

ADENOPATÍA: LA IMPORTANCIA DE SEGUIR EL PROTOCOLO

Autores: Francisco Hernández Fuentes*, M^a Teresa Navarro Esteban*, Natalia García Sánchez*, Enrique Gómez Imbernón*, Elisa Pino Ruiz*, Aránzazu Nicolás Martínez*

* Médicos Residentes de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un neonato con disminución del nivel de conciencia por lo que debemos estabilizarlo mediante secuencia ABC. Debemos pensar y tratar las principales etiologías: sepsis, infección del sistema nervioso central, alteraciones iónicas, deshidratación, hipoglucemia, hiperplasia suprarrenal congénita...

CASO CLÍNICO

Neonato de 24 días que consulta en urgencias por cuadro catarral y rechazo de la ingesta. Afebril sin otra clínica asociada. Embarazo, parto y periodo neonatal sin incidencias con cribado metabólico normal. Presenta tendencia a la somnolencia y episodio de apnea con cianosis autolimitado por lo que requiere estabilización en sala de atención inmediata. Se canaliza vía periférica y se extrae gasometría con equilibrio ácido base y glucemia normales pero con hiponatremia severa de 115 mg/dL con resto de iones normales. Se confirma con analítica sin aumento de reactantes. Se decide ingreso en UCIN neonatal. Repite episodios de apnea por lo que se coloca CPAP nasal con buena respuesta. Al presentar hiponatremia sintomática se administra un bolo de SH3% objetivando mejoría del nivel de conciencia. Se continua con sueroterapia a 100% de Necesidades basales y se calcula para corregir déficit de Na en 48h. Presenta un hemograma normal con reactantes negativos. Se extrae estudio de hiponatremia. Se trata de un paciente euvolémico sin insuficiencia renal (Urea 22 mg/dL, Cr 0,23 mg/dL) con hiponatremia (Na 117 mg/dL) hiposmolar (249 mOsm/kg) con excreción urinaria de Na aumentada (374 mEq/L) e hiperosmolaridad urinaria (1235 mOsm/kg) por lo que se trata de un SIADH. Se procede por lo tanto a restricción hídrica. Se realiza PCR de virus respiratorios siendo VRS positivo. Se realiza ecografía cerebral, abdominal y EEG normales. Durante su ingreso se corrige progresivamente el sodio hasta normalización del mismo. No desarrolla bronquiolitis.

Conceptos generales del Tratamiento de hiponatremia

Sintomática (alteración de conciencia, convulsiones, coma)

- 2-3mL/h de SSH3% en bolo iv 10-15 min (max 10mL). Esto eleva 2mEq/L de Na en sangre
- Repetir si persiste clínica

2) Asintomática/ Leve

Aumentar Na Lentamente: máximo:

- 10-12mEq/L/d
- 0,5mEq/L/g

Criterios SIADH

En paciente sin signos de deshidratación y función renal normal

Hiponatremia < 135 mEq/L
Hipoosmolar < 280 mEq/L
Na orina > 20 mEq/L
Osm orina > 100 mOsm/L
Volumen urinario bajo

Manejo SIADH

- Restricción hídrica al 50-70% de necesidades basales +/- bolos de furosemida
- Valorar Tolvaptán: 0,1mg/kg/d oral. Evitar asociar diuréticos y la ingesta de agua debe ser libre

Conclusión

La Hiponatremia provoca una hipoosmolaridad con el consiguiente paso de agua a tejido extracelular. Ello condiciona el edema cerebral que provoca disminución del nivel de conciencias, desorientación, convulsiones, coma...). Su causa más frecuente en estado hipovolémicos es la deshidratación por Gastroenteritis y en pacientes euvolémicos el SIADH. Es interesante observar el potasio y la glucemia en paciente por descartar insuficiencia suprarrenal. El SIADH ha sido descrito en pacientes afectados de Bronquiolitis VRS positivas pero no en pacientes VRS positivos que no desarrollan bronquiolitis. La hiponatremia requiere corrección rápida en caso de gravedad (convulsiones, coma, alteración del nivel de conciencia..) con bolos de 2-3ml/kg de SSH3% hasta cese de clínica. Se debe evitar correcciones rápidas por lo que el Na no debe aumentar más de 5 mEq/L en la 1ª hora o 10-12mEq/L/día. Cuando la Hiponatremia no es grave se debe corregir mediante sueroterapia. Su diagnóstico inicial requiere realización de gasometría bioquímica con iones, urea, creatinina y osmolaridad plasmática junto con iones, osmolaridad y creatinina en orina y seguir algoritmo correspondiente (Figura 1)