
- d. Molusco contagioso.

18. Una de las siguientes no es una infección parasitaria:
- a. Toxoplasmosis.
 - b. Isosporiasis.
 - c. **Criptococosis.**
 - d. Leishmaniasis.
19. Para el diagnóstico de la infección por VIH:
- a. Utilizamos las manifestaciones clínicas.
 - b. Un resultado positivo es siempre determinante.
 - c. **Se usan técnicas de laboratorio directas e indirectas.**
 - d. El test de confirmación se denomina ELISA.
20. Uno de los siguientes no es un método indirecto de diagnóstico para el VIH:
- a. **Detección de ácidos nucleicos.**
 - b. Detección de anticuerpos específicos.
 - c. Pruebas de cribado.
 - d. Prueba de Western Blot.
21. Son marcadores pronósticos de la enfermedad:
- a. Raza y sexo.
 - b. **CD4 y carga viral.**
 - c. Carga viral y mecanismo de transmisión.
 - d. CD4 y sexo.
22. En cuanto a las siguientes generalidades sobre VIH, señale la respuesta verdadera:
- a. El principal papel de la carga vírica plasmática es el seguimiento del tratamiento antirretroviral.
 - b. El diagnóstico de la infección por VIH se basa en la positividad de una prueba de cribado y de una prueba de confirmación.
 - c. Los test rápidos son útiles para el diagnóstico de la infección VIH en situaciones de urgencia.
 - d. **Todas son verdaderas.**
23. De los siguientes factores uno no influye en la transmisión del VIH:
- a. La cantidad de flujo infectante que entre en contacto.
 - b. El tiempo que esté en contacto el fluido infectante.
 - c. **Mantener al día el calendario de vacunaciones.**
 - d. Presencia de condiciones favorables para el vih.

24. La presencia de anticuerpos en una prueba serológica para el diagnóstico de la infección VIH significa que:
- a. Se es portador actual y se puede transmitir la infección.
 - b. Se ha estado expuesto y se ha producido una erradicación inmune en el pasado.
 - c. Se ha estado expuesto, y no se es portador actual.
 - d. Todas son falsas.
25. Una complicación asociada al VIH es:
- a. Neuropatía periférica.
 - b. Linfoma.
 - c. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
 - d. Retinopatía vascular.
26. En cuanto al citomegalovirus, sabemos que:
- a. Es un virus ARN de la familia herpesvirus.
 - b. En pacientes gravemente inmunodeprimidos la infección subclínica por CMV alcanza casi el 100%.
 - c. Antes de la aparición del TARGA, aproximadamente un tercio de los pacientes VIH+ con serología positiva para CMV desarrollaban la enfermedad en el periodo de un año.
 - d. Sólo B y C son correctas.
27. Una adolescente acude a su consulta para hablar del sida y de los métodos de prevención del embarazo durante el contacto sexual. ¿Qué método debería recomendarle?
- a. Diafragma.
 - b. Condones de látex.
 - c. Anticonceptivos orales.
 - d. Coitus interruptus.
28. ¿Qué microorganismo está más íntimamente asociado a la pérdida de visión en los pacientes afectos de infección por VIH?
- a. Pneumocystis carinii.
 - b. Citomegalovirus.
 - c. Criptosporidium.
 - d. Toxoplasma.
29. Una de las siguientes no es una complicación no infecciosa por VIH:
- a. Enfermedad de Castleman.

- b. Wasting síndrome.
 - c. Demencia VIH.
 - d. Linfadenopatía generalizada persistente.
30. Con un recuento de CD4 menor de 100cel/ml encontramos la siguiente manifestación infecciosa:
- a. TBC pulmonar.
 - b. Histoplasmosis diseminada.
 - c. Sarcoma de Kaposi.
 - d. **Toxoplasmosis cerebral.**
31. Dentro de la transmisión parenteral del VIH no está incluido:
- a. Exposición ocupacional.
 - b. Transplante de órganos.
 - c. **Lactancia materna.**
 - d. Transfusión de hemoderivados.
32. En cuanto a la progresión de la enfermedad, es cierto que:
- a. El aumento de la viremia coincide con la aparición en sangre periférica de anticuerpos Anti-VIH.
 - b. **Los progresores lentos representan aproximadamente el 5-15% de los individuos infectados.**
 - c. En los progresores rápidos hay una ausencia de síntomas a pesar de no usar terapia antirretroviral.
 - d. Los progresores típicos representan el 50% de los casos de personas infectadas.
33. Personas infectadas por VIH que mantienen carga viral indetectable sin tomar antirretrovirales son conocidos como:
- a. **Controladores de élite.**
 - b. No progresores.
 - c. Progresores atípicos.
 - d. Controladores satélite.
34. Entre las estrategias de prevención de la transmisión del VIH en UDVP no encontramos:
- a. **Mantener la vía de administración de la droga.**
 - b. Formar educadores de campo.
 - c. Educar sobre la transmisión sexual del virus.
 - d. Desterrar el hábito de intercambiar el material de venopunción.
35. El TARGA:

- a. Es un tratamiento muy complejo que evita la destrucción de las defensas e impide el desarrollo de enfermedades oportunistas.
 - b. Controla la replicación viral.
 - c. No es capaz de erradicar la infección por VIH.
 - d. Todas son correctas.
36. La elección de un tratamiento antirretroviral debe individualizarse basándose en todos estos factores excepto:
- a. Sexo del paciente.
 - b. Interacciones medicamentosas.
 - c. Grado de inmunosupresión.
 - d. Efectos secundarios a corto y medio plazo.
37. En líneas generales el tratamiento antirretroviral:
- a. Suele comenzar con monoterapia los primeros meses.
 - b. En la infección aguda, está recomendado comenzar a la mayor brevedad.
 - c. Si el paciente tiene un recuento de más de 350 CD4 recomienda diferir el tratamiento.
 - d. Disminuye los linfocitos CD4 y con ello la respuesta inmuno-específica.
38. Uno de los siguientes fármacos no es un inhibidor de la proteasa:
- a. Indinavir.
 - b. Darunavir.
 - c. Atazanavir.
 - d. Raltegravir.
39. ¿Qué fármaco sirve para potenciar a los inhibidores de proteasa permitiendo reducir el número de comprimidos y su administración una o dos veces al día?
- a. Ritonavir.
 - b. Nevirapina.
 - c. Estavudina.
 - d. Lamivudina.
40. Trizivir es una combinación de tres fármacos a dosis fija para el tratamiento de la infección del VIH:
- a. Los fármacos coformulados son Abacavir, lamivudina y didanosida.
 - b. Su uso está especialmente recomendado en pacientes con insuficiencia hepática.
 - c. Trizivir puede tomarse con o sin alimentos.

- d. Debe conservarse a temperaturas superiores a 30°C.
41. Videx o Ddi, se aprobó en 1991 para el tratamiento del VIH:
- a. Se comercializa en varias presentaciones: solución oral, comprimidos masticables y cápsulas entéricas.
 - b. Es activo frente a VIH-1, y no frente a VIH-2.
 - c. Los comprimidos masticables son aptos para la administración por SNG.
 - d. Sólo A y C son verdaderas.
42. Dentro de los efectos adversos de aparición tardía del tratamiento antirretroviral se encuentra:
- a. Exantemas.
 - b. Acidosis láctica.
 - c. Hepatotoxicidad.
 - d. Anemia.
43. Una reacción local en el punto de inyección es un efecto adverso de:
- a. Los inhibidores de la proteasa.
 - b. Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos.
 - c. Los inhibidores de la fusión.
 - d. Los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos.
44. Respecto a los fármacos antirretrovirales, señale lo incorrecto:
- a. La abreviatura de Estavudina es d4T.
 - b. El maraviroc es un inhibidor de la entrada.
 - c. Los inhibidores de la proteasa pueden provocar hipoglucemia.
 - d. Si se olvida una dosis, para asegurar niveles plasmáticos, deben tomarse a cualquier hora, incluso superponerla a la dosis siguiente.
45. De las siguientes afirmaciones, cual representa un problema del tratamiento antirretroviral:
- a. Dificultad en la adherencia.
 - b. Desarrollo de resistencias.
 - c. Toxicidad de fármacos.
 - d. Todas son ciertas.

46. En lo que se refiere al tratamiento antirretroviral diremos:
- a. Los objetivos del mismo son evitar la mortalidad y la morbilidad por eventos oportunistas y no oportunistas y contribuir a disminuir la transmisión del VIH en la población.
 - b. Todos los pacientes sintomáticos deben iniciar tratamiento antirretroviral.
 - c. Como norma, la combinación de inicio de tratamiento debe incluir dos fármacos antirretrovirales.
 - d. **Sólo A y B son ciertas.**
47. Son complicaciones relacionadas con el TARGA:
- a. Hipersensibilidad.
 - b. Toxicidad mitocondrial.
 - c. Linfoma no Hodking.
 - d. **A y B son correctas.**
48. No es cierto que:
- a. 48 semanas después de iniciarse el tto, el VIH ha de ser indetectable en sangre.
 - b. Un tratamiento eficaz ha de incrementar el número de linfocitos CD4.
 - c. **El fracaso clínico es el más común de los fracasos terapéuticos.**
 - d. Se presenta fracaso clínico cuando se desarrolla una infección relacionada con el VIH.
49. La combinación denominada Combivir, incluye:
- a. AZT+ddl.
 - b. **AZT+3TC.**
 - c. D4T+3TC.
 - d. ddl+d4T.
50. La reacción de hipersensibilidad al Abacavir, es un síndrome multiorgánico que se manifiesta con:
- a. Fiebre y mialgias.
 - b. Síntomas respiratorios.
 - c. Síntomas gastrointestinales y exantema creciente.
 - d. **Todo lo anterior.**
51. Estudios farmacogenéticos han identificado que la reacción de hipersensibilidad al Abacavir ocurren en las personas portadoras del alelo :
- a. **HLA B*5701**
 - b. HAL B*5701

- c. HLB A*5071
- d. HLA A*5701

52. En lo relativo a las resistencias, señale lo correcto:
- a. Los cambios o mutaciones en el virus no causan la resistencia.
 - b. Los fármacos mantienen la capacidad de bloquear la reproducción del virus.
 - c. El análisis de resistencia genotípica es el más utilizado.
 - d. El desarrollo de resistencias sólo es causado por selección natural.
53. De las siguientes afirmaciones, es falso que:
- a. El estudio del tropismo viral está indicado siempre que se quiera iniciar el tratamiento con un inhibidor del correceptor.
 - b. Los test de resistencias están indicados siempre que exista fracaso virológico.
 - c. El VIH-1 requiere dos receptores para entrar en la célula: la molécula de CD4, y al menos, uno de los receptores de quimiocinas CCR5 y CXCR4.
 - d. El VIH-1 infecta linfocitos CD4, macrófagos y células dendríticas.
54. En cuanto a la determinación del tropismo del VIH, es cierto que:
- a. Existe una técnica genotípica para la detección del tropismo.
 - b. La técnica se denomina Profile Tm.
 - c. Existen varias técnicas genotípicas y fenotípicas para la determinación del tropismo.
 - d. La técnica fenotípica se denomina Trofile Tm.
55. Una adherencia incorrecta incluye:
- a. No ajustarse a los requerimientos alimenticios.
 - b. Omisión de tomas.
 - c. Reducción de las dosis prescritas.
 - d. Todo lo anterior.
56. Para que un régimen de tratamiento antirretroviral consiga alcanzar cargas virales indetectables se precisa un cumplimiento :
- a. Al menos del 50% de la medicación.
 - b. Al menos del 80% .
 - c. Superior al 95%.
 - d. Al menos del 90%.
57. Con relación a los métodos de la adherencia en el paciente VIH en tratamiento, una de las siguientes afirmaciones no es cierta:
- a. Se determinan los metabolitos de ARV en orina.

- b. Un método es el recuento electrónico con dispositivos Mems.
 - c. Existen cuestionarios estructurados de fácil aplicabilidad.
 - d. La determinación de niveles plasmáticos es el método directo más objetivo.
58. No es un método indirecto de evaluación de adherencia:
- a. Registro de medicación.
 - b. Registro de dispensación.
 - c. Recuento de medicación.
 - d. Sistemas de control electrónico.
59. ¿Cuál de los siguientes factores dependientes del paciente se asocia a mala adherencia?
- a. El sexo.
 - b. La adicción a drogas en programa de mantenimiento con metadona.
 - c. El abandono de tratamientos previos.
 - d. Tener una familia estructurada.
60. Dentro de las variables predictoras de la adherencia, no encontramos:
- a. Variables sociodemográficas.
 - b. Factores cognitivos.
 - c. Barreras en el sistema de salud.
 - d. Los infectados por VIH-1 son peores cumplidores.
61. Los momentos clave de intervención de enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento son:
- a. Antes incluso del inicio del mismo, con una información completa al paciente sobre las posibilidades terapéuticas.
 - b. Al inicio, con la programación, informando sobre los efectos adversos más habituales.
 - c. Durante el seguimiento, con la detección de fallos en la adherencia.
 - d. Todo lo anterior es cierto.
62. En relación al tratamiento antirretroviral, diremos que:
- a. Los tratamientos son rígidos y no admiten modificaciones.
 - b. El paciente no ve alterado su estilo de vida.
 - c. La intervención del profesional de enfermería es muy efectiva al ser los más cercanos al paciente.
 - d. La adherencia no ha de evaluarse en todas las consultas, para no desmotivar al paciente.

63. Los pacientes en tratamiento con antirretrovirales frecuentemente presentan hiperlipemias. Indique cuál de los siguientes hipolipemiantes no debe utilizarse:
- a. Simvastatina.
 - b. Gemfibrozilo.
 - c. Atorvastatina.
 - d. Ninguno de ellos.
64. En España la tuberculosis es la infección oportunista más frecuente en pacientes con infección VIH. En el tratamiento de la TB se utilizan pautas con rifampicina. Indique con qué otros fármacos de los enumerados a continuación interfiere la misma de forma significativa:
- a. Metadona.
 - b. No análogos de nucleósidos (EFV y NVP).
 - c. Algunos inhibidores de proteasa (NFV)
 - d. Todas las respuestas son ciertas.
65. En los pacientes en tratamiento sustitutivo con Metadona, que antirretrovirales pueden tener interacciones con ella con trascendencia clínica:
- a. Algunos inhibidores de la proteasa, como indinavir.
 - b. Los no nucleósidos efavirenz (EFV) y nevirapina (NVP).
 - c. Varios nucleósidos, como estavudina o lamivudina y sólo nelfinavir como inhibidor de la proteasa.
 - d. Las respuestas a y b son correctas y la c falsa.
66. Un paciente en tratamiento con Metadona va a comenzar a tomar antirretrovirales que pueden interferir con ella, ¿cómo debemos actuar?:
- a. Aumentar la dosis basal de metadona antes de comenzar el tto antirretroviral.
 - b. Esperar a que aparezcan síntomas de abstinencia y entonces proceder en consecuencia.
 - c. Bajar las dosis habituales de antirretrovirales.
 - d. Derivar precozmente al paciente a centros de drogodependencias para ajuste clínico de la dosis de MTD que precise.
67. Muchos pacientes con infección por VIH están coinfectados con VHC, que puede ser tratado con interferón y ribavirina. ¿Qué antirretroviral de los citados a continuación debe evitarse en pacientes que se encuentran en tto simultáneo de la hepatitis crónica por VHC?
- a. Zidovudina. (AZT).

- b. Estavudina (d4T).
- c. Tenofovir (TDF).
- d. Todos los anteriores.

68. El síndrome de retirada del TARGA:
- a. Hay un aumento brusco de los CD4 .
 - b. Disminuye la carga viral de manera importante.
 - c. Aparece a las 20 semanas después de la retirada del TARGA.
 - d. Se presenta con un cuadro clínico similar a la primoinfección.
69. Las recomendaciones de enfermería al paciente coinfectado no incluiría:
- a. Seguir una dieta equilibrada baja en grasas y con abundantes vegetales.
 - b. Mantener horas de descanso apropiadas.
 - c. Incluir consumo de mariscos crudos al menos 2 veces en semana.
 - d. Vacunación de hepatitis A.
70. Además de los ARV utilizamos otros fármacos de modo habitual en la infección por VIH:
- a. La asociación de trimetopin y primaquina se llama cotrimoxazol.
 - b. La pentamidina es el fármaco de elección en el tto de la toxoplasmosis cerebral.
 - c. El antifúngico más utilizado es la sulfadiacina.
 - d. Todas son falsas.
71. La prevención es el pilar fundamental de la lucha contra la transmisión del VIH; señale la afirmación correcta:
- a. La prevención se centra en las infecciones en seguimiento.
 - b. La prevención terciaria está dirigida a la población en general.
 - c. La prevención secundaria engloba la promoción de hábitos saludables, inmunizaciones y profilaxis post-exposición.
 - d. Un objetivo de la prevención es aumentar el impacto negativo personal y social de la epidemia.
72. ¿En qué situación No es obligatoria la realización del test del VIH?
- a. Embarazo.
 - b. Pareja de persona seropositiva.
 - c. Donante de semen o sangre.
 - d. Donante de órganos.
73. Sobre la transmisión de la infección VIH:

- a. El VIH es frágil y sobrevive muy mal y poco tiempo fuera del organismo.
 - b. Es un virus muy sensible al frío.
 - c. Una pequeña cantidad de virus es suficiente para infectar al huésped.
 - d. Todas son falsas.
74. Una persona en periodo de primoinfección del VIH infecta :
- a. Más.
 - b. Menos.
 - c. Igual.
 - d. No infecta.
75. En la transmisión heterosexual:
- a. El hombre es más vulnerable que la mujer.
 - b. La relación sexual durante la menstruación dificulta la transmisión del VIH.
 - c. La coinfección con otras ETS ulcerativas y no ulcerativas incrementan el riesgo de transmisión.
 - d. La utilización de anticonceptivos orales (progesterona) se asocia a una disminución del riesgo de infección por VIH.
76. El preservativo es un medio eficaz para disminuir el riesgo de infección por VIH siempre y cuando:
- a. Se coloque adecuadamente desde el inicio del coito.
 - b. Se utilicen lubricantes hidrosolubles.
 - c. Se compruebe la fecha de caducidad.
 - d. Todas son válidas.
77. Dentro de las estrategias de prevención en la transmisión del VIH en Usuarios de Drogas Via Parenteral, no corresponde:
- a. Modificar la vía de administración de la droga.
 - b. Limpieza de juguetes sexuales con lejía a proporción 1/10.
 - c. Formar educadores de campo para trabajar con los ADVP en su medio habitual.
 - d. Ofertar alternativas terapéuticas como la Metadona.
78. ¿Realizarse un piercing puede provocar la transmisión del VIH?
- a. Siempre.
 - b. Nunca.
 - c. Sólo si el material es estéril.
 - d. Sólo si se utiliza material infectado.

79. ¿A qué llamamos transmisión vertical?
- a. Infección por punción accidental.
 - b. Infección por contacto sexual.
 - c. Infección de embarazada seropositiva a hijo.
 - d. Infección por transfusión sanguínea.
80. En cuanto a la transmisión vertical es falso:
- a. En ausencia de terapia profiláctica materna con ARV y/o cesárea electiva, el riesgo de transmisión es del 14 al 25%.
 - b. La carga viral materna es el factor de riesgo más importante.
 - c. No es necesario modificar el tto ARV en las gestantes.
 - d. Se oferta la lactancia artificial.
81. Una embarazada seropositiva puede transmitir el VIH al niño:
- a. Durante el embarazo.
 - b. Durante el parto.
 - c. Durante la lactancia.
 - d. Todas son correctas.
82. Nos referimos a exposición no ocupacional al VIH cuando hablamos de :
- a. Una situación esporádica y accidental que provoca contacto con el VIH en el ámbito sanitario.
 - b. Una situación esporádica y accidental que provoca contacto con sangre y/u otros líquidos biológicos fuera del ámbito estrictamente sanitario.
 - c. Exposición sexual consentida o violación.
 - d. B y C son correctas.
83. Durante la entrevista con la persona que ha sufrido una exposición no ocupacional:
- a. Valoraremos el riesgo de transmisión del VIH y otras infecciones.
 - b. Reprenderemos los comportamientos de riesgo del paciente.
 - c. Explicar medidas locales a realizar y recomendar pautas de profilaxis post-exposición.
 - d. A y C son verdaderas.
84. El riesgo de transmisión en una relación heterosexual de varón infectado a mujeres:
- a. 50%
 - b. 0%
 - c. 0.05%-0.8%
 - d. 0.8% -3%

85. Si una pareja serodiscordante quiere tener un hijo se realizará un lavado de semen en caso de:
- a. Varón positivo y mujer negativa
 - b. Varón negativo y mujer positiva.
 - c. En todos los casos.
 - d. Está desaconsejado que tengan hijos.
86. En relación a la exposición ocupacional:
- a. El semen y los fluidos vaginales también están implicados en la transmisión laboral.
 - b. El mecanismo de transmisión es el contacto con instrumental potencialmente peligroso.
 - c. El contacto con heces entraña un riesgo elevado de transmisión.
 - d. El accidente menos frecuente es el pinchazo.
87. Una de las siguientes vías de contagio no se contempla en la exposición ocupacional:
- a. La inoculación.
 - b. El contacto con mucosas.
 - c. Compartir jeringuillas o agujas usadas.
 - d. El contacto con piel no íntegra.
88. Dentro del conjunto de medidas preventivas del accidente con material biológico:
- a. La vacunación de la hepatitis B está contemplada para todos los trabajadores sanitarios.
 - b. Los objetos punzantes se eliminarán en los contenedores rígidos.
 - c. A y B son correctas.
 - d. Mascarillas y protectores oculares son las protecciones barrera más importantes.
89. El uso de guantes por parte del personal sanitario:
- a. Disminuye el riesgo de punción.
 - b. Disminuye el riesgo de infección por el contacto con fluidos biológicos infectados.
 - c. Minimiza el riesgo de infección cuando existe una punción accidental.
 - d. B y C son ciertas.
90. Cuando se vierte algún fluido biológico infectado por el VIH sobre una superficie inanimada, deberemos limpiarla con:

- a. Alcohol .
 - b. Antiséptico.
 - c. Lejía.
 - d. Agua y jabón.
91. ¿Qué factores influyen en la transmisión del virus VIH?
- a. Cantidad de inóculo infectado.
 - b. Predisposición del huésped.
 - c. Virulencia del VIH.
 - d. Todas las anteriores son ciertas.
92. Durante el tratamiento inmediato tras una exposición accidental:
- a. Tras una punción hay que promover el sangrado.
 - b. Siempre lavar con agua y jabón.
 - c. Tras una contaminación cutánea se aplicará lejía al 10%.
 - d. La respuesta C es falsa.
93. Ante un accidente laboral por punción accidental extraeremos sangre para analítica:
- a. Al paciente.
 - b. Al accidentado.
 - c. Al paciente y al accidentado.
 - d. A ninguno de los dos.
94. Para evaluar la susceptibilidad del trabajador expuesto, no es necesario:
- a. Completar la valoración y la historia clínico-laboral.
 - b. Determinar el grupo sanguíneo.
 - c. Determinar serologías.
 - d. Si el accidentado es mujer, realizar test de embarazo.
95. El régimen ampliado de la profilaxis postexposición:
- a. Consta de 300mg de AZT +150mg de 3TC administrados cada 12h.
 - b. Se recomienda siempre ante un CEm1 (código de exposición a mucosa o piel no íntegra menos grave).
 - c. Se recomienda si se conoce o se sospecha resistencias del virus a los antirretrovirales.
 - d. Consta de dos ITIAN y un inhibidor de la integrasa.
96. En cuanto al seguimiento de la profilaxis postexposición, no es cierto que:

- a. Si apareciese toxicidad se tratarán los síntomas y se continuará con el tratamiento.
 - b. Se debe instruir a la persona expuesta para que tome precauciones para evitar la transmisión secundaria.
 - c. Se recomienda iniciar la PPE preferentemente en las dos primeras horas tras el accidente.
 - d. Se monitorizarán hemograma, perfil renal y hepático hasta el final del tratamiento.
97. En la atención a los pacientes VIH/SIDA el profesional de enfermería debe:
- a. Mantener una actitud especial porque son enfermos conflictivos.
 - b. Aplicar cuidados estandarizados.
 - c. Realizar una valoración exhaustiva del paciente para identificar sus necesidades y problemas.
 - d. No establecer objetivos a alcanzar con el cuidado, ya que la mortalidad es muy elevada.
98. Continuando con los cuidados de Enfermería de estos pacientes, afirmaremos que:
- a. Para su atención se requiere personal especialmente formado en enfermedades infecciosas.
 - b. Se aplicarán cuidados paliativos, ya que el diagnóstico de infección por VIH es infausto.
 - c. El profesional de Enfermería debe responder a las necesidades del paciente.
 - d. El profesional de Enfermería, está capacitado para abordar el Sida en todos sus ámbitos (bio-psico-social).
99. Los pacientes seropositivos que requieran hospitalización ¿deben estar aislados?
- a. Siempre.
 - b. Nunca.
 - c. Sólo si presentan alguna infección transmisible en ese momento, como el caso de pacientes bacilíferos.
 - d. Es indiferente.
100. Actualmente, entre las causas de ingreso de pacientes con infección VIH en los hospitales, no se encuentra:
- a. Pacientes con comorbilidad, principalmente coinfección por VHC.
 - b. Pacientes en terapia para conseguir adherencia al TARGA.

- c. Pacientes que se controlan en unidades o consultas especializadas, pero presentan complicaciones puntuales.
- d. Pacientes que comienzan con una enfermedad definitoria de sida sin saber que se hallan infectados por el VIH.

101. En relación al síndrome de Restauración Inmune, podemos decir que:

- a. La sintomatología es mucho más florida y localizada.
- b. Se suele producir en pacientes que han iniciado TARGA con cifras de CD4 menores de 100 cl/ml.
- c. Hay que suspender el TARGA y comenzar con corticoides.
- d. A y B son correctas.

102. Dentro de las manifestaciones clínicas de la infección por VIH en la era TARGA encontramos:

- a. Tumores asociados a virus.
- b. Complicaciones hepáticas.
- c. Toxicidad mitocondrial.
- d. Todas son ciertas.

103. El MOSH-HIV y el MQOLHIV son:

- a. Cuestionarios de medida de calidad de vida relacionados con la salud en Infección HIV.
- b. Técnicas de laboratorio directas para el diagnóstico de la infección por VIH.
- c. Técnicas de laboratorio indirectas para el diagnóstico de la infección por VIH.
- d. Técnicas para determinar el material genético del VIH (RNA).

104. En la atención a los pacientes con infección VIH/ SIDA, el profesional de enfermería no debe:

- a. Hacer una valoración exhaustiva del paciente para identificar sus necesidades y problemas.
- b. Formular diagnósticos de enfermería.
- c. Modificar la dosis de los antirretrovirales para asegurar una buena adherencia.
- d. Conocer la patología y la etiología de los problemas de salud del paciente.

105. Los cuidados del personal de enfermería a estos pacientes contribuyen a :

- a. Fomentar la aparición de infecciones oportunistas.
- b. Mejorar la transmisión del VIH.

- c. Retrasar la progresión a SIDA y mejorar el déficit inmunitario.
- d. Ejecutar planes de cuidados estandarizados.

106. “Evitar infecciones oportunistas y la infección postexposición” es un objetivo incluido dentro del nivel de prevención:

- a. Nivel de prevención primaria.
- b. Nivel de prevención secundaria.
- c. Nivel de prevención terciaria.
- d. No es un objetivo a incluir.

107. Es cierto que la prevención primaria:

- a. Va dirigida a la población en general.
- b. Va dirigida a la población con comportamientos de riesgo.
- c. Va dirigida a pacientes con SIDA.
- d. A y B son correctas.

108. Uno de los siguientes diagnósticos posibles de enfermería en un paciente con infección VIH no estaría incluido en el patrón de mantenimiento –percepción de la salud:

- a. Duelo anticipado.
- b. Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- c. Riesgo de infección.
- d. Riesgo de lesión.

109. Dentro de la promoción de hábitos saludables, se recomienda abandonar el hábito tabáquico, ya que el tabaco:

- a. Debilita el sistema inmunitario.
- b. Potencia la aparición de náuseas y vómitos al tomar la medicación antirretroviral.
- c. Las personas fumadoras con infección VIH tienen más posibilidades de desarrollar leucoplasia oral vellosa.
- d. Todo lo anterior es cierto.

110. Con respecto a las inmunizaciones en pacientes VIH, señale lo correcto:

- a. El estado inmunológico no interfiere a la hora de iniciar la vacunación.
- b. Se recomiendan las vacunas de Neumococo, y Gripe.
- c. No está indicada la vacunación de Hepatitis A y B.
- d. La efectividad de las vacunas en pacientes con inmunosupresión severa es la misma que en personas sanas.

111. Las infecciones bacterianas , en algunas zonas, son la primera causa de morbilidad en los enfermos VIH positivos. A propósito de las mismas, señale lo incorrecto:
- a. La primera causa de neumonía bacteriana es el *Haemophilus Influenzae*.
 - b. La mortalidad en pacientes VIH positivos por *Pseudomonas Aeruginosa*, es de aproximadamente el 20%.
 - c. El fármaco de elección para tratar la salmonelosis es el Ciprofloxacino.
 - d. La principal manifestación en estos pacientes de la enfermedad neumocócica, es la neumonía.
- 112.Cuál de las enfermedades citadas a continuación, no define la inclusión en la categoría B de la clasificación de la Infección VIH:
- a. Listeriosis.
 - b. Linfoma cerebral primario.
 - c. Neuropatía periférica.
 - d. Herpes Zoster.
113. Más de la mitad de los pacientes VIH de nuestro país, están coinfectados con VHC y un 5% con VHB; dentro de las recomendaciones para este tipo de pacientes no incluiríamos:
- a. No consumir medicamentos sin orden médica.
 - b. Utilizar siempre el preservativo en las relaciones sexuales.
 - c. Seguir una alimentación equilibrada, rica en marisco y pobre en grasas.
 - d. Evitar el consumo de alcohol.
114. El sarcoma de Kaposi fue la neoplasia más frecuente en pacientes con SIDA:
- a. Está asociado al Herpes virus humano tipo 6.
 - b. Se manifiesta en cualquier estadio de la infección VIH.
 - c. Es una neoplasia endotelial con lesiones color rojo vinoso.
 - d. B y C son ciertas.
115. Referente a la demencia VIH no es cierto que:
- a. Antes de la aparición del TARGA era la complicación neurológica más común en adultos con sida.
 - b. Cursa con desmielinización progresiva en diferentes áreas del SNC.
 - c. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

- d. Existe un enlentecimiento motor, cambios en capacidad de comprensión y deterioro del comportamiento y de las emociones.
116. La infección VIH es mucho más grave en la infancia que en la edad adulta, no es cierto que:
- a. Las neoplasias son de menor incidencia que en la edad adulta.
 - b. Existe una clasificación clínica e inmunológica específica para definir la gravedad.
 - c. La manifestación clínica más peculiar es la tuberculosis.
 - d. Existen dos tipos de manifestaciones clínicas, en probable relación con el momento de la transmisión.
117. Continuando con la infección VIH en los niños, no es cierto que:
- a. Existen cuatro categorías clínicas: N, A, B y C.
 - b. Existen tres categorías inmunológicas.
 - c. Los Ac pasivos frente al VIH (de la madre) sólo persisten los tres primeros meses.
 - d. No siempre hay indicación absoluta de iniciar el TARGA.
118. El papel de la enfermería frente a los adolescentes portadores de VIH:
- a. Profundizar en los conocimientos de la enfermedad, si ya se ha revelado el estado.
 - b. Comentar los aspectos sexuales más relevantes.
 - c. Ofrecer la posibilidad de elección y de participar en la toma de decisiones.
 - d. Todas son correctas.
119. En cuanto al VIH en ginecología:
- a. Disminuye el riesgo de padecer vulvovaginitis candidiásica.
 - b. Aumenta el riesgo de padecer neoplasias cervicales intraepiteliales.
 - c. La tasa de recidiva de estos cuadros suele ser superior en caso de inmunodeficiencia .
 - d. B y C son correctas.
120. Dentro de los factores asociados a la transmisión vertical no se encuentra:
- a. Factores virales.
 - b. Gestante seronegativa.
 - c. Gestantes con CD4 menores a 500/mm³.
 - d. Carga viral materna.

121. Cuando finaliza la gestación de una mujer seropositiva, se permitirá el parto vaginal si se cumple:
- a. En ningún caso el parto será vaginal.
 - b. Se debe realizar monitorización invasiva obligatoriamente.
 - c. Si el control de la infección es óptimo.
 - d. Siempre que el parto sea instrumentalizado , se permite.
122. Dentro de la causas de fiebre en un paciente con infección VIH encontramos:
- a. Neoplasias.
 - b. Fiebre de origen medicamentoso.
 - c. Infección crónica por VIH.
 - d. Todas las anteriores.
123. Dentro de los cuidados de enfermería; no es una actividad encaminada al control de la fiebre:
- a. Correcto balance hidroelectrolítico.
 - b. Abrigar en exceso al paciente .
 - c. Control de la dieta e incrementar el aporte calórico y proteico.
 - d. Extracción de hemocultivos.
124. En cuanto al riesgo cardiovascular en estos pacientes, diremos que:
- a. El riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular es más alto que en sujetos de las mismas características sin infección por VIH.
 - b. El tabaquismo ejerce una importante influencia en el incremento del riesgo CV.
 - c. El tratamiento antirretroviral reduce el riesgo CV a corto plazo, pero a largo plazo se asocia a un incremento del mismo.
 - d. Todas son verdaderas.
125. Dentro de la promoción de hábitos saludables, dentro de algunos consejos, no incluiremos:
- a. Abandonar el hábito tabáquico.
 - b. Evitar el contacto con perros y gatos si la serología para toxoplasma es negativa.
 - c. Realizar ejercicio físico extenuante para mejorar el perfil metabólico.
 - d. Extremar el cuidado al limpiar jaulas de mascota y acuarios .
126. De los siguientes uno no es un síntoma frecuente en la infección por VIH:

- a. Alopecia.
- b. Astenia.
- c. Dificultad motora.
- d. Pérdida de peso.

127. La pérdida de peso de estos pacientes puede estar causada por:

- a. Disfagia.
- b. Proceso infeccioso.
- c. Depresión.
- d. Todas las anteriores.

128. Un posible diagnóstico de enfermería dentro del patrón nutricional-metabólico sería:

- a. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- b. Riesgo de lesión.
- c. Fatiga.
- d. Confusión crónica.

129. La sequedad de piel y mucosas es un síntoma frecuente en pacientes con infección VIH, ¿con qué no lo relacionaría?

- a. Uso de cremas hidratantes y aceites corporales.
- b. Presencia de infecciones cutáneas.
- c. Sarcoma de Kaposi.
- d. Inmovilidad.

130. La atención de enfermería a los pacientes VIH con diarrea englobaría:

- a. Cuidado de la piel, en especial de la zona perianal.
- b. Control de las deposiciones características.
- c. Facilitar tres comidas abundantes al día.
- d. Sólo A Y B son ciertas.

131. Una dieta adecuada para estos pacientes con diarrea, debe contener:

- a. Lácteos.
- b. Alimentos a temperatura suave.
- c. Cereales integrales.
- d. Refrescos con cafeína y carbonatados.

132. Los pacientes tratados con IP presentan una distribución anómala de la grasa corporal, dentro de la lipohipertrofia encontramos:

- a. El cuello de búfalo.
- b. Adelgazamiento de extremidades superiores e inferiores.

- c. Prominencia del surco nasogeniano.
- d. Venas prominentes en extremidades superiores e inferiores.

133. En relación al cambio de la imagen corporal de estos pacientes, los cuidados de enfermería no incluirían:

- a. Apoyo psicológico.
- b. Dieta adecuada.
- c. Recomendar reposo para evitar consumo calórico.
- d. Sugerir valoración por parte de cirujano plástico.

134. El patrón Autopercepción-Autoconcepto se ve alterado a frecuentemente en estos pacientes; señale un diagnóstico de Enfermería posible:

- a. Ansiedad.
- b. Temor.
- c. Trastorno de la imagen corporal.
- d. Todos son posibles.

135. La etiopatogenia de la desnutrición en pacientes VIH viene determinada por:

- a. Deficiencia de nutrientes.
- b. Alteración del balance energético.
- c. Alteraciones endocrino-metabólicas.
- d. Todo lo anterior.

136. Señale una intervención de enfermería en nutrición:

- a. Retirar los antirretrovirales que le provoquen vómitos al paciente.
- b. Recomendar comidas a demanda.
- c. Explicar cuestiones de higiene alimentaria.
- d. Aplicar un plan de alimentación estandarizado.

137. Dentro de los posibles diagnósticos de enfermería englobados en el patrón 6 Cognitivo-Perceptual, no encontraríamos:

- a. Duelo anticipado.
- b. Deterioro de la memoria.
- c. Dolor agudo.
- d. Confusión crónica.

138. Definimos counselling cómo:
- a. Un proceso de ayuda en una atmósfera de entendimiento mutuo.
 - b. Una relación de ayuda basada en un modelo contractual.
 - c. A y B son ciertas.
 - d. Un objetivo de la OMS en su plan estratégico contra el SIDA.
139. En cuanto al counselling, sería correcto afirmar que:
- a. Es una estrategia adecuada para afrontar el desafío de esta pandemia.
 - b. Su propuesta fundamental es relegar las decisiones del paciente a las del profesional de la salud.
 - c. Aborda principalmente los problemas de salud del paciente.
 - d. La OMS lo incluyó en 1980 en su plan estratégico contra el SIDA.
140. Dentro de los objetivos del counselling no se encuentra:
- a. Capacitar a las personas de manera autónoma en situaciones de estrés.
 - b. Aceptar a la persona tal como es.
 - c. Detectar necesidades.
 - d. Responsabilizar a cada individuo de su salud.
141. Es necesario que el profesional que realiza el counselling posea:
- a. Conocimiento extenso de la infección; de los recursos sanitarios y sociales.
 - b. Conocimiento de estilos de vida asociados al uso y abuso de sustancias adictivas.
 - c. Habilidades de comunicación y autocontrol .
 - d. Todas son ciertas.
142. El counselling en la prevención secundaria va dirigido a:
- a. A la población general no VIH.
 - b. A los niños y adolescentes.
 - c. A personas infectadas por el VIH.
 - d. A personal sanitario.
143. La promoción de hábitos saludables estaría incluida dentro de:
- a. La prevención primaria.
 - b. La prevención secundaria.
 - c. La prevención terciaria.
 - d. No es relevante, no se incluyen en el counselling.

144. El consentimiento informado se basa en la libre elección por parte del paciente entre las opciones que le presente el responsable médico. Excepto cuando:
- a. Cuando la urgencia no admita demora.
 - b. Cuando no esté capacitado para la toma de decisiones.
 - c. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
 - d. **Todas son verdaderas.**
145. Cuando una persona solicita la realización de un test de detección de VIH, nuestra labor será:
- a. Informar sobre la infección VIH.
 - b. Explicar en qué consiste la prueba la interpretación de los resultados.
 - c. Informar sobre la confidencialidad del resultado.
 - d. **Todo lo anterior es verdadero.**
146. En el consejo posterior al test, durante la comunicación del resultado:
- a. Se aprovecha una terapia de grupo para comunicar los resultados negativos.
 - b. Programamos la siguiente cita para repetir la prueba.
 - c. Aprovechamos para hacer incidencia en la prevención.
 - d. **B y C son verdaderas.**
147. Dentro del counselling es importante:
- a. Empatizar.
 - b. Reforzar.
 - c. Ofertar ayuda psicosocial.
 - d. **Todo lo anterior.**
148. Podríamos equiparar counselling a:
- a. Imponer.
 - b. **Facilitar.**
 - c. Etiquetar.
 - d. Juzgar.
149. A la hora de modificar una conducta, utilizaremos el decálogo de petición de cambios, que incluye:
- a. Buscar el momento adecuado.
 - b. Utilización de mensajes YO.
 - c. Implicación mutua.

d. Todo está incluido.

150. Cuál de las siguientes no está incluida en el modelo de etapas de cambio de Prochasa y Diclemente de 1982:

a. Recaída

b. Acción.

c. Sostenimiento.