examundo

# Examen de práctica NREMT Paramedic en español

69 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/nremt-paramedic/

## Cardiología y reanimación

**1. Una mujer de 55 años presenta bloqueo AV completo (de tercer grado) con un ritmo de escape de QRS estrecho a 45/min. Tiene síntomas leves, como fatiga, y su presión arterial es estable: 102/64. ¿Cuál es el paso INICIAL de manejo MÁS apropiado?**

A 55-year-old woman is found to be in complete (third-degree) AV block with a narrow QRS escape rhythm at 45/min. She is mildly symptomatic with fatigue but has a stable blood pressure of 102/64. Which is the MOST appropriate INITIAL management step?

A. Administrar atropina 1 mg IV mientras se prepara un posible marcapasos

B. Realizar cardioversión sincronizada

C. Iniciar de inmediato el marcapasos transcutáneo, antes de probar cualquier fármaco

D. No tratar y transportar sin intervenir

**2. Unos paramédicos atienden a un hombre de 58 años con un infarto inferior con elevación del ST (STEMI) en el ECG de 12 derivaciones. Está hipotenso (82/54 mmHg) y la nitroglicerina sublingual bajó aún más su presión. La derivación derecha V4R muestra 2 mm de elevación del ST. ¿Qué tratamiento es el MÁS apropiado?**

Paramedics treat a 58-year-old man with an inferior STEMI on the 12-lead ECG. He is hypotensive at 82/54 mmHg, and sublingual nitroglycerin caused a further drop in blood pressure. Right-sided lead V4R shows 2 mm of ST elevation. Which treatment is MOST appropriate?

A. Iniciar una infusión de dopamina antes de intentar con líquidos

B. Administrar una segunda dosis de nitroglicerina sublingual

C. Administrar furosemida para reducir la precarga cardíaca

D. Administrar un bolo de 250 a 500 mL de solución salina normal

**3. Un paciente en diálisis está en paro cardíaco. El monitor muestra un patrón de onda sinusoidal con complejos QRS anchos y anómalos. La familia dice que faltó a sus dos últimas sesiones de diálisis. Además de las intervenciones ACLS estándar, ¿qué medicamento se debe administrar PRIMERO para estabilizar el miocardio?**

A dialysis patient is found in cardiac arrest. The monitor shows a sine-wave pattern with wide, bizarre QRS complexes. Family reports he missed his last two dialysis sessions. In addition to standard ACLS interventions, which medication should be administered FIRST to stabilize the myocardium?

A. Cloruro de calcio
B. Insulina regular con dextrosa
C. Bicarbonato de sodio
D. Nebulización con albuterol

---

**4. Durante la RCP por un paro cardíaco, el paramédico nota un aumento repentino del CO2 al final de la espiración, de 15 mmHg a 42 mmHg, sin ningún cambio en la técnica de compresiones. ¿Qué indica este hallazgo con MÁS probabilidad?**

During ongoing CPR for cardiac arrest, the paramedic notes a sudden rise in end-tidal CO2 from 15 mmHg to 42 mmHg without any change in compression technique. What does this finding MOST likely indicate?

A. Empeoramiento de la acidosis metabólica
B. Hiperventilación por parte del reanimador
C. Colocación del tubo en el esófago
D. Retorno de la circulación espontánea

---

**5. Un paciente sigue en fibrilación ventricular después del segundo intento de desfibrilación y una dosis de epinefrina. ¿Cuál es la dosis INICIAL apropiada de amiodarona?**

A patient remains in ventricular fibrillation after the second defibrillation attempt and a dose of epinephrine. What is the appropriate INITIAL dose of amiodarone to administer?

A. 300 mg en bolo IV/IO
B. 450 mg en bolo IV/IO
C. 1 mg/kg en bolo IV/IO
D. 150 mg en bolo IV/IO

---

**6. Un centro receptor informa que un paciente en diálisis, ahora en paro cardíaco, tenía ondas T picudas y un QRS ensanchado en el ECG previo al paro. ¿Qué medicamento se debe administrar PRIMERO para estabilizar la membrana cardíaca ante una posible hiperpotasemia?**

A dialysis patient in cardiac arrest is reported by the receiving facility to have had peaked T waves and a widened QRS on the pre-arrest ECG. Which medication should be administered FIRST to stabilize the cardiac membrane in suspected hyperkalemia?

A. Insulina con dextrosa
B. Cloruro de calcio
C. Nebulización con albuterol
D. Bicarbonato de sodio

---

**7. Durante la reanimación de un paciente sin pulso, el monitor cardíaco muestra fibrilación ventricular gruesa. Después de confirmar que no hay pulso, ¿cuál es la PRIMERA intervención que se debe hacer?**

During resuscitation of a pulseless patient, the cardiac monitor shows coarse ventricular fibrillation. After confirming the absence of a pulse, what is the FIRST intervention that should be performed?

A. Administrar amiodarona 300 mg IV
B. Administrar epinefrina 1 mg IV
C. Establecer una vía aérea avanzada
D. Desfibrilación inmediata

---

**8. Un paciente con bloqueo de rama izquierda (BRI) conocido llega con dolor torácico agudo. ¿Qué hallazgo del ECG de 12 derivaciones tiene la MAYOR especificidad para un infarto agudo de miocardio en presencia de BRI?**

A patient with a known left bundle branch block presents with acute chest pain. Which 12-lead ECG finding carries the HIGHEST specificity for acute myocardial infarction in the presence of LBBB?

A. Elevación discordante del ST ≥5 mm en una derivación con complejo QRS negativo

B. Elevación concordante del ST ≥1 mm en una derivación con complejo QRS positivo (hacia arriba)

C. Depresión del ST ≥1 mm en las derivaciones V4 a V6

D. Una duración del QRS mayor de 160 ms

---

**9. Un paciente que sufrió un choque de vehículo presenta distensión de las venas yugulares, ruidos cardíacos apagados e hipotensión. ¿Qué afección es la MÁS compatible con este cuadro?**

A patient involved in a motor vehicle collision presents with jugular venous distension, muffled heart tones, and hypotension. Which condition is MOST consistent with this presentation?

A. Neumotórax a tensión

B. Taponamiento cardíaco

C. Tórax inestable (flail chest)

D. Hemotórax masivo

---

**10. A un paciente con taquicardia supraventricular (TSV) estable se le administra adenosina. ¿Cuál es la dosis IV INICIAL recomendada en adultos?**

A patient in stable SVT is treated with adenosine. What is the recommended INITIAL adult IV dose?

A. 0.5 mg/kg en bolo IV

B. 12 mg en bolo IV rápido

C. 3 mg en bolo IV rápido

D. 6 mg en bolo IV rápido

---

**11. Una tira de ritmo muestra un intervalo PR fijo con una onda P ocasional que no se conduce, lo que produce QRS omitidos sin alargamiento progresivo previo del PR. El paciente no tiene síntomas y su frecuencia cardíaca es de 58/min. ¿Qué manejo es el MÁS apropiado?**

A rhythm strip shows a fixed PR interval with an occasional non-conducted P wave, producing dropped QRS complexes without progressive PR lengthening beforehand. The patient is asymptomatic with a heart rate of 58/min. Which management approach is MOST appropriate?

A. Administrar atropina 1 mg IV como tratamiento de primera línea

B. Administrar un bolo de líquidos y reevaluar en 15 minutos

C. No hacer nada, porque el ritmo es un Mobitz I benigno

D. Colocar los parches del marcapasos y preparar el marcapasos transcutáneo por si el paciente empeora

---

**12. Un paramédico debe tratar a un paciente inestable con taquicardia de complejo estrecho y pulso palpable. ¿Qué intervención está indicada?**

A paramedic must treat an unstable patient with a narrow-complex tachycardia and a palpable pulse. Which intervention is indicated?

A. Cardioversión sincronizada

B. Solo compresiones torácicas

C. Epinefrina en dosis altas

D. Desfibrilación no sincronizada

---

**13. Una mujer de 70 años desarrolla shock cardiogénico después de un infarto anterior con elevación del ST. Está hipotensa (PA 78/50), con piel fría y sudorosa y crepitantes en ambos pulmones. ¿Qué vasoactivo es el MÁS apropiado como primera línea?**

A 70-year-old woman develops cardiogenic shock following an anterior STEMI. She is hypotensive (BP 78/50), cool and diaphoretic, with bilateral pulmonary crackles. Which vasoactive agent is MOST appropriate as first-line therapy?

A. Fenilefrina
B. Isoproterenol
C. Dopamina
D. Norepinefrina

---

## Medicina, obstetricia y ginecología

**14. ¿A qué tipo de agente farmacológico pertenece la naloxona?**

Naloxone is classified as which type of pharmacologic agent?

A. Agonista opioide parcial
B. Antagonista opioide puro
C. Antagonista de las benzodiacepinas
D. Amina simpaticomimética

**15. Un paciente que empezó hace poco un IMAO y un ISRS llega, a las pocas horas, con hipertermia, agitación, clonus e hiperreflexia. ¿Con qué afección es MÁS compatible este cuadro?**

A patient recently started on both an MAOI and an SSRI presents within hours with hyperthermia, agitation, clonus, and hyperreflexia. This presentation is MOST consistent with which condition?

A. Hipertermia maligna
B. Toxicidad anticolinérgica
C. Síndrome serotoninérgico
D. Síndrome neuroléptico maligno

**16. Un hombre de 26 años presenta estridor, urticaria generalizada y una presión arterial de 78/40 mmHg pocos minutos después de una picadura de abeja. ¿Qué dosis y vía de epinefrina es la MÁS apropiada como tratamiento inicial?**

A 26-year-old male develops stridor, diffuse urticaria, and a blood pressure of 78/40 mmHg minutes after a bee sting. Which dose and route of epinephrine is MOST appropriate as the initial treatment?

A. 0.1 mg IM de concentración 1:10,000
B. 0.3 mg IV de concentración 1:1,000
C. 0.3 mg IM de concentración 1:1,000
D. 1 mg IV de concentración 1:10,000

**17. Una paciente con preeclampsia grave recibe una infusión de sulfato de magnesio y se pone somnolienta. ¿Qué hallazgo debe llevar al paramédico a DETENER la infusión de inmediato, como signo temprano de toxicidad por magnesio?**

A patient receiving a magnesium sulfate infusion for severe preeclampsia becomes drowsy. Which assessment finding should prompt the paramedic to STOP the infusion immediately as an early sign of magnesium toxicity?

A. Frecuencia respiratoria de 14 respiraciones/min
B. Diuresis de 40 mL/h
C. Náuseas leves
D. Ausencia de reflejos rotulianos (reflejos tendinosos profundos)

**18. Un hombre de 24 años con diabetes tipo 1 conocida presenta respiración de Kussmaul, aliento afrutado, presión arterial de 92/58 mmHg y glucosa en sangre de 512 mg/dL. ¿Cuál es el tratamiento prehospitalario inicial MÁS apropiado?**

A 24-year-old known type 1 diabetic presents with Kussmaul respirations, a fruity breath odor, blood pressure of 92/58 mmHg, and a blood glucose of 512 mg/dL. What is the MOST appropriate initial prehospital treatment?

A. Gel de glucosa oral
B. Bolo IV de insulina regular
C. Bolo IV de solución salina normal
D. Bicarbonato de sodio IV en bolo

---

**19. Una paciente con 34 semanas de embarazo refiere un sangrado vaginal rojo brillante, repentino e indoloro, sin contracciones. ¿Qué afección es la MÁS compatible con este cuadro?**

A patient at 34 weeks gestation reports sudden onset of bright red, painless vaginal bleeding without contractions. Which condition is MOST consistent with this presentation?

A. Rotura uterina
B. Desprendimiento de placenta
C. Placenta previa
D. Trabajo de parto prematuro

---

**20. Un hombre de 68 años presenta de repente caída del lado derecho de la cara, habla arrastrada y debilidad en el brazo. Antes de iniciar el protocolo de transporte por ACV, ¿qué evaluación es la MÁS importante para hacer PRIMERO?**

A 68-year-old presents with sudden right-sided facial droop, slurred speech, and arm weakness. Before initiating stroke transport protocols, which assessment is MOST important to perform FIRST?

A. Respuesta pupilar
B. Pulsos distales en la extremidad afectada
C. Nivel de glucosa en sangre
D. ECG de 12 derivaciones

---

**21. En la escala de APGAR, ¿qué parámetro evalúa específicamente la irritabilidad refleja de un recién nacido?**

On the APGAR scoring system, which parameter specifically assesses a newborn's reflex irritability?

A. Esfuerzo y frecuencia respiratoria
B. Tono muscular de las extremidades
C. Frecuencia cardíaca medida por auscultación
D. Gesto de mueca ante la aspiración nasal con pera

---

**22. Una mujer de 32 años con 36 semanas de embarazo presenta presión arterial de 168/112 mmHg, dolor de cabeza intenso y alteraciones visuales. ¿Qué medicamento es el MÁS apropiado para evitar que avance a convulsiones eclámpticas?**

A 32-year-old woman at 36 weeks' gestation presents with a blood pressure of 168/112 mmHg, severe headache, and visual disturbances. Which medication is MOST appropriate to administer to prevent progression to eclamptic seizures?

A. Diazepam
B. Sulfato de magnesio
C. Gluconato de calcio
D. Labetalol

---

**23. Un hombre de 68 años presenta, desde hace 40 minutos, caída facial derecha, plejía del brazo y la pierna derechos (fuerza 0/5) y afasia receptiva, y obtiene el puntaje máximo en la Escala Motora de Los Ángeles (LAMS). ¿De qué afección es MÁS predictivo este cuadro?**

A 68-year-old presents with acute-onset right-sided facial droop, right arm and leg plegia (0/5 strength), and receptive aphasia beginning 40 minutes ago, scoring the maximum on the Los Angeles Motor Scale (LAMS). This presentation is MOST predictive of which condition?

A. Oclusión de vaso grande (LVO)
B. Hipoglucemia que imita un ACV
C. Ataque isquémico transitorio
D. Infarto lacunar (de vaso pequeño)

---

**24. Una persona de 44 años con antecedente documentado de manejo crónico del dolor con opioides está inconsciente, con frecuencia respiratoria de 4/min y pupilas puntiformes. ¿Cuál es la estrategia de dosificación de naloxona MÁS apropiada?**

A 44-year-old with a documented history of chronic opioid pain management is unresponsive with a respiratory rate of 4/min and pinpoint pupils. What is the MOST appropriate naloxone dosing strategy?

A. Administrar 4 mg por vía intranasal en una sola dosis
B. Titular la naloxona en dosis pequeñas (0.04 a 0.1 mg) mientras se apoya la ventilación
C. Administrar 2 mg IV en bolo de inmediato
D. No dar naloxona y solo ventilar con bolsa-mascarilla

---

**25. Un hombre de 35 años convulsiona sin parar desde hace 6 minutos. No se logra un acceso IV después de dos intentos. Según los protocolos prehospitalarios actuales basados en evidencia, ¿qué intervención es la MÁS apropiada?**

A 35-year-old man has been actively seizing continuously for 6 minutes. IV access cannot be obtained after two attempts. Per current evidence-based prehospital protocols, which intervention is MOST appropriate?

A. Midazolam 10 mg IM
B. Lorazepam 4 mg IV
C. Diazepam 10 mg por vía rectal
D. Seguir intentando el acceso IV antes de dar cualquier medicamento

---

**26. Según la definición MÁS exacta, ¿cuántos minutos debe superar una sola convulsión para ser un estado epiléptico, que también incluye las convulsiones repetidas sin que el paciente recupere su estado mental basal entre una y otra?**

Status epilepticus is MOST accurately defined as a single seizure lasting longer than how many minutes, or recurrent seizures without a return to baseline mental status between episodes?

A. 30 minutos
B. 15 minutos
C. 5 minutos
D. 1 minuto

---

**27. Justo después del parto de un recién nacido a término con buen tono muscular que llora con fuerza, ¿cuál es la acción INICIAL apropiada?**

Immediately following delivery of a term newborn who has good muscle tone and is crying vigorously, what is the appropriate INITIAL action?

A. Aspirar la boca y la nariz con una pera de succión
B. Dar cuidados de rutina: secar, dar calor y colocar piel con piel
C. Administrar oxígeno de flujo libre (blow-by)
D. Iniciar ventilación con presión positiva

---

## Vía aérea, respiración y ventilación

**28. Un paramédico que vigila la capnografía de onda en un paciente asmático intubado nota un ascenso prolongado y sin la meseta alveolar normal, con forma inclinada, que suele llamarse 'aleta de tiburón'. Este patrón es MÁS compatible con:**

A paramedic monitoring waveform capnography on an intubated asthmatic patient notes a prolonged upstroke with loss of the normal alveolar plateau, giving the waveform a sloped appearance often described as a 'shark fin.' This pattern is MOST consistent with:

A. Hiperventilación
B. Broncoespasmo
C. Retorno de la circulación espontánea
D. Intubación esofágica

---

**29. Un paramédico intenta la intubación orotraqueal en un paciente con trauma e hinchazón facial. Después de dos intentos fallidos, la saturación de oxígeno baja a 84% a pesar de ventilar con bolsa-mascarilla y una cánula orofaríngea. ¿Cuál es la siguiente acción MÁS apropiada?**

A paramedic attempts orotracheal intubation on a trauma patient with facial swelling. After two unsuccessful attempts, the patient's oxygen saturation drops to 84% despite bag-valve-mask ventilation with an oropharyngeal airway in place. What is the MOST appropriate next action?

A. Administrar más sedación y reintentar la intubación
B. Intentar una tercera laringoscopia directa con otra hoja
C. Hacer una cricotirotomía con aguja de inmediato
D. Colocar un dispositivo supraglótico

---

**30. Durante la reanimación de un paro cardíaco ya hubo dos intentos fallidos de intubación endotraqueal y no se deben interrumpir más las compresiones torácicas. ¿Cuál es el siguiente paso MÁS apropiado para manejar la vía aérea?**

During a cardiac arrest resuscitation, two failed attempts at endotracheal intubation have occurred and chest compressions must not be further interrupted. What is the MOST appropriate next airway management step?

A. Seguir solo con bolsa-mascarilla durante el resto del paro
B. Hacer una cricotirotomía quirúrgica
C. Intentar una tercera laringoscopia con otra hoja
D. Colocar un dispositivo supraglótico

---

**31. Un paramédico considera usar CPAP en un paciente con dificultad respiratoria por sospecha de edema pulmonar cardiogénico. ¿Qué hallazgo es una contraindicación ABSOLUTA para iniciar el CPAP en este paciente?**

A paramedic is considering CPAP for a patient in respiratory distress from suspected cardiogenic pulmonary edema. Which finding is an ABSOLUTE contraindication to initiating CPAP in this patient?

A. Presión arterial sistólica de 88 mmHg con estado mental alterado
B. Frecuencia respiratoria de 32/min con uso de músculos accesorios
C. SpO2 de 89% con oxígeno de alto flujo
D. Crepitantes en ambos pulmones hasta la mitad del campo pulmonar

---

**32. Justo después de intubar a un adulto en paro cardíaco, ¿qué método da la confirmación MÁS confiable de que el tubo está bien colocado?**

Immediately after endotracheal intubation of an adult in cardiac arrest, which method provides the MOST reliable confirmation of correct tube placement?

A. Capnografía de onda continua
B. Observar una elevación simétrica del tórax
C. Condensación (vaho) visible en el tubo
D. Auscultación de ruidos respiratorios en ambos lados

---

**33. ¿Para qué sirve la presión positiva al final de la espiración (PEEP) que se aplica durante la ventilación mecánica?**

Positive end-expiratory pressure (PEEP) applied during mechanical ventilation is intended to accomplish which of the following?

A. Acortar el tiempo inspiratorio de cada respiración
B. Aumentar el volumen corriente de cada respiración
C. Evitar el colapso de los alvéolos al final de la espiración
D. Reducir la fracción de oxígeno inspirado que se necesita

---

**34. Un paramédico ventila a un paciente intubado, con estado metabólico normal y buena perfusión, con una bolsa-válvula conectada a un ventilador. ¿Qué rango de ETCO2 indica una ventilación alveolar ADECUADA?**

A paramedic is ventilating an intubated patient with normal metabolic status and adequate perfusion using a bag-valve device connected to a ventilator. Which ETCO2 range indicates ADEQUATE alveolar ventilation?

A. 50 a 60 mmHg
B. 15 a 20 mmHg
C. 35 a 45 mmHg
D. 25 a 30 mmHg

---

**35. Al evaluar la vía aérea antes de una intubación de secuencia rápida (RSI), un paramédico nota una distancia tiromentoniana corta, apertura bucal limitada y una vista Mallampati clase IV. Según la regla mnemotécnica LEMON, ¿qué dificultad predicen MÁS estos hallazgos?**

During airway assessment prior to RSI, a paramedic notes a patient has a short thyromental distance, limited mouth opening, and a Mallampati class IV view. Using the LEMON mnemonic, these findings are MOST predictive of which airway management challenge?

A. Solo ventilación difícil con bolsa-mascarilla
B. Mayor riesgo de laringoespasmo después de la extubación
C. Visión laringoscópica difícil e intubación endotraqueal difícil
D. Alto riesgo de aspiración pulmonar durante la inducción

---

**36. Después de colocar una vía aérea avanzada en un paciente grave, ¿qué método se considera el ESTÁNDAR DE ORO para confirmar y vigilar de forma continua que el tubo endotraqueal sigue bien colocado durante el traslado?**

After placing an advanced airway in a critically ill patient, which method is considered the GOLD STANDARD for continuously confirming and monitoring correct endotracheal tube placement throughout transport?

A. Capnografía de onda continua
B. Auscultación de los ruidos respiratorios en ambas axilas
C. Cambio de color de un detector colorimétrico de CO2 espirado
D. Ver el tórax subir y bajar con cada ventilación

---

**37. Durante el traslado, la onda de capnografía muestra una fase espiratoria que sube poco a poco, sin meseta clara, con forma de aleta de tiburón. ¿Con qué afección es MÁS compatible este hallazgo?**

A capnography waveform during transport shows a gradual upsloping expiratory phase without a clear plateau, resembling a shark fin. This finding is MOST consistent with which condition?

A. Intubación esofágica
B. Paro cardíaco con retorno de la circulación espontánea
C. Broncoespasmo
D. Hiperventilación

---

**38. Un paramédico aspira la vía aérea de un adulto con un catéter de punta rígida. Para reducir el riesgo de hipoxia y de bradicardia por reflejo vagal, ¿a un MÁXIMO de cuántos segundos por intento se debe limitar la aspiración?**

A paramedic is suctioning an adult patient's airway using a rigid tip catheter. To minimize the risk of hypoxia and vagally mediated bradycardia, suctioning should be limited to a MAXIMUM of how many seconds per attempt?

A. 30 segundos
B. 45 segundos
C. 15 segundos
D. 5 segundos

---

**39. Un paciente con ventilación mecánica presenta un aumento repentino de la presión inspiratoria máxima, mientras la presión meseta no cambia. ¿Qué problema es MÁS compatible con este patrón?**

A mechanically ventilated patient develops a sudden increase in peak inspiratory pressure while the plateau pressure remains unchanged. This pattern is MOST consistent with which problem?

A. Edema pulmonar que empeora y baja la distensibilidad pulmonar
B. Tapón de moco o broncoespasmo que aumenta la resistencia de la vía aérea
C. Un neumotórax a tensión nuevo
D. SDRA progresivo con menor distensibilidad pulmonar

---

**40. Un paramédico hace una intubación de secuencia rápida a un paciente de 34 años con trauma y presión sistólica de 78 mmHg por shock hemorrágico. ¿Qué fármaco de inducción es el MÁS apropiado según su estado hemodinámico?**

A paramedic performs rapid sequence intubation on a 34-year-old trauma patient with a systolic blood pressure of 78 mmHg secondary to hemorrhagic shock. Which induction agent is MOST appropriate given the patient's hemodynamic status?

A. Propofol
B. Ketamina
C. Fentanilo como único agente de inducción
D. Midazolam

---

**41. Un paramédico vigila la capnografía de onda durante el traslado de un paciente asmático con dificultad respiratoria grave. El capnograma muestra un ascenso inclinado, sin meseta alveolar clara, con forma de aleta de tiburón. ¿Qué afección indica MÁS esta onda?**

A paramedic is monitoring waveform capnography during transport of an asthmatic patient in severe respiratory distress. The capnogram shows a rising, sloped upstroke without a clear alveolar plateau, resembling a shark fin. This waveform is MOST indicative of which condition?

A. Bloqueo neuromuscular completo con sedación adecuada
B. Intubación esofágica con insuflación gástrica
C. Desconexión del circuito del ventilador
D. Broncoespasmo que causa un vaciado alveolar lento y desigual

---

# Trauma

**42. Un paciente con una fractura inestable de pelvis por una caída tiene hipotensión e inestabilidad pélvica evidente al examen. ¿Qué intervención es la MÁS apropiada?**

A patient with an unstable pelvic fracture from a fall has hypotension and gross pelvic instability on exam. Which intervention is MOST appropriate?

A. Colocar una faja pélvica centrada sobre las crestas ilíacas

B. Girar al paciente en bloque varias veces para buscar fracturas abiertas

C. Colocar una faja pélvica centrada sobre los trocánteres mayores

D. Hacer una distracción manual de la pelvis para evaluar su estabilidad

---

**43. Un hombre de 32 años que sufrió un choque en motocicleta tiene una fractura abierta de fémur con hemorragia activa. Sus signos vitales son PA 92/68 mmHg, FC 128/min y FR 26/min, y está ansioso pero orientado. ¿A qué porcentaje aproximado del volumen total de sangre corresponde su pérdida estimada?**

A 32-year-old male involved in a motorcycle collision has an open femur fracture with ongoing hemorrhage. Vital signs are BP 92/68 mmHg, HR 128/min, RR 26/min, and he is anxious but oriented. His estimated blood loss corresponds to approximately what percentage of total blood volume?

A. 30 a 40% (Clase III)

B. Más de 40% (Clase IV)

C. 15 a 30% (Clase II)

D. 15% o menos (Clase I)

---

**44. Un paramédico evalúa a un paciente con un traumatismo craneal cerrado grave y nota hipertensión, bradicardia y respiración irregular. ¿Cómo se llama este conjunto de hallazgos?**

A paramedic assesses a patient with a severe closed head injury and notes hypertension, bradycardia, and irregular respirations. This constellation of findings is known as what?

A. Tríada de Cushing

B. Tríada de Virchow

C. Tríada de Charcot

D. Tríada de Beck

---

**45. Un hombre de 34 años atropellado por un vehículo tiene Glasgow 6. Signos vitales iniciales: FC 58, PA 168/96, FR 10 e irregular. Diez minutos después: FC 42, PA 190/100, FR 8 con períodos de apnea. ¿Qué indica MÁS probablemente esta tendencia de los signos vitales?**

A 34-year-old male struck by a vehicle presents with GCS 6. Initial vitals: HR 58, BP 168/96, RR 10 and irregular. Ten minutes later: HR 42, BP 190/100, RR 8 with periods of apnea. This vital sign trend MOST likely indicates:

A. Aumento progresivo de la presión intracraneal con herniación inminente

B. Disreflexia autonómica causada por la lesión traumática

C. Shock neurogénico en desarrollo por una lesión de la columna cervical

D. Shock hemorrágico compensado temprano

---

**46. Un paciente con traumatismo craneoencefálico grave (Glasgow 6) presenta una pupila dilatada y sin reacción de un solo lado, una postura que pasa de decorticación a descerebración y una caída repentina de la frecuencia cardíaca. ¿Qué intervención ventilatoria es la MÁS apropiada en este momento?**

A patient with a severe traumatic brain injury (GCS 6) develops a unilateral dilated, nonreactive pupil, posturing progressing from decorticate to decerebrate, and a sudden drop in heart rate. Which ventilatory intervention is MOST appropriate at this time?

A. No dar ningún apoyo ventilatorio hasta llegar al centro de trauma

B. Dar una hiperventilación breve y controlada, con un ETCO2 meta de 30 a 35 mmHg

C. Mantener una ventilación normal con ETCO2 de 35 a 40 mmHg sin importar los cambios del examen

D. Hipoventilar a propósito para permitir hipercapnia y vasodilatación cerebral

---

**47. Un paciente con un hematoma epidural en expansión presenta una pupila derecha fija y dilatada con hemiparesia izquierda. ¿Con qué es MÁS compatible este cuadro?**

A patient with an expanding epidural hematoma develops a fixed and dilated right pupil with left-sided hemiparesis. This presentation is MOST consistent with:

A. Herniación transtentorial central (axial)

B. Herniación subfalcina

C. Herniación de las amígdalas cerebelosas

D. Herniación transtentorial uncal (lateral)

---

**48. Un paciente que sufrió un choque en motocicleta tiene la pelvis inestable a la palpación inicial y está hipotenso. ¿Cuál es la intervención prehospitalaria MÁS apropiada?**

A patient involved in a motorcycle collision has an unstable pelvis on initial palpation and is hypotensive. What is the MOST appropriate prehospital intervention?

A. Palpar la pelvis con fuerza una y otra vez para evaluar si sigue inestable

B. Colocar al paciente en posición lateral para el traslado

C. Colocar un collarín cervical y una tabla larga, sin ningún dispositivo pélvico

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

---

**49. Un paciente de trauma de 70 kg tiene FC 148, PA 82/58 y FR 36, está letárgico y confundido, y casi no ha orinado. ¿Qué clase de shock hemorrágico representa MÁS probablemente?**

A 70-kg trauma patient has HR 148, BP 82/58, RR 36, is lethargic and confused, and has had negligible urine output. Which class of hemorrhagic shock does this MOST likely represent?

A. Clase II (pérdida de 15 a 30% de la sangre)

B. Clase III (pérdida de 30 a 40% de la sangre)

C. Clase I (pérdida de menos de 15% de la sangre)

D. Clase IV (pérdida de más de 40% de la sangre)

---

**50. Durante un triaje de incidente con múltiples víctimas (IMV) con el algoritmo START, un paciente camina hacia ti después de que le indicaron ir al área de tratamiento. En la evaluación secundaria allí notas FR 32 y estado mental confuso. Según las reglas de START para la clasificación inicial, la categoría de este paciente es:**

During MCI triage using the START algorithm, a patient walks toward you after being directed to move to the treatment area. On secondary assessment there, you note RR 32 and a confused mental status. Under the START rules governing the initial sort, this patient's triage category is:

A. Menor (Verde)

B. Inmediato (Rojo)

C. Expectante (Negro)

D. Diferido (Amarillo)

---

**51. Durante la evaluación secundaria de un paciente de trauma estable, el paramédico nota un hematoma que crece rápido en la parte anterior del cuello, con estridor leve. ¿Cuál es la siguiente acción MÁS apropiada?**

During the secondary survey of a stable trauma patient, the paramedic notes a rapidly expanding hematoma on the anterior neck with mild stridor. What is the MOST appropriate next action?

A. Seguir con la evaluación secundaria y volver a revisar el cuello en 5 minutos

B. Colocar un collarín cervical y trasladar sin más intervenciones

C. Volver de inmediato a reevaluar y asegurar la vía aérea

D. Documentar el hallazgo y tomar un juego completo de signos vitales

---

**52. Un paciente con sospecha de fractura inestable de pelvis tiene hipotensión. ¿Cuál es el MEJOR lugar para centrar una faja pélvica comercial y lograr una estabilización eficaz?**

A patient has a suspected unstable pelvic fracture with hypotension. Where should a commercial pelvic binder BEST be centered for effective stabilization?

A. Alrededor del abdomen bajo, por encima de las crestas ilíacas

B. Directamente sobre los trocánteres mayores

C. Solo sobre la sínfisis del pubis, sin envolver toda la circunferencia

D. A la altura de las crestas ilíacas

---

**53. ¿Cuál es la causa más común de muerte prevenible en los pacientes de trauma?**

What is the most common cause of preventable death in trauma patients?

A. Hemorragia no controlada

B. Traumatismo craneoencefálico

C. Obstrucción de la vía aérea

D. Neumotórax a tensión

---

**54. Un paciente tiene una herida abdominal abierta, tras una puñalada, con un asa de intestino delgado que sale por la herida. ¿Cuál es el manejo prehospitalario MÁS apropiado del intestino expuesto?**

A patient has an open abdominal wound with a loop of small bowel protruding through the wound after a stabbing. What is the MOST appropriate prehospital management of the exposed bowel?

A. Dejar la herida totalmente descubierta para verla durante el traslado

B. Cubrir con un apósito estéril seco y aplicar presión directa

C. Cubrir con un apósito estéril húmedo y una capa exterior oclusiva

D. Intentar meter con suavidad el intestino de nuevo en la cavidad abdominal

---

**55. Un paciente con TCE grave (Glasgow 5) está intubado. La capnografía marca 28 mmHg. Las pupilas son iguales y reactivas, y no hay posturas anormales. ¿Qué ajuste de la ventilación es el MÁS apropiado?**

A patient with severe TBI (GCS 5) is intubated. Capnography reads 28 mmHg. Pupils are equal and reactive, with no posturing noted. Which ventilation adjustment is MOST appropriate?

A. Mantener la frecuencia actual, porque la hiperventilación protege en todo TCE

B. Disminuir la frecuencia de ventilación para lograr un ETCO2 de 35 a 40 mmHg

C. Cambiar a ventilación con bolsa-válvula-mascarilla a 20 respiraciones por minuto

D. Aumentar aún más la frecuencia para lograr un ETCO2 de 20 a 25 mmHg y bajar la PIC

---

## Operaciones de emergencia (EMS)

**56. En un incidente de materiales peligrosos (HAZMAT) por el volcamiento de un camión cisterna con químicos, los pacientes ya descontaminados se llevan a un área para que los paramédicos los evalúen y traten antes del traslado. ¿En qué zona es MÁS apropiado ubicar esta área de tratamiento?**

At a HAZMAT incident involving a chemical tanker rollover, decontaminated patients are moved to an area for further paramedic assessment and treatment prior to transport. In which zone is this treatment area MOST appropriately located?

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

---

**57. Con el triaje START, se encuentra a un paciente con frecuencia respiratoria de 32/min después de reposicionar la vía aérea, pulso radial palpable y capacidad de seguir órdenes simples. ¿Cómo se debe clasificar a este paciente?**

Using START triage, a patient is found with a respiratory rate of 32/min after airway repositioning, a palpable radial pulse, and the ability to follow simple commands. This patient should be triaged as:

A. Diferido (amarillo)
B. Menor (verde)
C. Inmediato (rojo)
D. Expectante (negro)

---

**58. Durante un incidente grande con múltiples víctimas, a las unidades de EMS que llegan se les indica presentarse en un lugar específico antes de recibir una tarea del comandante del incidente. ¿Cómo se llama ese lugar?**

During a large multi-casualty incident, arriving EMS units are directed to report to a specific location before receiving a tasking from the incident commander. What is this location called?

A. Directamente el sector de triaje
B. Un área de espera designada
C. El área de tratamiento y transporte
D. El puesto de mando

---

**59. Un derrame de materiales peligrosos ocurre en una carretera que es el límite entre dos condados, y responden bomberos, EMS y policía de ambas jurisdicciones. ¿Qué estructura de mando del ICS es la MÁS apropiada para manejar este incidente?**

A hazardous materials spill occurs on a highway that forms the boundary between two counties, prompting response from fire departments, EMS, and law enforcement agencies from both jurisdictions. Which ICS command structure is MOST appropriate for managing this incident?

A. Mando único a cargo del primer oficial que llegó
B. Mando de área que supervisa varios incidentes separados
C. Supervisores de división o grupo que reportan directo al despacho
D. Mando unificado con representantes de cada agencia que responde

---

**60. Un paramédico llega a un incidente con múltiples víctimas y empieza el triaje START. Un paciente camina hacia él cuando se le indica ir a un área designada. Según el protocolo START, ¿cómo se debe clasificar inicialmente a este paciente?**

A paramedic arrives at a multi-casualty incident and begins START triage. A patient walks toward the paramedic when instructed to move to a designated area. According to START protocol, how should this patient be initially categorized?

A. Verde (menor)
B. Amarillo (diferido)
C. Rojo (inmediato)
D. Negro (fallecido o expectante)

---

**61. Durante la respuesta a un incidente con muchas víctimas, el comandante nota que un supervisor dirige directamente a 12 personas que realizan la extricación de pacientes. ¿Qué principio del ICS se está violando?**

During a large-scale MCI response, the incident commander notices that one supervisor is directly overseeing 12 personnel performing patient extrication. Which ICS principle is being violated?

A. Unidad de mando
B. Alcance de control
C. Cadena de mando
D. Terminología común

---

**62. Un paramédico llega a un choque de un solo vehículo y ve un cable de alta tensión energizado sobre el techo, con arcos eléctricos visibles. El conductor, consciente, está atrapado dentro. ¿Qué acción es la MÁS apropiada?**

A paramedic arrives at a single-vehicle crash and observes an energized power line draped across the vehicle's roof with visible arcing. The conscious driver is trapped inside. Which action is MOST appropriate?

A. Acercarse al vehículo con guantes para electricidad y evaluar al paciente
B. Indicar al paciente que se quede dentro del vehículo y espere a que la compañía eléctrica corte la energía
C. Usar una pica de madera seca para apartar el cable antes de acercarse
D. Indicar al paciente que salte del vehículo sin tocar el suelo y el vehículo al mismo tiempo

---

**63. En un incidente con múltiples víctimas, la Rama Médica del ICS ya estableció los grupos de Triaje, Tratamiento y Transporte. Un paramédico es asignado como Supervisor del Grupo de Transporte. ¿Cuál es la responsabilidad PRINCIPAL de este proveedor?**

At a multi-casualty incident, the ICS Medical Branch has established Triage, Treatment, and Transportation Groups. A paramedic is assigned as Transportation Group Supervisor. Which of the following is this provider's PRIMARY responsibility?

A. Coordinar la distribución de pacientes entre los hospitales receptores y llevar el control de los recursos de transporte
B. Determinar las zonas de seguridad de la escena y las estrategias para reducir peligros
C. Hacer el etiquetado de triaje inicial de todos los pacientes a medida que se encuentran
D. Establecer el sector de tratamiento y dirigir la atención ALS y BLS en él

---

**64. En el triaje de víctimas masivas SALT, después de la clasificación global inicial en los grupos de los que caminan, los que saludan con la mano y los que están quietos o con una amenaza evidente para la vida, ¿qué grupo debe recibir PRIMERO la evaluación individual y la intervención que salva la vida?**

During SALT mass casualty triage, after the initial global sort into walk, wave, and still/obvious life-threat groups, which group should receive individual assessment and life-saving intervention FIRST?

A. Los pacientes que están quietos o tienen una lesión mayor evidente
B. Los pacientes que saludaron o se movieron con intención en respuesta a una orden
C. Todos los grupos se evalúan al mismo tiempo en una sola pasada
D. Los pacientes que caminaron hasta el área segura designada

---

**65. Un equipo HAZMAT es enviado a la fuga de una planta química con una sustancia sin identificar, de concentración en el aire desconocida y con capacidad conocida de absorberse por la piel. ¿Qué nivel de equipo de protección personal es el MÁS apropiado para los miembros del equipo de entrada?**

A HAZMAT team is dispatched to a chemical plant leak involving an unidentified substance with an unknown airborne concentration and known skin-absorption potential. Which level of personal protective equipment is MOST appropriate for entry team members?

A. Nivel B
B. Nivel D
C. Nivel C
D. Nivel A

---

**66. En un incidente de materiales peligrosos, el área que rodea de inmediato el sitio del incidente, donde ya hubo o es probable que haya contaminación, se designa como:**

At a hazardous materials incident, the area immediately surrounding the incident site where contamination has occurred or is likely is designated the:

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

---

**67. Después de un incidente con múltiples víctimas con varios niños fallecidos, el mando de EMS activa una sesión formal y estructurada de apoyo entre compañeros para los socorristas, unas 48 horas después. ¿Qué componente del manejo del estrés por incidentes críticos describe MEJOR esta intervención?**

Following a mass-casualty incident involving multiple pediatric fatalities, EMS command activates a formal, structured peer-support session for responders approximately 48 hours after the incident. This intervention is BEST described as which component of critical incident stress management?

A. Desactivación emocional (defusing)
B. Debriefing del estrés por incidente crítico (CISD)
C. Referencia a un programa de asistencia al empleado
D. Visita de atención pastoral

---

**68. Durante el triaje primario en una colisión de varios vehículos con el método START, un paramédico encuentra a un adulto que no respira. Después de reposicionar la vía aérea, el paciente sigue sin respirar. ¿Qué acción es la MÁS apropiada?**

During primary triage at a multi-vehicle collision using the START method, a paramedic finds an adult patient who is not breathing. After repositioning the patient's airway, the patient remains apneic. Which action is MOST appropriate?

A. Dar dos respiraciones de rescate y reevaluar
B. Etiquetar al paciente amarillo y reevaluar en cinco minutos
C. Etiquetar al paciente negro y pasar al siguiente
D. Iniciar RCP y etiquetar al paciente rojo

---

**69. Durante un gran incendio en la interfaz urbano-forestal, bomberos, policía y funcionarios de salud pública fijan juntos objetivos compartidos del incidente, y cada uno conserva la autoridad sobre los recursos de su propia agencia. ¿Cómo se describe MEJOR esta estructura de mando?**

During a large wildland-urban interface fire, fire, law enforcement, and public health officials jointly establish shared incident objectives while each retains authority over their own agency's resources. This command structure is best described as:

A. Unidad de mando
B. Mando de área
C. Mando único
D. Mando unificado

---

## Respuesta correcta

**1. A** Un escape de QRS estrecho indica que el marcapasos está en la unión AV, que aún puede responder a la atropina. El algoritmo de bradicardia de la AHA permite probar atropina incluso en bloqueo de tercer grado si el paciente está estable, con el marcapasos (pacing) listo como respaldo. Ir directo al marcapasos se reserva para pacientes inestables o con escape de QRS ancho. La cardioversión es para taquiarritmias, y no tratar una bradicardia sintomática es incorrecto.

**2. D** La elevación del ST en V4R confirma un infarto del ventrículo derecho, que depende de la precarga. Los nitratos y los diuréticos bajan la precarga, causan hipotensión grave y están contraindicados. El tratamiento de primera línea es un bolo de líquidos para llenar el ventrículo derecho. La dopamina solo se considera si la hipotensión persiste. Regla útil: los nitratos y los diuréticos son peligrosos en el infarto derecho.

**3. A** El patrón sinusoidal y las sesiones de diálisis perdidas indican hiperpotasemia (hyperkalemia) grave. El cloruro de calcio estabiliza la membrana de la célula cardíaca en pocos minutos, aunque no baje el potasio, por eso va primero. El bicarbonato y la insulina con dextrosa llevan el potasio al interior de las células, pero no protegen el corazón de inmediato. El albuterol también mueve el potasio, pero solo complementa y no reemplaza al calcio.

**4. D** Un aumento brusco y sostenido del CO2 al final de la espiración (end-tidal CO2) durante la RCP, sin cambiar las compresiones, es un indicador conocido del retorno de la circulación espontánea (ROSC). El corazón vuelve a mover sangre venosa con CO2 hacia los pulmones. Un tubo en el esófago daría CO2 bajo o ausente y sin onda. La hiperventilación baja el CO2, y la acidosis por sí sola no produce un salto repentino.

**5. A** Para la FV o la TV sin pulso refractarias, la dosis inicial de amiodarona es de 300 mg en bolo IV/IO, si el ritmo desfibrilable persiste después de la primera ronda de epinefrina. Una segunda dosis de 150 mg puede darse si el ritmo sigue refractario, pero no es la inicial. La dosis de 1 mg/kg es la referencia de la lidocaína, y 450 mg no es una dosis en bolo reconocida en el algoritmo de paro.

**6. B** El cloruro de calcio contrarresta el efecto tóxico de la hiperpotasemia sobre la membrana del corazón y protege en pocos minutos, aunque no baje el potasio. El bicarbonato, el albuterol y la insulina con dextrosa llevan el potasio al interior de las células, lo cual tarda más y no estabiliza el miocardio de inmediato. Si hay cambios de ECG de hiperpotasemia en un paro, el calcio va primero mientras se preparan los otros fármacos.

**7. D** La fibrilación ventricular y la TV sin pulso son ritmos desfibrilables, y la desfibrilación temprana es el factor que más predice la supervivencia en un paro por FV. Se debe dar la descarga en cuanto se confirma el ritmo, antes de los fármacos. La epinefrina y la amiodarona se dan durante la RCP después de las primeras descargas. La vía aérea avanzada no va antes de la desfibrilación y las compresiones de calidad.

**8. B** Los criterios originales de Sgarbossa dan el mayor puntaje y la mayor especificidad a la elevación concordante del ST ≥1 mm con QRS positivo, porque el bloqueo de rama no puede explicar un ST que va en la misma dirección del QRS. La elevación discordante ≥5 mm es menos específica, pues el propio bloqueo puede causarla (la regla de Smith modificada mejora esto con la proporción ST/S). La depresión del ST en V4 a V6 y un QRS largo no son criterios validados de Sgarbossa.

**9. B** Venas yugulares distendidas, ruidos cardíacos apagados e hipotensión forman la tríada de Beck, el cuadro clásico del taponamiento cardíaco (cardiac tamponade): la sangre llena el saco pericárdico y comprime el corazón. El neumotórax a tensión también da yugulares distendidas e hipotensión, pero con desviación de la tráquea y sin ruidos respiratorios. El hemotórax masivo suele dar venas planas por hipovolemia, y el tórax inestable da movimiento paradójico de la pared.

**10. D** La dosis inicial de adenosina en un adulto con TSV estable es de 6 mg en bolo IV rápido, seguido de inmediato por un lavado con solución salina. Su vida media es muy corta y bloquea el nodo AV por un instante. Si el ritmo persiste, se puede dar una segunda dosis de 12 mg. La dosis de 0.5 mg/kg no existe para la adenosina, y 3 mg es muy poco y casi siempre fracasa.

**11. D** Un PR fijo con ondas P que de repente no se conducen y sin alargamiento previo es un bloqueo AV de segundo grado Mobitz II. Tiene alto riesgo de pasar a bloqueo completo y suele ser infranodal, así que la atropina no ayuda y puede empeorarlo. Lo correcto es poner los parches y estar listo para estimular si aparecen síntomas o inestabilidad. Decir que es un Mobitz I benigno es un error, y los líquidos no tratan la conducción.

**12. A** La cardioversión sincronizada da la descarga en el pico de la onda R y evita el período vulnerable de la onda T. Es el tratamiento correcto del paciente inestable con taquiarritmia y pulso, como una TSV inestable o una fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. La desfibrilación no sincronizada es para la FV o TV sin pulso. Las compresiones solas y la epinefrina en dosis altas no son apropiadas con pulso, y esta última no se recomienda de rutina en el paro.

**13. D** La norepinefrina es el vasoactivo de primera línea en el shock cardiogénico: da vasoconstricción alfa fuerte y algo de inotropismo beta-1, con menos riesgo de arritmias que la dopamina. El estudio SOAP II mostró más arritmias y más mortalidad con dopamina en el subgrupo cardiogénico. La fenilefrina solo sube la poscarga y puede empeorar el volumen sistólico. El isoproterenol causa taquicardia y vasodilatación, y baja más la presión.

**14. B** La naloxona es un antagonista opioide competitivo puro: se une a los receptores mu sin activarlos, desplaza al opioide y revierte la depresión respiratoria y la sedación. Un agonista parcial (como la buprenorfina) sí activa el receptor un poco. El antagonista de las benzodiacepinas es el flumazenil, otro fármaco con otro blanco. Las aminas simpaticomiméticas, como la epinefrina, actúan en receptores adrenérgicos y no revierten opioides.

**15. C** El síndrome serotoninérgico aparece rápido, a las pocas horas de combinar fármacos serotoninérgicos (IMAO más ISRS es el ejemplo clásico), con clonus, hiperreflexia, temblor y agitación. El síndrome neuroléptico maligno avanza en días tras un antipsicótico y da rigidez en tubo de plomo con hiporreflexia. La hipertermia maligna la causan los anestésicos inhalados o la succinilcolina. La toxicidad anticolinérgica da piel seca y enrojecida, sin clonus.

**16. C** El tratamiento de primera línea de la anafilaxia es epinefrina 0.3 a 0.5 mg IM (1:1,000, o 1 mg/mL) en la cara anterolateral del muslo, que se puede repetir cada 5 a 15 minutos. La vía IM se absorbe más rápido y mejor que la subcutánea, y evita el riesgo de arritmia de la epinefrina IV sin diluir. La dosis de 1 mg IV 1:10,000 es la del paro. La 1:1,000 por vía IV es diez veces más concentrada y puede causar una arritmia mortal. Y 0.1 mg IM es muy poco.

**17. D** La toxicidad por magnesio avanza desde reflejos tendinosos disminuidos o ausentes hasta depresión respiratoria y, con niveles altos, paro cardíaco. La ausencia de reflejos rotulianos es el signo clínico confiable más temprano de la lista, y obliga a suspender la infusión antes de que falle la respiración. Una frecuencia de 14 es normal, 40 mL/h de orina indica buena eliminación renal y las náuseas leves son un efecto común sin importancia.

**18. C** En la cetoacidosis diabética el paciente está muy deshidratado por la diuresis osmótica. En el campo se prioriza reponer volumen con solución salina isotónica para restaurar la perfusión. La insulina se inicia después, cuando el hospital confirma el potasio. Un bolo IV de insulina en el campo puede causar hipopotasemia grave y edema cerebral. La glucosa oral empeoraría la hiperglucemia, y el bicarbonato no se indica de rutina.

**19. C** La placenta previa suele dar un sangrado vaginal repentino, rojo brillante e indoloro, porque la placenta mal ubicada se separa cuando el cuello se borra y se dilata, sin irritar el útero. El desprendimiento de placenta (placental abruption) causa sangrado oscuro y doloroso, con útero rígido. La rotura uterina da dolor abdominal intenso y pérdida de contracciones. El parto prematuro tiene contracciones dolorosas regulares. Con sospecha de previa no se debe hacer tacto vaginal.

**20. C** La hipoglucemia es una imitadora conocida del ACV: puede causar déficits neurológicos iguales a los de un ACV agudo. Medir la glucosa es un paso rápido y obligatorio que puede detectar y corregir una causa tratable antes de elegir el centro de ACV. El ECG de 12 derivaciones busca arritmias, pero no descarta una causa metabólica. Las pupilas y los pulsos forman parte del examen, pero no detectan la imitación reversible más común.

**21. D** El gesto (mueca) es el componente del APGAR que mide la irritabilidad refleja: la respuesta del recién nacido a un estímulo, como la aspiración nasal con pera o un golpecito en la planta del pie. Una mueca sola vale 1 punto, y una respuesta fuerte, como toser, estornudar o retirarse, vale 2. El tono muscular (actividad) mide la flexión de las extremidades. El esfuerzo respiratorio y el pulso se puntúan por separado.

**22. B** El sulfato de magnesio es el fármaco estándar para prevenir convulsiones en la preeclampsia con signos de gravedad: sube el umbral convulsivo, dilata los vasos cerebrales y estabiliza las membranas de las neuronas. El diazepam se usa para tratar una convulsión activa, no para prevenir, y sedaría más al feto. El labetalol trata la hipertensión grave, pero no reduce directamente el riesgo de convulsión. El gluconato de calcio es el antídoto de la toxicidad por magnesio.

**23. A** Un puntaje LAMS ≥4 hace sospechar una oclusión de vaso grande (large vessel occlusion, LVO), y ayuda a decidir el destino según los protocolos regionales de ACV, pero la escala no confirma el diagnóstico. Los infartos lacunares suelen dar déficit solo motor o solo sensitivo, sin signos corticales como la afasia. En el ataque isquémico transitorio los síntomas pasan. La hipoglucemia siempre se descarta con la glucosa, pero una plejía densa de un lado con afasia es un patrón clásico de LVO.

**24. B** En pacientes con tolerancia o dependencia crónica a opioides, las dosis completas (2 a 4 mg) pueden causar un síndrome de abstinencia (withdrawal) agudo y grave, con agitación, vómito y combatividad. Dar dosis pequeñas mientras se ventila con bolsa-mascarilla recupera la respiración sin una reversión brusca, y conserva la analgesia. Las dosis de 2 mg IV y 4 mg intranasal son para sobredosis en quien no usa opioides. No dar naloxona es incorrecto: solo ventilar no trata el efecto del opioide.

**25. A** El estudio RAMPART mostró que el midazolam IM no es inferior al lorazepam IV en el estado epiléptico, y es muy útil cuando el acceso IV se demora o no se logra, porque no necesita vía y actúa rápido por el músculo, que tiene mucha circulación. El lorazepam IV no se puede dar sin acceso. El diazepam rectal sirve, pero no es de primera línea si se puede dar por IM. Demorar el tratamiento para conseguir la vía alarga la convulsión y aumenta el daño neuronal.

**26. C** Las guías operativas actuales definen el estado epiléptico como una convulsión de más de 5 minutos, o dos o más convulsiones sin recuperación completa de la conciencia entre ellas. Ese es el momento en que el tratamiento prehospitalario debe empezar, sin esperar a que pase solo. La definición antigua de 30 minutos se abandonó porque esperar tanto puede causar daño neuronal irreversible. 1 minuto es muy poco para ser un umbral clínico, y 15 minutos es demasiado.

**27. B** Un recién nacido a término con buen tono que llora con fuerza cumple todos los criterios de cuidados de rutina: secarlo, darle calor y ponerlo piel con piel con la madre. No necesita nada más. La ventilación con presión positiva es para la apnea, el jadeo o una frecuencia cardíaca menor de 100 después de los primeros pasos. El oxígeno se ajusta si hay hipoxemia persistente. La aspiración de rutina ya no se recomienda en un bebé vigoroso, pues puede causar una respuesta vagal y bradicardia sin beneficio.

**28. B** La onda en aleta de tiburón (shark fin) muestra un vaciado alveolar lento y desigual por broncoconstricción y obstrucción de la vía aérea, como en el asma o en las crisis de EPOC. Indica que se necesita un broncodilatador, y quizá ajustar la relación inspiración-espiración del ventilador. La intubación esofágica da una onda plana o ausente. La hiperventilación da una onda de forma normal con EtCO2 bajo. El ROSC causa un aumento brusco con onda cuadrada normal.

**29. D** Si la intubación falla y la ventilación con bolsa-mascarilla no mantiene la oxigenación, el algoritmo de vía aérea difícil indica colocar de inmediato un dispositivo supraglótico (supraglottic airway, como i-gel o King LT) para oxigenar antes de otro intento. Una tercera laringoscopia sin corregir la hipoxia aumenta el trauma y el daño por hipoxia. Más sedación no asegura la vía aérea ni oxigena. La cricotirotomía es para el caso de 'no se puede intubar ni oxigenar', que aquí aún no se da, pues queda una vía de rescate.

**30. D** Cuando la intubación falla o demoraría más las compresiones, el paso apropiado es colocar un dispositivo supraglótico: casi siempre se puede poner sin parar las compresiones y ventila bien, aunque no protege del todo contra la aspiración. Una tercera laringoscopia puede interrumpir de nuevo las compresiones y causar trauma. La cricotirotomía es para 'no se puede intubar ni ventilar u oxigenar', no solo para intubaciones fallidas. La bolsa-mascarilla sola puede bastar si ventila bien, pero el supraglótico es un rescate razonable.

**31. A** La hipotensión junto con un estado mental alterado es una contraindicación absoluta: el paciente no podría proteger su vía aérea si vomita bajo la mascarilla ajustada, y la presión positiva en el tórax reduce aún más el retorno venoso y el gasto cardíaco. Los demás hallazgos (taquipnea con músculos accesorios, hipoxia con oxígeno de alto flujo y crepitantes por edema pulmonar) son justo las indicaciones clásicas del CPAP.

**32. A** La capnografía de onda continua es el estándar de oro porque da una señal objetiva, respiración por respiración, que detecta de inmediato un tubo en el esófago o una extubación accidental, aun durante el movimiento o el traslado. Los ruidos respiratorios pueden engañar por transmisión en pacientes obesos o niños. La elevación del tórax es subjetiva y puede darse al ventilar el estómago. El vaho no es confiable y también aparece con tubo esofágico.

**33. C** La PEEP mantiene una presión positiva en los alvéolos al final de la espiración. Así evita el colapso alveolar (atelectasia) y aumenta la capacidad residual funcional, lo que mejora la oxigenación porque los alvéolos siguen abiertos para el intercambio de gases. La PEEP no fija el volumen corriente ni el tiempo inspiratorio, que son otros parámetros del ventilador. Bajar la FiO2 puede ser un efecto indirecto, pero no es su propósito principal.

**34. C** Un ETCO2 normal de 35 a 45 mmHg se acerca al PaCO2 arterial en un paciente bien perfundido, y es la meta estándar para ajustar la frecuencia y el volumen corriente del ventilador. Valores de 15 a 30 mmHg suelen indicar hiperventilación, gasto cardíaco bajo (como en la RCP) o hipoperfusión. Valores mayores de 45 sugieren hipoventilación o retención de CO2, como en la depresión respiratoria o la EPOC grave, y piden más ventilación por minuto.

**35. C** La regla LEMON (Look externally, Evaluate 3-3-2, Mallampati, Obstruction, Neck mobility) predice una visión laringoscópica difícil y una intubación difícil. Una distancia tiromentoniana corta y poca apertura bucal incumplen la regla 3-3-2, y un Mallampati IV significa que solo se ve el paladar duro. La ventilación difícil con bolsa-mascarilla se predice con la regla MOANS. El riesgo de aspiración y el laringoespasmo no se evalúan con LEMON.

**36. A** La capnografía de onda continua es el estándar de oro porque confirma en tiempo real, durante todo el traslado, tanto la posición del tubo como la ventilación, a diferencia de las revisiones de una sola vez. La auscultación y la elevación del tórax sirven para la confirmación inicial, pero son subjetivas, fallan en lugares ruidosos y no avisan si el tubo se sale después. Los detectores colorimétricos solo dan un cambio de color y pueden fallar con baja perfusión, como en el paro.

**37. C** La onda en aleta de tiburón refleja un vaciado alveolar lento y desigual por broncoconstricción y tapones de moco (crisis de asma o EPOC): desaparecen el ascenso brusco y la meseta alveolar plana normales. La intubación esofágica da una onda ausente o errática, que se apaga rápido. La hiperventilación baja el EtCO2, pero la onda conserva su forma normal de caja. El ROSC causa un aumento brusco y sostenido con onda cuadrada normal. Reconocer la forma de la onda, y no solo el número, es clave.

**38. C** En un adulto, la aspiración se limita a unos 15 segundos como máximo por pasada, con preoxigenación antes y después, para reducir la hipoxia y la bradicardia vagal por estimular la faringe. Cinco segundos se acerca más a lo que se usa en recién nacidos y lactantes. Treinta y 45 segundos son excesivos y pueden causar desaturación, bradicardia e incluso paro en un paciente comprometido. Si no se despejan las secreciones en ese tiempo, hay que reoxigenar antes de repetir.

**39. B** La presión inspiratoria máxima refleja la resistencia de la vía aérea y la distensibilidad del pulmón y de la pared torácica, mientras que la presión meseta (plateau pressure, con pausa inspiratoria) mide solo la distensibilidad estática. Si sube la presión máxima y la meseta no cambia, el problema es de resistencia: secreciones, broncoespasmo o un tubo doblado. El edema pulmonar, el neumotórax a tensión y el SDRA reducen la distensibilidad y suben las dos presiones juntas.

**40. B** La ketamina es la preferida para inducir en el shock hemorrágico porque estimula la liberación de catecolaminas, mantiene la presión y la frecuencia cardíaca sin deprimir mucho el miocardio, y además da broncodilatación y analgesia. El propofol causa vasodilatación y baja la contractilidad, y puede provocar un colapso en un paciente ya hipotenso. El midazolam también baja la presión, sobre todo con poco volumen. El fentanilo solo es un analgésico, no un sedante confiable, y puede dejar al paciente consciente durante la laringoscopia.

**41. D** La onda en aleta de tiburón la causan la broncoconstricción y los tapones de moco, que retrasan y desfasan el vaciado de las distintas zonas del pulmón. Se pierde el ascenso brusco y la meseta plana normales. Es clásica del asma y de las crisis de EPOC. La intubación esofágica da una onda ausente o que se apaga rápido. Una desconexión da una línea plana. La parálisis completa con vías aéreas normales aún da una onda cuadrada con meseta.

**42. C** Colocar la faja pélvica (pelvic binder) centrada sobre los trocánteres mayores es lo correcto, porque la compresión a ese nivel estabiliza el anillo pélvico y puede reducir el sangrado en una fractura inestable. Sobre las crestas ilíacas, la compresión en el sitio de la fractura es insuficiente. Girar al paciente varias veces o distraer la pelvis con las manos puede romper los coágulos tempranos y aumentar la hemorragia. Una vez que se detecta la inestabilidad, no se deben repetir las pruebas de estabilidad.

**43. A** Una FC >120, la presión sistólica baja, una FR cercana a 30 y el estado ansioso corresponden al shock hemorrágico Clase III de ATLS (pérdida de 30 a 40% del volumen, unos 1,500 a 2,000 mL en un adulto de 70 kg). En la Clase I los signos son normales, y la Clase II tiene taquicardia con presión normal o límite. La Clase IV tiene presión muy baja, FC >140 y confusión o letargo, no ansiedad con orientación conservada.

**44. A** La tríada de Cushing (hipertensión con presión de pulso amplia, bradicardia y respiración irregular) es un signo tardío y grave de presión intracraneal alta, que comprime el tronco encefálico y anuncia una herniación. La tríada de Beck (yugulares distendidas, ruidos cardíacos apagados e hipotensión) indica taponamiento cardíaco. La de Virchow describe los factores de riesgo del tromboembolismo venoso. La de Charcot (fiebre, ictericia y dolor en el cuadrante superior derecho) es de la colangitis.

**45. A** La tríada de Cushing (hipertensión, bradicardia y respiración irregular) es un intento reflejo de mantener la perfusión cerebral frente a una presión intracraneal en aumento. La tendencia que empeora anuncia una herniación (herniation) y exige controlar la vía aérea y avisar a neurocirugía. El shock hemorrágico da taquicardia e hipotensión, lo contrario. El shock neurogénico da bradicardia CON hipotensión. La disreflexia autonómica ocurre en lesiones medulares crónicas sobre T6, no en un traumatismo craneal agudo.

**46. B** Las guías de la Brain Trauma Foundation reservan la hiperventilación breve y controlada (ETCO2 de 30 a 35 mmHg) para los signos de herniación aguda, como una pupila recién dilatada y una postura que empeora, porque reduce por un tiempo el volumen de sangre cerebral al causar vasoconstricción. La ventilación normal es correcta sin esos signos, pero no cuando ya hay herniación. La hipercapnia deliberada subiría la presión intracraneal. Sin apoyo ventilatorio habría hipoxia e hipercapnia fatales.

**47. D** En la herniación uncal (transtentorial lateral), el uncus del lóbulo temporal medial pasa por la hendidura del tentorio. Comprime el nervio oculomotor del mismo lado, con una pupila fija y dilatada del lado de la masa, y comprime el pedúnculo cerebral, con hemiparesia del lado opuesto. La herniación central da pupilas pequeñas y luego fijas en ambos lados, sin este signo temprano. La de las amígdalas comprime el bulbo y causa paro respiratorio y cardíaco. La subfalcina causa debilidad en la pierna contraria, sin cambios pupilares.

**48. D** Una faja pélvica comercial colocada alrededor de los trocánteres mayores comprime el anillo pélvico inestable, reduce el volumen de la pelvis y ayuda a frenar el sangrado venoso y óseo, una causa importante de shock hemorrágico en las fracturas de pelvis. Una vez detectada la inestabilidad, no se debe volver a palpar, porque se pueden soltar los coágulos y aumentar la hemorragia. La tabla sola no estabiliza la pelvis. La posición lateral no es adecuada en un paciente inestable.

**49. D** El shock hemorrágico Clase IV (más de 40% del volumen) se caracteriza por taquicardia marcada (FC >140), presión muy baja, taquipnea (FR >35), orina casi nula y un estado mental entre confundido y letárgico, todo presente en este paciente. La Clase III (30 a 40%) suele tener FC de 120 a 140 y ansiedad o confusión, con diuresis reducida pero medible. Las Clases I y II tienen presión normal o poco baja y estado mental conservado.

**50. A** En el algoritmo START, todo paciente que puede levantarse y caminar se clasifica de inmediato como Menor (Verde) en la primera pasada, sin importar la frecuencia respiratoria ni el estado mental que se observen después, porque caminar muestra que la vía aérea, la respiración y la perfusión bastan. La reevaluación y un nuevo triaje se hacen en el área de tratamiento cuando haya recursos, sin cambiar la clasificación inicial.

**51. C** Un hematoma de cuello que crece, con estridor, indica que la vía aérea está por comprometerse por compresión y distorsión de los tejidos. Es una amenaza inmediata para la vida y obliga a volver a las prioridades de la vía aérea de la evaluación primaria, sin importar en qué paso va la secundaria, pues el ABCDE es dinámico y no estrictamente lineal. Seguir la secundaria, poner un collarín sin reevaluar la vía aérea o solo documentar no atiende el riesgo de obstrucción completa.

**52. B** La faja pélvica se centra sobre los trocánteres mayores, no sobre las crestas ilíacas, porque a ese nivel queda la sínfisis del pubis y se logra la compresión que reduce el volumen de la pelvis y estabiliza una fractura inestable, o en libro abierto, y frena el sangrado venoso y óseo. A la altura de las crestas ilíacas no se comprime bien la sínfisis y puede aumentar el desplazamiento. Vendar solo la sínfisis no da fuerza suficiente, y en el abdomen bajo no estabiliza el anillo pélvico.

**53. A** La hemorragia no controlada, sobre todo de las extremidades y de las zonas de unión, es la principal causa de muerte prevenible en trauma. Por eso el control del sangrado con presión directa, empaquetado de la herida y torniquete se destaca al inicio de la evaluación primaria y en los protocolos TCCC. La obstrucción de la vía aérea y el neumotórax a tensión también matan rápido, pero son menos frecuentes como causa prevenible. El traumatismo craneal suele matar, pero por lo general no se considera prevenible solo con la atención prehospitalaria.

**54. C** El intestino expuesto nunca se debe volver a meter con las manos, porque se puede contaminar la cavidad peritoneal. Debe mantenerse húmedo para evitar que se seque y se necrose: se usa gasa estéril humedecida con solución salina, cubierta por una capa oclusiva, como plástico, que conserva la humedad y reduce la pérdida de calor y de líquidos. Un apósito seco reseca el intestino. La presión directa puede dañar más el tejido, y dejar la herida al aire aumenta la evaporación y la hipotermia.

**55. B** La hiperventilación preventiva de rutina (ETCO2 <35 mmHg) está contraindicada en el TCE (TBI) sin signos de herniación, porque causa vasoconstricción cerebral, reduce el flujo sanguíneo y empeora la lesión isquémica secundaria. Este paciente no tiene signos de lateralización, así que se baja la frecuencia para llegar a un ETCO2 de 35 a 40 mmHg. La hiperventilación se reserva como medida breve ante herniación aguda (pupila dilatada, postura nueva, caída rápida del Glasgow).

**56. A** La zona fría (cold zone), o zona de apoyo, es el área segura, fuera de los límites de contaminación, donde se ubican el puesto de mando, la zona de espera y el tratamiento de los pacientes ya descontaminados. La zona caliente (hot zone), también llamada zona de exclusión, está contaminada y solo entra personal capacitado y equipado. La zona tibia (warm zone) es el corredor de reducción de contaminación, donde se hace la descontaminación, no el tratamiento definitivo.

**57. C** En START, un paciente que no camina y tiene una frecuencia respiratoria mayor de 30/min se clasifica como Inmediato (rojo), sin importar el pulso ni el estado mental: la respiración se evalúa primero en la secuencia RPM, y una frecuencia anormal basta para asignar rojo. Amarillo es para quienes no caminan y cumplen los criterios de respiración, perfusión y órdenes. Verde es para quienes caminan. Negro no aplica, pues respira: se asigna a quien sigue sin respirar tras reposicionar la vía aérea.

**58. B** Un área de espera designada (staging), a una distancia segura del perímetro y a cargo de un oficial de staging, evita que cada quien actúe por su cuenta y que se congestione la zona, pues retiene los recursos que llegan hasta que el mando los asigne a tratamiento, transporte u otro sector. Enviar las unidades directo al triaje, al puesto de mando o al área de tratamiento pierde el control y el registro de recursos, y causa caos, trabajo duplicado y accesos bloqueados.

**59. D** El mando unificado (unified command), con representantes de cada agencia que responde, es lo apropiado cuando un incidente cruza límites de jurisdicción o participan varias agencias con autoridad legal propia: los representantes fijan juntos los objetivos y prioridades, dentro de una sola estructura de mando coordinada. El mando único no da el mando compartido que se necesita aquí. El mando de área es para varios incidentes distintos o uno que superó a un solo IC. Los supervisores reportan por la cadena de mando, no al despacho.

**60. A** El primer paso de START es la capacidad de caminar: todo paciente que puede ir a un área designada cuando se le ordena se clasifica Menor o Verde y se aparta de la zona de tratamiento inmediato, para dejar el tiempo de evaluación a quienes no caminan. Amarillo es para quienes no caminan pero pasan los controles RPM. Rojo requiere FR >30, pulso radial ausente o llenado capilar >2 seg, o no seguir órdenes. Negro es solo para quien sigue sin respirar tras reposicionar la vía aérea.

**61. B** El ICS recomienda un alcance de control (span of control) óptimo de un supervisor por cinco subordinados, con un rango aceptable de tres a siete, para mantener una buena supervisión, responsabilidad y comunicación. Doce subordinados directos lo exceden y arriesgan perder el panorama de la situación. La unidad de mando (unity of command) significa que cada persona responde a un solo supervisor. La cadena de mando es la línea de autoridad. La terminología común es el lenguaje estándar entre agencias.

**62. B** Con un cable energizado que aún toca el vehículo y hace arcos, tanto el suelo como el vehículo pueden estar electrificados. Lo más seguro es indicar al paciente que se quede dentro, esperar a que la compañía eléctrica corte la energía y establecer un perímetro de seguridad. Los guantes solos no protegen para acercarse a un vehículo energizado. Usar una pica de madera seca o hacer que el paciente salte crea una exposición eléctrica innecesaria, pues no hay una amenaza inmediata que obligue a evacuar.

**63. A** El Supervisor del Grupo de Transporte se coordina con los hospitales para no saturar ninguno, maneja la espera y el envío de ambulancias al área de tratamiento, y registra qué paciente va a qué destino. El etiquetado inicial es del Grupo de Triaje. El sector de tratamiento lo establece y dirige el Supervisor del Grupo de Tratamiento. Las zonas de seguridad y la reducción de peligros son del Oficial de Seguridad o de la Rama HAZMAT, no del Grupo de Transporte.

**64. A** SALT empieza con una clasificación global (caminan, se mueven con intención, quietos o con amenaza vital evidente) para separar rápido a la multitud. Luego evalúa uno por uno en orden inverso a su capacidad de moverse: primero los que están quietos o con lesión mayor evidente, pues son los que más probablemente tienen amenazas inmediatas. Después van los que se movieron, y al final los que caminan, el grupo menos grave. Evaluar a todos a la vez anula el sentido de la clasificación.

**65. D** El Nivel A da la mayor protección de piel, vías respiratorias y ojos, y se exige cuando la sustancia es desconocida, muy tóxica o capaz de absorberse como vapor o por la piel con una concentración desconocida. Combina un traje totalmente encapsulado y hermético a vapores con un equipo de respiración autónomo (SCBA) debajo. El Nivel B protege de salpicaduras, pero no de vapores. El Nivel C usa un respirador con filtro, solo si se conocen el contaminante y su concentración. El Nivel D es un uniforme básico sin protección química.

**66. A** La zona caliente, también llamada zona de exclusión, es el área de mayor riesgo de contaminación que rodea de inmediato el sitio del incidente HAZMAT. Para entrar se necesitan el EPP adecuado y capacitación especializada. La zona tibia es el corredor de descontaminación entre la caliente y la fría. La zona fría es el área segura, sin contaminación, usada para mando y espera. 'Zona de apoyo' es otro nombre estándar de la zona fría, así que no describe el área contaminada.

**67. B** El CISD es un proceso grupal formal y estructurado, que se hace por lo general de 24 a 72 horas después de un incidente crítico, dirigido por compañeros capacitados y profesionales de salud mental, para revisar lo ocurrido y normalizar las reacciones. La desactivación (defusing) es una sesión más corta e informal justo después del incidente, no días más tarde. La referencia al programa de asistencia es un recurso individual y continuo. La atención pastoral apoya, pero no es el proceso estructurado descrito. Lo clave es el momento y la estructura formal.

**68. C** En el START para adultos, a un paciente sin respiración se le reposiciona la vía aérea para ver si vuelve a respirar solo. Controlar rápido una hemorragia externa grave también se permite en el triaje primario. Si sigue sin respirar tras reposicionar, se etiqueta negro y se pasa al siguiente. No se inicia RCP en el triaje primario, porque no hay recursos para reanimar a una persona con un rescatista. Las respiraciones de rescate son del algoritmo pediátrico JumpSTART. Amarillo es para pacientes diferidos con pulso y respiración adecuada.

**69. D** El mando unificado permite que agencias con jurisdicción compartida fijen objetivos y estrategias comunes sin que ninguna ceda su autoridad legal, lo cual es apropiado en incidentes con varias jurisdicciones. La unidad de mando es el principio de que cada persona responde a un solo supervisor dentro de la cadena del ICS. El mando único se aplica cuando una sola agencia tiene toda la jurisdicción. El mando de área supervisa varios incidentes o uno muy grande para un solo IC, no la autoridad compartida entre agencias.

## Palabras clave en inglés

| | | |
|---|---|---|
| **clinical judgment** | juicio clínico | Usar lo que observas para decidir qué hacer con el paciente. |

| | | |
|---|---|---|
| **scene size-up** | evaluación de la escena | Revisión inicial de peligros, recursos y número de pacientes. |
| **primary assessment** | evaluación primaria | Búsqueda rápida de problemas que amenazan la vida. |
| **secondary assessment** | evaluación secundaria | Examen más detallado después de atender las amenazas inmediatas. |
| **chief complaint** | motivo de consulta | Problema principal por el que el paciente pide ayuda. |
| **level of consciousness (LOC)** | nivel de conciencia | Qué tan despierto está el paciente y cómo responde. |
| **altered mental status** | alteración del estado mental | Cambio en la conciencia, la atención o la conducta habitual. |
| **airway** | vía aérea | Camino por donde el aire entra y sale de los pulmones. |
| **bag-valve mask (BVM)** | bolsa-válvula-mascarilla | Dispositivo manual para dar ventilaciones con presión positiva. |
| **oropharyngeal airway (OPA)** | cánula orofaríngea | Dispositivo en la boca que evita que la lengua obstruya. |
| **supraglottic airway** | dispositivo supraglótico | Vía aérea avanzada que no pasa por las cuerdas vocales. |
| **endotracheal intubation** | intubación endotraqueal | Colocar un tubo en la tráquea para ventilar al paciente. |
| **capnography** | capnografía | Medición del dióxido de carbono exhalado, mostrada como una onda. |
| **respiratory distress** | dificultad respiratoria | El paciente trabaja más de lo normal para respirar. |
| **respiratory failure** | insuficiencia respiratoria | La respiración ya no mantiene bien el oxígeno o el dióxido de carbono. |
| **wheezing** | sibilancias | Silbido al respirar por vías aéreas estrechas. |
| **tension pneumothorax** | neumotórax a tensión | Aire atrapado en el tórax que comprime el pulmón y dificulta la circulación. |
| **rhythm strip** | tira de ritmo | Registro corto del ECG para identificar el ritmo del corazón. |
| **12-lead ECG** | ECG de 12 derivaciones | Registro eléctrico del corazón visto desde 12 ángulos. |
| **STEMI** | infarto con elevación del ST | Infarto que muestra el segmento ST elevado en el ECG. |
| **ventricular fibrillation (VF)** | fibrilación ventricular | Ritmo caótico de los ventrículos, sin bombeo eficaz. |
| **pulseless electrical activity (PEA)** | actividad eléctrica sin pulso | Hay un ritmo organizado en el monitor, pero no hay pulso. |
| **defibrillation** | desfibrilación | Descarga no sincronizada para detener un ritmo mortal. |
| **synchronized cardioversion** | cardioversión sincronizada | Descarga coordinada con el complejo QRS. |

| | | |
|---|---|---|
| **transcutaneous pacing** | marcapasos transcutáneo | Estimular el corazón con electricidad a través de la piel. |
| **chest compressions** | compresiones torácicas | Presionar el pecho para mover la sangre durante el paro. |
| **return of spontaneous circulation (ROSC)** | retorno de la circulación espontánea | El paciente recupera pulso propio después del paro. |
| **stroke** | accidente cerebrovascular (ACV), derrame cerebral | Daño cerebral por una arteria tapada o por un sangrado. |
| **status epilepticus** | estado epiléptico | Convulsión prolongada, o varias seguidas sin recuperar la conciencia. |
| **anaphylaxis** | anafilaxia | Reacción alérgica grave, rápida y que puede causar la muerte. |
| **diabetic ketoacidosis (DKA)** | cetoacidosis diabética | Falta de insulina con acumulación de cetonas y acidez en la sangre. |
| **eclampsia** | eclampsia | Convulsiones en el embarazo o posparto relacionadas con la preeclampsia. |
| **placental abruption** | desprendimiento prematuro de placenta | La placenta se separa del útero antes del parto. |
| **neonatal resuscitation** | reanimación neonatal | Pasos para ayudar al recién nacido que no respira bien. |
| **hemorrhage control** | control de hemorragias | Acciones para detener un sangrado, como presión directa o torniquete. |
| **shock** | choque, estado de choque | Los tejidos no reciben suficiente sangre y oxígeno. |
| **traumatic brain injury (TBI)** | lesión cerebral traumática, traumatismo craneoencefálico | Daño al cerebro causado por una fuerza externa. |
| **triage** | triage o triaje, clasificación de pacientes | Ordenar a los pacientes según la urgencia y los recursos. |
| **incident command system (ICS)** | sistema de comando de incidentes | Estructura que define quién dirige y qué hace cada equipo. |
| **hazardous materials (hazmat)** | materiales peligrosos | Sustancias que pueden dañar a personas o al ambiente. |

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/nremt-paramedic/