

# **PRUEBA ÚNICA PARA EL ACCESO EXCEPCIONAL AL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA HOJA DE RESPUESTAS

- El cuestionario se responde en la Hoja de Respuestas. Para ello utilice bolígrafo azul o negro y compruebe siempre que la marca que va a señalar corresponde al número de pregunta del cuestionario.
- **Para seleccionar una opción**, marque con una **X** sobre el recuadro correspondiente.

1      A    B    C    D      LA OPCIÓN ELEGIDA ES LA A

- **Para anular una opción**, rellene completamente el recuadro marcado con una X y marque con una X la nueva opción.

1      A    B    C    D      LA OPCIÓN ELEGIDA ES LA C  
(la opción A está anulada)

- **Para recuperar una opción anulada**, redondee con una circunferencia  el recuadro relleno.

1      A    B    C    D      LA OPCIÓN ELEGIDA ES LA A  
(la opción C está anulada)

- **Para anular una opción recuperada**, rellene completamente con un círculo  la opción anulada y marque con una X la nueva opción.

1      A    B    C    D      LA OPCIÓN ELEGIDA ES LA D  
(la opción A y C están anuladas)

### IMPORTANTE:

- Recuerde que si quiere cambiar una opción elegida **antes debe anularla**, de lo contrario pueden quedar dos o más opciones seleccionadas y la respuesta se considerará NULA.
- Es muy importante hacer las marcas de manera clara y sin salirse de los espacios para cada caso, según las indicaciones previas.

**Únicamente se considerarán válidas las respuestas cuyas marcas estén realizadas de acuerdo con estas instrucciones.**

## **PRUEBA ÚNICA PARA EL ACCESO EXCEPCIONAL AL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**LA PRUEBA INCLUYE 10 IMÁGENES ASOCIADAS (se indica en las preguntas)**

### **CASO 1.**

Hombre de 55 años que acude a la consulta de Medicina de Familia por lumbalgia de dos semanas de evolución. La última consulta fue hace 3 años coincidiendo con un cambio de domicilio. El paciente refiere estar en activo en una empresa. En la historia clínica no constan antecedentes de interés ni registro sobre hábitos tóxicos. Anamnesis: lumbalgia de características mecánicas. Respecto a sus hábitos refiere que fuma entre 5 y 10 cigarrillos por semana. Exploración física: sin hallazgos de interés.

- 1. EN REFERENCIA AL CASO 1: Para el abordaje integral, indique cuál de las siguientes opciones le parece la más adecuada.**
  - a. Centrarse exclusivamente en el motivo por el que ha consultado y solicitar estudio radiológico e interconsulta al servicio de traumatología de referencia.
  - b. Abordar el motivo de consulta y registrar en la historia los hábitos tóxicos.
  - c. No dar importancia al consumo de tabaco al tratarse solo de algún cigarrillo esporádico.
  - d. Realizar interconsulta a la unidad de tabaquismo para iniciar tratamiento farmacológico de deshabituación.
  
- 2. EN REFERENCIA AL CASO 1: El paciente refiere que lleva una temporada pensando en dejar de fumar y quiere saber de qué modo le pueden ayudar, ¿qué tipo de ayuda se le puede ofrecer de modo más integral?**
  - a. Citarle de nuevo en consulta para que nos confirme que quiere dejar de fumar a lo largo del siguiente mes.
  - b. Dar consejos para dejar de fumar (fijar fecha de abandono, anticipar dificultades, valorar medicación y ofrecer otros recursos de apoyo).
  - c. La primera opción es pautar medicación sustitutiva de la nicotina.
  - d. La primera opción es pautar medicación como bupropión o vareniclina

- 3. Un fumador ha fijado una fecha para dejar de fumar, ha reflexionado sobre los motivos para dejar el hábito tabáquico, ha comunicado a sus familiares y amigos esta decisión, conoce una página web donde buscar información y, de acuerdo con su dependencia, se le ha pautado una medicación. Indique cuál de las siguientes actuaciones sería más adecuada realizar a continuación:**
- Seguimiento a demanda del paciente.
  - Interconsulta a Atención Hospitalaria si dispone de una Unidad de Tabaquismo.
  - Seguimiento desde Atención Primaria, pudiendo ser presencial o telefónica.
  - No es necesario seguimiento hasta que finalice el tratamiento farmacológico.
- 4. Respecto a las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) para el abordaje del hábito tabáquico, indique la opción INCORRECTA:**
- Se recomienda preguntar a todos los adultos sobre el consumo de tabaco cuando acudan a consulta.
  - La periodicidad mínima de la detección del consumo de tabaco debe ser una vez cada dos años, excepto en los mayores de 25 años en los que haya constancia de que nunca han fumado.
  - Proporcionar intervenciones conductuales, acompañadas o no de fármacos, para ayudar a dejar de fumar a cualquier persona que tenga intención de abandonarlo.
  - En el embarazo hay suficiente evidencia para recomendar tratamiento con los fármacos que se utilizan en la deshabituación tabáquica.
- 5. ¿Cómo se denomina al conjunto de actuaciones dirigidas a evitar la aparición de una enfermedad determinada o disminuir la probabilidad de padecerla, con el objetivo de disminuir su incidencia?**
- Actividades de prevención primaria.
  - Actividades de prevención secundaria.
  - Actividades de prevención terciaria.
  - Actividades de prevención cuaternaria.

**CASO 2:**

Hombre de 59 años sin antecedentes familiares de interés y antecedentes personales de: exfumador desde hace 8 años, asma, reflujo gastroesofágico, episodios de lumbociática de repetición en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos de forma episódica y psoriasis. Acude a la consulta de Medicina de Familia por palpitaciones, sin otra sintomatología (no disnea, ni dolor torácico). Exploración física: Presión arterial:129/84 mmHg, índice de masa corporal (IMC): 29kg/m<sup>2</sup>, perímetro de cintura: 110 cm. Auscultación pulmonar: normal. Auscultación cardiaca: arritmia sin soplos. Pulsos pedios presentes en ambas extremidades.

**ELECTROCARDIOGRAMA: (IMAGEN 1)**

**Analítica:** Glucemia: 97mg/dL, filtrado glomerular: >90 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, cociente albúmina/creatinina:10 mg/g, colesterol total:189 mg/dL, colesterol-HDL: 51 mg/dL, colesterol-LDL:122 mg/dL, colesterol-no HDL: 138 mg/dL, triglicéridos 172mg/dL, transaminasas: normales, TSH: 3,36 mUI/L.

**6. EN REFERENCIA AL CASO 2: En el electrocardiograma ¿qué tipo de arritmia presenta este paciente?**

- a. Taquicardia ventricular.
- b. Flutter auricular.
- c. Taquicardia supraventricular paroxística.
- d. Fibrilación auricular.

**7. EN REFERENCIA AL CASO 2: Respecto a las características del modelo o algoritmo de estimación del riesgo cardiovascular SCORE2, indique cuál de las siguientes opciones es INCORRECTA:**

- a. Utiliza el colesterol total.
- b. Estima el riesgo de enfermedad cardiovascular mortal y no mortal.
- c. Establece 3 categorías de riesgo: bajo-moderado, alto y muy alto.
- d. Los valores de corte de cada categoría de riesgo difieren según la edad.

**8. EN REFERENCIA AL CASO 2: Respecto al estudio diagnóstico de la enfermedad vascular subclínica, indique la afirmación correcta:**

- a. Valores del índice tobillo-brazo mayores o iguales de 1,4 suelen indicar la presencia de calcificación arterial.
- b. Se recomienda que para la reestratificación del riesgo cardiovascular se cuantifique el grosor de la íntima-media (GIM) carotídea medido por ecografía.
- c. La principal indicación de la cuantificación del calcio coronario sería para un individuo mayor de 40 años, sintomático y de bajo riesgo.
- d. Está indicado el estudio de la rigidez de la aorta por medición de la velocidad de la onda de pulso (VOP) carótido-femoral como procedimiento de rutina, ya que es un marcador de riesgo independiente.

**9. EN REFERENCIA AL CASO 2: Cuál de las siguientes enfermedades o problemas está considerada como un factor modulador del riesgo cardiovascular debido a su asociación con el aumento del estrés inflamatorio-metabólico:**

- a. Sobrepeso.
- b. Aumento de triglicéridos.
- c. Psoriasis.
- d. Ser exfumador.

**10. EN REFERENCIA AL CASO 2: Indique cuál es el riesgo cardiovascular (RCV) del paciente según sus factores de riesgo actuales. Se adjuntan Tablas SCORE2 y SCORE2-OP para países de bajo riesgo cardiovascular: (IMAGEN 2)**

- a. No se puede calcular.
- b. Riesgo bajo a moderado.
- c. Riesgo alto.
- d. Riesgo muy alto.

**11. EN REFERENCIA AL CASO 2: Según la escala CHA2DS2-VASc, (IMAGEN 3) ¿qué riesgo trombótico tiene este paciente?**

- a. No se puede calcular.
- b. Tiene una puntuación igual a 0, por lo que el riesgo es bajo.
- c. Tiene una puntuación igual a 1, por lo que el riesgo es moderado.
- d. Tiene una puntuación mayor o igual 2, por lo que el riesgo es alto.

### **CASO 3:**

Mujer de 63 años con seguimiento en Atención Primaria de forma habitual. Casada y con dos hijas de 19 y 25 años que conviven en el mismo domicilio.

Antecedentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, gonartrosis bilateral, síndrome ansioso-depresivo, índice de masa corporal (IMC): 28,5 kg/m<sup>2</sup>; perímetro abdominal: 103 cm. No fumadora, consumo de alcohol ocasional de 2 Unidades de Bebida Estándar (UBE).

Tratamiento farmacológico: Ramipril 5mg/24h (en ayunas por la mañana), Metformina 850 mg/12 h; Simvastatina 20mg/24h (antes de dormir); Sertralina 100mg/24h (desayuno); Paracetamol y antiinflamatorio no esteroideo (a demanda)

Motivo de consulta: La paciente refiere que en las últimas semanas tiene sensación de “fatiga” y “no puede caminar al mismo ritmo que sus amigas con las que suele pasear”. Anamnesis: tos seca de predominio nocturno y edemas en los miembros inferiores vespertinos, sin ortopnea ni disnea paroxística nocturna.

Exploración Física: Presión arterial: 142/88 mmHg; Frecuencia cardíaca: 82 lpm. Saturación de O<sub>2</sub>: 95%; Glucemia capilar: 138 mg/dL (1 hora postprandial); Frecuencia respiratoria: 22 rpm. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos. Auscultación respiratoria: crepitantes dispersos en la base pulmonar izquierda. Extremidades inferiores: pulsos periféricos bilaterales y simétricos, edemas bilaterales con fóvea hasta maléolos e insuficiencia venosa crónica en extremidad derecha. Abdomen: globuloso, con leve distensión, timpanismo, y peristaltismo conservado. No se palpan masas ni visceromegalias. No ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular negativo.

#### Pruebas Complementarias solicitadas:

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 lpm, eje desviado a la izquierda, con aumento de voltaje en ondas R en precordiales izquierdas, QRS estrecho, ondas T negativas en V5 y V6.

Radiografía de tórax: leve hipertrofia ventricular izquierda. No evidencia de infiltrados pulmonares. Ausencia de derrame pleural.

Ecocardiograma: diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo (VI) ligeramente aumentado (55-60 mm). Fracción de eyección: 48% con función sistólica global levemente disminuida. Válvula mitral y aórtica sin estenosis. Cavidades derechas con tamaño y función dentro de los límites de la normalidad.

Análítica sanguínea: Hemograma normal. Glucosa 105 mg/dL, creatinina 1,1 mg/dL, filtrado glomerular: 65 mL/min /1,73 m<sup>2</sup> sin albuminuria, sodio:138 mEq/L, potasio:4,3 mEq/L; colesterol total: 210 mg/dL; colesterol-LDL 130 mg/dL; colesterol-HDL 45 mg/dL; triglicéridos: 150 mg/dL; péptido natriurético NT ProBNP: 475 pg/mL; CA 125: 35 U/mL.

**12. EN REFERENCIA AL CASO 3: ¿Cuáles son los síntomas y signos específicos que más orientarían a una Insuficiencia Cardíaca (IC) como diagnóstico inicial de sospecha?**

- a. Disnea, ortopnea y reflujo hepatojugular.
- b. Disnea, disminución de la tolerancia al ejercicio, y edemas maleolares.
- c. Disnea paroxística nocturna, ortopnea e ingurgitación yugular.
- d. Disnea, tos nocturna y edemas maleolares.

**13. EN REFERENCIA AL CASO 3: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA respecto a la “fatiga” de la paciente?**

- a. Habría que indagar a qué se refiere con “fatiga” porque puede utilizarse como sinónimo de disnea, de náusea o de cansancio.
- b. Podría estar relacionada con insuficiencia cardíaca, con trastorno de ansiedad o “neurosis cardíaca”, por lo que sería útil valorar su salud emocional en la entrevista.
- c. Se recomienda observar cómo respira y atender a lo que relata con preguntas cerradas que nos orientarán de manera más inequívoca al diagnóstico.
- d. Es de gran valor en la anamnesis preguntar a la paciente sobre qué opina de sus síntomas, o qué le preocupa que pueda tener.

**14. EN REFERENCIA AL CASO 3: En el caso de esta paciente con sospecha de insuficiencia cardíaca, indicar la afirmación correcta respecto a la utilidad de solicitar los biomarcadores NT proBNP y CA 125:**

- a. Son marcadores específicos de insuficiencia cardíaca y sirven tanto para valorar la gravedad de ésta como para orientar al tratamiento.
- b. El NT proBNP ayudaría a confirmar el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, aunque su valor predictivo negativo es bajo. El CA 125 no tiene valor en este contexto.
- c. Ninguno de los dos es de utilidad en Atención Primaria para la sospecha de insuficiencia cardíaca, ya que para el diagnóstico de sospecha es suficiente con la clínica. Además, solo pueden solicitarse en el ámbito hospitalario.
- d. El NT pro-BNP menor de 100 confirma la sospecha de insuficiencia cardíaca, y el CA 125 es un marcador de daño tisular con un valor predictivo negativo menor que el del NT proBNP.

**15. EN REFERENCIA AL CASO 3: Ante la sospecha de insuficiencia cardíaca, indique cuál de las siguientes opciones sería el enfoque terapéutico más apropiado:**

- a. Añadir un betabloqueante y un diurético para obtener el tratamiento óptimo en el manejo la insuficiencia cardiaca en Atención Primaria.
- b. Teniendo en cuenta su SCORE2, se debe modificar el objetivo de colesterol- LDL, e intensificar el tratamiento con una estatina de mayor potencia, y realizar interconsulta al cardiólogo de referencia para completar estudio antes de iniciar cualquier otra intervención.
- c. Informar a la paciente del diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Suspender el IECA, iniciar sacubitrilo/valsartán, añadir empagliflozina y un betabloqueante. Usar un diurético según el grado de congestión y realizar seguimiento y analítica en 2-3 semanas para control clínico y ajuste terapéutico.
- d. La paciente se encuentra en estadio de la NYHA II. Pautar tratamiento introduciendo por este orden cada 2 semanas: primero betabloqueante, segundo diurético y tercero eplerenona. No iniciar sacubitrilo/valsartán hasta la interconsulta con cardiología.

**16. En pacientes con patología cardiovascular, ¿cuál es la principal causa de mal control de la enfermedad?**

- a. La falta de adherencia al tratamiento.
- b. Un diagnóstico incorrecto de la enfermedad.
- c. Los efectos secundarios de los medicamentos.
- d. Un error en la prescripción de medicamentos.

**17. ¿Cuál de las siguientes acciones es fundamental en el manejo del enfoque familiar y comunitario para mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca?**

- a. Ante síntomas leves el paciente intensificará el tratamiento con un diurético e ingerirá abundantes líquidos.
- b. Limitar la participación de la familia en el cuidado y seguimiento del paciente.
- c. Informar y educar al paciente con insuficiencia cardiaca y a sus familiares respecto al reconocimiento precoz de síntomas o signos de descompensación.
- d. Reducir las visitas de seguimiento al cardiólogo para disminuir la carga asistencial.

**CASO CLÍNICO 4:**

Hombre de 64 años que acude a la consulta de Medicina de Familia solicitando atención urgente: refiere que mientras lavaba el coche se sintió muy mareado, sin cortejo vegetativo ni otra sintomatología. Antecedentes: diabetes mellitus tipo 2 mal controlada. Dislipemia mixta. Fumador de 10 cigarrillos/día, índice de masa corporal (IMC): 32 kg/m<sup>2</sup> y cociente albúmina creatinina (dos últimas determinaciones en el último año: 102 mg/g y 98 mg/g). Tratamiento: Metformina 850 mg (1-0-1) y Pravastatina/Fenofibrato 40mg/160mg (0-0-1). Exploración: normal excepto presión arterial: 160/95 mmHg.

**18. EN REFERENCIA AL CASO 4: ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo cardiovascular es considerado la principal causa de morbimortalidad evitable?**

- a. La obesidad.
- b. La diabetes.
- c. El tabaquismo.
- d. La dislipemia.

**19. EN REFERENCIA AL CASO 4: Se solicita nueva analítica tres meses después: Creatinina plasmática: 1,3 mg/dL, cociente albúmina creatinina: 103 mg/g y filtrado glomerular (FG): 57,66 mL/min/1,73m<sup>2</sup>. De las siguientes afirmaciones, indique la que considere correcta:**

- a. Se trata de una enfermedad renal crónica estadio G3a, cuyo seguimiento se hará en la consulta de Atención Primaria con el objetivo de control estricto de los factores de riesgo cardiovascular y controles analíticos periódicos.
- b. Se trata de una enfermedad renal crónica estadio G3b y debe ser remitido a la consulta de nefrología para control de la albuminuria.
- c. Dada la edad del paciente, el valor del FG es adecuado. Se solicitará una analítica a los 6 meses para nueva valoración de la creatinina.
- d. Se trata de un paciente en estadio G2 al que se darán consejos higiénico-dietéticos.

**20. EN REFERENCIA AL CASO 4: Se confirma el diagnóstico de hipertensión con presión arterial sistólica: entre 160-179 mmHg y presión arterial diastólica: entre 100-109 mmHg. Señale de las siguientes qué actitud es la más adecuada:**

- a. Solicitar MAPA a los 3 meses y si se confirma el resultado iniciar tratamiento farmacológico e intervención en los estilos de vida.
- b. Intervención en los estilos de vida y revisión a los 6 meses.
- c. Iniciar de forma inmediata tratamiento farmacológico junto con intervenciones en el estilo de vida.
- d. Iniciar tratamiento farmacológico con tres fármacos ya que se trata de una hipertensión arterial de grado 3.

**21. EN REFERENCIA AL CASO 4: Teniendo en cuenta que se ha confirmado el diagnóstico de hipertensión y dados los condicionantes clínicos, además de intervenir sobre los estilos de vida, indique cuál de las siguientes intervenciones terapéuticas es la más adecuada:**

- a. Intensificar el tratamiento de la diabetes con un agonista del receptor del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1) manteniendo el resto de la medicación.
- b. Iniciar tratamiento con un IECA o un ARAII sin modificar el resto del tratamiento.
- c. Retirar el fibrato.
- d. Iniciar tratamiento con un IECA o un ARAII, añadir un inhibidor del co-transportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2) y retirar el fibrato.

**22. En relación con la hipertensión arterial y la enfermedad renal crónica, indique cuál de las siguientes aseveraciones es cierta:**

- a. La elevación de la concentración sérica de creatinina por sí sola es suficiente como criterio diagnóstico de la enfermedad renal crónica.
- b. Los cambios en el estilo de vida no repercuten en la progresión de la enfermedad.
- c. El estadiaje y pronóstico de la enfermedad renal crónica se establece en función de la tasa de filtrado glomerular (G1-G5) y del cociente albúmina-creatinina (A1-A3).
- d. Los objetivos de presión arterial son alcanzar unas cifras inferiores a 120/80 mmHg independientemente del grado de proteinuria.

**23. ¿Cuál de los siguientes fármacos se debería evitar en un paciente mayor de 65 años con diabetes mellitus tipo 2?:**

- a. Sitagliptina.
- b. Empagliflozina.
- c. Glibenclamida (Gliburida).
- d. Semaglutida.

**24. ¿Cuál de los siguientes grupos terapéuticos tendría indicación preferente en un paciente con diabetes mellitus tipo 2 y obesidad en prevención secundaria cardiovascular (con evento cardiovascular previo)?**

- a. Inhibidores de la Enzima Dipeptidil Peptidasa 4 (iDPP4).
- b. Glitazonas.
- c. Sulfonilureas.
- d. Agonistas del receptor del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1).

- 25. ¿Cuál de los siguientes fármacos en su uso a largo plazo NO se asocia con una disminución de la probabilidad de complicaciones cardiovasculares en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?**
- Insulina.
  - Metformina.
  - Inhibidores del co-transportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2).
  - Agonistas del receptor del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1).
- 26. En un paciente adulto, con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina, ¿cuál es el objetivo recomendado de glucosa plasmática capilar en fase post-prandial por debajo del cual se considera buen control para la mayoría de los pacientes?**
- Menor de 126 mg/dL.
  - Menor de 140 mg/dL.
  - Menor de 180 mg/dL.
  - Menor de 220 mg/dL.
- 27. Mujer de 66 años con antecedentes de: diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace tres meses, índice de masa corporal de 31 Kg/m<sup>2</sup> y resto sin interés. En la consulta de Medicina de Familia se ha pautado un programa de medidas no farmacológicas (alimentación saludable, ejercicio) pero sigue presentando mal control glucémico, por lo que se indica tratamiento farmacológico. ¿Cuál de los siguientes fármacos se asocia a aumento de peso y se debería EVITAR en esta paciente?**
- Metformina (Biguanida).
  - Pioglitazona (Tiazolidindiona).
  - Canagliflozina (Inhibidor del co-transportador de sodio-glucosa tipo 2 - SGLT2).
  - Liraglutida (Agonista del receptor del péptido-1 similar al glucagón- GLP-1).
- 28. Hombre de 63 años con dislipemia y diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento farmacológico con un antidiabético y una estatina, acude a la consulta de Medicina de Familia para ver los resultados de analítica de seguimiento en la que presenta un colesterol-LDL de 120 mg/dL, resto normal. La duplicación de la dosis de estatina causaría una disminución adicional de casi un 6% en la concentración del colesterol-LDL plasmático. ¿Cuál sería la reducción de colesterol-LDL esperada al asociar a la estatina un fármaco inhibidor de la absorción de colesterol (ezetimiba 10 mg)? Señale la respuesta correcta.**
- Menor del 5%.
  - Del 5-9%.
  - Del 10-14%.
  - Mayor del 15%.

**29. De los siguientes tratamientos antidiabéticos indique cuál de los siguientes justificaría solicitar una analítica que incluya los niveles de vitamina B12 para el seguimiento:**

- a. Gliclazida.
- b. Metformina.
- c. Repaglinida.
- d. Pioglitazona.

**30. Acude a la consulta de Medicina de Familia un hombre de 52 años fumador y que presenta diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso. ¿Cómo se llama la estrategia que aconseja la US Preventive Services Task Force (USPSTF) sobre las intervenciones conductuales y de consejo, para abordar específicamente una modificación de los estilos de vida?**

- a. La estrategia de Byrne y Long.
- b. La principal estrategia es garantizar una información clara a los usuarios.
- c. La estrategia de las 5 “Aes”.
- d. La estrategia de Kaiser Permanente.

**CASO 5:**

Hombre de 35 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a consulta de Medicina de Familia por presentar un episodio de náuseas sin vómitos, acompañado de deposiciones diarreicas, astenia y dolor abdominal de 24 horas de evolución. Exploración: dolor abdominal a la palpación en hipocondrio y flanco derecho, con signos de Murphy, Blumberg y Rovsing negativos.

**31. EN REFERENCIA AL CASO 5: ¿Cuál sería la actitud inicial más adecuada en este paciente?**

- a. Remitir a urgencias hospitalarias para realizar pruebas complementarias de forma urgente.
- b. Indicar observación y tratamiento domiciliario, explicando los signos de alarma y realizar seguimiento.
- c. Remitir para cirugía urgente dada la alta sospecha de colecistitis aguda.
- d. Iniciar tratamiento antibiótico con ciprofloxacino vía oral cada 12 horas durante una semana.

**32. EN REFERENCIA AL CASO 5: A los 9 días, el paciente regresa a consulta por astenia, vómitos, fiebre e ictericia conjuntival. Antecedente epidemiológico de consumo de setas silvestres recogidas por el propio paciente hace dos semanas. Niega contactos sexuales de riesgo, consumo de drogas o ingesta de agua no potable. ¿Cuál sería la actuación más adecuada?**

- a. Realizar Tomografía Computarizada (TC) urgente dada la alta sospecha de patología de la vía biliar.
- b. Remitir al servicio de urgencias hospitalarias para valoración urgente por el servicio de cirugía.
- c. Solicitar hemograma, bioquímica, coagulación y serología de virus hepatotropos, y seguimiento del paciente para ver evolución clínica y resultados de las pruebas.
- d. Solicitar ingreso hospitalario.

**33. EN REFERENCIA AL CASO 5: Tres días después refiere persistencia de la sintomatología y ha aparecido coluria. Exploración: ictericia conjuntival y dolor en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Analítica: Hemograma: leucocitos 3.300/mL (segmentados 70,1%), plaquetas 170.000/microL. Coagulación: tiempo de protrombina 53%. Bioquímica: AST 1221 U/L, ALT 2054 U/L, Bilirrubina 6,2 U/L, Fosfatasa Alcalina 350 U/L. Serología: HBsAg Negativo, anti-HBs positivo, anti-Hbc IgM negativo, anti-Hbc IgG negativo, anti-VHA IgM positivo, anti-VHC negativo. IgG e IgM para citomegalovirus negativo. IgG e IgM para Epstein Barr negativo. Resto de datos analíticos sin interés. Ante la clínica y los resultados analíticos, indique la respuesta correcta:**

- a. El paciente presenta infección aguda de Hepatitis A e inmunidad frente a virus de la Hepatitis B.
- b. El paciente presenta coinfección aguda de Hepatitis A y B.
- c. Los resultados de la serología no son concluyentes para realizar un diagnóstico.
- d. El paciente presenta signos de colestasis debido a infección por Citomegalovirus y Hepatitis A.

**34. Con respecto a las HEPATITIS, señale la respuesta INCORRECTA:**

- a. La toma de decisión de los pacientes para decidir ingreso o seguimiento en consulta, se debe realizar de manera conjunta, valorando individualmente a cada paciente.
- b. En los episodios de hepatitis aguda, son valores relacionados con una mayor gravedad de la enfermedad: Edad mayor de 40 años; bilirrubina total mayor de 10mg/dL; e INR (índice internacional normalizado) mayor de 1,5.
- c. Es necesario en todos los casos la valoración en urgencias hospitalarias de los pacientes diagnosticados de Hepatitis A, para valorar datos epidemiológicos y su registro hospitalario.
- d. Realizar una anamnesis detallada que incluya al menos viajes a países endémicos, consumo de drogas por vía parenteral, consumo cocaína nasal, prácticas sexuales de riesgo, fármacos introducidos, productos de herboristerías o parafarmacias y transfusiones.

**35. Respecto a las Actividades de prevención y promoción que se realizan en Atención Primaria según el Ministerio de Sanidad, señale de las siguientes afirmaciones la INCORRECTA:**

- a. Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario de vacunación vigente aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y las administraciones sanitarias competentes, así como aquellas que puedan indicarse, en población general o en grupos de riesgo, por situaciones que epidemiológicamente lo aconsejen.
- b. Indicación y administración, en su caso, de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran.
- c. Actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase presintomática mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria).
- d. Las actividades de prevención y promoción de la salud se prestan únicamente en el ámbito domiciliario o comunitario, dentro de los programas establecidos por cada servicio de salud, en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico.

**36. Hombre de 50 años, fumador (20 Paquetes/año), hábito enólico, y mal estado de las piezas dentarias. Acude solicitando atención urgente a la consulta de Medicina de Familia por fiebre de un mes de evolución con tos, expectoración purulenta y sudoración nocturna. Radiografía de tórax (IMAGEN 4): condensación pulmonar con un área de cavitación de pared gruesa y nivel hidroaéreo localizada en el segmento apical del lóbulo inferior izquierdo. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:**

- a. Tuberculosis pulmonar.
- b. Carcinoma de pulmón.
- c. Absceso de pulmón.
- d. Neumonía adquirida en de la comunidad.

**37. ¿Cuál de los siguientes es el hallazgo radiológico más característico que podemos encontrar en un paciente con neumonía por COVID-19? (IMAGEN 5)**

- a. Consolidación: consiste en un aumento de la atenuación pulmonar que borra los vasos y las paredes de la vía aérea.
- b. Opacidades en vidrio deslustrado: consiste en un tenue aumento de la densidad pulmonar, que permite ver a su través sin llegar a borrar las estructuras vasculares subyacentes.
- c. Patrón en empedrado: patrón lineal por engrosamiento de septos interlobulillares. Se debe a edema alveolar e inflamación intersticial aguda.
- d. Reticulación periférica por engrosamiento de los septos inter e intralobulillares.

**38. En relación con el diagnóstico del síndrome de agudización de la EPOC (SAE), indique qué afirmación de las siguientes es INCORRECTA:**

- a. La sospecha clínica se establecerá ante un empeoramiento agudo, mantenido y significativo de síntomas respiratorios respecto a la situación basal en un paciente con diagnóstico previo de EPOC.
- b. Los síntomas cardinales del SAE son el incremento significativo de la tos y la expectoración.
- c. Para documentar que existe empeoramiento de la disnea se deberá conocer y describir cuál es la situación basal del paciente.
- d. GesEPOC recomienda el uso de la escala modificada de la *Medical Research Council* (mMRC) para valorar el grado de disnea.

**39. De los siguientes, ¿qué agente etiológico es MENOS probable que cause una exacerbación aguda en pacientes con EPOC?:**

- a. Virus de la influenza.
- b. Rhinovirus.
- c. *Mycobacterium tuberculosis*.
- d. Coronavirus.

**40. Mujer de 48 años que consulta por cansancio, sequedad de piel y aumento de peso desde hace dos meses. Analítica: volumen corpuscular medio (VCM) de 100,8 fL (normal: 80,0 – 99,0 fL), tirotropina (TSH) de 7,39 mUI/L (normal: 0,30-5,00 mUI/L), tiroxina libre (T4L) de 0,77 ng/dL (normal: 0,89-1,70 ng/dL) y anticuerpos antiperoxidasa (anti-TPO) de 99,40 UI/mL (normal: 0-34 UI/mL). En relación con las pruebas de laboratorio utilizadas en el estudio de la función tiroidea, señale la afirmación correcta:**

- a. La tiroglobulina se usa en el seguimiento del hipotiroidismo.
- b. Los anticuerpos antitiroperoxidasa (anti-TPO) son útiles para determinar origen inmunitario.
- c. La hormona estimulante del tiroides (TSH) es poco útil para el diagnóstico inicial.
- d. Se usa el valor de tiroxina total (T4 total) para valorar la función del tiroides.

**41. Mujer de 36 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acude a la consulta de Medicina de Familia porque se nota “raro” el cuello, no refiere dolor ni otra sintomatología. En la exploración se palpa bocio difuso sin nódulos, resto sin interés. Indique cuál de las siguientes sería la prueba diagnóstica que realizaría inicialmente para el estudio de este caso:**

- a. Ecografía tiroidea.
- b. Resonancia nuclear magnética tiroidea.
- c. PAAF (punción aspiración con aguja fina).
- d. Gammagrafía tiroidea.

**42. Mujer de 37 años, diagnosticada en Atención Primaria de un bocio difuso no doloroso, que se acompaña de episodios de taquicardia autolimitados y temblor generalizado. Analítica: TSH: 0,15 mUI/L (TSH normal: 0,30-5 mUI/L), T4L:2,5 ng/dL (T4L normal 0,89-1,70 ng/dL) y anti-TPO positivos. Con estos datos, señale de los siguientes el diagnóstico más probable:**

- a. Bocio tóxico multinodular.
- b. Adenoma tóxico.
- c. Enfermedad de Graves.
- d. Tiroiditis subaguda De Quervain.

**43. Señale cuál de los siguientes síntomas NO se relaciona con la sobredosificación de levotiroxina en el tratamiento del hipotiroidismo:**

- a. Diarrea.
- b. Temblor.
- c. Intolerancia al frío.
- d. Taquicardia.

**44. Indique cuál de los siguientes es un criterio ecográfico de sospecha de un nódulo tiroideo maligno:**

- a. Halo uniforme.
- b. Predominio quístico.
- c. Hiperecogénico.
- d. Microcalcificaciones.

**45. En una mujer de 54 años sin otros antecedentes de interés a la que se diagnostica una tiroiditis subaguda granulomatosa de De Quervain, ¿cuál es el tratamiento inicial entre los siguientes?:**

- a. Corticoides.
- b. Ácido acetilsalicílico.
- c. Propranolol.
- d. Cirugía.

**46. Hombre de 66 años que ha realizado el Camino de Santiago con un grupo de amigos. Acude a la consulta de Medicina de Familia, refiriendo que desde hace dos semanas presenta lesiones pruriginosas y descamativas de aparición lenta y con picor más intenso por las noches. Exploración: se observa en la piel de todo el organismo, excepto en cara y cuero cabelludo, pápulas eritematosas milimétricas, alguna de ellas escoriada (IMAGEN 6). Las lesiones se localizan sobre todo en abdomen y región interdigital de manos y pies. En relación con la probable patología que presenta el paciente, señale cuál de las siguientes afirmaciones sería correcta:**

- a. El agente causal más probable es una bacteria.
- b. Se debe lavar la ropa y fómites utilizados por el paciente en agua fría.
- c. Las medidas higiénicas y farmacológicas indicadas para tratar estas lesiones solo deben aplicarse en el paciente que consulta.
- d. Si consideramos improbable que vaya a haber una correcta aplicación del tratamiento tópico, el tratamiento oral sería el tratamiento de elección.

**CASO 7:**

Hombre de 20 años que consulta por lesiones en la cara compatibles con comedones asociados a alguna lesión papulopustulosa aislada. Ha mantenido tratamiento tópico con peróxido de benzoilo y clindamicina tópicos durante 3 meses sin mejoría.

**47. EN REFERENCIA AL CASO 7: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el uso de antibioterapia oral en el acné es correcta?:**

- a. Hay que evitar el uso de antibióticos orales en monoterapia.
- b. Es necesario mantener la antibioterapia oral más de 6 meses para disminuir la tasa de resistencias.
- c. No se puede asociar el tratamiento antibiótico con el uso de peróxido de benzoilo.
- d. Si fuese necesario reiniciar el tratamiento antibiótico tras una recidiva hay que optar por un antibiótico diferente.

**48. EN REFERENCIA AL CASO 7: Tres meses después el paciente acude a consulta para seguimiento. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?**

- a. Debe valorarse la efectividad del tratamiento.
- b. Si hay resolución de las lesiones, se recomienda suspender tanto la antibioterapia oral como el tratamiento tópico.
- c. En pacientes con antibioterapia oral, si el acné ha mejorado, pero no se ha resuelto, se puede mantener junto al tratamiento tópico otras 12 semanas.
- d. Debe valorarse la aparición de efectos secundarios.

**49. En relación con el uso de corticoides tópicos, señale la opción correcta:**

- a. Se debe elegir el corticoide de mayor potencia para conseguir resultados terapéuticos inmediatos, disminuyendo así la duración del tratamiento.
- b. Los corticoides de potencia alta están especialmente indicados en mucosas, cara y pliegues, ya que en estas zonas la absorción es mínima.
- c. El uso crónico de corticoides de potencia alta puede producir efectos secundarios locales (atrofia cutánea, estrías, telangiectasias, mala cicatrización, hipertrichosis, y enmascaramiento de infecciones).
- d. La duración máxima deseable para un tratamiento con corticoides tópicos es de 90 días para los de potencia alta o muy alta, y de 120 días para los de potencia baja o intermedia.

**50. Acude a la consulta de Medicina de Familia, un hombre de 80 años, de piel y ojos claros, que ha trabajado en el campo toda su vida, refiriendo tos con expectoración sin fiebre desde hace una semana. Exploración: se observa en la región mandibular izquierda una lesión ulcerosa con bordes sobreelevados y costra hemática. El paciente, que no le ha dado importancia, refiere que lleva tiempo con ella, que a veces se cae la costra, sangra un poco, y luego le vuelve a salir. En cuanto a la actuación a seguir respecto a la lesión dermatológica, indique la opción correcta:**

- a. La existencia de costras hemáticas descarta la malignidad de la lesión.
- b. Ante la sospecha de malignidad, el paciente debe ser remitido a dermatología con carácter preferente.
- c. Dado que la lesión no es el motivo de consulta, no es necesario explorarla ni adoptar medidas de tratamiento o seguimiento inmediatas.
- d. Si a la palpación se comprueba induración de la lesión, se puede descartar malignidad.

**CASO 8:**

Mujer de 38 años que ha nacido y vive en España. Antecedente familiar de madre con cáncer de mama a los 50 años no portadora de mutación genética. Fumadora de 15 cigarros al día. Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 10 mg/día y epilepsia en tratamiento con valproato 500 mg/día. Citología cervical hace 1 año con resultado normal. Acude a la consulta programada de Medicina de Familia para seguimiento periódico. Exploración: presión arterial (PA) de 130/80 mmHg, Índice de Masa Corporal (IMC) de 27 kg/m<sup>2</sup>, auscultación cardiopulmonar normal, ningún otro dato relevante.

**51. EN REFERENCIA AL CASO 8: Según el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) en cuanto a las recomendaciones para prevenir enfermedades crónicas y reducir el riesgo de cáncer, indique cuál de las siguientes opciones es INCORRECTA:**

- a. Limitar el consumo de carne roja y evitar el consumo de carne procesada.
- b. Consumir suplementos dietéticos.
- c. Consumir más frutas y verduras, cereales integrales o legumbres.
- d. Mantener el peso corporal y el IMC dentro del rango de normalidad.

**52. EN REFERENCIA AL CASO 8: ¿Qué tipo de cribado de cáncer de mama sería el más adecuado según las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)?:**

- a. Mamografía cada 2 años a partir de los 50 años.
- b. Mamografía anual a partir de los 40 años o 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar más joven, lo que ocurra primero.
- c. Mamografía cada 2 años a partir de los 40 años o 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar más joven, lo que ocurra primero.
- d. Se recomienda iniciar el cribado con mamografía a los 30-35 años.

**53. EN REFERENCIA AL CASO 8: ¿Qué recomendación sería la más adecuada a realizar respecto al cribado de cáncer de cuello de útero (cervix) según el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)?:**

- a. Prueba del Virus de Papiloma Humano (VPH) a los 42 años.
- b. Citología de cribado cada 5 años tras la última realizada.
- c. Citología de cribado cada 10 años tras la última realizada.
- d. El cribado de cáncer cervix finaliza a los 35 años.

**54. EN REFERENCIA AL CASO 8: Durante la consulta, la mujer nos manifiesta su deseo de gestación, señale cuál de las siguientes actuaciones sería la adecuada:**

- a. Cambiar su tratamiento de valproato por oxcarbazepina.
- b. Iniciar tratamiento con ácido fólico 400 microgramos/día desde 3 meses antes de la concepción y suprimirlo al confirmar gestación.
- c. Realizar serología de lúes, rubeola, VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, enfermedad de Chagas y Toxoplasma de forma sistemática.
- d. Cambiar su tratamiento antihipertensivo por alfametildopa.

**55. EN REFERENCIA AL CASO 8: En caso de que la mujer en los siguientes meses estuviese embarazada, indique qué vacuna estaría CONTRAINDICADA:**

- a. Vacuna meningocócica.
- b. Vacuna dTPa (difteria, tétanos y Pertussis acelular de baja carga antigénica)
- c. Vacuna de hepatitis B.
- d. Vacuna de poliomielitis oral.

**56. Según las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) respecto a las actividades preventivas en osteoporosis en las mujeres, señale la afirmación INCORRECTA:**

- a. Evitar el sedentarismo y tabaquismo, tomar una dieta rica en calcio y realizar ejercicio.
- b. Tomar el sol al menos 10 minutos al día con una zona de exposición de al menos la cara y las manos.
- c. Realizar cribado de determinación de niveles de 25-hidroxi vitamina D a partir de los 65 años.
- d. No se aconseja realizar cribado densitométrico en mujeres menores de 60 años.

**CASO 9:**

Hombre de 52 años que acude al centro de salud por dolor lumbar intenso que irradia hacia la pierna izquierda desde hace tres semanas, comenzó de forma insidiosa y ha ido empeorando progresivamente, llegando a ser constante en la actualidad. El dolor no disminuye con el reposo y se acompaña de parestesias en la pierna. Además, refiere pérdida de peso involuntaria de 5 kg y fiebre ocasional en las últimas 2 semanas. Exploración: Disminución de la fuerza en el músculo extensor del 1º dedo del pie izquierdo con sensibilidad conservada.

**57. EN REFERENCIA AL CASO 9: De los siguientes: ¿Cuál considera un signo de mayor alarma en la posible evolución clínica del estado general de este paciente?**

- a. Dolor lumbar que irradia hacia la pierna izquierda.
- b. Parestesias en la pierna izquierda.
- c. Debilidad en el músculo extensor del 1º dedo del pie izquierdo.
- d. Pérdida de peso involuntaria y fiebre.

**58. EN REFERENCIA AL CASO 9: ¿Cuál de los siguientes síntomas o signos descritos en la anamnesis o en la exploración física tiene mayor valor diagnóstico para orientar sobre una posible afectación radicular?**

- a. Lumbalgia constante que no se alivia con el reposo.
- b. Parestesias y debilidad en el músculo extensor del 1º dedo del pie izquierdo.
- c. Pérdida de peso involuntaria
- d. Fiebre.

**CASO 10.**

Hombre de 25 años que acude a la consulta de Medicina de Familia caminando con dificultad, tras torcedura de tobillo derecho mientras jugaba al fútbol. Refiere que, en un giro brusco, su tobillo derecho se torció hacia la parte interna, causando dolor inmediato en la parte externa del mismo. No escuchó ningún ruido ni sintió que la articulación se desplazara de manera anormal. Exploración: leve inflamación en el maléolo externo del tobillo derecho sin hematomas ni deformidades visibles, movilidad limitada del tobillo por dolor, especialmente en la inversión y la dorsiflexión.

**59. EN REFERENCIA AL CASO 10: En cuanto a la actitud diagnóstica inicial, señale la afirmación correcta:**

- a. El diagnóstico inicial debe basarse en la exploración física y el seguimiento clínico.
- b. Está indicado solicitar una ecografía de tobillo urgente.
- c. Al conservar la movilidad no necesita nueva exploración ni realizar seguimiento.
- d. Está indicado solicitar una radiografía de tobillo urgente.

**60. EN REFERENCIA AL CASO 10: ¿Cuál sería el tratamiento inicial más apropiado para el esguince de tobillo que presenta este paciente?**

- a. Aplicación del protocolo RICE (Reposo-*rest*, hielo-*ice*, Compresión-*compress* y Elevación-*elevation*).
- b. Inmovilización con férula rígida durante al menos 2 semanas.
- c. Cirugía de reparación del ligamento afectado.
- d. Fisioterapia para rehabilitación y fortalecimiento muscular.

**61. Un hombre de 38 años acude a la consulta de Medicina de Familia por dolor en varias articulaciones interfalángicas distales de manos y pies, inflamación en talones y dolor lumbar de características inflamatorias. Exploración: placas rojizas con escamas plateadas en codos y rodillas. Se realiza radiografía (IMAGEN 7). Al plantear el diagnóstico diferencial, ¿cuál de las siguientes opciones es el diagnóstico más probable?**

- a. Artritis Reumatoidea con manifestaciones cutáneas de dermatitis atópica.
- b. Espondilitis anquilosante con afectación axial y periférica.
- c. Artritis Gotosa.
- d. Artropatía Psoriásica Periférica.

**62. De entre los siguientes, señale el fármaco con mayor evidencia en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el adolescente:**

- a. Atomoxetina.
- b. Lisdexanfetamina.
- c. Guanfacina.
- d. Metilfenidato.

**63. Respecto al abordaje de la depresión en el adolescente, indique la afirmación correcta:**

- a. En la depresión leve, está indicado el uso de antidepresivos.
- b. En menores de 12 años, no se recomienda el cribado de depresión mayor.
- c. No es necesario explorar la conducta suicida.
- d. Los antidepresivos tricíclicos son de primera elección en el tratamiento.

**64. Acude a la consulta de Medicina de Familia la madre de un adolescente de 15 años ante la sospecha de que su hijo consume algún tipo de sustancia y nos solicita realizarle una prueba de drogas sin el consentimiento del menor. De las siguientes afirmaciones, señale la INCORRECTA:**

- a. Al tratarse de un menor, es suficiente con informar a los padres o tutores legales.
- b. No se deber hacer ninguna intervención sin informar al paciente, independientemente de su edad.
- c. Es aconsejable realizar un cribado oportunista del consumo de drogas con mensajes positivos y breves a partir de los 11 años.
- d. Las pruebas de consumo de drogas deben incluirse en la historia clínica, además de la exploración física y la valoración del entorno sociofamiliar.

**65. Mujer de 16 años que acude por primera vez a la consulta del Médico de Familia. En referencia a las recomendaciones de promoción de la salud, ¿cuál de las siguientes NO está indicada en una adolescente?**

- a. Evitar las restricciones excesivas de alimentos.
- b. Realizar actividad física de 30 a 60 minutos diarios.
- c. Consumir alimentos con alto contenido calórico.
- d. Limitar las actividades sedentarias, a menos de 2 horas diarias.

**66. Hombre de 15 años que consulta por primera vez con el Médico de Familia. En la anamnesis se interroga sobre los hábitos tóxicos. Respecto a la entrevista en el adolescente y a las posibles intervenciones a realizar, señale la INCORRECTA de las siguientes afirmaciones:**

- a. Involucrar a la familia es perjudicial en las intervenciones complejas.
- b. Transmitir aceptación personal, aunque no compartamos sus conductas.
- c. Tomar en consideración todo el mensaje del adolescente, evitando hacer juicios de valor.
- d. Lograr una relación empática y asegurar la confidencialidad de la entrevista.

**67. Respecto al programa de cribado de cáncer de cérvix, señale la respuesta correcta:**

- a. Se recomienda detección de ADN del virus del papiloma humano (VPH), como prueba primaria en todas las mujeres entre 30 y 75 años.
- b. No se realizará cribado en mujeres que no han tenido relaciones sexuales.
- c. La estrategia de cribado combinada con vacunación tiene peor coste-efectividad que la vacunación en la estrategia de prevención del cáncer de cuello uterino.
- d. El cribado ha demostrado presentar importantes beneficios en la reducción de la incidencia de cáncer entre los 20 y los 25 años.

**CASO 11:**

Hombre de 50 años, casado, con 2 hijos. Trabaja en la banca desde hace 25 años. Desde hace un año se nota irritable, se preocupa por todo y reacciona a menudo de una manera desproporcionada a cualquier problema. Acude con su pareja, a demanda de esta última, porque esta situación está afectando a su relación y su vida familiar. Antecedentes: en los últimos meses ha consultado por molestias gastrointestinales recurrentes que han sido estudiadas con analítica, ecografía y endoscopia, sin hallazgos patológicos.

**68. EN REFERENCIA AL CASO 11: ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:**

- a. Trastorno de ansiedad generalizada.
- b. Depresión.
- c. Fobia social
- d. Trastorno por somatización.

**69. EN REFERENCIA AL CASO 11: Una de las siguientes opciones NO forma parte del tratamiento de un paciente de estas características:**

- a. Psicoterapia.
- b. Antidepresivos.
- c. Antipsicóticos
- d. Ansiolíticos.

**70. EN REFERENCIA AL CASO 11: Indique cuál de los siguientes factores NO se considera causa suficiente para realizar una interconsulta a atención hospitalaria:**

- a. Cuando a pesar del tratamiento correcto el paciente no mejora.
- b. Si el paciente tiene una personalidad adictiva.
- c. Ante sintomatología muy intensa e incapacitante.
- d. Si existe comorbilidad con otras patologías psiquiátricas.

**71. En cuanto al posible tratamiento con benzodiazepinas, señalar de las siguientes, la afirmación correcta:**

- a. El lorazepam no debe usarse en pacientes con hepatopatía crónica.
- b. Las benzodiazepinas se utilizarán preferentemente en monoterapia.
- c. Está indicado prescribir la dosis más baja efectiva durante el menor tiempo posible.
- d. Es recomendable mantener el tratamiento durante más de 6 semanas.

**72. Respecto al tratamiento con antidepresivos, indique de las siguientes, la afirmación correcta:**

- a. Los antidepresivos tricíclicos se consideran de primera elección.
- b. Se recomienda no prolongar el tratamiento más de 6 semanas.
- c. No hay evidencia de que los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) sean mejores que los ISRSN (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y noradrenalina).
- d. Se recomienda comenzar el tratamiento con la dosis máxima e ir disminuyendo la dosis paulatinamente.

**73. En el contexto de la intervención en un paciente que presenta una conducta suicida, NO se considera apropiado una de las siguientes opciones:**

- a. Mostrarse consternado.
- b. Explorar un aplazamiento de la decisión.
- c. Mostrar apoyo y preocupación.
- d. Preguntar acerca de intentos previos.

**CASO 12:**

Mujer de 91 años. Antecedentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, accidente cerebrovascular agudo hace 4 años sin secuelas, insuficiencia cardíaca aguda secundaria a fibrilación auricular paroxística, diverticulosis, colecistectomía, osteoporosis y dos episodios de herpes zóster hace 2 años.

Vive en domicilio con su esposo de 93 años. Tienen tres hijas y apoyo con una cuidadora formal y teleasistencia. Deambula por casa sola, en la calle utiliza bastón y va acompañada. Tratamiento: enalapril 10 mg/día, metformina 1000 mg/día, sitagliptina 50 mg/12 h, ácido acetilsalicílico 100 mg/día, carbonato de calcio/colecalciferol 1500 mg/400UI/día, lactulosa y paracetamol 650 mg a demanda.

Las hijas solicitan una consulta con su Médico de Familia, ya que, desde hace unos meses, han objetivado olvidos frecuentes y numerosas discusiones con su esposo. La cuidadora refiere dificultades y nerviosismo ante la ducha.

**74. EN REFERENCIA AL CASO 12: Ante la sospecha de deterioro cognitivo, ¿cuál de las siguientes acciones NO estaría indicada inicialmente para realizar el diagnóstico sindrómico?**

- a. Revisar los fármacos que está tomando.
- b. Electroencefalograma.
- c. Valoración cognitiva.
- d. Pruebas de laboratorio (incluyendo TSH y Vitamina B12).

**75. EN REFERENCIA AL CASO 12: En cuanto a la revisión farmacológica en esta paciente, indique cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre la deprescripción:**

- a. Se aconseja la retirada de los distintos fármacos al mismo tiempo.
- b. Antes de iniciar la deprescripción, es preciso conocer la situación clínica de la paciente.
- c. Para la retirada de los fármacos innecesarios, hay que realizar una evaluación del coste-beneficio.
- d. Para la retirada de benzodiazepinas en las personas mayores no se precisa deshabitación.

**76. EN REFERENCIA AL CASO 12: En esa misma consulta, el Médico de Familia decide revisar el calendario vacunal de la paciente. Indique de las siguientes la actuación correcta:**

- a. Administrar en ese momento la vacuna del herpes zóster y darle cita para la segunda dosis.
- b. No administrar ninguna vacuna por vía parenteral al estar tomando antiagregantes plaquetarios.
- c. No revisar el calendario vacunal, ya que el motivo de consulta por el que ha acudido la paciente es un posible deterioro cognitivo.
- d. Informar de que la pauta de vacunación antitetánica está completa, ya que tiene cuatro dosis registradas.

**77. EN REFERENCIA AL CASO 12: Dos semanas más tarde, se realiza visita domiciliaria ante la solicitud de la hija refiriendo que su madre presenta intenso nerviosismo y alucinaciones visuales desde la tarde anterior. Durante la visita, la hija refiere que, desde hace dos días la paciente tiene hiporexia y la orina es oscura y maloliente. Exploración: afebril, desorientación temporo-espacial, molestias a la palpación de hemiabdomen inferior, sin irritación peritoneal, ni otros signos de interés. Ante esta situación clínica, de las siguientes afirmaciones, indicar cuál sería la actuación más adecuada:**

- a. Dado que el cambio de olor o color de la orina no es criterio diagnóstico de infección urinaria, se solicitará prueba complementaria de orina y se valorará antibiótico empírico.
- b. Se debe informar a la familia que los síntomas que presenta la paciente están relacionados con la progresión de la enfermedad de base y se prescribirá una benzodiacepina.
- c. Se debe confirmar el diagnóstico clínico con la derivación urgente al hospital de referencia para realización de pruebas complementarias.
- d. Se debe informar a la familia que el desencadenante más frecuente de los síntomas que presenta la paciente es el tratamiento farmacológico y se iniciará deprescripción.

**78. Respecto al cribado de la Hipertensión arterial (HTA), indique cuál de estas afirmaciones es correcta:**

- a. La prueba inicial de cribado de la HTA es la toma de la presión arterial en domicilio.
- b. Se recomienda realizar cada año si el paciente tiene entre 20-29 años.
- c. Se recomienda realizar cada año si el paciente tiene entre 30-39 años.
- d. Se recomienda realizar cada año si el paciente tiene entre 40-49 años.

**79. Hombre de 62 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica (categoría pronóstica G2-A1). Presenta además insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, ¿cuál de los siguientes tratamientos NO formaría parte de las primeras líneas terapéuticas?**

- a. IECAs.
- b. Digoxina.
- c. Betabloqueantes.
- d. Diuréticos de asa.

**80. Mujer de 56 años, que presenta como antecedentes hipertensión arterial, enfermedad renal crónica y diabetes mellitus tipo 2. ¿Cuál de los siguientes fármacos estaría indicado en la prevención de la insuficiencia cardíaca?:**

- a. Semaglutida.
- b. Sacubitrilo/valsartán.
- c. Empagliflozina.
- d. Torasemida.

**81. Hombre de 40 años, con antecedentes de índice de masa corporal de 22,5 Kg/m<sup>2</sup> y debut diabético hace 6 meses. Tratamiento: Metformina 850 mg / 12h y Gliclazida 60 mg /12h. Analítica: HbA1c:8,3%, Anticuerpos antiGAD: 41,1 U/L (normal < 10 U/L) y Péptido C: 0,6 nmol/L (normal 0,2-1,0 nmol/L). ¿Cuál será la actitud terapéutica más adecuada?**

- a. Aumentar dosis de metformina a 1000 mg/12 h, mantener gliclazida y control estricto.
- b. Mantener tratamiento añadiendo dapagliflozina 10 mg/24h y control estricto.
- c. Aumentar dosis de metformina a 1000 mg/12h y cambiar gliclazida por repaglinida 2 mg/8h y control estricto.
- d. Aumentar dosis de metformina a 1000 mg /12h, añadir sitagliptina 100 mg /24h y control estricto.

**82. Mujer de 75 años que acude a consulta programada de Medicina de Familia para seguimiento de sus enfermedades crónicas. Antecedentes: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica. Exploración física sin hallazgos, presión arterial 138/65 mmHg. Analítica: HbA1c 6,9%, filtrado glomerular 45 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. Tratamiento: enalapril 20 mg/24h, metformina 1000 mg/12h, dapagliflozina 10 mg/24 h, insulina glargina 20 UI/24 h. De las siguientes, indicar la actitud terapéutica más adecuada:**

- a. Cambiar el IECA por un ARA II y mantener resto de tratamiento igual.
- b. Reducir la metformina al 50%, sustituir el IECA por ARA II y mantener resto de tratamiento.
- c. Disminuir la dosis de metformina y de dapaglitazona y mantener el resto de tratamiento igual.
- d. Incrementar la dosis de insulina y mantener resto de tratamiento sin cambios.

**CASO 13:**

Mujer de 92 años, viuda, ama de casa, que vive con su hija, su yerno y sus nietos en una zona rural. Antecedentes: Hipertensión arterial, enfermedad renal crónica estadio 4, insuficiencia cardiaca, dislipemia, obesidad mórbida, artrosis generalizada, prótesis total de rodilla derecha, elefantiasis de extremidades inferiores, hipoacusia, insomnio y anemia crónica. Un episodio de angioedema en relación con la toma de enalapril, sin otras alergias medicamentosas conocidas. Actividades de la vida diaria: cama-sillón, desplazamientos en el domicilio en silla de ruedas. Tratamiento: amlodipino 10 mg/mañana; simvastatina 10 mg/noche; ácido acetil salicílico 100 mg/mediodía; tramadol/paracetamol 37,5mg/325mg; furosemida 40 mg mañana y mediodía; lormetazepam 2 mg/noche; transfusión periódica de concentrados de hematíes. Administración hace dos meses de una dosis de hierro intravenoso.

Se realiza visita domiciliaria a petición de la hija por “mucho dolor e hinchazón en las piernas, discurso incoherente, gritos nocturnos e ideas delirantes de perjuicio”. Exploración: Consciente y orientada, palidez cutáneo-mucosa. Respiración ruidosa y taquipnea (37 rpm). Auscultación cardiopulmonar: rítmica, soplo panfocal, disminución generalizada del murmullo vesicular. Abdomen: normal. Edema con fóvea hasta rodillas. Pies: maceración de espacios interdigitales con abundante material húmedo algodonoso, pulsos pedios débiles. Resto de exploración sin alteraciones.

**83. EN REFERENCIA AL CASO 13: ¿Cuál considera de las siguientes que sería la primera actuación para realizar por parte de la médica de familia?**

- a. Añadir el hipnótico zolpidem 10 mg.
- b. Realizar una interconsulta a cardiología para estudio por soplo y edema de las piernas.
- c. Aplicar el instrumento NECPAL a fin de establecer un plan de actuación y cuidados.
- d. Remitir de forma urgente al servicio de urgencias hospitalario para su ingreso.

**84. EN REFERENCIA AL CASO 13: Solicitada analítica (IMAGEN 8), no se observan cambios relevantes respecto a los valores previos hace dos meses. Ante estos resultados, ¿cuál de las siguientes sería la actitud más adecuada?**

- a. Iniciar ferroterapia a altas dosis y remitir a la consulta de medicina interna para estudiar la anemia.
- b. Remitir a la paciente de forma urgente al hospital de referencia para realizar una transfusión y estudio de la anemia.
- c. Dado que la anemia es crónica no se debe tratar.
- d. Explicar a la paciente y a la familia los escasos beneficios de una transfusión de sangre y pactar el plan de atención y cuidados domiciliarios.

**85. EN REFERENCIA AL CASO 13: Sobre el manejo del tratamiento, indicar qué actuaciones se deben realizar en esta paciente:**

- a. Aplicar criterios de deprescripción: suspender la simvastatina en prevención primaria, el ácido acetil salicílico, el lormetazepam y revisar la prescripción de mórnicos.
- b. Sustituir el ácido acetil salicílico por un anticoagulante antivitamina K por el riesgo trombótico que tiene la paciente al estar encamada.
- c. Añadir omeprazol 40 mg/24h para gastroprotección dada la edad de la paciente, las comorbilidades y el tratamiento.
- d. Suspender el tramadol-paracetamol e indicar fentanilo transdérmico 50 mcg/24h al tener una vía de administración muy accesible.

**86. EN REFERENCIA AL CASO 13: Durante la visita domiciliaria la hija refiere estar muy preocupada por la situación de su madre y nos solicita hacer todo lo posible por ella, con todos los medios técnicos, diagnósticos y terapéuticos disponibles. De las siguientes, indicar la respuesta más correcta:**

- a. Iniciar un tratamiento intensivo con diuréticos e indicar sonda vesical para el control de la diuresis.
- b. Indicar administración intravenosa de los diuréticos, para alcanzar mayor diuresis.
- c. Indicar la transfusión mensual de 2 concentrados de hematíes.
- d. Explicar a la hija qué es el encarnizamiento terapéutico y programar las intervenciones básicas para control de síntomas y mantener la calidad de vida e integridad de la paciente.

**87. EN REFERENCIA AL CASO 13: La hija considera que su madre ya ha vivido muchos años pero que ahora lo está pasando muy mal, al ser muy dependiente y tener muy mala calidad de vida. Nos pregunta acerca de la eutanasia. ¿Cuál de las siguientes considera que sería la actuación más correcta?:**

- a. Explicar a la hija en qué consiste la eutanasia y los requisitos marcados por la ley. Debe ser solicitada por la paciente o, en caso de no encontrarse en pleno uso de sus facultades, debe haber suscrito un documento de instrucciones previas o equivalente.
- b. Contactar con el Comité de Ética del área sanitaria para iniciar el procedimiento de eutanasia.
- c. Contactar con la Unidad de Cuidados Paliativos de referencia para el abordaje de la eutanasia en esta paciente.
- d. Informar sobre la ley de eutanasia, explicar los pasos a realizar y solicitar la firma de los documentos a la hija.

**CASO 14:**

Mujer de 30 años, empleada de una multinacional que sufre un accidente de tráfico por alcance en uno de los trayectos de la sede de su empresa al domicilio una vez finalizada su jornada de trabajo. Es valorada en el servicio de urgencias de Atención Primaria siendo diagnosticada de esguince cervical (síndrome de latigazo cervical). Se prescribe tratamiento farmacológico con antiinflamatorio y relajante muscular, collarín cervical e incapacidad temporal (IT).

**88. EN REFERENCIA AL CASO 14: La duración estimada de una incapacidad temporal por una cervicalgia se establece en 28 días. Señale el máximo de días para la emisión de los sucesivos partes de confirmación una vez emitido el primer parte:**

- Puede emitirse como máximo en 7 días naturales.
- Puede emitirse como máximo en 14 días naturales.
- Puede emitirse como máximo en 28 días naturales.
- Puede emitirse como máximo en 35 días naturales.

**89. EN REFERENCIA AL CASO 14: Ante una lesión producida por el mecanismo conocido como latigazo cervical se diagnostica de esguince cervical leve. Entre las medidas terapéuticas más útiles se encuentran las siguientes EXCEPTO una:**

- Colocar collarín cervical blando hasta desaparición total de los síntomas.
- Recomendar reposo relativo la primera semana tras el accidente.
- Pautar fármacos antiinflamatorios y relajantes musculares.
- Realizar intervenciones educativas que informen sobre la naturaleza del problema.

**90. En un paciente sin antecedentes de interés diagnosticado de esguince cervical leve, se debe indicar radiografía simple cervical en los siguientes supuestos EXCEPTO:**

- Imposibilidad para rotar el cuello 45 grados a ambos lados.
- Accidente de tráfico a una gran velocidad (mayor de 100 Km/h).
- Si el paciente presenta parestesias.
- En todos los casos es imprescindible realizar radiografía para una valoración inicial.

**91. Indique cuál de las siguientes circunstancias NO podrá considerarse según la legislación vigente como accidente de trabajo:**

- La imprudencia profesional que sea consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se derive de la confianza que este inspira.
- La concurrencia de culpabilidad civil del empresario, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.
- Los causados por la insolación, el rayo u otros fenómenos análogos de la naturaleza.
- Los que se deban a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

**92. De los siguientes enunciados sobre la incapacidad temporal (IT) por contingencias profesionales, señale cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA:**

- a. La expedición de la baja laboral corresponde, en general, a los servicios médicos de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) con la que la empresa del trabajador tenga contratadas las contingencias profesionales de IT.
- b. Se tiene derecho al subsidio desde el día siguiente de la situación de IT.
- c. Para percibir la prestación económica es requisito un período mínimo de cotización por contingencia profesional superior a 180 días en los 5 años anteriores al hecho causante.
- d. En ningún caso, el alta por enfermedad profesional o accidente de trabajo otorgada por la MATEPSS puede continuar con una IT por enfermedad común originada por un proceso similar o derivado del primero.

**93. Señale cuál de estas actuaciones sobre la gestión de la Incapacidad Temporal (IT), es INCORRECTA:**

- a. Informar al paciente del proceso, de la importancia de una gestión correcta de la IT y dar una fecha aproximada de alta.
- b. Conocer las expectativas del paciente y contrastarlas con nuestra opinión médica.
- c. Conocer la situación laboral del paciente y consultar su historial de IT.
- d. No revisar periódicamente los pacientes en situación de IT.

**CASO 15:**

En un punto de atención continuada rural, se recibe aviso desde el centro coordinador de urgencias para acudir a un domicilio. Se trata de un hombre de 45 años con dolor torácico y mareo, tras realizar un ejercicio extenuante y discutir con su pareja. Antecedentes: exfumador desde hace 5 años, episodios de ansiedad recurrentes, deportista, dislipemia no tratada farmacológicamente. Antecedentes familiares: padre fallecido por infarto de miocardio a los 49 años.

En el domicilio el paciente tiene sensación de disconfort y muerte inminente. Exploración: pálido y sudoroso. Presión arterial: 80/40 mmHg, saturación de O<sub>2</sub>:96%. Auscultación cardiaca: frecuencia: 30 lpm, rítmico, no soplos. Auscultación pulmonar: normal. Se realiza electrocardiograma: **(IMAGEN 9)**.

**94. EN REFERENCIA AL CASO 15: De las siguientes opciones, ¿cuál es la primera actuación que se debe realizar?:**

- a. Administrar oxígeno.
- b. Canalizar vía periférica y monitorizar.
- c. Tranquilizar informando que probablemente no sea nada importante.
- d. Explicar a la familia que tiene una crisis de ansiedad.

**95. EN REFERENCIA AL CASO 15: Tras la primera actuación, ¿cuál sería la siguiente medida a adoptar en este paciente?:**

- a. Administrar un corticoide para elevar la presión arterial.
- b. Repetir el electrocardiograma y la toma de constantes en diferentes posiciones corporales.
- c. Llamar al centro coordinador de urgencias y solicitar un recurso de soporte vital avanzado para traslado por síndrome coronario agudo.
- d. Pautar un ansiolítico y reevaluar a la mañana siguiente por su Médico de Familia.

**96. EN REFERENCIA AL CASO 15: Indicar el diagnóstico más probable de este paciente:**

- a. Una crisis de ansiedad secundaria a problemas personales y familiares.
- b. Síndrome vaso-vagal, secundario al ejercicio extenuante, agravado por la ansiedad de la discusión.
- c. Bradicardia fisiológica debido a que es un deportista.
- d. Síndrome coronario agudo con elevación de ST en cara inferior y bloqueo auriculoventricular completo, por un infarto agudo de miocardio diafragmático.

**CASO 16:**

Mujer de 57 años que acude con la ayuda de dos amigas a un punto de Atención Continuada de Atención Primaria, por episodio súbito de disartria, asimetría facial con desviación de la comisura bucal y debilidad en hemicuerpo izquierdo, mientras tomaban café hace 15 minutos. Antecedentes: No hábitos tóxicos, trabajo sedentario, no realiza ejercicio físico. Hipotiroidismo desde hace 30 años y dislipemia. Tratamiento: levotiroxina 50 mcg /día, atorvastatina 10 mg/día. Exploración: nerviosa, consciente y colaboradora. Obedece a órdenes complejas, disartria moderada y hemiplejía izquierda. Temperatura: 36,4°C; presión arterial: 165/70 mmHg; frecuencia cardiaca 70 lpm; glucemia 125 mg/dL; Saturación O<sub>2</sub>: 98%. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75 lpm. **(IMAGEN 10)**

**97. EN REFERENCIA AL CASO 16: Indicar de las siguientes la actuación más adecuada:**

- Remitir a su Médico de Familia para control de la evolución del episodio.
- Activar el Código Ictus llamando al centro coordinador de emergencias.
- Tras valorarlo, indicar a sus acompañantes que la trasladen al servicio de urgencias del hospital por sus propios medios.
- Realizar interconsulta preferente desde el punto de atención continuada al Servicio de Neurología.

**98. EN REFERENCIA AL CASO 16: Indicar, de las siguientes, la primera medida a realizar en la atención urgente a esta paciente:**

- Administrar oxígeno.
- Administrar paracetamol intravenoso.
- Canalizar una vía venosa periférica en el brazo no afectado por la hemiplejía.
- Administrar 10 gr de glucosa endovenosa al 50%.

**99. En relación con los determinantes de salud, de las siguientes opciones, señale la afirmación INCORRECTA:**

- Son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y tienen un fuerte impacto sobre la salud.
- Los servicios sanitarios son los determinantes más influyentes en cuanto a la mejora de la salud de la población.
- Las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales ocupan el nivel superior de influencia en el Modelo de Capas de Dahlgren y Whitehead.
- Los determinantes sociales y los ejes de desigualdad conforman la estructura en la que se desarrolla la vida de la persona y su entorno comunitario.

- 100. Hombre de 72 años con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina. Según el abordaje de la diabetes en Atención Primaria, ¿ante qué niveles de glucemia en ayunas debe alertarse por una posible hipoglucemia?:**
- Valores inferiores a 90 mg/dL.
  - Valores inferiores a 80 mg/dL.
  - Valores inferiores a 70 mg/dL.
  - Valores inferiores a 60 mg/dL.
- 101. Mujer de 66 años con diabetes mellitus tipo 2 que presenta un estadio G3a/A1 de función renal. ¿A qué valores corresponde este estadio?**
- Filtrado glomerular 45-59 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> y albuminuria < 30 mg/g.
  - Filtrado glomerular 30-44 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> y albuminuria < 30 mg/g.
  - Filtrado glomerular 45-59 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> y albuminuria 30-300 mg/g.
  - Filtrado glomerular 15-29 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> y albuminuria < 30 mg/g.
- 102. Mujer de 75 años, con antecedentes de fibrilación auricular permanente, diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial y dislipidemia, en la analítica destaca aclaramiento de Creatinina de 45 mg/dL. Señale, de las siguientes opciones, qué fármaco y dosis indicaría para la prevención de un accidente cerebrovascular isquémico:**
- Ácido acetilsalicílico 100 mg oral al día.
  - Rivaroxabán 15 mg oral al día.
  - Clopidogrel 75 mg oral al día.
  - Rivaroxabán 20 mg oral al día.
- 103. Mujer de 80 años que consulta a su médica de familia por sensación de palpitaciones de semanas de evolución. Antecedentes: Hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con Metformina con buen control metabólico. Electrocardiograma: fibrilación auricular con buena respuesta ventricular, ¿qué puntuación presenta al aplicarle la escala de riesgo Score CHA2DS2-VASc para ictus isquémico?**
- 2 puntos.
  - 3 puntos
  - 4 puntos.
  - 5 puntos.

- 104. Señalar la afirmación INCORRECTA de las características de los virus hepatotropos:**
- El período de incubación de la hepatitis A suele ser entre 14 y 28 días.
  - Los síntomas pueden incluir fiebre, malestar, pérdida de apetito, diarrea, náuseas, molestias abdominales, coluria, e ictericia en más de un 90% de los infectados.
  - La hepatitis B se puede transmitir a través del contacto con líquidos orgánicos contaminados, como sangre, saliva, secreciones vaginales y semen. Es posible la transmisión durante el embarazo y el parto.
  - Según datos de la OMS, el 7,4% de las personas infectadas por VIH presenta coinfección por VHB.
- 105. En el abordaje del hábito de tabaquismo, de un paciente de 40 años sin antecedentes de interés, que fuma entre 5 y 10 cigarros diarios, sin intención de dejar de fumar, ¿cuál sería la intervención inicial más adecuada en la consulta de Medicina de Familia?**
- No se debe dar importancia a este consumo de cigarrillos.
  - Prescribir algún fármaco para la deshabituación tabáquica y realizar interconsulta a la unidad de tabaquismo.
  - Realizar interconsulta a la unidad de tabaquismo.
  - Registrar en la historia que se trata de un fumador, interrogar sobre otros aspectos del hábito o del consumo y consejo breve.
- 106. En relación con la definición del síndrome de agudización de la EPOC (SAE), según la guía GesEPOC, indique cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:**
- Se define como un episodio de inestabilidad clínica que se produce en un paciente con EPOC como consecuencia del agravamiento de la limitación inspiratoria al flujo aéreo o del proceso inflamatorio subyacente.
  - Se caracteriza por un empeoramiento agudo de los síntomas respiratorios respecto de la situación basal del paciente.
  - Es un evento complejo y heterogéneo que comprende un conjunto de alteraciones diversas, que bien de forma aislada o más frecuentemente combinada se expresan clínicamente de manera similar en el paciente con EPOC.
  - Los SAE se observan con frecuencia agrupados en racimos, lo que plantea la duda de si realmente son nuevos eventos o resoluciones incompletas de episodios precedentes.

- 107. Respecto a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en nuestro país, según datos del Ministerio de Sanidad, indique la afirmación INCORRECTA:**
- El 10,5% de los nuevos infectados en 2022 tenía entre 15 y 24 años.
  - La tasa específica por edad más alta se produjo en el grupo de edad de 25 a 29 años.
  - Respecto al lugar de origen y modos de transmisión, la población española predomina en todos ellos, excepto en la transmisión materno-infantil.
  - La transmisión en HSH (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) es la más frecuente en todos los grupos de edad, a excepción de los adolescentes.
- 108. ¿Cuál de los siguientes enunciados es INCORRECTO respecto a la medición de la presión arterial (PA) para el diagnóstico de la hipertensión?**
- Si hay sospecha de hipotensión ortostática, en pacientes mayores y diabéticos medir la PA una vez sentado y otra de pie.
  - Evitar el consumo de café, tabaco o hacer ejercicio físico en las 24 horas previas a la medición.
  - Con el paciente en reposo, hacer 2-3 mediciones consecutivas de la PA con un intervalo temporal de 1-3 minutos entre ellas.
  - Registrar el promedio de los dos últimos valores de PA.

# IMÁGENES

Imagen 1: CASO 2. Electrocardiograma.

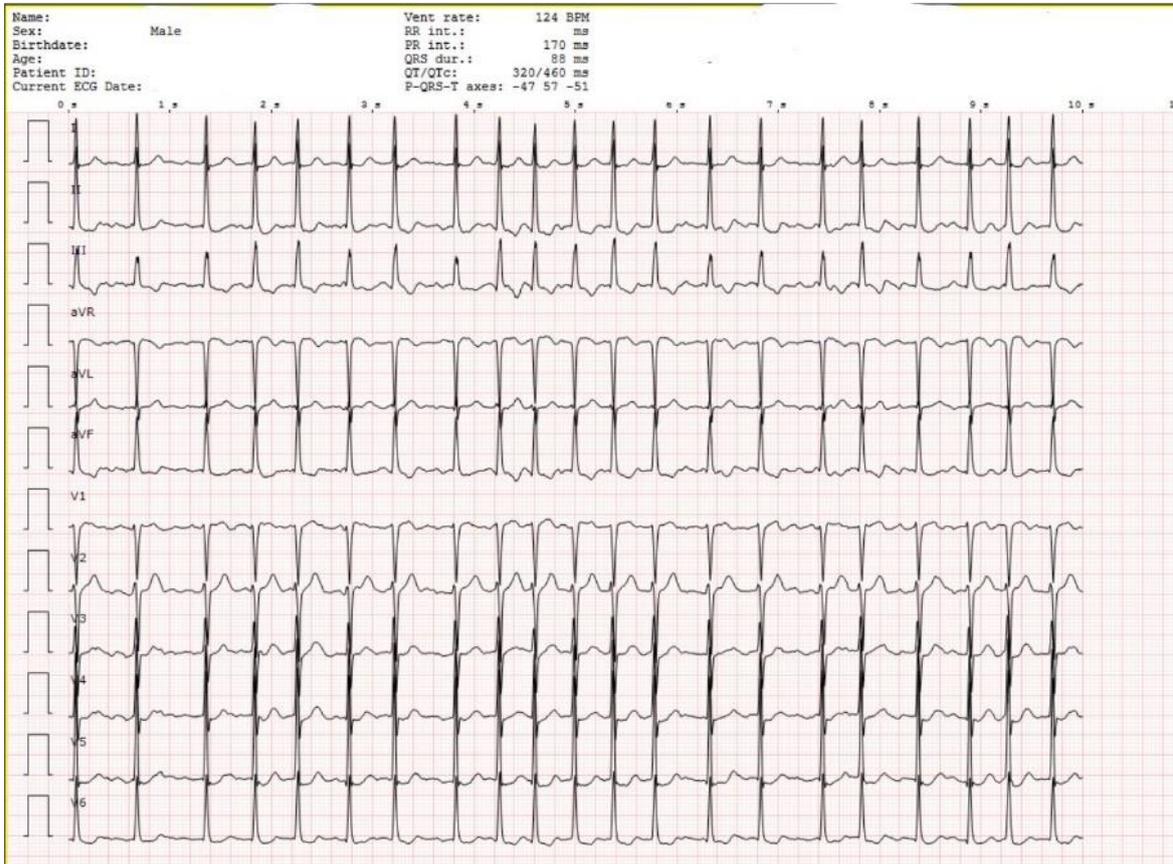
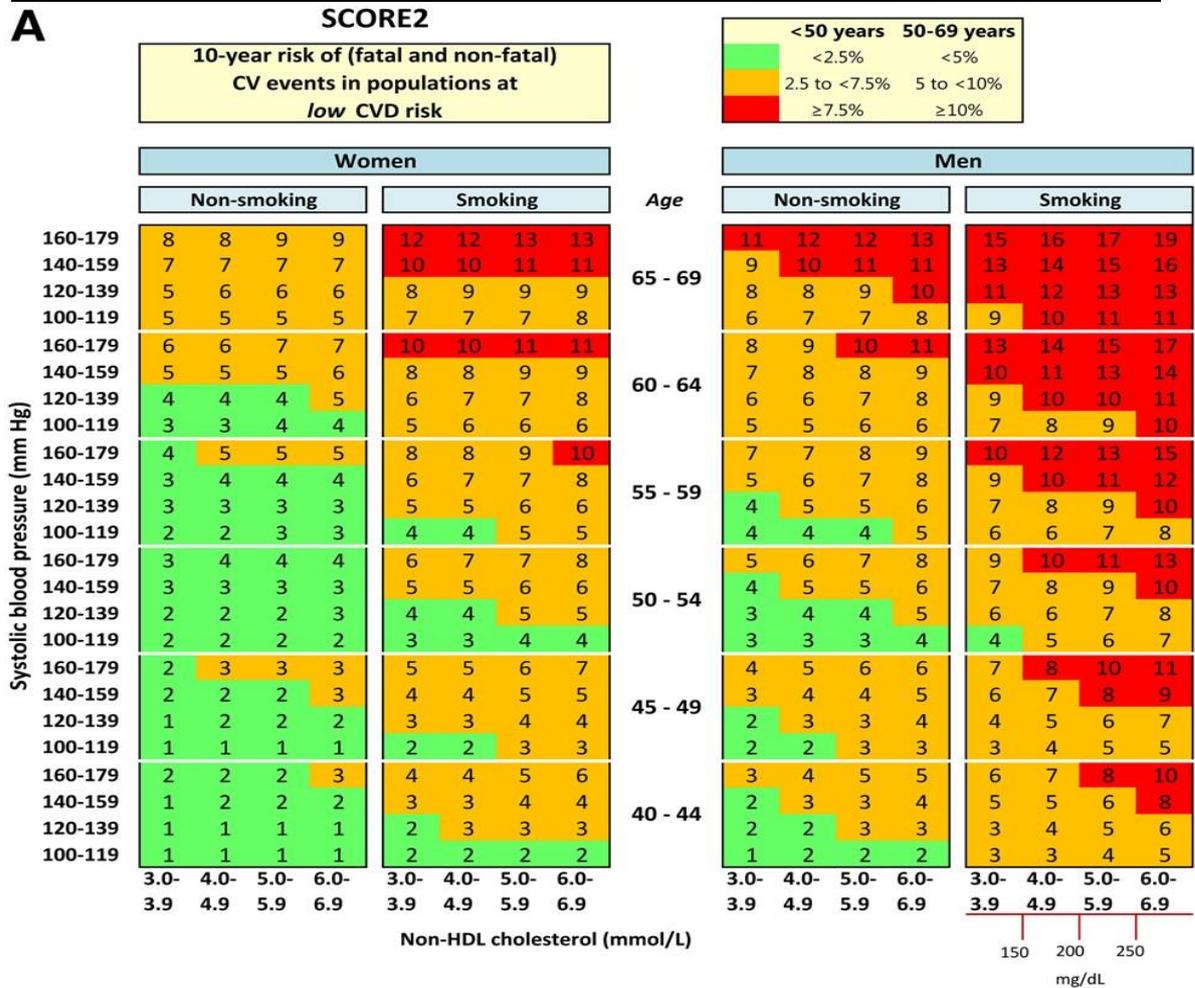


Imagen 2: CASO 2. Tablas SCORE2 y SCORE2-OP para países de bajo riesgo cardiovascular.

**TABLA SCORE2 Riesgo a 10-años de eventos cardiovasculares en personas de 40-69 años en países de bajo riesgo.**



**Years:** años, **Women:** Mujeres, **Men:** hombres; **Systolic Blood Pressure:** Presión arterial sistólica; **Age:** edad; **Non-smoking:** no fumador, **smoking:** fumador; **non-HDL cholesterol:** Colesterol no-HDL.

**TABLA SCORE2 OP: Riesgo a 10-años de eventos cardiovasculares en personas mayores (igual o mayor 70 años) en países de bajo riesgo.**

**A**

**SCORE2-OP**

10-year risk of CV events in older persons in populations at low CVD risk



		Women				Men											
		Non-smoking		Smoking		Non-smoking		Smoking									
Systolic blood pressure (mm Hg)	Age																
	160-179	85 - 89	28	29	30	31	31	32	33	34	29	35	42	49	29	35	42
140-159		26	27	28	29	29	30	31	32	28	33	40	47	27	33	40	47
120-139		24	25	26	27	27	28	29	30	26	32	38	45	26	32	38	45
100-119		23	24	25	26	25	26	27	28	25	30	36	43	25	30	36	43
160-179	80 - 84	20	21	22	23	25	26	28	29	23	27	32	37	26	31	36	41
140-159		18	19	20	21	23	24	25	26	21	25	29	34	24	28	33	38
120-139		16	17	18	19	20	21	22	23	19	22	26	31	22	25	30	34
100-119		15	15	16	17	18	19	20	21	17	20	24	28	19	23	27	31
160-179	75 - 79	15	15	16	17	21	22	23	24	19	21	24	27	24	27	31	34
140-159		13	13	14	15	18	19	20	21	16	18	21	23	21	23	26	30
120-139		11	11	12	13	15	16	17	18	14	15	18	20	18	20	23	26
100-119		9	10	10	11	13	14	15	15	12	13	15	17	15	17	19	22
160-179	70 - 74	10	11	12	12	17	18	19	20	15	16	18	19	22	24	26	28
140-159		9	9	10	10	14	15	16	16	12	13	14	16	18	19	21	23
120-139		7	7	8	8	11	12	13	14	10	11	12	13	14	16	17	19
100-119		6	6	6	7	9	10	10	11	8	8	9	10	12	13	14	15
		3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9
		Non-HDL cholesterol (mmol/L)								150 200 250 mg/dL							

**Years:** años, **Women:** Mujeres, **Men:** hombres; **Systolyc Blood Pressure:** Presión arterial sistólica; **Age:** edad; **Non-smoking:** no fumador, **smoking:** fumador; **non-HDL colesterol:** Colesterol no-HDL.

**Imagen 3: CASO 2. Tabla CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc**

	Puntos
Insuficiencia cardiaca	1
Hipertensión arterial	1
Edad >= 75 años	2
Diabetes mellitus	1
Antecedente de Accidente cerebrovascular agudo (ACVA) o accidente isquémico transitorio (AIT)	2
Enfermedad vascular	1
Edad 65-74 años	1
Sexo mujer	1

Imagen 4: PREGUNTA 36. Radiografía de tórax.



**Imagen 5: PREGUNTA 37. Radiografía de tórax.**



Imagen 6: PREGUNTA 46. Fotografía de manos.



**Imagen 7: PREGUNTA 61. Radiografía de manos.**



**Imagen 8: PREGUNTA 84. Analítica.**

<b>Leucocitos: 3.9 x103/μL</b>	[4.0 - 11.5]	Hemoglobina A1c: 5.9 %	[5.7- 6.4]
<b>Hematíes: 3.07 x106/μL</b>	[4.0 - 4.8]	<b>Urea: 106.0 mg/dL</b>	[10.0 - 50.0]
<b>Hemoglobina: 8.9 g/dL</b>	[12.0 - 16.0]	<b>Ácido úrico: 9.6 mg/dL</b>	[2.4 - 5.7]
<b>Hematocrito: 29.5 %</b>	[36.0 - 45.0]	<b>Creatinina: 1.71 mg/dL</b>	[0.55 - 1.02]
VCM: 96.2 f	[80.0 - 99.0]	<b>FG (CKD-EPI): 25.4 mL/min/1,73m2</b>	[f>90 mL/min/1.73m <sup>2</sup> ]
MCH: 29.0 pg	[26.0 - 32.0]	Sodio: 143.0 mmol/L	[135- 145]
MCHC: 30.2 g/dL	[31.0 - 36.0]	Potasio: 3.9 mmol/L	[3.7 - 5.2]
<b>Hematíes microcíticos: 1.1 %</b>	[<0.9 %]	AST/GOT: 11.0 UI/L	[5.0 - 40.0]
Hematíes hipocrómicos: 15.9 %	[<6]	ALT/GPT: <8 UI/L	[5.0 - 40.0]
<b>Plaquetas: 119.0 x103/μL</b>	[130.0 - 450.0]	GGT: 14.0 UI/L	[5.0 - 36.0]
Neutrófilos: 70.0 %-	[40.0 - 74.0]	<b>Fosfatasa alcalina: 292.0 UI/L</b>	[46.0 - 116.0]
2.73 x103/μL	[2.5 - 7.5]	Proteínas totales: 6.2 g/dL	[6 - 8]
<b>Linfocitos: 18.7 % %</b>	[19.0 - 45.0]	Albúmina: 4.0 g/dL	[3.4- 5.4]
- 0.73 x103/μL	[1.0 - 4.0]	Hierro: 67.0 μg/dL	[60 - 140]
Monocitos: 5.0 %	[3.4 - 12.0]	Ferritina: 38.0 ng/mL	[30 -300]
- 0.2 x103/μL	[0.2 - 1.0]	Ind. Sat. transferrina 24.0 %	[20 - 50]
Eosinófilos: 4.2 %	[0.0 - 7.0]	<b>Transferrina: 195.0 mg/dL</b>	[250 -3804]
- 0.16 x103/μL	[0.0 - 0.4]	Capacidad fijación hierro: 273.0 μg/dL	[250 - 450]
Basófilos: 0.3 %	[0.0 - 1.5]	Colesterol: 181.0 mg/dL	[0.0 - 200.0]
- 0.01 x103/μL	[0.0 - 0.2]	Triglicéridos: 84.0 mg/dL	[0.0 - 150.0]
<b>VSG: 28.0 mm</b>	[0 - 20]	Tirotropina (TSH): 1.813 mUI/ L	[0.55 - 4.78]
Glucosa: 95.0 mg/dL	[70.0 - 110.0]		

Imagen 9: CASO 15. Electrocardiograma.

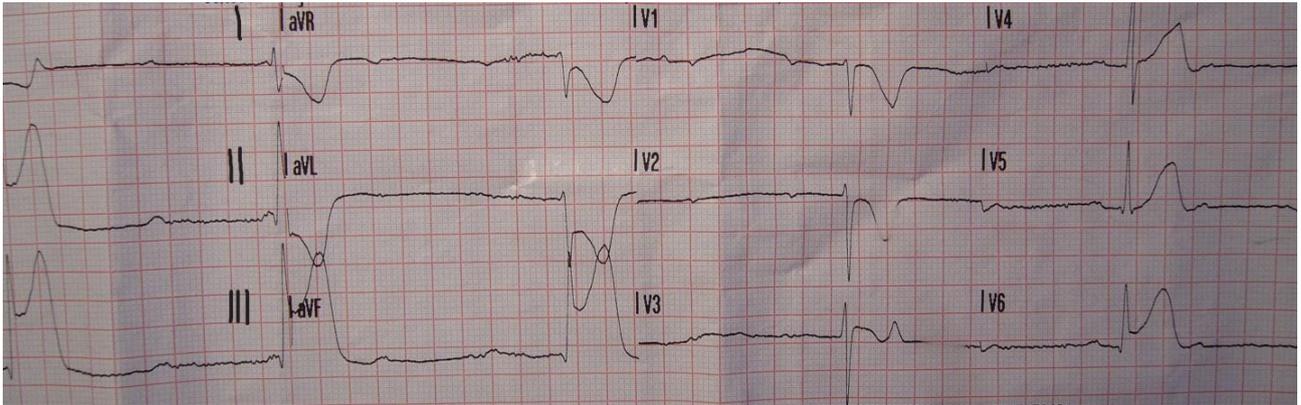


Imagen 10: CASO 16. Electrocardiograma.

