

ATENCIÓN ENFERMERA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

CARDIOVASCULARES

1. De los siguientes signos adversos que nos encontramos en una bradicardia, ¿cuál no nos indica inestabilidad en el paciente?:

- a) Presión sanguínea sistólica menor de 90 mmHg.
- b) Nivel de conciencia normal.**
- c) Frecuencia cardíaca menor de 40 lat/min.
- d) Arritmias ventriculares.

2. Dentro de los cuidados de enfermería en un paciente con shock se incluyen las siguientes medidas:

- a) Observar la perfusión tisular con coloración, temperatura y sudoración.
- b) Mantener vía aérea permeable.
- c) Canalizar 2 vías venosas periféricas con sueroterapia y con control de líquidos.

d) Todos están incluidos.

3. Cuando valoramos y tratamos una taquiarritmias de manera extrahospitalaria, debemos remitir al hospital aquellas que:

- a) Arritmias ya tratadas que han presentado alteraciones hemodinámicas.
- b) Arritmias que no han revertido o han sido tratadas con cardioversión eléctrica.
- c) Arritmias que hayan descompensado una patología cardíaca previa.
- d) Todas son ciertas.**

4. Entre los signos adversos de una bradicardia que pueden indicar inestabilidad hemodinámica no están incluidos:

- a) Presión sanguínea sistólica menor de 90 Mg.
- b) Frecuencia cardíaca menor de 40 lat/min.
- c) Frecuencia respiratoria de 16 resp/min.**
- d) Arritmias ventriculares que necesitan ser tratadas.

5. En un síndrome coronario agudo, el dolor isquémico está producido por:

- a) Por una placa aterosclerótica que reduce la luz de la vena coronaria.
- b) Acumulación de metabolitos de origen hipóxico que estimulan las terminaciones nerviosas sensoriales cardíacas.**
- c) Por la onda T negativa con el QRS estrecho al realizarle el ECG.
- d) Por la falta de saturación de oxígeno a nivel del endocardio, producida por la hipoxia sanguínea.

6. ¿Cuál de las siguientes complicaciones pueden aparecer al realizar una pericardiocentesis?:

- a) Lesión de la aurícula izquierda.
- b) Rotura de los vasos coronarios o los mamarios.
- c) Neumotórax.
- d) Todas ellas están incluidas.**

7. ¿Cuál de los siguientes signos clínicos no nos deberíamos encontrarlos en un derrame pericárdico?:

- a) Presión venosa central aumentada.
- b) Ingurgitación yugular.
- c) Tensión arterial disminuida.
- d) Respiración de Kussmaul.**

8. ¿Cómo podemos escuchar mejor el roce pericárdico de un paciente que presenta una pericarditis?:

- a) En el borde esternal derecho, en el 4º espacio intercostal, con el paciente inclinado hacia delante o sentado ("roce de cartón").
- b) En el tercio inferior del esternón, en apnea y espiración profunda y con el paciente inclinado hacia delante o sentado.**
- c) En el ápex cardiaco con inspiraciones profundas y lentas del paciente, desconectando la fuente de oxígeno.
- d) En el borde esternal izquierdo 4º EIC, con el paciente en decúbito supino, y en apnea.

9. Si nos encontramos un paciente que presenta dolor lacerante posterior de gran intensidad, irradiado a región lumbar y que presenta signos de bajo gasto deberemos sospechar de:

- a) Shock hipovolémico por rotura de la arteria meníngea media.
- b) Shock obstructivo cardiaco por aneurisma aórtico.**
- c) Litiasis urinaria.
- d) Shock anafiláctico por rotura de un quiste hepático.

10. La indicación clínica de fibrinólisis incluye presencia de dolor cardíaco isquémico de >20 min. de duración que no cede con nitro SBL, con ascenso del ST en las primeras 3 h., estabilidad hemodinámica y ausencia de contraindicaciones absolutas. Y además:

- a) Con ECG con elevación del ST más de 1mm en dos derivaciones de los miembros o más de 2 mm en precordiales contiguas o BRIHH de reciente aparición.**
- b) Con ECG con descenso del ST más de 1mm en dos derivaciones de los miembros o más de 3 mm en precordiales contiguas o BRIHH de reciente aparición.
- c) Con ECG con elevación del ST más de 2mm en todas las derivaciones de los miembros o más de 3 mm en precordiales contiguas o BRIHH de reciente aparición.
- d) Con ECG con elevación del ST más de 1mm en dos derivaciones de los miembros o más de 2 mm en precordiales contiguas o BRDHH de reciente aparición.

11. ¿Cuál de las siguientes complicaciones pueden aparecer al realizar una pericardiocentesis?:

- a) Lesión de la aurícula izquierda.
- b) Rotura de los vasos coronarios o los mamarios.
- c) Neumotórax.
- d) Todas ellas están incluidas.

12. El marcapasos es un dispositivo indicado en:

- a) En casos de toxicidad farmacológica y trastornos electrolíticos.
- b) Tratamiento del bloqueo A-V completo.
- c) Bradicardias extremas con signos de bajo gasto.
- d) Todas son indicaciones.

13. El control del dolor en un SCA se puede hacer con todos los siguientes fármacos excepto con uno de ellos:

- a) Cloruro mórfico 3-5 mg IV lento c/ 5-10 minutos (1 amp. + 9 ml salino).
- b) Meperidina 50-100 mg IV lento.
- c) Aspirina 300 mg OR.
- d) Tramadol 100 mg + 100 ml de S. Salino en 20 minutos.

14. Un paciente de 78 años, presenta sensación de ahogo con disnea severa, sudoración profusa con desaturación, TA de 167/98 mmHg, y FC de 134 lat/min.; refiere opresión torácica intensa con expectoración rosada. ¿Qué medida estará contraindicada?:

- a) Oxigenoterapia con mascarilla o ventilación con bolsa autohinchable.
- b) Diurético de acción rápida para eliminar líquidos: Furosemida 40 mg/IV.
- c) Cloruro mórfico 3-5 mg y Nitroglicerina 50 mg + 250 ml Dextrosa 5% a 6-8

ml/h.

d) Colocar al paciente en posición de Trendelenburg, con los miembros inferiores y superiores elevados para facilitar la eliminación de los edemas.

15. Dentro de los factores de riesgo cardiovascular sin posible modificación no se encuentra uno de los siguientes parámetros:

- a) Enfermedad vascular previa.
- b) Tabaquismo.
- c) Edad.
- d) Sexo masculino.

16. ¿Qué factores de riesgo nos encontramos en un aneurisma disecante de aorta?:

- a) HTA.
- b) Síndrome de Marfan.
- c) Tabaquismo.
- d) Todos son ciertos.

17. Ante un paciente que presenta dolor en torácico retroesternal de comienzo brusco, punzante y desgarrador, irradiado a espalda en región lumbar, y que aumenta con los

cambios de presión torácica. ¿Qué patología sospechamos que pudiera presentar?:

- a) **Aneurisma aórtico.**
- b) Síndrome coronario agudo.
- c) Edema agudo de pulmón.
- d) Neumotórax a tensión.

18. En el shock cardiogénico se produce un desfallecimiento de la bomba cardíaca con una caída de la tensión arterial. ¿Qué signos de bajos gasto nos encontramos?:

- a) Hipoperfusión con oliguria, palidez, sudoración, bradicardia y obnubilación.
- b) Hipoperfusión con oliguria, cianosis, sudoración, asistolia y obnubilación.
- c) Hiperperfusión con oliguria, piel cetrina, taquicardia y obnubilación.
- d) **Hipoperfusión con oliguria, palidez, sudoración, taquicardia y obnubilación.**

19. En la clasificación de la insuficiencia cardíaca y la incapacidad que supone, vemos que una insuficiencia cardíaca clase II, es aquella en la que aparecen:

- a) Sin síntomas con la actividad habitual.
- b) Síntomas con la actividad física menor de la habitual, con síntomas en reposo.
- c) **Síntomas con la actividad física habitual, sin presencia de síntomas en reposo.**
- d) Síntomas en cualquier momento, con la actividad habitual.

20. ¿En qué arteria es más frecuente la aparición de un aneurisma disecante?

- a) Cubital.
- b) **Aorta.**
- c) Temporal.
- d) Coronarias.

21. Un paciente que presenta alteración del nivel de conciencia con cianosis generalizada, disminución del relleno capilar por encima de 3 segundos, piel edematosa con hipotensión severa, taquicardia y oliguria ¿Sospechamos qué presenta?:

- a) EPOC reagudizada.
- b) Angina inestable.
- c) **La insuficiencia cardíaca clase III.**
- d). Shock grave

22. El control del dolor en un SCA se puede hacer con todos los siguientes fármacos excepto con uno de ellos:

- a) Cloruro mórfico 3-5 mg IV lento c/ 5-10 minutos (1 amp. + 9 ml salino).
- b) Meperidina 50-100 mg IV lento.
- c) **Aspirina 300 mg OR.**
- d) Tramadol 100 mg + 100 ml de S. Salino en 20 minutos.

23. Hablamos de crisis hipertensiva cuando nos encontramos los siguientes valores de TA:

- a) TAS menor de 140 mmHg y TAD menor de 90 mmHg.

- b) TAS mayor de 140 mmHg y TAD mayor de 90 mmHg.
- c) TAS menor de 170 mmHg y TAD menor de 90 mmHg.
- d) TAS mayor de 170 mmHg y TAD mayor de 110 mmHg.

24. ¿Cuál de las siguientes situaciones se consideran emergencias hipertensivas?:

- a) Encefalopatía hipertensiva.
- b) Hemorragia intracraneal, intraparenquimatosa o subaracnoidea.
- c) Insuficiencia ventricular izquierda (edema agudo de pulmón).
- d) Todas son indicaciones.

25. Cuando un paciente presenta fibrilación ventricular (FV) estamos ante un paciente que no presenta uno de los siguientes signos:

- a) Tensión arterial mayor de 70 mmHg.
- b) Complejos QRS irregulares de morfología anárquica.
- c) Ausencia de pulsos periféricos.
- d) Ausencia de movimientos respiratorios.

26. En la monitorización de un paciente con una fibrilación auricular (FA) nos vamos a encontrar:

a) Electrocardiograma rítmico, con ondas "F" entre 250-350 lat/min; el complejo QRS entre 150-200 lat/min con morfología normal y una conducción con bloqueo A-V 2:1 ó 3:1.

b) Electrocardiograma arrítmico, con ondas "f" entre 350-600 lat/min; el complejo QRS mantiene una morfología normal, con una frecuencia variable por el bloqueo A-V variable.

c) Electrocardiograma con ondas P identificadas y con una frecuencia cardiaca mayor 100 lat/min.

d) Electrocardiograma con ondas P' entre 150-200 lat/min; el complejo QRS tiene morfología normal entre 150-200 lat/min. y la conducción 1:1 (P': QRS).

27. Una de las causas más frecuentes de la torsada de pointes es:

- a) Síndrome coronario agudo.
- b) Insuficiencia cardiaca congestiva con fracaso ventricular izquierdo.
- c) Hipomagnesemia o hipopotasemia.
- d) Infección de origen viral o bacteriano.

28. En un electrocardiograma nos encontramos un ritmo regular de 198 lat/min que comienza y termina de forma brusca, sin ondas P y con complejos QRS con morfología normal y una duración de 0'10 seg. Estamos ante una arritmia de tipo:

- a) Taquicardia sinusal (TS).
- b) Taquicardia supraventricular (TSV).
- c) Flutter auricular.
- d) Fibrilación auricular (FA)

29. En el shock grave que signo no nos vamos encontramos a encontrar:

- a) Agitación y obnubilación por mala perfusión cerebral.

- b) Piel edematosa acompañada de hipotensión severa.
- c) Taquicardia con frecuencia mayor de 120 latidos por minuto.
- d) Diuresis horaria mayor de 100 ml.

30. Una embolia pulmonar masiva puede producirnos un shock:

- a) Shock obstructivo cardiaco.
- b) Shock hipovolémico.
- c) Shock neurogénico.
- d) Shock anafiláctico.