

**Nombre del alumno:**

Yovana Montejo López

**Nombre del profesor:**

L.E. Rubén Eduardo Domínguez

profesionalización  
en enfermería

**Materia:**

Proceso de atención a la enfermería

**Nombre del trabajo:**

ensayo

## URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Como ya sabemos las situaciones de urgencia que puede presentar un niño requieren atención inmediata y de alta calidad en cualquier medio donde se presenten: centros de atención primaria, transporte sanitario de emergencias, o urgencias hospitalarias o de otros centros sanitarios. Una actividad básica para la mejora de calidad de la asistencia pediátrica urgente es la estandarización de las actuaciones, lo que contribuye a la reducción de la variabilidad en la práctica clínica, la mejora en la comunicación entre los diferentes niveles, así como la optimización de los recursos y la seguridad del paciente.

En los protocolos de urgencias de GIDEP se ha integrado la valoración inicial pediátrica mediante la aplicación del Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) y la evaluación ABCDE (A: vía respiratoria; B: ventilación; C: circulación; D: estado neurológico; E: exposición). El TEP es una herramienta sencilla y rápida (se realiza en 30-60 segundos) con la que se efectúa una evaluación visual y auditiva sin tocar al paciente. No conlleva ninguna actuación clínica. Su objetivo es identificar a los pacientes que presentan inestabilidad clínica, permitiendo tomar medidas rápidas de soporte vital. Incluye la valoración de tres elementos.

- Apariencia o aspecto general: es el lado más importante, ya que refleja el estado de oxigenación y la perfusión cerebral. Se valora el tono, la interacción, si es consolable, el lenguaje o llanto y la mirada.
- Respiración: se examina de forma visual si hay signos de trabajo respiratorio y se escucha si hay ruidos respiratorios anormales.
- Circulación cutánea: se valora el color de la piel (palidez, piel moteada, cianosis) como signo de mala perfusión y shock. Los tres componentes del TEP proporcionan información sobre el grado de oxigenación, ventilación, perfusión y la función cerebral. El objetivo no es establecer un diagnóstico específico, sino clasificar el estado fisiopatológico del niño, determinando si se encuentra en situación estable (cuando los tres lados del TEP son normales), o si hay dificultad respiratoria, shock o disfunción del sistema nervioso central. Sirve, por tanto, para tomar decisiones rápidas en la

valoración inicial y tiene la ventaja de permitir a profesionales menos experimentados detectar pacientes graves en pocos segundos.

Tras el TEP se procederá a la evaluación ABCDE, que incluirá la determinación de constantes y oximetría de pulso. La determinación de la glucemia capilar deber ser parte de la evaluación inicial del paciente crítico. Así como el TEP no conlleva ninguna actuación clínica, la evaluación ABCDE se debe realizar aplicando medidas de estabilización ante los hallazgos patológicos de los diferentes sistemas evaluados, y por supuesto, conlleva contacto físico con el paciente, tanto en la evaluación como en la estabilización. La evaluación se realiza en un orden estricto, que es importante seguir y no pasar al siguiente nivel hasta no haber solucionado los problemas identificados.

El GIDEP tiene entre sus objetivos la actualización continua de los protocolos, editando nuevas versiones cada 2-3 años, aunque no haya cambios relevantes en las recomendaciones, con el fin de revisar y actualizar las referencias bibliográficas, asegurando así la validez de las recomendaciones emitidas. Hasta la fecha se han elaborado (o están en elaboración) los siguientes protocolos:

- Normas de buena práctica clínica en la atención a urgencias pediátricas en AP
- Cuestionario de traslado pediátrico (euskara y castellano)
- Score predictivo del tipo de recurso de traslado: SVB, SVE, SVA (euskara y castellano)
- Triage en pediatría de AP
- Evaluación inicial del paciente pediátrico: triángulo de evaluación pediátrica (TEP)
- Evaluación pediátrica: ABCDE
- Dolor y analgesia
- Material del carro de urgencias en AP
- Card de medicación de urgencias (en elaboración)
- Vía intraósea

- Parada Cardiorrespiratoria: RCP pediátrica + DESA
- Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño (OVACE)
- Taquicardia supraventricular
- Intoxicaciones
- Shock
- Sospecha de sepsis
- Anafilaxia
- Convulsiones
- Hipoglucemia
- Traumatismo craneoencefálico (TCE)
- Dolor abdominal agudo
- Asma agudo
- Bronquiolitis
- Laringitis

El TEP consta de 3 componentes: la apariencia, la respiración y la circulación, que se evalúan solo mirando y escuchando al paciente al entrar en la consulta. Su realización no debe llevar más de 30-60 s y se debe realizar sin tocar al paciente. Determina la necesidad de atención urgente y qué tratamiento inicial puede necesitar.

**APARIENCIA** La apariencia o estado general es el elemento más importante del TEP. Refleja la oxigenación, perfusión y función del sistema nervioso central (SNC).

Al valorar el estado general de un niño hay que fijarse en:

El tono

La interacción con el entorno, su mirada.

El llanto y la capacidad de consuelo

Estas características varían según la edad del paciente (no es igual el contacto con el medio en un lactante de 1 mes que en un niño mayor), así como en niños que puedan tener alguna patología crónica de base que afecte a su comportamiento.

## RESPIRACIÓN

Este componente del triángulo evalúa si existe dificultad respiratoria. Se realiza mirando al niño, viendo si presenta algún signo de dificultad respiratoria y escuchando si realiza algún ruido respiratorio anómalo.

### SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

Posición anormal: trípode, posición de olfateo.

Retracciones o tiraje: es la utilización de los músculos accesorios para mejorar la respiración. Puede ser subcostal, intercostal, supraclavicular y en yúgulum.

Aleteo nasal: consiste en el aumento de tamaño de la narina y supone un signo de hipoxia moderada o grave.

Cabeceo: por la utilización de la musculatura cervical para mejorar la respiración. Es signo de un esfuerzo respiratorio importante previo a agotarse, por lo que precisa una rápida actuación para evitar una parada respiratoria inminente.

### RUIDOS RESPIRATORIOS ANORMALES

Estridor: ruido inspiratorio por obstrucción de la vía respiratoria alta.

Ronquido: se debe a la obstrucción parcial de la orofaringe o hipofaringe por los tejidos blandos o la lengua. Es más frecuente en niños con disminución del nivel de consciencia.

Voz gangosa: dificultad en la vocalización por obstrucción parcial de la vía aérea superior.

Quejido: ruido respiratorio que se produce por un mecanismo instintivo para mantener los alvéolos abiertos y favorecer el intercambio gaseoso.

Sibilancias: “pitido o silbido” que se produce por obstrucción de las vías respiratorias inferiores.

**CIRCULACIÓN** La circulación sanguínea de la piel es un indicador importante de la perfusión en los niños. Para preservar la circulación de los órganos vitales (cerebro y corazón) y compensar la disminución del gasto cardíaco, el organismo aumenta la frecuencia cardíaca y redistribuye la perfusión de los tejidos, produciendo vasoconstricción en piel y mucosas. La fiebre o el frío pueden hacer que se interpreten de modo erróneo estos signos cutáneos.

Palidez: suele ser el primer signo de mala perfusión periférica.

Piel moteada: por vasoconstricción de los vasos sanguíneos. Puede indicar signos precoces de shock.

Cianosis: es el color azulado de piel y mucosas y el signo más tardío y más grave de shock o fallo respiratorio.

## SOPORTE VITAL PEDIÁTRICO

### PASOS DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA

#### algoritmo 1

Garantizar la seguridad del paciente y del reanimador.

1. Comprobar la inconsciencia: llamar por su nombre en alto, pellizcar en el tórax.
2. Pedir ayuda: se gritará “ayuda”, sin abandonar al paciente.

3. Abrir la vía aérea: en caso de sospecha de lesión medular colocaremos al paciente en decúbito supino abriendo la vía aérea. Hay dos maniobras válidas: frente-mentón, de elección excepto si hay lesión medular, o tracción mandibular.
4. Comprobar la respiración: utilizando como máximo 10 s, se ve si existen movimientos torácicos, se oye si hay ruidos respiratorios y se siente el aire exhalado.
5. Ventilar: se realizarán 5 insuflaciones de rescate. Se deben realizar boca-boca o boca-nariz-boca dependiendo del tamaño del paciente y del reanimador. Las insuflaciones son de 1 s y deben ser efectivas al menos 2.
6. Comprobar los signos vitales o el pulso cardíaco: en lactantes, el pulso braquial y en mayores, el pulso carotídeo durante un máximo de 10 s. Si existen signos vitales se continuará la ventilación con un ritmo de 12-20 rpm hasta mejoría; en caso contrario se continuará la secuencia.
7. Masaje cardíaco: compresiones cardíacas en el tercio inferior del esternón deprimiendo un tercio del diámetro del tórax con un ritmo de 100 compresiones por minuto. En recién nacidos y lactantes el masaje se puede realizar abarcando el tórax con las manos y utilizando ambos pulgares. Es necesario abarcar todo el tórax con las 2 manos o con la técnica de los 2 dedos (medio y anular). En mayores de 1 año se realizará con el talón de 1 o 2 manos según se precise.

## MEDICACIÓN Y MATERIAL DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS EI GIDEP

ha elaborado asimismo las recomendaciones sobre la medicación y material para la atención pediátrica urgente que debe encontrarse en los carros y bolsas o maletines de los centros de salud. Dicha medicación y material es el que se considera básico para la atención de las urgencias pediátricas más frecuentes, de forma que se garantice, entre otros aspectos, la calidad y la uniformidad de la asistencia, sin olvidar la optimización de los recursos.. Se hacen las siguientes consideraciones en relación con el material de carros y bolsas:

- Hay que tener en cuenta que la intubación no es una habilidad prioritaria para todos los profesionales sanitarios que trabajan con niños, y que sólo debería ser intentada por personas entrenadas y con experiencia en esta técnica. Por

ello, el GIDEP recomienda disponer del material adecuado para la técnica de ventilación con bolsa y mascarilla, técnica que deben conocer correctamente todos los profesionales sanitarios que trabajan con niños. Sin embargo, como se ha señalado previamente, cada organización de servicios, incluso cada centro de salud, puede determinar, según los criterios antes mencionados o en función de la experiencia de sus profesionales, la necesidad de que exista material complementario para el manejo de la vía aérea y ventilación. • La vía intraósea es de elección en los casos de parada cardiorrespiratoria y shock descompensado, recomendándose canalizar una vía intraósea cuando no se logre canalizar una vía periférica en un minuto. Todos los carros y bolsas deben disponer del material necesario para el acceso intraóseo. El GIDEP propone el sistema B.I.G. (Bone Injection Gun), pero hay otros sistemas igualmente válidos, pudiendo cada organización de servicios determinar la conveniencia de uno u otro. Otros aspectos que el grupo quiere señalar son los siguientes: – Los protocolos elaborados por el GIDEP se actualizan periódicamente en función de la evidencia disponible, por lo que las recomendaciones sobre el contenido de los carros pueden modificarse en relación con dichas actualizaciones. – Los protocolos son comunes a la atención prehospitalaria, pudiendo figurar técnicas o fármacos que son más propios del ámbito de Emergencias y Transporte Sanitario. Ejemplos de ello pueden ser el empleo de bomba de infusión de glucosa en el caso del protocolo de hipoglucemia, o cardioversión en el caso del protocolo de taquicardia, no incluidos lógicamente en las recomendaciones. En el caso de ciertos fármacos como la fenitoína o el valproato sódico en el protocolo de convulsión, no se recomienda su inclusión obligatoria en carros ni bolsas, aunque cada organización de servicios puede determinar la conveniencia de disponer de los mismos. • Material para inmovilización cervical. La inmovilización cervical forma parte importante de la aproximación inicial al paciente con sospecha de lesión cervical y traumatismo craneal. Dado que en ocasiones la ausencia de profesionales sanitarios hace imposible mantener una inmovilización cervical manual adecuada, el GIDEP recomienda disponer de collarines de inmovilización multiposición, que incluyen varios tamaños en un solo collarín. • Material para otras técnicas: el GIDEP propone la opción de disponer de material para

la punción de neumotórax a tensión para aquellas organizaciones que así lo consideren, disponiendo de un catéter de 14 G.

Protocolos de GIDEP. Disponibles en:

<https://osagune.osakidetza.eus/423/Documentos%20de%20Grupo/Forms/AllItems.aspx>

[https://www.dropbox.com/sh/2d6yo8mn4eh1blj/AADJpdHHBPSGW\\_AX5fOa9UvVa?dl=](https://www.dropbox.com/sh/2d6yo8mn4eh1blj/AADJpdHHBPSGW_AX5fOa9UvVa?dl=0)

0 • Storch de Gracia Calvo P. Valoración inicial del niño grave en Atención Primaria.

Form Act Pediatr Aten Prim.2014;7(4):169-75. • Fernández A, Pijoan JI, Ares MI,

Mintegi S, Benito FJ. Evaluación de la escala canadiense de triaje pediátrico en un servicio de urgencias de pediatría europeo. Emergencias. 2010;22:355-60.