

Nombre del alumno:

Sandy Daomey Camposeco Ross

Nombre del profesor:

Lic. Rubén Eduardo Domínguez.

Licenciatura:

Enfermería

Materia:

Urgencias pediátricas

Nombre del trabajo:

Ensayo del tema:

Unidad III.

Unidad IV.

INTRODUCCION

La organización de los servicios de atención al paciente pediátrico en situación de urgencia y emergencia, en muchas ocasiones, está diferenciado del de adultos, por lo que es necesaria la especialización de los profesionales que trabajan en ellos. El papel de los profesionales de enfermería en estos servicios es clave, y que se mantengan en constante actualización es fundamental para poder mantener el nivel de calidad y seguridad necesarias.

DESRROLLO

3.1 atención de enfermería en el manejo de urgencias en los trastornos respiratorios

3.1.1 asfixia perinatal

La asfixia perinatal (AP) es la condición en la cual se presenta una alteración grave en el intercambio gaseoso del recién nacido como consecuencia de diferentes noxas bien sea durante el trabajo de parto, el parto o los primeros minutos posteriores al nacimiento. Clásicamente la asfixia perinatal produce hipoxemia grave con alteración importante del equilibrio ácido-básico del neonato.

El diagnóstico de asfixia perinatal se basa en diferentes criterios que incluyen evidencia de depresión cardio-respiratoria, acidemia (definida como hallazgo de pH en sangre arterial menor de 7 o base exceso mayor de 12 mmol/L), pobre vitalidad postnatal (Apgar bajo a los 5 minutos) y evidencia temprana de encefalopatía hipóxico-isquémica.

El clínico sospecha la presencia de AP cuando hay factores de riesgo anteparto (exposición a eventos capaces de producir asfixia, por ejemplo abrupción de placenta); cuando hay alteraciones de la vitalidad del feto (por ejemplo taquicardia o bradicardia fetal), sobre todo durante el trabajo de parto y cuando hay trastornos durante adaptación neonatal que persisten después del primer minuto de vida.

- Signos de sufrimiento fetal agudo en la monitorización previa al parto: alteración de latidos, bradicardia, desaceleraciones
- Acidosis fetal con pH menor de 7,11

- APGAR menor de 3 al minuto y menor de 6 a los 5 minutos, criterio que, igual que el del pH, es un criterio menos estricto que el de la AAP
- Manifestaciones clínicas de hipoxia o isquemia

3.1.2 cuerpo extraño

La aspiración de un cuerpo extraño (CE) es una situación que puede amenazar la vida del niño. Existe una mayor incidencia en niños menores de 3 años, debido a que en esa edad el niño tiende a llevar a la boca los objetos que comienza a manipular y, por otro lado, no dispone aún de la totalidad de su dentición, le faltan los molares por lo que determinados alimentos, como los frutos secos, no pueden ser adecuadamente triturados previamente a su deglución; además es muy frecuente, a esta edad, que los niños jueguen mientras comen. Es más frecuente en varones. En un 60-80% de los casos los CE son productos vegetales, frecuentemente frutos secos. Existe un segundo pico de incidencia alrededor de los 11 años, siendo generalmente objetos de uso escolar, los más frecuentemente aspirados. La mortalidad es de un 0,9%, representando el 40% de las muertes accidentales en los niños menores de un año.

CUERPOS EXTRAÑOS EN LA VÍA RESPIRATORIA

A) CUERPO EXTRAÑO LARÍNGEO Representa aproximadamente alrededor del 10% de todos los CE. Las manifestaciones clínicas dependen del tamaño del CE y del grado de obstrucción. Si el objeto es pequeño y la obstrucción es parcial producirá estridor, afonía, tos crupal y disnea. Si la obstrucción es completa, provocará distrés intenso, cianosis, e incluso la muerte si no se consigue expulsar.

B) CUERPO EXTRAÑO TRAQUEOBRONQUIAL Alrededor del 7% se localizan en la tráquea ocasionando tos, estridor y sofocación. Es característico el golpe audible o palpable producido por la detención momentánea de la espiración a nivel subglótico. El 80% de los CE se sitúan en el árbol bronquial, con claro predominio del bronquio principal derecho por razones anatómicas (es más ancho, corto y vertical que el izquierdo). En la fase aguda, se produce una crisis de atragantamiento con tos intensa, rubefacción, distrés, náuseas y vómitos.

DIAGNÓSTICO • Historia clínica: permite hacer el diagnóstico en el 80% de los casos. Cuando un niño consulta en urgencias por un cuadro de tos y/o fiebre persistente y síntomas respiratorios de algún tiempo de evolución es importante preguntar por la existencia de un

episodio de atragantamiento previo. • Exploración física: Es muy variable. Hasta el 20-40% de los casos es normal. En otras ocasiones observamos tiraje de intensidad variable y cianosis. La auscultación cardiorrespiratoria puede evidenciar hipoventilación del hemitórax afecto y/o sibilancias. • Radiografía de tórax en inspiración y espiración: mostrará un CE si éste es radiopaco. Puede observarse signos de enfisema obstructivo o atelectasias. Con menor frecuencia se observan hemotórax, neumomediastino, abscesos, etc... • Fibrobroncoscopia: muy útil en los casos de duda diagnóstica.

3.1.3 laringotraqueobronquitis aguda

El crup es la inflamación de la tráquea y la laringe, causada por una infección vírica contagiosa que provoca tos, un ruido fuerte denominado estridor, y algunas veces dificultad para respirar durante la inspiración

- La causa del crup es un virus.
- Los síntomas consisten en fiebre, goteo nasal (rinorrea) y tos perruna.
- El diagnóstico se basa en los síntomas.
- La mayoría de los niños se recuperan en su casa, pero los que requieren hospitalización reciben hidratación, oxígeno y fármacos.

Síntomas

El crup suele empezar con los síntomas de un resfriado: goteo nasal (rinorrea), estornudos, febrícula y tos ligera. Más tarde el niño presenta ronquera y una tos frecuente, de sonido extraño, que se describe como metálica o perruna. El crup varía ampliamente en su gravedad. A veces la inflamación de las vías respiratorias causa dificultad para respirar, que es más perceptible en el momento de tomar el aire (inspiración). En un crup grave, se oye un ruido chirriante (estridor) con cada inspiración. Cerca del 50% de los niños tienen fiebre. De forma característica, todos los síntomas empeoran por la noche y pueden despertar a los niños afectados. A menudo, los síntomas parecen disminuir por la mañana y de nuevo empeorar por la noche.

Tratamiento

- En la enfermedad leve, líquidos y aire humidificado
- En la enfermedad grave, hospitalización, oxígeno, epinefrina (adrenalina) y corticoides

3.1.4 asma

El asma bronquial se caracteriza por una obstrucción reversible y ocasional de la vía aérea que, si no se trata adecuadamente, puede llevar a una obstrucción permanente. Se asocia frecuentemente a otras patologías.

Los tres síntomas más comunes en pacientes con asma son: sibilancias (pitos en el pecho con la respiración), tos y disnea (sensación de ahogo).

Es característico que los síntomas del asma ocurran de forma episódica y a cualquier hora del día, aunque es común que aparezcan predominantemente por la noche y durante las primeras horas de la mañana.

Los síntomas más habituales son:

- Dificultad respiratoria.
- Ruidos torácicos sibilantes.
- Opresión torácica.
- Tos seca persistente.

TRATAMIENTO

En los últimos años se ha demostrado que el tratamiento de la inflamación de la mucosa bronquial es la parte más importante del tratamiento del asma.

Existen diversos medicamentos que tienen efecto antiinflamatorio en la mucosa bronquial, pero los más potentes y eficaces son los corticoides (cortisona) inhalados.

Para el tratamiento inmediato, se utilizan broncodilatadores, que normalmente se administran por vía inhalatoria.

Existen dos tipos fundamentales según la duración de su acción: los broncodilatadores de acción prolongada, que se toman por la mañana y por la noche todos los días, se tengan o no síntomas; mientras que los de acción corta, se suelen reservar para tomar en caso de necesidad (sensación de ahogo, tos, etc).

En pacientes en los que se demuestra un componente alérgico, el tratamiento con antihistamínicos puede ser beneficioso

3.2 hemorragia gastrointestinal

- ▶ Hemorragia digestiva alta): proximal al ligamento de Treitz.
- ▶ Hemorragia digestiva baja (HDB): distal al ligamento de Treitz.
- ▶ Hematemesis: vómito con sangre fresca o en “posos de café”.
- ▶ Melena: deposiciones negruzcas, fétidas y pegajosas. La sangre suele provenir del tracto digestivo alto.
- ▶ Hematoquecia: sangre roja mezclada con las heces.
- ▶ Rectorraria: emisión de sangre por vía rectal no asociada a la deposición. Esta entidad es poco frecuente en Pediatría, siendo la incidencia de HDB mayor que la de HDA. En la mayoría de los casos suele ser leve y auto limitada, pero potencialmente grave por el riesgo vital que asocia. La prioridad en Urgencias es valorar precozmente la estabilidad hemodinámica y la pérdida sanguínea. Ante la sospecha de esta patología, el primer paso será confirmar que se trata de una hemorragia verdadera y de origen digestivo. Pueden ser causa de “falsa hemorragia” algunos alimentos (espinacas, frambuesas, arándanos, regaliz, morcilla), colorantes y aditivos alimentarios y fármacos (bismuto, hierro, carbón activado, ampicilina...). En neonatos se debe descartar que sea sangre deglutida por grietas en el pezón de la madre (test de Apt-Downey). Por último, hay que descartar hemorragia extra digestivas, como de origen ORL (epistaxis, amigdalitis) o dental (gingivitis).

LACTANTE ESCOLAR Y ADOLESCENTE

- Enfermedad hemorrágica del recién nacido (déficit de vitamina K)
- Úlcera/gastritis de estrés
- Malformaciones vasculares/ anatómicas
- Gastritis erosiva tras AINE
- Úlcera gástrica o duodenal
- Esofagitis péptica o infecciosa
- Gastritis o úlcera • Varices esofágicas
- Medicamentos o tóxicos • Síndrome de Mallory-Weiss AINE: antiinflamatorio no esteroideo.

DIAGNÓSTICO En primer lugar, hay que valorar la situación clínica y la estabilidad hemodinámica del paciente. Para ello nos basaremos en: triángulo de evaluación pediátrica (TEP), constantes vitales (la taquicardia es el indicador más sensible de hemorragia grave; la hipotensión es un signo tardío en Pediatría), coloración de la piel, pulsos y alteración del estado de consciencia. La anamnesis irá orientada a recoger las características del sangrado (duración, color, cantidad), descartar causas de falsa hemorragia (alimentos, fármacos, origen Extra digestivo), detectar síntomas asociados (dolor abdominal, vómitos, fiebre, exantema, pirosis, sangrado a otros niveles) y buscar posibles causas del sangrado (ingesta de gastroerosivos, cuerpos extraños, abuso sexual, enfermedades previas, antecedentes personales y familiares...). Dentro de la exploración física nos fijaremos en lesiones cutáneas que puedan orientar la etiología (petequias, púrpura, angiomas, lesiones de pigmentación), signos de hipertensión portal (HTP) (ascitis, hepatomegalia, arañas vasculares), en la exploración abdominal-anorrectal y descartar otros orígenes del sangrado (ORL o dental). En caso de sangrado moderado-grave realizaremos hemograma, coagulación, bioquímica (con función renal y hepática y reactantes de fase aguda), gasometría y pruebas cruzadas. El cociente nitrógeno ureico (BUN)/creatinina es un parámetro útil para distinguir la localización (si > 30 , orienta a HDA). En la HDB puede ser de utilidad un coprocultivo. La endoscopia es la técnica diagnóstica de elección para localizar el origen del sangrado, determinar la causa y en algunos casos aplicar técnicas terapéuticas. Se realizará de forma urgente (en las primeras 24 h) en hemorragias graves que precisen transfusión, persistentes o recidivantes. Otras técnicas

radiológicas se utilizarán dependiendo de la sospecha diagnóstica o como una segunda línea si la endoscopia no ha dado resultados del origen del sangrado.

TRATAMIENTO

El manejo terapéutico dependerá de la estabilidad hemodinámica del paciente y la cuantía del sangrado y de la causa y el origen del mismo, debiendo individualizar cada caso. Ante sangrados leves sin repercusión hemodinámica será suficiente con un tratamiento etiológico, si es posible, valorar la tolerancia oral y observación. Hay que considerar derivar a la consulta de Gastroenterología Pediátrica dependiendo de la sospecha diagnóstica. Ante sangrados moderados-graves se debe monitorizar y estabilizar al paciente: canalización de 2 vías venosas, oxigenoterapia, aporte de fluidos isotónicos en perfusión rápida a 20 ml/kg, analítica, colocación de sonda nasogástrica y valorar la necesidad de transfusión de hemoderivados o traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

4,3 Gastroenteritis aguda

La gastroenteritis aguda (GEA) se define como una disminución de la consistencia de las deposiciones o un aumento en el número de las mismas (3 o más en 24 horas), que puede ir acompañada de vómitos, dolor abdominal y/o fiebre. Su duración suele ser menor de 7 días y para considerarla como aguda, siempre menor de 2 semanas⁽¹⁾. Es más significativo para su diagnóstico el cambio en la consistencia de las deposiciones respecto a las habituales del niño, que el número de estas, sobre todo en los lactantes que suelen tener un número elevado de deposiciones de manera habitual.

Las causas. La mayoría de los episodios de GEA ocurren entre octubre y mayo, con un pico de incidencia entre enero y marzo. En los estudios realizados en Europa, el agente causal más frecuente es el rotavirus, seguido por noravirus y adenovirus. Los agentes bacterianos que se aíslan con más frecuencia son *Campylobacter jejuni* y *Salmonella* spp. La incidencia de estos enteropatógenos está influenciada por el clima y la estación en cada uno de los países, así como por el nivel socioeconómico de las distintas regiones⁽²⁾. Por edades, rotavirus es la causa más frecuente en menores de 2 años, mientras que *Campylobacter* es más frecuente en mayores de 5 años. En España, los estudios realizados también demuestran que los virus producen el 80% de los casos de GEA, siendo el rotavirus el agente etiológico más frecuente,

seguido por adenovirus, calicivirus (noravirus) y astrovirus. El rotavirus es el que produce los casos más graves, afectando casi a la totalidad de los niños por debajo de los 4 años de edad, con un máximo de incidencia entre los 6 y los 24 meses de edad. Entre las GEAs bacterianas, los enteropatógenos aislados con mayor frecuencia son *Campylobacter* spp y *Salmonella* spp, seguidos de *Shigella* spp, *Aeromonas* spp, *Yersinia* spp y *E. coli*.

El rasgo que define a la GEA es el cambio en la consistencia de las deposiciones y un aumento en el número de las mismas. Acompañando a la diarrea, pueden aparecer fiebre, vómitos, dolor abdominal, inapetencia, síntomas respiratorios y signos de afectación del sistema nervioso central (SNC). Los vómitos y los síntomas respiratorios asociados sugieren etiología viral. Las infecciones por rotavirus suelen producir sintomatología más intensa, más vómitos y más casos de deshidratación que otros virus.

La fiebre por encima de 40°C, la aparición de sangre en las heces, el dolor abdominal intenso y los signos de afectación del SNC (irritabilidad, decaimiento, convulsiones) son signos sugestivos de etiología bacteriana. La consecuencia más importante, y que condiciona el tratamiento y el diagnóstico de la GEA, es la aparición de deshidratación. La forma más fiable de diagnosticar y medir el grado de deshidratación es la pérdida de peso, pero esto solo es factible en muy pocas ocasiones, ya que normalmente no se suele conocer el peso exacto del niño antes del inicio de la GEA.

La clasificación de los niños según su grado de deshidratación es importante para el tratamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽²⁾, se deberían establecer 3 grupos: niños sin deshidratación o mínima deshidratación (<3% de pérdida de peso corporal), niños con deshidratación moderada (3-9% pérdida de peso) y niños con deshidratación grave (>9% pérdida de peso).

Como la pérdida de peso solo es posible comprobarla en una minoría de los casos, se debe intentar estimar el grado de deshidratación a través de los datos recogidos en la anamnesis y los signos de la exploración física. En la anamnesis, se debe preguntar por el número, frecuencia, consistencia y volumen de las deposiciones, si hay vómitos (número y volumen), ingesta de líquidos y nutrientes, la diuresis (en los lactantes el número de pañales mojados y su peso), la actividad física que mantiene el niño y su estado general. Los distintos estudios demuestran que la fiabilidad de los signos de la exploración no es muy buena a la hora de diagnosticar la deshidratación y que la mayoría de los médicos suelen realizar una sobreestimación. Los datos que son más fiables a la hora de determinar el grado de

deshidratación son el relleno capilar, la turgencia de la piel y la existencia de un patrón respiratorio alterado

Tratamiento

Soluciones de hidratación oral

Nutricional

Farmacológico

CONCLUSION

Como pudimos darnos cuenta las emergencias y urgencias en pediatría son muy importantes atenderlas a tiempo para salvaguardar la vida del paciente y como personal de enfermería estar muy bien preparados para tratarlos