

Mesa Redonda: Actualización en Urgencias de Pediatría

Introducción

I. MONGIL RUIZ

Hospital de Laredo. Cantabria

El tema de la reunión de primavera 2004 de nuestra Sociedad, Actualización en Urgencias de Pediatría, es de gran interés para los pediatras. Esto se debe a dos motivos: en *primer lugar*, porque un gran volumen de demanda asistencial que generan los niños es a nivel de consulta de urgencias. En *segundo lugar*, porque en cualquier momento puede surgir una urgencia que, en ocasiones, puede entrañar un grave riesgo para la vida del niño, y que demanda de nuestra parte una valoración rápida del tipo de problema y de su intensidad, así como la aplicación de las medidas necesarias para su corrección y tratamiento. En estos casos, tener las ideas claras, establecer de forma adecuada una escala de prioridades y aplicar la medida más oportuna en cada momento es fundamental para el niño. De ahí deriva la necesidad y el interés de la actualización de los conocimientos en los temas de urgencias.

La mesa consta de 3 ponencias:

1. La urgencia respiratoria en el contexto de la práctica diaria.
2. Sospecha de intoxicación: los primeros 30 minutos.
3. Actuación ante un niño con convulsión aguda.

El Dr. C. A. Díaz Vázquez presenta el tema: *La urgencia respiratoria en el contexto de la práctica diaria*.

Como en todas las urgencias, la valoración inicial o triaje es de suma importancia para descubrir los casos de extrema urgencia o emergencia, de los casos que no representan una situación tan dramática.

En el primer caso se debe hacer una valoración inicial rápida, siguiendo las reglas del ABC (vía aérea, ventilación, circulación), tomando al mismo tiempo las medidas necesarias para estabilizar al paciente. Cuando la situación no

tiene una urgencia extrema, nos podemos tomar más tiempo para valorar al paciente y establecer el diagnóstico, basándonos en una historia clínica detallada y una exploración rigurosa, junto con algunas exploraciones complementarias que nos pueden ayudar tanto en el diagnóstico del cuadro como en la valoración de la intensidad del mismo (pulsioximetría, espirometría, flujo punta y exploraciones radiológicas). Creo que es necesario resaltar la importancia de emplear los *scores* o escalas clínicas, validadas, para la valoración de la intensidad de los diferentes cuadros clínicos (escala de Westley en la laringitis, escala de Wood-Downes en obstrucción de vías bajas, etc.). Esto nos ayuda a disminuir la subjetividad de la valoración de la gravedad clínica de los procesos respiratorios y facilita el seguimiento de la evolución clínica a otros observadores, aparte de facilitar la comparación de series clínicas, tratamientos, etc.

Dentro de los cuadros respiratorios de vías superiores, la laringitis aguda o crup es la más frecuente. Este cuadro habitualmente es leve, y tal vez no precise tratamiento. En otras ocasiones, la intensidad del cuadro es mayor: varios ensayos clínicos y meta-análisis han demostrado que la dexametasona oral o budesonida inhalada disminuyen la intensidad y acorta la evolución del cuadro en estos casos. La adrenalina nebulizada mejora transitoriamente el cuadro de dificultad respiratoria de la laringitis. Si no se produce respuesta al tratamiento hay que sospechar otros procesos (traqueobronquitis bacteriana, cuerpo extraño, absceso retrofaríngeo o epiglotitis).

La epiglotis prácticamente ha desaparecido con la vacunación contra el *Haemophilus influenzae B*. Sin embargo, no debemos olvidar este cuadro ya que, aunque infrecuente,

otros gérmenes pueden desencadenar epiglotitis. Por otra parte cada vez atendemos a más pacientes inmigrantes, que muchos de ellos no están vacunados.

Respecto a los procesos de vías respiratorias bajas, la bronquiolitis, en los lactantes, y el asma, en todas las edades, son los cuadros más frecuentes. Sin olvidar el cuerpo extraño intrabronquial.

La bronquiolitis frecuentemente es un cuadro leve y puede tratarse de forma ambulatoria. En otras ocasiones es más intenso y puede requerir hospitalización. La edad inferior al mes y medio, la prematuridad o la existencia de otros problemas, como cardiopatías, fibrosis quística o inmunosupresión son factores de riesgo para presentar un cuadro grave. No se ha demostrado que los β_2 y la adrenalina mejoren los resultados en la bronquiolitis, a pesar de mejorar transitoriamente varios parámetros. Se han mostrado eficaces los cuidados generales como hidratación, oxigenoterapia, así como el heliox y la ventilación mecánica.

El asma es la enfermedad respiratoria que más frecuentemente causa hospitalización en los niños. El tratamiento se basa en una valoración adecuada de la intensidad de la crisis mediante la escala de Wod-Downes, la pulsioximetría y, si es factible, la espirometría o el flujo punta. Los β_2 en los casos leves, y asociado a bromuro de ipratropio y corticoides orales, en los casos moderados y graves, es el tratamiento básico en al crisis de asma. A veces es necesario recurrir a la oxigenoterapia para evitar la hipoxemia. Rara vez es necesaria la ventilación mecánica.

El Dr. Mintegi Raso nos presenta la actitud y el manejo del niño con sospecha de intoxicación en los primeros 30 minutos.

La exposición a una sustancia potencialmente tóxica es un motivo poco frecuente de consulta. En el estudio multicéntrico realizado por la Sociedad de Urgencias Pediátricas, durante los años 2001 y 2002, en el que participamos 17 hospitales, la sospecha de intoxicación constituye el 0,28% de las consultas en los servicios de urgencias de estos hospitales. El 15,2% precisó ingreso hospitalario (un 1,5% en UCI). En los niños pequeños predomina los medicamentos y los productos del hogar (el paracetamol fue el más frecuente) y en los niños mayores y adolescentes, los medicamentos, el alcohol y las drogas. Otro dato interesante de este estudio es que el 80% de los niños acude a urgencias dentro de las dos primeras horas desde el contacto con el tóxi-

co, lo que es fundamental para que las medidas de descontaminación puedan ser efectivas, en caso de que sea necesario realizarlas. También se constata un hecho preocupante, la discrepancia existente entre los diferentes hospitales en relación con el manejo de estos niños. Esto indica la necesidad de un documento de consenso sobre el tratamiento de las intoxicaciones, sobre todo de las más frecuentes.

Es muy interesante la forma de enfocar, por parte del Dr. Mintegi, la actuación en los primeros 30 minutos, ante un niño con sospecha de contacto con un tóxico, planteándose 3 preguntas muy pertinentes:

- ¿Realmente el niño ha tenido contacto con el tóxico?
- ¿Es una situación de riesgo para el niño?
- ¿Debemos tomar alguna medida?

La respuesta a la primera pregunta exige una cuidadosa anamnesis. En caso de duda, se actuará, lógicamente, como si el niño hubiese contactado con el tóxico. La existencia de un riesgo para el niño depende de una serie de circunstancias relacionadas con el tóxico: toxicidad de la sustancia, cantidad ingerida, características farmacodinámicas del tóxico, etc. La aparición de síntomas nos indica un riesgo cierto, sin embargo, hay que tener en cuenta que la ausencia de síntomas no descarta una toxicidad latente, debido a que el niño suele consultar muy pronto tras el contacto con el tóxico, sin dar tiempo a la aparición de los síntomas, o bien porque la toxicidad del producto es tardía.

La evaluación correcta de estas dos preguntas nos indicará si es necesario tomar alguna medida, es decir, si es necesario aplicar algún tratamiento, observación temporal o ingreso.

La estabilización inicial, siguiendo las reglas de A B C, es excepcional en las intoxicaciones en niños. El resto de medidas a aplicar van desde la descontaminación gastrointestinal a las medidas para aumentar la eliminación del tóxico, pasando por la administración de antídoto (si existe) y las medidas de sostén. Comentar sólo que, respecto a la descontaminación gastrointestinal, la medida fundamental es la administración de carbón activado, estando raramente indicado el lavado gástrico.

Finalmente el Dr. Herranz expone: *Actuación ante un niño con convulsión aguda.*

Tras resumir los aspectos epidemiológicos de las convulsiones en la infancia, así como las consecuencias que tienen en el niño las convulsiones agudas, fundamentalmen-

te las de larga duración, pasa a valorar las características de los diferentes fármacos que se utilizan para yugular las crisis convulsivas agudas en la infancia. A este respecto, indica lo útil que puede ser el uso del midazolam en el tratamiento de las convulsiones agudas, no sólo por su efectividad, sino también por sus características farmacodinámicas que aseguran una acción rápida por diferentes vías: intranasal, sublingual o intravenosa.

Basado en estos datos nos explica las pautas de tratamiento de una convulsión aguda en diferentes ámbitos (centro de salud, urgencias hospitalarias o en otros ámbitos, como puede ser en el domicilio o la escuela, por parte de los padres o los educadores).

Por último, y tras ceder la convulsión aguda, nos indica los pasos a seguir para llegar al diagnóstico etiológico.

Las conclusiones finales de esta mesa redonda pueden ser las siguientes:

1. La aplicación de *scores* o escalas clínicas, junto con exploraciones complementarias (pulsioximetría, flujo punta o espirometría), son elementos muy útiles para cuantificar la gravedad de los procesos respiratorios agudos.
2. La laringitis aguda o *crup* es el proceso respiratorio de vías altas que más frecuentemente causa dificultad respiratoria en los niños. La dexametasona es el tratamiento básico de estos pacientes.
3. No se ha demostrado que los β_2 o la adrenalina inhalada mejoren los resultados clínicos de la bronquiolitis, a pesar de mejorar transitoriamente algunos parámetros clínicos. Un estudio publicado recientemente indica que la administración de dexametasona a los niños con bronquiolitis disminuye el número de ingresos, pero son necesarios más estudios para tener mayor certeza en este punto.
4. La intoxicación o sospecha de intoxicación ha disminuido de forma importante en los últimos años en nuestro país. El método de descontaminación más efectivo es la administración de carbón activado, estando reservado el lavado gástrico para casos muy específicos.
5. El midazolam puede ser de gran utilidad para el tratamiento de las convulsiones agudas, tanto por su eficacia como por la posibilidad de ser administrado por varias vías.