

**CONVOCATORIA PARA LA PROVISIÓN,
MEDIANTE CONCURSO-OPOSICION, DE
PUESTOS DE TRABAJO DE MEDICO DE EAP
PARA EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-
OSASUNBIDEA**

CUESTIONARIO

SEGUNDA PRUEBA

CASO 1

Varón de 58 años, asintomático desde el punto de vista cardiológico hasta las 21:45 horas, que presenta mientras realizaba un esfuerzo intenso trabajando (recoger arena), opresión centrotorácica no irradiada, sin cortejo vegetativo ni otra clínica asociada, que cede con el reposo en pocos minutos. Abandona la actividad que estaba realizando y se retira a su domicilio. Pasa la noche asintomático. Al levantarse se encuentra algo mareado y a las 10 horas, mientras desayunaba, comienza con opresión centrotorácica intensa irradiada a espalda, acompañada de náuseas con vómito y sudoración fría profusa. Consulta en Urgencias del Centro de Salud a las 10:56.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Alergias: Sin alergias conocidas.

Diagnosticos previos:

- Hernia de hiato. Gastritis crónica
- Hipercolesterinemia en tratamiento. HTA
- Meniscopatía interna
- Hernia inguinal
- Lumbalgia por espondiloartrosis lumbar. Pinzamiento L5-S1. Osteofitos
- Insuficiencia renal leve (TFG 57).

Intervenciones quirúrgicas:

Hernia inguinal; artroscopia de rodilla bilateral; aplastamiento mano; bursitis codo.

Otros: Exfumador desde Enero 2009. No bebedor.

Antecedentes familiares: Padre cardiopatía isquémica a los 60 años, al igual que un hermano a los 45 años y otro hermano a los 55 años.

Historia cardiológica previa:

Sin antecedentes de interés. Grado funcional habitual: I (trabaja y anda mucho por el monte). FRCV: HLP. HTA. Exfumador. AF+. Resto no conocidos.

Tratamientos previos: Pantecta 40 (1), Lovastatina 20 (1).

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Paciente pálido y sudoroso con afectación por el dolor.

TA 202/116 mmHg, FC 98 ppm (rítmico), satO₂ 91%, glucemia capilar 150mg/dl

El ECG obtenido en el Centro de Salud muestra una elevación del segmento ST en V₃ y V₄.

1- Su sospecha diagnóstica será de un infarto agudo de miocardio de localización:

- a. Septal
- b. Anterior
- c. Lateral
- d. Posterior

2- La actitud terapéutica inicial con este paciente debe incluir:

- a. Oxigenoterapia a altos flujos
- b. Administración oral de ácido acetil salicílico
- c. Administración de solinitrina sublingual
- d. Todas las anteriores

Se decide traslado del paciente al hospital de referencia, con acompañamiento de médico y enfermera para lo que se solicita ambulancia medicalizada al encuentro. Al trasladar el paciente a la ambulancia observamos aumento de la palidez y sudoración, dejando de hablar el paciente aunque responde con monosílabos al preguntarle como se encuentra. Se realiza nueva toma de constantes: TA 90/50 mmHg, FC 120 ppm y SatO₂ 91%. Al conectarlo al monitor encontramos en II una taquicardia de QRS estrecho que no supera las 120 ppm que va resolviéndose de forma espontánea con mejoría del aspecto del paciente.

3- Señale la respuesta CORRECTA:

- a. La solinitrina sublingual puede producir cuadros sincopales por hipotensión
- b. Debemos administrar rápidamente adenosina 12 mg en bolo iv rápido
- c. Pediremos al paciente que realice maniobras de Valsalva
- d. Todas son ciertas

Durante el traslado el paciente refiere aumento del dolor y pierde el conocimiento, apareciendo en el ECG una fibrilación ventricular.

4- Ante esta nueva situación nuestra actitud incluirá todo lo siguiente EXCEPTO:

- a. Valorar en primer lugar la existencia de pulso
- b. Dar dos minutos de RCP (alrededor de 5 ciclos de 30:2) antes de la desfibrilación
- c. Dar una primera descarga de 150-200 julios si disponemos de un desfibrilador bifásico
- d. Preparar 1mgr de adrenalina para su administración en bolus iv si la desfibrilación resulta ineficaz

A su llegada al hospital persisten las alteraciones en el ECG y la clínica. Se realiza **Rx tórax** (Ligera cardiomegalia. Dilatación aorta ascendente. Insuflación torácica.) y **analítica**: HEMATÍES: $4,5 \times 10^{12}/L$. HEMOGLOBINA: 14,6 g/dL. HEMATOCRITO: 41 %. LEUCOCITOS: $8,8 \times 10^9/L$. PLAQUETAS: $169 \times 10^9/L$. Glucosa, g: 108 mg/dL. Urea, g: 30 mg/dL. Creatinino, g: 0,8 mg/dL. Urato, g: 7 mg/dL. Aspecto: Claro, sin capa sobrenadante. Colesterol, g: 182 mg/dL. Triglicérido, g: 208 mg/dL (0 - 200). Colesterol HDL, g: 37 mg/dL (40 - 100). Colesterol LDL calculad, g: 103 mg/dL. Proteína, g: 6,2 g/dL. Albúmina, g: 4 g/dL. CPK 1215, troponina 18.5

5- Señale la respuesta CORRECTA:

- a. El diagnóstico es de SCACEST
- b. Está indicado el tratamiento antitrombótico
- c. Está indicada la coronariografía urgente
- d. Todas son ciertas

CASO N° 2

Paciente de 70 años con antecedentes personales de HTA en tratamiento con Hidroclorotiazida desde hace 10 años con tensiones controladas en los 2 últimos años.

Ex- Fumador desde hace 5 años.

No hábitos tóxicos.

Intervenido de hernia inguinal izquierda y amígdalas hace años.

Refiere que desde hace aproximadamente 3 semanas presenta astenia, disnea al caminar y que tose al acostarse.

En la exploración física se objetiva:

IMC 31, TA 160/90, FC de 111 latidos/ min., soplo sistólico en foco aortico, reflujo hepatoyugular positivo, estertores en bases pulmonares y mínimos edemas bimaleolares.

6. Con los datos clínicos aportados ¿Cual sería nuestra hipótesis diagnóstica?

- a. Agudización de broncopatía crónica.
- b. Asma bronquial.
- c. Insuficiencia cardíaca.
- d. Enfermedad tromboembólica.

7. ¿Qué criterios diagnósticos de la Escala de Framingan presenta esta paciente?

- a. Dos mayores y dos menores.
- b. Dos mayores y tres menores.
- c. Dos mayores y uno menor.
- d. Tres criterios mayores.

8. Se le realiza Rx de tórax en el que se observa edema intersticial y cardiomegalia, en el EKG se aprecia ritmo sinusal y signos de hipertrofia ventricular izquierda, la analítica es normal. ¿Qué tratamiento farmacológico al diagnostico crees que sería el adecuado en este paciente?

- a. Hidroclorotiazida y ARA II.
- b. Espironolactona e IECA.
- c. Furosemida e IECA.
- d. Furosemida+IECA+b-bloqueante.

9. Se inicia el tratamiento pautado y al cabo de 1 mes acude de nuevo a consulta y refiere que no tiene disnea para las actividades de la vida diaria, pero se fatiga al subir escaleras. Tiene TA 138/90, con FC de 82 latidos por minuto, y no se objetivan estertores pulmonares, ni edemas periféricos ¿Cuál sería ahora la actitud terapéutica indicada?

- a. Añadir espironolactona.
- b. Añadir un ARA II.
- c. Continuar con el mismo tratamiento.
- d. Añadir B-bloqueantes al tratamiento inicial.

10. ¿Qué b-bloqueante no estaría indicado en un paciente con Insuficiencia Cardíaca?

- a. Metoprolol.
- b. Carvedilol.
- c. Atenolol.
- d. Bisoprolol.

CASO N° 3

Un varón de 68 años, que acude a la consulta porque presenta desde hace meses clínica miccional con polaquiuria y nicturia.

No tiene alergias medicamentosas conocidas, ni hábitos tóxicos.

Desde hace 6 años está en tratamiento para la HTA con nifedipino y con simvastatina por la dislipemia.

11. Según la situación clínica comentada en este paciente, ¿Cuál sería la hipótesis diagnóstica a valorar?

- a. Insuficiencia cardíaca congestiva.
- b. Efecto secundario a fármacos.
- c. Patología prostática.
- d. Todas las anteriores.

12. ¿Qué exploraciones estarían indicadas inicialmente para realizar un diagnóstico clínico a nuestro paciente?

- a. Anamnesis y exploración física (incluido tacto rectal).
- b. Hematimetría y bioquímica (con PSA).
- c. Sedimento y cultivo de orina.
- d. Todas son correctas.

13. Al realizar el tacto rectal se objetiva una próstata agrandada de tamaño de forma uniforme, de consistencia elástica y superficie lisa. En las pruebas complementarias se ve: glucemia basal 98 mg/dl, hematimetría normal, sedimento y urocultivo normal, PSA 2,5 ng/ml y porcentaje de PSA libre (PSA libre/PSA total) 30%.

¿Cuál sería tu diagnóstico con estos datos clínicos y pruebas complementarios?

- a. Prostatitis crónica.
- b. Cáncer de próstata.
- c. Hipertrofia benigna de próstata.
- d. Prostatitis bacteriana.

14. ¿Cuál sería la actitud terapéutica más adecuada?

- a. Medidas higiénico-dietéticas y fitoterapia.
- b. Terazosina.
- c. Las dos anteriores, A y B son correctas.
- d. Derivación a Urología.

15. ¿Cuándo debemos derivar a este paciente a Urología?

- a. Cuando el PSA sea de 3 ng/ml.
- b. Mal control de los síntomas.
- c. Episodio de retención urinaria que precisó sondaje.
- d. La b y la c son correctas.

CASO 4

Paciente de 46 años de edad. Conocida por nosotros desde hace 5 años. Hoy acude a nuestra consulta porque desde hace 3 meses nota un bulto en el cuello que ha ido aumentando de forma gradual. Lo descubrió casualmente y ha venido observando que lentamente parece haber crecido algo últimamente. Cree recordar que hace 2 años ya le exploramos el cuello por un posible aumento del tiroides. No aqueja dolor ni molestias locales. Tampoco síntomas de ningún tipo.

Antecedentes Personales

- Intervenido fibroadenoma de mama a los 40 años
- Intervenido de mesotelioma pleural benigno a los 42 años
- No fumadora. No bebe
- No alergias conocidas
- No radiaciones externas

Antecedentes Familiares

- Madre fallecida a los 88 años. Alzheimer. Intervenido de bocio nodular a los 55
- Padre fallecido a los 92 años. I.A.M. Diabético insulino dependiente.
- Una hermana menor intervenida de bocio multinodular a los 39 años.

EXPLORACIÓN

Buen estado general. Peso 69 kg. Talla: 163 cm. Normoconstituida

Al explorar a la paciente, observamos un tiroides aumentado de tamaño de forma uniforme. Se palpa un bocio liso, algo irregular y de consistencia firme, elástica e indoloro a la exploración. Al tacto parece distinguirse también un posible nódulo tiroideo, sin que este hallazgo sea muy claro.

Revisamos a fondo la historia clínica y constatamos que hace dos años, efectivamente, le solicitamos una analítica tiroidea por sospecha de bocio. Dicha analítica mostró unas cifras de TSH (tirotropina) de 6 μ U /mL que no consideramos subsidiarias de tratamiento (rango 0.35-5,5 μ U/mL). La T4 libre fue normal. No se le solicitaron anticuerpos antitiroideos. Se le recomendó volver al año dado que en la palpación del cuello no se le apreció alteración alguna. Posteriormente, otra analítica tiroidea practicada hace un año, reveló una TSH de 6.5 μ U/mL, con T4 libre también normal y palpación del cuello anodina. Tampoco en esta ocasión se le solicitaron anticuerpos antitiroideos.

En el momento actual, una vez explorado el cuello de la paciente en consulta, efectuamos también una revisión general reglada, por aparatos, que no muestra alteraciones de interés. No existen adenopatías laterocervicales, supraclaviculares, ni axilares. Únicamente constatamos un aumento de peso en la enferma de 7 kg en los dos últimos años. La tensión arterial y el resto de la exploración es normal.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Ante la evidencia del aumento del tiroides solicitamos inmediatamente una nueva analítica completa (fórmula y recuento, V.S.G, bioquímica con Fe, hormonas tiroideas, anticuerpos antitiroideos, calcio, fósforo, ferritina, iones, perfil lipídico, perfil

hepático, bilirrubina, C.K, glucemia, urea creatinina, etc) siendo todos los parámetros normales a excepción de la TSH que muestra cifras elevadas del orden 20 $\mu\text{U/mL}$, y a excepción también de los autoanticuerpos antitiroideos, que muestran cifras francamente altas sobre todo a expensas de los antitiroperoxidasa.

La T3 y T4, no reflejan alteraciones valorables.

Una Rx de tórax practicada ese mismo día no revela datos de interés. Otras pruebas de radioimagen no muestran hallazgos patológicos de ningún tipo tanto en cavidad retroperitoneal como en mediastino.

Se nos autoriza a realizar una gamagrafía tiroidea que es informada como:

<< tiroides de aspecto moteado >>

Y también estamos autorizados a solicitar una citología mediante PAAF (punción aspiración con aguja fina). El examen citológico de dicha punción-aspiración se nos informa como:

<< numerosas células linfoides con predominio de formas maduras, coloide escaso, detritus celulares y células foliculares con cambios oncocíticos >>.

16. Ante todos estos datos, Ud como médico de cabecera de la paciente le habrá diagnosticado:

- a. Un carcinoma de tiroides
- b. Un hipertiroidismo subclínico
- c. Una tiroiditis de Riedel
- d. Una Tiroiditis de Hashimoto

17. La evolución más frecuente de esta paciente será:

- a. Hacia el hipotiroidismo
- b. Hacia un carcinoma papilar de tiroides
- c. Hacia una crisis tiroidea
- d. Ninguna es cierta

18. La enfermedad que tiene nuestra enferma presenta las siguientes características EXCEPTO:

- a. Gran predominio por el sexo femenino
- b. Sólo aparece a partir de los 45 años
- c. Su diagnóstico ha aumentado en los últimos años
- d. En la anatomía patológica el anatomopatólogo le puede decir a Ud que ha observado “células hinchadas” en el estudio del material de biopsia

19. En casos de compresión local o sospecha de malignidad ¿qué tratamiento debería utilizarse?

- a. Radioterapia en 4 tandas, abarcando todo el cuello
- b. Yodo radiactivo en una sola tanda, seguido de quimioterapia
- c. Tiroidectomía subtotal bilateral
- d. Todas son ciertas

20. En el caso de que la enfermedad a la que nos estamos refiriendo ocurra en niños, el bocio será:

- a. De menor tamaño que en los adultos
- b. Mayor que en los adultos
- c. Igual que en los adultos
- d. Ninguna es cierta

CASO 5:

Mujer de 35 años que acude a nuestra consulta de forma urgente por cuadro de disnea, tos seca persistente, sensación de presión en el pecho y “pitos”. Nos comenta que el cuadro comenzó hace 5 días coincidiendo con un proceso catarral y ha ido empeorando hasta encontrarse hoy mucho peor y ha decidido venir a urgencias.

Entre los antecedentes personales de la paciente destacan:

No alergias medicamentosas.

Fumadora de 4-5 cigarrillos al día.

Dermatitis atópica en la infancia.

La paciente nos comenta que suele tener catarros frecuentes, con sensación de falta de aire, para los que suele usar un “spray” que le dieron hace unos años. Hoy se ha dado 3 veces antes de venir (terbutalina en inhalador de polvo seco).

Exploración física: Tª axilar: 36.2°. TA: 140/87. Frecuencia cardíaca: 110 lpm. Frecuencia respiratoria: 26 respiraciones por minuto. AC: Taquiarritmia. No se oyen soplos. (Difícil de valorar por taquicardia). AP: Sibilantes importantes junto con roncus en ambos campos pulmonares. Utilización de músculos accesorios para respirar.

Medimos con un medidor de pico flujo (PFM) el flujo espiratorio máximo (FEM) y éste es un 68% del valor teórico que le corresponde a la paciente por edad, sexo y peso. Saturación de Oxígeno de 93%.

21-Teniendo en cuenta los datos que tenemos, diremos que estamos ante una crisis de asma:

- a. Leve.
- b. Moderada.
- c. Grave.
- d. Muy grave

22-¿Cuál será nuestra actuación?:

- a. Derivar urgentemente al hospital.
- b. Instruir a la paciente en el manejo del inhalador y derivarla a su domicilio.
- c. Administrar β_2 de corta duración en cámara o nebulizador junto con bromuro de ipratropio y 40 mg de prednisona oral y esperar 15-20 minutos para ver repuesta.
- d. Administrar β_2 de corta duración en cámara o nebulizador junto con 200 mg de teofilina iv (disueltos en 100 ml de suero fisiológico) y 100 mg de hidrocortisona im.

A los tres días acude nuevamente la paciente a nuestra consulta de forma programada, y nos comenta que en los últimos 6 meses ha tenido episodios de tos, fundamentalmente nocturna, con sensación de falta de aire y “pitos” en el pecho (éstos de forma ocasional). Esto le ha ocurrido con una frecuencia aproximada de 1-2 veces por semana. Además ha tenido que dejar de hacer ejercicio físico (iba a gimnasia 3 veces por semana) porque se le agravan los síntomas. Todo esto le ha obligado a utilizar el inhalador de terbutalina de forma casi diaria.

Le realizamos una espirometría y se confirma el diagnóstico de asma: FEV1 del 68% del valor teórico con prueba broncodilatadora positiva (aumenta un 17%).

23-Teniendo en cuenta los datos previos, clasificaremos su asma (según la clasificación de niveles de gravedad) como:

- a. Intermitente leve.
- b. Persistente leve.
- c. Persistente moderada.
- d. Persistente grave.

Se decide iniciar tratamiento. Se le enseña a la paciente el manejo del dispositivo para inhalar que se le prescribe y del PFM.

En un control posterior la paciente nos trae datos de mediciones del FEM. Los datos de un día son:

FEM matutino: 440 l/min.

FEM vespertino: 520 l/min.

FEM teórico: 442 l/min.

24-Con estos datos, respecto a la variabilidad de este día diremos:

- a. La variabilidad es positiva.
- b. La variabilidad es negativa.
- c. Necesitamos más datos para calcular la variabilidad.
- d. Todas las respuestas son falsas.

6 meses después acude la paciente a control y nos comenta que no presenta síntomas diurnos ni nocturnos y que no ha precisado medicación de rescate. Lleva estable desde hace 20 semanas. Está en tratamiento con Formoterol asociado a Budesonida (4.5µgr y 160µgr respectivamente) inhalado cada 12 horas.

25-¿Cuál será nuestra actitud?:

- a. Mantener el mismo tratamiento de forma indefinida.
- b. Retirar los beta-2 de acción larga y dejarle sólo con corticoides inhalados.
- c. Retirar los corticoides y dejarle sólo los beta-2 de acción larga.
- d. Reducir de forma paulatina las dosis y/o fármacos hasta retirarlos si es posible.

CASO 6:

Varón de 64 años que acude a consulta para control de su Diabetes Mellitus. Entre los antecedentes personales se encuentran:

- Diabetes Mellitus de 10 años de evolución.
- Insuficiencia cardíaca en grado funcional 1 desde hace 4 años.
- Exfumador desde hace 5 años.
- HTA.
- Obesidad (IMC 31).

Sigue tratamiento habitual con:

- Metformina 850 (1-0-1).
- Glimepirida 4 mg (0-1,5-0).
- Amlodipino 5 mg (1-0-0).
- Simvastatina 20 mg (0-0-1).

En la analítica aparece: Glucosa 189 mg/dl. HbA1c 8.8%. Cociente albúmina/creatinina: 45 µgr/mg. Colesterol total 204, triglicéridos 187, HDL: 45.

Un la exploración física, encontramos una tensión arterial de 148/94 (media de dos determinaciones separadas 5 minutos).

Repasamos la historia del paciente, y vemos que en la analítica de hace 6 meses tenía una HbA1c de 8.4 y hace 1 año 8.3. Los niveles de lípidos son similares. Las determinaciones de tensión oscilan entre 142-152 de TAS y 91-96 de TAD (tanto las tomadas en el Centro de Salud como las que se toma el paciente en el domicilio).

26-¿Qué actitud tomaremos respecto al tratamiento antihipertensivo del paciente?:

- a. Dejaremos el mismo tratamiento e insistiremos en medidas higiénico-dietéticas.
- b. Aumentaremos Amlodipino a 10 mg al día.
- c. Añadiremos un IECA o un ARA-II.
- d. Añadiremos Carvedilol.

27-El objetivo de control de TA en este paciente será:

- a. <140/90
- b. <135/85
- c. <130/85
- d. <130/80

28-Viendo las cifras de lípidos de este paciente qué actitud tomaremos respecto al tratamiento hipolipemiente:

- a. Dejar el mismo tratamiento e insistiremos en medidas higiénico-dietéticas.
- b. Añadir ácidos grasos $\Omega 3$.
- c. Aumentar a Simvastatina de 40.
- d. Cambiar por Atorvastatina de 20 mg.

29- A la vista del control metabólico del paciente durante el último año, qué haremos respecto al tratamiento hipoglucemiante:

- a. Cambiar Glimepirida por Sitagliptina 100 mg al día.
- b. Añadir Pioglitazona 15 mg al día.
- c. Aumentar Metformina a 3 comprimidos al día y dejar Glimepirida igual.
- d. Suspender Glimepirida y asociar 10 unidades de insulina basal diaria.

A los 8 meses, estando de guardia, (nuestro Centro de Salud está en el medio rural a 54 km del hospital de referencia) nos avisan de forma urgente a las 20 horas para ir a ver al paciente al domicilio, por un cuadro de malestar, sudoración, tiritona... Cuando llegamos al domicilio le hacemos al paciente una glucemia capilar y tiene una cifra de 298 mg/dl. En la tira de orina presenta cuerpos cetónicos ++, leucocitos negativos, nitritos y sangre negativo. En EF: Tª 38.2°, TA 124/78, Frecuencia cardíaca. 92 lpm y una frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto. AC: Normal. AP: murmullo vesicular conservado. Crepitantes en base derecha.

En la actualidad, el paciente está en tratamiento para la diabetes con Metformina 850 mg (1-0-1) e insulina glargina 28 unidades al día.

30-¿Cómo actuaremos con este paciente?:

- a. Derivaremos al hospital para tratamiento y control en el medio hospitalario ya que su proceso intercurrente (sospecha de neumonía), así lo requiere.**
- b. Iniciaremos tratamiento para la fiebre y su probable proceso neumónico, suspenderemos la Metformina y añadiremos suplementos de insulina rápida. Mantendremos una estrecha vigilancia de las cifras de glucemia capilar.**
- c. Iniciaremos tratamiento para la fiebre y su probable proceso neumónico. Mantendremos el mismo tratamiento para la glucemia con estrecha vigilancia de las cifras de glucemia capilar.**
- d. Iniciaremos tratamiento para la fiebre y su probable proceso neumónico, y añadiremos suplementos de insulina rápida al tratamiento que lleva. Mantendremos una estrecha vigilancia de las cifras de glucemia capilar.**