PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TITULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.
R.D 459/2010, de 16 de abril

CASOS PRÁCTICOS

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFCICAS

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE**: Compruebe que este cuaderno de examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen a la Mesa.

2. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **75 minutos improrrogables. <u>No se concederá tiempo adicional para pasar a limpio las respuestas.</u>**

3. Está **prohibido** el uso de **calculadoras,** de **teléfonos móviles** o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.

CASO PRÁCTICO 1

Recién nacido pretérmino 35 semanas de edad gestacional (EG).
Gestación controlada, serologías maternas negativas. Diabetes gestacional. La madre acude por fiebre y rotura de membranas de 2 horas de evolución con líquido amniótico meconial. Analgesia epidural. Se realiza cesárea urgente por registro fetal patológico.

Nace un varón hipotónico y con llanto débil. No se aprecian malformaciones externas.

PREGUNTAS:

1. **¿Cuál sería sus maniobras de reanimación iniciales inmediatas al nacimiento?**

2. **Al minuto de vida el recién nacido presenta dificultad respiratoria con aleto nasal leve, tiraje subcostal e intercostal leve, discreta disociación toraco abdominal y quejido audible sin fonendo. La frecuencia cardiaca inferior a 100 lpm ¿Cuál sería el valor del test de Silverman?**

3. **¿Qué maniobras de realizaría en esta situación, a partir del minuto de vida?**

4. **A los 5 minutos de vida presenta frecuencia cardiaca 140 lpm y persisten signos de dificultad respiratoria. Que soporte respiratorio pautaría durante el ingreso:**

5. Tras la realización de ecografía pulmonar se objetivan líneas B confluentes en las bases que disminuyen en los ápex e irregularidad de línea pleural con ligero engrosamiento < 0,5 mm, no condensaciones evidentes. Que diagnóstico le sugiere:

CASO PRÁCTICO 2

Acude a Urgencias una lactante de 2 meses que acude por presentar decaimiento y rechazo de las tomas en las últimas horas y fiebre de 39ª axilar que ha cedido parcialmente con paracetamol (Apiretal: 1 cc v.o. hace 6 horas) en su domicilio. No refieren otra sintomatología. Ritmo deposicional y miccional normales. De nuevo le han notado febril al tacto por lo que acuden a Urgencias

No refieren antecedentes personales de interés. No ha iniciado calendario vacunal

Antecedentes familiares: hermano de 3 años con cuadro catarral

A su llegada presenta las siguientes constantes Peso: 5330 grs, SatO2 98%, FC 155 lpm, Tª 39,5ºC. FR: 50 rpm
A la exploración está febril, decaída aunque reactiva a estímulos y presenta cutis reticular. No signos de dificultad respiratoria. No exantemas ni petequias. Auscultación cardiaca normal Auscultación pulmonar con buena ventilación bilateral. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. ORL normal. Exploración neurológica: fontanela anterior abombada, hipotónica pero progresivamente cada vez más activa durante la valoración en Urgencias, con respuesta a estímulos y ausencia de focalidad neurológica.

A su llegada a Urgencias se realizan las siguientes pruebas complementarias:

- Hemograma: Hb 13 g/dl, leucocitos 21000 (78 % neutrófilos)
- Bioquímica: normal con Proteína C reactiva 120 mg/l Procalcitonina 2 ng/ml
- Tira de orina: normal

PREGUNTAS:

1. **Cuáles serían las medidas iniciales a tomar con este paciente**

2. **Cuál sería el diagnóstico que le plantea este paciente**

3. **Que otras pruebas complementarias / tratamientos realizaría además de las realizadas en Urgencias**

4. **En caso de pautar antibioterapia cuál sería la pauta a administrar al ingreso:**

CASO PRÁCTICO 3

Enfermedad actual:
Niño de 3 años de edad que traen los padres a urgencias de pediatría por bajo nivel de conciencia.
Refieren que después de comer (no había querido comer casi nada), se durmió la siesta, y al ir a despertarle una hora después, no abría los ojos espontáneamente, los abría al llamarle y en seguida los cerraba. Afebril, no clínica catarral, no vómitos ni diarrea. No traumatismos previos conocidos.

Antecedentes personales:
Sin interés.

Exploración física inicial:
Peso: 12 Kg. Tª 36ºC SatO2 98%. FC 85 lpm. FR 16 rpm. TA 95/60 mmHg
BEG, buen color, bien perfundido, no aspecto séptico.
No trabajo respiratorio. ACP normal.
Abdomen blando y depresible, no masas ni megalias.
Neurológico: No apertura espontánea de ojos. Los abre en respuesta al dolor y los vuelve a cerrar. Dice algunas palabras incoherentes/inapropiadas. Mueve los brazos y piernas localizando el dolor.
No meníngeos ni rigidez de nuca.

Pruebas complementarias:
- Hemograma: 15000 leucocitos con fórmula normal, Hb 12 g/dl, plaquetas 200000
- Gasometría: pH 7,30, pCO2 52, Bic 20, COHb 22%, MetHb 0,1%
- Glucemia 65 mg/dl, Na 135 mmol/l, K+ 3,5 mmol/l, Ca++ 1,2 mmol/l.
- Creatinina 0,4 mg/dl, GOT 35 U/l, GPT 30 U/l, LDH 200 U/l.
- PCR: 20 mg/l
- Hemocultivo pendiente
- Tóxicos en orina: negativos
- TC craneal: normal
- EEG: lentificado de forma general, no se registra actividad de vigilia.

PREGUNTAS:

1) **Calcular el triángulo de evaluación pediátrica del paciente**

2) **Calcular la escala de coma de Glasgow.**

3) **Manejo inicial**

4) **Diagnóstico.**

5) **Tratamiento**