

T02 Visita preanestésica

P080 MIR 2014-2015

Un hombre de 70 años se debe someter a una cirugía de extracción de cataratas. Tiene una prótesis mecánica mitral desde hace 10 años y está en tratamiento con acenocumarol. El electrocardiograma muestra un ritmo sinusal. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones le parece más adecuada?

- 1) Realizar la cirugía ocular sin suspender el acenocumarol.
- 2) Suspender el acenocumarol 5 días antes de la cirugía y reiniciarlo el día posterior a la misma.
- 3) Suspender el acenocumarol 5 días antes de la cirugía, iniciar heparina de bajo peso molecular 3 días antes de la cirugía y suspenderla 24 horas antes de la misma.
- 4) Suspender el acenocumarol 1 día antes de la intervención y utilizar plasma fresco congelado durante la misma.
- 5) Suspender el acenocumarol 1 día antes de la intervención y dar vitamina K justo antes de la misma.

Respuesta correcta: 1

P137 MIR 2012-2013

Un paciente de 56 años de edad va a ser intervenido por un cáncer de esófago en las próximas cuatro semanas. Entre sus antecedentes personales destaca una cardiopatía isquémica que precisó de la implantación, 11 meses antes, de 4 endoprótesis coronarias ("stents") recubiertas con fármacos. Por ese motivo se encuentra en tratamiento con doble antiagregación plaquetaria con 100 mg de ácido acetilsalicílico y 75 mg de clopidogrel al día. ¿Qué decisión se debería tomar sobre la antiagregación preoperatoria del paciente?

- 1) Suspender ambos antiagregantes plaquetarios 7 días antes de la operación, por el riesgo de hemorragia durante la intervención.
- 2) Sustituir la doble antiagregación 7 días antes de la intervención por heparina de bajo peso molecular, en una dosis de 0,5 mg por Kg de peso cada 12 horas, administrando la última dosis 12 horas antes de la intervención quirúrgica.
- 3) Suspender el clopidogrel 7 días antes de la operación y mantener el ácido acetil salicílico

hasta el día de la intervención, para prevenir la obstrucción de los "stents" coronarios sin aumentar en exceso el riesgo de hemorragia intraoperatoria.

- 4) Mantener los dos antiagregantes plaquetarios 7 días antes de la intervención, dado que existe un riesgo muy elevado de obstrucción de los "stents" coronarios.
- 5) Suspender el ácido acetil salicílico, mantener el clopidogrel hasta la intervención y complementar con heparina de bajo peso molecular hasta 12 horas antes de la misma.

Respuesta correcta: 3

T04 Fármacos en anestesiología

P172 MIR 2013-2014

Una mujer de 78 años de edad está siendo intervenida para implantarle un marcapasos definitivo por un bloqueo aurículo-ventricular. Entre sus antecedentes personales destacan hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus y obesidad mórbida. El procedimiento es largo y laborioso por la obesidad de la paciente y se realiza mediante infiltraciones con anestésico local. A los cuarenta y cinco minutos del inicio de la intervención comienza a mostrarse agitada y con desorientación progresiva. Refiere que está mareada y que no ve ni oye bien. A la exploración física tiene una discreta midriasis bilateral, tirtonas y temblores distales en las extremidades superiores. ¿Cuál sería la actitud más lógica a seguir ante este cuadro clínico?

- 1) La sintomatología neurológica orienta a una toxicidad por anestésicos locales. Se debería interrumpir la administración de anestésico local, administrar diazepam o midazolam intravenosos, terminar el procedimiento lo antes posible y poner a la paciente bajo observación clínica.
- 2) La sintomatología es claramente compatible con un ictus isquémico agudo. Hay que completar el examen neurológico una vez finalizada la implantación del marcapasos e iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular a una dosis de 0,5 mg por kg y día, tras realizar un TAC urgente.
- 3) El cuadro clínico es compatible con una crisis de ansiedad provocada por el dolor durante la implantación del marcapasos. El tratamiento

correcto incluye una mayor infiltración con el anestésico local para aliviar el dolor y la administración de diacepam intravenoso por sus efectos ansiolíticos.

- 4) Dados los antecedentes clínicos de la paciente, lo más probable es que esté sufriendo un síndrome coronario agudo. Se debe realizar un electrocardiograma, obtener una determinación de CPK-MB y avisar a Cardiología para iniciar el tratamiento adecuado.
- 5) Se debe realizar una determinación urgente de glucemia, dado que el cuadro clínico podría corresponder a una cetoacidosis diabética.

Respuesta correcta: 1

P140 MIR 2007-2008

Los opioides son fármacos de uso sistemático durante la anestesia. En referencia a dichos fármacos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- 1) Reducen la concentración alveolar mínima (CAM) de los anestésicos inhalatorios.
- 2) Producen analgesia profunda y mínima depresión cardíaca.
- 3) Pueden producir hipnosis y amnesia.
- 4) Pueden producir bradipnea y depresión respiratoria.
- 5) Sólo son eficaces por vía intravenosa.

Respuesta correcta: 5

T05 Monitorización en anestesia

P130 MIR 2014-2015

A un paciente de 40 años, clasificado como ASA I, según la escala de la *American Society of Anesthesiologists*, se le está practicando una colecistectomía laparoscópica por una colelitiasis. La intervención transcurre inicialmente sin complicaciones, pero a los cincuenta minutos de iniciada la misma se observa un incremento significativo de los niveles de dióxido de carbono (CO₂) telespiratorios, sin alteración de la saturación arterial de oxígeno por pulsioximetría ni elevación de las presiones de ventilación. ¿Cuál sería su diagnóstico de presunción y su actitud ante este hallazgo?

- 1) Con estos hallazgos hay que sospechar la existencia de un enfisema subcutáneo, por lo que hay que explorar al paciente y solicitar que se disminuya la presión de insuflación del neumoperitoneo o incluso la interrupción del mismo.
- 2) El diagnóstico más probable es un neumotórax secundario a dióxido de carbono o capnotórax, por lo que hay que solicitar una radiografía de tórax urgente y preparar la inserción de un drenaje torácico.
- 3) La elevación de los niveles de dióxido de carbono es normal en el marco de una intervención laparoscópica. La única actitud a tomar es aumentar el volumen minuto en la máquina anestésica.
- 4) Hay que revisar la colocación del tubo orotraqueal por la posibilidad de que haya progresado y que estemos ante una intubación endobronquial, lo que resulta relativamente frecuente en esta cirugía por causa de la elevación del diafragma secundaria al neumoperitoneo.
- 5) La elevación del dióxido de carbono telespiratorio, sin afectación de las presiones de ventilación, es típico del embolismo pulmonar masivo. Hay que interrumpir la intervención, ventilar con oxígeno puro y preparar drogas vasoactivas por la posible inestabilidad hemodinámica.

Respuesta correcta: 1

P023 MIR 2013-2014

Pregunta vinculada a la imagen n.º 12

Una mujer de 88 años de edad con antecedentes de demencia tipo Alzheimer, insuficiencia mitral y fibrilación auricular persistente, ingresa en un hospital por un deterioro de su estado general que se atribuye a una infección urinaria. Las vías venosas periféricas no son accesibles y se opta por canalizar una vena central a través de una vena periférica (vena cefálica) guiado por ecografía. Una vez realizada la técnica, se comprueba que por el catéter refluye la sangre de forma normal. La paciente no ha presentado complicaciones durante la maniobra y posteriormente se realiza una radiografía de control del catéter. ¿Dónde le parece que se ha ubicado el extremo distal del catéter?

- 1) Vena subclavia derecha.
- 2) Vena yugular derecha.
- 3) Vena cava superior.

- 4) Vena basilica derecha.
- 5) Tronco braquiocefálico.

Respuesta correcta: 4

P024 MIR 2013-2014

Pregunta vinculada a la imagen n.º 12

¿Cuál es la actitud más razonable en este momento?

- 1) Retirar todo el catéter y volverlo a introducir.
- 2) Extraer unos 10 cm el catéter e instaurar el tratamiento oportuno.
- 3) Canalizar otra vía venosa central por la yugular.
- 4) Dejarlo como está porque se puede utilizar para monitorizar presión venosa central.
- 5) No podemos utilizar el catéter porque ha perforado la vena y se localiza en pulmón.

Respuesta correcta: 2

T06 Complicaciones relacionadas con la anestesia

P138 MIR 2012-2013

Una paciente de 65 años de edad, sin antecedentes de interés, es intervenida de forma urgente por presentar una colecistitis aguda. Se decide proceder a la inducción anestésica mediante 200 mg de propofol y 100 mg de succinilcolina, seguida de un mantenimiento mediante isoflurano y una perfusión de remifentanilo. Poco después del comienzo de la cirugía, los niveles de dióxido de carbono telespiratorio comienzan a subir. Minutos más tarde, la paciente presenta taquicardia de 140 latidos por minuto, con frecuentes extrasístoles ventriculares, y descenso de la saturación de oxígeno medida por el pulsioxímetro, a la vez que se aprecia una mayor dificultad para la ventilación mecánica pero sin disminución del volumen minuto. Se obtiene una gasometría arterial que muestra hipoxemia, hipercapnia y acidosis metabólica. Se mide la temperatura, obteniendo 39 grados centígrados. ¿Cuál es la actitud adecuada?

- 1) La paciente tiene un despertar intraoperatorio que causa la taquicardia y el resto de los hallaz-

gos. El procedimiento adecuado es aumentar la proporción de isoflurano en el gas inhalado, además de administrar un opiáceo para reforzar la analgesia.

- 2) El diagnóstico más probable es una sepsis de origen biliar. Se deben obtener hemocultivos, administrar un antibiótico de amplio espectro, paracetamol intravenoso y aumentar la proporción inhalada de isoflurano para profundizar la anestesia.
- 3) La taquicardia y las extrasístoles ventriculares sugieren que la paciente presenta un síndrome coronario agudo que causa el resto del cuadro clínico. Se debe realizar urgentemente un electrocardiograma y administrar betabloqueantes y nitroglicerina intravenosa.
- 4) Probablemente es una reacción anafilactoide a alguno de los fármacos anestésicos. El tratamiento correcto incluye administrar antihistamínicos y corticoides, además de otras medidas de soporte vital avanzado que se puedan precisar.
- 5) El cuadro clínico podría corresponder a una hipertermia maligna y es una urgencia vital. Se deben descartar otras causas de hipertermia, suspender el isoflurano y administrar oxígeno al 100%, además de prepararse para la administración urgente de dantroleno sódico si se confirma el diagnóstico.

Respuesta correcta: 5

T07 Manejo del dolor agudo posoperatorio

P127 MIR 2010-2011

En relación al tratamiento del dolor agudo posoperatorio, señalar la incorrecta:

- 1) Es importante la participación de la enfermería en un equipo interdisciplinario.
- 2) La escala analógica visual permite valorar la eficacia del tratamiento.
- 3) La mejor técnica es aquella que produce menores efectos secundarios.
- 4) El fármaco de referencia es el paracetamol.
- 5) La técnica de elección es la analgesia controlada por el propio paciente.

Respuesta correcta: 4