Osakidetza

OPE 2011

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)

KATEGORÍA: FAK. ESP. MEDIKUNTZA INTENTSIBOKO MEDIKUA.

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉD. MEDICINA INTENSIVA

1. ariketa / 1º ejercicio

Lehengo proba eguna / Fecha primer ejercicio:

17 de marzo de 2012

A Eredua / Modelo A

Osakidetza

OPE 2011

1.- Indique las limitaciones para el uso del método de dilución de litio o litiodilución transpulmonar para la medición del gasto cardíaco:

2.- Precise la fórmula estandariza del Indice de Resistencia Vascular Sistémico (IRVS):

3.- La utilización de Vasopresina durante la reanimación cardiopulmonar puede aumentar la vasoconstricción periférica. A través de qué mecanismos?

4.- ¿Cuál es el diámetro adecuado de las paletas externas de un desfibrilador para un adulto, un niño y un lactante?

5.- En situaciones donde la temperatura de la piel de los miembros superiores sea inferior a 32 ºC, en qué nervio monitorizaría la relajación muscular?

6.- Entre las múltiples clasificaciones predictivas de riesgo de episodios isquémicos a corto y medio plazo, la Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) se encuentra entre las más ampliamente utilizadas. Que variables utiliza para el cálculo del riesgo? Enumerelas.

7.- ¿Qué molécula, que es un marcador de la función renal, puede servir como marcador pronóstico en el síndrome coronario agudo?

8.- Describa el mecanismo de acción y la vía de administración del fármaco Otamixaban:

9.- En las guías de la Sociedad Europea de Cardiología del 2010 en cuanto a resincronización cardiaca la indicación IIb con nivel de evidencia B del implante para pacientes con insuficiencia cardiaca severa (NYHA IIIb-IV) y no candidatos a transplante, cumplen las siguientes condiciones:

10.- En relación con el papel de la monitorización de la Presión tisular de O2 cerebral (PtiO2 mediante sistema Licox), describa el lugar más adecuado de colocación en caso de lesión focal y en caso de lesión difusa cerebral en el TCE grave.

11.- En el diagnóstico del paciente en coma, cuáles son las dos modalidades de Potenciales Evocados Multimodales que tienen mayor utilidad práctica y qué vías examinan:

Osakidetza

OPE 2011

12.- Describa la exploración neurológica típica del Síndrome de Brown-Séquard en casos de lesión traumática medular:

13.- En un paciente con un traumatismo torácico cerrado puro, que sufre un colapso cardiovascular brusco y un déficit neurológico tras el inicio de la ventilación mecánica con presión positiva, el diagnóstico de sospecha más probable será:

14.- Enumere cinco vitaminas cuyo déficit se encuentre entre las causas metabólicas de Coma:

15.- Una causa frecuente de midriasis unilateral perezosa o arreactiva a la luz con reflejo consensuado conservado, es la presencia de compresión del III par contra el ligamento pretroclinoideo debida a una masa hemisférica ipsilateral. Enumere otras cuatro lesiones en las que puede presentarse este signo:

16.- El American College of Suergeons Committee on Trauma (ATLS) clasifica a los pacientes politrumatizados según las pérdidas estimadas de sangre en cuatro clases. Un paciente adulto de 70 kg de peso sin antecedentes que ha sufrido una precipitación desde 8 metros de altura se encuentra consciente pero nervioso, con FC 125 lpm, FR 32 rpm, TAS < 90 mmHg, presión de pulso disminuida, ritmo de diuresis < 20 ml/h ¿en qué clase sería clasificado según el ATLS?, ¿cuál sería la pérdida estimada de sangre?, ¿ qué fluidos estarían recomendados en su manejo inicial?

17.- El TCE leve puede ser ingresado y observado en un hospital general que disponga de TAC. Describa las situaciones en las que está recomendado que un TCE leve sea derivado a un centro neuroquirúrgico:

18.- Indique las contraindicaciones absolutas y las contraindicaciones relativas para la realización de la Punción Lavado Peritoneal en el paciente politraumatizado:

19.- .- En un paciente tras una intervención de Cirugía Cardíaca, un Score Clínico de predicción de Lesión Renal Aguda de Thakar y cols entre 9-13 (máximo 17), que riesgo de Diálisis supone expresado en %?

Osakidetza

OPE 2011

20.- Que tratamiento médico basado en la evidencia aplicaría para tratar a un paciente con Colitis Ulcerosa Severa Fulminante?

21.- En el manejo del Postoperatorio de Cirugía Cardíaca, el tratamiento con el fármaco Clevidipina, ¿Cuál es su mecanismo de acción y el rango de dosis a administrar?

22.- ¿Cuál es el receptor intracelular en las células T de los inhibidores de la Calcineurina usados como inmunosupresores en el Transplante de Órgano Sólido?

23.- La realización de una ecocardiografía intraoperatoria en la endocarditis ¿Qué Clase de indicación se considera?

24.- A que corresponde el grado IIb de la Clasificación de Forrest en la Hemorragia digestiva alta no asociada a hipertensión portal y su hallazgo endoscópico?

25.- Recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del Paciente Crítico Obeso:

26.-Cite dos métodos de obtención de mediciones semiestáticas de la curva presión-volumen durante la ventilación mecánica.

27.- Describa brevemente las formas en las que la inmersión en agua muy fría puede conducir a la muerte.

28.- ¿Cuál es el criterio de ciclado espiratorio empleado en la NAVA?

29.- Cite al menos 6 de los principales productos tóxicos de la combustión liberados en los incendios domésticos e involucrados en la lesión por inhalación de humo.

30.-¿Cuáles son los mecanismos fisiopatológicos de la toxicidad por CO?

31.- La embolización bronquial es una medida de primera línea en el control de la hemoptisis

Osakidetza

OPE 2011

masiva; ¿qué porcentaje de efectividad alcanza, cuál es la tasa de recurrencias?

32.-¿Qué son los aneurismas de Rasmussen?

33.- Describa la base fisiológica en la que se basa la utilización del heliox en ciertas patologías respiratorias y su papel actual en la agudización grave del asma.

34.-La gangrena gaseosa o mionecrosis clostridial esta producido principalmente por Clostridium perfringens ¿Cite que otros tipos de Clostridios pueden producirlo?

35.-La Colistina presenta una excelente actividad frente a Pseudomonas Aeruginosa y Acinetobacter Baumanii, pero otros gram (-) son resistentes ¿Cuáles?

36.-En caso de fracaso renal no esta indicado el uso de Voriconazol en su presentación intravenosa ¿Por qué razón?

37.-En infección por Pneumocystis Jiroveci en la que por el motivo que sea no se puede utilizar Cotrimoxazol ni Pentamidina ¿que pauta terapéutica usaría usted? Cite fármacos y dosis.

38.-Cual es el tratamiento especifico del botulismo, dosis y vía de administración:

39.-Según el registro ENVIN-UCI del año 2009 que porcentaje de resistencias antibióticas presenta la Pseudomonas aeruginosa frente a amikacina y ceftazidima respectivamente:

40.-Respecto al Linezolid cuales son las concentraciones máximas obtenidas en secreciones bronquiales y LCR con meninges inflamadas comparada con las concentraciones plasmáticas :

41.-En el tratamiento de las neumonías cual es la relación de la concentración de fármaco en secreciones bronquiales con respecto a las plasmáticas en el caso de los betalactámicos:

Osakidetza

OPE 2011

42.- En que situación clínica ha demostrado efectividad la Metilprednisolona en el Sindrome Neuroléptico Maligno en cuanto a reducción rápida de la temperatura, y a que dosis?

43.- Que sustancia capaz de producir Acidosis Tubular Renal tipo I es capaz de producir Acidosis Metabólica con anion Gap Alto y por que?

44.- ¿Cuál es la Dosis Letal 50 del paraquat en un adulto?

45.- Los pacientes con Hipertermia maligna poseen un defecto en el metabolismo del calcio a nivel de la membrana celular del musculo esquelético, mediada por la alteración en ¿Qué tipo de receptor?

46.- ¿Qué Ley establece que el paciente tiene el derecho a ser informado sobre el tratamiento, sus alternativas, los riesgos y los beneficios, para así poder tomar las decisiones que le atañen, lo que incluye su negativa a cualquier tratamiento, incluso cuando esa negativa pueda tener como consecuencia su muerte?.

47.- En el hipoaldosteronismo hiperreninémico ¿cual es la enzima defectuosa implicada?

48.- Enumere la Triada clinica caracteristica de la intoxicación por gas de arsemina:

49.- Al colocar un Cateter de Swan-Ganz en el control postoperatorio de Cirugía Cardíaca, si se utiliza Dioxido de Carbono para inflado del globo, ¿Qué precaución se debe tener con el mismo?

50.- Que expresa el acrónimo LEMON descrito por Murphy y Walls como método de evaluación de acceso a vía aérea?

51.- En las Guías de la ESC (Sociedad Europea de Cardiología) de 2010 la implantación de un dispositivo de asistencia de ventrículo izdo. en pacientes no candidatos a transplante e

Osakidetza

OPE 2011

insuficiencia cardiaca severa con qué clase y grado de evidencia puede indicarse este tratamiento para reducir la mortalidad:

52.- En el manejo del paciente politraumatizado, describa los criterios según el mecanismo lesional que definen un traumatismo de alta energía en lesiones por vehículos a motor:

53.- Entre las Indicaciones de la Desmopresina (DDAVP) en los diferentes subtipos de Enfermedad de Von Willebrand. ¿En cual se debe evitar y por que?.

54.-En pacientes con infección por Pseudomonas aeruginosa ¿que dosis de Mezlocilina usaría en caso de fracaso renal con Cl creatinina < 10 ml/min? ¿Cuál es la dosis suplementaria para hemodiálisis?

55.- Cuantos miligramos de Ac Fab específicos antidigoxina se unen a 0.6 mg de digoxina?

56.- Al realizar una Traqueotomía quirúrgica, en que consiste el denominado "flap de Bjork" y que problema puede acarrear con mayor frecuencia?

57.- En pacientes con endocarditis infecciosa valvular nativa o protésica y presencia de un dispositivo intracardíaco sin evidencia de infección, ¿Qué Clase de Indicación se considera su extracción?

58.- Ordene los siguientes agentes beta-agonistas de acción corta utilizados en el tratamiento del asma de menor a mayor selectividad para receptores beta2: isoproterenol, fenoterol, albuterol, terbutalina, epinefrina, metaproterenol.

59.-Indique dos de los diversos tratamientos antivíricos disponibles para tratar una infección por virus influenza humano, además del oseltamivir, su dosificación y duración:

Osakidetza

OPE 2012

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)

KATEGORÍA: FAK. ESP. MEDIKUNTZA INTENTSIBOKO MEDIKUA.

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉD. MEDICINA INTENSIVA

2. ariketa / 2º ejercicio

Bigarren proba eguna / Fecha segundo ejercicio :

17 de marzo de 2012

Osakidetza

OPE 2011

Caso nº 1

Se trataba de una mujer española de 33 años que a los 5 días de volver de un viaje a Santo Domingo consultó por un cuadro de 4 días de náuseas, sequedad bucal, sabor metálico, midriasis, parestesias periorales, en manos y pies y disminución generalizada de la fuerza muscular. El último día del viaje, a las 12 h de haber comido ensalada, pescado y una combinado de frutas tropicales tuvo nauseas, vómitos y diarrea que se autolimitó en 24 h. En la exploración física se observó disminución de la fuerza en las 4 extremidades, alteración de las pruebas dedo-nariz y talón-rodilla, frecuencia cardíaca: 56 lat/min y TA 75/40 mmHg, con presión venosa central normal y extrasístoles ventriculares aislados.
El hemograma y la bioquímica fueron normales. El cultivo y los parásitos en heces fueron negativos. Un ECG y la TAC craneal fueron normales. En esta situación ingresa en Medicina Intensiva.

1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y que técnicas diagnósticas utilizaría?
2. Haga el diagnóstico diferencial con otras patologías similares
3. Tratamiento
4 El paciente presenta fracaso renal agudo y es sometido a Hemodiafiltración veno-venosa continua. Si no pudieramos utilizar heparina ¿que alternativas utilizariamos?

Osakidetza

OPE 2011

CASO nº 2

Mujer 68 años. AP: DM tipo 2 controlado con dieta, AIT occipital izquierdo 1 mes antes del ingreso, con diagnóstico de estenosis del 50% de la arteria carótida izquierda. Tratamiento: Ticlopidina desde hace 1 mes.

7 días antes del ingresopresentó dolor cólico en fosa lumbar izquierda, asociado a hematuria moderada. Se diagnosticó un cólico renal, indicándose tratamiento ambulatorio. En los siguientes cuatro días tuvo una evolución tórpida, agregándose compromiso del estado general y disnea de reposo. Al examen físico presentaba Tª 38º, ictéricia y cuadro confusional. Es trasladada al servicio de urgencias del hospital, donde presenta una convulsión tónico-clónica prolongada, sin focalización neurológica ni signos meníngeos. Se decide ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), realizándose intubación y conexión a ventilación mecánica (VM). Se toman muestras para cultivo y se inicia antibioticoterapia de amplio espectro (levofloxacino y ceftriaxona).

En UCI exploración física: palidez cutaneomucosa, PA 160/80 mmHg, FC 100 lpm, sat O2 (FiO2 40% peep 5) 92 %. Tª 38ºC. AC: taquicárdica, rítmica sin soplos. AP: hipoventilación y crepitantes. Abdomen anodino. No edemas.

Analítica: 11100 leucocitos (4000-10000), 5600 neutrofilos (2000-7000), Hb 9.4 (13-17), Hto 30.5 % (40-53), 54000 plaquetas (140000-450000), Coag: TQ 12.8 seg, INR 1'2, Dímero D 499 ng/mL (100-250). Na 143 mmol/L , K 4.3 mmol/L , cloro 108 mmol/L, Glucemia 332 mg /dL, Urea 99 mg /dL, Creatinina 2.23 mg/dL. GOT 55 U/L (2-40), GPT 50 U/L (2-45), LDH 2600 U/L (125-245), Bilirrubina total 3,56 mg/dL (indirecta 2,5 mg/dL), Indice reticulocitario 2%.

Procalcitonina 0'5 ng/mL (0'0-0'1). Marcadores cardiacos: en rango normal.

Gasometria arterial: pH 7.298, pCO2 36.6 mmHg, pO2 69.7, HCO3-18.1, satO2 89.1 %, Lactato 4 mmol/L (0'5-1'7).

Extensión de sangre periférica: poiquilocitos y hematíes fragmentados. El mielograma mostró hiperplasia eritroblástica marcada y megacariocitosis.

Osakidetza

OPE

ECG: Taquicardia sinusal a 110 lpm, sin hallazgos patológicos.
Sedimento urinario: hematuria (30 eritrocitos por campo) y proteinuria de 300 mg/dL.
Antigeno neumoco y legionella en orina negativo
PCR virus influenza A H1N1 negativo
Microbiología: Hemocultivos (3/3), Urocultivo, Coprocultivo NEGATIVOS.
Inmunología: Coombs directo e indirecto, Factor Reumatoideo, Complemento C3 - C4, ANA – AntiDNA NEGATIVOS.
Serología: VIH, Hepatitis A, B, C, Anticardiolipinas, VDRL, Leptospira, T. Cruzi, ANCA, Mycoplasma, Antimembrana basal NEGATIVOS.

La radiografía de tórax, la ecografía abdominal y la tomografía axial computeri-zada (TAC) cerebral no mostraron hallazgos de relevancia.
EEG: hipofunción difusa bioeléctrica cerebral, inespecífica.

Tras administrar 1 pool de Plaquetas se realiza Punción Lumbar: Líquido claro y transparente con escasa proteinorraquia e hipoglucorraquia (leucos 5 cels/nl, 0% PMN, 100% mononucleares, 25 hematies/nl, glucosa 91 mg/dl, proteínas 64 mg/dL.). Cultivo negativo.
Presenta deterioro de la función renal, respiratoria, aumento de la T^a a 39º y aumento de LDH.

1. Cuál es el diagnóstico más probable y con qué entidades se debe hacer el diagnóstico diferencial.
2. Causas etiológicas del cuadro diagnóstico.
3. Cómo se llega al diagnóstico de este cuadro clínico.
4. Tratamientos específicos de primera línea y tratamientos en casos refractarios o de segundo nivel. Parámetros guía de la respuesta al tratamiento.