



DOCUMENTO  
PARA IMPUGNAR  
PREGUNTAS

**AMIR**  
ENFERMERÍA  
by Healthcademia

TU ÉXITO,  
NUESTRA  
ESPECIALIDAD

**X IMPUGNA** **AMIR**  
AMIR enfermería



# DOCUMENTO

# IMPUGNAEIR

## ¿COMO IMPUGNAR?

En la web del Ministerio, en el apartado **“Convocatoria Actual”**, se publicará una opción de menú en la parte gris de la izquierda de la página, denominado **“Presentación de Impugnaciones”**. Te permitirá acceder con Certificado de Firma Digital, con el sistema Cl@ve o solicitando una contraseña que te enviarán a tu email. En este último caso te solicitarán el número de identificación que es el número del documento de identidad con el que presentaste la solicitud al examen.

Una vez hayas accedido podrás comenzar a impugnar completando los campos obligatorios marcados con asteriscos. Debes identificar la pregunta que con el número que le corresponde en la Versión “0” del examen que podrás descargar desde la web de AMIR Enfermería.

Debes incluir, al menos, una referencia bibliográfica, y antes de adjuntar documentos, es imprescindible hacer click en **ENVIAR FORMULARIO**.

Una vez enviado te mostrará el mensaje “La Impugnación a la Pregunta X ha sido enviada correctamente”. A partir de ese momento ya puedes enviar el archivo PDF que desees adjuntar a la referencia bibliográfica de la impugnación seleccionando la referencia y haciendo click en **“Adjuntar/Ver Documento”**. Podrás insertar ficheros PDF hasta los 256KB. Hay programas que te permiten comprimir el tamaño del archivo como smallpdf.com o ilovepdf.com.

Una vez insertado en la columna **“Fichero Adjunto”** aparecerá la leyenda **“SI”**. No siendo necesario volver a hacer click en **“Enviar Formulario”** porque queda automáticamente vinculado a la impugnación. En cualquier momento podrás consultar, cambiar o eliminar el documento adjuntado.

Solo podrás hacer **4 impugnaciones a la hora**. Todas las impugnaciones quedará guardadas y podrás modificarlas o eliminarlas cada vez que accedas

# DOCUMENTO

# IMPUGNAEIR



## Consulta de las Respuestas Correctas

Respuestas correctas aprobadas provisionalmente por la Comisión Calificadora.

Titulación: ENFERMERÍA

Nº de versión de examen: 0

V0 = Nº de la pregunta en versión de examen 0

RC = Respuesta correcta

V0	RC	V0	RC	V0	RC	V0	RC	V0	RC
1	4	43	2	85	4	127	2	169	2
2	3	44	2	86	4	128	2	170	3
3	1	45	1	87	2	129	2	171	1
4	3	46	4	88	1	130	3	172	2
5	1	47	1	89	1	131	4	173	2
6	3	48	3	90	1	132	1	174	2
7	2	49	1	91	4	133	3	175	3
8	3	50	3	92	1	134	3	176	1
9	3	51	2	93	1	135	2	177	4
10	2	52	3	94	1	136	2	178	1
11	1	53	2	95	4	137	1	179	3
12	2	54	3	96	2	138	2	180	4
13	4	55	4	97	2	139	4	181	
14	4	56	3	98	2	140	1	182	2
15	3	57	2	99	2	141	3	183	1
16	4	58	3	100	2	142	2	184	4
17	3	59	3	101	1	143	1	185	2
18	2	60	1	102	4	144	4	186	1



## PREGUNTA 70

**En el contexto de la actividad asistencial que implica el uso habitual de equipos informáticos para el registro de la actividad clínica, ¿cuál es la distancia mínima recomendada entre los ojos y la pantalla para prevenir riesgos visuales y posturales?:**

1. 350 mm para tareas habituales.
2. 450 mm para tareas habituales.
3. 500 mm en pantallas táctiles.
4. 600 mm.

**Respuesta del ministerio: 2**

A la atención de la Comisión Calificadora del Examen EIR

**SE EXPONE**

La respuesta considerada correcta por el Ministerio (opción 2: 450 mm para tareas habituales) se fundamenta en el documento “Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Pantallas de Visualización de Datos”, publicado en 1998, en el que se establece que para tareas habituales la distancia de visión no debe ser menor de 450 mm. No obstante, dicho documento tiene más de 25 años de antigüedad y ha sido objeto de actualización técnica posterior por parte de organismos oficiales competentes, debido a los avances tecnológicos en equipos con pantallas de visualización.

En este sentido, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) publicó en 2021 la “Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización”, en la que se indica expresamente que, aunque la distancia de visualización depende de la tarea y del monitor, en ningún caso la pantalla debe situarse a menos de 300 mm, y que los tamaños de pantalla empleados habitualmente requieren distancias comprendidas entre 400 mm y 750 mm. Esta guía reconoce explícitamente que, si bien no se han producido cambios legislativos, los desarrollos tecnológicos han hecho necesaria la actualización de los criterios técnicos respecto a la versión original de 1998.

Asimismo, la propia bibliografía adicional citada por el Ministerio corresponde a una guía técnica de 2006, que recomienda situar la pantalla a una distancia superior a 400 mm, sin establecer un valor mínimo concreto de 450 mm ni utilizar formulaciones absolutas como “en

ningún caso”, lo que introduce una discrepancia adicional entre las fuentes empleadas para justificar la respuesta correcta.

Por tanto, atendiendo a la coexistencia de documentos oficiales con recomendaciones distintas (450 mm en 1998, superior a 400 mm en 2006 y mínimo absoluto de 300 mm en 2021), no puede afirmarse que exista una única respuesta correcta de manera objetiva. La pregunta presenta una ambigüedad normativa y técnica que puede inducir a error al aspirante y vulnera el principio de seguridad jurídica y de claridad exigible en una prueba selectiva de carácter nacional.

### SE SOLICITA

Por todo lo expuesto, se solicita la anulación de la pregunta, al basarse en criterios técnicos desactualizados y coexistir con guías oficiales posteriores que modifican las recomendaciones sobre la distancia mínima de visualización, impidiendo identificar una única respuesta correcta con base en la evidencia vigente.

### Referencias bibliográficas

- ▲ Ministerio de Sanidad. *Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Pantallas de Visualización de Datos*. Madrid: Ministerio de Sanidad; 1998.
- ▲ Ministerio de Trabajo e Inmigración, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. *Evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización*. Madrid; 2006.
- ▲ Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización*. Madrid: INSST; 2021.



## PREGUNTA 79

**¿Cuál es el instrumento operativo que fomenta la promoción de la salud mediante la participación comunitaria y el trabajo intersectorial, según la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (2013) ?:**

1. El mapeo de activos en salud.
2. La mesa de participación comunitaria.
3. El plan de salud local.
4. El consejo local de salud.

**Respuesta del ministerio: 3**

A la atención de la Comisión Calificadora del Examen EIR

**A la atención de la Comisión Calificadora del Examen EIR:****SE EXPONE**

La pregunta solicita identificar un “instrumento operativo” que fomente la promoción de la salud mediante la participación comunitaria y el trabajo intersectorial, según la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (2013). Sin embargo, el término “plan de salud local” no es definido en la Estrategia como instrumento operativo propio de la misma, constituye un marco estratégico o producto final y no un instrumento operativo concreto de implementación, y es un concepto previo y heterogéneo, existente con anterioridad a la Estrategia y dependiente del contexto autonómico o municipal. La propia Estrategia distingue explícitamente entre el plan de desarrollo local en el marco de la Estrategia y los planes de salud local ya existentes, que pueden incluir o reforzar las intervenciones prioritizadas, pero no se identifican como el instrumento operativo de la Estrategia. Esta falta de precisión conceptual vulnera el principio de claridad y univocidad exigible en una pregunta de evaluación objetiva.

De acuerdo con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (2013) y, especialmente, con la Guía para la implementación local de la Estrategia, existen otras opciones que se ajustan de forma más literal y precisa al concepto de instrumento operativo intersectorial y participativo. La mesa de participación comunitaria es definida explícitamente en

la Guía como instrumento de trabajo intersectorial y de planificación conjunta para la implementación de la Estrategia, estableciéndose como objetivo prioritario consolidar la mesa como espacio de coordinación intersectorial y garantizar la participación ciudadana directa o a través de entidades sociales, cumpliendo de forma directa los elementos clave del enunciado. Asimismo, el mapeo de activos en salud es descrito en la Estrategia como una herramienta operativa clave para identificar recursos comunitarios, facilitar la participación de la población y apoyar el trabajo intersectorial a nivel local, lo que convierte también esta opción en defendible técnicamente como respuesta correcta y refuerza la ambigüedad de la pregunta.

La justificación aportada para considerar correcta la opción “plan de salud local” se basa en un texto que hace referencia al plan de desarrollo local y no al plan de salud local, y describe un proceso que incluye mesas intersectoriales y mapas de recursos, es decir, instrumentos operativos, no el plan en sí mismo. Esta interpretación supone una mezcla conceptual entre el plan de desarrollo local de la Estrategia y el plan de salud local, que la propia Estrategia reconoce como un marco previo y más amplio, generando una duda razonable en el alumnado y comprometiendo la validez de la pregunta.

### **SE SOLICITA**

Por todo lo anterior, se solicita la anulación de la pregunta, al no garantizar la existencia de una única respuesta correcta de forma clara y objetiva, de acuerdo con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (2013) y su Guía para la implementación local.

### **Referencias bibliográficas**

- ▲ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- ▲ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.



## PREGUNTA 129

**Si en la fase de evaluación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) observamos que el paciente ha empeorado y no hemos logrado identificar las causas que han provocado dicho empeoramiento, ¿qué haría?:**

1. Continuar con el plan de cuidados establecido.
2. Modificar el plan de cuidados.
3. Modificar el diagnóstico enfermero o problema de colaboración.
4. Dar por solucionado el diagnóstico enfermero o problema de colaboración.

**Respuesta del ministerio: 1**

**En relación a la pregunta número 129, con respuesta correcta 1 y que dice textualmente:**

Si en la fase de evaluación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) observamos que el paciente ha empeorado y no hemos logrado identificar las causas que han provocado dicho empeoramiento, ¿qué haría?:

1. Continuar con el plan de cuidados establecido.
2. Modificar el plan de cuidados.
3. Modificar el diagnóstico enfermero o problema de colaboración.
4. Dar por solucionado el diagnóstico enfermero o problema de colaboración.

DISCREPA EL COMPARECIENTE del criterio seguido por el Tribunal Calificador, SOLICITANDO el CAMBIO DE RESPUESTA (o la anulación de la misma) ya que la respuesta correcta basada en la bibliografía más reciente (NANDA-I 2024-2026) es la Respuesta 2 (MODIFICAR EL PLAN DE CUIDADOS).

Según la NANDA International (edición 2024-2026), el proceso de enfermería no es una secuencia lineal, sino un ciclo dinámico y continuo de retroalimentación. La fase de Evaluación tiene como fin determinar la eficacia de las intervenciones. Mantener un plan de cuidados (Opción 1) cuando se ha constatado un empeoramiento clínico supone una ruptura del ciclo de mejora continua y una omisión del juicio clínico crítico.

La bibliografía de referencia establece que, cuando los resultados obtenidos (NOC) no coinciden con los esperados o muestran un deterioro, la enfermera debe invalidar el plan de cuidados actual. La NANDA-I especifica que la falta de progreso requiere un retorno



## DOCUMENTO

## IMPUGNAEIR

inmediato a la fase de valoración para identificar nuevos datos. Por tanto, la acción profesional correcta es la Modificación del Plan (Opción 2), entendiendo que dicha modificación comienza con la re-evaluación del estado del paciente, y nunca con el “continuismo” de una estrategia que ha demostrado ser ineficaz o perjudicial.

Continuar con intervenciones que coinciden cronológicamente con un empeoramiento del paciente, bajo el argumento de “desconocer la causa”, contraviene el principio ético de no maleficencia y los estándares de seguridad del paciente. El manual NANDA-I 2024-2026 subraya que el pensamiento crítico debe guiar a la enfermera a suspender o cambiar acciones que no están produciendo los beneficios esperados.

La opción “Continuar con el plan establecido” es técnicamente incorrecta en un escenario de empeoramiento. Un plan de cuidados que no detiene el deterioro del paciente es, por definición, un plan que debe ser revisado y modificado de forma urgente.

Por todo lo expuesto, se solicita a este Tribunal que rectifique la respuesta correcta a la Opción 2, por ser la única que se ajusta a la evidencia científica y a los modelos de práctica clínica vigentes en la edición más actual de la taxonomía internacional.

RESPUESTA IMPUGNADA (OPCIÓN 1): Continuar con el plan de cuidados establecido.

RESPUESTA SOLICITADA (OPCIÓN 2): Modificar el plan de cuidados.

### Referencias bibliográficas

- ▲ NANDA International (2024). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2024-2026. 13.ª edición. Elsevier. Parte 1: El lenguaje de NANDA-I y el Proceso de Enfermería.



## PREGUNTA 133

¿Cuál de las siguientes opciones se considera un componente normalizado en la taxonomía NIC?:

1. Definición.
2. Actividad.
3. Código.
4. Referencias bibliográficas.

**Respuesta del ministerio: 1**

**DISCREPA EL COMPARECIENTE** del criterio seguido por el Tribunal Calificador, **SOLICITANDO la ANULACIÓN** de la pregunta debido a que la bibliografía de referencia establece que tanto la Definición (Opción 1) como el Código (Opción 3) y la Actividad (Opción 2) son componentes estandarizados y normalizados de la taxonomía.

De acuerdo con la obra de referencia, una intervención se define como “cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente”. Para que este lenguaje sea normalizado, el manual establece una estructura fija e indivisible.

Según el texto de referencia en su primera parte, los siguientes elementos son componentes integrantes de la taxonomía:

- **Código (Opción 3):** Es el identificador numérico único. El manual especifica que el código es esencial para la normalización en registros electrónicos.
- **Definición (Opción 1):** Es el enunciado que describe el concepto de la intervención. Es un elemento normalizado que garantiza que todas las enfermeras interpreten la etiqueta de la misma manera.
- **Actividades (Opción 2):** El manual indica que la NIC ofrece una serie de actividades para cada intervención. Aunque la enfermera selecciona las más adecuadas, las actividades listadas en la taxonomía están normalizadas terminológicamente.

El enunciado pregunta de forma genérica por “un componente normalizado”. Al no utilizar adjetivos de exclusividad o jerarquía (como “componente de identificación” o “componente numérico”), el examinado se encuentra ante tres opciones que cumplen estrictamente con la definición de “componente normalizado” proporcionada por la fuente oficial de la clasificación.



## DOCUMENTO

## IMPUGNAEIR

Si bien el Tribunal señala la “Definición” como correcta, no existe sustento bibliográfico en la 8ª edición de la NIC que excluya al “Código” o a las “Actividades” de la categoría de elementos normalizados de la taxonomía. De hecho, el Código es el elemento que permite la normalización informática por excelencia.

Dada la coexistencia de tres opciones correctas (1, 2 y 3) según la estructura formal de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) en su última edición, se solicita la ANULACIÓN de la pregunta número 133 para garantizar la objetividad y equidad de la prueba.

### Referencias bibliográficas

- ▲ :Wagner, C., Butcher, H., & Clarke, M.F. (2024). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 8ª edición. Elsevier. Parte 1: Introducción y visión general de la clasificación.



## PREGUNTA 196

**La Guía de la Surviving Sepsis Campaign (2021), recogidas por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES), recoge las recomendaciones para la fase inicial de reanimación en el paciente séptico, así como los signos clínicos de empeoramiento a tener en cuenta dado el riesgo de deterioro inminente, asociado a elevada mortalidad. Señale la opción INCORRECTA:**

1. Cifras de Presión Arterial Media (PAM) Invasiva  $< 65$  mmHg.
2. Nivel de lactato en sangre  $\geq 4$  mmol/L.
3. Cuadro de PAM  $< 65$  mmHg y nivel de lactato en sangre  $\geq 4$  mmol/L, de forma combinada.
4. Nivel de Saturación de oxígeno venosa mixta (SvO<sub>2</sub>) superior a 70 %.



**Respuesta del ministerio: 3**

**Argumento de impugnación**

El ministerio da como correcta la opción 3 y es la opción 4.

**SE SOLICITA UN CAMBIO DE RESPUESTA.**

La opción señalada como correcta en la pregunta es errónea según la Guía de la Surviving Sepsis Campaign 2021, adoptada y difundida en España por SEMICYUC y SEMES.

Dicha guía establece que, en la fase inicial de reanimación del paciente séptico, los criterios de deterioro clínico y alto riesgo de mortalidad son la hipotensión arterial (PAM  $< 65$  mmHg) y la hiperlactacidemia (lactato  $\geq 4$  mmol/L), ya sea de forma aislada o combinada, al reflejar hipoperfusión tisular y shock séptico.

Por el contrario, una saturación venosa mixta de oxígeno (SvO<sub>2</sub>)  $\geq 70$  % no constituye un signo de empeoramiento clínico, sino que históricamente ha sido considerada un objetivo de reanimación hemodinámica, al indicar un adecuado equilibrio entre el aporte y el consumo de oxígeno. El deterioro se asocia a valores inferiores a 70 %, no a valores superiores.

Por tanto, no es correcto considerar una SvO<sub>2</sub>  $> 70$  % como criterio de empeoramiento, lo que invalida la opción propuesta y justifica la impugnación de la pregunta por incorrección científica según la guía de referencia.



DOCUMENTO

IMPUGNAEIR

### Referencias bibliográficas

- ▲ Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: *International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021*.

**Intensive Care Medicine. 2021;47:1181–1247.**

**Adaptación y difusión en España por:**

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)

Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES)

**AMIR**  
ENFERMERÍA  
by **Healthcademia**

**TU ÉXITO,  
NUESTRA  
ESPECIALIDAD**



Dossier - ImpugnaEIR



ACADEMIA DE ESTUDIOS MIR, S.L.

[www.academiamir.com](http://www.academiamir.com)

La protección de los derechos de autor se extiende tanto al contenido redaccional de la publicación como al diseño, ilustraciones y fotografías de la misma, por lo que queda prohibida su reproducción total o parcial sin el permiso del propietario de los derechos de autor.