



**Viernes 13 de febrero de 2009**

**Seminario:**

**“Estabilización y transporte del niño gravemente enfermo: casos clínicos comentados”**

**Moderadora:**

María Luisa Arroba Basanta

Pediatra. CS Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón, Madrid.

**Ponente/monitora:**

■ **Montserrat Nieto Moro**

Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.  
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.  
Madrid.

**Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)**

**¿Cómo citar este artículo?**

Arroba Basanta ML. Estabilización del niño críticamente enfermo. Introducción. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 383-4.



Comisión de Formación Continuada  
de las Profesiones Sanitarias de  
la Comunidad de Madrid

## **Estabilización del niño críticamente enfermo. Introducción**

**María Luisa Arroba Basanta**

Pediatra. CS Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón, Madrid.

[mlarroba@pap.es](mailto:mlarroba@pap.es)

Las urgencias en Atención Primaria son un porcentaje elevado de la demanda asistencial. El concepto de “urgencia” tiene un significado diferente para el pediatra y las familias. Para los profesionales sanitarios, son las situaciones que requieren una asistencia inmediata por su gravedad. Los responsables del niño las entienden como una consulta fuera de hora, o como una consulta rápida de situaciones patológicas que provocan ansiedad. Esta percepción de la urgencia genera un mal uso de los recursos asistenciales y hace similares los motivos de consulta pediátrica urgente hospitalarios y extrahospitalarios, que, con frecuencia, son superponibles a los contenidos de la consulta diaria (afecciones del aparato respiratorio superior e inferior; traumatismos leves y patología digestiva). Sin embargo, ocasionalmente tenemos que atender una patología grave y vital, en medio del marasmo de “urgencias” con patología banal.

La valoración clínica y las decisiones terapéuticas ante la consulta urgente de un paciente grave en Atención Primaria son uno de los retos más importantes con que nos enfrentamos en la práctica diaria, sometidos a una serie de limitaciones propias de este tipo de asistencia. Los factores ambientales son fundamentales para establecer el diagnóstico y programar un tratamiento correcto o la estabilización de un paciente grave que debe ser derivado a otro nivel asistencial. El lugar donde se desarrolla el acto médico (domicilio, consultorio), el área geográfica (zona urbana, zona rural), el nivel social, educativo, económico y cultural

de la familia y la hora del día o de la noche en que se realiza la consulta.

Después de la valoración de un niño grave, el pediatra se plantea una serie de reflexiones: ¿qué gravedad real presenta este paciente?, ¿tiene riesgo vital?, ¿puede tratarse en su domicilio?, ¿cuáles son los criterios para derivarlo al hospital? También influye la experiencia clínica del médico (conocimientos, años de actividad profesional y vivencias personales).

Al atender una urgencia infantil hay que tener en cuenta la gran carga emocional que suele provocar en los padres o responsables del paciente. La vivencia de la gravedad suele estar impregnada de subjetividad; sin embargo, nosotros hemos de buscar en la anamnesis la mayor objetividad posible. Las dos valoraciones siempre están imbricadas, de acuerdo con distintas circunstancias que afectan al paciente (edad, estado previo), a la propia enfermedad (aguda o crónica, presencia de síntomas con gran carga emocional como convulsiones), a la familia (nivel sociocultural), al ámbito en que se produzca (centro de salud, domicilio) y al propio médico (experiencia, trabajo individual o en equipo). Todo este conjunto de factores ayuda a establecer un criterio de gravedad, que es utilizado para encauzar el diagnóstico y decidir si el tratamiento puede realizarse en el domicilio o procede su evacuación a otro nivel de atención sanitaria tras estabilizarle.

Dadas las condiciones inherentes a la propia urgencia, a veces apremiantes, la anamnesis se debe centrar sobre el problema principal, que orienta nuestra atención sobre la auténtica causa que motivó la urgencia. El lenguaje con los familiares debe ser comprensible (términos claros y sencillos), en un tono suave, pausado; es conveniente reservar nuestras dudas diagnósticas, pero los familiares deben estar informados de la gravedad real de la situación. Es importante tener en cuenta la sensación de culpabilidad que casi siempre acompaña a los responsables del niño en estas situaciones.

La valoración integral de la urgencia pediátrica es un proceso que puede ser bastante complicado, no exento de dudas razonables que inducen al clínico a moverse en actitudes que oscilan entre una excesiva confianza y una exagerada inquietud. Por eso, es útil disponer de una sistemática y un hábito de actuación ante la asistencia al niño muy grave en primaria. Aunque periódicamente se oferta formación en atención urgente infantil a los profesionales de los centros de salud, la escasa frecuencia de urgencias vitales dificulta la coordinación y la práctica.

El objetivo que planteamos en este seminario es enfocar, de forma práctica mediante casos clínicos comentados, la estabilización del niño que acude a la consulta críticamente enfermo.



**Viernes 13 de febrero de 2009**

**Seminario:**

**“Estabilización y transporte del niño gravemente enfermo: casos clínicos comentados”**

**Moderadora:**

María Luisa Arroba Basanta

Pediatra. CS Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón, Madrid.

**Ponente/monitora:**

■ **Montserrat Nieto Moro**

Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.  
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.  
Madrid.

**Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)**

**¿Cómo citar este artículo?**

Nieto Moro M. Estabilización del niño críticamente enfermo. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 385-97.



Comisión de Formación Continuada  
de las Profesiones Sanitarias de  
la Comunidad de Madrid

## Estabilización del niño críticamente enfermo

**Montserrat Nieto Moro**

Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.  
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.  
[montsen@hotmail.com](mailto:montsen@hotmail.com)

### CASO I

Niña de 5 años que acude a su centro de salud acompañada por sus cuidadores del colegio por haber comenzado de forma súbita, tras la comida, con decaimiento, vómitos, alguna lesión cutánea, dificultad respiratoria intensa e hinchazón de labios.

Exploración física: somnolienta. Algunas lesiones cutáneas eritematosas en tronco. Labios hinchados. Cianosis labial. Polipnea, tiraje subcostal e intercostal moderado. Auscultación cardiopulmonar: taquicardia, estridor inspiratorio con hipoventilación bilateral. Pulsos débiles.

### ¿Cuál sería su actitud?

- Administrar 4 mg de adrenalina nebulizada.
- Administrar salbutamol nebulizado.
- Administrar oxígeno con mascarilla facial, monitorizar y canalizar vía venosa.
- Canalizar vía venosa periférica y administrar esteroides intravenosos.

- Administrar 2 mg de budesonida nebulizada.

La respuesta correcta es la **c**.

Es un paciente con un angioedema de posible etiología alérgica que impresiona de gravedad, ya que presenta alteración del sensorio, taquicardia y dificultad respiratoria importante. Independientemente de la etiología, la actuación en estos casos debe seguir la regla del ABC: vía aérea (A) y ventilación (B) con la administración de oxígeno y monitorización saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>), y circulación (C) con la monitorización de electrocardiograma (ECG), tensión arterial (TA) y canalización de una vía venosa periférica para administración de suero salino fisiológico (SSF) a 20 ml/kg. Las opciones a y e, serían válidas en pacientes con cuadros de laringotraqueobronquitis aguda, pero no para la estabilización inicial de este paciente. Asimismo, en estos momentos no es prioritario administrar salbutamol inhalado (opción b) y además, la paciente no presenta sibilancias. Los esteroides (opción d) estarían indicados en un escalón terapéutico posterior.

Se administra oxígeno con bolsa-reservorio a 10 lpm y mientras, se está intentando la canalización de una vía venosa. La niña continúa con taquipnea y SatO<sub>2</sub> 91%, frecuencia cardiaca (FC) 150 lpm y TA 75/40 mmHg.

### ¿Qué tratamiento indicaría?

- Administrar un bolo de hidrocortisona de 10 mg/kg intramuscular (i.m.).
- Administrar adrenalina subcutánea a 0,01 mg/kg.
- Administrar adrenalina subcutánea a 0,1 mg/kg.
- Administrar adrenalina 0,01 mg/kg (i.m.).
- Esperar a la obtención de la vía venosa para administrar adrenalina.

La respuesta correcta es la **d**.

El cuadro clínico de esta paciente corresponde a una anafilaxia grave en la que la primera medida tras el abordaje inicial (ABC), es la administración de adrenalina<sup>1,2</sup>. La adrenalina es el pilar fundamental del tratamiento, por su efecto alfa-adrenérgico produce vasoconstricción periférica que hace que aumente la presión arterial y que disminuya el angioedema y la urticaria. También tiene efecto beta-adrenérgico por el que produce broncodilatación e inhibe la liberación de mediadores en los mastocitos.

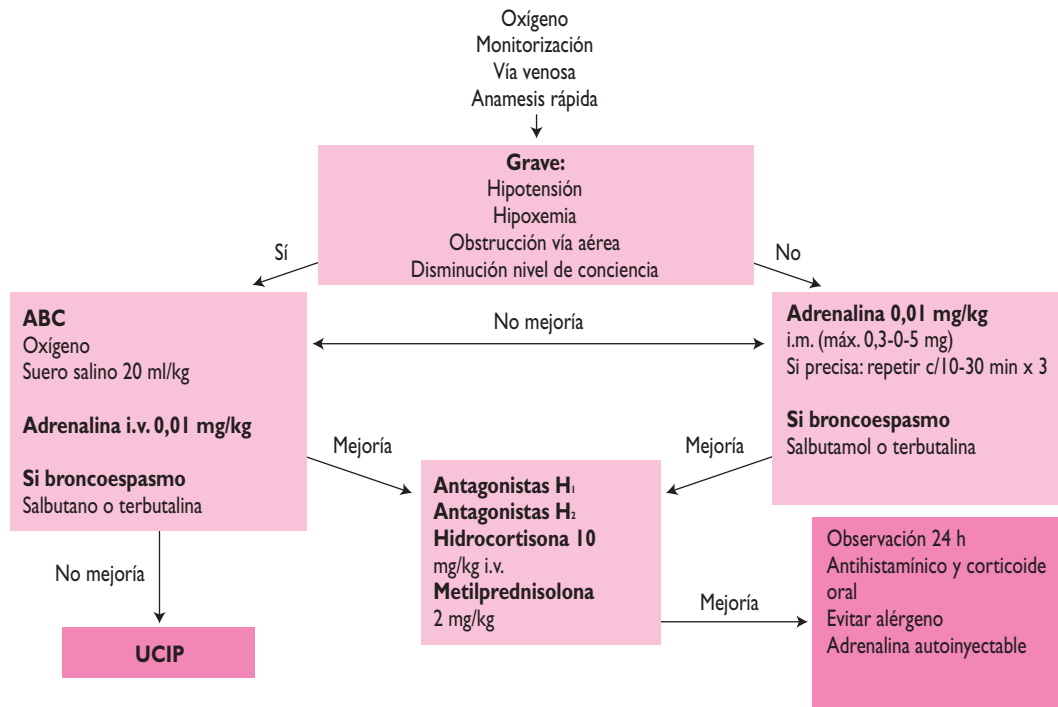
En reacciones anafilácticas graves, es decir cuando exista *shock*, disminución del nivel de conciencia o compromiso respiratorio, la adrenalina se administrará por vía intravenosa (i.v.) (figura 1) a dosis de 0,01 mg/kg (máximo 0,3-0,5 mg) de adrenalina 1:10.000, que se podrá repetir cada 5-15 minutos hasta un total de 3 dosis.

En este caso, todavía no se dispone de acceso venoso y se administrará adrenalina 1:1.000 por vía intramuscular a dosis de 0,01 mg/kg. La administración subcutánea (opción **b** y **c**) puede ser poco eficaz en un niño hipoperfundido, siendo mucho más efectiva y rápida la administración i.m.

Finalmente se administró adrenalina i.v. y SSF a 20 ml/kg. Tras ello, la TA es 95/55 mmHg con FC 135 lpm, SatO<sub>2</sub> 98% con mascarilla de alta concentración y sin estridor. Pero, las lesiones cutáneas han empeorado y la niña está más despierta e inquieta.

### ¿Qué haría usted ahora?

- Dexclorfeniramina (0,15 mg/kg) i.v.
- Esperar a la llegada de la familia para obtener información sobre posibles alergias.
- Administrar antihistamínico anti-H<sub>2</sub>.
- Repetir adrenalina.
- Administrar hidrocortisona a 10 mg/kg y dexclorfeniramina (0,15 mg/kg).

**Figura 1. Algoritmo de tratamiento de anafilaxia**

La respuesta correcta es la **e**.

La situación hemodinámica y respiratoria se ha conseguido estabilizar y es el momento de comenzar el tratamiento sintomático de la anafilaxia<sup>1,2</sup>. Podemos tratar el prurito con antagonistas de los receptores H<sub>1</sub> (dexclorfeniramina) y contrarrestar la liberación de los mediadores y sus efectos con esteroides. Aunque el inicio de acción de la hidrocortisona es más rápido, se puede emplear tanto metil-prednisolona a dosis de 2 mg/kg como hidrocortisona a dosis de 10 mg/kg (máximo 200 mg). La administración conjunta de esteroides y antihistamínico (opción **e**) favorecerán el alivio de los síntomas.

Los anti-H<sub>2</sub> (opción **c**), aunque tienen acción sinérgica con antihistamínicos anti-H<sub>1</sub> y se administran en casos graves, como única opción son insuficientes. Se descarta la respuesta **b**, porque independientemente del desencadenante de la anafilaxia, el tratamiento sintomático es el mismo.

El exantema y la hinchazón de la cara van disminuyendo y la niña está más tranquila. Sin embargo, presenta leve tiraje intercostal con sibilancias espiratorias bilaterales, sin estridor y con SatO<sub>2</sub> 96% con mascarilla de oxígeno.

### ¿Cuál sería su proceder?

- Repetir adrenalina i.v.
- Administrar salbutamol inhalado y continuar la monitorización hasta el traslado a un centro hospitalario.
- Adrenalina nebulizada.
- Solicitar una radiografía de tórax.
- Comenzar tratamiento con salbutamol inhalado y enviar al domicilio con esteroides, antihistamínico y recomendar adrenalina autoinyectable.