

CUIDADOS AL NIÑO EN LOS ACCIDENTES

Pregunta 1: ¿Cuál de los siguientes NO es una causa frecuente de accidentes en la infancia?

- a. Quemaduras.
- b. Caidas.
- c. **Accidentes en el trabajo.**
- d. Ahogamiento.

Pregunta 2: ¿Qué analgésico está indicado para el tratamiento del dolor leve?

- a. Metamizol.
- b. **Paracetamol.**
- c. Fentanilo.
- d. Tramadol.

Pregunta 3: ¿Qué complicaciones podemos encontrar en un paciente con una intoxicación etílica?

- a. Hipotermia.
- b. Hipotensión.
- c. Hipoglucemia.
- d. **Todas son correctas.**

Pregunta 4: Son signos de obstrucción de la vía aérea superior: Señale la respuesta CORRECTA:

- a. Taquipnea.
- b. Escasa elevación torácica.
- c. Cianosis, babeo, tos o disociación toracoabdominal.
- d. **Todas son correctas.**

Pregunta 5: Durante la colocación del tablero espinal ¿quién coordinará la maniobra?

- a. El rescatador que se encuentra a los pies del paciente.
- b. **El rescatador que se encuentra a la cabeza del paciente.**
- c. Cualquiera puede hacerlo.
- d. Ninguna es correcta.

Pregunta 6: En un paciente con agitación psicomotriz por intoxicación etílica, ¿qué fármaco podemos administrar?

- a. Ketamina.
- b. Fentanilo.
- c. **Haloperidol.**
- d. Tramadol.

Retroalimentación: Si existe agitación psicomotriz que impide el adecuado manejo del paciente, administrar Haloperidol 2,5mg IM si el paciente es menor de 2 años, o 5mg IM en mayores de 2 años. Ante administración de sedación al paciente o disminución del nivel de conciencia, asegurar siempre la vía aérea.

Pregunta 7: Son signos sugestivos de fractura de la base del cráneo, la presencia de: Señale la FALSA.

- a. Equimosis periorbitaria.
- b. Equimosis retroauricular.
- c. **Hematemesis.**
- d. Hemotímpano o sangre en CAE.

Pregunta 8: ¿Dónde colocaremos las cinchas con forma de “v” del arnés araña?

- a. Sobre la cabeza del paciente.
- b. Sobre el pecho, debajo del pecho si es mujer.
- c. En la cintura pélvica.
- d. **Sobre los hombros.**

Pregunta 9: ¿Cómo clasificamos una quemadura con flictena pero que conserva los folículos pilosos?

- a. De primer grado.
- b. De segundo grado B.
- c. **De segundo grado A.**
- d. De tercer grado.

Pregunta 10: Señale la respuesta INCORRECTA: Durante el examen neurológico de un paciente que ha sufrido un TCE, debemos valorar:

- a. Tamaño, simetría y reactividad pupilar.
- b. Detectar déficits neurológicos, habitualmente motores (debilidad, asimetría), que podrían ser signos de lesión cerebral establecida o inminente (herniación).
- c. **Detectar reactividad pupilar rápida, ya que esto podría indicar lesión cerebral traumática.**
- d. Valoraremos pares craneales, reflejos osteotendinosos, marcha y sensibilidad.

Retroalimentación: Una reactividad pupilar LENTA sugiere LCT.

Pregunta 11: ¿Cuál de los siguientes es el dispositivo indicado para el transporte aéreo?

- a. **Colchón de vacío.**
- b. Tablero espinal.
- c. Camilla de cuchara.
- d. Camilla de la ambulancia.

Pregunta 12: Ante un paciente hipotenso/hipovolémico, ¿Qué solución debemos administrar?

- a. **SSF a 20cc/Kg en bolo rápido.**
- b. SG5% a 20cc/Kg en bolo rápido.
- c. SSF 500cc en bolo lento.
- d. SSF 500cc en bolo rápido.

Pregunta 13: Los signos de obstrucción de la vía aérea superior se presentan con más frecuencia durante la inspiración e incluyen:

- a. Aumento de la elevación torácica.
- b. Estridor.**
- c. Crepitantes a la auscultación.
- d. Sequedad de la mucosa oral.

Pregunta 14: La Escala de Coma de Glasgow: Señale la FALSA.

- a. Permite predecir el daño neurológico e incluso el pronóstico vital.
- b. Se ha de recoger la puntuación desglosada, del siguiente modo: O4, V5, M6.
- c. La puntuación desglosada valora: respuesta ocular, respuesta sensitiva y respuesta motora.**
- d. Se utiliza durante el seguimiento de un paciente, y para el intercambio de información entre profesionales.

Retroalimentación: Puntuación desglosada: respuesta ocular (O), verbal (V), motora (M), O4, V5, M6.

Pregunta 15: ¿Qué analgésico emplearemos ante un dolor intenso?

- a. Paracetamol.
- b. Metamizol.
- c. Fentanilo.**
- d. Ibuprofeno.

Pregunta 16: Nos encontramos un paciente, con intoxicación etílica, que ha ingerido, hace menos de una hora, más de 1gr/Kg de alcohol. ¿Qué sería lo indicado en este caso?

- a. Administración de Flumacenilo IV.
- b. Lavado gástrico.**
- c. Administración de carbón activado.
- d. Todas son correctas.

Retroalimentación: El carbón activado no es efectivo. En casos leves, sin alteración del nivel de conciencia: toma de constantes vitales, descartar hipoglucemia, colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo y evaluar repetidamente el nivel de conciencia. Si el nivel de etanolemia estimado es mayor de 100mg/dl o la ingesta estimada es mayor de 1gr/kg y mas reciente de una hora, o si existe pérdida de conciencia o de reflejos, estaría indicado el lavado gástrico.

Pregunta 17: Llega a su servicio de urgencias un paciente de 6 años, que se ha precipitado desde una altura de 2 metros. El niño está llorando y las constantes vitales son normales. Señale las acciones que realizaremos inicialmente:

- a. Sospecharemos lesión cervical, debido al mecanismo violento, hasta demostrar su indemnidad, y mantendremos alineación cabeza-cuello-tronco.**
- b. Dejaremos que el niño se coloque en una posición en la que se encuentre cómodo.
- c. Colocaremos sonda vesical para descartar hematuria por traumatismo genital.
- d. Realizaremos intubación endotraqueal.

Pregunta 18: ¿Cuál de las siguientes sería una dosis tóxica de paracetamol en niños?

- a. 10 ml.

- b. 100 mg.
- c. **140mg/kg.**
- d. 80mg/kg.

Pregunta 19: ¿Qué es el ahogamiento húmedo?

- a. Es el ahogamiento atribuido a laringoespasmo que persiste hasta que acontece la muerte por anoxia.
- b. El paciente sobrevive a la inmersión, al menos de forma temporal.
- c. **Ahogamiento atribuido a la aspiración de agua a los pulmones (también arena, lodo, vómito...).**
- d. Muerte producida por asfixia dentro de un plazo de 72h.

Pregunta 20: La estimación de volumen a infundir en el tratamiento de las quemaduras dependerá de:

- a. La extensión de las quemaduras.
- b. La profundidad de las quemaduras.
- c. El peso del paciente.
- d. **Todas son correctas.**

CASO CLÍNICO

Entra en su servicio de urgencias un niño de 11 años, trasladado por sus padres, refieren que se ha caído por unas escaleras desde mucha altura (no saben precisar los metros). El paciente no recuerda lo sucedido. Se queja de mucho dolor y su cara está ensangrentada.

Exploración general: Peso: 30kg. TA 108/54 mmHg. Fc 110 ppm. Sat O2 98%. Glasgow 15. Impresiona de gravedad, consciente y orientado. Muy afectado por el dolor, con un relleno capilar normal. Eupneico. Pupilas isocóricas y normorreactivas con movilidad ocular extrínseca normal. Herida profunda de unos 6 cm de longitud en región inferior de ceja izquierda, hematoma periorbitario ojo izquierdo. Contusión nasal, restos de sangre en ambas fosas nasales. Otorragia oído derecho. Columna cervical y dorso lumbar: sin dolor, movilidad y sensibilidad conservadas. ACP: normal. Tórax estable. Abdomen: blando, sin dolor ni defensa. Pelvis estable. Intenso dolor.

Pregunta 1: Teniendo en cuenta que, por el momento, no es necesario instaurar medidas terapéuticas inmediatas para normalizar las constantes vitales, ¿qué actuación realizaremos inicialmente?

- a. Intubación endotraqueal.
- b. Inmovilizar columna cervical, manteniendo alineación cabeza-cuello-tronco.**
- c. Canalizar vía intraosea.
- d. Colocar collarín bando.

Retroalimentación: Valorar los signos vitales e inmovilizar la columna cervical: La instauración inmediata de medidas terapéuticas para normalizar las constantes vitales (CAB) es prioritaria a cualquier intervención. En todo momento debe mantenerse la alineación cabeza-cuello-tronco, evitando los movimientos de flexoextensión (con collarín cervical rígido) y/o rotación (inmovilizador de cabeza – “dama de elche”). La columna cervical se inmovilizará en caso de traumatismo debido a mecanismo violento, caídas desde una altura mayor de un metro, accidentes de tráfico... hasta demostrar su indemnidad.

Pregunta 2: El paciente presenta un hematoma periorbitario izquierdo y otorragia derecha, ¿qué debemos sospechar ante estos signos?

- a. Hematoma epidural.
- b. Otorrea de líquido cefalorraquídeo.
- c. Disminución del nivel de conciencia.
- d. Fractura de base del cráneo.**

Retroalimentación: Son signos sugestivos de fractura de la base del cráneo, la presencia de: • Hemotímpano o sangre en CAE. • Equimosis en zona retroauricular (signo de Battle). • Equimosis periorbitaria (“ojos de mapache”). • Rinorrea u otorrea de líquido cefalorraquídeo.

Pregunta 3: Ante una sospecha de fractura de la base del cráneo, ¿qué medidas debemos tomar?

- a. Canalizar dos vías venosas periféricas de gran calibre.

- b. Posponer colocación de sonda nasogástrica (si precisa) hasta descartar fractura de base del cráneo.
- c. Realizar vigilancia neurológica continua.
- d. **Todas son correctas.**

Pregunta 4: ¿Según la Escala de Glasgow del paciente, como clasificaríamos el Traumatismo Craneoencefálico?

- a. **Leve.**
- b. Moderado.
- c. Grave.
- d. Ninguna es correcta.

Pregunta 5: ¿Qué analgésico podríamos administrar para el control del dolor de este paciente?

- a. Fentanilo.
- b. Cloruro mórfico.
- c. **a y b son correctas.**
- d. a y b son incorrectas.

Pregunta 6: ¿Qué sedante podríamos administrar para el control de la agitación de este paciente?

- a. Fentanilo.
- b. Cloruro mórfico.
- c. **Midazolam.**
- d. Todas son correctas.

Retroalimentación: Analgesia y sedación: El dolor, agitación, inadaptación al respirador... incrementan la PIC por lo que la sedación-analgesia es fundamental en el manejo de estos pacientes. Como analgesia se recomienda el fentanilo o cloruro mórfico y como sedación el midazolam. Algunos pacientes pueden necesitar dosis suplementarias ante cualquier maniobra estresante como: aspiración de secreciones, curas, realización de Rx.

Pregunta 7: Se ha descartado mediante pruebas de imagen la lesión cervical y se ha confirmado la fractura de la base del cráneo (fractura del ala del esfenoides derecha y del seno esfenoidal) también se objetiva fractura de pared medial de órbita izquierda y pequeño hematoma subdural. Horas más tarde, el paciente continúa en nuestro box de urgencias (esperando cama de UCIP). El niño presenta cefalea intensa, vómitos de repetición y disminución del nivel de consciencia. Realiza apertura ocular únicamente en respuesta a la voz, su respuesta verbal es confusa y ante estímulos dolorosos en los pies, los retira. ¿Qué puntuación le daríamos en la escala de coma de Glasgow?

- a. **11**
- b. 15
- c. 16
- d. 6

Pregunta 8: Un hematoma subdural es:

- a. Colección de sangre localizada por encima de la duramadre.
- b. Colección de sangre en el espacio subaracnoideo.
- c. **Colección de sangre localizada por debajo de la duramadre.**
- d. Todas son incorrectas.

Retroalimentación: Hematoma subdural: Colección de sangre localizado por debajo de la duramadre (es una de las capas que envuelve al cerebro). En muchos casos el sangrado es de origen venoso y por tanto de crecimiento lento. Estos hematomas deben vigilarse pues suelen provocar síntomas a medida que aumentan de tamaño.

Pregunta 9: ¿Qué medidas y/o cuidados debemos llevar a cabo ante este paciente?

- a. Evitar la hipoxia: Establecer un adecuado soporte ventilatorio y monitorización continua de la Sat O2.
- b. Vigilancia neurológica.
- c. Monitorización continua para vigilancia hemodinámica.
- d. **Todas son correctas.**

Pregunta 10: ¿Qué complicaciones sistémicas pueden ocurrir tras un TCE?

- a. Descenso de la tensión arterial.
- b. Hipoxemia.
- c. Hipertermia.
- d. **Todas son correctas.**

Pregunta 11: ¿Qué alteraciones intracerebrales podemos encontrar tras un TCE?

- a. Crisis epilépticas precoces.
- b. Edema intracerebral.
- c. Sibilancias.
- d. **a y b son correctas.**

Pregunta 12: Como consecuencia del efecto de lesiones externas al parénquima cerebral, se pueden producir lesiones como hemorragias subdurales, ¿qué debemos vigilar ante estas lesiones?

- a. **El aumento de la presión intracraneal.**
- b. El aumento de la oxigenación.
- c. Ninguna es correcta.
- d. Todas son correctas.

Retroalimentación: El daño primario está directamente relacionado con el mecanismo y la energía desarrollada en el traumatismo. El sustrato anatomopatológico de este tipo de daño es la lesión celular (lesiones focales), el desgarro y retracción de los axones (lesiones difusas) y las alteraciones vasculares provocadas por el traumatismo. El daño cerebral secundario y terciario, puede producirse: • Como consecuencia del efecto de lesiones externas al parénquima cerebral, como las hemorragias subdurales y epidurales que provocan un aumento de la presión intracraneal. • Como consecuencia de alteraciones intracerebrales como la presencia de crisis epilépticas precoces, o edema intracerebral. • Complicaciones sistémicas que pueden ocurrir en el TCE, como el descenso de la tensión arterial (hipotensión

arterial), el descenso de la oxigenación (hipoxemia), o el aumento de la temperatura (hipertermia) entre otros.

Pregunta 13: ¿Qué solución podríamos administrar en este paciente si se produce un descenso brusco de la tensión arterial?

- a. Suero salino fisiológico al 0,9%.
- b. Ringer lactato.
- c. **a y b son correctas.**
- d. Ninguna es correcta.

Pregunta 14: ¿Qué tipo de solución es el Suero salino fisiológico al 0,9%?

- a. **Solución cristaloiide isoosmótica.**
- b. Solución cristaloiide hipotónica.
- c. Solución coloide.
- d. Solución alcalinizante.

Pregunta 15: ¿Qué cantidad de SSF 0,9% administraremos a este niño para expansión de volumen?

- a. 500cc.
- b. **600cc.**
- c. 250cc.
- d. 100cc.

Pregunta 16: ¿Cuál de los siguientes signos y síntomas NO sugiere lesión cerebral traumática?

- a. Pérdida de conciencia prolongada.
- b. Convulsiones.
- c. Vómitos y cefalea.
- d. **Pupilas normoreactivas.**

Pregunta 17: Durante el examen neurológico del paciente, ¿qué debemos valorar?

- a. Tamaño, simetría y reactividad pupilar.
- b. Marcha y sensibilidad.
- c. Pares craneales.
- d. **Todas son correctas.**

Pregunta 18: ¿Qué es la anisocoria?

- a. Pupilas que reaccionan normalmente a la luz.
- b. **Pupilas asimétricas.**
- c. Reactividad pupilar lenta.
- d. Pupilas simétricas.

Retroalimentación: Se denomina anisocoria cuando se evidencia una diferencia entre ambas pupilas mayor de 2mm.

Pregunta 19: Se va a proceder a la sutura la herida que tiene el niño en la ceja. ¿Qué anestésico local aplicaremos antes de empezar?

- a. Fentanilo.
- b. Ketamina.
- c. Gel Lat.**
- d. Óxido nitroso.

Pregunta 20: Respecto al Gel Lat. Señale la FALSA.

- a. Es un anestésico local tópico compuesto por Lidocaína al 4%, Adrenalina 0,1% y Tetracaína al 0,5%.
- b. Debe aplicarse siempre en mucosas, quemaduras amplias, zonas distales y zonas que involucren hueso con afectación tendinosa o grandes vasos.**
- c. El tiempo que tarda en alcanzar su efectividad es de aproximadamente 15 o 20 minutos.
- d. Se debe aplicar una pequeña capa de gel alrededor de los bordes y cubrir con un apósito de plástico.