

1. El principio de la Bioética que sustenta el deber de evitar intervenciones diagnósticas o terapéuticas que no tengan suficiente evidencia científica, que sean incorrectas o incluso contraindicadas desde el punto de vista científico-técnico y clínico, para proteger así la integridad física y la intimidad de los pacientes es:
  - a) La Autonomía.
  - b) La Beneficencia.
  - c) La No-maleficencia.
  - d) La Justicia.

RESPUESTA c).

2. En el manejo de la obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) en Pediatría señale la respuesta incorrecta:
  - a) Si puede toser anime a seguir tosiendo.
  - b) Si no puede toser pero está consciente, realice maniobras compresivas torácicas o abdominales o golpes en espalda.
  - c) En lactantes es preferible compresiones abdominales.
  - d) Si está inconsciente, abra la vía aérea, ventile 5 veces e inicie RCP.

RESPUESTA c).

3. ¿Cuál es el antiarrítmico de elección en la FV refractaria a tres descargas eléctricas si no se dispone de amiodarona?
  - a) Procainamida.
  - b) Lidocaína.
  - c) Atenolol.
  - d) Magnesio.

RESPUESTA b).

4. Si usted ve que han sacado a un niño de 2 años de una piscina, tras verificar la inconsciencia y comprobar que no respira, ¿qué actitud sería la primera a realizar?:
  - a) Compresiones torácicas.
  - b) Darle 5 golpes en la espalda.
  - c) Realizar 5 insuflaciones de rescate.
  - d) Abrir la vía aérea, mediante la maniobra frente-mentón.

RESPUESTA d).

5. ¿Cuál sería la energía recomendada para desfibrilar a un niño de 30 kg con TV?:
- 120 Julios para descarga inicial y las siguientes.
  - 30 Julios en el primer choque y 60 Julios en los demás.
  - 30 Julios en todos los choques.
  - 60 Julios en todos los choques.

RESPUESTA a).

6. Señale la respuesta INCORRECTA:
- La RCP es el conjunto de maniobras que sustituyen la respiración y la circulación espontáneas para intentar revertir la PCR.
  - Soporte vital es la secuencia ordenada de acciones que deben llevarse a cabo en una situación inminente o efectiva de parada cardiaca, a fin de evitarla, si aún no se ha producido, o de tratarla, si ya se ha producido.
  - La cánula orofaríngea (Guedel) sirve para mantener la permeabilidad de la vía aérea. Se elige la que tenga la longitud similar a la distancia entre el ángulo de la mandíbula y los incisivos.
  - En los ritmos desfibrilables, la Adrenalina y la Amiodarona se administran en cuanto tengamos un acceso venoso.

RESPUESTA d).

7. El congenio de oxígeno del aire espirado de un reanimador, durante la ventilación boca-boca, es aproximadamente:
- 14-16%.
  - 16-18%
  - 18-21%.
  - 24%.

RESPUESTA c).

8. En el SVB en una situación de emergencia comprobamos que un paciente está inconsciente, no respira y no tiene pulso. ¿Qué hay que hacer?
- Pedir ayuda e iniciar una RCP.

- b) Observar y pedir ayuda.
- c) Poner en posición de seguridad y pedir ayuda.
- d) Ventilar 10 veces y pedir ayuda.

RESPUESTA a)

9. En la RCP en situaciones especiales, señale la respuesta INCORRECTA:

- a) Durante la resucitación en embarazadas, se debe colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo con un ángulo de inclinación entre 15-20°C.
- b) Entre las 20-30 semanas de gestación una cesárea emergente puede permitir la resucitación exitosa de la madre, pues el feto es inviable.
- c) El corazón hipotérmico es muy reactivo frente a drogas cardioactivas e intentos de estimulación con marcapasos o desfibrilación.
- d) En inmersiones prolongadas puede producirse hipovolemia, por lo que se deben administrar fluidos intravenosos para asegurar una correcta resucitación.

RESPUESTA c).

10. En el SVA pediátrico, señale la opción INCORRECTA:

- a) La RCP se inicia con 5 ventilaciones.
- b) La dosis de energía para desfibrilar en asistolia es de 8J/kg.
- c) La dosis de energía recomendada para desfibrilar en taquicardia ventricular sin pulso es de 4 J/Kg.
- d) Si el ritmo es desfibrilable y no hay respuesta tras la tercera descarga, se administra adrenalina a 0,01 mg/kg, repitiendo la dosis cada dos descargas (cada 3-5 min).

RESPUESTA b).

11. Señale la respuesta INCORRECTA:

- a) En ritmos no desfibrilables, administre 1mg de Adrenalina iv tan pronto como tenga un acceso vascular.
- b) Los ritmos desfibrilables son la FV y la TVSP.
- c) En la FV refractaria a las descargas se puede administrar una nueva dosis de Amiodarona de 150 mg iv después de la 4ª descarga.
- d) Si no hay pulso y/o no hay signos de vida, continúe con la RCP, revalúe el ritmo de forma periódica.

RESPUESTA c).

12. Según las guías del ERC del 2015, ¿cuál sería el orden correcto de los pasos a seguir ante el manejo de una parada cardiorrespiratoria en un adulto con soporte vital básico y un solo reanimador?:
- Llamar al 112 – comprobar estado de conciencia – valorar vía aérea – iniciar compresiones torácicas, 30:2 compresiones : ventilaciones.
  - Comprobar estado de conciencia – valorar vía aérea – iniciar compresiones torácicas, 30 compresiones : 2 ventilaciones – llamar al 112.
  - Comprobar estado de conciencia – valorar vía aérea – llamar al 112 – iniciar compresiones torácicas, 30 compresiones : 2 ventilaciones.
  - Iniciar compresiones torácicas, 30 compresiones : 2 ventilaciones – llamar al 112 – comprobar estado de conciencia – valorar vía aérea.

RESPUESTA c).

Según la ERC del 2015, una vez valorada la situación, nivel de conciencia y valoración de vía aérea, se debe alertar a los servicios de emergencias, comenzando con los ciclos de compresiones y ventilaciones tan pronto como sea posible.

13. Durante el manejo en la RCP básica, cuando se valorar el nivel de conciencia, ¿a qué nos referimos:
- A comprobar la respuesta ante estímulos verbales y físicos.
  - Al test de las pupilas.
  - A la valoración de la orientación temporo-espacial del sujeto.
  - Al nivel de Glasgow.

RESPUESTA a).

14. Durante el manejo SVB, en el caso de no respuesta a estímulos pero persistencia de respiración normal, ¿cuál es la actitud?
- Ante este caso, hay que comenzar con ciclos de compresiones y respiraciones (30:2), ya que con total seguridad dejará de respirar normalmente.
  - Colocación del paciente en postura de seguridad (decúbito lateral izquierdo, con revaluaciones periódicas hasta la llegada de los servicios de emergencias.

- c) Comenzar con compresiones, realizando 30 y parando para que el individuo realice 2 respiraciones espontáneas, y posteriormente, se continúa con 30 nuevas compresiones, hasta que lleguen los servicio de emergencias.
- d) No es posible que esté respirando normalmente y no responda a estímulos, hay que continuar estimulándolo hasta que responda.

RESPUESTA b).

15. ¿Cuál de las siguientes respuestas es falsa con respecto a las características de las compresiones del masaje cardíaco?:
- a) Colocar ambas manos en región torácica central.
  - b) Mantener un ritmo constante, tanto en compresión como en frecuencia.
  - c) Intentar mantener frecuencia entre 100-120 por minuto.
  - d) Comprimir el pecho tan fuerte como se pueda.

RESPUESTA d)

16. Si durante el proceso de SVB, el paciente comienza con signos vitales positivos, ¿qué pasos hay que seguir?:
- a) Desactivar los servicios sanitarios, ya que se ha resuelto la situación de emergencia.
  - b) Colocar al paciente en postura de seguridad (decúbito lateral izquierdo), hasta la llegada de los servicios de emergencias.
  - c) Ayudando al paciente, desplazarlo a un centro hospitalario para valoración.
  - d) Ofrecerle agua e incorporarlo y esperar la llegada de los servicios sanitarios.

RESPUESTA b).

17. Durante los ciclos de compresiones respiraciones, señala la respuesta falsa:
- a) Revalorar el estado del paciente cada 2 minutos de compresiones o cada 5 ciclos de 30:2.
  - b) Intentar buscar ayuda para relevos del masaje en caso de agotamiento.
  - c) Si no conoce la técnica de las respiraciones, realizar compresiones, con frecuencia de 100-120 por minuto.

- d) Si comienza a aparecer agotamiento del reanimador, se puede disminuir el ciclo a 15:2.

RESPUESTA d).

18. Si se deben comenzar medidas de SVB en un entorno peligroso, como por ejemplo una carretera, ¿cómo se debe actuar?:
- a) Hay que confirmar la seguridad del reanimador, por lo que se debe desplazar el paciente a una localización segura si fuera necesario.
  - b) Comenzar con maniobras de SVB, y una vez que el paciente responda se moviliza a lugar seguro para mantenerlo en la postura de seguridad.
  - c) Aunque el lugar no sea seguro, no se puede movilizar a una persona inconsciente.
  - d) No influye de ninguna manera el lugar, el manejo de SVB es el mismo.

RESPUESTA a).

19. Señala la respuesta correcta: Ante una parada cardiorrespiratoria confirmada con equipo de emergencias presente, ¿cuándo se deben comenzar maniobras de resucitación 30:2?:
- a) Antes de comenzar masaje, se debe de aislar vía aérea con IOT.
  - b) Hasta que no esté monitorizado, no se deben comenzar con maniobras 30:2.
  - c) Realizar descarga de 360 J y tras esto comenzar masaje.
  - d) En el momento en que se confirme PCR por ausencia de signos vitales, se debe comenzar con las maniobras de resucitación (compresiones).

RESPUESTA d).

Ante la ausencia d signos vitales, se comienza con compresiones (30:2), y una vez monitorizado se decidirá el siguiente paso.

20. ¿Qué ritmos son desfibrilables durante una PCR?:
- a) Asistolia.
  - b) FV y TV.
  - c) FV y TVSP.
  - d) FA y FV.

RESPUESTA c)

21. Si durante las maniobras de SVA se registran ritmo desfibrilables, ¿cuál sería la energía a administrar en la descarga?.
- a) 360 J monofásica y 150-200 J bifásica.
  - b) 360 J sin importar desfibrilador.
  - c) 150J sin importar desfibrilador.
  - d) 360 J bifásica y 150-200 J monofásica.

RESPUESTA a).

22. En el SVA, ¿qué hacemos si durante las compresiones en el monitor se registra ritmo desfibrilable?
- a) Continuar con las compresiones hasta realizar 2 minutos y entonces revalorar el ritmo y el pulso.
  - b) Realizar registro ECG para confirmar el ritmo.
  - c) Desfibrilar a la energía precisa y valorar ritmo posteriormente, por si precisara otra descarga.
  - d) Desfibrilar a la energía precisa, posteriormente 2 minutos de maniobras 30:2, sin pausas.

RESPUESTA d).

Cuando se realiza una descarga ante la presencia de ritmo desfibrilable en el monitor, posteriormente se debe continuar con las maniobras y tras 2 minutos se revalora ritmo y pulso del paciente.

23. ¿Cuál de las siguientes opciones no se encuentran dentro de las causas reversibles de una PCR?
- a) Taponamiento cardiaco – TEP.
  - b) Hipotermia – Neumotórax.
  - c) Lesión aguda del tronco encefálico.
  - d) Hiper/hipopotasemia.

RESPUESTA c)

24. Señala la respuesta falsa con respecto al manejo concreto de las causas reversibles:
- a) Hiperpotasemia: confirmación analítica/gasometría: 10 ml Cloruro cálcico 10%.
  - b) Intoxicación por tóxicos: diagnóstico por antecedentes: usar antídoto.

- c) Tromboembolismo pulmonar: diagnóstico por eco durante PCR (dilatación cavidades cardíacas derechas): fibrinolíticos.
- d) Neumotórax: diagnóstico clínico: descompresión con angiocatéter y posterior drenaje torácico.

RESPUESTA (en el libro pone c) porque no se deben suspender las maniobras de RCP para realizar una ECO. Yo pienso que todas son correctas porque en las nuevas guías 2021 hacen incapié en el uso de la eco en la PCR.

25. Con respecto a la IOT en una parada cardiorrespiratoria sabemos que:

- a) Es una prioridad absoluta.
- b) Se deben suspender las maniobras de masaje, durante todo el proceso de intubación.
- c) Se puede demorar siempre y cuando se tenga cánula orofaríngea correctamente colocada.
- d) Hay que elegir el tubo de IOT de menos tamaño posible para favorecer la técnica.

RESPUESTA c).

La IOT se puede demorar siempre y cuando se tenga cánula orotraqueal colocada correctamente con correcta oxigenación ( $\text{SatO}_2 > 95\%$ ), por lo que no es una prioridad absoluta durante la maniobra. Se deben minimizar las interrupciones durante las maniobras de resucitación, por lo que la intubación debe realizarse o durante el masaje o con el mínimo tiempo de suspensión de compresiones. Se debe intentar siempre intubar con tubo de mayor diámetro posible, para evitar las resistencias durante la ventilación.

26. En los casos de PCR pediátrica, ¿cuál es el algoritmo correcto de acción en el SVA?

- a) No existe diferencia con el de adulto.
- b) Valorar respuesta y respiración – comenzar con compresiones 15:2 – avisar al equipo de resucitación – monitorizar y evaluar ritmo.
- c) Valorar respuesta y respiración – 5 ventilaciones iniciales – comenzar con compresiones 15:2 – avisar al equipo de emergencias, tras un minuto de RCP – monitorizar y evaluar el ritmo.

- d) Valorar respuesta y respiración - 5 ventilaciones iniciales – comenzar con compresiones 30:2 – avisar al equipo de emergencias, tras un minuto de RCP – monitorizar y evaluar ritmo.

RESPUESTA c)

27. En el caso de monitorización compatible con ritmo desfibrilable en una PCR en edad pediátrica, ¿cuál debería ser la energía administrada en la descarga?.
- a) 360 J monofásica y 150-200 bifásica.
  - b) Solo se podrá realizar descargas en mayores de 1 año, en edades tempranas solo se utilizarán fármacos y compresiones torácicas.
  - c) La energía se calcula según peso (4J/kg).
  - d) Al mínimo posible en el desfibrilador disponible.

RESPUESTA c)

28. ¿Cuál es la causa más frecuente de PCR en niños?.
- a) Sepsis.
  - b) Hemorragia.
  - c) Cardiopatía congénita.
  - d) Obstrucción aguda de la vía aérea.

RESPUESTA d).

La causa más frecuente de PCR es la obstrucción de la vía aérea, siendo esta la razón por la que las maniobras de RCP se comienzan con 5 ventilaciones, previo al comienzo del masaje.

29. Indica la respuesta correcta sobre la inserción de aguja intraósea en un paciente pediátrico:
- a) Menores de seis años: en la cara medial de la tibia, tres centímetros por encima del maléolo interno.
  - b) Menores de seis años: en la superficie anteromedial de la tibia, de dos a tres centímetros por debajo de la tuberosidad tibial. Seis años o mayores: en la cara medial de la tibia, tres centímetros por encima del maléolo interno.
  - c) Como alternativa, en la cara lateral del fémur, de dos a tres centímetros por debajo del cóndilo lateral o en la cara posterior de la cabeza humeral (neonatos).

d) Las respuestas b) y c) son ciertas.

#### RESPUESTA b)

Debemos recordar que podemos utilizar la vía intraósea siempre que no se logre canalizar una vía venosa periférica en 90 seg en caso de PCR. A través de ella podremos administrar todos los fármacos, líquidos o hemoderivados. Para su inserción utilizaremos:

- En los menores de 6 años, la superficie anteromedial de la tibia, de dos o tres centímetros por debajo de la tuberosidad tibial.
- En niños de seis años o mayores, la cara medial de la tibia, tres centímetros por encima del maléolo interno.

30. Te encuentras en un centro de salud en el que no hay pediatra, al que acude una mujer de parto. Es tan inminente que da a luz en la consulta. Nace un niño sin esfuerzo respiratorio de aspecto cianótico. <lo pone en la camilla, lo seca y posteriormente evalúa pulso y respiración. Presenta una frecuencia cardíaca de 120 lpm y un patrón respiratorio ineficaz. ¿Qué harías?

- a) Estimular al paciente frontando la espalda y la planta del pie. Si no hay respuesta a la estimulación, se iniciará ventilación con presión positiva y FiO<sub>2</sub> del 21%.
- b) Estimular al paciente frotando la espalda y la planta del pie. Si no hay respuesta a la estimulación, se iniciará ventilación con presión positiva y FiO<sub>2</sub> del 100%.
- c) Estimular al paciente frotando la espalda y la planta del pie. Si no hay respuesta a la estimulación, se iniciará ventilación con presión positiva y FiO<sub>2</sub> del 100% y con presiones torácicas ante la posibilidad de que se bradicardice.
- d) Estimular al paciente frotando la espalda y planta del pie. Si no hay respuesta a la estimulación, se iniciará ventilación con presión positiva y FiO<sub>2</sub> del 21%, compresiones torácicas y administrará adrenalina iv.

#### RESPUESTA a)

Estamos ante un RN con una frecuencia cardíaca adecuada, pero que presenta una respiración ineficaz. Lo primero que debemos hacer es secar y

estimular al paciente, frotando la espalda o la planta de los pies con cierta energía, la mayor parte de los RN recuperarán un patrón respiratorio normal tras estas maniobras, si no es así iniciaremos ventilación con presión positiva y FiO<sub>2</sub> del 21% aumentando las necesidades de O<sub>2</sub> según las necesidades del paciente.

31. ¿Cuál es la frecuencia adecuada al realizar maniobras de RCP en un niño de 4 años y 20 kg?

- a) 60-80 compresiones por minuto con una relación compresiones / ventilaciones de 15:2 con un reanimador.
- b) 100 compresiones por minuto con una relación compresiones/ventilaciones de 30:2 con dos reanimadores.
- c) 80 compresiones por minuto con una relación compresiones/ventilaciones 15:2 con dos reanimadores.
- d) 100-120 compresiones por minuto con una relación compresiones/ventilaciones 15:2 con dos reanimadores.

RESPUESTA d)

La relación C/V recomendada en los niños de cualquier edad es 15:2 siempre que haya 2 reanimadores con una frecuencia que debería estar entre 100 -120 cpm. En el caso de que el profesional sanitario se encuentre solo puede utilizar la relación 30:2.