

## **RESUMEN XLIII JORNADAS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA**

### **Tres casos clínicos excepcionales de resolución de emergencias pediátricas con riesgo vital**

Dra. Margarita Aldunate Riedemann,  
Hospital Roberto del Río

**Introducción:** Afortunadamente las emergencias pediátricas con riesgo vital no son frecuentes. Sin embargo en el Hospital Roberto del Río se atienden pacientes de alta complejidad y en ocasiones ocurren situaciones críticas que requieren resolución inmediata.

**Material y Método:** Se presentan 3 casos clínicos ocurridos en los últimos años en el Hospital Roberto del Río.

**Caso 1:** Preescolar portador de traqueostomía. Presenta decanulación accidental e imposibilidad de reposicionar la cánula ni de colocar TET. A pesar de ventilación con ambú por ostoma presenta deterioro respiratorio progresivo. Se introduce sonda nasogástrica conectada a flujo de oxígeno por ostoma y avanza hacia la tráquea consiguiendo leve mejoría. A continuación se corta extremo distal de la sonda y utiliza como tutor para avanzar la cánula con técnica tipo Seldinger logrando colocar el dispositivo en el lumen traqueal. Se retira la sonda y fija la cánula en posición consiguiendo la resolución de la emergencia.

**Caso 2:** Paciente de sexo femenino de 7 años cursando con escarlatina quirúrgica secundaria a quemadura infectada 6 % AB de extremidades inferiores. Estas se encuentran cubiertas por vendajes desde la región inguinal hasta los tobillos. La niña evoluciona con shock séptico y no se logra conseguir segunda vía venosa periférica. Se decide colocar osteoclisis para lo cual se introduce trocar en cresta ilíaca izquierda. Se pasa un volumen de 20 cc por kilo por esta vía en un plazo aproximado de 20 minutos usando jeringas con solución fisiológica. Paralelamente se realizaron las restantes medidas de estabilización consiguiendo revertir la emergencia.

**Caso 3:** Paciente de sexo masculino de 1 año de edad portador de Sd. VATER y con antecedentes de atresia esofágica operada en período de R.N.. Cursa con infección respiratoria que obliga a ventilación mecánica, evidenciándose fístula traqueoesofágica recidivada y fuga de aire por la fístula. Progresivamente la ventilación se hace cada vez más difícil a pesar del uso de altos parámetros en ventilación mecánica de alta frecuencia llevando a deterioro franco de los gases arteriales. Se diseña una sonda con balón esofágico tipo Soengstaken para intentar ocluir el orificio fistuloso. Se emplea una sonda folley a la cual se le corta el balón y sobre la que se amarra un dedo de guante consiguiendo un balón más largo. La sonda se mide en forma habitual para dejar su extremo en el estómago. Mientras se ausculta el epigastrio se avanza por la boca e infla el balón. Se consigue inmediato cese de filtración aérea hacia la vía digestiva y rápida mejoría de gases con disminución de parámetros ventilatorios. Una vez resuelta la emergencia el paciente es sometido a cirugía al día siguiente.

**Discusión:** En dos de los tres pacientes se modificaron procedimientos descritos para otras situaciones aplicándolos en eventos de emergencia vital. En el tercero se utiliza un sitio excepcional de punción para osteoclisis. En los tres casos la intervención decidida y oportuna del equipo tratante permitió resolver la situación crítica.