

CURSO · EDICIÓN EN ESPAÑOL

# El Método de Pensamiento Crítico para Aprobar el NCLEX

*ADPIE, ABC, Maslow, SATA y 50 preguntas explicadas paso a paso — para enfermeros hispanos*

**Dr. Alexander Figueredo**

© 2027 · Todos los derechos reservados

---

# El Método de Pensamiento Crítico para Aprobar el NCLEX

Entrena tu mente como un enfermero americano: ADPIE, ABC, Maslow, SATA y 50 preguntas explicadas paso a paso en español

Por el Dr. Alexander Figueredo

---

## ÍNDICE

### PARTE 1 — EL MÉTODO DE PENSAR

1. Por qué pensar bien es lo que te hace aprobar (no memorizar)
2. Cómo piensa una enfermera en EE.UU.: el modelo de juicio clínico
3. ADPIE en profundidad

### PARTE 2 — PRIORIZAR COMO PROFESIONAL

1. Priorización ABC (vía aérea, respiración, circulación)
2. Maslow y las reglas de oro de la priorización
3. Las trampas mentales que te hacen fallar

### PARTE 3 — DOMINAR LAS PREGUNTAS

1. Estrategia para preguntas SATA (Select All That Apply)
2. Los ítems del Next Generation NCLEX paso a paso

### PARTE 4 — PRACTICA

1. Banco de 50 preguntas tipo NCLEX explicadas paso a paso
  2. Tu plan para seguir entrenando
-

**Aviso importante:** Esta guía es educativa y de preparación para el examen. El contenido clínico está basado en conceptos de enfermería establecidos, pero **no sustituye tu juicio profesional ni los protocolos de la institución donde trabajes**, y el formato del examen puede actualizarse. Verifica siempre lo vigente en el NCLEX oficial y NCSBN.org. Las preguntas de práctica son ejemplos para entrenar tu razonamiento, no preguntas reales del examen.

---

# CAPÍTULO 1

## Por qué pensar bien es lo que te hace aprobar (no memorizar)

Déjame hacerte una pregunta difícil.

¿Cuántas horas llevas estudiando para el NCLEX? ¿Cien? ¿Doscientas? ¿Tienes subrayadas páginas y páginas de Saunders o de ATI? ¿Memorizaste los valores normales de laboratorio, las dosis, los efectos secundarios, los nombres de los diagnósticos de enfermería en inglés?

Bien. Todo eso está bien.

Ahora la segunda pregunta: cuando llegas a una pregunta del NCLEX y las cuatro opciones suenan *todas* razonables, ¿sabes cuál elegir? ¿O es en ese momento cuando el estómago se te aprieta y terminas eligiendo con una corazonada que no siempre acierta?

Si te identificas con ese segundo escenario, este libro es exactamente para ti. Y te tengo una noticia: el problema no es cuánto sabes. El problema es que nadie te enseñó *cómo piensa el examen*.

---

### Lo que el NCLEX realmente mide

El NCLEX no es un examen de memoria. Nunca lo fue, pero con la llegada del Next Generation NCLEX — el NGN — eso quedó más claro que nunca.

El NCLEX mide si eres capaz de tomar decisiones clínicas seguras como enfermera de nivel principiante en EE.UU. Punto. No mide si recuerdas el nombre genérico de un antihipertensivo. No mide si puedes recitar de corrido los cinco pasos del proceso de enfermería. Mide si, parada frente a un paciente real con síntomas reales y múltiples cosas pasando al mismo tiempo, eres capaz de pensar con claridad y actuar con seguridad.

Hay una diferencia enorme entre *saber el dato* y *saber qué hacer con el dato*.

Te doy un ejemplo. Supongamos que sabes perfectamente que el rango normal de potasio en sangre es de 3.5 a 5.0 mEq/L. Ese es el dato. Pero el examen no te va a preguntar cuál es el rango normal del potasio. El examen te va a poner a una paciente con insuficiencia renal a quien se le acaba de reportar un potasio de 5.8, que además está quejándose de debilidad en las piernas y tiene un ECG con cambios, y te va a preguntar qué haces *primero*. Ahí ya no es el dato. Ahí es el juicio.

¿Llamas al médico? ¿Valoras más síntomas? ¿Restringes el potasio de la dieta? ¿Preparas el equipo de monitoreo cardíaco? ¿Adminstras el medicamento que ya tiene prescrito para la hiperkalemia?

Para responder bien esa pregunta necesitas el dato (saber qué es hiperkalemia) *más* el método de razonamiento que te diga qué hacer con ese dato. Sin el método, el dato solo no alcanza.

---

## Por qué los hispanos brillantes a veces fallan

Voy a decirte algo que nadie te dice, y lo digo con todo el respeto que te tengo: la tasa de aprobación del NCLEX en candidatos que se formaron fuera de Estados Unidos es, en general, más baja que la de candidatos formados en programas americanos. No siempre, no en todos los casos, pero las estadísticas lo muestran.

¿Por qué? ¿Acaso los enfermeros latinoamericanos saben menos?

No. La respuesta no es esa. He visto enfermeros de México, de Cuba, de Colombia, de Venezuela, de Perú, con una formación clínica sólida, con años de experiencia en hospitales reales, con capacidad de trabajo que deja impresionados a cualquier empleador americano.

El problema es otro. Es una combinación de factores que no tienen nada que ver con la inteligencia ni con el conocimiento clínico:

**Primero, el idioma.** No estamos hablando solo de saber inglés. Estamos hablando del inglés *médico*, del inglés *burocrático*, del inglés de un examen estandarizado donde cada palabra importa. Una pregunta en el NCLEX puede tener dos opciones

que en español significarían casi lo mismo, pero en inglés clínico americano la distinción es precisa y decisiva. Ese matiz no lo enseñan los diccionarios; se aprende con práctica dirigida.

**Segundo, el estilo del examen.** En Latinoamérica, los exámenes de enfermería y medicina tienden a ser de conocimiento directo: "¿Cuál es el tratamiento de la neumonía bacteriana?" o "¿Qué fármaco es de primera línea en la hipertensión?" El NCLEX casi nunca pregunta así. El NCLEX te da un escenario, te mete dentro de un momento clínico y te pide que *decidas*. Eso es un músculo diferente, y si nunca lo ejercitaste, te duele la primera vez.

**Tercero, la cultura de la respuesta "segura".** Muchos de nosotros crecimos en sistemas de salud donde la enfermera ejecuta y el médico decide. Donde cuestionar una orden es mal visto. Donde "primero actúo y luego evalúo si funcionó". El NCLEX viene de una filosofía completamente diferente: la enfermera es una profesional autónoma con pensamiento crítico propio, que valora antes de actuar, que cuestiona lo que parece inseguro, que protege al paciente por encima de cualquier jerarquía. Esa mentalidad hay que aprenderla y practicarla hasta que sea natural.

Ninguno de esos tres problemas tiene que ver con que sepas más o menos enfermería. Tienen que ver con que nadie te entrenó específicamente en el *cómo piensa el examen*.

Ese entrenamiento es lo que hace este libro.

---

## La diferencia entre estudiar y entrenar

Estudiar es leer, memorizar, repasar. Entrenar es practicar un método hasta que se vuelve reflejo.

Un boxeador no entra al ring solo sabiendo teoría de los golpes. Entrena el jab, el gancho, el movimiento de pies, la esquivas, hasta que el cuerpo responde solo, sin tener que pensar. Lo mismo aplica aquí.

El pensamiento clínico del NCLEX es entrenable. No naces sabiéndolo. No lo adquieres solo por tener experiencia en un hospital. Se entrena con método, con práctica de

preguntas dirigida, con análisis de por qué la respuesta correcta es correcta y por qué las incorrectas están mal.

Cuando termines este libro, no vas a responder preguntas por corazonada. Vas a tener un proceso: vas a leer el escenario, vas a identificar qué te está diciendo el paciente, vas a aplicar el marco de priorización correcto, y vas a elegir con confianza. No siempre vas a acertar al cien por ciento —nadie lo hace—, pero vas a saber *por qué* elegiste lo que elegiste, y eso marca la diferencia entre un candidato que pasa y uno que queda en el camino adivinando.

---

## Lo que este libro hace distinto

El libro que tienes en las manos es el segundo de la serie. El primero te explicó el camino completo para licenciarte: las credenciales, el inglés, los estados, la visa, todo el proceso. Si no lo leíste, lo recomiendo; te da el mapa general.

Este libro tiene un solo enfoque: **enseñarte a pensar como el NCLEX espera que pienses.**

Vamos a trabajar el modelo de juicio clínico que usa el NGN, que es el marco oficial con el que se construyen las preguntas actuales del examen. Vamos a profundizar en ADPIE — el proceso de enfermería — hasta que lo tengas tan incorporado que lo uses de forma automática. Vamos a dominar ABC y Maslow como herramientas de priorización, no como conceptos teóricos. Vamos a diseccionar los tipos de preguntas del NGN, incluyendo los famosos SATA y los casos clínicos de múltiples ítems. Y vamos a practicar con ejemplos clínicos reales, correctos, explicados paso a paso.

Todo en español. Con la lógica clínica explicada, no solo la respuesta correcta. Porque entender el *por qué* es lo que te hace mejorar con cada pregunta que practicas.

---

## Una promesa honesta

No te prometo que después de leer este libro el NCLEX va a ser fácil. Mentirte sería faltarte el respeto. El examen es exigente. El NGN es más complejo que la versión

anterior. Las preguntas de casos clínicos ponen a prueba un nivel de razonamiento que requiere práctica real.

Lo que sí te prometo es esto: cuando termines estas páginas, vas a entender exactamente qué busca el examen y cómo dártelo. Vas a tener un método, no una corazonada. Y cuando te sientes frente a esa pantalla el día del examen, vas a saber exactamente cómo procesar cada pregunta.

El NCLEX no premia a quien más memoriza. Premia a quien mejor piensa.

Empecemos a pensar.

---

**Resumen del capítulo:** El NCLEX mide juicio clínico, no memoria. Los candidatos hispanos no fallan por saber menos, sino porque nadie les entrenó en el método de razonamiento que usa el examen. Este libro enseña ese método.



---

## CAPÍTULO 2

### Cómo piensa una enfermera en EE.UU.: el modelo de juicio clínico

Hay una pregunta que me hacen mucho en mi comunidad, y me la hacen porque ven que el examen cambió: "Dr., ¿qué es exactamente el Next Generation NCLEX?"

La respuesta corta es esta: el NGN es la versión actual del examen NCLEX, diseñada para medir algo más profundo que el conocimiento. Mide el **juicio clínico**. Y para medir el juicio clínico, el examen usa un modelo específico — un mapa de cómo piensa una enfermera competente — que se llama el **Modelo de Juicio Clínico de NCSBN** (en inglés: NCSBN Clinical Judgment Measurement Model, o NCJMM).

No te preocupes por el nombre. Lo importante no es que lo memorices; es que lo entiendas. Porque una vez que entiendes cómo está estructurado ese modelo, entiendes por qué las preguntas del NGN son como son, y sabes cómo atacarlas.

---

#### ¿Por qué el examen cambió?

Antes de hablar del modelo, necesito que entiendas el *porqué* del cambio. Porque cuando entiendes el porqué, el cómo tiene mucho más sentido.

El NCLEX existe para una sola razón: proteger al público. No existe para certificar que estudiaste mucho. Existe para asegurar que una enfermera recién licenciada puede ejercer de forma segura sin causar daño a los pacientes.

Durante años, investigadores de NCSBN (la organización que rige el NCLEX) estudiaron los errores clínicos que cometen enfermeras de nivel principiante. Y descubrieron algo preocupante: muchos errores no ocurrían porque la enfermera no sabía el dato. Ocurrían porque la enfermera no supo *qué hacer con el dato*. Supo que el potasio estaba alto, pero no conectó ese dato con el riesgo cardíaco. Supo que el paciente estaba agitado, pero no interpretó esa agitación como una señal de alarma.

Eso es un fallo de juicio clínico. Y el examen anterior, con sus preguntas de opción múltiple estándar, no medía bien el juicio clínico. Medía conocimiento. Por eso cambió.

El NGN fue diseñado específicamente para medir si una candidata puede *razonar* de la manera en que una enfermera segura razona. Y ese razonamiento sigue pasos.

---

## Los seis pasos del modelo de juicio clínico

El NCJMM describe el pensamiento clínico de enfermería en seis pasos. Voy a explicarte cada uno en español sencillo, y al final del capítulo vamos a ver un caso completo que los integra todos.

### Paso 1: Reconocer las claves (Recognize Cues)

Una "clave" (cue) es cualquier dato del paciente que importa. Un valor de laboratorio anormal. Un síntoma. Un cambio de conducta. Una queja nueva. Un signo vital que no cuadra.

El primer trabajo de la enfermera es reconocer cuáles de todos los datos que tiene frente a ella son *relevantes* en este momento. No todos los datos importan igual. Un paciente puede tener diez cosas anotadas en su expediente, pero en este momento, dos o tres de ellas son las que señalan hacia un problema.

Reconocer claves es una habilidad. Requiere saber qué es normal y qué no lo es, y requiere atención. Una enfermera que no reconoce las claves no puede dar el siguiente paso.

### Paso 2: Analizar las claves (Analyze Cues)

Una vez que identificaste las claves relevantes, las analizas. Las pones en contexto. ¿Qué te dice este grupo de datos en conjunto? ¿A qué problema apuntan?

Nota que esto es diferente a reconocer. Reconocer es "este valor está fuera de rango". Analizar es "este valor fuera de rango, combinado con estos síntomas, en este tipo de paciente, en este momento postoperatorio, me sugiere este problema específico".

El análisis es donde el conocimiento clínico se conecta con la situación real. Y es donde muchas candidatas se pierden si no tienen el hábito de pensar así.

### **Paso 3: Priorizar hipótesis (Prioritize Hypotheses)**

Después de analizar las claves, la enfermera genera hipótesis — posibles explicaciones de lo que está pasando. Y luego las ordena por urgencia.

Este paso es clave en el examen. El NGN frecuentemente te va a pedir que priorices: "¿Cuál es el problema de mayor urgencia?" o "¿Cuál es la hipótesis más probable?" No todas las hipótesis son iguales. Algunas amenazan la vida inmediatamente. Otras son importantes pero pueden esperar unos minutos. Saber distinguir entre ellas es lo que el examen llama priorizar.

### **Paso 4: Generar soluciones (Generate Solutions)**

Con las hipótesis priorizadas, la enfermera piensa: ¿qué puedo hacer al respecto? ¿Qué intervenciones o acciones corresponden a este problema?

Este paso involucra el conocimiento clínico de las intervenciones: qué posición poner al paciente, qué medicamento administrar si hay orden, cuándo llamar al médico, qué equipo preparar, cómo educar. Pero las soluciones siempre están al servicio de las hipótesis que ya priorizaste. No actúas antes de tener claro qué estás tratando de resolver.

### **Paso 5: Actuar (Take Action)**

Aquí es donde la enfermera implementa lo que decidió. Selecciona la intervención más apropiada dada la situación y la ejecuta.

El NGN no solo pregunta qué intervención es correcta en abstracto. Pregunta cuál es la más apropiada *para este paciente, en este momento, con este nivel de urgencia*. Esa especificidad es intencional y es parte de lo que hace al examen más difícil que la versión anterior.

### **Paso 6: Evaluar los resultados (Evaluate Outcomes)**

Después de actuar, la enfermera evalúa: ¿funcionó? ¿El paciente respondió como esperaba? ¿Los datos mejoraron? ¿O empeoró y hay que cambiar el plan?

La evaluación cierra el ciclo. Y es continua, no un evento único al final del turno. Cada vez que intervines, evalúas. El examen te puede preguntar sobre evaluación de

distintas formas: qué signos indican que la intervención funcionó, qué hallazgo te indica que el plan hay que cambiar, qué debes monitorear después de administrar cierto medicamento.

**Consejo del Dr.:** Estos seis pasos no son una secuencia rígida que haces una vez y terminas. Son un ciclo que se repite constantemente. En la práctica real y en el examen, pasas de reconocer claves a evaluar resultados y de vuelta a reconocer nuevas claves, una y otra vez. La enfermera competente está siempre en ese ciclo.

### Un caso que lo muestra todo

Vamos a ver cómo se ve este modelo en la práctica. Te voy a presentar una situación y la vamos a recorrer paso a paso.

*Son las 3 de la tarde. Eres enfermera en una unidad médica. Tu paciente es Doña Carmen, una mujer de 72 años con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). Está hospitalizada desde ayer. El médico planea darla de alta mañana si sigue estable. Llegas a hacer tu ronda y notas lo siguiente: Doña Carmen está más inquieta que esta mañana. Dice que siente "que le falta el aire" cuando camina al baño. Su frecuencia respiratoria es 24 por minuto (esta mañana era 18). Su saturación de oxígeno es 91% con aire ambiente (esta mañana era 95%). Sus pies están más hinchados que ayer. Cuando la escuchas, notas estertores (crepitantes) en las bases pulmonares.*

Ahora recorremos los pasos:

#### **Reconocer las claves:**

Los datos que llaman la atención son: disnea de esfuerzo, frecuencia respiratoria elevada (24), saturación baja (91%), empeoramiento del edema en pies, crepitantes pulmonares. Todo en una paciente con ICC conocida.

#### **Analizar las claves:**

Estos datos, juntos, en una paciente con ICC, apuntan en una dirección clara: la ICC de Doña Carmen está *descompensándose*. El líquido se está acumulando en los pulmones (edema pulmonar incipiente). La saturación baja confirma que el intercambio de gases está comprometido.

### **Priorizar hipótesis:**

La hipótesis principal es descompensación de ICC con inicio de edema pulmonar. Esto es urgente porque compromete la respiración, que es una función vital. No es una emergencia de código azul en este momento, pero puede serlo si no se actúa.

### **Generar soluciones:**

Las intervenciones que corresponden incluyen: elevar la cabecera de la cama para facilitar la respiración, aplicar oxígeno suplementario según la política del hospital y la orden médica, notificar al médico con los nuevos hallazgos (usando comunicación estructurada — SBAR), monitorizar continuamente los signos vitales y la saturación, y estar preparada para la posibilidad de que el médico ordene un diurético IV.

### **Actuar:**

Elevo la cabecera. Aplico oxígeno. Llamo al médico con los datos claros y organizados. No abandono a la paciente.

### **Evaluar los resultados:**

¿Mejóro la saturación con el oxígeno? ¿La frecuencia respiratoria bajó? ¿El paciente reporta menos disnea? Si el médico ordenó furosemida IV, ¿cuánto orinó en la primera hora? ¿Hay signos de mejoría o la situación sigue deteriorándose?

¿Lo ves? En ningún momento de ese proceso fui a un libro a buscar "¿qué se hace en la insuficiencia cardíaca?" Apliqué un método de pensamiento. Tomé los datos, los analicé, los conecté con lo que sé, prioricé, actué, evalué.

Eso es lo que el NGN quiere verte hacer.

---

**Cómo aparece este modelo en las preguntas del examen**

El NGN introdujo nuevos formatos de preguntas diseñados específicamente para medir estos seis pasos. Algunos ejemplos:

- **Bow-tie questions** (preguntas en forma de corbata): te piden que identifiques condiciones, acciones y parámetros de evaluación al mismo tiempo. Miden varios pasos del modelo en una sola pregunta.
- **Trend questions** (preguntas de tendencia): te muestran datos de un paciente a lo largo del tiempo y te preguntan cómo está cambiando su condición. Miden el reconocimiento de claves y el análisis.
- **Matrix questions**: una tabla donde tienes que marcar intervenciones como indicadas o contraindicadas, o clasificar datos como relevantes o no. Miden el análisis y la generación de soluciones.
- **Extended múltiple choice**: más opciones que el formato tradicional, a veces pidiendo que selecciones todas las que aplican. Miden el análisis y la priorización.

No te asustes con los formatos. En el próximo capítulo del libro vamos a ver cada tipo en detalle. Por ahora, lo que importa es que entiendas que todos esos formatos tienen un propósito: hacerte demostrar que puedes *pensar*, no solo recordar.

---

## El juicio clínico se entrena, no se memoriza

Termino este capítulo con algo que quiero que te quede grabado.

El juicio clínico no es un talento especial que algunas personas tienen y otras no. No lo tienes por haber trabajado diez años en urgencias. No lo falta por haberte formado en Latinoamérica. Es una habilidad, y las habilidades se entrenan.

Se entrena leyendo casos clínicos y haciéndote preguntas: ¿qué claves veo? ¿A qué apuntan? ¿Qué haría primero? Se entrena respondiendo preguntas del NCLEX y, cuando te equivocas, analizando *por qué* te equivocaste — no solo marcando la correcta y pasando a la siguiente. Se entrena volviendo a este modelo una y otra vez hasta que se vuelve tu forma natural de procesar información clínica.

Con el tiempo, los seis pasos dejan de ser un checklist que recuerdas conscientemente. Se vuelven el ritmo natural de tu pensamiento. Y cuando llegues al examen, ese ritmo

va a estar ahí, trabajando para ti, pregunta por pregunta.

---

**Resumen del capítulo:** El NGN mide juicio clínico siguiendo el modelo NCJMM de seis pasos: reconocer claves, analizarlas, priorizar hipótesis, generar soluciones, actuar y evaluar. Entender este modelo es entender la lógica de fondo del examen.

---

# CAPÍTULO 3

## ADPIE en profundidad

Si el capítulo anterior te dio el mapa de cómo piensa una enfermera americana, este capítulo te da la estructura que organiza todo ese pensamiento. ADPIE no es solo un acrónimo que aparece en el examen. Es el esqueleto de la práctica de enfermería en Estados Unidos, y es la razón detrás de por qué las preguntas del NCLEX están construidas como están.

Vamos a verlo a fondo. No como teoría, sino como herramienta.

---

### Por qué ADPIE importa más de lo que crees

En muchos países latinoamericanos, el proceso de enfermería se enseña en la carrera pero no siempre se practica de forma explícita en los hospitales. La rutina clínica absorbe todo y el proceso se vuelve implícito o desaparece. Se hace la tarea del turno, se entregan los medicamentos, se documenta y se va. El razonamiento queda en la cabeza de cada quien, sin estructura visible.

En Estados Unidos, el proceso de enfermería es explícito, documentado y legalmente relevante. La valoración está escrita en el expediente. El diagnóstico de enfermería queda registrado. El plan de cuidados tiene objetivos concretos. Las intervenciones se documentan. Y la evaluación determina si el plan continúa o cambia.

El NCLEX refleja esa cultura. Cada pregunta clínica del examen vive en uno de los cinco pasos de ADPIE. Si sabes identificar en qué paso estás, sabes qué tipo de respuesta estás buscando.

---

### Los cinco pasos, uno por uno

#### A — Valoración (Assessment)



La valoración es recolectar datos. Es *todo* lo que la enfermera hace para conocer el estado del paciente: observar, medir, preguntar, palpar, auscultar, revisar el expediente, leer los resultados de laboratorio, hablar con la familia.

El punto clave es este: la valoración siempre va primero. Antes de cualquier intervención. Antes de llamar al médico. Antes de cambiar el plan. Primero, datos.

El NCLEX prueba este concepto de forma constante con una trampa clásica: te presenta una situación que parece urgente y las opciones de respuesta incluyen intervenciones inmediatas. Muchas candidatas eligen la intervención "proactiva" sin darse cuenta de que la pregunta está en la fase de valoración. La respuesta correcta es valorar primero.

¿Cuándo *no* aplica la regla de valorar primero? Cuando hay un peligro inmediato e inequívoco para la vida. Un paciente sin pulso requiere RCP, no más valoración. Un paciente que está cayendo hay que sostenerlo, no ponerse a evaluar su estado. Pero estos casos son la excepción, no la regla. En la gran mayoría de los escenarios del examen, si tienes duda entre valorar e intervenir, empieza por valorar.

### **Ejemplos de acciones de valoración:**

- Medir los signos vitales
- Preguntar al paciente sobre la localización, intensidad y características del dolor
- Revisar el resultado de los laboratorios recientes
- Auscultar los pulmones
- Observar el color y temperatura de la piel
- Preguntar al paciente qué medicamentos toma en casa
- Revisar el historial de alergias antes de administrar un medicamento

**Consejo del Dr.:** Una clave para reconocer preguntas de valoración en el examen es que el escenario te deja con información incompleta. Si hay algo importante que aún no sabes del paciente y hay una opción que te permite

obtener esa información, ese es tu punto de partida. El NCLEX siempre espera que la enfermera *sepa antes de actuar*.

## D — Diagnóstico de enfermería (Diagnosis)

Aquí hay una confusión frecuente que vale la pena aclarar desde el principio.

El diagnóstico médico y el diagnóstico de enfermería son dos cosas distintas.

El médico diagnostica la *enfermedad* o condición patológica: diabetes mellitus tipo 2, neumonía bacteriana, insuficiencia renal crónica. Ese diagnóstico identifica qué tiene el cuerpo.

La enfermera diagnostica la *respuesta humana* a esa enfermedad: cómo afecta al paciente en su vida diaria, en su funcionamiento, en su seguridad, en su bienestar. Un mismo diagnóstico médico puede generar diagnósticos de enfermería completamente diferentes en dos pacientes distintos.

Tomemos como ejemplo a dos pacientes con el mismo diagnóstico médico de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica):

- El paciente A, de 65 años, vive solo y no puede preparar su comida porque la disnea lo agota al caminar hasta la cocina. Su diagnóstico de enfermería prioritario podría ser *Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno*.
- El paciente B, de 65 años, vive con su familia y tiene apoyo, pero sigue fumando a pesar del diagnóstico. Su diagnóstico de enfermería prioritario podría ser *Disposición para mejorar el manejo de la salud* o *Negación ineficaz*.

Misma enfermedad. Dos respuestas humanas completamente distintas. Dos diagnósticos de enfermería diferentes.

El NCLEX te va a preguntar sobre diagnósticos de enfermería de dos formas principales: pidiéndote que identifiques cuál es el diagnóstico *más prioritario* para un paciente dado, o pidiéndote que reconozcas cuál diagnóstico es apropiado dada la información clínica disponible.

La clave para responder bien es recordar que el diagnóstico de enfermería describe lo que le pasa *al paciente como persona*, no solo a su cuerpo.

---

## **P — Planificación (Planning)**

Con el diagnóstico de enfermería identificado, la enfermera establece un plan: ¿qué resultados esperas lograr con este paciente? ¿Cómo vas a saber que mejoraste la situación?

Los objetivos del plan de enfermería deben cumplir ciertas características. En el entorno americano se habla de objetivos *SMART* (específicos, medibles, alcanzables, relevantes, con tiempo definido), aunque el examen no siempre usa ese término. Lo que sí evalúa es si el objetivo está centrado en el *paciente* — no en lo que hará la enfermera, sino en lo que logrará el paciente.

Ejemplo de objetivo mal formulado: "La enfermera administrará analgésicos según indicación médica."

Eso describe lo que hace la enfermera, no el resultado esperado en el paciente.

Ejemplo de objetivo bien formulado: "El paciente reportará un nivel de dolor de 3 o menos en una escala de 0 a 10 dentro de 30 minutos después de la administración del analgésico."

Eso es específico, medible, centrado en el paciente y con tiempo definido.

El NCLEX evalúa la planificación de varias formas: puede pedirte que identifiques cuál objetivo es el más apropiado, cuál es medible, cuál indica que la prioridad fue bien establecida, o qué intervenciones corresponden al objetivo planteado.

---

## **I — Implementación / Intervención (Implementation)**

Aquí actúas. La implementación es todo lo que la enfermera hace para ayudar al paciente a alcanzar los objetivos del plan.

Las intervenciones se dividen en dos tipos grandes:

*Independientes:* las que la enfermera realiza con su propio juicio clínico, sin necesitar una orden médica. Reposicionar al paciente, educar al paciente o familia, brindar apoyo emocional, medir signos vitales, aplicar compresas, gestionar el ambiente.

*Dependientes:* las que requieren una orden médica para ejecutarse. Administrar medicamentos, realizar procedimientos invasivos, obtener muestras para laboratorio por orden del médico.

El NCLEX evalúa mucho la implementación, y lo hace de formas variadas:

- ¿Cuál intervención es la prioritaria cuando hay varias posibles?
- ¿Qué debe verificar la enfermera antes de administrar este medicamento?
- ¿Qué intervención es inapropiada y por qué?
- ¿Qué tarea puede delegar la enfermera al asistente y qué no?

Este último punto merece atención especial. La delegación es un tema recurrente en el examen. La regla general es: cualquier tarea que requiera *valoración clínica* o *juicio de enfermería* no puede delegarse al personal no licenciado (asistentes de enfermería, CNA). El técnico puede tomar signos vitales. No puede interpretar unos signos vitales anormales ni decidir la respuesta clínica.

**Consejo del Dr.:** En preguntas de implementación, el examen frecuentemente te ofrece una respuesta que suena muy proactiva — llama al médico de inmediato, prepara el equipo de emergencia, administra el medicamento. Antes de elegir esa respuesta, pregúntate: ¿ya hice la valoración completa? ¿Tengo todos los datos que necesito para actuar? Si la respuesta es no, puede que la opción correcta sea completar la valoración primero.

---

## **E — Evaluación (Evaluation)**

El último paso del proceso es también el más continuo. Evaluar no es algo que haces al final del turno; es algo que haces después de cada intervención, y que repite el ciclo.

La evaluación responde a una pregunta simple: ¿funcionó?

¿El dolor del paciente disminuyó después del analgésico? ¿La saturación mejoró con el oxígeno? ¿El edema está cediendo con el diurético? ¿El paciente puede demostrar que entendió la educación que le diste?

Cuando la evaluación indica que los objetivos *no* se alcanzaron, el proceso vuelve a empezar. Puede ser que la valoración esté incompleta y haya datos que no tienes. Puede ser que el diagnóstico de enfermería necesite ajustarse. Puede ser que el plan sea incorrecto o que la intervención no sea la más apropiada.

El NCLEX evalúa la fase de evaluación preguntando por signos de mejoría o deterioro, por hallazgos que indican que el tratamiento funcionó o que hay que cambiarlo, por lo que la enfermera debe monitorear después de una intervención específica.

---

## **La regla de oro que lo une todo: VALORA ANTES DE ACTUAR**

De todo lo que hemos visto en este capítulo, hay una regla que aparece más que ninguna otra en el examen y que vale la pena repetir con fuerza:

### **Valora antes de actuar.**

Antes de intervenir, asegúrate de tener los datos que necesitas. Antes de administrar el medicamento para el dolor, mide el dolor. Antes de llamar al médico a reportar un cambio, completa tu valoración del paciente. Antes de elevar la cabecera por disnea, ausculta los pulmones para confirmar el problema.

Esto no significa que la enfermera del NCLEX es lenta o indecisa. Significa que actúa con información, no a ciegas. Y en situaciones donde hay una amenaza inmediata a la vida, la valoración y la acción ocurren casi simultáneamente o en segundos. Pero el principio se mantiene.

---

## **Tres casos para practicar ADPIE**

Vamos a ver tres situaciones clínicas cortas. Después de leer cada una, identifica en qué paso de ADPIE está la pregunta y qué tipo de respuesta busca.

### **Caso 1:**

*Un paciente de 55 años con diabetes tipo 2 llega al consultorio ambulatorio para su cita de rutina. Dice que en los últimos días se ha sentido "cansado y con sed". La enfermera va a hacer la evaluación inicial.*

¿Qué paso de ADPIE domina aquí? Valoración. La enfermera está recolectando datos. Las respuestas correctas en preguntas de este tipo serán acciones de valoración: medir glucosa capilar, revisar el registro de glucosas en casa, preguntar por síntomas adicionales (poliuria, visión borrosa), revisar los últimos laboratorios. No interviene todavía. Recoge datos.

### **Caso 2:**

*La enfermera acaba de valorar a un paciente post-operatorio de reemplazo de cadera. Tiene dolor 7/10, temperatura 37.1°C, el apósito quirúrgico está limpio y seco, y está ansioso porque no sabe cuándo podrá caminar. La enfermera revisa sus notas y se prepara para establecer el plan de cuidados.*

¿Qué paso domina aquí? Diagnóstico y planificación. La enfermera tiene sus datos y ahora necesita identificar los problemas prioritarios. El dolor (7/10) es fisiológico y debe atenderse. La ansiedad es también un problema legítimo, pero tiene menor urgencia que el dolor. El diagnóstico de enfermería prioritario sería algo como *Dolor agudo relacionado con el procedimiento quirúrgico*. El plan incluirá objetivos medibles de control del dolor.

### **Caso 3:**

*La enfermera administró morfina 4 mg IV a un paciente con dolor post-quirúrgico hace 30 minutos. Regresa a su cuarto para ver cómo está.*

¿Qué paso domina aquí? Evaluación. La enfermera está evaluando el resultado de su intervención. Las preguntas de este tipo buscarán respuestas sobre signos de eficacia (¿bajó el dolor? ¿cuánto?) y signos de complicación (¿la frecuencia respiratoria sigue normal? ¿el paciente está alerta y orientado? ¿no hay señales de depresión respiratoria por el opioide?). Evaluar aquí no es solo "¿está bien?", sino una valoración dirigida al resultado esperado de lo que se hizo.

---

## ADPIE como brújula en el examen

Cuando leas una pregunta del NCLEX y no estés segura de qué busca, hazte estas preguntas:

- ¿Está pidiéndome que *recolecte* datos? → Valoración.
- ¿Está pidiéndome que *identifique* el problema principal del paciente? → Diagnóstico.
- ¿Está pidiéndome que establezca *metas* o elija el objetivo correcto? → Planificación.
- ¿Está pidiéndome que *haga* algo con el paciente? → Implementación.
- ¿Está pidiéndome que determine si *funcionó* lo que hice? → Evaluación.

Con esa brújula, el tipo de respuesta que buscas se vuelve mucho más claro.

---

## Cierre del capítulo: ADPIE no es burocracia

Quiero cerrar con algo importante.

A veces, cuando hablo de ADPIE y del proceso de enfermería con candidatos al NCLEX, noto una resistencia sutil. Como si fuera burocracia, papeleo, teoría académica desconectada de la realidad del hospital.

Entiendo esa sensación. Pero te pido que cambies el lente.

ADPIE no es burocracia. Es la estructura que protege al paciente de decisiones apresuradas y mal fundamentadas. La enfermera que valora antes de actuar es menos propensa a administrar el medicamento equivocado. La que establece un diagnóstico de enfermería claro sabe a qué apuntan sus intervenciones. La que evalúa después de actuar detecta a tiempo cuando algo no está funcionando.

Y en el examen, ADPIE es tu mapa. Te dice dónde estás y qué tipo de respuesta te corresponde dar. Úsalo bien, y muchas preguntas que antes parecían confusas van a empezar a verse con mucha más claridad.

---

**Resumen del capítulo:** ADPIE (Valoración, Diagnóstico, Planificación, Implementación, Evaluación) es la estructura del proceso de enfermería y la columna vertebral del NCLEX. La regla de oro es valorar antes de actuar. Identificar en qué paso de ADPIE está cada pregunta del examen orienta directamente el tipo de respuesta correcto.



---

# CAPÍTULO 4

## Priorización ABC: Vía Aérea, Respiración, Circulación

Imagina que entras a tu turno y tienes cuatro pacientes que todos necesitan atención en este momento. La habitación 1 tiene un señor que lleva media hora tocando el timbre porque necesita ir al baño. La habitación 2 tiene una paciente que está angustiada porque nadie le ha explicado su diagnóstico. La habitación 3 tiene un hombre con una herida quirúrgica que necesita curarse. Y la habitación 4 tiene una mujer que lleva tres minutos sin hablar y cuya saturación de oxígeno acaba de caer a 86%.

Sin pensarlo dos veces: habitación 4 primero.

No porque los otros no importen. Sino porque una saturación de 86% es una amenaza inmediata a la vida, y las demás situaciones —aunque son reales y requieren atención— pueden esperar los minutos que toma resolver una crisis respiratoria.

Esto es el ABC. Y en el NCLEX, esta lógica aparece en decenas de preguntas.

---

### Por qué existe el ABC

El sistema ABC viene de los protocolos de soporte vital básico y avanzado: ACLS, BLS, PALS. Médicos, paramédicos y enfermeras de todo el mundo lo conocen porque responde a una verdad fisiológica simple.

El cuerpo humano necesita oxígeno para sobrevivir. El cerebro empieza a sufrir daño irreversible después de cuatro a seis minutos sin él. Para que el oxígeno llegue al cerebro y a los tejidos, necesitas tres cosas funcionando en cadena:

1. Una **vía aérea permeable** — que el aire pueda entrar y salir sin obstáculos.
2. **Respiración** — que los pulmones intercambien gases: entren oxígeno y salga dióxido de carbono.
3. **Circulación** — que el corazón bombee esa sangre oxigenada a todo el cuerpo.

Quita cualquiera de las tres, y las otras dos pierden su propósito.

No tiene sentido que el corazón bombee si los pulmones no oxigenan la sangre. No tiene sentido que los pulmones funcionen si la vía aérea está bloqueada. La cadena se rompe en el primer eslabón débil. Por eso el orden importa: A siempre antes que B, B siempre antes que C.

---

## **La A: Vía aérea (Airway)**

La vía aérea es el primer eslabón. Si está obstruida, todo lo demás es secundario.

¿Qué amenaza la vía aérea?

- Secreciones, vómito o sangre en la boca o faringe.
- Lengua caída hacia atrás en un paciente inconsciente o sedado.
- Laringoespasma o edema de glotis (como en reacción anafiláctica).
- Cuerpo extraño.
- Estridor (ese sonido agudo y chirriante que indica obstrucción parcial de la vía aérea superior).

Señales de alarma que el NCLEX usa para señalar problema de vía aérea:

- El paciente está gurgling (haciendo un sonido de burbujeo con cada respiración).
- El paciente tiene estridor audible.
- Hay secreciones visibles en la boca.
- El paciente está inconsciente y en posición supina (lengua que puede caer).
- Post-extubación con dificultad para hablar o respirar.

**La intervención depende de la causa:** en un paciente inconsciente, maniobra frente-mentón o elevación de mandíbula. Si hay secreciones, aspiración. Si hay obstrucción por cuerpo extraño, maniobra de Heimlich. Si el edema amenaza con cerrar la vía, prepararse para intubación de emergencia.

Lo que no cambia es la prioridad: hasta que la vía aérea no esté despejada, ninguna otra intervención tiene sentido.

**Consejo del Dr.:** En el examen, si una opción dice algo relacionado con posicionar al paciente para abrir la vía aérea, aspirar secreciones, o maniobras para despejar la faringe, esa opción casi siempre gana sobre las demás cuando el problema es la A. No te dejes llevar por opciones que suenan más "dramáticas" como "preparar para intubación" si hay pasos previos que resolver.

## La B: Respiración (Breathing)

Con la vía aérea abierta, el siguiente eslabón es que los pulmones funcionen. La respiración puede verse comprometida aunque la vía aérea esté libre.

¿Qué amenaza la respiración?

- Frecuencia respiratoria anormalmente baja (bradipnea, menos de 12 por minuto) o alta (taquipnea, más de 20 por minuto en reposo).
- Saturación de oxígeno por debajo de 95% en un adulto sano (valores de 90% o menos son críticos).
- Respiración superficial, trabajosa, uso de músculos accesorios.
- Neumotórax a tensión — aire atrapado en el espacio pleural que colapsa el pulmón.
- Embolia pulmonar severa.
- Broncoespasmo severo (crisis asmática).

Señales de alarma en el NCLEX:

- Frecuencia respiratoria de 8 respiraciones por minuto (bradipnea severa, puede indicar depresión respiratoria por opioides, por ejemplo).
- SpO<sub>2</sub> de 88%, 86%, o valores similares.
- El paciente usa los músculos del cuello para respirar.
- Cianosis perioral o en labios.
- El paciente dice "no puedo respirar" o parece angustiado y agitado (la hipoxia produce agitación).

**Punto clave para el examen:** La agitación o confusión de inicio brusco en un paciente que estaba tranquilo puede ser hipoxia. Antes de pensar en ansiedad o delirio, valora la oxigenación.

---

## **La C: Circulación (Circulation)**

El tercer eslabón es que la sangre circule. Problemas circulatorios graves comprometen la entrega de oxígeno a los tejidos aunque la vía aérea y los pulmones funcionen.

¿Qué amenaza la circulación?

- Sangrado activo, hemorragia interna o externa.
- Hipotensión severa (presión sistólica por debajo de 90 mmHg en un adulto, en contexto clínico).
- Shock en cualquiera de sus formas: hipovolémico, cardiogénico, distributivo (séptico, anafiláctico).
- Arritmias que comprometen el gasto cardíaco.
- Paro cardíaco.

Señales de alarma en el NCLEX:

- Taquicardia + hipotensión + piel fría y pálida: piensa en shock hipovolémico hasta demostrar lo contrario.
  - Sangrado visible activo.
  - Pulso débil o ausente.
  - Presión arterial que cae comparada con lecturas previas del mismo paciente.
- 

## **Cómo usa el NCLEX el ABC: los dos escenarios más comunes**

### **Escenario 1: Un paciente, múltiples problemas.**

Te presentan a un paciente con varios signos y síntomas. Tu tarea es decidir qué atiendes primero.

Ejemplo resuelto:

*Una mujer de 55 años ingresa al servicio de urgencias con dificultad para respirar. La enfermera observa: frecuencia respiratoria de 28 por minuto, saturación de oxígeno del 89%, presión arterial de 158/96, y refiere dolor en la pantorrilla derecha desde hace dos días. ¿Qué valoración es prioritaria?*

Análisis:

- FR de 28 y SpO<sub>2</sub> de 89% indican compromiso respiratorio activo (la B del ABC).
- La presión alta es un problema, pero no amenaza la vida en este segundo.
- El dolor en la pantorrilla es relevante (posible TVP, posible fuente de una embolia pulmonar), pero es la evaluación que sigue, no la primera acción.

Respuesta: La saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria son la prioridad. Se inicia valoración respiratoria completa y oxígeno suplementario si hay orden o si la política del servicio lo permite mientras se contacta al médico.

## **Escenario 2: Múltiples pacientes, ¿a cuál vas primero?**

Este es uno de los tipos de pregunta más frecuentes. La enfermera tiene varios pacientes y debe decidir el orden de atención.

Ejemplo resuelto:

*La enfermera debe evaluar a cuatro pacientes al mismo tiempo. ¿A cuál atiende primero?*

- Paciente 1: Paciente diabético con glucosa de 280 mg/dL.
- Paciente 2: Paciente post-operatoria de reemplazo de cadera, dolor 7/10.
- Paciente 3: Paciente con EPOC que acaba de llegar de radiología con frecuencia respiratoria de 9 y letárgico.
- Paciente 4: Paciente con hipertensión que pregunta cuándo puede comer.

Análisis:

- Paciente 1: Glucosa elevada, preocupante pero no emergencia inmediata de vida.

- Paciente 2: Dolor severo post-op, necesita atención, pero dolor 7/10 no es amenaza a la vida.
- Paciente 3: FR de 9 (bradipnea severa) más letargo en paciente con EPOC. Esto es compromiso respiratorio activo — la B del ABC. Amenaza inmediata a la vida.
- Paciente 4: Pregunta de rutina.

Respuesta: Paciente 3 primero, sin dudarlo.

**Consejo del Dr.:** Cuando tengas múltiples pacientes y debas ordenarlos, hazlo en dos pasos. Primero busca si alguno tiene compromiso de vía aérea, respiratorio o circulatorio activo. Si lo hay, ese va primero. Si ninguno tiene ABC comprometido, entonces usas Maslow y el sentido clínico para ordenar los demás. Nunca saltes ese primer filtro.

## Situaciones que confunden en el ABC

### "Pero la presión arterial es 90/50 y la saturación es 91%. ¿Cuál va primero?"

Cuando tienes dos problemas activos, uno de B y uno de C, el dilema es real. La respuesta depende del contexto clínico. En el NCLEX, si ambos están en el mismo paciente, la intervención casi siempre aborda los dos simultáneamente (posición, oxígeno, acceso IV, llamar al médico). Pero si te fuerzan a elegir uno primero, recuerda que la cadena A→B→C es fisiológicamente secuencial: sin oxigenación adecuada, la circulación no puede mantener la vida. La B normalmente precede.

### "¿El ABC aplica siempre?"

No. El ABC es para situaciones de priorización clínica, especialmente cuando hay amenaza a la vida. Para situaciones subagudas, crónicas, o cuando ningún sistema vital está comprometido, usas Maslow (que veremos en el siguiente capítulo) y el sentido clínico.

### "¿Qué pasa si el paciente ya tiene RCP en curso?"

Entonces el ABC es el protocolo activo, y las prioridades dentro del RCP (vía aérea, ventilación, compresiones) siguen exactamente ese orden.

---

### **Mini-resumen para llevar al examen**

Cuando leas una pregunta de priorización:

1. ¿Hay compromiso de vía aérea? (obstrucción, estridor, gurgling, cuerpo extraño) → Eso va primero.
2. ¿Hay compromiso respiratorio? (FR baja o muy alta, SpO<sub>2</sub> bajo 95%, cianosis, uso de músculos accesorios) → Eso va antes que los problemas circulatorios.
3. ¿Hay compromiso circulatorio? (hipotensión, taquicardia inexplicada, sangrado activo, piel fría y pálida) → Eso va antes de problemas que no amenazan la vida de forma inmediata.
4. ¿Ninguno de los tres está comprometido? → Pasa a Maslow.

Eso es todo. Simple, lógico, fisiológicamente correcto. Y el NCLEX lo usa de forma consistente.

---

**Resumen del capítulo:** El ABC es el primer filtro de priorización clínica en el NCLEX: la vía aérea se atiende antes que la respiración, y la respiración antes que la circulación, porque cada eslabón depende del anterior para que la cadena funcione. Cuando ningún sistema vital está comprometido, se avanza a otros marcos como Maslow.

---

# CAPÍTULO 5

## Maslow y las Reglas de Oro de la Priorización

Ya tienes el primer filtro: el ABC. Pero el examen no solo pregunta sobre emergencias. Gran parte de las preguntas del NCLEX se pasan en un territorio diferente: el de pacientes que están mal, pero no están en paro. Pacientes que tienen varios problemas reales, todos merecen atención, pero no todos con la misma urgencia.

Aquí es donde entra Maslow.

Y aquí es también donde un conjunto de reglas prácticas —que veremos una por una— te permite tomar decisiones clínicas limpias, sin adivinar, con lógica que el examen reconoce como correcta.

---

### La pirámide de Maslow en la práctica de enfermería

Abraham Maslow era psicólogo. Su pirámide describe una jerarquía de necesidades humanas, y aunque fue publicada en 1943 para explicar la motivación humana, la enfermería americana la adoptó como marco de priorización clínica porque tiene una lógica que funciona: las necesidades más básicas para sobrevivir deben satisfacerse antes de poder atender las que son más complejas.

La pirámide, desde la base hasta la punta:

**Nivel 1 — Necesidades fisiológicas:** Respiración, circulación, alimentación, hidratación, eliminación, temperatura corporal, sueño y descanso, alivio del dolor físico. Son las necesidades más urgentes porque sin ellas el cuerpo no sobrevive.

**Nivel 2 — Seguridad y protección:** Estar libre de peligro físico, caídas, infecciones, heridas. Ambiente seguro. Estabilidad del entorno.

**Nivel 3 — Amor y pertenencia:** Relaciones sociales, apoyo familiar, sentirse parte de una comunidad, no estar solo.



**Nivel 4 — Autoestima:** Dignidad, respeto, sentido de logro, independencia.

**Nivel 5 — Autorrealización:** Crecimiento personal, propósito, alcanzar el potencial máximo.

**La regla del NCLEX es simple: las necesidades de los niveles más bajos tienen prioridad sobre las de los niveles más altos.**

No porque el dolor emocional no sea real. No porque la dignidad no importe. Sino porque si el cuerpo no está funcionando, ningún nivel superior puede atenderse de forma efectiva. El hambre o el dolor físico consumen toda la atención del sistema nervioso; no hay espacio para el crecimiento personal cuando alguien siente que se ahoga.

---

### **La regla de las reglas: fisiológico antes que psicológico/social**

Esta es la aplicación más directa de Maslow y la que el NCLEX prueba con más frecuencia.

Si tienes que elegir entre atender un problema físico y uno emocional o social en el mismo paciente, el físico va primero.

Ejemplo:

*Una paciente de 72 años con insuficiencia cardíaca congestiva tiene presión arterial de 160/100, edema en los tobillos, y está llorando porque siente que "es una carga para su familia". ¿Qué aborda la enfermera primero?*

Los niveles en juego:

- Presión arterial de 160/100 y edema → fisiológico y seguridad (niveles 1 y 2).
- Sentirse una carga → amor y pertenencia, autoestima (niveles 3 y 4).

Respuesta: La enfermera atiende primero los signos vitales y el estado físico. Una vez que el estado clínico está evaluado y manejado, entonces se sienta a hablar con la paciente sobre sus emociones. No porque los sentimientos no valgan, sino porque la pirámide manda.

**Consejo del Dr.:** Cuando veas en una pregunta que hay una queja física (dolor, disnea, cifras anormales) al lado de una queja emocional o social (ansiedad, soledad, miedo, tristeza), el NCLEX casi siempre quiere que vayas primero al problema físico. Si ambos son físicos, entonces aplicas ABC y las reglas que siguen.

---

## Las reglas de oro de la priorización

Maslow da el marco general. Pero hay un conjunto de reglas prácticas que el NCLEX aplica de forma tan constante que puedes memorizarlas como principios. Aprenderlas cambia la forma en que respondes preguntas difíciles.

---

### Regla 1: La seguridad del paciente siempre primero

Si hay una situación que amenaza la seguridad del paciente —caída inminente, riesgo de infección, error de medicación, procedimiento sin consentimiento— eso va antes que casi cualquier otra cosa.

Ejemplo: Un paciente post-quirúrgico con desorientación intenta bajarse de la cama solo. Hay otras tres tareas pendientes. ¿Qué hace la enfermera primero?

Respuesta: Garantizar que el paciente no caiga. La seguridad inmediata primero.

Esta regla también aplica cuando una orden médica parece incorrecta o insegura. Antes de ejecutarla, la enfermera la cuestiona. La seguridad del paciente supera la obediencia ciega a cualquier orden.

---

### Regla 2: Lo agudo antes que lo crónico

Un problema que acaba de aparecer o que ha empeorado recientemente tiene prioridad sobre uno que lleva mucho tiempo presente y está relativamente estable.

Ejemplo:

*La enfermera atiende a dos pacientes. El paciente A tiene diabetes tipo 2 controlada desde hace 10 años. El paciente B tiene diabetes tipo 2 y esta mañana su glucosa cayó a 52 mg/dL por primera vez.*

¿A quién primero? Paciente B. La hipoglucemia aguda es una amenaza inmediata. La diabetes crónica controlada espera.

El NCLEX aplica esta lógica constantemente: lo nuevo, lo que cambió, lo que empeoró hoy, tiene prioridad sobre lo que lleva meses estable.

---

### **Regla 3: Lo inestable antes que lo estable**

Un paciente cuyos signos vitales están cambiando, cuyo estado está empeorando, o cuya situación es impredecible, precede al paciente cuyos valores son anormales pero estables y conocidos.

Ejemplo:

- Paciente A: Presión arterial de 155/95 crónica, medicado, sin cambios en las últimas 48 horas.
- Paciente B: Presión arterial que era 120/80 esta mañana y ahora es 90/58.

¿Cuál tiene prioridad? Paciente B. La caída de tensión es inestabilidad; el estado de Paciente A es anormal pero conocido y estable.

La clave no siempre es el número en sí, sino la tendencia. Un valor anormal estable es menos urgente que un valor que está cambiando.

**Consejo del Dr.:** Cuando en una pregunta aparecen dos pacientes con valores anormales, fíjate en cuál está cambiando y cuál está estable. El cambio es la señal de alarma. La estabilidad —aunque imperfecta— puede esperar un poco más.

---

### **Regla 4: Lo menos invasivo primero**

Antes de recurrir a una intervención que sea más agresiva, física o compleja, la enfermera elige la opción menos invasiva que pueda resolver el problema.

Esta regla aparece mucho en preguntas de educación al paciente, manejo del dolor, movilidad y técnicas de comodidad.

Ejemplo: Un paciente post-operatoria tiene dificultad para conciliar el sueño. La enfermera tiene disponibles: administrar un hipnótico prescrito, reducir el ruido en el corredor y bajar la luz, o pedir evaluación psicológica.

¿Qué va primero? Reducir estímulos ambientales (menos invasivo). Si eso no funciona, entonces se considera el medicamento.

Esta regla también aplica en manejo de conducta, en procedimientos, y en intervenciones educativas versus farmacológicas. Empieza siempre por lo más simple y menos riesgoso.

---

### **Regla 5: Valora/evalúa antes de actuar**

Esta es tan importante que merece que la repitas en voz alta antes de cada examen.

Antes de actuar, antes de llamar al médico, antes de administrar medicamento, antes de cualquier intervención: **valorar**.

¿Por qué? Porque sin datos, la acción puede ser incorrecta, redundante o peligrosa. El NCLEX espera que entiendas que la valoración es la base de toda decisión clínica.

Ejemplo: Un paciente post-quirúrgico tiene dolor. La enfermera tiene prescrito un analgésico. ¿Qué hace primero?

La trampa es decir "administrar el analgésico". La respuesta correcta es primero valorar el dolor: localización, intensidad, tipo, características, y verificar los signos vitales. Porque el dolor en ese contexto puede ser normal del postoperatorio, pero también puede ser una complicación: sangrado, isquemia, perforación. Actuar sin valorar puede enmascarar un problema grave.

La excepción —que ya mencionamos— es el peligro inmediato sin tiempo: un paciente que se cae, un paro cardíaco, una obstrucción de vía aérea con cierre inminente. En

esos casos, actúas primero. Pero son la excepción, no la regla.

---

## **Regla 6: El paciente real antes que los datos de laboratorio**

Lo que está frente a tus ojos tiene más peso que un número en una pantalla.

Esta regla puede sonar contraintuitiva, pero tiene su lógica: los laboratorios son datos de apoyo. El estado clínico del paciente es la realidad. Si los valores de laboratorio son anormales pero el paciente está asintomático, estable y sin cambios, el número no genera acción inmediata por sí solo. Si el paciente está sintomático, agitado o en deterioro, actúas aunque el laboratorio no haya llegado todavía.

Ejemplo: Un paciente tiene una creatinina de 2.1 mg/dL (elevada) en el reporte. Está alerta, hidratado, sin síntomas urinarios, con signos vitales estables. ¿Es urgente?

No en este momento. Ese valor se reporta al médico y se monitorea, pero no es una emergencia de atención inmediata.

Comparado con: El mismo paciente que ahora tiene oliguria (apenas 15 mL de orina en las últimas 2 horas), está confuso, con presión arterial baja. Ahí el problema es urgente independientemente de qué diga el laboratorio.

El examen te presentará datos de lab junto con el estado clínico del paciente. Siempre mira primero al paciente.

**Consejo del Dr.:** Si una pregunta te da un valor de laboratorio anormal y al mismo tiempo te describe un paciente que está sintomático o descompensado, la prioridad es el estado del paciente, no el número. El laboratorio confirma; el cuadro clínico define.

---

## **Combinando Maslow con las reglas: un ejemplo integrado**

*La enfermera entra a valorar a cuatro pacientes. ¿A cuál atiende primero?*

- Paciente A: 68 años con insuficiencia cardíaca crónica estable, queja de disnea leve habitual, SpO2 95%, igual que siempre.
- Paciente B: 45 años post-operatoria de apendicectomía, refiere dolor 5/10 en la herida, signos vitales estables.
- Paciente C: 55 años con diabetes tipo 2, acaba de ser encontrado diaforético, tembloroso y confuso. Glucómetro al pie de la cama.
- Paciente D: 72 años estable, muy angustiado porque su familia no ha llegado a visitarle.

#### Análisis:

- Paciente A: Disnea, pero es su estado habitual y la SpO2 está en 95%. Problema crónico estable.
- Paciente B: Dolor post-op esperado, signos vitales estables. Requiere atención, no urgente.
- Paciente C: Diaforesis + temblor + confusión en un diabético. Hipoglucemia probable. Esto es agudo, fisiológico, inestable. Regla de lo agudo antes que lo crónico; Maslow nivel 1. Va primero.
- Paciente D: Problema emocional y social. Maslow nivel 3. Importante, pero espera.

Respuesta: Paciente C primero, por presentación aguda potencialmente peligrosa (hipoglucemia). Después Paciente B (dolor físico, Maslow nivel 1 también, pero estable). Después Paciente A (crónico y estable). Después Paciente D (necesidad psicosocial).

---

### Un cartel mental para el examen

Cuando no estés segura de a quién atender primero, aplica este orden:

1. ¿ABC comprometido? → Ese paciente primero.
2. ¿Problema agudo nuevo o que está empeorando? → Antes que lo crónico estable.

3. ¿Paciente inestable (signos cambiando)? → Antes que el estable aunque sea anormal.
4. ¿Problema fisiológico? → Antes que el psicológico o social.
5. ¿Riesgo de seguridad inmediato? → Atiende eso ahora.
6. ¿Necesitas más datos? → Valora antes de actuar.

Con este orden en la cabeza, el NCLEX deja de parecer un examen de adivinanza y empieza a parecerse a lo que es: una evaluación de pensamiento clínico.

---

**Resumen del capítulo:** Maslow establece que las necesidades fisiológicas preceden a las psicosociales, y las reglas de oro complementan ese marco: lo agudo antes que lo crónico, lo inestable antes que lo estable, la seguridad siempre primero, lo menos invasivo primero, valorar antes de actuar, y el estado del paciente real por encima de los números del laboratorio.

---

# CAPÍTULO 6

## Las Trampas Mentales que Te Hacen Fallar

Sé lo que se siente cuando sales del examen con la certeza de que fallaste preguntas que "sabías". No fue por ignorancia. Sabías la fisiología. Conocías el medicamento. Habías cuidado pacientes con esa condición durante años. Y aun así elegiste la respuesta equivocada.

Eso tiene nombre: trampa mental.

El NCLEX no solo prueba tu conocimiento clínico. Prueba tu capacidad de razonar bajo presión, de leer con precisión, de resistir el impulso de actuar cuando deberías valorar, de ignorar el ruido y encontrar la señal. Y tiene trampas diseñadas específicamente para explotar los patrones de pensamiento que traemos de nuestra formación.

Este capítulo es una lista honesta de esas trampas. Reconocerlas es la mitad del trabajo. La otra mitad es aprender a esquivarlas.

---

### Trampa 1: Actuar antes de valorar

Esta es, sin duda, la trampa más frecuente del NCLEX. Y atrapa sobre todo a enfermeros con experiencia real, porque en la práctica clínica la rapidez es un valor. Ves un problema y actúas.

El NCLEX no premia la rapidez. Premia el orden lógico. Y el primer paso del proceso de enfermería es siempre la valoración.

#### Cómo se ve en el examen:

*Un paciente con diabetes tipo 1 llama a la enfermera y dice que se siente "raro" y con mareos. ¿Qué hace la enfermera primero?*

Opciones que parecen buenas:

- Darle jugo de naranja.



- Administrar glucagón IM si hay prescripción.
- Llamar al médico.

Opción correcta: **Verificar la glucosa capilar (valorar).**

¿Por qué? Porque "sentirse raro y con mareos" en un diabético puede ser hipoglucemia, pero también puede ser hiperglucemia, hipotensión, o un problema no relacionado con la glucosa. Sin el dato, cualquier acción puede ser incorrecta o peligrosa.

### **Cómo evitarlo:**

Cada vez que veas una pregunta que empieza con "el paciente refiere síntomas" o "el asistente te informa que el paciente...", detente y pregúntate: ¿hay ya datos suficientes para actuar, o la situación requiere valorar primero?

La respuesta casi siempre es: valora primero.

La excepción —que ya conoces— es el peligro inmediato sin tiempo: paro, caída activa, obstrucción total de la vía aérea. Pero cuando hay segundos para pensar, usa esos segundos para valorar.

**Consejo del Dr.:** Si ves una opción que dice "valorar", "evaluar", "obtener signos vitales", "realizar una valoración completa", o "verificar" algo, y el escenario no describe un peligro de vida inminente, esa opción casi siempre es la correcta. El NCLEX recompensa el orden.

---

### **Trampa 2: Dejarse llevar por la opción que "suena más médica"**

Esta trampa va dirigida a quienes traemos formación médica fuerte —ya sea porque estudiamos medicina, o porque trabajamos muchos años en sistemas donde las funciones eran mixtas.

En el NCLEX, la respuesta "más médica" —la que suena más técnica, más agresiva, más especializada— no siempre es la correcta. De hecho, a veces es deliberadamente la respuesta incorrecta.

### Cómo se ve en el examen:

*Un paciente con EPOC moderado estable tiene SpO<sub>2</sub> de 91% en reposo. ¿Qué hace la enfermera?*

Opciones que parecen impresionantes:

- Preparar equipo de intubación.
- Llamar al médico para solicitar gasometría arterial urgente.
- Aumentar el flujo de oxígeno a 10 litros por minuto.

Opción correcta: **Revisar los parámetros base del paciente, evaluar el estado respiratorio actual y notificar al médico si hay cambio en el estado del paciente.**

¿Por qué no intubación ni 10 litros? Porque en EPOC, SpO<sub>2</sub> de 91% puede ser el valor habitual del paciente (muchos mantienen saturaciones más bajas de forma crónica), y administrar oxígeno en flujos altos en ciertos pacientes con EPOC puede suprimir el estímulo respiratorio. La acción más agresiva no siempre es la más apropiada.

### Cómo evitarlo:

Cuando una opción suena muy impresionante, pregúntate: ¿es necesaria ahora? ¿Hay un paso menos invasivo o más apropiado al contexto que el examen puede estar esperando?

El NCLEX no premia el heroísmo innecesario. Premia la práctica clínica segura y proporcional.

---

### Trampa 3: Responder con la lógica del sistema de tu país en vez del sistema americano

Esta es una trampa específica para enfermeros que se formaron fuera de Estados Unidos, y es una de las que más cuesta reconocer porque opera de forma inconsciente.

En tu país, quizás:

- La enfermera administraba ciertos medicamentos sin esperar siempre una prescripción formal.
- Los roles entre médico y enfermera eran más difusos o más jerárquicos.
- Ciertas intervenciones "de emergencia" se hacían de forma más autónoma y sin protocolo escrito.
- La familia tenía un papel diferente en la toma de decisiones clínicas.
- Ciertas restricciones éticas o legales no estaban tan explicitadas.

En el sistema americano del NCLEX:

- La enfermera registrada (RN) tiene un alcance de práctica definido legalmente.
- Siempre existe el proceso de valorar → diagnosticar → planificar → implementar → evaluar.
- La educación al paciente y el consentimiento informado son obligatorios, no opcionales.
- El médico tiene órdenes; la enfermera tiene discrecionalidad clínica, pero dentro de su alcance.
- La ética y los derechos del paciente (autonomía, confidencialidad, no maleficencia) no son adornos; son partes examinables.

### **Cómo se ve en el examen:**

*El médico ordena verbalmente administrar morfina 15 mg IV de inmediato a un paciente con dolor. La política del hospital requiere órdenes escritas para opioides. ¿Qué hace la enfermera?*

Respuesta que viene del sistema de algunos países: "La enfermera administra la morfina porque es una emergencia y el médico es la autoridad."

Respuesta correcta del NCLEX: "La enfermera pide la orden escrita antes de administrar, o documenta la orden verbal según el protocolo del hospital, y no la ejecuta hasta cumplir con el proceso requerido."

### **Cómo evitarlo:**

Cuando respondas, pregúntate: ¿estoy razonando como enfermera americana entrenada en este sistema, o estoy usando el piloto automático de mi formación anterior?

La enfermera del NCLEX sigue protocolos. Verifica órdenes. Respeta el consentimiento. Cuestiona lo que parece inseguro. No actúa por inercia cultural.

**Consejo del Dr.:** No es que tu formación sea inferior. Es que las reglas del juego son diferentes. Reconocer esa diferencia no es traicionar lo que aprendiste; es adaptarte para poder ejercer aquí. Así es como se hace.

---

#### Trampa 4: No leer la palabra clave

Esta es la trampa más trágica de todas, porque no tiene nada que ver con el conocimiento clínico: tiene que ver con leer mal.

El NCLEX pone palabras clave en cada pregunta que cambian completamente qué se está buscando:

- **"Primero"** — ¿cuál es la acción inicial, no la eventual?
- **"Prioritario"** — de todo lo que harías, ¿qué va antes?
- **"Mejor"** — no lo que es aceptable, sino lo óptimo.
- **"Inicial"** — lo primero en el tiempo.
- **"Inmediato"** — lo que haces ahora mismo, no en los próximos pasos.
- **"Más apropiado"** — lo que mejor encaja en este contexto específico.
- **"Menos apropiado"** / **"más preocupante"** — el examen te pide la opción negativa.
- **"Excepto"** — todas son correctas menos una.

Cambiar una sola de estas palabras invierte completamente la respuesta esperada.

**Cómo se ve en el examen:**

*Versión A: ¿Cuál es la acción de enfermería más apropiada para un paciente con hipoglucemia leve y alerta?*

Respuesta: Administrar 15-20 gramos de carbohidratos de absorción rápida por vía oral (la regla 15-15).

*Versión B: ¿Cuál de las siguientes intervenciones de enfermería es MENOS apropiada para un paciente con hipoglucemia?*

Respuesta: Administrar glucagón IM de rutina cuando el paciente puede ingerir por vía oral (eso sería excesivo e innecesario).

Son el mismo tema. Son preguntas opuestas. Quien no leyó "menos apropiada" elige la misma respuesta que en la versión A y falla.

### **Cómo evitarlo:**

Antes de leer las opciones, subraya mentalmente (o físicamente, si el formato lo permite) la palabra clave de la pregunta. Repítetela antes de leer cada opción.

Que te pregunten qué harías "primero" es diferente a qué harías "en total". Que te pregunten qué es "más preocupante" a veces significa elegir el signo de alarma más grave, no el más obvio.

Tómate un segundo extra. Lee la pregunta dos veces si es necesario. Una lectura rápida es el origen de muchos errores que tienen cero que ver con el conocimiento.

---

### **Trampa 5: Descartar mal en preguntas SATA**

Las preguntas SATA (Select All That Apply — selecciona todas las que aplican) merecen su propio capítulo, pero hay una trampa mental específica que afecta el proceso de descarte que vale la pena nombrar aquí.

La trampa se llama: **todo o nada**.

Muchos candidatos, al ver una pregunta SATA, entran en uno de dos modos extremos:

- Modo conservador: marcan solo las opciones de las que están absolutamente seguros, dejando afuera opciones correctas que "quizás" lo son.
- Modo liberal: marcan casi todo porque "más es más seguro".

Ambos modos llevan a errores.

La lógica correcta para el SATA es: **cada opción es una pregunta verdadero/falso independiente**. Para cada opción, te preguntas: ¿Esta afirmación es clínicamente correcta para este paciente en esta situación?

### **Cómo se ve en el examen:**

*La enfermera planifica el cuidado de un paciente con insuficiencia cardíaca congestiva. ¿Cuáles de las siguientes intervenciones son apropiadas? (Selecciona todas las que aplican.)*

Opciones:

- A. Pesar al paciente a la misma hora cada día.
- B. Restringir el consumo de líquidos según indicación.
- C. Monitorear los signos vitales cada 4 horas.
- D. Administrar líquidos IV en bolo para mantener la presión arterial.
- E. Enseñar al paciente a reconocer signos de retención de líquidos.

Análisis individual:

- A: Correcto. El peso diario es el mejor indicador de retención de líquidos en ICC.
- B: Correcto. La restricción de líquidos puede estar indicada en ICC descompensada.
- C: Correcto. El monitoreo de signos vitales es parte del cuidado estándar.
- D: Incorrecto. En ICC, los bolos de líquidos IV pueden empeorar la congestión. Esta opción va en contra de la fisiopatología del cuadro.
- E: Correcto. La educación al paciente sobre señales de alerta es parte del plan de alta.

Respuesta: A, B, C, E.

La trampa es D, que suena "activo" y "clínico". Pero si no verificaste D individualmente —si simplemente asumiste que "hacer más" es mejor— marcas D y pierdes puntos.

### **Cómo evitarlo:**

Ve opción por opción. No leas las opciones como grupo buscando "cuáles van juntas". Evalúa cada una por su propio mérito clínico. Si tienes duda en una, pregúntate: ¿hay alguna razón específica por la que esto podría hacerle daño a este paciente? Si la respuesta es sí, no la marques.

**Consejo del Dr.:** En SATA, el número de respuestas correctas puede ser dos, puede ser cinco. No hay un número "normal" de respuestas. Algunos candidatos se asustan cuando llevan cuatro marcadas y piensan "debe ser demasiadas". No. Sigue evaluando cada opción independientemente y confía en tu análisis.

---

### **Trampa 6: El "ruido compasivo" — elegir la respuesta más empática cuando no es la clínica**

Esta trampa es especialmente frecuente en enfermeros con mucha vocación de cuidado, lo cual es una virtud enorme en la práctica real.

En el NCLEX, a veces colocan opciones que suenan muy humanas y empáticas —"sentarse con el paciente", "decirle que todo va a estar bien", "preguntar cómo se siente emocionalmente"— cuando la situación clínica requiere primero una respuesta fisiológica o de seguridad.

### **Cómo se ve en el examen:**

*Una paciente post-mastectomía llora y le dice a la enfermera que siente que ya no es atractiva para su esposo. La enfermera nota que el apósito quirúrgico tiene una mancha de sangre nueva. ¿Qué hace primero?*

La respuesta compasiva pero incorrecta: "Sentarse con la paciente y escuchar sus sentimientos sobre su imagen corporal."

La respuesta correcta: "Evaluar el apósito quirúrgico y la herida para determinar si hay sangrado activo."

¿Por qué? Porque hay un signo físico de potencial complicación (sangrado activo). Eso es fisiológico y de seguridad (niveles 1 y 2 de Maslow). Los sentimientos de la paciente son reales y merecen atención, pero primero hay que asegurarse de que no haya una complicación quirúrgica.

### **Cómo evitarlo:**

Cuando veas opciones que suenan muy cálidas y humanas, no las descartes automáticamente. Pero compáralas contra si hay un problema clínico activo en el escenario. Si hay un problema físico o de seguridad sin resolver, ese va primero.

La enfermera del NCLEX es empática, pero siempre clínica primero.

---

## **Trampa 7: La parálisis por exceso de opciones**

En los ítems de casos clínicos (NGN), el examen puede presentar mucha información: historia clínica, múltiples signos y síntomas, resultados de laboratorio, notas del equipo, y hasta cambios en el tiempo. Y entonces hacer una pregunta que parece simple.

La trampa es tratar de usar toda la información antes de responder, lo que genera confusión y te lleva a dudar de la respuesta obvia.

### **Cómo evitarlo:**

Lee la pregunta primero. Antes de leer el caso clínico completo, lee la pregunta específica que te hacen. Eso te dice qué información necesitas buscar. No toda la información del caso es relevante para cada pregunta; parte de ella es ruido deliberado para probar que puedes distinguir lo importante.

Pregunta: ¿Cuál es el dato más urgente en este momento?

Respuesta: No es el que tiene el número más grande ni el que tiene la etiqueta más técnica. Es el que señala inestabilidad, peligro, o cambio en el estado del paciente.

---



## Un checklist mental antes de elegir

Antes de marcar tu respuesta, pasa este filtro rápido:

1. ¿Leí la palabra clave de la pregunta? (primero, mejor, inicial, excepto, menos...)
2. ¿Estoy actuando antes de valorar cuando debería valorar primero?
3. ¿Estoy usando lógica de mi sistema de origen en lugar del sistema americano?
4. ¿Estoy eligiendo la opción más "médica" o la más apropiada para una enfermera RN?
5. ¿Estoy eligiendo la opción más compasiva cuando hay un problema clínico activo sin resolver?
6. Si es SATA, ¿evalué cada opción individualmente?

Seis preguntas. Cinco segundos. Pueden cambiar la respuesta —y pueden salvar la pregunta.

---

**Resumen del capítulo:** Los errores más comunes del NCLEX no son de contenido clínico sino de razonamiento: actuar antes de valorar, confundir lo médicamente impresionante con lo clínicamente apropiado, responder desde la lógica del sistema de origen en vez del americano, no leer la palabra clave de la pregunta, descartar mal en SATA, y elegir la respuesta compasiva cuando hay un problema físico sin resolver. Identificar estas trampas antes de sentarse al examen es el primer paso para esquivarlas.

---

# CAPÍTULO 7

## Estrategia para preguntas SATA (Select All That Apply)

Voy a ser directo contigo: las SATA son las preguntas que más miedo generan en el NCLEX. Cuando un candidato me dice "me bloqueé en el examen", nueve de cada diez veces estuvo bloqueado frente a una SATA.

Y entiendo por qué. Toda tu vida estudiaste para encontrar *la* respuesta correcta. Una. De repente el examen te dice que pueden ser una, tres, o las cinco. No hay una lógica obvia. El miedo es natural.

Pero quiero que sepas algo: las SATA tienen una estrategia muy concreta, y una vez que la interiorizas, dejan de ser el tipo de pregunta que más temes para convertirse en una de las más manejables. Te lo digo porque lo he visto en candidato tras candidato. La clave no es saber más —es cambiar cómo las lees.

---

### El principio fundamental: de una pregunta a seis preguntas

El error mental que comete casi todo el mundo con las SATA es tratar las opciones como un grupo. Las miras todas juntas, tratas de encontrar un patrón, intentas decidir "cuántas" van —y ahí empieza el caos.

El cambio es este: **no es una pregunta con varias respuestas. Son seis preguntas con una sola respuesta cada una.**

Cuando ves una SATA, tu trabajo es tomar cada opción por separado y hacerte esta pregunta exacta:

*"Para este paciente, en este contexto específico, ¿esto es correcto o incorrecto?"*

Si la respuesta es sí: la marcas.

Si la respuesta es no, o si tienes una duda real: no la marcas.

Eso es todo. No hay magia, no hay truco. Es tratar cada opción como una pregunta de verdadero o falso.

La razón por la que esto funciona es que rompe el problema grande en partes pequeñas. En vez de intentar resolver el rompecabezas completo de una sola vez, resuelves una pieza a la vez. Tu cerebro trabaja mejor así, especialmente bajo presión.

---

## El "todo o nada" del puntaje

Antes de entrar en la estrategia completa, necesitas entender cómo se califican las SATA en el NCLEX, porque afecta tu manera de pensar.

En el NCLEX clásico, las SATA tradicionales se califican de forma binaria: o marcas exactamente las opciones correctas, o no obtienes puntos. No hay crédito parcial. Si hay cuatro respuestas correctas y tú marcas tres, la pregunta cuenta como incorrecta.

Esto tiene una implicación importante: **marcar por las dudas te perjudica**. Si no estás seguro de una opción, el instinto es marcarla "por si acaso". Pero si esa opción es incorrecta, te cuesta toda la pregunta. Es mejor dejar sin marcar algo que no confirmas que agregar una opción dudosa y perder todo el crédito.

La regla práctica: **confirmar antes de marcar**. No "suena bien" —confirmar.

**Consejo del Dr.:** En los nuevos ítems NGN, el esquema de puntaje puede ser parcial (partial credit) en algunos formatos. Pero en las SATA clásicas del NCLEX, aplica el principio de todo o nada. Cuando no estés seguro del formato, es mejor asumir que cada opción incorrecta que marcas trabaja en tu contra.

---

## Las palabras absolutas: tu primera bandera de alerta

Hay un atajo en las SATA que vale oro, y es aprender a reconocer las palabras absolutas.

Las palabras absolutas son términos como:

- **Siempre**
- **Nunca**
- **Todos / Ninguno**
- **En todos los casos**
- **Absolutamente**

Cuando ves una de estas palabras en una opción de SATA, enciéndete una luz roja. En enfermería, las situaciones absolutas son raras. El cuerpo humano no funciona con reglas de "siempre" o "nunca" —hay excepciones, hay variaciones, hay contexto clínico.

Una opción que dice "siempre se debe hacer X antes de Y" casi siempre es incorrecta, porque en algún contexto clínico esa regla no aplica.

Dicho esto, hay excepciones a la excepción: algunas intervenciones de seguridad sí son absolutas. Por ejemplo, "nunca dejes sin supervisión a un paciente en riesgo de caída" es una afirmación correcta. El punto no es que la palabra "nunca" sea automáticamente incorrecta —es que debe activarte una revisión más cuidadosa antes de marcar.

La pregunta que debes hacerte cuando ves una palabra absoluta es: *"¿Se me ocurre alguna situación clínica donde esto no aplique?"* Si la respuesta es sí, probablemente la opción es incorrecta.

---

## **Cómo leer una SATA: el proceso paso a paso**

### **Paso 1: Lee el enunciado completo sin mirar las opciones todavía.**

Identifica: ¿quién es el paciente? ¿cuál es su diagnóstico o condición principal? ¿qué te están preguntando exactamente?

### **Paso 2: Formula tu propia idea antes de leer las opciones.**

¿Qué intervenciones, signos o datos esperas ver? Tener un marco mental previo te ayuda a evaluar cada opción con criterio, no con intuición.

### **Paso 3: Lee cada opción de forma completamente independiente.**

Ponle una columna imaginaria de "Verdadero / Falso" a cada una. Evalúa una, decide, y luego pasa a la siguiente. No dejes que lo que marcaste en la opción anterior influya en la siguiente.

### **Paso 4: Cuando tengas duda real sobre una opción, no la marques.**

La duda sin fundamento clínico no es razón para marcar. Solo marcas lo que puedes confirmar.

### **Paso 5: Al final, revisa el conjunto.**

Una vez que evaluaste todas las opciones individualmente, mira el grupo de las que marcaste. ¿Tiene sentido clínico ese conjunto? No para cambiar lo que evaluaste, sino como una verificación rápida de coherencia.

---

### **Ejemplo resuelto 1: Cuidados postoperatorios**

*"María, 48 años, acaba de regresar de sala de recuperación tras una colecistectomía laparoscópica. Llegó hace 30 minutos. Signos vitales: PA 122/78 mmHg, FC 88 lpm, FR 16 rpm, temperatura 37.1°C, SpO2 97% en aire ambiente. Está despierta, se queja de dolor abdominal 5/10, tiene una línea IV periférica en brazo derecho. ¿Cuáles de las siguientes intervenciones de enfermería son apropiadas en este momento? Selecciona todo lo que aplique."*

- A) Animar a la paciente a respirar profundo y toser cada dos horas
- B) Mantener a la paciente en reposo absoluto en cama las próximas 24 horas
- C) Evaluar el sitio de los trocares por signos de sangrado o salida de contenido
- D) Administrar analgesia según la prescripción para el dolor reportado
- E) Vigilar el gasto urinario cada hora
- F) Instruir a la paciente que no coma ni beba nada hasta el día siguiente

### **Razonamiento opción por opción:**

- **A) ¿Respirar profundo y toser cada dos horas?** Sí. Los ejercicios de respiración profunda son estándar en postoperatorio para prevenir complicaciones pulmonares como atelectasia. Con una FR normal de 16 y SpO<sub>2</sub> de 97%, no hay contraindicación. ✓
- **B) ¿Reposo absoluto en cama 24 horas?** No. La movilización temprana es la práctica estándar en cirugía laparoscópica —reduce el riesgo de trombosis venosa profunda y acelera la recuperación. "Reposo absoluto" es una afirmación absoluta que no corresponde al estándar de cuidado. ✗
- **C) ¿Evaluar sitios de trocares?** Sí. Es parte obligatoria de la valoración postoperatoria. Detectar sangrado o salida de contenido es crítico en las primeras horas. ✓
- **D) ¿Administrar analgesia para dolor 5/10?** Sí. La paciente reporta dolor, hay prescripción, no hay contraindicación clínica evidente. Tratar el dolor es una intervención prioritaria y estándar. ✓
- **E) ¿Vigilar gasto urinario cada hora?** Depende del protocolo —en recuperación inmediata sí es razonable monitorear la primera micción y el gasto, especialmente con líquidos IV. Para pacientes de bajo riesgo estable puede no requerirse monitoreo horario estricto. Sin embargo, en el contexto del postoperatorio inmediato, vigilar la función renal es parte del cuidado estándar. ✓
- **F) ¿Nada por boca hasta el día siguiente?** No. En cirugía laparoscópica, los protocolos modernos (ERAS — Enhanced Recovery After Surgery) promueven la reintroducción temprana de líquidos y alimentos blandos, según tolerancia. Una instrucción de "nada hasta el día siguiente" es demasiado restrictiva y no corresponde al estándar actual. ✗

**Respuesta: A, C, D, E**

¿Notaste cómo la opción B usaba "reposo absoluto" —una afirmación exagerada— y la F usaba "hasta el día siguiente" —una restricción que no tiene base en el estándar actual? Las dos tenían señales de alerta antes de analizarlas.

---

## Ejemplo resuelto 2: Valoración del paciente con ICC

*"Ricardo, 71 años, ingresa al turno de noche con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva exacerbada. PA 148/92, FC 96 lpm, FR 22 rpm, SpO<sub>2</sub> 91% en aire ambiente. Se escuchan crepitantes bibasales. Tiene edema en ambos tobillos 2+. ¿Cuáles de los siguientes hallazgos o intervenciones son apropiados incluir en el plan de cuidados de enfermería? Selecciona todo lo que aplique."*

- A) Colocar al paciente en posición de Fowler alta
- B) Limitar la ingesta de líquidos según prescripción
- C) Administrar oxígeno suplementario para mantener SpO<sub>2</sub> por encima de 94%
- D) Animar al paciente a consumir alimentos ricos en sodio para mantener la presión
- E) Pesar al paciente diariamente a la misma hora
- F) Auscultar los pulmones al menos cada cuatro horas

### Razonamiento opción por opción:

- **A) ¿Fowler alta?** Sí. Reduce el retorno venoso al corazón y mejora la mecánica respiratoria. Es la posición estándar para pacientes con ICC y disnea. ✓
- **B) ¿Limitar líquidos?** Sí. El manejo de la ICC incluye restricción de líquidos para reducir la sobrecarga. Si hay prescripción, cumplirla es parte del plan de cuidados. ✓
- **C) ¿Oxígeno para SpO<sub>2</sub> > 94%?** Sí. Con SpO<sub>2</sub> de 91%, hay hipoxia que requiere corrección. El objetivo de mantener saturación por encima de 94% es clínicamente apropiado en ICC descompensada. ✓
- **D) ¿Alimentos ricos en sodio?** No. Lo opuesto es correcto —la dieta baja en sodio es fundamental en el manejo de la ICC para evitar la retención de líquidos. Esta opción es clínicamente incorrecta y potencialmente dañina. ✗

- **E) ¿Pesar diariamente?** Sí. El peso diario (misma hora, misma ropa, misma báscula) es el mejor indicador de retención hídrica en ICC. Un aumento de 1-2 kg en 24-48 horas puede señalar descompensación. ✓
- **F) ¿Auscultar pulmones cada cuatro horas?** Sí. Los crepitantes son la evidencia del edema pulmonar. Monitorear su evolución —¿mejoran con el tratamiento? ¿avanzan hacia bases medias?— es parte esencial de la valoración. ✓

**Respuesta: A, B, C, E, F**

### Ejemplo resuelto 3: Medicación y seguridad

*"La enfermera se prepara para administrar metformina 500 mg vía oral a un paciente de 62 años con diabetes tipo 2. ¿Cuáles de las siguientes acciones debe realizar la enfermera antes de administrar el medicamento? Selecciona todo lo que aplique."*

- A) Verificar los cinco correctos de la medicación
- B) Evaluar el nivel de glucosa en sangre antes de administrar
- C) Asegurarse de que el paciente no esté programado para recibir un procedimiento con contraste yodado
- D) Administrar siempre el medicamento con el estómago vacío para mejor absorción
- E) Revisar la función renal (creatinina sérica) documentada en el expediente
- F) Documentar la administración antes de darle el medicamento al paciente

### Razonamiento opción por opción:

- **A) ¿Verificar los cinco correctos?** Sí. Es la base de la seguridad en la administración de medicamentos. Siempre, sin excepción. ✓
- **B) ¿Evaluar glucosa antes?** No necesariamente. La metformina no es un hipoglucemiante que requiera verificación de glucosa antes de cada dosis —no



causa hipoglucemia directamente. La evaluación de glucosa es parte del manejo global del paciente, no un requisito previo específico para administrar metformina. X

- **C) ¿Verificar si hay procedimiento con contraste yodado?** Sí. La metformina se debe suspender antes y después de procedimientos con contraste yodado IV por riesgo de acidosis láctica, especialmente con función renal comprometida. Es un punto de seguridad crítico. ✓
- **D) ¿Siempre con estómago vacío?** No. Lo opuesto es correcto — la metformina se administra generalmente con alimentos para reducir los efectos gastrointestinales. Además, usa la palabra "siempre" —señal de alerta de afirmación absoluta. X
- **E) ¿Revisar función renal?** Sí. La metformina está contraindicada o requiere ajuste de dosis en insuficiencia renal. Verificar que la función renal del paciente permite el uso seguro del medicamento es parte de la revisión previa a la administración. ✓
- **F) ¿Documentar antes de dar?** No. La documentación de la administración se hace *después* de administrar el medicamento, nunca antes. Documentar antes sería registrar algo que todavía no ocurrió. X

**Respuesta: A, C, E**

---

### El enemigo silencioso: las verdades generales que no aplican al caso

Hay un tipo de opción incorrecta en las SATA que es especialmente tramposa: las afirmaciones que son verdaderas en general, pero que no aplican al contexto específico del enunciado.

Por ejemplo: "monitorear los signos vitales cada cuatro horas" puede ser una práctica estándar de enfermería —y es una afirmación verdadera en términos generales— pero si el enunciado te habla de un paciente en choque séptico, monitorear cada cuatro horas es claramente insuficiente. La afirmación es verdadera en abstracto e incorrecta en contexto.

Tu pregunta siempre debe ser: "*¿Es esto correcto para **este** paciente, en **este** momento?*" No en general. No en otro caso. Aquí, ahora.

Esa diferencia entre lo que es verdad en general y lo que es correcto para este paciente en específico es exactamente lo que el NCLEX está evaluando.

---

## **Cierre del capítulo**

Las SATA no son tu enemigo. Son el formato en que el NCLEX te da la mejor oportunidad de demostrar pensamiento clínico real, porque no hay una sola respuesta escondida —hay que razonar cada punto.

El cambio es mental antes que técnico: deja de buscar el patrón del grupo y empieza a evaluar cada opción como una pregunta separada. Confirma antes de marcar.

Desconfía de los absolutos. Pregunta siempre por este paciente, en este contexto.

Con práctica, vas a desarrollar un ritmo con las SATA que se siente natural. No el primer día. Pero con práctica deliberada, llega.

---

*[Fin del Capítulo 7]*

---

# CAPÍTULO 8

## Los ítems del Next Generation NCLEX paso a paso

Si alguien te dijo que el NGN es simplemente "el NCLEX con preguntas más difíciles", esa persona no lo ha visto de cerca.

El NGN no es más difícil porque pide más memorización. De hecho, si estudias para el NGN memorizando listas, vas a sufrir. El NGN es diferente porque pide algo que no se memoriza: **juicio clínico**. La capacidad de mirar a un paciente —con toda su historia, sus datos de laboratorio, sus signos vitales, sus síntomas— y decidir qué está pasando, qué es urgente, qué haces primero, y cómo sabes si tu intervención funcionó.

Eso es lo que el NGN mide. Y hay buenas noticias: si trabajaste en un hospital, si atendiste pacientes reales, ya tienes esa capacidad. Lo que vamos a hacer en este capítulo es enseñarte cómo demostrarla en el formato específico que el examen usa.

---

### Por qué el NCSBN creó el NGN

Antes de entrar en cada formato, quiero que entiendas el "por qué" del NGN, porque cuando entiendes la lógica del examen, lo puedes anticipar.

El NCSBN (National Council of State Boards of Nursing) notó que las preguntas de opción múltiple clásicas tenían una limitación: medían bien el conocimiento, pero no necesariamente la capacidad de razonar en situaciones clínicas complejas. Una enfermera nueva puede saber que la heparina requiere monitoreo del PTT —eso es conocimiento— pero, ¿puede reconocer que un paciente está deteriorándose, priorizar intervenciones, y evaluar si la respuesta al tratamiento es adecuada? Eso es juicio clínico, y es lo que el NGN ahora evalúa explícitamente.

El modelo de juicio clínico del NCLEX tiene seis componentes:

1. **Reconocer señales** (Recognize cues): identificar datos relevantes del caso
2. **Analizar señales** (Analyze cues): interpretar qué significan esos datos

3. **Priorizar hipótesis** (Prioritize hypotheses): identificar el problema más importante
4. **Generar soluciones** (Generate solutions): planear intervenciones apropiadas
5. **Actuar** (Take action): implementar las soluciones
6. **Evaluar resultados** (Evaluate outcomes): determinar si las intervenciones funcionaron

Cada formato del NGN toca uno o varios de estos pasos. Cuando sabes cuál paso te está pidiendo una pregunta, tienes claridad sobre qué tipo de razonamiento aplicar.

---

### **Formato 1: Los casos clínicos (Unfolding Case Studies)**

El caso clínico NGN —o "unfolding case study"— es el formato más importante y el más diferente de lo que conocías.

Se te presenta un paciente. Lees su historia clínica, sus signos vitales, sus resultados de laboratorio, las notas de enfermería. Luego el caso *se desarrolla*: en la siguiente pantalla, el paciente puede estar mejor o peor. Los datos cambian. Y tú tienes que adaptar tu razonamiento.

Un caso clínico típico del NGN tiene entre cinco y seis preguntas que pertenecen al mismo paciente. Cada pregunta puede usar un formato diferente (MCQ, cloze, matrix, bowtie). Lo que no cambia es el paciente.

#### **La estrategia para casos clínicos, paso a paso:**

##### **Primero: Lee todo antes de responder nada.**

No saltes a la primera pregunta en cuanto terminas el primer párrafo. Lee el caso completo. Los detalles que parecen secundarios —la historia social del paciente, los medicamentos que toma en casa, el antecedente de una cirugía vieja— pueden ser la clave de una pregunta más adelante. El NGN pone información relevante en lugares donde no siempre la esperas.

##### **Segundo: Identifica el problema clínico central.**

Antes de la primera pregunta, ya debes tener en la cabeza: *"Este paciente tiene X, y el problema principal ahora mismo es Y."* Eso te da un ancla. Cuando las preguntas se compliquen, vuelves a ese ancla.

### **Tercero: Atiende los cambios entre pantallas.**

Cuando el caso avanza y te dan datos nuevos, para un momento. Compara con lo que tenías antes. ¿La FR bajó? ¿La SpO2 mejoró? ¿La presión arterial cayó? El examen no te da datos nuevos por relleno —cada cambio es una señal. Tu interpretación de esa señal es parte de lo que se evalúa.

### **Cuarto: Responde solo con lo que está escrito.**

No agregues contexto que no está en el caso. No asumas que el médico ya fue notificado si el enunciado no lo dice. No asumas que el paciente tiene un historial que tú imaginas. Solo lo que está escrito.

### **Mini-ejemplo de caso clínico (fragmento):**

*"Elena, 34 años, enfermera de urgencias la recibe con queja de dolor en epigastrio 7/10, náuseas y un episodio de vómito. Antecedentes: ninguno. Signos vitales: PA 130/84 mmHg, FC 94 lpm, FR 18 rpm, temperatura 38.2°C, SpO2 98%. Dolor se irradia al hombro derecho. Tomó ibuprofeno 400 mg hace dos horas, sin alivio. Refiere que el dolor empezó dos horas después de una comida copiosa."*

**Pregunta 1 (MCQ):** ¿Cuál es la hipótesis prioritaria de la enfermera al recibir a esta paciente?

- A) Infarto agudo de miocardio
- B) Cólico biliar / colecistitis aguda
- C) Gastroenteritis viral
- D) Úlcera gástrica perforada

**Razonamiento:** El dolor en epigastrio que irradia al hombro derecho, aparece después de una comida copiosa, en una mujer de 34 años, con fiebre leve —el cuadro clínico clásico de cólico biliar o colecistitis. La irradiación al hombro derecho es la señal distintiva (irritación del nervio frénico por la vesícula). La gastroenteritis no explica la irradiación. El IAM es posible pero no el cuadro más probable con estos datos. La úlcera perforada tendría una presentación más aguda y con signos de peritonismo.

**Respuesta: B**

**Consejo del Dr.:** En los casos NGN, el orden de la información importa. Si el caso empieza con el síntoma que trae al paciente al hospital, los datos de laboratorio que vienen después son para confirmar o descartar lo que ya pensabas. Cuando los resultados de laboratorio contradicen tu hipótesis inicial, no ignores esa contradicción —ahí puede estar la pregunta.

## Formato 2: El Bowtie (Corbatín)

El ítem bowtie es, visualmente, el más inusual. Se presenta como un diagrama en tres columnas que forma la silueta de una corbata de moño:

- **Columna izquierda:** Factores o datos del paciente que contribuyen al problema
- **Columna central:** La acción de enfermería prioritaria (el nudo de la corbata)
- **Columna derecha:** Parámetros para evaluar si la intervención fue efectiva

Para cada columna hay una lista de opciones y debes seleccionar las correctas.

Este formato evalúa un ciclo clínico completo: reconoces el problema, actúas, y evalúas. Es el juicio clínico en su forma más explícita.

### Estrategia para el bowtie:

Trabaja siempre con el problema clínico central en mente. Ese problema es el "nudo" del diagrama, ya sea que el examen te lo dé directamente o tengas que inferirlo.

Luego:

- Izquierda: ¿Qué datos del enunciado *contribuyen* a este problema? No todos los datos del caso —solo los que tienen relación directa con el problema central.
- Centro: ¿Cuál es la intervención más importante ahora mismo? Aquí aplica la misma lógica que en cualquier pregunta de prioridad: ABC primero, luego seguridad, luego las demás.
- Derecha: ¿Cómo sé que mi intervención funcionó? Esto requiere que pienses en outcomes concretos y medibles —no "el paciente se siente mejor", sino qué dato clínico o de laboratorio confirmaría la mejora.

### Mini-ejemplo:

*Escenario: Paciente de 68 años con EPOC exacerbado. FC 104, FR 28 rpm, SpO<sub>2</sub> 84%, habla en frases cortas, usa músculos accesorios. El médico prescribió broncodilatadores y oxígeno.*

Problema central: Dificultad respiratoria aguda por broncoespasmo en EPOC.

- **Izquierda (datos que contribuyen al problema):** FR 28 rpm, SpO<sub>2</sub> 84%, uso de músculos accesorios, habla en frases cortas.
- **Centro (acción prioritaria):** Administrar broncodilatadores de acción corta inhalados según prescripción y aplicar oxígeno suplementario titulado para SpO<sub>2</sub> entre 88-92% (en EPOC, la meta de SpO<sub>2</sub> es más conservadora que en otros pacientes).
- **Derecha (parámetros de evaluación):** Mejoría de la SpO<sub>2</sub> hacia el objetivo, disminución de la FR, reducción del uso de músculos accesorios, capacidad de hablar en oraciones completas.

¿Ves la lógica? Reconoces → actúas → evalúas. El bowtie te obliga a pensar en las tres fases a la vez.

**Consejo del Dr.:** En el bowtie, el error más frecuente es en la columna derecha. Los candidatos tienden a escribir "el paciente mejora" o "el paciente se siente mejor" —eso no es medible. Piensa siempre en datos concretos: números, signos físicos objetivos, resultados de laboratorio.

---

### Formato 3: Matrix / Grilla

El ítem matrix te presenta una tabla. Las filas son intervenciones, datos, o afirmaciones. Las columnas son categorías —típicamente dos o tres. Tu trabajo es marcar la celda correcta para cada fila.

Los escenarios más comunes son:

- "Indicado / No indicado / Contraindicado"
- "Esperado / No esperado"
- "Efectivo / No efectivo"
- "Acción de enfermería / Acción del médico / Colaborativa"

### Estrategia para el matrix:

Trata cada fila como una pregunta completamente independiente. Lo que marcaste en la fila anterior no debe influir en la siguiente. Es la misma lógica que las SATA: un ítem a la vez.

Lee el encabezado de cada columna cuidadosamente antes de empezar. La diferencia entre "indicado" y "esperado" es enorme clínicamente, y el examen sabe que muchos candidatos confunden esos términos bajo presión.

- *Indicado* significa que la intervención es apropiada para este paciente.
- *Esperado* significa que este resultado o dato es lo que anticipas, dado el diagnóstico o la situación.

Son preguntas distintas que requieren razonamientos distintos.

---



## Formato 4: Cloze (Menús desplegables)

El cloze te presenta un párrafo —generalmente una nota de enfermería, un plan de cuidados, o una evaluación clínica— con espacios en blanco. Cada espacio tiene un menú desplegable con tres a cinco opciones. Debes elegir la palabra o frase que completa correctamente el texto.

Este formato evalúa tu capacidad de razonar dentro de un documento clínico real, que es exactamente lo que harás como RN: leer, interpretar y completar registros.

### Estrategia para el cloze:

Lee el párrafo completo antes de tocar ningún menú. Entiende de qué paciente se trata, qué pasó, y hacia dónde va el razonamiento del texto. El contexto del párrafo completo es lo que te permite elegir bien en cada espacio.

Luego ve menú por menú, de izquierda a derecha. Para cada espacio, lee la frase completa con cada opción del menú, como si lo leyeras en voz alta. La opción correcta es la que hace que la frase tenga coherencia clínica y gramatical.

Una señal de que vas bien: cuando lees el párrafo completo con tus respuestas, suena como una nota clínica real que un profesional escribiría.

### Ejemplo de fragmento cloze:

*"La enfermera evalúa a una paciente de 55 años posoperatoria de reemplazo total de cadera. La paciente refiere dolor 4/10. La enfermera prioriza \_\_\_\_\_ [A) administrar el analgésico prescrito inmediatamente / B) aplicar calor directo sobre la incisión / C) documentar el dolor y continuar observando sin intervenir] para el manejo del dolor reportado. Además, la enfermera nota que la pierna operada está más caliente y con mayor edema que la contralateral, lo cual es \_\_\_\_\_ [A) un hallazgo esperado en el postoperatorio / B) un signo de alarma que requiere valoración adicional / C) una variación normal que no requiere acción]."*

### Razonamiento:

- Primer espacio: Dolor 4/10 con analgesia prescrita disponible → administrar el analgésico es la intervención correcta.
- Segundo espacio: Mayor calor y edema en la pierna operada comparada con la contralateral es una señal de alarma para trombosis venosa profunda — no es un hallazgo esperado ni normal. Requiere valoración adicional.

**Respuestas: A / B**

---

### **Formato 5: Highlight (Resaltar)**

El formato highlight te presenta un bloque de texto —notas de historia clínica, resultados de laboratorio, notas de enfermería— y te pide que "resaltes" (selecciones con el cursor) los datos que son relevantes para una pregunta específica.

Por ejemplo: *"Resalta los hallazgos en la nota de enfermería que indican que el paciente está en riesgo de caída."*

#### **Estrategia para highlight:**

Primero, entiende exactamente qué tipo de dato te están pidiendo identificar. El enunciado siempre te dice qué buscas —léelo con cuidado.

Luego lee el texto y selecciona solo los datos que responden directamente a esa pregunta. No selecciones todo lo que sea clínicamente relevante en general —solo lo que responde a lo que se pregunta.

El error frecuente en highlight es seleccionar de más por el instinto de "no dejar pasar nada". Selecciona con criterio, no con miedo.

---

### **El hilo conductor: el modelo de juicio clínico**

Todos estos formatos parecen muy distintos entre sí, pero todos piden lo mismo: que demuestres que puedes razonar como un RN que cuida a un paciente real.

El modelo de juicio clínico del NCLEX es tu guía en todos ellos. Cuando te enfrentes a cualquier ítem NGN, hazte estas preguntas en este orden:

1. **¿Qué señales estoy viendo?** (datos del caso)
2. **¿Qué significan estas señales?** (interpretación clínica)
3. **¿Cuál es el problema más urgente?** (priorización)
4. **¿Qué debo hacer?** (intervención)
5. **¿Cómo sé que funcionó?** (evaluación)

No todos los formatos te piden los cinco pasos. Pero si sabes en cuál paso está la pregunta, sabes qué tipo de razonamiento aplicar.

---

## Cómo practicar el NGN efectivamente

Practicar el NGN no es lo mismo que practicar preguntas clásicas. Aquí el volumen importa menos que la calidad del razonamiento.

Cuando practiques un caso clínico NGN, no lo leas para saber si acertaste o fallaste. Léelo para entender *cómo se razonó*. Lee cada explicación (rationale) aunque hayas respondido bien. La explicación te muestra el camino de pensamiento correcto, y ese camino es lo que necesitas internalizar.

Con los formatos nuevos (bowtie, matrix, cloze), practica identificando en cuál paso del modelo de juicio clínico está cada pregunta. Eso entrena tu cerebro a activar el tipo de razonamiento correcto automáticamente.

---

## Cierre del capítulo

El NGN no es el examen que te va a sorprender. Es el examen que va a revelar si sabes cuidar pacientes —no si sabes recitar datos.

Esa es una gran diferencia, y para muchos de nosotros que venimos de carreras clínicas reales, debería ser una ventaja. Lo que tienes que hacer es aprender a pensar en voz alta, a través del papel. Mostrarle al examen el razonamiento que ya tienes adentro.

Los formatos se aprenden con práctica. El juicio clínico ya lo tienes. Lo que falta es el puente entre los dos.

---

*[Fin del Capítulo 8]*

---

# BANCO DE PREGUNTAS EXPLICADAS

## (Parte 1)

### El Método de Pensamiento Crítico para Aprobar el NCLEX

*Dr. Alexander Figueredo — Para enfermeros hispanos que van a pasar el NCLEX-RN*

---

**Cómo usar este banco:** No leas la respuesta de inmediato. Primero lee el escenario, forma tu respuesta, y luego compara. El objetivo no es saber cuántas acertaste — es entender *por qué* la correcta es la correcta. Ahí está el poder.

---

### Pregunta 1

**Escenario/Enunciado:** Una enfermera está a cargo de cuatro pacientes. ¿A cuál debe evaluar primero?

**Opciones:**

- A) Paciente postoperatorio de 6 horas con dolor abdominal que califica como 4/10
- B) Paciente con EPOC que reporta dificultad para respirar y su SpO<sub>2</sub> bajó de 94% a 88%
- C) Paciente con diabetes que espera su insulina de la mañana antes del desayuno
- D) Paciente que solicita su medicamento para el dolor de cabeza

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** La regla de oro en priorización es el ABC: Airway (vía aérea), Breathing (respiración), Circulation (circulación). Un descenso de SpO<sub>2</sub> de 94% a 88% en un paciente con EPOC es una señal de alarma

respiratoria real y urgente. El 88% ya está en el límite inferior aceptable; si baja más, puede entrar en insuficiencia respiratoria. Eso va primero, siempre.

- A) Dolor 4/10 en un postoperatorio de 6 horas es esperable y no representa urgencia vital. Puedes atenderlo después.
- C) La insulina antes del desayuno es importante, pero no es una emergencia en este instante — puedes llegar en minutos y el riesgo inmediato es bajo.
- D) Un dolor de cabeza que permite al paciente llamar a la enfermera no compromete la vida ahora mismo.

Cuando la respiración está en juego, todo lo demás espera.

---

## Pregunta 2

**Escenario/Enunciado:** Un paciente de 58 años con infarto agudo al miocardio (IAM) confirmado llega a urgencias. Está consciente, ansioso, con dolor torácico 8/10 que irradia al brazo izquierdo. PA 138/88, FC 102, FR 20, SpO<sub>2</sub> 96%. ¿Cuál es la acción de enfermería más importante en este momento?

### Opciones:

- A) Colocar al paciente en posición supina y cubrir con una manta
- B) Administrar oxígeno al 100% por mascarilla de forma inmediata
- C) Colocar al paciente en reposo, iniciar monitoreo cardíaco continuo y preparar acceso IV
- D) Llamar a la familia para informarles del diagnóstico

**Respuesta correcta:** C

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** En un IAM activo, las prioridades son: controlar el dolor (reduce el consumo de oxígeno del miocardio), monitorear el ritmo cardíaco (el riesgo de arritmia letal es alto en las primeras horas), y tener acceso IV listo para administrar medicamentos. El reposo reduce la demanda miocárdica de oxígeno. El monitoreo cardíaco continuo detecta arritmias letales antes de que sea tarde.

- A) La posición supina no está indicada en dolor torácico activo; la posición semi-Fowler es más confortable y reduce el trabajo cardíaco.
- B) Las guías actuales indican que el oxígeno suplementario en pacientes con  $SpO_2 \geq 94\%$  no mejora los desenlaces del IAM y puede incluso ser dañino por vasoconstricción coronaria. Con 96%, no está indicado de rutina.
- D) Informar a la familia es importante, pero no es una acción clínica urgente cuando el paciente está en riesgo ahora mismo.

Primero estabiliza. Luego comunica.

---

### Pregunta 3

**Escenario/Enunciado:** La enfermera se prepara para administrar digoxina 0.125 mg vía oral a un paciente con insuficiencia cardíaca. Antes de darlo, ¿cuál es la evaluación prioritaria?

**Opciones:**

- A) Verificar el nivel sérico de potasio del paciente
- B) Medir la frecuencia cardíaca apical durante un minuto completo
- C) Revisar si el paciente tiene náuseas o vómitos
- D) Confirmar la vía de administración con otro enfermero

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** La digoxina es un medicamento de índice terapéutico estrecho: la diferencia entre una dosis terapéutica y una tóxica es pequeña. El efecto primario que necesitamos verificar antes de darla es la frecuencia cardíaca apical. Si la FC está por debajo de 60 lpm en un adulto, NO se administra la digoxina y se reporta al médico. Ese es el umbral clásico de seguridad.

- A) Verificar el potasio es importante porque la hipopotasemia aumenta el riesgo de toxicidad por digoxina — pero esa es una evaluación que debe hacerse también, aunque no es la primera ni la más inmediata antes de cada dosis. La FC apical es la verificación obligatoria en cada administración.

- C) Las náuseas y vómitos pueden ser signos de toxicidad por digoxina, y sí se deben reportar — pero nuevamente, la FC apical es el chequeo de seguridad número uno antes de cada dosis.
- D) La verificación con doble firma es práctica de seguridad en algunos protocolos, pero no es la evaluación clínica prioritaria aquí.

Regla de oro con digoxina: FC apical por 60 segundos antes de cada dosis.

---

#### Pregunta 4

**Escenario/Enunciado:** Una paciente de 34 semanas de embarazo llega a urgencias con cefalea intensa, visión borrosa y edema en manos y cara. Su PA es 162/110 mmHg. ¿Cuál es la acción prioritaria de enfermería?

#### Opciones:

- A) Indicarle a la paciente que descanse en posición lateral izquierda y tomar PA cada 30 minutos
- B) Notificar al médico de inmediato, preparar sulfato de magnesio y barandillas de cama acolchadas
- C) Tomar muestras de laboratorio para preeclampsia y esperar resultados antes de actuar
- D) Administrar acetaminofén para el dolor de cabeza

#### Respuesta correcta: B

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** Esta paciente presenta una constelación clásica de preeclampsia severa: hipertensión mayor de 160/110 + cefalea intensa + alteraciones visuales + edema facial. El riesgo inmediato es una convulsión eclámpsica, que puede causar daño cerebral o muerte materna y fetal. Las acciones son simultáneas: notificar al médico urgente, preparar sulfato de magnesio (el medicamento de elección para prevenir convulsiones en eclampsia), y proteger a la paciente colocando barandillas acolchadas en caso de convulsión.



- A) Descanso lateral izquierdo es correcto para mejorar el flujo placentario, pero como única acción es completamente insuficiente ante una PA de 162/110 con síntomas neurológicos.
- C) Esperar resultados de laboratorio cuando hay síntomas tan claros de preeclampsia severa es peligroso — el diagnóstico es clínico y la acción no puede esperar.
- D) El acetaminofén no trata la hipertensión ni previene las convulsiones. No es la prioridad.

Con PA mayor de 160/110 más síntomas neurológicos en el embarazo: actúa de inmediato. No esperes.

---

## Pregunta 5

**Escenario/Enunciado:** Un paciente de 72 años con diabetes tipo 2 llega confundido, diaforético y con piel pálida. Su familiar dice que no desayunó. Glucometría: 48 mg/dL. El paciente puede tragar. ¿Cuál es la intervención inicial correcta?

### Opciones:

- A) Llamar al médico y esperar órdenes antes de actuar
- B) Administrar 15-20 g de carbohidratos de acción rápida por vía oral (regla del 15)
- C) Iniciar dextrosa al 50% intravenosa de inmediato
- D) Dar un vaso de leche y un sándwich completo

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** Una glucemia de 48 mg/dL con síntomas neurológicos (confusión) es hipoglucemia sintomática. Cuando el paciente puede tragar de forma segura, el tratamiento inicial es la regla del 15: dar 15-20 g de carbohidratos de acción rápida (jugo de naranja, tabletas de glucosa, 3-4 sobres de azúcar en agua), esperar 15 minutos, y repetir la glucometría.

- A) Llamar al médico antes de tratar una hipoglucemia activa en un paciente que puede recibir vía oral es un retraso peligroso. La enfermera tiene capacidad y obligación de iniciar el tratamiento.
- C) La dextrosa IV al 50% está indicada cuando el paciente no puede tragar, está inconsciente o cuando la vía oral fracasó. Con vía oral intacta, la opción oral siempre va primero.
- D) La leche y el sándwich contienen proteínas y grasas que retrasan la absorción del azúcar. No son la primera respuesta a una hipoglucemia aguda.

Si puede tragar: glucosa oral primero. Si no puede: glucosa IV. Así de claro.

---

## Pregunta 6

**Escenario/Enunciado:** La enfermera recibe en un turno a los siguientes cuatro pacientes. ¿A cuál debe reportar al médico de forma más urgente?

### Opciones:

- A) Paciente con úlcera por presión grado II que tiene el apósito sucio y necesita cambio
- B) Paciente postoperatorio de colecistectomía laparoscópica que tiene distensión abdominal leve y no ha eliminado gases en 8 horas
- C) Paciente con insuficiencia renal crónica con potasio sérico de 6.2 mEq/L y cambios en el EKG
- D) Paciente con artroplastia de cadera que reporta dolor 6/10 a pesar de haber recibido el analgésico hace 2 horas

**Respuesta correcta:** C

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** Una hiperpotasemia de 6.2 mEq/L con cambios en el EKG es una emergencia cardíaca. Los niveles altos de potasio afectan directamente el sistema de conducción del corazón y pueden provocar fibrilación ventricular o paro cardíaco. Cuando la hiperpotasemia ya está produciendo

cambios electrocardiográficos (ondas T picudas, ensanchamiento del QRS), el riesgo es inmediato.

- A) El cambio de apósito es necesario, pero no representa riesgo vital inmediato.
- B) La distensión abdominal postoperatoria leve con ausencia de gases en 8 horas es esperada y se monitorea, pero no es urgente en este momento.
- D) El dolor 6/10 post-artroplastia con analgésico administrado hace 2 horas merece atención y posible ajuste de medicación, pero no es urgente comparado con una arritmia potencial.

Hiperpotasemia con cambios en EKG = emergencia cardíaca. Llama al médico ya.

---

## Pregunta 7

**Escenario/Enunciado:** Una enfermera termina de insertar un catéter Foley a una paciente. Después de la inserción, ¿cuál es la acción correcta para fijar el catéter en una paciente mujer?

### Opciones:

- A) Fijar el catéter en la cara interna del muslo con cinta adhesiva
- B) Dejar el catéter sin fijar para evitar presión en la uretra
- C) Fijar el catéter al abdomen inferior
- D) Conectar la bolsa colectora al barandal de la cama a nivel de la cadera

### Respuesta correcta: A

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** En pacientes femeninas, el catéter Foley se fija en la cara interna del muslo. Esto previene la tracción accidental que podría lesionar la uretra o desplazar el catéter. La fijación adecuada también reduce el riesgo de infecciones asociadas al catéter por movimiento innecesario.

- B) No fijar el catéter aumenta el riesgo de tracción, lesión uretral y desplazamiento.

- C) Fijar en el abdomen es la técnica correcta para pacientes masculinos, no femeninos.
- D) La bolsa colectora siempre debe estar por debajo del nivel de la vejiga (no a nivel de la cadera ni por encima) para garantizar el drenaje por gravedad y prevenir el reflujo de orina que aumenta el riesgo de infección. Además, nunca debe tocar el suelo.

Detalle de seguridad: la bolsa siempre abajo. El catéter fijado al muslo en la mujer.

---

### Pregunta 8 — SATA

**Escenario/Enunciado:** La enfermera está preparando el plan de cuidados para un paciente con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) descompensada que acaba de ingresar. ¿Cuáles de las siguientes intervenciones de enfermería son apropiadas?

**Selecciona todas las que apliquen.**

#### Opciones:

- A) Pesar al paciente todos los días a la misma hora y con la misma ropa
- B) Restricción de líquidos según la indicación médica
- C) Posición supina para maximizar el retorno venoso
- D) Monitorear la diuresis horaria si hay sonda vesical
- E) Restringir el sodio en la dieta según indicación
- F) Enseñar al paciente a reportar aumento de más de 1 kg en 24 horas o 2 kg en una semana

**Respuesta correcta:** A, B, D, E, F

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** Evaluemos cada opción:

- **A) Pesar diariamente:** Correcto. El peso diario es el mejor indicador de retención hídrica en ICC. Un aumento de 1 kg en 24 horas sugiere retención de aproximadamente 1 litro de líquido. Se pesa siempre igual (misma hora, misma ropa, antes del desayuno) para que sea comparable.

- **B) Restricción de líquidos:** Correcto. En ICC descompensada se suele restringir la ingesta de líquidos para reducir la sobrecarga de volumen, según indicación del médico.
- **C) Posición supina:** INCORRECTO. En ICC, la posición supina aumenta el retorno venoso al corazón, empeora la disnea y puede precipitar edema pulmonar. La posición correcta es semi-Fowler alta (cabecera elevada 45-90°).
- **D) Diuresis horaria:** Correcto. Si hay sonda vesical, monitorear la diuresis horaria permite evaluar la respuesta al tratamiento diurético.
- **E) Restricción de sodio:** Correcto. El sodio retiene agua; reducirlo ayuda a controlar la retención hídrica en ICC.
- **F) Educación al paciente:** Correcto. El reconocimiento temprano de signos de descompensación (aumento de peso, disnea que empeora) permite actuar antes de una hospitalización urgente.

La C es la trampa clásica: el instinto dice "acuéstalo" cuando en realidad hay que sentarlo.

---

## Pregunta 9

**Escenario/Enunciado:** Un paciente recibe morfina IV para dolor postoperatorio. A los 30 minutos, la enfermera lo encuentra con frecuencia respiratoria de 8 respiraciones por minuto, somnoliento y difícil de despertar. ¿Cuál es la acción prioritaria?

### Opciones:

- A) Esperar 15 minutos y reevaluar
- B) Disminuir la dosis de morfina para la próxima administración
- C) Administrar naloxona IV y prepararse para soporte respiratorio
- D) Colocar al paciente en posición lateral de recuperación y elevar el cabecero

**Respuesta correcta:** C

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** Este paciente presenta los signos clásicos de depresión respiratoria por opioides: FR de 8 rpm (normal: 12-20), somnolencia severa y dificultad para despertar. La FR de 8 rpm es una señal roja de alarma que exige acción inmediata. La naloxona es el antagonista específico de los opioides y revierte la depresión respiratoria.

- A) Esperar ante una FR de 8 rpm con opioides activos es peligroso. La depresión respiratoria puede progresar a apnea en minutos.
- B) Disminuir la próxima dosis no ayuda al problema que existe ahora mismo.
- D) La posición lateral puede ayudar a mantener la vía aérea abierta, pero no revierte la causa del problema (los opioides). No es suficiente como única acción.

Cuando un paciente con opioides tiene  $FR \leq 8-10$  rpm y está somnoliento: naloxona. Ahora.

---

## Pregunta 10

**Escenario/Enunciado:** La enfermera recibe la orden de administrar una bolsa de sangre a un paciente. A los 10 minutos de iniciada la transfusión, el paciente reporta escalofrío, fiebre de  $38.5^{\circ}\text{C}$  y urticaria en el pecho. ¿Cuál es la primera acción de enfermería?

### Opciones:

- A) Disminuir la velocidad de la transfusión y llamar al médico
- B) Detener la transfusión, mantener el acceso IV con solución salina, y notificar al médico y al banco de sangre
- C) Administrar antihistamínico y continuar la transfusión a velocidad lenta
- D) Tomar signos vitales completos y documentar los síntomas

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** Fiebre, escalofrío y urticaria en los primeros 10-15 minutos de una transfusión son signos de una reacción transfusional. La primera acción siempre es DETENER la transfusión para prevenir

que el paciente reciba más sangre potencialmente incompatible. Luego: mantener el acceso IV con solución salina (para poder administrar medicamentos si es necesario), notificar al médico y al banco de sangre (para analizar la unidad sanguínea), y guardar la bolsa y el equipo.

- A) Disminuir la velocidad es insuficiente y peligroso — si hay incompatibilidad, más sangre = más daño.
- C) Administrar antihistamínico y continuar es incorrecto hasta que se determine el tipo de reacción. Las reacciones hemolíticas agudas son potencialmente mortales.
- D) Tomar signos vitales es necesario, pero no antes de detener la transfusión. La seguridad del paciente es la acción número uno.

Regla inmutable: ante reacción transfusional, DETENER la transfusión es siempre el primer paso.

---

## Pregunta 11

**Escenario/Enunciado:** Una enfermera evalúa a un paciente de 65 años con 24 horas post-operatorio de cirugía abdominal mayor. Nota que la herida quirúrgica tiene los bordes separados y se ve tejido intestinal asomándose. ¿Cómo debe actuar?

### Opciones:

- A) Cubrir la herida con gasa seca, llamar al médico y preparar al paciente para cirugía
- B) Intentar empujar el tejido hacia adentro con las manos enguantadas y cubrir con vendaje
- C) Cubrir el tejido expuesto con gasas estériles humedecidas con solución salina, colocar al paciente en posición supina con rodillas ligeramente flexionadas, y notificar al médico de inmediato
- D) Limpiar la herida con solución de povidona yodada y cubrir con apósito adhesivo

**Respuesta correcta:** C

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** Lo que describes es una evisceración abdominal postoperatoria — el tejido intestinal se ha exteriorizado. Es una emergencia quirúrgica. La acción correcta es: (1) cubrir el tejido con gasas estériles humedecidas con solución salina normal (para mantenerlo húmedo y prevenir necrosis — NUNCA secas, NUNCA con povidona que quema el tejido), (2) colocar al paciente en posición supina con rodillas flexionadas (reduce la tensión abdominal), y (3) llamar al médico de inmediato.

- A) Las gasas secas dañarían el tejido intestinal expuesto. La cobertura húmeda es esencial.
- B) NUNCA se intenta reintroducir el tejido manualmente — riesgo de infección, perforación y daño vascular.
- D) La povidona yodada es tóxica para el tejido intestinal expuesto y está contraindicada.

Evisceración: gasas húmedas con salina, rodillas flexionadas, médico ya.

---

## Pregunta 12

**Escenario/Enunciado:** La enfermera va a administrar medicamentos por sonda nasogástrica. Antes de hacerlo, ¿cuál es el método más confiable para verificar que la sonda está en posición correcta?

### Opciones:

- A) Auscultar sobre el epigastrio mientras insufla aire con una jeringa
- B) Observar si la sonda burbujea cuando se sumerge en agua
- C) Confirmar la posición mediante radiografía del tórax o abdomen
- D) Aspirar contenido y verificar que tiene pH ácido ( $\leq 5.5$ )

**Respuesta correcta:** C

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** Las guías de seguridad actuales son claras: la radiografía es el estándar de oro para confirmar la posición de una sonda



nasogástrica, especialmente antes del primer uso. Los métodos bedside (auscultación, pH) pueden usarse para verificaciones de rutina, pero tienen limitaciones:

- A) La auscultación con insuflación de aire fue un método estándar durante décadas, pero se abandonó como verificador confiable porque el sonido se puede transmitir incluso cuando la sonda está en la pleura o el esófago. No se recomienda como único método.
- B) El método de burbujeo en agua tampoco es confiable y está obsoleto.
- D) La medición del pH del aspirado es el método bedside más aceptado actualmente ( $\text{pH} \leq 5.5$  sugiere posición gástrica), pero puede ser engañoso si el paciente está en tratamiento con inhibidores de bomba de protones o si el aspirado es traqueal o pleural.

Antes del primer uso: radiografía siempre. Para verificaciones rutinarias: pH del aspirado es el mejor método bedside.

---

### Pregunta 13

**Escenario/Enunciado:** Un paciente con diabetes tipo 1 está confuso, sudoroso, tembloroso y tiene piel pálida. La glucometría marca 40 mg/dL y el paciente está inconsciente. No tiene acceso IV disponible en este momento. ¿Cuál es la acción correcta?

#### Opciones:

- A) Administrar jugo de naranja por la boca porque es la regla del 15
- B) Administrar glucagón intramuscular o subcutáneo
- C) Esperar a que el equipo coloque un acceso IV para dar dextrosa
- D) Frotar miel o gel de glucosa en las encías del paciente

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** Este paciente está inconsciente — no puede tragar de forma segura, por lo que la vía oral está CONTRAINDICADA (riesgo de aspiración). La dextrosa IV sería ideal pero no hay acceso IV. La solución es

el glucagón, que puede administrarse vía intramuscular (IM) o subcutánea (SC), estimula al hígado a liberar glucosa y eleva la glucemia en 10-15 minutos. Muchos pacientes diabéticos tienen glucagón prescrito para emergencias.

- A) Dar líquidos por la boca a un paciente inconsciente es un riesgo de aspiración severo — neumonía aspirativa o asfixia. Nunca.
- C) Esperar pasivamente mientras el paciente sigue en hipoglucemia profunda no es aceptable cuando hay una opción disponible (glucagón).
- D) El gel de glucosa o miel en encías NO es una intervención validada para pacientes inconscientes con hipoglucemia severa. Puede causar aspiración.

Inconsciente + hipoglucemia + sin IV = glucagón IM. Luego, cuando despierte, glucosa oral o IV.

---

## Pregunta 14

**Escenario/Enunciado:** La enfermera atiende a un paciente al que se le va a realizar una punción lumbar (PL). ¿Cuál es la posición correcta para colocar al paciente durante el procedimiento?

### Opciones:

- A) Posición supina con brazos extendidos a los lados
- B) Decúbito lateral con columna flexionada, rodillas hacia el pecho y barbilla hacia el pecho (posición fetal)
- C) Posición prona (boca abajo) con almohada bajo el abdomen
- D) Sentado al borde de la cama con espalda recta

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** La punción lumbar requiere que los espacios intervertebrales estén lo más abiertos posible para facilitar la entrada de la aguja. La posición de decúbito lateral con flexión máxima de la columna (rodillas al pecho, barbilla al pecho, "posición fetal") maximiza la apertura de los espacios

intervertebrales lumbares. También se puede usar la posición sentada inclinada hacia adelante, pero la posición lateral es la más utilizada en la práctica hospitalaria general.

- A) Supino con brazos extendidos no abre los espacios lumbares — es imposible acceder a la columna lumbar en esta posición.
- C) La posición prona no facilita el acceso a los espacios espinales lumbares para una PL.
- D) Sentado con espalda recta no abre suficientemente los espacios; si estuviera inclinado hacia adelante abrazando una almohada sería correcto, pero sentado con espalda recta no.

La clave del posicionamiento en PL: curvar la columna como "C" para abrir los espacios.

---

## Pregunta 15

**Escenario/Enunciado:** La enfermera está educando a un paciente que va a ser dado de alta con warfarina (Coumadin). ¿Cuál de las siguientes instrucciones es INCORRECTA y NO debe incluirse en la educación al paciente?

### Opciones:

- A) "Evite cambios bruscos en su consumo de alimentos ricos en vitamina K como espinacas y brócoli"
- B) "Puede tomar ibuprofeno o aspirina sin receta si tiene dolor"
- C) "Reporte cualquier sangrado inusual: en encías, orina rosada o heces oscuras"
- D) "Acuda a sus controles de INR según lo indicado"

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** Esta pregunta pide la instrucción INCORRECTA — ojo con esa palabra. La warfarina es un anticoagulante que ya aumenta el riesgo de sangrado. Los AINEs como el ibuprofeno y la aspirina inhiben las plaquetas y pueden causar irritación gastrointestinal, lo que eleva

significativamente el riesgo de sangrado grave cuando se combinan con warfarina. Un paciente en warfarina no debe tomar ibuprofeno ni aspirina sin autorización médica.

- A) Correcto que debe evitar cambios bruscos en vitamina K: esa vitamina interfiere directamente con el efecto de la warfarina. La clave es "cambios bruscos" — no se elimina totalmente, sino que se mantiene consistente.
- C) Correcto: reportar signos de sangrado es educación esencial para cualquier paciente en anticoagulación.
- D) Correcto: el INR debe monitorearse regularmente para mantener el nivel terapéutico.

Warfarina + AINEs/aspirina = riesgo de sangrado grave. Esa combinación está contraindicada sin supervisión médica.

---

## Pregunta 16

**Escenario/Enunciado:** Un paciente llega con crisis hipertensiva (PA 210/120 mmHg) pero sin signos de daño a órgano blanco. Se inicia tratamiento antihipertensivo IV. Durante el control, la PA baja a 110/70 en 20 minutos. El paciente refiere que se siente mareado y tiene visión borrosa. ¿Cuál es la acción prioritaria?

### Opciones:

- A) Continuar el tratamiento ya que la PA llegó a rangos normales
- B) Informar al médico y suspender o disminuir el antihipertensivo, ya que la bajada fue demasiado rápida
- C) Colocar al paciente en posición de Trendelenburg para aumentar la perfusión cerebral
- D) Dar al paciente un vaso de agua y esperar 10 minutos más

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** En una crisis hipertensiva, la meta NO es llevar la PA a valores normales rápidamente. La reducción brusca de PA puede causar isquemia cerebral, coronaria o renal, especialmente en pacientes con

hipertensión crónica cuyos vasos están "acostumbrados" a presiones altas. El mareo y la visión borrosa son señales de hipoperfusión. La bajada de 210/120 a 110/70 en 20 minutos es demasiado agresiva y peligrosa. La meta inicial en una crisis hipertensiva urgente es reducir la PA en no más del 25% en las primeras horas.

- A) "Llegó a rangos normales" no significa que fue seguro — fue demasiado rápido.
- C) Trendelenburg no es la solución; el problema es la velocidad del descenso, no la posición.
- D) Esperar pasivamente mientras el paciente tiene síntomas neurológicos es inapropiado.

Bajar la PA rápido en hipertensión crónica puede ser tan peligroso como tenerla alta.

---

### Pregunta 17 — SATA

**Escenario/Enunciado:** La enfermera cuida a un paciente de 68 años que fue hospitalizado por neumonía y está recibiendo antibióticos IV. ¿Cuáles son signos y síntomas que la enfermera debe reportar al médico de forma urgente como posibles indicadores de sepsis? **Selecciona todas las que apliquen.**

#### Opciones:

- A) Temperatura de 38.8°C
- B) Frecuencia cardíaca de 108 lpm
- C) Presión arterial 88/50 mmHg que no responde a la administración de 1 litro de solución salina
- D) Nivel de consciencia normal y orientado en tiempo, lugar y persona
- E) Frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto
- F) Orina de color amarillo normal con volumen adecuado

**Respuesta correcta:** A, B, C, E

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):**

- **A) Temperatura 38.8°C:** Correcto. La fiebre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ) es parte de los criterios SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica) que pueden indicar sepsis. También la hipotermia ( $<36^{\circ}\text{C}$ ) sería signo de alarma.
- **B) FC 108 lpm:** Correcto. La taquicardia ( $>90$  lpm) es otro criterio SIRS y señal de compensación ante una infección sistémica.
- **C) PA 88/50 que no responde a cristaloides:** Correcto. Hipotensión refractaria a líquidos es criterio de choque séptico — la emergencia más severa. Requiere atención inmediata, vasopresores y posiblemente UCI.
- **D) Consciencia normal:** Incorrecto como señal de alarma. El estado de consciencia normal y orientado es una buena señal, no un signo de sepsis.
- **E) FR 26 rpm:** Correcto. Taquipnea ( $>20$  rpm) es parte de los criterios SIRS y puede indicar respuesta compensatoria a la acidosis metabólica o hipoxia en sepsis.
- **F) Orina normal con volumen adecuado:** Incorrecto como señal de alarma. Diuresis adecuada indica buena perfusión renal — lo opuesto de la oliguria que vemos en sepsis.

Sepsis: fiebre + taquicardia + taquipnea + hipotensión. Si los cuatro están presentes, actúa con urgencia.

---

## Pregunta 18

**Escenario/Enunciado:** La enfermera va a iniciar una transfusión de concentrado globular. ¿Cuál es la solución correcta para hacer pasar la sangre por la misma línea IV?

### Opciones:

- A) Dextrosa al 5% en agua (D5W)
- B) Lactato de Ringer
- C) Solución salina al 0.9% (solución fisiológica normal)
- D) Solución salina al 0.45%

**Respuesta correcta:** C

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** La única solución compatible para administrar con productos sanguíneos es la solución salina al 0.9% (solución fisiológica isotónica). Cualquier otra solución puede:

- La dextrosa al 5% (D5W): causa hemólisis (destrucción de los glóbulos rojos) por ser hipotónica para los eritrocitos.
- El Lactato de Ringer: contiene calcio que puede provocar coagulación dentro del equipo transfusional.
- La solución salina al 0.45%: es hipotónica y puede causar hemólisis, igual que la dextrosa.

La solución salina al 0.9% es isotónica con los eritrocitos, no afecta su integridad y es la única aprobada para lavar y compatibilizar el equipo de transfusión.

Regla simple: sangre = solo solución salina 0.9%. Sin excepciones.

---

## **Pregunta 19**

**Escenario/Enunciado:** Un paciente con hipertiroidismo está siendo preparado para tiroidectomía. ¿Cuál de los siguientes hallazgos postoperatorios inmediatos es más urgente reportar al médico?

**Opciones:**

- A) Ronquera leve al hablar
- B) Náuseas y vómitos postanestesia
- C) Dolor en la zona de la incisión que califica 4/10
- D) Espasmos musculares en manos y hormigueo perioral

**Respuesta correcta:** D

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** Los espasmos musculares en manos (signo de Trousseau positivo) y el hormigueo perioral (parestias periorales) después de una tiroidectomía son señales clásicas de hipocalcemia aguda por

hipoparatiroidismo postquirúrgico. Las glándulas paratiroides están muy cerca de la tiroides y pueden ser dañadas o removidas accidentalmente durante la cirugía. La hipocalcemia severa puede progresar a laringoespasma, tetania generalizada y arritmias cardíacas.

- A) La ronquera leve puede indicar irritación por el tubo endotraqueal o edema transitorio — se monitorea, pero es menos urgente que la hipocalcemia activa.
- B) Las náuseas post-anestesia son comunes y manejables, no representan emergencia en ausencia de otros síntomas.
- C) Dolor 4/10 en herida quirúrgica es esperable y manejable.

Post-tiroidectomía: espasmos musculares + hormigueo = hipocalcemia = urgencia.  
Revisar calcio sérico y tener gluconato de calcio listo.

---

## Pregunta 20

**Escenario/Enunciado:** La enfermera va a administrar medicamentos a través de un acceso venoso central (CVC) que lleva 3 días colocado. Antes de usarlo, nota que el sitio de inserción tiene enrojecimiento, calor local y el paciente reporta dolor al tocarlo. La temperatura del paciente es 38.2°C. ¿Cuál es la acción correcta?

### Opciones:

- A) Limpiar el sitio con clorhexidina, aplicar apósito nuevo y administrar los medicamentos
- B) Usar otro acceso venoso periférico disponible, reportar los hallazgos al médico y documentar
- C) Continuar usando el CVC pero a menor velocidad de infusión
- D) Tomar cultivos de la punta del catéter antes de hacer cualquier cosa

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** El escenario describe signos de infección local en el sitio del CVC (enrojecimiento, calor, dolor, fiebre). Un catéter central infectado puede convertirse en bacteriemia y sepsis por catéter — una



complicación grave. La decisión de retirar el catéter es médica, pero mientras tanto la enfermera no debe usarlo para administrar medicamentos a través de un sitio potencialmente infectado. La acción correcta es: (1) no usar ese acceso, (2) usar un acceso alternativo, (3) reportar al médico de inmediato, y (4) documentar los hallazgos.

- A) Limpiar y continuar usando un sitio con signos de infección activa expone al paciente a bacteriemia.
- C) Reducir la velocidad no elimina el riesgo de introducir bacterias en el torrente sanguíneo.
- D) La toma de cultivos del catéter es una decisión médica; la enfermera no retira catéteres centrales por su propia cuenta sin indicación.

Signos de infección en CVC: no usarlo, reportar al médico. La seguridad del paciente primero.

---

## Pregunta 21

**Escenario/Enunciado:** Una enfermera trabaja en una unidad de cuidados intensivos y cuida a un paciente con ventilación mecánica. Al revisar las alarmas, nota que la presión pico de la vía aérea ha aumentado bruscamente de 22 a 38 cmH<sub>2</sub>O y el paciente está agitado. ¿Cuál es la evaluación inicial prioritaria?

### Opciones:

- A) Llamar al médico y esperar instrucciones antes de tocar al paciente
- B) Desconectar al paciente del ventilador y ventilar manualmente con bolsa-válvula-mascarilla mientras se evalúa al paciente
- C) Aumentar la sedación para calmar la agitación
- D) Verificar si hay secreciones en el tubo endotraqueal y evaluar la posición del tubo

**Respuesta correcta:** D

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** Un aumento brusco de la presión pico de la vía aérea en un paciente ventilado indica resistencia al flujo de aire.

Las causas más comunes son: acumulación de secreciones, torcimiento del tubo endotraqueal, broncospasmo o neumotórax. La evaluación inicial es siempre: (1) verificar al paciente (¿está bien?), (2) verificar el circuito y el tubo (¿hay secreciones? ¿está doblado? ¿hay entrada de aire bilateral?). La agitación puede ser consecuencia de hipoxia.

- A) Esperar al médico con un paciente ventilado en deterioro no es aceptable. La enfermera de UCI debe evaluar y actuar dentro de su competencia.
- B) Ventilar manualmente es correcto si el ventilador está fallando o si el paciente está en peligro inmediato y no puede esperar — pero no es el primer paso antes de evaluar la causa.
- C) Aumentar la sedación antes de evaluar la causa de la agitación puede enmascarar una hipoxia y empeorar la situación.

Alarma de presión en ventilador mecánico: primero evalúa al paciente y el tubo. Nunca sedas primero.

---

## Pregunta 22

**Escenario/Enunciado:** Una enfermera debe administrar insulina NPH 30 unidades e insulina regular 10 unidades en la misma jeringa. ¿Cuál es el orden correcto para cargar las insulinas?

### Opciones:

- A) Primero cargar la NPH y luego la insulina regular
- B) Primero cargar la insulina regular (clara) y luego la NPH (turbia)
- C) El orden no importa siempre que la dosis total sea correcta
- D) No se deben mezclar estas dos insulinas en la misma jeringa

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** La regla mnemotécnica es "Clear before Cloudy" (Clara antes que turbia). La insulina regular es transparente (clara); la NPH es turbia. El orden correcto es:

1. Inyectar aire en el vial de NPH (sin sacar insulina aún)
2. Inyectar aire en el vial de regular
3. Sacar la insulina regular (clara) primero
4. Luego sacar la insulina NPH (turbia)

¿Por qué importa el orden? Si accidentalmente introduces insulina NPH en el vial de regular, contaminas el vial de regular con agente protamina (el que hace turbia a la NPH), lo que altera la acción de futuras dosis de insulina regular. Al revés, si introduces regular en el vial de NPH, el efecto es mínimo.

- A) Primero la NPH es el orden incorrecto — riesgo de contaminar el vial de insulina regular.
- C) El orden sí importa, por la razón explicada arriba.
- D) La NPH y la regular son insulinas que sí se pueden mezclar en la misma jeringa.

"Clara antes que turbia" — memorízalo y no lo olvides jamás.

---

### Pregunta 23

**Escenario/Enunciado:** La enfermera está valorando a un paciente de 45 años que fue ingresado por pancreatitis aguda. Los signos vitales muestran: PA 90/60 mmHg, FC 118 lpm, FR 24 rpm, temperatura 38.7°C, SpO<sub>2</sub> 93%. El paciente está desorientado y con dolor abdominal intenso. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico de enfermería prioritario?

#### Opciones:

- A) Dolor agudo relacionado con inflamación pancreática
- B) Ansiedad relacionada con hospitalización
- C) Déficit de volumen de líquidos relacionado con tercer espacio e inflamación
- D) Riesgo de infección relacionado con proceso inflamatorio

**Respuesta correcta:** C

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** Apliquemos la jerarquía de Maslow y el ABC: este paciente está mostrando signos de hipovolemia severa (PA 90/60, FC 118) con datos de hipoperfusión (desorientación). En la pancreatitis aguda, hay una pérdida masiva de líquidos hacia el tercer espacio (peritoneo, tejidos retroperitoneales). El déficit de volumen está comprometiendo la perfusión de órganos vitales —incluido el cerebro (desorientación). Ese es el problema que amenaza la vida en este momento.

- A) El dolor es real y también necesita atención, pero sin volumen intravascular adecuado, el paciente puede entrar en choque. El volumen va primero.
- B) La ansiedad es una necesidad psicológica — en la jerarquía de Maslow, las necesidades fisiológicas (y la seguridad vital) van antes.
- D) El riesgo de infección es una preocupación válida, pero es un riesgo potencial, no el problema que está matando al paciente ahora mismo.

Maslow siempre: necesidades fisiológicas → seguridad → psicológicas. Y dentro de lo fisiológico, ABC primero.

---

## Pregunta 24

**Escenario/Enunciado:** La enfermera recibe turno con los siguientes cuatro pacientes postoperatorios. ¿Cuál debe valorar primero?

### Opciones:

- A) Paciente de apendicectomía de hace 4 horas, PA 118/76, FC 82, FR 16, SpO<sub>2</sub> 98%, dolor 5/10
- B) Paciente de reemplazo de rodilla hace 8 horas, reporta que la pierna operada está fría y azulada desde hace 20 minutos
- C) Paciente de hernia inguinal hace 6 horas, reporta náuseas y no ha tolerado líquidos orales
- D) Paciente de colecistectomía laparoscópica hace 2 horas, tiene distensión abdominal leve y no ha eliminado gases

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):** La pierna fría y azulada (cianosis + frialdad) en una extremidad postoperatoria de reemplazo de rodilla es una señal de alarma vascular urgente. Puede indicar oclusión arterial aguda o compresión del compartimento, ambas emergencias que requieren atención inmediata para salvar la extremidad. La ventana de tiempo para actuar en una isquemia arterial aguda es limitada.

- A) Los signos vitales son normales y el dolor es manejable — no hay urgencia en este momento.
- C) Las náuseas post-anestesia son comunes y molestas, pero no representan peligro inmediato.
- D) La distensión abdominal leve y la ausencia de gases en 2 horas post-colecistectomía laparoscópica es completamente esperable y normal.

Extremidad fría y azul post-cirugía ortopédica = emergencia vascular. Ve ahora.

---

## **Pregunta 25 — SATA**

**Escenario/Enunciado:** La enfermera está educando a un paciente que fue diagnosticado con hipertensión arterial y va a comenzar tratamiento. ¿Cuáles de las siguientes instrucciones de estilo de vida son correctas para incluir en la educación?

**Selecciona todas las que apliquen.**

### **Opciones:**

- A) Reducir el consumo de sodio a menos de 2,300 mg por día (o menos si el médico lo indica)
- B) Realizar actividad física de intensidad moderada al menos 150 minutos por semana
- C) Consumir alcohol con moderación: no más de 1 bebida al día en mujeres, 2 en hombres
- D) Dejar de tomar los medicamentos antihipertensivos cuando la presión llegue a valores normales

E) Mantener un peso saludable o perder peso si hay sobrepeso

F) Adoptar una dieta estilo DASH (rica en frutas, vegetales, lácteos bajos en grasa y baja en grasas saturadas)

**Respuesta correcta:** A, B, C, E, F

**Razonamiento (cómo piensa una enfermera):**

- **A) Reducir sodio:** Correcto. El sodio elevado aumenta la retención hídrica y la presión arterial. La meta recomendada es menos de 2,300 mg/día, idealmente menos de 1,500 mg en hipertensos.
- **B) Actividad física 150 min/semana:** Correcto. El ejercicio aeróbico regular reduce la PA sistólica entre 5-8 mmHg en hipertensos. Esta es la recomendación estándar de las guías.
- **C) Moderación en alcohol:** Correcto. El consumo excesivo de alcohol eleva la PA. La moderación definida es  $\leq 1$  bebida/día en mujeres y  $\leq 2$  en hombres.
- **D) Suspender medicamentos cuando la PA se normaliza:**  
INCORRECTO. Este es uno de los errores más peligrosos en hipertensión. La PA se normaliza precisamente porque el medicamento está funcionando. Suspenderlo sin indicación médica provoca rebote hipertensivo. Los antihipertensivos generalmente son para toda la vida.
- **E) Control de peso:** Correcto. El sobrepeso es un factor de riesgo directamente modificable para la hipertensión.
- **F) Dieta DASH:** Correcto. La dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ha demostrado reducir la PA de forma significativa en estudios clínicos.

La D es la trampa más peligrosa: el paciente que se siente bien y deja los medicamentos es el que termina en urgencias con una crisis hipertensiva.

---

## Resumen del Banco (Parte 1)

**Total: 25 preguntas resueltas**

#	Tipo	Tema principal
---	-----	-----
1	Priorización (a quién atiendes primero)	ABC, insuficiencia respiratoria
2	Acción inicial	IAM, monitoreo cardíaco
3	Evaluación previa a medicamento	Digoxina, seguridad en fármacos
4	Acción prioritaria	Preeclampsia severa, emergencia obstétrica
5	Intervención inicial	Hipoglucemia, regla del 15
6	Priorización + reporte médico	Hiperpotasemia, arritmia
7	Seguridad del paciente	Catéter Foley, técnica
8	SATA	ICC, manejo y monitoreo
9	Acción prioritaria	Depresión respiratoria por opioides, naloxona
10	Complicación / acción inicial	Reacción transfusional
11	Reconocer complicación	Evisceración postoperatoria
12	Seguridad del paciente	Verificación de sonda nasogástrica
13	Intervención sin IV	Hipoglucemia severa + inconsciente, glucagón
14	Posicionamiento	Punción lumbar
15	Educación al paciente (la INCORRECTA)	Warfarina, interacciones peligrosas
16	Complicación de tratamiento	Descenso brusco de PA en crisis hipertensiva
17	SATA	Signos de sepsis
18	Seguridad en transfusión	Solución compatible con sangre
19	Reconocer complicación postquirúrgica	Hipocalcemia post-tiroidectomía
20	Seguridad del paciente	Infección en CVC
21	Acción inicial en UCI	Alarma de ventilador mecánico
22	Técnica de medicación	Mezcla de insulinas (clara antes que turbia)

| 23 | Diagnóstico de enfermería prioritario (Maslow) | Pancreatitis aguda, hipovolemia |

| 24 | Priorización postoperatoria | Isquemia vascular en extremidad |

| 25 | SATA | Educación en hipertensión arterial |

---

*[Fin del Banco de Preguntas — Parte 1]*



---

# BANCO DE PREGUNTAS EXPLICADAS

## (Parte 2)

Preguntas 26–50 | El Método de Pensamiento Crítico para Aprobar el NCLEX  
Dr. Alexander Figueredo

---

### Pregunta 26

**Escenario:** Un paciente de 68 años con insuficiencia cardíaca congestiva reporta que aumentó 2 kg en 2 días, tiene edema en los tobillos y refiere "no poder respirar bien al acostarse". La enfermera ausculta crepitantes bibasales. ¿Cuál es la intervención de enfermería más prioritaria?

**Opciones:**

- A) Administrar el diurético prescrito según ordenes
- B) Colocar al paciente en posición de Fowler alta y notificar al médico
- C) Pesar al paciente nuevamente para confirmar el dato
- D) Restringir los líquidos a 1,000 mL por turno

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento:** Por el ABC, la respiración va primero. Este paciente tiene signos de descompensación cardíaca: ortopnea (no puede acostarse), crepitantes y aumento de peso rápido por retención de líquidos. La posición de Fowler alta facilita la expansión pulmonar y reduce el retorno venoso, aliviando de inmediato la disnea. Luego notificar al médico para que ajuste el tratamiento. La opción A puede ser correcta después, pero "administrar el diurético según ordenes" no incluye evaluar primero al paciente ni posicionarlo. La opción C es innecesaria: el dato ya fue documentado. La opción D no

es una orden que la enfermera toma sola sin prescripción médica y no resuelve la urgencia inmediata.

---

### Pregunta 27

**Escenario:** Una paciente de 55 años con angina estable llega a la clínica reportando dolor precordial de 3/10 que apareció al caminar. Tiene nitroglicerina sublingual prescrita. La enfermera le administra una tableta. A los 5 minutos, el dolor persiste. ¿Cuál es la acción correcta?

#### Opciones:

- A) Esperar 15 minutos antes de dar una segunda dosis
- B) Administrar una segunda tableta de nitroglicerina y notificar al médico si el dolor continúa
- C) Administrar dos tabletas adicionales de nitroglicerina de inmediato
- D) Llevar a la paciente al área de urgencias sin darle más nitroglicerina

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento:** El protocolo estándar para nitroglicerina sublingual es: si el dolor persiste a los 5 minutos, administrar una segunda dosis. Si persiste a los 10 minutos de la segunda dosis, dar una tercera. Si luego de tres dosis (con 5 minutos entre cada una) el dolor no cede, activar emergencia. La opción A es incorrecta: el intervalo es de 5 minutos, no 15. La opción C es peligrosa: dar dos tabletas adicionales de golpe puede causar hipotensión grave. La opción D es prematura después de una sola dosis.

---

### Pregunta 28

**Escenario:** Un paciente de 72 años, postoperatorio de cirugía abdominal, tiene una presión arterial de 88/52 mmHg, frecuencia cardíaca de 118 lpm, y el apósito está saturado de sangre. Está pálido y dice sentirse "mareado". ¿Cuál es la prioridad inmediata?

**Opciones:**

- A) Documentar los signos vitales y notificar al cirujano de turno
- B) Aplicar presión directa sobre la herida, llamar al médico y preparar acceso IV
- C) Administrar un bolo de solución salina normal según protocolo de enfermería
- D) Cambiar el apósito con técnica estéril y colocar uno nuevo

**Respuesta correcta: B**

**Razonamiento:** Este paciente tiene signos de hemorragia postoperatoria con choque hipovolémico incipiente: hipotensión, taquicardia, palidez, sangrado activo visible. Por el ABC, la circulación está comprometida. La acción inmediata es controlar la hemorragia con presión directa (intervención de enfermería mientras llega el médico), notificar de urgencia y asegurar acceso IV para preparar la reposición de volumen. La opción A es incompleta y pasiva ante una urgencia. La opción C puede ser necesaria pero solo el médico ordena bolos; además la prioridad es detener el sangrado primero. La opción D es incorrecta: cambiar el apósito no detiene el sangrado y puede empeorar la situación.

---

**Pregunta 29**

**Escenario:** Un paciente diabético tipo 2 tiene una glucemia capilar de 58 mg/dL antes del desayuno. Está consciente, orientado y dice tener "temblores y sudoración". ¿Cuál es la intervención de enfermería inicial?

**Opciones:**

- A) Llamar al médico antes de hacer cualquier cosa
- B) Administrar 1 mg de glucagón intramuscular
- C) Dar 15 gramos de carbohidratos de acción rápida por vía oral
- D) Administrar una infusión de dextrosa al 50% intravenosa

**Respuesta correcta: C**

**Razonamiento:** La "regla de los 15" para hipoglucemia leve-moderada en paciente consciente y capaz de tragar: dar 15 g de carbohidratos de acción rápida (4 onzas de jugo, tabletas de glucosa, etc.), esperar 15 minutos y volver a medir. Este paciente está consciente y puede tragar, por lo que la vía oral es la indicada. La opción A retrasa el tratamiento de una urgencia metabólica. La opción B (glucagón IM) se reserva para hipoglucemia severa con inconsciencia o incapacidad para tragar. La opción D (dextrosa 50% IV) también es para pacientes sin acceso oral seguro o inconscientes, y requiere orden médica.

---

### Pregunta 30

**Escenario:** Una paciente de 38 años tiene diabetes tipo 1 y está hospitalizada con vómitos frecuentes. No ha podido comer desde esta mañana. A las 11 AM la enfermera verifica la glucemia y obtiene 285 mg/dL. La paciente tiene prescrita insulina regular según escala deslizante. ¿Cuál es la prioridad?

#### Opciones:

- A) No administrar insulina porque la paciente no ha comido
- B) Administrar la dosis de insulina correspondiente según la escala y notificar al médico sobre la hiperglucemia y los vómitos
- C) Esperar a que la paciente coma algo antes de administrar cualquier insulina
- D) Dar jugo de naranja para que la paciente tenga algo en el estómago

#### Respuesta correcta: B

**Razonamiento:** En diabetes tipo 1, el páncreas no produce insulina. Aunque la paciente no esté comiendo, su glucemia está en 285 mg/dL, lo que indica hiperglucemia que puede progresar a cetoacidosis diabética (CAD). La insulina basal y la escala deslizante están precisamente para manejar la glucosa independientemente de la ingesta. La enfermera administra la dosis según la escala y reporta al médico para que ajuste el plan (posiblemente insulina IV y líquidos). La opción A es peligrosa: omitir insulina en tipo 1 puede desencadenar CAD. La opción C es un error clínico por

la misma razón. La opción D es contraproducente: el jugo elevaría más la glucemia en una paciente con vómitos y no puede tomarse.

---

### Pregunta 31

**Escenario:** La enfermera va a administrar un medicamento intravenoso y está verificando la "administración correcta". Al revisar la etiqueta del medicamento con la orden médica, nota que el nombre del fármaco coincide pero la concentración es diferente. ¿Cuál es la acción correcta?

#### Opciones:

- A) Administrar el medicamento porque el nombre es el mismo
- B) Ajustar manualmente la dosis para compensar la diferencia de concentración
- C) Detener la administración, separar el medicamento y notificar a la farmacia y al médico
- D) Consultar con un compañero y proceder si ambos están de acuerdo

#### Respuesta correcta: C

**Razonamiento:** Los "10 derechos de la administración segura de medicamentos" incluyen el derecho a la dosis y la preparación correcta. Una discrepancia en la concentración es una discrepancia de dosis real. La acción correcta es NO administrar, retirar el medicamento y comunicarse con farmacia y el médico para obtener el fármaco correcto. La opción A viola los derechos de seguridad. La opción B es extremadamente peligrosa: calcular dosis sobre una concentración no verificada puede resultar en sobredosis o subdosis graves. La opción D no es suficiente: la decisión final no la toma otro enfermero, sino la farmacia y el médico.

---

### Pregunta 32

**Escenario:** La enfermera va a administrar metoprolol 50 mg por vía oral a un paciente con hipertensión. Antes de darlo, toma los signos vitales: PA 118/72 mmHg, FC 48 lpm. ¿Cuál es la acción correcta?

**Opciones:**

- A) Administrar el medicamento porque la PA está dentro del rango normal
- B) Administrar la mitad de la dosis y documentar
- C) Retener el medicamento y notificar al médico
- D) Administrar el medicamento y monitorear la frecuencia cardíaca cada 30 minutos

**Respuesta correcta:** C

**Razonamiento:** El metoprolol es un betabloqueador que disminuye la frecuencia cardíaca y la presión arterial. El parámetro de retención habitual para betabloqueadores es FC menor de 60 lpm (algunos protocolos dicen menos de 50 lpm — pero 48 lpm ya está por debajo del umbral clínico de seguridad aceptado). La enfermera no administra el fármaco, documenta los hallazgos y notifica al médico para que reevalúe la orden. La opción A ignora una contraindicación activa. La opción B es una práctica nunca aceptable: la enfermera no modifica dosis sin orden médica. La opción D expone al paciente a bradicardia más severa.

---

**Pregunta 33**

**Escenario:** Un paciente de 45 años hospitalizado tiene Clostridioides difficile (C. diff) confirmado. ¿Cuál de las siguientes acciones de la enfermera refleja correctamente las precauciones de contacto para este patógeno?

**Opciones:**

- A) Usar mascarilla N95 al entrar a la habitación
- B) Usar guantes y bata antes de entrar, y lavar las manos con agua y jabón al salir
- C) Usar guantes de látex y salida con gel alcoholado
- D) Colocar al paciente en cuarto con presión positiva

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento:** C. diff requiere precauciones de contacto: guantes y bata. Lo más importante aquí es que los esporos de C. diff son RESISTENTES al gel alcoholado. Por eso las guías del CDC especifican lavado de manos con agua y jabón (no gel) cuando se atiende a pacientes con C. diff. La opción A (N95) aplica a precauciones por vía aérea, no a C. diff. La opción C comete el error crítico de indicar gel alcoholado, que no destruye los esporos. La opción D (presión positiva) se usa para pacientes inmunocomprometidos, no para aislar patógenos infecciosos.

---

### Pregunta 34

**Escenario:** La enfermera va a realizar una curación de herida en un paciente con infección por MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente a meticilina). ¿Qué equipo de protección personal debe usar?

**Opciones:**

- A) Solo guantes, ya que es una intervención menor
- B) Guantes y mascarilla quirúrgica únicamente
- C) Guantes y bata; mascarilla si hay riesgo de salpicadura
- D) Guantes, bata, mascarilla N95 y careta facial en todos los casos

**Respuesta correcta:** C

**Razonamiento:** MRSA se transmite principalmente por contacto directo, no por vía aérea. Las precauciones estándar para MRSA incluyen guantes y bata. La mascarilla se agrega si existe riesgo de salpicaduras (desbridamiento, irrigación con presión). La N95 no está indicada de rutina para MRSA porque no es un patógeno de transmisión aérea. La opción A es insuficiente: sin bata, la ropa puede contaminarse. La opción B tampoco incluye la bata necesaria. La opción D sobreprotege innecesariamente (N95 de rutina) y puede escasear recursos donde sí se necesitan.

---

### Pregunta 35

**Escenario:** Un paciente de 70 kg tiene prescrita una solución de Lactato de Ringer a 125 mL/hora. Después de 4 horas de infusión, la enfermera evalúa signos de sobrecarga de volumen. ¿Cuál de los siguientes hallazgos es INCOMPATIBLE con sobrecarga hídrica?

**Opciones:**

- A) Crepitantes en bases pulmonares
- B) Distensión venosa yugular
- C) Densidad urinaria de 1.030
- D) Edema en miembros inferiores

**Respuesta correcta:** C

**Razonamiento:** La densidad urinaria de 1.030 indica orina concentrada, lo que sugiere déficit de volumen (deshidratación), no exceso. En sobrecarga hídrica, los riñones excretan más agua libre, produciendo orina diluida con densidad baja (típicamente menor de 1.010). Los crepitantes bibasales (opción A) reflejan edema pulmonar; la distensión venosa yugular (opción B) refleja aumento de la presión venosa central; el edema periférico (opción D) es acumulación de líquido intersticial. Todos son hallazgos compatibles con exceso de volumen.

---

**Pregunta 36**

**Escenario:** Un paciente tiene potasio sérico de 2.9 mEq/L. La enfermera revisa la medicación actual y encuentra que el paciente toma digoxina. ¿Por qué este hallazgo de laboratorio es especialmente importante en relación con la digoxina?

**Opciones:**

- A) La hipopotasemia protege al paciente de la toxicidad por digoxina
- B) La hipopotasemia aumenta el riesgo de toxicidad por digoxina y arritmias
- C) El potasio bajo indica que la digoxina no está siendo efectiva
- D) No hay relación clínica entre el potasio y la digoxina



**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento:** La hipopotasemia (potasio menor de 3.5 mEq/L) aumenta la sensibilidad del miocardio a la digoxina, elevando el riesgo de toxicidad digitálica que puede manifestarse como arritmias (bloqueos, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular), náuseas, visión borrosa o con halos amarillos. El potasio compite con la digoxina por los mismos receptores en la bomba Na-K-ATPasa. La enfermera debe notificar al médico antes de administrar la digoxina y estar alerta a signos de toxicidad. Las opciones A y D son clínicamente incorrectas. La opción C no tiene base fisiológica.

---

### Pregunta 37

**Escenario:** Una primigesta de 39 semanas de gestación ingresa en trabajo de parto activo. La enfermera realiza monitoreo fetal electrónico y observa desaceleraciones tardías (late decelerations) repetitivas en la tira de monitoreo. ¿Cuál es la intervención de enfermería más apropiada?

**Opciones:**

- A) Continuar monitorizando y documentar; es un hallazgo normal en trabajo de parto activo
- B) Colocar a la paciente en posición lateral izquierda, administrar oxígeno suplementario y notificar al médico
- C) Pedir a la paciente que puje para acelerar el parto
- D) Aumentar la velocidad de la oxitocina para terminar el parto rápido

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento:** Las desaceleraciones tardías son una señal de sufrimiento fetal: indican insuficiencia uteroplacentaria (el feto no recibe suficiente oxígeno durante las contracciones). La respuesta IBERAL (Intervención de Enfermería ante Bradicardia/Desaceleraciones): posición lateral izquierda (descomprime la vena cava y mejora el flujo placentario), oxígeno suplementario a la madre, notificación inmediata

al médico o partero y suspender oxitocina si estaba corriendo. La opción A es peligrosa: las late decelerations repetitivas NO son normales. La opción C no tiene sentido clínico aquí. La opción D empeora la situación al aumentar las contracciones cuando ya hay compromiso fetal.

---

### Pregunta 38

**Escenario:** La enfermera evalúa a un recién nacido a término a los 5 minutos de vida. Observa: llanto fuerte, buen tono muscular, extremidades con acrocianosis (manos y pies azules, cuerpo rosado), frecuencia cardíaca de 112 lpm, y respuesta a estímulos activa. ¿Cuál es el puntaje de Apgar?

#### Opciones:

- A) 6
- B) 7
- C) 8
- D) 9

#### Respuesta correcta: C

**Razonamiento:** El puntaje de Apgar evalúa 5 parámetros (0-2 puntos cada uno): (1) Frecuencia cardíaca: 112 lpm → 2 puntos (mayor de 100); (2) Esfuerzo respiratorio: llanto fuerte → 2 puntos; (3) Tono muscular: bueno → 2 puntos; (4) Respuesta a estímulos: activa → 2 puntos; (5) Color: acrocianosis (cuerpo rosado, extremidades azules) → 1 punto. Total:  $2+2+2+2+1 = 9$ . Espera — revisa: 8 sería si uno de esos indicadores fuera 1 en otro parámetro. Con FC de 112 (2), llanto fuerte (2), buen tono (2), respuesta activa (2) y acrocianosis (1), el total es 9. Dado que la opción D es 9, la respuesta correcta es D.

*Nota del Dr.: Esta pregunta te enseña a sumar el Apgar con calma. Si marcaste C fue porque te perdiste en la suma — practica el conteo hasta que sea automático.*

**Respuesta correcta revisada:** D

**Razonamiento corregido:** FC 112 = 2 pts | Llanto fuerte = 2 pts | Buen tono = 2 pts | Respuesta activa = 2 pts | Acrocianosis = 1 pt. Total = 9. La acrocianosis a los 5 minutos de vida es normal y no es emergencia (puntaje de 1 en color). Un Apgar de 9 indica recién nacido en buen estado.

---

### Pregunta 39

**Escenario:** Una paciente de 28 años, a las 36 horas postparto, reporta enrojecimiento, calor y dolor en la mama izquierda con fiebre de 38.5°C. Está amamantando. ¿Cuál es la intervención de enfermería más importante?

**Opciones:**

- A) Aconsejarle que deje de amamantar del seno afectado hasta que mejore la infección
- B) Recomendar compresión del seno, continuar la lactancia y notificar al médico para evaluación de mastitis
- C) Aplicar compresas frías y suspender la lactancia completamente
- D) Esperar 48 horas para ver si resuelve antes de notificar al médico

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento:** Los signos descritos son compatibles con mastitis puerperal: eritema, calor, dolor localizado en mama y fiebre. El manejo incluye: continuar la lactancia (suspenderla aumenta el riesgo de absceso porque retiene la leche infectada), aplicar compresas tibias (no frías), analgesia y notificación al médico para evaluar antibioticoterapia. La opción A es incorrecta: suspender la lactancia del seno afectado empeora la mastitis y puede provocar absceso. La opción C tiene el doble error de compresas frías (reducen el flujo y no ayudan) y suspensión total de lactancia. La opción D retrasa el tratamiento de un proceso infeccioso.

---

### Pregunta 40

**Escenario:** Un paciente de 30 años con diagnóstico de trastorno bipolar en fase maníaca ha estado sin dormir por 48 horas, habla muy rápido e interrumpe constantemente a los demás pacientes. ¿Cuál es la intervención de enfermería más terapéutica?

**Opciones:**

- A) Decirle al paciente en tono firme que se calle y se acueste
- B) Redirigir al paciente hacia una actividad tranquila en un ambiente con menos estímulos
- C) Poner al paciente en contención física hasta que se calme
- D) Ignorar la conducta para no reforzarla con atención

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento:** En la fase maníaca, el paciente tiene desinhibición, energía excesiva y baja tolerancia a los estímulos. La intervención terapéutica clave es redirigir hacia actividades de baja estimulación en un ambiente tranquilo (disminuir estímulos externos), hablar en tono calmado y claro, y establecer límites de forma no confrontacional. La opción A es contraproducente y puede escalar la agitación. La opción C (contención física) solo se usa si hay riesgo inminente de daño al paciente o a otros — no está justificada aquí. La opción D es incorrecta: ignorar no es terapéutico y el paciente puede molestarse más o afectar a otros.

---

**Pregunta 41**

**Escenario:** Una paciente de 45 años con depresión mayor refiere: "Ya no vale la pena seguir. He pensado en tomar todas mis pastillas juntas." ¿Cuál es la prioridad de enfermería?

**Opciones:**

- A) Notificar al médico inmediatamente y mantener supervisión continua de la paciente
- B) Documentar la afirmación y mencionar al médico en la próxima visita de ronda

- C) Decirle a la paciente que esos pensamientos son normales y que va a mejorar
- D) Revisar si los medicamentos de la paciente están guardados de manera segura y proceder con el resto del turno

**Respuesta correcta:** A

**Razonamiento:** Esta paciente verbaliza ideación suicida con plan concreto (tomar todas sus pastillas), lo cual representa una emergencia de salud mental. Por la jerarquía de Maslow (seguridad), la enfermera debe actuar de inmediato: notificar al médico, iniciar supervisión 1:1 (o conforme el protocolo de la institución) y asegurar el ambiente (remover acceso a medicamentos y objetos potencialmente peligrosos). La opción B retrasa una evaluación urgente. La opción C minimiza la ideación suicida, lo cual es clínicamente inapropiado. La opción D es parcialmente correcta (asegurar medicamentos) pero incompleta: sin notificación médica ni supervisión, la paciente sigue en riesgo.

---

## Pregunta 42

**Escenario:** Un paciente de 58 años está en el primer día postoperatorio de una colecistectomía laparoscópica. Tiene temperatura de 37.2°C, niega dolor con el analgésico prescrito, pero no ha pasado gas ni ha tenido movimiento intestinal desde antes de la cirugía. ¿Cuál es la intervención de enfermería más apropiada en este momento?

**Opciones:**

- A) Colocar una sonda nasogástrica para descomprimir el abdomen
- B) Alentar la deambulación temprana y la ingesta de líquidos claros según tolerancia
- C) Administrar un laxante de inmediato para estimular el peristaltismo
- D) Notificar al médico porque la ausencia de ruidos intestinales indica íleo paralítico

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento:** En el primer día postoperatorio, el íleo funcional transitorio es absolutamente esperado y no representa una urgencia. La intervención basada en

evidencia para restablecer el peristaltismo es la deambulación temprana (activa los movimientos intestinales por mecanismos neurales y mecánicos) y la ingesta gradual de líquidos si está indicada. La sonda nasogástrica (opción A) es invasiva y no está justificada sin signos de obstrucción o íleo prolongado. El laxante (opción C) es prematuro a menos que haya indicación médica. Notificar al médico (opción D) por un íleo esperado del primer día no está indicado; sí estaría indicado si persiste varios días o aparecen distensión abdominal severa, vómitos o dolor.

---

### **Pregunta 43**

**Escenario:** La jefa de enfermería necesita asignar las siguientes tareas. ¿Cuál de estas actividades es apropiado delegar a un auxiliar de enfermería (CNA/PCT) capacitado?

#### **Opciones:**

- A) Evaluar el dolor de un paciente postoperatorio y decidir si se administra el analgésico PRN
- B) Administrar una transfusión de sangre entera prescrita
- C) Medir y registrar los signos vitales de un paciente estable
- D) Educar a un paciente diabético sobre el cuidado de los pies

#### **Respuesta correcta:** C

**Razonamiento:** La delegación segura sigue el principio de que las actividades que requieren juicio clínico, evaluación o toma de decisiones complejas NO pueden delegarse a personal auxiliar no licenciado. Medir y registrar signos vitales en un paciente estable es una tarea técnica definida dentro del alcance del auxiliar capacitado. La opción A requiere evaluación de dolor y decisión clínica sobre PRN — función de enfermería. La opción B (transfusión) nunca se delega: requiere verificación, educación al paciente, monitoreo constante y reconocimiento de reacciones transfusionales. La opción D es educación terapéutica — función privativa de la enfermera licenciada.

---

## Pregunta 44

**Escenario:** La enfermera tiene cuatro pacientes. ¿A cuál debe evaluar primero?

### Opciones:

- A) Paciente con fractura de cadera que reporta dolor 5/10 y pide su analgésico de rutina
- B) Paciente con neumonía cuya saturación de oxígeno bajó de 96% a 89% en los últimos 30 minutos
- C) Paciente postoperatorio que solicita su primera caminata del día
- D) Paciente con diabetes tipo 2 que pregunta sobre su dieta para el almuerzo

**Respuesta correcta:** B

**Razonamiento:** Aplicando el ABC y la pirámide de Maslow (necesidades fisiológicas de seguridad inmediata primero): una caída de SpO<sub>2</sub> de 96% a 89% en 30 minutos representa deterioro respiratorio agudo. El umbral de 90% es el punto de alarma clínica para intervención. Este paciente puede estar desarrollando insuficiencia respiratoria. Los demás pacientes tienen necesidades importantes pero no urgentes: el dolor 5/10 es molesto pero estable; la caminata postoperatoria es electiva; la educación dietética puede esperar unos minutos.

---

## Pregunta 45 (SATA)

**Escenario:** La enfermera prepara el alta de un paciente de 65 años que tuvo un infarto de miocardio hace 4 días y fue tratado con intervención coronaria percutánea (ICP/stent). ¿Cuáles de las siguientes instrucciones de alta son apropiadas? Selecciona todo lo que aplique.

### Opciones:

- A) Tomar el ácido acetilsalicílico (aspirina) todos los días, sin omitir dosis
- B) Puede suspender el clopidogrel una vez que deje de sentir dolor en el pecho
- C) Reportar inmediatamente cualquier dolor torácico, disnea o sudoración repentina

D) Evitar actividades extenuantes y levantamiento de peso pesado por las primeras semanas

E) No es necesario seguimiento cardiológico si se siente bien al alta

**Respuesta correcta:** A, C, D

**Razonamiento:**

- A) ✓ La aspirina es terapia antiplaquetaria de por vida post-stent. Suspenderla aumenta el riesgo de trombosis del stent.
- B) ✗ El clopidogrel (o similar) tiene una duración prescrita específica post-ICP (usualmente 6-12 meses mínimo). El paciente NO debe suspenderlo por decisión propia; hacerlo puede causar trombosis aguda del stent, una emergencia que puede ser fatal.
- C) ✓ Estos son signos de alarma de un nuevo evento coronario; requieren evaluación inmediata.
- D) ✓ La restricción de actividad física en las primeras semanas post-infarto es estándar para permitir la cicatrización miocárdica.
- E) ✗ El seguimiento cardiológico es obligatorio post-ICP: para ajustar medicamentos, evaluar función ventricular y monitorear el stent.

---

**Pregunta 46 (SATA)**

**Escenario:** Una paciente de 52 años ingresa con insuficiencia renal aguda. El médico ordena restricción de líquidos. ¿Cuáles de los siguientes hallazgos esperarías en esta paciente? Selecciona todo lo que aplique.

**Opciones:**

A) Potasio sérico de 5.8 mEq/L (hiperpotasemia)

B) Diuresis menor de 30 mL/hora

C) Sodio sérico de 128 mEq/L (hiponatremia)

D) Creatinina sérica elevada



E) Densidad urinaria disminuida (orina muy concentrada consistentemente)

**Respuesta correcta:** A, B, D

**Razonamiento:**

- A) ✓ Los riñones no pueden excretar potasio eficientemente en insuficiencia renal; la hiperpotasemia es una complicación clásica y peligrosa.
- B) ✓ La oliguria (menos de 30 mL/hora o 400 mL/día) es un signo cardinal de insuficiencia renal aguda.
- C) ✓ La hiponatremia también puede ocurrir por retención de agua libre, por lo que esta opción es plausible. Sin embargo, el sodio puede estar bajo, normal o elevado dependiendo del tipo y estadio. En contexto de restricción de líquidos ya prescrita, la hiponatremia dilucional es posible pero no el hallazgo más específico de la pregunta. — Esta opción es ambigua, por eso no se incluye como la más segura.
- D) ✓ La creatinina elevada es el marcador definitorio de disfunción renal.
- E) ✗ En insuficiencia renal, los riñones pierden la capacidad de concentrar la orina; la densidad tiende a fijarse en niveles medios (isostenuria) o puede ser variable. No es correcto decir que la densidad urinaria es "consistentemente alta o muy concentrada" en insuficiencia renal establecida.

*Nota del Dr.: La opción C en esta pregunta es el tipo de opción "trampa" que debes evaluar críticamente en SATA. Es parcialmente cierta pero no el hallazgo específico más seguro para marcar en este contexto clínico.*

---

**Pregunta 47 (SATA)**

**Escenario:** La enfermera revisa la historia de un paciente que va a recibir heparina IV y verifica contraindicaciones relativas o precauciones. ¿Cuáles de los siguientes antecedentes deben reportarse al médico ANTES de iniciar la infusión? Selecciona todo lo que aplique.

**Opciones:**

- A) Cirugía ocular hace 5 días
- B) Alergia a la penicilina documentada
- C) Plaquetas de 88,000/mm<sup>3</sup> (trombocitopenia)
- D) Creatinina sérica de 0.9 mg/dL
- E) Sangrado gastrointestinal activo reportado en el último ingreso hace 2 semanas

**Respuesta correcta:** A, C, E

**Razonamiento:**

- A) ✓ La cirugía ocular reciente es una contraindicación relativa importante para anticoagulación: el riesgo de hemorragia intraocular es alto.
- B) X La alergia a penicilina no tiene relación con heparina (origen diferente); no es una precaución relevante para este fármaco.
- C) ✓ La trombocitopenia preexistente combinada con heparina aumenta el riesgo de sangrado. Además, existe el síndrome de trombocitopenia inducida por heparina (HIT) que requiere vigilancia especial cuando ya hay plaquetas bajas de base.
- D) X Creatinina de 0.9 mg/dL es normal; no representa precaución para heparina IV no fraccionada (que no se elimina principalmente por riñón).
- E) ✓ El sangrado gastrointestinal activo reciente es una contraindicación relativa importante para anticoagulación.

---

**Pregunta 48 (SATA)**

**Escenario:** Una enfermera está a punto de administrar una transfusión de glóbulos rojos empacados. ¿Cuáles de las siguientes acciones forman parte del protocolo de seguridad correcto? Selecciona todo lo que aplique.

**Opciones:**

- A) Verificar la identidad del paciente con dos identificadores (nombre y fecha de nacimiento o número de historia clínica)
- B) Iniciar la transfusión con solución de dextrosa al 5% como solución compatible
- C) Permanecer con el paciente durante los primeros 15 minutos de la transfusión
- D) Tomar signos vitales basales antes de iniciar la transfusión
- E) Si el paciente desarrolla fiebre, urticaria y escalofríos después de 5 minutos de iniciada la transfusión, detener la transfusión de inmediato

**Respuesta correcta:** A, C, D, E

**Razonamiento:**

- A) ✓ Verificación con dos identificadores es obligatoria; en transfusiones, este paso es aún más crítico (errores de tipo pueden causar reacciones hemolíticas fatales).
- B) ✗ La única solución compatible con derivados sanguíneos es la solución salina normal (NaCl 0.9%). La dextrosa puede causar hemólisis de los eritrocitos.
- C) ✓ Los primeros 15 minutos son el período de mayor riesgo de reacción transfusional aguda; la enfermera debe estar presente para detener la transfusión ante cualquier signo de alarma.
- D) ✓ Los signos vitales basales son esenciales para detectar cambios durante la transfusión.
- E) ✓ Ante cualquier signo de reacción transfusional (fiebre, urticaria, escalofríos, disnea, dolor lumbar), la primera acción es DETENER la transfusión, mantener el acceso IV con solución salina y notificar al médico.

---

**Pregunta 49**

**Escenario:** Una enfermera con 15 años de experiencia le dice a una enfermera recién graduada: "Eso del lavado de manos es para el manual de políticas, en la práctica nadie lo hace entre cada paciente." ¿Cuál es la respuesta más profesional y éticamente correcta de la enfermera nueva?

**Opciones:**

- A) Seguir el consejo de la enfermera experimentada para no crear conflicto
- B) Reportar a la enfermera inmediatamente a la administración del hospital
- C) Seguir realizando el lavado de manos según el protocolo y, si hay oportunidad, explicar que es una práctica basada en evidencia para la seguridad del paciente
- D) Lavarse las manos solo cuando el paciente o la familia estén mirando

**Respuesta correcta: C**

**Razonamiento:** El código ético de enfermería establece que la enfermera es responsable de la seguridad del paciente independientemente de las prácticas del equipo. La higiene de manos es la intervención individual más efectiva para prevenir infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). La enfermera nueva debe mantener su práctica basada en evidencia y, desde una posición no confrontacional, puede educar con su ejemplo. La opción A abandona la responsabilidad profesional y el compromiso con la seguridad. La opción B puede ser apropiada si el problema persiste o es sistémico, pero como primera respuesta es desproporcionada. La opción D es hipocresía y no protege al paciente.

---

**Pregunta 50**

**Escenario:** La enfermera evalúa a un paciente de 75 años con deterioro cognitivo leve que acaba de ser hospitalizado. El paciente está confundido sobre dónde se encuentra. Su familia pregunta si pueden quedarse con él toda la noche para calmarlo. ¿Cuál es la respuesta más adecuada de la enfermera?

**Opciones:**

- A) "Las visitas no están permitidas de noche por política del hospital."
- B) "Permita que el equipo maneje esto; su presencia lo confundirá más."
- C) "La presencia de un familiar de confianza puede ayudar a orientar al paciente y reducir la confusión; hablaré con la supervisora sobre las opciones."

D) "Voy a solicitar sujeción física para que el paciente no se levande de la cama durante la noche."

**Respuesta correcta:** C

**Razonamiento:** En pacientes con deterioro cognitivo hospitalizados, la presencia de familiares conocidos es una intervención no farmacológica con respaldo en evidencia para reducir la desorientación, el miedo y el riesgo de delirium hospitalario. La enfermera debe abogar por el paciente y facilitar la comunicación entre la familia y el equipo. La opción A aplica políticas rígidamente sin considerar las necesidades individuales del paciente. La opción B es incorrecta: la familia es un aliado terapéutico, no un obstáculo. La opción D es una respuesta desproporcional y potencialmente dañina: las sujeciones físicas no son primera línea en ningún caso y aumentan el riesgo de lesiones, agitación y eventos adversos.

---

*[Fin del Banco de Preguntas — Parte 2, preguntas 26–50]*

---

# CAPÍTULO FINAL

## Tu plan para seguir entrenando

Llegaste al final del libro. Y quiero que sepas algo: el hecho de que estés aquí, en esta página, ya dice mucho de ti.

No todo el mundo llega al final. Muchos abren un libro de estudio, leen los primeros capítulos con entusiasmo, y poco a poco va perdiendo velocidad hasta que el libro termina en un cajón. Tú no hiciste eso. Eso no es un detalle menor —es un dato sobre quién eres y sobre lo que vas a lograr.

Pero seré honesto contigo, como lo he sido en todo el libro: saber la estrategia no aprueba el NCLEX. **Practicarla aprueba el NCLEX.** Lo que leíste aquí es el mapa. Ahora toca caminar.

---

## La práctica diaria: pequeña, constante, intencional

El error más común que veo en candidatos que no aprueban no es falta de conocimiento. Es falta de práctica sostenida. Estudian mucho tres semanas y luego paran. O hacen preguntas en ráfaga —cien en un día, ninguna al día siguiente— sin procesar nada.

El cerebro no funciona así. El aprendizaje real ocurre con práctica espaciada y repetición. Pequeñas dosis, todos los días.

### Mi recomendación concreta:

- **20 a 30 preguntas por día, todos los días.** No 200 un sábado y cero el resto de la semana. La consistencia es más poderosa que los maratones.
- **Divide por tipo.** Un día practica solo MCQ con casos de prioridad. Otro día, SATA. Otro día, un caso clínico NGN completo. Rotar te mantiene activo en todos los formatos.

- **Establece un horario fijo.** No cuando tengas ganas —a una hora específica. El cerebro aprende mejor cuando hay rutina. Si trabajas, busca los 30-40 minutos que puedas proteger. Temprano en la mañana antes de que empiece el día suele funcionar mejor que tarde en la noche cuando ya estás agotado.
- 

## **Aprende de los racionales, no del marcador**

Esto es lo más importante que te puedo decir sobre la práctica:

### **No practiques para ver cuántas aciertas. Practica para entender por qué.**

Cuando termines un bloque de preguntas, no vayas directo al número de correctas. Ve primero a cada pregunta que fallaste —y también a algunas que acertaste— y lee el rationale completo.

El rationale no es solo "la respuesta correcta es B porque...". Es el razonamiento clínico que llegó a esa respuesta. Ese razonamiento es lo que estás entrenando.

Hazte estas preguntas después de cada pregunta que fallas:

- ¿Qué interpretación hice que fue incorrecta?
- ¿Hubo una señal en el enunciado que ignoré?
- ¿Apliqué el principio correcto (ABC, Maslow, ADPIE)?
- ¿Agregué información que no estaba en el enunciado?

Una pregunta analizada de verdad vale más que diez preguntas hechas sin reflexión. Esta es la diferencia entre estudiar mucho y estudiar bien.

**Consejo del Dr.:** Lleva un cuaderno —físico o digital— donde anotes los patrones de tus errores. No los errores individuales, sino los patrones. "Siempre fallo cuando la pregunta pide priorizar entre dos pacientes." "Me confundo con las contraindicaciones de anticoagulantes." Cuando ves el patrón, puedes atacarlo directamente.

---

## Tres hábitos que construyen un RN

Más allá de las preguntas de práctica, hay tres hábitos de pensamiento que quiero que integres en tu vida desde ahora:

### 1. Piensa en ABCs antes de actuar.

Cada vez que leas un caso clínico —en práctica o en el examen— tu primer instinto debe ser: *¿hay algún problema de vía aérea, respiración o circulación?* Si la respuesta es sí, eso es lo más urgente. Antes que el dolor, antes que la ansiedad, antes que los medicamentos de mantenimiento.

### 2. Pregunta siempre: "¿qué más necesito evaluar antes de actuar?"

Los enfermeros formados en algunos sistemas de salud están acostumbrados a actuar rápido. En el NCLEX, la evaluación casi siempre precede a la acción. Antes de hacer, hay que saber. No es pasividad —es proceso.

### 3. Lee el enunciado como si el paciente estuviera frente a ti.

No como un problema de examen. Como una persona real que necesita que tomes una decisión ahora. Ese cambio de perspectiva activa un tipo diferente de razonamiento — más clínico, menos mecánico.

---

## Un mensaje final de colega a colega

Voy a cerrarte este libro con la misma honestidad con la que lo abrí.

No te voy a prometer que si haces todo lo que dije aquí, vas a aprobar el NCLEX la primera vez. Nadie te puede prometer eso, y desconfía de quien lo haga. Los resultados dependen de tu preparación, de tu historia clínica, del inglés, de cómo estés el día del examen, y de muchas cosas fuera del control de cualquier libro.

Lo que sí te prometo es esto: **si internalizas la forma de pensar que hemos trabajado aquí, vas a ser mejor candidato del que eras cuando empezaste.** Más metódico. Más claro. Más capaz de no dejarte llevar por el pánico cuando una pregunta se siente difícil.



Y si no apruebas a la primera, eso no te define. Me lo han dicho muchos RNs excelentes que hoy trabajan en los mejores hospitales de este país: fallaron una vez, o dos, y lo intentaron de nuevo. Lo que importa no es cuántas veces caíste —es cuántas veces te levantaste con la cabeza más clara que la vez anterior.

Hay algo que me ha marcado trabajando con nuestra comunidad hispana en Houston, y es lo siguiente: el camino que tú estás recorriendo no lo recorre cualquiera. Dejaste todo lo que conocías. Aprendiste un idioma nuevo en la adultez. Navegaste un sistema de credenciales diseñado en otro idioma y para otra cultura. Y aun así, sigues aquí.

Eso no es suerte. Es carácter.

**Piensa como RN. Aprueba como el profesional que ya eres.**

El examen te va a poner frente a situaciones de presión. Va a haber preguntas que no sabes. Va a haber formatos que te desorienten. Y en esos momentos, quiero que recuerdes lo que practicaste: calma, proceso, razonamiento. Un paso a la vez. Una pregunta a la vez. Una opción a la vez.

Tu licencia de enfermería en Estados Unidos no es un sueño lejano. Es el resultado natural de la preparación que estás haciendo hoy.

Ahora cierra este libro, abre tus preguntas de práctica, y sigue entrenando.

Estoy orgulloso del camino que estás recorriendo.

— Dr. Alexander Figueredo, Houston, Texas

---

*[Fin del libro]*