MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE FORMACIÓN Y ORDENACIÓN
PROFESIONAL

PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TITULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.
R.D 459/2010, de 16 de abril

CASOS PRÁCTICOS

MEDICINA INTENSIVA

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE**: Compruebe que este cuaderno de examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen a la Mesa.

2. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **75 minutos improrrogables. No se concederá tiempo adicional para pasar a limpio las respuestas.**

3. Está **prohibido** el uso de **calculadoras,** de **teléfonos móviles** o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.

CASO PRÁCTICO 1

Mujer de 62 años, con antecedentes de obesidad (IMC 34 kg/m²) y cirugía reciente por fractura de fémur, que se encuentra ingresada en la UCI por neumonía grave. Al quinto día de estancia, mientras recibía profilaxis mecánica con medidas de compresión neumática intermitente por contraindicación inicial de anticoagulantes (debido a sangrado postquirúrgico ya resuelto), presenta de forma SÚBITA hipotensión marcada (TA 75/40 mmHg), taquicardia de 125 lpm y un descenso de la saturación de oxígeno del 95% al 84%. A la exploración física destaca ingurgitación yugular y campos pulmonares limpios a la auscultación. La ecografía a pie de cama muestra una vena cava inferior dilatada (25 mm) y no colapsable, y una dilatación aguda del ventrículo derecho con desplazamiento del tabique interventricular hacia la izquierda (signo de la D).

Preguntas:

1. **Ante la sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) de alto riesgo en un paciente hemodinámicamente inestable ingresado en UCI, describa cuál es la herramienta diagnóstica de primera línea recomendada para caracterizar el tipo de choque y justifique su elección frente a otras técnicas diagnósticas. En su respuesta, explique además qué hallazgos esperaría encontrar y cómo estos pueden influir en la toma de decisiones terapéuticas iniciales.**

2. **Una vez resuelta la contraindicación hemorrágica, describa cuál es el tratamiento anticoagulante inicial recomendado en pacientes con embolia pulmonar aguda y justifique su elección. En su respuesta, indique las principales alternativas disponibles y las situaciones clínicas que podrían modificar la estrategia terapéutica inicial.**

3. **En relación con la prevención de la enfermedad tromboembólica venosa en el paciente crítico, describa la recomendación actual sobre el uso combinado de medidas de profilaxis mecánica y farmacológica. Justifique la indicación o no de la combinación y explique en qué situaciones clínicas podrían modificarse estas recomendaciones.**

4. **Ante la confirmación de un tromboembolismo pulmonar (TEP) con inestabilidad hemodinámica persistente y ausencia de contraindicaciones hemorrágicas relevantes, describa cuál es el tratamiento de elección recomendado. Justifique su indicación y explique las alternativas terapéuticas disponibles en función de la respuesta clínica y de los recursos asistenciales.**

CASO PRÁCTICO 2

Mujer de 26 años sin antecedentes médicos de interés, trasladada al Servicio de Urgencias por el SAMU tras ser encontrada en su domicilio por familiares con disminución del nivel de conciencia y vómitos.

Los familiares refieren que no tenían noticias de ella desde aproximadamente 36 horas antes, por lo que acuden a su domicilio, y la encuentran confusa y desorientada. Además, localizan varios blísters vacíos de paracetamol de 1 g, sospechándose una ingesta autolítica en ese intervalo temporal.

A su llegada presenta: TA 85/54 mmHg, FC 118 lpm, FR 30 rpm, Tª 36,0ºC y SpO2 92% con O_2 ambiental, Glasgow 11 (E3 V3 M5), consciente, aunque somnolienta, confusa y desorientada. AC: tonos rítmicos, taquicárdicos, sin roces ni soplos. AP: murmullo vesicular conservado bilateralmente con hipofonesis bibasal. Abdomen: dolor en hipocondrio derecho. Pulsos palpables, sequedad cutánea mucosa.

De la analítica inicial destaca una Glucemia de 58 mg/dL, Na 136 mEq/L, K 5,2 mEq/L, Cl 96 mEq/L, urea 73 mg/dL, creatinina 2,6 mg/dL, AST/GOT 11.800 U/L, ALT/GPT 10.200 U/L, INR 5,8, Bilirrubina total 5,2 mg/dL, amonio 185 mmol/L, y la gasometría arterial muestra un pH 7,28 pCO2 30 mmHg, HCO3- 19 mmol/L, EB -6, Lactato 6 mmol/L.

Durante las siguientes horas desarrolla encefalopatía hepática grado III, precisando intubación orotraqueal y ventilación mecánica.

1. **Describa el diagnóstico sindrómico y los criterios diagnósticos.**

2. **El dato para sospechar ingesta de paracetamol lo que refiere la familia. Se solicitan niveles de paracetamol que resultan ser bajos o indetectables. ¿Cómo interpretaría este hallazgo en esta paciente y qué utilidad tendría el normograma de *Rumack-Matthew*? ¿Descartaría otras causas?**

3. **¿Qué medidas terapéuticas iniciales y monitorización deberían instaurarse en la Unidad de Cuidados Intensivos?**

4. **En esta paciente, ¿estaría indicado el inicio precoz de terapia continua de reemplazo renal (TCRR) y/o plasmaféresis incluso en ausencia de fracaso renal grave establecido?**

CASO PRÁCTICO 3

Mujer de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial y fumadora activa, que acude al Servicio de Urgencias por inicio brusco de cefalea intensa acompañada de vómitos y pérdida transitoria de conciencia. A su llegada presenta: TA 185/100 mmHg, FC 92 lpm, $SatO_2$ 96% con gafas nasales a 2 L/min, FR 22 rpm, Glasgow 13 (E3 V4 M6), rigidez de nuca y somnolencia leve, sin otra sintomatología.

Se realiza TC craneal urgente que objetiva sangre en cisternas basales y cisura de Silvio, con hemorragia intraventricular asociada. El Angio-TC muestra aneurisma de comunicante anterior de 7 mm. En la analítica destaca: Na 131 mEq/L y Troponina elevada.

Es sometida en las primeras 12 h a embolización endovascular (*coiling*) del aneurisma sin complicaciones inmediatas, ingresando en UCI para monitorización neurocrítica.

En el quinto día de evolución presenta: empeoramiento del nivel de conciencia, somnolencia progresiva y aparición de hemiparesia derecha.

1. **Diagnóstico al ingreso y valoración inicial de la gravedad según escalas clínicas y de imagen.**

2. **¿Qué medidas terapéuticas iniciales y de neuroprotección instauraría?**

3. **¿Qué alteraciones sistémicas, según los datos ofrecidos pueden aparecer en esta paciente y cómo las interpretaría?**

4. **Ante el deterioro neurológico diferido en el quinto día, ¿cuál es la principal sospecha diagnóstica y cómo la confirmaría y trataría?**