



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Preguntas y respuestas

Preguntas y respuestas

Question and answers

Fernando Raffán-Sanabria^{a,b}

^a Anestesiólogo intensivista, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

^b Profesor, Universidad del Bosque y Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia

- 1) En pacientes pediátricos el sitio óptimo de inyección para el abordaje infraclavicular del plexo braquial sigue siendo sujeto de debate. De las siguientes afirmaciones, cuál es falsa:
 - a) Dentro de sus desventajas se encuentra una menor probabilidad de bloquear el nervio axilar y músculo cutáneo comparado con el abordaje axilar.
 - b) Cuando se utilizan inyecciones únicas, aumenta la probabilidad de no bloquear adecuadamente el cordón posterior.
 - c) La concordancia entre el abordaje infraclavicular coracoideo de Wilson modificado y el ultrasonido para determinar el sitio ideal de punción es baja.
 - d) El peso y la talla son factores que determinan de forma independiente la distancia entre la apófisis coracoides y el cordón posterior tanto en aducción como en abducción.
- 2) Respecto del ganglio estrellado, todo lo siguiente es cierto, excepto:
 - a) En cerca del 80% de la población general el ganglio estrellado se forma de la fusión entre el ganglio cervical inferior con el primer ganglio torácico.
 - b) Se encuentra medial a los músculos escalenos, lateral al músculo longus coli, esófago y tráquea junto al nervio laríngeo recurrente.
 - c) Una de las indicaciones del bloqueo del ganglio estrellado es el manejo del síndrome del QT prolongado.
 - d) Como complicación de su bloqueo se puede producir disfonía y sensación de disfagia, por el bloqueo del nervio laríngeo superior.
- 3) El síndrome de Horner es un efecto desagradable del bloqueo del ganglio estrellado y consiste en:
 - a) Midriasis, lagrimeo y enoftalmos.
 - b) Miosis, ptosis y enoftalmos.
 - c) Miosis, ptosis y ronquera temporal.
 - d) Midriasis, enoftalmos y ronquera temporal.
- 4) La inervación distal a los maléolos es dada por los siguientes nervios, excepto:
 - a) Peroneo superficial.
 - b) Peroneo profundo.
 - c) Sural.
 - d) Tibial anterior.
- 5) El único nervio que se origina del plexo lumbar es:
 - a) Nervio tibial
 - b) Nervio peroneo profundo.
 - c) Nervio safeno.
 - d) Nervio sural.
- 6) El uso del ultrasonido para el diagnóstico de neumotórax tiene un valor predictivo negativo para descartarlo cercano de:
 - a) 100%.
 - b) 80%.
 - c) 65%.
 - d) 50%.

- 7) El signo ecográfico denominado «código de barras» se encuentra en pacientes con diagnóstico de:
- Edema pulmonar.
 - Neumotórax.
 - Neumonía.
 - Tromboembolismo pulmonar.
- 8) El uso del ultrasonido se ha convertido en una herramienta útil en los últimos años para el diagnóstico y manejo de problemas en la vía aérea. De las siguientes afirmaciones, cuál es falsa:
- Los cartílagos traqueales son hiperecóticos, al igual que la membrana cricotiroides y las cuerdas vocales.
 - La principal estructura ósea en la vía aérea es el hueso hioides.
 - El cartílago tiroides se observa como una estructura hipoeecótica con relación a las cuerdas vocales y es una de las estructuras de mejor visualización por ecografía.
 - Algunos estudios como, el de Ezri y colaboradores, han utilizado la valoración de la grasa pretraqueal a nivel de las cuerdas vocales como predictor de vía aérea difícil.
- 9) El uso de ultrasonido como predictor de estridor postextubación ha considerado como factor de riesgo, midiendo la columna de aire en el diámetro laterolateral, un valor menor de:
- 3,5 mm.
 - 4,5 mm.
 - 5,5 mm.
 - 6,5 mm.
- 10) Respecto de la medición del nervio óptico y su correlación con hipertensión endocraneana (HE), es cierto que:
- La medición del diámetro de la vaina del nervio óptico a través de la ventana ocular puede ser un método no invasivo para la detección de HE.
 - Como curva de aprendizaje, se proponen 30 mediciones con 10 escaneos anormales para un médico con experiencia en ultrasonografía.
 - El punto de corte para que el estudio se considere positivo para HE es de 10 mm.
 - La porción más distal del nervio óptico está recubierta por la aracnoides, y a medida que la presión intracraneana se eleva, el líquido cefalorraquídeo se distribuye por la membrana aracnoidea hacia la vaina del nervio óptico.

Respuestas

- a
- d
- b
- d
- c
- a
- b
- a
- b
- a

Referencia

Raffan F. Preguntas y respuestas. Rev Colomb Antestesiología. 2015;43:261-9.