

EPISODIO APARENTEMENTE LETAL (ALTE) MANEJO EN URGENCIAS

Unidad de Urgencias de Pediatría

Elaborado:

Jorge Lorente Romero. Adjunto Urgencias Pediátricas.

Supervisado: Conchita Míguez Navarro. Adjunto Urgencias Pediátricas.

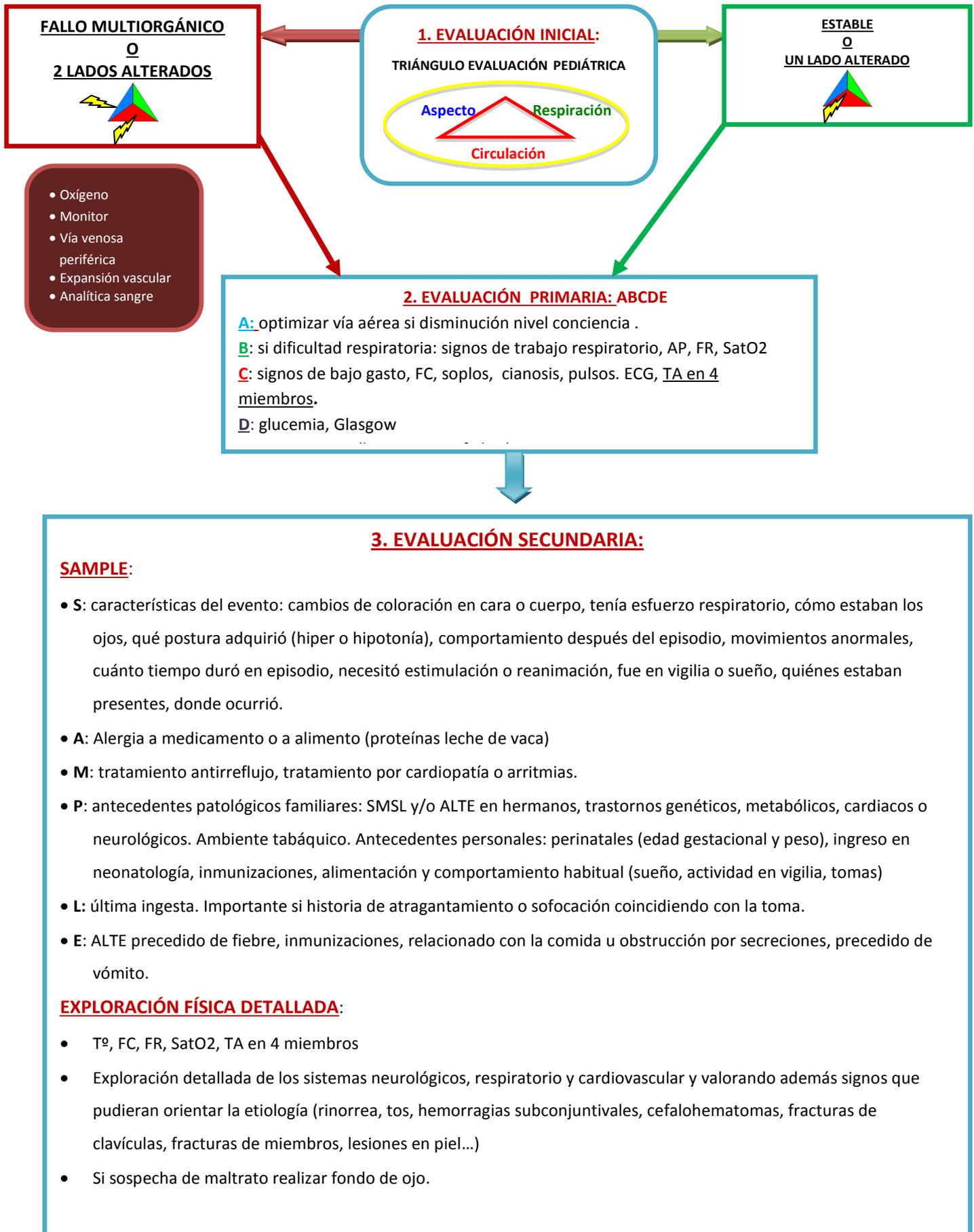
Fecha: Abril 2016



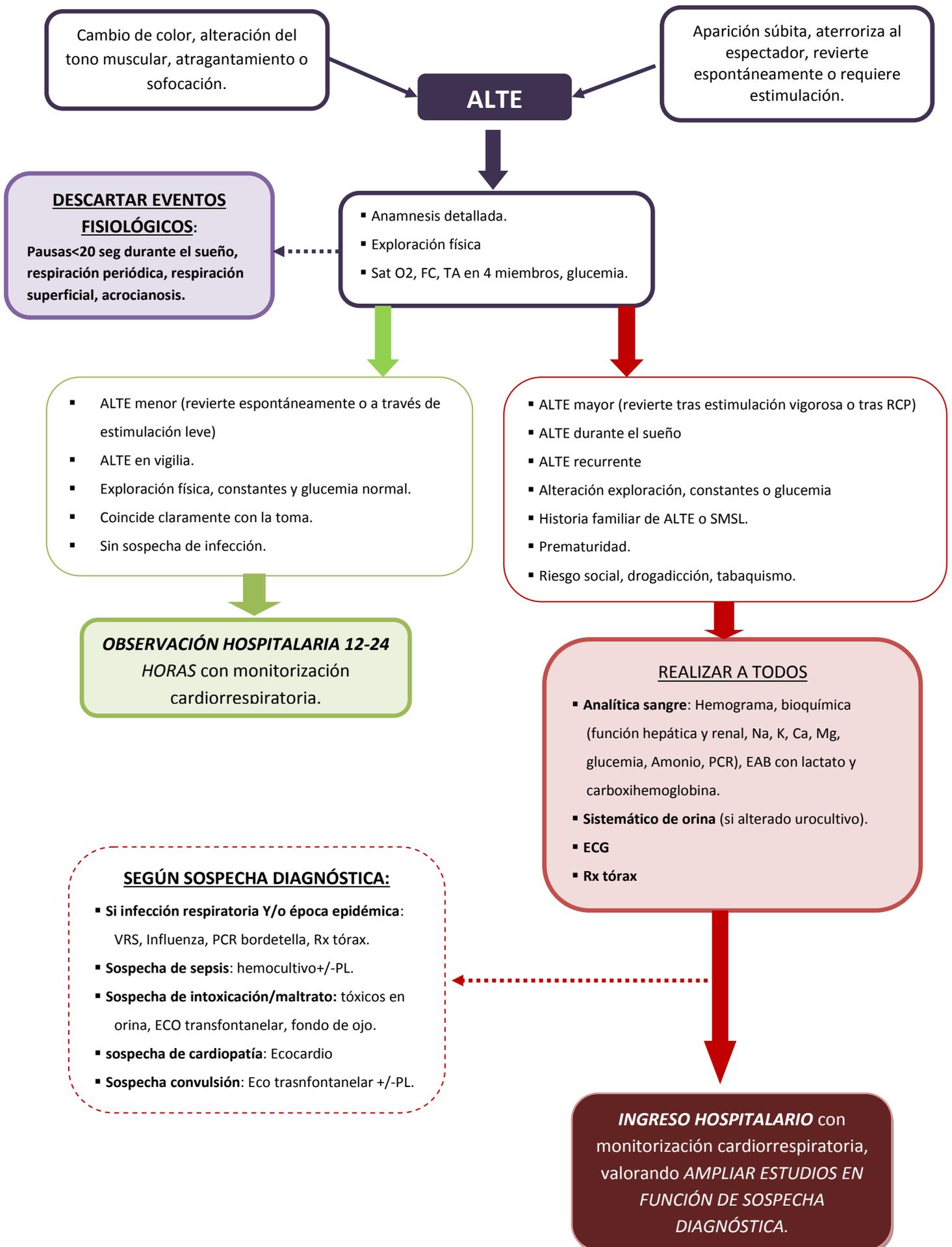
EPISODIO APARENTEMENTE LETAL

- **Definición:** El EAL se definió en 1986 por el National Institutes of Health (NIH) americano como un episodio brusco y alarmante para el observador caracterizado por uno o más de los siguientes signos: apnea (central u ocasionalmente obstructiva), cambios de coloración (cianosis o palidez o rubicundez), cambios marcados en el tono muscular (hipotonía) y/o atragantamiento o sofocación. Posteriormente otros autores lo han limitado aquellos casos que requieren estimulación enérgica y han excluido los casos claros de atragantamiento relacionados con las comidas y secreciones. Para su manejo práctico lo clasificaremos como: EAL mayor (revierte tras estimulación vigorosa o tras RCP) y EAL menor (revierte espontáneamente o a través de estimulación leve).
- **Epidemiología:** La incidencia de los EAL se estima entre 0,05 y 6 casos por cada 1.000 recién nacidos vivos y suponen un 0,6-0,8% de las visitas en los Servicios de Urgencias de los lactantes de edad inferior al año de vida.
- **Patologías que pueda involucrar:**
 - Idiopático (55%)
 - Respiratorio (8-15%): VRS, tosferina, neumonía, infecciones respiratorias altas y bajas, displasia broncopulmonar.
 - Reflujo gastroesofágico (11-60%).
 - Neurológico (11%): convulsiones, hematoma subdural.
 - Maltrato (3%).
 - Accidentes (3%): casi ahogamiento intencionado, intoxicación intencionada (CO, metadona).
 - Metabólico/endocrino (2%): hiperplasia suprarrenal congénita, errores congénitos del metabolismo.
 - Otras infecciones (2%): sepsis, meningitis/encefalitis, influenza.
 - Cardiológicas (1%): cardiopatías congénitas, arritmias (QT prolongado).

EPISODIO APARENTEMENTE LETAL



EPIISODIO APARENTEMENTE LETAL



EPISODIO APARENTEMENTE LETAL

4. EVALUACIÓN TERCIARIA:

A. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

1. Pruebas complementarias generales y posibilidad diagnóstica:
 - Hemograma: infección, anemia.
 - Bioquímica con función hepática, renal, electrolitos, glucemia, amonio, PCR: infección, enfermedades metabólicas e iónicas, hepatopatía, deshidratación.
 - EAB con lactato y carboxihemoglobina: acidosis, hipoxemia, tóxicos, errores congénitos del metabolismo.
 - Sistemático de orina+/- urocultivo: infección.
 - ECG: arritmias, QTc prolongado.
 - Rx tórax: infección, cardiopatías, fracturas costales, malformaciones.
2. Pruebas complementarias especiales y posibilidad diagnósticas:
 - Hemocultivo y LCR: sepsis, meningitis, encefalitis.
 - Tóxicos en orina: intoxicación, maltrato.
 - Ecotransfontanelar: convulsiones, maltrato.
 - Fondo de ojo serie ósea: maltrato.
 - Aspirado nasofaríngeo (VRS, Influenza, Bordetella): infecciones

B. TRATAMIENTO ESPECÍFICOS:

1. Si ALTE presenciado: estimulación, optimación de la vía aérea y administrar oxígeno.
2. Tratamiento etiológico (en contadas ocasiones):
 - Hipoglucemia: glucosa 0,25 gr/kg IV
 - Infección: antibioterapia IV (si < 3 meses: ampicilina 200 mg/kg+ cefotaxima 200 mg/kg/d; si >3 meses: cefotaxima 200 mg/kg/d).
 - Convulsión: anticonvulsivantes IV (si neonato :fenobarbital 20 mg/kg; si >1 mes: diazepam 0,3 mgr/kg).
 - Intoxicación CO: Oxígeno FiO2 100%.
 - Cardiopatía: tratamiento específico según se trate de cardiopatía cianógena, bajo gasto o hiperflujo pulmonar.
 - Infección respiratoria: tratamiento de soporte y oxígeno.
 - Si bronquiolitis: adrenalina nebulizada 0,1-0,3 ml/kg + 3 cc de SSH 3%.
 - Si síndrome pertusoide: azitromicina 10 mg/kg.

C. INDICACIONES DE INGRESO:

1. Ingreso para monitorización en observación de Urgencias o en planta de hospitalización 12-24 horas:
 - ALTE menor.
 - ALTE en vigilia.
 - Exploración física, constantes y glucemia normal.
 - Coincide claramente con la toma.
 - Sin sospecha de infección.
 - No riesgo social.
2. Ingreso en planta de hospitalización para monitorización y completar estudio en función de sospecha diagnóstica:
 - ALTE mayor.
 - ALTE durante el sueño.
 - ALTE recurrente
 - Alteración exploración o constantes.
 - Historia familiar de ALTE o SMSL.
 - Prematuridad.
 - Riesgo social, drogadicción, tabaquismo.

EPISODIO APARENTEMENTE LETAL

BIBLIOGRAFIA:

1. Sánchez Etxaniz J, Santiago Burruchaga M, González Hermosa A, Rodríguez Serrano R, Astobiza Beobide E, Vega Martín MI. Características epidemiológicas y factores de riesgo de los episodios aparentemente letales. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71: 412-8.
2. Santiago-Burruchaga M, Sánchez-Etxaniz J, Benito-Fernández J, Vázquez-Cordero C, Mintegi Raso S, Labayru-Echeverría M, Vega-Martín MI. Assessment and management of infants with apparent life-threatening events in the paediatric emergency department. *Eur J Emerg Med*. 2008;15: 203-8.