



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

OPE 2007
MEDICINA INTENSIVA

Servicio Andaluz de Salud

18, 19 Y 21 DE ENERO DE 2008



Casos seleccionados por el Tribunal de la Especialidad:

18 de enero de 2008

CASO: Patología del ámbito cardiovascular.

CASO: Patología del ámbito hemodinámico.

19 de enero de 2008

CASO: Patología del ámbito cardiovascular.

CASO: Patología del ámbito respiratorio.

21 de enero de 2008

CASO: Patología del ámbito hemodinámico.

CASO: Patología del ámbito respiratorio.

Criterios de discriminación:

La prueba de esta especialidad contempla dos casos clínicos y su evaluación está compuesta por 12 indicadores de observación que el evaluador (tribunal) chequeará durante la actuación del/la candidato/a.

1. Se establecen 12 indicadores con idéntico valor.
2. Para el proceso de selección esta prueba representa **25 puntos**.
3. La realización de los 12 indicadores de observación supone la totalidad de los puntos en la prueba.



CASO: Patología del ámbito cardiovascular.

I.- DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

II.- CHECK LIST DE EVALUACIÓN

I.- DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Varón de 48 años, que encontrándose previamente bien, SALVO CUADRO GRIPAL HACE UNA SEMANA, que lo obliga a permanecer en cama y a tratamiento sintomático, sufre fuerte dolor precordial cuando caminaba hacia su trabajo. El dolor es de tipo opresivo y se irradia a mandíbula, ambos hombros y MSI, acompañándose de ansiedad, así como de sudoración profusa fría y náusea. No vómitos. Poco tiempo después del inicio del dolor nota disnea progresiva y sensación de mareo. Tiene impresión de muerte inminente. Al verse reflejado en un espejo nota intensa palidez de piel y labios, lo que junto con las características del dolor le hace pensar que está en situación de alto riesgo (muerte inminente), por lo que pide que le lleven a algún hospital, por lo que un viandante le trae en su vehículo a la urgencia del Hospital, donde tras confirmar constantes vitales y ECG se avisa a UCI que indica su ingreso.

Patología Inicial:

Insuficiencia ventricular Izada.
Síndrome de bajo gasto.

Tratamiento Previo:

Ninguno.

Situación de partida:

Se encuentra consciente y orientado. Nervioso y angustiado (no puede estar quieto), con respiración espontánea, disneico y mal perfundido: Marcada palidez de piel y mucosas + relleno capilar enlentecido.

Ventilación normal y simétrica en ambos campos y planos.

Crepitantes bibasales que no alcanzan campos medios.

Ruidos cardiacos apagados y taquicárdicos. Ritmo de galope con S3 y S4. No soplos ni roce. Muy frecuentes ESV, algunos acoplados en dobletes y tripletes.

Pulsos radiales y Pedios lentos, blandos, simétricos.

No Ingurgitación yugular.

Signos Vitales. FR 26 rpm. FC 115 lpm. TA 80/40.

Subcianosis. Sudoración fría. Sat O2: 88%.

Material Exploraciones Complementarias Aportado

Laboratorio:

Bioquímica General.

Marcadores de daño miocárdico (CK, CK-MB, TROPOMINA, etc.)

Imagen:

Registro de ECG con imagen de Lesión Transmural anterior hiperaguda con taquicardia sinusal.

Radiología de tórax con imagen de IVI moderada (reconversión vértices).

En el caso 1 bis: el ekg es propio de scasest. Moderada caída de st en cara anterior y lateral.



Placa de tórax idéntica a la anterior.

INFORMACIÓN PARA EL/LA CANDIDATO/A

Información Preliminar

Proceso Dolor Torácico a nivel de UCI.

Información sobre el Caso

Varón de 48 años, que encontrándose previamente bien, sufre fuerte dolor precordial cuando caminaba hacia su trabajo. El dolor es de tipo opresivo y se irradia a mandíbula, ambos hombros y MSI, acompañándose de ansiedad, así como de sudoración profusa fría y náusea. No vómitos. Poco tiempo después del inicio del dolor nota disnea progresiva y sensación de mareo. Al verse reflejado en un espejo nota intensa palidez de piel y labios, lo que junto con las características del dolor le hace pensar que está en situación de alto riesgo (muerte inminente), por lo que piden que le lleven a algún hospital, por lo que un viandante le trae en su vehículo a la urgencia del Hospital, donde tras confirmar constantes vitales y ECG se avisa a UCI que indica su ingreso.

Se encuentra consciente y orientado. Nervioso y angustiado (no puede estar quieto), con respiración espontánea, disneico y mal perfundido: Marcada palidez de piel y mucosas + relleno capilar enlentecido.

Ventilación normal y simétrica en ambos campos y planos.

Crepitantes bibasales que no alcanzan campos medios.

Ruidos cardiacos apagados y taquicárdicos. No soplos ni roce.

Pulsos radiales y Pedios lentos, blandos, simétricos.

No Ingurgitación yugular.

Signos Vitales. FR 26 rpm. FC 115 lpm. TA 80/40.

Subcianosis. Sudoración fría. Sat O₂: 88%.

Antecedentes personales:

Fumador de dos paquetes diarios.

Tensión arterial ocasionalmente alta. No sigue tratamiento.

Fallecimiento de su padre por muerte súbita.

Madre diabética

DESARROLLO DEL CASO

El/la candidato/a deberá ordenar al enfermero/a la evaluación rápida de constantes vitales:

- a) Monitorización de ECG.
- b) Presión arterial no invasiva.
- c) Frecuencia cardiaca.
- d) Frecuencia respiratoria.
- e) Saturación de O₂.
- f) Temperatura.
- g) ECG (decisión crítica).

El/la enfermero/a deberá comunicar al médico responsable el valor de estas constantes en cuanto disponga de ellas.

El médico responsable debe evaluar rápidamente:

- a) Inspección general rápida.
- b) Conciencia.
- c) Auscultación rápida (corazón y bases pulmonares).
- d) Perfusión periférica.
- e) Registro ECG (decisión crítica).



Función Respiratoria:

Ventilación.

El/la candidato/a deberá confirmar la permeabilidad de la vía aérea, la correcta ventilación de ambos pulmones. Debe excluir la existencia de neumotórax y/o derrame pleural como posibles causas de dolor torácico.

El/la candidato/a debe identificar la presencia de crepitantes y saturación de O₂ pobre, y dar instrucciones en cuanto al ritmo de perfusión de sueros, así como de la posición adecuada del enfermo y la necesidad de administrar oxígeno suplementario.

Debe evaluar la necesidad de diuréticos y sus posibles pros y contras en la situación del paciente.

Debe indicar la correcta posición del paciente.

El/la candidato/a deberá indicar la administración de O₂ a FiO₂ necesaria para corregir la Sat O₂ del paciente. El paciente persiste disneico y taquipneico.

Función Circulatoria:

El/la candidato/a deberá evaluar la situación hemodinámica. Palpará los pulsos, confirmando que están presentes todos y que son simétricos (descarta parcialmente la existencia de disección aórtica). Debe percatarse de que la presión de pulso no se ve afectada por la respiración (posible derrame pericárdico como causa del dolor torácico). El paciente está pálido muy sudoroso su FC es de 115 lpm y la TA es 80/XX.

El/la candidato/a deberá ordenar la canalización de una vía venosa central (si es posible) o de una vía venosa periférica y la obtención de muestras de sangre para determinaciones rutinarias en dolor torácico. Indicará la administración de un suero glucosalino a mínimo ritmo. Monitorizará ECG (decisión crítica).

El/la candidato/a debe indicar la práctica de ecocardio urgente, para descartar taponamiento cardiaco u otra patología que justifique la situación de shock cardiogénico. Tras ello indicará la realización de cateterismo de cavidades dchas con catéter de Swan-Ganz para determinar gasto cardiaco por termodilución y dibujar curva de función ventricular, tras la cuál desarrollará la toma de decisiones terapéuticas.

El/la candidato/a debe detectar desde las primeras etapas la presencia de hipotensión y taquicardia y valorar correctamente su causa, introduciendo el valor de PVC en el diagnóstico diferencial.

Si el/la candidato/a no detectara la presencia de hipotensión arterial, y tomase una decisión correcta (dopamina IV), el paciente desarrollará una mayor hipotensión arterial y desarrollaría una pérdida de conciencia y/o crisis convulsiva (Stokes-Adams) secundarias a baja perfusión cerebral o, tras un periodo de mayor hipotensión, desarrollará una asistología que obligaría a maniobras de RCP avanzada (Decisión crítica).

Otras Exploraciones:

El/la candidato/a no debe perder el tiempo en otras exploraciones de menor importancia en este contexto, pero debe hacer una palpación abdominal elemental para descartar abdomen “en tabla”, dolor en otras zonas abdominales (FDI, FII, hipocondrios, etc.), ausencia de ruidos abdominales, etc.

Monitorización.

Desde el principio de la evaluación primaria el/la candidato/a ha debido de ordenar la monitorización de distintos parámetros: SpO₂, ECG, TA.

Analíticas y Radiologías:

Con los datos y Ecos aportados, no debe perderse tiempo en determinaciones analíticas y menos aún en espera de sus resultados. Bajo ningún concepto debe esperarse a la toma de decisiones (en este caso) a la demostración de una CPK o Tropomina elevadas (clave).



Documentación:

El/la candidato/a y/o el/la enfermera deben anotar los valores de parámetros básicos en el documento ad hoc. Especialmente debe detallarse la hora de inicio del dolor torácico.

TOMA DE DECISIONES URGENTES:

Una vez evaluada la situación, el/la candidato/a debe tomar decisiones claves:

- Interrogatorio al enfermo o su familia sobre contraindicaciones de fibrinólisis (decisión crítica).
- Necesidad de Repercusión urgente en UCI ¿?, en Laboratorio de hemodinámica para ACTP primaria ¿?. Es clave analizar la toma de decisiones del/la candidato/a en este aspecto, dependiendo de si está ocupado o no el laboratorio de Hemodinámica y tiempo de traslado, existencia de Hemodinámica en este Hospital o en otro (necesidad de traslado interhospitalario), etc. Son decisiones (críticas).
- ¿Traslado del enfermo a otro Hospital? Llamar previamente para confirmar existencia de cama libre (Decisión clave: podría suponer un retraso en la administración de fibrinolíticos o un riesgo para el paciente por esperas injustificadas). El/la candidato/a debe dar las órdenes oportunas de las condiciones del traslado entre Urgencias y UCI: personal acompañante, equipamiento necesario, equipo de resucitación, mediación necesaria, etc.).
- Es vital evitar las pérdidas de tiempo (tiempo puerta-aguja o puerta-balón < 30 minutos).

Reevaluación:

El/la candidato/a debe realizar una reevaluación rápida antes de decidir el traslado del paciente. Jamás debe trasladarse sin monitorización adecuada y menos aún sin desfibrilador (Decisión Crítica) y material básico de RCP (amb., laringoscopio, tubo endotraqueal, cánulas de guedel; etc.) y maletín de mediación elemental de RCP.

Resolución del Caso: Estabilización y Transporte.

El/la candidato/a deberá estimar el tratamiento fibrinolítico en UCI o la evacuación del paciente a Sala de Hemodinámica (si disponible) o a otro hospital si no hay Cardiología Intervencionista y fuese necesaria (contraindicación fibrinólisis). El/la candidato/a deberá contactar con el hospital receptor, estableciendo comunicación con el cardiólogo intervencionista o con el intensivista del otro hospital.

En caso de traslado a otro hospital, el/la candidato/a discutirá con el intensivista y con el sistema de transporte el equipamiento necesario para su traslado.



II.- CHECK LIST DE EVALUACIÓN

<i>INDICADORES DE OBSERVACIÓN</i>
1. Recaba datos históricos
2. Solicita ecg. Lo valora adecuadamente
3. Auscultación c-r. valoración de simetría de pulsos
4. Hace diagnóstico diferencial. Neumotórax, digestivo, etc.
5. Valora estado hemodinámico: pletismografía, pulso central, PANI.
6. Solicita batea analítica.
7. Indica analgesia
8. Indica NTG y/o metabloqueantes
9. $>fiO_2$
10. Estabiliza los parámetros hemodinámicas DVA
11. Diagnóstico definitivo. Solicita monitorización avanzada. ¿Ecocardio?
12. Valoración de riesgo evolutivo y de abordaje intervencionista



CASO: Patología del ámbito respiratorio.

I.- DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

II.- CHECK LIST DE EVALUACIÓN

I.- DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

Historia del paciente:

Varón de 69 años, casado, que acude a Urgencias por disnea y fiebre de varios días de evolución.

Antecedentes Personales:

HTA diagnosticado hace 5 años en tratamiento con Renitec 10. Diabetes Mellitas tipo II en tratamiento con dieta, Daonil y Acarbosa. Fumador de 20-30 cigarrillos/día desde joven. Criterios clínicos de Bronquitis crónica, con 1-2 exacerbaciones al año, que han precisado tratamiento con “inhaladores” y antibióticos pero nunca ingreso hospitalario. En el último año sensación de falta de aire cuando sube 1-2 pisos o anda deprisa.

Enfermedad Actual:

En los últimos 5 días comienza con cuadro de malestar general, mialgias y sensación febril con T^a 38-38,5° C. Al 3º día inicia tratamiento antibiótico, amoxicilina/clavulánico, y salbutamol en inhalador, por aparecer aumento de la tos y expectoración habitual, con cambio de color en los esputos (amarillo-verdosos) y ruidos torácicos audibles (“pitos”). Pese al tratamiento la disnea progresa llegando a hacerse a mínimos esfuerzos con ortopnea. En las últimas 24h presenta tendencia al sueño, cada vez más profundo y con dificultad para que responda, haciéndolo de forma ininteligible, la disnea se ha hecho de reposo y los ruidos respiratorios se escuchan a distancia. En estas circunstancias es traído por su familia a la Sección de Urgencias del SCCU de un Hospital de nivel II.

En Urgencias es calificado como nivel I (PAUE), pasando a la consulta de Emergencias.

Exploración Física:

Se aprecia un paciente obeso (95 kg aprox.), de aspecto pleórico y rubicundo, somnoliento con dificultad para despertar, haciéndolo con desorientación temporo-espacial. Cianosis central, éxtasis yugular, sudoroso, con buena perfusión periférica y saltos musculares. Tórax: uso de músculos accesorios con tiraje intercostal, asincronía torazo-abdominal, 26 rpm, SpO₂ 81% a aire ambiente; disminución global del murmullo vesicular, con roncus y sibilancias dispersas. Tonos cardiacos rítmicos a 110 spm, sin soplos, extratonos ni roces. PA 160/95 mmHg. No se observa déficit neurológico motor. Abdomen globuloso, blando, difícil de valorar al estar sentado. Extremidades: edemas ligeros en tobillos sin signos clínicos de TVP.

El paciente pasa rápidamente al Área de Observación donde ahora la SpO₂ de 85% a FiO₂ 0,28, manteniéndose prácticamente igual los demás parámetros clínicos. Se inicia ventilación no invasiva con Respironic ST/D 30: IPAP 10/EPAP 5; 4 lpm., que posteriormente se aumenta progresivamente hasta IPAP 18/EPAP 8; 6 lpm. Además se aplica nebulizadores con Salbutamol y Bromuro de Ipratropio. La geometría arterial inicial a FiO₂ 0,21 es de pH 7,20; PaCO₂ 71 mmHg; PaO₂ 54 mmHg; Bic. Actual 50 mEq/L; EB 8mEq/L. El paciente durante la primera hora, presenta mayor frecuencia respiratoria, 38 rpm, uso de musculatura accesoria con paradoja torazo-abdominal, descoordinación entre las inspiraciones del paciente y las ventilaciones, y mayor somnolencia. SpO₂ 80%, PA 175/99 mmHg. FC 128 spm.

Patología Inicial:

Insuficiencia respiratoria crónica agudizada.

Tratamiento Previo:



- Oxígeno a bajo flujo con mascarilla facial.
- Ventilación no invasiva (Respironic ST/D 30).
- Nebulizaciones con broncodilatadores.

Situación de Partida:

El paciente lleva 1 hora en el Área de Observación en ventilación no invasiva con Respironic ST/D 30: IAP 18/EPAP 8; 6 lpm.

Se han aplicado nebulizadores con Salbutamol y Bromuro de Ipratropio.

La gasometría arterial a su ingreso era (FiO₂ 0,21): pH 7,20; PaCO₂ 71 mmHg; PaO₂ 54 mmHg; Bic. Actual 50 mEq/L; EB 8 mEq/L.

Presenta una frecuencia respiratoria, 38 rpm, uso de musculatura accesoria con paradoja torazo-abdominal, descoordinación entre las inspiraciones del paciente y las ventilaciones, y mayor somnolencia. SpO₂ 80%, PA 175/99 mmHg. FC 128 spm.

Material Exploraciones Complementarias Aportado

Laboratorio:

Analítica completa:

- Hemograma.
- Coagulación.
- Bioquímica.
- Gasometría arterial.

Imagen:

Rx Tórax: Sin alteraciones patológicas.

Otros:

ECG de 12 derivaciones R. Sinusal a 115 spm, PR 180 msc, a QRS. No alteraciones de la repolarización.

Resolución del Caso

Necesidad Intubación orotraqueal y traslado a la UCI.

Comunicación con UCI para realizar el traslado.

Adaptación y Ventilación adecuada del paciente.

Análisis del Caso

POR EL TRIBUNAL CONSTITUIDO

INFORMACIÓN PARA EL/LA CANDIDATO/A

Información Preliminar

Asistencia en el Área de Observación de Urgencias del SCCU, de un Hospital General (2º Nivel).

Información sobre el Caso

Varón de 69 años, casado, que acude a Urgencias por disnea y fiebre de varios días de evolución.

Antecedentes Personales:

HTA diagnosticada hace 5 años en tratamiento con Renitec 10. Diabetes Mellitas tipo II en tratamiento con dieta, Daonil y Acarbosa. Fumador de 20-30 cigarrillos/día desde joven. Criterios clínicos de Bronquitis crónica, con 1-2 exacerbaciones al año, que han precisado tratamiento con “inhaladores” y antibióticos pero nunca ingreso hospitalario. En el último año sensación de falta de aire cuando sube 1-2 pisos o anda deprisa.



Enfermedad Actual:

En los últimos 5 días comienza con cuadro de malestar general, mialgias y sensación febril con Tª 38-38,5° C. Al 3º día inicia tratamiento antibiótico, amoxicilina/clavulánico, y salbutamol en inhalador, por aparecer aumento de la tos y expectoración habitual, con cambio de color en los esputos (amarillo-verdosos) y ruidos torácicos audibles (“pitos”). Pese al tratamiento la disnea progresa llegando a hacerse a mínimos esfuerzos con ortopnea. En las últimas 24h presenta tendencia al sueño, cada vez más profundo y con dificultad para que responda, haciéndolo de forma ininteligible, la disnea se ha hecho de reposo y los ruidos respiratorios se escuchan a distancia. En estas circunstancias es traído por su familia a la Sección de Urgencias del SCCU de un Hospital de nivel II.

En Urgencias es calificado como nivel I (PAUE), pasando a la consulta de Emergencias.

Exploración Física:

Se aprecia un paciente obeso (95 kg aprox.), de aspecto pletórico y rubicundo, somnoliento con dificultad para despertar, haciéndolo con desorientación temporo-espacial. Cianosis central, éxtasis yugular, sudoroso, con buena perfusión periférica y saltos musculares. Tórax: uso de músculos accesorios con tiraje intercostal, asincronía torazo-abdominal, 26 rpm, SpO₂ 81% a aire ambiente; disminución global del murmullo vesicular, con roncus y sibilancias dispersas. Tonos cardiacos rítmicos a 110 spm, sin soplos, extratonos ni roces. PA 160/95 mmHg. No se observa déficit neurológico motor. Abdomen globuloso, blando, difícil de valorar al estar sentado. Extremidades: edemas ligeros en tobillos sin signos clínicos de TVP.

El paciente pasa rápidamente al Área de Observación donde ahora la SpO₂ de 85% a FiO₂ 0,28, manteniéndose prácticamente igual los demás parámetros clínicos. Se inicia ventilación no invasiva con Respiroic ST/D 30: IPAP 10/EPAP 5; 4 lpm., que posteriormente se aumenta progresivamente hasta IPAP 18/EPAP 8; 6 lpm. Además se aplica nebulizadores con Salbutamol y Bromuro de Ipratropio. La geometría arterial inicial a FiO₂ 0,21 es de pH 7,20; PaCO₂ 71 mmHg; PaO₂ 54 mmHg; Bic. Actual 50 mEq/L; EB 8 mEq/L. El paciente durante la primera hora, presenta mayor frecuencia respiratoria, 38 rpm, uso de musculatura accesoria con paradoja torazo-abdominal, descoordinación entre las inspiraciones del paciente y las ventilaciones, y mayor somnolencia. SpO₂ 80%, PA 175/99 mmHg. FC 128 spm.

El paciente pasa rápidamente al Área de Observación donde ahora la SpO₂ 85% a FiO₂ 0,28, manteniéndose prácticamente igual los demás parámetros clínicos. Se inicia ventilación no invasiva con Reapironic ST/D 30.

DESARROLLO DEL CASO

El/la candidato/a deberá evaluar:

1. La adecuación de las medidas de soporte aplicadas son adecuadas a la situación actual del paciente: medicación, monitorización y soporte ventilatorio.
2. Fracaso de la VNI e indicación de aislamiento de vía aérea y conexión a ventilación mecánica (VM) por:
 - a. Falta de integridad de vía aérea alta y reflejos protectores por bajo nivel de conciencia.
 - b. Ineficacia de la ventilación con uso de musculatura accesoria, paradoja torazo-abdominal y fallos de trigger de la VNI.
3. Una vez establecida la indicación de intubación y VM:
 - a. Donde realizarlo: in situ (Observación) vs traslado previo a UCI.
 - b. Optimización de la ventilación y oxigenación con Ambú.
 - c. Intubación orotraqueal vs oronasal.
 - d. sedación, analgésica, relajación muscular.
4. Programación apropiada del respirador de transporte:
 - a. FiO₂ inicial 1.
 - b. Vt bajos.
 - c. FR bajas para provocar Ti bajos.
 - d. Relación I: E baja (> 1:2) si es programable.
 - e. Límite de Presión en vía aérea <45 mmHg.



5. Detectar los efectos indeseables y las complicaciones inmediatas tras la instauración de la ventilación mecánica, así como su tratamiento.
 - a. Deberá indicar monitorización estrecha de parámetros en el monitor, especialmente SpO₂ y PANI.
 - b. Realizará diagnóstico diferencial de la hipotensión tras la conexión a la VM: caída del retorno venos vs neumotórax.
 - c. Una Pr. Pico > 50 mmHg provocará un neumotórax.
6. Reevaluar las posibles alteraciones producidas durante el traslado a UCI y la necesidad de nuevas medidas.
 - a. Alteraciones en el paciente: ventilación, circulación, etc.
 - b. Interfase: posición tubo, balón neumotaponamiento, circuitos, tec.
 - c. cambio respirador.
7. Programar con el respirador convencional al paciente, así como detectar, tratar o minimizar las alteraciones fisiopatológicas propias de la OCFA.
 - a. FiO₂ para una SpO₂ entorno a 90%; Vt bajos con VMin para un pH normal; relación I:E baja (>1:2); Límite de Presión en vía aérea <45 mmHg.
 - b. Pautará medidas farmacológicas para la adaptación del paciente a la VM, así como de parámetros ventilatorios con el mismo efecto (ver siguiente punto).
 - c. Detectará la presencia de auto-PEEP e indicará medidas para compensarla: PEEP 80% de la PEEPi; FR más baja con Ti más cortos; broncodilatadores.

Monitorización:

A lo largo del desarrollo del caso el/la candidato/a ha debido de ordenar la monitorización de distintos parámetros según el momento y lugar.

Resolución del caso:

Estabilización.



II.- CHECK LIST DE EVALUACIÓN

<i>INDICADORES DE OBSERVACIÓN</i>
1. Recaba datos históricos
2. Solicita gasometría: valoración
3. Auscultación c-r. Valoración global y de sensorio
4. Valoración situación clínica: indica VM
5. Valora estado hemodinámico
6. Programación adecuada de VM
7. Medidas de adaptación a VM: farmacológicas y no farmacológicas
8. Pauta broncodilatación
9. Detecta autopeep e inicia compensación
10. Estabiliza los parámetros c-r.
11. Diagnóstico definitivo. Solicita monitorización avanzada.
12. Reevaluación global: de estado, farmacológica y técnica



CASO: Patología del ámbito hemodinámico.

I.- DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

II.- CHECK LIST DE EVALUACIÓN

I.- DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

Historia Del Paciente:

Paciente de 67 años que ingresa en UCI derivado de planta de M. Interna por empeoramiento de su estado general, disnea e hipotensión en el seno de un episodio febril.

No tiene antecedentes patológicos ni sigue tratamiento habitual. Vida autónoma.

Presenta desde hace cuatro meses cuadros de dolor abdominal generalizado, intenso, que se irradia a espalda, tipo cólico, de dos horas de evolución aproximada, acompañado de vómitos, temblores y castaño de dientes, sin fiebre termometrada, asociado a orinas oscuras que después se normalizan.

Se ha tratado en múltiples ocasiones con tratamiento antibiótico (quinolona y betalactámico) por ITU de repetición (4 ocasiones). Desde entonces no claro síndrome constitucional, pero sí deterioro progresivo.

Dos días antes, ingresa en M. Interna con supuesta infección urinaria y mal estado general.

Exploración con subictericia conjuntival, abdomen sin dolor a la palpación. Resto dentro de normalidad.

Patología Inicial:

Insuficiencia respiratoria aguda por SDRA.

Shock hipovolémico y distributivo.

Bajo nivel de conciencia.

Coagulopatía.

Tratamiento Previo:

Paracetamol y mucolíticos.

Situación de Partida:

Vía aérea permeable.

Taquipneico, FR 40, uso de musculatura accesoria, respiración abdominal. SpO₂ 80%. Crepitantes húmedos bilaterales.

Mala perfusión periférica con cianosis y sudoración fría, no se palpan pulsos radiales pero sí femorales, relleno capilar > 3". Taquicardia rítmica a 140 lpm., TA 80/35. No aumento de PVY. Ruidos rápidos, rítmicos, sin roces ni soplos.

Estuporoso. Pupilas medias isocóricas y reactivas a la luz, petequias en conjuntiva. GCS 9 (O2M4V3). Rigidez de nuca y signos meníngeos.

Abdomen blando y depresible, no doloroso a palpación ni espontáneamente, sin masas ni organomegalias. No se auscultan ruidos intestinales.

Petequias en antebrazos y piernas.

Temperatura axilar 38.5.



INFORMACIÓN PARA EL/LA CANDIDATO/A

Información Preliminar

Asistencia en la Sala de Críticos de Urgencias del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un Hospital de Tercer Nivel (Hospital general de especialidades).

Información sobre el Caso

Varón de 16 años con cuadro clínico de odinofagia, artromialgias y fiebre de 24 horas de evolución, que se sigue de cefalea y deterioro del estado general. Se avisa al servicio de Emergencias que envía una ambulancia no medicalizada. El paciente es trasladado al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital de Tercer Nivel (Hospital General de Especialidades), durante el traslado ha presentado un vómito.

DESARROLLO DEL CASO

Enfermería realizará inmediatamente al inicio del caso (minuto<1) monitorización electrocardiográfica, monitorización arterial no invasiva, y monitorización con pulsioxímetro. No realizará otras acciones hasta indicación médica.

El/la candidato/a aprovechará la actuación de enfermería para solicitar pruebas complementarias. Hemograma, bioquímica, coagulación y GSA con ácido láctico.

El/la candidato/a valorará la vía aérea (minuto <2).

Valorará la respiración del paciente, auscultándolo e indicando oxigenoterapia en mascarilla facial a alto flujo (minuto<2) (decisión crítica); en caso de que no lo haga, se producirá hipoxemia severa.

Evaluará el estado hemodinámico, indicando reposición de volumen con coloides/cristaloides (minuto<3) (decisión crítica); en caso de que no lo haga, la hipoxemia severa conducirá a la parada cardiorrespiratoria.

Realizará una secuencia de inducción rápida de intubación, elegirá los fármacos adecuados al estado hemodinámico y probable etiología del caso.

Elegirá un patrón de ventilación mecánica adecuado.

Valorará la necesidad de canalizar una vía central para monitorización hemodinámica y aporte de medicación, de acuerdo al caso.

Solicitará Rx de Tórax para diagnóstico, comprobación de posición del TOT y del catéter central.

Si no lo ha hecho antes, solicitará hemocultivos e iniciará antibioterapia empírica, de acuerdo al caso.

Si no lo ha hecho antes, iniciará perfusión de DVA según objetivos (PVC, ScO₂, TAm y diuresis).

Solicitará las siguientes medidas:

- a. Inicio de tratamiento con corticoides.
- b. Inicio de tratamiento con PCA.
- c. Inicio de control estricto de la glucemia.
- d. Mantener presión meseta inferior a 30 cm H₂O en VM.



II.- CHECK LIST DE EVALUACIÓN

<i>INDICADORES DE OBSERVACIÓN</i>
1. Solicita gasometría con ac. Lactico. Reclama coagulación. Bioquímica
2. Solicita hemocultivo y cultivos generales (orina, esputo, cavidad oral)
3. Valoración situación clínica: indica $> \text{fiO}_2 / \text{VM}$
4. Valora estado hemodinámico. Clínico y datos objetivos.
5. Aporta volumen.
6. Medidas de adaptación a VM: farmacológicas y no farmacológicas
7. Pauta antibioterapia empírica
8. Pauta DVA
9. Introduce corticoides, PCR y/o control estricto de glucemia.
10. Control de glucemia ($< 150 \text{ mg/dl}$)
11. Profilaxis TVP
12. Profilaxis úlcera estres