



Ensayo

Nombre del Alumno: Karina Mendoza Cruz

Nombre del tema: Ensayo

Parcial: 4°

Nombre de la Materia: Patología del niño y adolescente

Nombre del profesor: Olga Carolina Montero Reyes

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5°to

INDICE

3. Introduccion.....	
4. Desarrollo.....	
Urgencias pediatricas.....	
5. Imágenes.....	
6. Conclusion.....	
6. Bibliografia.....	

INTRODUCCION

Integrada por un equipo de médicos pediatras, traumatólogos, cirujanos, neonatólogos, y otros profesionales de la salud, con los cuidados de personal de enfermería especializado; el área de Urgencias Pediátricas brinda atención a pacientes infantiles hasta que han cumplido los 16 años.

Cuando hablamos de urgencia médica, nos referimos a un evento repentino y de gravedad que pone en riesgo la vida del paciente y que necesita ser atendido de manera inmediata.

La especialidad de urgencias tuvo su origen en los sesentas en países del primer mundo, enfocándose en la atención de pacientes con problemas cardiovasculares y con traumas graves.

DESARROLLO

Urgencias pediátricas Actualmente, es el medio de acceso más común para los servicios de hospitalización, y en él se brinda atención a pacientes con una amplia gama de padecimientos, tomando en cuenta que siempre deben requerir cuidados inmediatos.

Los médicos de urgencias pediátricas deben contar con la capacitación óptima en la especialidad, demostrando ampliamente sus conocimientos, experiencia y habilidad para poder valorar y estabilizar al paciente, apoyados por un equipo de enfermería y profesionales de la salud altamente especializados.

El personal médico y de enfermería, debe tener fortaleza psicológica para enfrentar con tranquilidad las situaciones críticas y de alta demanda que se les presentan cotidianamente, siendo la característica más importante, la facultad de jerarquización de casos y de prioridades de atención en un mismo paciente. Para lo cual es indispensable utilizar los protocolos de atención y guías clínicas disponibles para atender de la mejor manera las situaciones difíciles que aparecen en la sala de urgencias pediátricas. Recordemos que los pacientes pediátricos son un grupo de alta vulnerabilidad en lo que se refiere a morbilidad y mortalidad, por ello es necesario contar con un servicio de urgencias pediátricas de alta calidad y eficiencia.

Cuando acudir a una urgencia pediátrica cuando allá Dificultad para respirar, Desvanecimiento, desmayo, Reacción alérgica grave con dificultad para respirar, hinchazón, urticaria, Fiebre alta con dolor de cabeza y rigidez en el cuello, Fiebre alta que no mejora con medicamento, Dificultad para despertarse, estar demasiado soñoliento o confundido de manera repentina, Incapacidad repentina para hablar, ver, caminar o moverse.

Las Normas Oficiales Mexicanas que regulan la atención de los pacientes pediátricos son: NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, NOM-007-SSA2-1993, Para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, NOM-031-SSA2-1999, Para la atención del niño, y NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.



Manejo de la vía aérea

La vía aérea del niño presenta unas características anatómicas especiales, que es necesario conocer:

- Occipucio prominente.
- La lengua ocupa una mayor proporción relativa de la cavidad bucal.
- Fosas nasales pequeñas.
- Hipertrofia del tejido linfoide.
- Tráquea más pequeña.
- Epiglotis más grande.
- Laringe anterior y cefálica (a la altura de C2-C3, en adulto C4-C6).
- Los niños presentan hipoxemia antes que los adultos debido a que tienen un consumo de oxígeno mayor y una menor capacidad pulmonar.

A partir de los 8-9 años se puede considerar que la vía aérea del niño y adulto son parecidas.

OXIGENOTERAPIA EN URGENCIAS

Consiste en la administración de oxígeno (O₂) suplementario en el aire inspirado de las respiraciones espontáneas del paciente.

Mediante unos dispositivos (cánulas nasales o mascarillas) se aplica un flujo (expresado en litros por minuto-lpm) que administra una proporción mayor de O₂ que la que contiene el aire ambiente (FiO₂ es la fracción inspirada de oxígeno).

Indicaciones

- Tratamiento y/o prevención de la hipoxemia.
- Hipertensión pulmonar.
- Paciente grave, para disminuir el trabajo respiratorio y el miocárdico.

VALORACIÓN INICIAL Y APERTURA DE LA VÍA AÉREA

En un paciente con compromiso respiratorio que precisa tratamiento urgente:

- Colocar al niño en decúbito supino sobre una superficie plana y firme.
- Abrir la vía aérea: mediante maniobra frente-mentón. Si se sospecha lesión cervical, emplear tracción mandibular con inmovilización de la columna cervical o triple maniobra.
- Descartar obstrucción por cuerpo extraño, anatómica o de otro tipo, como secreciones que se pueden aspirar.

Si existen respiraciones espontáneas y eficaces, debemos optimizar la vía aérea para mantenerla permeable.

Si hay movimientos respiratorios pero no detectamos entrada o salida de aire, hay que pensar en obstrucción.

Si hay apnea, iniciar ventilación.

- Mantener posición de apertura, introducir una cánula orofaríngea

El tamaño apropiado de la cánula es aquel que va desde los incisivos superiores hasta el ángulo mandibular.

– Si se usa un tamaño mayor puede obstruir la vía aérea (al empujar la epiglotis hacía abajo) y producir laringoespasma.

Técnicas y procedimientos en urgencias

PROCEDIMIENTOS VASCULARES EN URGENCIAS

Canalización venosa periférica

Siempre que sea posible, la canalización venosa periférica constituye la vía de elección en urgencias. Actualmente los catéteres utilizados son de pequeño calibre, flexibles, resistentes a la colonización bacteriana, y poco trombogénicos.

Se trata de un procedimiento rápido y, generalmente, fácil de aprender y realizar, de bajo coste, permite un control fácil en caso de hemorragia y es seguro. En situación de parada cardiorespiratoria (PCR) interrumpe poco las maniobras de reanimación. Sin embargo, la velocidad de infusión que permiten es sólo moderada, de líquidos de baja osmolaridad, son accesos de corta duración y pueden extravasarse con facilidad produciendo lesión tisular.

Indicaciones

- Se trata del acceso venoso de elección en Reanimación Cardiopulmonar (RCP).
- Extracción de sangre.
- Administración de medicación intravenosa.
- Administración de soluciones hidroelectrolíticas y hemoderivados.

Adenopatías

Es el aumento patológico del tamaño de un ganglio o grupo de ganglios linfáticos.

ETIOLOGÍA

En la mayoría de ocasiones representa una respuesta transitoria ante infecciones benignas, principalmente víricas, en un huésped cuyo sistema inmune es aún inmaduro. Con menos frecuencia es el signo de una enfermedad grave.

Las principales causas son:

- Infecciosa:
 - Vírica: VEB, CMV, adenovirus, rubéola, VIH.
 - Bacteriana: estreptococo, estafilococo, Brucella, tularemia, TBC, Rickettsia, micobacterias atípicas, Salmonella, Bartonella.
 - Hongos.
 - Protozoos: toxoplasma.
- Neoplásica:
 - Hematológica: linfomas, leucemia.
 - Metastásica: neuroblastoma, sarcomas.
- Metabólica: enfermedades de depósito.
- Inmunológica: vasculitis, inmunodeficiencias, enfermedades reumáticas, síndrome hemofagocítico, enfermedad de Castleman.
- Farmacológica: fenobarbital, carbamacepina, isoniazida, aspirina, penicilina, yodo, sulfonamidas, alopurinol, fenilbutazona.
- Otros: hipertiroidismo, síndrome de Gianotti-Crosti.

Episodio aparentemente letal

Es un episodio repentino, que atemoriza al observador, en el que el niño presenta alguna combinación de los siguientes síntomas:

- Apnea, obstructiva (con algún esfuerzo respiratorio) o central (no esfuerzo respiratorio).
- Cambio de coloración (normalmente pálido o cianótico, pero, en ocasiones, eritematoso o pletórico).
- Cambio marcado en el tono muscular (más frecuentemente, hipotonía que rigidez).
- Atragantamiento, o aparente ahogo.

Algunos de estos episodios pueden necesitar estimulación energética o maniobras de resucitación para recuperar la respiración espontánea.

La verdadera incidencia de los ALTE es desconocida, pero, según diversos estudios, se estima que está entre 0,05 y 6%. La mayoría ocurren antes del año de vida, con un pico de incidencia entre la semana de vida y los dos meses.

En la etiología Idiopática: (50%).

- Digestivas (causa más común, > 30%).
- Funcionales: reflujo gastroesofágico (RGE), alteraciones de succión deglución.

Conclusion

El servicio está formado por un equipo de pediatras, neonatólogos, cirujanos y traumatólogos, apoyados por un equipo de enfermería especializado y personal administrativo las 24 horas del día, todos los días del año.

Para entender mejor el funcionamiento del área es preciso saber que:

- Los recursos del servicio se establecen en función de las variables previsibles de afluencia diarias, semanales, estacionales y epidemiológicas. Aun así, como en todo servicio de urgencias, puede haber circunstancias que alteren estas previsiones y, en consecuencia, los tiempos de espera en determinados momentos pueden ser diferentes a los deseados.
- Los pacientes son atendidos en función de la gravedad o urgencia de su patología, siguiendo un sistema de priorización (triaje) informatizado y estructurado, según el motivo de consulta y el estado del paciente. Por ello no siempre es coincidente el orden de llegada con el orden de atención al paciente.
- El servicio dispone las 24 horas del día de apoyo de los servicios de diagnóstico, pruebas complementarias y otros especialistas del centro.

BIBLIOGRAFIA

<https://centromedicoabc.com/procedimientos/urgencias-pediatricas/>.

<https://www.teknon.es/es/unidad-pediatria-cirugia-pediatria/urgencias-pediatricas>.