



Universidad del sureste

NOMBRE DEL ALUMNO:

Nancy cristel mendez sanchez

**MATERIA: ENFERMERIA EN
URGENCIA**

TRABAJO: A,B,C,

NOMBRE DEL DOCENTE. Lic.

Pedro Alejandro bravo.

GRADO: 7 Cuatrimestre

**FECHA: 26 de noviembre del
2020**

La secuencia ABCDE consiste en el reconocimiento de forma ordenada del paciente pediátrico con examen físico y monitorización, realizado ahora "con las manos y con una instrumentalización básica".

B. (ventilación / respiración)

Deberemos:

- Escuchar los ruidos respiratorios audibles.
- Calcular la frecuencia respiratoria y considerarla en su contexto (hay fiebre, miedo, ansiedad o frío).
- Monitorizar la frecuencia respiratoria, valorando si es superior a 40-50 por minuto o inferior a 20 por minuto en lactantes o inferior a 12 por minuto en niños. Es más importante valorar tendencias que cifras.
- Monitorizar la pulsioximetría y valorarla en relación con el trabajo respiratorio. Es aceptable por encima de 94%, Se ha vigilar estrechamente una sat.Hb menor de 94% y más si se presenta con un gran trabajo respiratorio, ya que se trata de una situación grave que precisa aplicación de oxigenoterapia (de entrada a la más alta concentración posible disponible) pero si la saturación de Hb es inferior a 90%, la situación es crítica y, si no mejora rápidamente, posiblemente precisará ventilación asistida. En cualquier caso, nunca debemos esperar a que el paciente esté muy deteriorado (cianosis, obnubilación,...) para aportarle oxígeno.

Edad	< 1 mes	1-12 meses	1-5 años	> 5 años
Fr (rpm)	40	20-30	12-20	12

- La auscultación con el estetoscopio por el personal médico puede aportar mucha información, hipofonesis, presencia de ruidos en inspiración o espiración (sibilantes, estertores crepitantes, roncus,...) simetría de ambos campos pulmonares, etc.
- Aplicar capnografía si disponemos de ella.

C. (circulación)

- Calcular o controlar la frecuencia cardíaca. Ya sea de forma manual, mediante monitorización o por pulsioximetría. La frecuencia cardíaca debemos valorarla teniendo en cuenta la edad, dolor, la fiebre, la ansiedad o la excitación. Es más importante valorar tendencias que cifras. Valorar la taquicardia como signo precoz de shock y la bradicardia como signo de hipoxia o shock establecido con paro cardíaco inminente.

Edad	< 1 mes	1-12 meses	1-5 años	5-12 años	> 12 años
Fr. cardíaca (bpm)	140	120	100	70-100	70

- Palpación de los pulsos. La valoración de los pulsos nos da mucha información, buscando primero su presencia y luego su calidad: hay que empezar primero por periféricos y después por los centrales, ver si son fuertes y llenos. Hay que recordar, no obstante, que en caso de PCR, actualmente no dependemos del pulso para decidir inicio de maniobras, basta con la ausencia de signos de vida, tos, movimientos. La palpación del pulso en una situación de PCR realizada incluso por personal sanitario, no es fiable y puede confundir.
- El cálculo del tiempo de relleno capilar (rcp) en las uñas, las eminencias tenares, la rótula o el antebrazo es un dato muy fiable. Será preocupante si tras una presión leve tarda más de 2 " en volver a la normalidad y supone un signo de shock. Si el rcp está por encima de 4" indica una situación hemodinámica muy comprometida.
- La Tª de la piel también nos demuestra el estado de la circulación cutánea, pero hay que asegurar que la cifra no está alterada ambientalmente, en todo caso hay que evitar que el niño esté hipotérmico y pase frío.
- Medir la tensión arterial, a pesar de la dificultad técnica y las limitaciones de su utilidad en los niños. Su normalidad no excluye la situación de shock, el descenso de la tensión arterial en el niño inestable es un dato, desgraciadamente, muy tardío y que nos indica shock establecido y descompensado. Como regla nemotécnica se utiliza la fórmula **70 + (2 x edad en años)** como tensión arterial sistólica mínima aceptable.

Edad	PAS normal mmHg	PAS límite inferior mmHg
< 30 días	> 60	50
1-12 meses	> 80	70
1-10 años	90 + (2 x edad)	70 + (2 x edad)
> 10 años	120	90

- La monitorización electrocardiográfica (ECG) mediante electrodos, o con tira larga es una herramienta de mucho valor para el diagnóstico de arritmias.
- La auscultación de los tonos cardíacos, la presencia de soplos, arritmias, roces etc. servirá para aproximar el diagnóstico y se completará en la evaluación posterior.

D. (evaluación de la disfunción neurológica)

El grado de afectación neurológica ya ha sido inicialmente valorado por el TEP con la apariencia, que nos ha proporcionado mucha información general y sobre el estado de la corteza cerebral. En el TEP podemos encontrar una afectación neurológica aislada, por ejemplo, tras una convulsión (estado post crítico) por intoxicaciones, alteraciones metabólicas como la hipoglucemia, infecciones, hemorragias o traumas. No obstante, completaremos la exploración mediante:

- La determinación de la glucemia capilar, si no se ha realizado antes.

- La observación del estado de las pupilas, su simetría y su reacción a la luz. Nos informa sobre el estado del tronco encefálico. Valorar el nivel de conciencia aplicando la escala AVDN, que resume la presencia de respuesta según los estímulos. Así, la A es de **alerta**, la V de **respuesta a la voz**, la D de **reacción al dolor** y N de **ninguna respuesta**. También podemos aplicar la escala de Glasgow para el trauma craneal, con las modificaciones según la edad.

Puntuación	> 1 año	< 1 año
Respuesta apertura ocular	Espontánea	Espontánea
4	A la orden verbal	Al grito
3	Al dolor	Al dolor
2	Ninguna	Ninguna
1		
Respuesta motriz	Obedece órdenes	Espontánea
6	Localiza el dolor	Localiza el dolor
5	Defensa al dolor	Defensa al dolor
4	Flexión normal	Flexión normal
3	Extensión anormal	Extensión anormal
2	Ninguna	Ninguna
1		
Respuesta verbal	Se orienta – conversa	Balbucea
5	Conversa confusa	Llora - consolable
4	Palabras inadecuadas	Llora persistente
3	Sonidos raros	Gruñe o se queja
2	Ninguna	Ninguna
1		

E. (exposición)

Al realizar el TEP y los pasos ABCD ya hemos expuesto progresivamente al niño. Ahora, ya en la camilla, debemos exponer todas las partes anatómicas del paciente para poder completar el examen físico y descubrir lesiones ocultas. Lo haremos de forma sistemática, procurando no dejarnos nada. Hemos de evitar siempre la hipotermia posterior.