

**FACULTATIVOS ESPECIALISTAS DE AREA  
ESPECIALIDAD: PEDIATRÍA**

**RESPUESTAS CORRECTAS AL CASO CLÍNICO REALIZADO EL  
10 DE FEBRERO DE 2008 (MAÑANA).**

**CASO A**

PREGUNTA	RESPUESTA
1	Hay que intubar con dispositivo de aspiración traqueal o sonda de número 12-14 Fr y realizar la aspiración directa de meconio espeso en tráquea.
2	No está indicado el secado ni la estimulación táctil (hay que retrasar las maniobras iniciales de la RCP neonatal).
3	Vía de intubación: orotraqueal. Tamaño de TET: 3,5 mm de diámetro Distancia de introducción TET: 9,5 cms
4	FiO2: la necesaria para SaO2: 92-95%. (0,6-1) PIP: 20-25 PEEP: 2-4 cm de H <sub>2</sub> O. Ti: 0,3 - 0,5 ó FR: 40 - 60. Flujo: 8-9 l/min.
5	VALORACIÓN: Hay que describir cuatro hallazgos: Imágenes infiltrativas que borran silueta cardiaca derecha con imágenes sugestivas de neumomediastino (se dibuja silueta cardiaca izquierda) y mínimo neumotórax derecho. TET muy introducido en bronquio derecho
6	<b>A.-</b> Corregir acidosis metabólica con Bicarbonato.  Dosis: 1-2 mEq/K/dosis diluido al medio en infusión lenta IV.  <b>B.-</b> Bajar parámetros de ventilación (habría que bajar PIP y FR). Habría que disminuir la PIP hasta conseguir un volumen tidal de 5-7 cc/kg.  <b>C.-</b> Sedar al paciente.
7	Para evitar mayor barotrauma y acompasar paciente al respirador. Otra justificación de la analgesia es porque los estímulos dolorosos pueden acentuar la hipertensión pulmonar.  Fentanilo: dosis choque: 1-5 µg/Kg/dosis Fentanilo: dosis mantenimiento: 1- 5 µg/Kg/hora en perfusión continua  y/o  Midazolán (acción sedante pero no analgésica): dosis choque: 0,1-0,2 mg/kg/dosis dosis mantenimiento: 0,06- hasta 0,1 mg/kg/hora.

PREGUNTA	RESPUESTA
	Vía: de elección IV.
8	<p>A. TET bien situado B. Punta catéter VU D8 C. Punta catéter AU: D10 D. Neumomediastino E. Neumotórax derecho a tensión. F. Herniación con desplazamiento mediastínico</p>
9	<p>Toracocentesis de urgencia con palometa bajo sello de agua o Abbottcath de 18 G + llave de 3 pasos o trocar de drenaje.</p> <p>También se considerará como respuesta válida la descripción de la punción con técnica de Seldinger.</p> <p>(Descripción correcta)</p> <p>Estas técnicas deben realizarse con el paciente monitorizado (ECG y pulsioxímetro), analgesiado (como mínimo anestésico tópico) y siguiendo rigurosas normas de asepsia (lavado quirúrgico de manos, guantes, material y campo estériles).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Catéter sobre aguja-guía (8 y 10 Fr) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza una pequeña incisión lineal en el punto elegido de punción por encima del borde superior de la costilla inferior.</li> <li>- Se disecciona la piel y tejido subcutáneo con una pinza curva.</li> <li>- Se perfora la pleura parietal presionando directamente con el catéter sobre aguja-guía.</li> <li>- Al mismo tiempo que se retira la aguja-guía, se va introduciendo el catéter dirigiéndolo según localización del aire.</li> <li>- Antes de retirar del todo la aguja-guía se debe mantener el catéter cerrado con una pinza.</li> <li>- Se conecta el catéter al sistema de drenaje y se retira la pinza.</li> <li>- Se fija a la piel con sutura y apósito estéril.</li> <li>- Se comprueba ubicación (Rx de tórax).</li> </ul> </li> </ul>
10	Disminuir a PIP mínimo (en torno a 15 cms H <sub>2</sub> O) y disminuir FR (está alcalótico e hiperventilado en gasometría anterior)
11	Retirada progresiva del respirador, pinzamiento del trocar de drenaje, Control radiológico, retirada de sedación y extubación reglada.
12	<p>Hipoxemia refractaria y progresiva, diferencia de saturación pre y postductal de O<sub>2</sub> superior a 5 y hallazgos ecocardiográficos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Oxido Nítrico</li> <li>- VAFO</li> <li>-Drogas vasoactivas.</li> </ul>

## CASO B

PREGUNTA	RESPUESTA
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiración secreciones</li> <li>• Monitorización StcO<sub>2</sub></li> <li>• Exploración y evaluación</li> <li>• Poner O<sub>2</sub> si StcO<sub>2</sub> &lt; 90%</li> </ul>
2	B
3	<p><b>Clasificación con la escala de Wood-Downes Ferrer con una puntuación de 7 (4 puntos)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sibilantes toda la espiración: <u>2 puntos</u></li> <li>• Tiraje subcostal e intercostal, aleteo nasal y supraclavicular (<u>2 puntos</u>).</li> <li>• Frecuencia respiratoria 40: <u>1 punto</u></li> <li>• Hipoventilación alveolar muy disminuida de forma generalizada: <u>2 puntos</u>.</li> </ul> <p><b>Diagnóstico Bronquiolitis Moderada</b></p>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresarla en observación o en planta:</li> <li>• Prescribirle oxígeno necesario para mantener StcO<sub>2</sub> &gt; 94% (ej: en mascarilla a 8 l/min).</li> <li>• Monitorizar StcO<sub>2</sub> mediante pulsioximetría continua.</li> <li>• Administración de adrenalina o broncodilatadores nebulizados.</li> <li>• <u>Cuidados generales</u>: favorecer posición boca-arriba con ligera hiper-extensión de la cabeza, inclinación cabecera 30<sup>a</sup>, lavados nasales si obstrucción nasal, fluidoterapia intravenosa</li> <li>• Coger vía intravenosa, fluidoterapia intravenosa, otros</li> </ul>
5	<p>Aunque no hay evidencia segura de la utilidad de ambos fármacos, estaría indicado:</p> <p>1.-Adrenalina 0.5 -0.1 mg/kg/dosis (0,03 ml/kg/dosis diluida en suero fisiológico hasta completar 5 ml con nebulizador a chorro y mascarilla con flujo de O<sub>2</sub> a 8 litros</p> <p>O también puede prescribir</p> <p>2.-Salbutamol nebulizado a dosis de 0,15mg/kg/dosis (0,03cc/kg) diluido en Suero fisiológico hasta 3ml con flujo de O<sub>2</sub> a 8 litros</p>
6	<p>Debe pedir las pruebas</p> <p>El <u>hemograma y/o la PCR</u> debe pedirse porque ha presentado fiebre en la evolución del proceso.</p> <p>Debe pedir la <u>gasometría</u> porque tiene una StcO<sub>2</sub> &lt; 91%.</p> <p>Debe pedir <u>RX de tórax</u> por el cuadro febril que describe la madre y por el nivel de gravedad del proceso, que podría atribuirse a atelectasia, neumonía, .</p> <p>Podría pedir un <u>ionograma</u> para valorar niveles de Na plasmático ya que está descrito que pueden cursar una SIADH.</p> <p>VRS en moco nasal.</p>

PREGUNTA	RESPUESTA
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma Es un cuadro viral</li> <li>• PCR: compatible con cuadro viral.</li> <li>• La bioquímica es normal pero se la ha pedido para descartar la aparición del un SIADH.</li> <li>• Gasometría: Acidosis respiratoria. Dado que tiene un aporte de O<sub>2</sub> de 0,5, probablemente se trata de una insuficiencia ventilatoria con hipoxemia (confirmar con gasometría arterial).</li> <li>• La Rx de torax es sugerente de una Bronquiolitis: Hiper-insuflación bilateral de ambos hemotórax y engrosamiento peribronquial. Hallazgos secundarios a la inflamación peribronquiolar.</li> </ul>
8	<p>Clasificación e <u>ingresar en UCI</u>:</p> <p>Es fundamental saber evaluar la gravedad actual del paciente. El paciente ha empeorado y ha pasado a tener una bronquiolitis grave con un Score de Downes-Ferrer de 10, y una PCO<sub>2</sub> con criterios de ingreso en UCI. Evaluación: sibilantes: 3 + Tiraje: 2 + FR: 2 + FC: 1 + ventilación 2 = 10)</p>
9	<p>Alguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Score de Downes-Ferres &gt; 7</li> <li>• StcO<sub>2</sub> &lt; 91% con FiO<sub>2</sub> &gt; 0,4</li> <li>• Cianosis con FiO<sub>2</sub> &gt; 0,4</li> <li>• Apneas que precisan estímulo</li> <li>• pCO<sub>2</sub> &gt; 60</li> <li>• Alteración del nivel de conciencia</li> <li>• Empeoramiento rápido de la BQ</li> <li>• Otros justificables.</li> </ul>
10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorización continua mediante <u>pulsioximetría</u> de la StcO<sub>2</sub> y constantes al menos horarias de FR, FC, TA..</li> <li>2. <u>Oxígeno</u> en mascarilla a 8 l/min necesario para mantener StcO<sub>2</sub> &gt; 94%</li> <li>3. <b>Ponerle una nueva dosis de <u>adrenalina</u> 0.5mg/kg con SSF hasta 5 ml nebulizado con O<sub>2</sub> a 8 l/ min /4 horas</b></li> <li>4. Tras esta nueva dosis de adrenalina Pedirle una <u>gasometría</u> arterial para valorar la necesidad de ventilación mecánica</li> <li>5. <u>Cuidados generales</u>: favorecer posición boca-arriba con ligera hiper-extensión de la cabeza, inclinación cabecera 30ª, lavados nasales si obstrucción nasal, fluidoterapia intravenosa, ..</li> </ol>
11	<p>Insuficiencia ventilatoria moderada grave con hipoxemia. Ventilación no invasiva CPAP con FiO<sub>2</sub> 100%. 5 cmts de agua.</p>