CONVOCATORIA PARA LA PROVISION, MEDIANTE CONCURSO-OPOSICION, DE PUESTOS DE TRABAJO DE FEA EN MEDICINA INTENSIVA PARA EL SNS-O

PRIMERA PRUEBA

1. Criterios para decidir la intubación en el síndrome de Guillain-Barré
2. Cálculo del riesgo de nefropatía por contraste tras intervencionismo percutáneo
3. Escala Glasgow Outcome Scale.
4. . ¿Cual es el mecanismo de acción del Zanamivir?
5. Explique el mecanismo de control del ventilador en la modalidad de ventilación mecánica (NAVA)
6. Estrategia de manejo de la sedación difícil
7. ¿Cómo pueden ser estimados los requerimientos energéticos en un paciente crítico?
8. Tratamiento empírico inicial del paciente con neutropenia febril
9. Clasificación de la acidosis metabólica según su mecanismo de producción
10. Hepatopatías durante el embarazo

CASO CLINICO 1

Paciente de 66 años con antecedentes de EPOC leve en tratamiento con broncodilatadores a demanda. Sin alergias conocidas. Intervenido quirúrgicamente de rotura de tendón de Aquiles hace 30 días. Vida activa tras la cirugía. Tratamiento actual: broncodilatadores a demanda y HBPM (Clexane 40 mg/d).

Es derivado al Sº de Urgencias de un Hospital Comarcal por parada cardiorespiratoria reanimada.

Según refieren los acompañantes, presenta de forma brusca MEG, dolor torácico y sensación de disnea. Súbitamente pérdida de conciencia y crisis tónica. Los testigos (personal no sanitario) inician masaje cardiaco durante breve período (aprox. 5 min.) recuperando posteriormente la consciencia.

Valorado por UCI móvil, encontrando al paciente COC (GCS 15), no signos focalidad, disnea y taquipena intensa, Sat O2 75% sin oxígeno, TAS 100 mmHg, FC 140 lpm.

A su llegada a Urgencias, paciente consciente, mal prefundido con frialdad generalizada y livideces en tronco. FR 30 rpm, TA 80/45 mmHg, FC 140 lpm, Sat 90 % con Mascarilla Reservorio. Mínima ingurgitación yugular. Auscultación cardiaca rítmica sin ruidos patológicos, pulmonar con roncus bilaterales. Abdomen blando y depresible, sin masas ni visceromegalias. Pulsos periféricos con pedio izquierdo normal, derecho muy débil. Tras retirar yeso cerrado de completo se objetiva pierna derecha algo edematosa, No signos TVP.

Se inicia Tto en Urgencias, persistiendo la situación clínica, por lo que se avisa a UCI.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Gasometría arterial (mascarilla reservorio): pO2 55.4 mmHg, 35.6 mmHg, pH 7.28, Saturación 83.6%, EB -9 y Lactato de 30 mg/dL

HEMATOLOGIA: Hemoglobina: 15,7 g/dL , Hematocrito: 47,1 % , Leucocitos: 6*10^3/µL (4 - 10,5), Plaquetas: 163 *10^3/µL , Actividad de protrombina: 76,8 %. I.N.R.: 1,13, Fibrinógeno Clauss: 286,1 mg/dL , A.P.T.T.: 29,9 seg., Dímero D: 2.115 µg/L (10 - 180).

BIOQUIMICA Glucosa, r: 241 mg/dL (70 - 105) Urea, r: 32 mg/dL, Creatininio, r: 1,5 mg/dL (0,7 - 1,2), ASAT: 1.384 U/L (5 - 38) ALAT: 2.271 U/L (5 - 41) LDH: 5.313 U/L (240 - 480) CK: 144 U/L, CK-MB r: 3,25 ng/mL, Mioglobina, r: 200,9 ng/mL (25 - 72), Troponina, r: 0,103 ng/mL (0 - 0,03), Sodio: 137 mEq/L, Potasio: 5,5 mEq/L (3,5 - 5,1) Cloruro: 99 mEq/L, PCR: 1,51 mg/dL (0 - 0,5) Pro BNP: 183 pg/mL

ECG: Taquicardia sinusal, alteraciones difusas repoalrización

TAC TORACICO: tromboembolismo pulmonar masivo bilateral con defectos de repleción bilaterales en árbol arterial pulmonar que son visibles en ambas ramas principales a nivel de su bifurcación.

PRIMERA PREGUNTA: COMENTA LAS REGLAS DE PREDICCION CLINICA DEL TEP Y SU APLICACIÓN EN ESTE CASO.

SEGUNDA PREGUNTA: ACTITUD TERAPEUTICA. ENUMERA LAS MEDIDAS A TOMAR Y RAZONALAS.

Tras aplicar Tto oportuno, mejoría de la situación hemodinámica y respiratoria. Se realiza ECO doppler EEII: trombosis venosa profunda en pierna derecha afectando a vena femoral superficial en la zona del hiato aductor donde es visible cabeza de trombo, vena poplítea y tributarias.

Evoluciona favorablemente, dándose de alta al Sº de Medicina Interna en Tto con HBPM.

Al octavo día de su ingreso, encontrándose en planta, comienza con febrícula y lesiones cutáneas necróticas en flancos abdominales. Analítica: 78.000 plaquetas, resto normal.

TERCERA PREGUNTA: ***POSIBLE DIAGNOSTICO CLINICO. ACTITUD DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA INICIAL.***

CASO CLÍNICO 2

Varón de 38 años que sufre un accidente de coche de alta energía. Choca contra un camión y da varias vueltas de campana. Muere el acompañante y él es recogido fuera del coche con un Glasgow de 5 puntos (O1M3V1) y una TA sistólica de 80 mmHg.
Se intuba "in situ" y se traslada a un centro hospitalario.

1ª pregunta: Le llaman al Servicio de Urgencia. ¿ Que pautas de actuación seguiría y en que orden ?

El paciente entre otras lesiones tiene un hematoma subdural derecho con pupila dilatada. No se ha podido terminar de realizar todo el body-TC. El paciente está chocado. Pasa a quirófano

2ª pregunta: ¿ Se ha hecho lo correcto ? . ¿ Que otras lesiones puede presentar ?

Al parecer el paciente tiene un mediastino ensanchado, fracturas de pelvis con desplazamiento importante, húmero y fémur. Parece verse una laceración hepática y esplénica y una contusión pulmonar bilateral. Pasa a UCI. Sigue inestable hemodinámicamente

3ª pregunta: ¿ Que patologías sin solucionar puede presentar en este momento ?

Posteriormente el paciente debe ser intervenido por otro equipo quirúrgico
¿ Que tipo de intervención puede ser ?
El paciente regresa de nuevo a la UCI. Vuelve a chocarse y tiene una bajada del hematocrito

4ª pregunta: ¿ Que controles y sobre que órganos hay que prestar la máxima atención ?

¿ Que exploraciones quedarían por hacer ?

Una vez estabilizado en UCI, ¿Qué complicaciones tardías puede tener durante su estancia en la Unidad ?