

CONCURSO OPOSICION

MEDICO EAP- MEDICO SNU – MEDICO SUE

Resolución 1425E/2017, de 20 de junio, del Director Gerente del SNS-O
Boletín Oficial de Navarra número 125 de 29 de junio de 2017.

FASE OPOSICION

PRUEBA SUPUESTO PRÁCTICOS (33 Puntos)

25 de noviembre de 2017

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE

MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

CASO CLINICO NUMERO 1.

Tiene que acudir al domicilio de Paulina porque ha sufrido una caída al incorporarse.

Previamente se encontraba bien, sin otros síntomas.

Paulina vive sola, tiene 86 años y antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 (última HbA1c 6.8%, hace 8 meses), insuficiencia cardiaca actualmente en estadio 2 de la NYHA, artrosis y enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Autónoma (hace 4 meses Lawton 8 y Barthel 94). Tratamiento habitual: digoxina 0.25 mg/24 horas, enalapril 20 mg/24 horas, torasemida 10 mg/24 horas, espironolactona 25 mg/24 horas, ranitidina 150 mg/12 horas, diazepam 5 mg/24 horas y glibenclamida 5 mg/8 horas.

En la exploración física detecta una contusión frontal sin signos de fractura craneal ni en otros niveles.

Exploración neurológica normal.

Auscultación cardiaca con soplo ya presente anteriormente, y auscultación pulmonar normal.

No edemas ni ingurgitación yugular. Pulsioximetría 97%, frecuencia cardiaca 70 ppm. TA 116/90, en ortostatismo 92/84

Investiga el cajón de las medicinas, donde además de su tratamiento continuado detecta diclofenaco, paracetamol e ibuprofeno, que toma a demanda. Además inició hace unas semanas diclofenaco en gel para un dolor en la rodilla. Y hace 7 días mometasona en crema e hidroxicina oral por erupción pruriginosa en la misma rodilla.

PREGUNTA NÚMERO-1.-En su diagnóstico diferencial, ¿cuál de las siguientes patologías tendría menos probabilidad de ser la causante del cuadro?:

- A) Hipoglucemia.
- B) Insuficiencia cardiaca agudizada.
- C) Secundarismo medicamentoso.
- D) Hipotensión ortostática.

PREGUNTA NÚMERO 2.-Asumiendo que alguno de los fármacos que consume Paulina ha podido tener relación con su sintomatología, ¿cuál de los siguientes tiene menos probabilidades?

- A) Mometasona Tópica
- B) Hidroxicina.
- C) Torasemida.
- D) Diclofenaco tópico.

PREGUNTA NÚMERO-3.-Teme encontrarse ante un problema de cumplimiento terapéutico. Pregunta a Paulina, de forma indirecta, si tiene algún problema con la medicación, para tomar todos los comprimidos. Ella responde que sí, que a veces se le olvida alguna pastilla, y quizás otras veces tome alguna de más. Acude de nuevo al cajón de la medicina, cuenta las pastillas de enalapril y detecta un porcentaje de cumplimiento del 65%.

¿Qué test ha utilizado para estudiar el posible incumplimiento de Paulina?

- A) Test de Batalla y test de Morinsky-Green.
- B) Test de Haynes-Sackett y test de la cómoda (o mesita).
- C) Test de Prochaska-DiClemente y recuento de recetas recogidas.
- D) Test Audit y test Cage.

PREGUNTA NUMERO-4.-Con los resultados obtenidos, ¿podría decir que estamos ante un incumplimiento terapéutico?

- A) No, porque Paulina reconoce sus problemas y el porcentaje de cumplimiento se considera normal.
- B) No, necesitamos un test que objetive el cumplimiento (medir el nivel de fármaco en sangre, por ejemplo)
- C) No, sólo uno de los dos test es positivo y con eso sería insuficiente para diagnosticar incumplimiento terapéutico.
- D) Sí, los dos test son positivos para incumplimiento terapéutico.

PREGUNTA NUMERO-5.-Para terminar el estudio, solicita un electrocardiograma y una analítica. En el ECG no se observa ninguna alteración nueva (hemibloqueo anterior izquierdo ya conocido) y los resultados más relevantes de la analítica son: hemograma normal, glucemia 72 mg/dl, ldl 105 mg/dl, estimación del filtrado glomerular de 43 ml/min y HbA1c 6.2%. Basándose en sus conocimientos y estos resultados, ¿qué objetivo se plantearía a la hora de modificar el tratamiento farmacológico de Paulina?

A) Suspender diclofenaco oral y en gel, hidroxicina, ibuprofeno, ranitidina, torasemida y espironolactona. Suspender glibenclamida y sustituirlo por otro antidiabético oral menos potente y con menor riesgo de hipoglucemias. Disminuir la dosis de digoxina a 0.125 mg/24 horas. Retirada paulatina de diazepam.

B) Igual que el anterior pero suspendería la mometasona, manteniendo la dosis de digoxina a 0.25 mg/24 horas.

C) Igual que en A), pero no es necesario modificar el tratamiento de la diabetes ni suspender la ranitidina. Así mismo, mantener la dosis de digoxina en 0.25 mg/24 horas.

D) Igual que en A), pero no es necesario suspender hidroxicina ni ranitidina, y sí la mometasona. Mantendría el diclofenaco en gel y la dosis de digoxina a 0.25 mg/24 horas.

CASO CLINICO NUMERO 2

Manolo tiene 57 años, es hipertenso bien controlado, obeso (IMC de 34 kg/m²) y tiene una esteatosis hepática no alcohólica.

Asintomático, sin otros factores de riesgo cardiovascular modificables.

Es camionero y tiene dificultades para seguir las recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico.

Acude a por los resultados de su analítica anual de seguimiento. Esta muestra un hemograma normal, glucemia de 108 mg/dl, LDL 105 mg/dl, e-FG (CKD-EPI) >90 ml/min, TSH normal y sedimento urinario sin alteraciones.

PREGUNTA NUMERO-6.-Centrándonos en la cifra de glucemia, siguiendo la Guía de Actualización en Diabetes Mellitus tipo 2, de la Fundación Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS del 2016) ¿En qué categoría incluiría a Manolo?

- A) Prediabetes.
- B) Glucemia normal.
- C) Intolerancia a la glucosa.
- D) Diabetes mellitus.

PREGUNTA NÚMERO-7.-Al año siguiente en la analítica de valoración anual detecta una glucemia de 131 mg/dl. A los 4 meses repite la analítica con los siguientes valores: glucemia 118 mg/dl, colesterol total 250 mg/dl, LDL 135 mg/dl, HDL 24 mg/dl, e-FG (CKD-EPI) >90 ml/min, HbA1c 6.8%, albúmina/creatinina 6 mg/dl.

Basándonos en la misma guía, ¿en qué categoría diagnóstica encuadraría a Manolo este año?

- A) Prediabetes.
- B) Glucemia normal.
- C) Intolerancia a la glucosa.
- D) Diabetes mellitus.

PREGUNTA NÚMERO-8.-Indicamos a Manolo la realización de dieta y ejercicio físico, dando educación y refuerzo en el consejo sobre estilos de vida. A los 6 meses volvemos a hacer un control analítico, mostrando: glucemia 143 mgr/dl, colesterol total 230 mg/dl, LDL 124 mg/dl, HDL 25 mg/dl, e-FG (CKD-EPI) >90 ml/min, HbA1c 6.9%, albumina/creatinina 3 mg/dl. ¿Qué objetivo de hemoglobina glicada se plantearía?

- A) ≤ 6.5 mg/dl, si es posible.
- B) 6.6-7 mg/dl. Debemos evitar las hipoglucemias.
- C) < 7.5 mg/dl. Debemos asegurarnos que no tendrá hipoglucemias, por su actividad laboral.
- D) No debemos plantear el tratamiento hipoglucemiante basándonos en la HbA1c.

PREGUNTA NÚMERO-9.-Está valorando si pautar estatinas para tratar la hiperlipidemia de Manolo. Hace una estimación del riesgo cardiovascular mediante la herramienta REGICOR, obteniendo un 7%. Siguiendo las pautas de la Guía de Actualización en Diabetes Mellitus tipo 2, de la Fundación Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS del 2016) ¿qué fármaco y qué dosis de las siguientes le parece más correcta?

- A) Simvastatina 40 mg, independientemente del LDL.
- B) Simvastatina 40 mg, el objetivo es un LDL < 100 mg/dl.
- C) Atorvastatina 40 mg, el objetivo es un LDL < 100 mg/dl.
- D) No es necesario administrar estatina, por tener un riesgo cardiovascular bajo-moderado.

PREGUNTA NÚMERO-10.-Decide pautar metformina 1000 mg cada 12 horas. Decide completar el estudio inicial. Realiza una exploración física completa, sin detectar alteraciones. Según la Guía de Actualización en Diabetes Mellitus tipo 2, de la Fundación redGDPS del 2016, ¿cuál de las siguientes acciones no estaría indicada en Manolo?

- A) Valorar péptido C y anticuerpos anti GAD para determinar si se trata de una diabetes tipo 1 o 2.
- B) Exploración de pies con monofilamento y vibratoria.
- C) Obtención de índice tobillo-brazo mediante doppler.
- D) Derivación a oftalmología para examen ocular.

CASO CLINICO NUMERO 3

Paciente varón de 68 años de edad, con antecedentes personales de tabaquismo con un consumo de 35 cigarrillos/día desde los 14 años, que acude a la consulta refiriendo desde hace más de un año sensación de falta de aire al realizar trabajos en la huerta y tos de predominio matutino con expectoración.

Está jubilado desde hace 3 años, habiendo trabajado en los últimos 20 años en una oficina. En sus antecedentes personales destaca un Índice Masa Corporal (IMC) entre 28-29, y cifras tensionales en el límite alto, aunque suele acudir poco a la consulta.

Bebedor moderado de 15 unidades semanales, sobretodo los fines de semana. La última analítica es de hace 3 años, con hematocrito de 51% y sin alteraciones significativas en el resto del hemograma y la bioquímica salvo glucemia basal de 108 mg/dl y LDL-c de 145 mg/dl.

No refiere síntomas rino-conjuntivales en primavera ni haber padecido asma o catarros frecuentes en la infancia y juventud.

Hace 3 meses estuvo ingresado en el hospital comarcal de referencia por una infección respiratoria de vías bajas que requirió antibioterapia parenteral en el ingreso, seguida de tratamiento oral en el domicilio con amoxicilina-clavulánico y corticoides orales durante 5 días tras el alta.

En el ingreso se realizó analítica sin alteraciones significativas, radiografía de tórax sin signos de condensación ni de insuficiencia cardíaca, y se aconsejaba al alta realizar espirometría forzada en Atención Primaria.

Tras el alta no acude a consulta hasta este momento. Refiere que antes del ingreso tuvo dos episodios de "catarro fuerte" durante el último año, con expectoración ligeramente coloreada, pero sin fiebre, que duraron unas dos semanas cada uno aunque mejoraron con tratamiento sintomático.

Desde el ingreso le llama la atención la fatiga al caminar deprisa, no pudiendo seguir el paso a su esposa y amigos cuando dan paseos y le ha obligado a dejar parte de los trabajos de huerta.

Refiere fumar menos que antes, unos 8-9 cigarrillos al día desde el alta,

En la exploración presenta un peso de 79 Kg con un IMC de 29,3, una tensión arterial de 144/82 mmHg, una frecuencia de 86 latidos por minuto y una saturación de O₂ de 95%. La auscultación cardíaca es normal, a la auscultación pulmonar se oyen roncus diseminados aislados y no tiene edemas en tobillos.

Se solicita un espirometría con prueba broncodilatadora, que da los siguientes resultados: FVC 3,15 l (87%), FEV1 1,75 l (66%), FEV1/FVC 56%; tras la prueba broncodilatadora FVC 3,20 l (88,5%) y FEV1 1,80 l (68%),

PREGUNTA NUMERO 11.-A la vista de estos datos, ¿que prueba consideras que es más importante solicitar inicialmente a este paciente dentro del diagnóstico diferencial?

- A) Determinación de déficit de α 1-antitripsina
- B) Determinación de péptido natriurético
- C) Determinación de Phadiatop de neumoalérgenos
- D) Determinación de QuantiFERON-TB

PREGUNTA NÚMERO 12.-Una vez que se han descartado otras posibles causas de disnea en este paciente, se le etiqueta de EPOC secundario a su tabaquismo. ¿En qué grado y grupo le clasificarías según el estadiaje de la guía GOLD 2017

- A) GOLD Grado 2 (obstrucción moderada), Grupo C
- B) GOLD Grado 1 (obstrucción leve), Grupo B
- C) GOLD Grado 2 (obstrucción moderada), Grupo D
- D) GOLD Grado 3 (obstrucción severa), Grupo B

PREGUNTA NÚMERO.-13-Según el estadiaje que corresponde a este paciente, ¿qué tratamiento broncodilatador inicial no recomienda dicha guía GOLD?

- A) LAMA (antimuscarínicos de larga duración)
- B) LABA (beta adrenérgicos de larga duración)
- C) LABA + corticoides inhalados
- D) LABA + LAMA

PREGUNTA NÚMERO 14.-En el caso de que el paciente anterior hubiera referido disnea solamente al andar muy deprisa o realizar trabajos intensos de huerta con la azada, ¿en qué grado y grupo le clasificarías y qué tratamiento inicial recomendarías a este paciente según dicha guía GOLD 2017?:

- A) GOLD Grado 1 (obstrucción leve), Grupo B, tratamiento con LABA
- B) GOLD Grado 2 (obstrucción moderada), Grupo B, tratamiento con LABA + LAMA
- C) GOLD Grado 2 (obstrucción moderada), Grupo C, tratamiento con LAMA
- D) GOLD Grado 3 (obstrucción severa), Grupo D, tratamiento con LABA + corticoides inhalados

Se inicia tratamiento broncodilatador y se recomienda abandono del tabaquismo, citándose al paciente a revisión al mes. En la revisión refiere mejoría de su disnea y de la tos, y persiste la expectoración matutina aunque más escasa y no coloreada. Continúa fumando 4-5 cigarrillos al día, que le cuesta mucho dejar. Se le programa en terapia de grupo para abandono del tabaco a realizar en el Centro de Salud

PREGUNTA NÚMERO-15.-A los dos meses de dicha revisión acude a consulta de demanda refiriendo que tras un episodio catarral de vías altas ha aumentado la expectoración, las flemas son verdosas y se fatiga más. ¿Que antibiótico de los siguientes recomendarías en último lugar?

- A) Levofloxacino
- B).- Amoxicilina -clavulanico
- C) Ciprofloxacino
- D) Azitromicina

CASO CLINICO NUMERO 4

Paciente de 50 años de edad, diagnóstico de neoplasia de ovario, metástasis óseas múltiples, ingresa por un primer episodio de ascitis, en el ingreso detectan metástasis hepáticas (estadio IV B).

Tras paracentesis y colocación de catéter peritoneal tunelizado, plantean alta hospitalaria y seguimiento en domicilio para tratamiento paliativo.

Hasta ahora todas las alternativas terapéuticas iban dirigidas a controlar la enfermedad. Solicita atención domiciliaria por dolor lumbar irradiado hacia extremidad inferior derecha..

Tratamiento al alta hospitalaria: Morfina de liberación sostenida 40/12 h+ Morfina de acción rápida de rescate +AINES+ Zolpidem como hipnótico.

PREGUNTA 16.-Valorada la paciente, el dolor parece mixto. En escala visual analógica (EVA) 8 ¿Cuál de las siguientes sería la actuación más correcta en esta situación?

A).-Valorar dosis total de rescate precisada y añadir la mitad de la dosis total de rescate a la dosis total diaria de morfina de liberación sostenida repartida en dos tomas

B).-Valorar dosis total de rescate precisada y añadir la dosis total de rescate a la dosis total diaria de morfina de liberación sostenida repartida en dos tomas

C).-Valorar dosis total de rescate precisada y añadir la dosis total de rescate a la dosis total diaria de morfina de liberación sostenida repartida en dos tomas y recalcular la dosis de rescate

D).-Valorar dosis total de rescate precisada y añadir la mitad de la dosis total de rescate a la dosis total diaria de liberación sostenida repartida en dos tomas y recalcular la dosis de rescate

Mantenemos diariamente contacto telefónico con la paciente para ajustar tratamiento analgésico y pasada una semana realizamos nueva valoración a domicilio.

En este momento la paciente refiere dolor suave, EVA 2-3 pero, sin embargo le preocupan unos movimientos involuntarios de sus extremidades.

No refiere insomnio. Ritmo deposicional cada dos días con Laxantes. La paciente refiere disminución de diuresis En la exploración física se aprecian mioclonias.

PREGUNTA NÚMERO 17.- Cual de las siguientes sería a la actitud más adecuada?

A).-Reducir la Morfina de rescate

B).-Aumentar la dosis total diaria de Morfina e hidratación oral.

C).- Mantener la dosis total diaria de Morfina y asociar Clonazepam

D).-Mantener la dosis total diaria de Morfina, asociar Clonazepam e hidratación oral

La enfermedad progresa, las mioclonías se han aliviado con la pauta planteada en nuestra visita previa, y no refiere dolor, solo alguna molestia EVA 2-3 sin embargo la paciente refiere astenia intensa, anorexia progresiva, apenas toma líquidos, leve disfagia, disnea EVA 7-8 y prurito. En exploración física se aprecia deterioro progresivo, mucosas algo secas, no signos de candidiasis, e ictericia en piel y conjuntivas. Comentado con la paciente, expresa su deseo de cuidados en domicilio mientras sea posible.

PREGUNTA NÚMERO 18.- ¿Cuál sería la actitud más correcta?

- A).-Aumentar la dosis total diaria de Morfina, asociar antihistamínico e hidratación de piel.
- B).-Mantener la dosis total diaria de Morfina y asociar antihistamínicos para el prurito e hidratación de piel.
- C).- Reducir la dosis total diaria de Morfina y asociar antihistamínicos e hidratación de piel.
- D).- Analítica para estudio y mejor control de los síntomas

Pasados dos días la disnea y el prurito parecen haberse aliviado con la pauta de la consulta previa, sin embargo la astenia y anorexia son muy intensas, la disfagia ha progresado y la paciente presenta dificultad para el tratamiento oral.

Hablamos con la paciente de la progresión de la enfermedad y sigue deseando cuidados a domicilio

PREGUNTA NÚMERO 19.- ¿Cuál sería la actitud más correcta?

- A).- Derivar para mejor control de los síntomas
- B).-Plantear vía subcutánea con la mitad de la dosis de morfina total diaria
- C).-Asociar Antimicótico para resolver la disfagia
- D).-Plantearle vía subcutánea con la misma dosis de morfina total diaria

En el caso de que no se derivase a la paciente y se diesen criterios de Sedación Paliativa

PREGUNTA NÚMERO 20.- ¿Cuál de las siguientes sería la opción más correcta?

- A).-Aumentar dos veces la dosis total diaria de Morfina
- B).-Midazolam calculando la dosis de Inducción y con dosis de rescate similar a la de Inducción
- C).- Midazolam calculando la dosis de Inducción y con dosis de rescate al 50% de la de Inducción
- D).- A pesar de los deseos del paciente es preferible la sedación en Unidad de Paliativos

CASO CLINICO NUMERO 5

Paciente varón de 76 años, acude a consulta de su médico de familia a las doce de la mañana.

El paciente refiere que desde hace dos días presenta cefalea intensa, sensación de mareo acompañada de giro de objetos y acufenos en oído izquierdo. Esta mañana se ha despertado con odinofagia y disfonía.

El paciente refiere también molestias en ambos ojos y a ratos sensación de visión doble.

Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas.

Independiente para las actividades de la vida diaria

Diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales (ADO), con buen control metabólico.

Hipertensión arterial, en tratamiento con IECAS.

Cardiopatía hipertensiva.

Episodios previos de vértigo periférico.

Medicación habitual: Enalapril-hidroclorotiazida 20mg/12,5mg cada 24horas 1-0-0, sitagliptina - metformina 50mg-850 mg cada 12horas.

PREGUNTA 21.- A tenor de esta clínica y antes de iniciar la anamnesis y la exploración pertinentes. Diagnósticos diferenciales que a priori deberíamos barajar:

- A).-Vértigo periférico benigno
- B).- ACV (Accidente cerebrovascular)
- C).- Infección respiratoria
- D).-Todas ellas

Exploración física: buen estado general, buena coloración, bien hidratado.

Tensión arterial 175/95 mmHg Frecuencia cardiaca 89 latidos/minuto, Glucemia capilar 237 mg/dl. Temperatura 36,7 grados C.

Auscultación cardiaca: arrítmica, sin soplos.

Auscultación pulmonar: crepitantes bibasales

Edemas maleolares bilaterales.

Faringe ligeramente hiperemica sin exudado, no adenopatías cervicales, otoscopia normal.

Exploración neurológica: nistagmus horizontal, no agotable, ligera miosis y aspecto hundido del ojo derecho.

Hipoestesia de hemicara derecha.

Disdiadococinesia hemicuerpo derecho.

PREGUNTA NÚMERO 22.- ¿Qué otro síntoma cabría esperar si se confirmase el diagnóstico de sospecha más probable atendiendo a la clínica expuesta?.

- A).-Ptosis palpebral ojo izquierdo
- B).-Reflejo corneal izquierdo disminuido.
- C).- Disfagia
- D).-Hipoalgesia de tronco, brazo y pierna derechos.

PREGUNTA NÚMERO 23.- Tras valorar la exploración y la anamnesis, ¿Cuál cree que es la etiología que con más frecuencia determina esta patología?

- A).-Glioma del tronco encefálico
- B).-Oclusión de la arteria intracraneana vertebral posterior
- C).- Oclusión arteria cerebelosa posteroinferior
- D).-Disección arteria vertebral

Una vez finalizada, tanto anamnesis como exploración y siguiendo las recomendaciones del documento Código Ictus aprobado en Comité Técnico Urgencias tiempo-dependientes con fecha 22 de Junio de 2017

PREGUNTA NÚMERO 24.- Una vez clara la sospecha diagnóstica, su médico de familia no debería:

- A).-Activar el “ código ictus “ llamando al 112
- B).-Apuntar teléfono del familiar de contacto
- C).- Cuidados generales del Ictus mientras llega la ambulancia
- D).-Determinar, clínica debut y hora de inicio de la misma.

PREGUNTA NÚMERO 25.- Entre los cuidados generales del Ictus, mientras llega la ambulancia. De los siguientes señalar el correcto:

- A).- Administración de labetalol 10 mg diluidos en 20cc de suero fisiológico
- B).-Control de constantes cada 15 minutos, temperatura, tensión arterial, glucemia, saturación de oxígeno arterial.
- C).- Administración de 1 gramo de Paracetamol vía endovenosa
- D).-Colocar al paciente en decúbito supino con cabecera elevada a 45 °.