

THESAURUS DE SEGURETAT A LA PRÀCTICA CLÍNICA D'URGÈNCIES PEDIÀTRIQUES

ARACELI DOMINGO GARAU.

ÀREA URGÈNCIES PEDIATRIA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU BARCELONA.

CAS CLÍNIC: GASTROENTERITIS

Cas clínic:

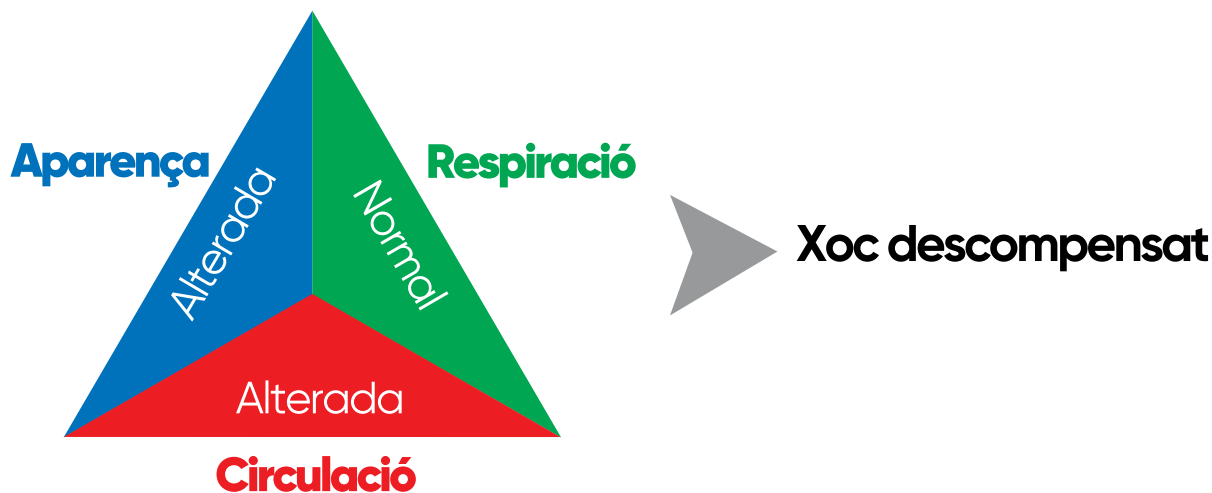
Es tracta de la Joana, lactant de 9 mesos d'edat. La mare consulta al pediatra del Centre de Primària i explica que l'han trucat de l'escola bressol. La nena, després de dinar, al migdia, ha presentat una deposició pastosa i abundant, seguit de vòmits amb pal·lidesa a la cara i després s'ha quedat dormida; les cuidadores de la llar d'infants s'han espantat i avisen. Quan ha arribat la mare la Joana està desperta i la veu bé, però al cap de dues hores, a casa, comença a vomitar de nou. Per aquest motiu ens la porta a la consulta.

La pacient presenta un triangle d'avaluació pediàtrica estable, però durant l'exploració per aparells, que resulta normal, presenta de nou un vomit groguenc, s'administra una dosi d'ondansetron i es pauta sèrum oral a domicili. S'orienta el cas com a gastroenteritis.

Durant la tarda, la Joana ha estat bé, tot i rebutjar la pressa de sèrum i presentar crisis de plor intens, però després es tranquil·litza i es queda dormida. A darrera hora de la tarda, la nena presenta una deposició pastosa, abundant, amb sang vermella i postració.

Davant d'aquest quadre, la família decideix consultar a urgències del hospital.

Entra directament a box d'atenció, després del triatge i a la valoració inicial amb el triangle d'avaluació pediàtrica, resulta:



Tot seguit, per establir el pacient seguint amb l'ABCDE i prenem constants:

Pes: 8,5Kg

T^a rectal: 36°C

FR: 38 rpm

SatHb: 97%

FC: 160 bpm

TA: 85/40 mmHg

Glicèmia capil·lar: 130 mg/dl

A: via aèria lliure

B: ventilació simètrica, no hi ha sorolls afegits ni destret respiratori

C: tons cardíacs rítmics sense buf. Pal·lidesa facial amb cutis reticular a extremitats.

Mala perfusió perifèrica, temps de recapilarització de 4 segons

D: pacient somnolenta, que respon a estímuls dolorosos i gemec constant

E: no hi ha lesions externes.

S'administra oxigen amb cànules nasals i es canalitza una via perifèrica per administrar líquids. Es demana una analítica sanguínia per valorar el grau de deshidratació, alteracions iòniques i reactants de fase aguda d'infecció.

S'administren 90 ml de sèrum fisiològic, en bolus, ràpid en 30 minuts juntament amb una dosi d'antibiòtic, ceftriaxona, per sospita de xoc sèptic.

Mentrestant, es parla amb la mare i ens explica l'evolució de la nena al llarg del dia.

Arriba l'analítica sanguínia que és normal, sense alteracions iòniques de deshidratació ni de reactants de fase aguda. La pacient segueix amb el mateix estat clínic pel que s'administra una segona carga de volum (90 ml de sèrum fisiològic). Progressivament recupera l'aspecte, millora el cutis reticular i l'estat de consciència, però segueix amb gemec.

Es contacta amb el radiòleg per demanar una ECO abdominal, per descartar patologia quirúrgica i mostra una imatge en dònut, compatible amb invaginació intestinal. S'avisava al cirurgià, en primer lloc s'intenta la reducció amb ènema d'aigua sota control ecogràfic, però la nena presenta irritabilitat marcada durant el procediment, i no és efectiu, pel que necessita cirurgia abdominal.

ERRORS DETECTATS

El diagnòstic inicial i tractament:

A la primera valoració de la Joana, amb la història que refereixen a l'escola bressol (pal·lidesa i tendència a la somnolència), ja ens ha de fer pensar en que hi pot haver algun quadre clínic més enllà d'una gastroenteritis. No s'ha fet una correcta anamnesi a la mare.

Sempre ens hem de plantejar probables diagnòstics alternatius, per això és molt útil fer el diagnòstic diferencial. A més, si tenim dubtes amb la causa de la clínica, hem d'evitar actuacions que poden emascarar o retardar el diagnòstic definitiu.

També és recomanable, quan es pauta un fàrmac en dosis única, comprovar la resposta. Abans d'administrar el tractament, donat que no semblen uns vòmits incoercibles, s'hagués pogut iniciar la tolerància oral amb sèrum, de manera fraccionada i comprovar la resposta. En cas de no tolerar i descartada la patologia obstructiva es pot administrar el antiemètic.

En el nostre cas l'administració del ondansetron ha pogut retardar el diagnòstic final.

Recordem que aquest fàrmac està indicat en nens més grans de 6 mesos pel tractament del vòmits secundaris a quimioteràpics i en nens de més d'un any d'edat pel tractament de vòmits post-quirúrgics. Fora de fitxa tècnica del fàrmac -off label- s'indica en pacients amb vòmits cíclics i en pacients amb vòmits en cas de gastroenteritis. A més, es tracta d'un fàrmac amb efectes secundaris importants, com l'allargament del QT (desconeixem si la lactant té antecedents patològics de cardiopatia).

Comunicació:

Falta informació a l'anamnesi. Això fa retardar la segona consulta i per tant, el diagnòstic final. Al arribar a urgències la pacient ja es troba en xoc descompensat.

Valoració a l'hospital:

Després d'iniciar l'estabilització de la lactant, tampoc es planteja el diagnòstic diferencial del cas, es demana una analítica sanguínia per comprovar els signes de deshidratació i d'infecció, però arriba el resultat i és normal. En aquest moment és quan es plantegen altres diagnòstics diferents al xoc sèptic secundari a la gastroenteritis i es demana la ecografia abdominal.

S'ha administrat volum i antibiòtic per la sospita del xoc sèptic, però quan la pacient millora l'aspecte i segueix amb gemec, aquest no s'ha valorat. En aquest moment, probablement la Joana té dolor i no s'ha tractat.

Tractament a l'hospital:

Quan es realitza el diagnòstic d'invaginació intestinal, la primera opció terapèutica és la reducció amb ènema d'aigua sota control ecogràfic, però la Joana no col·labora, presenta empitjorament del dolor i això accentua la irritabilitat que l'acompanya. En aquest cas no s'ha administrat analgèsia i tampoc cap sedant per relaxar a la pacient, per tal de que la tècnica sigui més fàcil i eficaç. Habitualment s'utilitza el midazolam, que es pot utilitzar endovenós si ja disposem de via, però si és necessari es pot utilitzar la via intranasal, intramuscular o bé oral (si es descarta la necessitat de dejú).

Les dosis s'indiquen a la taula 1.

	VIA ADMINISTRACIÓ	DOSIS	DOSIS MÀXIMA	TEMPS D' INICI EFECTE
MIDAZOLAM	Oral	0,3-0,5 mg/Kg	20 mg	30 minuts
	Intranasal	0,2-0,4 mg/Kg	20 mg (1 ml per cada nariu)	10-15 minuts
	Intramuscular	0,1-0,2 mg/Kg	10 mg	1-5 minuts
	Intravenós	0,05-0,1 mg/Kg	2 mg	2-3 minuts

Taula 1. Dosis de midazolam

CONCLUSIONS

És d'extrema importància la comunicació amb la família. La falta d'informació o omissió pot ser fatal pel pacient, si més no, retardar el diagnòstic.

Cal anar en compte amb l'administració de fàrmacs a l'edat pediàtrica. Com hem comprovat n'hi ha que s'utilitzen fora de fitxa tècnica (off label) i d'altres poden estar contraindicats per edat.

En el cas del ondansetron, l'evidència científica disponible és controvertida, les seves indicacions no estan definides i no hi ha unanimitat a les guies de pràctica clínica per la seva utilització. Hi ha estudis que demostrin que millora els vòmits però al mateix temps, amaga altres símptomes com el dolor abdominal i dona la sensació de falsa milloria retardant la nova consulta. D'altra banda, hi ha recomanacions de no administrar ondansetron de forma sistemàtica a lactants, si abans no hi ha una avaluació clínica completa; per tant, l'ús ha de ser limitat i vigilat.

És convenient plantejar-se diagnòstics diferencials davant de les patologies agudes. Tot i que les causes més freqüents són les més habituals, en ocasions, com el cas exposat, n'hi ha d'altres que poden tenir pitjor pronòstic i evolució desfavorable.

Recordar tractar tota simptomatologia, inclosa el dolor i utilitzar sedació en procediments que es realitzen a urgències.

Bibliografia

- Fernández Santervás Y. Sedación para procedimientos en urgencias. En: C Luaces Cubells, Editor. Urgencias en Pediatría. Protocolos diagnóstico-terapéuticos. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. 6ª Ed. Madrid: Ergón; 2022. p. 978-86.
- Rodríguez Delgado J, Castell Miñana M, González Martín L, Hoyos Vázquez MS, Blesa Baviera LC, Grupo de Trabajo de Gastroenterología y Nutrición. Uso de ondansetron en el manejo de los vómitos asociados a gastroenteritis aguda en Pediatría de Atención Primaria. Posicionamiento del Grupo de Trabajo de Gastroenterología y Nutrición de la AEPap. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021;23:e55-e64.
- García Marín A, Lloret Ferrándiz G, González de Dios J. Ondansetron para el control de vómitos asociados a gastritis y gastroenteritis aguda en urgencias de Pediatría: uso, abuso y buen uso. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:351-61.
- Cabral I, Pavlicich V, Godoy Sánchez LE, Mesquita Ramírez MN. Diagnósticos retrasados y administración de ondansetron en el tratamiento de los vómitos en urgencias pediátricas. Pediatría (Asunción). 2024;51:19-25.
- Martín Lluís A, Prat Ortells J. Invaginación intestinal. En: C Luaces Cubells, Editor. Urgencias en Pediatría. Protocolos diagnóstico-terapéuticos. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. 6ª Ed. Madrid: Ergón; 2022. p. 341-4.