

Examen del concurs oposició per optar a places de la categoria metge/metgessa de família en equip d'atenció primària del Servei de Salut de les Illes Balears

Observacions:

- Aquest examen consta de **set (7) qüestionaris en un sol quadern** corresponents a set temes o casos clínics diferents d'aquesta especialitat.
- Cada qüestionari està identificat i ressaltat amb un número i la matèria de què tracta o bé directament la descripció del cas, i seguidament hi ha **24 preguntes** de tipus test, numerades de l'1 al 24.
- **Heu de respondre les 24 preguntes de tres (3) dels set temes o casos.** Les quatre darreres preguntes (núm. 21-24) de cada tema són de reserva per si alguna de les altres (1-20) resulta impugnada.
- Per a cada pregunta només hi ha una resposta correcta d'entre les quatre possibles.
- Cada resposta correcta es valora amb 1 punt, de manera que la valoració total de l'examen és de 60 punts (20 preguntes × 3 temes). És necessari respondre les preguntes de reserva, encara que en principi només es puntuaran les preguntes 1-20. Cada resposta errònia es penalitza amb una quarta part del valor d'una de correcta. Les respostes en blanc i les que contenguin més d'una alternativa marcada no es valoren.
- Les pàgines del quadern estan numerades; comprovau-ne el contingut fins a la darrera pàgina. Si detectau alguna anomalia en la impressió, demanau que us el canviïn.
- **Heu de senyalar les respostes en el full òptic que us han entregat. Llegiu molt atentament les instruccions que hi figuren.**
- El temps per completar la prova és de **120 minuts, inclòs el temps per senyalar les respostes en el full òptic.**
- Podeu utilitzar el quadern com a esborrany. Una vegada acabada la prova, us el podeu endur.

Advertiments:

- No podeu llegir cap dels qüestionaris fins que no us ho indiquin.
- No faceu en el full òptic cap tipus de marca ni signatura que pugui desvirtuar els principis d'igualtat, mèrit i capacitat.
- Únicament podeu emprar bolígraf negre o blau.
- No és permès emprar calculadora.
- Durant la prova no podeu dur damunt ni tenir a la taula cap aparell electrònic, ni tan sols apagat.
- Abans del començament de la prova, algun membre del tribunal o algun dels seus col·laboradors haurà explicat les instruccions que heu de seguir. Si no heu entès alguna d'aquestes instruccions, demanau-li que us l'aclareixi.
- El fet de concórrer a aquesta prova suposa acceptar aquestes instruccions, sense detriment del dret a interposar-hi una reclamació o un recurs.
- Incomplir qualsevol d'aquests advertiments pot suposar l'exclusió de la prova.





Cas 1. Dona jove hiperfreqüentadora

Dona de 35 anys. Casada. Té dos fills, un nen i una nena de 12 i 11 anys respectivament. Conviu, a més, amb una filla de la seva parella de 26 anys (d'una relació anterior) i amb la seva mare de 65 anys, paraplègica arran d'un accident de trànsit esdevingut fa cinc anys, dependent per a les activitats bàsiques de la vida diària i de la qual n'és la cuidadora principal.

A la seva història clínica figuren els següents problemes de salut:

- Trastorn adaptatiu mixt amb ansietat i estat d'ànim depressiu.
- Migranya (sense aura).
- Fibromiàlgia.
- Dismenorrea.
- Abús de tabac.

Acostuma a acudir a la consulta sense cita, per diferents motius, els més freqüents dels quals són cefalea, dolor abdominal, marejos, ansietat i traumatismes (caigudes i cremades). Quan demana cita, generalment no hi va.

Segueix controls de la unitat de salut mental (USM) amb un psiquiatre i una psicòloga encara que de manera irregular.

Va patir maltractament a la infància per part del seu pare, assetjament a l'escola i a l'institut i ha fet tres temptatives de suïcidi.

Pel que fa a la seva personalitat, destaca tenir una autoestima baixa.

Treballa de teleoperadora.

Segueix tractament habitual amb omeprazole, dexketoprofèn, celecoxib, tramadol/paracetamol, escitalopram i clonazepam.



1. **Va a la consulta acompanyada de la seva parella per amenorrea i test d'embaràs positiu. Ell manifesta el desig d'interrompre l'embaràs. Ella assenteix en ser preguntada.**

Senyalau la resposta falsa en relació amb la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) al Servei de Salut de les Illes Balears:

- a) Té per objecte garantir el compliment de la Llei orgànica 2/2010, del 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs.
- b) Les seves directrius tenen caràcter general, és a dir, no entren a l'organització interna de cada centre per garantir que la llei es compleixi.
- c) Un dels cinc passos en què està estructurada contempla el consentiment informat de la dona i de la seva parella, és a dir, la ratificació de la voluntat d'interrompre l'embaràs.
- d) El primer pas implica el diagnòstic d'embaràs i de l'edat gestacional.

2. **Es demana un test d'embaràs el resultat del qual és negatiu i es repeteix al cap d'una setmana amb un resultat novament negatiu. La pacient manifesta persistència de l'amenorrea, i que la data de la darrera regla és de fa aproximadament un mes i mig (no en recorda la data exacta). Els seus cicles són habitualment regulars.**

Senyalau la resposta correcta en relació amb l'estudi d'una amenorrea secundària:

- a) L'avaluació de l'amenorrea secundària sempre ha d'incloure una prova d'embaràs. No s'ha d'excloure només per l'anamnesi.
- b) S'ha de fer un estudi sempre que l'amenorrea tingui una durada de més de tres períodes consecutius si els cicles previs van ser regulars i de més de sis mesos si van ser irregulars.
- c) L'estudi ha d'incloure una anamnesi per sistemes que orienti cap a una causa possible, inclosos els antecedents farmacològics.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

3. **Va a la consulta sol·licitant un mètode anticonceptiu. No li agradaria que tornés a donar-se una situació com l'anterior perquè ella està en contra de la IVE; en una ocasió va haver de recórrer a la píndola del dia després i es va sentir molt malament. La seva parella de vegades es nega a fer servir preservatiu. No vol un mètode irreversible perquè li agradaria tenir més fills.**

Quin mètode anticonceptiu és el més adequat per a la pacient?

- a) S'ha de proposar anticoncepció oral amb píndoles d'etinilestradiol/gestodè.
- b) Cal considerar un LARC (*Long acting reversible contraceptive*), un mètode anticonceptiu hormonal de llarga evolució.
- c) Cal aconsellar seguir amb un mètode barrera.
- d) En aquest cas, el més adequat és recomanar una anticoncepció quirúrgica.

4. **Senyalau la resposta falsa respecte a l'anticoncepció d'emergència o píndola del dia després:**

- a) Està indicada per evitar embarassos no desitjats després d'un coit no protegit i en casos de violació.
- b) Consisteix a administrar levonorgestrel (de venda lliure en farmàcies) el més precoçment possible, abans de les 24 h posteriors al coit no protegit.
- c) L'efecte secundari més freqüent són els vòmits.
- d) No ha de substituir els mètodes habituals d'anticoncepció.



5. **Passats quinze dies va a la consulta de nou sense cita. Fa 72 hores que presenta lesions cutànies generalitzades (maculopàpules i excoriacions per gratada), de predomini a les mans i els canyells, els pits, les natges i la cara interna de les cuixes, acompanyades de picor intensa de predomini nocturn. Els fills i la parella també han començat amb símptomes. La resta dels convivents es mantenen asimptomàtics.**

Senyalau la resposta falsa:

- a) Donada la simptomatologia i la troballa a l'exploració de lesions característiques, la sospita diagnòstica és de sarna.
 - b) El dermatoscopi pot ajudar en el diagnòstic, atès que permet la visualització de l'àcar i dels solcs acarians, entre els quals és característic el denominat signe de l'ala delta.
 - c) Només els seus contactes simptomàtics han de seguir les mesures higièniques i el tractament farmacològic, el mateix dia o en un interval de 24 hores per evitar la reexposició i la reinfestació.
 - d) En la sarna noruega el prurit pot estar disminuït o fins i tot absent.
6. **Al cap de dues setmanes, i després d'haver seguit el tractament tòpic amb permetrina al 5 % de forma correcta, consulta per persistència de la pruija generalitzada, encara que no tan intensa. Quina ha de ser l'actitud?**
- a) Repetir el tractament tòpic.
 - b) Significa que el tractament tòpic ha fracassat i cal passar al tractament oral amb ivermectina.
 - c) La picor pot persistir durant dues o quatre setmanes i no és indicatiu de fracàs terapèutic. Cal indicar cures de la pell i, si cal, tractament simptomàtic.
 - d) S'ha de remetre a dermatologia.

7. **Al cap de dues setmanes la pruija ha desaparegut i no han aparegut noves lesions dermatològiques. Explica que en iniciar el tractament amb loratadina (per la picor) va presentar taquicàrdia i sensació de palpitations pel que a les 48 hores va deixar de prendre-la i aquests símptomes van desaparèixer.**

Senyalau la resposta correcta en relació amb la notificació de sospita de reacció adversa a medicament (RAM) en aquest cas:

- a) Atès que la RAM presentada ha estat lleu i ha desaparegut no s'ha de notificar.
- b) Es tracta d'una reacció adversa descrita a la fitxa tècnica del fàrmac, per la qual cosa no cal notificar-la.
- c) No es pot assegurar una relació de causalitat entre la presa del fàrmac i l'aparició dels símptomes, per la qual cosa no es pot notificar.
- d) És aconsellable notificar qualsevol tipus de sospita de RAM.

8. **Amb la informació donada a l'enunciat del cas clínic i seguint les directrius del programa d'atenció domiciliària (PAD), cal incloure la pacient en aquest programa?**

- a) No, el programa només inclou persones que, atesa la seva situació de salut, tenen dificultats per accedir al centre de salut i es poden beneficiar de l'atenció sanitària a domicili.
- b) No, el programa defineix com a població diana només les persones amb malalties cròniques complexes i/o avançades.
- c) Sí, totes les persones cuidadores principals dels pacients inclosos al programa formen part de la població diana.
- d) Les respostes a) i b) són veritables.

9. **Quin és el test adreçat a les persones cuidadores de pacients dependents per tal de valorar la càrrega provocada per la seva tasca?**

- a) Test de Pfeiffer.
- b) Test de Zarit.
- c) Escala de Braden.
- d) Escala de depressió de Yesavage.

- 10. La pacient ha sol·licitat una consulta telefònica. Refereix que està molt aclaparada, fa teletreball i, habitualment, pot combinar la seva activitat laboral amb la cura de la seva mare. Ara els seus fills tenen vacances i no la deixen treballar com cal. Pregunta si se li pot fer una baixa mèdica. Quins factors cal valorar abans de decidir fer-la o no?**
- a) No cal valorar cap factor, depèn del criteri de cadascú.
 - b) Cal fer la incapacitat temporal (IT), és un deure ajudar la pacient.
 - c) Cal valorar si hi ha una patologia, la seva professió i els requeriments de la seva feina. Si la suma d'aquests factors incapacita la pacient per fer la feina habitual, cal fer la IT.
 - d) Cal consultar-ho amb inspecció mèdica perquè no se sap què fer.
- 11. Atesa la situació d'angoixa referida per la pacient es decideix donar-li cita per a una valoració presencial. Hi va tard, però més tranquil·la que altres vegades, sense presses. Se sent sobrecarregada per la seva situació familiar, la cura de la mare les 24 hores del dia, els fills i el marit que és molt bona persona, però abusa de l'alcohol i s'enfada freqüentment. Sembla que és un bon moment per preguntar sobre la violència masclista, per què s'ha de fer ?**
- a) Per les característiques de la pacient (baixa autoestima i submissió).
 - b) El Protocol d'actuació sanitària davant la violència masclista a les Illes Balears recomana preguntar sobre aquest tema sistemàticament a totes les dones de més de 14 anys que acudeixen a una consulta d'atenció primària.
 - c) Ha dit que la seva parella abusa de l'alcohol i se sap que els homes que maltracten les parelles són alcohòlics o consumeixen altres drogues.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 12. Davant d'una resposta negativa, quines situacions, conductes, signes i símptomes han de fer sospitar que sí que pot estar patint-la i mantenir una actitud d'alerta?**
- a) Abús d'alcohol, psicofàrmacs o altres drogues.
 - b) Incompliment de cites o tractaments, ús repetit dels serveis d'urgències.
 - c) Cefalea, cervicàlgia, dolor crònic, marejos, dificultat respiratòria, etc.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

- 13. Senyalau la resposta falsa respecte a les recomanacions per a l'entrevista a una dona davant una sospita de maltractaments:**
- a) Cal atendre la dona sola.
 - b) Cal fer sentir la dona que no és culpable de la violència que pateix.
 - c) Cal transmetre un missatge d'esperança i que tot s'arreglarà fàcilment.
 - d) Se l'ha d'ajudar a pensar, a ordenar les idees i a prendre decisions.
- 14. Quina actuació no inclou el pla d'atenció a la dona que presenta indicadors de sospita i no reconeix patir maltractaments?**
- a) Registrar a la història clínica la sospita i l'actuació realitzada.
 - b) No cal informar la dona dels recursos de què disposa la nostra comunitat per ajudar les dones maltractades, ja que no reconeix el maltractament i no els utilitzarà.
 - c) Planificar visites de seguiment.
 - d) Treballar amb la dona la presa de consciència sobre les relacions de maltractaments i el seu impacte a la salut.
- 15. Al cap de tres dies torna a veure citada la pacient a l'agenda. Per a la seva sorpresa, no és ella qui acudeix sinó la seva parella. Refereix que nota la seva dona molt rara, més irritable que de costum. Està molt preocupat per ella i ens demana informació sobre què li passa i què ens ha explicat. Insisteix a ser informat per poder ajudar-la. Emparats a la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, es nega a proporcionar a la parella la informació sol·licitada. A efectes de la Llei esmentada, què s'entén per informació clínica ?**
- a) El document emès pel metge responsable en finalitzar cada procés assistencial d'un pacient.
 - b) Tota dada que permet ampliar coneixements sobre l'estat físic i la salut d'una persona.
 - c) El conjunt de documents que contenen informacions de qualsevol caràcter sobre la situació del pacient.
 - d) El suport de qualsevol mena que conté un conjunt de dades i informacions de caràcter assistencial.

- 16. Durant l'absència per vacances del metge va consultar per les molèsties abdominals habituals. Fins ara les atribuïa als «nervis», però un cosí seu acaba de ser diagnosticat de celiàquia i la preocupa poder tenir la mateixa malaltia, ja que a més està molt cansada.**

Senyalau la resposta falsa respecte a la malaltia celíaca:

- a) És una malaltia infradiagnosticada sovint ja que pot presentar uns símptomes molt inespecífics.
- b) La primera línia diagnòstica després de la sospita clínica és la determinació d'anticossos IgA anti TG i de nivells d'IgA total.
- c) Actualment, per al diagnòstic s'utilitzen els criteris de Catassi i per diagnosticar-la n'hi ha prou amb la troballa d'una clínica compatible i d'uns anticossos IgA específics per a la malaltia celíaca positius.
- d) Cal exhortar la pacient a no iniciar una dieta sense gluten sense acabar el procés diagnòstic.

- 17. Fa un mes va ser visitada per psiquiatria. Se li va retirar l'escitalopram i se li va pautar tianeptina 12,5 mg cada 24 hores. Refereix trobar-se més tranquil·la i demana reduir la dosi de clonazepam.**

Senyalau la resposta falsa en relació amb la prescripció racional i la desprescripció de benzodiazepines:

- a) S'ha de fer una reducció gradual de la dosi (10-25 % dosi cada 2-4 setmanes) fins a la retirada definitiva o l'aparició de símptomes d'abstinència.
- b) A l'inici d'una prescripció nova és aconsellable incidir en el risc de dependència i explicar els possibles símptomes d'abstinència en suspendre'l.
- c) El consum prolongat està relacionat amb l'augment del risc de demència en persones grans.
- d) En la desintoxicació alcohòlica és aconsellable prendre'n de manera prolongada.



- 18. Va a urgències acompanyada de la seva parella perquè ha patit un episodi de pèrdua de consciència mentre estava asseguda veient la televisió. Va començar a trobar-se malament, va sentir una gran debilitat acompanyada de calor i sudoració profusa. No recorda res més. Segons el seu acompanyant, es va despertar al cap d'uns minuts completament recuperada.**

Quin no s'ha de considerar suggestiu d'una etiologia de risc alt o d'una causa cardiogènica en avaluar una persona que ha patit un episodi sincopal?

- a) Una pressió arterial sistòlica inferior a 90 mmHg de manera mantinguda.
 - b) La presència de palpitations prèvies.
 - c) Un síncope en sedestació.
 - d) Els antecedents familiars de mort sobtada.
- 19. Se cita la pacient a les 48 hores per a control. Hi va sola. Diu que en realitat el síncope el va provocar una situació de por i tensió provocada per la seva parella. Reconeix patir maltractaments. En aquest context, què no ha de formar part d'un pla d'actuació sanitària ?**
- a) Valorar si la dona, les filles o els fills o altres convivents al seu càrrec es troben en situació de perill.
 - b) Derivar (si es considera necessari i encara que sigui sense el consentiment de la dona) als recursos adequats per a la situació en què es troba.
 - c) Plantejar l'elaboració d'una estratègia de seguretat davant d'una possible situació de risc.
 - d) Establir comunicació verbal amb l'equip de pediatria i treball social.



- 20. S'estableix un pla de consultes de seguiment per plantejar i afavorir la presa de decisions i iniciar canvis en la situació. Se n'ha anat del domicili familiar i viu a casa d'una germana amb els fills i la mare. Avui acudeix perquè ha canviat de feina i a la nova empresa li sol·liciten un informe d'aptitud i capacitat en relació amb les noves tasques laborals.**

Senyalau la resposta falsa respecte a l'informe que sol·licita:

- a)* Tot pacient o usuari té dret que se li facilitin els certificats acreditatius del seu estat de salut sense obviar-se informació sobre aptituds i capacitats o riscos per a activitats laborals.
- b)* No estan inclosos a la cartera de serveis i, per tant, no està indicat fer els informes en el cas d'avaluacions de l'aptitud, la capacitat o el risc per a activitats recreatives.
- c)* En general, el metge de família no ha de fer informes per a peritatges, hipoteques ni assegurances privades.
- d)* No s'han de fer certificats per obtenir permisos d'armes ni de conducció de vehicles.

Preguntes de reserva

- 21. La pacient va a una visita planificada de seguiment. Diu que es troba bé, encara que des d'ahir presenta disúria. Senyalau la resposta falsa en relació amb les cistitis agudes en la dona:**
- a) El tractament d'elecció a la cistitis aguda no complicada en la dona és la fosfomicina trometamol 3 g via oral en dosi única.
 - b) El tractament d'elecció a la cistitis aguda no complicada a la dona és la fosfomicina trometamol 3 g/24 hores via oral durant dos dies.
 - c) Els efectes indesitjables més freqüents de la fosfomicina trometamol són diarrea, nàusees, vòmits i augment de les transaminases.
 - d) Cal fer una anamnesi de pruija vaginal o de canvis en el flux per fer el diagnòstic diferencial amb les vulvovaginitis.
- 22. A la consulta de seguiment de neurologia es pauta un tractament amb diferents triptans segons la intensitat del dolor. Quin consell o informació sobre el tractament no se li ha de donar?**
- a) Si un triptà no és eficaç no invalida a la resta.
 - b) Poden utilitzar-se combinats amb ergotamínics.
 - c) En crisi s'han d'iniciar el més precoçment possible.
 - d) Un dels efectes secundaris més freqüents són els marejos.
- 23. ¿Quedar-se embarassada hauria augmentat la vulnerabilitat davant la violència masclista que pateix?**
- a) No, l'embaràs és una etapa feliç en què no es pot produir violència.
 - b) Sí.
 - c) No, un embaràs pot arreglar una relació.
 - d) Les respostes a) i c) són correctes.

24. Entre els problemes de salut figura la fibromiàlgia. Senyalau la resposta correcta en relació amb la fibromiàlgia:

- a) S'ha de sospitar en totes les dones d'entre 30 i 55 anys, amb dolor de més de tres mesos d'evolució, difús i multifocal, predominantment muscular. Se n'exclou l'exploració de punts dolorosos.
- b) La fatiga és el símptoma associat més comú.
- c) La fibromiàlgia ha de ser diagnosticada i tractada a l'atenció primària, com tots els processos crònics que requereixen abordatge biopsicosocial, sense necessitat d'altres especialistes per a la confirmació diagnòstica ni el seguiment.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

Cas 2. Dona de 79 anys pluripatològica amb complexitat clínica i necessitats d'atenció pal·liativa

N'Antònia té 79 anys. Té intolerància als antagonistes del calci dihidropiridínic. No fuma ni beu. Té hipertensió arterial i hipertrigliceridèmia. Des de fa 30 anys presenta DM2 amb malaltia renal crònica secundària a la nefropatia diabètica (actualment amb filtratge glomerular de 45 ml/min/1,73 m² i albuminúria de 20 mg/ml), retinopatia diabètica proliferativa fotocoagulada en dues ocasions que condicionen una disminució de l'agudes visual i neuropatia diabètica. L'Hba1c actual és del 8 %. A més, presenta insuficiència cardíaca de classe funcional NYHA II amb FEVI preservada (≥ 50 %) i gonàlgia bilateral progressiva que millora amb el repòs i analgèsics. No vol una interconsulta amb traumatologia per por que vulguin operar-la.

Situació basal: índex de Barthel de 95 (necessita ajuda per pujar o baixar esglaons). Test de Pfeiffer de 0 errors. Viu amb el seu marit, en un cinquè pis poc il·luminat amb ascensor, al mateix edifici on viu la seva filla de 52 anys.

Tractament farmacològic

- Carvedilol: 12,5 mg, 1-0-1.
- Losartan: 100 mg, 1-0-0.
- Indapamida: 1,5 mg, 1-0-0.
- Furosemida: 40 mg, 1-0-0.
- Àcid acetilsalicílic: 100 mg, 0-1-0.
- Omeprazole: 20 mg, 0-0-1.
- Atorvastatina: 20 mg, 0-0-1.
- Metformina: 500 mg, 1-0-1.
- Empagliflozina: 10 mg, 1-0-0.
- Insulina NPH: 0-0-30 UI.
- Fluoxetina: 20 mg, 1-0-0.
- Tramadol: 50 mg, 1-0-1.
- Ibuprofèn: 400 mg (no pautat a la RELE i que pren de vegades per al dolor dels genolls).

En general, està ben controlada de les malalties. Tot i això, en l'últim any ha ingressat quatre vegades, tres per descompensacions cardíques i una per deteriorament brusc de la funció renal secundària a una deshidratació, per la qual cosa es van suspendre temporalment els bloquejadors del sistema renina-angiotensina. En els dos darrers ingressos la pacient va precisar rehabilitació en un hospital d'atenció intermèdia durant dues setmanes per deteriorament funcional que va recuperar a l'alta.



1. **Senyalau la resposta falsa quant als objectius de control de la diabetis mellitus:**
 - a) El grau de compromís de la pacient i el consens amb ella són claus a l'hora de marcar els objectius terapèutics que s'han d'assolir.
 - b) Resulta prioritari com a objectiu evitar tant les hipoglucèmies com les hiperglucèmies simptomàtiques.
 - c) S'ha de recomanar un control estricte independentment dels anys d'evolució de la diabetis i les comorbiditats, i cercar un HbA1c d'entre el 6,5 % i el 7 % amb la finalitat de prevenir la mortalitat cardiovascular.
 - d) Es poden considerar objectius de control de l'HbA1c entre el 7 % i el 8 % atesa la llarga evolució de la diabetis i les comorbiditats.

2. **Quin dels següents fàrmacs que pren la pacient incrementa els valors sèrics de potassi i augmenta el risc d'hiperpotassèmia ?**
 - a) Ibuprofèn.
 - b) Furosemida.
 - c) Indapamida.
 - d) Insulina.

3. **Quin dels següents fàrmacs que pren la pacient requereix un ajustament de dosi en la malaltia renal crònica?**
 - a) Carvedilol.
 - b) Furosemida.
 - c) Atorvastatina.
 - d) Metformina.

4. **La pacient presenta un índex de Barthel de 95. Si es vol recollir més informació sobre la capacitat per realitzar la seva activitat habitual i mantenir la seva independència al medi on es troba, quin test s'ha d'utilitzar?**
 - a) Escala de Hamilton.
 - b) Índex de Charlson.
 - c) Escala de Lawton i Brody.
 - d) Escala de Braden.

5. **La pacient presenta 0 errors al test de Pfeiffer. Senyalau la resposta falsa en relació amb aquesta prova:**
- a) És una escala útil en la detecció de deteriorament cognitiu.
 - b) Serveix d'escala pronòstica en pacients amb demència establerta.
 - c) Avalua la memòria a curt i llarg termini, l'orientació i la capacitat de càlcul.
 - d) Les situacions clíniques com un nivell de consciència baix o la inatenció en un quadre confusional agut impedeixen fer-ho.
6. **Per a la valoració de la funció física, de la fragilitat i del risc de caigudes es decideix utilitzar el bateria curta d'exercici físic (en anglès *short physical performance battery, SPPB*).**
- Quins aspectes s'han avaluat en la pacient?**
- a) L'equilibri, la capacitat per pujar i baixar escales i la capacitat per seure i aixecar-se d'una cadira.
 - b) L'equilibri, la velocitat de la marxa i la capacitat per pujar i baixar escales.
 - c) L'equilibri, la velocitat de la marxa i la capacitat per seure i aixecar-se d'una cadira.
 - d) L'equilibri, la velocitat de la marxa i la resistència dels membres superiors.
7. **El resultat de la prova SPPB és inferior a 10 (probabilitat alta de fragilitat), per aquest motiu es prescriu a la pacient un programa d'exercicis multicomponent. Senyalau la resposta correcta en relació amb aquests programes:**
- a) Es basen en exercicis de màxima intensitat de resistència anaeròbica, en sessions de 60 minuts, cinc cops per setmana.
 - b) VIVIFRAIL és un programa de promoció de l'exercici físic per a la prevenció de la fragilitat i les caigudes d'ús exclusivament hospitalari.
 - c) No es recomana fer exercici al domicili de manera autoguiada ni amb l'ajuda de les tecnologies de la informació i la comunicació, de teleassistència o de telemonitorització. S'ha de fer amb l'assistència de professionals de forma presencial.
 - d) L'hàbit de fer activitat física es pot veure reforçat si hi ha suport social, com fer exercici en parella o en grup.



- 8. De les condicions següents que presenta la pacient, quina no es considera un factor de risc de caigudes?**
- a) Polimediació.
 - b) Artrosi.
 - c) Hipertrigliceridèmia.
 - d) Disminució de l'agudesesa visual.
- 9. Quin element és el més important per identificar-la com a pacient crònica complexa (PCC)?**
- a) Que el territori on viu disposi d'una ruta assistencial apropiada.
 - b) Els quatre ingressos recents.
 - c) La nefropatia diabètica i la insuficiència cardíaca com a malalties cròniques d'òrgan.
 - d) El possible benefici derivat de la identificació.
- 10. Quina és, respectivament, la prevalença poblacional aproximada de les persones amb malalties cròniques complexes i amb malalties cròniques avançades ?**
- a) 1 % i 0,5 %.
 - b) 4 % i 1 %.
 - c) 10 % i 1 %.
 - d) 15 % i 5 %.

La filla va a la consulta per explicar que ha estat ingressada durant tres mesos a l'hospital a causa d'un infart cerebral aterotrombòtic greu amb seqüeles importants. Ha presentat un deteriorament funcional sostingut i progressiu des de llavors. L'índex de Barthel actual és 15. Passa moltes hores del dia adormida a la butaca i no reconeix els seus familiars. Ara és incontinent i necessita absorbents de dia i de nit. Presenta una pèrdua de pes considerable i disfàgia de líquids.

- 11. Es decideix utilitzar el NECPAL 4.0 per identificar la pacient com a pacient crònic avançat (PCA). Aquest serà positiu si la pregunta sorpresa és negativa i presenta almenys un dels sis paràmetres NECPAL. Quina és la pregunta sorpresa?**
- a) Us sorprendria que aquesta persona morís al llarg del proper any?
 - b) Us sorprendria que aquesta persona morís al llarg dels dos propers anys?
 - c) Us sorprendria que aquesta persona morís en els propers sis mesos ?
 - d) Us sorprendria que aquesta persona morís en els propers tres mesos?
- 12. La versió 4.0 del NECPAL incorpora una proposta d'estratificació pronòstica de les persones identificades en tres estadis evolutius en funció del nombre de paràmetres afectats. Quin dels següents no és un paràmetre o factor positiu de valor pronòstic de l'eina?**
- a) Declivi funcional.
 - b) Declivi nutricional.
 - c) Dolor crònic sever.
 - d) Multimorbiditat.
- 13. Senyalau la resposta correcta en relació amb la disfàgia que presenta la pacient:**
- a) És molt probable que sigui de causa orofaríngia.
 - b) S'ha de sol·licitar una endoscòpia urgent per descartar un origen esofàgic.
 - c) El risc de complicacions com l'obstrucció de la via aèria, la pneumònia, la desnutrició o la deshidratació és molt baix.
 - d) S'ha d'alimentar la pacient amb xeringues o canyetes i evitar utilitzar culleres o tassons adaptats.



- 14. Com que es tracta d'una pacient polimedicada, es decideix fer una valoració sobre la medicació potencialment inadequada pel risc d'esdeveniments adversos clínics i de mortalitat.**

Quin instrument no cal utilitzar per valorar la prescripció inadequada de la pacient?

- a) Criteris de Beers.
- b) Criteris de STOPP/START.
- c) Less-CHRON.
- d) Test de Batalla.

- 15. Quina no es considera una estratègia adequada per reduir la polimedicació, optimitzar la farmacoteràpia i disminuir la iatrogènia per medicaments?**

- a) Constituir equips multi i interdisciplinaris en què hi hagi professionals de farmàcia, infermeria i medicina, entre d'altres professionals sanitaris.
- b) Millorar la comunicació entre professionals de diferents nivells assistencials i garantir la continuïtat de les cures en les transicions assistencials.
- c) Renovar de manera automàtica la medicació en els sistemes informàtics de prescripció electrònica (RELE).
- d) Implicar el pacient o el cuidador en la responsabilitat del tractament i en la presa de decisions compartida.

- 16. Senyalau l'opció correcta sobre la incontinència urinària en el pacient gran:**

- a) És més freqüent en homes que en dones.
- b) És una síndrome geriàtrica d'origen multifactorial en què poden coexistir dos o més mecanismes etiopatogènics.
- c) La incontinència urinària d'esforç (IUE) és la pèrdua d'orina que apareix precedida d'un desig imperiós d'orinar.
- d) La majoria dels fàrmacs per al tractament de la incontinència urinària presenten pocs efectes secundaris per la qual cosa s'han d'instaurar de manera precoç.



- 17. La filla comenta que fa dos dies que presenta somnolència excessiva durant el dia i fluctuació de l'atenció i del nivell de consciència amb inquietud durant la tarda-nit. Es mostra queixosa, ha disminuït la ingesta i s'ha agreujat la incontinència urinària. Quina actuació inicial és la més adequada?**
- a) Derivar a l'hospital per a valoració i fluidoteràpia.
 - b) Descartar una infecció urinària i/o una impactació fecal.
 - c) Indicar mesures de restricció física de dia i 2 mg d'haloperidol solució oral abans de ficar-se al llit.
 - d) Administrar dos sobres al dia d'acetat de megestrol.
- 18. Les mesures no farmacològiques iniciades en l'abordatge del *delirium* de la pacient no han resultat suficients i cal plantejar iniciar el tractament amb risperidona.**
- Senyalau la resposta correcta en relació amb aquest fàrmac:**
- a) El parkinsonisme és un efecte advers habitual.
 - b) No presenta risc d'hipotensió ortostàtica.
 - c) La seva via d'eliminació és renal.
 - d) La seva eficàcia terapèutica és molt superior a la resta de neuroleptics.
- 19. Després de la darrera visita, s'acorda amb la família fer un tractament simptomàtic de possibles complicacions, però no s'aplicaran mesures extraordinàries o desproporcionades atès el mal pronòstic vital de la pacient. Com s'anomena aquesta decisió?**
- a) Eutanàsia.
 - b) Limitació de l'esforç terapèutic.
 - c) Obstinació terapèutica.
 - d) Distanàsia.



- 20. Una setmana després la família avisa per debilitat extrema, prostració, disminució del nivell de consciència i incapacitat per ingerir aliments i medicació per via oral. Al domicili s'observen períodes d'apnea, raneres, cianosi i extremitats fredes.**

Senyalau l'opció correcta quant a l'atenció de la pacient:

- a) Quan la via oral no sigui possible, els fàrmacs s'han d'administrar per via intravenosa.
- b) S'ha d'explicar a la família que la manca d'ingesta és la causa de la situació i cal aconsellar que se li doni menjar i beguda.
- c) La butilescopolamina per via subcutània en embolades o per mitjà d'un infusor pot ser útil per al tractament de les raneres.
- d) Cal restringir les visites de familiars, amics, religiosos, etc. perquè estigui el més tranquil·la possible.

Preguntes de reserva

- 21. Segons el filtratge glomerular i l'albuminúria descrits en el cas, en quin estadi d'MRC de la KDIGO es troba la pacient?**
- a) G3aA1.
 - b) G3aA2.
 - c) G3bA1.
 - d) G3bA2.
- 22. Quins criteris orienten la identificació de pacients amb necessitats complexes?**
- a) Probabilitat alta de patir descompensacions amb molta simptomatologia i mal control.
 - b) Utilització alta de serveis (urgències, ingressos, etc.).
 - c) Exposició a discrepàncies entre diferents professionals o equips quant als criteris de gestió clínica.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 23. Quina no és una condició necessària per dur a terme el procés de planificació de decisions anticipades (PDA)?**
- a) Voluntarietat.
 - b) Irrevocabilitat.
 - c) Competència.
 - d) Informació.
- 24. Quines són les tres trajectòries al final de la vida o els patrons evolutius en les fases avançades-terminals?**
- a) Càncer, demència/fragilitat i insuficiències orgàniques.
 - b) Càncer, malalties neurodegeneratives i sida.
 - c) Demència, fragilitat i càncer.
 - d) Demència, fragilitat i accidents de trànsit.

Cas 3. Estratificació del risc cardiovascular i intervenció individualitzada en un home de 52 anys

El pacient explica que li han trobat una alteració a l'electrocardiograma del reconeixement mèdic de la feina.

Té 52 anys. És fumador de 20 paquets a l'any. No consumeix alcohol. Porta una vida sedentària i una dieta rica en carns processades i de baix contingut en fruites i vegetals. Treballa de cambrer. Antecedents familiars: mare hipertensa. No hi ha dades familiars de malaltia cardiovascular prematura ni de miocardiopatia hipertròfica. No té malalties conegudes.

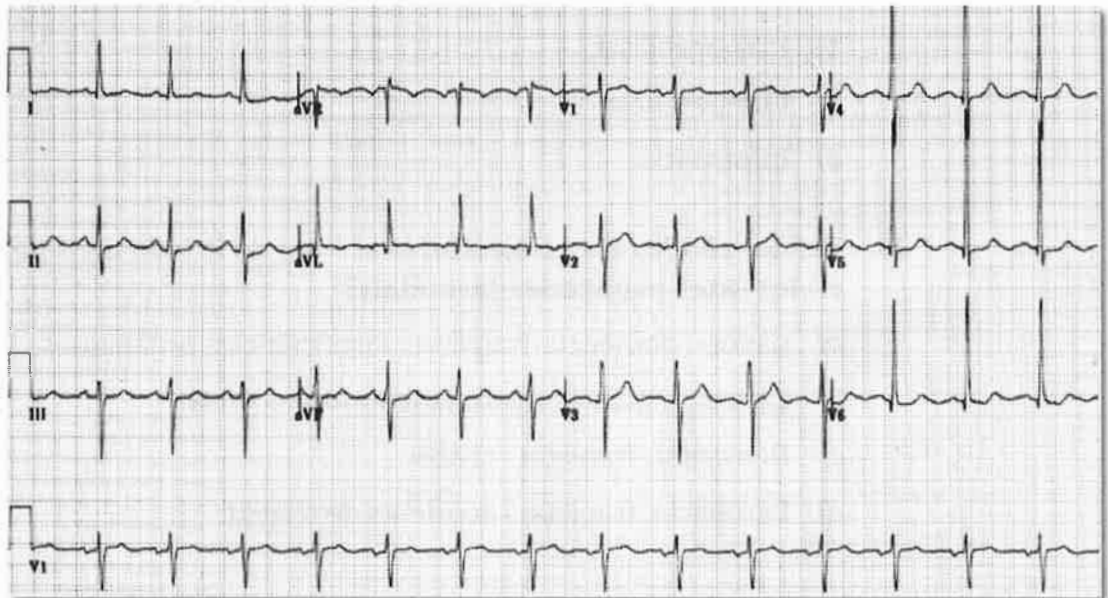
És la primera vegada que acudeix amb cita a demanda i tan sols consta un registre de pressió arterial de 128/80 mmHg de fa deu anys. Últimament treballa molt, es troba estressat i una mica més cansat del que és habitual però no refereix altres símptomes.

A l'exploració física a consulta destaca: pes, 106 kg; talla, 178 cm; IMC, 33,5; perímetre abdominal, 115 cm; PA clínica de 129/83 mmHg. Auscultació cardiopulmonar normal i polsos presents i simètrics a les extremitats inferiors. Oftalmoscòpia directa normal.

Es revisen les exploracions complementàries realitzades a la revisió laboral.

Analítica: hemograma normal; glucosa, 92 mg/dl; creatinina sèrica, 0,88 mg/dl; colesterol total, 237 mg/dl; triglicèrids, 142 mg/dl; TSH normal.

Electrocardiograma



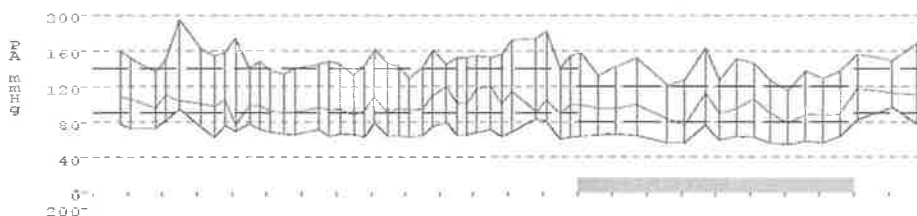
1. En observar l'ECG que aporta el pacient, quin és el diagnòstic més probable i l'actitud que cal seguir?

- a) Fibril·lació auricular. S'ha d'iniciar un tractament amb betabloquejadors i anticoagulants orals i s'ha de derivar preferent a cardiologia per a una cardioversió.
- b) Síndrome de Wolff-Parkinson-White. S'ha de derivar preferent a cardiologia per a una ablació amb catèter.
- c) Hipertròfia ventricular esquerra. S'ha de fer un estudi d'una possible hipertensió arterial.
- d) Bloqueig de segon grau Mobitz II. S'ha de derivar a l'hospital per a un implant de marcapassos.

Se sol·liciten més proves complementàries. Analítica: hemograma normal; glucosa, 89 mg/dl; HbA1c, 6,1%; creatinina sèrica, 0,89mg/dl; filtrat glomerular MDR/CKD-EPI, 98,3 mL/min/1,73 m²; urats, 5,5 mg/dl; sodi, 137 mEq/L; potassi, 4,2 mEq/L; colesterol total, 225 mg/dl; colesterol d'LDL, 160 mg/dl; colesterol d'HDL, 35 mg/dl; triglicèrids, 150 mg/dl. Quocient albúmina/creatinina, 8 mg/g. Monitorització ambulatòria de la pressió arterial (MAPA) de 24 hores.

PERIODO	Hora	Muestras	Med. Sis mmHg (+DE)	Med. Dia mmHg (+DE)	Med. FC lpm (+DE)	Carga TA Sis %	Carga TA Dia %
En general	7:00-7:00 (24)	37	148 (15,1)	69 (8,9)	79 (10,6)	82,5	3,5
Diurno	7:00 - 23:00	28	153 (13,6)	72 (8,5)	84 (9,1)	78,6	4,8
Nocturno	23:00-7:00	9	140 (14,1)	66 (5,7)	69 (4,7)	93,3	0

Desc. noc.: Sis = 8,5% Dia= 8,3%



2. Quin fenotip d'hipertensió arterial presenta segons la pressió arterial clínica i la pressió arterial ambulatòria?

- a) Hipertensió arterial de bata blanca.
- b) Normotensió.
- c) Hipertensió arterial sostinguda.
- d) Hipertensió emmascarada.

3. Quin patró circadià s'observa a la MAPA?

- a) *Non-dipper.*
- b) *Riser.*
- c) *Dipper extrem.*
- d) *Dipper.*

4. Quina estratègia de tractament per a la hipertensió arterial és la més adequada en aquest moment?

- a) Iniciar immediatament un tractament farmacològic i modificacions en l'estil de vida.
- b) Iniciar un tractament antihipertensiu si després de diverses setmanes la pressió arterial no està controlada.
- c) Iniciar un tractament antihipertensiu si després de tres mesos de modificacions a l'estil de vida la pressió arterial no està controlada.
- d) Iniciar un tractament antihipertensiu si després de sis mesos de modificacions a l'estil de vida la pressió arterial no està controlada.

5. Quina recomanació cal fer per a un bon control de la hipertensió arterial?

- a) Restringir el contingut de sal a la dieta a menys de 15 grams al dia.
- b) Realitzar almenys trenta minuts d'exercici anaeròbic al dia, tres cops per setmana.
- c) Aconseguir un IMC d'entre 20 i 25 kg/ m².
- d) Abandonar el consum de cafeïna.

6. L'European Society of Cardiology (ESC) a la seva guia de 2021 sobre la prevenció de la malaltia cardiovascular a la pràctica clínica recomana l'ús de les taules SCORE2 i SCORE2-OP per estratificar el risc cardiovascular dels pacients.

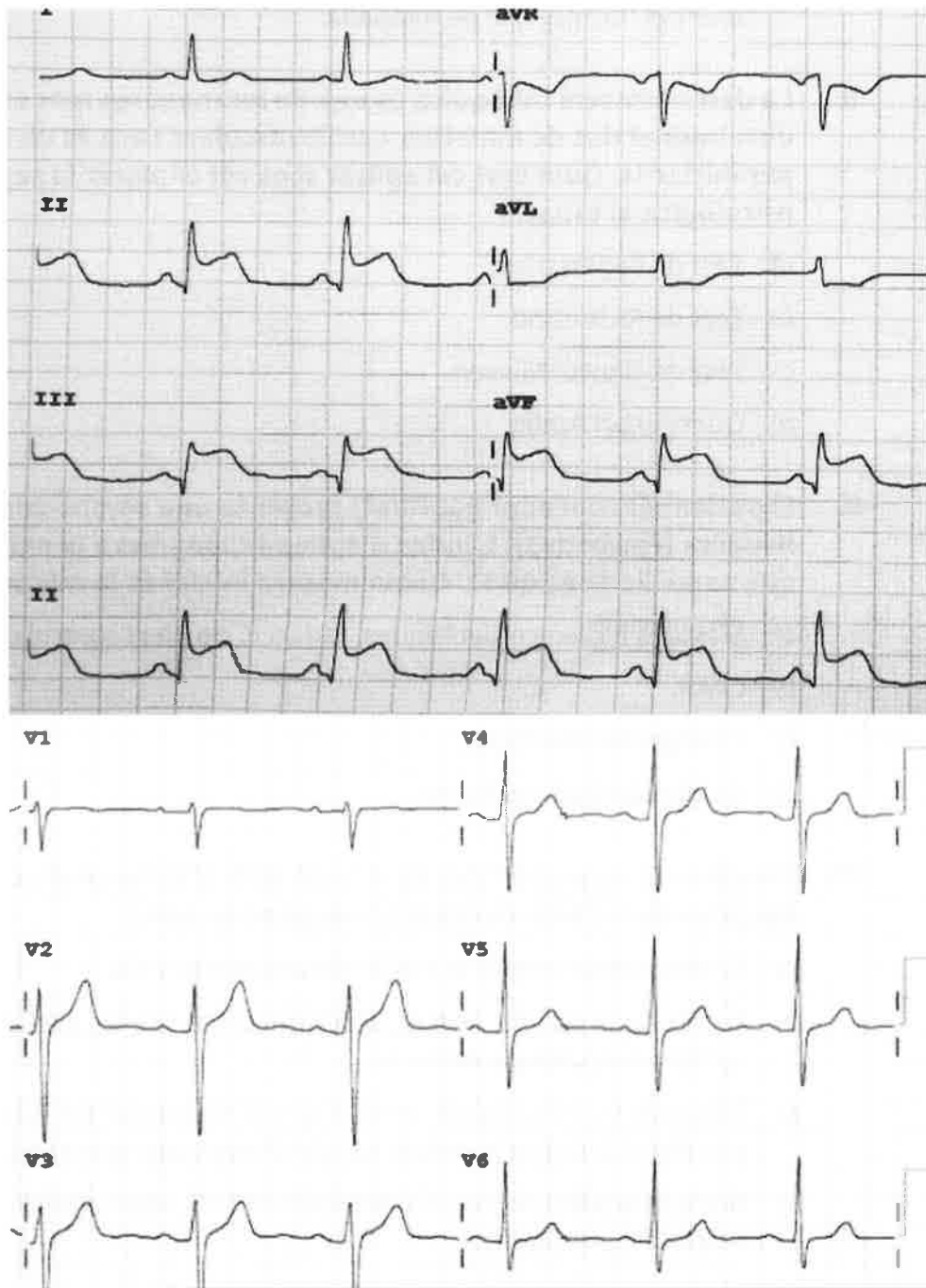
Senyalau la resposta falsa en relació amb aquestes taules:

- a) Estan calibrades per a quatre grups de països (risc cardiovascular baix, moderat, alt i molt alt).
- b) S'apliquen a persones amb malaltia renal crònica i en dislipèmies genètiques.
- c) Estimen el risc a deu anys d'esdeveniments cardiovasculars mortals i no mortals.
- d) Utilitzen el colesterol no HDL.



7. **Després de la intervenció realitzada sobre la hipertensió arterial, cal explicar la necessitat d'intervenir sobre els altres factors de risc. Quines consideracions cal tenir en compte per al tractament de la dislipèmia?**
- a) Un enfocament gradual no compromet la consecució dels objectius i s'associa amb menys efectes secundaris i amb més satisfacció del pacient.
 - b) Cal aconseguir un objectiu de colesterol d'LDL inferior a 115 mg/dl.
 - c) Si no s'assoleix l'objectiu de colesterol d'LDL amb la dosi màxima d'estatina tolerada, cal combinar-lo amb un inhibidor de la PCSK9.
 - d) Si es pauta una estatina de potència alta cal recomanar al pacient no fer exercici físic pel risc de miopatia.
8. **La deshabitució tabàquica és una de les mesures més eficaces per disminuir el risc de malalties cardiovasculars i ara és un moment clau per iniciar-la. Quin test cal aplicar si es vol explorar la seva dependència psicològica al tabac?**
- a) Test de Fagerström.
 - b) Test de Richmond.
 - c) Test de Glover-Nilsson.
 - d) Qüestionari Audit.
9. **El pacient és roncador habitual i presenta una somnolència diürna lleugera (Epworth 3). L'índex d'apnea-hipoapnea a la polisomnografia que se sol·licita és de 12. Quina mesura inicial és la més adequada?**
- a) Mesures higienicodietètiques, reducció de pes i control evolutiu.
 - b) CPAP.
 - c) Cirurgia maxil·lofacial.
 - d) Oxigenoteràpia nocturna.
10. **Senyalau la resposta falsa en relació amb el colesterol no unit a lipoproteïnes d'alta densitat (colesterol no HDL):**
- a) Es determina restant el c-HDL del colesterol total.
 - b) El colesterol no HDL té tota la informació sobre les apolipoproteïnes que contenen apolipoproteïna B.
 - c) Diferents estudis han demostrat que el colesterol no HDL té una correlació més bona amb el risc cardiovascular que el c-LDL.
 - d) No hi ha evidència que el colesterol no HDL sigui un indicador de colesterol aterogènic.

Al cap de sis mesos acudeix a urgències del centre de salut per dificultat respiratòria. L'acompanya la seva parella, que explica que no ha seguit les recomanacions d'estil de vida i que no es pren les pastilles. Ell gairebé no pot parlar, impressiona de gravetat. Presenta un quadre clínic de dispnea de repòs associat a dolor toràcic de trenta minuts d'evolució, amb sensació opressiva, que s'irradia cap a la mandíbula i l'extremitat superior esquerra. No tolera el decúbit. Tensió arterial: 85/45 mmHg; freqüència cardíaca: 75 bpm ; freqüència respiratòria: 22 rpm. Saturació d'oxigen per pulsioximetria: 93 %. En l'auscultació cardiopulmonar destaca un tercer to cardíac i raneres crepitants. A l'electrocardiograma s'observa la següent alteració. Les derivacions dretes (V3R, V4R) i posteriors (V7, V8 i V9) que se sol·liciten són normals.



- 11. Quina és la sospita diagnòstica?**
- Infart agut de miocardi inferior.
 - Infart agut de miocardi anterior.
 - Infart agut de miocardi lateral.
 - Infart agut de miocardi posterior.
- 12. Què no està indicat a l'abordatge inicial?**
- Administrar 0,4 mg de nitroglicerina a repetir cada cinc minuts (màxim tres vegades) si persisteix el dolor.
 - Iniciar àcid acetilsalílic tan aviat com sigui possible.
 - Oxigenoteràpia.
 - Monitorització electrocardiogràfica urgent.
- 13. La màxima mortalitat per infart de miocardi es produeix a les primeres dues hores de l'inici dels símptomes, per la qual cosa s'ha d'activar el codi infart com més aviat millor. Quina és la causa de mort més freqüent abans d'arribar a l'hospital?**
- Ruptura cardíaca.
 - Fibril·lació ventricular.
 - Asistòlia.
 - Accident cerebrovascular.
- 14. El pacient és traslladat a l'hospital per a una angioplàstia coronària transluminal percutània primària. No obstant això, quan aquesta no és possible a les primeres hores cal plantejar-se un tractament fibrinolític. Quina de les següents no es considera una contraindicació per al tractament amb trombólisi?**
- Hipertensió arterial refractària (pressió arterial sistòlica superior a 220 mmHg).
 - Pacient de més de 70 anys.
 - Ictus isquèmic durant els sis mesos previs.
 - Parada cardíaca amb reanimació prolongada.

- 15. Durant l'ingrés ha presentat una evolució clínica satisfactòria. A l'ecocardiograma d'abans de l'alta hospitalària presenta una fracció d'ejecció del 35 %. Quin dels següents grups farmacològics no han demostrat augmentar la supervivència en aquesta situació?**
- Blocadors beta.
 - IECA / ARA II.
 - Antialdosterònics.
 - Diürètics de nansa.
- 16. Quin objectiu terapèutic de colesterol d'LDL es recomana assolir després de l'infart?**
- Un objectiu de colesterol d'LDL inferior a 70 mg/dl i una reducció superior o igual al 50 % dels valors basals.
 - Un objectiu de colesterol d'LDL inferior a 100 mg/dl i una reducció superior o igual al 50 % dels valors basals.
 - Un objectiu de colesterol d'LDL inferior a 55 mg/dL i una reducció superior o igual al 50 % dels valors basals.
 - L'objectiu terapèutic de colesterol d'LDL passa a ser secundari ara, cal aconseguir un colesterol d'HDL superior a 35 mg/dL.
- 17. Les estatines i l'ezetimiba, juntament amb els canvis d'estil de vida, són el tractament d'elecció en la prevenció secundària. No obstant això, de vegades no són suficients per aconseguir els objectius terapèutics. Senyalau la resposta correcta en relació amb els inhibidors de la PCSK9 (alirocumab i evolocumab):**
- Estan indicats en adults amb una malaltia cardiovascular ateroscleròtica establerta, en pacients en què no es pugui utilitzar una estatina.
 - L'alirocumab en combinació amb estatines ha demostrat reduir els nivells de colesterol d'LDL entre un 39 % i un 62 % en comparació amb un placebo.
 - Els PCSK9 són fàrmacs de prescripció hospitalària.
 - Totes les respostes anteriors són correctes.



- 18. Cal insistir al pacient en els beneficis de deixar de fumar. Senyalau la resposta falsa:**
- a) Als vint minuts sense fumar els nivells de tensió arterial i pols disminuiran als seus valors basals.
 - b) En un o dos anys el risc de tenir un infart o una angina es redueix a la meitat, i als tres anys és pràcticament el de les persones no fumadores.
 - c) Després de 24 hores el risc de mort sobtada disminueix.
 - d) En dos anys es redueix a la meitat el risc de patir càncer de pulmó.
- 19. A l'exploració abdominal es palpa una massa abdominal pulsativa per la qual cosa es fa una ecografia a consulta. S'hi observa una dilatació de l'aorta abdominal per sota de les artèries renals.**
- Senyalau l'opció falsa respecte a aquesta entitat:**
- a) L'aneurisme abdominal de l'aorta (AAA) es defineix com una dilatació permanent que supera els 30 mm de diàmetre.
 - b) Cal fer un seguiment a tots els pacients amb un AAA de 30 a 44 mm de diàmetre mitjançant una ecografia abdominal.
 - c) S'ha de derivar al servei de cirurgia vascular a qualsevol pacient amb un AAA de diàmetre superior o igual a 45 mm.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 20. Senyalau la resposta falsa en relació amb el tractament de la hipertensió arterial en diferents malalties cardiovasculars:**
- a) El tractament de la hipertensió arterial té un impacte important en la reducció del risc d'insuficiència cardíaca i d'hospitalització per insuficiència cardíaca.
 - b) La reducció de la pressió arterial pot portar a la regressió de la hipertròfia ventricular esquerra i acompanya una reducció de les complicacions cardiovasculars i de la mortalitat.
 - c) Per assolir els objectius de pressió arterial recomanats en pacients amb malaltia renal crònica es requereix un tractament combinat de dos bloquejadors del sistema renina-angiotensina (SRA).
 - d) Els estudis sobre el tractament antihipertensiu (controlats amb placebo) dels pacients amb antecedents d'ictus o accident isquèmic transitori, clínicament estables i amb una pressió arterial superior a 140/90 mmHg han mostrat que la reducció de la pressió arterial disminueix el risc de recurrència del ictus.

Preguntes de reserva

- 21. Senyalau la resposta falsa quant a la teràpia farmacològica per deixar de fumar:**
- a) La teràpia substitutiva amb nicotina (TSN) resulta més efectiva si es combina un pegat d'alliberament sostingut amb un de forma ràpida.
 - b) El bupropió pot augmentar el risc convulsiu, per la qual cosa està contraindicat en persones amb antecedents de crisis convulsives.
 - c) La vareniclina no és més eficaç que el bupropió.
 - d) La citisina està contraindicada en l'angina inestable i l'infart recent.
- 22. Quina de les proves complementàries següents no s'ha de sol·licitar en una primera visita per avaluar el risc cardiovascular d'un pacient aparentment sa?**
- a) Perfil lipídic (colesterol total, cHDL, triglicèrids, colesterol no-HDL i cLDL).
 - b) HbA1c.
 - c) Filtratge glomerular i albuminúria.
 - d) Genotip d'apolipoproteïna E.
- 23. En quina localització de l'infart agut de miocardi no es produeixen ones Q a l'electrocardiograma de 12 derivacions?**
- a) Anterior.
 - b) Lateral.
 - c) Inferior.
 - d) Posterior.
- 24. Què presenta aquest pacient segons el valor d'IMC?**
- a) Obesitat greu (grau II).
 - b) Sobrepès.
 - c) Obesitat mòrbida (grau III).
 - d) Obesitat moderada (grau I).

Cas 4. Dona de 77 anys amb factor de risc cardiovascular que presenta cardiopatia

Acudeix a la consulta la senyora Maria, de 77 anys, amb antecedents de tabaquisme de cinc cigarretes al dia des dels 18 fins als 50 anys, perquè des de fa un o dos mesos presenta un quadre clínic de dispnea progressiva en els esforços moderats (NYHA III), bendopnea, ortopnia d'un coixí i edemes en ambdós membres inferiors que la mateixa pacient atribueix a la calor.

Després d'una exploració física dirigida i de fer-li proves diagnòstiques es reporten les següents troballes rellevants:

- Exploració física: TA a consulta de 139/89 mmHg. Sense ingurgitació jugular a 45°. Auscultació cardiopulmonar: tons cardíacs rítmics amb un buf (grau I-II) panfocal i subcrepitants a les dues bases.
- Analítica: glucosa, 127 mg/dl (primera xifra en dejú superior a 126 mg/dl); HbA1c, 6,6%; colesterol total, 220 mg/dl; colesterol d'HDL, 40 mg/dl; triglicèrids, 135 mg/dl; colesterol d'LDL per Friedewald de 143 mg/dl; FG de 78 ml/min/1,73 m²; índex alb/creat de 20 mg/dl; TSH de 2 mUI/L; peptid natriurètic (BNP), 2.100 pg/mL.
- Radiografia de tòrax: cardiomegalia amb patró de redistribució vascular.
- Electrocardiograma en ritme sinusal a 80 bpm, PR de 0,13 segons, eix QRS a 30°, ona Q significativa a la cara inferior (DII, DIII i aVF), Sokolow-Liò de 38 mm i voltatge de Cornell de 25 mm.
- Ecocardiograma transtoràcic que s'informa com ventricle esquerre hipertròfic moderat de predomini septal, no obstructiu, fracció d'ejecció del ventricle esquerre mesurat per Teicholz de 39 %, aurícula esquerra lleugerament dilatada (45 mm) i alteració de la contractilitat segmentària a la cara inferior.
- Ecografia renal: tots dos ronyons en situació normal, disminució de la mida del ronyó dret (8 cm) amb aprimament de l'escorça renal i mala diferenciació entre l'escorça i el sinus renal.

1. Senyalau el diagnòstic correcte referent a la pacient:

- a) Glucèmia basal alterada.
- b) Prediabetis.
- c) Diabetis mellitus tipus 2.
- d) Intolerància oral a la glucosa.



2. Senyalau la resposta falsa:

- a) La malaltia cardiovascular és la segona causa de mort en pacients amb diabetis mellitus.
- b) La malaltia renal diabètica és la primera causa de malaltia renal crònica terminal que necessita diàlisi.
- c) La retinopatia diabètica és la primera causa de ceguesa prevenible en els països desenvolupats.
- d) El peu diabètic té una mortalitat del 70 % als cinc anys de l'amputació.

3. Senyalau la resposta més encertada segons les recomanacions de la xarxa GDPS 2020, si es prioritza el grau de control glucèmic:

- a) Iniciar tractament amb metformina i reavaluar en 3-6 mesos.
- b) Iniciar tractament amb repaglinida i reavaluar en 3-6 mesos.
- c) Iniciar tractament no farmacològic (dieta, exercici) i reavaluar en 3-6 mesos.
- d) Iniciar tractament amb inhibidors de la dipeptidil-peptidasa IV (IDPP4) i reavaluar en 3-6 mesos.

4. Senyalau la resposta correcta quant als objectius metabòlics de control per a la pacient, recollit a la guia europea de cardiologia de l'any 2021:

- a) HbA1c inferior al 6 %.
- b) Colesterol d'LDL inferior a 55 mg/dl.
- c) Colesterol d'LDL inferior a 100 mg/dl.
- d) Colesterol d'HDL superior a 40 mg/dl.

5. Quina de les proves analítiques següents ha demostrat ser més eficaç per detectar persones amb un risc alt de malaltia cardiovascular?

- a) Glucosa basal.
- b) Glucosa postprandial (dues hores després de la ingesta).
- c) Sobrecàrrega oral amb 75 g de glucosa.
- d) HbA1c.



6. **Senyalau l'associació correcta tal com s'especifica a la fitxa tècnica de l'AEMPS sobre la metformina:**
- a) FG 60-89 ml/min: la dosi màxima de metformina és 4.000 mg.
 - b) FG 45-59 ml/min: la dosi màxima de metformina és 2.000 mg.
 - c) FG 30-40 ml/min: la dosi màxima de metformina és 1.500 mg.
 - d) FG inferior a 30 ml/min: la dosi màxima de metformina és 500 mg.
7. **En cas d'iniciar un tractament amb inhibidors de la SGLT2, quin dels efectes secundaris següents no s'ha d'esperar trobar?**
- a) Infeccions genitourinàries.
 - b) Edemes.
 - c) Hipotensió ortostàtica.
 - d) Cetoacidosis diabètica.
8. **Quin d'aquests agonistes GLP-1 és l'únic disponible per a l'administració injectada i oral?**
- a) Dulaglutida.
 - b) Liraglutida.
 - c) Semaglutida.
 - d) Exenatida.
9. **En quin estadi de malaltia renal crònica (MRC) es classifica aquesta pacient en funció del seu filtrat glomerular de 78 ml/min/1,73 m² i del seu índex alb/creat en orina de 20 mg/dl?**
- a) G1A1.
 - b) G2A2.
 - c) G2A1.
 - d) G1A2.
10. **Segons l'estratègia de l'MRC a les Illes Balears actualitzada l'any 2022, quan s'ha de derivar la pacient al servei de nefrologia?**
- a) Quan l'índex albumina/creatinina en orina superior a 200 mg/g no millora amb IECA.
 - b) Quan hi ha un mal control de la TA amb tres o més fàrmacs a dosis plenes (un d'ells un diürètic).
 - c) Quan hi ha una hematúria persistent sense descartar, causa urològica.
 - d) S'han de derivar tots quan coexisteix una diabetis mellitus.

- 11. Quan se sospita que una ona Q a l'ECG és patològica?**
- a) Quan presenta una amplada superior a 0,02 seg. (0'5 mm).
 - b) Quan presenta una alçada superior al 10 % del QRS.
 - c) Quan s'observa a V1-V3.
 - d) Quan presenta una amplitud (profunditat) superior a 0,04 mV (1 mm).
- 12. Senyalau la resposta més encertada quant al diagnòstic de la insuficiència cardíaca:**
- a) La dispnea és el símptoma amb menys sensibilitat.
 - b) L'ortopnea i la dispnea paroxística nocturna són els símptomes més útils per al seu diagnòstic.
 - c) Un electrocardiograma no té utilitat diagnòstica.
 - d) La dispnea presenta una especificitat molt alta.
- 13. Senyalau les dues principals causes d'insuficiència cardíaca:**
- a) L'hipotiroïdisme i l'obesitat.
 - b) El consum excessiu d'alcohol i prendre fàrmacs antiarítmics.
 - c) L'anèmia greu i les arrítmies auriculars.
 - d) La hipertensió arterial i la cardiopatia isquèmica.
- 14. Segons la guia de pràctica clínica europea (ESC) i l'americana (AHA) en la seva darrera actualització, es pot afirmar que la pacient presenta:**
- a) Insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció lleugerament reduïda.
 - b) Insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció conservada.
 - c) Insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció reduïda.
 - d) Insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció millorada.
- 15. Senyalau la resposta falsa:**
- a) La principal causa d'insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció reduïda és la cardiopatia isquèmica.
 - b) La principal causa d'insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció conservada és la hipertensió arterial i la fibril·lació auricular.
 - c) La insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció conservada presenta una clínica escassa i inespecífica.
 - d) La reducció de la fracció d'ejecció del ventricle esquerre no té valor pronòstic.



- 16. En afirmar que la pacient presenta una dispnea de grau III segons la New York Heart Association (NYHA), a què es refereix?**
- a) Una activitat lleu, inferior a l'habitual, li provoca clínica.
 - b) L'exercici físic habitual no li provoca símptomes.
 - c) L'activitat habitual provoca dispnea, fatiga o palpitations.
 - d) Incapacitat per fer qualsevol activitat física. Síntomes en repòs.
- 17. Si se sospita una insuficiència cardíaca no aguda a la consulta d'atenció primària, quina d'aquestes proves complementàries no s'ha de sol·licitar com a estudi inicial?**
- a) Electrocardiografia.
 - b) Radiografia de tòrax.
 - c) Espirometria forçada amb prova broncodilatadora.
 - d) Prova de TSH.
- 18. Senyalau la resposta correcta quant al paper de l'ecocardiografia en la insuficiència cardíaca:**
- a) És la prova d'imatge d'elecció per establir el diagnòstic.
 - b) No es recomana que es faci a tots els pacients amb sospita d'insuficiència cardíaca.
 - c) No serveix per fer un seguiment i avaluar el pronòstic.
 - d) La millor mesura que avalua la funció sistòlica del ventricle esquerre és el TAPSE (inferior a 1,6 cm).
- 19. Quins patrons de dispnea són una mica més específics de la insuficiència cardíaca que d'altres malalties?**
- a) Ortopnea.
 - b) Dispnea paroxística nocturna.
 - c) Bendopnea o dispnea en inclinar-se cap endavant durant els primers 30 segons.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.



20. Amb què està contraindicat combinar un tractament amb sacubitril/valsartan?

- a) IECA.
- b) Calcioantagonistes.
- c) Diürètics tiazídics.
- d) Blocadors beta.

Preguntes de reserva

- 21. Quines mesures no farmacològiques cal recomanar a la pacient?**
- a) Restricció hídrica per sota de 1,5 L/dia en fase estable.
 - b) Restricció del consum de sal per sota de 3 g/dia en fase estable.
 - c) Pesar-se quatre vegades a la setmana en pacients estables amb CF NYHA II.
 - d) Exercici aeròbic regular (4-5 vegades/setmana) adaptat a la tolerabilitat del pacient.
- 22. Quin d'aquests tractaments farmacològics no ha demostrat reduir la progressió i la mortalitat en la insuficiència cardíaca amb FE reduïda ?**
- a) IECA/ARAI.
 - b) BloCADORS beta.
 - c) Antagonistes del receptor mineralocorticoide/aldosterona (ARM).
 - d) Diürètics de nansa.
- 23. Senyalau la resposta correcta en relació amb l'ús de blocadors beta en la insuficiència cardíaca amb FE reduïda:**
- a) Està indicat en tots els pacients amb IC amb FE reduïda.
 - b) És recomanable iniciar el tractament com més aviat millor, encara que no estigui estable.
 - c) No és segur mantenir-lo en cas de descompensació.
 - d) Si se suspèn, millor si es fa bruscament.
- 24. Senyalau la resposta correcta quant al tractament farmacològic de la insuficiència cardíaca amb FE conservada:**
- a) El seu abordatge se centra en el tractament dels símptomes.
 - b) Actualment no existeix cap fàrmac que hagi demostrat que millora la morbimortalitat.
 - c) Cal tractar les comorbiditats associades (HTA, DM, ACxFA, etc.)
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

Cas 5. Dona de 44 anys, asmàtica i amb lesions a la pell

Na Dolores és una dona de 44 anys, natural de Sevilla, que acudeix sense cita al centre de salut per primera vegada. Fa poc temps que és a l'illa després de mudar-se per motius de feina.

Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, fumadora des dels 16 anys de deu cigarretes al dia, diu que no té altres hàbits tòxics. No presenta factors de risc cardiovascular.

Refereix tenir asma «des de fa anys» i havia fet servir salbutamol inhalat a demanda, però fa gairebé un any que no el necessita.

No té fills. Pren anticonceptius orals (etinilestradiol 0,03 mg/levonogestrel 0,15 mg) des dels 25 anys.

Refereix que des de fa tres o quatre dies té tos amb poca expectoració, sensació distèrmica no termometrada, malestar general i sensació de manca d'aire lleu quan camina de pressa.

Presenta febrícula de 37,7 °C, eupneica, no es detecten troballes específiques a l'auscultació pulmonar. La saturació d'oxigen és del 98 %.

1. Senyalau la resposta correcta en relació amb la conducta a seguir:

- a) Cal sol·licitar de manera urgent una radiografia de tòrax per descartar una pneumònia.
- b) Cal fer una aproximació diagnòstica d'infecció lleu de les vies respiratòries i cal pautar un tractament simptomàtic.
- c) S'ha de pautar un tractament antibiòtic amb macròlid si hi ha sospita d'una sobreinfecció bacteriana, ja que és asmàtica.
- d) Cal dir que deixi de fumar i que la propera vegada demani cita perquè no és un motiu urgent.



2. **Al cap de tres dies va a la consulta per persistència de la tos, expectoració abundant, dolor pleurític i febre persistent de 38 °C tot i prendre 650 mg de paracetamol cada vuit hores. Té una temperatura de 37,8 °C i en l'auscultació pulmonar es detecta, com a únic soroll, crepitants a la base pulmonar dreta. La saturació d'oxigen és del 97%. Quina és l'actitud adequada ?**
- a) Pautar 50 mg de prednisona i 500 mg d'azitromicina durant tres dies.
 - b) Mantenir una actitud expectant i citar-la l'endemà per veure l'evolució i dir-li que si empitjoren els símptomes vagi a urgències.
 - c) Sol·licitar de manera urgent una radiografia de tòrax per descartar una pneumònia i pautar un tractament segons el resultat.
 - d) Pautar salbutamol i budesonida inhalats, tractament antibiòtic amb 500 mg d'azitromicina durant tres dies i derivar el pneumòleg de manera ordinària per al control de l'asma.
3. **Davant el diagnòstic confirmat de pneumònia no complicada, quin és el tractament d'elecció?**
- a) 1 g d'amoxicil·lina cada vuit hores via oral durant cinc o set dies.
 - b) 400 mg de cefditorèn cada dotze hores durant cinc dies.
 - c) 500 mg d'azitromicina cada 12 hores durant 3 dies.
 - d) 500 mg de levofloxacina cada vint-i-quatre hores durant set dies.
4. **Tres mesos després d'haver superat el procés infecciós, va a la consulta per demanar «receptes de Ventolin™», ja que des de fa un mes necessita usar-lo dues o tres vegades al dia ja que «s'ofega durant la feina», cosa que limita la seva activitat. No ha anat a urgències en cap ocasió i a la nit no necessita l'inhalador. Està eupneica i l'auscultació pulmonar és normal. La saturació d'oxigen és del 98 %. Pel que fa a l'actitud que s'ha de tenir, quin ha de ser el primer pas?**
- a) Completar l'anamnesi sobre el suposat diagnòstic d'asma i sol·licitar una espirometria amb una prova broncodilatadora l'endemà amb infermeria.
 - b) Completar l'anamnesi sobre el suposat diagnòstic d'asma, mantenir el salbutamol a demanda i derivar al pneumòleg per la via ordinària.
 - c) Completar l'anamnesi sobre el suposat diagnòstic d'asma, receptar salbutamol i pautar corticoteràpia 30 mg/dia via oral durant cinc dies.
 - d) Completar l'anamnesi sobre el suposat diagnòstic d'asma, donar consell antitabac i citar amb infermeria per iniciar la deshabitució tabàquica.

- 5. En una espirometria es considera que la prova broncodilatadora és positiva si es compleix que:**
- a) La diferència de FEV1 és més gran o igual al 12 % i més gran o igual a 200 ml.
 - b) La diferència de FEV1 és més gran o igual al 10 % i més gran o igual a 200 ml.
 - c) La diferència de FEV1 és més gran o igual al 12 % o més gran o igual a 200 ml
 - d) La diferència de FEV1 és més gran o igual al 10 % i més gran o igual a 120 ml.
- 6. Què presenta la pacient un cop confirmat el diagnòstic d'asma, segons la classificació del control de l'asma GEMA 5.2?**
- a) Asma ben controlada perquè només fa un mes que precisa salbutamol amb freqüència.
 - b) Asma parcialment controlada perquè té símptomes cada dia, però no té símptomes nocturns ni ha necessitat anar a urgències.
 - c) Asma mal controlada perquè té símptomes més de dues vegades al mes, té limitada la activitat física diària i utilitza salbutamol cada dia.
 - d) Primer cal fer un estudi de la funció pulmonar per classificar-ne correctament el control.
- 7. Quina actitud terapèutica és la correcta?**
- a) Cal aconsellar que s'abandoni l'hàbit tabàquic i que continuï prenent salbutamol a demanda.
 - b) Cal aconsellar que s'abandoni l'hàbit tabàquic, pautar 4,5 mcg de formoterol cada 12 hores i reavaluar-la en tres mesos.
 - c) Cal aconsellar que s'abandoni l'hàbit tabàquic, mantenir el salbutamol a demanda, pautar 200 mcg de budesonida cada dotze hores durant tres mesos i reavaluar-lo.
 - d) Cal pautar 200 mcg de budesonida i 50 mcg de salmeterol cada dotze hores, mantenir el salbutamol a demanda i reavaluar en tres mesos.



8. **Als tres mesos va de nou a la consulta i es comprova que ha deixat d'usar salbutamol a demanda, amb prou feines té dispnea i pot fer la seva activitat laboral sense limitació. Durant l'auscultació pulmonar s'observen uns quinze nevus a l'esquena. Un mesura més d'1 cm de diàmetre i és asimètric tant en morfologia com en color.**

Quin signe exploratori pot orientar menys davant la sospita de malignitat?

- a) Heterocromia de la lesió.
 - b) Diàmetre de més d'1 cm.
 - c) Asimetria morfològica.
 - d) Número de nevus entre deu i quinze.
9. **S'observa la lesió amb el dermatoscopi. Quins patrons són suggestius d'una lesió melanocítica?**
- a) Vasos sanguinis arboriformes, telangiectasies i estructures denominades fulles d'auró.
 - b) Patró globular, estructures rodones ovalades més o menys pigmentades, punts i glòbuls.
 - c) Quists o pseudoquists de mílium , especialment si són múltiples.
 - d) Llacunes de color vermell-violaci.
10. **A la dermatoscòpia s'observa una lesió melanocítica amb sospita de malignitat. Quin patró és menys sospitós de melanoma?**
- a) Múltiples punts o glòbuls de diferent mida, forma i color distribuïts per tota la lesió de forma asimètrica o bé presents només focalment.
 - b) Existència de vasos atípics. Vasos en tirabuixó amb forma d'espiral.
 - c) Patró multicomponent: tres o més estructures diferents (reticle, glòbuls, projeccions...), existència d'almenys cinc colors, incloent-hi diferents tons de marró, a la mateixa lesió.
 - d) Patró reticular perifèric amb glòbul central únic i homogeni.



- 11. Consulta dos mesos després de l'exèresi del melanoma d'extensió superficial a dermatologia. Diu que li van trobar la tensió alta (140/95 mmHg) i que com que és fumadora no hauria de prendre anticonceptius. Manifesta que vol continuar amb l'anticoncepció hormonal. Quina és l'actitud més adient ?**
- a) Consell antitabàquic, automesura de la pressió arterial (AMPA) i canvi d'anticonceptiu a un altre amb menys dosis d'estrògens i de desogestrel.
 - b) Consell antitabàquic, AMPA i DIU hormonal amb levonorgestrel.
 - c) Consell antitabàquic, AMPA i anell vaginal d'etinilestradiol i etonogestrel.
 - d) Consell antitabàquic, AMPA i pegat transdèrmic amb etinilestradiol/norelgestromina.
- 12. Quin dels fàrmacs següents no disminueix els nivells plasmàtics dels anticonceptius hormonaus?**
- a) Carbamazepina.
 - b) Rifampicina.
 - c) Eritromicina.
 - d) Fenitoïna.
- 13. A la setmana aporta una AMPA normal. Porta una fèrula posterior de guix a l'extremitat inferior dreta després d'un esquinç de turmell de grau 2, valorada a urgències hospitalàries. Li han receptat enoxaparina, colecalciferol i dexketoprofèn.**
- En quin dels supòsits següents no cal tromboprofilaxi en un pacient amb una immobilització de l'extremitat inferior ?**
- a) Dona de 30 anys en tractament amb anticonceptius orals combinats i amb una fractura de peroné immobilitzada amb una bota de guix durant tres setmanes.
 - b) Home de 50 anys amb una fractura de tibia i peroné immobilitzada amb una bota de guix de quatre a sis setmanes.
 - c) Dona de 39 anys portadora d'un DIU no hormonal amb un esquinç de turmell de segon grau immobilitzat amb una fèrula de guix durant deu dies.
 - d) Home de 25 anys diabètic i fumador de dos paquets al dia amb un esquinç de turmell de tercer grau immobilitzat amb una fèrula de guix durant tres setmanes.



14. **Al cap de dues setmanes explica que té dolor epigàstric continu que atribueix als antiinflamatoris no esteroïdals. Després de suspendre'ls i pautar inhibidors de la bomba de protons durant quatre setmanes, persisteix l'ardor epigàstric. Se li fa un test d'alè per a la detecció de la infecció per *Helicobacter Pylori* que resulta positiu. Quin tractament erradicador de primera línia és adequat ?**
- a) Omeprazole, 20 mg cada 12 hores + claritromicina, 500 mg cada 12 hores + levofloxacina, 500 mg cada 12 hores durant set dies.
 - b) Omeprazole, 20 mg cada 12 hores + amoxicil·lina, 1 g cada 12 hores + doxiciclina, 100 mg cada 12 hores + levofloxacina, 500 mg cada 12 hores durant deu dies.
 - c) Omeprazole, 20 mg cada 12 hores + amoxicil·lina, 1 g cada 12 hores + claritromicina, 500 mg cada 12 hores + metronidazole, 500 mg cada 12 hores durant deu dies.
 - d) Omeprazole, 20 mg cada 12 hores + amoxicil·lina, 1 g cada 12 hores + claritromicina, 500 mg cada 12 hores + metronidazole, 500 mg cada 12 hores durant catorze dies.
15. **Senyalau la resposta correcta quant a la profilaxi amb fàrmacs gastroprotectors en pacients tractats amb AINE:**
- a) El piroxicam i el ketorolac presenten un risc gastrointestinal baix, en canvi l'ibuprofèn i el diclofenac són de risc alt.
 - b) Només cal fer-ho en els pacients amb antecedents d'úlceres pèptiques.
 - c) La profilaxi amb misoprostol es tolera millor que amb inhibidors de la bomba de protons (IBP).
 - d) En situacions de risc màxim (història prèvia d'HDA per úlceres pèptiques) l'associació d'un coxib al costat d'un IBP sembla l'estratègia de profilaxi més efectiva.
16. **«Tant d'antibiòtic no m'ha caigut bé», diu setmanes més tard la pacient. A més, creu que és la causa de la picor generalitzada de predomini nocturn que li impedeix agafar el son. A l'exploració s'observen pàpules i excoriacions per gratada a les aixelles, els engonals, les mans i la cara lateral dels dits però no a la cara i al cap.**
- Senyalau la resposta falsa quant a l'entitat que se sospita:**
- a) Té un període d'incubació de fins a quatre setmanes.
 - b) Es pot transmetre per mitjà de les relacions sexuals.
 - c) La poden transmetre els animals domèstics.
 - d) Tot i que afecta persones de totes les edats, els nens es veuen afectats més sovint.

17. Senyalau la resposta correcta respecte al seu tractament:

- a) El benzoat de benzil al 25 % es considera un dels tractaments de primera línia.
- b) Nombrosos estudis descriuen resistència a la permetrina.
- c) La ivermectina oral és escabicida i ovocida.
- d) La ivermectina oral està contraindicada en més grans de 65 anys.

18. Na Dolores fa feina de gerocultora en una residència de gent gran. Se li ofereix la incapacitat temporal. Senyalau la resposta falsa amb relació a aquesta prestació:

- a) Els primers tres dies de baixa per contingència comuna el treballador no rep prestació econòmica, llevat de millora per via del conveni col·lectiu, per la qual cosa una baixa breu no té rellevància econòmica per a la Seguretat Social.
- b) Els especialistes hospitalaris poden fer baixes i comunicats de confirmació, però no altes.
- c) La major part de la normativa relativa a la gestió de la incapacitat temporal es desenvolupa al parlament estatal i al Consell de Ministres.
- d) La taxa d'absentisme laboral a Espanya (6,6 %) és a la mitjana europea.

19. Quan va a cercar l'alta comenta que s'ha notat un bony a la mama dreta. No té antecedents familiars de càncer de mama. Al quadrant superointern de la mama es palpa una zona indurada, no gaire dolorosa, d'uns 2-3 cm de diàmetre. No s'observa secreció pel mugró.

Senyalau la resposta falsa en relació amb les proves utilitzades en l'entorn diagnòstic de dones amb masses mamàries:

- a) La mamografia és la tècnica d'imatge inicial recomanada en dones de més de 40 anys.
- b) L'ecografia en menors de 30 anys ha de ser la prova inicial.
- c) Els resultats negatius de les imatges no han d'invalidar una sospita clínica forta de càncer de mama perquè fins al 9 % dels càncers de mama tenen resultats d'imatge negatius.
- d) Al grup d'edat d'entre 30 i 39 anys, pel fet que la mamografia és més sensible que l'ecografia i l'especificitat és similar, és raonable començar amb la mamografia com a modalitat inicial.



20. Quin no és un avantatge de l'ecografia per al diagnòstic de càncer de mama?

- a) És útil per a lesions microscòpiques.
- b) No irradia la pacient.
- c) Permet diferenciar lesions quístiques de sòlides.
- d) En les dones d'entre 30 i 39 anys, la sensibilitat de l'ecografia és més gran que la de la mamografia (el 96 % contra el 61 %).

Preguntes de reserva

- 21. Senyalau la resposta falsa en relació amb la determinació dels nivells de vitamina D:**
- a) No es recomana el cribratge poblacional.
 - b) Pot estar indicada en determinats grups de risc.
 - c) Hi ha un alt consens científic sobre els valors de vitamina D considerats normals o a partir dels quals cal fer una aportació farmacològica.
 - d) La vitamina D és un compost liposoluble que actua com a precursor del calcitriol, principal regulador hormonal de l'absorció intestinal de calci.
- 22. Quina no es considera una indicació de tractament amb suplementes de vitamina D a la població adulta ?**
- a) Ancians institucionalitzats amb antecedents de caigudes o de fractures no traumàtiques.
 - b) Artrosi.
 - c) Malaltia renal crònica amb hiperparatiroidisme greu.
 - d) Síndromes de malabsorció (cirurgia bariàtrica, celiaquia, malaltia de Crohn...).
- 23. De conformitat amb l'article 5.1 de la llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, en quin cas es pot facilitar informació assistencial als familiars del pacient?**
- a) Sempre, fins al segon grau de consanguinitat o afinitat.
 - b) Sempre que el pacient ho permeti de manera expressa o tàcita.
 - c) Únicament i exclusivament en cas d'incapacitat del pacient.
 - d) Totes les respostes anteriors són falses.



- 24. Senyalau la resposta falsa en relació amb la infecció per *Helicobacter Pylori*:**
- a) La infecció afecta al voltant del 50 % de la població mundial i juga un paper fonamental en el desenvolupament de diverses malalties digestives com la gastritis crònica, l'úlceres pèptica i el càncer gàstric.
 - b) Cal associar probiòtics al tractament erradicador.
 - c) No es recomana fer servir sistemàticament la serologia per al diagnòstic de la infecció.
 - d) Al nostre medi, l'estratègia *test and treat* per a pacients de menys de 55 anys sense signes d'alarma ha demostrat que és una mesura cost-efectiva.

CAS 6. Home de 77 anys amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i polimedicat

N'Andreu és un pacient de 76 anys amb bon nivell socioeconòmic. Enginyer jubilat, vidu que viu amb la seva filla i dues netes. Exfumador fins fa sis anys (2017) de deu cigarretes al dia. Va ser diagnosticat de MPOC el 2012. Encara que presenta comorbiditat i complexitat, és independent per a les activitats diàries (índex de Barthel de 100) i no presenta deteriorament cognitiu (Pfeiffer de 0).

ANTECEDENTS PERSONALS

- 1990. Dislipèmia.
- 1998. Hipertensió arterial.
- 2008. Accident isquèmic transitori.
- 2012. Malaltia pulmonar obstructiva crònica.
- 2016. Fibril·lació auricular.
- 2017. Espondilosi lumbar sense mielopatia.
- 2018. Malaltia renal crònica.
- 2020. Intervenció quirúrgica d'una herniorràfia inguinal esquerra.
- 2021. Ingress per pneumònia COVID.
- 2021. Procés depressiu després de la mort de la seva dona.

TRACTAMENT ACTIU

Atorvastatina, 20 mg/dia; olmesartan, 40 mg/dia; amlodipina, 5 mg/dia; hidroclorotiazida, 12,5 mg/dia; bisoprolol, 5 mg/dia; acenocumarol, 4 mg/dia; omeprazole, 20 mg/dia; diazepam, 5 mg/dia; zolpidem, 5 mg/dia; escitalopram, 15 mg/dia; paracetamol, 1 g cada vuit hores si cal; beclometasona/formoterol, 100 mcg/6 mcg, dues inhalacions cada dotze hores; aclidini, 322 mcg, una inhalació cada dotze hores; salbutamol, 200 mcg a demanda.

Va a la consulta després de canviar-se de metge per un quadre clínic de cinc dies d'evolució de febrícula (37,4 °C) no continuada, tos i expectoració de color blanquinosa, no associat a un augment de la seva dispnea habitual, que atribueix a que la seva neta de tres anys «li ha contagiats un virus». A la farmàcia s'ha fet un test d'antígens per a COVID que ha resultat negatiu. Aporta un informe de la darrera espirometria realitzada en un centre hospitalari privat fa tres mesos.

1. **En relació amb els nivells de gravetat de la limitació del flux aeri de la MPOC i segons la guia GOLD 2023, senyalau la resposta correcta:**
 - a) MPOC grau lleu (GOLD 1), FEV1/FVC post BD de 0,6 amb FEV1 del 79 %.
 - b) MPOC grau moderat (GOLD 2), FEV1/FVC post BD de 0,6 amb FEV1 del 40 %.
 - c) MPOC grau lleu (GOLD 1), FEV1/FVC post BD de 0,6 amb FEV1 del 80 %.
 - d) MPOC grau sever (GOLD 3), FEV1/FVC post BD de 0,6 amb FEV1 del 29 %.

2. Senyalau la resposta correcta respecte a la infecció respiratòria aguda que presenta:

- a) L'expectoració mucosa blanca és un criteri suficient per sospitar una sobreinfecció bacteriana i s'ha de tractar amb antibiòtics de manera empírica.
- b) Compleix dos criteris d'Anthonisen, per això pateix una sobreinfecció bacteriana i s'ha de tractar amb antibiòtics de manera empírica.
- c) No compleix amb els tres criteris d'Anthonisen, per la qual cosa probablement pateix un procés viral que s'ha de tractar de manera simptomàtica.
- d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

3. Al cap de tres dies es troba millor, han desaparegut la febrícula i la tos. Només té dispnea quan camina de pressa, com sempre. Senyalau la resposta falsa segons l'estratificació del risc segons l'actualització 2021 de la GesEPOC:

- a) Com a risc, s'entén la probabilitat que el pacient pugui presentar aguditzacions, progressió de la malaltia, futures complicacions, més consum de recursos sanitaris o més mortalitat.
- b) Es considera risc baix quan presenta un FEV1 postbroncodilatació superior o igual al 50 %, una dispnea d'1 (mMRC) i dues aguditzacions sense hospitalització durant l'any anterior.
- c) Es considera risc alt quan presenta un FEV1 postbroncodilatació inferior al 50 % i/o una agudització amb un ingrés hospitalari durant l'any anterior.
- d) La inclusió del FEV1 ha mostrat que afegeix valor predictiu de manera significativa a la classificació de risc.

4. N'Andreu presenta un FEV1 postbroncodilatació del 80 %, eosinofília de 90 cel/microlitre, dispnea d'1 (mMRC) i una exacerbació l'any anterior sense ingrés hospitalari.

Quin paràmetre no cal tenir en compte en l'estratificació del risc segons la GesEPOC 2021?

- a) Els antecedents d'exacerbacions en el darrer any.
- b) El FEV1 postbroncodilatació.
- c) El nivell de dispnea mesurat amb l'escala mMRC.
- d) L'eosinofília.

5. Senyalau la resposta correcta en relació amb el tractament de la MPOC a la fase estable:

- a) Els broncodilatadors de llarga durada (BDLD) permeten més control dels símptomes i milloren la funció pulmonar, la capacitat d'exercici i la qualitat de vida, però no han demostrat reduir el nombre d'exacerbacions.
- b) La base del tractament de la MPOC la constitueixen els BDLD en monoteràpia o en combinació segons el nivell de risc del pacient.
- c) En el cas poc habitual d'una obstrucció lleu i amb símptomes escassos o intermitents, no estaria indicada l'administració de broncodilatadors de curta durada (BDLD) a demanda.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

6. Senyalau la resposta falsa atenent el tractament del pacient i segons la seva qualificació de risc baix i estabilitat clínica:

- a) No està indicat cap tipus de tractament oral o antiinflamatori i el tractament farmacològic ha de consistir en broncodilatadors de llarga durada (BDLD).
- b) Quant a l'elecció d'un BDLD en monoteràpia per a la prevenció d'aguditzacions, es recomana un anticolinèrgic de llarga durada (LAMA) de primera elecció sobre un beta-2 adrenèrgic de llarga durada (LABA).
- c) En pacients de risc baix sense aguditzacions hi ha diferències en l'eficàcia clínica entre LAMA i LABA.
- d) No està indicada la combinació d'adrenèrgics beta-2 (LABA) i corticoides inhalats (CI). En general, la combinació LABA/CI ofereix més bons resultats quan la freqüència de les aguditzacions és més gran i quan les xifres d'eosinòfils són més elevades (més properes a més de 300 eosinòfils/mm³).



7. **Com que n'Andreu fa aproximadament dotze mesos que no fa servir la medicació de rescat ni presenta més d'una exacerbació, es planteja fer una reducció de la medicació. Quina és l'opció adequada?**
- a) Retirar el LAMA (aclidini) i mantenir la combinació LABA/CI (formoterol/beclometasona) i el BDCD (salbutamol) a demanda.
 - b) Retirar la combinació LABA/CI (formoterol/beclometasona) i mantenir el LAMA (aclidini) i el BDCD (salbutamol) a demanda.
 - c) Retirar el corticoide inhalat (beclometasona) i deixar el tractament combinat LAMA/LABA (aclidini/formoterol) i el BDCD (salbutamol) a demanda.
 - d) Retirar el LAMA, el LABA i el corticoide inhalat i mantenir el BDCD (salbutamol) a demanda.
8. **N'Andreu torna a la consulta al cap d'un mes i es comprova que l'MPOC es manté estable. Fa dos anys ell i la seva dona van ingressar a l'hospital per una pneumònia greu per COVID19. L'evolució clínica de la dona no va ser satisfactòria i va morir durant l'ingrés. «Des de llavors no he estat el mateix», comenta. El van diagnosticar de depressió i des de llavors pren escitalopram, 15 mg/dia, i zolpidem, 5 mg/dia.**
- Senyalau la resposta correcta en relació amb el diagnòstic de depressió major segons el DSM-5:**
- a) Presència d'almenys cinc símptomes durant una o més setmanes i almenys un símptoma ha de ser estat d'ànim depressiu i/o disminució d'interès o plaer per totes o gairebé totes les activitats.
 - b) Presència d'almenys cinc símptomes durant dues setmanes o més i almenys un símptoma ha de ser estat d'ànim depressiu i/o disminució d'interès o plaer per totes o gairebé totes les activitats.
 - c) Presència d'almenys cinc símptomes durant dues setmanes o més i tenir els dos símptomes següents: estat d'ànim depressiu i disminució de l'interès o el plaer per totes o gairebé totes les activitats.
 - d) Cap de les respostes anteriors no és correcta.
9. **Senyalau la resposta més adequada respecte a la polimediació de n'Andreu:**
- a) Es definiria com a ús diari de més de cinc fàrmacs, l'ús de fàrmacs sense indicació clínica i l'ús de fàrmacs inadequats.
 - b) No influeix en el compliment del tractament.
 - c) Es refereix estrictament al nombre de fàrmacs.
 - d) Les respostes a) i b) són correctes.



- 10. El procés de revisió de la medicació ha de contemplar una sèrie d'aspectes clau, que posteriorment es puguin verificar amb la informació proporcionada pel pacient a l'entrevista clínica. Aquest procés consta de quatre etapes principals: identificar-ne la necessitat, valorar-ne l'efectivitat i avaluar-ne l'adequació. Quina és la quarta?**
- a) Establir una relació de confiança amb el pacient.
 - b) Valorar la seguretat.
 - c) Identificar els medicaments essencials.
 - d) Ajustar la posologia de la medicació prescrita.
- 11. En el tractament prescrit a n'Andreu, s'observa que hi ha un problema de duplicitat terapèutica. Quin és el primer que cal abordar en el procés de desprescripció ?**
- a) Bisoprolol i zolpidem.
 - b) Amlodipina i bisoprolol.
 - c) Diazepam i zolpidem.
 - d) Amlodipina i zolpidem.
- 12. Senyalau l'opció correcta quant al tractament farmacològic de l'insomni en la població adulta:**
- a) La prescripció de benzodiazepines a llarg termini en l'insomni no està recolzada per l'evidència.
 - b) El zolpidem és un fàrmac amb evidència suficient per utilitzar-lo en el tractament de l'insomni a llarg termini.
 - c) Els tractaments farmacològics s'han investigat principalment en assaigs controlats amb placebo, per la qual cosa es disposa de poca informació sobre la seva eficàcia comparativa.
 - d) Les respostes a) i c) són correctes.



13. N'Andreu pren anticoagulants orals i va periòdicament a control d'INR. Senyalau l'opció correcta respecte al tractament anticoagulant oral (TAO) en pacients amb fibril·lació auricular:

- a) En pacients ancians (de 75 anys o més), el TAO no és beneficiós a causa de l'increment inacceptable d'hemorràgies greus.
- b) Els anticoagulants orals d'acció directa (ACOD) presenten una taxa de sagnat greu més gran que els fàrmacs antivitamina K (AVK).
- c) Els ACOD incrementen la incidència d'hemorràgia intracranial respecte als AVK.
- d) A la majoria dels estudis i metaanàlisis, els ACOD s'associen a una reducció més gran de la mortalitat total respecte als AVK.

14. N'Andreu té un quadre catarral de quatre dies d'evolució. Se li fa una PCR de COVID que resulta negativa i se li prescriu un tractament simptomàtic. Al cap de dos mesos torna per febre vespertina, tos, astènia, pèrdua de pes i sudoració nocturna d'un mes d'evolució. Se sospita una tuberculosi pulmonar.

Senyalau l'opció correcta respecte a aquesta entitat:

- a) Com que ha augmentat la seva incidència al nostre medi, s'ha convertit en una malaltia de declaració obligatòria urgent.
- b) La forma principal de contagi és respiratòria per inhalació d'aerosols contaminats que es generen amb les polvoritzacions, els raigs i les nebulitzacions d'aigua contaminada.
- c) La forma postprimària o reactivada és el quadre clínic més freqüent a la pràctica habitual.
- d) El principal microorganisme implicat en el nostre medi és *Mycobacterium Kansasi*.

15. Quina prova cal sol·licitar per confirmar el diagnòstic de tuberculosi?

- a) Prova de tuberculina.
- b) Radiografia de tòrax.
- c) Tomografia computada.
- d) Bacil·loscòpia i cultiu d'esput.

- 16. Es confirma el diagnòstic de tuberculosi pulmonar sensible. Quina opció de tractament és adequada?**
- a) Isoniazida + rifampicina + pirazinamida + etambutol durant dos mesos seguit d'isoniazida + rifampicina durant quatre mesos.
 - b) Isoniazida + rifampicina + etambutol + levofloxacina durant dos mesos seguit d'isoniazida + rifampicina durant set mesos.
 - c) Isoniazida + rifampicina + pirazinamida + etambutol durant quatre mesos seguit d'isoniazida + rifampicina durant dos mesos.
 - d) Isoniazida + pirazinamida + etambutol + estreptomina durant dos mesos seguit d'isoniazida + pirazinamida i etambutol durant deu mesos.
- 17. Es fa l'estudi de contactes als convivents. Senyalau la resposta correcta en relació amb la prova de la tuberculina:**
- a) Es basa en la injecció subcutània de 0,1 ml d'un derivat proteic purificat de *M. tuberculosis*.
 - b) La prova ha de ser interpretada a les 24 hores.
 - c) L'especificitat és disminuïda en pacients prèviament vacunats amb BCG i sobretot en pacients revacunats.
 - d) A atenció primària ja no es fa. Ha estat substituïda per la prova d'alliberament d'interferó gamma a la sang (IGRA) perquè és més sensible i específica.
- 18. La seva filla de 34 anys, asimptomàtica, presenta un resultat d'11 mm. Se sol·licita una radiografia de tòrax que descarta una malaltia tuberculosa i s'inicia un tractament amb isoniazida durant nou mesos. Quin dels següents no és un efecte advers del fàrmac?**
- a) Hepatotoxicitat.
 - b) Neuropatia perifèrica.
 - c) Crisis convulsives.
 - d) Hiperuricèmia.



- 19. Durant la visita, ella comenta que habitualment té mal de cap. Presenta cefalea unilateral, pulsativa, d'hores de durada, devers cinc vegades al mes. Les crisis s'acompanyen de nàusees i fotofòbia i li impedeixen fer la seva activitat física habitual. L'exploració neurològica és normal. A què correspon el quadre clínic descrit?**
- a) Cefalea tensional episòdica.
 - b) Migranya sense aura.
 - c) Sinusitis crònica.
 - d) Neuràlgia del trigemin.
- 20. Quina actuació és més adequada en aquest cas ?**
- a) Pautar un tractament farmacològic en crisi i revalorar la pacient.
 - b) Sol·licitar una RMN i iniciar carbamazepina.
 - c) Tractar amb amitriptilina durant sis mesos.
 - d) Sol·licitar una radiografia de Waters i tractar amb antibiòtics orals i corticoides tòpics intranasals.

Preguntes de reserva

- 21. En quina situació cal sol·licitar una TC cranial en un pacient amb cefalea?**
- a) Inici explosiu després d'una maniobra de Valsalva o una relació sexual.
 - b) En cas de crisi epilèptica associada.
 - c) Si impedeix el descans nocturn o es desperta a la nit.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 22. Quin dels següents no es considera una complicació de la migranya?**
- a) Estatus migranyós.
 - b) Migranya hemiplègica.
 - c) Infart migranyós.
 - d) Migralèpsia.
- 23. En un pacient amb antecedents de nefrolitiasi amb crisis renoureterals de repetició, quin fàrmac utilitzat com a tractament preventiu de la migranya cal evitar?**
- a) Metoprolol.
 - b) Amitriptilina.
 - c) Topiramat.
 - d) Àcid valproic.
- 24. N'Andreu presenta una meniscopatia degenerativa diagnosticada per RMN. Senyalau la resposta correcta respecte a l'evidència publicada sobre el tractament mitjançant artroscòpia de l'artrosi de genoll i les lesions de menisc degeneratives:**
- a) L'evidència recolza el rentat i el desbridament artroscòpics a l'artrosi de genoll.
 - b) La menissectomia parcial artroscòpica és superior al tractament conservador basat en fisioteràpia i tractament mèdic.
 - c) La menissectomia parcial artroscòpica d'una lesió degenerativa del menisc està indicada, ja que tracta la causa del dolor del pacient.
 - d) El rentat i el desbridament artroscòpics per a l'artrosi de genoll no són superiors a la cirurgia placebo.

Cas 7. Dona de 75 anys amb deteriorament cognitiu i una filla preocupada

Na Maria Auxiliadora és una dona de 75 anys que va a la consulta acompanyada del seu fill. La seva filla, que n'és la cuidadora principal, no hi ha pogut anar avui. El fill comenta que la seva germana està preocupada perquè des que va morir el pare sent que la seva mare està despistada, ha deixat de llegir, cuinar, anar al cinema o estar amb amics. Al principi pensava que era normal per la pèrdua però ara no recorda les coses que li diuen, de vegades sembla que parla amb algú, dorm malament i s'oblida de prendre les pastilles, motiu pel qual les ha de gestionar ella. La pacient ha perdut l'olfacte.

1. **En aquesta situació, quina aproximació diagnòstica no s'ha de plantejar?**
 - a) Demència tipus Alzheimer.
 - b) Malaltia per cossos de Lewy.
 - c) *Delirium*.
 - d) Pseudodemència.

2. **Dels tests següents, quin s'ha d'usar en la valoració de la pacient?**
 - a) Test de Pfeiffer.
 - b) MMSE 30.
 - c) Escala de Lawton i Brody.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

3. **Senyalau la resposta correcta en relació amb el deteriorament cognitiu:**
 - a) Segons la bibliografia, els qüestionaris a l'informador basats en les dades que puguin aportar persones properes al pacient són més sensibles per detectar canvis cognitius incipients que els mateixos tests de cribratge cognitius.
 - b) L'escala de Lawton i Brody és molt sensible per detectar funcionalitat, però no valora els primers senyals de deteriorament.
 - c) Les proves de laboratori no aporten gaires dades de cara al diagnòstic de la pacient.
 - d) Només la TC multicorona i no la RMN és útil per fer un diagnòstic.

4. **Na Maria Auxiliadora diu que es troba bé i el que la preocupa és que no dorm bé. Quina recomanació és la més adequada?**
- a) Pautar lorazepam a dosis d'1 mg durant quinze dies, reduir a 0,5 mg una setmana i retirar.
 - b) Recomanar que prengui melatonina i que es faci una dutxa calenta a la nit.
 - c) Repassar amb la cuidadora i la pacient les mesures d'higiene del son i recordar que el benefici tardarà uns dies.
 - d) Iniciar tractament amb haloperidol.
5. **Se li demanen unes anàlisis que inclouen hemograma, temps de protrombina, VSG i bioquímica (glucosa, funció renal, sodi, potassi, calci, fosfat, perfil lipídic i funció hepàtica). Segons el *Protocol de demència del Servei de Salut de les Illes Balears*, quines proves s'han d'afegir?**
- a) TSH.
 - b) Nivells de vitamina B12 i àcid fòlic.
 - c) Serologia luètica i VIH.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
6. **Senyalau la resposta falsa respecte al consum de benzodiazepines en la població anciana:**
- a) El consum crònic de benzodiazepines incrementa el risc de demència en la gent gran.
 - b) Les Illes Balears estan entre les de més consum.
 - c) No modifiquen el risc de patir caigudes i fractures.
 - d) L'efecte de les benzodiazepines sobre les funcions cognitives està intervingut pel seu comportament com a agonista dels receptors cerebrals de l'àcid gamma-aminobutíric A.

- 7. Senyalau la resposta falsa respecte a l'ús prolongat de benzodiazepines:**
- a) Comporta riscos sanitaris importants com caigudes, deteriorament cognitiu i dependència.
 - b) Els responsables de la seva prescripció en un 45-76 % són els especialistes hospitalaris.
 - c) La intervenció breu amb el metge de família per als pacients amb ús prolongat és una estratègia efectiva per reduir la medicació en aquests pacients.
 - d) La intervenció breu amb el metge de família per als pacients amb ús prolongat és una estratègia efectiva per suspendre la medicació en aquests pacients.
- 8. Quin dels següents es pot considerar un símptoma d'alarma que obliga a sospitar una possible demència?**
- a) Errors de memòria referits per un familiar.
 - b) Dificultat progressiva en la realització de tasques de la vida diària com ara preparar menjar, fer la compra o controlar la medicació.
 - c) Canvis de comportament com apatia, irritabilitat o susceptibilitat.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 9. Senyalau la resposta falsa en relació amb la demència:**
- a) Se'n recomana l'estudi si hi ha símptomes d'alarma.
 - b) S'aconsella un diagnòstic primerenc per poder planificar les cures.
 - c) Se'n recomana el cribratge a la població asimptomàtica a partir de 65 anys.
 - d) No estan recomanats els inhibidors de l'acetilcolinesterasa, les estatines ni els antiinflamatoris no esteroïdals per prevenir el deteriorament cognitiu o la seva progressió a demència.
- 10. Senyalau la resposta falsa respecte a les alteracions de l'olfacte:**
- a) La pèrdua olfactiva es produeix gairebé en el 90 % de pacients amb Alzheimer i des de fases inicials.
 - b) Els trastorns olfactoris poden ajudar a diferenciar la pseudodemència de l'Alzheimer.
 - c) És una queixa constant dels pacients.
 - d) La intensitat de la hipoòsmia es relaciona amb la gravetat de la malaltia.

- 11. Unes setmanes més tard la filla va a la consulta. Presenta dolor lumbar que des de fa un parell de dies s'ha incrementat i s'irradia per la cara anterolateral de la cama dreta fins al primer dit del peu.**
- Quina de les característiques següents no ha de fer sospitar un dolor lumbar d'origen inflamatori?**
- a) Exacerbació amb l'activitat física i millora amb el repòs.
 - b) Dolor nocturn que interromp el son.
 - c) Rigidesa matutina prolongada.
 - d) Inici insidiós.
- 12. Si eleva la cama estesa amb la pacient en decúbit supí i apareix el dolor entre els 30° i els 60 ° d'elevació, quina maniobra exploratòria és positiva?**
- a) Maniobra de Bragard.
 - b) Maniobra de Yocum.
 - c) Prova de Schober modificada.
 - d) Maniobra de Lasègue.
- 13. A l'exploració física s'observa un dèficit lleuger per a la dorsiflexió del peu. No hi ha afectació dels reflexos. Quina arrel nerviosa se sospita que està afectada?**
- a) L3.
 - b) L4.
 - c) L5.
 - d) S1.
- 14. La pacient mostra una radiografia de columna lumbar realitzada a la clínica privada i que informen d'espondilostesi L5-S1.**
- Senyalau l'afirmació correcta quant a aquesta entitat:**
- a) Hi ha una correlació estreta entre el grau de desplaçament radiològic de l'espondilolistesi i la clínica que produeix.
 - b) La majoria dels pacients presenten una progressió notable des del diagnòstic.
 - c) Les espondilolistesis són entitats amb una evolució natural benigna i bon pronòstic en general.
 - d) La majoria pateixen un deteriorament funcional progressiu.



- 15. Senyalau l'afirmació falsa en relació amb l'espondilolistesi:**
- a) La manca de control simptomàtic i l'aparició de clínica neurològica a l'espondilolistesi són criteris de derivació a un especialista d'hospital.
 - b) La radiografia simple permet habitualment la valoració diagnòstica.
 - c) La radiografia simple sol ser suficient per establir el grau de desplaçament.
 - d) En la troballa d'espondilolistesi és imprescindible fer una TC per avaluar l'afectació neurològica.
- 16. Un cop tranquil·litzada la pacient sobre la seva preocupació per la lumbàlgia, comença a plorar i explica que en realitat el que sent és que no pot més. Després de la mort del seu pare i l'empitjorament de la seva mare, se sent sola amb tanta càrrega. «No puc dormir, sovint sento palpitations, em falta l'aire i el cap em va com si m'hagués de desplomar en qualsevol moment», relata.**
- Si cal valorar la claudicació de la cuidadora, quin test és útil?**
- a) Escala de depressió i ansietat de Goldberg.
 - b) Test de Zarit.
 - c) Escala de Gijón.
 - d) Qüestionari ICUB97-R.
- 17. Davant dels símptomes que comenta també cal afrontar els símptomes d'ansietat. Si es considera que té un trastorn per ansietat generalitzada, quin d'aquests tractaments no ha demostrat utilitat?**
- a) Teràpia conductivoconductual.
 - b) Tractament amb inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS).
 - c) Psicoteràpia psicodinàmica.
 - d) Estratègies d'autoajuda.

18. Senyalau la resposta falsa respecte als trastorns d'ansietat:

- a) La fòbia social es relaciona sovint amb trastorns depressius i d'abús de substàncies.
- b) L'agorafòbia és el trastorn d'ansietat més discapacitant.
- c) El trastorn d'ansietat generalitzada es caracteritza per un empitjorament progressiu i continu.
- d) Els trastorns d'adaptació apareixen davant d'esdeveniments vitals estressants.

19. Senyalau la resposta correcta sobre el tractament de l'ansietat:

- a) El tractament farmacològic s'ha de fer en tots els pacients, fins i tot en els casos lleus i que no afecten la seva activitat diària.
- b) El tractament amb benzodiazepines ha de prolongar-se almenys sis mesos.
- c) Els inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina són el tractament d'elecció en els casos d'ansietat generalitzada amb simptomatologia de moderada a greu.
- d) No hi ha diferències quant a l'inici de la resposta terapèutica entre les benzodiazepines i els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina.

20. La pacient presenta marejos freqüentment. A l'anamnesi resulta fonamental preguntar sobre els desencadenants. Senyalau la resposta falsa:

- a) Si els símptomes apareixen o empitjoren amb els moviments cefàlics cal plantejar la possibilitat de vertigen posicional benigne.
- b) Si es produeixen en situacions d'aglomeracions, cal pensar en causes psicològiques.
- c) Si es produeixen en reiniciar l'activitat habitual després d'una infecció o una lesió que obligués a una inactivitat de durada llarga, podria ser una síndrome de taquicàrdia postural ortostàtica.
- d) Si els símptomes apareixen en passar de tombat o en sedestació a bipedestació, orienta a un vertigen posicional benigne.

Preguntes de reserva

- 21. El pare va sol·licitar iniciar el procés d'eutanàsia abans de morir, cosa que va suposar un conflicte familiar important. Finalment, va patir una mort sobtada.**
- Senyalau la resposta correcta en relació amb els professionals que, segons la LORE (Llei orgànica de regulació de l'eutanàsia), poden exercir l'objecció de consciència:**
- a) L'objecció de consciència només la pot exercir el metge responsable.
 - b) L'objecció de consciència pot esser exercida per qualsevol professional sociosanitari.
 - c) L'objecció de consciència pot ser exercida per aquells professionals sanitaris directament implicats a la pràctica de l'eutanàsia.
 - d) Els professionals sanitaris que formen part del Comitè d'Avaluació i Garantia també poden apel·lar a l'objecció de consciència.
- 22. Senyalau la resposta correcta respecte a l'actuació del metge consultor en un procés d'ajuda mèdica per morir:**
- a) Ha d'avaluar la història clínica, els informes del metge responsable i ha d'avaluar personalment el pacient per emetre'n l'informe.
 - b) Si l'informe del metge consultor és desfavorable, el metge responsable ha de sol·licitar l'avaluació d'un altre consultor expert en la patologia del pacient.
 - c) La llei no exigeix cap característica al metge consultor, pot ser qualsevol metge.
 - d) És convenient, per a una coordinació més bona, que formi part del mateix equip que el metge responsable.
- 23. Senyalau la resposta correcta respecte a les cures pal·liatives i a la prestació d'ajuda per morir:**
- a) Cures pal·liatives i eutanàsia són excloents.
 - b) Si una persona es nega a rebre mesures pal·liatives, no pot accedir a l'eutanàsia.
 - c) Si una persona rep les cures pal·liatives correctes, no demanarà l'eutanàsia.
 - d) La regulació de l'eutanàsia, a diversos països, ha suposat un impuls per a les cures pal·liatives.



GOIB /

24. ¿Quina de les següents característiques és més suggestiva de síndrome confusional aguda que de demència?

- a) Curs persistent.
- b) Atenció intacta fins a estadis avançats.
- c) Inici insidiós.
- d) Alteracions visuals comunes.



GOIB
CONSELLERIA
SALUT
SERVEI SALUT
ILLES BALEARS

