

# OSAKIDETZA

2011ko urriaren 28ko;  
1699/2011 Erabakiaren bidez,  
egindako Oposaketa-Lehiaketarako  
deia (EHAA 216 Zkia. 2011ko  
azaroaren 15ekoa)

Concurso-Oposición convocado  
por Resolución nº 1699/2011, de 28  
de octubre de 2011 (B.O.P.V. Nº 216;  
de 15 de noviembre de 2011)

**KATEGORIA: FAK. ESP. MEDIKINTZA PREBENTIBO ETA OSASUN  
PUBLIKOKO MEDIKUA**

**CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD  
PÚBLICA**

*2. ariketa / 2º ejercicio*

**Bigarren proba eguna / Fecha segundo ejercicio :**

25 de marzo de 2012

Ud. se incorpora como médico preventivista a un hospital general de 350 camas, en el que hasta ahora no había Servicio de Medicina Preventiva. Es un hospital público de varias décadas de antigüedad con buena valoración entre los profesionales y la población. Se practica mucha cirugía, destacando los Servicios de Cirugía General-Digestivo y de COT. Iniciativas aisladas en los últimos años han estudiado la prevalencia global anual de infecciones hospitalarias y la incidencia de infecciones en pacientes sometidos a cirugía electiva de colon con los siguientes resultados:

Prevalencia de infecciones nosocomiales (IN) 6,5 %

Prevalencia de pacientes con IN 6 %

Prevalencia de infecciones quirúrgicas 7 %

Prevalencia de infecciones quirúrgicas en cirugía limpia 4 %

Prevalencia de IN en pacientes sometidos a cirugía 11 %

Incidencia de infección del sitio quirúrgico en cirugía de colon 30 %

Incidencia de IN en pacientes con cirugía de colon 45 %

Tipos de IN en cirugía de colon: Infección quirúrgica (50%), Neumonía (25%), ITU (20%), Otras.

1. ¿Qué diagnóstico de situación haría Ud.?
  
2. Plantee medidas para controlar la infección quirúrgica:
  - a) En el preoperatorio (3 medidas)
  - b) En el intraoperatorio (3 medidas)
  - c) En el postoperatorio (3 medidas)
  
3. Defina 3 actuaciones relevantes para controlar la neumonía/infección respiratoria en los pacientes sometidos a cirugía abdominal.
  
4. Proponga 3 iniciativas para luchar contra las ITUs nosocomiales postoperatorias.

*N.B.-Recuerde enfocar las medidas de los puntos 2, 3 y 4 en el entorno del hospital descrito anteriormente*

---

Noticia aparecida en el diario "El País", el 28 de enero de 2011.

El pequeño ingresó en el hospital en julio de 2007 debido a un tumor que le afectaba al riñón y a los pulmones, y comenzó un tratamiento de quimioterapia que duró dos meses con un 70% de posibilidad de supervivencia, según la acusación pública. El 4 de septiembre, en su última sesión antes de ser operado, el oncólogo acusado, J.M.F.N., le prescribió una dosis farmacológica que, entre otros medicamentos, contenía 165 miligramos de doxorrubicina, una cantidad diez veces superior a la que le correspondía por edad y peso.

El especialista remitió una copia al servicio de farmacia del centro, en el que el otro acusado, J.A.C.M., debía verificar los datos y ajustar la dosis, pero no lo hizo, por lo que se elaboró tal y como se había prescrito. El niño llegó a casa tras el tratamiento con fiebre y vómitos, y falleció al día siguiente debido a una miocarditis tóxica provocada por una sobredosis de doxorrubicina.

El especialista ha señalado que el servicio de farmacia "no efectuó las comprobaciones necesarias" que hubieran detectado el error y habrían evidenciado que el recipiente que estaba preparando para el niño "era demasiado grande", incluso para un adulto de 100 kilogramos de peso. "El personal de farmacia infantil debía haber detectado la equivocación porque anotó en el margen de la hoja la cantidad de fármaco recomendada por metro cuadrado corporal. Había una incongruencia de cantidades, no un error de las mismas. Se trata de la omisión de un punto decimal en una cifra", ha afirmado.

Al día siguiente de la muerte del niño revisó la receta y descubrió su error, y preso del "nerviosismo" añadió una coma a la cifra de 165 miligramos para que pareciera 16,5, aunque finalmente acabó confesándolo.

Por su parte, el farmacéutico ha contado que en su departamento no disponen de un sistema informatizado para comprobar y validar las prescripciones de fármacos, y por ello preparan las dosis atendiendo a "lo que indica el especialista". "No tenemos un protocolo obligatorio de validación de las prescripciones, preparamos lo que nos remiten. Me fijé en la cantidad de 165 miligramos de fármaco subrayada y ordené su preparación. Reconozco mi error. No me explico cómo no me di cuenta de que la cantidad era impresionante", ha admitido. El farmacéutico ha denunciado, además, que en el hospital La Fe estaban "desbordados" de trabajo, lo que "puede influir en este tipo de errores".

Los padres del menor, que piden sendas penas de tres años de prisión y una indemnización de 300.000 euros, aseguran que alertaron a los enfermeros que la bolsa de fármaco que le estaban suministrando era "muy grande", pero les dijeron que estuvieran "tranquilos", porque "nunca se equivocan".

Como referente de seguridad del Centro Sanitario, usted decide llevar a cabo un Análisis Causa-Raíz (ACR) para esclarecer los hechos y establecer las medidas correctoras oportunas, si éstas fueran necesarias. Detalle las fases del ACR y describa brevemente en cada una de ellas qué aspectos o información deben ser tenidas en cuenta.

El 23 de octubre se ve en consulta del S<sup>o</sup> de Medicina Preventiva a una paciente remitida por Digestivo para vacunación previa a inicio con anti-TNF $\alpha$  (Tratamiento biológico).

Mujer de 42 años de edad con colitis ulcerosa, en tratamiento con corticoides durante 2 meses (Dacortin 20 mgr 1 -0 - ½) hasta hace una semana. Actualmente está en tratamiento con salicilatos por vía oral y con enemas, manteniendo estable su patología digestiva. Tiene revisión en Digestivo en 3 meses para nueva valoración.

No tiene alergias medicamentosas conocidas, pero sí es alérgica al látex, kiwi, huevos y proteínas del pollo.

Hace 1 mes y medio tuvo un accidente de moto, motivo por el que se le administró una dosis de vacuna Tétanos-difteria y gammaglobulina antitetánica.

No recuerda vacunaciones en la infancia ni tiene cartilla vacunal.

No sabe si ha pasado varicela, hepatitis, ni otras enfermedades de la infancia. No antecedentes de tuberculosis pulmonar ni de pruebas para detección de infección.

No historia de hábitos tóxicos. Pareja estable desde hace años. No antecedentes de viajes al extranjero. No antecedentes familiares de interés (hepatitis, etc).

Trabaja como profesora en una escuela infantil desde hace 2 años, actualmente de baja laboral.

Tiene una analítica reciente con parámetros bioquímicos y hematológicos normales

**Resultados de serología:**

- IgG VARICELA: Negativo
- IgG RUBEOLA: Positivo
- IgG SARAMPION: Positivo
- IgG PAROTIDITIS: Positivo
- AcHBs: Negativo
- AcHBc IgG: Positivo
- AcHBc IgM: Negativo
- AgHBs: Negativo
- IgG VHA: Negativo

**Preguntas:**

- 1.- Interprete los resultados de serología de hepatitis B. ¿Cuál podría considerarse la opción más probable en esta paciente?
- 2.- ¿Qué vacunas recomendaría y contraindicaría administrar a esta paciente, en este momento? Enumérelas
3. Señale la pauta de administración de cada una de las vacunas anteriormente recomendadas, con sus dosis y si correspondiera, dosis de recuerdo.
- 4.- ¿Está indicado hacer alguna otra prueba de cribado previo al tratamiento con anti-TNF $\alpha$ ?
- 5.- ¿Está indicado vacunar, en este momento, a la paciente de varicela? Razone la respuesta.
- 6.- ¿Cuál es la pauta de vacunación de varicela en adultos y la vía de administración?
- 7.- En general ¿Qué precauciones habría que tomar después de administrar la vacuna frente a la varicela a un/una paciente?

\*\*\*\*\*