

EVENTOS INESPERADOS EN INTERNACIÓN

Juan B. Dartiguelongue.

Médico Especialista en Pediatría.

Médico de Planta, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Docente Adscripto de Pediatría, Fisiología y Biofísica. Facultad de Medicina, UBA.

CASO CLÍNICO

Paciente de 4 años de edad, internado por *neumonía y síndrome broncoobstrucitivo con hipoxemia*.

Presentó 48 horas de fiebre, dificultad respiratoria progresiva y vómitos, con intolerancia a la vía oral.

EXAMEN FÍSICO

- Regular estado general, afebril.
- FC 110 por minuto, FR 34 por minuto.
- Pulsos periféricos palpables, simétricos con relleno capilar menor a 2 segundos.
- Tiraje sub e intercostal leve.
- Hipoventilación en campo medio derecho, subcrepitantes diseminados y espiración prolongada.
- Saturación a O₂ ambiental 90%, corrige a 97% con O₂ por cánula nasal a 2 l/min.

CASO CLÍNICO

ANTECEDENTES

Como único antecedente patológico presentó una faringitis por *streptococcus pyogenes* a los 3 años de edad, medicada por 10 días con amoxicilina con buena evolución clínica. Vacunas completas para la edad.

TRATAMIENTO

- Ampicilina 200 mg/kg/día.
- Agonistas β_2 adrenérgicos nebulizados.

CASO CLÍNICO

Aproximadamente 40 minutos luego de recibir la primera dosis de ampicilina, aparece edema bipalpebral y las siguientes lesiones en piel:



Se constata aumento de la dificultad respiratoria con tiraje supraclavicular y supraesternal, FR 44 por minuto y sibilancias espiratorias a la auscultación.

CASO CLÍNICO

¿Cuál es la conducta terapéutica más adecuada frente a ésta situación?

- a) Administrar difenhidramina 1 mg/kg y serie de β_2 agonistas.
- b) Administrar dexametasona 0,6 mg/kg y serie de β_2 agonistas.
- c) Administrar adrenalina 1:1000 IM 0,01 mg/kg.
- d) Administrar adrenalina 1:1000 EV 0,01 mg/kg.
- e) Expandir con solución salina al 0,9% a 20 ml/kg en 5 minutos.

CASO CLÍNICO

¿Cuál es la conducta terapéutica más adecuada frente a ésta situación?

RESPUESTA CORRECTA:

- a) Administrar difenhidramina 1 mg/kg y serie de β_2 agonistas.
- b) Administrar dexametasona 0,6 mg/kg y serie de β_2 agonistas.
- c) Administrar adrenalina 1:1000 IM 0,01 mg/kg.
- d) Administrar adrenalina 1:1000 EV 0,01 mg/kg.
- e) Expandir con solución salina al 0,9% a 20 ml/kg en 5 minutos.

CASO CLÍNICO

Tras la administración de dos dosis de 0,01 mg/kg de adrenalina IM mejora la dificultad respiratoria y desaparecen las lesiones en piel.

El paciente permaneció clínicamente estable luego del episodio, sin presentar nuevas lesiones en piel, compromiso respiratorio o cardiovascular.

CASO CLÍNICO

¿Cuál considera la mejor estrategia terapéutica a partir de esta instancia?

- a) Continuar utilizando ampicilina previa premedicación con difenhidramina e hidrocortisona.
- b) Continuar utilizando ampicilina pero disminuyendo la velocidad de infusión y agregar difenhidramina y dexametasona.
- c) Agregar difenhidramina y dexametasona y rotar la ampicilina a un macrólido.
- d) Agregar difenhidramina y dexametasona y rotar la ampicilina a una cefalosporina de tercera generación.
- e) Agregar difenhidramina y metilprednisona y rotar la ampicilina a un carbapenem.

CASO CLÍNICO

¿Cuál considera la mejor estrategia terapéutica a partir de esta instancia?

RESPUESTA CORRECTA:

- a) Continuar utilizando ampicilina previa premedicación con difenhidramina e hidrocortisona.
- b) Continuar utilizando ampicilina pero disminuyendo la velocidad de infusión y agregar difenhidramina y dexametasona.
- c) Agregar difenhidramina y dexametasona y rotar la ampicilina a un macrólido.
- d) Agregar difenhidramina y dexametasona y rotar la ampicilina a una cefalosporina de tercera generación.
- e) Agregar difenhidramina y metilprednisona y rotar la ampicilina a un carbapenem.

CASO CLÍNICO

El paciente se encuentra en su tercer día de internación. Recibe difenhidramina, dexametasona y cefotaxime a 150 mg/kg/día con buena tolerancia y evolución clínica.

Permanece afebril, sin requerimiento de O₂ suplementario.

La enfermera lo llama porque súbitamente nota al paciente pálido y sudoroso.

Usted lo valora en regular estado general, FC 150 por minuto, pulsos débiles, relleno capilar enlentecido, dificultad respiratoria y un rash morbiliforme en tronco y miembros.

CASO CLÍNICO

¿Cómo interpreta este cuadro y cuál es la mejor estrategia terapéutica?

- a) Sepsis severa. Expansión con cristaloides isotónicos a 20 ml/kg en 5 minutos.
- b) Reacción anafiláctica a las cefalosporinas. Adrenalina IM 0,01 mg/kg.
- c) Anafilaxia bifásica. Adrenalina IM 0,01 mg/kg y expansión con cristaloides isotónicos a 20 ml/kg en 5 minutos.
- d) Anafilaxia prolongada. Adrenalina EV 0,01 mg/kg y expansión con cristaloides isotónicos a 20 ml/kg en 5 minutos.
- e) Anafilaxia crónica. Dosis de carga de difenhidramina y dexametasona.

CASO CLÍNICO

¿Cómo interpreta este cuadro y cuál es la mejor estrategia terapéutica?

RESPUESTA CORRECTA:

- a) Sepsis severa. Expansión con cristaloides isotónicos a 20 ml/kg en 5 minutos.
- b) Reacción anafiláctica a las cefalosporinas. Adrenalina IM 0,01 mg/kg.
- c) Anafilaxia bifásica. Adrenalina IM 0,01 mg/kg y expansión con cristaloides isotónicos a 20 ml/kg en 5 minutos.
- d) Anafilaxia prolongada. Adrenalina EV 0,01 mg/kg y expansión con cristaloides isotónicos a 20 ml/kg en 5 minutos.
- e) Anafilaxia crónica. Dosis de carga de difenhidramina y dexametasona.

CASO CLÍNICO

A pesar de la administración de 3 dosis de adrenalina IM a 0,01 mg/kg cada 5 minutos y de 60 ml/kg de solución salina al 0,9%, el paciente persiste con pulsos débiles, FC 156 por minuto, relleno capilar de 4 segundos e hipotensión.

Además, agrega depresión del sensorio, palidez generalizada y extremidades frías.

CASO CLÍNICO

¿Cuál considera la mejor estrategia terapéutica a partir de este punto?

- a) Administrar goteo EV de adrenalina de 0,1 a 1 mcg/kg/min, continuar con cristaloides isotónicos y consultar a UCI.
- b) Continuar cada 5 minutos con dosis de adrenalina IM, expandir con soluciones coloides y consultar a UCI.
- c) Derivar a unidad de cuidados intensivos.
- d) Administrar goteo EV de dopamina a 10 mcg/kg/min, expandir con soluciones coloides y consultar a UCI.
- e) Administrar noradrenalina 0,01 mg/kg EV en bolo, continuar con cristaloides isotónicos y consultar a UCI.

CASO CLÍNICO

¿Cuál considera la mejor estrategia terapéutica a partir de este punto?

RESPUESTA CORRECTA:

- a) Administrar goteo EV de adrenalina de 0,1 a 1 mcg/kg/min, continuar con cristaloides isotónicos y consultar a UCI.
- b) Continuar cada 5 minutos con dosis de adrenalina IM, expandir con soluciones coloides y consultar a UCI.
- c) Derivar a unidad de cuidados intensivos.
- d) Administrar goteo EV de dopamina a 10 mcg/kg/min, expandir con soluciones coloides y consultar a UCI.
- e) Administrar noradrenalina 0,01 mg/kg EV en bolo, continuar con cristaloides isotónicos y consultar a UCI.

CASO CLÍNICO

El paciente requirió 4 horas de un goteo EV de adrenalina a 0,5 mcg/kg/minuto, logrando estabilidad hemodinámica y mejorando su dificultad respiratoria.

No requirió internación en unidad de cuidados intensivos.

Cumplió 10 días de tratamiento total con cefotaxime, con buena evolución clínica y sin presentar nuevos episodios anafilácticos.

Fue dado de alta con pautas de alarma y dispositivo de administración de adrenalina.

MUCHAS GRACIAS