

**-NOMBRE DE ALUMNO: BRYAN ELI GARCIA  
ZAMORANO**

**-TEMA: ACTIVIDAD**

**-CUATRIMESTRE: 5**

**-PARCIAL: 4**

**-MATERIA: PATOLOGIA DEL NIÑO Y  
ADOLESCENTE**

**-NOMBRE DEL PROFESOR: DR. ERNESTO  
TRUJILLO LOPEZ**

**-LICENCIATURA: ENFERMERIA**

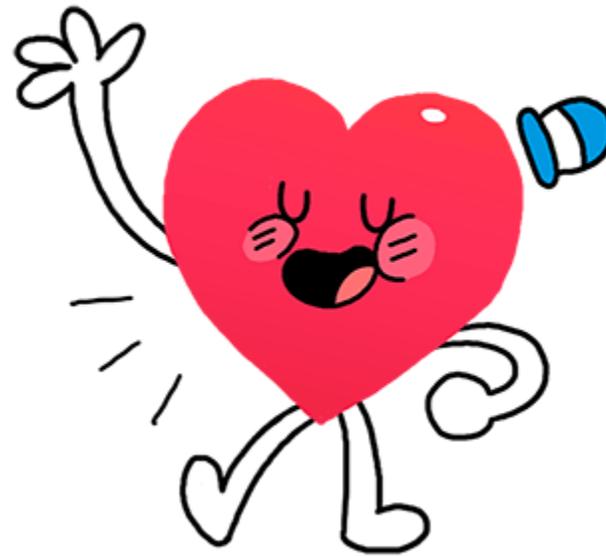


**MANEJO DE PARO  
CARDIACO  
RESPIRATORIO**



- 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 CUALIFICADO.

**Los pasos de la RCP siguen una secuencia lógica para garantizar la efectividad y éxito de la técnica. Por ello no debemos saltarnos ningún paso:**



# 1. Verificar el nivel de consciencia del niño

- **PODEMOS PREGUNTAR CÓMO SE ENCUENTRA O PRACTICARLE LEVES SACUDIDAS O PALMADAS, SIEMPRE Y CUANDO TENGAMOS LA CERTEZA DE QUE NO PADECE NINGUNA POSIBLE LESIÓN EN EL CUELLO O EN LA CABEZA DEBIDO A UN ACCIDENTE. SE DEBE OBSERVAR SI SE MUEVE O EMITE ALGÚN RUIDO.**

## 2. Si obtenemos respuesta

SI EL NIÑO RESPONDE MOVIÉNDOSE O VERBALMENTE, DEBEREMOS DEJAR AL NIÑO EN LA POSICIÓN EN LA QUE LO HEMOS ENCONTRADO (A MENOS QUE ESTÉ EXPUESTO A ALGÚN PELIGRO ADICIONAL), COMPROBAR SU ESTADO Y PEDIR AYUDA SI FUERA NECESARIO.

3.

- SI NO OBTENEMOS RESPUESTA, PEDIR AYUDA. SI EL NIÑO ESTÁ INCONSCIENTE DEBEMOS PEDIR AYUDA A ALGUNA PERSONA CERCANA. SI NO HAY NADIE CERCA NO DEBEMOS DEJAR SOLO AL NIÑO.



COLORFUL BACKGROUND

## 4. COLOCAR AL NIÑO BOCA ARRIBA.

- DEBEMOS TUMBAR AL NIÑO SOBRE UNA SUPERFICIE DURA Y PLANA, CON LA CABEZA BOCA ARRIBA Y LAS EXTREMIDADES ALINEADAS. ES IMPORTANTE EVITAR TORCERLE LA CABEZA Y EL CUELLO, YA QUE SI EL NIÑO HA SUFRIDO UN ACCIDENTE PODRÍA TENER LESIONES CERVICALES

## 5. ABRIR LAS VÍAS RESPIRATORIAS.

- PARA LA ABERTURA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SE REALIZARÁ LA MANIOBRA FRENTE-MENTÓN DESTINADA A FACILITAR LA ENTRADA DE AIRE POR LA BOCA. PARA EVITAR QUE LA LENGUA CAIGA HACIA ATRÁS, DEBEMOS LEVANTAR LA BARBILLA CON LA CABEZA FIJA Y CON UNA MANO. A LA VEZ, CON LA OTRA MANO INCLINAREMOS LA CABEZA DEL NIÑO HACIA ATRÁS EMPUJANDO LA FRENTE HACIA ABAJO CON LA OTRA MANO.

- EN CASO DE PRESENCIA DE UN CUERPO EXTRAÑO VISIBLEMENTE Y FÁCILMENTE EXTRAÍBLE EN LA BOCA, SE INTENTARÁ RETIRARLO CON LA PUNTA DE LOS DEDOS, PERO NUNCA DEBEREMOS REALIZAR UN BARRIDO A CIEGAS DE LA CAVIDAD BUCAL.



## 6. Valorar y comprobar la respiración del niño

- DEBEMOS PONER EL OÍDO CERCA DE LA NARIZ Y BOCA DEL NIÑO Y OBSERVAR EL TÓRAX PARA COMPROBAR SI RESPIRA. OBSERVAREMOS, ESCUCHAREMOS Y SENTIREMOS DURANTE NO MÁS DE 10 SEGUNDOS ANTES DE DECIDIR SI LA VÍCTIMA RESPIRA CON NORMALIDAD. SI HAY ALGUNA DUDA ACTUAREMOS COMO SI NO FUERA NORMAL.

- 7.**
- SI RESPIRA, LE COLOCAREMOS EN POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD ( PLS) SIEMPRE QUE SEA POSIBLE Y LLAMAREMOS A URGENCIAS HASTA LA LLEGADA DE LOS EQUIPOS ASISTENCIALES COMPROBANDO EN TODO MOMENTO SU RESPIRACIÓN

# 8.

- Si el niño no respira y estamos acompañados de otra persona, debemos indicarle que avise a emergencias (112). Mientras, nosotros no nos separaremos del niño e iniciaremos la respiración artificial (boca-boca). Para ello, nos colocaremos de rodillas junto a la cabeza del niño y seguiremos los siguientes pasos:
- Abrir las vías aéreas.
- Tapar la nariz del niño.
- Inspirar profundamente.

## 9. Comprobar signos de vida.

- PARA COMPROBAR LOS SIGNOS DE VIDA DEBEREMOS OBSERVAR SIGNOS DE TOS, MOVIMIENTOS Y/O RESPIRACIÓN.
- SI PRESENCIAMOS SIGNOS DE VIDA: SEGUIR CON LA VENTILACIÓN BOCA A BOCA A UN RITMO DE 20 POR MINUTO HASTA LA LLEGADA DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA COMPROBANDO EN CADA MOMENTO SU ESTADO DE RESPIRACIÓN Y LOS LATIDOS DE SU CORAZÓN.
- SI NO PRESENCIAMOS SIGNOS DE VIDA: SI EL NIÑO SIGUE INCONSCIENTE, NO RESPIRA, NO SE MUEVE O TIENE MAL COLOR, SON OTROS SIGNOS DE QUE SU CORAZÓN NO LATE. INICIAREMOS LAS COMPRESIONES TORÁCICAS.

# 10. Realizar las compresiones torácicas.

- EL OBJETIVO ES COMPRIMIR EL TÓRAX CONTRA LA ESPALDA DE FORMA RÍTMICA PARA CONSEGUIR QUE LA SANGRE SALGA DEL CORAZÓN Y CIRCULE POR EL CUERPO. COLOCAREMOS AL NIÑO BOCA ARRIBA EN UN PLANO DURO Y CON LAS EXTREMIDADES ALINEADAS Y SEGUIREMOS ESTOS PASOS:
- COLOCAR EL TALÓN DE LA MANO EN EL ESTERNÓN, JUSTO POR DEBAJO DE LOS PEZONES, NUNCA EN EL EXTREMO DEL ESTERNÓN.
- EN LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO COLOCAREMOS 2 DEDOS, Y EN NIÑOS MAYORES DE 8 AÑOS PODEMOS UTILIZAR LAS 2 MANOS.
- COLOCAR LA OTRA MANO DE MANERA QUE AGUANTE LA FRENTE UN POCO INCLINADA HACIA ATRÁS.

# 11. Llamar a urgencias y comprobar signos de vida

- SI AL CABO DE UN MINUTO DE EMPEZAR LA RCP, SEGUIMOS SOLOS Y NO HEMOS PODIDO LLAMAR A URGENCIAS ( 112) , DEBEREMOS HACERLO AHORA, AUNQUE PARA ELLO TENGAMOS QUE ABANDONAR MOMENTÁNEAMENTE AL NIÑO. A LOS 2 MINUTOS DEBEREMOS COMPROBAR LA EFICACIA DE NUESTRAS MANIOBRAS: APARICIÓN DE SIGNOS DE VIDA Y/O RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA.

# 12. Finalizar la RCP.

- DEBEREMOS CONTINUAR COMBINANDO 30 COMPRESIONES TORÁCICAS CON 2 VENTILACIONES HASTA QUE:
  - • LLEGUE LA AYUDA DEL PROFESIONAL
  - • LA VÍCTIMA RECUPERE LA RESPIRACIÓN EFECTIVA
  - • ESTEMOS EXHAUSTOS



# **Atención al niño en etapa terminal**



- **LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS ( CPP) SON AQUELLAS ACTUACIONES DESTINADAS A NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE PADECEN UNA ENFERMEDAD INCURABLE, PROGRESIVA E INCAPACITANTE, Y QUE SE INICIAN EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO Y SE MANTIENEN DURANTE TODA LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.**



- **ESTAS ACTIVIDADES SON REALIZADAS POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE PROFESIONALES QUE TRATAN SIMULTÁNEAMENTE AL NIÑO ENFERMO Y A SU FAMILIA, DESDE UN PUNTO DE VISTA INTEGRAL, ABARCANDO TODAS SUS NECESIDADES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS, PERSONALES O COMUNITARIAS. EN SU INICIO HAN ESTADO MUY LIGADAS A LA LABOR HOSPITALARIA E INCLUSO LA ATENCIÓN DOMICILIARIA SE REALIZA DESDE EL ÁMBITO DEL HOSPITAL.**



- EL ENTORNO DEL NIÑO ES PARTE DE SU PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD. SU FAMILIA, HERMANOS, COMPAÑEROS, MEDIO NATURAL Y SOCIAL SON DETERMINANTES, SOBRE TODO CUANDO LA ENFERMEDAD SE VUELVE INCURABLE Y SE ABRE CAMINO A SU DESENLACE FINAL. EL TRATAMIENTO EN LOS PROCESOS INTERCURRENTES Y EL ACOMPAÑAMIENTO DEL NIÑO Y SU FAMILIA EN TODAS LAS FASES DE LA ENFERMEDAD SON LOS ELEMENTOS NECESARIOS Y PARTE DE LAS ACTUACIONES DEL EQUIPO SANITARIO. CUANDO EL OBJETIVO ASISTENCIAL ES SOLO LA CURACIÓN DE LA ENFERMEDAD, SE DEJAN POR EL CAMINO OTROS PARÁMETROS NECESARIOS DEL PROCESO DE SALUD.

# Las habilidades para comunicarse con un niño enfermo incluyen:

- • ESCUCHAR CUIDADOSAMENTE Y DEJAR QUE EL NIÑO SE EXPRESE SEGÚN SU CAPACIDAD Y DESARROLLO COGNITIVO.
- • NO MENTIR.
- • UTILIZAR TÉRMINOS COMPENSIBLES Y ADAPTADOS A LOS NIÑOS.
- • RESPETAR SUS CREENCIAS Y NO CONTRADECIR COSTUMBRES FAMILIARES.
- • HABLAR CON LOS PADRES EN PRESENCIA DEL NIÑO.
- • NO USAR “FRASES HECHAS” Y VACÍAS DE CONTENIDO.
- • COMUNICARSE SIEMPRE CON EMPATÍA Y CALIDEZ.

# CONTROL DEL DOLOR

- HOY SABEMOS QUE DURANTE AÑOS HEMOS DEJADO DE DIAGNOSTICAR Y TRATAR EL DOLOR EN LOS NIÑOS, AÚN MÁS QUE EN LOS ADULTOS. EL ALIVIO DEL DOLOR ES UN PRINCIPIO BÁSICO DE LA MEDICINA, SIN EMBARGO, LAS INVESTIGACIONES AL RESPECTO NOS SEÑALAN QUE EL DOLOR NO SIEMPRE ES UNA PRIORIDAD Y QUE EN LA GRAN MAYORÍA DE LOS CASOS NO ES BIEN TRATADO, COMO RESULTADO DE MITOS, IGNORANCIA Y MIEDOS A LA ADICCIÓN. EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN LOS NIÑOS Y NIÑAS ES UN RETO, PERO NO UN IMPOSIBLE COMO MUCHOS CREEN. LOS NIÑOS(AS) MUY PEQUEÑOS NO SIEMPRE ESTÁN EN CAPACIDAD DE TRANSMITIR LA INTENSIDAD, EL TIPO DE DOLOR, LA LOCALIZACIÓN Y SU IRRADIACIÓN.

# OXIGENACION

- LA DISNEA ( DEL LATÍN DYS–: DIFICULTAD Y PNEU–: RESPIRAR) SE PUEDE DEFINIR COMO UNA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, QUE SE ORIGINA A PARTIR DE LA INTERACCIÓN DE FACTORES FISIOLÓGICOS, PSÍQUICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES EN EL INDIVIDUO, Y ENGLOBA SENSACIONES CUALITATIVAMENTE DISTINTAS Y DE INTENSIDAD VARIABLE.

# ALIMENTACION

- **LOS CUIDADOS PALIATIVOS PROPORCIONAN UNA ATENCIÓN INTEGRAL QUE TIENE EN CUENTA LOS ASPECTOS FÍSICOS, EMOCIONALES, SOCIALES Y ESPIRITUALES DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL Y SU ENTORNO FAMILIAR. EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEBE FORMAR PARTE ACTIVA DE LOS EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS. LA NECESIDAD DE INICIAR O NO UN TRATAMIENTO NUTRICIONAL SIGUE SIENDO, DESDE HACE DÉCADAS, UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS ÉTICOS A LOS QUE SE ENFRENTAN LOS PROFESIONALES DEDICADOS A LA NUTRICIÓN CLÍNICA.**

# ELIMINACION

- EL 60% DE LOS PACIENTES CON DEBILIDAD EXTREMA PADECEN ESTREÑIMIENTO. EL 80% DE LOS ENFERMOS QUE SIGUEN TRATAMIENTO CON OPIOIDES, PADECEN ESTREÑIMIENTO Y SIEMPRE PRECISARÁN LAXANTES DE FORMA REGULAR. EL ESTREÑIMIENTO ES UN SÍNTOMA MULTIFACTORIAL Y NO SIEMPRE PODREMOS ACTUAR SOBRE LAS CAUSAS POR LO QUE NUESTRO OBJETIVO SERÁ AUMENTAR EL CONFORT DEL PACIENTE Y PREVENIR LA FORMACIÓN DE FECALOMAS



**GRACIAS**