

Nombre del alumno:

Nain De Jesús Alcazar Lopez

Nombre del profesor:

Lic. Ruben Eduardo Domínguez García

Licenciatura:

Profesionalización en enfermería

Materia:

Urgencias pediátricas

Nombre del trabajo:

Ensayo de unidad 1 y 2

Introducción:

En este ensayo de la materia de urgencias pediátricas, abarcaremos algunas patologías principales, así como temas de la valoración y triage, ya que como sabemos, como personal de enfermería es esencial conocer perfectamente estos temas, saber más que nada distinguir una urgencia real a una urgencia con mayor disponibilidad de alargamiento en tiempo de atención, es importante tocar estos puntos ya que una mala clasificación en el servicio de urgencias puede ocasionar la muerte de un paciente lo que nos conlleva a una demanda por no tener los conocimientos básicos y provocar eventos adversos. Algunas de las patologías de las que se hablarán conforme al desarrollo del tema son: TCE, intoxicaciones, estados de choque, paro cardiorrespiratorio, insuficiencia cardiorrespiratoria aguda, mordedura de serpientes y quemaduras, así recalcando la atención inmediata de los pacientes pediátricos en urgencias y la clasificación según la urgencia de la patología presentada, sin más preámbulo comencemos.

1.- valoración y clasificación de urgencias pediátricas.

Es importante tener en cuenta una valoración eficaz concreta y rápida en urgencias pediátricas para ello es necesario tener siempre en cuenta el triángulo de evaluación pediátrica, esto nos sirve para tener una valoración a primera vista que nos permitirá obtener de manera rápida una impresión general del paciente, el triángulo de evaluación pediátrica consta de la evaluación de 3 aspectos esenciales que son: apariencia, respiración y circulación, cada una de ellas es vital para una evaluación rápida que por lo general no debe de tardar más de 60 segundos, el primer aspecto de apariencia se puede decir que es la más importante de todas, trata de evaluar el tono, la interacción con el entorno, su mirada, el llanto y la capacidad de consuelo, si esto está alterado o es anormal no está diciendo que hay algo en el sistema nervioso central que puede ser consecuencia de muchas causas en general como la alteración de la oxigenación, perfusión o causas orgánicas metabólicas. Respiración: este punto trata de ver e identificar si existen problemas respiratorios a través de la observación directa y con la auscultación de ruidos anómalos, los signos de dificultad respiratoria que se pueden ver en un paciente son: el aleteo nasal, cabeceo, retracciones o tiraje (tiro intercostal) y los ruidos respiratorios anómalos son: estridor, ronquidos, voz gangosa, quejido y sibilancias. La circulación: este aspecto es vital para la vida del paciente ya que a través de esto podremos identificar los problemas de circulación y salvar por así decirlo los órganos vitales del paciente como son el corazón y cerebro, esto se logra al evaluar los aspectos de palidez, piel moteada y cianosis; al evaluar estos tres criterios ya antes mencionados se puede tener o nos da una impresión de cómo va el paciente, según el manual de urgencias de Carlos Bibiano Guillen en su tercera edición, según el triángulo de evaluación pediátrica se pueden obtener estos criterios: estable, disfunción del SNC, dificultad respiratoria, fallo respiratorio, fallo respiratorio, shock compensado, shock descompensado, fallo cardiorrespiratorio.

Valoración ABCDE

La valoración del abcde es una valoración que categoriza desde el aspecto más importante y vital hasta el menor, cabe mencionar que todos estos aspectos son importantes para salvaguardar la vida del paciente, las siglas significan, A (airway): que es la vía aérea, la permeabilidad de la vía respiratoria debe ser prioridad absoluta en todo paciente ya que su fallo puede ser amenazante para la vida del paciente, B (breathing): ventilación, es importante el apoyo ventilatorio en pacientes que a través de la valoración se encuentre comprometido el patrón respiratorio, su manejo es a través de oxigenoterapia o conocido como el apoyo ventilatorio según a la necesidad del paciente. C (circulation): se refiere a la circulación, como

ya se mencionaba anteriormente la circulación en un paciente en urgencias pediátricas es de vital importancia ya que tiene riesgo los órganos vitales como el corazón y cerebro, su valoración puede ser con la frecuencia cardiaca, coloración de la piel, tensión arterial y su manejo, en caso de que exista ausencia de pulso se intervendrá con RCP, desfibrilación etc. D (disability): neurológico, se busca evaluar el estado neurológico, indagando si hay afectaciones a ese nivel se logra a través de la evaluación a respuestas estímulos, a la reacción de las pupilas con la luz, y con la escala de coma de Glasgow, E (exposure): exposición, en este punto después de verificar los puntos esenciales, trata de evaluar la piel, abdomen, extremidades inferiores y superiores buscando alguna anomalía anatómica.

Clasificación triage

El triage es un servicio de urgencias que es el primer contacto con el paciente, en este servicio se lleva a cabo la clasificación según la importancia, según lo que presenta el paciente así es lo que necesita y en este caso el tiempo de atención es lo primordial, se realiza mediante la valoración de las constantes vitales, condiciones de vida, enfermedades crónicas que presente el paciente, el estado físico en el que se encuentre el paciente, la clasificación de urgencias se divide en 5 que se distinguen por colores y son, ROJO, NARANJA, AMARILLO, VERDE Y AZUL. ROJO: esto se refiere a una urgencia y son aquellos pacientes que requieran prioridad absoluta, que llegan con infarto al corazón o cerebro, o paro cardiorrespiratorio, 2.- NARANJA: esto refiere a que es una emergencia, cuando el paciente presenta situaciones con riesgo vital, inestabilidad, dolor intenso, así como quemaduras del más del 20% de la superficie corporal y la demora de asistencia medica puede ser hasta 10 minutos, 3.- AMARILLO: refiere a una urgencia real, es urgente pero está estable físicamente con potencial riesgo a complicarse, así como dificultad para respirar, dolor en el tórax, deshidratación moderada, su demora máxima para la atención es de 30 minutos, 4.-VERDE: se refiere a una urgencia menor, son condiciones que el paciente considera como importantes o primordiales pero no pone en peligro su vida y son síntomas así como: dolor de cabeza leve, enfermedades diarreicas sin deshidratación, su demora máxima son hasta de 60 minutos, 5.- AZUL: sin urgencia, so aquellos que llegan a cita o por vacunación o patologías con menor riesgo por ejemplo: resfriado común o malestares sin fiebre, su máximo de atención es hasta 240 min.

La atención de enfermería en situaciones de urgencias pediátricas debe abarcar cualidades como son, eficacia, rapidez, calidad, entre otras, se busca cumplir con estos criterios ya que en un caso de urgencia, la vida del paciente corre riesgo, la enfermera debe estar capacitada para atender o asistir en cualquier situación de urgencia, debe de tener los conocimientos

necesarios para salvaguardar la vida del paciente, desde el primer contacto con el paciente clasificando por importancia de atención, en la atención del paciente, y en su recuperación, así como administración de medicamentos y aplicación de intervenciones de enfermería, a continuación abarcaremos algunas de las patologías que se mencionan en la segunda unidad para ver la actuación de enfermería más que nada en las situaciones de urgencias pediátricas.

Traumatismo craneoencefálico: el traumatismo craneoencefálico se define como la lesión traumática que afecta a tejidos blandos de la cabeza y cara, al esqueleto craneofacial o al encéfalo, independientemente que afecten o no afecten neurológicamente, la incidencia de pacientes con TCE en urgencias es de un 3.5% a un 5%, las consecuencias mayormente son por accidentes de tráfico que abarcan un 70% y la otra causa son las caídas desde una altura considerable que equivale a un 30%, tiene más frecuencia en niños que en niñas. Los pasos que se llevan a cabo en la sala de urgencias con un paciente de TCE, primordialmente es la valoración y la entrevista, así como preguntar los datos más importantes como son la hora, el lugar y la causa del TCE, si hubo pérdida de conciencia y por cuanto tiempo, si se presentó vómitos y cefalea o convulsiones, si existe alguna enfermedad neurológica que presenta el paciente, así como los medicamentos que utiliza o si ya se le administro un medicamento en el traslado; el siguiente paso es la exploración física, en este paso es importante estabilizar al paciente así evitando complicaciones siguiendo el ABCDE; que es la inmovilidad del paciente así evitando la hiperextensión de la columna cervical y despejando la vía aérea dando así aporte de oxígeno mediante la posición, asegurarse que el paciente tenga suficiente oxigenación aquí es donde entra la valoración del patrón respiratorio, así como saturación de oxígeno, FC, y el esfuerzo respiratorio, es importante mencionar que la valoración del patrón respiratorio nos ayuda a saber la gravedad de la lesión, vigilar la circulación y el control de hemorragias así salvaguardando la perfusión y circulación cerebral, por ultimo valorar el estado neurológico a través de la reacción de las pupilas con la reactividad a la luz, ya que dependiendo la reacción de estas, nos damos cuenta del daño neurológico que acompaña al TCE, vigilar el estado de conciencia; el estado de conciencia se valora con la escala de Glasgow que a través de las respuestas de estímulos nos dice la gravedad del TCE, puede ser leve, moderado o severo, las pruebas de laboratorio o imageneologia que se pueden indicar en un paciente con TCE son las rx de cráneo, la TAC que es para el seguimiento de un paciente con TCE grave o moderado, las indicaciones de ingreso, o las causas para que un paciente sea predisponente a hospitalización son: alteración en las constantes vitales, fractura de cráneo, sospecha de maltrato, cambio en el nivel de la conciencia acompañado por vómitos, cefalea, convulsiones, vértigo, pérdida de conciencia mayor a 5 minutos, o que en la

exploración neurológica se halla encontrado hallazgos dudosos, el objetivo de la atención en urgencias es principalmente evitar lesiones secundarias a causa de hipoxia hipotensión y los aumentos de presión intracraneal. Los cuidados en TCE leve son aporte de oxígeno, canalizar vía periférica, si presenta vómitos instalar sonda nasogástrica para evitar bronco aspiración, colocar con la cabeza alineada y cabecera a 30° o 45°, vigilar signos vitales y escala de Glasgow; en TCE moderado, se hospitalizaran en un área de cuidados intermedios con atención de expertos; en TCE grave, se estabilizaran en la sala de urgencias y pasan directamente a la unidad de cuidados intensivos, ya que la vigilancia y cuidados son más estrechos.

Intoxicaciones:

La incidencia de intoxicaciones en la sala de urgencias es de 0.5% a 1%, de estos casos el 95% es accidental, es más frecuentes en niños de edad de 1 a 3 años, y la vía más frecuente es la digestiva, las intoxicaciones son mayormente ocasionadas por fármacos o productos domésticos, es importante tener siempre la sospecha de intoxicaciones en las etiologías de bajo nivel de conciencia, shock, vómitos, convulsiones, arritmias, y dificultad respiratoria ente otras. El manejo de las intoxicaciones en urgencias viene de la siguiente manera, como primer paso es la valoración del abcde como se mencionó al inicio de este ensayo, y la estabilización del paciente, valorar el nivel de conciencia y respuestas a estímulos, todo paciente en coma en el cual se desconozca la causa podemos actuar con las siguientes intervenciones: apoyo ventilatorio con 1-1.5 ltxmin, canalización de vía venosa y extracción de hemograma, glucosa 0.5-1 gr por kilo IV, administración de fármacos como son, naloxona y flumazenilo, hasta conseguir respuesta verbal; después de esto viene la identificación del toxico a través de una entrevista rápida, buscando en si el nombre del producto toxico, la cantidad ingerida, la vía expuesta, el tiempo que ha transcurrido desde la ingesta, el peso del paciente, la edad; sabiendo estos puntos importantes el siguiente paso es evitar la absorción del producto toxico por las diferentes vías que haya sido expuesto, como vía oftálmica (se realiza un lavado de los ojos con agua estéril o solución fisiológica por 15 minutos), rectal (se aplica un enema con solución fisiológica), vía parental (se realiza incisiones locales y se procede con succión), vía cutánea (se despoja de todas las prendas al paciente y se realiza un lavado exhaustivo con agua y jabón), vía pulmonar (tratar de separar al paciente del ambiente toxico), vía oral (se puede realizar la administración de carbón activado, un vaciado gástrico, o inducción del vomito). En caso de que exista algún antídoto que contrarreste el producto toxico, administrarlo inmediatamente; también se busca aumentar la eliminación del toxico llevando a cabo

intervenciones como forzar la diuresis, alcalinizar o acidificar la orina aunque esto debe ser bajo una supervisión y monitorización estricta que es más propio del servicio de unidad de cuidados intensivos.

Casi ahogamiento:

Se define casi ahogamiento al paciente que sufre una inmersión y sobrevive al menos 24 horas, el ahogamiento es la tercera causa de muerte accidental y los grupos de mayor riesgo son los niños menores de 4 años, las causas que pueden causar el ahogamiento son: una crisis epiléptica, infarto agudo al miocardio, enfermedades neuromusculares, enfermedades psiquiátricas, diabetes en caso de una descompensación, ingesta de alcohol y drogas en caso de adolescentes y adultos, los síntomas que presenta un paciente que haya pasado por un casi ahogamiento son: lesión pulmonar por aspiración o asfixia, que da lugar a la hipoxia, lesiones en el sistema nervioso central, colapso alveolar, síndrome de diestres respiratorio agudo, arritmias cardíacas. Las intervenciones que se deben llevar a cabo en el ingreso a la estancia hospitalaria son: primeramente es priorizar la resucitación del paciente administración de oxígeno, monitorización cardíaca, intubación, instalación de sonda nasogástrica y Foley, proporcionar calor a pacientes que presenten temperatura debajo de los 28°, estabilización hemodinámica para reducir la afectación neuronal. Se mantiene el paciente en observación durante 6 a 12 horas y posteriormente se da de alta si el paciente está estable.

Estados de choque:

Existen tres tipos de choque, que son el shock séptico, shock tóxico, shock anafiláctico. Se conoce como shock al fracaso agudo del sistema circulatorio que produce la disminución de sangre que transita por los órganos o tejidos. Empezaremos con el shock séptico que en el 90% de los casos es producida por el meningococo causante de la meningitis meningocócica, el shock séptico se caracteriza por la producción de hipotensión arterial y la disminución del fluido de sangre periférica dando lugar al enlentecimiento del llenado capilar, los signos y síntomas, se puede presentar fiebre, petequias, hipotermia o hipertermia, taquicardia combinada con vasodilatación, alteración del patrón respiratorio como taquipnea. Hiperventilación, hipoxia, alteración del estado mental, acidosis metabólica etc, las pruebas de diagnóstico son: hemograma, estudio de coagulación, bioquímica, gasometría, estudio microbiológico entre otros. El tratamiento en urgencias lo inicial es la monitorización como la pulsómetro, electrocardiograma, presión arterial, temperatura, control de líquidos, frecuencia cardíaca y respiratoria, nivel de conciencia, glucosa y calcio; optimización de la vía aérea y

oxigenación, lo que se lleva a cabo por lo común en los mayores casos es la intubación por el aporte de oxígeno completo, canalización de vía periférica, y vía central, resucitación de fluidos, soporte hemodinámico, antibioterapia, terapia con hidrocortisona, corrección de alteraciones hidroeléctricas, hemodiálisis, y cuidados nutricionales, son las intervenciones que se realizan en un shock séptico. El shock tóxico es una enfermedad producida por toxinas bacterianas, las toxinas que producen el shock son las cepas *Staphylococcus aureus* y la toxina de *Streptococcus pyogenes*, los síntomas que se pueden llegar a presentar son fiebre mayor a 38°, exantema, descamación de las palmas y plantas, hipotensión arterial, y la afectación de 3 o más órganos como son a nivel gastrointestinal, muscular, hematológico, hepático, y el sistema nervioso central, las intervenciones que podemos realizar como enfermería vienen igual que el shock séptico que son canalización de vía periférica, aporte de oxígeno, monitorización de signos vitales, vigilar el estado hemodinámico, control de líquidos; el tratamiento es la antibioterapia, medicamentos para contrarrestar las bacterias y toxinas que ocasionan el shock tóxico, administración de inmunoglobulinas en vía intravenosa en caso de que no exista respuesta con los tratamientos anteriores. El shock anafiláctico es una reacción a una hipersensibilidad, se presenta en alergias, es más común en niños, y la causa mayormente es por alimentos, fármacos o picaduras de mosquitos, los síntomas abarcan por sistemas puede haber reacción cutánea, alteraciones en el sistema respiratorio, en el sistema hemodinámico, gastrointestinal, y neurológico que son las convulsiones y la desorientación, las intervenciones inmediatas a realizar, es: si es causante por picaduras aplicar un torniquete proximal al sitio donde se presentó, y la administración de la adrenalina para la vasoconstricción, asegurar la vía aérea, la oxigenación y los accesos venosos lo más rápido posible, los otros tratamientos utilizados son, antihistamínicos, corticoides, y beta-agonistas como el salbutamol inhalado.

Paro cardiorrespiratorio: el paro cardiorrespiratorio es cuando ocurre una interrupción brusca de la respiración o la función mecánica del corazón, en la mayoría de los casos es reversible mediante la reanimación cardiopulmonar avanzada que son un conjunto de maniobras que tiene la finalidad de reanimar al paciente, el RCP avanzada tiene una serie de pasos a seguir que son vigilar la vía aérea, así como es la proporción a través de la bolsa con reservorio que son entre 12 a 20 respiraciones por minuto que se le proporciona al paciente; el masaje cardíaco que son entre 100 compresiones por minuto, la administración de fármacos, y el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación a través del desfibrilador, son técnicas específicas en cada una de las intervenciones que por causa de poco espacio y demasiada información no serán mencionados uno por uno en este ensayo que creo que es esencial mencionarlo ya

que es de vital importancia, pero hablando de un ensayo solo puedo mencionar los cuatro aspectos anteriores, el fármaco más conocido y utilizado en los paros cardiorrespiratorio es la adrenalina. La insuficiencia respiratoria aguda, es de vital importancia en niños y neonatos ya que es mucho de más riesgo en ellos, se conoce como la incapacidad del aparato respiratorio de para satisfacer las demandas metabólicas de oxigenación y de eliminación del dióxido de carbono, el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda, se trata de corregir la enfermedad causante de esta, lo principal es mantener la vía permeable, una saturación de oxígeno mayor a 90 % que en este caso sería mediante la oxigenoterapia, también es importante mantener al paciente en una postura que favorezca la vía respiratoria, administración de medicamentos según la indicación médica, tranquilizar al paciente, evitar la anemia, mantener la temperatura corporal ya que la hipertermia aumenta el consumo de oxígeno, cuando se inicia el tratamiento se debe dejar al paciente en ayuno y previniendo la distensión abdominal, cabe mencionar que estas situaciones son las más comunes en general para el tratamiento de las iras, sin embargo existen manejos especiales como son en caso de, epiglotitis y laringitis aguda, que aquí el manejo cambia. La mordedura de serpiente según la información de la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de las mordeduras de serpientes venenosas, nos dice que el grupo etareo con más riesgo a la mordedura de una serpiente es de los 15 a 44 años de edad, predominando el género masculino, y las mordeduras más frecuentes son de cascabel, nauyaca y corales, entre otras especies. El tratamiento en los casos de la mordedura de serpiente, es llevar al paciente a la unidad clínica, inmovilizar la parte del cuerpo lesionada, remover anillos relojes o prendas ajustadas de la parte de la lesión, no aplicar succión ya que no se ha demostrado clínicamente que se llega a remover el veneno, no aplicar torniquete ya que según la actualización de la guía práctica de enfermería obstruye la circulación linfática de la extremidad condicionando a mayor morbilidad, para sustituir el uso de torniquetes se pueden usar bandas de compresión a 50 o 70 mmhg y aplicar vendaje para disminuir la perfusión del veneno, aplicar hielo cada 20 minutos aproximadamente, y aplicación de toxoide tetánico, no se recomienda el uso de antibióticos; estas intervenciones mencionadas son intervenciones en general, en lo que se da un diagnostico específico ahí comenzara el tratamiento específico. Las quemaduras son la lesión de la barrera protectora entre el organismo y el medio externo. En las quemaduras el órgano directamente afectado es la piel lo que altera su función: protección frente a infecciones y otros agentes extraños y prevención de la pérdida de calor excesiva. El mayor riesgo ocurre de 0 a 2 años, en varones y con nivel socioeconómico bajo. El 85% ocurren en el domicilio y constituyen una causa importante de

mortalidad. Los agentes causales son: líquidos, llama, electricidad, sólido caliente y productos químicos. El tratamiento de este en los cuidados iniciales es la valoración del ABC que como se explicó al inicio del ensayo es garantizar una vía permeable, por el riesgo de obstrucción, proporcionar la ventilación con oxígeno humidificado al 100% con puntas nasales, y al circulación, proporcionar accesos venosas para la reposición de líquido, cubrir la herida para evitar la pérdida de calor, sondaje uretral, instalación de sonda nasogástrica, y prevención de úlceras. Según el tipo del grado de las quemaduras así va las intervenciones que se realizan, por ejemplo las de primer grado, por lo general no requieren de tratamiento solo se les indica analgésicos para controlar el dolor, y crema hidratante; en las de segundo grado sumergir la quemadura en agua fría y retirar la ropa, se cubren las zonas afectadas con compresas empapadas con solución fisiológica, se lavan las quemaduras con jabón antiséptico, administrar analgesia, antibióticos tópicos, profilaxis antitetánica. En las quemaduras de mayor grado entra el tratamiento quirúrgico.

Conclusión:

El conocer la valoración eficaz, concreta y correcta en un servicio de urgencias nos servirá tanto a nosotros como a los pacientes que necesiten de atención inmediata, ya que la urgencia con un menor no es la misma que la de un adulto, sabemos que puede llegar a haber mas afecciones en un paciente pediátrico, como en el ejemplo de una fiebre mayor de 38° es muy probable que el paciente pediátrico convulsione y acompañado de ello exista las consecuencias del daño neurológico es esencial conocer a detalle el triángulo de valoración en urgencias pediátricas, valoración del ABC, y la clasificación del triage para que como personal de enfermería demos prioridad y disminuir la mortalidad en el servicio de urgencias por mala atención o negligencia de parte del personal que labora en dicho servicio, así mismo es importante conocer las intervenciones de enfermería principales en las patologías mencionadas en el ensayo, ya que con el actuar eficaz en cada urgencia, es una probabilidad mayor de disminuir las complicaciones que pueden llegar a desencadenar una atención no inmediata. El servicio de urgencias pediátricas es un servicio muy amplio con mucha complejidad, por eso como personal que labora en dichas áreas es necesario conocer a fondo e ir formando un conocimiento basto, tal vez con el ensayo generalizado de dos unidades completas es algo complicado aprender lo suficiente de cada uno de los temas y es necesario ver tema por tema, esperando que la poca información pero relevante haya sido de interés y de fácil comprensión, lo que me llevo de este trabajo son las intervenciones que tal vez no se pudieron incluir todas, que yo desconocía por completo o por falta de interés en el tema, había olvidado, esperando haya sido de utilidad, me despido dando de antemano las gracias por la atención prestada.

Bibliografía:

- MANUAL DE URGENCIAS EN PEDIATRÍA, HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO
- MANUAL DE URGENCIAS CARLOS BIBIANO GUILLEN 3° EDICION
- GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MORDEDURAS DE SERPIENTES VENENOSAS.