

**FACULTATIVOS ESPECIALISTAS DE AREA
ESPECIALIDAD: PEDIATRÍA**

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

CASO A

PREGUNTA	RESPUESTA
1	Intubación inmediata.
2	Ventilación con bolsa y mascarilla por el riesgo de empeorar el compromiso respiratorio en base a la distensión de estómago y primeras porciones intestinales alojadas en hemitórax izquierdo.
3	TET 3'5 mm. Fijado en 9-10 cm en comisura bucal si vía orotraqueal. 9,5-10,5 cm si vía nasotraqueal. Se debe insertar sonda nasogástrica de 6-8 Fr para evitar la distensión gástrica.
4	40-50 rpm PIP 18-25 cm H ₂ O. PEEP 3-5 cm H ₂ O. FiO ₂ 100%. Ti 0'3-0'5 seg.
5	Acidosis mixta con hipoxemia.
6	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. Vía: de elección IV.
7	Incrementar el volumen minuto. Incrementando el volumen tidal hasta 5 cc/k aproximadamente. Para ello hay que incrementar la PIP hasta 24-25 cm H ₂ O aproximadamente. Incrementar la FiO ₂ podría mejorar la oxigenación pero no mejoraría la hipercapnia.
8	Corregir la acidosis metabólica con bicarbonato una vez que se ha asegurado una correcta ventilación. Dosis de 1-2 mEq/k diluido al medio instilado por vena central. Soporte inotrópico (Dopamina o Dobutamida) con dosis adecuadas (5-10 mcg/Kg/mn)
9	Hernia diafragmática izquierda. (Mínimo para poder puntuar) Lectura de la placa

PREGUNTA	RESPUESTA
	Arteria umbilical. Posición baja en L3. Vena umbilical. Posición baja Subdiafragmática TET en posición muy alta.
10	1.- Gradiente de saturación pre y postductal superior a 5 puntos. 2.- Presión estimada en arteria pulmonar superior a la presión arterial sistémica media. 3.- Shunt derecha izquierda a nivel del ductus. (I.O. = $PMVA \times FiO_2 \times 100 / PaO_2$ Postductal. Si es $>$ ó $=$ a 25 en dos controles con 30 minutos de intervalo, es indicación de administración de óxido nítrico. Se calcula el índice de oxigenación en 24.
11	Si I.O. $>$ 25 es indicación de óxido nítrico Fracaso de VMC es indicación de alta frecuencia
12	En este tipo de pacientes la respuesta suele ser peor, dado que la hipertensión pulmonar se debe más a una hipoplasia del lecho vascular pulmonar que a un incremento en el tono vascular del mismo.

CASO B

PREGUNTA	RESPUESTA
1	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización $StcO_2$ • Poner O_2 si $StcO_2 < 90\%$ • Exploración y evaluación • Ingreso en planta o observación de urgencias
2	<p>Los antecedentes de esta niña y la exploración hacen pensar que el diagnóstico más probable es una crisis asmática.</p> <p>No cuenta episodios de atragantamiento previo, más frecuente en los adolescentes, que en niños más pequeños.</p> <p>Aunque la Disfunción de las Cuerdas vocales aparece en un 50% de los casos en pacientes previamente diagnosticados de asma, el comienzo es brusco, la dificultad respiratoria es inspiratoria (sibilancias etc..) y suelen tener una $StcO_2$ normal a pesar de la dificultad respiratoria intensa.</p>
3	Diagnóstico crisis de asma moderada grave siguiendo clasificaciones recogidas en el PAI Asma bronquial en la infancia.
4	<ol style="list-style-type: none"> a) Revertir con rapidez la obstrucción al flujo aéreo. b) Corregir la hipoxemia. c) Restaurar la función pulmonar rápidamente. d) Establecer o modificar el plan terapéutico de fondo.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Prescribir Oxígeno necesario para mantener una $St_sO_2 > 94\%$ (ej. mascarilla 8l/min) • Prescribir broncodilatadores y corticoides • Mantenerla incorporada • Pulsioximetría continua • Rx de Tórax: valorar complicaciones y diagnóstico diferencial. • Constantes vitales /hora: FR, FC, $StcO_2$, TA • Pedir gasometría • Medición de FEM • Valorar vía intravenosa
6	<ul style="list-style-type: none"> • Aerosoles salbutamol (0,15mg/kg máximo 5 mgrs) más bromuro de ipratropio 5microgramos con SSF hasta 3ml y O_2 a 8l/min /una nebulización /20 min en una hora (o B2 agonistas de acción rápida en MDI 0,1 mg/pulsación: 10-15 pulsaciones/20 minutos) • Corticoides • vía oral o iv a 2 mgrs /kg.) (máximo 60 mg) • Oxígeno continuo para alcanzar $StcO_2 > 95\%$ • Al ser un asma grave moderada hay que volver a evaluarla en una hora.
7	Se trata de una insuficiencia ventilatoria con hipoxemia.
8	<ul style="list-style-type: none"> • Es fundamental saber evaluar la gravedad actual del paciente. A pesar del tratamiento la paciente persiste con un asma grave (GINA) y W.D.8 por lo que habría que intensificar el tratamiento.

PREGUNTA	RESPUESTA
	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso en UCIP.
9	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis muy graves con riesgo de parada respiratoria. • Crisis de asma grave con falta de respuesta al tratamiento en sala u observación de urgencias. • FEM < 50%.tras tratamiento broncodilataor. • P_aO₂ <60mmHg P_a CO₂ >45 mmHg StaO2 < 90% con F_iO₂ > 0,4. • pCO₂ > 60 mm Hg. • Criterios de ventilación mecánica. • Aparición de neumotórax o neumomediastino. • Alteración del nivel de conciencia. • Aparición de cianosis. • Presencia de apnea.
10	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización continua mediante <u>pulsioximetría</u> de la StcO₂ y constantes al menos horarias de FR, FC, TA.y ECG. • <u>Oxígeno</u> en mascarilla a 8 l/min necesario para mantener StcO₂ > 94% • Nebulización continua de salbutamol a 0,5mgs /Kg. /hora con O2 a 8l/min (si hipoventilación grave o tórax silente valorar salbutamol intravenoso) • Corticoides IV 2mgrs/kg: (60 mg máximo) • Fluidoterapia intravenosa. Necesidades basales mas PI (2100 mas PI) 2500ml/día. • Perfusión de aminofilina IV (Bolo 7 mg/Kg y perfusión de 0,7-1,2 mg/Kg/hora), • Valorar Ventilación no invasiva, sulfato de magnesio...
11	<ul style="list-style-type: none"> • Gran variabilidad del FEM/FEV1 • Presencia en la exploración de: somnolencia, bradicardia, movimiento toraco-abdominal paradójico o tórax silente. • Uso excesivo de medicación broncodilatadora en la intercrisis • Empleo crónico o frecuente de corticoides orales • Elevado absentismo escolar • Ingresos hospitalarios por asma o antecedentes de episodios casi mortales o que precisaron ventilación mecánica. • Incremento de la inestabilidad clínica con mayor frecuentación en el último año • Asma asociada a alteración del centro respiratorio o de sus quimiorreceptores • Asma asfíctico súbito relacionado con hiperreactividad a alternaria