

**CONVOCATORIA PARA LA
PROVISIÓN, MEDIANTE CONCURSO-
OPOSICIÓN, DE 1 PUESTOS DE
TRABAJO DE FACULTATIVO
ESPECIALISTA DE ANESTESIA Y
REANIMACIÓN AL SERVICIO DEL
SERVICIO NAVARRO DE SALUD -
OSASUNBIDEA**

CASOS CLÍNICOS

CUESTIONARIO

**(No abrir el cuestionario hasta el
Inicio de la prueba)**

Administración de la Comunidad Foral de Navarra

1º CASO CLÍNICO

Un varón de 55 años, con cirrosis hepática de origen enólico presenta hematemesis sin repercusión hemodinámica por varices esofágicas. El paciente se catógrafico dentro del grupo A de la clasificación Child-Pugh. Respondió bien al tratamiento médico y se incluyó en un programa de esclerosis de varices que se realizó sin problemas. La hemorragia recidivó a los pocos meses y, ante un gran deterioro de su estado general, se decidió intervenir quirúrgicamente practicándose una derivación esplenorrenal.

1. Si debe tratar a un paciente quirúrgico con hipertensión portal, ¿qué debe conocer?
 - a. Solo aparece en pacientes cirróticos
 - b. Es consecuencia de la ascitis
 - c. La ascitis sólo se produce en la hipertensión portal presinusoidal
 - d. La descompensación más grave es la hemorragia por varices esofagogástricas

2. ¿Qué es cierto sobre la cirrosis hepática?
 - a. La asociación con neoplasia hepática es muy rara
 - b. La enfermedad se diagnostica fácilmente desde su inicio
 - c. Las infecciones bacterianas denotan una descompensación de la cirrosis hepática
 - d. Las descompensaciones no influyen en el pronóstico final

3. La insuficiencia renal funcional del paciente cirrótico:
 - a. Los diuréticos que actúan a nivel del túbulo distal son los más efectivos
 - b. El sistema renina-angiotensina actúa a nivel del túbulo proximal
 - c. La hormona antidiurética está disminuida
 - d. Las prostaglandinas actúan igual que la hormona antidiurética

4. La encefalopatía de la cirrosis hepática:
 - a. Es una descompensación rara del paciente cirrótico con derivación esplénica
 - b. Nunca evoluciona a coma
 - c. Hay neurotransmisores falsos que son responsables de la encefalopatía
 - d. Los niveles de amoníaco raramente influyen en la encefalopatía

5. ¿Qué mecanismos vasculares se producen en la hipertensión portal?
 - a. Vasodilatación esplácnica potenciada por sustancias vasopléjicas
 - b. No interviene el sistema renina-angiotensina-aldosterona
 - c. Vasoconstricción renal por prostaglandinas
 - d. Activación del sistema nervioso parasimpático

6. El paciente del caso anterior es portador del virus de hepatitis B y C. ¿Qué afirmación es correcta sobre la hepatitis C?
- Su contagio tras la punción accidental de material contaminado es del 27%
 - Su periodo de incubación es de 15 a 160 días
 - Existe una vacuna específica contra la infección
 - No progresa a la cronicidad

2º CASO CLINICO

Mujer de 56 años con Antecedentes personales de: HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica-hipertensiva (última ETT FE = 60%) en tratamiento habitual con AAS 100 mg, bisoprolol (5-0-5 mg), losartan 100 mg, torasemida 5 mg, omeprazol 20 mg y nitroglicerina si se precisa.

En el postoperatorio de un bypass gástrico que evoluciona tórpidamente presenta empeoramiento clínico con sudoración, hipotensión y taquicardia por lo que se decide reintervención quirúrgica urgente mediante laparotomía descubriéndose una perforación intestinal con abundante líquido libre y peritonitis. Intraoperatoriamente requiere soporte con noradrenalina (hasta 0,6 mcg/kg/min) para mantener PAM \geq 60 mmHg y se traslada a Reanimación sedoanalgesiada, IOT y conectada a VM.

Analítica de ingreso en REA: Hb: 12 g/dl, leucocitos 3.000 con desviación izquierda, creatinina 2.4 mg/dl, PCT 9.3 ng/ml, PCR 340.5 mg/L, coagulación, troponina I y BNP dentro de rango normal.

Gasometría arterial: pH 7.14, pCO₂ 48 mmHg, pO₂ 80mmHg, bicarbonato 16 mmol/L, EB -13.3 mmol/L lactato 3 mmol/L. Gasometría venosa central pH 7.11, PCO₂ 62 mmHg, PO₂ 47mmHg, bicarbonato: 15 mmol/L, EB:-10.7 mmol/L, SatvO₂ 74%.

7. El diagnóstico más probable es:
- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.
 - Shock cardiogénico secundario a fallo de ventrículo derecho asociado a sepsis.
 - Shock cardiogénico secundario a fallo de ventrículo derecho a causa de un estado hiperdinámico.
 - Shock séptico secundario a peritonitis por perforación de víscera hueca.
- Respuesta correcta D.

8. La gasometría arterial en este caso muestra una:
- Alcalosis metabólica.
 - Acidosis metabólica.
 - Acidosis metabólica compensada.
 - Alcalosis metabólica compensada.
9. Con qué escala NO cuantificaría objetivamente la gravedad del cuadro.
- Escala quick SOFA (qSOFA)
 - Escala SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)
 - LODS (Logistic Organ Dysfunction System)
 - Escala de Andersen.
10. Sobre la monitorización en este caso es CIERTO que...
- El mottling score no es una monitorización útil.
 - No es preciso hacer cultivos generalizados.
 - Se debe realizar una monitorización invasiva de variables dinámicas de GC.
 - Otras Pruebas complementarias como la Rx de Tórax, la ecografía pulmonar y ecocardiografía transtorácica no tiene ninguna utilidad.
11. El líquido intravenoso de elección en esta situación es:
- Albúmina.
 - Hidroxietilalmidón.
 - Suero fisiológico.
 - Gelatina.
12. Sobre la reanimación inicial en este caso es CIERTO que:
- Se recomienda que, en la reanimación desde una hipoperfusión inducida por sepsis, se administren al menos 10 ml/kg de cristaloides intravenosos dentro de las primeras 3 horas.
 - Se recomienda que, en la reanimación desde una hipoperfusión inducida por sepsis, se administren al menos 20 ml/kg de cristaloides intravenosos dentro de las primeras 3 horas.
 - Se recomienda que, en la reanimación desde una hipoperfusión inducida por sepsis, se administren al menos 30 ml/kg de cristaloides intravenosos dentro de las primeras 3 horas.
 - Se recomienda que, en la reanimación desde una hipoperfusión inducida por sepsis, se administren al menos 40 ml/kg de cristaloides intravenosos dentro de las primeras 3 horas.

3º CASO CLÍNICO

Un hombre de 49 años de edad con antecedentes personales de Diabetes Mellitus 2 en tratamiento con Xigduo (metformina + dapagliflozina). Peso 90kg, talla 1,75 m. Analítica normal. Sin datos predicadores de vía aérea o ventilación difícil. Está programado para reparación abierta de una lesión traumática del manguito rotador bajo anestesia regional con sedación ligera. Dos minutos después de recibir un bloqueo regional interescalénico con 30 ml de mepivacaina al 1,5%, presenta crisis convulsivas tonicoclónicas.

- 13.Cuál sería la actitud más adecuada con respecto al manejo preoperatorio de los antidiabéticos orales en este paciente:
 - a. No retirar Xigduo antes de la cirugía.
 - b. Retirar Xigduo 24 horas antes de la cirugía.
 - c. Retirar Xigduo 48 horas antes de la cirugía
 - d. Retirar Xigduo 72 horas antes de la cirugía.

14. El paso INICIAL más adecuado en el manejo de este episodio de toxicidad sistémica por anestésico local es:
 - a. Administrar 100 mg de propofol intravenoso para detener las convulsiones.
 - b. Proporcionar ventilación con mascarilla y bolsa con oxígeno a 100%
 - c. Administrar emulsión intralipídica 1,5 ml/kg intravenosa a pasar en 1 minuto.
 - d. Realizar intubación traqueal con 200 mg de propofol y 120 mg de succinilcolina.

15. Los anestésicos locales se han relacionado con las siguientes complicaciones, EXCEPTO:
 - a. Toxicidad neural directa
 - b. Alteración transitoria de la liberación adreno-corticoidea
 - c. Toxicidad miocítica directa.
 - d. Reacciones alérgicas.

16. Suponiendo que la pKa del anestésico preparado es 8; ¿Cual de las siguientes maniobras incrementaría la fracción liposoluble de la solución de anestésico local?
- Inyectar la solución de anestésico local en tejido infectado.
 - Agregar 1 ml de bicarbonato de sodio a 9 ml de de la solución de anestésico local.
 - Agregar 50 ml de epinefrina a 10 ml de la solución de anestésico local
 - Inyectar el anestésico local a mayor velocidad.
17. Si en lugar de convulsiones tonicoclónicas nuestro paciente hubiese presentado fibrilación ventricular. Las siguientes intervenciones pueden considerarse en el tratamiento de su toxicidad sistémica por anestésico local, EXCEPTO.
- Realizar una derivación cardiopulmonar
 - Administrar 50 microgramos de epinefrina intravenosa
 - Administrar 150 mg de amiodarona intravenosa
 - Administrar 100mg de lidocaina intravenosa.
18. Cuando se deposita cerca del nervio periférico, ¿qué fracción del anestésico local administrado alcanza la membrana neural actual y puede participar en el bloqueo de los canales de sodio regulados por voltaje?
- 2%
 - 10%
 - 50%
 - 99%

PREGUNTAS DE RESERVA

1. ¿Qué aseveración respecto a los diferentes riesgos profesionales del anesthesiologo es cierta?
- Los riesgos biológicos son los potencialmente más graves
 - Las lesiones posturales no afectan a los anesthesiologos
 - El riesgo físico más específico es el debido a la contaminación de los gases anestésicos
 - La prevalencia de hepatitis B entre los anesthesiologos es muy baja

2. Elija una opción sobre el tratamiento que le parezca CORRECTA para esta paciente.

- a. Iniciar el tratamiento intravenoso con antibióticos (antibióticos de amplio espectro) tan pronto como sea posible (plazo máximo de una hora) después de la confirmación de la sepsis y el choque séptico.
- b. Los niveles de procalcitonina no son útiles para respaldar el acortamiento de la duración del tratamiento antibiótico en los pacientes con sepsis.
- c. Se sugiere el tratamiento con bicarbonato de sodio para mejorar la hemodinamia o reducir los requisitos de vasopresores en pacientes con acidemia láctica inducida por hipoperfusión con un $\text{pH} \geq 7.15$
- d. El fármaco de elección para una presión arterial media (MAP) objetivo de 65 mm Hg es la dopamina.

3. Todas las siguientes afirmaciones acerca de la Mepivacaina son ciertas EXCEPTO.

- a. Tiene una estructura química que combina el anillo piperidina de la cocaína con el anillo xilidina de la lidocaína.
- b. Tiene una duración de acción un tanto más prolongada que la lidocaína.
- c. Es relativamente ineficaz cuando se aplica por vía tópica.
- d. Fue el primer anestésico local empleado de manera extensa y aún es el más utilizado.