



**Mi Universidad**

## **Cuadro Sinóptico**

*Presentado por: Ávila Delesma Clara del Rosario.*

*Nombre del tema: Urgencias Pediátricas. .*

*Parcial: 3.*

*Nombre de la Materia: Enfermería en el cuidado del niño y adolescente.*

*Catedrático: Lic. Cecilia de la Cruz Sánchez.*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería.*

*Cuatrimestre: 7°.*

# CRISIS ASMÁTICA

## Concepto

El asma es una enfermedad pulmonar crónica (de largo plazo). Afecta las vías respiratorias, los conductos que llevan el aire hacia y desde los pulmones. Cuando tiene asma, sus vías respiratorias pueden inflamarse y estrecharse. Esto puede causar sibilancias, tos y opresión en el pecho. La crisis de asma es un episodio de progresiva o repentina dificultad para respirar, con disnea, tos o sensación de opresión torácica o una combinación de estos síntomas.



## Signos y Síntomas

- Opresión en el pecho
  - Tos, especialmente por la noche o temprano en la mañana
  - Problemas respiratorios, como falta de aire, respiración rápida o jadear para obtener aire
  - Sensación de cansancio
  - Círculos oscuros debajo de los ojos
  - Irritabilidad
  - Sibilancias, que producen un silbido cuando exhalan
  - Dificultad para comer o succionar (en bebés)
- Estos síntomas pueden variar de leves a graves. Pueden ocurrir con frecuencia o solo de vez en cuando.



## Causas

Las causas más comunes del asma infantil se deben a:

- Pelo de animales.
- Polvo, moho o polen.
- Humo del cigarro.
- Estrés o emociones fuertes.
- Infecciones virales (como por ejemplo el resfriado común).
- Químicos en el aire o en los alimentos.

## Factores de Riesgo

**Genético:** En la predisposición familiar del asma han sido implicados múltiples genes, y se han encontrado diferencias de acuerdo con la etnia estudiada.

**Obesidad:** Las personas con obesidad y asma tienen mayor alteración en las pruebas de funcionamiento pulmonar.

**Sexo:** El sexo masculino es otro factor de riesgo en varones antes de los 14 años, ya que su prevalencia es 2 veces más alta en niños que en niñas.

**Alérgenos:** Múltiples alérgenos tanto extradomiciliarios como intradomiciliarios han sido implicados.

**Infecciones:** Durante la edad preescolar, algunas infecciones como la de virus sincitial respiratorio (VSR) o la parainfluenza, provocan síntomas y pueden desencadenar asma.



## Clasificación

**Asma alérgica:** está mediada por mecanismos inmunológicos que involucran a la inmunoglobulina E (IgE), se presenta desde el lactante hasta la edad adulta, con su pico máximo en escolares y adolescentes; es el asma persistente. Los agentes desencadenantes más frecuentes son:

- Los aeroalérgenos, tanto intradomiciliarios (ácaros, cucarachas, polvo casero, epitelios y excretas de animales domésticos [perro, gato, pájaros, roedores, etc.], esporas hongos y alimentos)
- Como los extradomiciliarios, básicamente pólenes y esporas de hongos.



**Asma no alérgica:** en este tipo, los factores desencadenantes no son inducidos por mecanismos alérgicos y varían de acuerdo con la edad de los pacientes. Las infecciones virales ocupan un lugar preponderante en el niño pequeño, ya que muchas veces son el gatillo disparador del primer cuadro, para posteriormente repetirse aun en ausencia de atopia. Los cambios climatológicos, ejercicio, problemas psicológicos, irritantes químicos, humo de tabaco, contaminantes atmosféricos, analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos y el uso de bloqueadores beta, son otro grupo de agentes desencadenantes, así como algunas situaciones no bien identificadas, como cambios hormonales, alteraciones del estado de ánimo o factores físicos.



## Diagnóstico

Es principalmente clínico y los datos que nos orientan a pensar en esta patología son:

- Sibilancias.
- Tos que empeora por la noche, dificultad respiratoria y sensación de opresión torácica recurrente.
- Los síntomas inician o empeoran en la presencia de: ejercicio, infecciones virales, aeroalérgenos, cambios de clima, expresiones emocionales fuertes (llorar o reírse), estrés, ciclos menstruales.
- Los síntomas ocurren o empeoran por la noche y despiertan al paciente.
- Síntomas episódicos.

- Labios y carada color azulado
- Disminución del nivel de lucidez mental, como somnolencia intensa o confusión, durante un ataque de asma
- Dificultad respiratoria extrema
- Pulso rápido
- Ansiedad intensa debido a la dificultad para respirar
- Sudoración



## Tratamiento

Tratamiento farmacológico, se basa en 2 tipos de medicamentos:

1. Rescatadores de uso agudo. Broncodilatadores (agonistas beta-2, anticolinérgicos inhalados y esteroides sistémicos).
2. Controladores de uso crónico. Esteroides inhalados y sistémicos, antileucotrienos, esteroides sistémicos de largo plazo, inmunoterapia específica y terapia monoclonal).



<b>ANTIHISTAMÍNICOS</b> Para la urticaria y la rinitis	<b>ADRENALINA</b> Es el tratamiento <b>más eficaz</b> en caso de anafilaxia
<b>CORTICOIDES</b> Se emplean frecuentemente a nivel local, obteniendo beneficio de su potente efecto antiinflamatorio	<b>INMUNOTERAPIA CON ALÉRGICOS</b> Indicada en rinoconjuntivitis y asma

## Cuidados de Enfermería

Entre los cuidados de Enfermería para pacientes con asma tendrán especial importancia la información y consejos necesarios para evitar su aparición. Es imprescindible concienciar al paciente sobre la naturaleza y tratamiento de su enfermedad. Esta información debe ser lo más completa posible y debe ser transmitida de forma sencilla y eficaz al paciente para que no haya ningún problema en el proceso de aceptación de la enfermedad. Hay dos aspectos de suma importancia que el paciente debe aceptar lo antes posible: el tratamiento será continuado y en caso de complicación, la intervención de un servicio de urgencia.

- Administrar tratamiento farmacológico y O2 prescrito
- Colocación en posición semi Fowler (45°).
- Favorecer expulsión de secrecciones de forma espontánea o aspirándolas si precisara.
- Realizar gasometría.



# Anafilaxia

## Concepto

Es una reacción sistémica grave que puede resultar amenazante para la vida y que ocurre como consecuencia de la exposición a una sustancia. El mecanismo de producción puede ser inmunológico (mediado por IgE o no) o no inmunológico, sin que existan diferencias en las manifestaciones clínicas según el mecanismo.

Los desencadenantes más frecuentes en los niños son los alimentos (huevo, leche, pescado y marisco), los medicamentos y las picaduras de insectos (himenópteros). Casi la mitad de las reacciones anafilácticas ocurren en pacientes sin antecedentes personales de alergia.



## Signos y Síntomas

Las manifestaciones clínicas son muy rápidas y afectan a más de un órgano:

- Piel: pueden aparecer por distintas partes del cuerpo, ronchas y habones que pican (urticaria). A veces se hinchan los labios, la campanilla de la garganta, la lengua o los ojos, o el niño se pone muy rojo de repente, como si tuviera un sofoco.
- Síntomas respiratorios: dificultad respiratoria, "pitos" audibles en el pecho, tos perruna, carraspeo....
- Síntomas circulatorios: mareo, síncope, palidez, pérdida de conocimiento, bajada de la tensión arterial, etc.
- Síntomas gastrointestinales: dolor abdominal y vómitos, sobre todo.



## Criterios Clínicos de Anafilaxia

**Criterio 1.** Inicio agudo (minutos u horas) de un síndrome que afecta a la piel y/o mucosas (urticaria generalizada, prurito o "flushing" (sofoco), edema de labios, úvula o lengua) y al menos uno de los siguientes:

- Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, disminución del PEF, hipoxemia).
- Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica (síncope, hipotonía, incontinencia).

**Criterio 2.** Dos o más de los siguientes signos que aparecen rápidamente (minutos o algunas horas) tras la exposición a un alérgeno potencial para el niño:

- Afectación de piel y/o mucosas.
- Compromiso respiratorio.
- Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica.
- Síntomas gastrointestinales persistentes.

**Criterio 3.** Disminución de la TA tras la exposición a un alérgeno conocido para ese niño (minutos o algunas horas):

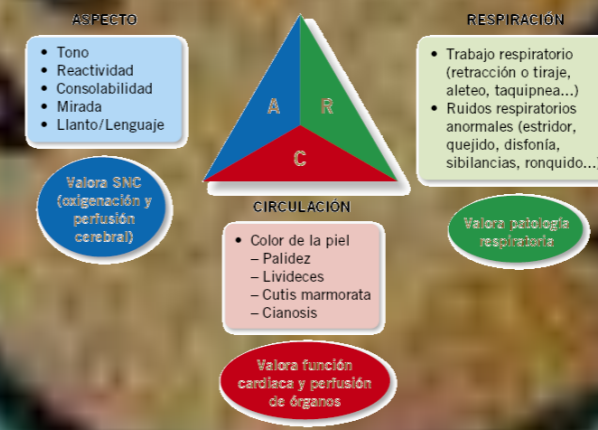
- Lactantes: TAS < 70 mmHg.
- Niños 1-10 años: TAS < 70 mmHg + (edad años x 2).
- Niños > 10 años: TAS < 90 mmHg o descenso del 30% sobre la basal.



## Diagnóstico

El diagnóstico de la anafilaxia es fundamentalmente clínico<sup>17</sup>, aunque en algunos casos pueden ser de utilidad determinaciones de laboratorio. Los síntomas más frecuentes en la anafilaxia pediátrica son los cutáneos, aunque pueden estar ausentes en casos severos con hipotensión o aparecer a posteriori, tras la mejoría de la perfusión periférica. El segundo órgano más frecuentemente afectado es el aparato respiratorio. Los síntomas digestivos son algo menos frecuentes y si son poco intensos (un único vómito, náuseas) pueden plantear dudas diagnósticas en el caso de los lactantes, por ser muy inespecíficos.

La valoración de un paciente siempre debe ser sistemática. Para ello disponemos de herramientas como el ABCDE y el triángulo de evaluación pediátrico (TEP).



VALORACIÓN primaria				HORA DORADA
TIEMPO CRÍTICO EN EL QUE LA DETECCIÓN Y CONTROL Y TRATAMIENTO DE LAS SÍNTOMAS VITALES PUEDEN SUPONER LA DIFERENCIA ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE.				
<b>AIR WAY</b> VIA AEREA Y CONTROL CERVICAL	ESTABILIZACIÓN CERVICAL	CONSCIENCIA/INCONSCIENCIA	RPC SÍMPTOMA	DESOBSTRUCCIÓN PERMEABILIZACIÓN VIA AEREA
<b>BREATHING</b> VENTILACIÓN	ADMINISTRAR O <sub>2</sub>	SÍNTOMAS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA		DETECCIÓN LESIONES TORÁCICAS POTENCIALMENTE LETALES
<b>CIRCULACIÓN</b> CIRCULACIÓN	CONTROL HEMORRAGIAS	VIGILAR SIGNOS DE SHOCK	PULSOS, FC, TA, RELLENO CAPILAR PERIFERICO	CANALIZAR 2 VVP
<b>D</b> EVALUACIÓN NEUROLÓGICA	VALORAR CONSCIENCIA/BLASROW	VALORACIÓN DE PUPILAS		VALORACIÓN EFIGALIDAD MITORA
<b>Exposición</b>	EXPOSICIÓN DE LESIONES	PREVENCIÓN HIPOTERMIA		RETIRAR OBJETOS QUE PUEDAN DAÑAR
<b>Y demás</b>	FLUIDOTERAPIA	ANALGESIA	SEDACIÓN	MONITORIZACIÓN SONDAS

Se debe hacer hincapié en el reconocimiento precoz de los síntomas iniciales de una anafilaxia para establecer un tratamiento lo más rápido posible.

- La adrenalina es el fármaco de elección y debe ser administrada sin demora en el inicio de aparición de los síntomas. No existen contraindicaciones en el niño para su uso en una anafilaxia. La vía de administración de elección es la vía intramuscular y el punto de aplicación es la cara anterolateral del muslo. La dosis por vía intramuscular de la adrenalina de concentración habitual 1:1000 (1mg/1ml), es de 0.01 mg/kg (máximo 0.5 mg) por dosis equivalente a 0,01 ml/kg (max 0,5 ml).
- Dexclorfeniramina iv 0,1-0,15 mg/Kg/dosis (máx. 5 mg dosis), cada 6-8 h hasta máx. 20 mg/día.
- Dobutamina iv 2-15 mcg/kg/min (máx. 40 mcg/Kg/m) en perfusión continua.
- Dopamina iv 5-20 mcg/Kg/min (máx. 50 mcg/Kg/m) en perfusión continua.
- Glucagón iv 20-30 mcg/kg/dosis (máx.1 mg) en bolo, luego infusión 5-15 mcg/min.
- Hidrocortisona iv 10-15 mg/kg (máx.500 mg).
- Metilprednisolona iv 1-2 mg/Kg/dosis (máx. 120 mg/día) en 1-2 dosis, luego 0,5-1 mg/Kg/dosis cada 6 h.
- Noradrenalina iv 0,05-0,1mcg/Kg/min (máx.2 mcg/Kg/min) en perfusión continua por catéter venoso central para evitar extravasación.
- Ranitidina iv 1-1,5 mg/Kg/dosis cada 6 h (máx. 50 mg/día).



## Cuidados de Enfermería

- Colocar al paciente en posición de seguridad.
- Mantener la vía aérea permeable.
- Administrar oxígeno.
- De forma simultánea monitorizar signos vitales mientras dure la situación de emergencia.
- Tener cerca el carro de parada.
- Canalizar una vena periférica de gran calibre si es posible, y administrar la medicación prescrita.
- Los fármacos más comunes que se prescriben en reacciones anafilácticas son: adrenalina, broncodilatadores, glucagón, atropina, fármacos vasopresores y antihistamínicos.
- Iniciar reanimación cardiopulmonar si se produce parada cardiorrespiratoria.
- Acompañar al paciente en su traslado a la unidad de cuidados intensivos si es preciso.



# Síndrome Hipertensivo Endocraneal

## Concepto

El síndrome hipertensivo endocraneal o hipertensión intracraneal (HTIC) es un síndrome clínico provocado por un aumento de la presión intracraneal (>20 mmHg durante más de cinco minutos con signos o síntomas) de etiología variada y común a muchas urgencias neurológicas. El conocimiento de la fisiología de la presión intracraneal es indispensable para un reconocimiento y manejo terapéutico precoz de la HTIC.

El diagnóstico precoz de HTIC puede prevenir las secuelas neurológicas y la muerte.

## Signos y Síntomas

- Signos clínicos casi siempre presentes: Disminución del nivel de conciencia (letargia, estupor, coma), Hipertensión con o sin bradicardia.
- Síntomas y signos algunas veces presentes: cefalea, vómitos, papiledema, parálisis del sexto par craneal.
- Vértigos.
- Constipación.
- Convulsiones.
- Signos de herniación cerebral, los cuales se han descrito en dependencia de la variedad.
- Hipo.

## Factores de Riesgo

- Pobre pronóstico con ECG bajo.
- Edad mayor de 60 años.
- Tamaño pupilar, mal pronóstico ausencia de reflejo a la luz bilateral.
- Una presión sistólica < de 90 mmhg tiene 67% de valor predictivo de un 67% de mal pronóstico.

## Fases

- Fase de compensación: en fases iniciales el aumento de cualquiera de los componentes intracraneales produce un desplazamiento de la sangre y el LCR a lo largo del eje espinal, manteniendo la PIC dentro de la normalidad. En el caso de los lactantes donde las suturas craneales permanecen abiertas, la compensación inicial es un abombamiento de la fontanela anterior y un despegamiento de las suturas craneales con el objetivo de aumentar el volumen interno que el cráneo es capaz de albergar, dando como resultado un aumento del perímetro craneal.
- Fase de descompensación: una vez alcanzado el límite de compensación se inicia el aumento progresivo de la presión ejercida por el LCR dentro de los ventrículos cerebrales produciéndose la HTIC. En esta fase, cualquier incremento adicional en el volumen de la lesión, se acompaña de un aumento correspondiente en PIC. La pendiente de la curva en esta fase es pronunciada, de modo que pequeños cambios en el volumen causan cambios significativos en la PIC.
- Fase de herniación: se produce cuando el aumento de presión en alguno de los compartimentos craneales delimitados por estructuras rígidas, como la hoz del cerebro, la tienda del cerebelo o el foramen magno, produce un desplazamiento del parénquima cerebral a través de dichas estructuras ocasionando una hernia del tejido cerebral. Como consecuencia de esta herniación se produce la lesión cerebral, por compresión y tracción de las estructuras implicadas, así como por isquemia debida a compromiso de los elementos vasculares.

## Diagnóstico

El diagnóstico de la HTIC se establece en base a una historia clínica compatible y hallazgos característicos en la exploración física, si bien su diagnóstico de confirmación generalmente viene determinado por las pruebas de neuroimagen. Otras pruebas diagnósticas pueden ser necesarias para determinar la etiología del cuadro.

Examen de fondo de ojo: aunque el desarrollo de papiledema requiere de tiempo de evolución y puede no estar presente en casos de hipertensión intracraneal de desarrollo brusco, su presencia es uno de los indicadores más específicos de aumento de la PIC.

- Neuroimagen: La tomografía computarizada (TC) es la prueba radiológica de elección inicial debido a su rapidez, disponibilidad y no invasividad, y debe realizarse tan pronto como se encuentre estabilizado el paciente en los casos de sospecha de HTIC.
- La resonancia magnética (RM) es más precisa que la TC para detectar aumentos de la PIC, pero requiere más tiempo y está menos disponible.
- La ecografía es una opción apropiada en pacientes con ventana transfontanelar en los que todavía no se ha producido el cierre de las suturas craneales.

Medición invasiva de la PIC: la monitorización invasiva de la PIC establece de forma definitiva el diagnóstico de hipertensión intracraneal.

Exploraciones neurofisiológicas: aunque en el momento agudo no se realizan de forma rutinaria, el electroencefalograma puede estar indicado en casos de sospecha de PIC elevada con un curso atípico con normalidad en las pruebas de imagen.

## Tratamiento

El tratamiento urgente de la HTIC está indicado en aquellos pacientes con cifras de PIC > 20 mmHg durante más de 5 minutos, y en aquellos con PIC desconocida que presenten signos de herniación. El tratamiento se basa en la estabilización inicial del paciente y la instauración de medidas de soporte que previenen el desarrollo de complicaciones neurológicas.

Estabilización inicial: A vía aérea, B respiración y C circulación.

Medidas generales a todos los pacientes: medidas posturales, control de temperatura, control de convulsiones y analgesia.

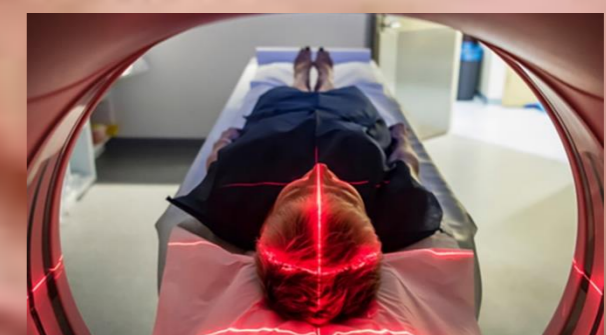
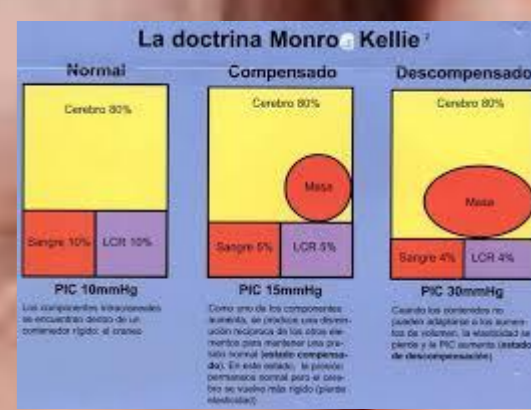
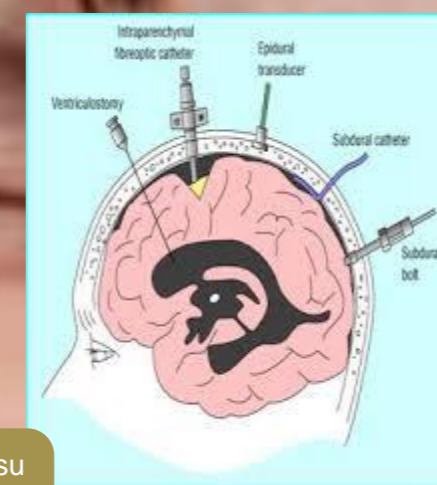
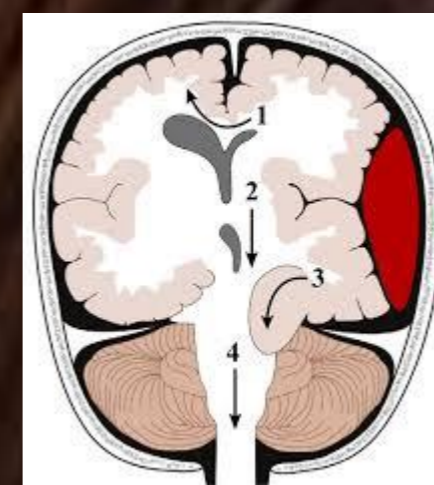
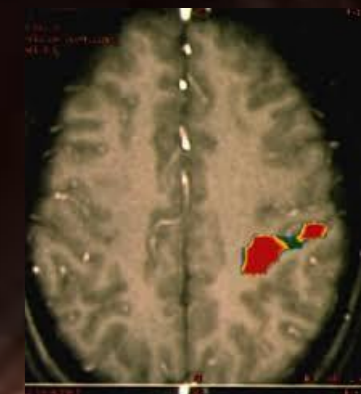
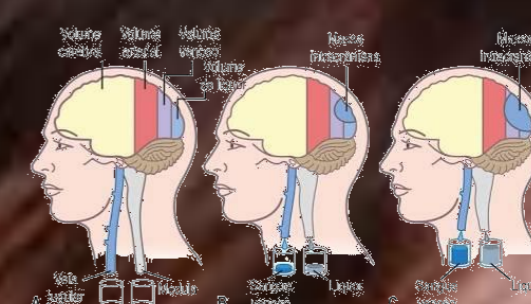
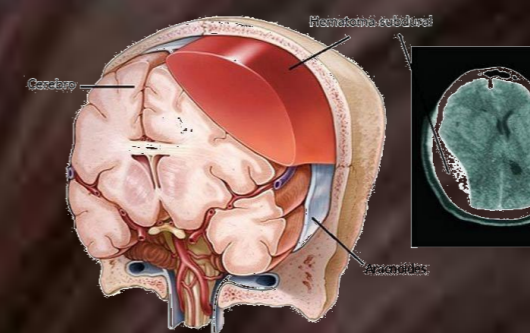
Tratamiento médico antihipertensivo: terapia hiperosmolar, corticoides y coma barbitúrico.

## Cuidados de Enfermería

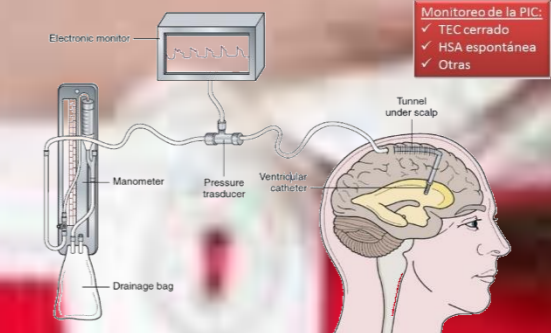
- Posición del paciente.
- Correcto manejo de la vía aérea.
- Evitar maniobras de Valsalva.
- Control de la PIC.
- Procurarle al paciente un ambiente tranquilo. Sin ruidos, con poca luz, rigurosa limpieza y ventilación.
- Control de temperatura, glucemia y otros valores que afectan de forma negativa a la PIC.
- Valoración del estado neurológico del paciente mediante escalas de valoración.

La puntuación obtenida con la escala de Glasgow se relaciona con la gravedad del paciente y puede determinar la actuación terapéutica.

- Farmacología habitual en pacientes con PIC.
- Las recomendaciones señalan como más apropiados el suero fisiológico e hipertónico, así como indican evitar el suero glucosado u otras soluciones hipo osmolares.



## Ondas de presión endocraneana normal



- Monitoreo de la PIC:
  - ✓ TEC cerrado
  - ✓ HSA espontánea
  - ✓ Otras

## BIBLIOGRAFÍA

<https://medlineplus.gov/spanish/asthmainchildren.html>

<https://blog.amiasistencia.com/como-prevenir-asma-ninos/>

<https://fundaaon.com/que-hacer-cuando-una-persona-sufre-una-crisis-de-asma-sintomas/>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un164b.pdf>

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-asma/>

[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04\\_crisis\\_asmatica.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_crisis_asmatica.pdf)

[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/map2017\\_7.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/map2017_7.pdf)

<https://www.guia-abe.es/anexos-anafilaxia>

<https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/anafilaxia>

<https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/injuries-emergencies/Paginas/Anaphylaxis.aspx>

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-de-la-enfermera-escolar-en-caso-de-anafilaxia/>

<https://revistamedica.com/cuidados-enfermeria-shock-anafilactico/>

[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09\\_sind\\_hipertensivo.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_sind_hipertensivo.pdf)

[http://diresacusco.gob.pe/salud\\_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20MINSAPropuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Neurolog%C3%ADa/guia.Hec.pdf](http://diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20MINSAPropuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Neurolog%C3%ADa/guia.Hec.pdf)

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-con-aumento-de-la-presion-intracraneal/>