

LLANTO EN EL LACTANTE

-Motivo de consulta en urgencias-



HMI, 19.JUNIO.2018

MARÍA VICTORIA LEDESMA ALBARRÁN
Dr. Naranjo Vivas

OCTUBRE 2018

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- EPIDEMIOLOGÍA
- ETIOLOGÍA
- ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICO



DEFINICIÓN



“El llanto es una respuesta fisiológica a necesidades insatisfechas o enfermedades potencialmente graves”

Un menor de 4 meses llora una media de 1-4 horas al día disminuyendo progresivamente a partir de la 10 semana de vida.

- Allister L, Ruest S. A systematic approach to the evaluation of acute unexplained crying in infants in the emergency department. *Pediatr Emerg Med Pract.* 2014 Mar;11(3):1-17

- R. Marañón Pardillo, A. Rivas García. Llanto/Irritabilidad en el lactante. En: M^o Concepción Miguez Navarro. Síntomas/signos guía en Urgencias pediátricas. 1^o Ed. Madrid. Ergón; 2016. p432-35.

EPIDEMIOLOGÍA

- Suponen un 2,5 % de las consultas en servicios de urgencias Españoles.
- **El 13% vuelve a acudir** a urgencias antes de 1 semana.
- Tiene gran **IMPACTO EMOCIONAL** en los padres.
- Mayor incidencia proporcional en menores de 1 mes y menores de 6 meses.
- Hasta un 30% son diagnosticados de cólicos, un 15% de OMA y un 6% estreñimiento.
- **UN 5% PRESENTAN PATOLOGÍAS RELEVANTES.**

-Akhnikh S, Engelberts AC, van Sleuwen BE. The excessively crying infant: etiology and treatment. *Pediatr Ann.* 2014 Apr;43(4):e69-75

- Allister L, Ruest S. A systematic approach to the evaluation of acute unexplained crying in infants in the emergency department. *Pediatr Emerg Med Pract.* 2014 Mar;11(3):1-17

OCTUBRE 2018

FISIOLÓGICAS

- **Hambre** o sed.
- **M** **ambientales**
- **F**



- Mala higiene
- Erupción dentaria.

PATOLÓGICAS



- **FISIOLÓGICAS**
- **TRAUMATISMOS**
- **NE**
- **SINDROM**
- **ERRORES METAB**
- **ENDOCRINOLÓGICOS**
- **INTOXICACIONES**
- **CARDIOLÓGICOS**
- **RESPIRATORIOS**

HISTORIA CLÍNICA



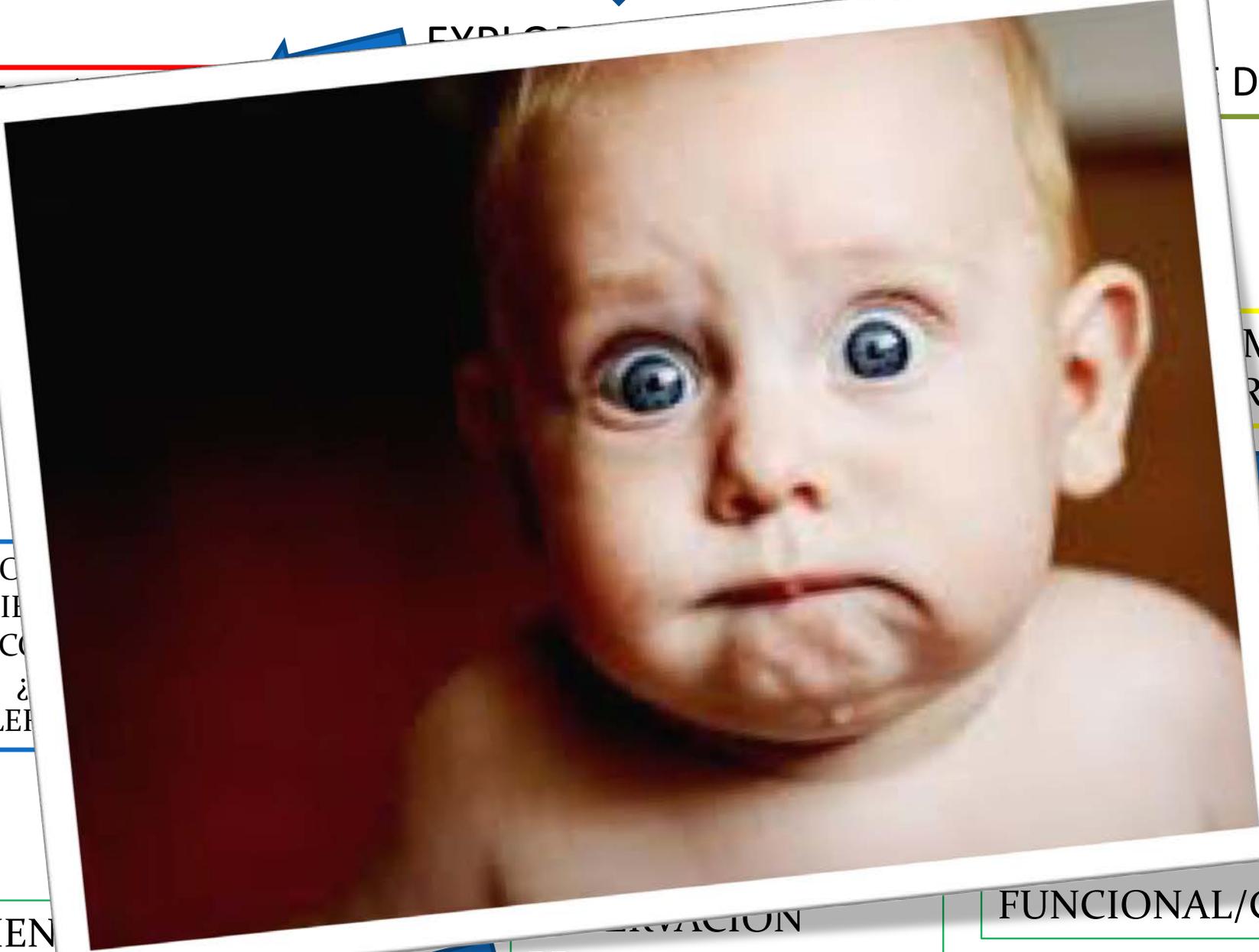
EXPLORACIÓN

¿CAUSA



SI
Ttº SUBYACENTE

NO
ESTANCAMIENTO
RELACIÓN CON
¿INTOLERANCIA?



Dº FIEBRE

MAL
ALIMENTADO



ACTANTE

MENOR

¿TIU?

PB
COMPLEMENTARIAS

FUNCIONAL/COLICO



HISTORIA CLÍNICA



EXPLORACIÓN FÍSICA

*HASTA EL 70% SE
DIAGNOSTICAN
ÚNICAMENTE MEDIANTE
**HISTORIA CLÍNICA Y
EXPLORACIÓN
FÍSICA.***

HISTORIA CLÍNICA

- ANTECEDENTES:
 - Embarazo, periodo perinatal y neonatal.
 - Vacunación.
 - AP Y AF
 - Medicación
- ALIMENTACIÓN
- LLANTO:
 - Inicio, duración, frecuencia.
 - Relacionan con alguna circunstancia.
 - Calma con alguna acción.
 - “No suele llorar así”.
 - Rechazo de tomas.
- Otra sintomatología.



EXPLORACIÓN FÍSICA

- Fiebre.
- Llanto que “no calma”.
- Taquicardia.
- Retraso ponderal.
- Maltrato.



- OFT: GLAUCOMA, CONJUNTIVITIS, **ÚLCERAS CORNEALES**

-ORL: **OMA, ESTOMATITIS, FARINGITIS, RINITIS**

-CUERPOS EXTRAÑOS

-TRAUMATISMOS

NRL: **MENINGITIS**, ENCEFALITIS, HIC
SÍNDROMES DE ABSTINENCIA

ERRORES INNATOS DE METB.
DESHIDRATACIÓN, GLUCEMIA,
NATREMIA, HIPOTIROIDISMO
INTOXICACIONES- INGESTA, CO-

EXANTEMAS PRURIGINOSOS
DERMATITIS ATÓPICA
PICADURAS, CELULITIS

GEA, **INVAGINACIÓN**, VÓLVULO,
HIRSCHSPRUNG, OBSTRUCCIÓN,
APENDICITIS, **CÓLICOS, HERNIAS,**
ERGE, FISURAS ANALES, APLV.

ENDOCARDITIS, PERICARDITIS
CARDIOPATIAS CONGÉNITAS.
ASPIRACIÓN, NEUMONIA,
NEUMOTÓRAX

FRACTURAS –MALTRATO- ,
LUXACIONES, PELOS EN DEDOS,
MIOSITIS, ARTRITIS.

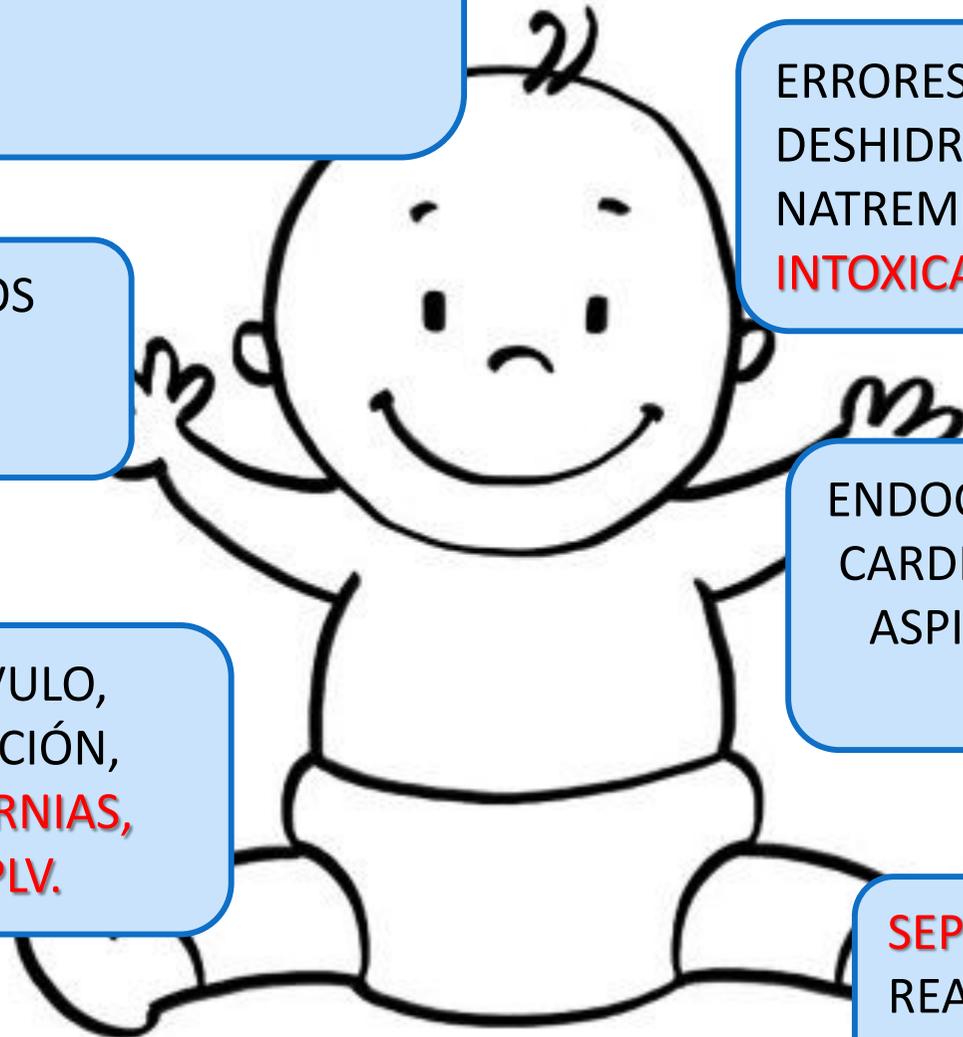
SEPSIS

REACCIONES ALÉRGICAS
IDIOPATICO

ITU, TORSIÓN TESTICULAR,
BALANITIS, EPIDEDIMITIS

FISIOLÓGICAS

OCTUBRE 2018



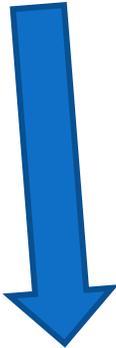
HISTORIA CLÍNICA



EXPLORACIÓN FÍSICA

PATOLÓGICA
¿CAUSA IDENTIFICABLE?

FIEBRE
PROTOCOLO DE Dº FIEBRE



NORMAL



PRIMER EPISODIO



RECUERRENTE

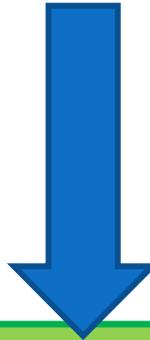


ESTANCAMIENTO PONDERAL
RELACIÓN CON LAS TOMAS
¿ERGE?
¿INTOLERANCIA A PLV?

HISTORIA CLÍNICA



EXPLORACIÓN FÍSICA



NORMAL
PRIMER EPISODIO

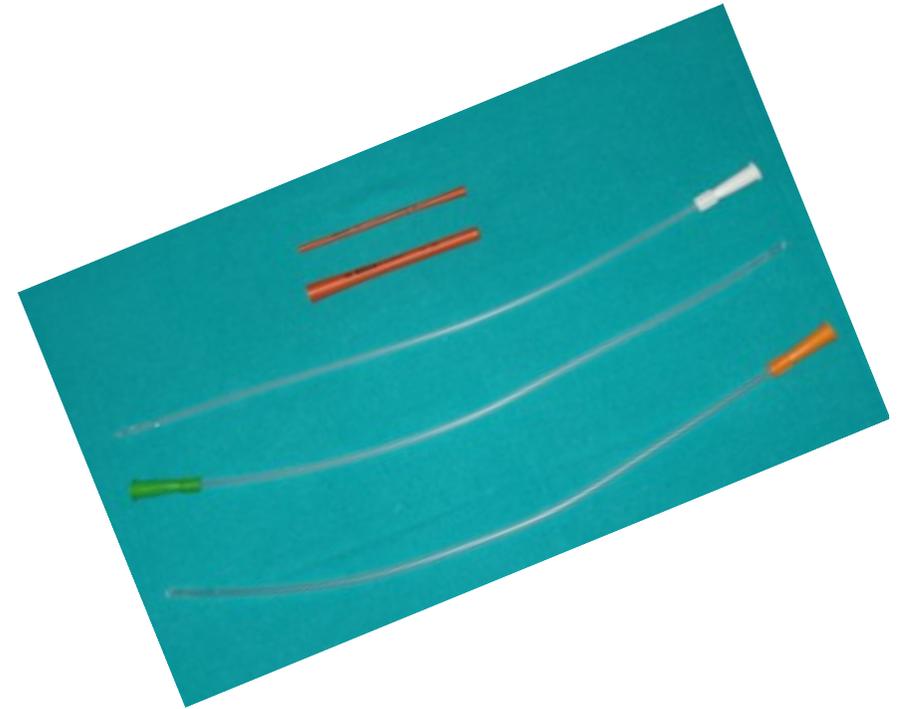


PRUEBA
TERAPEÚTICA

TRATAMIENTO

- “PRUEBA TERAPEÚTICAS”:

Estimulación rectal con sonda.
- *Si clínica sugestiva-*



Realizar una toma y valorar la técnica y tolerancia de la misma.



HISTORIA CLÍNICA

EXPLORACIÓN FÍSICA

PATOLÓGICA
¿CAUSA IDENTIFICABLE?

SI
Ttº SUBYACENTE

NO
PB COMPLEMENTARIAS

NORMAL
PRIMER EPISODIO

PRUEBA
TERAPEÚTICA

NO CESA
PB COMPLEMENTARIAS

CESA
FUNCIONAL/CÓLICO

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Orientadas según hallazgos en Exploración Física.
- Ante no focalidad:
 1. Sedimento urinario en <3 meses
 2. Tinción ocular con fluoresceína <1mes
 3. Gasometría (glucemia capilar).
 4. Pruebas de imagen (Ecografía abdominal y cerebral).
 5. Hemograma, bioquímica.
 6. *ECG
 7. *Radiografía de tórax
 8. *LCR



HISTORIA CLÍNICA

EXPLORACIÓN FÍSICA

FIEBRE
PROTOCOLO DE Dº FIEBRE

PATOLÓGICA
¿CAUSA IDENTIFICABLE?

SI
Ttº SUBYACENTE

NO
PB COMPLEMENTARIAS

NORMAL
PRIMER EPISODIO

NORMAL
RECURRENTE

“NORMAL”
ESTANCAMIENTO PONDERAL
RELACIÓN CON LAS TOMAS
¿ERGE?
¿INTOLERANCIA A PLV?

PRUEBA
TERAPEÚTICA

SI
CÓLICO
DE LACTANTE

MENOR DE 3 MESES
¿ITU?

NO CESA
OBSERVACIÓN
PB
COMPLEMENTARIAS

CESA
FUNCIONAL/CÓLICO

CÓLICO DEL LACTANTE

- Llanto excesivo paroxístico y vespertino en lactante sano entre 2 semanas y 4 meses.
- NORMALIDAD ENTRE LAS CRISIS.
- **Diagnóstico de exclusión: *Regla de Wessel**
 - Síntomas principales (2):
 - Llanto paroxístico
 - Inquieto, molesto, irritable
 - Vespertino
 - Flexión de piernas sobre el abdomen.
 - Síntomas secundarios(1):
 - No calma con la comida
 - Timpanismo abdominal
 - Estreñimiento habitual
 - Rubefacción facial

CÓLICO DEL LACTANTE

espertino en lactante sano

IRISIS.

gla de Wessel

abdomen.



CÓLICO DEL LACTANTE



“MENSAJES PARA LLEVAR A CASA”



- Es un motivo frecuente de consulta en urgencias.
- El llanto puede ser FISIOLÓGICO O PATOLÓGICO.
- Es muy importante la **historia clínica y exploración física**.
- La causa más frecuente de llanto son los cólicos del lactante seguida de OMA.



guiainfantil



guiainfantil.com



guiainfantil.com



guiainfantil.com



OCTUBRE 2018

guiainfantil.co

¿ALTE O BRUE?



MARIA VICTORIA LEDESMA ALBARRÁN
Dr. Naranjo Vivas

HMI; 19.JUNIO, 2018
OCTUBRE 2018

¿ALTE o BRUE?

- DEFINICIÓN
- EPIDEMIOLOGÍA
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- PLAN



ALTE-EAL

EPISODIO APARENTEMENTE LETAL

Definición (NIH, 1986):

Un episodio aparentemente letal (EAL) es un suceso inesperado, brusco que *IMPRESIONA DE RIESGO VITAL* al observador.

Se caracteriza por una combinación de:

APNEA

CAMBIOS DE LA COLORACIÓN (cianosis, palidez, rubor)

y **TONO MUSCULAR** (hipotonía, hipertónica);

ASFIXIA O ATRAGANTAMIENTO.

BRUE

BRIEF RESOLVED UNEXPLAINED EVENTS

Definición (AAP, 2016)

Es un acontecimiento observado en **niños menores de 1 año** de edad, repentino y breve (de **menos de un minuto** de duración), resuelto en el momento de la consulta, caracterizado por al menos UNO DE LOS SIGUIENTES signos:

**RESPIRACIÓN IRREGULAR, AUSENTE O DISMINUIDA
CIANOSIS O PALIDEZ (NO RUBOR),
CAMBIO EN EL TONO MUSCULAR (HIPER-HIPOTONÍA)
O ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CAPACIDAD DE RESPUESTA.**

La propuesta actual también agrega que un evento se denomina BRUE sólo cuando **NO HAY UNA EXPLICACIÓN** para el mismo después de realizar una adecuada anamnesis y examen físico.

Pacientes que no son BRUE

- Tos
- Fiebre
- Dificultad respiratoria.
- Anormalidad de las vías respiratorias.
- Vómitos-Reflujo gastroesofágico

BRUE: **NO HAY UNA EXPLICACIÓN**
para el mismo después de realizar una
adecuada anamnesis y examen físico adecuado.



¿ALTE o BRUE?

- Son niños que en su mayoría están **SALUDABLES** en el momento de la consulta.
- Presenta síntomas definidos por el cuidador con demasiada **SUBJETIVIDAD** y muy poca precisión. (peligro de vida o sensación de muerte inminente).



¿ALTE o BRUE?

EPIDEMIOLOGÍA:

- El 1% de las consultas en urgencias.
- La mayoría en <12 meses.
- Pico de incidencias a los 2 meses.
- El 50% EF normal.
- **¡¡El 3% de los ingresos en lactantes!!**
- En más de un 50% de los EAL no se encuentra causa. El reflujo gastroesofágico (30%), las convulsiones (10%), infecciones, las arritmias y la anemia son las más frecuentemente relacionadas.

HISTORIA CLÍNICA. ¿EAL o BRUE?

- ANTECEDENTES:
 - Muerte súbita familiar.
 - Abortos.
 - Primer episodio.
 - Fumadores en domicilio.
 - Clínica infecciosa días previos.
 - Vacunación.
- MEDICACIÓN.
- RELACIÓN CON ALIMENTACIÓN.
- CARACTERIZAR EVENTO: Descripción del evento. Duración, contexto, recuperación .



EXPLORACIÓN FÍSICA

- RESPIRACIÓN
- COLOR
- TONO
- REACTIVIDAD

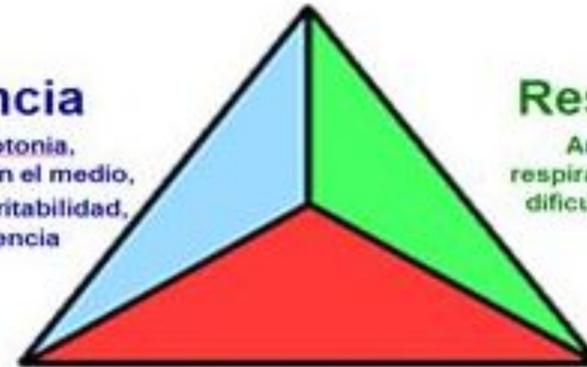
Triángulo de Evaluación Pediátrica

Apariencia

Anormal: hipotonía,
deconexión con el medio,
mirada perdida, irritabilidad,
inconsciencia

Respiración

Anormal: ruidos
respiratorios o signos de
dificultad para respirar



Circulación

Anormal: cianosis,
palidez, parcheada

ALTE



- **BAJO RIESGO:**

- Único, corto y autolimitado en relación con la toma y EF normal.
- Sin factores de riesgo: recurrencia < 24 horas, AF de muerte súbita.
- Desencadenado con la toma/atragantamiento.

- **Factores de riesgo. ALTO RIESGO:**

- < 3 meses, prematuridad, EAL recurrente, AF de EAL o SMSL, anomalías congénitas, sospecha de maltrato.

BRUE:



BAJO RIESGO:

- Paciente con >60 días de vida.
- Si prematuridad >32 SEG y edad postconcepcional >45 SEG.
- Primer episodio
- No RCP
- EF y anamnesis anodina.

¿ALTE o BRUE? MANEJO



INESTABILIDAD HD

Oxigenoterapia, monitorización,
acceso venoso periférico...RCP.



ESTABILIDAD HD

EAL

BRUE

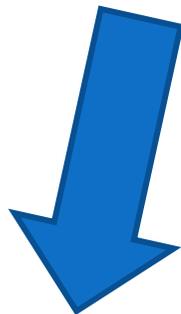
BAJO RIESGO

ALTO RIESGO

EXPLORACIÓN FÍSICA NORMAL
Y NO FACTORES DE RIESGO

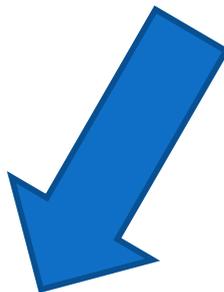
EXPLORACIÓN FÍSICA NORMAL
Y NO FACTORES DE RIESGO

SI



ALTA.
Revisión en 24 h.

SI



INGRESO
MONITORIZACIÓN
12-24 HORAS

NO



HOSPITALIZACIÓN
MONITORIZACIÓN 48-72H
PPCC PRIMER NIVEL
+/- SEGUNDO NIVEL

¿ALTE o BRUE? MANEJO



INESTABILIDAD HD

Oxigenoterapia, monitorización,
acceso venoso periférico...RCP.



ESTABILIDAD HD

BRUE

EAL



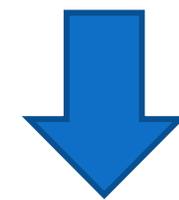
BAJO RIESGO



ALTO RIESGO



ALTA. Revisión en 24 horas.
*Observación 12 horas con
monitorización



FACTORES DE RIESGO

HOSPITALIZACIÓN
MONITORIZACIÓN 48-72H
PPCC PRIMER NIVEL
+/- SEGUNDO NIVEL

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- PRIMER NIVEL
 - Hemograma, BQ (láctico, amonio y pirúvico), PCR. Hemocultivo.
 - Gasometría-carboxiHb
 - ECG (QTc).
 - Sistemático y tóxicos en orina. Urocultivo.
 - Test rápido de gripe (si época epidémica).
- SEGUNDO NIVEL –Según sospecha-
 - Estudio de deglución, esofagograma. pHmetría.
 - PCR Bordetella.
 - EEG
 - ECOGRAFIA-TAC CRANEAL. Fondo de ojo.
 - Ecocardiografía. Holter.
 - Polisomnografía.

MENSAJES PARA LLEVAR A CASA



- ALTE/ EAL
 - *Combinación de apnea, cambios de la coloración (cianosis, palidez o rubor) y tono muscular (hipotonía, hipertonía); asfixia o atragantamiento.*
- BRUE
 - *Niños menores de 1 año, repentino y breve (menos de un minuto de duración), resuelto en el momento de la consulta, caracterizado por al menos uno de los siguientes: respiración irregular, ausente o disminuida; cianosis o palidez (no rubor), cambio en el tono muscular (hiper-hipotonía) o alteración del nivel de capacidad de respuesta.*
 - *Sólo cuando no hay una explicación para el mismo después de realizar una adecuada anamnesis y examen físico.*

MENSAJES PARA LLEVAR A CASA



- *EAL De bajo riesgo con EF normal y sin FR o BRUE de bajo riesgo: ALTA.*
- *Los EAL y el síndrome de muerte súbita del lactante son entidades diferenciadas, no relacionables.*
 - *Recalcar un factor predisponente común, la exposición al tabaco prenatal.*
- *Las pruebas diagnósticas deben individualizarse, al igual que la monitorización domiciliaria, indicada en casos seleccionados.*

Bibliografía

- *Manuel Rocca Rivarola*. BRUE: Un nuevo término y enfoque que podría mejorar nuestra práctica, 2016.
- Marta García Fdez de Villalta¹, Aina Martínez Planas ², FJ. Climent Alcalá ¹
- Actualización en la evaluación del Episodio Aparentemente Letal , SEPHO, 2017.
- *BRUE: a new term and approach that could improve our practice*
- Tieder JS et al. Brief Resolved Unexplained Events and evaluation of Lower risk Infants. Clinical Practice Guideline AAP. Pediatrics vol.137, number 5, May 2016.
- Santos L. Episodio aparentemente letal en urgencias pediátricas (Benito/Mintegi) 2015
- García Teresa MA y Col. ALTE: Episodios amenazantes para la vida. En urgencias y tratamiento de niño grave 3º ed. 2014.
- Corwing MJ et al. Acute events in infancy including brief resolved unexplained event. UptoDate Nov. 2016
- Julia Lea y Marta Garcia. Evaluación y seguimiento de lactantes que sufrieron un episodio aparentemente letal. Anales de Ped. 2010.
- Protocolo Hospital Universitario niño Jesus 2014. EAL.

MUCHAS GRACIAS

