

PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Emergencias pediátricas

Cristina Mora Caballero. R2 Pediatría



CASO CLÍNICO:

.....

Niña de 4 años que acude a urgencias a las 2 a.m por cuadro de tos perruna, de inicio súbito.

- EF: SatO₂ 97%. Tos metálica de “perro”, afonía, leve estridor inspiratorio. ACP: normal. No distrés.

¿Cuál es el diagnóstico?

CASO CLÍNICO:

Niña de 4 años que acude a urgencias a las 2 a.m por cuadro de tos perruna, de inicio súbito.

- EF: SatO₂ 97%. Tos metálica de “perro”, afonía, leve estridor inspiratorio. ACP: normal. No distrés.

LARINGITIS AGUDA

DIAGNÓSTICO



CLÍNICO



Test de WESTLEY

	0	1	2	3	4	5
Estridor inspiratorio	No	Audible con fonendo	Audible sin fonendo			
Retracciones/tiraje	No	Leves	Moderadas	Graves		
Ventilación	Normal	Hipoventilación leve	Hipoventilación moderada-severa			
Cianosis	No				Con la agitación	En reposo
Nivel de conciencia	Normal					Disminuido

- Leve: ≤ 3

- Moderado: 4-5

- Grave: ≥ 6

CASO CLÍNICO:

Niño de 4 años que acude a urgencias a las 2 a.m por cuadro de tos perruna, de inicio súbito.

- EF: SatO2 97%. Tos metálica de “perro”, afonía, leve estridor inspiratorio. ACP: normal. No distrés.

LARINGITIS AGUDA

- Leve: ≤ 3

- Moderado: 4-5

- Grave: ≥ 6

	0	1	2	3	4	5
Estridor inspiratorio	No	Audible con fonendo	Audible sin fonendo			
Retracciones/tiraje	No	Leves	Moderadas	Graves		
Ventilación	Normal	Hipoventilación leve	Hipoventilación moderada-severa			
Cianosis	No				Con la agitación	En reposo
Nivel de conciencia	Normal					Disminuido

¿Cuál sería el tratamiento?

- A) Dexametasona VO, reevaluar y alta
- B) Ventolín nebulizado, reevaluar y alta
- C) Dexametasona IV, Adrenalina nebulizada, O2 e ingresar

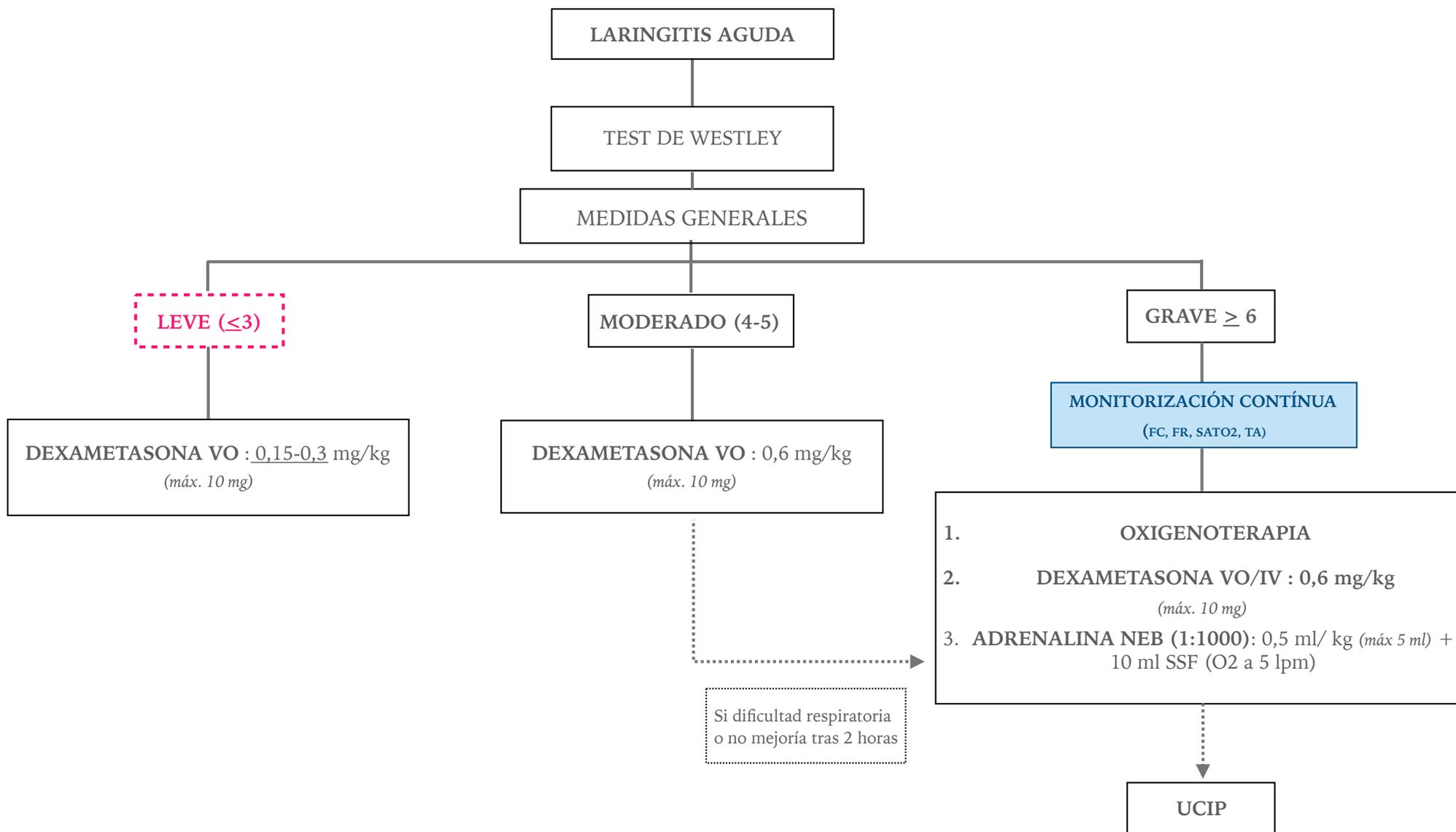
¿Cuál sería el tratamiento?

A) Dexametasona VO, reevaluar y alta

B) Ventolín nebulizado, reevaluar y alta

C) Dexametasona IV, Adrenalina nebulizada, O2 e ingresar

TRATAMIENTO



- Ingesta abundante de líquidos
- Si fiebre, Ibuprofeno (de elección, antiinflamatorio)
- Elevar cabecero de la cama
- Procurar ambiente tranquilo, evitando el llanto
- Respirar aire frío de la noche con el niño bien abrigado
- En caso de empeoramiento clínico o aparición de dificultad respiratoria, volver a consultar.

CASO CLÍNICO:

La paciente acude a urgencias de nuevo a las 8 a.m por persistencia de tos perruna y sensación de dificultad respiratoria.

- EF: SatO2 89%. Tos metálica de “perro”, afonía, estridor inspiratorio audible sin fonendo. ACP: hipoventilación generalizada con algún sibilante. Tiraje sub-intercostal y supraesternal

¿Cuál es el diagnóstico?

CASO CLÍNICO:

La paciente acude a urgencias de nuevo a las 8 a.m por persistencia de tos perruna y sensación de dificultad respiratoria.

- EF: SatO2 **89%**. Tos metálica de “perro”, afónico, estridor inspiratorio audible sin fonendo. ACP: hipoventilación generalizada con algún sibilante. Tiraje sub-intercostal y supraesternal

LARINGITIS AGUDA

- Leve: ≤ 3

- Moderado: 4-5

- Grave: ≥ 6

	0	1	2	3	4	5
Estridor inspiratorio	No	Audible con fonendo	Audible sin fonendo			
Retracciones/tiraje	No	Leves	Moderadas	Graves		
Ventilación	Normal	Hipoventilación leve	Hipoventilación moderada-severa			
Cianosis	No				Con la agitación	En reposo
Nivel de conciencia	Normal					Disminuido

¿Cuál sería el tratamiento?

- A) Dexametasona VO, reevaluar y alta
- B) Ventolín nebulizado, reevaluar y alta
- C) Dexametasona IV, Adrenalina nebulizada, O2 e ingresar

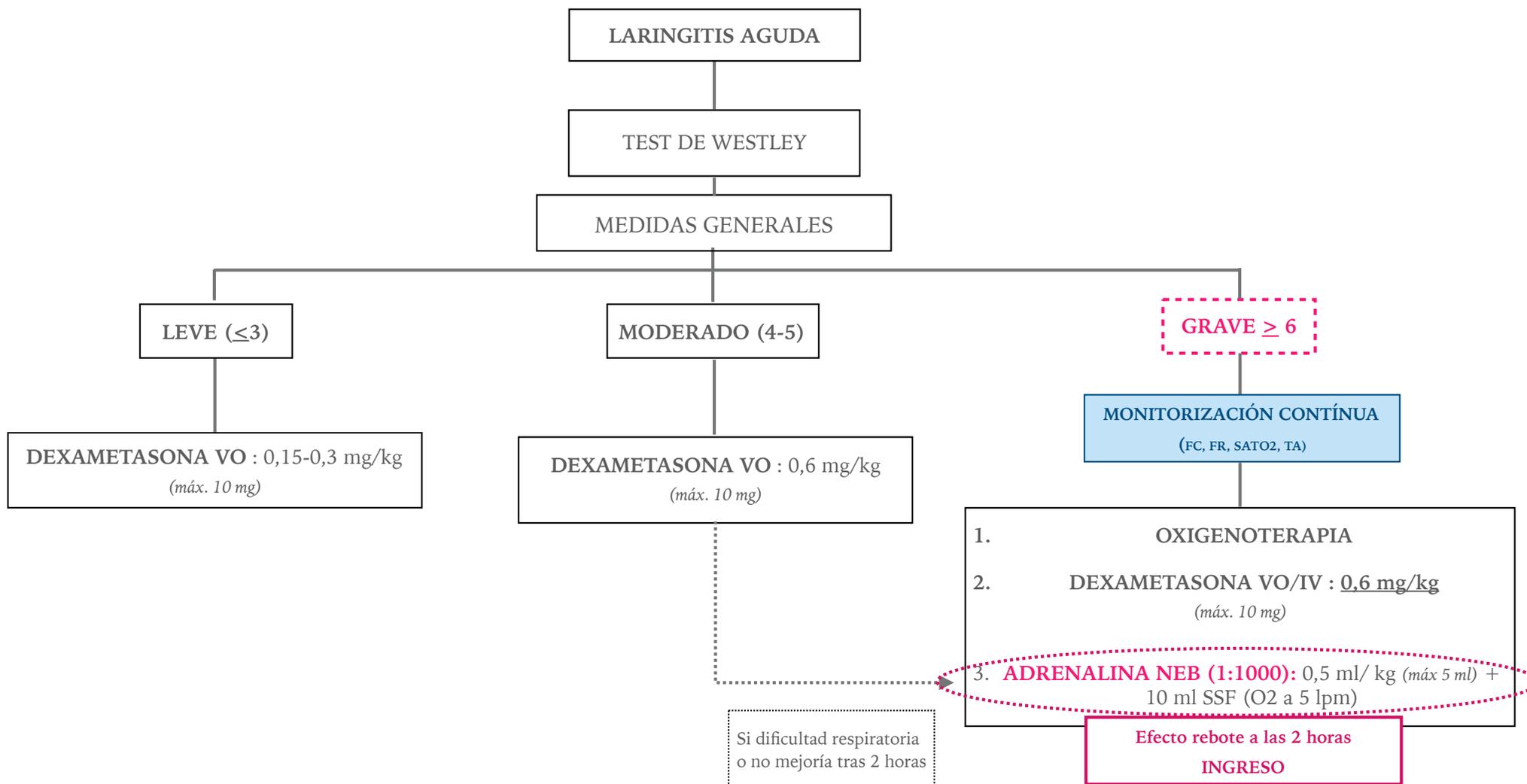
¿Cuál sería el tratamiento?

A) Dexametasona VO, reevaluar y alta

B) Ventolín nebulizado, reevaluar y alta

C) Dexametasona IV, Adrenalina nebulizada, O2 e ingresar

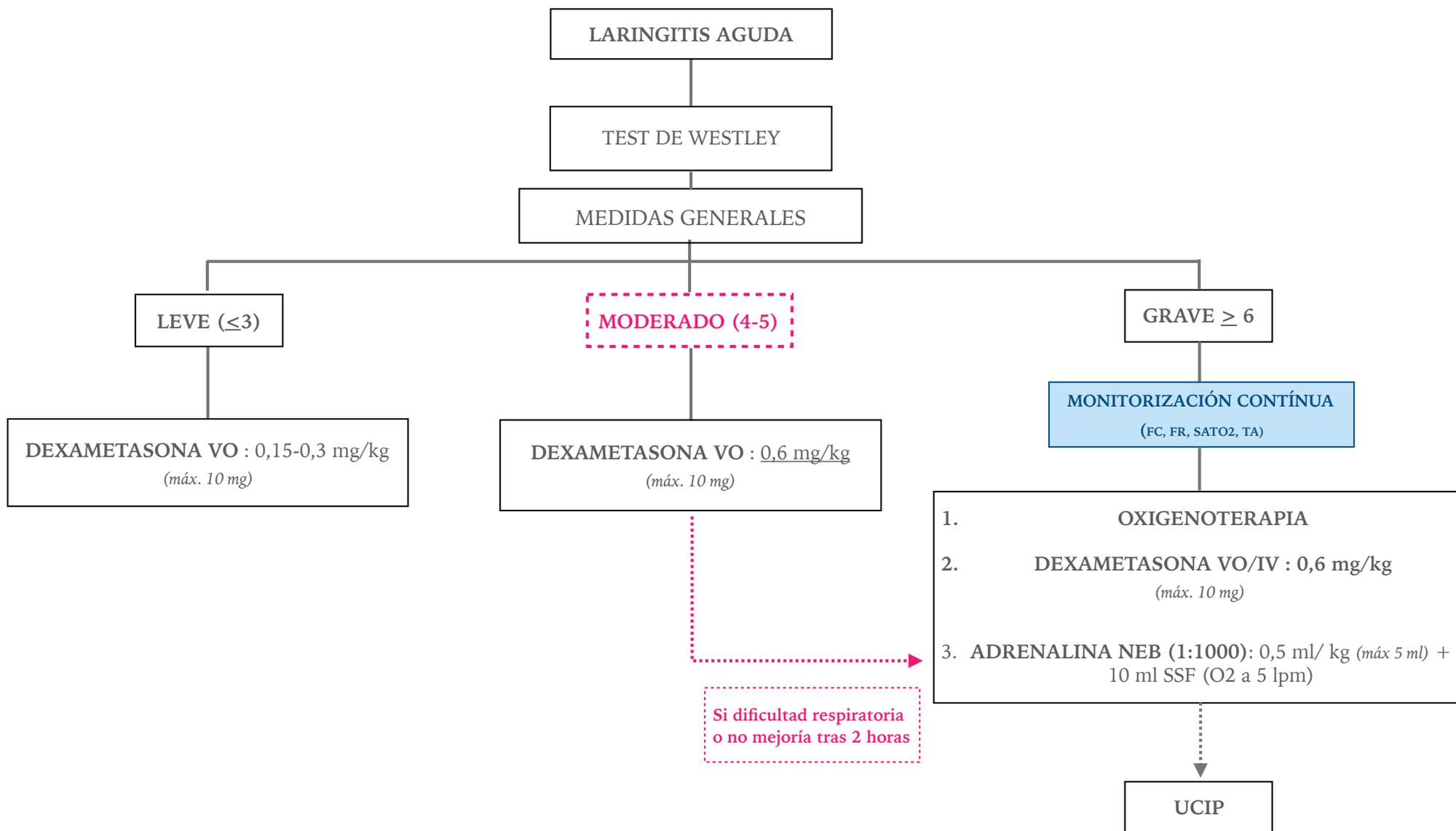
TRATAMIENTO



CRITERIOS DE INGRESO

- LA severa
- LA moderada que no mejora tras 4 horas de administrar corticoides
- Necesidad de O2 suplementaria
- Deshidratación grave o intolerancia oral
- Aspecto tóxico
- Difícil acceso al hospital o sospecha de inadecuada vigilancia domiciliaria
- Valorar ingreso en: < 6 meses, ingreso previo por LA, intubación previa, alteraciones anatómicas conocidas, enfermedad neuromuscular asociada...

TRATAMIENTO



Niño de 7 años, desde hace 2 días tiene tos seca y sensación de “fatiga”. No ha presentado fiebre. No dolor torácico. Nunca antes le había ocurrido algo parecido.

- AP: Dermatitis atópica en época de lactante. La madre comenta que “casi siempre está estornudando, sobretodo en primavera”.
- EF: Peso: 25 kg. BEG. Mínimo tiraje subcostal en reposo. FR 30 rpm. AP: Buena entrada de aire bilateral, con espiración ligeramente alargada y sibilantes espiratorios al final de la espiración. SatO₂: 97%. Resto de exploración física normal.

¿Cuál es el diagnóstico?

Niño de 7 años, desde hace 2 días tiene tos seca y sensación de “fatiga”. No ha presentado fiebre. No dolor torácico. Nunca antes le había ocurrido algo parecido.

- AP: Dermatitis atópica en época de lactante. La madre comenta que “casi siempre está estornudando, sobretodo en primavera”.
- EF: Peso: 25 kg. BEG. Mínimo tiraje subcostal en reposo. FR 30 rpm. AP: Buena entrada de aire bilateral, con espiración ligeramente alargada y sibilantes espiratorios al final de la espiración. SatO₂: 97%. Resto de exploración física normal.

CRISIS DE ASMA

DIAGNÓSTICO



CLÍNICO



Pulmonary Score

	Frecuencia Respiratoria		Sibilancias	Tiraje
	< 6 años	> 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Leve
2	46-60	36-50	Espiración (con fonendo)	Moderado
3	> 60	> 50	Audible sin fonendo	Universal

- Leve: PS \leq 3 // SatO₂ >94%
- Moderado: PS 4-6 // SatO₂ 91-94%
- Grave: PS 7-9 // SatO₂ < 91%

Niño de 7 años, desde hace 2 días tiene **tos** seca y sensación de **“fatiga”**. No ha presentado fiebre. No dolor torácico. Nunca antes le había ocurrido algo parecido.

- AP: Dermatitis atópica en época de lactante. La madre comenta que “casi siempre está estornudando, sobretodo en primavera”.
- EF: Peso: 25 kg. BEG. Mínimo **tiraje subcostal** en reposo. **FR 30 rpm**. AP: Buena entrada de aire bilateral, con **expiración** ligeramente **alargada** y **sibilantes** espiratorios al final de la espiración. SatO2: 97%. Resto de exploración física normal.

CRISIS DE ASMA

- Leve: PS ≤ 3 // SatO2 $> 94\%$

- Moderado: PS 4-6 // SatO2 91-94%

- Grave: PS 7-9 // SatO2 $< 91\%$

	Frecuencia Respiratoria		Sibilancias	Tiraje
	< 6 años	> 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Leve
2	46-60	36-50	Espiración (con fonendo)	Moderado
3	> 60	> 50	Audible sin fonendo	Universal

¿Qué harías a continuación?

- A) Realizar RX tórax
- B) Solicitar AS (HG, BQ, coagulación y gasometría)
- C) Ponemos gafas nasales con O₂ a 1 lpm.
- D) Administrar Salbutamol inhalado.

¿Qué harías a continuación?

- A) Realizar RX tórax
- B) Solicitar AS (HG, BQ, coagulación y gasometría)
- C) Ponemos gafas nasales con O₂ a 1 lpm.
- D) Administrar Salbutamol inhalado.**

Administramos 2 puffs de Salbutamol inhalado, utilizando una cámara Volumatic; ¿Cuál es tu actitud posterior?:

- A. Dar de alta al paciente, es una crisis leve.
- B. Reevaluar a los 20 minutos.
- C. Ingresar para observación, ya que es el primer episodio.
- D. Administrar seguidamente una dosis de corticoides vo.

Administramos 2 puffs de Salbutamol inhalado, utilizando una cámara Volumatic; ¿Cuál es tu actitud posterior?:

- A. Dar de alta al paciente, es una crisis leve.
- B. Reevaluar a los 20 minutos.**
- C. Ingresar para observación, ya que es el primer episodio.
- D. Administrar seguidamente una dosis de corticoides vo.

Reevaluamos al paciente: SatO₂ 99%. A la auscultación: buena entrada de aire bilateral, sin ruidos patológicos. Ausencia de distrés respiratorio.

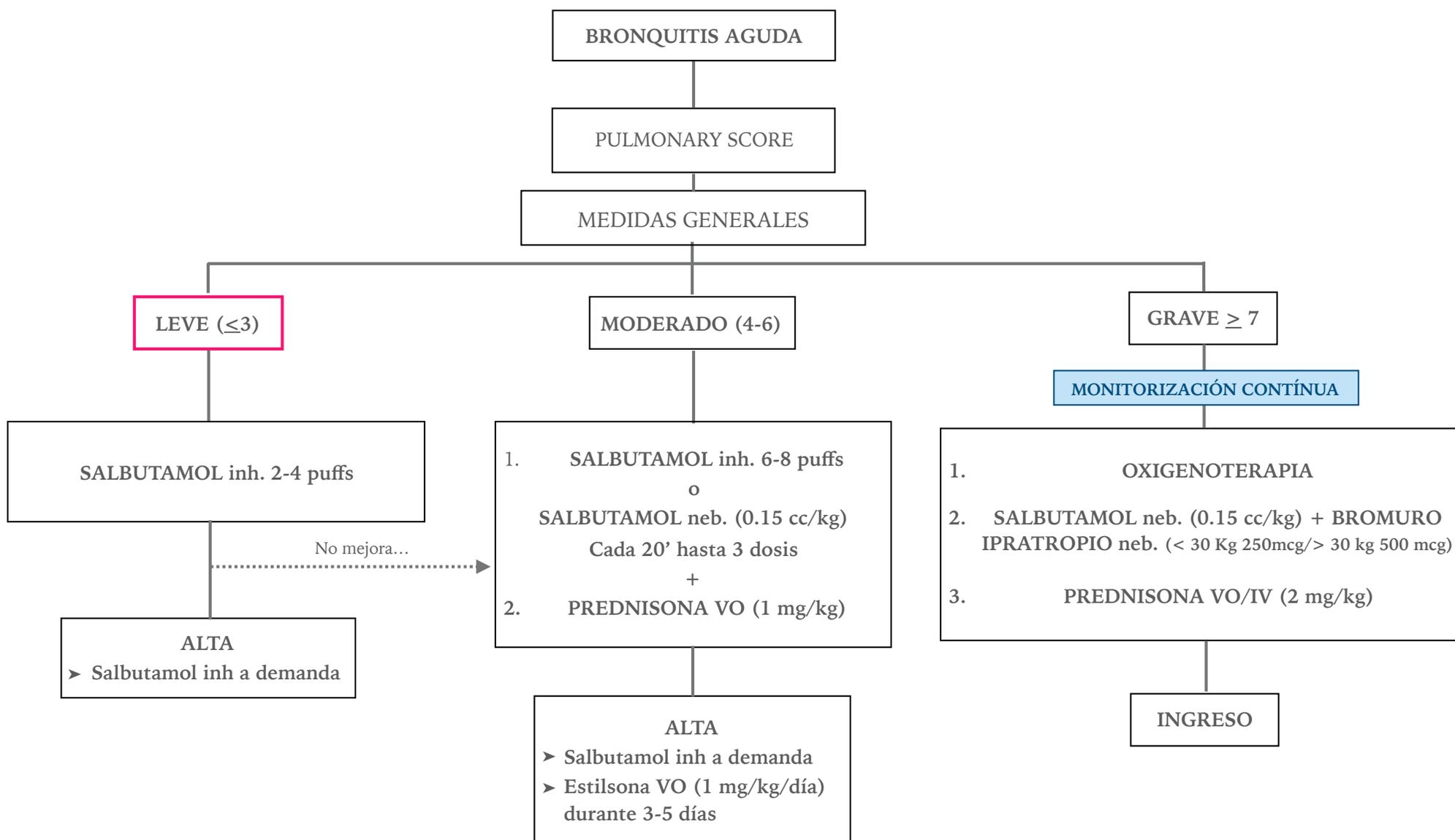
Plan:

- A. Alta, con corticoides orales.
- B. Alta, con Ventolín inhalado y corticoides orales.
- C. Alta, con Ventolín inhalado en cámara.
- D. Alta, con Flutox jarabe para tratamiento de la tos.

Reevaluamos al paciente: SatO₂ 99%. A la auscultación: buena entrada de aire bilateral, sin ruidos patológicos. Ausencia de distrés respiratorio.

Plan:

- A. Alta, con corticoides orales.
- B. Alta, con Ventolín inhalado y corticoides orales.
- C. Alta, con Ventolín inhalado en cámara.**
- D. Alta, con Flutox jarabe para tratamiento de la tos.



Niño de 20 meses. Acude por dificultad respiratoria creciente en las últimas horas, sin responder a varias dosis de Ventolín que le ha administrado su madre en domicilio (2 puffs cada 20 minutos en las últimas 2 horas). Refiere rechazo de la ingesta de sólidos y líquidos.

- AP: Ingreso a los 6 meses de vida por bronquiolitis VRS +. Refiere bronquitis de repetición desde entonces, precisando en varias ocasiones nebulizaciones de Ventolín en su centro de salud por no respuesta al tratamiento domiciliario. Hace 3 meses último episodio, requiriendo corticoides sistémicos.
- EF: 12 kg. AEG, muy irritable y con llanto intenso. FR: 50 rpm. Tiraje sub, intercostal, y leve supraesternal. AP: Regular entrada de aire, con sibilantes espiratorios. SatO₂: 92%

¿SOSPECHA CLÍNICA?

Niño de 20 meses. Acude por dificultad respiratoria creciente en las últimas horas, sin responder a varias dosis de Ventolín que le ha administrado su madre en domicilio (2 puffs cada 20 minutos en las últimas 2 horas). Refiere rechazo de la ingesta de sólidos y líquidos.

- AP: Ingreso a los 6 meses de vida por bronquiolitis VRS +. Refiere bronquitis de repetición desde entonces, precisando en varias ocasiones nebulizaciones de Ventolín en su centro de salud por no respuesta al tratamiento domiciliario. Hace 3 meses último episodio, requiriendo corticoides sistémicos.
- EF: 12 kg. AEG, muy irritable y con llanto intenso. FR: 50 rpm. Tiraje sub, intercostal, y leve supraesternal. AP: Regular entrada de aire, con sibilantes espiratorios. SatO₂: 92%

CRISIS DE ASMA

Niño de 20 meses. Acude por dificultad respiratoria creciente en las últimas horas, sin responder a varias dosis de Ventolín que le ha administrado su madre en domicilio (2 puffs cada 20 minutos en las últimas 2 horas). Refiere rechazo de la ingesta de sólidos y líquidos.

- AP: Ingreso a los 6 meses de vida por bronquiolitis VRS +. Refiere bronquitis de repetición desde entonces, precisando en varias ocasiones nebulizaciones de Ventolín en su centro de salud por no respuesta al tratamiento domiciliario. Hace 3 meses último episodio, requiriendo corticoides sistémicos.
- EF: 12 kg. AEG, muy irritable y con llanto intenso. FR: **50 rpm**. **Tiraje sub, intercostal**, y leve **supraesternal**. AP: Regular entrada de aire, con **sibilantes espiratorios**. **SatO2: 92%**

CRISIS DE ASMA

- Leve: PS ≤ 3 // SatO2 >94%
- Moderado: PS 4-6 // SatO2 91-94%
- Grave: PS 7-9 // SatO2 < 91%

	Frecuencia Respiratoria		Sibilancias	Tiraje
	< 6 años	> 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Leve
2	46-60	36-50	Espiración (con fonendo)	Moderado
3	> 60	> 50	Audible sin fonendo	Universal

¿Qué harías a continuación?

- A. Salbutamol inh/neb. + Budesonida neb.
- B. Salbutamol inh/neb. + Estilsona vo
- C. Salbutamol inh/neb.
- D. Salbutamol inh/neb + Dexametasona vo

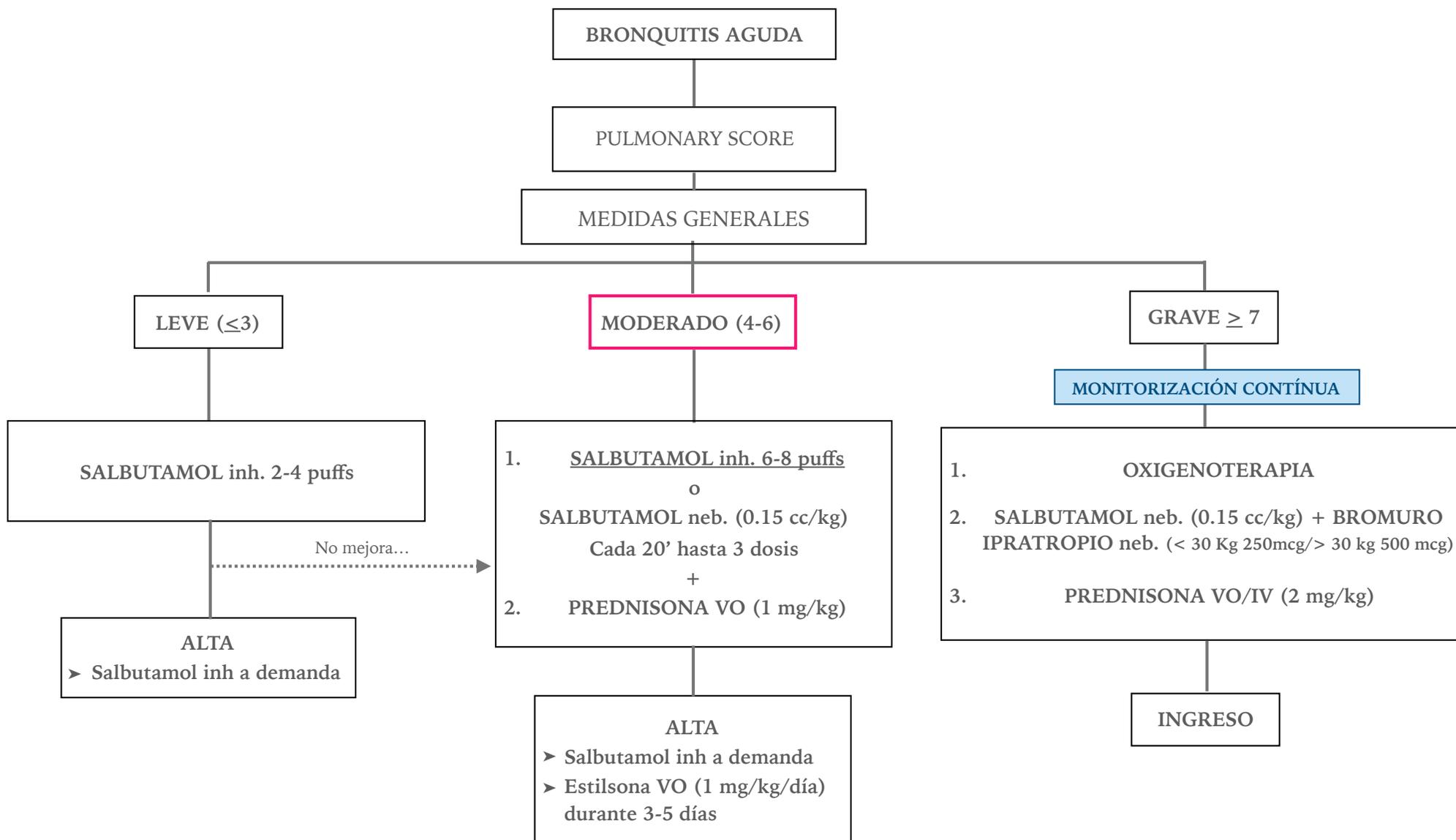
¿Qué harías a continuación?

A. Salbutamol inh/neb. + Budesonida neb.

B. Salbutamol inh/neb. + Estilsona vo

C. Salbutamol inh/neb.

D. Salbutamol inh/neb + Dexametasona vo



.....

Niña de 8 años. Aparición de tos y dificultad respiratoria de forma brusca, que ha ido en aumento a pesar del tratamiento con Ventolín inhalado con cámara en domicilio de forma horaria en las últimas 3 horas.

- AP: Asmática conocida, controlada desde los 3 años por el servicio de Alergia Infantil del Hospital, sensibilizada al polen de la salsola. Tratamiento de base: Singulair y Flixotide. Ventolín de rescate. Último ingreso por crisis asmática: hace 6 meses, precisó corticoterapia sistémica.
- EF: 30 kg. REG. Algo pálida. FR: 55 rpm. Tiraje sub, intercostal y supraesternal llamativos. AP: Regular entrada de aire, con sibilantes espiratorios. SatO₂: 90%

.....

Niña de 8 años. Aparición de tos y dificultad respiratoria de forma brusca, que ha ido en aumento a pesar del tratamiento con Ventolín inhalado con cámara en domicilio de forma horaria en las últimas 3 horas.

- AP: Asmática conocida, controlada desde los 3 años por el servicio de Alergia Infantil del Hospital, sensibilizada al polen de la salsola. Tratamiento de base: Singulair y Flixotide. Ventolín de rescate. Último ingreso por crisis asmática: hace 6 meses, precisó corticoterapia sistémica.
- EF: 30 kg. REG. Algo pálida. FR: 55 rpm. Tiraje sub, intercostal y supraesternal llamativos. AP: Regular entrada de aire, con sibilantes espiratorios. SatO₂: 90%

CRISIS DE ASMA

CASO CLÍNICO

Niña de 8 años. Aparición de tos y dificultad respiratoria de forma brusca, que ha ido en aumento a pesar del tratamiento con Ventolín inhalado con cámara en domicilio de forma horaria en las últimas 3 horas.

- AP: Asmática conocida, controlada desde los 3 años por el servicio de Alergia Infantil del Hospital, sensibilizada al polen de la salsola. Tratamiento de base: Singulair y Flixotide. Ventolín de rescate. Último ingreso por crisis asmática: hace 6 meses, precisó corticoterapia sistémica.
- EF: 30 kg. REG. Algo pálida. FR: 55 rpm. Tiraje sub, intercostal y supraesternal llamativos. AP: Regular entrada de aire, con sibilantes espiratorios. SatO2: 90%

CRISIS DE ASMA

- Leve: PS \leq 3 // SatO2 >94%
- Moderado: PS 4-6 // SatO2 91-94%
- Grave: PS 7-9 // SatO2 < 91%

	Frecuencia Respiratoria		Sibilancias	Tiraje
	< 6 años	> 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Leve
2	46-60	36-50	Espiración (con fonendo)	Moderado
3	> 60	> 50	Audible sin fonendo	Universal

¿Qué harías a continuación?

- A. Salbutamol nebulizado + Budesonida.
- B. Salbutamol nebulizado + prednisona
- C. Salbutamol nebulizado + bromuro de ipratropio + prednisona + oxigenoterapia
- D. Salbutamol nebulizado + bromuro de ipratropio

¿Qué harías a continuación?

- A. Salbutamol nebulizado + Budesonida.
- B. Salbutamol nebulizado + prednisona
- C. Salbutamol nebulizado + bromuro de ipratropio + prednisona + oxigenoterapia**
- D. Salbutamol nebulizado + bromuro de ipratropio

Reevaluamos al paciente tras la nebulización: SatO₂ (FiO₂ 21%): 90%.
Disminución del distrés; persiste tiraje subcostal. AP: mejor entrada de aire bilateral, con sibilantes al final de la espiración.

¿Actitud posterior?:

- A. Solicitar Rx tórax.
- B. Ingresar para continuar tratamiento y observación, ya que se trata de una crisis grave.
- C. Damos el alta con Salbutamol inhalado en cámara y estilsona vía oral.
- D. Añadir antibióticos al tratamiento

Reevaluamos al paciente tras la nebulización: SatO₂ (FiO₂ 21%): 90%.
Disminución del distrés; persiste tiraje subcostal. AP: mejor entrada de aire bilateral, con sibilantes al final de la espiración.

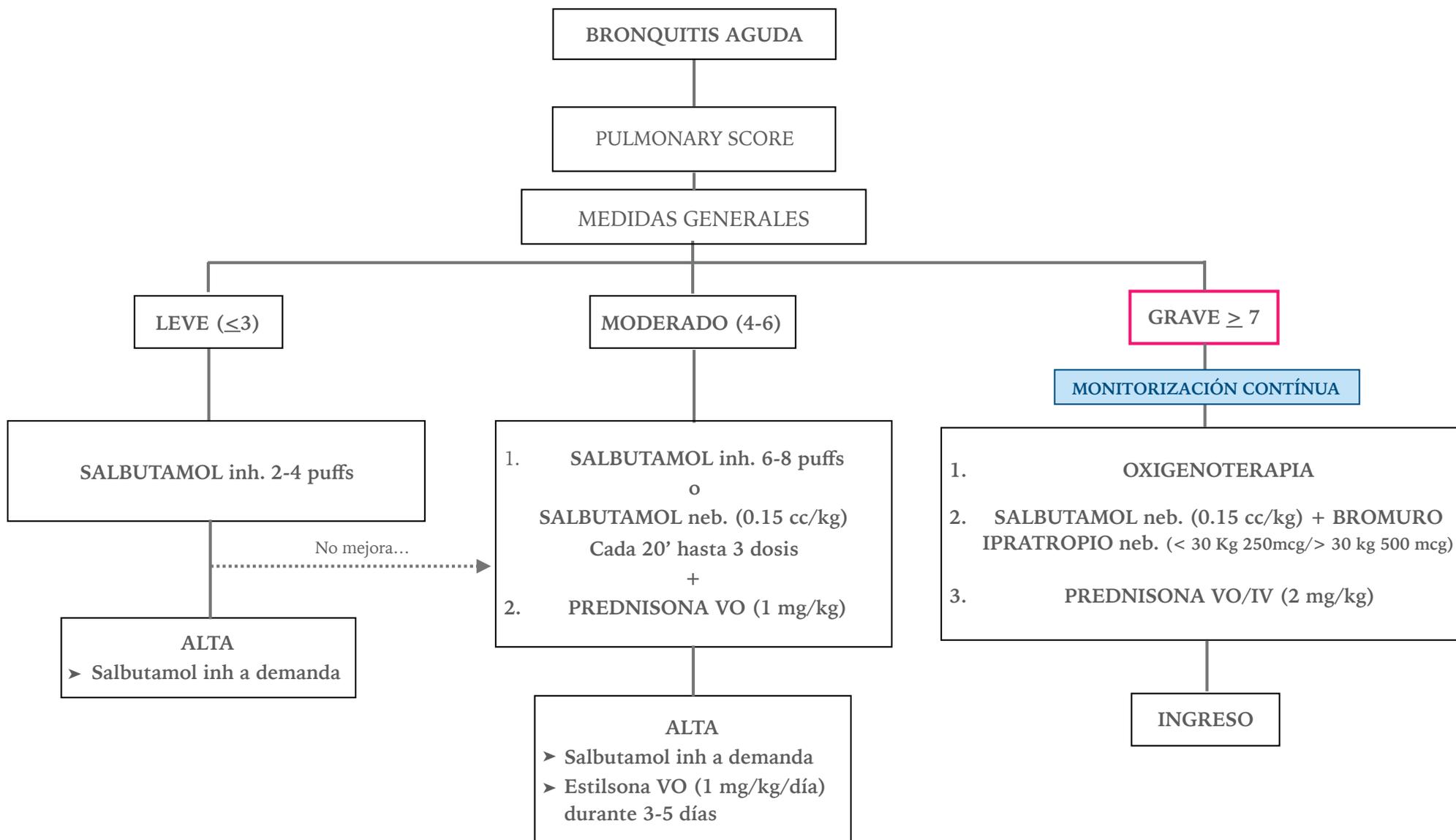
¿Actitud posterior?:

A. Solicitar Rx tórax.

B. Ingresar para continuar tratamiento y observación, ya que se trata de una crisis grave.

C. Damos el alta con Salbutamol inhalado en cámara y estilsona vía oral.

D. Añadir antibióticos al tratamiento



INDICACIONES PARA RX TÓRAX:

- Asimetría en la AP tras nebulizaciones.
- Fiebre alta.
- Mala evolución.
- Dudas diagnósticas.
- Bronquitis grave que precisa ingreso.

CASO CLÍNICO

.....

Paciente de 7 meses que acude a urgencias porque presenta dificultad respiratoria en las últimas 24 horas con aumento del trabajo respiratorio con uso de musculatura accesoria y tos productiva. Presenta cuadro catarral de 3 días de evolución y febrícula de hasta 37,6°. Refiere la madre rechazo parcial de las tomas. Ha realizado un vómito de contenido mucoso en la última toma. Deposiciones normales. No otra clínica de interés. No refiere episodios previos similares.

EF: Temperatura: 37,6. Peso: 8 kg Saturación: 97%

BEG, normocoloración de piel y mucosas.

AP: El paciente presenta buena entrada de aire bilateral con ruidos respiratorios de vías altas que impide la correcta auscultación pulmonar, leve tiraje subcostal.

ORL: Orofaringe hiperémica. Oídos normal.

Resto de exploración normal

¿Qué diagnósticos te planteas? ¿Qué harías ahora?

CASO CLÍNICO

.....

Paciente de 7 meses que acude a urgencias porque presenta dificultad respiratoria en las últimas 24 horas con aumento del trabajo respiratorio con uso de musculatura accesoria y tos productiva. Presenta cuadro catarral de 3 días de evolución y febrícula de hasta 37,6°. Refiere la madre rechazo parcial de las tomas. Ha realizado un vómito de contenido mucoso en la última toma. Deposiciones normales. No otra clínica de interés. No refiere episodios previos similares.

EF: Temperatura: 37,6. Peso: 8 kg Saturación: 97%

BEG, normocoloración de piel y mucosas.

AP: El paciente presenta buena entrada de aire bilateral con ruidos respiratorios de vías altas que impide la correcta auscultación pulmonar, leve tiraje subcostal.

ORL: Orofaringe hiperémica. Oídos normal.

Resto de exploración normal

¿Qué diagnósticos te planteas? ¿Qué harías ahora?

IRVA VS BRONQUIOLITIS

CASO CLÍNICO

Paciente de 7 meses que acude a urgencias porque presenta dificultad respiratoria en las últimas 24 horas con aumento del trabajo respiratorio con uso de musculatura accesoria y tos productiva. Presenta cuadro catarral de 3 días de evolución y febrícula de hasta 37,6°. Refiere la madre rechazo parcial de las tomas. Ha realizado un vómito de contenido mucoso en la última toma. Depositiones normales. No otra clínica de interés. No refiere episodios previos similares.

EF: Temperatura: 37,6. Peso: 8 kg Saturación: 97%

BEG, normocoloración de piel y mucosas.

AP: El paciente presenta buena entrada de aire bilateral con ruidos respiratorios de vías altas que impide la correcta auscultación pulmonar, leve tiraje subcostal.

ORL: Orofaringe hiperémica. Oídos normal.

Resto de exploración normal

¿Qué diagnósticos te planteas? ¿Qué harías ahora?

IRVA VS BRONQUIOLITIS



1. *Lavado nasal con SSF*

2. *Toma de constantes: SatO₂, FR, FC*

3. *Auscultación pulmonar/valorar distrés*

CASO CLÍNICO

.....

Realizamos lavado nasal con SSF y volvemos a tomar las constantes:

FC: 118 lpm. FR: 40 rpm. SatO2: 97%.

AP: Buena entrada de aire bilateral. Sibilantes dispersos bilaterales y espiración alargada. Persiste tiraje subcostal leve.

¿Cuál es el diagnóstico?

CASO CLÍNICO

Realizamos lavado nasal con SSF y volvemos a tomar las constantes:

FC: 118 lpm. FR: 40 rpm. SatO₂: 97%.

AP: Buena entrada de aire bilateral. Sibilantes dispersos bilaterales y espiración alargada. Persiste tiraje subcostal leve.

¿Cuál es el diagnóstico?

IRVA VS **BRONQUIOLITIS**

*Primer episodio de dificultad respiratoria y sibilancias en un paciente < de 2 años.
¡Ojo! En lactantes < 3 meses puede presentarse como pausas de apnea con cianosis.*



Test de Wood-Downes modificado por Ferrés

	CIANOSIS	TIRAJE	FR	FC	SIBILANCIAS	VENTILACIÓN
0	NO	NO	<30	<120	NO	Buena
1	SI	Sub/intercostal	31-45	>120	Final espiración	Regular
2		+Supraclavicular Aleteo nasal	46-60		Toda la espiración	Hipoventilación
3		+Supraesternal	>60		+Inspiración	Silente

- Leve: 1-3
- Moderado: 4-7
- Grave: PS 8-14

CASO CLÍNICO

Realizamos lavado nasal con SSF y volvemos a tomar las constantes:

FC: 118 lpm. FR: **40** rpm. SatO2: 97%.

AP: Buena entrada de aire bilateral. **Sibilantes al final de la espiración** dispersos bilaterales y espiración alargada. Persiste **tiraje subcostal** leve.

¿Cuál es el diagnóstico?

BRONQUIOLITIS

- **Leve:** 1-3

- **Moderado:** 4-7

- **Grave:** PS 8-14

	CIANOSIS	TIRAJE	FR	FC	SIBILANCIAS	VENTILACIÓN
0	NO	NO	<30	<120	NO	Buena
1	SI	Sub/intercostal	31-45	>120	Final espiración	Regular
2		+Supraclavicular Aleteo nasal	46-60		Toda la espiración	Hipoventilación
3		+Supraesternal	>60		+Inspiración	Silente

¿ Cual es el siguiente paso?

- A. Realizo Rx tórax
- B. Nebulización de salbutamol
- C. Doy el alta con tratamiento y recomendaciones en domicilio
- D. Lo ingreso

¿ Cual es el siguiente paso?

A. Realizo Rx tórax

B. Nebulización de salbutamol

C. Doy el alta con tratamiento y recomendaciones en domicilio

D. Lo ingreso

Medidas generales tto domiciliario

1. Control de temperatura.
2. Asegurar hidratación, fraccionar tomas, ofrecer líquidos.
3. Favorecer ambiente tranquilo, ropa cómoda, no abrigar en exceso.
4. Realizar lavados nasales a demanda
5. Postura semiincorporada.
6. Control por su pediatra en 24-48 horas.
7. Si fatiga, tos, pausa respiratoria, rechazo de tomas... volver a consultar.

Criterios de ingreso

1. Rechazo tomas (<50%), deshidratación, intolerancia oral.
2. Bronquiolitis moderada-grave
3. Taquipnea mantenida (> 60 rpm)
4. Edad < 3 meses
5. Pausas de apnea
6. SatO₂ <92-93%
7. Letargia, mal estado general.
8. Dificultad para seguimiento ambulatorio
9. Valorar según comorbilidades

CASO CLÍNICO

.....

Paciente de 1 mes y 2 semanas que acude a urgencias por tos productiva y rechazo parcial de lactancia materna de 12 horas de evolución. Refiere que al comenzar las tomas comienza con episodios de tos y “vomita lo poco que toma”. Permanece afebril, la madre refiere cuadro catarral de dos días de evolución. Primer episodio.

EF: Temperatura: 37,2°C. Peso: 5 kg Saturación: 94%

BEG, aspecto bien nutrido e hidratado.

AP: ruidos de transmisión de vías altas. Espiración alargada. Tiraje sub/intercostal y supraesternal. Taquipneico.

Resto de exploración normal

¿Qué diagnósticos te planteas? ¿Qué harías ahora?

CASO CLÍNICO

Paciente de 1 mes y 2 semanas que acude a urgencias por tos productiva y rechazo parcial de lactancia materna de 12 horas de evolución. Refiere que al comenzar las tomas comienza con episodios de tos y “vomita lo poco que toma”. Permanece afebril, la madre refiere cuadro catarral de dos días de evolución. Primer episodio.

EF: Temperatura: 37,2°C. Peso: 5 kg Saturación: 94%

BEG, aspecto bien nutrido e hidratado.

AP: ruidos de transmisión de vías altas. Espiración alargada. Tiraje sub/intercostal y supraesternal. Taquipneico.

Resto de exploración normal

¿Qué diagnósticos te planteas? ¿Qué harías ahora?

IRVA VS BRONQUIOLITIS

CASO CLÍNICO

Paciente de 1 mes y 2 semanas que acude a urgencias por tos productiva y rechazo parcial de lactancia materna de 12 horas de evolución. Refiere que al comenzar las tomas comienza con episodios de tos y “vomita lo poco que toma”. Permanece afebril, la madre refiere cuadro catarral de dos días de evolución. Primer episodio.

EF: Temperatura: 37,2°C. Peso: 5 kg Saturación: 94%

BEG, aspecto bien nutrido e hidratado.

AP: ruidos de transmisión de vías altas. Espiración alargada. Tiraje sub/intercostal y supraesternal. Taquipneico.

Resto de exploración normal

¿Qué diagnósticos te planteas? ¿Qué harías ahora?

IRVA VS BRONQUIOLITIS



1. *Lavado nasal con SSF*
2. *Toma de constantes: SatO₂, FR, FC*
3. *Auscultación pulmonar/valorar distrés*

CASO CLÍNICO

Realizamos lavado nasal con SSF y volvemos a tomar las constantes:

FC: 145 lpm. FR: 47 rpm. SatO2: 94%.

AP: Regular entrada de aire bilateral. Crepitantes en ambas bases pulmonares, sibilantes dispersos y espiración alargada. Tiraje sub/intercostal y supraesternal.

¿Cuál es el diagnóstico?

CASO CLÍNICO

Realizamos lavado nasal con SSF y volvemos a tomar las constantes:

FC: 145 lpm. FR: 47 rpm. SatO2: 94%.

AP: Regular entrada de aire bilateral. Crepitantes en ambas bases pulmonares, sibilantes dispersos y espiración alargada. Tiraje sub/intercostal y supraesternal.

¿Cuál es el diagnóstico?

BRONQUIOLITIS

- Leve: 1-3
- Moderado: 4-7
- **Grave**: PS 8-14

	CIANOSIS	TIRAJE	FR	FC	SIBILANCIAS	VENTILACIÓN
0	NO	NO	<30	<120	NO	Buena
1	SI	Sub/intercostal	31-45	>120	Final espiración	Regular
2		+Supraclavicular Aleteo nasal	46-60		Toda la espiración	Hipoventilación
3		+Supraesternal	>60		+Inspiración	Silente

¿ Cual es el siguiente paso?

- A. Remito a domicilio con recomendaciones
- B. Realizo prueba terapéutica con Salbutamol inhalado y remito a domicilio
- C. Realizo prueba terapéutica con Adrenalina nebulizada y remito a domicilio para seguimiento por su pediatra.
- D. Realizo prueba terapéutica con Salbutamol inhalado e ingreso al paciente. Avisar a PG y valorar canalizar VP.

¿ Cual es el siguiente paso?

- A. Remito a domicilio con recomendaciones
- B. Realizo prueba terapéutica con Salbutamol inhalado y remito a domicilio
- C. Realizo prueba terapéutica con Adrenalina nebulizada y remito a domicilio para seguimiento por su pediatra.
- D. Realizo prueba terapéutica con Salbutamol inhalado e ingreso al paciente. Avisar a PG y valorar canalizar VP.**

ORDENES DE TRATAMIENTO EN PLANTA

- Constantes c/3-6 horas (según gravedad)
- Monitor continuo de FC y SatO₂. Si SatO₂ < 92% administrar oxigenoterapia
- Dieta absoluta + fluidoterapia IV/ Dieta habitual fraccionada
- Aislamiento respiratorio
- Recoger aspirado nasofaríngeo para VRS
- Posición semiincorporada
- Lavados nasales con SSF
- Salbutamol inh (según prueba terapéutica) cada 4-6 horas

CASO CLÍNICO

.....

Niño de 3 años de edad que acude a urgencias por fiebre de hasta 39°C de 48 horas de evolución con descenso parcial con antitérmicos, junto con tos y mucosidad abundante. Rechazo parcial de la ingesta. No dificultad respiratoria. Vacunas regladas para su edad. No otros datos de interés.

EF: ACP: adecuada entrada de aire bilateral con crepitantes en hemitórax derecho. Resto normal.

¿Cuál sería la actitud más correcta en este caso?

- A. Ante la fiebre de 48 horas de evolución, se solicita analítica sanguínea, hemocultivo y radiografía de tórax.
- B. Pautar tratamiento con amoxicilina oral (80 mg/kg/día).
- C. Dada la sospecha de neumonía se debe ingresar al paciente para tratamiento IV.
- D. Solicitar radiografía de tórax.

CASO CLÍNICO

.....

Niño de 3 años de edad que acude a urgencias por fiebre de hasta 39°C de 48 horas de evolución con descenso parcial con antitérmicos, junto con tos y mucosidad abundante. Rechazo parcial de la ingesta. No dificultad respiratoria. Vacunas regladas para su edad. No otros datos de interés.

EF: ACP: adecuada entrada de aire bilateral con crepitantes en hemitórax derecho. Resto normal.

¿Cuál sería la actitud más correcta en este caso?

- A. Ante la fiebre de 48 horas de evolución, se solicita analítica sanguínea, hemocultivo y radiografía de tórax.
- B. Pautar tratamiento con amoxicilina oral (80 mg/kg/día).
- C. Dada la sospecha de neumonía se debe ingresar al paciente para tratamiento IV.
- D. Solicitar radiografía de tórax.**

AS no indicada de forma rutinaria en NAC no complicadas

En la radiografía de tórax se objetiva condensación en lóbulo inferior derecho, sin evidenciarse derrame pleural.

¿Qué hacemos?

- A. Ingresar para tratamiento antibiótico intravenoso
- B. Remitir a domicilio con Augmentine oral (80 mg/kg/día).
- C. Remitir a domicilio con Amoxicilina oral (80 mg/kg/día).
- D. Remitir a domicilio con Amoxicilina oral (40 mg/kg/día).

En la radiografía de tórax se objetiva condensación en lóbulo inferior derecho, sin evidenciarse derrame pleural.

¿Qué hacemos?

- A. Ingresar para tratamiento antibiótico intravenoso
- B. Remitir a domicilio con Augmentine oral (80 mg/kg/día).
- C. Remitir a domicilio con Amoxicilina oral (80 mg/kg/día).**
- D. Remitir a domicilio con Amoxicilina oral (40 mg/kg/día).

El tratamiento de elección en NAC no complicadas es Amoxicilina VO a 80 mg/kg/día durante 7 días.

Amoxicilina-clavulánico: se indica en pacientes no vacunados frente al HiB o con patología de base.

CASO CLÍNICO

.....

A las 72 horas acude por 2^a vez a urgencias por persistencia de la fiebre elevada. Refiere la madre haber administrado el tratamiento de forma correcta. En las últimas 24 horas disminución de la ingesta con aparición de dificultad respiratoria.

¿Qué haríamos en primer lugar?

- A. Solicitar AS.
- B. Solicitar RX tórax.
- C. Poner monitor FC y Sat O2 y explorar al paciente.
- D. Decir a la madre que el tratamiento correcto debería haber sido el Augmentine.

CASO CLÍNICO

.....

A las 72 horas acude por 2^a vez a urgencias por persistencia de la fiebre elevada. Refiere la madre haber administrado el tratamiento de forma correcta. En las últimas 24 horas disminución de la ingesta con aparición de dificultad respiratoria.

¿Qué haríamos en primer lugar?

- A. Solicitar AS.
- B. Solicitar RX tórax.
- C. Poner monitor FC y Sat O2 y explorar al paciente.**
- D. Decir a la madre que el tratamiento correcto debería haber sido el Augmentine.

.....

Sat O₂: 92%. FC: 100 lpm.

A la EF: Aceptable estado general. FR 40 rpm. T^a 39°C. Hipoventilación marcada en hemitórax derecho. Resto normal.

¿Cuál sería la actitud más correcta en este caso?

- A. Ante la persistencia de la fiebre, se solicita radiografía de tórax de control.
- B. Suspender Amoxicilina oral e iniciar Augmentine vía oral (80 mg/kg/día).
- C. Dada la persistencia de la fiebre se debe ingresar al paciente para tratamiento IV, sin necesidad de repetir RX de tórax.
- D. Es la evolución natural de una neumonía, no es preciso realizar más pruebas ni cambiar la actitud terapéutica.

Sat O₂: 92%. FC: 100 lpm.

A la EF: Aceptable estado general. FR 40 rpm. T^a 39°C. Hipoventilación marcada en hemitórax derecho. Resto normal.

¿Cuál sería la actitud más correcta en este caso?

- A. Ante la persistencia de la fiebre, se solicita radiografía de tórax de control.
- B. Suspender Amoxicilina oral e iniciar Augmentine vía oral (80 mg/kg/día).
- C. Dada la persistencia de la fiebre se debe ingresar al paciente para tratamiento IV, sin necesidad de repetir RX de tórax.
- D. Es la evolución natural de una neumonía, no es preciso realizar más pruebas ni cambiar la actitud terapéutica.

En la Rx TX se objetiva aumento de la condensación con derrame pleural que ocupa tercio inferior de hemitórax derecho. ¿Qué hacemos?

- A. Ingresar al paciente para tenerlo más controlado y continuar tratamiento antibiótico con Amoxicilina oral
- B. Remitir a domicilio con Augmentine oral (80 mg/kg/día).
- C. Ingresar al paciente, y dada la aparición de derrame pleural, iniciar tratamiento con cefotaxima IV.
- D. Intentamos drenaje urgente del derrame.

En la Rx TX se objetiva aumento de la condensación con derrame pleural que ocupa tercio inferior de hemitórax derecho. ¿Qué hacemos?

- A. Ingresar al paciente para tenerlo más controlado y continuar tratamiento antibiótico con Amoxicilina oral
- B. Remitir a domicilio con Augmentine oral (80 mg/kg/día).
- C. Ingresar al paciente, y dada la aparición de derrame pleural, iniciar tratamiento con cefotaxima IV.**
- D. Intentamos drenaje urgente del derrame.

INGRESO:

Canalizar VP + HC + AS

CRITERIOS DE INGRESO

- MEG
- Dificultad respiratoria, hipoxemia (SatO₂ < 92%)
- Deshidratación o intolerancia oral
- Falta de respuesta al tto ABT tras 48 horas
- Neumonía multifocal
- Absceso pulmonar
- Afectación pleural significativa
- < 6 meses/12 meses
- Patología de base grave: DBP, FQ, nefropatía, cardiopatía...
- Sospecha de inadecuada vigilancia domiciliaria

**¡MUCHAS
GRACIAS!**

