



Viernes 3 de marzo de 2023

Seminario:

**¿Lo derivo a Urgencias?
Nuevos casos clínicos**

Ponente/monitora:

- Mercedes de la Torre Espí
*Jefa de la Unidad de Urgencias.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
Madrid.*

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

De la Torre Espí M. ¿Lo derivo a Urgencias?
En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en
Pediatria 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023.
p. 159-165.



¿Lo derivo a Urgencias?

Mercedes de la Torre Espí

Jefa de la Unidad de Urgencias.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

mercedes.torre@salud.madrid.org

RESUMEN

Las fases de la atención de los problemas de salud urgentes que requieren traslado son: estabilización, activación del traslado, reevaluación continua de la situación del paciente, transferencia –Atención Primaria (AP) a Transporte Sanitario Emergencias (TSE) y Transporte Sanitario Emergencias (TSE) a Atención Hospitalaria (AH)— y transporte.

La atención y estabilización de los pacientes con necesidades médicas especiales debería comenzar con el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), continuar con el ABCDEF –A (vía aérea), B (ventilación), C (circulación), D (discapacidad o estado neurológico), E (exposición), F (familia)— y finalizar con la historia dirigida y la exploración para intentar llegar a un diagnóstico clínico y establecer el plan de pruebas complementarias y el tratamiento. La reevaluación continua es primordial. Los padres deberían intervenir activamente.

Los niños con enfermedades crónicas y, sobre todo, aquellos con necesidades médicas especiales, con frecuencia toman muchos medicamentos, dependen de dispositivos (tubos de traqueostomía, de gastrostomía, catéteres venosos centrales, etc.) y tienen más riesgo de descompensación aguda ante problemas de salud habituales de los niños y otros propios de su condición clínica.

Las infecciones y la hiperreactividad bronquial son la causa de la mayoría de las exacerbaciones pulmonares en los niños portadores de una traqueostomía. Es importante saber cómo aspirar un tubo de traqueostomía, cómo cambiarlo cuando sea necesario y cómo administrar broncodilatadores.

Los motivos de consulta más frecuentes en relación con los tubos de gastrostomía son el reflujo de líquido alrededor del tubo debido a un aumento de la presión intraabdominal por estreñimiento, tos intensa, convulsiones u obstrucción intestinal; también puede haberse desinflado el globo.

INTRODUCCIÓN

Las fases de la asistencia de los problemas de salud urgentes que requieren traslado son: estabilización, activación del traslado, reevaluación continua de la situación del paciente, transferencia —Atención Primaria (AP) a Transporte Sanitario Emergencias (TSE) y Transporte Sanitario Emergencias (TSE) a Atención Hospitalaria (AH)— y transporte.

La atención y estabilización de los pacientes con necesidades médicas especiales comienza, como siempre, con el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), continúa con el ABCDEF y finaliza con la historia dirigida y la exploración para intentar llegar a un diagnóstico clínico y establecer el plan de pruebas complementarias y el tratamiento. La reevaluación continua es primordial¹. Los padres deben intervenir activamente en la evaluación.

Los niños con enfermedades crónicas y, sobre todo, aquellos con necesidades médicas especiales con frecuencia toman muchos medicamentos, dependen de dispositivos (tubos de traqueostomía, de gastrostomía, catéteres venosos centrales, etc.) y tienen más riesgo de descompensación aguda ante problemas de salud habituales de los niños y otros propios de su condición clínica. Conocer bien la historia clínica y sus necesidades ayuda a evitar errores médicos frecuentes en este grupo de pacientes.

ATENCIÓN URGENTE DE LOS NIÑOS PORTADORES DE TRAQUEOSTOMÍA Y DIFICULTAD RESPIRATORIA

Las infecciones y la hiperreactividad bronquial son la causa de la mayoría de las exacerbaciones pulmonares en los niños portadores de una traqueostomía. Los motivos de consulta más frecuentes son fiebre, aumento de las secreciones o del trabajo respiratorio con hiperreactividad bronquial.

Los tubos de traqueostomía pueden ser fenestrados, de doble lumen y de un lumen (el utilizado habitualmente por lactantes y niños pequeños). Los que llevan los niños mayores tienen un globo inflable que asegura el tubo en la tráquea y evita que se mueva. El tamaño va desde 2,5 mm para neonatos hasta 10 mm para adolescentes y está visible en las alas laterales del tubo.

Evaluación primaria¹

Los principales objetivos son establecer un diagnóstico del estado fisiopatológico del paciente mediante el TEP y la estabilización siguiendo la estrategia secuencial ABCDEF.

Triángulo de evaluación pediátrica (TEP)

La aplicación del TEP consiste en una valoración intuitiva rápida —no se tarda más de 30-60 segundos— de sus tres componentes: el aspecto general, el esfuerzo respiratorio y la circulación cutánea. La familia es de gran ayuda aplicando el TEP a estos niños para obtener información, sobre todo en la evaluación de la apariencia y la dificultad respiratoria: si se han producido cambios sobre su estado basal o mental, si las necesidades de oxígeno han aumentado, si tiene más trabajo respiratorio o más secreciones, y si estas son más espesas o amarillo-verdosas, si ha comenzado con fiebre, etc.

Aspecto general o apariencia

Es el elemento más importante del TEP. En general, el aspecto general de un niño refleja el estado del sistema nervioso central (oxigenación, perfusión, metabolismo).

Apariencia	Respiración	Circulación	Estado
N	A	N	Dificultad respiratoria
A	A	N	Fallo respiratorio
A	A	A	Fallo cardiorrespiratorio

Una apariencia normal está indicando que hay buena oxigenación cerebral y buena ventilación. Tanto la hipoxia como la hipercapnia producen letargia y obnubilación, que se alternan con agitación. La información de los padres es esencial para averiguar si se ha producido algún cambio con respecto a su estado basal.

Respiración

La evaluación de la respiración trata de determinar si el esfuerzo respiratorio está aumentado. De nuevo, solo es necesaria la inspección y utilizar el oído para detectar sonidos patológicos que indiquen obstrucción de la vía aérea o alteración de la ventilación. Muchos niños con problemas neurológicos y, sobre todo, los portadores de tubos de traqueostomía tienen habitualmente ruidos respiratorios (ronquidos, ruidos de secreciones, etc.) y un trabajo respiratorio aumentado. Como ya se ha comentado anteriormente, lo que hay que evaluar es si el niño respira como siempre o no.

Color

El organismo compensa la disminución del gasto cardíaco aumentando la frecuencia cardíaca y redistribuyendo la perfusión de los tejidos. Se preserva la circulación de los órganos vitales (cerebro, corazón, riñones) a expensas de otras zonas menos esenciales, como la piel. En estas circunstancias la piel puede estar pálida (primer signo de mala perfusión periférica), moteada (por vasoconstricción de vasos sanguíneos) o cianótica (signo más tardío y grave de fallo respiratorio o de shock).

Primera impresión con el triángulo de evaluación pediátrica

Como se ha comentado con anterioridad, el TEP permite detectar anomalías fisiológicas, estima su gravedad y ordena las prioridades en la atención posterior del paciente. El diagnóstico de una enfermedad, en particular, no es la finalidad del TEP.

Los principales diagnósticos fisiopatológicos que se pueden establecer en los pacientes con dificultad respiratoria —sean o no portadores de un tubo de traqueostomía— dependen, como siempre, de los lados que estén alterados. La situación será más grave cuanto mayor número de lados sea patológico:

Tabla 1. Aspiración por un tubo de traqueostomía.

1. Instilar 2-3 ml de suero salino fisiológico por el tubo
2. Succionar el tubo de traqueostomía con presión negativa:
 - a. Adultos: 120-150 mm de Hg
 - b. Adolescentes: 80-120 mm de Hg
 - c. Niños: 80-100 mm de Hg
 - d. Neonatos: 60-80 mm de Hg en neonatos
3. Monitorización por posible hipoxia y bradicardia
4. Reevaluar y considerar el replazo del tubo de traqueostomía
5. Repetir desde el punto 1 al punto 4, dos o tres veces
6. Si la maniobra no es efectiva, reemplazar el tubo

Evaluación del ABCDEF en los niños con dificultad respiratoria²

El ABCDEF consiste en un examen físico ordenado para diagnosticar, monitorizar y tratar problemas graves (dificultad respiratoria, fallo, *shock*) que puedan poner en peligro la vida del paciente, según vayan siendo identificados. La secuencia es la misma que en los adultos:

- A: vía aérea
- B: ventilación
- C: circulación
- D: discapacidad o estado neurológico
- E: exposición
- F: familia¹

En estos pacientes la A es un tubo de traqueostomía; saber cómo aspirarlo (**Tabla 1**) y cambiarlo (**Tabla 2**) es esencial. En los cuadros de dificultad respiratoria de instauración brusca, la causa más frecuente es la obstrucción del tubo. La solución pasa por la aspiración y, cuando falla, el cambio del tubo. Si la dificultad se ha instaurado paulatinamente —coincidiendo en la mayoría de las ocasiones con una infección de vías respiratorias—, el paciente puede beneficiarse además de la aspiración de la administración de salbutamol (con cámara o nebulizado).

Normalmente los padres llevan siempre tubos de repuesto. Si se requiere cambiar un tubo de traqueostomía y no tenemos ninguno disponible, se puede utilizar un tubo endotraqueal (el diámetro interno del tubo de traqueostomía es el número que elegir del tubo endotraqueal). Se introducirán aproximadamente los centímetros del tubo de traqueostomía (2,5-5 cm) que lleva el paciente.

Tabla 2. Cambio de un tubo de traqueostomía.

1. Prepare el material necesario, lávese las manos, colóquese unos guantes estériles y una mascarilla facial.
2. Prepare el tubo de traqueostomía del mismo tamaño
3. Prepárese para extraer el tubo: <ol style="list-style-type: none"> a. Si el tubo lleva globo, desínflelo conectando una jeringa a la válvula b. Si el tubo es de doble cánula, retire la cánula interna. Si no se resuelve la obstrucción, habrá que retirar también la cánula externa
4. Corte la tela que sujeta el tubo
5. Retire el tubo suavemente
6. Inserte suavemente el nuevo tubo lubricado con suero fisiológico (con el fiador puesto) por el estoma, dirigiendo la punta hacia abajo
7. Sujete el tubo por las pestañas y retire el fiador
8. Evalúe la colocación del tubo y la ventilación
9. Asegure de nuevo el tubo con las cintas

Evaluación secundaria

Después del TEP y de la estabilización del paciente siguiendo el ABCDEF, se continuará con la historia dirigida y la exploración física³.

La historia dirigida puede seguir la sistemática definida por las siglas de la regla nemotécnica SAMPLE:

- S: signos y síntomas
- A: alergias
- M: medicación
- P: historia Pasada o antecedentes
- L: última comida
- E: eventos que han desencadenado la situación actual

Una vez realizada la evaluación secundaria se puede establecer una hipótesis diagnóstica y diferencial, el plan de pruebas diagnósticas necesarias y un tratamiento específico.

En este caso, el plan podría incluir el cultivo de las secreciones del paciente y la realización de una radiografía de tórax.

Para el tratamiento hay que evaluar si es necesario administrar antibiótico y broncodilatadores.

El traslado de estos pacientes, salvo situaciones de fallo respiratorio, es más adecuada hacerla por sus propios medios, ya que los padres suelen tener todos los dispositivos que el niño precisa.

ATENCIÓN URGENTE DE LOS NIÑOS PORTADORES DE UN TUBO DE GASTROSTOMÍA

Los tubos de gastrostomía se colocan en niños que no pueden ingerir alimentos por la boca. Se introducen a través de la piel hasta el estómago.

Los motivos de consulta más frecuentes en relación con los tubos de gastrostomía son el reflujo de líquido alrededor del tubo con irritación de la piel y la obstrucción. El reflujo suele estar provocado por estreñimiento, tos intensa, convulsiones, obstrucción intestinal o que se desinfele el globo. La mayoría de las obstrucciones del tubo se solucionan con la instilación de una solución proteolítica.

Los padres pueden estar adiestrados en el recambio de los tubos de gastrostomía y en las medidas de higiene necesarias para mantener el estoma y la piel circundante en buen estado: lavar diariamente el área con agua y jabón incluyendo la parte externa de la sonda y la inferior del anillo, secando toda la zona posteriormente. Hay que girar la sonda todos los días para evitar adherencias y después de administrar comida o medicación se deben infundir 20-30 ml de agua. Cuando el tubo no se esté utilizando, el tapón tiene que estar cerrado.

Con menos frecuencia el tubo se sale. La colocación de un tubo nuevo no se debe demorar porque si está mucho tiempo fuera el estoma puede estrecharse. Si el tubo lleva menos de 3 meses colocado, el recambio lo tiene que hacer un especialista. Lo ideal es utilizar un tubo de gastrostomía del mismo tamaño, pero si no se consigue introducirlo hay que probar con uno de un número menor. Si no hay ningún tubo disponible, se puede introducir una sonda de Foley para mantener el estoma abierto hasta que se pueda colocar el tubo de gastrostomía definitivo. Si el paciente ingiere todo el alimento y el líquido por la gastrostomía, además de su medicación es necesario trasladar al paciente al hospital. El paciente no puede ser dado de alta sin el nuevo tubo de gastrostomía colocado y comprobado, si no es posible hay que asegurar el estado de hidratación y la administración de la medicación por vía intravenosa.

EXANTEMAS PERSISTENTES

La mayoría de los exantemas en la infancia están causados por virus (adenovirus y enterovirus son los más frecuentes) y tienen características poco específicas, lo que dificulta el diagnóstico etiológico. Más aún porque distintos virus pueden producir un mismo exantema (p. ej., acropapulosis infantil) y la infección por un virus puede cursar con distintas lesiones cutáneas (p. ej., virus herpes simple).

Sin embargo, hay algunos con unas características distintivas y específicas. Hay que tener en cuenta el tipo de lesión primordial (mácula, pápula, vesícula, nódulo, pústula, petequia), cómo comienza el exantema, cómo se distribuye por el cuerpo, si se acompaña de fiebre (si la fiebre precede al exantema, si coincide con él), de afectación mucosa o de otros síntomas o signos (tos, mucosidad, adenopatías, hepatoesplenomegalia, etc.). También se sabe que algunos se prolongan en el tiempo más de lo habitual. A continuación, se describen brevemente algunos de los exantemas de larga evolución más frecuentes en los niños^{4,5}.

Eritema multiforme

Es una enfermedad de la piel desencadenada principalmente por infecciones. El virus herpes simple (sobre todo VHS-1) está implicado en el 50% de los casos. *Mycoplasma pneumoniae* también es muy frecuente en los niños. El exantema cursa con máculas, pápulas, vesículas y las características lesiones en diana, distribuidas por la cara extensora de las extremidades (zonas distales sobre todo) y cara. El exantema se resuelve espontáneamente en 3-5 semanas, aunque puede recurrir.

Megaloeritema

Está producido por el parvovirus B19. Se inicia con síntomas inespecíficos, con o sin fiebre. Posteriormente brota la erupción típica con máculas de color rojo, que se van clareando por el centro hasta adquirir un aspecto de encaje. Aparecen en las mejillas y se extienden por el cuerpo afectando sobre todo a las extremidades. En ocasiones puede picar. Lo habitual es que las lesiones persistan 1 semana, pero la erupción se puede reactivar por cambios de temperatura o por el efecto del sol durante varias semanas.

Acrodermatitis papulosa infantil

Es una enfermedad producida principalmente por virus Epstein-Barr, el más frecuente.

El exantema consta de pápulas pequeñas parduzcas que aparecen en la cara y en las zonas distales. Finalmente, adquiere una distribución simétrica, afectando a la cara, las nalgas y las extremidades y respetando el tronco. Se resuelve espontáneamente, sin tratamiento, en 15-60 días.

Pitiriasis rosada

Es una enfermedad de origen desconocido. La primera lesión suele ser una placa redondeada, de 1-10 cm de diámetro, rosada, escamosa, con forma de anillo y borde elevado que aparece en el tronco o los muslos y, con frecuencia, se confunde con un herpes circinado.

El exantema aparece 1-2 semanas después con máculas pequeñas (<1 cm) de color rosa pardo, sobre todo en tronco, raíz de brazos y piernas, y distribución en árbol de Navidad. Dura 2-12 semanas.

Pustulosis eosinofílica infantil

Se caracteriza por brotes de pápulas, vesículas y pústulas que duran 2-3 semanas y se distribuyen por el cuero cabelludo, la cara, el tronco y las extremidades. Suele aparecer antes de los 14 meses. Los brotes desaparecen de forma espontánea, generalmente, en 2 años. Cursa con eosinofilia periférica hasta en el 70% de los pacientes.

CONCLUSIONES

1. En los niños con necesidades médicas especiales, los padres deben intervenir activamente en la evaluación del TEP y el ABCDEF.
2. Las causas más frecuentes de las exacerbaciones respiratorias de los niños portadores de traqueostomía son las infecciones y la hiperreactividad bronquial.
3. Los motivos de consulta más frecuentes en relación con los tubos de gastrostomía son el reflujo de líquido alrededor del tubo con irritación de la piel y la obstrucción.
4. Conocer las características de algunos exantemas es esencial para establecer el diagnóstico. Es importante informar a los padres sobre la duración de algunos de ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dieckmann RA. Valoración pediátrica. En: Fuchs S, Yamamoto L (eds.). APLS. The Pediatric Emergency Medicine Resource. 5ª ed. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2015. p. 1-33.
2. Adirim TA. Niños con necesidades especiales de cuidados para la salud: el niño dependiente de tecnología. En: Fuchs S, Yamamoto L (eds.). APLS.

- The Pediatric Emergency Medicine Resource. 5ª ed. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2015. p. 331-51.
3. AAP. Policy Statement—Emergency Information Forms and Emergency Preparedness for Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics*. 2010;125:829-37.
 4. De la Torre Espí M. Exantemas. Algoritmos. En Casado Flores J, Serrano a (eds). *Urgencias y tratamiento del niño grave*. 3ª ed. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2015. p. 729-35.
 5. Young TK, Oza VS. Exanthematous Eruptions in Children. *Pediatr Ann*. 2020;49:e116-23.