



ANEXO

SUPUESTOS PRÁCTICOS DEL TERCER EJERCICIO DEL PROCESO SELECTIVO 14 PLAZAS DE MÉDICO/A MEDICINA GENERAL DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

SUPUESTO PRÁCTICO Nº 1

El siguiente supuesto práctico, se enuncia en desarrollo de los temas 26, 27, 28, 29, 39 y 45 del Grupo II del programa incorporado en las bases de este proceso selectivo. En concreto desarrolla epígrafes como "criterios diagnósticos según DSM-5®"; "criterios diagnósticos, evaluación y tratamiento de los trastornos por consumo de opiáceos"; "criterios diagnósticos de los trastornos por consumo de alcohol y su tratamiento"; "criterios diagnósticos de los trastornos por consumo de estimulantes"; "patología dual" e "infección tuberculosa" entre otros.

El supuesto, incluye un total de 10 cuestiones numeradas (que pueden incluir o no, a su vez, diversas preguntas).

Para su respuesta, no es necesario repetir el enunciado, pero sí especificar en cada respuesta, a qué número de cuestión y, en su caso pregunta, se responde.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

- Mujer de 57 años, en tratamiento en CAD en programa de sustitutivos de opiáceos (Suboxone® 4mg/día), **actualmente presenta consumo de alcohol** y esporádicamente de cocaína, no hay consumo de opiáceos desde hace años.
- **Larga historia de consumo y tratamientos previos desde 2014. inició consumo habitual en 2012**, por etapas más intenso, según lo explorado siempre en el contexto de evasión de malestar.
- **En la actualidad consumo OH: hasta media botella de whisky/día**, unos 112g OH/día (hay días que no bebe), consumo muy ocasional de cocaína actual (aunque ha tenido una racha de consumos diarios y de gran cantidad).
- Baja laboral actual desde noviembre 2023 por el consumo (trabaja en servicio de limpieza de un Instituto, solo trabajó allí mes y medio, luego cogió la baja y ahora desconoce si se le ha terminado o no el contrato laboral).
- Seguimiento correcto en la Unidad de valoración y atención a la asistencia domiciliaria (UVAAD) y tratamiento antirretroviral combinado de gran actividad (TARGA) en una conocida ONG.



- Vive en casa de su madre con relación nula entre ambas debido a la historia de consumo de la paciente, la madre no es ningún apoyo en el tratamiento.
- Muchos intentos de tratamiento ambulatorio sin conseguir mantener abstinencia.
- Durante estos años ha tenido situaciones de violencia de género e intervención por el SAVG.
- Viuda, con un hijo de 29 años que vive independiente y que actualmente consume cocaína esporádicamente; a veces han compartido el consumo.
- Seguimiento en centro de salud mental por depresión.
- Apta para las actividades de la vida diaria (AVDs). Acude de lunes a viernes a la ONG por las mañanas a realizar actividades, realiza terapia, contención y es su centro de referencia. Lleva allí 6 años.

Antecedentes familiares:

- Padre: IAM. Alzheimer, invalidez.
- Madre: sana. Problemas articulares. Exfumadora.
- 1 hermano sano.
- 1 hijo con dislexia e hiperactividad (sin tratamiento).

Antecedentes personales:

- Fractura del pie, fractura de cuello de 3º y 4º metatarsianos izquierdos; posible fractura también de la base del 5º metatarsiano izquierdo (tras control radiológico parecía una arruga de la férula).
- VHC con aclaramiento espontáneo.
- VIH+ (1988) C3 con tratamiento antirretroviral. Carga viral indetectable.
- Posible retinitis por citomegalovirus (1997). Candidiasis orofaríngea y vaginal de repetición.
- Diarrea por criptosporidium y G lamblia; dermatitis seborreica (1997).
- Polineuropatía mixta sensitivo-motora de tipo axonal y de grado moderado-severo "en guante y calcetín" por infección por citomegalovirus (1998).
- Herpes simple oral.
- Neumonías de repetición. Posible infección por Mycobacterium avium . Bronquiectasias sobreinfectadas.
- Varices en ambos MMII. Hemorroides mixtas (2015).
- Déficit nutricional (2015).



Datos psicológicos

- Se muestra cordial, adaptada. Se esfuerza en proyectar una imagen positiva. Resiliente, muestra adaptación a la circunstancia y capacidad de gestión. Autoimagen y autoestima afectadas en relación a historia de vida y consumos. Capacidad de autocrítica y mejora.
- Se observa vinculación con tendencia a la dependencia y ambivalencia.
- En su estilo comunicativo, cierta tendencia a la inhibición con la posibilidad de escalar a respuesta agresiva.
- Durante la entrevista muestra conducta ajustada a las normas sociales.
- Historia de relaciones maltratantes (durante su crianza y en la etapa adulta en las relaciones de pareja).
- Trastorno Limite de la Personalidad.
- Trastorno depresivo.
- La paciente se encuentra en seguimiento en la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

Pruebas complementarias

Mantoux positivo: 15mm

Analítica: nada destacable

CUESTIÓN 1:

- a) ¿Cuál es el diagnóstico principal, según el DSM-5®, de esta paciente? Razónelo.
- b) Especificar cuáles serían los criterios de remisión.
- c) Especificar la gravedad actual.

CUESTIÓN 2:

¿Qué otros diagnósticos según DSM-5® tiene, según los datos que figuran en la historia?.

CUESTIÓN 3:

- a) ¿Estaría indicado la realización de estudio radiológico?, justifíquelo.
- b) ¿Estaría indicado la realización de estudio bacteriológico?, justifíquelo.
- c) ¿Cuáles serían las indicaciones para realizar quimioprofilaxis frente a TBC?.



CUESTIÓN 4:

¿Qué pruebas complementarias se realizan de forma habitual en pacientes con adicciones?

CUESTIÓN 5.

Explique la importancia de las infecciones oportunistas en esta paciente VIH+.

CUESTIÓN 6.

La paciente está en programa de sustitutivos opiáceos en tratamiento con suboxone®. Explique que habría que tener en cuenta y cómo se iniciaría el tratamiento con este fármaco.

CUESTIÓN 7.

¿Qué fármacos pueden interferir con el metabolismo de la buprenorfina?.

CUESTIÓN 8.

Detalle otras estrategias y niveles de intervención terapéutica a llevar a cabo con la paciente. Especifique y justifique

CUESTIÓN 9.

Dado que la paciente presenta uno o varios trastornos adictivos y uno o varios diagnósticos de trastorno mental, ¿qué diagnóstico tendría?; ¿Por qué?. Describa brevemente que implicaciones tiene este diagnóstico.

CUESTIÓN 10:

Si el tratamiento ambulatorio no obtuviese resultados óptimos ¿qué recursos del Instituto de Adicciones se podrían utilizar?. ¿Cuáles son las características principales y qué ofrece cada uno de ellos?.

SUPUESTO PRÁCTICO Nº 2

El siguiente supuesto práctico, se enuncia en desarrollo de los temas 4 y 5 del Grupo III del programa incorporado en las bases de este proceso selectivo. En concreto desarrolla epígrafes como "la medición en epidemiología"; "medidas de frecuencia, de asociación e impacto"; "concepto de incidencia, prevalencia y mortalidad"; "epidemiología descriptiva" e "investigación en salud pública" entre otros.



El supuesto, incluye un total de 5 cuestiones numeradas (que incluyen a su vez diversas preguntas cada una).

Para su respuesta, no es necesario repetir el enunciado, pero sí especificar en cada respuesta, a qué número de cuestión y pregunta se responde.

Todas las cuestiones se refieren a la misma población, en su caso con variaciones a lo largo del tiempo (especificadas en cada cuestión). El tiempo al que se refieren las preguntas también queda siempre especificado para cada cuestión.

CUESTION 1.

Usted estudia una población que tiene, en el momento cero del estudio, la siguiente composición:

| EDADES (AÑOS) | HOMBRES | MUJERES | TOTAL |
|---------------|---------|---------|-------|
| 0-4 | 930 | 880 | 1810 |
| 5-9 | 1150 | 1087 | 2237 |
| 10-14 | 1296 | 1221 | 2517 |
| 15-19 | 1274 | 1198 | 2472 |
| 20-24 | 1243 | 1173 | 2416 |
| 25-29 | 1283 | 1243 | 2526 |
| 30-34 | 1384 | 1368 | 2752 |
| 35-39 | 1564 | 1568 | 3132 |
| 40-44 | 1924 | 1893 | 3817 |
| 45-49 | 2020 | 1978 | 3998 |
| 50-54 | 1870 | 1870 | 3740 |
| 55-59 | 1720 | 1773 | 3493 |
| 60-64 | 1497 | 1592 | 3089 |
| 65-69 | 1212 | 1336 | 2548 |
| 70-74 | 1029 | 1197 | 2226 |
| 75-79 | 814 | 1027 | 1841 |
| 80-84 | 515 | 742 | 1257 |



| | | | |
|-----------|-------|-------|-------|
| 85-89 | 365 | 640 | 1005 |
| 90-94 | 143 | 321 | 464 |
| 95-99 | 29 | 90 | 119 |
| 100 o más | 4 | 15 | 19 |
| TOTAL | 23266 | 24212 | 47478 |

- Dibuje la pirámide de población de manera aproximada
- ¿El valor (en porcentaje de población) de qué edades se tendrían en cuenta para calcular el Índice de Burgdöfer?:
- ¿Cuáles son, en este caso, los valores numéricos a comparar, según la respuesta de la pregunta anterior?:
- A la vista de la morfología de la pirámide de población y del Índice de Burgdöfer ¿usted diría que se representa una población envejecida? ¿Por qué?:

CUESTION 2.

Durante un año de seguimiento de esta población, tienen lugar 330 nacimientos de niños nacidos vivos.

- Calcule la tasa bruta de natalidad para ese periodo en esta población.
- Calcule la tasa de fecundidad general para ese periodo en esta población.
- ¿Es lo mismo la tasa de fecundidad general que el índice sintético de fecundidad?. ¿Por qué?:
- ¿A qué se llama Tasa de Reemplazo Generacional?. ¿Qué valor es el mínimo deseable para garantizar la reposición?:

CUESTIÓN 3.

En esa misma población, a 1 de enero del primer año de estudio, había diagnosticadas de cáncer 3700 personas. Durante ese mismo año se diagnosticaron 880 casos nuevos de esta patología. En el mismo año, fallecieron 427 personas diagnosticadas de cáncer.



Supuesto que no se produjeron fallecimientos por otras causas....

- Calcule la incidencia acumulada de cáncer en el primer año de estudio (sin tener en cuenta a los nacidos vivos):
- Calcule la prevalencia de cáncer a 1 de enero
- Calcule la prevalencia de cáncer a 31 de diciembre, teniendo en cuenta a los nacidos vivos ese año.
- ¿Cuál es la variación en la prevalencia entre 1 de enero y 31 de diciembre y cómo se explica?:

CUESTION 4.

En un determinado momento del seguimiento de esta población, se confirma que hay un porcentaje importante de niños y niñas de 10 a 14 años de edad con IMC alto (303 niños y 210 niñas de estas edades: 23,38% y 17,20% respectivamente).

Se plantea entonces, entre otros, el interrogante de si esta realidad estará relacionada con el consumo de snacks en los recreos, para lo cual se interroga a la totalidad de los niños (pues todos están escolarizados) y se construye la siguiente tabla:

| | | Obesidad | | Totales |
|-------------------|----|----------|------|---------|
| | | Si | No | |
| Consumo de snacks | Si | 62 | 158 | 220 |
| | No | 451 | 1846 | 2297 |
| Totales | | 513 | 2004 | |

- ¿Qué diseño de estudio epidemiológico se está realizando?; ¿Qué caracteriza a un estudio de este tipo?:
- ¿Según los datos reflejados en la tabla se puede concluir si existe asociación entre la obesidad y el consumo de snacks?. ¿Cómo?. Calcúlelo:



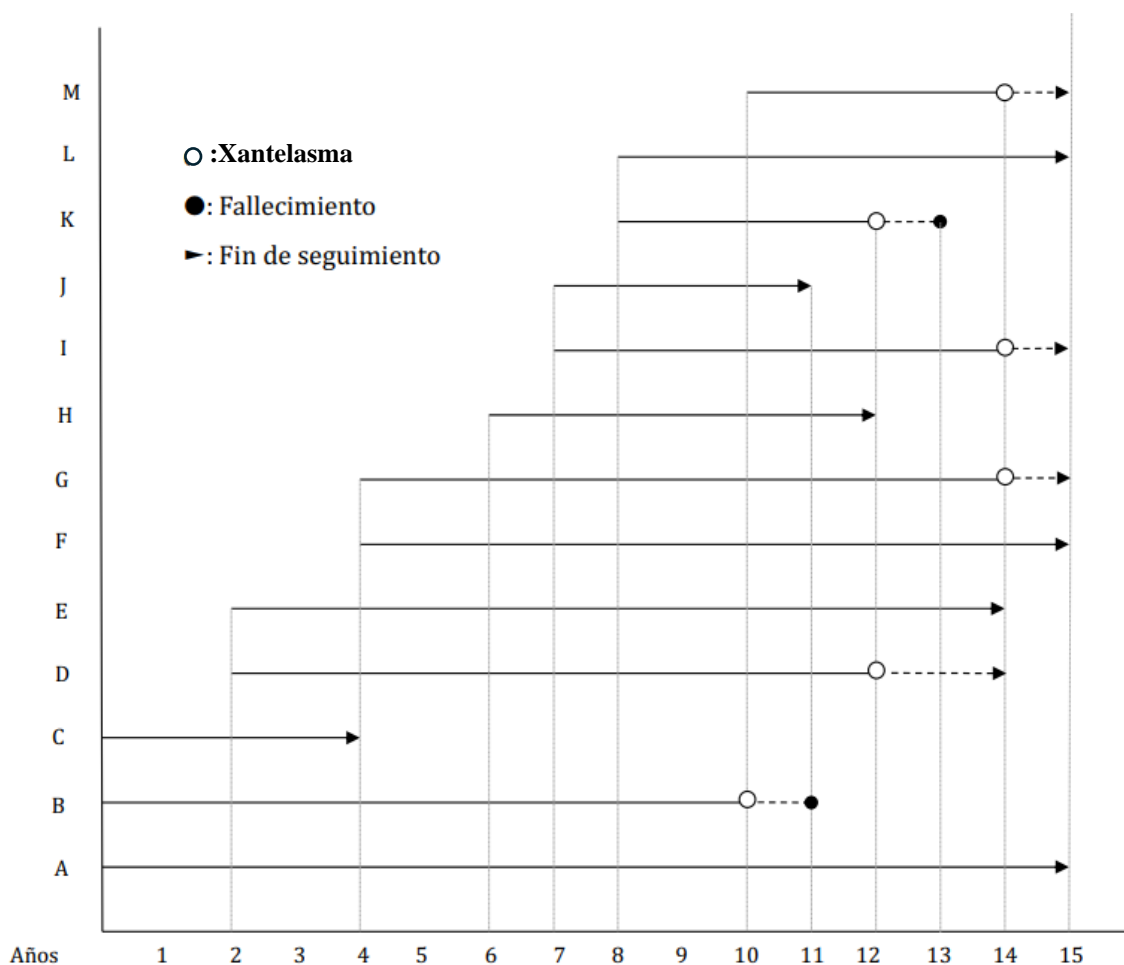
- c) ¿Qué porcentaje de niños obesos evitaríamos en el futuro si eliminamos la ingesta de snacks en el recreo?. Calcúlelo:

CUESTIÓN 5.

A una parte de la población referida al principio, con edades comprendidas entre 40 y 50 años, se le incluye en el estudio PIEL (ficticio), que pretende profundizar en la posible correlación entre la ingesta de carne y la aparición de xantelasmas.

Para ello se van incorporando los individuos en la muestra en distintos momentos (a medida que se les identifica y deciden participar). El periodo de seguimiento finaliza a los 15 años de la inclusión del primer individuo.

En concreto, el siguiente gráfico representa, para una muestra de 13 personas (representadas con las letras de la A, a la M en el eje de ordenadas) que consumen todas ellas carne a diario, ciertos eventos de interés registrados en su seguimiento.





Se entiende que cuando se detecta un xantelasma, se cesa en el seguimiento de esa persona a los efectos de este estudio, otro tanto ocurre, obviamente, con el fallecimiento del sujeto o su pérdida por otra causa.

A la vista del gráfico:

- a) Calcule la incidencia acumulada (I.A.) de xantelasma durante todo el período de estudio (riesgo de sufrir xantelasma en los 15 años de estudio):
- b) Calcule la incidencia acumulada de xantelasma en los 13 primeros años de estudio.
- c) ¿Cómo se calcula el número de personas-año de seguimiento?. Calcúlelo:
- d) Calcule la densidad de incidencia (D.I.) de xantelasma en el estudio.
- e) Calcule la densidad de incidencia (D.I.) de xantelasma en los 13 primeros años de estudio.
- f) Calcule la prevalencia de xantelasma en el año 12 de estudio.