



NOMBRE DEL ALUMNO:

Delbi Yuridia Santizo García

NOMBRE DEL PROFESOR:

Rubén Eduardo

LICENCIATURA:

enfermería

MATERIA:

Urgencias Pediátricas

PASIÓN POR EDUCAR

CUATRIMESTRE Y MODALIDAD:

4° semiescolarizado

NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO:

Ensayo: unidad I Y II

Unidad I. Valoración de las urgencias pediátricas

comenzamos investigando y anotando algunos conceptos y datos detallados sobre la valoración y así poder entender que diferencia existe entre una valoración y un diagnóstico, en pediatría, los objetivos prioritarios de la medicina de urgencias son: reconocer a un niño con un padecimiento que pone en peligro su vida y establecer las prioridades de su atención.

En algunos aspectos, la valoración pediátrica es difícil porque requiere conocimientos acerca del desarrollo normal y anormal de los niños, y habilidades específicas en la valoración de los pacientes

La valoración inicial es un proceso diferente al del diagnóstico; el objetivo principal de la primera es identificar anormalidades anatómicas y fisiológicas, con el fin de valorar la gravedad del paciente y determinar la prontitud e intensidad del tratamiento inicial.

Triángulo de valoración pediátrica

El triángulo de valoración pediátrica se desarrolló como una herramienta para identificar a los pacientes pediátricos con una afección clínica que pone en peligro la vida, y dar prioridad a la necesidad de atención de acuerdo con la condición en la que está el paciente.²

El triángulo de valoración pediátrica es un procedimiento rápido que no requiere tocar al paciente; es un reconocimiento de patrones que permite categorizarlo según su gravedad. Los tres componentes que conforman el triángulo de valoración pediátrica son:

1. *Apariencia.* La evaluación de la apariencia es fundamental, sobre todo la concerniente al estado del sistema nervioso central y la interacción del paciente con su ambiente.
2. *Trabajo respiratorio.* El trabajo respiratorio refleja el intento del niño por compensar las deficiencias de la oxigenación y ventilación. En su evaluación se observan los movimientos y se escuchan los sonidos al respirar.
3. *Circulación a la piel.* La evaluación de la circulación, cuando es anormal, casi siempre puede orientar a un problema hemodinámico.

Evaluación primaria. La evaluación primaria es un enfoque sistemático de abordaje que se compone de cinco apartados. En esta esta evaluación se toca al paciente y se recurre a los procedimientos instrumentales auxiliares, como: oximetría de pulso, auscultación y medición de la presión arterial.

Vía aérea. En este apartado la prioridad es verificar la permeabilidad y si ésta puede mantenerse o no. Las maniobras a realizar pueden ir desde un posicionamiento de la cabeza hasta el procedimiento quirúrgico para dar salida a la vía aérea, en el caso de obstrucción completa.

Buena ventilación. Es necesario asegurar que la ventilación del paciente es efectiva y adecuada. Un sistema práctico para evaluar y actuar en caso de ventilación inestable es:

¿Respira el paciente?

¿Cuántas respiraciones por minuto tiene?

¿Respira con dificultad?

¿Qué se ausculta cuando respira?

¿Qué tan efectiva es su respiración?

La oximetría de pulso es una herramienta útil que indirectamente puede señalar si existe hipoxemia de acuerdo con el porcentaje de saturación de la oxihemoglobina.

Circulación. Luego de evaluar la ventilación y corregirla en caso de ser necesario se procede a evaluar la circulación.

Frecuencia y ritmo. La detección de bradicardia o arritmias potencialmente letales requiere acciones inmediatas: apoyo ventilatorio, resucitación cardiopulmonar, terapia eléctrica.

Pulsos y llenado capilar, Temperatura de la piel y Presión arterial.

Discapacidad neurológica y dextrosa. El estado neurológico del paciente puede evaluarse rápidamente mediante la escala de AVDI. Para evaluar la posibilidad de hipoglucemia, que

podiera ser la causa de la alteración del estado de alerta, es útil un examen con tira reactiva de glucosa sanguínea.

Exposición. El último de los pasos implica la exposición completa del paciente en búsqueda de lesiones, hemorragias o signos de enfermedad como petequias, equimosis o enrojecimiento de la piel. Es muy importante cuidar el pudor en pacientes mayores. Siempre debe tomarse la temperatura corporal y ambiental en este apartado, si no se ha hecho antes, y tratar de la misma forma la fiebre como la hipotermia.

Evaluación secundaria. Con los dos primeros pasos de la valoración se identifican las situaciones clínicas que ponen en peligro la vida y se actúa en consecuencia, con acciones o procedimientos dirigidos a corregir estos problemas potencialmente mortales.

Lo siguiente es la obtención de datos por parte del paciente o del familiar responsable; se realiza mediante un interrogatorio dirigido que puede recordarse de forma sencilla con la siguiente nemotecnia "SAMPLE":

S: signos y síntomas.

A: alergias.

M: medicamentos específicos, dosis ponderal, intervalo de administración y tiempo desde la última dosis.

P: pasado, antecedentes personales patológicos.

L: libación, tiempo transcurrido desde el último alimento y su naturaleza.

E: eventos que pudieron haber llevado al estado actual del paciente.^{1,3}

Enseguida se realiza una exploración física exhaustiva de forma topográfica denominada "de pies a cabeza" en busca de nuevos datos que puedan esclarecer las causas del estado del paciente y sugerir un posible diagnóstico.

Evaluación terciaria o diagnóstica. La sospecha diagnóstica debe corroborarse con estudios dirigidos de acuerdo con los hallazgos.

La valoración inicial es única debido a que el niño posee características específicas de acuerdo con el grupo de edad, lo que puede hacerla más laboriosa y difícil de interpretar.

Todos los profesionales de la salud dedicados a la atención de niños están obligados a saber cómo abordar un problema en forma sistemática para valorar la situación en que se encuentran. La valoración pediátrica es una herramienta más, de todas de las que disponen los pediatras, para proveer una atención integral y de calidad a nuestros pacientes, que debe ser el objetivo primordial de nuestra práctica médica.

Unidad II Atenciones de enfermería ante una urgencia pediátrica

El control del paciente con una intoxicación aguda comprende 6 fases:

1. Medidas de emergencia.

Se basan en la restauración y el mantenimiento de la vía aérea, ventilación y circulación (ABC). Generalmente no son necesarias en la mayoría de las intoxicaciones agudas por no estar afectadas las funciones vitales.

2. Valoración diagnóstica general.

Anamnesis: Se interroga al paciente, o a sus familiares o acompañantes. Nombre del tóxico y cantidad

- Tiempo transcurrido desde su administración.
- Vía de entrada del tóxico en el organismo.
- Antecedentes personales relacionados con patología psiquiátrica y/o intoxicaciones previas.

Exploración física

- Valoración de ABC.
- Valoración neurológica: estado de conciencia, focalidad neurológica, coexistencia con otras lesiones como TCE, tamaño y reactividad pupilar: midriasis (cocaína, anfetaminas, antidepresivos tricíclicos, etc.) y miosis (opiáceos, organofosforados, etc.)

Exploración general

- Inspección del paciente:

Coloración de la piel:

Rojo cereza: intoxicación aguda por monóxido de carbono.

Cianosis achocolatada: causada por tóxicos metahemoglobinizantes.

Presencia de ampollas cutáneas: barbitúricos, CO.

Sudoración intensa: salicilatos, organofosforados, etc.

Exploración de la cavidad bucal: causticación,

Aliento del paciente: a betún (cianidas), a insecticida (parathión), a limpieza (tetracloruro de carbono), a almendras amargas (cianuro), olores característicos (éter, trementina, gasolina, etc.).

- Auscultación cardiorrespiratoria: se detectará la existencia de arritmicidad del pulso o signos de edema pulmonar.
- Exploración abdominal, encaminada a descartar abdomen agudo.
- Exploración de extremidades: lesiones por picadura o mordedura de arácnidos y reptiles.

3. Tratamiento general.

Evitar o disminuir en lo posible la absorción (dependerá de la vía de entrada del tóxico):

- Vía parenteral: actuación difícil, pues el tóxico pasa directamente al torrente sanguíneo. Puede procederse a la aplicación local de frío o la colocación de un torniquete.
- Vía respiratoria: se separará al individuo de la atmósfera tóxica y se aplicará oxígeno en concentración que oscilará entre 30-100%, en función del grado de hipoxemia.

- Vía conjuntival: se irriga el ojo afectado con SF o agua durante 15-30 minutos.
- Vía cutánea: se retiran las ropas impregnadas del tóxico y se lava la piel con abundante agua y jabón.
- Vía digestiva: es la puerta de entrada más frecuente del tóxico.

Vaciado gástrico: Indicado si el tiempo tras la ingesta no ha superado las 3 horas. Puede realizarse de dos modos:

1. 1. Provocando el vómito: jarabe de ipecacuana o estimulando la úvula
2. Aspiración y lavado gástrico.

– Se colocará al paciente de decúbito lateral izquierdo en Trendelenburg con las rodillas flexionadas.

– Se introducirá la sonda con vaselina, se aspira con jeringa (se envía muestra al laboratorio)

– Para el lavado se introducen 300cc de SSF y se extraen repetidamente hasta conseguir un líquido claro.

– En niños se introduce 50cc/Kg de peso y se mezcla con agua.

El vaciado gástrico está contraindicado en: intoxicaciones no digestivas, cuando ha pasado mucho tiempo tras la ingesta, en pacientes en coma (aspiración) cuando hablamos de provocación del vómito, en pacientes con convulsiones, con productos derivados del petróleo (aspiración de vapores) y con productos cáusticos y detergentes espumantes.

Además, también puede evitarse la absorción por vía digestiva favoreciendo el tránsito intestinal rápido, provocando diarrea con purgantes.

Tratamiento con carbón activado:

- Carbón vegetal tratado para tener una gran capacidad de absorción, que complica así el paso de la sustancia a través de la mucosa intestinal.

- Las dosis usadas son de 25 g en niños y 100 g en adultos. Se puede repetir la dosis cada 3 horas durante las 24 primeras horas, asociándola a catárticos para acelerar el tránsito intestinal.
- Se puede dar con agua, y dado su mal sabor, sobre todo en niños, se debe endulzar. Si el paciente está sondado, se debe introducir por sonda.
- Está contraindicado en la intoxicación por cáusticos.

Irrigación total del intestino:

Uso por SNG de agentes osmóticamente activos no absorbibles como el polietilenglicol. La irrigación se mantiene hasta que el líquido rectal salga claro, de 4-6 horas. Indicaciones:

- Tóxicos que no son absorbidos por el carbón activado.
- Cuando fracasa el tratamiento con carbón activado.
- Ingestión de grandes cantidades de comprimidos que no pueden evacuarse con el vómito o el lavado gástrico.
- Intoxicación por otros tóxicos frente a los que se han demostrado la utilidad de este tipo de tipo de solución como: verapamilo y paracetamol.

Cuidados de enfermería en caso de shock
Las medidas preventivas incluyen identificación de los pacientes de riesgo y la valoración constante del equilibrio hídrico.

Los pacientes con shock hipovolémico pueden tener varios diagnósticos de enfermería, dependiendo de la progresión del proceso, la prioridad de éstos es la siguiente:

1. Minimizar la pérdida de líquidos: Limitando el número de muestras de sangre, controlar las pérdidas de las vías venosas y aplicar presión directa sobre las zonas de hemorragia.
2. Contribuir a la sustitución de volumen: Colocar catéteres intravenosos periféricos cortos y de gran diámetro calibre 14 ó 16, rápida administración de líquidos prescritos.
3. Monitorizar al paciente: Con la finalidad de tener todos los parámetros hemodinámicos disponibles para detectar la aparición de manifestaciones clínicas de sobrecarga hídrica, previniendo así otros problemas asociados.

en caso de paro cardiopulmonar.

Para el caso de los lactantes se empleará la técnica de los dos dedos para las compresiones si se trata de un reanimador único o la técnica de los dos pulgares si hay dos reanimadores. A fin de dar las compresiones adecuadas, se deben tener en cuenta que la profundidad de estas debe ser de 4 cm en los lactantes. En el caso de los niños (mayores de un año hasta la pubertad) se empleará el dorso de una o las dos manos en la mitad del esternón para realizar las compresiones con una relación compresión-ventilación igual a la descrita para lactantes, pero con una profundidad de 5 cm. Tanto para lactantes como para niños, la velocidad de las compresiones debe ser de por lo menos de 100 compresiones/minuto, sin sacrificar su calidad, dada por una profundidad adecuada y el permitir la expansión total del tórax después de cada compresión. Así mismo, se deben minimizar al máximo las interrupciones de las compresiones [25-30] y evitar la excesiva ventilación.

cuidados de enfermería en niños con dificultad respiratoria consiste en:

- En primer lugar, tranquilizar a los padres, explicarles que es benigna y autolimitada.
- Pilares fundamentales del tratamiento: Corticoides y Adrenalina.
- Humedad ambiental: tratamiento tradicional.
 - Aerosoles y vaporizadores.
 - Estancia en el cuarto de baño con los grifos del agua caliente abiertos
 - Preferible el vapor frío, salir al exterior al frío.
 - Si el niño la rechaza y llora, no debe utilizarse.
 - Beneficios son:
 - Humidificación de secreciones
 - Aclaramiento de las secreciones.
 - Disminución del edema laríngeo.
 - Facilitar el flujo de aire subglótico.
 - Corticoides: Todos los niños deberán ser tratados con corticoides a excepción de los niños inmunodeprimidos o expuesto recientemente a varicela. El corticoide de elección es la dexametasona.
 - Adrenalina: 0,5 mL/kg (máximo: 5 mL), disuelta en SSF al 0,9% hasta completar 10mL, nebulizada con flujo aire/oxígeno a 2L/m. Puede repetirse varias veces cada 30 minutos.

- Los niños con crup moderado o severo + hipoxia (sat de O₂ mientras respiran aire ambiente < 92%), oxigenoterapia. (Figura 6) (4)

Intervención de enfermería ante una mordedura de serpiente

- Tranquilizar al paciente y familiares.
- Lavar con agua y jabón el sitio de la mordedura.
- Canalizar vía periférica e iniciar infusión de suero fisiológico (200ml).
- Manejo del dolor.
- No aplicar torniquete en el área afectada.
- Colocar al niño en posición semifowler.
- Evitar el aplicar hielo o ungüentos.
- Si el accidentado tiene sed darle solamente agua.
- Preparar y administrar suero antiofídico polivalente o anticoral, según sea el caso y norma médica establecida y observar reacciones adversas: urticaria, hipotensión, náuseas, escalofrío, brote, dificultad respiratoria, signos de anafilaxia.
- Preparar al afectado para su traslado al Centro Hospitalario lo más pronto posible. Lleve equipo de emergencia: resucitador, oxígeno, drogas necesarias, tubos endotraqueales, equipo de intubación.
- Instruir a los familiares sobre el traslado al Hospital.

cuidados enfermeros en quemaduras pediátricas.

CUIDADOS ENFERMEROS Atención inicial

f Realizar una primera valoración siguiendo el esquema ABCD (IV): - A (Airway): Vía aérea abierta y limpia. - B (Breathing): Respiración. Descubrir el pecho y comprobar la expansión adecuada y equitativa de ambos hemitorax. - C (Circulation): Circulación. Comprobar y tratar la presencia de sangrado debido a otras lesiones. Valorar el pulso y la circulación periférica. - D (Disability): Estado neurológico. Determinar el estado de conciencia.

f En caso de que sea necesaria la reposición hídrica agresiva, coger dos vías venosas de grueso calibre, siempre que sea posibles en zonas de piel sana, preferiblemente a más de cinco centímetros de la piel quemada (IA).

f Administrar el analgésico indicado, valorar su efectividad y reacciones secundarias. Preferiblemente la administración debe ser por vía endovenosa, dado que la absorción por vía intramuscular es lenta en zonas edematizadas (IV).

f Retirar cuidadosamente anillos, pulseras, cinturones, y en general todo objeto ó ropa antes que la zona comience a inflamarse (IV).

Realizar monitorización de constantes vitales de forma continua o al menos cada 15 minutos.

f Si el edema está presente elevar la zona afectada para evitar el síndrome compartimental. En quemaduras en la cara elevar la cabecera de la cama/camilla unos 30

f En quemaduras causadas por fuego directo o por contacto: - En las primeras tres horas tras producirse la quemadura, irrigar la quemadura con cloruro de sodio al 0,9% frío (15 grados) durante unos 20 - 30 minutos ya que reduce la severidad del daño tisular y el edema (III). - No utilizar agua helada, debido a que la vasoconstricción intensa puede causar la progresión de la quemadura y también aumenta el riesgo de hipotermia (IV). - Detener la irrigación de forma inmediata, en caso de que la temperatura corporal del paciente sea igual o inferior a 35°C.

f En quemaduras químicas: - Utilizar el equipo de protección adecuado. - Si es posible, determinar la sustancia química causante, retirar la ropa cortándola para evitar el contacto con tejidos sanos. - Si el químico implicado está en una forma seca cepillar la sustancia química de la piel, e irrigar copiosamente la quemadura con agua a baja presión por un periodo de tiempo de entre 30 a 60 minutos. - Detener la irrigación de forma inmediata, en caso de que la temperatura corporal del paciente sea igual o inferior a 35°C. - No tratar de neutralizar las sustancias químicas. La reacción exotérmica que provocan genera calor y puede agravar la lesión inicial, además de retrasar la retirada del agente (IV). - En caso de que la quemadura haya sido producida por alquitrán, no intentar retirarlo (IV). En primer lugar, debe ser enfriado para liberar el calor retenido, y después debe ser retirado con ayuda de emulsionantes. - Las quemaduras en los ojos requiere de una copiosa irrigación continua, preferiblemente a través de una bolsa/botella de suero intravenoso de cloruro sódico al 0,9% conectada a un sistema de infusión. El procedimiento requiere dar la vuelta

al párpado superior y tirar hacia abajo del fondo de saco, o el uso de un espéculo de ojo para que este permanezca abierto durante la irrigación.

f En quemaduras eléctricas de alto voltaje se debe realizar un electrocardiograma para detectar arritmias.

f Las quemaduras en genitales (pene y vulva), pueden requerir colocación de una sonda de foley para mantener la permeabilidad de la uretra.

f En quemaduras mayores administrar profilaxis de la úlcera gástricas por estrés (úlceras de Curling) (I), según prescripción médica.

f Mantener a la persona caliente, la hipotermia se desarrolla con facilidad, especialmente en los niños.

f Valorar la coexistencia de otras patologías como diabetes, cirrosis, cardiopatías y lesiones asociadas a la quemadura como traumatismos o lesiones internas.

f controlar la diuresis, que debe ser mayor de 40 - 50 ml/hora en el adulto (75-100 en quemaduras eléctricas) y de 1 ml/kg/h en niños.

f Evaluar la necesidad de profilaxis antitetánica.

bibliografía.

[eknon.es/es/unidad-pediatria-cirugia-pediatria/urgencias-pediatricas#:~:text=El%20Servicio%20de%20Urgencias%20Pediátricas,0%20a%20los%2016%20años.&text=Dispone%20del%20equipamiento%20e%20instalaciones,espera%20adaptadas%20al%20paciente%20pediátrico.](https://www.aeped.es/sites/default/files/eventos/master-urgencias-pediatricas-enfermeria.pdf)

<https://www.aeped.es/sites/default/files/eventos/master-urgencias-pediatricas-enfermeria.pdf>