

Hera 2.0

1

Aurora, 14 años, acude a la consulta por fiebre y dolor de garganta. Aprovechamos para ver su estado vacunal y tiene administrada una dosis de vacuna frente al VPH (Gardasil 4®) a los 12 años y una dosis de vacuna tetravalente ACWY frente al meningococo (Nimenrix®) a los 9 años. ¿Está correctamente vacunada?

Si, tiene la pauta completa de ambas vacunas.

No, habría que completar con una dosis de vacuna frente a VPH.

No, habría que completar con una dosis de vacuna frente al VPH y una dosis de vacuna tetravalente frente al meningococo ACWY.

Sólo precisa de una dosis de vacuna tetravalente frente al meningococo ACWY

Al no pertenecer a ningún grupo de riesgo no habría que haberle puesto la vacuna tetravalente frente al meningococo ACWY.

2

María tiene 25 años y tiene VIH en tratamiento antirretroviral con más de 200 CD4/mm3 desde hace 8 meses. ¿Tiene recomendación para la vacunación frente al VPH?

Tiene recomendación, pero no financiación.

No es necesaria la recomendación.

La vacuna frente al VPH no se puede administrar en mujeres VIH.

Tiene recomendación de vacunarse al pertenecer a uno de los grupos de riesgo recomendados y estaría financiada hasta los 26 años.

Si, se debe vacunar con dos dosis separadas 6 meses.

3

Leticia se ha quedado embarazada y consulta que vacunas debe administrarse durante embarazo y además nos comenta que ha visto en Twitter o X que existe una vacuna para el virus respiratorio sincitial. ¿Qué recomendación le darías?

Debe vacunarse frente a Tosferina a partir de la 27 semana de gestación y frente a Gripe y Covid 19 en cualquier trimestre de gestación, así como durante el puerperio (durante los 6 meses posteriores al parto). Explicaríamos que actualmente aún no tenemos disponible la vacunación materna frente a VRS.

Debe vacunarse frente a Gripe y Covid19. Tos ferina no es necesario ya que vacunó en su anterior embarazo.

Debe vacunarse frente a Gripe y Tosferina, covid no es necesario ya que tiene la pauta de vacunación completa.

Se vacunará de gripe y covid 19, debiendo separarse la vacunación frente a Tos ferina dos semanas.

No precisa vacunaciones durante el embarazo si estaba correctamente vacunada en la infancia.

4

¿Cuál sería la definición de *Binge Drinking*?

Lo podemos definir como el consumo de alcohol en un solo episodio de unas 5 UBE.

Es el consumo diario de al menos 2 UBE.

Lo podemos definir como el consumo de alcohol en un solo episodio de 28 UBE.

Es el consumo típico habitual de alcohol, conocido como alcoholismo crónico.

Lo podemos definir como el consumo de alcohol en un solo episodio de 2 UBE.

5

Respecto al consumo de Cannabis en adolescentes:

No se han objetivado ningún efecto secundario por su consumo.

Para objetivar el grado de consumo de tabaco disponemos de tablas que nos ayudan a ver el grado de dependencia a la nicotina pero respecto al consumo de Cannabis no disponemos de ninguna escala.

El consumo de Cannabis es más prevalente en los varones adolescentes y se ha visto que, además, está asociado al consumo de alcohol.

Su consumo más habitual es esnifado junto a fumado con tabaco.

El consumo de Cannabis es más prevalente en las chicas jóvenes respecto a los varones y no se asocia a ningún otro consumo de sustancias.

6

Respecto a los factores protectores y de riesgo en el consumo de sustancias.

Los factores de riesgo son unipersonales y tiene que ver con el carácter y el “yo” interior de cada adolescente.

De los factores protectores podemos destacar únicamente el entorno familiar.

Tanto los factores protectores como de riesgo son multidisciplinar y tienen que ver con el entorno familiar, la comunidad, factores sociales, escolares y factores individuales.

De los factores protectores uno de los que afectan al ámbito escolar tiene que ver con el nivel de la escuela y la implicación de los profesores.

C y D son correctas.

7

¿Cuál de las siguientes situaciones no constituye un factor de riesgo para el control del asma durante la adolescencia?

Tabaquismo.

Obesidad.

Factores emocionales.

Rinitis.

Consumo de frutas y verduras.

8

El asma en la adolescencia tiene una serie de singularidades, indica la opción verdadera de las siguientes opciones que te proponemos.

Los factores emocionales apenas tienen importancia como desencadenantes de asma en la adolescencia.

Las infecciones respiratorias tienen un gran papel como desencadenantes de crisis de asma durante la adolescencia.

El broncoespasmo inducido por el ejercicio puede influir negativamente en su relación con el “grupo de iguales” al sentir que tiene limitación al hacer lo que hace el resto.

El asma del adolescente tiene características claramente diferentes del asma del adulto.

Las sensibilizaciones alérgicas por neumoaérgenos no tienen ningún papel en la aparición del asma en la adolescencia.

9

Señala cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto a la educación sanitaria del adolescente con asma:

Debemos investigar e indagar cuáles son las expectativas del propio adolescente acerca de su enfermedad antes de iniciar las intervenciones educativas sanitarias.

Desde el principio se le dará la mayor cantidad de información para asegurarnos de que esté perfectamente informado y así nos quedaremos tranquilos de haber hecho nuestro trabajo correctamente.

Hay que educarle en la identificación de síntomas, ya que su negación puede complicar su control por retraso del inicio del tratamiento en las reagudizaciones.

Debemos conseguir la adherencia al tratamiento gracias a una educación sanitaria flexible, utilizando técnicas motivacionales en el momento adecuado.

Dado que la adolescencia es una etapa de cierta “frustración” ante una enfermedad crónica limitante, nos conformaremos con lograr la concordancia terapéutica que es la situación, quizá no óptima, en la que el adolescente se implica en el manejo de su enfermedad en una alianza terapéutica con su médico.

10

En relación a la enfermedad cardiovascular en la mujer con Diabetes Mellitus (DM), cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:

Es la primera causa de muerte en las mujeres en nuestro medio.

La presencia de DM anula al protección natural de las mujeres premenopáusicas frente a la Enfermedad Cardiovascular.

La presentación de enfermedad coronaria es habitualmente igual que en hombres.

En la insuficiencia cardiaca, la de origen isquémico es más frecuente en varones y los casos de miocardiopatía diabética es más prevalente en mujeres.

En el estudio Framingham se demostró que la DM en las mujeres puede multiplicar por 5 el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, frente al doble de riesgo que provoca en los hombres.

11

En relación con las opciones anticonceptivas en la mujer con Diabetes, cuál de las siguientes afirmaciones es cierta:

Los métodos clásicos de barrera no son los más adecuados en las mujeres con DM.

En caso de tener alguna complicación como retinopatía o neuropatía, el uso de anticonceptivos hormonales combinados no estaría recomendado.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia no serían recomendadas.

Los DIU de cobre están contraindicados en las mujeres con DM1.

La esterilización no es un método recomendado en las mujeres con DM1.

12

En cuanto a las curas de la Mujer con DM1 durante el embarazo y la lactancia, cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:

Mujeres con DM1 tienen 2.5 veces más de riesgo de sufrir efectos adversos en el embarazo como pueden ser muerte fetal, anomalías congénitas o mortalidad perinatal.

Es importante realizar una planificación del embarazo en las mujeres con DM1, con el objetivo de conseguir HbA1c a niveles óptimos con mínimo riesgo de hipoglucemias.

El screening de retinopatía diabética previa, durante y después del embarazo son especialmente importantes.

La lactancia materna en mujeres con DM1 no está recomendada.

Inmediatamente después del parto, la necesidad de insulina disminuye. Es necesario tenerlo en cuenta para ajustar la dosis de insulina en ese momento.

13

Señala cuál consideras que NO es un factor de riesgo para desarrollar un cáncer de mama en la mujer:

Menarquia precoz antes de los 12 años.

Menopausia tardía después de los 52 años.

Nuliparidad.

Cáncer de mama en familiares de 2ª generación.

Obesidad.

14

Teniendo en cuenta la clasificación BI-RADS, señala la respuesta que consideres correcta:

Un fibroadenoma se clasifica como BI-RADS 2 aconsejándose Mamografía a los 2 años.

Un nódulo solitario con una clasificación BI-RADS 3 se aconseja control a los 6 y 12 meses.

UN BI-RADS 4, categoría C, es altamente sugerente de malignidad (VPP para cáncer superior al 70%) y la actitud debe ser Derivación hospitalaria.

Un BI-RADS 3, que tras 24 meses de seguimiento de seguimiento desde el inicio, no presenta cambios, pasa a la categoría 2.

Todas son correctas.

15

De los siguientes factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama, señala el que No se considera un Factor modificable:

Obesidad.

Alcohol.

Hiperinsulinismo.

Sexo.

Sedentarismo.

16

¿Cuál es el subtipo histológico más frecuente en el cáncer de mama?

HER2.

Luminal C.

triple negativo.

Luminal A.

Luminal B.

17

¿Cuál es el factor pronóstico más importante en el cáncer de mama?

Tamaño tumoral.

Grado de diferenciación celular.

Afectación de ganglios linfáticos axilares.

Expresión de receptores hormonales.

Todas son correctas.

18

¿Cuál no es un objetivo del tratamiento neoadyuvante con quimioterapia en el cáncer de mama?

Reducir el tamaño del tumor... facilitar una cirugía conservadora.

Erradicar células que queden tras la cirugía para evitar que se produzcan metástasis.

Tratar de manera más precoz células aisladas.

Medir respuesta completa patológica.

Todas son correctas.

19

¿Crees que la sexualidad influye en nuestra calidad de vida?

No creo que tenga mayor repercusión.

En algunos cuestionarios sobre calidad de vida se incluyen preguntas sobre sexualidad.

Si, es parte importante la una buena salud integral.

No debemos preguntar sobre la sexualidad es algo muy íntimo.

b y c son correctas.

20

¿Cuál crees que es la disfunciones sexuales más frecuente en la mujer durante la menopausia?

b y c son correctas.

El deseo sexual hipoactivo.

La dispareunia.

Anorgasmia.

Las parafilias.

21

¿Existe tratamiento farmacológico, para el deseo hipoactivo que este incluida esta indicación en su ficha técnica?

Si con elevada eficacia en monoterapia.

Si, pero con dudosa eficacia.

No, se debe remitir para tratamiento al sexólogo.

Si, está aprobado su venta en Europa.

Si, pero tiene visado.

22

El acceso a Internet – según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) – en las personas adultas mayores está:

disminuyendo.

Se mantiene igual.

Creciendo.

Disminuyendo, pero de una manera más lenta.

Se ha estabilizado en los últimos años.

23

¿Cuál de las siguientes afirmaciones no se puede considerar como un beneficio del uso de la tecnología para las mujeres adultas mayores?

Para mejorar las conexiones sociales y emocionales.

Como una oportunidad de aprendizaje y entretenimiento.

Para mejorar el acceso a la información y a los servicios de salud.

Como una forma de mejorar la autonomía y funcionalidad de las mujeres adultas.

Aumentando la brecha digital con interfases con problemas de diseño inclusivo.

24

¿Cuál de las siguientes podría considerarse como una buena estrategia para mejorar la aceptación de los usuarios a la tecnología?

Generación de programas de capacitación y habilidades digitales.

Desarrollo de entornos “amigables” e intuitivos.

Promoción de la importancia de la tecnología.

Apoyo del entorno comunitario y familiar en el uso de nuevas tecnologías.

Todas las anteriores.

25

Indica cuál de los siguientes enunciados es falso:

Los estudios epidemiológicos de IC sugieren importantes diferencias entre los varones y las mujeres si bien estas diferencias no son uniformes y varían dependiendo de múltiples factores.

Las mujeres desarrollan IC generalmente más tarde que los hombres y suele ser IC-FEp con más frecuencia.

Las mujeres suelen presentar una mejor calidad de vida y mayor supervivencia que los hombres.

Según el estudio Framingham, la HTA confiere un riesgo 3,4 veces superior de presentar IC en las mujeres, mientras que los hombres tenían sólo un riesgo 2 veces mayor.

Según el estudio Framingham la DM confiere un riesgo 5 veces superior de presentar IC en las mujeres, mientras que los hombres tenían solo un riesgo 2 veces mayor.

26

Indica cuál de los siguientes enunciados es falso:

En el diagnóstico de IC, el abordaje debe hacerse de forma secuencial.

En la anamnesis es fundamental la detección de la presencia de síntomas y/o signos más o menos típicos.

Se debe solicitar un análisis de sangre, solicitando siempre que sea posible, la determinación de péptidos natriuréticos.

Es imprescindible realizar un electrocardiograma de 6 derivaciones, ya que aparte de la información que aporta tiene un elevado valor predictivo negativo (VPN).

El ecocardiograma transtorácico mide la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), y proporciona información acerca de la estructura y función de las cámaras cardíacas.

27

Respecto al tratamiento de la IC, indica la respuesta correcta:

El tratamiento debe iniciarse lo más precoz posible y de una forma escalonada, llegando a la dosis máxima de un fármaco antes de añadir el siguiente.

Los diuréticos se utilizan para disminuir los síntomas de congestión y deben titularse a la mínima dosis eficaz. Han demostrado reducir la mortalidad y la progresión de la enfermedad.

El sacubitrilo/valsartán debe considerarse como un fármaco de primera línea en el tratamiento de la ICFeR, pero solo en casos de intolerancia o contraindicación a los IECAs.

En los pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección del ventrículo izquierdo levemente reducida (IC-FEIr) Candesartan y espironolactona han demostrado reducir la mortalidad.

Todas son falsas.