

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 I: valoración de las urgencias pediátricas.

Unidad II: atención de enfermería en situaciones de urgencias pediátricas.

INTRODUCCION

Comenzaremos por la definición de una urgencia pediátrica y lo haremos con el concepto generado por la Asociación Médica Americana y que ha sido aceptado por el Consejo de Europa y asumido por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, que dice que "Una urgencia es toda aquella situación, que en opinión del paciente, su familia o quienquiera que toma la decisión, requiere una atención médica inmediata"

El primer paso al atender a un niño en un Servicio de Urgencias es una valoración a primera vista que nos permite obtener de modo rápido una impresión general del paciente. El triángulo de evaluación pediátrica (TEP) nos permite realizarlo de una manera válida y reproducible. Es válido para niños de cualquier edad y con cualquier enfermedad.

DESARROLLO

1.1 valoración y clasificación de la urgencia pediátrica: la valoración de la urgencia pediátrica se realiza a través de algo que se le conoce como TRIANGULO DE EVALUACION PEDIATRICA TEP. Que consta de 3 componentes: la apariencia, la respiración y la circulación, que se evalúan solo mirando y escuchando al paciente al entrar en la consulta. Su realización no debe llevar más de 30-60 s y se debe realizar sin tocar al paciente. Determina la necesidad de atención urgente y qué tratamiento inicial puede necesitar.

- La apariencia es el elemento más importante del TEP. Refleja la oxigenación, perfusión y función del sistema nervioso central (tono, actividad, contacto con el medio, mirada llanto consuelo)
- Respiración, en este componente se evalúa si existe dificultad respiratoria.(se evalúa la postura, aleteo nasal, tiraje, cabeceo y ruidos anormales)
- Circulación: aquí se evaluarán(palidez, piel moteada i cianosis)

Como punto importante debemos recordar que esta evaluación se debe de hacer de manera secuencial, usando siempre el TEP que nos permite identificar si el niño se encuentra estable o no. Esta evaluación se debe de realizar mirando y escuchando al niño sin tocarlo.

1.2 Clasificación (TRIAGE)

El triage es un proceso de valoración clínica, que ayuda a clasificar a los pacientes en función de su gravedad antes de recibir una valoración diagnóstica y terapéutica completa. Debe hacerlo, en un tiempo corto y de forma rápida y efectiva, una enfermera o un médico.

El destino o la situación de la valoración del triage pueden ser de emergencia, urgencia o ambulatoria

Valoración de manera intrahospitalaria

Nivel 1 o rojo: pacientes que requieren resucitación con riesgo vital. Tiempo de atención inmediata

Nivel 2 naranja: son situaciones no urgentes de alto riesgo con inestabilidad fisiológica o dolor intenso. Tiempo de atención de 10 a 15 minutos

Nivel 3 o amarillo: situaciones que requieren múltiples exploraciones diagnósticas o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica, con SV normales el tiempo de atención es de 30 a 60 minutos

Nivel 4 o verde: situaciones poco urgentes, generalmente necesitan una exploración diagnóstica y terapéutica, el tiempo de atención puede ser de 60 a 120 minutos

Nivel 5 o azul: situaciones no urgentes que no requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéuticas, podrían ser referidas y atendidas por consulta externa. El tiempo de atención puede ser mayor a 120 minutos.

1.3 línea de vida en pacientes pediátricos (ABC)

Si la evaluación general demuestra que el paciente no tiene una condición que necesite una reanimación inmediata, se procede a realizar 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 momento se necesita tocar al paciente con las manos para aplicar el ABCD,

A airway salvaguardar la vía aérea

B breathing conservar la respiración y ventilación

C circulation mantener la circulación y controlar las hemorragias

D déficit neurológico, valorar el estado neurológico

E exposición y control ambiental, prevenir la hipotermia

VIA AEREA: La A implica determinar si la vía aérea está permeable; para ello se debe observar los movimientos de tórax y abdomen y escuchar los sonidos respiratorios, incluyendo la salida

y entrada de aire por la nariz y/o la boca. Según esto se aplicarán las medidas necesarias, como colocar al paciente en posición de confort o permeabilizar la vía aérea mediante tracción de mandíbula para obtener la posición de olfateo; o bien puede ser necesario aspirar orofaringe y nariz a través de la sonda Yankauer, que jamás puede faltar en un servicio de urgencia

REAPIRACION 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.

- A: apoyar la vía aérea con maniobras de apertura, aspirar y remover cuerpos extraños e instalar cánula oro o nasofaríngea si es necesario.
- B: entregar ventilación asistida con bolsa-mascarilla, proveer oxígeno al 100% idealmente con mascarilla de no reinhalación, monitorizar la saturación de oxígeno en forma continua y preparar la intubación mientras se administra todos los medicamentos específicos necesarios, como salbutamol y epinefrina.
- C: realizar monitoreo continuo del ritmo y la frecuencia cardíaca y establecer precozmente accesos venosos para la administración de fluidos y medicamentos.

CIRCULACION: La circulación se evalúa a través de función cardiovascular y de la perfusión hacia los órganos distales:

- La función cardiovascular se evalúa, como ya se dijo, observando color de la piel, temperatura, frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco, presión arterial, pulsos y llene capilar.
- La perfusión de los órganos terminales se determina a nivel cerebral, de piel y renal observando estado mental del paciente, color y temperatura de la piel y débito urinario, respectivamente

UNIDAD II ATENCION DE ENFERMERIA EN SITUACIONES DE URGENCIAS PEDIATRICAS

2.2 traumatismo craneoencefálico: Lesión traumática que afecta a tejidos blandos de la cabeza y/o cara, al esqueleto craneofacial o al encéfalo, independientemente de que presenten o no afectación neurológica.

Lesiones específicas

1. Hematoma subgaleal: Colección de sangre entre el cuero cabelludo y los huesos craneales. En los lactantes, pueden alcanzar gran tamaño causando anemia e hipovolemia.

2. Laceración de cuero cabelludo o scalp: Debidas a heridas cortantes. Cursan con sangrado profuso por la gran vascularización de este tejido.

3. Fracturas: lineales, diastasicas, fracturas con hundimiento, fracturas de base de cráneo-

La valoración se realiza mediante la anamnesis, la exploración siguiendo el ABCDE. La clasificación del TCE según la escala de Glasgow, indicaciones de radiografías de cráneo, indicaciones de TAC. Existen 3 tipos de TAC según la escala de Glasgow y son: TCE leve (Glasgow 13-15); TCE moderado (Glasgow de 9-12 y TCE grave (Glasgow menor de 8).

Para el manejo del paciente con TCE grave se procederá a seguir las medidas generales que son las siguientes:

- Intubación y v. mec ($pO_2 > 100\text{mmHg}$ y pCO_2 35-45 mmHg)
- T. Art estable (SSF, sangre, NA): NORMOVOLEMIA
- Sedación (midaxolam)+analgesia (fentanilo)
- Fenitoína profiláctica
- Collarín cervical

2.3 intoxicaciones. La intoxicación debe ser sospechada en todos los cuadros de etiología incierta y en todos los niños con bajo nivel de conciencia, conducta anormal, ataxia, convulsiones, arritmias, dificultad respiratoria, vómitos, shock, acidosis metabólica.

Se debe proceder a primeramente a la valoración inicial y estabilización con las medidas clásicas de soporte vital y estabilización inicial (ABC); identificación del toxico; evitar la absorción del toxico (carbón activado, vaciado gástrico); administración de antídoto; medidas para aumentar la eliminación del toxico. Para las intoxicaciones específicas como es el caso del paracetamol, ibuprofeno, monóxido de carbono se deberán seguir indicaciones específicas.

2.4 casi ahogamiento: El ahogamiento por sumersión es un cuadro con alta morbimortalidad; es la tercera causa accidental de muerte en la población infantil. Se define como ahogamiento por sumersión a la muerte ocurrida dentro de las primeras 24 h del episodio de sumersión, mientras que casi ahogamiento engloba a las víctimas que sobreviven al menos 24 h.

Fisiopatología: Daño por hipoxia-isquemia-repercusión. Laringoespasma, apnea o aspiración.

Húmedo (líquido aspirado a los pulmones), seco (Laringoespasma hasta anoxia)

Clínica: hipotermia y mal perfundido. Dificultad respiratoria (leve a severa)

Respiratoria (broncoespasmo, atelectasia, aspiración de líquido, neumonitis química o infecciosa, edema pulmonar agudo) neurológica (consiente, estuporoso, decodificación, descerebración, apnea), cardiovascular (disritmia, apnea) acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda.

Tratamiento en urgencias: reevaluar ABC, mantener eutermia, seguimiento de Sat O₂, estado neurológico y uresis, paraclínicos y observación en niños con ECG.

2.5 estados de choque. El shock se define como el fracaso agudo generalizado del sistema circulatorio que produce hipoperfusión de órganos y tejidos.

Síndrome séptico o Sepsis severa: sepsis con alteración en la perfusión tisular. • Shock séptico: síndrome séptico que desarrolla hipotensión arterial y signos clínicos de hipoperfusión periférica caracterizada por enlentecimiento del relleno capilar: - Shock séptico precoz: responde rápidamente (menos de 1 hora) al tratamiento con fluidos y fármacos (inotrópicos, antibióticos,...) - Shock séptico refractario: hipotensión arterial que no responde al tratamiento agresivo con fluidos y fármacos y precisa drogas vasopresores.

SHOCK ANAFILÁCTICO Reacción sistémica de hipersensibilidad aguda potencialmente fatal que da lugar a la afectación de varios sistemas (cutáneo, respiratorio, cardiovascular y gastrointestinal). Es secundaria a la interacción de un antígeno (Ag) con anticuerpos (Ac) IgE específicos de la superficie de mastocitos y basófilos, produciendo liberación masiva de mediadores químicos. Diferenciar de la reacción anafilactoide, no mediada por IgE, sin pre-exposición al agente desencadenante y con clínica similar.

SHOCK TÓXICO El síndrome de shock tóxico (SST) es una enfermedad producida por toxinas bacterianas que desarrollan en el paciente de forma aguda fiebre, eritrodermia generalizada e hipotensión arterial debido a la extravasación masiva de fluidos al intersticio por vasodilatación generalizada pudiendo llegar al fracaso multiorgánico.

2.6 paro cardiorrespiratorio

El paro cardiorrespiratorio en pacientes pediátricos es típicamente causado por hipoxia y acidosis, como resultado de una falla respiratoria o shock. Es importante tener en cuenta dentro de las principales causas las 8 H y las 8 T, (hipoxia, hipovolemia, hipervagal, hidrogeniones, hipo- e hipercalemia, hipertermia maligna, hipotermia, hipoglicemia) (trauma, neumotórax, trombosis coronaria y pulmonar, tamponado, QT largo, toxinas, hipertensión pulmonar. mejores reanimadores sin retrasar la reanimación. Al momento de detectar que un paciente pediátrico no respira y no responde, se debe iniciar con compresiones torácicas inmediatamente.

Si la víctima no responde pero respira, abandone al niño y pida ayuda inmediatamente, en caso de distrés respiratorio se coloca al paciente en la posición que le permita respirar adecuadamente. Las compresiones torácicas deben ser: entre 100-120 x', fuerte y rápido, comprimir al menos un tercio del diámetro antero posterior del tórax, es decir, 4 cm en infantes (menores de un año) y 6 cm (mayores de un año hasta la adolescencia) sin sobrepasar los 6 cm. Permitir una adecuada re expansión torácica. Cambiar al reanimador cada dos minutos. Minimice las interrupciones de las compresiones y evite hiperventilar. Las compresiones torácicas para un solo reanimador se debe realizar con los dos dedos comprimiendo el tórax en infantes, de ser dos reanimadores, uno rodea el tórax con las dos manos y comprime en el tercio inferior del esternón esparciendo los dedos alrededor del tórax.

2.7 insuficiencia respiratoria (IRA) se define como la incapacidad del aparato respiratorio para satisfacer las demandas metabólicas de oxigenación y eliminación de dióxido de carbono (CO₂) del organismo.

Se puede distinguir dos tipos de insuficiencia respiratoria: la tipo I y la II, aunque pueden coexistir ambas (Combinada). - La Tipo I, también denominada no ventilatoria o insuficiencia ventilatoria normocápnica, está caracterizada por una PaO₂ baja, con una PaCO₂ normal o baja, sin disminución significativa del volumen minuto. La tipo II, o insuficiencia ventilatoria o hipercapnia, se caracteriza por la presencia de una PaO₂ baja junto con una PaCO₂ elevada, con disminución del volumen minuto.

Los síntomas son dependientes de la hipoxemia, síntomas independientes de la hipercapnia, síntomas dependientes de la localización de la alteración básica, síntomas dependientes de la enfermedad causal.

El tratamiento incluye: restaurar y mantener permeable la vía aérea, mantener una adecuada oxigenación, corregir la acidosis, mantener un gasto cardiaco adecuado y evitar la anemia, mantener la temperatura corporal, mantener ayuno y evitar la distensión abdominal.

2.8 mordedura de serpiente

El diagnóstico de mordedura de serpiente se basa en la sintomatología, tanto local como sistémica, así como en la identificación de la serpiente. Según el tamaño y el tipo de serpiente, cabe esperar un distinto grado de afectación; las serpientes más peligrosas son las más grandes y sus venenos tienen un distinto nivel de actividad. Los 5 tipos de serpiente que habitan en nuestro medio pueden distinguirse a grandes rasgos por su longitud, menor de 75cm en las víboras y mayor en las culebras, y por la posición de sus colmillos, anteriores en las víboras y posteriores en las culebras. Otros rasgos que las diferencian y permiten distinguir la especie a la que pertenecen son las pupilas y la forma de la cabeza, la cola y la región nasal. Según Persson, la afectación del paciente se puede clasificar en: grado 0, afectación cutánea, con sólo señales de punción; grado I, cuando presenta reacción inflamatoria local; grado II, cuando la reacción afecta a toda la extremidad y existe clínica general leve, y grado III, cuando sobrepasa la raíz del miembro y la clínica general es moderada o severa, con posible coagulopatía. No existe uniformidad en el tratamiento que se debe seguir ante una mordedura de serpiente. En la mayoría de los casos las medidas conservadoras, como el empleo de antiinflamatorios y la elevación del miembro afectado, son suficientes. No obstante, en ocasiones la reacción local puede llegar a producir síndrome compartimental, tributario de realizar fasciotomía. Otras medidas no estandarizadas son la profilaxis antibiótica, usualmente realizada con amoxicilina-ácido clavulánico, y el uso de corticoides o antihistamínicos cuando la inflamación es importante⁶. Debe realizarse profilaxis antitetánica en niños no vacunados o con vacunación incompleta.

El suero antiofídico, efectivo frente al veneno de todas las serpientes de nuestro medio, estaría reservado para casos graves con afectación sistémica⁷, ya que su empleo supone un importante riesgo de reacciones alérgicas graves⁸. La realización de una prueba intradérmica puede ayudar a preverlas. Asimismo, se han planteado diversas formas de minimizar dicho riesgo, como la administración de corticoides, antihistamínicos o adrenalina subcutánea

2.9 quemaduras 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.

La profundidad de la quemadura es de primer grado o epidérmica; segundo grado A o dérmica superficial; segundo grado B o dérmica profunda; tercer grado o subdérmica. El tratamiento local de las quemaduras de primer grado no incluye tratamiento Si existen molestias tratar con paracetamol o ibuprofeno. Asociar crema hidratante. Para las quemaduras de segundo grado es sumergir la quemadura en agua fría, cubrir la zona con compresas empapadas de suero fisiológico, lavar con solución fisiológica, analgesia habitual, retirar tejido desvitalizado, antibióticos tópicos, profilaxis antitetánica, cada 24 o 48 horas, para las quemaduras mayores el tratamiento es quirúrgico, antibióticos tópicos y cubrir con apósitos de tul.

CONCLUSION

En el presente ensayo se describieron algunas de las tantas urgencias que se pueden presentar como una urgencia pediátrica, su valoración y su tratamiento a grandes rasgos para orientarnos acerca de dichas situaciones de urgencia y tener una idea de cómo actuar ante estas situaciones.

