



Actuación ante situaciones de urgencia en el niño

Dra. Isabel Llana Martin.

Servicio de Pediatría y Neonatología

HM Universitario Torrelodones



*HM Universitario
Montepíncipe*



*HM Universitario
Torrelodones*



*HM Universitario
Madrid*



*HM Universitario
Nuevo Belén*



*HM Universitario
Sanchinarro*



Actuación frente a situaciones de urgencia en niños : Primeros auxilios

Los **primeros auxilios** son los primeros cuidados que prestaremos a un accidentado o enfermo repentino en el lugar de los hechos, hasta que sea atendido por el personal sanitario especializado

Secuencia de actuación

Proteger

Avisar

Socorrer

112

**Toxicología:
915620420**

Actuación frente a situaciones de urgencia en niños : Primeros auxilios

Socorrer:

- ✓ Mientras llega la atención especializada.
- ✓ Comprobaremos si presenta signos vitales y realizaremos las primeras actuaciones:

Tres preguntas básicas :

1. ¿Está consciente?

2. ¿Respira?

3. ¿Tiene pulso?



PARADA CARDIORRESPIRATORIA



Parada cardiorrespiratoria

✓ Es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.

A consecuencia de ello se interrumpe el transporte de oxígeno a la periferia y a los órganos vitales, principalmente, al cerebro.

Causas de parada cardiorrespiratoria

- En España, las causas más frecuentes de mortalidad infantil son las **anomalías congénitas** y la **prematuridad**.
- Las causas de origen **respiratorio** suponen el 14 %.
- El síndrome de muerte súbita del lactante el 3 %.
- En niños y adolescentes: los accidentes:
 - Tráfico
 - Asfixia
 - Ahogamiento
 - Descarga eléctrica
 - Traumatismo craneal o lesión grave
 - Intoxicación etc....



Pronóstico

- Si la persona que presencia la PCR inicia inmediatamente la RCP básica las posibilidades de recuperación son mucho mayores que si se espera a que lleguen los servicios de emergencias.
- La difusión de los conocimientos y las habilidades de la RCP básica entre la población general es uno de los métodos más importantes para mejorar el pronóstico de la parada cardiorrespiratoria.

Prevención: primer eslabón



La prevención de la PCR es la intervención que más
vidas puede salvar

Prevención: primer eslabón

Síndrome de muerte súbita del lactante

- Primera causa de mortalidad en los lactantes en muchos países.

Medidas preventivas:

- ✓ **Colocar boca arriba mientras duerme.**
- ✓ No almohadas o colchones demasiado blandos.
- ✓ Advertir a la madre sobre los efectos perjudiciales que tienen sobre la salud de su hijo el consumo de drogas, alcohol y tabaco.

Prevención: primer eslabón



Accidentes

- Primera causa de mortalidad en los niños mayores de un año.
- Los lugares en los que los que se producen con mayor frecuencia son el domicilio, sus alrededores y las vías y lugares públicos.



Prevención: primer eslabón

- ✓ Enchufes de seguridad.
- ✓ Barreras de protección en escaleras.
- ✓ Juguetes adecuados a la edad.
- ✓ Productos tóxicos fuera del alcance.
- ✓ Evitar jugar en la cocina.

Más del 40 % de las intoxicaciones infantiles se producen por ingestión accidental de medicamentos.

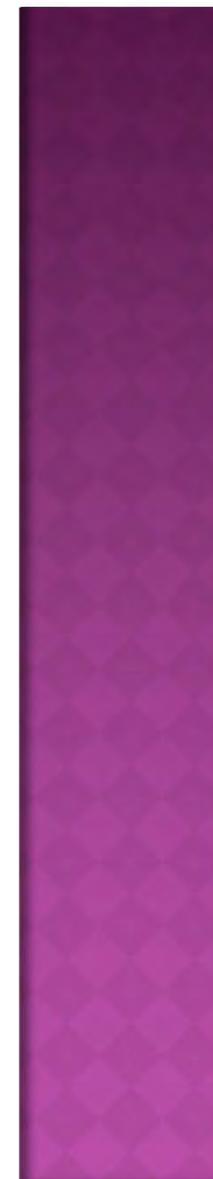


Prevención: primer eslabón

- ✓ Vigilancia en el baño.
- ✓ Piscinas rodeada de valla y cubierta en invierno
- ✓ Precaución en las fiestas en las que se consumen frutos secos y golosinas de pequeño tamaño o se juega con globos o bolsas de plástico.
- ✓ Deben viajar en coche en el asiento trasero en sillas debidamente homologadas, adaptadas a cada edad, y correctamente sujetas al vehículo
- ✓ El uso de casco previene el 80% de las lesiones cerebrales producidas por este tipo de accidentes.



Reanimación cardiopulmonar básica. RCP



Reanimación cardiopulmonar básica. RCP

✓ También denominado soporte vital básico.

SALVA VIDAS

✓ Conjunto de maniobras que permiten **identificar** una parada cardiorrespiratoria, **alertar** los sistemas de emergencias médicas y **sustituir las funciones** respiratoria y circulatoria, hasta que la víctima pueda recibir un tratamiento más cualificado.

La RCPB *no precisa ningún tipo de material específico.*

Reanimación cardiopulmonar básica. RCP

Maniobras aplicables por **cualquier persona** y en **cualquier lugar**, sin equipo especial, dirigidas al tratamiento inicial de la PCR.

Se debe iniciar lo más precozmente posible.

La lesión cerebral permanente comienza después de tan solo 4 minutos sin oxígeno y la muerte puede ocurrir de 4 a 6 minutos más tarde.

¡¡ No esperar, actuar !!

Reanimación cardiopulmonar básica. RCP

¿Qué hacemos para empezar a socorrer?

Tres preguntas básicas :

1. ¿Está consciente?

2. ¿Respira?

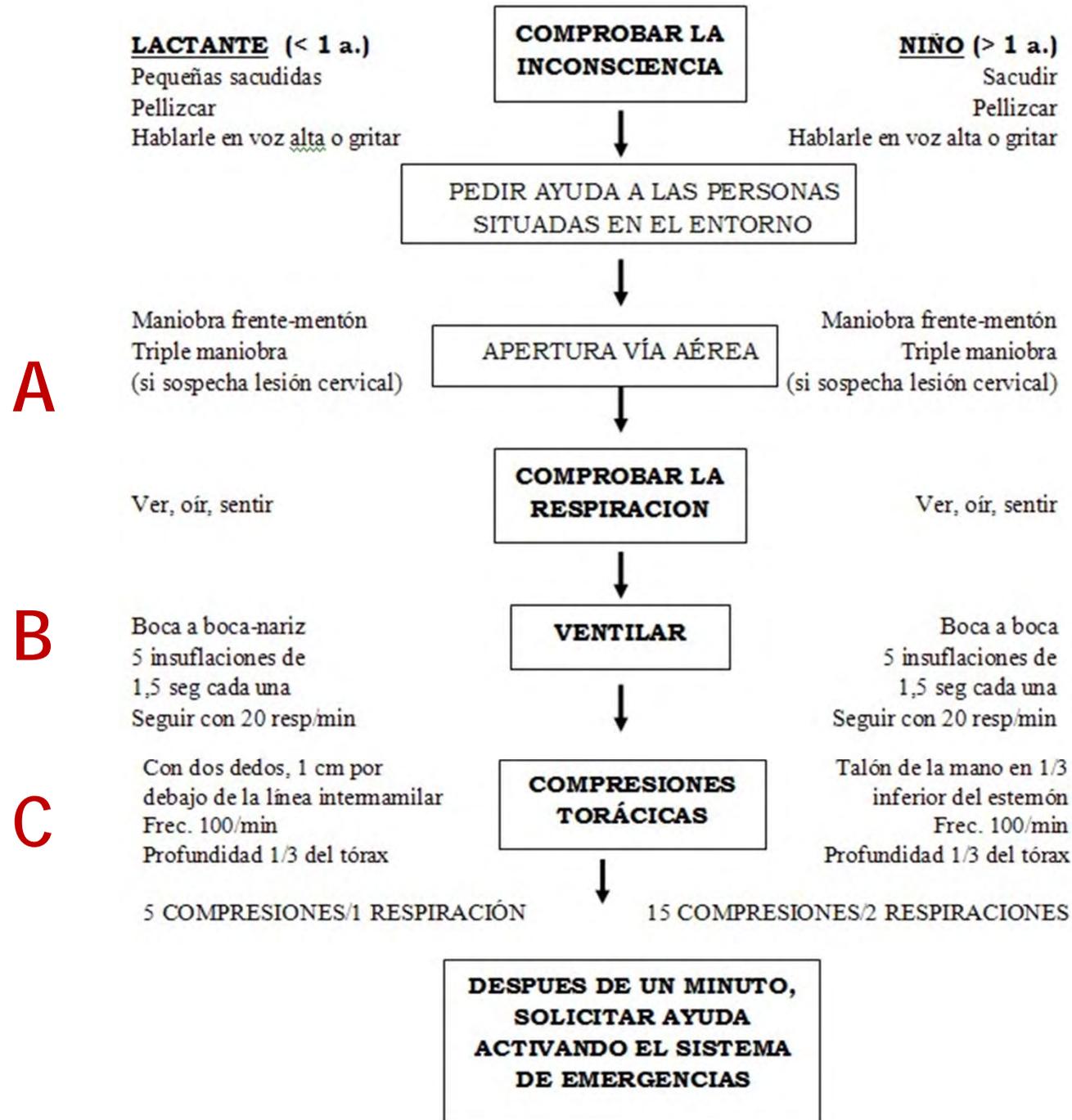
3. ¿Tiene pulso?.

Algoritmo de actuación

A : Vía Aérea

B: "Bentilación" (Breath)

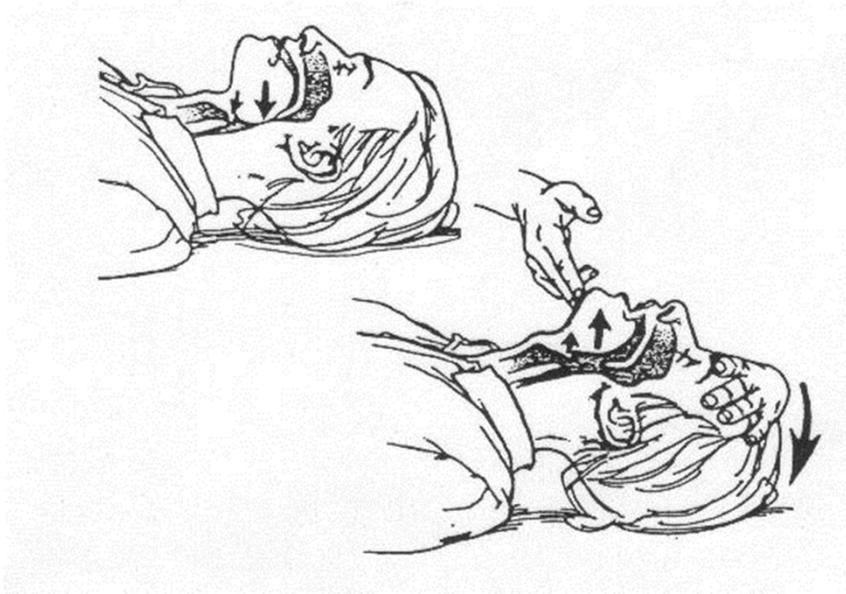
C: Circulación



A Vía aérea

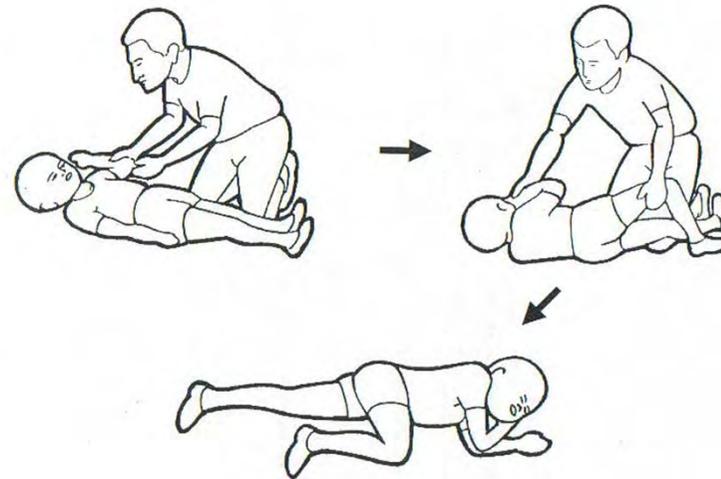


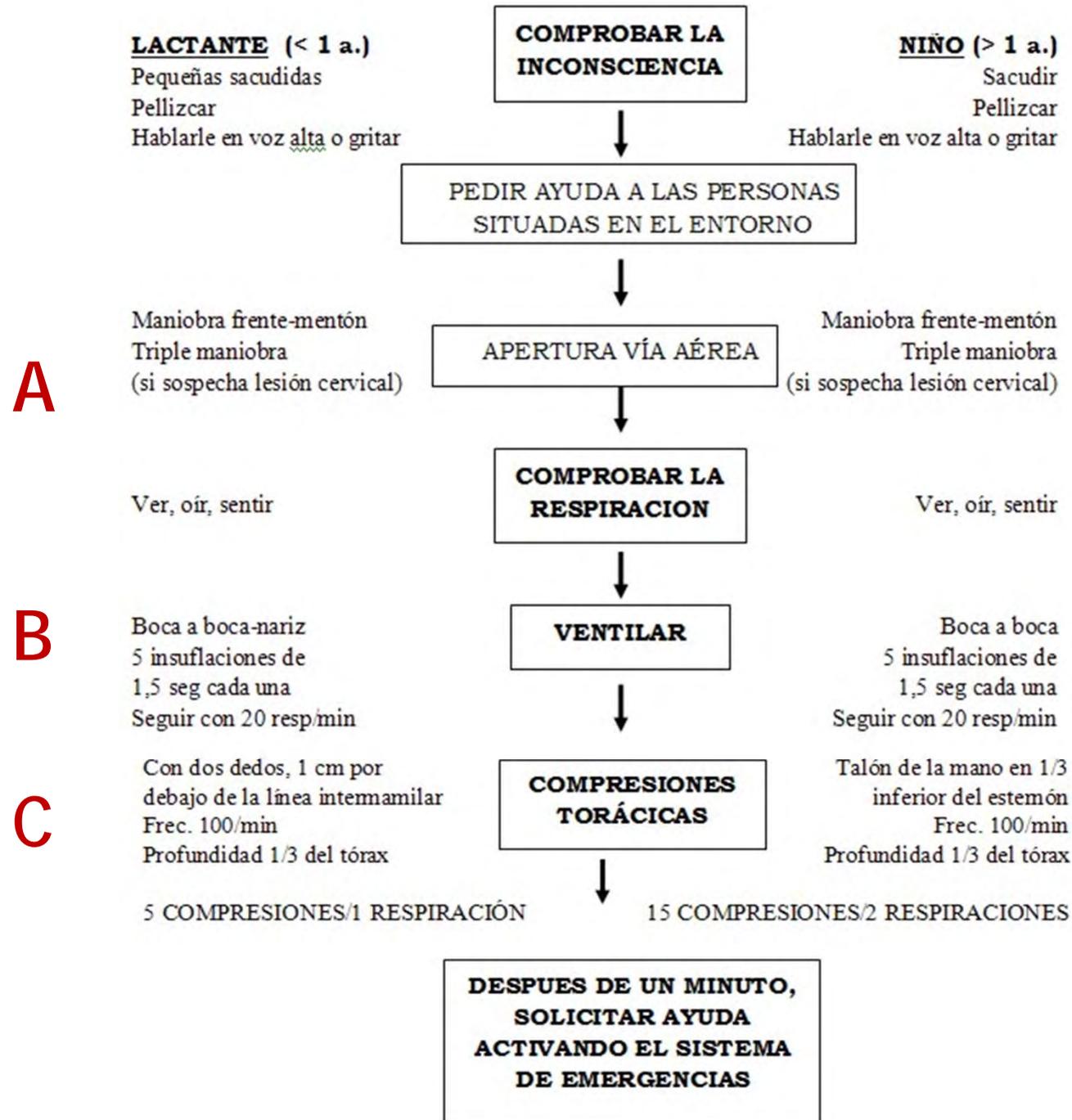
Abierta la vía aérea comprobar la respiración :



Si **no responde** pero **respira**
espontáneamente:

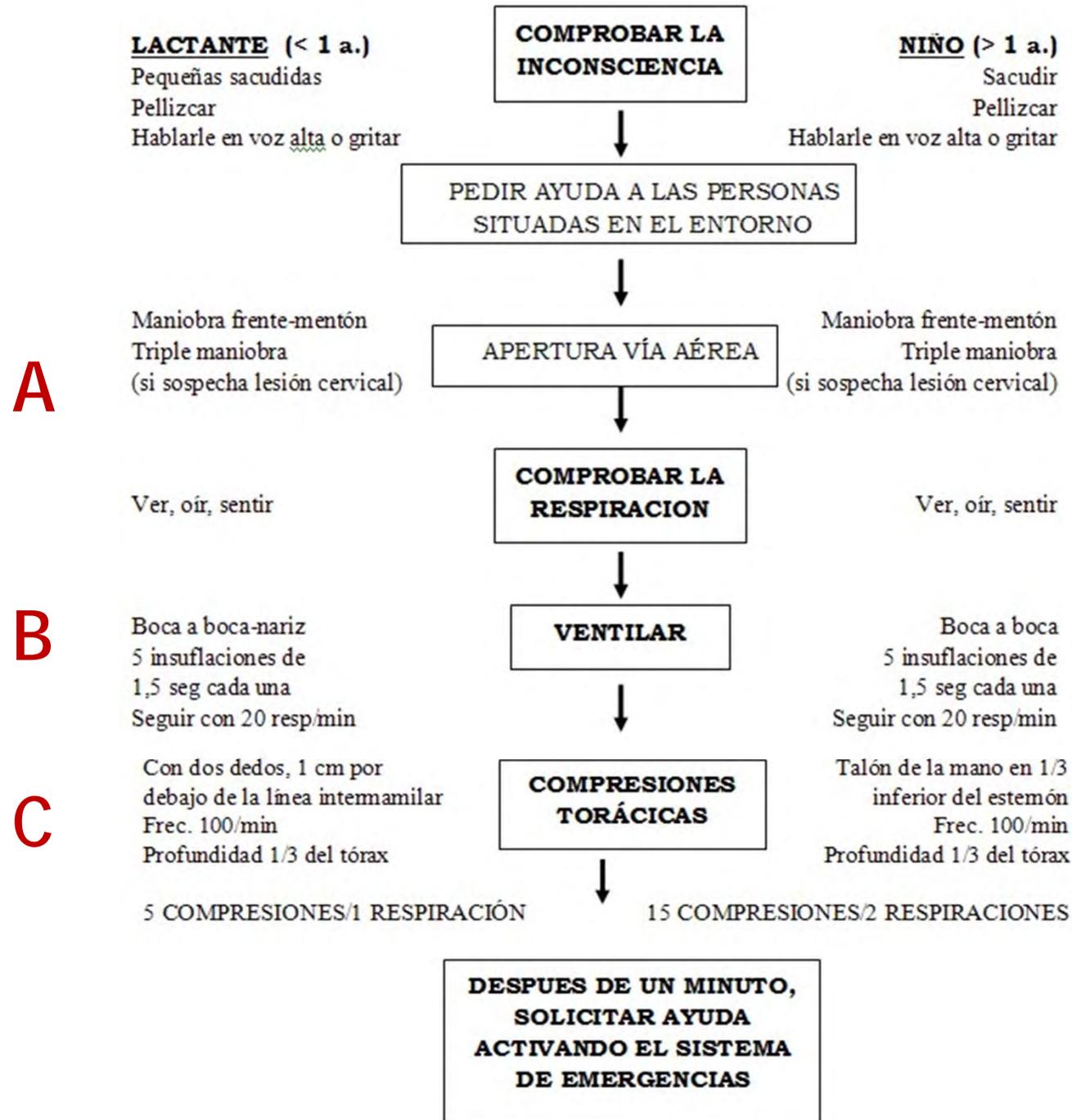
- Posición de seguridad.
- Comprobar situación clínica.
- Controlar situación.





B Ventilación





C Circulación



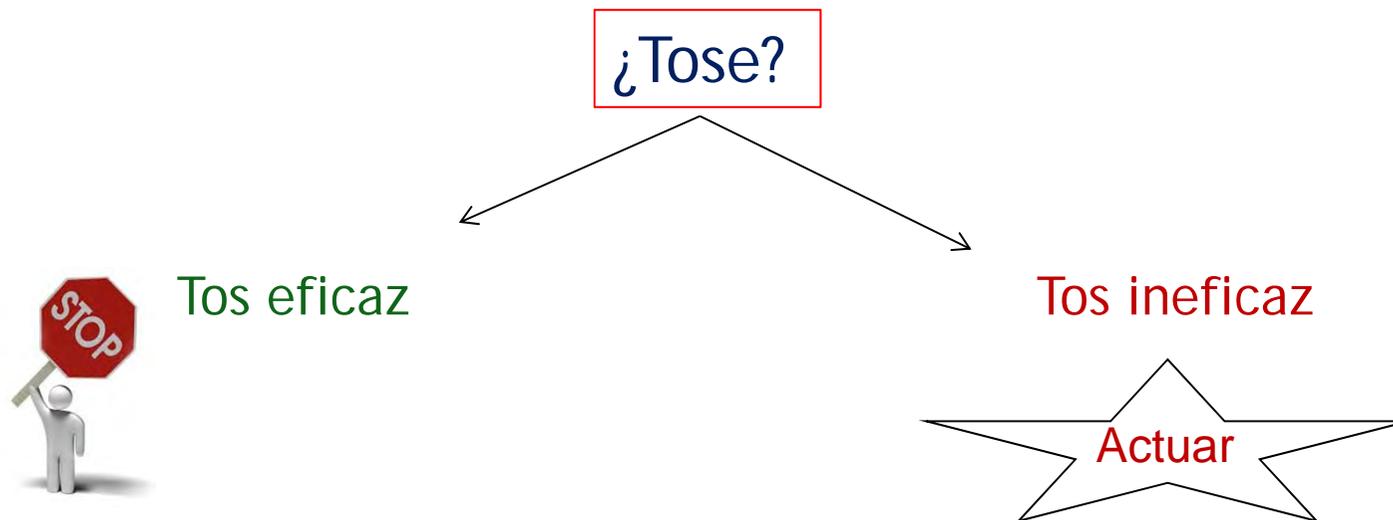


OBSTRUCCIÓN DE VIA ÁEREA POR CUERPO EXTRAÑO

Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño

Signos generales :

- Episodio presenciado
- Tosiendo / atragantado
- Comienzo brusco
- Historia reciente de juego / comida con objetos pequeños



Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño

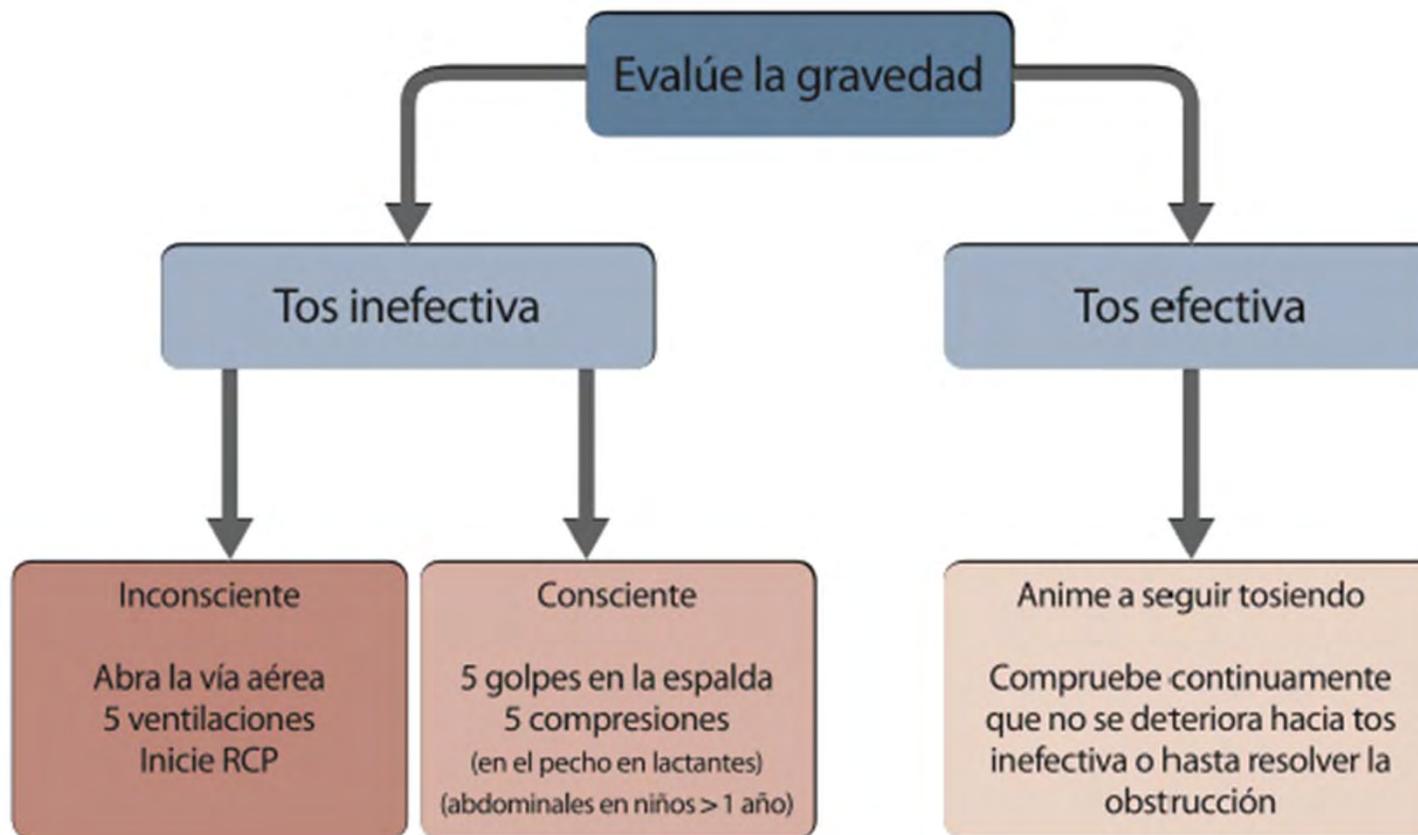
TOS EFECTIVA

- Llanto o respuesta verbal a preguntas
- Tos fuerte
- Capaz de respirar antes de toser
- Totalmente reactivo

TOS INEFICAZ

- Incapaz de vocalizar
- Tos silente o ausente
- Incapaz de respirar
- Cianosis
- Disminución del nivel de conciencia

Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño



Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño

Niño consciente, tos ineficaz

Examinar la boca y comprobar estado de conciencia y respiración



Niño
consciente



Dar 5 golpes
en el abdomen



Dar 5 golpes
en la espalda



Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño

Lactante consciente, tos ineficaz

Examinar la boca y comprobar estado de conciencia y respiración



Dar 5 golpes en el tórax



Dar 5 golpes en la espalda



Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño

Lactante / niño INCONSCIENTE

- Examinar la boca y extraer el cuerpo extraño si está accesible.
- Se realizará RCP básica con masaje y ventilación sin tener en cuenta que el paciente tiene un cuerpo extraño.
- El masaje cardíaco actúa como maniobra de desobstrucción.
- Comprobar cada 2 minutos si se visualiza el cuerpo extraño.



CASI AHOGAMIENTO

Síndrome de casi ahogamiento

Los ahogamientos son más frecuentes en los varones (5:1).

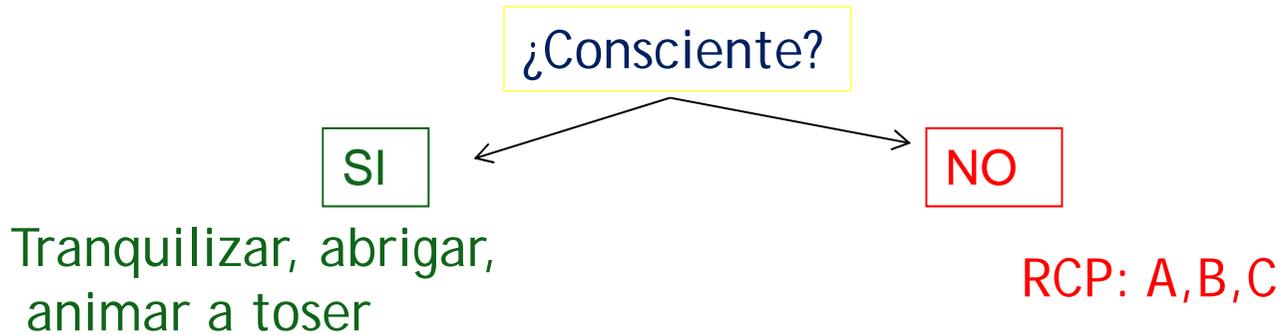
- El 40% ocurre en menores de 5 años ,piscina sin supervisión.
- En los adolescentes hay una relación estrecha con el uso de drogas y alcohol.

Las consecuencias del ahogamiento se deben principalmente al daño causado por la falta de oxígeno.

- o Los determinantes más importantes de una supervivencia neurológica son el rescate temprano desde el agua y la institución inmediata de un soporte vital (reanimación cardiopulmonar).

El 80% de los ahogamientos se puede prevenir

Síndrome de casi ahogamiento



- ✓ El tratamiento debe empezar en el mismo escenario de los hechos.
- ✓ No se recomiendan las compresiones extrínsecas. Solo si no somos capaces de ventilar al paciente, sospecharemos aspiración de cuerpo extraño y recurriremos a golpes en la espalda/torácicos en el lactante, o abdominales en un niño mayor o adolescente.



TRAUMATISMO CRANEAL

Traumatismo craneoencefálico

Un traumatismo craneoencefálico (TCE) es una lesión directa de las estructuras craneales, encefálicas o meníngeas, que se presentan como consecuencia de un agente mecánico externo, y puede originar un **deterioro funcional del contenido craneal**

- ✓ Los TCE son un accidente muy frecuente en la infancia.
- ✓ La mayoría de ocasiones no conllevan consecuencias.
- ✓ El traumatismo puede ser grave, sobre todo los originados por caídas de un sitio de altura o por accidentes de tráfico.

La gravedad de un TCE vendrá determinada por la posibilidad de daño cerebral y por la edad del niño.

Los menores de 1 año tienen más riesgo de sufrir lesiones cerebrales.

¿A qué síntomas debemos prestar atención?

- ✓ Pérdida de conocimiento.
- ✓ Convulsiones
- ✓ Somnolencia excesiva, dificultad para despertarlo. Pese a esto, **no es necesario mantener al niño despierto si es hora de dormir**, bastará con comprobar si se despierta con facilidad.
- ✓ Confusión, desorientación.
- ✓ Llanto persistente, irritabilidad.
- ✓ Dolor de cabeza continuo o de gran intensidad.
- ✓ Debilidad o adormecimiento de cualquier miembro.
- ✓ Alteraciones visuales, asimetría en el tamaño de las pupilas.
- ✓ Aparición de sangre o de un líquido por la nariz o los oídos.

En general, ante cualquier síntoma o signo que consideren anormal

Actitud en urgencias



- ✓ El pediatra determinará el nivel de consciencia y hará una exploración neurológica.
- ✓ Esto determinará la gravedad del traumatismo y la probabilidad del daño cerebral.

En ocasiones radiografía o TAC .

La mayoría de los niños serán dados de alta tras la valoración del pediatra.

Los padres deben comprobar, durante las siguientes 24 o 48 horas la presencia de los signos de alarma antes descritos.





CONVULSIÓN FEBRIL

Convulsión febril

Convulsión: movimientos musculares repetidos, anormales, acompañados de pérdida de conciencia .

¿Qué es una convulsión febril?

- ✓ Respuesta del cerebro ante la fiebre que se produce en algunos niños sanos entre los 6 meses y los 5 años de edad.
- ✓ Incidencia 3-5% de los niños.
- ✓ Después del primer episodio, 1 de cada 3 niños tiene otra convulsión.
- ✓ En ocasiones, la convulsión es el primer signo que nos indica que el niño tiene fiebre.

No se asocian con daño neurológico ni riesgo de epilepsia posterior.

Convulsión febril

¿Cuáles son los síntomas?

El niño pierde de repente la conciencia.
Movimientos de brazos, piernas, tronco y cabeza o bien se queda completamente flácido.
Cianosis, mirada perdida o los ojos en blanco.
Suele durar menos de 5 minutos.
Somnolencia o confusión posterior.



Convulsión febril

¿Qué puedo hacer?

Mantener la calma.

¡Mirar el tiempo !

Tumbar al niño de lado y lejos de objetos con los que pueda golpearse.



¿Qué NO se apropiado hacer en casa?

No es necesario realizar respiración artificial, ni sacudir, golpear o detener los movimientos del niño.

No debe meterle los dedos en la boca, podría morderle sin querer. No se preocupe, no se “tragará” la lengua.



Convulsión febril

¿Qué consecuencias tiene?

Son niños normales y deben llevar una vida normal.
En la mayoría de las ocasiones no se precisa ningún estudio ni tratamiento especial.

La peor consecuencia de las convulsiones febriles son los accidentes de trafico que se producen camino del hospital.

¿Se pueden prevenir?

Ni las medidas físicas ni los antitérmicos previenen la aparición de convulsiones febriles.

El tratamiento de la fiebre debe ser igual al de los niños con fiebre que no han sufrido convulsiones.





LA FIEBRE

Manejo de la fiebre

- ◉ Fiebre: Temperatura > 38°C
- ◉ Siempre comprobar la temperatura

- ◉ Causas:
 - INFECCIONES
 - Reacción vacunal, erupción dental (febrícula), otros

- ◉ Falsos mitos:
 - La fiebre más alta no conlleva mayor riesgo de convulsión febril
 - La fiebre por sí misma no lesiona el cerebro ni causa meningitis

Manejo de la fiebre

○ Tratamiento:

- Desabrigar al niño y refrescar el ambiente
- Aumentar la ingesta de líquidos
- Antitérmicos: paracetamol / ibuprofeno
- Ocasionalmente medidas físicas:
 - Baños cortos en agua tibia (no más de 5 minutos)
 - Paños con agua tibia en axilas, ingles, frente
 - NO usar paños de alcohol

Todo niño valorado por fiebre debería ser reevaluado a las 24-48 horas

Manejo de la fiebre. ¿ Qué nos debe preocupar?

○ Niño con fiebre:

- Si empeora el estado general, decaimiento, tendencia al sueño o irritabilidad a pesar de bajar la fiebre
- Si persiste fiebre alta durante más de 48-72 horas
- Si signos de dificultad respiratoria (respiración rápida y agitada, se marcan costillas, bambolea el abdomen)
- Si aparecen manchas violáceas en la piel que no se aclaran con la presión





MUCHAS GRACIAS