

## **CONCURSO OPOSICIÓN**

### **MEDICO EAP- MEDICO SNU – MEDICO SEU**

Resolución 54E/2021, de 13 de enero, del Director Gerente del SNS-O  
Boletín Oficial de Navarra número 32 de 11 de febrero de 2021.

### **FASE OPOSICION**

#### **CASOS CLINICOS (33 Puntos)**

**26 de junio de 2021**

## CASO CLINICO NÚMERO 1

María tiene 56 años, trabaja como peluquera desde los 16 años en su pueblo, de 1500 habitantes. Como antecedentes destaca obesidad con IMC de 36 Kg/m<sup>2</sup> y un trastorno ansioso-depresivo en tratamiento con Fluoxetina 20 mg/24 horas desde hace 4 años y Lormetazepam 1mg antes de acostarse desde hace 6 años. Última visita a consulta hace año y medio para la renovación de la medicación.

Está casada con José Luis, un camionero de 59 años. Tiene 3 hijos, 2 gemelas de 14 años y un hijo de 17 años. Viven en un piso de 85 metros cuadrados.

María tiene una hermana, Teresa, con una discapacidad física del 86%, debido a una parálisis cerebral en el nacimiento. La cuidadora principal era su madre, hasta que hace un año falleció por un cáncer de mama. Teresa está ahora en la residencia sociosanitaria del pueblo, María va a verla todos los días. La pensión de Teresa no llega para pagar la cuota mensual de la residencia, por lo que María y su marido se hacen cargo del resto. Están pendientes de la valoración por dependencia.

Acude al servicio de urgencias por omalgia derecha de una semana de evolución, con una escala EVA de 6/10, despertándole por la noche. Estos episodios los ha tenido en varias ocasiones, pero han cedido con la toma de antiinflamatorios de forma no pautada durante una semana. Nunca ha cogido la baja ya que es autónoma.

A la exploración no presenta edema en la zona, pero sí dolor a la palpación anterolateral del hombro. El signo de Hawkins-Kennedy y del arco doloroso es positivo. El test de Patte es negativo mientras que el test de Jobe es positivo. El test de Neer modificado generaba disminución del dolor.

### **Pregunta 1. De estas patologías, ¿cuál sería la MENOS probable?**

- a) Capsulitis adhesiva
- b) Tendinitis del musculo infraespinoso
- c) Rotura parcial del musculo supraespinoso
- d) Bursitis subacromial

### **Pregunta 2. Con el diagnóstico más probable, iniciamos tratamiento analgésico pautado. ¿Cuál sería la recomendación más adecuada?**

- a) Pautaremos Diclofenaco 150mg/8 horas, frio local y recomendación de ejercicios.
- b) Pautaremos Ibuprofeno 400mg/8 horas, asociado a Omeprazol 20mg 1/24 horas, frio local y recomendación de ejercicios.
- c) Pautaremos Tramadol 37'5mg + Paracetamol 325mg cada 8 horas dado la intensidad del dolor.
- d) Indicaremos frio local y recomendación de ejercicios. De momento no está indicado el tratamiento farmacológico.

**Pregunta 3. A las 4 semanas acude de nuevo a consulta por persistencia de dolor a pesar del tratamiento indicado, con una EVA de 7/10. ¿Cuál sería la actuación más indicada?**

- a) Derivar a urgencias, probablemente exista una lesión traumática
- b) Derivar a consulta de rehabilitación, ya que no podemos hacer nada más en a consulta de atención primaria.
- c) Indicaremos una ecografía, ya que uno de los criterios de realización es la falta de respuesta a tratamiento conservador.
- d) Realizaremos una resonancia magnética, ya que es la única prueba complementaria útil para valorar el hombro doloroso

**Pregunta 4. María nos dice que el dolor le hace imposible aguantar toda la jornada laboral. Mañana se inicia un puente festivo y entre tus posibilidades de tratamiento valoras realizar una infiltración con Mepivacaína y Triamcinolona en consulta. ¿En cuál de las siguientes circunstancias podría realizarse una infiltración de hombro?**

- a) Fractura intraarticular
- b) Celulitis en zona de infiltración.
- c) Tratamiento con Acenocumarol con INR=4
- d) Tratamiento con AAS

**Pregunta 5. Refiere que, a pesar de estar muy cansada al finalizar el día, no puede conciliar el sueño y nos pide si podemos subir la pauta de tratamiento hipnótico. Respecto a esta solicitud, ¿cuál sería la actuación más adecuada?:**

- a) Subimos la dosis de Lormetazepam a 2 mg, es normal que necesite más medicación
- b) Cambio de Lormetazepam a Zolpidem 10mg antes de acostarse, ya que podemos mantener durante más tiempo.
- c) Abordamos la higiene del sueño, explicamos a María que probablemente la situación familiar haya empeorado el insomnio y contactamos con trabajo social.
- d) Añadimos a su tratamiento habitual, Diazepam 5mg en la cena. Esto favorecerá la recuperación de la omalgia.

## CASO CLINICO NÚMERO 2

Paciente varón de 80 años con antecedentes de neoplasia de próstata hace 8 años, ictus isquémico hace 6 años, hipertensión arterial desde hace 8 años, hipercolesterolemia desde hace 6 años. En tratamiento con Clopidogrel 75 mg cada 24 horas, Atorvastatina 80 mg, Enalapril 20 mg, Amlodipino 10 mg y Fesoterodina 8 mg.

Refiere la familia que desde hace unos 6 meses le encuentran menos comunicativo, confunde en ocasiones a personas cercanas y presenta aumento de la irritabilidad. En el último mes se ha perdido en una ocasión no sabiendo volver al domicilio familiar, debiendo ser ayudado por la Policía Municipal.

**Pregunta 6: En el estudio para graduar la intensidad de las alteraciones y la repercusión de dichas alteraciones en la vida diaria, señale cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta:**

a).- Se recomienda emplear el Test del Informador en aquellas situaciones en las que influye en la relación familiar, pero no en todos los casos.

b).- Desde Atención Primaria se recomienda el índice de Barthel (actividades básicas) y la escala de Lawton y Brodie (actividades instrumentales) para graduar las alteraciones en las actividades de la vida diaria.

c).- En los casos con alteración cognitiva ligera o demencia inicial se recomienda emplear la escala de Blessed o la escala IDDD con métodos de evaluación en las consultas de enfermería en Atención Primaria.

d).- Si se sospecha un cuadro depresivo, que en ocasiones puede justificar los trastornos cognitivos, se recomienda con el Test de Yergason.

**Pregunta 7: En relación a los test cognitivos que se recomienda realizar en la consulta de Atención Primaria, indique la respuesta FALSA:**

a).- El Mini-Mental no dispone de datos normativos sobre la población de Navarra, por lo que su uso es escaso.

b).- La versión MMSE, realizada por Lobo con el nombre de Mini Examen Cognitivo (MEC), puede llevar a confusión dado que la puntuación máxima son 35 puntos.

c).- Se recomienda emplear las tablas de referencia para evaluar el resultado en cada caso considerando la edad y escolaridad.

d).- Se dispone de datos normalizados en Navarra del Test de Aprendizaje de Palabras de CERAD (Consorcio para el Establecimiento de un Registro para la Enfermedad de Alzheimer).

**Pregunta 8: De las siguientes pruebas a realizar en el estudio del caso. ¿Cuál de ellas le parece MENOS adecuada de inicio entre las recomendadas por el Grupo de Demencia de la Sociedad Española de Neurología?**

- a).- Analítica de sangre
- b).- TAC craneal
- c).- Electrocardiograma
- d).- PET

**Pregunta 9: En la analítica realizada al paciente para estudio de su situación llama la atención el Cociente Albúmina Creatina en 232 mg/g y el filtrado glomerular estimado en 28 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Tras confirmar los datos, ¿Cuál de los siguientes fármacos que usa el paciente NO está recomendado a las dosis indicadas por tener experiencia limitada?**

- a).- Enalapril a dosis de 2,5 mg
- b).- Clopidogrel a dosis de 75 mg
- c).- Amlopidino a dosis de 10 mg
- d).- Fesoterodina a dosis de 4 mg

**Pregunta 10: En cuanto a la dieta a recomendar en la situación actual. ¿En cuál de los siguientes minerales debemos intervenir?**

- a).- Sobre el calcio
- b).- Sobre el potasio
- c).- Sobre el zinc
- d).- Sobre el yodo

### CASO CLÍNICO NÚMERO 3

Mujer de 58 años que acude a por el resultado de una analítica con los parámetros correctos excepto la glucemia en ayunas, que es un valor de 125 mg/dl. No consta en la Historia Clínica que hubiera presentado dichos valores hasta ahora.

**Pregunta 11: ¿Cuál es el diagnóstico más correcto?**

- a).- Intolerancia a la glucosa
- b).- Glucemia basal alterada
- c).- Diabetes mellitus tipo 2
- d).- Normalidad

Un año después la paciente está en tratamiento con Metformina 850 mg/12 h desde hace seis meses y presenta glucemia basal 146 mg/dl, HbA1c 7,8%. LDL-c 142 mg/dl, filtrado glomerular calculado por CKD-EPI de 58 ml/min/m<sup>2</sup> y albuminuria 250 mg/g creatinina (eran FG de 59 ml/min/m<sup>2</sup> y albuminuria 60 mg/g hace seis meses). Su IMC es de 32 Kg/m<sup>2</sup>.

**Pregunta 12: ¿Cuál es el riesgo cardiovascular que presenta la paciente según la Guía Europea del Tratamiento de las Dislipemias de 2019 de la ESC/EAS?**

- a).- Bajo
- b).- Moderado
- c).- Alto
- d).- Muy alto

La paciente presenta en la monitorización de la presión arterial (MAPA) una medida de PA de 146/92 mmHg.

**Pregunta 13: ¿Cuál cree que sería la actuación más acertada de las siguientes según la Guía de Hipertensión Arterial de la ESC/ESH 2018?**

- a).- Medidas no farmacológicas durante seis meses y si no se controla iniciar fármacos
- b).- Enalapril 10 mg/24 horas
- c).- Hidroclorotiazida 12,5 mg/24 horas
- d).- Amlodipino 5 mg/24 horas

**Con los valores de la pregunta número 13, HbA1c de 7,8%, recordando que desde hace seis meses está en tratamiento con Metformina 850 mg/12 horas.**

**Pregunta 14.- ¿Cuál sería la actuación más recomendada de las siguientes para mejorar el control de la diabetes según el algoritmo de la redGDPS de 2020?**

- a).- Insistir en medidas higiénico dietéticas y si en seis meses no mejora añadir otro fármaco
- b).- Añadir Liraglutida 0,6 mg/día
- c).- Añadir Saxagliptina 5 mg/24 horas
- d).- Añadir Repaglinida 1 mg/8 horas

**Pregunta 15. Recuerde que el colesterol LDL era de 142 mg/dl. ¿Cuál le parece la actuación más correcta de las siguientes con respecto al tratamiento del colesterol de esta paciente, según la Guía Europea de Tratamiento de las Dislipemias de 2019 de la ESC/EAS?**

- a).- Insistir en dieta y ejercicio durante seis meses y si no mejora indicar estatinas
- b).- Indicar Rosuvastatina 10 mg/24 horas
- c).- Indicar Simvastatina 10 mg/24 horas
- d).- Indicar Ezetimiba 10 mg/24 horas

## CASO CLÍNICO NÚMERO 4

Francisco, paciente de 73 años, acude al Servicio de Urgencias Rurales (SUR) con sensación de palpitaciones. Refiere que hace tres días inició la clínica, empeorando al realizar ejercicio físico. Niega dolor torácico. Le ha permitido mantener su vida habitual.

Está casado, tiene dos hijos y tres nietos a los que cuida habitualmente durante la jornada laboral de sus hijos. Trabajó como administrativo en una empresa de consultoría fiscal hasta su jubilación. Sale en bicicleta con sus amigos todos los fines de semana.

Es hipertenso desde hace 10 años, fue intervenido de apendicitis hace 26 años y tuvo un accidente de moto a los 34 años de edad, requiriendo solamente 24 horas de observación en el hospital.

En tratamiento habitual con Ramipril 5 mg por la noche y Omeprazol 20 mg de vez en cuando por reflujo gastroesofágico por el que nunca ha acudido a consulta.

En Historia Clínica vemos revisión hace un año en relación con su hipertensión arterial con una glucemia basal de 96 mg/dl, e-FG (CKD-EPI) de 86 ml/min, colesterol de 196 mg/dl con LDL 97 mg/dl. Presentaba una tensión arterial de 140/84 y peso de 80 Kg. ECG: Rítmico sinusal a 74 lpm sin alteraciones de la repolarización ni imagen de bloqueo. Se le realizó un ecocardiograma, con FEVI >50% sin alteraciones en válvulas cardiacas ni pared ventricular.

Francisco se encuentra en la consulta, presenta buen estado general, pero persiste sensación de palpitaciones. Tiene una tensión arterial de 156/74 y una frecuencia cardiaca de 120 lpm. Saturación de oxígeno con pulsioximetría a 97%. Realizamos una ECG, observando una fibrilación auricular a 120 lpm, con QRS normal.

### **Pregunta 16.- Según el patrón temporal, clasificaría esta FA como:**

- a).- FA diagnosticada por primera vez
- b).- FA paroxística
- c).- FA persistente
- d).- FA persistente de larga evolución

### **Pregunta 17.-En el momento actual, ¿Qué realizaría en primer lugar?**

- a).- Monitorización, control de ritmo cardiaco, requiriendo Amiodarona 600 mg IV en bolo
- b).- Monitorización, control de la frecuencia cardiaca, con Digoxina 0,5 mg IV en bolo
- c).- Monitorización, control de la frecuencia cardiaca, con Bisoprolol 2,5 mg vía oral
- d).- Monitorización, traslado a hospital de referencia para cardioversión eléctrica

**Pregunta 18.- Valorada la estabilidad del paciente, continuaríamos evaluando el riesgo tromboembólico. ¿Cuál sería la opción más adecuada?**

a).- Elegiríamos la escala de PADUA y la escala IMPROVE Bleeding Score a la hora de elegir si ponemos o no tratamiento anticoagulante

b).- Deberíamos iniciar tratamiento antiagregante, por ejemplo, 250 mg AAS vía oral, de forma urgente

c).- Con un CHAD2DS2-VASc de 2 y un HAS-BLED de 2, estaría indicado comenzar con un anticoagulante de acción directa según las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología 2020.

d).- Dado que hemos diagnosticado de Fibrilación Auricular, deberíamos inicial Acenocumarol por el alto riesgo de Ictus que presenta esta patología.

**Pregunta 19.-A pesar del tratamiento pautado inicialmente, la frecuencia cardiaca se mantiene entre 110-115 lpm- ¿Qué fármaco plantearía como segunda línea para alcanzar el control óptimo?.**

a).- Digoxina

b).- Calcioantagonista+betabloqueante en asociación

c).- Beta bloqueantes

d).- Amiodarona

**Pregunta 20.-Restaurar y mantener el ritmo sinusal es una parte integral del tratamiento de la Fibrilación Auricular. En el caso que nos ocupa. ¿Cuál sería el fármaco más adecuado?**

a).- Flecainida

b).- Propafenona

c).- Sotalol

d).-Ninguno. La estrategia más adecuada actualmente sería la ablación por radiofrecuencia.

## CASO CLINICO NUMERO 5

Un paciente de 65 años llama al Centro de Salud porque se encuentra con malestar general desde hace dos días. Tiene una temperatura termometrada de 37,7 grados y le molesta la garganta. Es fumador de un paquete de tabaco diario, tiene un IMC de 30 y es hipertenso. Le han vacunado hace una semana con la segunda dosis frente al coronavirus.

**Pregunta 21.- De acuerdo con las instrucciones realizadas por la Gerencia de Atención Primaria de Navarra. ¿Cuál debe ser la actuación del profesional administrativo que atiende inicialmente la llamada?**

- a).- Debe citar al paciente en una consulta con el profesional de enfermería que determine el Centro de Salud.
- b).- Debe citar al paciente como consulta urgente con su médico
- c).- Debe citar al paciente con la enfermera de guardia para la realización de un test de estreptococo y una tira diagnóstica de orina
- d).- Debe derivar al paciente al Servicio de Urgencias para un diagnóstico lo más precoz posible.

**Pregunta 22.- Una vez atendido el paciente donde corresponde, le comunican que tiene una prueba de test antigénico de diagnóstico rápido frente al SARS-CoV-2 positiva. La presunción diagnóstica más probable es:**

- a).- El paciente ha dado positivo porque está recién vacunado y es consecuencia de la vacuna. Es una reacción cruzada. Se debe de comunicar como reacción adversa a la vacuna.
- b).- Es un resultado dudoso y corresponde realizar una PCR de confirmación.
- c).- El paciente tiene una infección activa por SARS-CoV-2.
- d).- Debemos repetir el test a las 24 horas para confirmar el resultado.

**Pregunta 23.- Ante la clínica que presenta el paciente, los siguientes síntomas deben de hacernos pensar en una neumonía, EXCEPTO:**

- a).- Persistencia de la fiebre más de 7 días o reaparición tras periodo afebril
- b).- Tos seca persistente
- c).- Empeoramiento de la disnea
- d).- Frecuencia respiratoria >24 rpm (>20 rpm en gestantes)

**Pregunta 24.- Si aplicamos la escala de severidad y riesgo de muerte por neumonía adquirida en la comunidad CURB 65, NO se corresponde con un parámetro a tener en cuenta:**

- a).- Edad mayor de 55 años
- b).- Confusión
- c).- Frecuencia respiratoria igual o superior a 30 respiraciones por minuto
- d).- Presión Arterial Sistólica por debajo de 90 o Diastólica por debajo de 60 mmHg.

**Pregunta 25.- Si usted decide optar por el manejo domiciliario del caso y el paciente presenta parámetros inflamatorios moderados. Según el protocolo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea debiera prescribir:**

- a).- Levofloxacino 500 mg cada 24 horas durante 10 días
- b).- Ertapenem 1 gr cada 12 horas durante 10 días
- c).- Enoxaparina 40 mg al día durante 30 días
- d).- Dexametasona oral 6 mg al día durante 10 días.