

**CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN OPE 2020 y
acumuladas**

**Medicina Familiar y
Comunitaria
(EAP, Apoyo EAP, SEU Y SNU)**

Resolución 2072E/23, de 28 de noviembre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, (publicada en el BON nº 268 de 29 de diciembre de 2023).

**CASOS PRÁCTICOS
20 preguntas**

**TIEMPO
90 minutos**

**Aulario de la UPNA
29 de junio de 2024**

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

CASO CLÍNICO 1

- 1. Una persona se encuentra solo con su padre en su chalet y tras un dolor torácico intenso su padre sufre una parada cardiaca. Esta persona puede acceder a un desfibrilador de acceso público aplicarlo en menos de 5 minutos. Cuál es la mejor opción entre las siguientes:**
 - a) Llamar primero a los servicios de emergencias y pedir ayuda, sin dejar a su padre solo.
 - b) Iniciar Reanimación Cardiopulmonar unos minutos y luego ir a por el desfibrilador.
 - c) Llamar a los servicios de emergencias mientras va a por el desfibrilador para aplicarlo.
 - d) Iniciar compresiones torácicas de manera continua hasta que venga alguien.

- 2. Acude un equipo del Servicio de Urgencias Rurales tras un aviso de pérdida de conocimiento, y posible parada cardiaca. En cuanto llega, está un vecino policía foral realizando reanimación cardiopulmonar. En cuanto a la reanimación de calidad cuál es la opción incorrecta:**
 - a) Es recomendable mantener las compresiones torácicas mientras se coloca los parches y se enciende el desfibrilador.
 - b) No se debe tocar la víctima mientras el desfibrilador analice el ritmo.
 - c) Es recomendable si el desfibrilador indica descarga, mantener las compresiones torácicas mientras se carga de energía el desfibrilador antes de aplicar la descarga.
 - d) Es recomendable mantener las compresiones torácicas manuales mientras se aplica la descarga porque no lleva riesgo si el sanitario lleva doble guante.

3. Acude un equipo del Servicio de Urgencias Rurales (SUR) tras un aviso de pérdida de conocimiento, y posible parada cardiaca en una mujer de 61 años. En cuanto llega el equipo SUR, encuentran un vecino, policía foral entrenado, realizando reanimación cardiopulmonar. Qué prioridad debe dar el equipo entre las siguientes actuaciones:

- a) Relevar al vecino en las compresiones.
- b) Colocar el desfibrilador-monitor.
- c) Preguntar a la familia cuánto tiempo lleva parada.
- d) Avisar al 112 confirmando que es una parada cardiaca.

4. En cuanto a las compresiones cardiacas, cuál es la incorrecta:

- a) La posición de las manos para compresiones torácicas debe ser en la mitad inferior del esternón.
- b) Se debe dejar que el tórax se expanda tras cada compresión.
- c) Los dispositivos de cardiacompresión mecánicos han mostrado superioridad a las compresiones manuales de reanimadores.
- d) No se debe comprimir el tórax más de 6 cm.

5.Cuál de los siguientes enunciados sobre la parada cardiaca extrahospitalaria es cierto:

- a) La parada cardiaca extrahospitalaria en nuestro medio ocurre con más frecuencia en la vía pública.
- b) La colocación de desfibriladores de acceso público muestra que el eslabón más importante de la cadena de supervivencia es la desfibrilación.
- c) En caso de ritmos desfibrilables, se aplica la adrenalina (1mg intravenosa o intraósea) antes de la tercera descarga.
- d) El neumotórax a tensión y la hiperpotasemia deben sospecharse ante una parada cardiaca.

CASO CLÍNICO 2

Paciente varón de 25 años, sin alergias medicamentosas conocidas y como antecedente médico miringotomía bilateral a los 5 años. Niega tratamientos crónicos.

Acude a PAC, por referir que desde hace 2 días presenta dolor y supuración en oído derecho, sin otros síntomas. En la otoscopia derecha, que se realiza con dificultad (el paciente no tolera, por dolor, el cono de luz, ni que se le traccione el pabellón auricular), se objetiva escasa secreción serosa sin olor característico, eritema (sin eccema) del conducto auditivo y el tímpano con brillo conservado e íntegro.

6. El diagnóstico más probable en relación al presente caso clínico es:

- a) Otitis media supurada.
- b) Otitis externa aguda.
- c) Otitis media aguda
- d) Complicación de la colocación de tubos de drenaje transtimpánicos.

7. ¿Cuál dirías que es la causa más frecuente de dicha patología?

- a) Infecciosa.
- b) Reacción alérgica.
- c) Dermatitis seborréica.
- d) Otomicosis.

8. En el PAC se le pauta tratamiento antibiótico ciprofloxacino 3 mg-fluocinolona 0.25 mg/ml solución ótica, 6 gotas cada 12 horas y se le indica que debe mantener el tratamiento durante 7 días. Acude nuevamente a los 4 días a su médico por encontrarse peor, refiere mayor secreción, picor y dolor. En la exploración, tras realizar la limpieza del conducto, se aprecia mucha más cantidad de exudado, que ahora es blanco y algodonoso. Señale la respuesta correcta:

- a) Se debe derivar de forma urgente al ORL por tratarse de un colesteatoma.
- b) Se debe tratar el dolor y realizar limpieza del CAE + Tratamiento tópico + Ciprofloxacino 500-750 mg/12h vía oral, 7-10 días.
- c) Se trata de una otomicosis.
- d) Se trata de una psoriasis.

9. Según el diagnóstico señalado en la pregunta anterior. ¿Qué tratamiento se le indicaría?

- a) Antifúngico tópico.
- b) Antifúngico oral.
- c) Amoxicilina oral.
- d) Ciprofloxacino oral.

10. ¿Se pueden aconsejar otras medidas o tratamientos en este paciente?

- a) Tratamiento del picor.
- b) Tratamiento del dolor.
- c) 3-Medidas preventivas.
- d) Todas son correctas.

CASO CLÍNICO 3

Varón 29 años que acude inicialmente a consulta por cuadro pseudogripal de 3 días de evolución con astenia y fiebre de hasta 38° C, sin clínica respiratoria baja. Se le diagnostica de viriasis y se le pauta paracetamol cada 6-8 h. A los 10 días acude de nuevo por persistencia de la fiebre pese al tratamiento y presencia de sudoración nocturna, tos y expectoración hemoptoica.

Sin antecedentes personales ni familiares de interés. Trabaja como conductor de una ambulancia de Cruz Roja y ha estado durante los últimos 2 años en Canarias ayudando a atender a emigrantes que llegaban en patera. Ante la sospecha diagnóstica de enfermedad tuberculosa:

11. ¿Qué pruebas diagnósticas no solicitarías para el diagnóstico inicial y de confirmación?

- a) Mantoux, Quantiferon IGRA y estudio radiológico.
- b) Baciloscopia de esputo.
- c) Cultivo de esputo.
- d) Técnicas serológicas.

12. ¿Qué tratamiento, considerado como pauta estándar, le pondrías? (Abreviaturas: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E), Estreptomicina (S))

- a) Pauta 6 meses: 2 meses HRZE + 4 meses HR.
- b) Pauta 6 meses: 2 meses HRZS + 4 meses HR.
- c) Pauta 12 meses: 6 meses HRZE + 6 meses HR.
- d) Pauta 12 meses: 6 meses HRZS + 6 meses HR.

13. En caso de que la paciente fuera una mujer embarazada, ¿cuál de los fármacos estaría contraindicado?

- a) Estreptomicina (S).
- b) Isoniazida (H) y Rifampicina (R).
- c) Pirazinamida (Z).
- d) Etambutol (E).

14. ¿Qué controles indicarías tras finalizar el tratamiento realizado de forma correcta?

- a) No son necesarios, salvo en casos con cumplimiento dudoso, evolución bacteriológica irregular o resistencia inicial a isoniazida. En estos casos se aconseja el seguimiento hasta los 12 meses.
- b) Rx y baciloscopia a los 6 y 12 meses tras finalización del tratamiento.
- c) Rx y baciloscopia a los 6 meses tras finalización del tratamiento.
- d) Solo Rx a los 6 y 12 meses tras finalización del tratamiento.

15. A los contactos asintomáticos de este paciente:

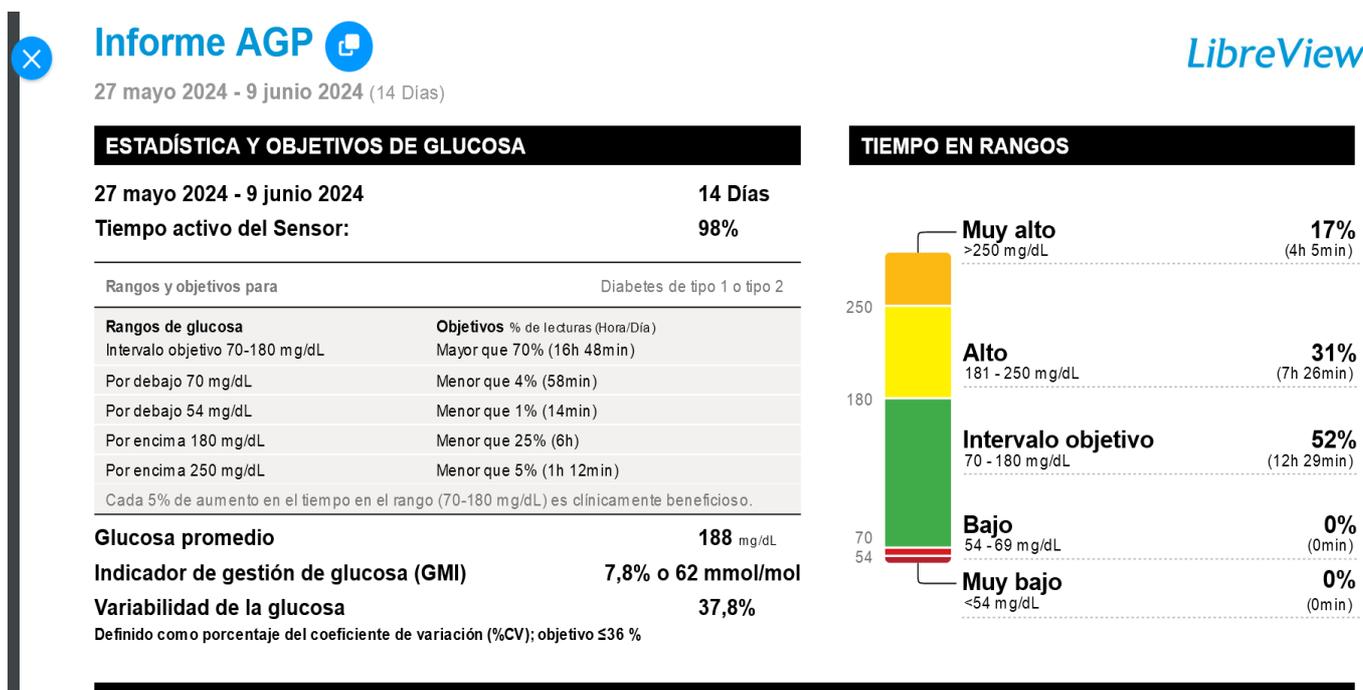
- a) Con Mantoux negativo, no hay que hacer nada más, independientemente de su inmunidad.
- b) En caso de ser diagnosticados de Infección Tuberculosa y estar indicada la quimioprofilaxis, ésta se realiza con Isoniacida.
- c) Si son pacientes VIH, inmunodeprimidos o trasplantados se desaconseja la quimioprofilaxis.
- d) Todas son verdaderas.

CASO CLÍNICO 4

Antonio es un varón de 66 años en el que destacan los antecedentes siguientes: fumador, EPOC, HTA, Dislipemia, ACVA, Diabetes Mellitus Tipo 2, Cardiopatía isquémica, Retinopatía Diabética, Hernia Discal lumbar con compromiso S1. Ha sido intervenido de hernioplastia abdominal con malla, endarterectomía carotídea bilateral, rizartrosis lumbar.

Sigue tratamiento con: metformina/sitagliptina 100mg/50mg 1-0-1; Empaglifozina 25mg 0-1-0; Pantoprazol 20mg 1-0-0; Olodaterol 2,5 mcg 2 inhalaciones a la mañana; Amlodipino 10mg en la cena; Dinitrato de isosorbide 40mg cada 12horas; ácido acetil salicílico (AAS) 100mg en la comida; Atorvastina/Ezetimiba 80mg/10mg a la noche; Insulina Glargina 300 U/ml 50 en la cena; Insulina Lispro de acción rápida 5U en cada comida y según perfiles. Acude tras haber realizado hace 14 días bloqueo epidural sin haber modificado tratamiento ni antes ni después del mismo.

Revisamos el siguiente informe que vemos en libre view



16. Con los datos anteriores, ¿podemos decir que el paciente se encuentra bien controlado?:

- a) El paciente está bien controlado dado que el TRT que presenta es adecuado para evitar hipoglucemias y está cerca de objetivos.
- b) El paciente está bien controlado dado que el GMI que presenta es adecuado para evitar hipoglucemias y está cerca de objetivos.
- c) El paciente está bien controlado dado que la variabilidad de la glucosa que presenta es adecuada al estar cerca de objetivos.
- d) El paciente no está bien controlado dado que el TRT que presenta es elevado y no está cerca de objetivos.

17. De las siguientes opciones ¿cuál le parece la menos adecuada?

- a) Subir la dosis de Insulina Glargina 300 U/ml
- b) Cambiar a Insulina degludec 100 U/ml
- c) Añadir una sulfonilurea
- d) Todas son igual de inadecuadas.

18. Una vez abierta la insulina lispro se debe desechar a los 28 días, ¿a qué temperatura de las siguientes se debe conservar?

- a) Siempre en nevera (entre 2°C y 8°C)
- b) A temperatura ambiente (por debajo de 30°C)
- c) Siempre en congelador (por debajo de 0°C)
- d) Es indiferente la temperatura para que se conserve la insulina una vez abierta.

19. De las siguientes intervenciones sobre su salud, cuál de ellas se asocia a mayor reducción de riesgo cardiovascular:

- a) Perder peso.
- b) Aumentar el ejercicio físico.
- c) Dejar de fumar
- d) Eliminar la ingesta de Hidratos de Carbono

20. Nos aporta el ECG que le hicieron antes de realizar el procedimiento intervencionista sobre la espalda y vemos que se encontraba en Fibrilación Auricular rápida. Tras revisar la historia clínica confirmamos que no lo presentaba en ningún registro anterior. Al tomarle el pulso y auscultarle en este momento apreciamos que se encuentra rítmico, con FC sobre 110lpm, lo que se confirma con la realización de un nuevo ECG en estos momentos. De los siguientes procedimientos cuál le parece más adecuado:

- a) Realizar una cardioversión de forma inmediata.
- b) Planificar la realización de una ablación.
- c) Iniciar Anticoagulación oral con ACOD
- d) Iniciar un beta bloqueante no cardiosselectivo.