

**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 ₂ 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 | A.- Corregir acidosis metabólica con Bicarbonato. Dosis: 1-2 mEq/K/dosis diluido al medio en infusión lenta IV. 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. C.- 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"> ▪ Catéter sobre aguja-guía (8 y 10 Fr) <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza una pequeña incisión lineal en el punto elegido de punción por encima del borde superior de la costilla inferior. - Se disecciona la piel y tejido subcutáneo con una pinza curva. - Se perfora la pleura parietal presionando directamente con el catéter sobre aguja-guía. - Al mismo tiempo que se retira la aguja-guía, se va introduciendo el catéter dirigiéndolo según localización del aire. - Antes de retirar del todo la aguja-guía se debe mantener el catéter cerrado con una pinza. - Se conecta el catéter al sistema de drenaje y se retira la pinza. - Se fija a la piel con sutura y apósito estéril. - Se comprueba ubicación (Rx de tórax). |
| 10 | Disminuir a PIP mínimo (en torno a 15 cms H ₂ 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 O₂ superior a 5 y hallazgos ecocardiográficos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Oxido Nítrico - VAFO -Drogas vasoactivas. |

CASO B

| PREGUNTA | RESPUESTA |
|----------|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Aspiración secreciones • Monitorización StcO₂ • Exploración y evaluación • Poner O₂ si StcO₂ < 90% |
| 2 | B |
| 3 | <p>Clasificación con la escala de Wood-Downes Ferrer con una puntuación de 7 (3 puntos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sibilantes toda la espiración: <u>2 puntos</u> • Tiraje subcostal e intercostal, aleteo nasal y supraclavicular (<u>2 puntos</u>). • Frecuencia respiratoria 40: <u>1 punto</u> • Hipoventilación alveolar muy disminuida de forma generalizada: <u>2 puntos</u>. <p><u>Diagnóstico Bronquiolitis Moderada</u></p> |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Ingresarla en observación o en planta: • Prescribirle oxígeno necesario para mantener StcO₂ > 94% (ej: en mascarilla a 8 l/min). • Monitorizar StcO₂ mediante pulsioximetría continua. • Administración de adrenalina o broncodilatadores nebulizados. • <u>Cuidados generales</u>: favorecer posición boca-arriba con ligera hiper-extensión de la cabeza, inclinación cabecera 30^a, lavados nasales si obstrucción nasal, fluidoterapia intravenosa • Coger vía intravenosa, fluidoterapia intravenosa, otros |
| 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 O₂ 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 O₂ 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 StcO₂ < 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> |

| PREGUNTA | RESPUESTA |
|----------|--|
| | VRS en moco nasal. |
| 7 | <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma Es un cuadro viral • PCR: compatible con cuadro viral. • La bioquímica es normal pero se la ha pedido para descartar la aparición del un SIADH. • Gasometría: Acidosis respiratoria. Dado que tiene un aporte de O₂ de 0,5, probablemente se trata de una insuficiencia ventilatoria con hipoxemia (confirmar con gasometría arterial). • La Rx de torax es sugerente de una Bronquiolitis: Hiper-insuflación bilateral de ambos hemotórax y engrosamiento peribronquial. Hallazgos secundarios a la inflamación peribronquiolar. |
| 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 PCO₂ 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"> • Score de Downes-Ferres > 7 • StcO₂ < 91% con FiO₂ > 0,4 • Cianosis con FiO₂ > 0,4 • Apneas que precisan estímulo • pCO₂ > 60 • Alteración del nivel de conciencia • Empeoramiento rápido de la BQ • Otros justificables. |
| 10 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización continua mediante <u>pulsioximetría</u> de la StcO₂ y constantes al menos horarias de FR, FC, TA.. 2. <u>Oxígeno</u> en mascarilla a 8 l/min necesario para mantener StcO₂ > 94% 3. Ponerle una nueva dosis de <u>adrenalina</u> 0.5mg/kg con SSF hasta 5 ml nebulizado con O₂ a 8 l/ min /4 horas 4. Tras esta nueva dosis de adrenalina Pedirle una <u>gasometría</u> arterial para valorar la necesidad de ventilación mecánica 5. <u>Cuidados generales</u>: favorecer posición boca-arriba con ligera hiper-extensión de la cabeza, inclinación cabecera 30^a, lavados nasales si obstrucción nasal, fluidoterapia intravenosa, .. |
| 11 | <p>Insuficiencia ventilatoria moderada grave con hipoxemia. Ventilación no invasiva CPAP con FiO₂ 100%. 5 cmts de agua.</p> |