



**Nombre del alumno:**

**Alan Iván Hernández Calderón.**

**Nombre del profesor:**

**Rubén Eduardo Domínguez García.**

**Nombre del trabajo:**

**Ensayo unidad I y unidad II**

**Materia:**

**urgencias pediátricas.**

**Grado:**

**profesionalización.**

**Grupo:**

**A**

En este ensayo hablaremos sobre las urgencias pediátricas tipos de patologías que existen clasificación sobre las mismas, lineamientos de vida; nos habla sobre en los últimos años las urgencias pediátricas están viviendo una continua transformación algunos de los factores es igual el temor creciente de los padres a que sus hijos presenten una enfermedad grave, potenciado por noticias sobre la salud en ocasiones poco rigurosos, comodidad y adecuación a sus horarios laborales, las urgencias pediátricas deben de establecer niveles de gravedad y tener áreas diferenciadas para atenderlas y estar preparadas para resolver con eficacia y de forma permanente cualquier situación.

Uno de los aspectos psicosociales de la urgencia debes de dar una explicación previa con lenguaje adaptado al niño de lo que se le va hacer y si les va a causar dolor, ambiente adecuado, permitir la estancia de los padres en la exploración y procedimientos y a los padres se les mantendrá informados en todo momento.

Los niños pueden enfermar gravemente de varios tipos de enfermedades, siendo las más frecuentes las siguientes: traumáticos, intoxicaciones, cardiocirculatorias y metabólicas. Todas ellas se manifiestan por alteraciones en aspectos fundamentales del niño que siempre se debe de vigilar estrechamente: frecuencia y características de la respiración, temperatura corporal, frecuencia cardiaca, coloración de la piel, estado de hidratación, interés en alimentarse, actividad y estado de conciencia.

La evaluación pediátrica del niño grave enfermo se realiza en cuatro etapas: evaluación inicial o general evaluación primaria, secundaria y terciaria.

La evaluación general no es más que la que consiste en la búsqueda de claves auditivas y visuales dadas por la apariencia, trabajo respiratorio y circulación del paciente en esta línea no habla que es cuando tenemos al paciente en primer contacto debemos de estar entrenados para valorar previamente al usuario si necesita o no una intervención inmediata. La evaluación primaria esta nos habla que si la evaluación general demuestra que el paciente no tiene una condición que necesita una reanimación inmediata, se procede hacer la evaluación primaria, en la cual se determina el estado de las funciones cardiovascular y neurológica con el objetivo de categorizar al paciente para implementar una acción o tratamiento recién en este procedimiento si nos damos cuenta aquí se maneja lo que es el ABCDE que no es más que A: salvaguardar la vía aérea, B: conservar la respiración y ventilación, C: mantener la circulación y controlar las hemorragias, D: déficit neurológico, valorar el estado neurológico, E: exposición y control ambiental prevenir la hipotermia.

La línea de vida en pacientes pediátricos el ABC analizaremos del paciente pediátrico enfermo no habla sobre que la A implica si la vía aérea esta permeable, para ello se debe observar los movimientos del tórax y abdomen y escuchar los sonidos respiratorios, incluyendo la salida y entrada de aire por la nariz y la boca. Según esto se aplicará las medidas necesarias, como colocar al paciente en posiciones de confort o permeabilizar la vía aérea mediante tracción de la mandíbula para mantener la posición de olfateo o bien puede ser necesario aspirar orofaringe y nariz a través de la sonda, podría ser necesario aplicar técnicas de liberación de obstrucción por cuerpo extraño, como la maniobra de Heimlich en el niño mayor o la técnica de compresión torácica y dorsal, en el lactante. La B significa evaluar la frecuencia respiratoria, el esfuerzo respiratorio el volumen corriente, los sonidos pulmonares y de la vía aérea y la oximetría de pulso en la frecuencia respiratoria sabemos que debemos tener en cuenta la frecuencia respiratoria que a menudo es el signo de distres respiratorio y habitualmente va acompañado de otros signos de mayor esfuerzo que orienta al problema, taquipnea, disminución o irregularidad, apnea. La C circulación se evalúa a través de función cardiovascular y de la perfusión a través de los órganos distales, las funciones cardiovasculares las podemos observar como ya sabes en el color de piel, temperatura, frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco, presión arterial, pulsos y llenado capilar.

Sobre la clasificación (triaje) hospitalario es un proceso de valoración preliminar, es decir, se realiza antes de una valoración diagnóstica y terapéutica completa que se brinda en el servicio de urgencias, clasificar a los pacientes con base en criterios de su gravedad clínica de tal forma que los más urgentes sean tratados primero y el resto sean controlados continuamente el triaje debe manejarse en un tiempo corto, efectivo y ágil, para asegurar una gestión ordenada de las actividades en el equipo multidisciplinario y se debe de cumplir de asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital, determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta al servicio de urgencias, mejorando el flujo de pacientes, mantener comunicación con el personal médico, dar información fluida, clara y veraz a los pacientes y a sus familiares sobre los tratamientos a realizar y el tiempo de espera, esto con la finalidad de disminuir la ansiedad del paciente y la familia.

Tiraje pediátrico todas las escalas se han diseñados para ser aplicadas a la población adulta y secundariamente se han desarrolladas adaptaciones dirigidas a la población pediátrica que o siempre ha demostrado la misma validez por las diferencias clínicas entre ambas poblaciones, los pacientes serán valorados en el menor tiempo posible por el profesional

encargado: en el nivel 1 o rojo tiempo de atención inmediata los pacientes que requieran resucitación, con riesgo vital, nivel 2 o naranja tiempo de atención 10-15 minutos: son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso, nivel 3 o amarillo tiempo de atención de 30-60 minutos: son situaciones que requieren múltiples exploraciones diagnósticas o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica SV normales, nivel 4 o verde tiempo de atención 60-120 minutos: situaciones poco urgentes, generalmente necesitan una exploración diagnóstica y o terapéutica, nivel 5 o azul tiempo de espera mayor a 120 minutos son situaciones no urgentes, que no requieren ninguna exploración diagnóstico terapéutica podrían ser referidos a consulta externa, bueno a todo esto nos debe de quedar claro todo lo relacionado a que es una urgencia y que es una emergencia; tomando en cuenta que una urgencia es aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal pero que debe ser atendida en máximo 6 horas y emergencia es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en él la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital también se cuenta en pediatría con el modelo del triángulo de evaluación pediátrica (TEP) se preguntaran en que consiste esta herramienta pues se está implementando en los servicios de urgencias y su objetivo es la valoración inicial y rápida de los pacientes pediátricos y se divide en apariencia, trabajo respiratorio y circulación todo esto de primer contacto debes de valorar con tu experiencia y entrenamiento en el campo laboral se te hace una herramienta indispensable y ya lo utilizas como instinto cuando tienes un paciente en urgencias y tu está en el área de triage.

Por otra parte la atención de enfermería en situaciones de urgencias pediátricas depende de muchos factores entre ellos la organización de los servicios de atención al paciente pediátrico en situaciones de urgencia y emergencia, en muchas ocasiones, esta diferenciada de los adultos, por lo que es necesaria la especialización de los profesionales que trabajan en ellos, el papel de los profesionales de enfermería es estos servicios es clave, y que se mantengan en constante actualización es fundamental para poder mantener el nivel de calidad y seguridad necesarias y en este punto hablaremos sobre algunos patologías que son más frecuentes en pacientes pediátricos.

Traumatismo craneoencefálico su definición nos habla sobre que es una lesión traumática que afecta a tejidos blandos de la cabeza y cara, al esqueleto craneofacial o al encéfalo, independientemente de que presenten o no afectaciones neurológicas las causas varían en las diferentes edades pediátricas y de sexo teniendo en cuenta que es más común en niños

que en niñas los TCE se pueden clasificar según la escala de Glasgow, que es un TCE leve nos da un puntaje de 13- 15, un TCE moderado de 9- 12, un TCE menor o igual que 8 esto es algunas acciones importantes que tomar en cuenta.

Hablamos de los problemas más comunes que es la intoxicaciones en pediátricos en la tabla que está en el manual de urgencias pediátricas nos habla que ante un paciente con sospecha de intoxicación aguda lo primero que se debe hacer es establecer las clásicas medidas de soporte vital y estabilización inicial el famoso (ABC), no dice que en general en todo paciente en coma que se desconozca la causa podemos utilizar la siguiente secuencia de actuación, como es la oxigenoterapia, canalización de una vía venosa, igual se debe hacer una historia rápida para la identificación del toxico, evitar la absorción del toxico dependiendo de la vía de entrada será puede ser oftálmica sería necesario igual un lavado o con carbón activado si se ingiere para que evitemos la absorción o un lavado gástrico son sonda nasogástrica.

Casi ahogamiento en pacientes pediátricos es importante tener en cuenta que la mayoría de estos pacientes son atendidos en el lugar del accidente por personal no calificado y que recibe medidas de soporte antes de llegar al hospital de referencia, todos los datos sobre el suceso pueden influir, hay que señalar la dificultad que supone la obtención de algunos datos, como tiempo de inmersión que generalmente se hace por aproximación, con frecuencia, es alguien no sanitario quien descubre y atiende al niño casi ahogado, por lo que la primera evaluación es muy subjetiva, tras el rescate, quien y cuando inicio el RCP son datos muy importantes, pues el niño responde muy bien a una RCP básica precoz bien realizada, al llegar al servicio de urgencias del hospital se valora la situación del paciente, comprobando la efectividad de la medidas adoptadas hasta el momento, en la hipotermia influye la temperatura del agua y el tiempo de inmersión, todos los casos con cianosis generalizadas que persistía en urgencias fallecieron o sufrieron secuelas permanentes.

Estado de choque nos habla en su definición que es el fallo agudo del sistema circulatorio para proporcionar un suministro sanguíneo adecuado a los tejidos periféricos y órganos del cuerpo, lo cual provoca hipoxia el cual puede ser provocado por una gastroenteritis con deshidratación, neumonías, accidentes automovilísticos, quemaduras, cetoacidosis diabética por mencionar algunas de las causas de esta complicación, la clave para el buen manejo de este es el temprano reconocimiento basado en signos vitales y la exploración física, establecer un acceso IV, iniciar altos flujos de oxígeno vía mascarilla o nasal incluso en la ausencia de dificultad respiratoria.

Paro cardiorrespiratorio (PCR) hablaremos de su definición para saber a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de esta terminología nos dice que se define como la interrupción brusca e inesperada y potencialmente irreversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea, a consecuencia de ello se interrumpe el transporte de oxígeno a la periferia y a los órganos vitales, principalmente al cerebro; nos habla al igual de un testigo de la PCR nos dice que es cualquier ciudadano que presencia la PCR los médicos y enfermeros y paramédicos que son testigos de una parada cardiorrespiratoria en cualquier lugar público y que no forman parte de un equipo de emergencias también son considerados testigos de una PCR, nos dice también que si iniciamos RCP básica las posibilidades de recuperación son mucho mayores que si se espera que lleguen los servicios de emergencias, la difusión y los conocimientos y las habilidades de el RCP básica entre la población general es uno de los métodos más importantes para mejorar el pronóstico de la PCR, también hablamos de conceptos de recuperación por ejemplo la recuperación de la respiración espontánea es la reaparición de movimientos respiratorios suficientes en un paciente previamente apneico queda excluida, por tanto, la respiración agónica o a boqueadas, recuperación de la circulación espontánea nos dice que es la reaparición y mantenimiento del pulso arterial central palpable o de signos vitales en un paciente que estaba en PCR, de la rapidez con la que consiga recuperar y mantener la circulación espontánea depende la evolución del paciente, la recuperación de la circulación espontánea puede ser mantenida o transitoria cuando esta es mantenida cuando perdura al menos 20 minutos, nos habla también sobre la capacidad funcional cerebral pediátrica (CFCP) es una escala que valora el estado neurológico del paciente. Sirve para evaluar la repercusión neurológica secundaria a un PCR, comparando el estado previo del paciente con respecto a la situación de ingreso este es un tema muy extenso donde podemos hablar de muchas complicaciones y tratamiento que es necesario llevar a cabo con los pacientes y también tomar en cuenta el protocolo desde el primer contacto con el paciente.

Insuficiencia respiratoria aguda IRA como en todas las terminologías que hemos manejado daremos la explicación o lo que entendemos por qué es IRA nos dice su definición que se trata de la incapacidad del aparato respiratorio para satisfacer las demandas metabólicas de oxigenación y eliminación del dióxido de carbono del organismo, nos habla igual que la IRA es la causa más frecuente de riesgo vital en pacientes pediátricos de acuerdo a experiencias muchas veces estas enfermedades también las conocemos como estacionales porque es más frecuente en invierno por los cambios de climas bruscos que

exponemos, igual pueden ser congénitas o por malformaciones, igual por un síndrome de aspiración de meconio o SAM.

Mordeduras de serpientes de acuerdo a la guía del el catalogo maestro de guías de prácticas clínicas SSA-298-10 nos habla sobre su definición que es un accidente ofídico de define como una lesión cutánea causada por mordedura de serpiente, seguida de la inoculación de sustancias toxicas en este caso hablamos del veneno de la serpiente que lesionan tejidos, condicionando alteraciones fisiopatológicas de gravedad variable, las manifestaciones clínicas y el grado de envenenamiento por mordedura de serpiente venenosa se clasifican dependiendo del nivel de edema y de los signos agregados el diagnóstico definitivo de la intoxicación por veneno de serpiente requiere la identificación de las características morfológicas de la serpiente venenosa, los signos de envenenamiento pueden variar dependiendo de la cantidad de veneno inoculado, tiempo de evolución, región afectada y numero de mordidas.

Por ultimo en este ensayo hablaremos de un tema muy común y peligroso para todos que son las quemaduras que son muy frecuentes en pediátricos normalmente por descuido de los padres iniciaremos con una definición sobre que es una quemadura posteriormente hablaremos de los tipos y tratamientos que se pueden emplear en un caso de estos nos dice que una quemadura es una 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 el mayor riesgo nos dice que ocurre entre 0 y 2 años de edad en varones y con nivel socioeconómico bajo existen tipos de quemaduras que son las térmicas que son principalmente por líquidos, quemadura por llamas las más graves por riesgo de inhalación, quemaduras eléctricas, quemaduras químicas la mayoría producida por productos domésticos y también las clasificamos por extensión y profundidad de la quemadura primer grado o epidérmica nos habla que se caracteriza por tener un color rojo intenso dolorosa a la palpación no presentan perdida de sustancias como ejemplo tenemos las quemaduras solares, tenemos las de segundo grado que esas llegan hasta la dermis superficial, producen flictenas, las de tercer grado o subdermicas son de color blanco o negro, insensibles textura firme y acantonada.

Las quemaduras de primer grado generalmente no requieren tratamiento si existen molestias tratar con paracetamol o ibuprofeno y con una crema hidratante, en las de segundo grado sumergir la quemadura en agua fría, retirar la ropa, cubrir las zonas afectadas con compresas empapadas de suero fisiológico, analgesia.

