



Mi Universidad

SUPER NOTA

NOMBRE DEL ALUMNO: Olivar Pérez Santizo

TEMA: Urgencias pediátricas (intoxicaciones, traumatismo craneoencefálico, paro cardiorrespiratorio).

PARCIAL: IV

MATERIA: Patología del niño y el adolescente

NOMBRE DEL PROFESOR: Dr. Mario Calderón

LICENCIATURA: Lic. en enfermería

CUATRIMESTRE: 5°

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS. A 03 DE ABRIL DEL 2022

URGENCIAS PEDIÁTRICAS

1) INTOXICACIONES

Las intoxicaciones son un conjunto de reacciones que se produce en el organismo por la entrada de un agente tóxico y que puede causar lesión, enfermedad o la muerte. Los tóxicos con los que contactan los niños varían enormemente en función de la edad y del tipo de intoxicación.

Podemos diferenciar 2 grandes grupos de pacientes que consultan por una posible intoxicación: preescolares y escolares por debajo de los 5 años de edad: constituyen el grupo más numeroso, en el que las intoxicaciones presentan las siguientes características: no voluntarias., ocurren habitualmente en el hogar, los niños suelen estar asintomáticos, el tóxico es conocido. Y el pronóstico en general es favorable



PRODUCTOS TÓXICOS



****FARMACOS:** Los fármacos son globalmente el tipo de tóxico más frecuentemente implicado en las intoxicaciones pediátricas (50% del total).

- Antitérmicos: son los fármacos más frecuentemente implicados en intoxicaciones no voluntarias, sobre todo el paracetamol.
- Psicofármacos: 2º gran grupo, fundamentalmente benzodiazepinas, consumidas tanto de manera no voluntaria por parte de niños pequeños como con fin autolítico por parte de adolescentes.
- Anticatarrales y antitusivos: en 3er lugar. Son productos habitualmente no reconocidos por los padres como fármacos y constituyen la 2ª causa más frecuente de intoxicación medicamentosa en menores de 4 años.

En muchos casos el producto implicado es una mezcla de varios principios activos. Muchos de estos niños precisan tratamiento en Urgencias y cerca de la mitad requiere estancia en el hospital al menos durante unas horas.

****PRODUCTOS DEL HOGAR:** Son la 2ª causa de intoxicación pediátrica hospitalaria. En la mayoría de los casos se trata de niños menores de 3 años. Los cáusticos son los principales implicados, sobre todo lejías caseras, que suponen el 3% del total de intoxicaciones, generalmente sin secuelas. Por detrás están los cosméticos, los detergentes (jabón/cloro) y los hidrocarburos. Aunque habitualmente son intoxicaciones menores, los productos del hogar pueden ser causa de secuelas importantes.



MANEJO MÉDICO



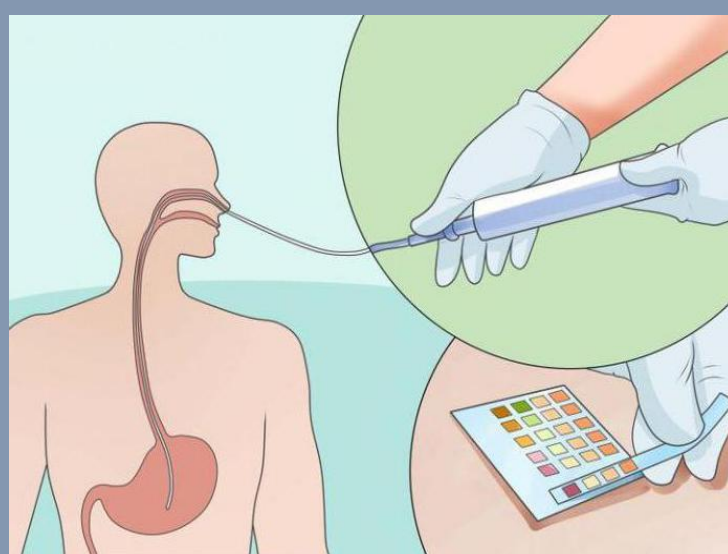
LA ADMINISTRACIÓN DE CARBÓN ACTIVADO (CA) se considera el pilar de la descontaminación en las Urgencias de Pediatría. Previene la absorción de múltiples sustancias en el tracto gastrointestinal y disminuye la absorción sistémica de agentes potencialmente tóxicos. En el pasado se ha hecho referencia a él como el “antídoto universal”.

El mayor beneficio de la administración de CA se obtiene si se utiliza en la primera hora tras la ingesta del tóxico ya que el CA adsorbe alrededor de 1 g de toxina por cada 10 g. Aunque no hay una única dosis correcta de carbón activado, la dosis habitual por vía oral o sonda nasogástrica es:
– 0,5-1 g/kg para menores de 1 año (máx. 10-25 g). – 0,5-1 g/kg en niños entre 1 y 14 años (máx. 25-50 g). – 25-100 g en adolescentes y adultos

LAVADO GÁSTRICO: Este método produce un tránsito intestinal acelerado capaz de eliminar incluso comprimidos enteros sin que haya dado tiempo a que se disuelvan. Consiste en la administración enteral de grandes cantidades de una solución osmótica, para conseguir una diarrea acuosa que arrastra el tóxico del intestino y se reduce su absorción.

La práctica de lavado gástrico y posterior administración de CA por sonda nasogástrica se utilizan en las siguientes circunstancias:

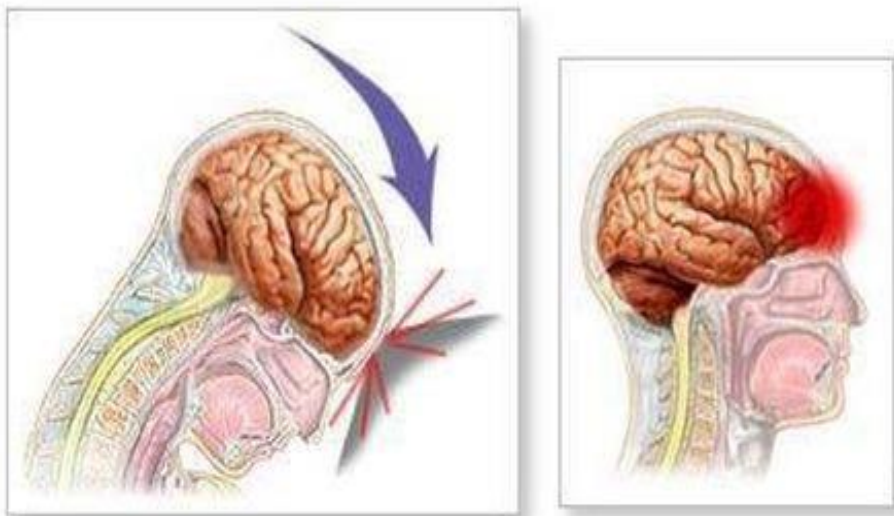
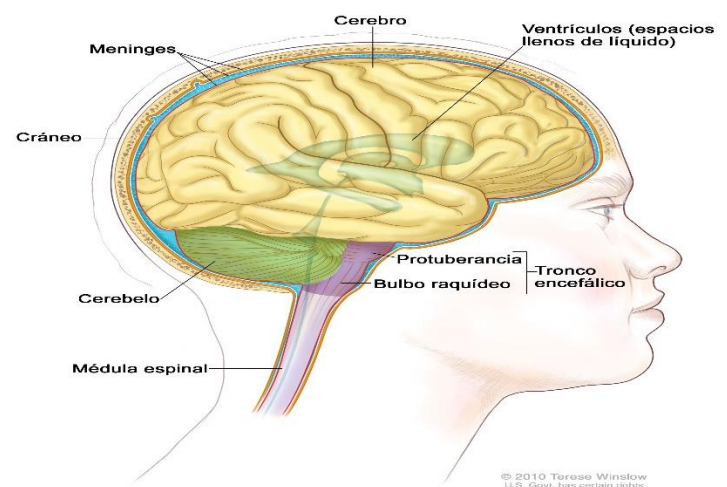
- 1) Intoxicaciones medicamentosas agudas de riesgo vital.
- 2) Pacientes en coma y sin reflejos faríngeos, previa protección de la vía aérea mediante intubación endotraqueal
- 3) Intoxicaciones en las que existe riesgo elevado de presentar convulsiones



2) TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

ANATOMIA

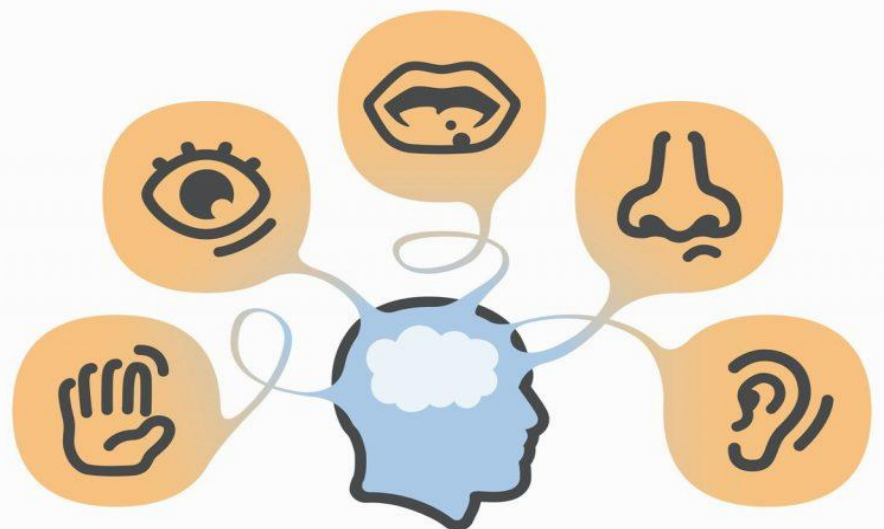
El encéfalo, que junto con la médula espinal forma el Sistema Nervioso Central, está protegido por el cráneo y comprende el cerebro, el cerebelo y el bulbo raquídeo. El cerebro es la estructura más compleja del organismo humano y el principal centro nervioso; sus diferentes áreas son las principales responsables del movimiento, las sensaciones y percepciones, las emociones y la conducta, y en él, se llevan a cabo las funciones mentales superiores.



¿QUE ES? Son lesiones del cráneo y su contenido causadas por el contacto violento de un agente físico contra la cabeza, o por choque de la misma contra una superficie mas o menos dura, lo cual puede provocar una lesión orgánica del cráneo o de su contenido, que en forma directa por sus complicaciones representan en la población pediátrica una de las principales causas de mortalidad.

CONSECUENCIAS

La primera consecuencia de la lesión postraumática suele ser una alteración de la conciencia, el coma, cuya intensidad y duración será variable y que, en algunos casos, puede prolongarse durante meses, provocando importantes consecuencias a largo plazo como: Trastornos a nivel sensorial (tacto, olfato, vista, etc.), trastornos del movimiento y la marcha (tetraparesias e hemiparesias), trastornos en la deglución, trastornos en la coordinación motora, el tono muscular o la espasticidad y alteraciones en el control de los esfínteres.



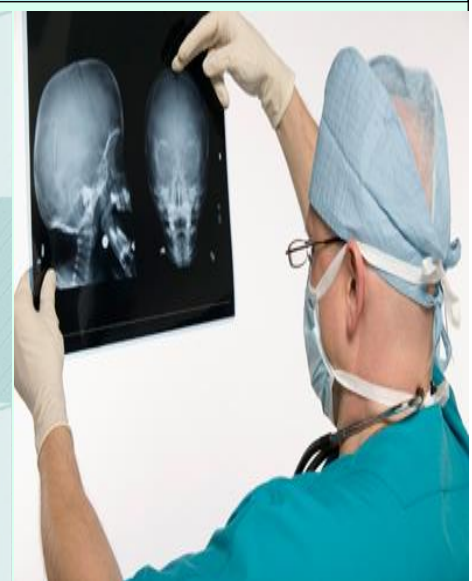
PRINCIPALES FUNCIONES COGNITIVAS QUE PUEDEN VERSE ALTERADAS

- La atención-concentración
- La memoria-aprendizaje
- El razonamiento-inteligencia
- El lenguaje-habla etc.
- Cambios en la conducta y la emoción.

MANEJO MEDICO

La atención de urgencia para los traumatismos craneoencefálicos de moderados a graves se centra en garantizar que la persona cuente con un suministro suficiente de oxígeno y un suministro adecuado de sangre, mantener la presión arterial y evitar cualquier lesión adicional en la cabeza o el cuello. De igual manera el personal de salud valora el grado del traumatismo en base a la alteración neurológica con la escala de Glasgow, el cual valora tres aspectos: 1) Respuesta ocular, 2) Respuesta verbal y 3) Respuesta motora, y dependiendo la puntuación se clasifica en: traumatismo leve 13-15 pts, moderado 9-12 pts y severo ≤ 8 pts.

| | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---------------|------------------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| OCULAR | ESPONTÁNEA | ORDEN VERBAL | DOLOR | NO RESPONDEN |
| VERBAL | 5 | 4 | 3 | 2 |
| | ORIENTADO Y CONVERSANDO Y HABLANDO | DESORIENTADO Y HABLANDO | PALABRAS INAPROPIADAS | SONIDOS INCOMPRESIBLES |
| MOTORA | 6 | 5 | 4 | 3 |
| | ORDEN VERBAL OBEDECE | LOCALIZA EL DOLOR | RETIRADA Y FLEXIÓN | FLEXIÓN ANORMAL |
| | | | EXTENSIÓN | NINGUNA RESPUESTA |



3) MANEJO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO



¿QUE ES RCP?

La reanimación cardiopulmonar básica (RCP) es el conjunto de maniobras que permiten identificar si un niño está en situación de parada cardiorrespiratoria y realizar una sustitución de las funciones respiratoria y circulatoria, sin ningún equipamiento específico, hasta que la víctima pueda recibir un tratamiento más calificado.

PASOS DE RCP

1. Verifique si hay respuesta de la persona. Sacúdala o dele palmadas suavemente. Observe si se mueve o hace algún ruido. Pregúntele en voz alta "¿Te sientes bien?".
2. Llame al 911 o al número local de emergencias si no hay respuesta
3. Coloque a la persona cuidadosamente boca arriba.
4. Realice compresiones torácicas:
 - Coloque la base de una mano en el esternón, justo entre los pezones.
 - Coloque la base de la otra mano sobre la primera mano.
 - Ubique el cuerpo directamente sobre las manos.
 - Aplique 30 compresiones. Estas deben ser rápidas y fuertes. Presione alrededor de 2 pulgadas (5 centímetros) dentro del pecho. Cada vez permita que este se levante por completo.
5. Abra la vía respiratoria. Levántele la barbilla con 2 dedos. Al mismo tiempo, inclínele la cabeza hacia atrás empujando la frente hacia abajo con la otra mano. De dos espiraciones boca a boca viendo que el tórax se eleve.
6. Observe, escuche y sienta si hay respiración. Ponga el oído cerca de la nariz y boca de la persona. Observe si hay movimiento del pecho. Sienta con la mejilla si hay respiración.
8. Repita las compresiones torácicas y las respiraciones boca a boca hasta que la persona se recupere o hasta que llegue ayuda. Si hay un AED para adultos disponible, utilícelo lo más pronto posible.



MANEJO HOSPITALARIO

Mantener spo2 94-98%, establecer vía aérea avanzada, obtener un acceso venoso fiable para administrar soluciones cristaloides, monitorizar TA con objetivo de TAS >100mmHg, mantener temperatura adecuadamente, analizar electrocardiograma, mantener monitorización continua para valorar el estado cardiaco y neurológico.

Bibliografía: antología de la asignatura que se basa en:
Secretaría de salud (2018). Comisión permanente de enfermería, planes de cuidados estandarizados de enfermería.
Arol mattson porth, sheila grossman (2014) porth fisiopatología, editorial panamericana.
M^a José Mellado Peña (autor), cristina calvo rey (2012) tratado de pediatría, editorial panamericana. (Entre otras fuentes)
Otras bibliografías:
Manual de la enfermería moderna, edición 2014.