

URGENCIAS PEDIATRICAS



**PATOLOGIA DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE**

DOCENTE: OLGA MONTERO

**ALUMNA: NOEMI CONCEPCION PUERTO
ANTONIO**

**TRABAJO: ENSAYO DE URGENCIAS
PEDIATRICAS**

CARRERA: ENFERMERIA GENERAL

FECHA: 28/03/2023

INTRODUCCION

La asistencia en Urgencias Pediátricas se complica progresivamente, no sólo por el número creciente de niños que se atienden sino porque cada vez existen más pacientes crónicos complejos que precisan atención especializada. Además, algunos niños presentan problemas de riesgo vital que exigen una respuesta inmediata. Tener protocolizados los procesos más frecuentes y/o importantes es una necesidad.

JUSTIFICACION

Todos los que se dedican y se dedicaran al área de la salud y sobre todos los médicos residentes de la especialidad en urgencias y de la de Medicina Familiar y Comunitaria, es necesario contar con un apoyo para saber que es, protocolo, etc. Para cuando se presente un caso.

INDICE

Reanimación cardiopulmonar.....	5
Atención inicial al politraumatizado.....	6
Shock.....	7
Alteraciones hidroelectrolíticas.....	9

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

La parada cardiorrespiratoria se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. Como consecuencia, se interrumpe el transporte de oxígeno a la periferia y a los órganos vitales, principalmente al cerebro.

La reanimación cardiopulmonar (RCP) constituye el conjunto de maniobras que tienen como objetivo revertir el estado de parada cardiorrespiratoria (PCR), sustituyendo primero las funciones respiratoria y circulatoria del enfermo, para después intentar restaurarlas.

Edades pediátricas en RCP:

- **Recién nacido:** se considera, en términos de RCP, al niño en el período inmediato tras el nacimiento (paritorio).
- **Lactante:** niño con edad entre los 0 meses (después del período inmediato tras el nacimiento) y los 12 meses.
- **Niño:** edad comprendida entre 1 año y el comienzo de la pubertad.
- **Adulto:** paciente cuya edad supera la pubertad.

Pasos de la RCP básica

Para llevar a cabo las maniobras de RCP básica podemos recordar la secuencia ABC:

1. Comprobar inconsciencia. Si el paciente está consciente, colocar en lugar seguro.
2. Si el paciente está inconsciente, abrir la vía aérea (A) mediante la maniobra frente-mentón (de elección si no existe traumatismo cervical). En los casos de sospecha de traumatismo cervical, la apertura de la vía aérea se realizará mediante tracción mandibular.
3. Comprobar si el paciente respira tras abrir la vía aérea.
4. Si respira, colocar en posición de seguridad. Si no respira, iniciar ventilación (B): boca del reanimador a boca y nariz del lactante o boca a boca en el niño. Se deben efectuar 5 insuflaciones de rescate.
5. Comprobar signos de circulación y/o pulso arterial central (C): signos vitales y/o la palpación del pulso arterial central (braquial en lactantes y carotídeo en niños).

ATENCIÓN INICIAL AL POLITRAUMATIZADO

CONCEPTO Y EPIDEMIOLOGÍA

El poli trauma se define como las lesiones sufridas por un individuo por descarga de energía de mayor o menor intensidad; sea esta cinética, térmica, radiante o de otro tipo.

Constituye la primera causa de mortalidad en la edad pediátrica, fundamentalmente los accidentes de tráfico. Los accidentes domésticos constituyen la mayoría de los casos. Es necesaria la actuación de un equipo entrenado para su correcta evaluación y tratamiento inicial y definitivo.

ATENCIÓN INICIAL AL TRAUMA PEDIÁTRICO

- Preparación previa: se optimizará la sala en la que será atendido mediante adecuación de temperatura y preparación del material, si es posible con antelación.
- Medidas de protección: el primer paso de la atención a todo paciente politraumatizado es la protección del personal que lo atiende, mediante guantes, mascarilla o bata, si es necesario.
- Inmovilización cervical: todo paciente politraumatizado es susceptible de tener una lesión cervical por lo que es fundamental una adecuada inmovilización previa a cualquier maniobra sobre la vía aérea. En esta fase se realizará inmovilización cervical bimanual en posición neutral.
- Vía aérea: El paciente consciente Se aplicará O₂ al 100% y se reevaluará rápidamente. En caso de que el paciente no responda se realiza, en primer lugar, la apertura de la vía aérea. Las maniobras de apertura con protección de la columna cervical son la tracción mandibular y el desplazamiento anterior de la mandíbula. Se procederá al aspirado de secreciones y la evacuación de cuerpos extraños y a valorar la ventilación.
- Ventilación

SHOCK

CONCEPTO

Síndrome agudo que se caracteriza por un fracaso circulatorio generalizado con perfusión tisular insuficiente para satisfacer las demandas metabólicas de los órganos y tejidos vitales. Puede desarrollarse como consecuencia de una disminución del volumen sanguíneo circulante, fallo

cardiaco o situaciones en las que exista obstrucción al flujo sanguíneo.

El shock es un proceso progresivo que se desarrolla en tres estadios fisiopatológicos sucesivos. En fases tempranas, se activan una serie de mecanismos compensadores (incremento de la frecuencia cardiaca, del volumen sistólico y del tono del músculo liso vascular) para mantener la presión arterial y preservar la perfusión a órganos vitales, como el cerebro o el corazón (shock compensado). Cuando por estos mecanismos compensadores no se puede mantener una perfusión tisular adecuada, aparecerán signos y síntomas de disfunción orgánica e hipotensión arterial (shock descompensado). La hipotensión arterial suele ser un signo tardío de mal pronóstico (estado avanzado de shock descompensado) ya que, cuando aparece, el estado paciente suele deteriorarse rápidamente hacia una situación de colapso cardiovascular. Si el shock no es tratado a tiempo, se producirá una situación de daño tisular y fracaso multiorgánico irreversible (shock irreversible) que conducirán a la muerte del paciente a pesar de todas las medidas terapéuticas.

Anamnesis, ayuda a identificar la causa del shock.

- Historia de pérdida de líquidos (vómitos, diarrea, problemas renales)
- Antecedentes traumáticos.
- Historia de fiebre, hipotermia o síntomas de infección.
- Exposición a alérgenos (alimentos, fármacos, picaduras de insectos)
- Situación de inmunocompromiso.
- Antecedentes de cardiopatía congénita o adquirida.
- Insuficiencia suprarrenal.

ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS

ALTERACIONES DEL SODIO

- **Hiponatremia**

Sodio menor de 135 mEq/l.

Etiología

El manejo general de la hiponatremia debe estar basado en la evaluación de dos datos: el volumen extracelular y el sodio en orina.

Clínica y pruebas complementarias

La sintomatología es mayor cuanto menor sea la cifra absoluta de sodio y cuanto más rápido sea el descenso del mismo. Los síntomas son muy inespecíficos y son secundarios a los efectos de la hiponatremia en el sistema nervioso central (edema y aumento de la presión intracraneal). Las manifestaciones más frecuentes son: cefalea, irritabilidad, náuseas, vómitos, letargia, incluso convulsiones, coma y parada respiratoria en los casos graves

Tratamiento

- Hiponatremia sintomática o grave ($\text{Na} < 120$ mEq/l): urgente. Elevar el sodio hasta 125 mEq/l: 5 ml/kg de suero salino al 3% (contiene 513 mEq/l de sodio).

- **Hipernatremia**

Sodio mayor de 145-150 mEq/L.

Etiología

- Por pérdida de agua libre (excreción de agua pura o pérdidas de líquido hipotónico):

- ✓ Pérdidas gastrointestinales.
- ✓ Fiebre con sudoración aumentada o golpe de calor.
- ✓ Quemaduras.
- ✓ Diuresis osmótica.
- ✓ Diabetes insípida (nefrogénica o central).

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es reducir el sodio a menos de 145 mEq/l si el paciente presenta síntomas. Se emplearán soluciones hipotónicas

En pacientes con hipernatremia que se ha desarrollado en un periodo de horas, una corrección rápida mejora el pronóstico sin aumentar el riesgo de edema cerebral. En estos pacientes el reducir en 1 mEq/l y hora es apropiado. En pacientes con hipernatremia crónica la reducción del sodio tiene que ser más lenta, máximo 0,5 mEq/l por hora (se intentará no disminuir más de 10-15 mEq/l/día). Se debe monitorizar el sodio cada 4 horas y el calcio, ya que suele asociarse a hipocalcemia.

CONCLUSION

Así concluimos este trabajo, esperando que sea de gran ayuda para el personal en el área de urgencias pediátricas. se abarcaron 4 patologías que con frecuencia se atienden en el área de urgencias pediátricas en el hospital, con la finalidad de mejorar la atención y tener en cuenta que es la enfermedad y cómo actuar ante la situación

Encontraremos:

- ✓ Concepto
- ✓ Atención clínica
- ✓ Tratamiento