



Nombre del alumno:

Jesús Filiberto Solís Galindo

Nombre del profesor:

L.E. Rubén Eduardo Domínguez

Profesionalización:

En Enfermería

Materia:

Urgencias Pediátricas

Nombre del trabajo:

Ensayo:

“Tercera Y Cuarta Unidad”

INTRODUCCIÓN

Que tan frecuentes son los accidentes por asfixia en niños ya sea por un descuido de los padre o cuidador, y que tan preparados estamos en el área de enfermería para poder dar atención a este tipo de urgencias y las que se le relacionan, como influye una buena alimentación en los niños para no tener problemas intestinales, de eso tratare de hablar en este ensayo, mis experiencia en el área de urgencias el actuar de enfermería, la aplicación del triage y el triángulo de la evaluación pediátrica (*apariencia, respiración y circulación*).

Los manejos que se les pueden dar a pacientes pediátricos en el tema de trastornos respiratorios, como una asfixia por cuerpo extraño, un asma se tiene que valorar los signos de dificultad respiratoria que presenta el pediátrico, siendo una de sus manifestaciones la taquipnea, cianosis distal, tiro intercostal, aleteo nasal, ruidos extraños en vías aéreas, disnea son algunos síntomas que puede presentar un pediátrico con un problema respiratorio.

La Asfixia Perinatal una de las causas de muerte materna, que por experiencia cuando he estado en el área de labor y expulsión es un tema complicado ya que estas preocupado tanto por la madre el producto de lo que pueda pasar por falta de oxígeno hacia el producto la asfixia perinatal se define como la agresión producida al feto o recién nacido por la falta de oxígeno o por una falta de una perfusión celular adecuada, uno de los principales problemas con los que contamos en el hospital donde laboro es la falta de equipo para monitorizar al producto, y complicando a un más la cultura existente en la región ya que por la poca o la falta de información de estos padecimientos muchas madres no llevan un control estricto de su embarazo y cuando llegan al área de admisión cuentan con varios en contra para que se dé un buen trabajo de parto, el sufrimiento fetal se da en estos casos poniendo en riesgo tanto a la madre como al feto, daños considerables al feto ya que por la falta de oxígeno se puede dañar neurológicamente al feto, que este se considera una evento hipóxico centinela en este evento se puede dar el desprendimiento prematuro de la placenta, la ruptura uterina, el prolapso del cordón umbilical o una hemorragia feto – materna, esta es una situación preocupante o de riesgo. Debido a que todos los neonatos que presentan un episodio asfíctico perinatal causantes de daño cerebral y secuelas neurológicas posteriores, presentan una encefalopatía aguda durante los primeros días de nacido, una encefalopatía hipóxico isquémica neonatal son signos neurológicos que aparecen inmediatamente después del parto tras un episodio de asfixia perinatal, es por eso importante el actuar del personal de enfermería y ver datos o signo y síntomas que relacionen al bebe con problemas neurológicos, dando cuidados especiales y una estrecha vigilancia.

Las urgencias por cuerpos extraños son muy comunes y más en los oídos y la nariz pero donde si te preocupa como personal de salud es cuando llevan a un pediátrico por cuerpo extraño en vías respiratorias, oro faringe, laringe, tráquea, bronquios o pulmones es cuando debe utilizarse el triángulo de la evaluación pediátrica para determinar de qué cuerpo extraño se está tratando ya que incluso un cacahuate puede causarle la muerte a un pediátrico y esa experiencia me ha tocado y es difícil ver este tipo de situaciones y más en pacientes pediátricos, según la estadísticas son más de 3000 muertes anuales, los cuales el 60 % son

alimentarios y los otros 40% por otros objetos no comestibles, esto se da en menores de 5 años, la aspiración de cuerpos extraños corresponde al 10% de neumopatía crónicas dando origen a las infecciones respiratorias recurrentes, una laringitis o traqueítis, enfisema, los cuerpos extraños se dividen en dos: en los *grandes* los cuales bloquean la vía aérea y ocasionan distress respiratoria agudo, con atelectasias e hiperinsuflación esto dependiendo de si la oclusión es completa o parcial, los *cuerpos extraños pequeños* estos bloquean los pequeños bronquios y tos moderada puede ser el único síntoma. Como ejemplos de los cuerpos extraños ingeridos por pediátricos son: (cánicas, monedas, juguetes pequeños, semillas de frutas, baterías de reloj). Como personal de enfermería debemos checar signos clínicos de obstrucción mecánica completa como es el enrojecimiento y congestión facial, taquicardia, cianosis, diaforesis, pérdida de conciencia, bradicardia un paro cardíaco o que llegue sin signos vitales al área de urgencias, dependiendo de estos signos sería la urgencia.

Como parte de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) tenemos la *Laringo traqueobronquitis aguda* las cuales afectan el sistema respiratorio, específicamente las vías aéreas superiores, la laringo traqueobronquitis aguda o también llamada laringitis aguda hace referencia al síndrome clínico que se manifiesta con voz disfónica, tos seca, estridor inspiratorio y signos de dificultad respiratoria esto por la obstrucción de la vía aérea como ya se había comentado, como dato estadístico encontrado en internet es una causa frecuente en niños, por cada 18 de 1000 niños menos de 6 años de edad lo presentan y la mayoría de estos necesitan un manejo dentro de los hospitales, en un grado relativamente bajo de edema en la vía aérea disminuye relativamente el diámetro la vía aérea de un pediátrico, está causado principalmente por el virus Parainfluenza 1 más en estos meses que estamos en el periodo de influenza es importante llevar a los niños a vacunar para evitar complicaciones o que se confunda con el covid 19, el virus tipo 1 y 2 se asocian con las infecciones severas en la infancia infecciones respiratorias bajas, otros virus como la influenza A o B rinovirus, herpes simple 1 y 2, el sarampión etc. Los signos y síntomas pueden ser con tos, estridor inspiratorio, hipertermia, obstrucción de la vía aérea superior, estos signos se pueden complicar si no se tratan con tiempo, pueden terminar en un área hospitalaria donde se le dará atención a la urgencia.

Cuando se habla de un asma bronquial en niños se define como una enfermedad inflamatoria heterogénea, que es crónica de las vías aéreas las cuales se manifiestan como un síndrome la cual es acompañada por sibilancias, disnea, tos e hiperreactividad bronquial con obstrucción la cual puede ser reversible siempre y cuando sea tratada con tiempo. Y con un buen

tratamiento, dentro del asma bronquial hay *factores predisponentes* como los polimorfismos, mecanismos epigenéticos, los *factores desencadenantes* los cuales son los alérgenos, infecciones, contaminantes ambientales, los cambios de la temperatura, los fenotipos de asma son alérgica o no alérgica, dentro del asma hay tres fases en su diagnóstico es sospecha clínica que el niño tenga asma, pruebas de función pulmonar, la clasificación del nivel de control y fenotipo del asma. Los síntomas de asma es la presencia de sibilancia, tos, disnea, en menores de 6 años hay estertores, estos empeoran durante las noches, mayores de 6 años tiene historia personal de atopia, o familiares con asma, sibilancias generalizadas el asma bronquial es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia y considerada como la principal morbilidad pediátrica en relación a las enfermedades crónicas.

En lo que compete al área de enfermería en la atención de urgencias de los trastornos digestivos tenemos la gastroenteritis aguda la cual se define como una inflamación de las mucosas gástricas e intestinal, está casi siempre se producen por un agente infeccioso, causando diarrea, vomito, dolor abdominal e hipertermia, en pacientes pediátricos es relevante el impacto que tiene, por mencionar algunos agentes que pueden causar este tipo de enfermedad encontramos (*Escherichia coli* enterohemorrágico, el síndrome de Guillan Barre), en la actualidad existe diferentes tipos de virus y bacterias que pueden causar una gastroenteritis aguda influyendo las condiciones donde viva el pediátrico y las condiciones socioeconómicas de la familia, y las medidas sanitarias que existan en un lugar determinado, en las zonas menos desarrolladas tiende a reproducirse este tipo de bacterias y virus, como principales causantes de una gastroenteritis aguda es el rotavirus y norovirus esto en menores de cinco años, en mayores de cinco es la *Escherichia coli*, *Salmonella*, etc.

En los países más desarrollados que no sería nuestro caso las más común en las infecciones diarreicas que se adquieren en los hospitales es *Clostridium difficile* y la cual la asocian a la enfermedad con mayor morbilidad en los países con más desarrollo, cuando se trata de un brote quienes participan como principales agentes son el Norovirus y *Salmonella* sin importar la edad, países como México que están en vías de desarrollo son más comunes los agentes *Vibrio Cholerae* quienes causan la diarrea aguda severa, este tipo de pacientes se atienden en tiempo determinado y son comunes cuando inicia el calor o las primeras lluvias, por las complicaciones que pueden causar esta enfermedad en el área de urgencias hay que determinar qué tipo de urgencia es, valorando el estado del paciente, signos vitales, la gravedad de la deshidratación ya que en niños se da más rápido que en un adulto, la pérdida de líquidos puede ser un urgencia, en los cuadros clínicos esta la deshidratación leve esto

cuantificando las evacuaciones, si el niño se queja de dolor abdominal, ya que entre más pequeños es más difícil ya que no te pueden decir donde realmente se localiza el dolor, los signos de deshidratación son escasos, con una pérdida de peso menor al 5%, y presentando hipertermia, en el caso de moderado – grave en este punto se entiende que el paciente tiene más o igual a cinco días con los síntomas, presencia de hipertermia, dolor abdominal, sangre en heces, con datos de deshidratación.

Como tratamiento en estos pacientes en el hospital donde laboro se cuenta con el ABC de hidratación y dependiendo de la deshidratación se inicia uno de los tres cuando es leve se inicia con vida suero oral, por cada evacuación se debe reponer los líquidos, y ver si tolera vía oral, si no tolera vía oral y la deshidratación es grave se canaliza para administrar líquidos sea solución hartmman y tratar de hidratar para regresar a via oral, hay pacientes que con tomar el vida suero oral se hidratan y quienes tiene que quedar hospitalizados por no tolerar vía oral y que las evacuaciones sean más frecuentes, en el área pediátrica se cuenta con curso para enseñar a las madres que pueden seguir consumiendo sus niños para evitar la deshidratación y que su estancia dentro del área de urgencia solo sea para hidratar.

De lo anterior padecimiento se relaciona la hemorragia gastro intestinal del cual tuve la oportunidad de compartir en el foro de preguntas de la escuela UDS, este padecimiento se ve en el área de urgencias con más frecuencia en los últimos años siendo que muchas de ellas no necesitan ser intervenidas por cirugía pero si con tratamiento ambulatorio dependiendo de la gravedad, el sangrado se puede dar en cualquier parte del tubo digestivo de paciente, ya que toda hemorragia que este próxima al ligamento de Treitz se puede considerar como hemorrágico digestivo, ya sea en el estómago, esófago y duodeno, y cuando esta distal de Treitz se considera como sangrado de tubo digestivo bajo, cuando se valora un pediátrico es necesario tener en cuenta cuando la sangre oculta en las heces puede venir de cualquier nivel del tubo digestivo, la mezcla de moco y sangre con las heces indica que puede tratarse de un proceso inflamatorio o infeccioso. Si se encuentran gotas de sangre sobre las heces se puede decir que el sangrado se encuentra en el área ano – rectal, las causas más comunes en hemorragia digestiva en los niños son números, siendo el 10% de los casos esta es secundaria a una enfermedad sistémica, otros 10% es por hemorragia digestiva alta, 30% en intestino delgado y el 50% en región ano-rectal.

Me a toca atender a niños con este diagnóstico y los padres se ven preocupados por la presencia de sangre en las heces, es por eso la importancia de valorar bien a un paciente pediátrico y determinar de dónde proviene el sangrado para darle la atención adecuada, el

sangrado se puede presentar de la siguiente manera: *Hematemesis*: vómito con sangre; sangre fresca con coágulos o en “posos de café” si ha sufrido los efectos del jugo gástrico. *Rectorragia o hematoquecia*: sangre roja brillante o marrón proveniente del recto. Puede estar mezclada con las heces o independiente de ellas. *Melena*: deposiciones negras, fétidas, espesas y brillantes sobre un fondo rojo oscuro (más oscuras cuanto más lento es el tránsito intestinal). Pueden persistir hasta una semana tras el sangrado. Indican hemorragia digestiva alta, pero en ocasiones pueden proceder de segmentos más distales si el tránsito es muy lento. *Sangre oculta en heces*: pequeñas pérdidas intermitentes o continuas sólo detectables por métodos de laboratorio (guayaco).

La hematemesis en los primeros días de vida puede resultar de la ingestión de sangre materna durante el parto, la ingestión de sangre procede de grietas y erosiones de los pezones de las madres más si estas son primerizas causando hematemesis y melena en algunos recién nacidos. Es importante que el personal de enfermería del área hospitalaria de a saber a las madres que puede pasar este tipo de cosas para no preocuparlas pero si darle cita abierta a urgencias si persisten las molestias o el sangrado.

CONCLUSIÓN

Como conclusión a este ensayo puedo decir que todas las enfermedades relacionadas con pediátricos se deben poner más atención, uno de los factores determinantes es la falta de conocimiento de algunos padres, de las madres que no llevan el control de su embarazo que cuando llegan al área de admisión no saben cómo va su bebe, si tiene sufrimiento fetal o alguna enfermedad, el saber que darles de comer, o que hacer cuando se presenta diarrea o vomito es por eso que el personal de enfermería debe dar cursos o pláticas sobre los cuidados y prevenciones en pediátricos.