



## OSAKIDETZA

2011ko azaroaren 8ko  
1739/2011 Erabakiaren bidez  
egindako Oposaketa-Lehiaketarako  
deia (EHAA 226 Zkia. 2011ko  
azaroaren 29koa)

Concurso-Oposición convocado por  
Resolución nº 1739/2011, de 8 de  
noviembre de 2011 (B.O.P.V. Nº 226  
de 29 de noviembre de 2011)

**KATEGORIA: FAK. ESP. ETXEKO OSPITALIZAZIORAKO  
MEDIKUA**

**CATEGORIA: FAC. ESP. MEDICO HOSPITALIZACION A  
DOMICILIO**

**Proba eguna/ Fecha prueba:  
2012ko martxoaren 17a / 17 de marzo de 2012**

**2. ariketa / 2º ejercicio**

### **CASO CLÍNICO 1:**

Un paciente de 78 años con antecedentes de HTA y bronquitis asmática, y en tratamiento de quimioterapia por un cáncer de colon, ingresa en el Hospital por presentar colelitiasis, confirmada ecográficamente, para ser intervenido quirúrgicamente.

En la analítica preoperatoria destaca un hematocrito del 24%, leucocituria y presencia de bacterias Gram negativas en orina. Previamente a la intervención, el paciente recibe una dosis de Penicilina IV como profilaxis quirúrgica.

El abdomen es rasurado en el mismo quirófano. Se le practica, mediante laparotomía, una colecistectomía. Aunque no existían datos sugestivos de coledocolitiasis, durante el acto quirúrgico se le practica una exploración del conducto biliar común. La herida es suturada y se coloca un drenaje de Penrose por contraíncisión. Al tercer día de postoperatorio el paciente presenta una infección de herida quirúrgica.

- 1. ¿Qué se podría haber hecho o evitado en el acto quirúrgico para disminuir el riesgo de infección?**
- 2. ¿Qué características del paciente incrementan el riesgo de infección?**
- 3. ¿Qué otras medidas en la preparación preoperatoria se podían haber tomado para minimizar el riesgo de infección?**

## **CASO CLÍNICO 2:**

Paciente de 70 años de edad que acude a urgencias hospitalarias por disnea de varios días de evolución, hasta hacerse de reposo, con edemas en EEII

Antecedentes personales: Exfumador de 30 paquetes/año hasta hace 6 años. HTA en tratamiento con Enalapril. Diabetes Mellitus en tratamiento con Metformina. Miocardiopatía isquémica hipertensiva con fracción de eyección 40% clase III NYHA. Tres ingresos durante el último año. ACFA crónica y tratamiento con acenocumarol. EPOC severo en tratamiento con broncodilatadores. Anemia crónica secundaria a pérdidas digestivas con diagnóstico de angiodisplasia colónica y hernia hiatal. Poliartrosis limitante con Índice de Barthel <50. Funciones cognitivas preservadas. Buen soporte socio familiar (cuidadora, la esposa). Hábitat rural

Exploración: TA: 120 /70 con signos y síntomas congestivos, con saturación de oxígeno de 87 %, afebril, fecatest negativo.

Pruebas complementarias: EKG alfa a 160 l/minuto; Rx tórax: patrón de redistribución vascular, derrame pleural derecho leve

Analítica: Creatinina 1.8, glucemia 280, Hb 6.5 g/l

1. ¿Cuál es su diagnóstico?

2. El tratamiento instaurado fue:

3. Estable hemodinámicamente, ingresa en Hospitalización a Domicilio eupneico en reposo, con menores edemas distales en EEII que dejan fóvea, TA 11/7, Saturación al 90% con Oxígeno a 2 litros, creatinina de 1.6, glucemia en ayunas de 200. Usted es su médico: ¿cuál será su plan farmacológico? (prescriba por principio activo)

**CASO CLÍNICO 3:**

Paciente de 63 años, que ingresa para curas de úlcera plantar en la base del 1º dedo de pie izquierdo. Es diabético tipo 2, con Nefropatía diabética de años de evolución, con un aclaramiento de creatinina de 22, HTA e infecciones recurrentes de dicha úlcera que no han respondido a tratamiento antibiótico oral. Durante el seguimiento clínico, presenta fiebre y empeoramiento del estado de la úlcera, no detectándose pulsos distales.

**1. Ante la sospecha de infección de la úlcera ¿Que pruebas consideras necesarias para confirmar el diagnóstico?**

**2. En el antibiograma, el germen es sensible a: Amoxi-clavulánico, Carbapenem, piperacilina-Tazobactan y Gentamicina ¿Cuál sería el abordaje terapéutico?**

**3. En un intento de mejorar la isquemia, ¿cuál consideras el tratamiento más adecuado?**

#### **CASO CLÍNICO 4:**

Mujer de 73 años con DMID de larga evolución. Miocardiopatía dilatada isquémica con FE 30% (bypass aorto-coronario hace 3 años). HTA bien controlada. Dislipemia. Sin alergias conocidas. Osteoporosis y aplastamientos vertebrales. Polimialgia reumática en tratamiento con corticoides diarios a dosis bajas desde hace meses. Tratamiento habitual: Lantus 40 U. en la cena, Apidra 6-6-6, Coropres 6,25: ½- 0- ½, Losartan 100- 0-0, Seguril 1-0-0, Zarator 20: 0-0-1.

Acude a urgencias por: dolor preauricular + secreción espesa y eritema en conducto auditivo externo y en pabellón auricular + sensación nauseosa y mareo inespecífico + febrícula. Su Médico de Atención Primaria le había prescrito 2 días antes Cefuroxima 500 x 2 oral + tratamiento tópico con Ciprofloxacino en gotas.

Exploración: Consciente, orientada, colaboradora, afectada por cefalea, eupneica en reposo. TA 120/70, FC 104, FR 20, Saturación basal O<sub>2</sub>: 97% , T<sup>a</sup>: 37'2° C. No ingurgitación yugular. AC: rítmica, soplo sistólico 2/6 polifocal. AP: sin hallazgos. Abdomen: Sin hallazgos. Edemas maleolares leves.

Análítica: Serie roja, plaquetas y coagulación normal. Leucocitos: 12.300 con leve desviación izda. Creatinina: 1,2. Urea:60, Glucosa:206, resto de bioquímica normal. PCR 9

Valorada por ORL y pendiente de cultivos, la paciente no quiere ingresar y, dados sus antecedentes, se le remite a Hospitalización a Domicilio con Piperacilina-Tazobactam.

La paciente presenta clínica vertiginosa, más dolor, y el eritema evoluciona a erupción vesicular y costrosa en el conducto auditivo, pabellón auricular, región mastoidea y mucosa oral

#### **1. Diagnóstico diferencial desde el inicio**

**2. Diagnóstico más probable con la evolución descrita**

**3. Tratamiento adecuado en su domicilio**

### **CASO CLÍNICO 5:**

**Antecedentes:** Paciente de 80 años diagnosticado de neoplasia de recto que ingresa por fiebre. Exfumador. HTA, Dislipemia y Diabetes Mellitus tipo 2, en tratamiento médico. Cardiopatía isquémica severa con intolerancia a betabloqueantes.

Adenocarcinoma de recto intervenido pT2pN1 (1/8) en junio de 2006. Quimioterapia adyuvante con Capecitabina. En 2008 recidiva presacra, tratado con radioterapia y quimioterapia con mejoría clínica y estabilidad radiológica. En un PET-TC de abril de 2011 se objetivó progresión local y posible metástasis pulmonar única. Se consideró no tributario de más tratamiento oncoespecífico por bajo estado funcional.

**Enfermedad actual:** Ingresa por infección urinaria que se resuelve con tratamiento antibiótico. Durante el ingreso se diagnostica de progresión pulmonar, hepática y cerebral por la que ha recibido 10 sesiones de tratamiento con radioterapia holocraneal. El paciente presenta los siguientes síntomas: Dolor de características mixtas (somático y neuropático) en EID atribuido a plexopatía lumbosacra, de moderada intensidad que se exacerba con la movilización. Estreñimiento importante. Xerostomía sin lesiones orales específicas. Astenia acusada. Insomnio controlado en el hospital con benzodiazepinas. Disnea de pequeño esfuerzo. Tristeza y ansiedad.

**Exploración física:** Pálido. Hidratado. Sin adenopatías palpables ni fiebre. No ingurgitación yugular. Auscultación pulmonar: Hipoventilación basal derecha. Algunos roncus y crepitantes secos en la base izq. Auscultación cardiaca: Tonos rítmicos sin soplos ni rones. Abdomen: Blando y depresible. Sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. Ruidos intestinales presentes. EE: No edemas ni datos de flebitis. Neurológico: Sin focalidad ni signos meníngicos. Consciente pero desorientado en tiempo y espacio. Incipientes zonas de lesión por presión grado 1 en sacro. Barthel: 40. PPS: 40. Pfeiffer: 4 errores. Ramsay: 2. CAM: Negativo. EMINA: 6. Incontinencia urinaria de predominio nocturno.

**Información:** Paciente conocedor de su situación y de la no realización de tratamiento quimioterápico. Preocupado y nervioso. Crisis de ansiedad por miedo al ahogo debido a su disnea. Vive con su mujer de 70 años que está informada de situación de final de vida.

**Última analítica:** 18800 leucocitos (10%Blastos 64%PMN 18%L 3%M 4%E 1%BAS) Hemoglobina 10 gr/dl, 120.000 plaquetas Índice de Protrombina 56%, Glucosa 156 mg/dl, Urea 96 mg/dl, Creatinina 2,2 mg/dl, Na 132 mEq/l, K 4,3 mEq/l, Cl 98 mEq/l, Bilirrubina 2,2 mg/dl, AST 75 u/l, ALT 68 u/l, Fosfatasa Alcalina 332 u/l, GGT 450 u/l, LDH 380 mg/dl, Proteínas 4,8 g/l, Albúmina 2,3 g/l

**Tratamiento:** Morfina de liberación retardada 30 mg/12h.; Ibuprofeno 400 mg/8h.; Pregabalina 75 mg/12.; Amitriptilina 10 mg/24h.; Dexametasona 4 mg/12h.; Omeprazol 20 mg/24h.; Enoxaparina 40 mg/24h sc.; Alprazolam 0,25 mg/12h.; Lactulosa 15

ml/8h.; Morfina de liberación inmediata 10 mg, si dolor; Lorazepam 1 mg por la noche; Metoclopramida 10 mg, si náuseas.

**En la visita domiciliaria:** Refiere la esposa que se ha despertado a las 4 de la mañana agitado y desorientado y que desde entonces “no para quieto”, se quiere levantar y dice cosas sin sentido. En ocasiones no la reconoce o parece que se dirige a otra persona. Había cenado en cantidad escasa y tomado un batido de suplemento. Le habían dado el hipnótico pautado y, aunque desorientado, se había dormido tranquilo. No ha presentado fiebre. No recuerda haber tenido que cambiarle el pañal. No le ha encontrado fatigado. Ha tosido poco. No ha vomitado. No se ha quejado ni ha manifestado gestos de dolor. Refiere 6 días sin deposición. Su hábito era una vez cada dos días. Las 2 últimas veces que hizo deposición fueron heces duras y en escasa cantidad.

El paciente se encuentra muy inquieto, intentando quitarse la ropa de cama, con lenguaje repetitivo e incoherente. Moviliza sin aparentes problemas las 4 extremidades y parece bien hidratado. T.A. 120/60. Probable globo vesical.

**1. Enumere factores predisponentes y desencadenantes que han podido llevar al enfermo a esta situación**

**2. Proponga un plan de diagnóstico y actuación inmediata.**

- 3. Proponga un plan de tratamiento sintomático, con revisión y modificaciones del tratamiento previo, y que incluya recomendaciones al cuidador.**

### **CASO CLÍNICO 6:**

Paciente varón de 65 años intervenido de carcinoma de laringe. Tras la intervención presenta una fistula faringo-cutánea. Los especialistas deciden mantener la vía oral en reposo de cara al cierre de la fistula. Se revalorará la misma en un mes. El paciente es derivado al domicilio con nutrición enteral.

El paciente mide 1,82 m, al alta pesa 70 Kg (peso habitual 80 Kg) y en la analítica se observa una albúmina de 2,5g/dl, PCR de 7, colesterol de 150mg/dl y unos linfocitos totales de  $900 \times 10^3 / \text{uL}$ .

**1. ¿Qué vía de acceso y forma de administración nutricional recomendaría de cara al alta domiciliaria? Ventajas e inconvenientes del acceso elegido.**

**2. ¿Qué tipo de nutrientes utilizaría? Ventajas e inconvenientes.**

**3. Cita dos complicaciones mecánicas y tres gastrointestinales que pueden aparecer:**