examundo

Examen de práctica EMT en español

99 preguntas con respuestas. Las guías y las traducciones las hizo y las revisó un software. Ninguna persona las ha revisado todavía.

Actualizado el 25 de noviembre de 2026 · examundo.tech/es/emt/

Emergencias médicas y parto

1. Al evaluar a una mujer en trabajo de parto activo, el EMT observa que la cabeza del bebé abomba la abertura vaginal durante una contracción. Este hallazgo se llama:

During assessment of a woman in active labor, the EMT observes the infant's head bulging at the vaginal opening during a contraction. This finding is known as:

A. Borramiento (effacement)
B. Coronamiento (crowning)
C. Líquido teñido de meconio (meconium staining)
D. Presentación (presentation)

---

2. Una mujer de 28 años fue picada por una abeja hace 10 minutos. Tiene ronchas por todo el cuerpo, labios hinchados, estridor audible y presión arterial de 84/50 mmHg. Tiene su propio autoinyector de epinefrina recetado. ¿Qué intervención se debe hacer PRIMERO?

A 28-year-old woman was stung by a bee 10 minutes ago. She has generalized hives, lip swelling, and audible stridor with a blood pressure of 84/50 mmHg. She has her own prescribed epinephrine auto-injector. Which intervention should be performed FIRST?

A. Ayudar a la paciente con su inhalador de albuterol recetado
B. Administrar el autoinyector de epinefrina de la paciente en el muslo lateral
C. Acostar a la paciente boca arriba con las piernas elevadas y vigilar si empeora
D. Aplicar oxígeno a flujo alto y volver a evaluar los sonidos respiratorios antes de dar epinefrina

---

3. Los EMT llegan y encuentran a una mujer de 24 años convulsionando en el piso, con sacudidas rítmicas en todas las extremidades. Los testigos dicen que la convulsión lleva unos 3 minutos. ¿Cuál es la acción inicial MÁS apropiada?

EMTs arrive to find a 24-year-old female actively seizing on the floor with rhythmic jerking of all extremities. Bystanders state the seizure has lasted about 3 minutes. What is the MOST appropriate initial action?

A. Dar glucosa oral cuando cesen las sacudidas
B. Protegerla de lesiones y medir el tiempo de la convulsión
C. Colocar una cánula orofaríngea para proteger su lengua
D. Sujetar sus extremidades para evitar que se lastime

---

4. Durante un parto en campo, el EMT observa que el cordón umbilical sale por la vagina antes que la cabeza del bebé. ¿Cuál es la acción MÁS apropiada?

During a field delivery, the EMT observes the umbilical cord protruding from the vagina before the infant's head. What is the MOST appropriate action?

A. Indicarle a la madre que puje con fuerza para que el bebé nazca lo más rápido posible

B. Colocar a la madre en posición genupectoral (rodillas al pecho), darle oxígeno a flujo alto y trasladarla de inmediato

C. Intentar empujar suavemente el cordón de regreso a la vagina para evitar que siga saliendo

D. Pinzar y cortar el cordón de inmediato para aliviar la presión

---

5. Una estudiante universitaria de 19 años presenta ronchas, hinchazón de la cara y sibilancias audibles minutos después de comer un plato con cacahuate (maní). Lleva su propio autoinyector de epinefrina. ¿Qué hallazgo apoyaría MÁS la administración inmediata de epinefrina?

A 19-year-old college student develops hives, facial swelling, and audible wheezing minutes after eating a peanut-containing dish. She carries her own epinephrine auto-injector. Which finding would MOST strongly support immediate administration of epinephrine?

A. Comezón leve en ambas palmas

B. Una presión arterial de 118/76 mmHg

C. Ronchas solo en el tronco y la espalda

D. Estridor y dificultad para tragar

---

6. Un paciente refiere que perdió el conocimiento por un momento estando de pie en una iglesia calurosa y que despertó rápido sintiéndose normal. ¿Qué término describe mejor esta pérdida breve del conocimiento?

A patient reports briefly losing consciousness while standing in a hot church and then quickly waking up feeling normal. This transient loss of consciousness is best described as which term?

A. Vértigo (vertigo)

B. Síncope (syncope)

C. Aura

D. Convulsión (seizure)

---

7. ¿Qué opción define mejor la anafilaxia (anaphylaxis)?

Which best defines anaphylaxis?

A. Sibilancias leves que se resuelven sin tratamiento

B. Una reacción alérgica sistémica grave que pone en peligro la vida

C. Una respuesta vasovagal ante un estímulo que da miedo

D. Una erupción localizada en la piel después de una picadura de insecto

---

8. Una mujer de 24 años presenta dolor intenso y repentino en la parte baja del abdomen, sangrado vaginal leve (spotting) y dolor referido al hombro derecho. Dice que su última menstruación fue hace 7 semanas. Sus signos vitales son: frecuencia cardiaca de 128 y presión de 84/50 mmHg. ¿Qué afección debe sospechar el EMT?

A 24-year-old woman presents with sudden severe lower abdominal pain, vaginal spotting, and referred pain to her right shoulder. She reports her last menstrual period was 7 weeks ago. Vital signs reveal a heart rate of 128 and a BP of 84/50 mmHg. Which condition should the EMT suspect?

A. Quiste de ovario sin ruptura

B. Embarazo ectópico roto

C. Aborto espontáneo

D. Enfermedad inflamatoria pélvica

---

9. Una mujer de 32 años con 36 semanas de embarazo refiere un dolor abdominal repentino e intenso. En el examen se encuentra un útero rígido y doloroso, y sangrado vaginal rojo oscuro. ¿Qué afección es MÁS compatible con estos hallazgos?

A 32-year-old woman at 36 weeks gestation reports sudden, severe abdominal pain. Exam reveals a rigid, tender uterus and dark red vaginal bleeding. Which condition is MOST consistent with these findings?

A. Embarazo ectópico
B. Desprendimiento de placenta
C. Placenta previa
D. Contracciones de Braxton Hicks

---

10. Una mujer con 34 semanas de embarazo se siente mareada y con presión baja mientras está acostada boca arriba en la camilla. Está alerta, respira con normalidad y no hay trauma ni sangrado vaginal. ¿Qué intervención debe hacer primero el EMT?

A woman who is 34 weeks pregnant becomes lightheaded and hypotensive while lying flat on a stretcher. She is alert and breathing normally, with no trauma or vaginal bleeding. Which intervention should the EMT perform first?

A. Dejarla boca arriba y elevarle las piernas
B. Sentarla con las piernas colgando
C. Acostarla boca abajo
D. Colocarla sobre su lado izquierdo

---

11. Una mujer de 26 años con 38 semanas de embarazo y antecedente de preeclampsia (pre-eclampsia) empieza a convulsionar dentro de la ambulancia. Cuando la convulsión termina, ¿cuál es la posición y la prioridad de manejo MÁS apropiadas?

A 26-year-old woman at 38 weeks gestation with a history of pre-eclampsia begins to seize in the back of the ambulance. After the seizure resolves, what is the MOST appropriate positioning and management priority?

A. Colocarla en posición lateral izquierda y prepararse para un traslado rápido
B. Acostarla boca arriba con las piernas elevadas para mejorar la perfusión cerebral
C. Sujetar sus extremidades para evitar que se lastime durante la recuperación
D. Sentarla para reducir el riesgo de aspiración

---

12. Una paciente embarazada en el tercer trimestre presenta presión baja y mareo cuando la acuestan boca arriba en una tabla larga. ¿Cuál es la causa MÁS probable?

A pregnant patient in her third trimester becomes hypotensive and lightheaded when placed supine on a backboard. This is MOST likely caused by which mechanism?

A. Embolia de líquido amniótico que obstruye la circulación pulmonar
B. Desprendimiento de placenta con hemorragia interna
C. Vasoconstricción por preeclampsia
D. El útero grávido comprime la vena cava inferior

---

13. Una paciente multigrávida (multigravida, con más de un embarazo) refiere contracciones cada 2 minutos y ganas de pujar. En el examen, el EMT observa coronamiento (crowning). ¿Cuál es la acción inmediata MÁS apropiada?

A multigravida patient reports contractions 2 minutes apart and an urge to push. On exam the EMT observes crowning. What is the MOST appropriate immediate action?

A. Aplicar contrapresión suave sobre la cabeza del bebé para evitar una expulsión brusca (explosive delivery)
B. Introducir dos dedos en la vagina para buscar una circular de cordón (nuchal cord) antes de controlar la cabeza
C. Trasladarla de inmediato al hospital más cercano antes de que ocurra el parto
D. Pedirle a la madre que cruce las piernas para retrasar el parto hasta llegar al hospital

---

14. Una mujer de 22 años con diabetes tipo 1 presenta respiración profunda y rápida, aliento con olor a fruta y mucosas secas. Dice que se quedó sin insulina hace tres días. ¿Qué afección es MÁS probable?

A 22-year-old woman with type 1 diabetes presents with deep, rapid respirations, a fruity breath odor, and dry mucous membranes. She reports she ran out of insulin three days ago. Which condition is she MOST likely experiencing?

A. Shock insulínico (insulin shock)
B. Accidente cerebrovascular (cerebrovascular accident)
C. Cetoacidosis diabética (diabetic ketoacidosis)
D. Intoxicación aguda por alcohol

---

15. Un obrero de construcción se desploma en un día de 98°F. Está confundido, su piel está caliente y apenas húmeda, y su temperatura rectal es de 105.4°F. ¿Qué hallazgo lo distingue del agotamiento por calor e indica una verdadera emergencia médica que requiere enfriamiento agresivo?

A construction worker collapses on a 98°F day. He is confused, his skin is hot and minimally moist, and his rectal temperature is 105.4°F. Which finding differentiates this presentation from heat exhaustion and indicates a true medical emergency requiring aggressive cooling?

A. Sudoración profusa con piel fría y húmeda
B. Estado mental alterado con piel caliente y temperatura central mayor de 104°F
C. Fatiga leve y sed que mejoran con líquidos orales
D. Calambres musculares solo en las piernas y el abdomen

---

16. Después de una convulsión tonicoclónica generalizada, un paciente está confundido, somnoliento y tarda en responder, pero ya no tiene actividad convulsiva. ¿Cómo se describe mejor este periodo?

Following a generalized tonic-clonic seizure, a patient is confused, drowsy, and slow to respond to questions but has no further convulsive activity. This period is best described as which of the following?

A. Fase de aura
B. Estado epiléptico (status epilepticus)
C. Estado posictal (postictal state)
D. Fase tónica

---

17. Un hombre de 68 años presenta caída del lado izquierdo de la cara, habla arrastrada y debilidad del brazo izquierdo que comenzaron hace 20 minutos. Antes de trasladarlo a un centro designado para derrames cerebrales (stroke center), ¿qué evaluación es MÁS importante hacer primero?

A 68-year-old man presents with left-sided facial droop, slurred speech, and left arm weakness that began 20 minutes ago. Before transporting to a designated stroke center, which assessment is MOST important to perform first?

A. Nivel de glucosa en sangre para descartar hipoglucemia
B. ECG de 12 derivaciones para descartar una causa cardiaca
C. Signos vitales ortostáticos para evaluar pérdida de volumen
D. Respuesta pupilar para evaluar la presión intracraneal

---

18. Diez minutos después de dar a luz a un bebé sano, una mujer sigue con sangrado vaginal abundante y constante. La placenta ya salió completa. ¿Cuál es la intervención inicial MÁS apropiada?

Ten minutes after delivering a healthy infant, a woman continues to have heavy, steady vaginal bleeding. The placenta has already delivered intact. What is the MOST appropriate initial intervention?

A. Elevarle las piernas y colocar una faja pélvica (pelvic binder)
B. Dar masaje al fondo del útero (fundal massage) para estimular la contracción del útero
C. Introducir dos dedos en el cuello uterino para controlar el sangrado con la mano
D. Rellenar la vagina de forma apretada con gasa estéril

---

19. Una mujer de 68 años es encontrada por su hija con caída reciente del lado derecho de la cara y habla arrastrada. La hija no sabe con exactitud cuándo empezaron los síntomas, pero dice que su mamá estaba normal en el desayuno, hace cuatro horas. ¿Por qué es crítico establecer la hora en que la paciente fue vista bien por última vez (LAST KNOWN WELL)?

A 68-year-old woman is found by her daughter with new-onset right-sided facial droop and slurred speech. The daughter is unsure exactly when symptoms began but states her mother was normal at breakfast four hours ago. Why is establishing the LAST KNOWN WELL time critical for this patient?

A. Determina si es elegible para el tratamiento fibrinolítico, que depende del tiempo, en el hospital receptor

B. Determina si debe recibir oxígeno suplementario

C. Determina si necesita restricción del movimiento de la columna

D. Determina si se le puede dar glucosa oral

Cardiología y RCP

20. Al dar compresiones torácicas a un adulto en paro cardiaco, el EMT debe comprimir el tórax a una profundidad de:

When performing chest compressions on an adult patient in cardiac arrest, the EMT should compress the chest to a depth of:

A. Un tercio de la profundidad anteroposterior del tórax

B. Al menos 3 pulgadas (7.5 cm)

C. De 2 a 2.4 pulgadas (5 a 6 cm)

D. Al menos 1.5 pulgadas (4 cm)

---

21. Un EMT coloca un DEA (AED) en un adulto inconsciente y sin pulso, y el aparato indica: 'No shock advised' (descarga no recomendada). ¿Cuál es la siguiente acción MÁS apropiada?

An EMT places an AED on an unresponsive, pulseless adult and the device advises, 'No shock advised.' What is the MOST appropriate next action?

A. Suspender la reanimación porque no se necesita descarga

B. Reanudar de inmediato las compresiones torácicas de alta calidad

C. Cambiar la posición de los electrodos y volver a analizar el ritmo

D. Revisar el pulso hasta por 30 segundos antes de continuar

---

22. Una mujer de 67 años con diabetes tipo 2 llama al EMS por fatiga, náuseas y malestar leve en la parte alta del abdomen que empezó esta mañana. Niega dolor de pecho. Su piel está pálida y sudorosa. Con esta presentación, el EMT debe sospechar:

A 67-year-old woman with a history of type 2 diabetes calls EMS for fatigue, nausea, and mild epigastric discomfort that started this morning. She denies chest pain. Her skin is pale and diaphoretic. Based on this presentation, the EMT should suspect:

A. Presentación atípica de síndrome coronario agudo

B. Hipoglucemia simple sin relación con el corazón

C. Síndrome de hiperventilación por ansiedad

D. Gastroenteritis aguda, y tratarla con medidas de apoyo

---

23. Un DEA (AED) está pidiendo analizar el ritmo de un paciente en paro cardiaco durante el traslado en ambulancia, con el vehículo todavía en movimiento. ¿Cuál es la MEJOR acción?

An AED is prompting rhythm analysis on a patient in cardiac arrest during ambulance transport while the vehicle is still moving. What is the BEST action?

A. Anular el DEA de forma manual y dar una descarga sin importar la lectura

B. Seguir el traslado, porque el movimiento del vehículo no afecta al DEA

C. Aumentar la frecuencia de las compresiones durante el análisis

D. Detener el vehículo y todo movimiento antes de permitir el análisis

---

24. Un paciente de un choque vehicular a alta velocidad presenta distensión de las venas yugulares, ruidos cardiacos apagados y una presión de pulso que se estrecha. Los sonidos respiratorios son claros e iguales en ambos lados. Esta presentación es MÁS compatible con:

A patient involved in a high-speed MVC presents with jugular venous distention, muffled heart sounds, and a narrowing pulse pressure. Breath sounds are clear and equal bilaterally. This presentation is MOST consistent with:

A. Tórax inestable (flail chest)

B. Neumotórax a tensión (tension pneumothorax)

C. Contusión miocárdica

D. Taponamiento cardiaco (cardiac tamponade)

---

25. El EMS atiende a un hombre de 62 años con sospecha de síndrome coronario agudo. Está alerta, no tiene alergias conocidas y no ha tomado aspirina hoy. Según el protocolo estándar de un EMT-B, ¿cuál es la conducta MÁS apropiada con la aspirina?

EMS is treating a 62-year-old man with suspected acute coronary syndrome. He is alert, has no known allergies, and has not taken aspirin today. What is the MOST appropriate aspirin intervention per standard EMT-B protocol?

A. No dar aspirina hasta que un ECG de 12 derivaciones confirme un STEMI

B. Administrar 325 mg de aspirina por vía rectal por las náuseas

C. Administrar de 162 a 324 mg de aspirina masticable

D. Administrar 81 mg de aspirina con capa entérica, tragada entera

---

26. Un DEA (AED) analiza el ritmo de un hombre de 55 años sin pulso y indica 'shock advised' (descarga recomendada). Justo después de dar la descarga, ¿cuál es la siguiente acción MÁS apropiada?

An AED analyzes the rhythm of a pulseless 55-year-old man and advises 'shock advised.' Immediately after the shock is delivered, what is the MOST appropriate next action?

A. Reanudar de inmediato las compresiones durante un ciclo completo de 2 minutos antes de reevaluar

B. Dar primero ventilaciones de rescate y luego reanudar las compresiones

C. Revisar el pulso de inmediato para saber si la descarga funcionó

D. Esperar a que el DEA vuelva a analizar el ritmo antes de tocar de nuevo al paciente

---

27. Una mujer de 74 años presenta piel pálida y sudorosa, presión de 78/50, frecuencia cardiaca de 118, estertores en la parte baja de ambos pulmones y distensión de las venas yugulares. Esta presentación es MÁS compatible con:

A 74-year-old female presents with pale, diaphoretic skin, BP 78/50, HR 118, bilateral crackles in the lower lung fields, and jugular venous distention. This presentation is MOST consistent with:

A. Shock anafiláctico

B. Shock cardiogénico

C. Shock hipovolémico por una hemorragia digestiva

D. Shock séptico

---

28. Un hombre de 58 años refiere dolor opresivo en el pecho que se irradia al brazo izquierdo. Su presión es de 84/56 mmHg, su frecuencia cardiaca es de 110 latidos/min y su piel está fría y sudorosa. ¿Qué tratamiento no se debe dar (withheld) en esta situación?

A 58-year-old man reports crushing chest pain radiating to his left arm. His blood pressure is 84/56 mmHg, heart rate 110 beats/min, and skin is cool and diaphoretic. Which treatment should be withheld given this presentation?

A. Nitroglicerina
B. Oxígeno suplementario si hay hipoxia
C. Monitoreo cardiaco continuo
D. Aspirina si no hay contraindicación

---

29. ¿Cuál de los siguientes ritmos cardiacos es considerado desfibrilable por un DEA (AED)?

Which of the following cardiac rhythms is considered a shockable rhythm by an AED?

A. Fibrilación ventricular (ventricular fibrillation)
B. Ritmo sinusal normal
C. Actividad eléctrica sin pulso (pulseless electrical activity)
D. Asistolia (asystole)

---

30. Una mujer de 72 años con sospecha de síndrome coronario agudo cuenta que hace dos semanas la trataron por una úlcera gástrica con sangrado, y ahora está vomitando material como café molido. ¿Qué acción es MÁS apropiada con la aspirina?

A 72-year-old woman with suspected ACS reports a bleeding gastric ulcer treated two weeks ago and is currently vomiting coffee-ground material. Which action regarding aspirin administration is MOST appropriate?

A. Dar la aspirina por vía rectal para evitar irritar el estómago
B. Dar una dosis reducida de 81 mg
C. Dar 324 mg de aspirina masticable como tratamiento estándar del síndrome coronario agudo
D. No dar aspirina por el sangrado digestivo activo y contactar a control médico

---

31. ¿Cuál es la profundidad mínima recomendada de las compresiones torácicas en un adulto en paro cardiaco?

What is the recommended minimum chest compression depth for an adult patient in cardiac arrest?

A. Al menos 2 pulgadas
B. Al menos 1.5 pulgadas
C. Al menos 1 pulgada
D. Al menos 3 pulgadas

---

32. Un solo EMT hace RCP a un adulto en paro cardiaco, sin vía aérea avanzada colocada. ¿Cuál es la relación correcta entre compresiones y ventilaciones?

A single EMT is performing CPR on an adult in cardiac arrest without an advanced airway in place. What is the correct compression-to-ventilation ratio?

A. 15 compresiones por 2 ventilaciones
B. 5 compresiones por 1 ventilación
C. Compresiones continuas con una ventilación cada 6 segundos
D. 30 compresiones por 2 ventilaciones

---

33. Un EMT se prepara para colocar los electrodos (pads) del DEA (AED) a un paciente en paro cardiaco y nota un parche de medicamento transdérmico en el pecho, justo donde iría un electrodo. ¿Cuál es la acción MÁS apropiada?

An EMT is preparing to apply AED pads to a patient in cardiac arrest and notices a transdermal medication patch on the chest in the intended pad location. What is the MOST appropriate action?

A. No desfibrilar hasta que el parche se absorba por completo

B. Quitar el parche, limpiar la zona y colocar el electrodo sobre la piel limpia

C. Colocar el electrodo del DEA directamente sobre el parche de medicamento para ahorrar tiempo

D. Mover al paciente a otro lugar antes de colocar los electrodos

---

34. Después de que un DEA (AED) da una descarga a un adulto en paro cardiaco, ¿qué debe hacer el EMT a continuación?

After an AED delivers a shock to an adult in cardiac arrest, what should the EMT do next?

A. Dar una segunda descarga de inmediato, porque la primera pudo no corregir el ritmo

B. Revisar el pulso y la respiración antes de reanudar cualquier atención

C. Reanudar de inmediato las compresiones torácicas y continuar la RCP durante 2 minutos

D. Volver a analizar el ritmo de inmediato para confirmar que la descarga funcionó

---

35. Un EMT llega y encuentra a un niño de 4 años inconsciente en paro cardiaco, pero solo hay un DEA (AED) de adultos con electrodos (pads) de adulto y no hay un sistema atenuador pediátrico en el lugar. ¿Qué debe hacer el EMT?

An EMT arrives to find an unresponsive 4-year-old child in cardiac arrest, but only an adult AED with adult pads is available and no pediatric attenuator system is on scene. What should the EMT do?

A. Retrasar la desfibrilación hasta conseguir un DEA con capacidad pediátrica

B. Usar el DEA de adultos con electrodos de adulto en vez de no desfibrilar

C. No usar el DEA y hacer solo RCP hasta que llegue equipo pediátrico

D. Cortar los electrodos de adulto por la mitad para reducir la energía que se entrega

---

36. ¿Qué colocación de electrodos (pads) es la configuración estándar para usar un DEA (AED) en un adulto inconsciente en paro cardiaco?

Which pad placement is the standard configuration for AED application on an unresponsive adult in cardiac arrest?

A. Los dos electrodos lado a lado en el centro del tórax anterior

B. Esternón por delante y escápula izquierda por detrás

C. Tórax superior derecho y tórax superior izquierdo, ambos por encima de la línea de los pezones

D. Tórax superior derecho debajo de la clavícula y costillas inferiores izquierdas en la línea axilar media

---

37. Un paciente con un patrón de infarto de la pared inferior presenta hipotensión, distensión de las venas yugulares y sonidos pulmonares claros. Esta presentación sugiere un infarto del ventrículo derecho. ¿Qué intervención se vuelve más peligrosa por esto?

A patient with an inferior wall MI pattern presents with hypotension, jugular venous distension, and clear lung sounds. This presentation suggests right ventricular infarction and increases the danger of which intervention?

A. Administrar nitroglicerina

B. Administrar oxígeno

C. Colocar al paciente en posición recostada

D. Administrar aspirina

---

38. La American Heart Association recomienda que las compresiones torácicas de RCP de alta calidad en adultos se den a una frecuencia de:

The American Heart Association recommends that high-quality adult CPR chest compressions be delivered at a rate of:

A. 120 a 140 compresiones por minuto
B. 60 a 80 compresiones por minuto
C. 100 a 120 compresiones por minuto
D. 80 a 100 compresiones por minuto

---

39. Durante la RCP con dos reanimadores en un adulto en paro cardiaco, el EMT que hace las compresiones debe darlas a una frecuencia de:

During two-rescuer CPR on an adult in cardiac arrest, the EMT performing compressions should deliver chest compressions at a rate of:

A. 100 a 120 compresiones por minuto
B. 80 a 100 compresiones por minuto
C. 120 a 140 compresiones por minuto
D. Al menos 140 compresiones por minuto

Vía aérea y ventilación

40. Una mujer de 68 años presenta dificultad respiratoria grave, estertores en ambos pulmones y sibilancias audibles, compatible con edema pulmonar agudo. Sus signos vitales son: presión de 82/54 mmHg, frecuencia cardiaca de 118, frecuencia respiratoria de 32 y SpO2 de 86%. ¿Qué hallazgo debe preocupar MÁS al EMT antes de aplicar CPAP?

A 68-year-old woman presents with severe respiratory distress, bilateral crackles, and audible wheezing consistent with acute pulmonary edema. Her vital signs are BP 82/54 mmHg, HR 118, RR 32, SpO2 86%. Which finding should MOST concern the EMT before applying CPAP?

A. Estertores en ambos pulmones a la auscultación
B. Una presión sistólica de 82 mmHg
C. Una frecuencia respiratoria de 32 respiraciones por minuto
D. Una saturación de oxígeno de 86 por ciento

---

41. Un EMT llega a una casa por un hombre de 54 años inconsciente en el piso de la cocina. Tiene respiración con ronquido, no tiene reflejo nauseoso al evaluarlo y no hay signos de trauma. ¿Qué dispositivo para la vía aérea es MÁS apropiado para este paciente?

An EMT is called to a residence for an unresponsive 54-year-old man found on the kitchen floor. He has snoring respirations, no gag reflex on assessment, and no signs of trauma. Which airway adjunct is MOST appropriate for this patient?

A. Cánula nasal a 4 L/min
B. Dispositivo supraglótico (supraglottic airway)
C. Cánula nasofaríngea (NPA)
D. Cánula orofaríngea (OPA)

---

42. Al aspirar la orofaringe de un adulto, cada intento de aspiración no debe durar más de:

When suctioning an adult patient's oropharynx, each individual suction attempt should last no longer than:

A. 5 segundos
B. 15 segundos
C. 60 segundos
D. 30 segundos

---

43. Un hombre de 24 años que tuvo un choque en motocicleta presenta dificultad respiratoria intensa, ausencia de ruidos respiratorios en el lado derecho, distensión de las venas yugulares y desviación de la tráquea hacia la izquierda. ¿Qué afección es MÁS compatible con esta presentación?

A 24-year-old male involved in a motorcycle collision presents with severe dyspnea, absent breath sounds on the right, jugular venous distention, and tracheal deviation toward the left. Which condition is MOST consistent with this presentation?

A. Hemotórax (hemothorax)
B. Neumotórax simple (simple pneumothorax)
C. Neumotórax a tensión (tension pneumothorax)
D. Tórax inestable (flail chest)

---

44. Un EMT elige una cánula orofaríngea (OPA) para un adulto inconsciente. ¿Qué referencia se usa para determinar el tamaño correcto de la OPA?

An EMT selects an oropharyngeal airway (OPA) for an unresponsive adult. Which landmark is used to determine the correct OPA size?

A. De la punta de la nariz al lóbulo de la oreja
B. Del centro de los labios a la clavícula
C. De la comisura de la boca al lóbulo de la oreja
D. De la comisura de la boca al cartílago tiroides

---

45. Un niño de 4 años presenta fiebre alta de inicio repentino, babeo, y prefiere estar sentado inclinado hacia adelante (posición de trípode) con estridor. ¿Qué acción debe EVITAR el EMT?

A 4-year-old presents with sudden onset high fever, drooling, and a preference for sitting upright leaning forward (tripod position) with stridor. Which action should the EMT AVOID?

A. Dar oxígeno con flujo directo (blow-by) sin forzar una mascarilla sobre la cara
B. Trasladarlo pronto, con la menor agitación posible
C. Dejar que el niño permanezca en la posición en que se sienta cómodo
D. Examinar la orofaringe con un abatelenguas

---

46. Un EMT considera usar CPAP en un paciente con dificultad respiratoria grave y sibilancias audibles. ¿Qué hallazgo contraindicaría MÁS claramente iniciar CPAP?

An EMT is considering CPAP for a patient with severe respiratory distress and audible wheezing. Which finding would MOST clearly contraindicate initiating CPAP?

A. Saturación de oxígeno de 89 por ciento con aire ambiente
B. Frecuencia respiratoria de 28 respiraciones por minuto
C. Presión sistólica de 82 mmHg
D. Uso de músculos accesorios y posición de trípode

---

47. Un EMT intenta colocar una cánula orofaríngea (OPA) en un adulto inconsciente. Cuando el dispositivo llega a la faringe posterior, el paciente empieza a tener arcadas (gag) y a toser. ¿Qué acción debe tomar el EMT PRIMERO?

An EMT attempts to insert an oropharyngeal airway in an unresponsive adult patient. As the device reaches the posterior pharynx, the patient begins to gag and cough. Which action should the EMT take FIRST?

A. Seguir insertando y girar el dispositivo 180 grados
B. Hiperextender el cuello y volver a intentar la inserción de inmediato
C. Volver a insertar la OPA usando un abatelenguas para colocarla directamente
D. Retirar la OPA y prepararse para colocar una cánula nasofaríngea (NPA)

---

48. Un EMT coloca una cánula orofaríngea (OPA) en un paciente de trauma inconsciente y sin respiración. Treinta segundos después, el paciente empieza a tener arcadas (gag) y busca el dispositivo con la mano. ¿Cuál es la acción MÁS apropiada?

An EMT inserts an oropharyngeal airway in an unresponsive apneic trauma patient. Thirty seconds later, the patient begins to gag and reach toward the device. What is the MOST appropriate action?

A. Retirar la OPA de inmediato y volver a evaluar si hay reflejo nauseoso

B. Pegar la OPA con cinta para que no se salga

C. Aspirar la vía aérea y volver a colocar la OPA en la misma posición

D. Introducir más la OPA para pasar el reflejo nauseoso

---

49. Para elegir el tamaño correcto de una cánula nasofaríngea (NPA), el EMT mide desde:

To select the correct size nasopharyngeal airway (NPA), the EMT measures from the:

A. La punta de la nariz hasta el lóbulo de la oreja

B. La comisura de la boca hasta el lóbulo de la oreja

C. El centro de la frente hasta la punta del mentón

D. La punta de la nariz hasta la clavícula

---

50. A un paciente estable con dificultad respiratoria leve y una saturación de oxígeno de 94% con aire ambiente se le coloca una cánula nasal. ¿Cuál es el flujo máximo que se debe dar por cánula nasal?

A stable patient with mild dyspnea and an oxygen saturation of 94% on room air is placed on a nasal cannula. What is the maximum flow rate that should be delivered via nasal cannula?

A. 2 litros por minuto

B. 15 litros por minuto

C. 10 litros por minuto

D. 6 litros por minuto

---

51. Estás colocando a un bebé inconsciente de 8 meses para ventilarlo con bolsa-válvula-mascarilla (BVM). En comparación con un adulto, ¿qué modificación es MÁS importante por la anatomía de la vía aérea pediátrica?

You are positioning an unresponsive 8-month-old infant for bag-valve-mask ventilation. Compared with positioning an adult, which modification is MOST important due to pediatric airway anatomy?

A. Colocar al bebé con la cabeza más baja que el pecho para favorecer el drenaje

B. Aplicar presión firme hacia abajo en el mentón para abrir la vía aérea

C. Hiperextender el cuello en posición de olfateo, con la cabeza inclinada muy hacia atrás

D. Colocar una toalla doblada bajo los hombros del bebé para compensar el occipucio grande

---

52. Una mujer de 67 años con antecedente de EPOC (COPD) presenta dificultad respiratoria grave, uso de músculos accesorios y SpO2 de 84% con aire ambiente. ¿Qué terapia de oxígeno es MÁS apropiada para esta paciente?

A 67-year-old woman with a history of COPD presents with severe respiratory distress, accessory muscle use, and an SpO2 of 84% on room air. Which oxygen therapy is MOST appropriate for this patient?

A. Aplicar una mascarilla de no reinhalación a 15 LPM y reevaluar con frecuencia

B. Aplicar una mascarilla simple a 4 LPM y no ajustar más

C. No dar oxígeno suplementario porque puede suprimir su estímulo respiratorio hipóxico

D. Aplicar una cánula nasal a 1 LPM solamente, sin importar su SpO2

---

53. Un EMT empieza a colocar una cánula orofaríngea (OPA) y el paciente de inmediato tiene arcadas (gag). La PRIMERA acción del EMT debe ser:

An EMT begins inserting an oropharyngeal airway and the patient immediately begins to gag. The EMT's FIRST action should be to:

A. Cambiar la OPA por una de la siguiente talla más grande

B. Dar oxígeno suplementario antes de volver a intentar la inserción

C. Retirar la OPA de inmediato

D. Avanzar la OPA más rápido pasando la base de la lengua

---

54. Un paciente tiene un segmento inestable en la pared torácica derecha, con movimiento paradójico y dificultad respiratoria que empeora. ¿Cuál es el manejo MÁS apropiado a nivel de EMT?

A patient has a flail segment on the right chest wall with paradoxical movement and worsening respiratory distress. What is the MOST appropriate EMT-level management?

A. Sentar al paciente y no darle oxígeno para evitar que se sobreinfle

B. Aplicar un apósito voluminoso pegado con fuerza alrededor de todo el tórax

C. Aplicar una férula con pañuelo triangular (cravat) para estabilizar solo el segmento inestable

D. Dar ventilación con presión positiva con bolsa-válvula-mascarilla y oxígeno a flujo alto

---

55. Un conductor con cinturón chocó contra un árbol a velocidad de autopista. Tiene ojos de mapache (raccoon eyes), sale líquido claro por ambas fosas nasales y tiene un moretón detrás de la oreja izquierda. El EMT decide que necesita un dispositivo auxiliar para la vía aérea (airway adjunct). ¿Qué hallazgo contraindica MÁS claramente el uso de una cánula nasofaríngea (nasopharyngeal airway, NPA) en este paciente?

A restrained driver struck a tree at highway speed and is found with raccoon eyes, clear fluid draining from both nostrils, and bruising behind the left ear. The EMT determines an airway adjunct is needed. Which finding MOST strongly contraindicates use of a nasopharyngeal airway in this patient?

A. Solo la presencia de ojos de mapache, sin otros signos de trauma

B. Sospecha de fractura de la base del cráneo por la salida de líquido cefalorraquídeo y el signo de Battle

C. Que el paciente tenga más de 30 años

D. Un moretón limitado al pabellón de la oreja externa

---

56. Un EMT debe evitar colocar una cánula orofaríngea (oropharyngeal airway, OPA) en un paciente que tiene:

An EMT should avoid inserting an oropharyngeal airway (OPA) in a patient who has:

A. Muchas secreciones en la boca

B. Reflejo nauseoso intacto

C. Ausencia de esfuerzo respiratorio

D. Sospecha de lesión de la columna cervical

---

57. Una mujer de 68 años está inconsciente, con pulso débil e irregular de 58 latidos/min y respiraciones superficiales de 6/min. Después de abrir la vía aérea y colocar una OPA, ¿a qué ritmo debe el EMT dar ventilaciones con bolsa-válvula-mascarilla (bag-valve mask, BVM)?

A 68-year-old woman is found unresponsive with a weak, irregular pulse of 58 beats/min and shallow respirations at 6 breaths/min. After opening her airway and inserting an OPA, at what rate should the EMT deliver ventilations with a bag-valve mask?

A. Una ventilación cada 30 segundos, coordinada con las compresiones torácicas

B. Una ventilación cada 5 a 6 segundos (10 a 12/min)

C. Una ventilación cada 8 a 10 segundos (6 a 8/min)

D. Una ventilación cada 3 a 4 segundos (15 a 20/min)

---

58. Una mujer de 45 años está inconsciente por una sobredosis de drogas, con respiraciones lentas y superficiales y sin reflejo nauseoso. El EMS midió una cánula orofaríngea desde la comisura de la boca hasta el lóbulo de la oreja. ¿Cuál es el siguiente paso correcto para colocarla en esta paciente adulta?

A 45-year-old woman is unresponsive after a drug overdose with slow, shallow respirations and no gag reflex. EMS measures an oropharyngeal airway from the corner of her mouth to the earlobe. What is the correct next step in insertion for this adult patient?

A. Insertar la cánula con la punta hacia el paladar y girarla 180 grados al pasar el paladar blando

B. Insertar la cánula de lado, a lo largo de la mejilla, y girarla 180 grados para centrarla sobre la lengua

C. Insertar la cánula al revés y girarla 90 grados al llegar al fondo de la garganta

D. Insertar la cánula con la punta hacia la lengua y avanzarla recta siguiendo la curva de la lengua, sin girarla

---

59. Un EMT está aspirando (suctioning) vómito abundante de la vía aérea de un adulto inconsciente antes de ventilar con BVM. ¿Qué técnica es la MÁS adecuada?

An EMT is suctioning copious vomitus from an unresponsive adult patient's airway prior to BVM ventilation. Which technique is MOST appropriate?

A. Introducir el catéter hasta la carina antes de aplicar la succión

B. Introducir el catéter y aplicar succión continua hasta 30 segundos para limpiar bien la vía aérea

C. Preoxigenar durante 3 a 5 minutos antes de cualquier intento de succión

D. Aplicar succión solo mientras se retira el catéter, con un máximo de 15 segundos por pasada

---

Trauma

60. Un conductor chocó contra un poste de luz y un cable eléctrico caído está sobre el capó (cofre) del vehículo. El paciente está consciente dentro del auto. ¿Cuál es la acción inicial MÁS adecuada del EMT?

A driver has crashed into a utility pole, and a downed power line is draped across the vehicle's hood. The patient is conscious inside the car. What is the EMT's MOST appropriate initial action?

A. Indicar al paciente que salga del vehículo y se aleje rápido a una distancia segura

B. Establecer un perímetro de seguridad y esperar a que la compañía de electricidad confirme que el cable no tiene corriente

C. Acercarse al vehículo y pedir al paciente que no se mueva hasta poder evaluarlo

D. Usar un palo de madera para apartar el cable del vehículo antes de acercarse

---

61. En un choque de autobús con muchas víctimas, un EMT-B usa el sistema de triaje START. Un paciente no respira. Después de reposicionar la vía aérea, el paciente empieza a respirar a 34 respiraciones por minuto. ¿Cómo se debe clasificar?

During a multi-casualty bus collision, an EMT-B is using the START triage system. A patient is found not breathing. After the EMT repositions the airway, the patient begins breathing at a rate of 34 breaths per minute. How should this patient be triaged?

A. Demorado (amarillo)

B. Fallecido/expectante (negro)

C. Leve (verde)

D. Inmediato (rojo)

---

62. El EMS aplica un torniquete comercial en el muslo derecho de un paciente con amputación traumática por debajo de la rodilla y hemorragia arterial que pone en riesgo su vida. Con la varilla (windlass) totalmente apretada, la sangre roja brillante sigue saliendo a pulsos de la herida. ¿Cuál es la acción siguiente MÁS adecuada?

EMS applies a commercial tourniquet to a patient's right thigh for a traumatic below-knee amputation with life-threatening arterial bleeding. After the windlass is fully tightened, bright red blood continues to pulsate from the wound. What is the MOST appropriate next action?

A. Aplicar un segundo torniquete proximal al primero (más cerca del tronco) y tocándolo

B. Aflojar el primer torniquete y colocarlo más distal (más lejos del tronco)

C. Aplicar un segundo torniquete directamente encima del primero, en el mismo sitio

D. Aplicar presión directa con un apósito hemostático sobre la herida

---

63. Un motociclista de 55 años salió despedido y chocó contra una barrera de contención (guardrail). Su pelvis está inestable y ensanchada al palparla, tiene dolor en ambas piernas y una presión arterial de 88/54 mmHg. ¿Qué intervención se debe hacer PRIMERO después de terminar la evaluación primaria?

A 55-year-old motorcyclist was ejected and struck a guardrail. He has an unstable, widened pelvis on palpation, bilateral leg pain, and a blood pressure of 88/54 mmHg. Which intervention should be performed FIRST after completing the primary survey?

A. Dar oxígeno a alto flujo con mascarilla de no reinhalación

B. Inmovilizar con férula cada pierna por separado

C. Colocar dos vías intravenosas de gran calibre para dar líquidos

D. Colocar una faja pélvica centrada sobre los trocánteres mayores

---

64. Un paciente de trauma con sospecha de hemorragia interna tiene frecuencia cardiaca de 128, piel pálida y sudorosa, y presión arterial de 82/58 mmHg. ¿Qué etapa del shock representa MÁS probablemente este cuadro?

A trauma patient with suspected internal hemorrhage has a heart rate of 128, pale and diaphoretic skin, and a blood pressure of 82/58 mmHg. Which stage of shock does this presentation MOST likely represent?

A. Shock irreversible, indicado solo por la taquicardia

B. Shock neurogénico, indicado por la piel pálida

C. Shock descompensado, indicado por la aparición de hipotensión

D. Shock compensado, porque el cuerpo todavía mantiene la perfusión

---

65. En la evaluación primaria de un paciente de trauma, después de formar la impresión general, ¿cuál es la SIGUIENTE prioridad del EMT?

During the primary assessment of a trauma patient, after forming a general impression, what is the EMT's NEXT priority?

A. Tomar un juego completo de signos vitales basales

B. Palpar el abdomen para buscar dolor

C. Colocar un collarín cervical

D. Evaluar y manejar la vía aérea

---

66. En un incidente con múltiples víctimas con el sistema de triaje START, evalúas a un paciente que respira por sí solo a 34/min. Tiene pulso radial y está confundido. ¿Cómo se debe clasificar?

During a mass casualty incident using the START triage system, you assess a patient who is breathing spontaneously at a rate of 34/min. Radial pulse is present and mental status is confused. How should this patient be triaged?

A. Fallecido/expectante (negro)

B. Demorado (amarillo)

C. Leve (verde)

D. Inmediato (rojo)

---

67. Un paciente tiene una herida abierta en el abdomen y un asa de intestino sale por la lesión. ¿Qué acción es la MÁS adecuada para el EMT?

A patient has an open abdominal wound with a loop of intestine protruding through the injury site. Which action is MOST appropriate for the EMT?

A. Cubrir el órgano expuesto con un apósito estéril seco y asegurarlo con firmeza

B. Empujar con suavidad el órgano hacia dentro del abdomen antes de poner el apósito

C. Cubrir el órgano expuesto con un apósito estéril húmedo y una capa externa oclusiva

D. Dejar la herida sin cubrir y vigilar si sale más órgano

---

68. Un paciente tiene un disparo en el lado derecho del pecho y se oye un sonido de succión al inspirar. Después de colocar un apósito oclusivo pegado por tres lados, el paciente empeora con más falta de aire, desviación de la tráquea y ausencia de ruidos respiratorios a la derecha. ¿Cuál es la acción siguiente MÁS adecuada?

A patient sustains a gunshot wound to the right chest with an audible sucking sound on inspiration. After applying an occlusive dressing taped on three sides, the patient develops worsening dyspnea, tracheal deviation, and absent breath sounds on the right. What is the MOST appropriate next action?

A. Levantar o abrir el borde del apósito para dejar salir el aire atrapado

B. Aumentar el flujo de oxígeno sin tocar el apósito

C. Poner al paciente en posición de recuperación

D. Colocar un segundo apósito oclusivo sobre el primero para reforzar el sello

---

69. ¿Cuál de los siguientes mecanismos de lesión (mechanism of injury, MOI) se considera significativo y requiere una evaluación rápida de trauma en un paciente adulto?

Which of the following mechanisms of injury is classified as a significant MOI that warrants rapid trauma assessment for an adult patient?

A. Ser expulsado de un vehículo

B. Choque leve por detrás, sin que se abra la bolsa de aire

C. Torcedura de tobillo al caminar en terreno plano

D. Caída desde la altura de pie sobre un piso con alfombra

---

70. Un hombre de 34 años cayó del techo de un segundo piso, unos 16 pies, sobre un camino de concreto. Está alerta y dice que le duele la espalda. ¿Qué factor hace que sea un mecanismo de lesión significativo y obliga a sospechar mucho una lesión interna?

A 34-year-old male fell from a second-story roof, approximately 16 feet, and landed on a concrete driveway. He is alert and states his back hurts. Which factor makes this a significant mechanism of injury requiring a high index of suspicion for internal injury?

A. El paciente se queja de dolor en el sitio de la lesión

B. La altura de la caída fue mayor de 10 pies

C. Únicamente que el paciente cayó sobre una superficie dura que no cede

D. El paciente está alerta y orientado después de la caída

---

71. Un torniquete se aplica de forma MÁS adecuada cuando:

A tourniquet is MOST appropriately applied when:

A. la presión directa no logró controlar una hemorragia de una extremidad que pone en riesgo la vida

B. un paciente tiene el tobillo hinchado y doloroso después de una caída

C. un paciente tiene una abrasión leve con sangrado capilar

D. un paciente tiene una hemorragia nasal que no para al pellizcar la nariz

---

72. Un obrero de construcción lleva 90 minutos atrapado bajo un muro de concreto caído, que le aprisiona las piernas. Los rescatistas se preparan para sacarlo. ¿Qué complicación debe prever el EMS y estar listo para manejar DE INMEDIATO al liberar el atrapamiento?

A construction worker has been trapped under a collapsed concrete wall for 90 minutes, with the wall pinning his lower legs. Rescuers are preparing to extricate him. Which complication should EMS anticipate and prepare to manage IMMEDIATELY upon release of the entrapment?

A. Aparición súbita de shock anafiláctico

B. Aumento rápido de la temperatura corporal central

C. Hiperkalemia potencialmente mortal que causa una arritmia cardiaca

D. Pérdida inmediata de los pulsos distales por síndrome compartimental

---

73. Una mujer de 68 años se cayó desde su altura de pie y tiene dolor en la pelvis y moretones sobre los trocánteres mayores. Al palpar, el anillo pélvico está inestable. ¿Qué acción se debe EVITAR en la evaluación y el manejo?

A 68-year-old woman fell from a standing height and reports pelvic pain with bruising over the greater trochanters. Palpation reveals instability of the pelvic ring. Which action should be AVOIDED during assessment and management?

A. Inmovilizarla con una camilla de cuchara (scoop stretcher)

B. Comprimir o mecer la pelvis varias veces para volver a revisar la estabilidad

C. Colocar una faja pélvica comercial a la altura de los trocánteres mayores

D. Mover lo menos posible a la paciente al pasarla a la camilla

---

74. El EMS llega a una obra donde un hombre de 35 años cayó 12 pies sobre concreto. Está alerta, niega tener dolor y sus signos vitales son estables. Durante el traslado, su presión sistólica baja a 82 mm Hg. ¿Cuál es la decisión de traslado MÁS adecuada?

EMS responds to a construction site where a 35-year-old fell 12 feet onto a concrete surface. He is alert, denies pain, and has stable vital signs on exam. During transport, his systolic blood pressure falls to 82 mm Hg; what is the MOST appropriate transport decision?

A. Trasladarlo sin urgencia a cualquier hospital que él elija

B. Trasladarlo como alerta de trauma al centro de trauma del nivel más alto disponible

C. Trasladarlo a la clínica de atención urgente (urgent care) más cercana para evaluarlo

D. Dejarlo en la escena con instrucciones de ver a un médico si aparecen síntomas

---

75. ¿Qué hallazgo durante la evaluación de la escena (scene size-up) haría MÁS probable que el EMT aplique restricción del movimiento espinal a un paciente de trauma?

Which finding during the scene size-up would MOST likely prompt the EMT to apply spinal motion restriction for a trauma patient?

A. El paciente caminó solo hasta la ambulancia

B. Una laceración aislada en el antebrazo por un vidrio roto

C. El paciente refiere un dolor de cabeza leve y ninguna otra queja

D. Una caída desde una altura mayor a tres veces la estatura del paciente

---

76. Un paciente de un choque de vehículo tiene un segmento de la pared del tórax que se mueve de forma paradójica al respirar. Este hallazgo es MÁS compatible con:

A patient involved in a motor vehicle collision has paradoxical movement of a segment of the chest wall during respiration. This finding is MOST consistent with:

A. Taponamiento cardiaco
B. Ruptura del diafragma
C. Neumotórax simple
D. Tórax inestable

---

77. Un paciente de trauma tiene la piel pálida, fría y húmeda, frecuencia cardiaca de 118 latidos/min y presión arterial de 108/78 mmHg. ¿Con qué etapa del shock es MÁS compatible este cuadro?

A trauma patient presents with pale, cool, clammy skin, a heart rate of 118 beats/min, and a blood pressure of 108/78 mmHg. This presentation is MOST consistent with which stage of shock?

A. Shock compensado
B. Shock neurogénico
C. Shock irreversible
D. Shock descompensado

---

78. Un obrero de 34 años cayó unos 12 pies de un andamio. Tiene una fractura abierta con deformidad en el fémur izquierdo, de la que sale sangre roja brillante a chorros, ruidos respiratorios disminuidos en el lado derecho y la tráquea desviada hacia la izquierda. ¿Qué acción debe hacer el EMT PRIMERO?

A 34-year-old construction worker fell approximately 12 feet from scaffolding. He has an open, deformed left femur with bright red blood spurting from the wound and decreased breath sounds on the right side with tracheal deviation toward the left. Which action should the EMT perform FIRST?

A. Dar oxígeno a alto flujo con mascarilla de no reinhalación y preparar el traslado inmediato
B. Aplicar un torniquete proximal a la herida del fémur
C. Hacer una evaluación secundaria rápida para buscar otras lesiones
D. Aplicar una férula de tracción en la fractura del fémur

---

79. Un paciente tiene un cuchillo clavado en la parte lateral del muslo después de una agresión. No hay sangrado a chorros y el paciente está hemodinámicamente estable. ¿Qué acción es la MÁS adecuada del EMT con respecto al objeto?

A patient has a knife impaled in the lateral thigh following an assault. There is no active spurting hemorrhage, and the patient is hemodynamically stable. What is the MOST appropriate EMT action regarding the object?

A. Retirar el objeto y aplicar presión directa para controlar el sangrado
B. Cortar el objeto para acortarlo y reducir el riesgo de más lesión durante el traslado
C. Estabilizar el objeto en su lugar con apósitos voluminosos y fijarlo para que no se mueva
D. Empujar el objeto un poco para medir qué tan profundo está antes de fijarlo

---

Operaciones EMS y triaje

80. Una niña de 6 años en un choque de autobús escolar sigue sin respirar a pesar de reposicionar la vía aérea, pero tiene pulso radial palpable. Según el algoritmo de triaje pediátrico JumpSTART, ¿qué acción distingue el triaje pediátrico del START de adultos en este punto?

A 6-year-old child at a school bus collision remains apneic despite airway repositioning but has a palpable radial pulse. According to the JumpSTART pediatric triage algorithm, which action distinguishes pediatric triage from adult START at this point?

A. Asignar de inmediato la categoría negro/expectante, como en START de adultos

B. Revisar el llenado capilar antes de asignar una categoría

C. Dar cinco ventilaciones de rescate antes de volver a revisar la respiración

D. Omitir la revisión del pulso porque los niños rara vez sufren paro

---

81. Durante un triaje START en la explosión de una fábrica, un EMT encuentra a un grupo de empleados que caminan por el estacionamiento, con cortadas leves y zumbido en los oídos, sin otras quejas. ¿Cuál es la acción inicial de triaje correcta para este grupo?

During START triage at a factory explosion, an EMT encounters a group of employees who are walking around the parking lot, complaining of minor cuts and ringing in their ears but no other complaints. What is the correct initial triage action for this group?

A. Marcarlos como Negro/Expectante por el riesgo de lesión interna por la explosión

B. Evaluar a cada uno por separado: respiración, perfusión y estado mental, antes de marcarlos

C. Marcarlos como Amarillo/Demorado porque estuvieron expuestos a una explosión

D. Indicarles que caminen a un área designada y marcarlos como Verde/Leve

---

82. Durante un triaje START, un paciente que no puede caminar respira a 34 respiraciones por minuto después de reposicionar la vía aérea. ¿Qué categoría de triaje debe recibir?

During START triage, a non-ambulatory patient has a respiratory rate of 34 breaths per minute after the airway is repositioned. What triage category should this patient receive?

A. Demorado (amarillo)

B. Inmediato (rojo)

C. Expectante (negro)

D. Leve (verde)

---

83. Según los estándares de interoperabilidad de comunicaciones del NIMS, ¿qué método de comunicación deben usar los proveedores de EMS en un incidente con varias agencias?

Per NIMS communication interoperability standards, EMS providers operating at a multi-agency incident should use which communication method?

A. Solo notas escritas que pasan entre los puestos de mando

B. Códigos 10 propios de cada agencia para mantener la disciplina en la radio

C. Lenguaje claro y sencillo, sin códigos 10 ni jerga propia de una agencia

D. Canales tácticos cifrados exclusivos del EMS

---

84. El EMS recibe un aviso de un hombre inconsciente en una casa después de una pelea. El despacho avisa que la otra persona sigue en el lugar y supuestamente tiene un cuchillo. La policía todavía no ha llegado. ¿Cuál es la acción MÁS adecuada para el equipo de EMT?

EMS is dispatched to an unconscious male at a residence after a physical altercation. Dispatch advises that the other party involved is still on scene and reportedly armed with a knife. Law enforcement has not yet arrived. What is the MOST appropriate action for the EMT crew?

A. Entrar con un compañero y pedir a la policía que llegue en código 3 como respaldo

B. Esperar a una distancia segura y entrar solo cuando la policía asegure la escena

C. Entrar de inmediato, porque un paciente inconsciente es más prioritario que la seguridad de la escena

D. Acercarse con cuidado e intentar calmar con palabras a la persona armada

---

85. Durante un triaje START en un choque de autobús con muchas víctimas, un paciente camina hacia el EMT y le pide ayuda. Según el protocolo START, ¿cómo se debe clasificar al inicio?

During START triage at a multi-casualty bus collision, a patient walks over to the EMT asking for help. According to START protocol, this patient should initially be classified as:

A. Leve (verde)

B. Inmediato (rojo)

C. Demorado (amarillo)

D. Expectante (negro)

---

86. Un incendio en un edificio con varias personas atrapadas requiere una respuesta coordinada de bomberos, el EMS y la policía. ¿Qué enfoque de organización del ICS permite que estas agencias fijen objetivos comunes del incidente y que cada una mantenga su autoridad dentro de su jurisdicción?

A structure fire with multiple trapped occupants requires a coordinated response from fire, EMS, and law enforcement. Which ICS organizational approach allows these agencies to establish common incident objectives while each retains authority within its own jurisdiction?

A. Comando unificado (unified command)

B. Comando de área (area command)

C. Sistema de coordinación multiagencia (MACS)

D. Comando único (single command)

---

87. Un equipo BLS de EMT establece el mando inicial en un choque de dos vehículos con tres pacientes. Un supervisor paramédico llega ocho minutos después. ¿Cuál es el procedimiento correcto para transferir el mando?

A BLS EMT crew establishes initial command at a two-vehicle collision with three patients. A paramedic supervisor arrives eight minutes later. What is the correct procedure for transfer of command?

A. El paramédico asume el mando automáticamente al llegar, sin informe

B. Un informe cara a cara entre quien tiene el mando y quien lo recibe, antes de que cambie la autoridad

C. El mando se queda con la primera unidad que llegó, sin importar quién llegue después

D. El mando se transfiere solo por anuncio de radio, sin contacto directo

---

88. En un triaje START de adultos, un EMT encuentra a un paciente que respira a 20 respiraciones/min, con pulso radial fuerte, pero que no puede seguir órdenes simples. ¿Qué etiqueta de triaje debe recibir?

During adult START triage, an EMT finds a patient breathing at 20 breaths/min with a strong radial pulse but who cannot follow simple commands. What triage tag should this patient receive?

A. Negro: fallecido/expectante

B. Rojo: inmediato

C. Amarillo: demorado

D. Verde: leve

---

89. Durante un triaje START en un choque múltiple con un autobús y otros vehículos, un EMT encuentra a un paciente que no respira. Después de reposicionar la vía aérea, el paciente empieza a respirar por sí solo a 34/min. ¿Qué categoría de triaje debe recibir?

During START triage at a multi-vehicle bus collision, an EMT finds a patient who is not breathing. After the EMT repositions the airway, the patient begins breathing spontaneously at a rate of 34/min. Which triage category should this patient receive?

A. Inmediato (rojo)
B. Expectante (negro)
C. Demorado (amarillo)
D. Leve (verde)

---

90. Durante un triaje START en un choque de varios vehículos, un hombre de 34 años respira por sí solo a 34 respiraciones/min después de reposicionar la vía aérea. Tiene pulso radial palpable y obedece órdenes. ¿Qué categoría de triaje es la MÁS adecuada?

During START triage at a multi-vehicle collision, a 34-year-old man is found breathing spontaneously at a rate of 34 breaths/min after his airway is repositioned. He has a palpable radial pulse and follows commands. Which triage category is MOST appropriate?

A. Inmediato (rojo)
B. Leve (verde)
C. Fallecido/expectante (negro)
D. Demorado (amarillo)

---

91. El EMS responde a un camión cisterna volcado en una autopista. Antes de acercarse, el equipo ve un cartel (placard) en forma de rombo con el número 1203 en el remolque. ¿Cuál es la acción MÁS adecuada para saber el peligro específico y la distancia segura requerida?

EMS responds to a tanker truck rollover on a highway. Prior to approaching, the crew notes a diamond-shaped placard with the number 1203 displayed on the trailer. What is the MOST appropriate action to determine the specific hazard and required safe distance?

A. Llamar a control médico para pedir instrucciones de identificación del peligro
B. Acercarse al cartel para leer cualquier letra pequeña adicional
C. Consultar la Guía de Respuesta en Caso de Emergencia (Emergency Response Guidebook, ERG) con el número UN de 4 dígitos
D. Suponer que la escena es segura mientras no se vea ninguna fuga

---

92. En un incidente de materiales peligrosos (HAZMAT), al personal del EMS se le asigna montar un área de tratamiento para pacientes que ya pasaron por descontaminación. ¿En qué zona debe estar esta área de tratamiento?

At a HAZMAT incident, EMS personnel are assigned to establish a treatment area for patients who have already completed decontamination. In which zone should this treatment area be located?

A. Zona fría (cold zone)
B. Zona de exclusión (exclusion zone)
C. Zona tibia (warm zone)
D. Zona caliente (hot zone)

---

93. En el volcamiento de un camión cisterna que derrama un líquido corrosivo, los técnicos de hazmat hacen la descontaminación gruesa a tres pacientes que caminan antes de entregarlos al EMS. ¿En qué zona se debe montar el área de tratamiento del EMS para estos pacientes ya descontaminados?

At a tanker rollover releasing a corrosive liquid, hazmat technicians perform gross decontamination on three ambulatory patients before releasing them to EMS. In which zone should the EMS treatment area for these decontaminated patients be established?

A. Zona de exclusión
B. Zona caliente
C. Zona tibia
D. Zona fría

---

94. Un EMT entrega la atención de un paciente de trauma a un paramédico de vuelo con el formato de traspaso MIST. ¿Qué elemento se incluye bajo la letra “S” de esta regla mnemotécnica?

An EMT is transferring care of a trauma patient to a flight paramedic using the MIST handoff format. Which element is included under the letter 'S' in this mnemonic?

A. Signos y síntomas, incluidos los signos vitales
B. Problemas de seguridad de la escena al llegar
C. Sedantes dados durante el traslado
D. Antecedentes sociales relevantes para la llamada

---

95. En un incidente HAZMAT con un cilindro roto de gas cloro, ¿qué zona está designada para que el personal con el equipo de protección (PPE) adecuado descontamine a los pacientes contaminados antes de pasarlos a las áreas de tratamiento del EMS?

At a HAZMAT incident involving a ruptured chlorine gas cylinder, which zone is designated for personnel wearing appropriate PPE to perform decontamination of contaminated patients before release to EMS treatment areas?

A. Zona fría
B. Zona perimetral
C. Zona tibia
D. Zona caliente

---

96. Un EMT da un reporte por radio al hospital receptor mientras traslada a un paciente de trauma estable. ¿Qué formato asegura MEJOR que el reporte sea ordenado y completo?

An EMT is providing a radio report to the receiving hospital while transporting a stable trauma patient. Which format BEST ensures the report is organized and complete?

A. Un relato completo de toda la respuesta en la escena, en orden cronológico
B. La identificación de la unidad y los datos del paciente, y los signos vitales solo si hay tiempo
C. Solo el mecanismo de lesión y la hora estimada de llegada
D. Edad y sexo, queja principal, breve historia, signos vitales, tratamiento dado y hora estimada de llegada

---

97. Durante un triaje START en un descarrilamiento de tren, un EMT evalúa a un paciente que no puede caminar, respira a 22 respiraciones por minuto, tiene pulso radial palpable y aprieta correctamente los dedos del EMT cuando se lo pide. ¿Qué etiqueta de triaje se debe asignar?

During START triage at a train derailment, an EMT assesses a patient who cannot walk, is breathing at 22 breaths per minute, has a palpable radial pulse, and correctly squeezes the EMT's fingers on command. Which triage tag should be assigned?

A. Negro: expectante/fallecido
B. Amarillo: demorado
C. Rojo: inmediato
D. Verde: leve

---

98. En un incidente con múltiples víctimas, un oficial de triaje que usa el método START encuentra a un grupo de pacientes que caminan solos y obedecen órdenes. ¿Cómo se deben clasificar?

During a mass-casualty incident, a triage officer using the START method encounters a group of patients who are walking on their own and following commands. How should these patients be categorized?

A. Inmediato (rojo)
B. Expectante (negro)
C. Leve (verde)
D. Demorado (amarillo)

---

99. Mientras completa el informe de atención prehospitalaria, un EMT escribe: “El paciente dice que el dolor de pecho empezó hace 20 minutos”. ¿De qué tipo de documentación es ejemplo esta frase?

While completing the prehospital care report, an EMT writes: 'Patient states chest pain started 20 minutes ago.' This statement is an example of which type of documentation?

A. Hallazgo objetivo (objective finding)
B. Información subjetiva (subjective information)
C. Plan de tratamiento
D. Conclusión de la evaluación

Respuesta correcta

1. B El coronamiento (crowning) es cuando se ve la cabeza del bebé en la abertura vaginal durante una contracción. Significa que el parto es inminente, así que el EMT se prepara para atenderlo en el lugar y no para el traslado de rutina. El borramiento es el adelgazamiento del cuello uterino y no se ve por fuera. La presentación indica qué parte del bebé entra primero al canal de parto. El líquido teñido de meconio es líquido amniótico de color verdoso o café y no tiene relación con esto.

2. B El estridor con presión baja después de exponerse a un alérgeno indica anafilaxia (anaphylaxis), con riesgo para la vía aérea y shock. Necesita epinefrina intramuscular de inmediato, que abre las vías respiratorias, reduce la hinchazón de la laringe y mejora la presión. El oxígeno es importante, pero no debe retrasar la epinefrina. El albuterol solo trata el broncoespasmo. Cambiar la posición por sí solo no trata la causa.

3. B Durante una convulsión tonicoclónica (tonic-clonic seizure) activa, lo prioritario es evitar que se golpee y medir el tiempo con exactitud. Si dura más de 5 minutos es estado epiléptico (status epilepticus) y necesita traslado urgente y apoyo de ALS. Sujetarla puede causar fracturas o luxaciones. Meter una cánula puede romper dientes y lesionar la vía aérea. La glucosa oral está contraindicada por el riesgo de aspiración.

4. B El prolapso del cordón umbilical (cord prolapse) es una emergencia obstétrica real, porque la compresión del cordón puede cortar la circulación del bebé. La posición de rodillas al pecho o Trendelenburg usa la gravedad para aliviar la presión, y el oxígeno a flujo alto ayuda al bebé durante el traslado rápido para una cesárea de emergencia. Nunca se debe empujar el cordón de regreso. Pujar aumenta la compresión. Cortar el cordón deja al bebé sin su única fuente de oxígeno.

5. D La epinefrina inmediata se justifica cuando hay síntomas en la piel junto con problemas respiratorios o de la vía aérea. El estridor y la dificultad para tragar indican una posible obstrucción de la vía aérea, que pone en riesgo la vida, y la epinefrina la contrarresta. Las ronchas solo en el tronco son una reacción leve, y la comezón en las palmas no indica gravedad. Una presión de 118/76 mmHg no descarta anafilaxia: las ronchas, la hinchazón y las sibilancias que ya tiene justifican la epinefrina.

6. B El síncope (syncope) es una pérdida del conocimiento breve que se resuelve sola, causada por una baja temporal del flujo de sangre al cerebro. Lo provocan el calor, estar mucho tiempo de pie o una reacción vasovagal, y la recuperación es rápida. Una convulsión suele tener movimientos convulsivos o un periodo posictal. El vértigo es sensación de giro sin pérdida del conocimiento. El aura es una sensación de aviso antes de algunas convulsiones o migrañas.

7. B La anafilaxia es una reacción alérgica sistémica grave que pone en peligro la vida. Suele empezar rápido y puede afectar la respiración, el corazón, la piel o el sistema digestivo. Se necesita epinefrina pronto y cuidados de apoyo. Una erupción localizada es una reacción local leve. Las sibilancias leves que se quitan solas no son la mejor definición, aunque un broncoespasmo agudo tras un alérgeno conocido puede bastar para diagnosticarla. Una respuesta vasovagal la causan el dolor, el miedo o el estrés, y no tiene relación con un alérgeno.

8. B El dolor referido al hombro, porque la sangre dentro del abdomen irrita el diafragma, junto con falta de menstruación, dolor pélvico repentino y signos de shock hemorrágico, es la presentación clásica de un embarazo ectópico roto (ruptured ectopic pregnancy). Es una amenaza real para la vida y requiere traslado rápido. La enfermedad inflamatoria pélvica avanza más lento, con fiebre y flujo vaginal. Un quiste sin ruptura no causa inestabilidad. Un aborto espontáneo no suele dar dolor al hombro ni hipotensión grave.

9. B El desprendimiento de placenta (abruptio placentae) es la separación temprana de la placenta de la pared del útero. Típicamente causa dolor repentino e intenso, un útero rígido como tabla y doloroso, y sangrado rojo oscuro que puede quedar en parte oculto. La placenta previa causa sangrado rojo brillante sin dolor ni rigidez. El embarazo ectópico se rompe mucho antes de las 36 semanas. Las contracciones de Braxton Hicks son irregulares, sin dolor y sin sangrado importante.

10. D Colocarla sobre el lado izquierdo quita la presión del útero grávido sobre la vena cava inferior y mejora el retorno de la sangre al corazón. Dejarla boca arriba mantiene esa compresión. Sentarla con las piernas colgando puede bajar más la presión. Acostarla boca abajo no es adecuado en un embarazo avanzado.

11. A La posición lateral izquierda quita la presión del útero sobre los grandes vasos, mejora el retorno de la sangre y la perfusión de la placenta, y además protege la vía aérea de la aspiración mientras ella se recupera. Boca arriba empeora el síndrome de hipotensión supina. Sentada no alivia la compresión de la vena cava. Sujetarla no hace falta y puede agitarla más.

12. D El síndrome de hipotensión supina ocurre cuando el útero grande comprime la vena cava inferior estando la paciente boca arriba. Esto reduce el retorno venoso y el gasto cardiaco, y baja la presión. Se corrige inclinándola hacia el lado izquierdo o poniendo un relleno bajo la cadera derecha. El desprendimiento da sangrado y dolor. La preeclampsia causa presión alta, no baja. La embolia de líquido amniótico es rara y causa falla respiratoria repentina.

13. A El coronamiento indica que el parto es inminente, así que el EMT se prepara para atenderlo en el lugar. Con la palma abierta se aplica contrapresión suave sobre la cabeza para controlar la velocidad y evitar una expulsión brusca, que puede desgarrar el periné o lesionar al bebé. Trasladarla arriesga un parto sin control en camino. Cruzar las piernas puede lastimar al bebé. La circular de cordón se revisa después de que sale la cabeza.

14. C La cetoacidosis diabética (DKA) aparece cuando falta insulina: la glucosa sube sin control y se producen cetonas. La respiración profunda y rápida (Kussmaul) baja el dióxido de carbono para compensar la acidosis. La acetona da el olor a fruta, y la diuresis osmótica causa deshidratación. El shock insulínico (glucosa baja) da sudor y respiración normal o superficial. Un accidente cerebrovascular no causa este olor ni esta respiración. El alcohol puede dar un olor parecido, pero aquí la falta de insulina y la respiración apuntan a DKA.

15. B El estado mental alterado con piel caliente y temperatura central mayor de 104°F indica golpe de calor (heat stroke): falla del sistema nervioso con temperatura muy alta. La piel puede estar seca o húmeda, y en el golpe de calor por esfuerzo puede haber mucho sudor, así que sudar no lo descarta. Sudor profuso con piel fría y mente clara es agotamiento por calor. Calambres solos son calambres por calor. Fatiga y sed leves no son una emergencia.

16. C El estado posictal es el periodo justo después de una convulsión, con confusión, somnolencia y regreso gradual al estado mental normal. Es algo normal y esperado, no una convulsión que continúa. El aura es una sensación de aviso que ocurre antes. El estado epiléptico es una convulsión de más de cinco minutos, o varias sin recuperar el conocimiento, y aquí no es el caso. La fase tónica es la rigidez durante la convulsión, no después.

17. A La hipoglucemia puede imitar un derrame cerebral (stroke) y causar los mismos déficits neurológicos. Por eso se revisa la glucosa antes de la escala de derrame cerebral o junto con ella: corregirla puede revertir los síntomas y evitar activar el centro especializado sin necesidad. El ECG es útil, pero no encuentra una causa reversible. Los cambios en las pupilas aparecen tarde. Los signos ortostáticos no forman parte de la evaluación aguda del derrame y retrasarían la atención.

18. B La hemorragia posparto casi siempre se debe a atonía uterina (el útero no se contrae). El masaje del fondo uterino, que se hace por fuera, sobre el abdomen, estimula la contracción y comprime los vasos del útero. Es la medida de primera línea en campo después de que sale la placenta. Rellenar la vagina no ataca el origen del sangrado y puede ocultarlo. Elevar las piernas y la faja pélvica son para shock por trauma. Meter los dedos en el cuello uterino no es parte del alcance del EMT.

19. A El tratamiento fibrinolítico (tPA) para el derrame cerebral isquémico agudo tiene una ventana corta, tradicionalmente de 3 a 4.5 horas desde que empiezan los síntomas. Por eso la última hora en que estuvo bien define si puede recibirlo en el hospital y a qué centro especializado (stroke center) se lleva a la paciente. El oxígeno depende de la oxigenación, no del tiempo. La restricción de columna depende del mecanismo de trauma. La glucosa sirve para descartar hipoglucemia, no para decidir la fibrinólisis.

20. C Las guías de la AHA indican de 2 a 2.4 pulgadas (5 a 6 cm) en adultos, lo bastante profundo para mover suficiente sangre sin aumentar el riesgo de lesión. Al menos 1.5 pulgadas es poco para un adulto. Al menos 3 pulgadas pasa del máximo recomendado y puede fracturar costillas o dañar órganos. Un tercio de la profundidad del tórax es la guía para bebés y niños, no para adultos.

21. B Si el paciente no tiene pulso, el mensaje “No shock advised” significa un ritmo que no se descarga, como asistolia o actividad eléctrica sin pulso (PEA). Hay que reanudar las compresiones de inmediato, porque mantienen la circulación y deben interrumpirse lo menos posible. Revisar el pulso por 30 segundos pierde tiempo; la revisión no debe pasar de 10 segundos. No se suspende la reanimación sin indicación médica o criterios válidos. Cambiar de lugar los electrodos y volver a analizar solo retrasa las compresiones.

22. A Las mujeres y las personas con diabetes pueden tener un síndrome coronario agudo (acute coronary syndrome) atípico: fatiga, náuseas, molestia en la boca del estómago y sudor, sin el dolor de pecho clásico. La neuropatía diabética puede disminuir el dolor. La piel pálida y sudorosa indica algo grave, pero no es específica del corazón. Hay que revisar la glucosa, pero por sus síntomas y factores de riesgo se trata como síndrome coronario agudo hasta descartarlo.

23. D El movimiento del vehículo causa artefactos que el algoritmo del DEA puede confundir con un ritmo desfibrilable, o que pueden ocultar uno real, y eso da una indicación equivocada. Los protocolos actuales piden detener el vehículo y todo movimiento durante el análisis para que la lectura sea correcta. Seguir en movimiento arriesga un análisis falso. Comprimir más durante el análisis también causa artefactos. Anular el aparato salta una verificación de seguridad importante.

24. D La tríada de Beck (venas yugulares distendidas, ruidos cardiacos apagados o lejanos, e hipotensión) es clásica del taponamiento cardiaco: el líquido en el saco del pericardio comprime el corazón y limita su llenado. La presión de pulso que se estrecha también lo apoya. Los sonidos respiratorios claros e iguales hacen menos probable un neumotórax a tensión. El tórax inestable muestra movimiento paradójico de la pared. La contusión miocárdica puede dar arritmias, pero no esta tríada.

25. C Los protocolos actuales del EMS indican de 162 a 324 mg (normalmente de dos a cuatro tabletas masticables de 81 mg), masticadas y no tragadas enteras, porque masticar acelera la absorción y el efecto antiplaquetario, algo clave para limitar el coágulo. Las tabletas con capa entérica tragadas enteras tardan más. La aspirina no se retiene esperando el ECG: se da por sospecha clínica. La vía rectal no tiene respaldo para uso rutinario. Antes hay que confirmar que no haya alergia ni sangrado digestivo activo.

26. A Después de cualquier descarga se reanudan las compresiones de inmediato por un ciclo completo de 2 minutos, porque la circulación efectiva puede no volver al instante. Revisar el pulso primero retrasa las compresiones y baja la perfusión de las coronarias. Las ventilaciones primero invierten la prioridad. Esperar al DEA retrasa la RCP; se siguen las indicaciones del aparato después de unos dos minutos de RCP.

27. B La distensión yugular con estertores en ambos pulmones indica líquido acumulado detrás de un ventrículo izquierdo que falla. Es lo clásico del shock cardiogénico (cardiogenic shock), a menudo por un infarto grande o insuficiencia cardiaca aguda. El shock hipovolémico por sangrado digestivo muestra venas planas y pulmones limpios. El shock séptico suele empezar con piel caliente y enrojecida y fiebre. La anafilaxia da ronchas, sibilancias o hinchazón, no estertores con yugulares distendidas.

28. A La nitroglicerina (nitroglycerin) está contraindicada cuando la presión sistólica es menor de unos 90 a 100 mmHg, porque dilata los vasos y puede causar una caída fuerte de la presión y reducir aún más el flujo a las coronarias. Aquí la presión baja y la piel fría y sudorosa sugieren un infarto del ventrículo derecho o shock cardiogénico. El oxígeno si hay hipoxia, la aspirina sin contraindicación y el monitoreo continuo siguen siendo adecuados.

29. A La fibrilación ventricular es un ritmo eléctrico caótico sin gasto cardiaco efectivo. Responde a la desfibrilación, porque una descarga puede detener esa actividad y dejar que vuelva un ritmo organizado. La asistolia no tiene actividad eléctrica que descargar y necesita RCP y epinefrina. La actividad eléctrica sin pulso tiene actividad organizada pero sin pulso, y una descarga no ayuda; hay que tratar la causa. El ritmo sinusal normal no es un ritmo de paro.

30. D El sangrado digestivo activo, que aquí se ve en el vómito con aspecto de café molido, es una contraindicación para la aspirina, porque su efecto antiplaquetario puede empeorar la hemorragia. Se contacta a control médico (medical control) para recibir indicaciones. La dosis estándar ignora la contraindicación. Bajar la dosis supone, sin base, que así desaparece el riesgo. La vía rectal no es una ruta ni un protocolo reconocido para un EMT-B.

31. A Las guías de la AHA piden una profundidad de al menos 2 pulgadas (5 cm) y no más de 2.4 pulgadas (6 cm) en el adulto promedio. Eso genera suficiente volumen de sangre y presión de perfusión coronaria. Una profundidad de 1 o 1.5 pulgadas es muy superficial y no irriga bien los órganos vitales. Tres pulgadas pasa del máximo recomendado y aumenta el riesgo de fracturas de costillas y esternón y de lesión de órganos, sin beneficio extra.

32. D En la RCP de adultos con un solo reanimador, o con dos reanimadores sin vía aérea avanzada, la relación es de 30:2. Así se logra buena oxigenación sin interrumpir demasiado las compresiones que mantienen la presión de perfusión coronaria. La relación 15:2 es para RCP pediátrica con dos reanimadores. La relación 5:1 no existe en las guías actuales. Compresiones continuas con una ventilación cada 6 segundos es para cuando ya hay una vía aérea avanzada, y aquí no la hay.

33. B Los parches de medicamento, como los de nitroglicerina o fentanilo, pueden bloquear el paso de la corriente, causar quemaduras o reducir la eficacia de la descarga si el electrodo del DEA va encima. Lo correcto es quitar el parche, limpiar la zona y colocar el electrodo sobre piel limpia, para que adhiera y conduzca bien. No desfibrilar retrasa un tratamiento que salva vidas, porque el tiempo hasta la descarga afecta la supervivencia en fibrilación ventricular. Mover al paciente pierde tiempo.

34. C Las guías actuales de soporte vital básico (BLS) indican reanudar las compresiones de inmediato después de una descarga, sin parar a buscar pulso. Aun si el corazón recuperó un ritmo, casi nunca se siente el pulso al instante, y cada retraso en las compresiones empeora el resultado. Revisar pulso y respiración primero pierde tiempo. Analizar de nuevo enseguida no corresponde: el DEA pide un nuevo análisis después de los 2 minutos de RCP. Dar otra descarga sin RCP no es parte del algoritmo.

35. B Cuando no hay electrodos pediátricos ni atenuador, las guías actuales indican usar los electrodos y la energía de adulto en un niño en vez de no desfibrilar. Un ritmo desfibrilable sin tratar es mucho más peligroso que el riesgo teórico de una dosis de adulto. No usar el DEA quita un tratamiento que puede salvar la vida. Cortar los electrodos puede dañar los circuitos de detección del DEA y nunca es una modificación aprobada. Retrasar la descarga deja que el ritmo tratable empeore.

36. D La colocación anterolateral estándar pone un electrodo en el tórax superior derecho, justo debajo de la clavícula, y el otro en las costillas inferiores izquierdas, en la línea axilar media y debajo del pezón. Así el corazón queda entre los dos electrodos y la corriente lo atraviesa mejor. Poner ambos juntos sobre el esternón o los dos arriba no abarca el corazón y baja la eficacia de la descarga. La colocación anteroposterior es una alternativa aceptada en casos específicos, pero no es la estándar de primera línea.

37. A El infarto del ventrículo derecho, que suele acompañar al infarto de pared inferior (STEMI), hace que ese ventrículo dependa de la precarga. La nitroglicerina reduce la precarga y puede causar una caída fuerte de la presión en estos pacientes. La tríada de hipotensión, yugulares distendidas y pulmones claros, sin edema pulmonar, hace sospechar compromiso del ventrículo derecho, y por eso el EMT no da nitroglicerina. La aspirina sigue siendo adecuada si no hay contraindicación, el oxígeno se da si hay hipoxemia, y estar recostado ayuda a mantener la precarga.

38. C Las guías de BLS de la AHA 2020 indican una frecuencia de 100 a 120 por minuto para una RCP de alta calidad en adultos. Con menos de 100 por minuto, el gasto cardiaco y la presión de perfusión cerebral son insuficientes y empeora el resultado neurológico. Con más de 120, las compresiones son menos profundas y el corazón no alcanza a llenarse, así que baja el volumen de sangre. Se recomienda usar un metrónomo o una guía de audio. Esta frecuencia es igual con uno o dos reanimadores.

39. A Las guías actuales de BLS de la AHA indican de 100 a 120 por minuto en adultos, para mantener buena perfusión coronaria y cerebral y dejar que el tórax regrese por completo entre compresiones. Menos de 100 baja el gasto cardiaco y la presión de perfusión coronaria. Más de 120 no deja que el tórax regrese del todo y reduce el retorno venoso, aunque parezca que más rápido es mejor. Esta frecuencia es igual sin importar cuántos reanimadores haya o si hay vía aérea avanzada.

40. B El CPAP aumenta la presión dentro del tórax, lo que puede reducir más el retorno venoso y la precarga. Está contraindicado en hipotensión, en general con presión sistólica menor de 90 a 100 mmHg, porque puede empeorar el shock. Con una sistólica de 82 mmHg, hay que reconsiderar el CPAP y optar por apoyo ventilatorio y traslado rápido. Los estertores, la respiración rápida y la hipoxia son esperados en el edema pulmonar y son indicaciones del CPAP cuando la perfusión es adecuada.

41. D El paciente está inconsciente y sin reflejo nauseoso, por lo que la cánula orofaríngea (OPA) es la opción preferida. Se mide de la comisura de la boca al lóbulo de la oreja o al ángulo de la mandíbula, y mantiene la lengua separada de la faringe posterior. La cánula nasofaríngea (NPA) también puede usarse, y es muy útil cuando hay reflejo nauseoso o los dientes apretados impiden una OPA. El dispositivo supraglótico va más allá del manejo básico y requiere más capacitación y autorización del protocolo. La cánula nasal da oxígeno, pero no quita la obstrucción por la lengua.

42. B Cada intento de aspiración orofaríngea en un adulto no debe durar más de 15 segundos. La aspiración interrumpe el oxígeno y la ventilación, y pasar de 15 segundos puede causar o empeorar la hipoxia. Si quedan secreciones, se vuelve a oxigenar y ventilar según haga falta antes del siguiente intento. 30 y 60 segundos pasan del límite para adultos. Cinco segundos es el máximo que se enseña para bebés, y en niños es de 10 segundos.

43. C En el neumotórax a tensión, el aire atrapado en la pleura aumenta la presión, desplaza el mediastino y dobla los grandes vasos. Eso causa venas yugulares distendidas, desviación de la tráquea hacia el lado contrario al afectado, ausencia de ruidos respiratorios de un lado y dificultad grave con presión baja. El neumotórax simple no da yugulares distendidas, desviación ni colapso hemodinámico. El hemotórax suele tener matidez a la percusión y signos de pérdida de sangre. El tórax inestable tiene movimiento paradójico, no ruidos ausentes de un solo lado con desplazamiento del mediastino.

44. C El tamaño correcto de la OPA se mide desde la comisura de la boca hasta el lóbulo de la oreja, del mismo lado de la cara. Una OPA muy pequeña no desplaza bien la lengua. Una muy grande puede empujar la epiglotis hacia abajo y empeorar la obstrucción. De la punta de la nariz al lóbulo de la oreja es la medida que se enseña para la cánula nasofaríngea. Medir hasta el cartílago tiroides o la clavícula daría un dispositivo demasiado largo.

45. D Este cuadro es clásico de epiglotitis (epiglottitis). Intentar ver o tocar la orofaringe con un abatelenguas puede provocar laringoespasmo y una obstrucción total de una vía aérea que ya está muy estrecha, así que el EMT debe evitarlo. Dejar la posición cómoda, dar oxígeno blow-by sin forzar y trasladar con poca agitación son correctos. Mantener calmado al niño evita el llanto y el forcejeo que cierran la vía aérea, y eso es más importante que una evaluación o intervención agresiva.

46. C El CPAP requiere una presión sistólica adecuada, en general mayor de 90 mmHg, porque la presión positiva reduce el retorno venoso y la precarga. En un paciente con hipotensión puede empeorar el shock. Una frecuencia respiratoria de 28, una SpO2 de 89 por ciento y el uso de músculos accesorios con posición de trípode son hallazgos esperados que apoyan el CPAP, no lo contraindican. El CPAP está indicado con dificultad respiratoria, presión adecuada y esfuerzo respiratorio propio.

47. D El reflejo nauseoso indica que los reflejos protectores de la vía aérea siguen presentes, así que la OPA está contraindicada. Lo adecuado es retirarla y preparar una cánula nasofaríngea (NPA) si aún se necesita apoyo de la vía aérea y no hay contraindicación. Seguir insertando o girar el dispositivo ignora la contraindicación y arriesga el vómito. El abatelenguas es una técnica válida de inserción, pero no supera la contraindicación del reflejo nauseoso. Hiperextender el cuello y reintentar tampoco resuelve el problema.

48. A El regreso del reflejo nauseoso indica que el nivel de conciencia mejora y que los reflejos protectores están presentes. Si hay arcadas, la OPA está contraindicada y se debe retirar para evitar el vómito y la aspiración. Después se vuelve a evaluar el nivel de conciencia y lo que necesita la vía aérea. Pegarla o introducirla más ignora la contraindicación y arriesga el vómito. Aspirar sirve para las secreciones, pero volver a colocar el mismo dispositivo en un paciente con arcadas no resuelve el problema.

49. A La NPA se mide desde la punta de la nariz hasta el lóbulo de la oreja, del mismo lado de la cara. Así se calcula una longitud en la que la punta queda en la faringe, sin entrar a la laringe ni al esófago. De la comisura de la boca al lóbulo de la oreja es la medida de la OPA, y es la opción que más confunde porque muchos mezclan las dos técnicas. De la nariz a la clavícula daría una longitud demasiado grande. Del centro de la frente al mentón no es una medida reconocida para ningún dispositivo.

50. D La cánula nasal convencional se usa en general de 1 a 6 litros por minuto y da más o menos de 24 a 44 por ciento de FiO2. Flujos mayores pueden resecar la nariz y causar molestia. Seis litros por minuto es el máximo estándar que se enseña para este dispositivo. Dos litros está dentro del rango usual, pero no es el máximo. Diez y 15 litros por minuto pasan del rango de la cánula nasal y se usan normalmente con una mascarilla de no reinhalación (non-rebreather).

51. D Los bebés y los niños pequeños tienen el occipucio proporcionalmente más grande que los adultos, lo que flexiona el cuello hacia adelante cuando están acostados y puede doblar u obstruir la vía aérea. El relleno bajo los hombros, no bajo la cabeza, devuelve una posición neutral de olfateo que mantiene abierta la vía aérea. Hiperextender el cuello puede obstruir la tráquea flexible del bebé. La cabeza más baja y la presión firme en el mentón no son técnicas estándar, y la presión en el tejido blando bajo la mandíbula puede obstruir más la vía aérea.

52. A La guía actual del EMS indica corregir con decisión la hipoxia importante en pacientes con EPOC y dificultad grave, porque la hipoxia sin tratar daña mucho más rápido que el riesgo teórico de suprimir el estímulo hipóxico. El oxígeno a flujo alto con mascarilla de no reinhalación es adecuado, con reevaluación cercana de cambios en el estado mental o el esfuerzo respiratorio que obliguen a ajustar. No dar oxígeno (el viejo mito del estímulo hipóxico) o dar muy poco con cánula de bajo flujo o mascarilla sin ajuste no corrige una SpO2 peligrosamente baja.

53. C Un reflejo nauseoso activo es una contraindicación para colocar una OPA. Estimularlo durante la inserción tiene un riesgo alto de causar vómito y aspiración, una complicación que pone en peligro la vida de un paciente inconsciente. La OPA se retira de inmediato al primer signo de arcadas. Avanzarla más rápido no evita el reflejo y aumenta mucho el riesgo de aspiración. Una OPA más grande tocaría la faringe posterior aún antes y causaría arcadas más fuertes. El oxígeno no suprime el reflejo ni hace segura la nueva inserción. La alternativa correcta con reflejo nauseoso presente es la cánula nasofaríngea (NPA).

54. D En un tórax inestable (flail chest) importante con dificultad que empeora, la atención actual a nivel de EMT se centra en apoyar la oxigenación y la ventilación con oxígeno a flujo alto y ventilación con presión positiva cuando haga falta. La ventilación con BVM corrige la ventilación inadecuada y ayuda a estabilizar el segmento desde dentro. Un apósito apretado alrededor de todo el tórax limita el movimiento de la pared y puede empeorar la ventilación. Sentar al paciente sin oxígeno no trata la hipoxia. La férula con cravat solo del segmento es una técnica anticuada y no resuelve la falla ventilatoria.

55. B El líquido claro por la nariz (rinorrea de CSF) junto con el moretón detrás de la oreja (signo de Battle) indica fractura de la base del cráneo (basilar skull fracture). La NPA podría pasar por la fractura hacia el interior del cráneo. Los ojos de mapache solos son menos específicos, la edad no importa aquí y un moretón solo en el pabellón es un golpe simple de tejido blando.

56. B La OPA se usa solo en pacientes inconscientes sin reflejo nauseoso (gag reflex). Si el reflejo está intacto, la cánula provoca vómito y posible aspiración. Las secreciones se aspiran primero, pero no contraindican la OPA. La sospecha de lesión cervical pide estabilización manual, no impide la OPA. Si no hay respiración, la OPA y la ventilación con presión positiva sí están indicadas.

57. B En un adulto con pulso pero respiración inadecuada, la guía actual de BLS pide una ventilación cada 6 segundos (10/min), que entra en la opción de 5 a 6 segundos. Cada ventilación dura cerca de 1 segundo y debe subir el pecho. Más rápido causa hiperventilación y más presión en el tórax, y más lento da pocas ventilaciones. La relación 30:2 son 30 compresiones y 2 ventilaciones, y aquí no corresponde RCP porque hay pulso.

58. A La técnica correcta en adultos, si no hay reflejo nauseoso, es entrar con la punta hacia el paladar y girar 180 grados al pasar el paladar blando. Así no se empuja la lengua hacia atrás. Meterla recta con un abatelenguas es una alternativa válida en adultos y la preferida en niños, pero recta sin bajar la lengua puede empujar la lengua hacia la garganta. Las otras opciones usan posiciones o giros incorrectos que pueden tapar la vía aérea o lastimar los tejidos.

59. D En adultos se aplica succión solo al retirar el catéter, no al introducirlo, y cada pasada dura máximo 15 segundos para no empeorar la hipoxia. Treinta segundos es demasiado y corta la oxigenación. No se debe esperar para preoxigenar si el vómito tapa la vía aérea. Llegar hasta la carina puede lesionar la tráquea o los bronquios.

60. B Un cable caído nunca se debe dar por desenergizado, sin importar cómo se vea. Solo la compañía de electricidad puede confirmarlo y asegurar la zona. La seguridad de la escena es la primera prioridad. Acercarse, usar un palo improvisado o hacer que el paciente salga corriendo puede causar electrocución, porque la corriente puede pasar por el suelo o por el cuerpo.

61. D En START, un paciente sin respiración que empieza a respirar al reposicionar la vía aérea es Inmediato (rojo). Además, más de 30 respiraciones por minuto también es criterio de rojo. Amarillo es para pacientes con respiración, perfusión y estado mental normales que no caminan. Verde es para quienes caminan. Negro es solo si sigue sin respirar después de reposicionar la vía aérea.

62. A Si sigue la hemorragia con un torniquete bien apretado, las guías TCCC y PHTLS indican poner un segundo torniquete proximal al primero (más cerca del tronco) y tocándolo. Así hay más compresión y se corta el flujo arterial. No se afloja ni se mueve el primero, porque la hemorragia puede empeorar. Ponerlo encima del primero en el mismo sitio no agrega ancho de compresión. La presión directa ayuda, pero no debe retrasar el segundo torniquete.

63. D Una pelvis inestable con hipotensión indica hemorragia interna grave. La faja pélvica (pelvic binder) centrada sobre los trocánteres mayores cierra el anillo de la pelvis, reduce su volumen y ayuda a controlar el sangrado. Las férulas en las piernas no estabilizan la pelvis y pueden empeorar el sangrado porque permiten que se mueva. El oxígeno y la ventilación se atienden en la evaluación primaria. Las vías IV son de nivel ALS y no deben retrasar el traslado.

64. C La hipotensión es un signo tardío: aparece cuando fallan la taquicardia y la vasoconstricción. Con taquicardia y mala perfusión, indica shock descompensado. En el shock compensado la presión sigue normal. El shock irreversible es una etapa terminal y no se define por taquicardia. El shock neurogénico causa piel tibia y seca y pulso lento, no piel pálida y sudorosa.

65. D En la evaluación primaria se revisa la respuesta del paciente y se controla de inmediato el sangrado externo grave. Después, la vía aérea es la prioridad. Los signos vitales y la palpación del abdomen son parte de la evaluación secundaria y van después. El collarín puede colocarse como parte de la restricción del movimiento espinal, pero no debe retrasar el manejo de la vía aérea.

66. D En START se evalúa primero la respiración: más de 30/min es automáticamente Inmediato (rojo), sin seguir con perfusión ni estado mental, porque la taquipnea sola indica un problema grave. Amarillo sería solo con respiración normal y perfusión y estado mental conservados. Verde es para quienes caminan. Negro es solo si no respira después de reposicionar la vía aérea.

67. C En una evisceración se cubre el órgano con un apósito estéril húmedo, normalmente con solución salina, y encima una capa oclusiva. Así no se reseca ni se contamina, y sin hacer demasiada presión. Nunca se empuja el órgano hacia dentro, porque puede causar infección y más daño. Un apósito seco reseca el tejido. Dejarlo descubierto aumenta el riesgo de infección y la pérdida de líquido y calor.

68. A La desviación de la tráquea, la falta de aire y la ausencia de ruidos indican que el apósito atrapó aire y causó un neumotórax a tensión. Levantar un momento el borde sin pegar deja salir el aire y alivia la presión. Un segundo apósito empeoraría la presión al impedir que salga aire. Cambiar de posición o subir el oxígeno no quita la presión dentro del tórax y retrasa lo necesario.

69. A Ser expulsado de un vehículo es un MOI significativo, porque indica una fuerza muy grande e impactos en varias direcciones, con alto riesgo de lesión de columna, tórax y órganos internos. Una caída al nivel del suelo sobre superficie blanda, una torcedura de tobillo y un choque leve sin bolsa de aire no transmiten tanta energía. Un MOI significativo lleva a una evaluación rápida de trauma, no a una evaluación enfocada.

70. B Una caída de más de 10 pies cumple el criterio actual de triaje de campo para caídas en todas las edades y obliga a pensar en lesiones graves. Estar alerta no descarta sangrado interno ni lesión de columna. La dureza de la superficie empeora la lesión, pero no es el criterio de altura. El dolor es un síntoma, no el mecanismo. El triaje también toma en cuenta el estado mental, los signos vitales y el criterio del EMS.

71. A El torniquete está indicado en hemorragias graves de una extremidad que ponen en riesgo la vida y no se controlan con presión directa y un vendaje compresivo. Una abrasión leve, un tobillo doloroso y una hemorragia nasal no tienen sangrado que requiera torniquete, y cada uno tiene un tratamiento más sencillo. Usarlo en sangrados leves causa isquemia y dolor sin necesidad.

72. C El aplastamiento prolongado causa síndrome de aplastamiento (crush syndrome). El músculo sin riego libera potasio, mioglobina y ácido láctico, que quedan atrapados hasta que se libera la presión. Al liberar, pasan de golpe a la sangre. La hiperkalemia (hyperkalemia) puede causar arritmias mortales o asistolia en minutos. El síndrome compartimental tarda horas, la anafilaxia no tiene relación y la hipertermia no es típica. Si se puede, se pone monitor cardiaco y vía IV antes de liberarlo del todo.

73. B Si ya se detectó inestabilidad, no se debe comprimir ni mecer la pelvis varias veces, porque se pueden soltar coágulos que contienen el sangrado y empeorar la hemorragia retroperitoneal. Se revisa con suavidad y una sola vez. La faja a la altura de los trocánteres cierra el anillo y reduce el sangrado. La camilla de cuchara y mover poco a la paciente son correctos.

74. B Una presión sistólica de 82 mm Hg en un adulto cumple los criterios de alto riesgo del triaje de campo, por lo que se traslada como alerta de trauma al centro de trauma de mayor nivel disponible en el sistema regional. Una caída de más de 10 pies sola ya favorece la evaluación en un centro de trauma, pero no siempre el de mayor nivel. Dejarlo en la escena ignora la hipotensión. Una clínica urgent care no tiene los recursos quirúrgicos necesarios.

75. D Una caída desde más de tres veces la estatura del paciente es un mecanismo significativo que hace sospechar lesión de columna, y es la razón más fuerte entre estas opciones. La decisión también debe tomar en cuenta dolor en la columna, déficit neurológico, estado mental alterado o un examen poco confiable. Caminar no descarta una lesión de columna, y una laceración aislada o un dolor de cabeza leve no bastan para indicar restricción.

76. D El tórax inestable (flail chest) ocurre cuando tres o más costillas contiguas están rotas, cada una en dos o más sitios. Esto deja un segmento suelto que se mueve al revés del resto del tórax: entra al inspirar y sale al espirar. El neumotórax simple disminuye los ruidos respiratorios, pero no causa movimiento paradójico. El taponamiento da ruidos cardiacos apagados, venas del cuello distendidas y presión de pulso estrecha. La ruptura del diafragma suele mostrar ruidos intestinales en el tórax.

77. A En el shock compensado el cuerpo mantiene la presión sistólica normal con taquicardia y vasoconstricción periférica, lo que da piel pálida, fría y húmeda. La presión todavía no ha bajado. El shock descompensado tiene hipotensión porque ya fallaron los compensadores. El irreversible tiene hipotensión que no responde al tratamiento y falla de órganos. El neurogénico da piel tibia y seca y pulso lento.

78. B La hemorragia externa que pone en riesgo la vida se atiende antes que la vía aérea y la respiración, si un EMT la puede corregir rápido (la “X” de X-ABC/MARCH). El torniquete se pone en segundos y evita que el paciente se desangre. La tráquea desviada y los ruidos disminuidos sugieren neumotórax a tensión, pero la descompresión con aguja no es del alcance del EMT-B: solo oxígeno y traslado rápido. La férula de tracción está contraindicada con hemorragia activa, y la evaluación secundaria va después.

79. C Los objetos clavados se estabilizan en su lugar con apósitos voluminosos y se fijan para que no se muevan. Si se retiran, puede haber sangrado incontrolable, porque el objeto puede estar tapando un vaso. Solo se retiran si tapan la vía aérea o estorban para hacer RCP. Empujarlo puede empeorar la lesión interna. Cortarlo no es la acción de rutina y puede mover el objeto dentro de la herida.

80. C JumpSTART se diferencia del START de adultos en este punto: si el niño no respira tras reposicionar la vía aérea, pero tiene pulso palpable, se dan cinco ventilaciones de rescate. Si empieza a respirar es Inmediato, y si no, Negro. En adultos, la apnea después de reposicionar es Negro sin ventilaciones. JumpSTART revisa el pulso periférico, no el llenado capilar, y el pulso no se omite.

81. D El primer paso de START es pedir a todos los que puedan caminar que vayan a un área designada. Esos pacientes se marcan como Verde/Leve (los que caminan) sin evaluarlos uno por uno en ese momento, aunque caminar no descarta una lesión grave. Evaluarlos individualmente ahora retrasa la atención de pacientes más graves. Marcarlos Amarillo o Negro solo por la explosión no sigue el algoritmo. Se reevalúan cuando termine el triaje inicial.

82. B En START, todo paciente que no camina y respira a más de 30 por minuto es Inmediato (rojo) automáticamente, porque esa taquipnea indica un problema respiratorio o de perfusión que necesita atención urgente. Demorado es para quien respira 30 o menos, tiene buena perfusión y obedece órdenes simples. Leve es solo para quienes caminan. Expectante es para quien no respira ni después de reposicionar, no para una respiración rápida.

83. C El NIMS exige lenguaje claro y sencillo en incidentes con varias agencias, para que todos los equipos de respuesta entiendan la radio sin descifrar códigos 10 (10-codes), que cambian mucho de una agencia a otra y causan confusión. Los canales cifrados de una sola agencia dañan el conocimiento compartido de la situación que necesita el ICS. Las notas escritas son demasiado lentas para una emergencia.

84. B La seguridad de la escena se evalúa antes de atender al paciente en cada llamada, y una casa con una persona armada no es segura. El equipo espera a distancia hasta que la policía confirme que la escena está asegurada. Entrar de inmediato pone la seguridad del personal por debajo del paciente. Calmar a una persona armada excede el alcance y la formación de un EMT. Entrar con un compañero sigue exponiendo al equipo a una escena sin control.

85. A En START, el primer paso es pedir a todos los que puedan caminar que se muevan a un área designada. Quienes caminan se clasifican como Leve (verde) y se reevalúan después. Rojo es para pacientes con respiración anormal, sin pulso radial o con estado mental alterado. Amarillo es para quienes no caminan y no cumplen criterios de rojo. Negro es para quien no respira tras reposicionar la vía aérea. Quien camina solo no entra en esas categorías.

86. A El comando unificado permite que varias agencias con responsabilidad en el incidente fijen juntas los objetivos, las prioridades y la estrategia, y cada una conserva su autoridad. Así se evitan varias estructuras de mando separadas. El comando único es cuando una sola agencia tiene toda la jurisdicción. El comando de área supervisa varios incidentes o uno muy grande. El MACS coordina recursos fuera de la escena, no dirige las operaciones en el lugar.

87. B Cuando es posible, lo preferible es un informe cara a cara entre quien tiene el mando y quien lo recibe. El comandante actual informa qué se hizo, qué recursos se usan y qué peligros quedan, para que la operación continúe sin fallas. Asumir el mando sin informe puede perder datos importantes. Que llegue alguien con más rango no obliga a transferir el mando. Si no se puede cara a cara, el informe puede ser por radio y se avisa al personal.

88. B En START, cuando la respiración y la perfusión están bien, el último criterio es el estado mental: no poder seguir órdenes simples indica estado mental alterado y es automáticamente Rojo/Inmediato, aunque la respiración y el pulso sean normales. Esto sugiere poca perfusión u oxigenación del cerebro. Amarillo es solo si cumple los tres criterios. Verde es para quienes caminan. Negro es solo para quien no respira después de reposicionar la vía aérea.

89. A En START, todo paciente que no respiraba y empieza a respirar al reposicionar la vía aérea es Inmediato/Rojo, sin importar la frecuencia, porque su vía aérea es inestable. Además, 34/min ya supera el límite de 30/min. Demorado exige respiración normal sin ayuda, con perfusión y estado mental conservados. Verde es solo para quienes caminan. Negro es para quien sigue sin respirar tras reposicionar.

90. A En START, una frecuencia respiratoria de más de 30/min clasifica al adulto como Inmediato (rojo), sin importar el pulso ni el estado mental. Un paciente que empieza a respirar al reposicionar la vía aérea también es Inmediato. Demorado es para quienes no caminan y pasan los criterios de respiración, perfusión y órdenes. Leve es para los que caminan. Negro es para quien sigue sin respirar tras reposicionar.

91. C La ERG da el número de guía, las distancias de aislamiento iniciales y las acciones de protección, y se consulta con el número UN de 4 dígitos (1203 es gasolina) desde una distancia segura, por ejemplo con binoculares. Acercarse a leer expone a los rescatistas. Control médico no identifica materiales peligrosos, eso es del despacho o del equipo de hazmat. No ver una fuga no descarta vapores.

92. A La zona fría (de apoyo) no está contaminada. Ahí van el puesto de mando, el área de espera y el tratamiento de pacientes ya descontaminados. La zona caliente es la que está contaminada y requiere equipo de protección que va más allá del alcance del EMT. La zona tibia es el corredor de descontaminación entre la caliente y la fría. La zona de exclusión es otro nombre de la zona caliente.

93. D La zona fría (de apoyo) está libre de contaminación. Ahí el EMS, sin equipo de protección de hazmat, puede tratar y trasladar con seguridad a pacientes ya descontaminados. La zona caliente es la más contaminada y es solo para equipos de hazmat con traje completo. La zona tibia es el corredor de descontaminación y solo entra personal protegido. La zona de exclusión es otro nombre de la caliente y no es lugar para EMS sin protección.

94. A MIST es una regla estándar para el traspaso de pacientes de trauma: mecanismo de lesión (Mechanism), lesiones encontradas o sospechadas (Injuries), signos y síntomas con signos vitales y nivel de conciencia (Signs) y tratamiento dado (Treatment). La “S” cubre el cuadro clínico y los hallazgos objetivos del paciente, no la seguridad de la escena, los antecedentes sociales ni los sedantes. Un traspaso estructurado evita omitir datos importantes.

95. C La zona tibia (de reducción de contaminación) es donde el personal capacitado y con PPE adecuado descontamina a los pacientes y el equipo antes de pasarlos a la zona fría para tratamiento médico. La zona caliente es la más contaminada y solo entra personal autorizado y con PPE para el peligro. La zona fría es el área limpia de apoyo, tratamiento y mando. “Zona perimetral” no es una zona estándar de hazmat.

96. D Un formato estándar (edad y sexo, queja principal (chief complaint), historia relevante, signos vitales, tratamiento y ETA) permite que el hospital prepare los recursos adecuados y es la estructura que se enseña para reportes por radio. Omitir los signos vitales deja fuera datos clínicos importantes. Un relato largo gasta tiempo de radio y entierra lo importante. Solo el mecanismo y la ETA no dicen cómo está el paciente ni qué tratamiento recibió.

97. B Un paciente que no camina y cumple los tres criterios de START (respiración de 30/min o menos, pulso radial presente y capaz de seguir una orden simple) es Amarillo: demorado. Necesita tratamiento, pero puede esperar mientras se atiende a los inmediatos. Rojo es para más de 30/min, mala perfusión, no seguir órdenes o respiración que vuelve tras reposicionar. Negro es si sigue sin respirar. Los que caminan son Verde al inicio y se reevalúan.

98. C En START, los pacientes que pueden caminar a un área designada se clasifican al inicio como Leve (verde). Aun así se reevalúan, porque caminar no descarta una lesión grave ni un empeoramiento. Rojo es cuando la evaluación posterior muestra problemas de respiración, perfusión o estado mental. Amarillo es para quienes no caminan y cumplen los umbrales de START. Negro es para un adulto que sigue sin respirar tras reposicionar la vía aérea; para esa decisión no se pide revisar el pulso.

99. B La información subjetiva son las cosas que el paciente cuenta sobre su propio estado, como cuándo empezaron los síntomas y cuánto duran, y se anotan con sus propias palabras cuando se puede. Los hallazgos objetivos son datos medibles que el EMT observa, como signos vitales o el examen físico. La conclusión de la evaluación es la impresión clínica del EMT, y el plan de tratamiento describe las intervenciones previstas.

Palabras clave en inglés

emergency medical technician (EMT)	técnico de emergencias médicas	Persona que evalúa, trata y transporta pacientes en una emergencia.
scene size-up	evaluación de la escena	Revisar peligros y situación antes de acercarte al paciente.
primary assessment	evaluación primaria	Buscar y corregir primero lo que amenaza la vida.
secondary assessment	evaluación secundaria	Revisión más completa después de atender las amenazas a la vida.
mechanism of injury (MOI)	mecanismo de lesión	La forma en que ocurrió el golpe o la herida.
chief complaint	queja principal	El problema principal por el que se pidió ayuda.
unresponsive	que no responde	Paciente que no reacciona cuando le hablas o lo tocas.
altered mental status	estado mental alterado	Confusión o cambio en el nivel de conciencia.
airway adjunct	dispositivo auxiliar para la vía aérea	Tubo sencillo que ayuda a mantener abierto el paso del aire.
oropharyngeal airway (OPA)	cánula orofaríngea	Va por la boca y aparta la lengua, sin reflejo nauseoso.
nasopharyngeal airway (NPA)	cánula nasofaríngea	Va por la nariz y mantiene abierta la vía aérea.
gag reflex	reflejo nauseoso	Arcada que protege la garganta cuando algo la toca.
bag-valve mask (BVM)	bolsa-válvula-mascarilla	Equipo manual para dar ventilaciones con presión positiva.
non-rebreather mask	mascarilla de no reinhalación	Mascarilla con bolsa que da oxígeno a flujo alto.
nasal cannula	cánula nasal	Tubo en la nariz para oxígeno a flujo bajo.
suctioning	succión	Sacar líquidos o vómito de la vía aérea.
stridor	estridor	Sonido agudo que avisa de obstrucción en la vía aérea alta.
wheezing	sibilancias	Silbido al respirar cuando los bronquios se estrechan.
crackles	estertores (crepitantes)	Sonidos de líquido en los pulmones al respirar.
accessory muscle use	uso de músculos accesorios	Usar cuello y pecho para poder respirar: señal de esfuerzo.
chest compressions	compresiones torácicas	Empujar el pecho para mover la sangre durante la RCP.
shockable rhythm	ritmo desfibrilable	Ritmo del corazón que el AED puede tratar con descarga.
jugular venous distention (JVD)	distensión venosa yugular	Venas del cuello hinchadas.

diaphoretic	sudoroso	Con la piel mojada de sudor.
withhold	no administrar	Decidir no dar un medicamento o tratamiento.
contraindicated	contraindicado	Que no se debe usar en ese paciente.
tourniquet	torniquete	Banda que aprieta una extremidad para detener un sangrado grave.
occlusive dressing	apósito oclusivo	Apósito que no deja pasar el aire.
tension pneumothorax	neumotórax a tensión	Aire atrapado en el tórax que comprime el pulmón y los vasos.
flail chest	tórax inestable	Costillas rotas en varios puntos que se mueven al revés.
compensated shock	shock compensado	Shock en que el cuerpo todavía mantiene la presión normal.
pelvic binder	faja pélvica	Banda que cierra y estabiliza una pelvis fracturada.
crowning	coronamiento	La cabeza del bebé ya se ve durante la contracción.
postictal state	estado posictal	Confusión y sueño después de una convulsión.
last known well	última hora en que se le vio bien	Última hora en que se vio al paciente sin síntomas.
triage tag	etiqueta de triaje	Color que indica la prioridad de cada paciente.
ambulatory	que puede caminar	Paciente que camina solo. Non-ambulatory: no puede caminar.
staging	esperar a distancia segura	Quedarse cerca, fuera del peligro, hasta que aseguren la escena.
placard	cartel de materiales peligrosos	Cartel en forma de rombo en un vehículo con carga peligrosa.
handoff	entrega del paciente	Pasar el cuidado y la información a otro equipo.

Examundo es independiente. No está afiliado con los organismos que hacen estos exámenes ni tiene su aprobación. Las preguntas son originales, no son del examen real. examundo.tech/es/emt/