

## **PREGUNTAS CASO CLÍNICO.**

1. Un paciente que padezca un infarto agudo de miocardio puede presentar inicialmente:
  - a. Frecuencia de pulso normal
  - b. Frecuencia de pulso rápida
  - c. Piel pálida, fría y sudorosa
  - d. Piel cianótica, fría y sudorosa
  - e. Todas
  
2. Dentro de las complicaciones asociadas a AFQ la causa más frecuente se relaciona con:
  - a. Alteraciones cardiovasculares
  - b. Alteraciones respiratorias
  - c. Alteraciones neurológicas
  - d. Ausencia de monitorización adecuada
  - e. Ausencia de vigilancia adecuada del paciente
  
3. Son factores de riesgo de complicaciones que se asocian frecuentemente a CPRE:
  - a. Inestabilidad hemodinámica
  - b. Aumento del riesgo de broncoaspiración
  - c. Dificultad de acceso a la vía aérea
  - d. a y b son correctas
  - e. Todas son correctas
  
4. Dentro de las complicaciones a descartar ante un cuadro de dolor abdominal en la fase de recuperación inmediata post- CPRE están:
  - a. Cardiopatía isquémica
  - b. Pancreatitis aguda
  - c. Íleo paralítico
  - d. a y b son correctas
  - e. Todas son correctas

5. El riesgo de IAM:

- a. Es similar para cualquier exploración endoscópica del aparato digestivo
- b. Es mayor en colonoscopias y CPRE
- c. Las exploraciones endoscópicas no aumentan el riesgo de isquemia miocárdica
- d. Es mayor en CPRE
- e. Ninguna es correcta

## RESPUESTAS.

### 1. Correctas b y c

El paciente con IAM normalmente presenta aumento de la frecuencia cardiaca. Sin embargo puede ser normal e incluso lenta si predomina la actividad del SNP o si presenta una arritmia lenta. Suelen tener la piel fría, pálida y sudorosa como consecuencia de la activación del SNS.

- ▶ *Arritmias. Principios, interpretación y tratamiento. Robert J. Huszar.*

### 2. Correcta b

Las complicaciones respiratorias suponen un 38% del total de reclamaciones por complicaciones en AFQ, seguida de una inadecuada monitorización o ausencia de ella en un 21%, complicaciones cardiovasculares en un 13% y farmacológicas en otro 13%.

- ▶ *Closed claims review of anesthesia for procedures outside the operating room. ReINETTE Robbertze, Karen L. Postner and Karen B. Domino. Current opinion in Anesthesiology 2006, 19: 435-442.*

### 3. Todas son correctas.

#### **Table 5 Risks commonly associated with gastrointestinal endoscopy**

---

##### Hemodynamic instability due to:

- Elderly population with limited cardiovascular reserve
- Dehydration due to osmotic bowel preparation
- Vagal responses to gastrointestinal distention

##### Risk of aspiration due to:

- Ingestion of large amounts of bowel preparation
- Gastric bleeding

##### Difficult airway access:

- Shared airway in upper endoscopy
  - Prone positioning
  - Dark procedure room
- 

- ▶ *Closed claims review of anesthesia for procedures outside the operating room. ReINETTE Robbertze, Karen L. Postner and Karen B. Domino. Current opinion in Anesthesiology 2006, 19: 435-442.*

#### **4. Correcta e**

Las complicaciones más frecuentes posteriores a CPRE que pueden cursar con dolor abdominal son la cardiopatía isquémica, la pancreatitis aguda y la perforación intestinal. El íleo paralítico no es una complicación frecuente de la CPRE ni suele cursar con dolor abdominal.

- ▶ *Cardiopulmonary complications of ERCP in older patients. Fisher L, Fisher A, Thomson A. Gastrointest Endosc. 2006 Jun;63(7):948-55.*
- ▶ *Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, et al. BMJ Sep 26; 335: 909-918.*
- ▶ *Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, Niro G, Valvano MR, Spirito F, Pilotto A, Forlano R. Am J Gastroenterol. 2007 Aug;102(8):1781-8.*

#### **5. Correcta d.**

El riesgo de IAM parece ser mayor en CPRE secundario a la mayor respuesta del SNS y aumento de liberación de catecolaminas, relacionado con el estrés y también secundario al mayor riesgo que presentan los pacientes de sufrir hipoxemia durante el procedimiento.

- ▶ *Anaesthetic considerations during endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Martindale SJ. Anaesth Intensive Care 2006; 34: 475-480*