

OSAKIDETZA

2011ko azaroaren 8ko
1732/2011 Erabakiaren bidez
egindako Oposaketa-Lehiaketarako
deia (EHAA 226 Zkia. 2011ko
azaroaren 29koa)

Concurso-Oposición convocado
por Resolución nº 1732/2011 de 8 de
noviembre de 2011 (BOPV Nº 226 de
29 de noviembre de 2011)

KATEGORIA: FAK. ESP. ANESTESIOLOGIA ETA BIZKORKETAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

Proba eguna / Fecha prueba:
2012ko martxoaren 25a / 25 de marzo de 2012

2. ariketa / 2º ejercicio

Una mujer de 36 años, natural de Guinea, es programada para la realización de una colecistectomía laparoscópica por cuadros repetidos de cólicos biliares. Como antecedentes de interés: no alergias medicamentosas conocidas; diagnosticada hace 8 años de rasgo drepanocítico (HbAs); Hb preoperatoria 10g/dl; Hto 30%; resto de parámetros analíticos correctos; Rx de tórax y ECG sin alteraciones patológicas. Se realiza una anestesia general balanceada con mantenimiento mediante desflurane el 4% y perfusión de remifentanilo.

1.- Manejo intraoperatorio de la paciente.

2.- Se realiza una inducción endovenosa con posterior mantenimiento inhalatorio con desflurane mediante un circuito anestésico circular, con un flujo de gas fresco de 2l/min y una ventilación minuto de 5.5 l/min. Describa los diferentes absorbedores de CO₂ y su interacción con los gases anestésicos.

3.- Explique por qué el vaporizador de desflurane difiere de los vaporizadores clásicos.

4.- Si utilizáramos un circuito anestésico con caudalímetros o rotámetros, ¿cual sería la colocación de los caudalímetros de O₂, aire y N₂O más segura en caso de fuga?

CASO CLINICO

Niño de 1 día de edad, con peso de 2.600gr de 37 semanas de gestación y con una historia de polihidramnios intrauterino, que presentaba secrecciones por la boca y la nariz durante las primeras horas tras el nacimiento. En el primer intento de inicio de la ingesta oral apareció tos y cianosis.

Se estableció el diagnóstico de fístula traqueoesofágica y se indicó su corrección quirúrgica.

En el quirófano se administró 0,02 mgr/ kg de atropina iv. Se aspiró el fondo de saco ciego proximal y se preoxigenó durante 2 minutos. Mientras se monitorizó con ECG, PANI, pulsioxímetro, capnógrafo, estetoscopio precordial y termómetro rectal.

Se realizó una inducción anestésica de secuencia rápida con 1,5 mgr / kg de propofol y 2 mgr / kg de succinilcolina. Se intubó con TET de 3 mm de diámetro interior. El mantenimiento de la anestesia se hizo con O₂ / aire y sevoflurano 1-2%.

Al final de la intervención, que consistió en gastrostomía y toracotomía, se extubó al paciente despierto cuando movía con fuerza las 4 extremidades. El periodo postoperatorio lo pasó en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos sin complicaciones

- 1- ¿Qué malformaciones existen asociadas a la Fístula Traqueoesofágica (FTE)
- 2- ¿Qué signos y características clínicas tiene la FTE?
- 3- ¿Cuál es el manejo ventilatorio de un recién nacido con diagnóstico de FTE?
- 4- ¿Cuál es la posición quirúrgica que recomendaría para realizar la intervención en este paciente?

Un varón de 58 años es programado para la realización de una resección transuretral prostática (RTUp) bajo el diagnóstico de hipertrofia benigna de próstata .
Antecedentes personales de interés: fumador 1 paq /día, IMC 28, hipercolesterolémico en tratamiento con simvastatina 20 mg /día, síndrome ansioso depresivo en tratamiento con paroxetina 20mg/día y hernia de hiato en tratamiento con omeprazol 20 mg/ día.

1-Describa las repercusiones fisiológicas y complicaciones asociadas con la posición de litotomía .

2-Tipos de soluciones de irrigación empleadas en la RTUp monopolar, características de las misma e implicaciones fisiológicas. Métodos empleados para la disminución de su absorción.

3-Describa los diferentes tipos de anestesia que pueden ser empleados en esta cirugía con sus beneficios y complicaciones.

4- Tras realizar el procedimiento de 65 minutos de duración y tras la estancia habitual en la URPA sin objetivarse complicaciones , el paciente es dado de alta a la planta. Se pauta analgesia postoperatoria : 75 mg de tramadol ev /8 horas y paracetamol 1g/8 horas.

A las 4 horas postprocedimiento, enfermería avisa por presentar el paciente un cuadro temblores y clonus, ligera agitación, acompañado de fiebre de 39º, hipertensión 155/95, sudoración profusa, taquicardia a 120 lpm y taquipnea 25 rpm.

Se realiza una analítica urgente en el que se objetiva glucosa 87mg/dL, Sodio 140mEq/l, Potasio 4,1 mEq/ L, Osm 286 , Leucocitos 8500, hemoglobina 13,6, PCR 8.

Describa la causa más probable de este cuadro, su fisiopatología, el diagnóstico diferencial del mismo y su tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 47 años de edad que acude al hospital por un cuadro de varios días de evolución consistente en malestar general acompañado de náuseas, vómitos y dolor en hipocondrio izquierdo.

Exploración:

- Consciente y orientado
- Febrícula (T^a 37,8°C)
- Respiratorio: saturación pulsátil de O_2 93% ($Fi O_2$ 0,28). Auscultación pulmonar: hipoventilación izquierda.
- Hemodinámica: TA 128-67, FC 89
- Abdomen: distendido, timpánico, con dolor generalizado a la palpación.
- Resto de exploración: anodina

Pruebas Complementarias:

- Analítica: a destacar Hto 53%, urea 89, creatinina 2,3, leucocitosis 17000, pH 7,25, bicarbonato 10 mEq/l, CO_2 38, EB -8 (gasometría venosa), Na 145, K 5,34, Cl 90 amilase 3500.
- Radiografía de tórax: mínimo derrame pleural izquierdo
- ECG: ritmo sinusal, 89 lpm
- TAC: aumento difuso de glándula pancreática, afectación grasa peripancreática. Vías biliares normales.

Se diagnostica de Pancreatitis Aguda.

PREGUNTAS:

- 1. Criterios radiológicos de gravedad, Criterios de Balthazar**
- 2. Uso de antibioterapia empírica. ¿Estaría indicada en este caso?. Flora patógena implicada con mayor frecuencia. Últimas recomendaciones al respecto. Antibióticos recomendados.**
- 3. Inicio de nutrición precoz versus tardía en las diferentes clasificaciones de pancreatitis. Tipo de nutrición recomendada. Últimas recomendaciones al respecto.**
- 4. Según los resultados de la gasometría venosa en este caso, sería preciso tratamiento? Indicaciones para el tratamiento. Según la Teoría de Stewart para la interpretación de las alteraciones del equilibrio ácido-base, citar los factores independientes que afectan al pH.**