

**CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
FEA DE ÁREA EN MEDICINA INTERNA**

(Resolución 2639E/2022, de 9 de noviembre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

PRUEBA: CASOS CLÍNICOS

17 de junio de 2023

**NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE
MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR**

CASO CLÍNICO Nº 1

Paciente varón de 86 años con antecedentes personales de HTA, DM tipo 2, ERC grado 3ª, dislipemia, exfumador e IC hace 1 año no filiada. El paciente tiene una situación basal con un Índice de Barthel de 80, sin deterioro cognitivo y NYHA II. Está en tratamiento actual con valsartan/amlodipino 160/50 mmHg+ furosemida 40 mg /24 h+ metformina-850 mg/8 h + atorvastatina 40 mg/24 h.

El paciente acude a Urgencias por aumento progresivo de la disnea, actualmente NYHA III, ortopnea, sin disnea paroxística nocturna (DPN) y con edemas hasta rodillas. En la exploración presenta TA: 148/93 mmHg; Saturación basal: 89%; IY: positiva; IMC: 31; AC: arrítmica a 104 lpm; AP: crepitantes en bases. Abdomen sin alteraciones. Edemas con fóvea hasta rodillas.

1. Para medir el grado de congestión de este paciente utilizaremos las siguientes herramientas. Indique cual es INCORRECTA:

- a) FEVI de 35%
- b) NP-proBNP
- c) CA-125
- d) VExUS

El paciente tenía en la analítica al ingreso, Hb: 13 gr/dL; glucemia: 128 mg/dL; HbA1c: 7.2%; Urea: 56 mg/dL; Creat: 1.16 mg/dL; FG: 58 mil/min; Na: 134; k: 4.8, pro-BNP: 1550; CA 125:165. Ferritina: 12µg/L; IST: 6%.

En el ECG se objetivaba un FA con RVM a 126 lpm .

En el ecocardiograma: FEVI 35%; sin acinesia segmentaria; volumen AI 55 ml/min/m²; E/e' 9; septo: 15 mm y PSAP 45 mmHg.

En la ecografía clínica: presencia de líneas B pulmonares; VCI >20 no colapsa en inspiración, doppler suprahepáticas D<S, doppler portal: pulsatilidad 30-49% y Doppler renal: monofásico.

Dados los hallazgos clínicos se decide ingreso del paciente en el hospital.

2. En el manejo de la fase aguda del cuadro clínico del paciente es CORRECTO:

- a) Se recomienda retirar los fármacos modificadores de la enfermedad (BB, ARNI, ARM e iSGLT2) de forma rutinaria durante la fase aguda.
- b) Administrar oxígeno independientemente de la saturación para favorecer la mejor oxigenación cardiaca posible.
- c) Iniciar tratamiento diurético con furosemida intravenosa doblando la dosis de furosemida oral basal y reevaluando la respuesta con la excreción de sodio en orina en las primeras horas.
- d) Se recomienda la utilización de suero salino hipertónico en la fase aguda como tratamiento inicial.

3. En caso de no tener respuesta al tratamiento inicial instaurado a las 24 horas de tratamiento cuál de las siguientes estrategias terapéuticas NO ESTARÍA INDICADA:

- a) Doblar la dosis de furosemida iv
- b) Añadir una tiazida
- c) Protocolo de suero salino hipertónico
- d) Ultrafiltración

4. En relación con las comorbilidades de este paciente es INCORRECTO que:

- a) Para pacientes sin tratamiento anticoagulante indefinido previo que tiene un episodio de FA de más de 48 h, es necesaria la anticoagulación oral terapéutica durante al menos 3 semanas o ecocardiografía transesofágica antes de la cardioversión farmacológica.
- b) Los iSGLT2 están recomendados para los pacientes con DM2 y IC-FEr a efectos de reducir las hospitalizaciones por IC y muerte cardiovascular.
- c) Los pacientes con IC y ERC concomitantes tiene más riesgo de complicaciones, pero el efecto beneficioso del tratamiento

farmacológico es similar o incluso mayor, que en los pacientes con función renal normal.

- d) No se debe considerar la administración intravenosa de suplementos de hierro con carboximaltosa férrica en pacientes con IC-FEr con déficit de hierro sin anemia.

5. En este paciente podríamos sospechar una amiloidosis cardiaca.Cuál es la afirmación INCORRECTA sobre esta entidad:

- a) La edad (>65 años) y la IC, junto con un grosor de la pared del VI>12 mm en la ecocardiografía, son los criterios más importantes para la sospecha.
- b) Para el diagnóstico siempre es necesario una biopsia endomiocárdica ya que tienen cerca del 100% de sensibilidad y especificidad.
- c) Las dos formas de amiloidosis cardiaca más prevalentes son la amiloidosis de cadenas ligeras de inmunoglobulina (AL-AC) y la amiloidosis por transtirretina (ATTR)
- d) La infiltración amiloide en la pared auricular produce miopatía auricular y disociación electromecánica con riesgo embólico

alto. Los pacientes con amiloidosis cardiaca y antecedentes de FA deben recibir tratamiento anticoagulante.

6. Una vez estabilizado y de cara al alta la combinación farmacológica más adecuada para este paciente será:

- a) Dapagliflozina+bisoprolol+sacubitrilo/valsartan+furosemida + apixaban
- b) Bisoprolol+ furosemida y reevaluar la situación en 2 semanas en la consulta.
- c) Acenocumarol+ bisoprolol+ furosemida+ hidroclorotiazida
- d) Empagliflozina+bisoprolol+verapamilo+ribaroxaban

CASO CLINICO 2

■ Paciente varón de 54 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas y tabaquismo activo.

■ ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- HTA evidenciada ocasionalmente en los últimos 3 años; no sigue ningún tratamiento.
- Alcoholismo crónico en seguimiento por el CAS. Estaba pendiente de ingreso en un centro para deshabituación.

■ TRATAMIENTO DOMICILIARIO:

- Desvenlafaxina 50mg/día.

■ SITUACIÓN SOCIO-FUNCIONAL:

El paciente era totalmente autónomo para las actividades de la vida diaria y vivía solo

■ ENFERMEDAD ACTUAL:

- Traen al paciente al Servicio de Urgencias tras ser encontrado en su domicilio confuso y somnoliento sin responder a las llamadas telefónicas. Cuatro días antes del ingreso tuvo una reunión con la Trabajadora Social, a la que acudió en autobús.

■ EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 117/72mmHg. FC 82x'. Sat O2 93%.

Afebril.

- Mal estado general. Atrofia muscular. Piel y articulaciones normales.
- Auscultación respiratoria: Algunos roncus bilaterales.

- Auscultación cardíaca: Tonos rítmicos sin soplos.
- Abdomen: Anodino.

- Sistema Nervioso Central: Confuso, somnoliento, disártrico, disfagia clara. Desorientado temporoespacialmente. Responde a órdenes verbales sencillas. No tiene una focalidad neurológica clara ni signos meníngeos. Tiene un nistagmus horizontal con la mirada lateral, pero sin una clara oftalmoparesia. No tiene asterixis. Reflejo cutáneo-plantar indiferente.
- Analítica:
 - Hemoglobina 11.6gr/dl, hematocrito 33.2%, leucocitos 12.990/mm³, plaquetas 197.000/mm³, Quick 122.8%, glucosa 105mg/dl, creatinina 0.71mg/dl, filtrado glomerular estimado > 60ml/mi, PCR 5.85mg/dl, Na 140mmol/l, K 3.5mmol/l, Etanol en suero 0mg/dl, colesterol 143mg/dl, HDL 63mg/dl, triglicéridos 106mg/dl, proteínas totales 6gr/dl, calcio 8.9mg/dl, fósforo 2.7mg/dl, magnesio 1.8mg/dl, bilirrubina 0.68mg/dl, GOT 16u/l, GPT 35u/l, GGT 84u/l, FA 36u/l, ferritina 502ng/ml, folatos 4.13ng/ml, vitamina B12 721pg/ml, albúmina 3.4gr/dl, LDL 70mg/dl, hormonas tiroideas normales. Tóxicos en orina: Positivo para cannabis; resto negativo.
- Bioquímica de líquido cefalorraquídeo:
 - Hematíes 1.800/mm³, células 2/mm³, glucosa 66mg/dl, proteínas 49mg/dl, ADA 7.8u/l, LDH 34u/l.
- Estudio microbiológico de líquido cefalorraquídeo:
 - Cultivo convencional negativo. PCR para herpes simple tipo I y tipo II y Micobacterium Tuberculosis negativa.
- Estudio serológico:

- Anticuerpos anti-VHC negativos. Anticuerpos anti-VIH negativos. Anticuerpos anti-neurona negativos.

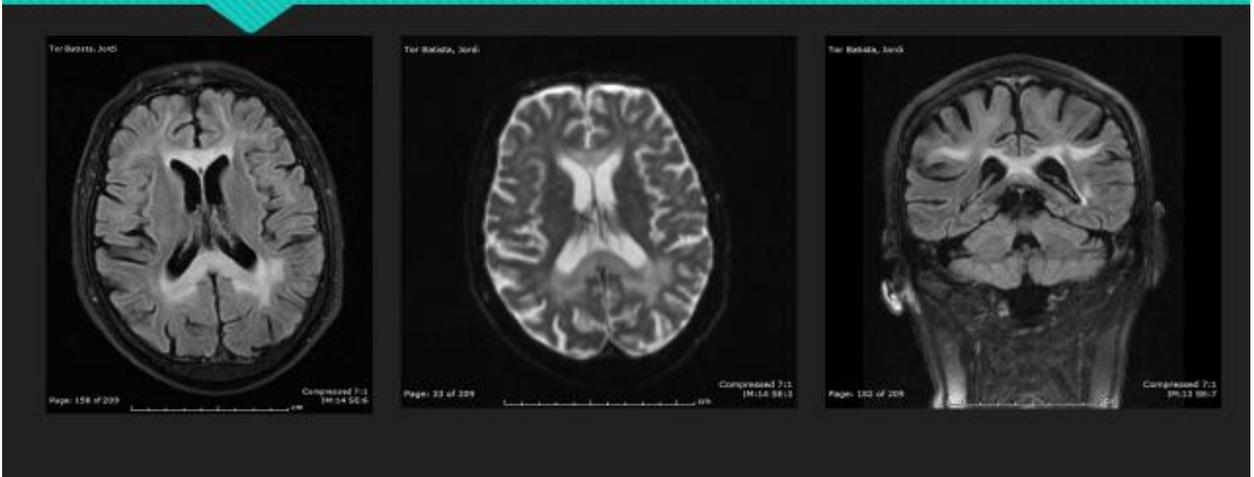
Rx y TAC tórax



TAC Cerebral



RNM Cerebral



PREGUNTAS

7.Cuál de las siguientes entidades explica con mayor probabilidad la afectación pulmonar en este paciente:

- a) Tuberculosis pulmonar
- b) Absceso pulmonar
- c) Nocardiosis
- d) Neoplasia pulmonar cavitada

8.Cuál de las siguientes entidades explica con mayor probabilidad la afectación neurológica en este paciente:

- a) Meningoencefalitis herpética
- b) Meningitis bacteriana
- c) Síndrome de Marchiafava Bignami
- d) Síndrome de Wernicke-Korsakoff

9. La afectación neurológica que presenta el paciente está relacionada con:

- a) El consumo de alcohol
- b) El consumo de cannabinoides
- c) La HTA mal controlada
- d) El tratamiento con Desvenlafaxina

10. El manejo inicial de este paciente en urgencias debe incluir:

- a) Suero fisiológico
- b) Tiamina y amoxicilina-clavulánico
- c) Cefotaxima y corticoides
- d) Cefotaxima, ampicilina y aciclovir

11. La lesión que se aprecia en SNC afecta principalmente:

- a) Sustancia blanca periventricular
- b) Sustancia gris
- c) Cuerpo calloso

d) Ventrículos laterales

12. El daño cerebral asociado al consumo excesivo de alcohol se debe principalmente:

- a) Deficiencia nutricional
- b) Traumatismos repetidos por caídas frecuentes
- c) Vasculitis secundaria al tóxico
- d) Efectos nocivos de otros tóxicos acompañantes, como cocaína o cannabis

CASO CLINICO 3

Paciente varón de 82 años de edad.

Institucionalizado en Centro de Larga de Estancia tras ACVA isquémico hemisférico derecho con hemiparesia residual desde hace 1 año

Antecedentes de:

- Artritis Reumatoide sero-negativa en tratamiento con metotrexato semanal y ácido fólico.
- Factores Riesgo Cardio Vascular: DM en tratamiento con ADOs, Obesidad con IMC 29 e Hipertensión arterial
- Enfermedad renal crónica estadio 4 secundaria.
- Funcionalmente tiene un Barthel de 70 puntos.
- Sigue tratamiento con dieta sin sal,
- Tratamiento habitual: Metformina 850 mg/8 horas, Adiro 300 mg/ dia, omeprazol 20 (1-0-0), enalapril 20 mg/ dia, metotrexato 25 mg/ semana, acido fólico 7,5 mg/ semanal, alprazolam 0,5 (1-0-1) y trazodona 50 mg (0-0-1)

Remiten a Urgencias por cuadro febril de 48 horas de evolución, asociado a deterioro general.

Antecedente de sondaje vesical 10 días antes por retención aguda de orina en relación a infección urinaria que se trató con ciclo antibiótico de ciprofloxacino vía oral durante 5 días.

Retirada la sonda vesical tras ciclo antibiótico con diuresis espontanea normal

Constantes vitales en box Urgencias:

TA 94/60 mmHg FC 101x´

Saturación O2 90% basal Temperatura ótica 38,2°C

13. De las siguientes aseveraciones con respecto a la situación basal del paciente ¿cuál considera que es CORRECTA?:

- a) Un valor de 70 puntos en la escala de Barthel implica una dependencia funcional moderada
- b) Cumple criterios de Pluripatología
- c) Se trata de un paciente que cumple 3 de los 5 criterios de Fragilidad de Freid por lo que se trata de un anciano frágil
- d) Se trata de un paciente con una enfermedad reumática índice y varias comorbilidades asociadas

14. En la analítica de sangre se objetiva leucocitosis de $24,300 \times 10^9 / l$ con desviación izquierda y elevación de reactantes de fase aguda con Procalcitonina de 37 ng/ml y PCR 467 mg/L, lactato > 2

En la radiografía de tórax no se objetivan imágenes de condensación aguda.

Se procede a sondaje vesical con obtención de 600cc de orina de aspecto macroscópico normal (concentrada).

¿De las siguientes actuaciones a seguir, cuál sería a su criterio la menos adecuada en la situación en la que nos encontramos?:

- a) Cumple criterios de shock séptico por lo que debe iniciarse resucitación inicial con bolo de 20 cc/kg de suero fisiológico seguido de una perfusión de al menos 30cc/kg en de cristaloides o Suero Fisiológico 0,9% en las siguientes 3 horas.

- b) La administración de terapia antimicrobiana idealmente debe administrarse durante la primera hora tras el reconocimiento del cuadro séptico
- c) En este paciente sería recomendable la extracción de hemocultivos sangre así como cultivo de orina previo al inicio de la terapia antibiótica empírica
- d) Si recupera cifras de tensión tras la fluidoterapia y queda afebril con antitérmico lo recomendable sería ingreso en régimen de Hospitalización a Domicilio si estuviera disponible o bien alta precoz con cefalosporina oral y manejo ambulatorio para evitar ingreso hospitalario.

15. En cuanto a la elección de antibiótico empírico en este paciente:

- a) Iniciaría pauta antibiótica empírica con Ceftriaxona e.v. 1 gr / 24 horas
- b) El paciente tiene factores de riesgo para ser portador de microorganismos productores de beta-lactamasas, de modo que usaría un carbapenem como pauta de elección inicial: de elección meropenem o imipenem.
- c) Usaría una combinación de un aminoglicosido como amikacina asociada con betalactámicos no carbapenémicos para evitar la sobreutilización de éstos hasta conocer los resultados de sensibilidad
- d) Si el paciente es alérgico a penicilina iniciaría Aztreonam 1gr / 8 horas en monoterapia

16. Finalmente, en los cultivos de sangre y orina se informa de aislamiento de E. Coli BLEE. Tras 4 días de terapia dirigida la analítica muestra reactantes en descenso y la evolución clínica es favorable, permaneciendo afebril y estable hemodinámicamente.

Con respecto al traslado a Hospitalización a Domicilio de este paciente, que respuesta NO le parece correcta?:

- a) Si da su conformidad el paciente cumpliría criterios para continuar con TADE en Residencia a cargo de una Hospitalización a Domicilio
- b) No se trataría de paciente candidato a Hospitalización a Domicilio por ser portador de bacteria multi-resistente y precisar aislamiento de contacto hasta negativización de cultivo
- c) En el caso de traslado a HAD la administración de meropenem se haría mediante dispositivo electrónico de perfusión ya que se trata de un fármaco con estabilidad menor de 24 horas a temperatura ambiente
- d) Entre los criterios específicos para paciente candidato a TADE se encuentra la certeza diagnóstica de presentar un proceso infeccioso definido por criterios clínicos y analíticos (con o sin estudios microbiológicos)

17. Al séptimo día de ingreso el paciente comienza con deposiciones diarreicas, unas 6-7 veces al día. No refiere moco ni sangre. No refiere tampoco fiebre ni dolor abdominal. Usted solicita coprocultivo y pruebas de detección para Clostridioides Difficile.

El laboratorio informa el siguiente resultado:

GDH +, TOXINA -, PCR+ para C. difficile toxigénico.

Al visitar al paciente refiere una deposición “pastosa” en las últimas 24 horas. Con estas pruebas y esta información, ¿cuál sería su valoración?:

- a) El paciente tiene un C. difficile productor de toxinas y debe tratarse.
- b) El paciente está colonizada por C. difficile toxigénico y no requiere tratamiento.

- c) El paciente está colonizado e indicaría tratamiento con vancomicina oral (no se absorbe y no produce toxicidad) para evitar el desarrollo de una infección sintomática.
- d) Esperaría al informe del cultivo y trataría si es positivo.

18. Tras 10 días de terapia dirigida el paciente es dado de alta en situación basal.

Se le cita para revisión en consulta de Medicina Interna un mes después tras el alta con analítica de control.

El paciente se encuentra bien, haciendo vida activa

- **Constantes en consulta TA 124/78 mmHg FC 66 lpm Saturación basal 97%**
- **Hemoglobina 11,7 gr/dl Hematocrito 35,1%**
- **Plaquetas 120000 Leucocitos totales $12,300 \times 10^9 / l$**
- **FG 28 ml/min Creatinina 2,4 ml/min/1,73m²**
- **LDL colesterol 78 mg/dl Colesterol total 101 mg/dl Triglicéridos 80 mg/dl**
- **Hemoglobina glicada 6,2%**

En cuanto a la prescripción en este paciente indique la respuesta INCORRECTA:

- a) Omeprazol está razonablemente justificado en paciente > 75 años en tratamiento antiagregante como profilaxis de hemorragia digestiva por alto riesgo de sangrado.

- b) Sería recomendable la rotación de Benzodiazepina de vida media corta que toma por diazepam (vida media larga) con idea de ir descendiendo de forma gradual hasta intentar retirada.

- c) Dado que el control de su diabetes es óptimo y dada la coexistencia de enfermedad renal crónica avanzada indicaría retirada de metformina del tratamiento.
- d) No sería posible desprescribir ningún fármaco de los prescritos ya que todos tienen indicación para las patologías del paciente.

PREGUNTAS DE RESERVA DE LOS CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1

1. En este paciente como tratamiento inicial del cuadro la mejor opción de tratamiento sería:

- a) Oxigenoterapia + furosemida 40mg/12h iv + bisoprolol 2.5mg/12 h oral + apixaban 5 mg/12h oral
- b) Oxigenoterapia + furosemida 40 mg/12h iv+ verapamilo 120 mg/dia oral +espironolactona 50 mg/24h oral
- c) Oxigenoterapia + furosemida 40 mg oral + acetazolamida 250 mg/24 h oral + diltiazem 30 mg/ 8 h oral+ acenocumarol 1 mg/día
- d) Oxigenoterapia+ furosemida 40 mg/12 h + sacubitrilo/valsartan 49/51 mg/12 h

CASO CLÍNICO 2

2. Si este mismo paciente acudiese a urgencias por oftalmoparesia y confusión, el diagnóstico más probable sería:

- a) Atrofia cerebelosa
- b) Síndrome de Wernicke-Korsakoff
- c) Meningoencefalitis tóxica
- d) Hematoma subdural por caída

CASO CLÍNICO 3

3. Durante la exploración física de este paciente se objetivan tonos arrítmicos de modo que se realiza ECG de 12 derivaciones con tira de ritmo de > 30 segundos, objetivando fibrilación auricular con frecuencia ventricular conservada. Se completa estudio con ecocardiograma reglado: dilatación de aurícula izquierda (> 60 mm) , no valvulopatías, Hipertrofia Ventrículo Izquierdo con FEVI preservada. En cuanto al manejo de la anticoagulación que opción es CORRECTA:

- a) Se trata de un paciente con un CHA2DS2 VASc > 2 puntos por lo que tiene criterio de tratamiento antitrombótico pero el riesgo de sangrado según la escala HASBLED es de 4 puntos (riesgo alto) por lo que no se puede iniciar anticoagular, mantendría la antiagregación y haría un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular en concreto de la tensión arterial.
- b) La indicación de cierre percutáneo queda restringida a pacientes con imposibilidad o contraindicación de tratamiento anticoagulante como en este caso.
- c) Para aclaramientos entre 15-29 ml/min, Dabigatrán está contraindicado, rivaroxabán y edoxabán no precisan ajuste, mientras apixabán sí. Ninguno de los NACOs está indicado para aclaramientos inferiores a 15 ml/min.
- d) De acuerdo con las guías ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, para la prevención del ictus en pacientes con FA con indicación de tratamiento antitrombótico, se recomienda el uso de un antagonista de vitamina K (AVK) en lugar de un Anticoagulantes de acción directa (ACOD) (excepto

para pacientes con válvulas mecánicas o estenosis mitral de moderada a grave (recomendación IA).

