



RESOLUCIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR DE LA CONVOCATORIA DE ESTABILIZACIÓN DE EMPLEO TEMPORAL PARA LA PROVISIÓN EN PROPIEDAD DE 6 PLAZAS DE ENFERMERO/A, FUNCIONARIOS DE CARRERA, DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ÁVILA, POR CONCURSO-OPOSICIÓN, EN TURNO LIBRE

El Tribunal de Selección de la convocatoria de estabilización de empleo temporal para la provisión en propiedad de 6 plazas de Enfermero/a, por el sistema de concurso-oposición, designado por Decreto núm. 2024-2118, y núm. 2024-3789, en sesiones celebradas los días 26 de junio y 3 de julio del 2024, realizado el acto de apertura de plicas y finalizado el plazo de presentación de alegaciones al ejercicio de la fase de oposición, ha adoptado los siguientes acuerdos:

PRIMERO.- Resolver las alegaciones presentadas a la valoración provisional de la fase de oposición, del proceso selectivo, referido en el encabezamiento, durante el plazo concedido al efecto, en lo referido a errores materiales o aritméticos de la corrección de los ejercicios, en la forma que se detalla a continuación:

- **Estimar** la alegación presentada por **D^a. Bárbara González Muñoz** (R.E. 2024-E-RC-6330) por medio de la cual aducía incorrecta valoración del ejercicio de la fase de oposición, correspondiente a las dos partes que componían el ejercicio: ejercicio tipo test y supuestos prácticos.

Revisado el ejercicio de la aspirante, se constata error material u aritmético en la puntuación otorgada a la misma.

Resultando que D^a. Bárbara González Muñoz, había obtenido un total de 41 respuestas correctas en el ejercicio tipo test, equivalentes a una puntuación de 24,60 puntos; y 7 respuestas correctas en la segunda parte, ejercicio práctico (3 correctas en el supuesto práctico 1 y 4 en el supuestos práctico 2), equivalente a una puntuación de 21,00 puntos.

- **Estimar** la alegación presentada por **D^a. María de las Mercedes Duarte Martín** (R.E. 2024-E-RC-6378) por medio de la cual aducía incorrecta valoración del ejercicio de la fase de oposición, correspondiente a las dos partes que componían el ejercicio: ejercicio tipo test y supuestos prácticos.

Revisado el ejercicio de la aspirante, se constata error material u aritmético en la puntuación otorgada a la misma.





Resultando que D^a. María Mercedes Duarte Martín, había obtenido un total de 33 respuestas correctas en el ejercicio tipo test, equivalentes a una puntuación de 19,80 puntos; y 9 respuestas correctas en la segunda parte, ejercicio práctico (4 correctas en el supuesto práctico 1 y 5 en el supuestos práctico 2), equivalente a una puntuación de 27,00 puntos.

- **Desestimar** la alegación presentada por **D. Manuel de la Cruz de la Garcinuño** (R.E. 2024-E-RC-6549), por la que indica incorrecta valoración del supuesto práctico nº2.

Revisado el contenido del ejercicio del aspirante, este Tribunal se ratifica en la puntuación otorgada al mismo, al haber obtenido un total de 3 respuestas correctas en el supuesto práctico nº2, equivalentes a una puntuación de 9 puntos, que sumado a las 4 respuestas correctas del supuesto práctico nº1, da lugar a una puntuación total de 21 puntos, en la segunda parte del ejercicio.

SEGUNDO.- Resolver las alegaciones presentadas a la valoración provisional de la fase de oposición, del concurso-oposición referido en el encabezamiento, durante el plazo concedido al efecto, correspondientes a la primera parte del ejercicio de la fase de oposición, preguntas del ejercicio tipo test, de la forma que se detalla a continuación:

- En relación a la **PREGUNTA N°1** del ejercicio tipo test:

Se **desestima** la alegación presentada por **D^a. María Gemma Moreno de la Asunción** (R.E. 2024-E-RSS-2242) por la que aduce que la citada pregunta no figura en el temario de la convocatoria.

El Tribunal considera que dicha pregunta se encuentra incluida en las materias generales, y en particular en el “Tema 1. La Constitución Española de 1978: estructura y contenido. Derechos y Libertades.”

Se ha de considerar que la amplitud del tema a tratar “La Constitución Española de 1978: estructura y contenido”, guarda relación directa con la redacción del temario, y en particular ha de encontrar inclusión en el apartado “contenido”, sin que resulte necesario la literalidad de las preguntas del ejercicio con los epígrafes concretos contenidos en el temario.

- En relación a la **PREGUNTA N°2** del ejercicio tipo test:





Se **desestima** la alegación presentada por **D. Sebastian García de la Parra** (R.E. 2024-E-RC-6531) por la que aduce que la citada pregunta no figura en el temario de la convocatoria.

El Tribunal considera que dicha pregunta se encuentra incluida en las materias generales, y en particular en el “Tema 1. La Constitución Española de 1978: estructura y contenido. Derechos y Libertades.”

Se ha de considerar que la amplitud del tema a tratar “La Constitución Española de 1978: estructura y contenido”, guarda relación directa con la redacción del temario, y en particular ha de encontrar inclusión en el apartado “contenido”, sin que resulte necesario la literalidad de las preguntas del ejercicio con los epígrafes concretos contenidos en el temario.

- En relación a la **PREGUNTA Nº14** del ejercicio tipo test:

Se **desestiman** las alegaciones presentadas por **D^a. Bárbara González Muñoz** (R.E. 2024-E-RC-6513) y **D^a. Sara García Santos** (R.E. 2024-E-RC-6423), solicitando la anulación de la pregunta, porque, aunque el huevo entero también contiene colesterol, aporta proteínas y otros nutrientes importantes. Las huevas de pescado, por otro lado, son extremadamente altas en colesterol y su consumo no aporta beneficios nutricionales significativos en comparación con otros alimentos. Si bien las huevas de pescado también contienen ácidos grasos omega-3, que pueden tener efectos beneficiosos para la salud cardiovascular, su alto contenido en colesterol las convierte en una opción menos recomendable para personas con hipercolesterolemia en comparación con otras fuentes de omega-3, como el pescado azul.

Una alimentación adecuada puede considerarse el elemento principal que debe tenerse en cuenta en la prevención de este tipo de enfermedades. En el caso de los huevos, que deben incluirse en una dieta equilibrada, hasta hace unas décadas solo se recomendaba su consumo de forma ocasional por su contenido en colesterol. Esta idea restrictiva tuvo su origen en la publicación de los resultados del Estudio de los Siete Países. Este estudio concluyó que “la población de los países en los que la dieta era rica en grasas saturadas presentaba mayor tasa de colesterol en sangre y una mayor morbilidad/mortalidad por enfermedad coronaria”. **Esta conclusión cierta se acompañó de una actitud deductiva claramente errónea. Los autores dedujeron que “si las grasas saturadas animales eran nocivas, todas debían de serlo, prohibiendo de la dieta mantequilla, pescados grasos,**





mariscos y por supuesto, los huevos". Prácticamente de forma simultánea a la publicación de los resultados de este estudio, se publicó otro estudio realizado por Anistchow en el que se concluía que "en humanos, la ingesta abundante de huevos no se acompaña de incremento en el padecimiento de enfermedad coronaria y por tanto tampoco del aumento de los factores de riesgo que conlleva a la enfermedad como puede ser el colesterol". La controversia estaba servida y en la comunidad científica el interés por este tema fue enorme, realizándose innumerables estudios prospectivos entre los años 1980 y 2000. El colesterol y la enfermedad coronaria están estrechamente relacionados, citando para su análisis estudios que nos parecen relevantes y que concluyen que la ingesta del huevo no aumenta el factor de riesgo de padecer enfermedad coronaria por aumento del colesterol:

- Howell y Cols, Indican que "una persona con CT 240 mg/dl y HDL 45 mg/dl que añade a su dieta un huevo al día, incrementa el CT en 5 mg/ml y el HDL en 1 mg/dl. La relación LDL/HDL permanece en 3,67 (no varía) y el riesgo de sufrir una enfermedad CV tampoco se altera".

A pesar de las conclusiones de estos y otros estudios similares, creemos que el punto de inflexión en la actitud científica respecto a este tema lo constituyó la publicación de las Dietary Guidelines, Revisión 2000 del American Heart Association y en la siguiente en 2006 que concluyen que el consumo de huevos no supone un riesgo añadido de padecer enfermedades CV, permitiendo recomendar la toma de un huevo al día en lugar de la recomendación previa de hasta tres huevos a la semana". Greene y Cols, en su estudio concluyen "que el colesterol de la dieta procedente de huevos no aumenta el riesgo de enfermedad coronaria en la población adulta sana".

A lo largo del pasado año han aparecido estudios en los que se defiende la inocuidad de esta misma práctica en pacientes con enfermedad coronaria. Uno de estos estudios es el recientemente publicado en el American Heart Journal de Katz y Cols, que indican: **No encontramos evidencia de efectos adversos en la ingesta diaria de huevos sobre cualquier factor de riesgo cardiaco en adultos (hipercolesterolemia) con enfermedad arterial coronaria durante un periodo de seis semanas.**

Bibliografía:

1. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, et al. 2013. AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2014;129(25 Suppl 2): S76-S99.





2. Keys, A. Seven Countries. A Multivariate Analysis of Death and Coronary Diseases. Cambridge: Harvard University Press; 1980.
 3. Colesterol y riesgo cardiovascular - Fundación Española del Corazón. Disponible: fundaciondelcorazon.com
 4. Catapano A L, et al. 2016. ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias". European Heart Journal, 37(39), 2999-3058. Disponible <https://www.healthline.com/health/es/colesterol-y-enfermedades-del-corazon>.
 5. Howell WH, McNamara DJ, Tosca MA, Smith BT, Gaines JA. Plasma lipid and lipoprotein responses to dietary fat and cholesterol: a meta-analysis. Am J Clin Nutr 1997;65(6):1747-64.
 6. Krauss RM, et al. AHA Dietary Guidelines: revision 2000: A statement for healthcare pro-fessionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. Circulation 2000;102(18):2284-99.
 7. Nakamura Y, et al. Egg consumption, serum total cholesterol concentrations and coronary heart disease incidence: Japan Public Health Center-based prospective study. Br J Nutr 2006;96(5):921-8.
 8. Greene CM, et al. Maintenance of the LDL cholesterol:HDL cholesterol ratio in an elderly population given a dietary cholesterol challenge. J Nutr 2005;135(12): 2793-8.
 9. Katz DL, Gnanaraj J, Treu JA, Ma Y, Kavak Y, Njike VY. Effects of egg ingestion on endothelial function in adults with coronary artery disease: a randomized, controlled, crossover trial. Am Heart J 2015;169(1):162-9.
- En relación a la **PREGUNTA N°20** del ejercicio tipo test:

Se **desestiman** las alegaciones presentadas por **D^a. Bárbara González Muñoz** (R.E. 2024-E-RC-6513) y **D^a. Sara García Santos** (R.E. 2024-E-RC-6423), solicitando la anulación de la pregunta, motivada porque, la fragilidad se caracteriza por una disminución en la capacidad del cuerpo para adaptarse al estrés y recuperarse de enfermedades o lesiones, esto se debe a una menor reserva fisiológica en múltiples sistemas del cuerpo (Respuesta correcta). Si bien la fragilidad aumenta el riesgo de incapacidad y dependencia, estos son posibles consecuencias de la fragilidad, no la definición en sí misma. La edad es un factor de riesgo para la fragilidad, pero no todas las personas mayores son frágiles. La





fragilidad es un síndrome complejo que puede afectar a personas mayores incluso sin la presencia de enfermedades específicas.

En resumen: La fragilidad es un estado de menor reserva fisiológica que aumenta el riesgo de resultados adversos para la salud.

Bibliografía

1. Araya Alejandra-Ximena, Iriarte Evelyn, Padilla Oslando. Reconocimiento de la fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad: un desafío pendiente. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado 2024 Jul 03] ; 30(2): 61-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200061&lng=es.
2. Oscanoa T, Romero-Ortuno R, Cruz-Jentoft A. Estereotipos negativos asociados a la fragilidad en personas mayores. Revista Española de Geriátria y Gerontología [Internet]. 2016 [citado 2024 Jul 03] ; 51 (4): 225-228. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-estereotipos-negativos-asociados-fragilidad-personas-S0211139X16000548>. DOI: 10.1016/j.regg.2016.01.011.
3. Ministerio de Sanidad de España. Dirección General de Salud Pública. Monográfico sobre fragilidad. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2021 [citado 2024 Jul 03] ; 95: 4 de junio e202106095. Disponible en:
4. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/MONOGRAFICO_FRAGILIDAD_RESP_Accesible.pdf
5. Molés Julio MP, et al. Estudio de fragilidad en adultos mayores: diseño metodológico. Gerokomos [Internet]. 2016 Mar [citado 2024 Jul 03] ; 27(1): 8-12. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000100003&lng=es.

- En relación a la **PREGUNTA N°31** del ejercicio tipo test:

Se **desestiman** las alegaciones presentadas por **D. Sebastian García de la Parra** (R.E. 2024-E-RC-6531) y por **D^a. María Gemma Moreno de la Asunción** (R.E. 2024-E-RSS-2242) solicitando la anulación de la pregunta, motivada porque, las vacunas son un componente fundamental en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades que se corresponde con el **tema 3** del





bloque de materias específicas. “**Concepto de Salud** y Enfermedad: determinantes de la salud. Factores de riesgo. Estrategias preventivas y de **promoción de la salud**. Indicadores de salud”.

La salud no se limita solo a la ausencia de enfermedad, sino también al bienestar físico, mental y social. Las vacunas contribuyen a mantener y mejorar la salud al prevenir enfermedades infecciosas.

Los determinantes de la salud son factores que influyen en la salud de las personas y las comunidades. Estos incluyen aspectos sociales, económicos, culturales y ambientales. Las vacunas se relacionan con los determinantes sociales de la salud, ya que su acceso y distribución pueden variar según el contexto social y económico.

La **promoción de la salud** es esencial en la atención primaria. Se enfoca en prevenir enfermedades y promover estilos de vida saludables. Las vacunas son una herramienta clave en la promoción de la salud al prevenir enfermedades infecciosas y reducir la carga de morbilidad.

En resumen, las vacunas son una práctica positiva y eficaz para prevenir enfermedades y contribuir al bienestar general. Su promoción y educación son esenciales para garantizar su éxito en la salud pública coincidiendo con lo publicado del tema 3 de materias específicas.

Bibliografía:

1. Vacunas [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 2024 de Jul 03]. Available from: <https://www.who.int/topics/vaccines/es/>
2. Trilla A. Vacunación sistemática: convencidos, indecisos y radicales. Med Clin (Barc)., 145 (2015):160-162
3. Dubé E, et al. Vaccine hesitancy: An overview. Hum Vaccin Immunother [Internet]. agosto de 2013 [citado 4 de julio de 2024];9(8):1763-73. Disponible en: www.landesbioscience.com
4. Asociación Española de Vacunología. Determinantes sociales y vacunación. Manifiesto sobre vacunología social de la AEV [Internet]. 2024. Disponible en: <https://vacunas.org/wp-content/uploads/2024/03/Manifiesto-Determinantes-Sociales-1.pdf>
5. Ministerio de Sanidad. Beneficios de la vacunación [Internet]. 2016 [citado 4 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/campanas/campanas16/vacunacionBeneficios.htm#CombatirEnfermedades>





6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Immunization, Vaccines and Biologicals [Internet]. [citado 4 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals>
7. Plotkin SA. Vaccines: past, present and future. Nat Med [Internet]. 2005 [citado 4 de julio de 2024];11(Suppl 4): S5. Disponible en: </pmc/articles/PMC7095920/>
8. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2024 [citado 4 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
1. Piñeiro Pérez R, et al. Consulta de asesoramiento en vacunas: el encuentro es posible 2016;86(6):295-360
2. Kieslich, K. “Addressing vaccination hesitancy in Europe: a case study in state-society relations”, Eur J Public Health, 2018;28(3):30–33.
3. Billie M. Women's Orients: English Women and the Middle East, 1718-1918. University of Michigan Press. 1992. Print. Importancia de las vacunas para la Salud Pública. Movimiento antivacunas y legislación europea.
4. Información general | Vacunas / Asociación Española de Vacunología [Internet]. Vacunas.org. 2019 [citado el 28 March 2019]. Disponible en: <https://www.vacunas.org/informacion-general-vacunas-combinadas/>
5. Aps L, Piantola MAF, Pereira S, Castro JT, Santos FAO, Ferreira LCS. Adverse events of vaccines and the consequences of non-vaccination: a critical review. Rev Saude Publica 2018;52:40.
6. The organization and delivery of vaccination services in the European Union (2018) [Internet]. Issuu. 2019. Disponible en: <https://issuu.com/whoeurope/docs/vaccination-report-eng>
7. Secretaria general de sanidad y consumo dirección general de salud pública, calidad e innovación subdirección general de promoción de la salud y vigilancia en salud pública [Internet]. Mscbs.gob.es. 2019. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CoberturasVacunacion/Tabla1.pdf>





- En relación a la **PREGUNTA Nº48** del ejercicio tipo test:

Se **desestima** la alegación presentada por **D. Sebastian García de la Parra** (R.E. 2024-E-RC-6531) solicitando la anulación de la pregunta, motivada porque, en el plan de cuidados de un anciano con dolor se debe incluir la Intervención de Enfermería (NIC)- Manejo del dolor que pertenece al campo: Fisiológico: Básico, clase- E: Fomento de la comodidad física, Intervención- 1400. En esta intervención d enfermería (NIC) nos encontramos entre otras las siguientes las actividades:

- “Reducir el estímulo doloroso” al tener que incluir la actividad de disminuir o eliminar los factores que precipiten la experiencia del dolor, siendo esencial para mejorar la calidad de vida, bienestar físico y emocional, y prevenir posibles complicaciones derivadas del dolor en ancianos justificada esta actividad a varios factores: **Alivio directo del dolor**: Reducir el estímulo doloroso aborda directamente el síntoma principal, mejorando el confort y la calidad de vida del anciano; **Prevención de complicaciones**: El dolor crónico puede llevar a problemas como insomnio, depresión, ansiedad y reducción de la movilidad. Mitigar el dolor ayuda a prevenir estas complicaciones, permitiendo al anciano mantenerse más activo y funcional; **Mejora del estado funcional**: Al reducir el dolor, el anciano puede participar en actividades diarias y terapias físicas que de otro modo evitaría, mejorando su independencia y capacidad para realizar actividades cotidianas; **Bienestar emocional**: El dolor constante puede afectar el estado emocional y mental, reducir el dolor mejora el estado de ánimo y la calidad de vida emocional del anciano; **Optimización del tratamiento médico**: Integrar la reducción del dolor en el plan de cuidados permite un uso más efectivo y seguro de tratamientos médicos y farmacológicos, reduciendo la necesidad de dosis altas de analgésicos y minimizando efectos secundarios; **Atención personalizada**: Reducir el estímulo doloroso permite una atención más centrada en el paciente, lo cual es crucial para ancianos que pueden tener múltiples condiciones de salud y respuestas individuales al dolor y su tratamiento.

- “Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente aumentando las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).

- “Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor”, donde se incluye “Enseñar al paciente y familia técnicas farmacológicas de alivio del dolor”. Otra actividad relacionada con las técnicas farmacológicas de alivio del dolor es poner en práctica el uso de analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno y la actividad es integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor,





si fuera posible. Incluir la actividad de enseñar al paciente y a su familia técnicas farmacológicas de alivio del dolor en un plan de cuidados para un anciano es crucial por varias razones: **Mejora de la adherencia al tratamiento:** Cuando los pacientes y sus familias entienden cómo y por qué se usan los medicamentos para el dolor, es más probable que sigan las indicaciones médicas correctamente, lo que mejora la eficacia del tratamiento, **Seguridad del paciente:** Educar sobre el uso adecuado de medicamentos puede prevenir errores, como sobredosis o administración incorrecta, reduciendo así el riesgo de efectos secundarios adversos y complicaciones; **Autonomía y empoderamiento:** La educación proporciona a los pacientes y sus familias el conocimiento necesario para manejar el dolor de manera más independiente, aumentando su confianza y reduciendo la dependencia de los servicios médicos; **Respuesta adecuada a los síntomas:** Enseñar técnicas farmacológicas permite a los pacientes y sus familias identificar cuándo y cómo ajustar la medicación dentro de los parámetros establecidos, mejorando la gestión del dolor y la respuesta a cambios en la intensidad del dolor; **Prevención de interacciones medicamentosas:** La educación puede ayudar a evitar interacciones entre los medicamentos para el dolor y otros medicamentos que el paciente pueda estar tomando, asegurando una gestión segura y eficaz del dolor; **Reducción del estrés y la ansiedad:** Entender el manejo del dolor y cómo los medicamentos pueden ayudar a aliviarlo reduce la ansiedad tanto del paciente como de la familia, mejorando el bienestar emocional y mental. **Soporte continuo y colaboración:** La educación fomenta una relación de colaboración entre el equipo de salud, el paciente y la familia, lo que puede mejorar la continuidad del cuidado y la adaptación del plan de tratamiento según sea necesario. En resumen, enseñar al paciente y a su familia técnicas farmacológicas de alivio del dolor es fundamental para asegurar una gestión eficaz, segura y empoderada del dolor en ancianos, mejorando su calidad de vida y su bienestar general.

No se incluye en esta Intervención de Enfermería NIC-1400 “Utilizar placebos siempre que precise” por lo tanto esta premisa no debe incluirse en el plan de cuidados.

Bibliografía:

1. Bulechek GM, Butches HK, Dochterman JM, Wagner Ch M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (7ª ed.). Elsevier.





2. Titler, MG, Rakel BA (2001). Nonpharmacologic treatment of pain. Critical Care Nursing Clinics of North America, 13 (2), 221-232.
3. Gélinas C, Puntillo K. (2016). The Influence of Pain on Psychological Health and Function in the Older Adult. Journal of Gerontological Nursing, 42(12), 20-29.
4. Hadjistavropoulos T, et al. (2007). Pain Assessment and Management in Older Adults: The Role of Nursing. Clinical Journal of Pain, 23(8), 598-606.
5. American Geriatrics Society (AGS) Panel on Persistent Pain in Older Persons. (2002). The Management of Persistent Pain in Older Persons. Journal of the American Geriatrics Society, 50(S6), S205-S224.
6. Herr K, et al. (2010). Pain Management in the Elderly. Clinical Geriatrics, 18(9), 27-38.
7. Bookman A L, Harrington M. (2007). Pain in Older Adults: An Interdisciplinary Framework. Journal of Pain Research, 20(1), 115-123.
8. Herr K, Bjoro K, Decker S. (2006). Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults With Dementia: A State-of-the-Science Review. Journal of Pain and Symptom Management, 31(2), 170-192.
9. American Geriatrics Society (AGS) Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. (2009). Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Journal of the American Geriatrics Society, 57(8), 1331-1346.
10. Pasero C, McCaffery, M. (2011). Pain Assessment and Pharmacologic Management. Mosby Elsevier.
11. Horgas AL. (2017). Pain Management in Older Adults. Nursing Clinics of North America, 52(3), 469-481.

- En relación a la **PREGUNTA Nº48** del ejercicio tipo test:

Se **desestima** la alegación presentada por **D. Sebastian García de la Parra** (R.E. 2024-E-RC-6531) solicitando la anulación de la pregunta, motivada porque, **un índice de masa muscular (IMC) por debajo de 22** puede ser considerado un factor de riesgo para la osteoporosis. La National Osteoporosis Foundation (NOF), que es una organización líder en la prevención y tratamiento de la osteoporosis, incluye el bajo peso corporal (IMC < 20 kg/m²) como un factor de riesgo importante para la osteoporosis. Un IMC por debajo de 22, aunque no tan





bajo como 20, todavía se considera un factor de riesgo significativo. Un estudio en el “Journal of Bone Mineral Research” en 2025 encontró que las mujeres con un IMC por debajo de 22 Kg/m² tenían un riesgo significativamente mayor de fractura de cadera en comparación con mujeres de un IMC normal. La osteoporosis es una condición en la cual los huesos se vuelven frágiles y propensos a fracturas debido a la baja densidad ósea y la degradación de la microarquitectura ósea. Razones por las que un IMC bajo está asociado con la osteoporosis:

- Un IMC bajo generalmente indica una menor masa corporal. La masa corporal juega un papel importante en la salud ósea porque el peso corporal ejerce una carga mecánica sobre los huesos, lo que estimula la formación y el mantenimiento de la densidad ósea. Las personas con menor peso corporal tienen menos estimulación mecánica, lo que puede llevar a una disminución de la densidad ósea.
- Un IMC bajo puede estar asociado con una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales para la salud ósea, como calcio y vitamina D. Estas deficiencias pueden afectar negativamente la densidad ósea y aumentar el riesgo de osteoporosis.
- Las personas con bajo peso pueden tener niveles hormonales alterados, incluyendo hormonas sexuales como los estrógenos en mujeres y la testosterona en hombres. Estas hormonas son cruciales para la salud ósea, y su deficiencia puede contribuir a la pérdida de masa ósea.

Las otras opciones que se dan en la pregunta no son factores de riesgo:

- Estilo de vida activo: El ejercicio regular ayuda a fortalecer los huesos y reduce el riesgo de osteoporosis.
- Obesidad: Aunque la obesidad tiene sus propios riesgos para la salud, no está directamente relacionada con un mayor riesgo de osteoporosis.
- Dietas ricas en lácteos y otros aportes de calcio: El calcio es esencial para la salud ósea y una dieta rica en calcio puede ayudar a prevenir la osteoporosis.

Conclusión: un IMC por debajo de 22 se asocia con un mayor riesgo de osteoporosis debido a la menor masa corporal, deficiencias nutricionales y alteraciones hormonales que afectan negativamente la densidad ósea. Es importante abordar estos factores de riesgo mediante una dieta adecuada, estilo de vida activo, ejercicio y, si es necesario, suplementos para mantener la salud ósea.





Bibliografía:

1. Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, Lewiecki EM, Tanner B, Randall S, Lindsay R; National Osteoporosis Foundation. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. Osteoporos Int. 2014 Oct;25(10):2359-81. doi: 10.1007/s00198-014-2794-2. Epub 2014 Aug 15. Erratum in: Osteoporos Int. 2015 Jul;26(7):2045-7. doi: 10.1007/s00198-015-3037-x. PMID: 25182228; PMCID: PMC4176573.
 2. Hermoso de Mendoza MT. Clasificación de la osteoporosis: factores de riesgo. Clínica y diagnóstico diferencial. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2003 [consultado el 9 de julio de 2024]; 26 (Suplemento 3): 29-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000600004&lng=es.
 3. Kanis J A, Johansson H, Oden A, Johnell O, de Laet C, Melton L J, Tenenhouse A. (2000). Ten-year probabilities of osteoporotic fractures according to BMD and diagnostic thresholds. Osteoporosis International, 11(12), 990-995.
 4. Compston J, Cooper A, Cooper C, Gittoes N, Gregson C, Harvey N, Thompson F. (2017). UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. Archives of Osteoporosis, 12(1), 43.
 5. Nguyen T. V, Center JR, Eisman JA. (2000). Osteoporosis in elderly men and women: effects of dietary calcium, physical activity, and body mass index. Journal of Bone and Mineral Research, 15(2), 322-331.
- En relación a la **PREGUNTA N°1** de la **PREGUNTAS DE RESERVAS** del ejercicio tipo test:

Se **desestima** la alegación presentada por **D^a. María Gemma Moreno de la Asunción** (R.E. 2024-E-RSS-2242) solicitando la anulación de la pregunta, motivada porque, las bases de datos especializadas en revisiones sistemáticas son fundamental para la práctica de Enfermería en el ámbito cardiovascular por varias razones:

1. Toma de decisiones basada en evidencia:

Información fiable: Las revisiones sistemáticas sintetizan la mejor evidencia disponible sobre intervenciones, tratamientos y prevención de enfermedades cardiovasculares. Esto permite a los enfermeros tomar decisiones informadas y basadas en evidencia científica sólida, evitando intervenciones ineficaces o





potencialmente dañinas. **Actualización constante:** La Enfermería cardiovascular es un campo en constante evolución. El acceso a revisiones sistemáticas actualizadas garantiza que los enfermeros estén al tanto de los últimos avances y puedan ajustar sus prácticas según la evidencia más reciente.

2. Valoración precisa y planificación de cuidados:

Identificación de factores de riesgo: Las revisiones sistemáticas pueden revelar factores de riesgo emergentes o confirmar la importancia de factores conocidos en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Esto permite a los enfermeros realizar valoraciones más completas y precisas de los pacientes, identificando aquellos con mayor riesgo y adaptando los cuidados preventivos en consecuencia. **Planificación de intervenciones individualizadas:** Al conocer las intervenciones más efectivas según la evidencia, los enfermeros pueden diseñar planes de cuidados personalizados y adaptados a las necesidades específicas de cada paciente, maximizando así las posibilidades de éxito en la prevención y el tratamiento.

3. Evaluación de la efectividad de los cuidados:

Medición de resultados: Las revisiones sistemáticas a menudo incluyen medidas de resultados estandarizadas. Esto permite a los enfermeros evaluar la efectividad de sus intervenciones y cuidados, comparando los resultados obtenidos con los reportados en la literatura científica. **Mejora continua:** Al analizar los resultados de sus intervenciones según evidencia, los enfermeros pueden identificar áreas de mejora y ajustar sus prácticas para optimizar la calidad de la atención que brindan.

4. Educación del paciente y promoción de la salud:

Información clara y precisa: Las revisiones sistemáticas ofrecen información clara y concisa sobre los beneficios y riesgos de diferentes intervenciones. Esto permite a los enfermeros educar a los pacientes de manera efectiva, ayudándoles a comprender su enfermedad, tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y adoptar hábitos de vida saludables. **Empoderamiento del paciente:** Al involucrar a los pacientes en el proceso de toma de decisiones y brindarles información basada en evidencia, los enfermeros fomentan su autonomía y los empodera para que tomen el control de su salud cardiovascular.

En resumen, el conocimiento y uso de bases de datos especializadas en revisiones sistemáticas está presente y es esencial para que los enfermero/as brinden una atención de calidad, basada en evidencia y centrada en el paciente en el ámbito cardiovascular. Esto se traduce en





mejores resultados de salud, mayor satisfacción del paciente y una práctica enfermera más eficiente y efectiva. Esta bibliografía respalda la importancia de las revisiones sistemáticas en la práctica de Enfermería cardiovascular, demostrando su relevancia en la toma de decisiones clínicas, la valoración y planificación de cuidados, la evaluación de la efectividad de las intervenciones y la educación del paciente.

Bibliografía:

1. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. (2018). Evidence-based practice in nursing healthcare: A guide to best practice (4th ed.). Wolters Kluwer.
 2. Polit D F, Beck C T. (2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (10th ed.). Wolters Kluwer.
 3. Higgs J, Jones M, Loftus S, Christensen N. (2018). Clinical reasoning in the health professions (4th ed.). Elsevier.
 4. Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MB. (2020). Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care (12th ed.). Elsevier.
 5. Newhouse RP, Dearholt SL, Poe SS, Pugh LC, White K M. (2019). Johns Hopkins nursing evidence-based practice: Model and guidelines (3rd ed.). Sigma Theta Tau International.
 6. Titler MG, Kleiber C, Steelman V J, Rakel BA, Budreau G, Everett LQ, Buckwalter KC. (2001). The Iowa Model of evidence-based practice to promote quality care. Critical care nursing clinics of North America, 13(4), 497-509.
 7. Bastable SB. (2019). Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice (5th ed.). Jones Bartlett Learning.
 8. Rankin SH, Stallings KD. (2016). Patient education: Issues, principles, and guidelines (5th ed.). Wolters Kluwer.
- En relación a la **PREGUNTA Nº2** de las **PREGUNTAS DE RESERVAS** del ejercicio tipo test:

Se **desestima** la alegación presentada por **D^a. María Gemma Moreno de la Asunción** (R.E. 2024-E-RSS-2242), **D^a. Sara García Santos** (R.E. 2024-E-RC-6423), **D^a. Mercedes Lucía Díaz Arias** (R.E..2024-E-RSS-2254) solicitando la anulación de la pregunta, motivada porque, a medida que envejecemos, se producen varios cambios en nuestros ojos y visión: **El campo visual se reduce**





y la visión periférica disminuye, lo que significa que vemos menos hacia los lados sin mover la cabeza, por lo tanto, el campo visual se modifica. **La percepción de la profundidad se altera** y esto puede dificultar la evaluación de distancias y la coordinación ojo-mano. **La pupila es menos sensible a la luz**, volviéndose menos reactiva que significa que se dilata y contrae más lentamente en respuesta a los cambios de luz, dificultándose la adaptación a diferentes niveles de iluminación, La **miosis** es la contracción de la pupila en respuesta a la luz brillante. A medida que envejecemos, la pupila tiende a ser menos sensible a la luz, lo que significa que no se contrae tanto como en la juventud y ante una **luz brillante** (sol o faros de automóvil) **se pueda producir el deslumbramiento** porque la pupila es menos capaz de protegerlo de esa luz ajustando su tamaño de manera eficiente; **Esto explica por qué las personas mayores a menudo experimentan deslumbramiento ante una luz brillante.** La percepción del color cambia y algunos colores, especialmente los azules y verdes, pueden parecer menos vibrantes o más difíciles de distinguir, **no existiendo una pérdida uniforme de la percepción de todos los colores**, algunas personas mayores pueden experimentar dificultades para distinguir ciertos tonos, especialmente en el extremo azul-violeta del espectro.

Bibliografía:

1. Envejecimiento y visión. Conducción. Farmacia Profesional. 2001; 15 (6): 92-97. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-envejecimiento-vision-conduccion-13015465>
2. William B. Trattler y Peter K. Kaiser. Review of Ophthalmology. 2ª edición. Elsevier Science. 2012.
3. Cavallotti C, Cerulli L. Age-Related Changes of the Human Eye. 2008
4. Brodkey F, Dugdale D. MedlinePlus. 2022 [citado 4 de julio de 2024]. Aging changes in the nervous system: MedlinePlus Medical Encyclopedia. Disponible en: <https://medlineplus.gov/ency/article/004013.htm>
5. Arce Coronado Ilze Angela, Ayala Gutiérrez Abigail. Fisiología del Envejecimiento. Rev. Act. Clin. Med [revista en Internet]. [citado 2024 Jul 03]. Disponible en: http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000200001&lng=es.

TERCERO.- Resolver las alegaciones presentadas a la valoración provisional de la fase de oposición, del concurso-oposición referido en el encabezamiento, durante el plazo concedido al efecto, correspondientes a la segunda parte del





ejercicio de la fase de oposición, supuestos prácticos, de la forma que se detalla a continuación:

EN RELACIÓN CON EL SUPUESTO PRÁCTICO Nº1:

- **Desestimar** las alegaciones presentadas por **D^a. Bárbara González Muñoz** (R.E. 2024-E-RC-6513), de anulación de la **PREGUNTA 4 DEL SUPUESTO PRÁCTICO Nº1**, motivada porque, una intervención de enfermería es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. El tratamiento puesto en marcha por él profesional de enfermería es una intervención iniciada en respuesta a un diagnóstico de enfermería. Es una acción autónoma basada en fundamentos científicos que es ejecutada en beneficio del paciente en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados. Las actividades de enfermería son las acciones que realizan los profesionales de enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado, se traducen en una acción concreta y para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades. Existe una ordenación y disposición de las actividades de enfermería en grupos en función de sus relaciones y asignación de denominaciones de intervenciones a estos grupos de actividades. Denominándose taxonomía de las intervenciones de enfermería a la Organización sistemática de las Intervenciones en función de las similitudes. La estructura de taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campos, clases e intervenciones.

La intervención de enfermería (NIC) “ayuda con los autocuidados AIVD” se corresponde con el **campo 1- Fisiológico: Básico; Clase F: Facilitación del autocuidado** que son intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria; **Intervención 1805: Definición-ayudar y enseñar a una persona a realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) necesarias para funcionar en el hogar o en la comunidad.** Dentro de esta intervención de enfermería (1805) aparecen entre otras las siguientes actividades:

- Determinar las necesidades de ayuda.
- Determinar las necesidades de cambios relacionados con la seguridad en el hogar.
- Conseguir herramientas de ayuda en las actividades de la vida cotidiana.

Por consiguiente, las respuestas que figuran en la pregunta son todas correctas.

Bibliografía:





1. Bulechek GM, Butches HK, Dochterman JM, Wagner Ch M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (7ª ed.). Elsevier.
2. Eliopoulos C. (1999). Manual of gerontologic nursing (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
3. Lawton HP, Brody EM (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 9 (3), 179-186.
4. Lueckenotte A. (2000). Gerontologic nursing (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
5. Perry AG, Potter PA (2002). Clinical nursing skills and techniques (5th ed.), pp1093-1113. St. Louis: Mosby.

- **Desestimar** las alegaciones presentadas por **D^a. Bárbara González Muñoz** (R.E. 2024-E-RC-6513), de anulación de la **PREGUNTA 5 DEL SUPUESTO PRÁCTICO Nº1**, motivada porque, si bien no existe una indicación específica de administrar vitamina B tras una cirugía de cataratas, algunos estudios sugieren que ciertas vitaminas del complejo B, como la B12 y el ácido fólico, pueden tener un papel protector en la salud ocular y prevenir enfermedades **degenerativas como la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) o el glaucoma**. Una dieta baja en grasas y rica en antioxidantes tras una cirugía de cataratas es muy importante por varias razones:

-Prevención de complicaciones: Una dieta rica en antioxidantes puede ayudar a reducir la inflamación y el estrés oxidativo, que son factores de riesgo para complicaciones postoperatorias como la opacificación de la cápsula posterior (OCP).

-Promoción de la curación: Los antioxidantes presentes en frutas y verduras pueden favorecer la cicatrización y la recuperación de los tejidos oculares tras la cirugía. Las grasas pueden aumentar la inflamación y afectar la cicatrización.

-Protección a largo plazo: Una dieta baja en grasas y rica en antioxidantes no solo es beneficiosa para la recuperación inmediata, sino que también puede ayudar a proteger la salud ocular a largo plazo.

En resumen, una dieta baja en grasas y rica en antioxidantes tras una cirugía de cataratas puede favorecer la recuperación, prevenir complicaciones y proteger la salud ocular a largo plazo.

Bibliografía:

1. Wang JJ, Rochtchina E, Tan AG, Cumming RG, Leeder SR. (2000). Dietary fat and the 5-year incidence of age-related maculopathy. Ophthalmology, 107(3), 486-489.





2. Age-Related Eye Disease Study Research Group. (2001). A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E, beta carotene, and zinc for age-related macular degeneration and vision loss: AREDS report no. 8. Archives of ophthalmology, 119(10), 1417-1436.

EN RELACIÓN CON EL SUPUESTO PRÁCTICO Nº2:

- **Desestimar** las alegaciones presentadas por **D^a. Bárbara González Muñoz** (R.E. 2024-E-RC-6513), de anulación de la **PREGUNTA 1 DEL SUPUESTO PRÁCTICO Nº2,** motivada porque, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, un accidente cerebro vascular (ACV), también llamado ictus, es la interrupción del flujo sanguíneo del cerebro. Normalmente es causada por la ruptura de un vaso (Accidente Cerebro Vascular Hemorrágico) o la obstrucción de un vaso (Accidente Cerebro Vascular Isquémico) que corta el suministro de oxígeno y nutrientes, produciendo un daño cerebral que, de forma transitoria (Accidente Isquémico Transitorio) o definitiva, alterando el funcionamiento de una o varias áreas del encéfalo. En los últimos años se ha incrementado su prevalencia de mortalidad, sin embargo, la discapacidad generada es mayor que las muertes provocadas por esta entidad. Un alto porcentaje de estos casos es prevenible, con la incidencia temprana sobre los factores de riesgo modificables. Algunos de los factores de riesgo son: la edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, accidentes isquémicos transitorios (AIT) y sedentarismo. Dentro de estos, la edad constituye el factor de riesgo más frecuente, siendo los adultos mayores de 50 años la población más vulnerable. Dependiendo de su evolución en las primeras horas el accidente cerebral isquémico se puede distinguir accidente isquémico transitorio (AIT) o un infarto cerebral (ACV isquémico). El primero es aquel que no produce daños permanentes, mientras que el segundo tiene mayor duración de tiempo y causa un daño permanente. Con los datos que se describen en el caso clínico no se puede afirmar que sea un accidente isquémico transitorio, dado que desconocemos como va evolucionando el paciente con resolución de los síntomas en menos de 24 h.

En el accidente cerebrovascular isquémico aparece en los paciente entumecimiento o debilidad que puede afectar la cara, el brazo o la pierna de forma repentina en un lado del cuerpo, dificultad para hablar, problemas visuales, dificultad repentina para ver en uno o ambos ojos, desequilibrio, inestabilidad, dificultades al andar. Estos síntomas se suelen acompañar en el





caso de Accidente cerebro vascular hemorrágico de cefalea repentina, pérdida de coordinación, somnolencia o estado comatoso, acompañado de náuseas o vómitos, puede ocurrir pérdida de la conciencia, pero no parálisis motora, cursa con irritabilidad y signos meníngeos.

Bibliografía:

1. Sacco RL, et al. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(7), 2064-2089.
2. Powers WJ, et al. (2018). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), e46-e110.
3. Easton JD et al. (2009). Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. *Stroke*, 40(6), 2276-2293.
4. Johnston S C et al. (2007). Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. *The Lancet*, 369(9558), 283-292.

- **Desestimar** las alegaciones presentadas por D^a. **Bárbara González Muñoz (R.E. 2024-E-RC-6513)**, D^a. **Sara García Santos (R.E. 2024-E-RC-6423)**, D^a **María Gemma Moreno de la Asunción (R.E. 2024-E-RSS-2242)**, D. **José Miguel López Hernández (R.E.2024-E-RC-6452)**, y D. **Manuel de la Cruz Garcinuño (R.E. 2024-E-RC-6549)**, de anulación de la **PREGUNTA 4 DEL SUPUESTO PRÁCTICO Nº2**, motivada porque, dentro de las intervenciones de enfermería prioritarias se encuentran valorar el estado neurológico de forma regular para **detección temprana de cambios** pues el estado neurológico puede fluctuar después de sufrir un accidente cerebro vascular. Realizar evaluaciones regulares permite detectar cualquier cambio en la función cerebral, como aumento de la debilidad, alteraciones del habla o problemas cognitivos. Evaluar el estado neurológico ayuda a seguir la progresión de la recuperación y se puede identificar complicaciones. La evaluación neurológica ayuda a identificar estas situaciones.





La prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) es fundamental para evitar complicaciones graves y mejorar la calidad de vida. Independientemente del nivel de riesgo de desarrollar lesiones por presión, **todos los pacientes deberían recibir medidas preventivas**. También cabe destacar que estas lesiones se desarrollan como resultado de una combinación de factores individuales y ambientales y la reducción de la movilidad y de la actividad son dos importantes factores de riesgo de desarrollo de lesiones por presión. El grupo de expertos recomienda encarecidamente aplicar un plan de cuidados individualizado para optimizar la capacidad de la persona para cambiar de postura, de cara a prevenir el cizallamiento en quienes sufren lesiones por presión y prevenir el desarrollo de nuevas lesiones. Otros grupos de desarrollo de guías sobre úlceras y lesiones por presión coinciden con esta recomendación. El plan de cuidados individualizado debe hacer referencia **a todas las superficies en las que esta se acuesta y se sienta, incluidos los apoyos para brazos, piernas y pies que puedan usarse a lo largo del día** (p. ej. camas, sillas de ruedas, sillones geriátricos, camillas, reposapiés y calzado), así como valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales. Por lo tanto, es muy conveniente cambiar de postura con frecuencia y utilizar dispositivos para reducir la presión en zonas vulnerables del cuerpo.

Inicialmente todas las personas deben ser consideradas “en riesgo” de padecer UPP, hasta ser valoradas adecuadamente. Es necesaria una valoración de su estado antes de considerar que no presenta riesgo de aparición de UPP y por tanto excluirlo de la aplicación de medidas preventivas. Los cambios en el estado clínico requieren una nueva valoración del riesgo. La prevención de las UPP constituye hoy en día uno de los objetivos esenciales, convirtiéndose en uno de los parámetros indicativos de calidad asistencial. El uso sistemático de una escala de valoración de riesgo es sin duda el primer eslabón en un plan de prevención de UPP por ello los profesionales sanitarios deben valorar el riesgo fiable y preciso. Con la aplicación de una escala de valoración de riesgo de UPP al ingreso, y así obtener una información sobre el paciente y poner en práctica aquellos procedimientos de enfermería sobre los factores predisponentes susceptibles de poder mejorar o aliviar.

Para ampliar la información, profundizaremos en los factores de riesgo y las estrategias de prevención:

- Factores de riesgo: **Inmovilidad:** La disminución de la movilidad es el principal factor de riesgo para desarrollar UPP en pacientes con ACV. La hemiplejía o hemiparesia, la alteración del equilibrio y la disminución de la fuerza muscular o





debilidad en las extremidades limitan la capacidad de cambiar de posición y aliviar la presión sobre las zonas vulnerables. **Alteración de la sensibilidad:** La disminución de la sensibilidad puede impedir que el paciente perciba el dolor o la incomodidad causada por la presión, lo que retrasa la identificación de las UPP en etapas tempranas. **Incontinencia:** La incontinencia urinaria o fecal aumenta la humedad y la irritación de la piel, lo que predispone a la aparición de UPP. **Malnutrición:** La desnutrición y la deshidratación afectan la integridad de la piel y disminuyen su capacidad de resistir la presión. **Edad avanzada:** Los pacientes mayores tienen una piel más frágil y menos elástica, lo que aumenta su vulnerabilidad a las UPP.

- **Estrategias de prevención: Valoración del riesgo:** Utilizar escalas de valoración del riesgo de UPP, como la escala de Braden o Norton, para identificar a los pacientes con mayor riesgo y adaptar las intervenciones preventivas. **Cambios posturales:** Realizar cambios posturales frecuentes, cada 2-3 horas en pacientes encamados y cada 15-20 minutos en pacientes sentados, evitando el contacto directo de las prominencias óseas. **Superficies de apoyo:** Utilizar colchones y cojines antiescaras que distribuyan la presión de manera uniforme y reduzcan la fricción y el cizallamiento. **Cuidado de la piel:** Mantener la piel limpia y seca, utilizando productos suaves y evitando masajes vigorosos sobre las prominencias óseas. **Manejo de la incontinencia:** Utilizar dispositivos absorbentes y cambiarlos con frecuencia, limpiando y secando la piel cuidadosamente después de cada episodio de incontinencia. **Nutrición e hidratación:** Asegurar una ingesta adecuada de nutrientes y líquidos para mantener la integridad de la piel.

El apoyo emocional al paciente y a su familia tras un accidente cerebrovascular isquémico es fundamental para su recuperación y bienestar. **El Impacto emocional** se produce porque puede ser una experiencia traumática tanto para el paciente como para sus seres queridos. Sentimientos de miedo, ansiedad, confusión y tristeza son comunes. Por lo que hay brindar apoyo emocional ayuda a manejar estas emociones. Después del accidente cerebro vascular isquémico, la vida del paciente y su familia cambia significativamente. Pueden enfrentar discapacidades físicas, dificultades en el habla o cognitivas. El apoyo emocional les ayuda a adaptarse a estos cambios y a encontrar nuevas formas de vivir. El apoyo emocional reduce el riesgo de depresión al proporcionar un espacio seguro para expresar sentimientos y preocupaciones. La familia o seres queridos necesita comprender el proceso de recuperación y cómo pueden ayudar al paciente. Brindar información y educación sobre el proceso y las estrategias de





cuidado es esencial. Cuidar a un paciente con ictus puede ser estresante. El apoyo emocional ayuda a aliviar este estrés y a mantener una actitud positiva.

Bibliografía:

1. Ustrell-Roig X, Serena-Leal J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. (2007). *Revista Española de Cardiología*. Vol. 60 (7): 753-769. Disponible: DOI: 10.1157/13108281
2. González A D, et al. (2009). Inclusión de la Escala Neurológica del National Institute of Health (NIHSS) en la clínica de la Unidad de Ictus del Hospital del Mar. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 30(1), 15-21.
3. Garavelli F, Ghelfi AM, Kilstein JG. Utilidad del score NIHSS como predictor de complicaciones intrahospitalarias no neurológicas en ictus isquémico. *Medicina Clínica*. (2021); Vol. 157 (9): 434-437. Disponible: DOI: 10.1016/j.medcli.2020.07.034
4. Perdomo Borges B, et al. (2020). Caracterización de pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica y deterioro cognitivo. *Cienfuegos*, 2018. *Medisur*, 18(3), 333-344.
5. García Ortiz, A. M. (2024). Proceso de atención de enfermería en adulto mayor con accidente cerebro vascular (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2024).
6. National Pressure Ulcer Advisory Panel (Npuap), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), And Pan Pacific Pressure Injury Alliance (Pppia). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. (2014).
7. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, 2016). Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales, Tercera edición. Toronto, ON: Registered Nurses'. Disponible: <https://gneaupp.info/valoracion-y-manejo-de-las-lesiones-por-presion-para-equipos-interprofesionales-rnao/>
8. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline*. 2019.





9. European Stroke Organisation (ESO) Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2018.
 10. Coleman, S., et al. (2013). Pressure ulcer risk assessment and prevention practices for patients with stroke: a survey of nurses in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 227-237.
 11. Gunningberg, L., et al. (2016). Pressure ulcer prevention in patients with stroke: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 101-113.
 12. Petersen ML, et al. (2018). Pressure ulcer prevention in patients with stroke: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 74(8), 1870-1881.
 13. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2012). Intervención de enfermería: Prevención úlceras por presión. En búsqueda de la mejor evidencia disponible.
 14. García Fernández FP, et al. guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
 15. Red Menni de Daño Cerebral. Prevención de úlceras por presión en pacientes con daño cerebral adquirido.
 16. Blázquez Gómez N. Atención de enfermería en el paciente con ictus isquémico en fase aguda. 2018.
 17. Mesa Barrera Y, Hernández Rodríguez TE, Parada Barroso Y. 2017. Factores determinantes de la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(5), 735-750.
 18. Reverté i Villarroya S. (2017). Efecto en la calidad de vida, el afrontamiento y las conductas de salud de los pacientes con ictus isquémico agudo tratados con neurointervencionismo endovascular.
- **Desestimar** las alegaciones presentadas por **D^a. María Gemma Moreno de la Asunción** (R.E. 2024-E-RSS-2242), de anulación de la **PREGUNTA 5 DEL SUPUESTO PRÁCTICO Nº2**, motivada, porque **prevenir el ictus** es fundamental para mantener una buena salud cerebral. Se debe explicar los factores de riesgo indicando mantener una presión arterial saludable. Controlar la diabetes y el colesterol. Y se deben tratar las arritmias para prevenir la formación de trombos. Rapidez en la atención del ictus, siendo fundamental





detectar los síntomas iniciales y contactar con los sistemas de emergencias médicas lo más rápido posible. Esto ayuda a acortar el tiempo desde que el paciente sufre un ictus hasta que se toman las medidas adecuadas.

Hay que adaptar el entorno doméstico para prevenir caídas. Utilizar calzado adecuado para caminar y considerar el uso de ayudas técnicas u órtesis adaptadas. Acompaña y supervisa la marcha del paciente si es necesario.

Hay que indicar **hábitos de vida saludables** entre los que se encuentran: **dieta equilibrada** mediterránea baja en grasas y evitar las comidas ultraprocesados, realizar **ejercicio regular** caminando entre 30 y 60 minutos al día, **deja de fumar** y **moderar el consumo de alcohol**. La prevención en esta patología es clave.

En pacientes que han sufrido un ICTUS siempre hay que dar apoyo emocional y recursos para afrontar el ICTUS y sus secuelas. El apoyo emocional al paciente y a su familia tras un ICTUS es fundamental para su recuperación y bienestar. El **Impacto emocional** se produce porque puede llegar a ser una experiencia traumática tanto para el paciente como para sus seres queridos. Sentimientos de miedo, ansiedad, confusión y tristeza son comunes, por lo que hay brindar apoyo emocional ayuda a manejar estas emociones. Después del ICTUS, la vida del paciente y su familia cambia significativamente. Pueden enfrentar discapacidades físicas, dificultades en el habla o cognitivas. El apoyo emocional les ayuda a adaptarse a estos cambios y a encontrar nuevas formas de vivir, reduce el riesgo de depresión al proporcionar un espacio seguro para expresar sentimientos y preocupaciones. También la familia o seres queridos necesitan comprender el proceso de recuperación y cómo pueden ayudar al paciente. Brindar información y educación sobre el proceso y las estrategias de cuidado es esencial, pues cuidar a un paciente con ictus puede ser estresante. El apoyo emocional ayuda a aliviar este estrés y a mantener una actitud positiva.

Bibliografía:

1. Díaz Alfonso H, Sparis Tejido M, Carbó Rodríguez H L, & Díaz Ortiz B. (2015) Ictus isquémico en pacientes hospitalizados con 50 años o más. Rev. Ciencias Médicas, 19 (6), 1063-1074
2. Espárrago Llorca G, et al. (2015) Depresión post ictus: una actualización. Science Directe, 30 (1), 23-31.
3. López-Espuela F, et al. (2015). Impacto en la calidad de vida en cuidadores de supervivientes de un ictus. *Enfermería clínica*, 25 (2), 49-56.





4. Quemada JI, Mimentza N. (2017). Los trastornos emocionales y conductuales postictus. *Informaciones psiquiátricas*, 228, 55-61.
5. Sánchez M T. (2014). Plan de cuidados individualizado para una paciente con ictus. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 6(3).
6. Sanz Capdepon, P. (2016). Una vida después del ictus: Guía práctica para pacientes y cuidadores.

CUARTO.- Aprobar el listado definitivo de calificaciones del ejercicio único de la fase de oposición, del proceso selectivo para la provisión en propiedad, de seis plazas de Enfermero/a, por estabilización de empleo temporal, por el sistema de concurso-oposición, de conformidad a lo siguiente:

COD.	NOMBRE Y APELLIDOS	1ª PARTE: PRUEBA TIPO TEST	2ª PARTE: SUPUESTOS PRÁCTICOS	CALIFICACIÓN TOTAL	SUPERA FASE OPOSICIÓN
4479	NATALIA DOMINGO LLORENTE	21,60	27,00	48,60	SÍ
4161	MERCEDES LUCÍA DÍAZ ARIAS	19,80	27,00	46,80	SÍ
4004	MARÍA MERCEDES DUARTE MARTÍN	19,80	27,00	46,80	SÍ
3530	LAURA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ	19,20	27,00	46,20	SÍ
3555	MARÍA SONSOLES SANCHIDRIÁN MARTÍN	16,20	30,00	46,20	SÍ
1953	MARÍA LUISA ANDRÉS SEVILLANO	18,60	27,00	45,60	SÍ
3138	BARBÁRA GONZÁLEZ MUÑOZ	24,60	21,00	45,60	SÍ
4985	MARTA ÚBEDA HERRERO	17,40	27,00	44,40	SÍ
4404	MARÍA GEMMA MORENO DE LA ASUNCIÓN	22,80	21,00	43,80	SÍ
2292	PAULA JIMÉNEZ HERNÁNDEZ	16,80	27,00	43,80	SÍ
4392	JOSÉ MIGUEL LÓPEZ HERNÁNDEZ	19,20	24,00	43,20	SÍ





3484	LORENA SÁNCHEZ VELASCO	15,60	27,00	42,60	SÍ
4359	ROCÍO HERNÁNDEZ LÓPEZ	18,00	24,00	42,00	SÍ
3279	MANUEL DE LA CRUZ GARCINUÑO	20,40	21,00	41,40	SÍ
3775	CONSUELO MELEIRO PASCUAL	14,40	27,00	41,40	SÍ
3291	MARTA LÓPEZ MARTÍN	14,40	27,00	41,40	SÍ
2297	ELENA BLÁZQUEZ GARCÍA	14,40	27,00	41,40	SÍ
4361	SEBASTIAN GARCÍA DE LA PARRA	17,40	24,00	41,40	SÍ
1825	PATRICIA GÓMEZ MARTÍN	20,40	21,00	41,40	SÍ
4860	SARA GARCÍA SANTOS	16,20	24,00	40,20	SÍ
2414	YAIZA RODRÍGUEZ GARCÍA	16,20	24,00	40,20	SÍ
2029	JUANA ÁVILA LÓPEZ	18,60	21,00	39,60	SÍ
2609	TERESA SÁNCHEZ MANSO	12,00	27,00	39,00	SÍ
3402	RAQUEL BRAÑA GÓMEZ	17,40	21,00	38,40	SÍ
2376	JESÚS FRANCO RODRÍGUEZ	20,40	18,00	38,40	SÍ
4578	LUIS JOSÉ BORREGON CALLE	16,80	21,00	37,80	SÍ
3993	SARA EL BATTIOUI CHAMLAL	13,80	24,00	37,80	SÍ
3165	MARÍA ÁNGELES VAQUERO HERNÁNDEZ	13,80	24,00	37,80	SÍ
2579	MARÍA AZUCENA LÓPEZ MARTÍN	16,20	21,00	37,20	SÍ
4162	SANDRA GRANDE JIMÉNEZ	15,60	21,00	36,60	SÍ
2327	LUCÍA HINOJAL GONZÁLEZ	15,00	21,00	36,00	SÍ





3541	ESTELA RODRÍGUEZ GARCÍA	14,40	21,00	35,40	SÍ
3444	ISABEL DE LA PUENTE FERNANDEZ DE LA PUENTE	14,40	21,00	35,40	SÍ
4561	MARÍA VICTORIA HIDALGO DÍAZ	20,40	15,00	35,40	SÍ
2187	MARÍA GRANDE JIMÉNEZ	14,40	21,00	35,40	SÍ
2048	ESTEFANÍA PRIETO ANTÓN	14,40	21,00	35,40	SÍ
2159	MARÍA GONZÁLEZ LÓPEZ	17,40	18,00	35,40	SÍ
2202	ANA ISABEL GUTIERREZ ARRIBAS	16,80	18,00	34,80	SÍ
3073	VIRGINIA SAN SEGUNDO SEGOVIA	16,80	18,00	34,80	SÍ
4020	MARÍA REMEDIOS IZQUIERDO FERNÁNDEZ	14,40	18,00	32,40	SÍ
4825	MARTA GIL DE LA HOZ	13,20	18,00	31,20	SÍ
4382	ROBERTO BLANCO GALÁN	13,20	-	13,20	NO

QUINTO.- De conformidad a lo dispuesto en las Base Sexta de las Específicas de las destinadas a regir la convocatoria para la provisión en propiedad de seis plazas de Enfermeros (BOP núm. 251, de 31 de diciembre del 2024) se habilita un **plazo de cinco días hábiles**, contados a partir del día siguiente a la presente publicación, para la aportación de los méritos correspondientes a la **FASE DE CONCURSO**, para todos aquellos aspirantes que hayan superado la fase de oposición. En tal plazo, habrá de aportarse la siguiente documentación:

- Modelo de Autobaremación que se adjunta como Anexo a la instancia oficial de participación.
- Copia simple de la documentación acreditativa de los méritos que deseen que sean objeto de valoración.

SEXTO.- Disponer la publicación de la presente resolución en el Tablón de Anuncios de la Sede electrónica de la Diputación Provincial de Ávila, así como en la página web corporativa, conforme a lo dispuesto en el artículo 45.1 b) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.





DIPUTACIÓN
DE **ÁVILA**

Recursos Humanos, Régimen Interior,
Organización y Transparencia

Contra la presente resolución, que no pone fin a la vía administrativa, se podrá interponer recurso de alzada en el plazo de un mes, a contar desde el día siguiente al de la publicación de la presente resolución, ante el Ilmo. Sr. Presidente de la Diputación Provincial de Ávila, conforme a lo dispuesto en el artículo 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

LA PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Fdo. Alicia Meneses Cartón

LA SECRETARIA DEL TRIBUNAL

Fdo. Elena Martín Sánchez

