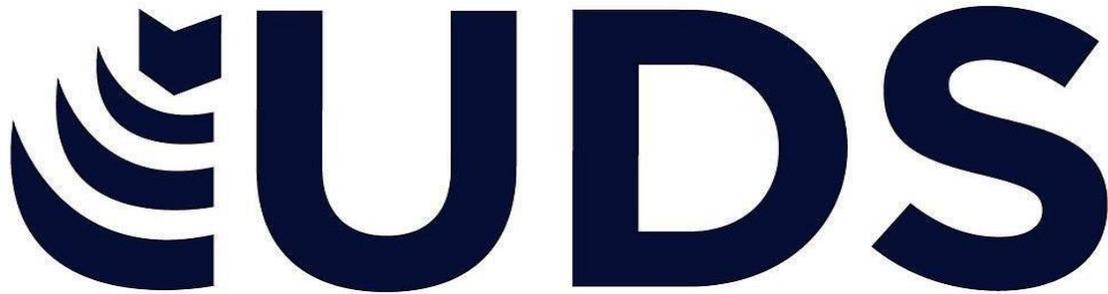


LICENCIATURA EN
ENFERMERIA



Estudiante: Bautista Molina Gabino Gabriel

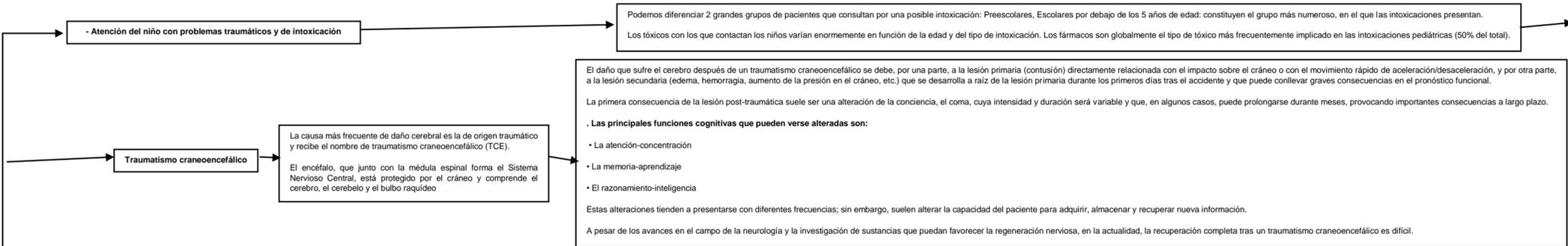
Matèria:
PATOLOGIA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

Maestro:
MIGUEL ANGEL LOPEZ LOPEZ

Grado:
5ER CUATRIMESTRE

Fecha:01/04/2

ATENCIÓN AL NIÑO EN URGENCIAS



Traumatismo craneoencefálico

La causa más frecuente de daño cerebral es la de origen traumático y recibe el nombre de traumatismo craneoencefálico (TCE).

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

Manejo de paro cardiorespiratorio

La reanimación cardiopulmonar básica (RCP) es el conjunto de maniobras que permiten identificar si un niño está en situación de parada cardiorespiratoria 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 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.

Hoy sabemos que durante años hemos dejado de diagnosticar y tratar el dolor en los niños y niñas, 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.

Oxigenación

La disnea se puede definir como una experiencia subjetiva de dificultad respiratoria, que se origina a partir de la interacción de factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales en el individuo, y engloba sensaciones cualitativamente distintas y de intensidad variable.

La disnea es un síntoma frecuente: dependiendo de la población estudiada, entre un 33% y un 47% de la población general con cáncer presenta disnea, y su frecuencia aumenta hasta de un 55% a un 70% en poblaciones con condiciones terminales

Existe evidencia de que el alivio sintomático satisfactorio de la disnea se logra con menor frecuencia que en el caso de otros síntomas, como el dolor o las náuseas, -incluso por equipos de cuidados paliativos experimentados-. Este es un síntoma frecuente que genera un importante sufrimiento asociado, por lo cual el conocimiento en este campo toma notabilidad, en particular en el contexto costarricense, donde la mayoría de los pacientes con condiciones terminales no son seguidos por expertos en el campo, de manera que debe extenderse la formación de la comunidad médica.

Valoración la clave del éxito será siempre evaluar y reevaluar diariamente al paciente sobre el estado de su dolor. En lo posible use siempre la misma escala para evaluar el dolor.

- 1) En los niños menores de tres años, es útil interrogar a la madre, quien generalmente identifica los cambios conductuales y afectivos del niño.
- 2) Las drogas son las mismas que se utilizan para el tratamiento del dolor en los adultos (morfina, metadona, codeína, tramadol, acetaminofén, amitriptilina), con algunas excepciones como la aspirina y otras contraindicadas en los niños.
- 3) Las dosis de inicio se calculan de acuerdo al peso en kg y luego se ajustan a la intensidad del dolor.
- 4) La morfina y la metadona no tienen "tope". El mito sobre no utilizar opioides desde un inicio, cuando se trata de un dolor intenso, para evitar un final donde "no tendremos nada más que ofrecer", es el reflejo de la ignorancia sobre la farmacodinamia y farmacocinemia de los opioides.
- 5) El concepto de dolor total con sus cuatro componentes: biológico, social, psicológico y espiritual, debe tomarse en cuenta siempre.
- 6) La escalera analgésica de la OMS y sus principios es igualmente válida para los niños: por pedíaños, por relé, por la vía adecuada, y para cada niño 7) Vías de administración: Oral: más cómoda, menos traumática y segura de administrar. Intramuscular: obsoleta y produce dolor. Endovenosa: útil para el alivio rápido del dolor en una emergencia. Subcutánea: válida, pero puede producir dolor (una aguja mariposa puede dejarse por una semana sin necesidad de cambio). Rectal: apropiada, aunque en ocasiones errática. Nasa nasogastrica: incómoda, pero necesaria cuando el niño ya no deglute.
- 8) Recordar el componente psicológico.
- 9) Es posible que un niño que está jugando, viendo televisión o durmiendo marque dolor intenso en una escala de autovaloración.
- 10) Debido a que la farmacocinética no es la misma, para los lactantes menores de seis meses la dosis inicial de opioides en términos de mg/kg debe ser entre una cuarta parte y un tercio de la dosis inicial que la usada en los niños mayores de seis meses.

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.

El origen de tal controversia radica, fundamentalmente, en cómo se consideran la nutrición y la hidratación: cuidado/soporte o tratamiento médico.

Alimentación

Eliminación

Estrategias de ayuda a la familia frente a la muerte del hijo

La muerte de un hijo es la pérdida más traumática para unos padres, así se mezclan sentimientos hacia el niño, hacia ellos mismos y hacia la pareja, en un proceso de confusión y angustia. A los padres, una vez comunicado el diagnóstico, les preocupa que sus hijos sientan dolor (control de síntomas) e incapacidad, aparecen sentimientos de culpabilidad (por no haberlo cuidado bien), de inutilidad, incredulidad o negación, o miedo al descontrol emocional.

Actitud de enfermería ante la muerte del niño

El personal sanitario también tiene dificultades en el afrontamiento de la muerte de un niño y se enfrenta, igualmente, a sentimientos y ansiedades al relacionarse con el niño y su familia, en la experiencia de comunicación de temas relacionados con el final de la vida. El equipo de salud presenta mecanismos psicológicos dirigidos a disminuir la ansiedad y a hacerla más tolerable: negación, rabia, irritabilidad... Especialmente el personal de enfermería, que tiene un contacto más directo con el niño y la familia y con la ansiedad de los médicos.

Protocolo de cuidados post-mortem

Al producirse la muerte de un paciente, el médico debe reconocer el cadáver y emitir el correspondiente certificado de defunción. Posteriormente se avisará a los familiares y se les informa del desenlace y si estos desean estar con él durante un tiempo. Posteriormente se pedirá a la familia que abandonen la habitación para comenzar con los cuidados post mortem. Estos cuidados son aquellos de se realizan después de la muerte del paciente, cuya finalidad es preparar el cadáver para que esté en condiciones adecuadas para el traslado al velatorio, quirófano (si sus órganos son donados), sala de autopsias o a su propio domicilio.

físico donde se brinde un abrazo o una ayuda de una manera cálida, se convierten en manifestaciones de afecto. El impacto de la muerte de un niño es difícil por la variedad de reacciones emocionales que se presentan a lo largo de todo el proceso: angustia, tristeza, desesperación, impotencia, conviene que los profesionales que atienden a estas familias conozcan estas reacciones y sean capaces de afrontar "su" propia ansiedad, que reconozcan sus sentimientos y puedan responder a las preguntas personales que el contacto con este tipo de pacientes les plantea

el abordaje de enfermería se debería realizar desde la enfermería transcultural, "la cual se centra en la comprensión del sentido que los hechos de la salud poseen para las personas teniendo en cuenta el contexto y su subjetividad". Para ella, reafirmando las afirmaciones de los antes mencionados, considera que el tratamiento tiene que considerar los aspectos psicosociales y espirituales, "enfermería busca tratar las perspectivas y vivencias psicosociales tanto de los/as niños/as como de las personas que los rodean.

La comunicación con el niño sobre el final de la vida remueve nuestros propios miedos a la enfermedad y la muerte. Las habilidades en comunicación nos marcarán cómo y qué decir. Muchos padres establecen con sus hijos un "pacto de silencio", pero los chicos necesitan hablar y expresar sus sentimientos para recibir el apoyo.

Los niños alcanzan un entendimiento sobre la enfermedad y la muerte acorde al desarrollo de su edad.

También proporciona un tiempo para forjar un duelo anticipado y prepararse para la muerte. La familia puede organizarse para estar junto al niño en los últimos momentos y tomar decisiones sobre cómo afrontar esta atención.

PROCEDIMIENTO/ TÉCNICA	Técnica A	Técnica B
<ul style="list-style-type: none">• Reunirse el personal necesario.• Ponerse bata, mascarilla y guantes (lavarse las manos).• Aislar al fallecido con una cortina o biombo si comparte habitación.• Retirar todo el material clínico (catéteres, sondas, etc.).• Se colocará al fallecido en cúbito supino, alineado y con las piernas extendidas.• Se comenzará a realizar la higiene completa del fallecido (limpieza de secreciones, cara, afeitado, peinado, etc.).• Se taponarán los orificios naturales con algodón, con ayuda de unas pinzas (oral, nasal, vaginal, etc.).• Se colocarán las prótesis dentales en la boca si el fallecido las utilizaba, a continuación, se le cerrará la boca.• Se le cerrarán los ojos, si estos no quedarán cerrados se puede utilizar un apósito.	<ul style="list-style-type: none">• Se pondrá al difunto decúbito lateral, para proceder a la retirada de la sábana sucia y colocar el sudario.• El sudario se pone sobre la cama en forma de rombo.• Se colocarán empapadores en la zona de los glúteos.• Se doblarán las esquinas superiores de tal manera que quede la cara al descubierto y se sujetará con esparadrapo.• Posteriormente se cubrirá el tórax y las extremidades inferiores y se pegará lateralmente con esparadrapo.• En la actualidad el sudario ya ha quedado en desuso ya que en su lugar se usan bolsas especiales.	<ul style="list-style-type: none">• Sobre el pecho del fallecido se colocará una tarjeta donde deben de reflejarse el nombre y apellidos del difunto, el número de la habitación y planta en la que ha fallecido.• El cadáver se trasladará en cama o camilla, y se cubrirá con una sábana y se avisará al celador para que se lo lleven.• Se recogerá todo el material utilizado y las pertenencias del fallecido para posteriormente entregárselas a sus familiares.• Para finalizar se realizará un lavado de manos

Fármacos

- 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.
- Anticantarrales 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.

Manejo

La administración de carbón activado (CA) se considera el pilar de la descontaminación en las Urgencias de Pediatría.

Formas de administración

Tiempo transcurrido desde la intoxicación En general, la mayoría de productos líquidos se absorben prácticamente por completo en los 30 minutos siguientes a su ingestión, y la mayoría de sólidos en un plazo de 1-2 horas.

Mecanismo de acción

El carbón activado es un polvo insoluble creado a partir de la pirólisis de una variedad de materiales orgánicos.

Contraindicaciones Vía aérea no protegida y disminución del nivel de conciencia sin estar intubado. Ingestión de ácidos o álcalis (corrosivos).

Pacientes con obstrucción o disfunción gastrointestinal. Riesgo de hemorragia o perforación gástrica.

Vaciado gástrico

Con el vaciado gástrico se intenta eliminar del estómago el tóxico ingerido. No debe ser empleado de forma rutinaria

Lavado intestinal

total. Este método produce un tránsito intestinal acelerado capaz de eliminar incluso comprimidos enteros sin que haya dado tiempo a que se disuelvan.

Tratamiento de la disnea en medicina paliativa

El abordaje terapéutico de la disnea en los pacientes terminales busca resolver las causas implicadas en su aparición y tratar las condiciones potencialmente reversibles, teniendo presentes las consideraciones éticas implicadas.

Tratamiento sintomático

El manejo sintomático descansa en tres intervenciones principales: guía y apoyo, oxigenoterapia y tratamiento medicamentoso.

Medidas no farmacológicas:

Existen diversas terapias no farmacológicas y estas deberían considerarse como la primera línea de tratamiento, tomando en cuenta su perfil de seguridad favorable y la ventaja de evitar la polifarmacia frecuente en la población de pacientes de medicina paliativa.

Otras modalidades de tratamiento, como la fisioterapia con vibración, no han demostrado beneficio en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Algunas indicaciones generales pueden ajustarse a cada caso.

Opioides:

Los opioides se han utilizado en el tratamiento de la disnea y constituyen el grupo terapéutico con mayor evidencia médica en el manejo de la disnea refractaria del enfermo terminal. Aunque está establecido que los opioides deprimen el centro respiratorio, en los pacientes que reciben estos medicamentos, el dolor y los estados de excitación son críticos en la determinación del patrón respiratorio, lo cual sugiere que mecanismos conscientes son importantes en este proceso.

Cuidados de enfermería

- Revisar diariamente la frecuencia y aspecto de las heces.
- Recordar seguir el tratamiento de laxantes prescrito.
- Estimular la ingesta de líquidos, dentro de lo posible.
- Desaconsejar el uso de dietas con alto contenido en fibra ya que ésta aumenta el tamaño del bolo fecal haciéndose más difícil su expulsión en estos enfermos que presentan gran deterioro físico y debilidad.
- Responder al deseo de evacuación.
- Si el paciente no hace deposición en dos o tres días, puede ser útil el uso de supositorios de glicerina o cápsulas de citrato sódico(Myralax).

Cuidados de enfermería

- Realizar adecuada higiene perineal dejando la zona bien seca y prestando especial atención a los pliegues cutáneos.
- No usar productos irritantes en el aseo del paciente.
- Utilizar cremas hidratantes.
- Utilizar pomada protectora en el sacro y glúteos si existe riesgo de maceración.
- Ofrecer la cuña o ir al servicio periódicamente.
- Colocar absorbentes y/o pañales y cambiarlos siempre que sea necesario para mantener al enfermo seco.
- Se recomienda reducir el consumo de líquidos a partir de la merienda si el enfermo presenta nicturia.
- Evitar la sedación excesiva y la toma de diuréticos en la cena.

Es necesario que la familia o el personal al cuidado de los enfermos, entre los que cabe destacar a los diplomados en enfermería(DUE) conozcan y comprendan que en la situación de terminalidad:

- a) es normal que una persona cercana a su muerte se vuelva desinteresada por la comida y, en menor grado, por la toma de líquidos.
- b) los pacientes con anorexia y saciedad tempranas no son capaces de disfrutar de una comida copiosa,
- c) la pérdida de peso no se debe simplemente a la dieta
- d) no existen actualmente evidencias que confirmen que la terapia nutricional agresiva pueda mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado
- e) Los objetivos que se persiguen en esta etapa son comunes a todos los pacientes que requieren cuidados paliativos

- Mantener un buen estado nutricional
- Evitar el desarrollo de una malnutrición
- Aportar una ingesta proteica suficiente
- Asegurar una hidratación correcta
- Evitar el estreñimiento
- Facilitar la deglución
- Evitar interacciones fármaco-nutriente
- Conseguir la máxima autoalimentación
- Mantener el placer por la comida.