

# Emergencias en atención primaria

Montse Nieto Moro

Alberto García Salido

María Isabel Iglesias Bouzas

Esther Pérez Suarez

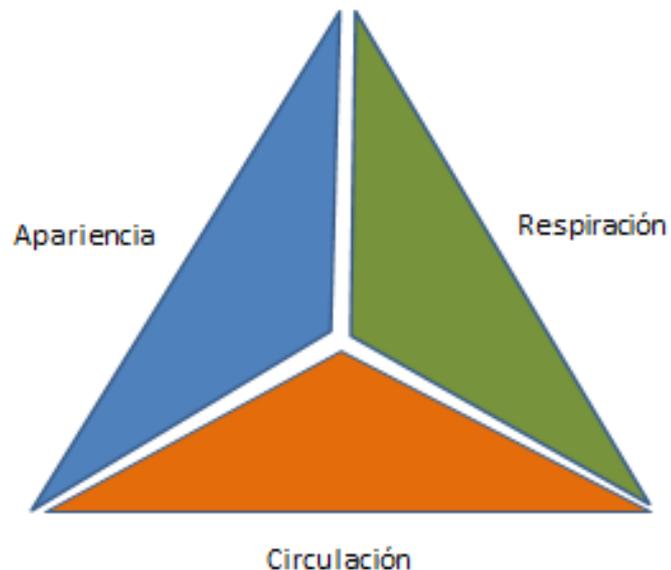
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús



# Ausencia de conflictos de interés



# Valoración general inicial: TEP



Apariencia	Respiración	Circulación	Impresión general
Anormal	N	N	Disfunción neurológica Problema sistémico
N	Anormal	N	Distrés respiratorio
Anormal	Anormal	N	Fracaso respiratorio, Insuficiencia respiratoria grave
N	N	Anormal	Shock compensado
Anormal	N	Anormal	Shock descompensado
Anormal	Anormal	Anormal	Fracaso cardiopulmonar



# ANAFILAXIA

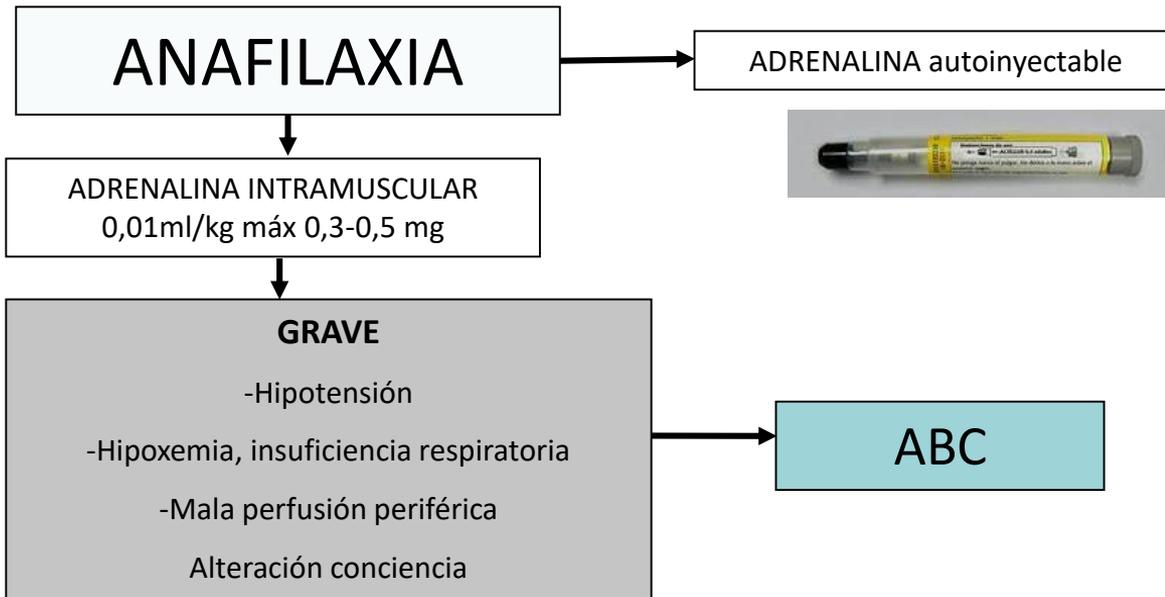


# ADRENALINA:

## ADMINISTRACIÓN PRECOZ

- DISMINUYE MORTALIDAD
- PREVIENE APARICIÓN DE REACCIONES BIFÁSICAS Y PROLONGADAS





- **I.M:** adrenalina 1:1.000, 0,01 ml/kg (máx. 0,3 ml, adultos 0,5 mg)  
En tercio medio de cara lateral del muslo  
Se puede repetir cada 5-15 minutos

# ANAFILAXIA

ADRENALINA INTRAMUSCULAR  
0,01ml/kg máx 0,3 mg

GRAVE: Hipotensión, Insuficiencia respiratoria

Oxígeno 10 lpm  
Canalizar vía: SSF 20 ml/kg  
Monitorización continua

**Ayudante:**  
Salbutamol  
Esteroides  
Antihistamínico

## ¿ADRENALINA IV?

No existen estudios de alta calidad sobre el uso generalizado de la adrenalina IV en la anafilaxia<sup>73</sup>. Sólo debe ser aplicada por personal médico experimentado, en el medio hospitalario y con estrecha monitorización cardiaca. Presenta un mayor riesgo de efectos adversos graves (taquiarritmias, isquemia miocárdica) que la administración IM debido a la dosificación inadecuada

o la posible potenciación por otros fármacos que el paciente esté recibiendo (B)<sup>61</sup>. Únicamente estará indicada la vía IV en caso de paro cardiaco o en pacientes hipotensos que no responden a la reposición de volumen intravenoso y múltiples dosis IM de adrenalina (B)<sup>64,74-76</sup>.

Para su administración IV hay que conseguir una dilución de 1/100.000 (diluir una ampolla de adrenalina de 1 mg/ml, también etiquetada como 1/1.000, en 100 ml de solución salina fisiológica) (Tabla 8).

En lactantes y niños, la dosis para infusión IV de adrenalina es de 0,1-1  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  en función de la gravedad del cuadro. La vía intraósea puede ser una alternativa en ausencia de acceso IV en los niños (B)<sup>77,78</sup>.

### 3. Infusión IV de adrenalina

Diluir 1 mg de adrenalina en 100 ml  
SSF = 0,01 mg/ml (1/100.000)

DOSIS DE INICIO: 0,5-1 ml/kg/h  
(30-100 ml/h), dosis máxima  
recomendada de 6 ml/kg/h

SUSPENSIÓN DE LA INFUSIÓN: de forma  
progresiva. Vigilar recurrencias

Diluir 1 mg de adrenalina en 100 ml  
SSF = 0,01 mg/ml (1/100.000)

DOSIS: 0,1-1  $\mu$ g/kg/min

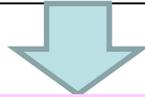
SUSPENSIÓN DE LA INFUSIÓN: de forma  
progresiva. Vigilar recurrencias

1 ml/h de la dilución: 0,17 mcg/min

# SEPSIS



- ABCD
- Monitorización
- Glucemia capilar



## Adecuada oxigenación tisular

- **Oxígeno** (SatO<sub>2</sub> > 95%)
- **Soporte hemodinámico**: Optimizar gasto cardiaco
  - Dos vías periféricas y expansión volémica con monitorización estrecha

# SHOCK SÉPTICO

## ❖ VOLUMEN (“HORA DE ORO”).

-Cristaloides isotónicos 20 ml/kg

-VOLUMEN INDIVIDUALIZADO

## ❖ ANTIBIÓTICO

-Cefotaxima (200 mg/kg/día cada 6 h)

-Ceftriaxona (50-100 mg/kg/día cada 12-24h)

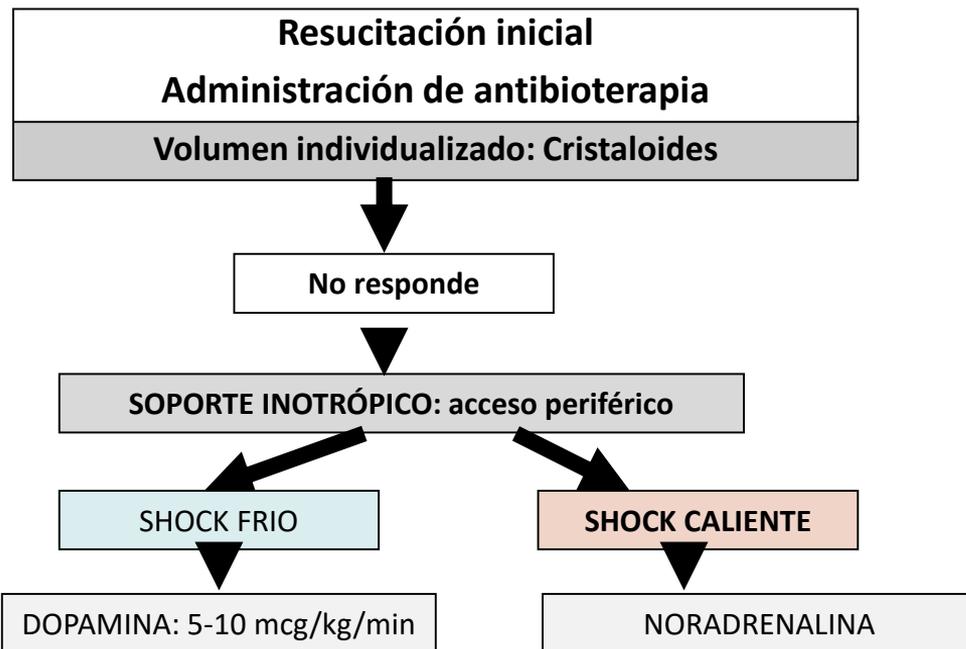
-Penicilina

**Traslado URGENTE AL HOSPITAL**

# Reevaluación de objetivos terapéuticos

- ✓ Estado mental normal
- ✓ Diuresis  $> 1 \text{ ml/kg/h}$
- ✓ Relleno capilar  $< 2$  segundos
- ✓ Tensión arterial normal
- ✓ Pulsos centrales y periféricos iguales





# TAQUIARRITMIA

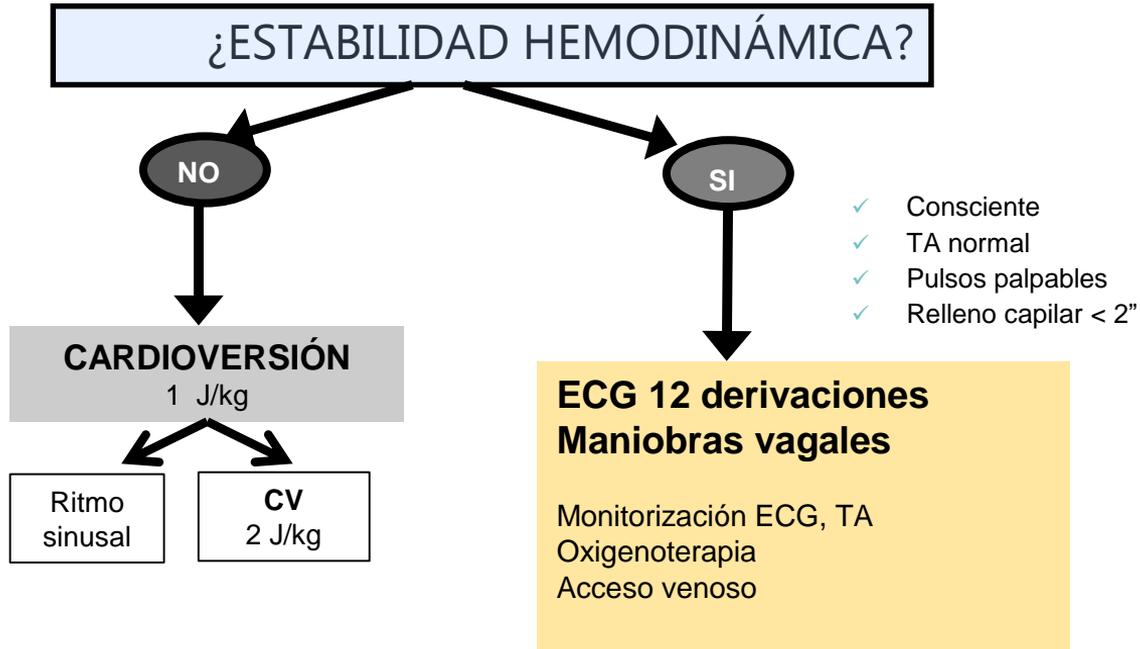


# TAQUIARRITMIA. Clínica

- **Niños mayores:** dolor precordial, palpitaciones, mareo, presíncope y raramente desarrollan insuficiencia cardiaca
- **Lactantes:** rechazo del alimento, taquipnea, mala coloración de piel y mucosas, irritabilidad o sudoración, y a veces se diagnostican en una revisión de rutina
  - La **consulta suele ser tardía** y presentan con más frecuencia **insuficiencia cardíaca**

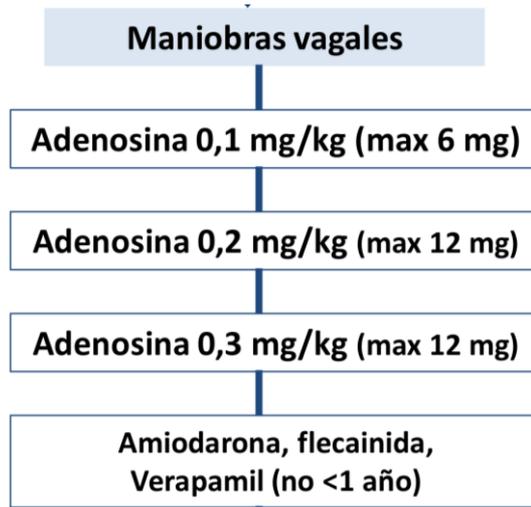


# Evaluar compromiso vital



# Adenosina

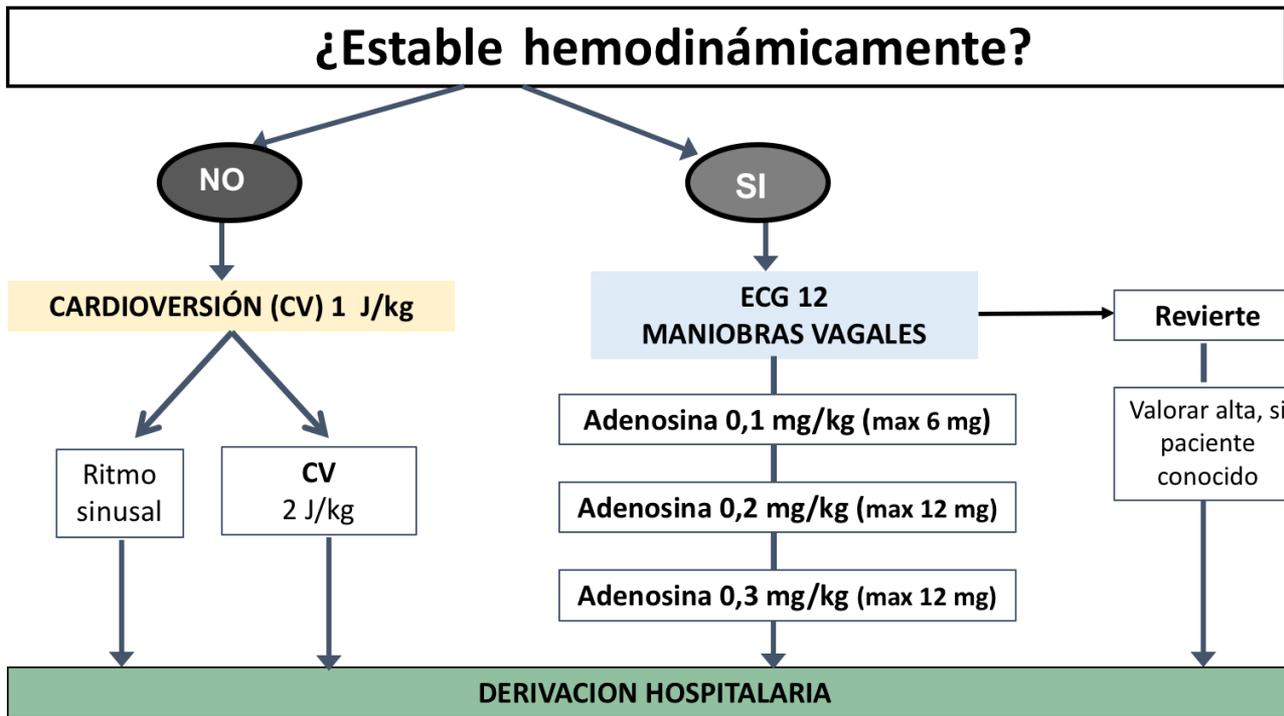
- Bloquea o retarda la conducción nodo AV
- Eficaz en 90% casos
- Vida media muy corta
- Dosis inicial: 0,1 mg/kg (max 6 mg)



- Efectos 2ª frecuentes (30%) y

transitorios





# ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO



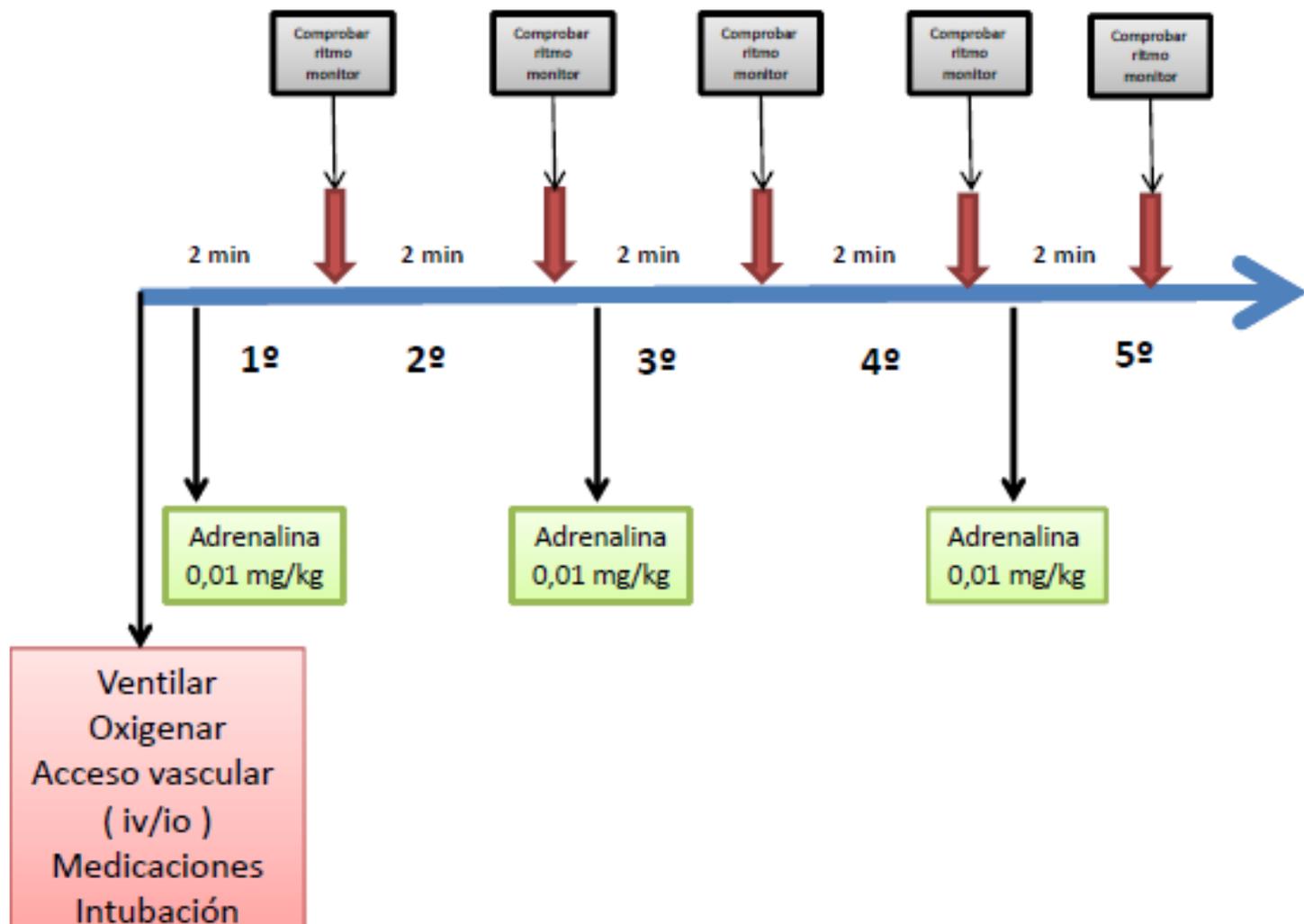
# Diagnóstico

- **Clínica**
  - El antecedente de atragantamiento y la tos tienen alta sensibilidad pero baja especificidad.
- La *asimetría en la auscultación* es el signo aislado más específico (70%).
- **La fibrobroncoscopia es el método diagnóstico y terapéutico definitivo. Lo antes posible**

# Tratamiento de la Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño en Pediatría







# PACIENTE CON DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA



- **ABC**
- **Glucemia capilar**
- **Adecuada oxigenación y hemodinamia**
- **Reevaluación constante**



- **Sueroterapia:**
  - SSF (no solución hiposmolares)
  - Expansión (cristaloides) si hipotensión y/o taquicardia
  - **Hipoglucemia: 2,5 ml/kg de glucosado 10%**
- **Colocación SNG**
- **ETIOLOGÍA: intoxicación, crisis convulsiva?**

# CRISIS CONVULSIVA

**Estabilización (ABC):**

- Vía aérea
- Ventilación
- Circulación

- Hipoglucemia: 2,5 ml/kg glucosado 10%
- Historia y examen clínico breves

0'

**Diazepam 0,3 mg/kg i.v.**

**Midazolam bucal : 0,2- 0,5 mg/kg (max 10 mg)**

**Midazolam nasal: 0,2- 0,5 mg/kg (max 10 mg)**

**Diazepam rectal 0,5 mg/kg, Midazolam i.v/i.m.: 0,2 mg/kg.**

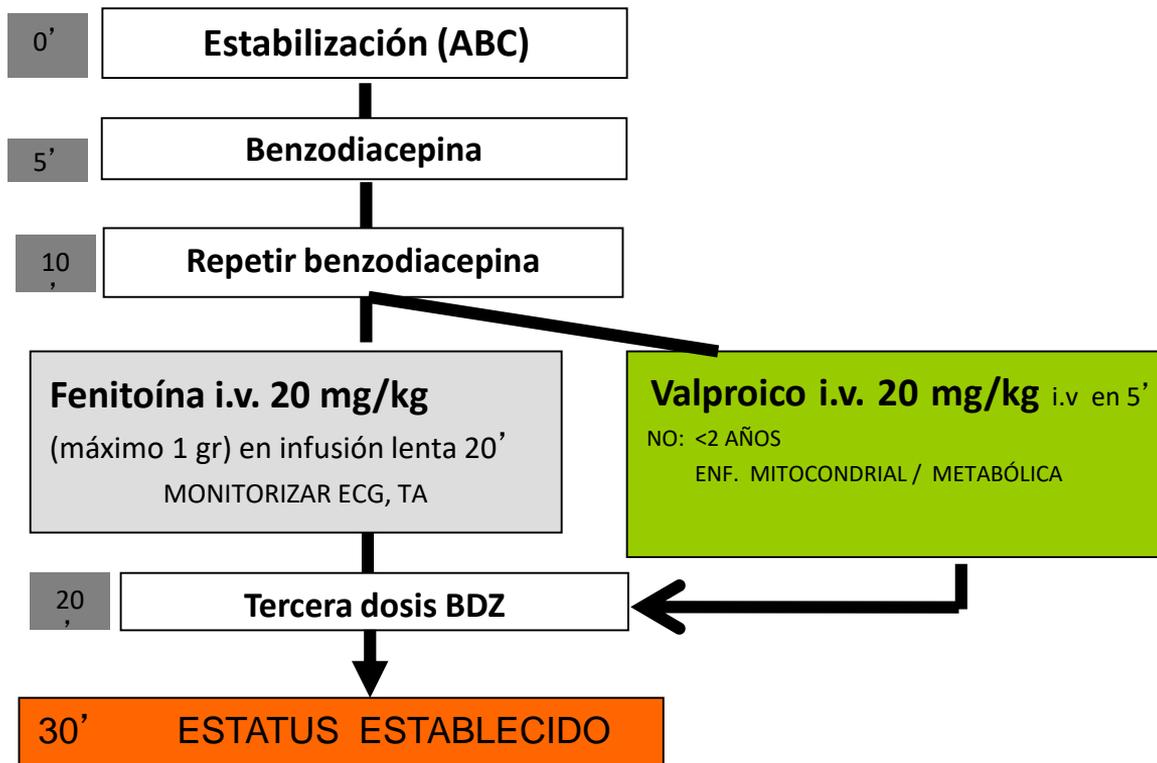
5'

10'

**Repetir benzodiazepina**

**2ª LINEA FARMACOS :**

**FENITOINA, VALPROICO, LEVETIRACETAM**



# INTOXICACIÓN

# LAVADO GÁSTRICO

**Controvertido (evacua 30-40%):** ↓eficacia si >1 h

- ✓ Riesgo de aspiración: sólo en consciente o intubado
- ✓ **INGESTIÓN RECIENTE (<1 h) DE UNA SUSTANCIA MUY TÓXICA CON RIESGO VITAL**
- ✓ **Se valorará:** - tóxico no susceptible con carbón activado ( $\text{Fe}^{+2}$ )
  - tóxico de evacuación gástrica retardada

# CARBÓN ACTIVADO

## Efectividad máxima: <1 h de ingestión

- ✓ **1 g/kg** (máx 100 g)
- ✓ **Contraindicado:**
  - alteración nivel de conciencia sin vía aérea protegida
  - hidrocarburos
  - riesgo hemorragia o perforación gástrica
- ✓ **Eficacia nula** o mínima: Hierro, litio

# CRISIS ASMATICA



# Estabilización: ABCD

**-Identificar signos y síntomas asociados a riesgo de parada:** bradipnea, “gasping”, apnea o esfuerzo respiratorio pobre, tórax silente, cianosis, hipotonía o alteración del nivel de conciencia o agitación

**-Posición semiincorporada**

**-Monitorización:** SatO<sub>2</sub>, FR, FC

**-Oxígeno con la FiO<sub>2</sub> necesaria para SatO<sub>2</sub>> 93%**



## Valoración de la dificultad respiratoria (Pulmonary Score)

	FR < 6 años (rpm)	FR > 6 años (rpm)	Sibilancias	Retracción del esternocleidomastoideo
<b>0</b>	<b>&lt; 30</b>	<b>&lt; 20</b>	<b>No</b>	<b>No</b>
<b>1</b>	<b>31-45</b>	<b>21-35</b>	<b>Final de la espiración</b>	<b>Dudosa, escasa</b>
<b>2</b>	<b>46-60</b>	<b>36-50</b>	<b>Toda la espiración</b>	<b>Si</b>
<b>3</b>	<b>&gt; 60</b>	<b>&gt; 50</b>	<b>Audibles sin estetoscopio</b>	<b>Máxima</b>

FR: frecuencia respiratoria; rpm: respiraciones por minuto. Si no existen sibilancias, pero sí retracciones evidentes, se puntuará 3.

Clasificación	Saturación	PS
Leve	>94%	0-3
Moderada	91%-94%	4-6
Grave	<91%	7-9
En caso de discordancia, utilizar el criterio de mayor gravedad		

# OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Mantener una **adecuada SatO<sub>2</sub>** (>93%).
- **↓ obstrucción del flujo aéreo:**
  - salbutamol ( $\beta_2$ -adrenérgico)
  - anticolinérgicos: bromuro de ipratropio
- **↓ inflamación y prevenir recaída** → corticoides sistémicos



## Salbutamol

	IDM (1 pulsación= 100 mcg)	Nebulizado (7 lpm)
< 30 kg	5	2,5 mg
>30 kg	10	5 mg



## Bromuro ipratropio

- En crisis moderadas-graves. Disminuye el ingreso y mejora la función pulmonar.

	IDM (1 pulsación= 20 mcg)	Nebulizado (7 lpm)
< 30 kg	4	250 mcg
>30 kg	8	500 mcg

## Corticoides

- **Uso precoz** (1ª hora).
- Crisis **graves** y considerar en **moderada**

