los centros asistenciales), entonces se debe indicar el tratamiento en el hogar, con un seguimiento estricto en el área de salud, y se harán las recomendaciones siguientes a la madre:

1. Desvestir al lactante o dejarlo con una ropa ligera.
2. Evitar los enfriamientos bruscos o temblores.
3. Administrar abundantes bebidas frías.
4. Ponerlo en una tina con agua tibia.
5. No debe usarse hielo, agua fría, ni alcohol.
6. Indicar acetaminofén o dipirona (según el peso del niño), cada 6 horas, si la temperatura axilar es de 38 ^{0}C o mayor. Puede repetirse la dosis como mínimo cada 4 horas.
7. Los antipiréticos deben acompañarse de baños tibios hasta lograr una temperatura axilar de 37,8 ^{0}C o rectal de 38,8 ^{0}C.
8. Si la temperatura demora en bajar o asciende repetidamente, hay que reevaluar al lactante.

*Advertencia***:** el uso de la aspirina está contraindicado.

Meningitis

El diagnóstico oportuno de la meningitis es determinante en el pronóstico. Para su diagnóstico se debe tener en cuenta:

1. Signos de sospecha y alarma:
   a) Hipertermia o fiebre mantenida o hipotermia.
   b) Vómitos.
   c) Llanto persistente o irritabilidad.
   d) Rechazo a los alimentos.
   e) Dificultad para despertar o somnolencia.
   f) Fontanela abombada.
   g) Convulsiones.
   h) Lesiones purpúricas (rojas o violáceas) en la piel o mucosas.
2. Siempre que un lactante tiene criterio de SRIS de causa no precisada, se debe sospechar que haya una infección del sistema nervioso central (SNC).

Conducta que se debe seguir:

Ante la sospecha, se debe remitir al paciente de forma inmediata a la atención médica secundaria para su ingreso en cuidados intensivos.

1. Adopte las medidas generales siguientes:
   a) Monitoreo continuo de las funciones vitales: FC, FR, TA y estado de perfusión (llenado capilar, gradiente térmico, pulsos periféricos, diuresis y estado de conciencia).
   b) Coloque al paciente en decúbito supino con la cabeza en posición central y a 30 ^{0}.
   c) Oxigenación adecuada por catéter nasal: 2 L/min.
   d) Si hay inestabilidad hemodinámica, administrar cristaloides por vía e.v. (NaCl o ringer lactato) a 20 mL/kg en 20 ó 30 min.
2. Si el traslado fuese demorado, entonces administrar:
   a) Dexametasona por vía e.v. (ámp. de 4 mg-1 mL) 0,15 mg/kg/dosis, cada 6 horas.
   b) Una primera dosis de antibióticos después del esteroides y, si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, rocefín: 75 mg/kg, en bolo.

Croup

El *croup* se presenta de forma repentina, en horas nocturnas, generalmente sin pródromos ni fiebre, con resolución matutina y tendencia a recurrir. Rara vez obstruye totalmente las vías respiratorias.

Conducta que se debe seguir:

a) Si hay dificultad para respirar, el paciente deberá ser trasladado al hospital en una ambulancia con apoyo vital básico (AVB), con maleta de emergencia, o con apoyo vital avanzado (AVA), acompañado del médico y enfermero (a).
b) Se debe evaluar el cuadro clínico con pediatría. Si se decide enviar al paciente al hogar, se le indicarán las medidas siguientes a la madre:
   – Mantener al niño en un ambiente confortable para evitar el llanto, que empeora los síntomas.
   – Indicar vaporizaciones (por ejemplo: con ollas, vaporizadores, calentadores de duchas, etc.), con un cuidado extremo para evitar las quemaduras.
   – Si el niño presenta ansiedad, se le debe administrar benadrilina.

Bronquiolitis

La *bronquiolitis* es un síndrome infeccioso que se inicia en el tracto respiratorio superior (coriza, rinorrea y obstrucción nasal) y progresa hacia manifestaciones del tracto respiratorio, con tos, dificultad respiratoria, retracción costal, estertores gruesos o roncos y sibilantes.

Ante la sospecha de este síndrome:

1. Evalúe los factores de riesgo:
   a) Prematuridad (cardiopatías congénitas, displasia broncopulmonar o hipertensión pulmonar).
   b) No lactancia materna (hacinamiento, hábito de fumar).
   c) Atopia familiar (asistencia a círculos infantiles).
2. Busque signos de gravedad:
   a) Niño que aparenta estar muy enfermo (< 3 meses, pretérmino).
   b) Cianosis o FR > 70 resp/min.
   c) Incapacidad para beber o para alimentarse.
   d) Niño que no tolera la posición de decúbito.
   e) Irritabilidad o somnolencia.

Conducta que se debe seguir:

1. Ante la presencia de signos de gravedad y factores de riesgo, debe evacuarse al niño de inmediato al hospital en una ambulancia, con oxígeno humidificado a 2 ó 3 L/min.
2. Si hay signos de alarma, el paciente se encuentra atendido correctamente por el médico de la familia y no reside en lugares apartados, entonces se puede tratar en el hogar, y adoptar las medidas siguientes:
   a) Manejo mínimo para evitar su irritabilidad que empeora la dificultad respiratoria.
   b) Hidratación oral.
   c) Prendas de vestir adecuadas.
   d) Actuar sobre los factores de riesgo, por la tendencia a recurrir.
   e) Vigilancia estrecha en el área de salud.
   f) Educar al familiar en la detección de los signos de alarma.

Hemorragia nasal o epistaxis

Conducta médica que se debe seguir:

1. Interrogatorio dirigido a:
   a) Traumas.
   b) Hemorragias a otro nivel.
   c) Epistaxis anteriores.
   d) Si hay sangramiento unilateral, descartar que haya un cuerpo extraño en los orificios nasales.
2. Simultáneo con el interrogatorio, se deben tomar medidas para el control de la hemorragia:
   a) Apretar las aletas de la nariz por ambos lados, justamente debajo del puente oseonasal.
   b) Presionar fuertemente durante al menos 10 minutos.
   c) Chequear que la respiración bucal no esté comprometida.
   d) Si no cesa la hemorragia, trasladar al paciente de inmediato al hospital.
   e) Si la hemorragia cesa, mantener al paciente en observación y reposo, por lo menos 2 horas e indicar luego su reposo en el hogar.
   f) Si se sospecha la presencia de un cuerpo extraño, evaluar con el otorrinolaringólogo (ORL).

Deshidratación

1. Causas más frecuentes:
   a) Vómitos, diarreas o ambos.
   b) Insuficiente ingestión de líquidos.
   c) Sudaciones copiosas.
2. Identifique los signos clínicos de deshidratación:
   a) Sed marcada (se expresa por la avidez de agua).
   b) Boca seca o saliva espesa.
   c) Ojos hundidos.
   d) Taquicardia.
   e) Polipnea.
   f) Fontanela deprimida.
   g) Somnolencia.
   h) Pliegue cutáneo.
   i) Disminución de la diuresis en frecuencia y cantidad.
   j) Pérdida de peso.
3. Clasificación y tratamiento de la deshidratación.

Lactante por debajo de los 3 meses:

Llame al médico (interconsulta) o remita al paciente a la sala de emergencia hospitalaria, acompañado por el personal médico y el enfermero, si se presenta cualquiera de estos signos:

1. Estado letárgico, somnoliento o dificultad para despertarlo.
2. Alimentación escasa.
3. Llanto incontrolable, aun cuando la madre lo sostiene en brazos.
4. Irritabilidad aumentada con la manipulación (no quiere que lo alcen).
5. Frecuencia respiratoria mayor de 40 resp/min.

Lactante entre 3 y 24 meses:

Llame al médico (interconsulta) o remita al lactante a la sala de emergencia hospitalaria, acompañado por el personal médico y el enfermero, si se presenta cualquiera de estos signos:

tante a la sala de emergencia hospitalaria, acompañado por el personal médico y el enfermero, si se presenta cualquiera de estos signos:

tante a la sala de emergencia hospitalaria, acompañado por el personal médico y el enfermero, si se presenta cualquiera de estos signos:

tante a la sala de emergencia hospitalaria, acompañado por el personal médico y el enfermero, si se presenta cualquiera de estos signos:

tante a la sala de emergencia hospitalaria, acompañado por el personal médico y el enfermero, si se pre-

Tabla 15. Test de vitalidad del recién nacido

	***Test* de Apgar**		
Signo	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100 lat/min	100 lat/min
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Irregular lento	Llanto vigoroso
Tono muscular	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
Respuesta a estímulos (Paso de sonda)	Sin respuesta	Muecas	Llanto
Coloración	Cianosis o palidez	Acrocianosis, tronco rosado	Rosado

Tabla 16. Test de valoración respiratoria del recién nacido

	***Test* de Silverman**		
Signo	0	1	2
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Respiración costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia toracicoabdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

Traumatismo craneoencefálico

Tratamiento *in situ:*

1. Asegurar la vía aérea, ventilación y circulación: RCPC, si es preciso.
2. Apertura de la vía aérea:
   a) Triple maniobra o tracción mandibular.
   b) Intubación (con estabilización de columna cervical) si:
      – Obstrucción de la vía aérea.
      – Respiración ineficaz o nula.
      – Pérdida de los reflejos protectores de la vía aérea.
      – Glasgow < 8 puntos.
      – Convulsión recidivante o prolongada.
3. Soporte hemodinámico (mantener la TA estable):
   a) Canalizar la vía endovenosa y oral.
   b) Fluidos: solución de suero fisiológico, coloides:
      – Usar dopamina, si es preciso.
4. Valoración neurológica rápida:
   a) Glasgow, pupilas.
   b) Vigilar y tratar las convulsiones: usar fenitoína.
5. Sedación y analgesia con midazolam y fentanyl.
6. Identificar, tratar y estabilizar las lesiones asociadas.

Tabla 17. Escala de Glasgow modificada para lactantes

Actividad	Mejor respuesta
Apertura de los ojos:	
Espontánea	4
Al hablarle	3
Al dolor	2
Ausencia	1
Verbal:	
Balbuceo	5
Irritable	4
Llanto ante el dolor	3
Quejidos ante el dolor	2
Ausencia	1
Motora:	
Movimientos espontáneos	6
Retirada al tocar	5
Retirada ante el dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia	1

Cuando existen convulsiones o un *status* convulsivo, es necesario garantizar la vía aérea, y mantener la oxigenación/ventilación.

Tabla 18. Convulsiones o *status* convulsivo

Fármaco	Dosis
Diazepam	Cánula rectal: 5 mg (< 5 años) y 10 mg (> 5 años) Rectal: 0,5 mg/kg 0,25 mg/kg, por vía e.v. o i.o.
Midazolam	Rectal o nasal: 0,5 mg/kg 0,2 mg/kg, por vía e.v. o i.o.
Fenitoína	20 mg/kg, por vía e.v. o i.o.
Fenobarbital	20 mg/kg, por vía e.v. o i.o.
Diagnóstico y tratamiento: hipoglicemia, epilepsia, trastornos electrolíticos, infección en el SNC, trauma craeoencefálico y tumor.	

Tabla 19. *Shock*

Expansores	Inotrópicos		
	Drogas	Dilución	Perfusión continua
Suero de solución salina fisiológica. Ringer lactato. Albúmina 5 %. Hidroxietilalmidón. Poligelina. Dextrano. Concentrado de hematíes. Plasma fresco congelado.	Adrenalina Noradrenalina	0,3mg/kg a diluir en suero glucosado al 5 % hasta completar 50 mL. 1 mL/h = 1 mg/kg/min	0,05 - 3 mg/kg/min. 0,05 - 2 mg/kg/min.
	Dopamina Dobutamina	3 mg/kg a diluir en suero glucosado al 5 % hasta completar 50 mL. 1 mL/h = 1 mg/kg/min	3 - 20 mg/kg/min. 5 - 20 mg/kg/min.
Dosis 20 mL/kg durante 20 min. (excepto en el *shock* cardiogénico)	*Shock* anafiláctico: - Control de la vía aérea. - Adrenalina: 0,01 mg/kg/dosis (vía s.c. o e.v.) - Expansión volémica. Si es preciso, administrar adrenalina en perfusión continua.		

Tabla 20. Medicación antiarrítmica

Droga	Dosis	Indicación
Adenosina	50 mg/kg, vía e.v., muy rápido. Doblar la dosis si persiste (hasta 250 mg/kg).	Taquicardia paroxística supraventricular (TPSV).
Verapamilo	0,1 mg/kg, vía e.v., muy lento. Contraindicado en < 1 año, *shock*.	TPSV.
Lidocaína	Carga: 1 mg/kg. Mantenimiento: 20 - 50 mg/kg/min.	Taquicardia ventricular con pulso. Fibrilación ventricular.
Atropina	1 mg/kg. Dosis mínima: 0,1 mg/dosis.	Bradicardia. Bloqueo A-V.
Desfibrilación	2 - 4 J/kg.	Fibrilación ventricular. Taquicardia ventricular sin pulso.
Cardioversión sincronizada	0,5 - 1 J/kg.	Taquicardia ventricular sin pulso.

Tabla 21. Analgesia y sedación

Fármacos	Dosis e.v.	Preparación
Morfina 1 mL = 10 mg	Inicio: 0,1 mg/kg. Mantenimiento: 20 - 50 mg/kg/h	0,5 mg/kg a diluir con suero fisiológico hasta completar 50 mL. 1 ml/h = 10 mg/kg/h.
Fentanyl 1 mL = 50 mg	Inicio: 2 - 4 mg/kg. Mantenimiento: 2 - 5 mg/kg/h	50 mg/kg a diluir con suero fisiológico hasta completar 50 mL. 1 mL/h = 1 mg/kg/h.
Ketamina 1 mL = 10 ó 50 mg	Iniciar: 1- 2 mg/kg. Mantenimiento: 0,5 - 2 mg/kg/h	Solución pura.
Midazolam 1 mL = 5 mg	Inicio: 0,2 - 0,4 mg/kg. Mantenimiento: 0,2 - 1 mg/kg/h	5 mg/kg a diluir con suero fisiológico hasta completar 50 mL. 1 mL/h = 0,1 mg/kg/h.
Propofol 1 mL = 10 mg	Iniciar: 1- 2 mg/kg. Mantenimiento: 1 - 5 mg/kg/h	Solución pura.

Tabla 22. Asma. Valoración de la gravedad

Signo	Leve	Moderada	Grave
Tos y dificultad respiratoria	Con actividad	En reposo	Marcada
Hablar	Frases completas	Frases cortas	Palabras sueltas
Color	Normal	Pálido	Subcianosis
Disnea y uso de músculos accesorios	Ausente o leve	Moderado	Marcado
Frecuencia respiratoria:			
mayor de 6 años	21 - 35 resp/min	36 - 50 resp/min	> 50 resp/min
menor de 6 años	31 - 45 resp/min	46 - 60 resp/min	> 60 resp/min
Sibilancias	Al final de la espiración	Inspiración-espiración	Silencio
Saturación de O_2	mayor de 95 %	90 % - 95 %	Por debajo de 90 %
Pico/flujo (*peak/flow*)	70 - 80	50 - 70	menor de 50

Crisis asmática:

1. Oxígeno para saturación de oxígeno ³ 94 %.
2. Salbutamol nebulizado con 6 L/min de oxígeno. Dosis: 0,03 mL/kg/dosis. Dosis máxima: 1 mL y dosis mínima: 0,25 mL, con 2 mL de suero fisiológico. Repetir cada 20 minutos, si es necesario.
3. Hidrocortisona: 4 a 8 mg/kg o metilprednisolona: 2 mg/kg.

Si hay una gran obstrucción o riesgo de agotamiento:

1. Adrenalina s.c. 1/1 000:0,01 mg/kg/dosis.
2. Salbutamol e.v.: Iniciar con 5 ó 10 mg/kg en 10 min. Dosis de mantenimiento: 0,2 ó 4 mg/kg/min.
3. Ipratropio: 25 mg nebulizado en 2 mL de suero fisiológico cada 6 horas.
4. Hidrocortisona o metilprednisolona.

Tabla 23.

Tubo endotraqueal (TET)		Medicación de intubación	Presentación	Ventilación mecánica (para transporte)
Edad	Tamaño (mm)	Atropina: 0,02 mg/kg/dosis. Dosis mínima: 0,1 mg.	1 mL = 1 mg	Frecuencia respiratoria = según edad (vea los parámetros fisiológicos).
Pretérmino	2,5 - 3			
0 - 6 meses	3 - 3,5	Succinilcolina: 1 - 2 mg/kg/dosis.	1 mL = 50 mg	Volumen tidal = 10 mL/kg. Volumen mínimo = volumen tidal × FR. PEEP = 4 cm de H_2O.
6 - 12 meses	3,5 - 4			
1 - 4 años	4 - 5			
4 - 8 años	5 - 6	Tiopental: 5 mg/kg/dosis.	1 vial = 500 mg	
8 - 12 años	6 - 7			
12 - 16 años	7 - 7,5			
TET (> 1 año) mm = $\frac{4 + \text{edad (años)}}{4}$		Midazolam: 0,2 - 0,4 mg/kg/dosis.	1 mL = 5 mg	Relación I/E (inspiración/espiración) = 1/2 Presión pico: el necesario para la expansión torácica.

Tabla 24.

Peso estimado	Tubo endotraqueal (mm)	Adrenalina 1:1 000 (mL) (primera dosis/dosis sucesivas)	Atropina 1:1 000 (mL)	Bicarbonato (mL)	Desfibrilación (J/seg)
3,5 kg	3 - 3,5	0,04/0,4	0,1	3,5	6/12
4,5 kg	3 - 3,5	0,05/0,5	0,1	5	10/20
5,7 kg	3,5	0,06/0,6	0,1	6	12/25
6,8 kg	3,5 - 4	0,07/0,7	0,15	7	15/30
8 kg	3,5 - 4	0,08/0,8	0,15	8	15/30
9 kg	4	0,1/1	0,2	9	20/40
10 kg	4 - 4,5	0,1/1	0,2	10	20/40
11 kg	4 - 4,5	0,1/1,1	0,2	11	25/50
12 kg	4 - 4,5	0,1/1,2	0,25	12	30/60
14 kg	4,5	0,15/1,5	0,3	14	30/60
15 kg	4,5	0,15/1,5	0,3	15	30/60
16 kg	4,5 - 5	0,15/1,5	0,35	16	35/70
18 kg	5	0,2/2	0,4	18	40/80
19 kg	5	0,2/2	0,4	19	40/80
21 kg	5,5 - 6	0,2/2	0,4	20	50/100
23 kg	5,5 - 6	0,25/2,5	0,5	25	50/100
26 kg	6 - 6,5	0,25/2,5	0,5	25	75/150
28 kg	6 - 6,5	0,3/3	0,6	30	75/150
31 kg	6 - 6,5	0,3/3	0,6	30	75/150
34 kg	6,5	0,35/3,5	0,7	35	75/150
38 kg	6,5	0,4/4	0,8	40	75/150
42 kg	7	0,4/4	0,8	40	100/200

Reanimación cardiopulmonar y cerebral básica en el lactante

1. Comprobar la inconciencia:
   a) Sacudir suavemente al niño.
   b) Pellizcarlo.
   c) Hablarle alto.
   d) Colocarlo en la posición de decúbito supino.
2. Pedir ayuda:
   a) A las personas del entorno.
3. Abrir la vía aérea:
   a) Maniobra frente-mentón.
   b) Triple maniobra (si hay sospecha de lesión cervical).
4. Comprobar la respiración:
   a) **M**irar el tórax.
   b) **E**scuchar el aire.
   c) **S**entir el aire.

5. Ventilar (5 insuflaciones):
   a) Boca-boca (mayor de 1 año).
   b) Boca-boca-nariz (menor de 1 año).
6. Comprobar el pulso:
   a) Braquial (menor de 1 año).
   b) Carotideo (mayor de 1 año).
   c) Iniciar masaje si la FC < 60 lat/min (menor de 1 año) o no hay pulso (mayor de 1 año).
7. Compresiones torácicas: 100 compresiones/min y 5 compresiones/1 ventilación.
8. Tras 1 minuto:
   a) Solicitar ayuda al sistema de emergencia.
   b) Mantener la asistencia médica al paciente.

Reanimación cardiopulmonar y cerebral avanzada en el lactante

1. Material que se debe utilizar:
   a) Cánula de Guedel.
   b) Sonda de aspiración.
   c) Mascarilla facial.
   d) Bolsa de resucitación.
   e) Fuente de oxígeno.
   f) Tubo endotraqueal.
   g) Laringoscopio.
   h) Mascarilla laríngea.
   i) Cánula endovenosa, aguja intraósea.
   j) Medicación (adrenalina, bicarbonato y líquidos).
   k) Monitor de electrocardiograma.
   l) Desfibrilador.
2. Apertura de la vía aérea con instrumental:
   a) Introducir la cánula de Guedel.
   b) Aspirar las secreciones.
3. Ventilación con instrumental:
   a) Ventilación con mascarilla y bolsa conectada al oxígeno (15 L/min).
   b) Mantener la vía aérea permeable.
4. Optimización de la vía aérea:
   a) Intubación (de elección).
   b) Mascarilla laríngea:
      – Comprobar la ventilación.
      – Fijar el tubo endotraqueal.
5. Ventilación y masaje:
   a) Continuar con masaje y ventilación con oxígeno a 100 %.
6. Canalizar la vía aérea:
   a) Periférica (90 s).
   b) Intraósea:
      – menores de 6 años: tibial proximal o fémur distal.
      – mayores de 6 años: tibial distal.
   c) Intratraqueal.
   d) Central.
7. Administrar drogas:
   a) Adrenalina (primera dosis): sin diluir (1:1 000) 0,01 mL/kg (i.o., e.v.). Intratraqueal: 10 veces más.
   b) Bicarbonato: 1 meq/kg. Si la RCPC > 10 min o pH > 7,10.
8. Ventilación y masaje:
   a) Continuar el masaje y la ventilación con oxígeno a 100 %.
   b) Comprobar el pulso y monitorizar.
9. Asistolia o bradicardia severa:
   a) Adrenalina (siguiente dosis) sin diluir (1:1 000) 0,1 mL/kg (RCPC por 3 min).
   b) Valorar el uso de bicarbonato: 1 meq/kg y fluidos (RCPC 3 min).
10. Fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso:
    a) Golpe precordial:
       – Desfibrilación: 2 J/kg - 2 J/kg - 4 J/kg.
       – Ventilar, intubar, vía venosa periférica.
       – Adrenalina: 0,01 mg/kg.
       – Reanimación cardiopulmonar y cerebral: 1 min.
       – Desfibrilación: 4 J/kg - 4 J/kg - 4 J/kg.
       – Descartar hipotermia, intoxicación, alteraciones electrolíticas:
       – Adrenalina: 0,1 mg/kg.
    b) Valorar el uso de bicarbonato: 1 meq/kg, y de lidocaína: 1 mg/kg si la FV es refractaria después de 3 descargas de desfibrilación.
11. Desfibrilación:
    a) Aplicar pasta conductora en palas.

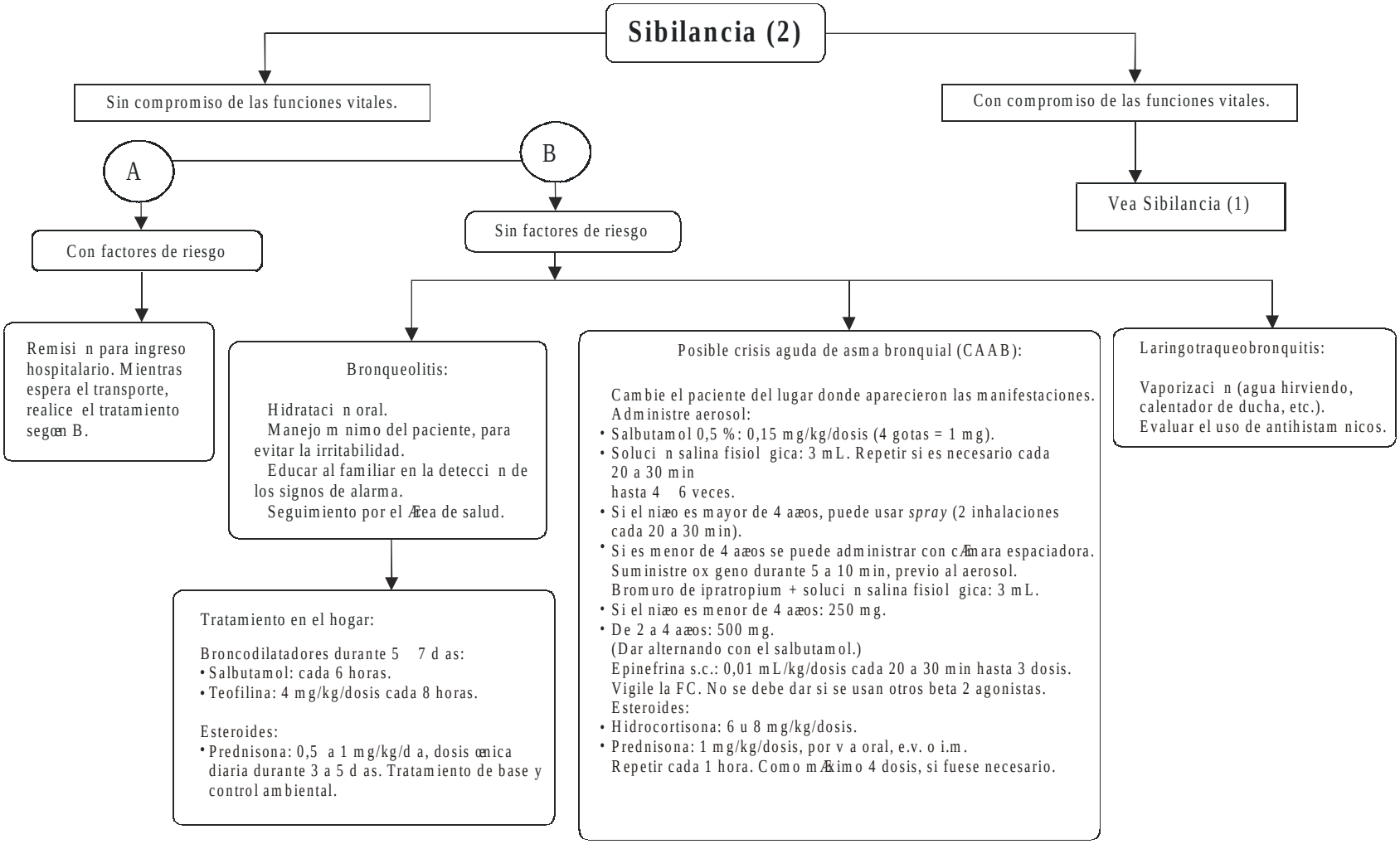
3. Brazo o muñeca fracturados:
   a) El brazo o la muñeca fracturados pueden inmovilizarse con una tablilla de madera, periódicos o revistas enrollados. Luego, se sujetan al cuerpo y se coloca una bolsa de hielo sobre la fractura.
4. Pierna fracturada:
   a) Inmovilizarla con tablillas de madera, revistas o periódicos enrollados. Obtener un material para acolchonar. Sujételo con firmeza. Coloque una bolsa de hielo.
5. Tobillos o pies fracturados:
   a) Utilice una almohada para inmovilizarlos firmemente, y coloque una bolsa de hielo sobre la fractura.
6. Acuda o llame si es necesario al servicio de urgencia más cercano.

Crisis de sibilancia en el lactante

1. Pregunte al acompañante:
   a) Antecedentes personales (cardiopatía congénita, enfermedad en etapa de recién nacido, cuadros diarreicos asociados u otros).
   b) Forma de comienzo (brusco o no, manifestaciones respiratorias previas, crisis de sofocación).
   c) Cuadros similares previos y tratamiento que ha llevado en estos.
   d) Antecedentes familiares de atopia.
   e) Características del cuadro clínico actual:
      – Si ha notado mejoría con alguna de las medidas tomadas (sacarlo del medio, cambios de posición, medicamentos, etcétera).
      – Tiempo transcurrido desde su inicio.
      – Posible agente desencadenante.
      – Si ha sido tratado con algún medicamento en estas crisis.
      – Si hay compromiso respiratorio o hemodinámico.

El interrogatorio y el examen físico deben hacerse al tiempo que se adopten los principios básicos del ABC.

2. Examine:
   a) Coloque al paciente en una posición confortable que no aumente la dificultad respiratoria (en brazos de la madre).
   b) Función respiratoria: frecuencia, desplazamiento uniforme de ambos hemitórax, retracciones intercostales y esternal, uso del músculo esternocleidomastoideo, presencia de estridor laríngeo, ventilación de ambos hemitórax, sibilancia unilateral o no y ausencia de murmullo unilateral o bilateral.
   c) Función cardiovascular: cianosis, pulsos periféricos y centrales, frecuencia y ritmo cardíaco, presencia de ritmo de galope, soplos (evaluar su presencia), hepatomegalia o visceroptosis.
3. Diagnostique:
   a) Cuerpo extraño en la vía aérea: inicio brusco, crisis de sofocación. Cuadro clínico que puede ir desde la presencia de dificultad respiratoria ligera con sibilantes unilaterales y murmullo vesicular disminuido en un hemitórax (generalmente el derecho), hasta la presencia de dificultad respiratoria grave con estridor laríngeo o no, ausencia de intercambio respiratorio, toma de conciencia, cianosis y parada cardiorrespiratoria.
   b) Insuficiencia cardíaca: polipnea, sibilantes bilaterales, puede haber estertores húmedos o no, inestabilidad hemodinámica o no, hepatomegalia, taquicardia, presencia de soplo que no existía o uno antiguo que se ha modificado, ritmo de galope o arritmia en un paciente previamente sano con manifestaciones respiratorias previas, o no sospechar miocarditis.
   c) Bronqueolitis: manifestaciones respiratorias altas (rinorrea, obstrucción nasal) genio epidemiológico, tiraje intercostal, expiración prolongada, sibilancias bilaterales.
   d) Posible crisis aguda de asma bronquial (CAAB): antecedentes familiares de atopia y personales (cólico del lactante, eritema tóxico del recién nacido, dermatitis atópica). Cuadro clínico similar a la bronqueolitis con mejor respuesta a los broncodilatadores. En ocasiones, solo la recurrencia de las crisis durante años podrá diferenciar la CAAB de la bronqueolitis en la etapa del lactante.
   e) Fibrosis quística: cuadros diarreicos asociados, sibilancia y otras manifestaciones respiratorias recurrentes. Afectación del estado nutricional.
   f) Laringotraqueobronquitis: generalmente de causa viral, se manifiesta con tos perruna, estridor inspiratorio, llanto ronco, estertores roncos y sibilantes difusos.


Sibilancia (2)
Sin compromiso de las funciones vitales.
Con compromiso de las funciones vitales.
A
B
Vea Sibilancia (1)
Con factores de riesgo
Sin factores de riesgo
Remisi n para ingreso hospitalario. Mientras espera el transporte, realice el tratamiento segœn B.
Bronqueolitis:
Hidrataci n oral.
Manejo m nimo del paciente, para evitar la irritabilidad.
Educar al familiar en la detecci n de los signos de alarma.
Seguimiento por el Æea de salud.
Tratamiento en el hogar:
Broncodilatadores durante 5 7 d as:
• Salbutamol: cada 6 horas.
• Teofilina: 4 mg/kg/dosis cada 8 horas.
Esteroides:
• Prednisona: 0,5 a 1 mg/kg/d a, dosis œnica diaria durante 3 a 5 d as. Tratamiento de base y control ambiental.
Posible crisis aguda de asma bronquial (CAAB):
Cambie el paciente del lugar donde aparecieron las manifestaciones.
Administre aerosol:
• Salbutamol 0,5 %: 0,15 mg/kg/dosis (4 gotas = 1 mg).
• Soluci n salina fisiol gica: 3 mL. Repetir si es necesario cada 20 a 30 min
hasta 4 6 veces.
• Si el niæo es mayor de 4 aæos, puede usar *spray* (2 inhalaciones cada 20 a 30 min).
• Si es menor de 4 aæos se puede administrar con cÆmara espaciadora.
Suministre ox geno durante 5 a 10 min, previo al aerosol.
Bromuro de ipratropium + soluci n salina fisiol gica: 3 mL.
• Si el niæo es menor de 4 aæos: 250 mg.
• De 2 a 4 aæos: 500 mg.
(Dar alternando con el salbutamol.)
Epinefrina s.c.: 0,01 mL/kg/dosis cada 20 a 30 min hasta 3 dosis.
Vigile la FC. No se debe dar si se usan otros beta 2 agonistas.
Esteroides:
• Hidrocortisona: 6 u 8 mg/kg/dosis.
• Prednisona: 1 mg/kg/dosis, por v a oral, e.v. o i.m.
Repetir cada 1 hora. Como mÆximo 4 dosis, si fuese necesario.
Laringotraqueobronquitis:
Vaporizaci n (agua hirviendo, calentador de ducha, etc.).
Evaluar el uso de antihistam nicos.

4. Evalúe los signos de gravedad:
   a) Cianosis.
   b) Incapacidad para beber.
   c) Bamboleo toracoabdominal.
   d) Uso de músculos accesorios de la respiración.
   e) Ausencia de ruidos respiratorios.
   f) Taquicardia severa o bradicardia.
   g) Toma del estado de conciencia.
   h) Pulso paradójico.

5. Evalúe los factores de riesgo:
   a) Cardiopatía congénita.
   b) Displasia broncopulmonar.
   c) Edad (en menores de 3 meses, el riesgo es menor).
   d) Prematuridad.
   e) Condiciones económicas (hacinamiento, madres adolescentes, etcétera).
   f) Residentes en zonas alejadas de la atención médica.