

Caso clínico 2.

Transporte pediátrico

Mesa MIR SEUP 2018

Raquel Adsarias Ferrera

Marta Pérez Peña

Fases del transporte pediátrico

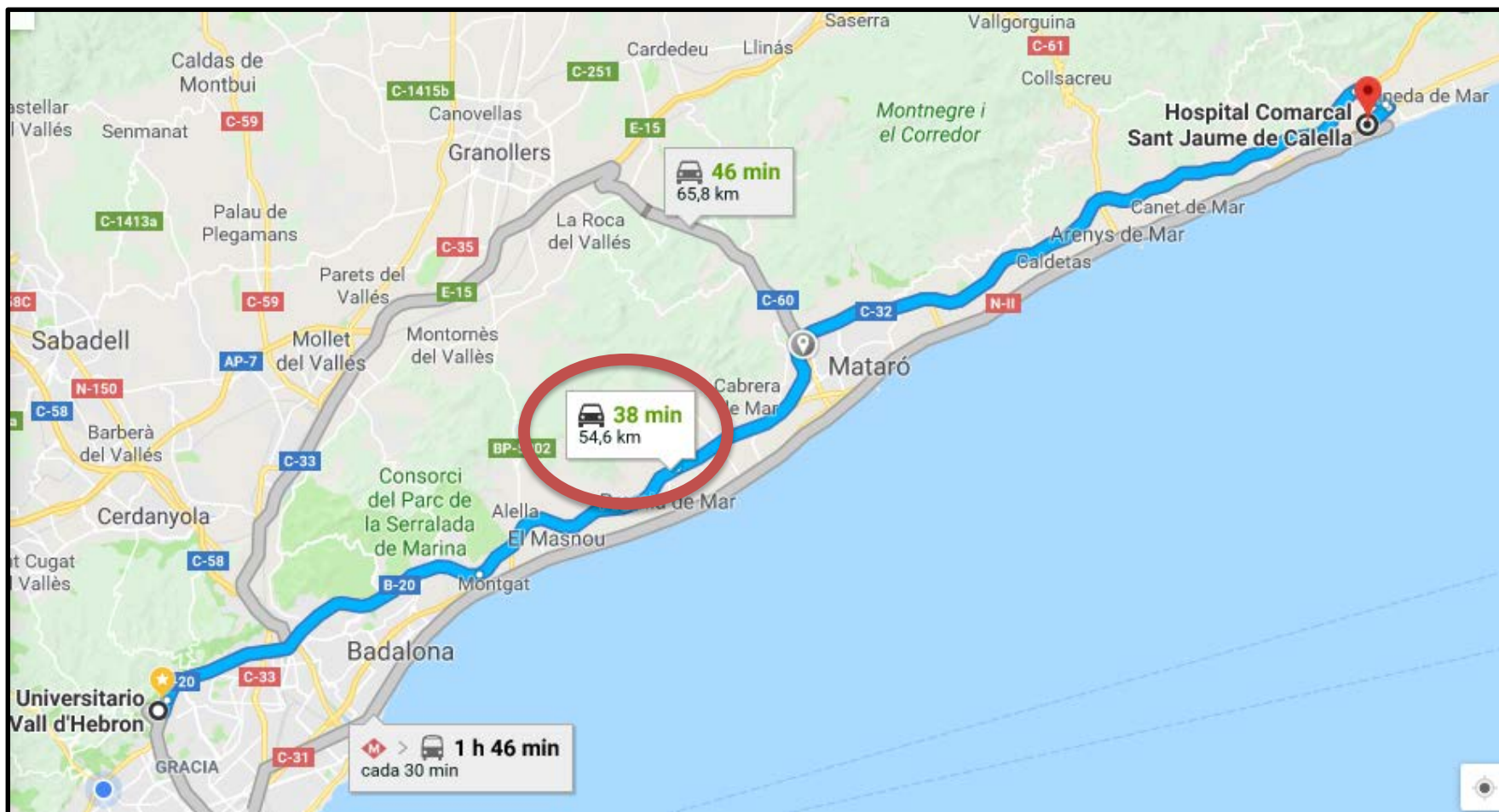


1- Activación

- Hora activación: **23:00h**
- Hospital Emisor: **H. Calella**
- Hospital Receptor: **HVH.**

- Paciente: **Niña 10 años**
- Peso: **30kg**





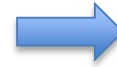
Fases del transporte pediátrico



2- Contacto H. Emisor

- Niño 10a. P: 30kg. Sin AP, inmunizaciones al día.
- M. Consulta: Fiebre de 12 horas de evolución + MEG.

A+B: Taquipnea + tiraje. SatO₂ 94%
ACR: BEAB, sin ruidos sobreañadidos.



Venturi FiO₂ 50%

C: FC 180 lpm. Mala coloración, cutis marmorata.



1 vía. Intentando 2º
Carga 20cc/kg ev.

D: Obnubilado. Glasgow 10-14

E: T°C 39°C. Petequias en todo el cuerpo.



Antitermia.
Cefotaxima ev (200)



- AG (Hemograma + bq)
- Hemocultivo.



¿Qué recomendaríamos?

- A. Recomendamos: 02 100%, monitorizarlo + TA. Añadir coagulación + EAB + pruebas cruzadas a las exploraciones complementarias.
Completar cefotaxima (300mg/kg/día).
- B. Recomendamos: 02 100%, monitorizarlo + TA. Añadir coagulación + EAB.
Hacerle Punción lumbar (tiene clínica de meningitis).
Completar cefotaxima (300mg/kg/día).
- C. Recomendamos: 02 100%, monitorizarlo + TA. Añadir coagulación + EAB.
Tiene clínica NRL, hacer TC craneal previo PL.
Completar cefotaxima (300mg/kg/día).

- SHOCK SÉPTICO

- Enfermedad tiempo dependiente



23.00



Fases del transporte pediátrico



3- Preparación



- Planteamos posibles situaciones y actuaciones entre el equipo.
SHOCK SÉPTICO posible etiología meningocócica.

- Preparamos con el equipo el material necesario. **¿Qué necesitaremos?**

- Monitorización. (FR, FC, TA, ECG, SatO2)
- Vía aérea: Material intubación: Mascarilla, bolsa autoinflable. Tubos (6-6.5cb), oxígeno, respirador de transporte, tubuladuras.
- Acceso vascular (periféricas, intraósea)
- Medicación: Drogas (adrenalina, noradrenalina, dopamina...), sedación (midazolam, fentanilo, rocuronio..), antibioterapia.
- Cargas de volumen.
- Bombas de infusión continua (4-5...).



Fases del transporte pediátrico



Estabilización



INESTABLE.

A+B: Taquipnea + tiraje. SatO₂ 94%. **RESERVORIO**
ACR: BEAB, sin ruidos sobreañadidos.

C: FC 170, TA 70/35. Mala perfusión (**tras 2 cargas**), pulsos periféricos débiles. **1 vía periférica.**

D: Glasgow 8-9. Glucemia 150mg/dl. Sin signos meníngicos. PINR.

E: Petequias en aumento. Zonas con Equimosis. T^oC 38.5^oC

Gasometría venosa: pH 7.20, pcO₂ 30, hcO₃ 15, BE -15, Lác 7.
Hb 12g/dl. Ionograma correcto.

AG: PENDIENTE



¿Cuál es nuestra prioridad?

- A. Administrar una 3ª carga a 20cc/kg en forma de bicarbonato 1/6M ya que presenta una acidosis metabólica franca.
- B. Colocar una vía central, es un niño grave y necesita drogas.
- C. Asegurar vía aérea, cumple criterios de intubación. Canalizar con urgencia una 2ª vía periférica ya que es un niño grave.
- D. Está muy mal, nos lo llevamos rápido al HVH.

4- Estabilización

A+B: Asegurar vía aérea. Secuencia IOT rápida.
IOT (6cb) a 18cm conectado Vmec. Colocación de SNG.
Comprobamos Rx correcta IOT.
Gasometría.

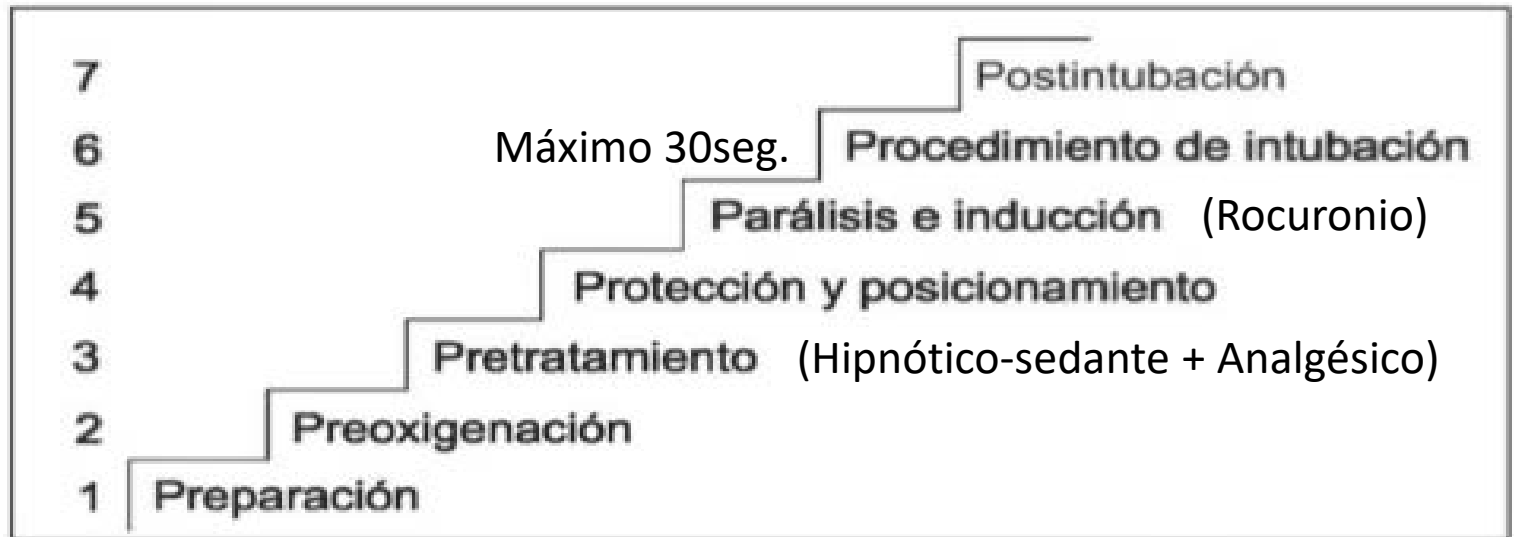
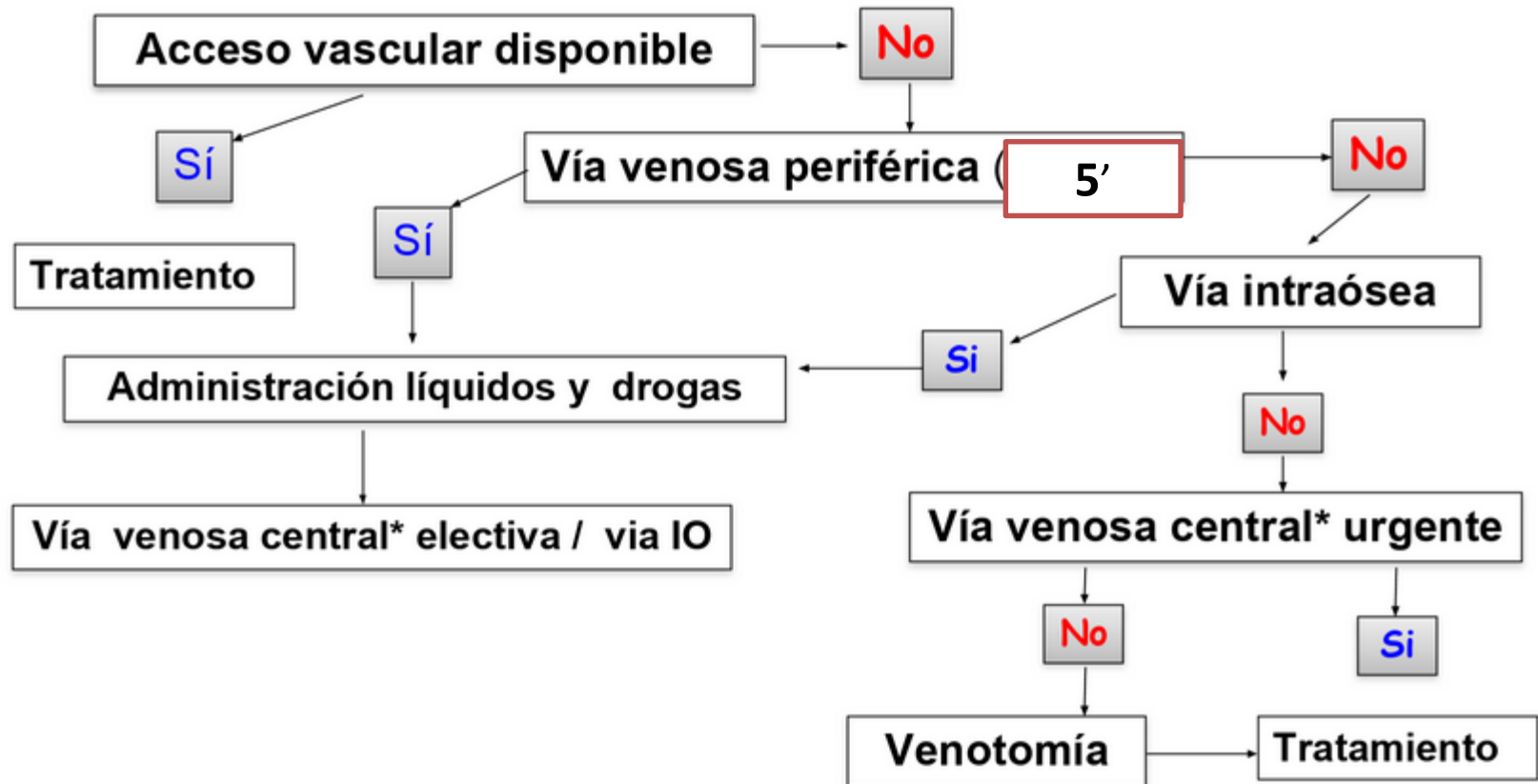


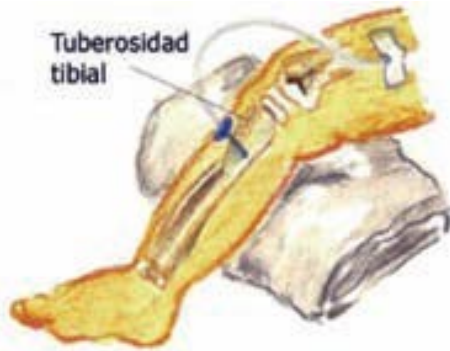
Figura 1. Pasos en la secuencia de intubación rápida

IOT DE ALTO RIESGO DE PCR → ADMINISTRAR VOLUMEN!

4- Estabilización



Colocación intraósea



<6a. Superficie anteromedial de la tibia.
2-3 cm por debajo de la tuberosidad tibial



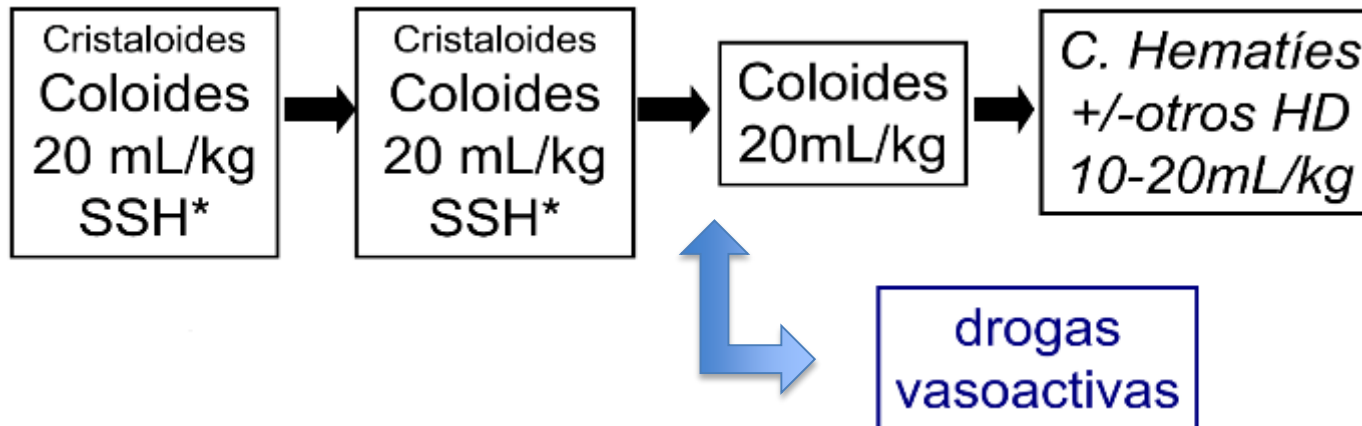
>6a. Cara medial de la tibia. 3cm por encima del maleólo interno.

Retirada precoz en cuanto se disponga de acceso venoso central

4- Estabilización

A+B: Asegurar vía aérea. Secuencia IOT rápida.
IOT (6.5cb) a 18cm conectado Vmec
Comprobamos Rx correcta IOT.
Gasometría.

C: 2º acceso venoso.
Carga volumen 20cc/kg ev (3º carga)
Drogas.



4- Estabilización

A+B: Asegurar vía aérea. Secuencia IOT rápida.
IOT (6.5cb) a 18cm conectado Vmec
Comprobamos Rx correcta IOT.
Gasometría.

C: 2º acceso venoso.
Carga volumen 20cc/kg ev (3º carga)
Drogas.

1. **Shock Frio + TA N**
 - Optimizar volemia
 - Adrenalina

1. **Shock Frio + TA bajas**
 - Optimizar volemia
 - Adrenalina
 - Noradrenalina.

1. **Shock caliente
TA bajas**
 - Optimizar volemia
 - Noradrenalina.

4- Estabilización

A+B: Asegurar vía aérea. Secuencia IOT rápida.
IOT (6.5cb) a 18cm conectado Vmec. SNG
Comprobamos Rx correcta IOT + No condensaciones
Gasometría. pH **7.25**, pCO2 **35**, HcO3 **18**, BE – **12**, Láctico **10**.

C: **2º acceso venoso.**
Carga volumen 20cc/kg ev (3º carga)
Drogas. **Noradrenalina 0.05mcg/kg/min. TA 95/60**

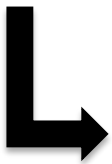
D: Sedoanalgesiado. Pupilas mióticas, isocóricas y reactivas.

E: Siguen apareciendo petequias.

4- Estabilización

- Analítica:

- Hb 11 g/dl, 30.000 leucocitos (90% N), plaquetas 70.000. Quick 65%, INR 1.4, TTPA 45, fibrinógeno 1.9 g/dl . PCR 10 mg/dl, PCT 30ng/dl. AST, ALT 120,200. U 60/Crea 0.8.



Evolución a fallo multiorgánico.
CID.

¿Queréis hacer algo?

Recomendaciones generales para administrar hemoderivados.

- Transfusión de CCHH.
 - Fase inicial de resucitación: Hb > 10 mg/dl
 - Recuperado del shock: Hb > 7 mg/dl
- Transfusión de plaquetas
 - Si < 20.000
 - Si < 50.000 en caso de sangrado o procedimiento.
- Transfusión de plasma
 - Si alteración de la coagulación (Quick < 60%, TTPA > 50, Fibrinógeno < 1.5 g/dl) y el paciente presenta signos de sangrado o se ha de realizar algún procedimiento invasivo.

4- Estabilización

- IOT. Vmec. Bien ventilado. SatO₂ > 95%.
- FC 150lpm, TA 95/60. Noradrenalina 0.05.
- 2 vías. Volumen + suero terapia ev.
- Sedoanalgesiado.

¿NOS VAMOS?

SI! → FAMILIA (que vean al paciente/pueden venir con nosotros)

Fases del transporte pediátrico



5- Transporte

- Anticipación al transporte.
 - ¿Qué complicaciones podemos esperar y preveer?

1. Respiratorias → Empeoramiento: SDRA/EAP (aumento parámetros respirador)

Desplazamiento del IOT

Obstrucción (aspirar)

Pneumotórax (hipofonesis, timpanismo)

Equipo (ambú)

Stomago (aspirar SNG)

+/- **HEMODINÁMICO**: Volumen, otra droga... (adrenalina)

2. Bolus de sedoanalgesia / curarización.

5- Transporte



1- Transfer comunicativo

P1. PRESENTACIÓN: Profesionales + Paciente

P2. PRIORIDAD: Crítico (P0/P1) / NO crítico (P2/P3)

P3. PARAMETROS VITALES: “Constantes”

P4. PACIENTE

- A1. Antecedentes: Sexo+Edad+Historial → Perfil del paciente
- A2. Accidente → Qué le ha pasado? Cuándo?
- A3. Afectación (I): Anatomía (LESIONES) → Qué tiene?
- A4. Afectación (II): ABCDE → Cómo le afecta?
- A5. Atención: Intervenciones+Resultados → Qué le hemos hecho? Cómo ha respondido?
- A6. Alertas + Recomendaciones → Qué nos preocupa?

P5. PAPELES: Documentación clínica

P6. PADRES-PARIENTES-PAREJAS: Acompañantes

P7. PREGUNTAS

2- Transfer físico

Fases del transporte pediátrico





GRACIAS