

CONTROL Y SEGUIMIENTO DURANTE LA ESPERA EN PEDIATRÍA

Fecha de edición:

2011

Período de Vigencia:

2025



REVISIÓN	FECHA	RESUMEN DE LA REVISIÓN
2014	ABRIL	
2023	JUNIO	

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
M ^a Magdalena de Tovar Supervisora del SCCU	M ^a Del Pilar Rodríguez Lara. Coordinadora de enfermería.	M ^a Magdalena De Tovar. Directora de enfermería. HSIDA.
FECHA:	FECHA: 1/06/2023	FECHA: 2023

Contenido

AUTORES.	3
JUSTIFICACIÓN.	4
OBJETIVOS.	4
PROFESIONALES A LOS QUE VA DIRIGIDO.	4
POBLACIÓN DIANA / EXCEPCIONES.	4
METODOLOGÍA.	5
ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS.	5
ALGORITMO DE ACTUACIÓN.	¡Error! Marcador no definido.
GLOSARIO / DEFINICIONES.	15
BIBLIOGRAFÍA.	16

AUTORES.

RESPONSABLE/COORDINADOR : APELLIDO / NOMBRE	TITULACIÓN	PUESTO QUE DESEMPEÑA	E-MAIL
Ma Magdalena de Tovar Fernández	DUE	Supervisora	Mariamagdalena.tovar@sjd.es

APELLIDOS/NOMBRE	TITULACIÓN	PUESTO QUE DESEMPEÑA
Pilar Rodríguez Lara	DUE	Coordinadora

JUSTIFICACIÓN.

Actualmente los servicios de urgencias pediátricos provocan una asistencia masiva y un incremento de la demanda asistencial, de manera que debemos de prestar una mayor vigilancia en los momentos de mayor afluencia, para garantizar la detección de posibles cambios evolutivos durante la espera.

Los profesionales de enfermería del servicio de cuidados críticos y urgencias son una constante en las urgencias pediátricas y es imprescindible la normalización de todos los procedimientos para la atención de pacientes pediátricos según su gravedad y patología.

Ofrecer una buena información a la familia desde el momento de su ingreso y explicar cualquier técnica y cuidados de enfermería, garantiza el confort tanto del paciente como de su familiar.

OBJETIVOS.

Normalizar el seguimiento del paciente pediátrico tanto en la sala de espera, así como en tratamientos cortos pediátricos

PROFESIONALES A LOS QUE VA DIRIGIDO.

Personal de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias

POBLACIÓN DIANA / EXCEPCIONES

Todos los pacientes pediátricos que permanecen en la sala de espera de pediatría del SCCU.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ DUE
- ✓ TCAE

RECURSOS MATERIALES

- Monitor.
- Termómetros.
- Compresas y gasas no estériles.
- Glucómetro
- Pulsioxímetro

METODOLOGÍA.

FIEBRE

La reacción febril suele presentarse como resultado de la exposición del cuerpo a microorganismos infectantes, complejos inmunitarios u otras causas de inflamación.

Fiebre: Temperatura rectal mayor de 38º C, axilar mayor de 37.5ºC y timpánica > 38,2ºC.

Los síntomas y los signos dependerán de la etapa de la evolución de la fiebre, las cuales son

➤ **Fase Prodrómica o Escalofríos:** En esta fase predomina la termogénesis, hay un desequilibrio entre la temperatura corporal y el centro termorregulador del hipotálamo con predominancia de este último, manifestándose de la siguiente manera: Escalofríos, temblor, piloerección, hiperestesia, mialgias, artralgias, palidez, cianosis, lipotimia o mareo.

➤ **Fase de Meseta o Crisis:** En esta fase se llega a un equilibrio entre la termogénesis y la termólisis, se manifiesta de la siguiente manera: Rubor, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria, sed, cefalea, labios secos, delirio.

➤ **Fase de defervescencia:** En esta fase la termólisis predomina sobre la termogénesis, presentando la siguiente sintomatología: Taquicardia, rubicundez, sudoración, cefalea, taquipnea, estreñimiento, orina oscura, ardor transmiccional, hipotensión arterial.

Así mismo se puede presentar una serie de síntomas que forman parte del síndrome febril pero que no dependen directamente de los mecanismos termorreguladores si no que están mediados por el efecto sistémico de los pirógenos y estos son: Somnolencia, pesadillas, confusión, crisis convulsivas, herpes labial, inquietud, anorexia, pérdida de peso, fotofobia, sonofobia.

En niños sanos, la mayoría de las fiebres son autolimitadas y benignas, siempre que se conozca la causa y se reemplace la pérdida de líquidos; La fiebre no causa daño cerebral.

La fiebre es uno de los motivos principales de consulta en las urgencias de pediatría, constituye alrededor del 30% de los motivos de consulta.

Datos que se deben valorar:

- ✓ Informar a la familiar de la necesidad de mantener al paciente con la menor ropa posible para que descienda la temperatura con más facilidad.
- ✓ Control de la temperatura **cada ½ hora** hasta que ceda la fiebre y posteriormente cada hora.
- ✓ Mantener monitorización.
- ✓ Aplicar Medios Físicos
 - ✓ Provisión de líquidos adicionales y una actividad reducida.
 - ✓ Ambiente fresco y ventilado: Pérdida de calor por conducción 15%.
 - ✓ Paciente desnudo: Pierde calor por irradiación 50%, y por evaporación 30% (25% por la piel y 5% por la vía aérea) y la pérdida por convección (5%).
 - ✓ Inmersión o baño continuo: Agua templada a 35-36 °C durante 20 minutos, en caso de presentar escalofríos se debe suspender.
 - ✓ Baño de esponja con agua tibia, en ambos los mecanismos de pérdida de calor: la radiación (50%) y la evaporación (30%).
 - ✓ No se recomiendan los baños con agua fría y menos helada, ya que con ellos se produce vasoconstricción y escalofríos ocasiona incremento en la temperatura central que pueden provocar crisis convulsivas, estados de sopor e incluso deterioro cerebral irreversible y muerte.
- ✓ Vigilar aparición de sintomatología.
- ✓ Vigilar el estado de la piel para detectar la presencia de petequias.
- ✓ Dejar registrada en la historia clínica del paciente las nuevas constantes y la nueva valoración que le has realizado a través de una evolución enfermera.

CONVULSIÓN FEBRIL

La fiebre que se produce de forma súbita o aumenta muy deprisa puede desencadenar convulsiones febriles, se cree que estas convulsiones se deben a un incremento rápido de la temperatura más que a una temperatura elevada por si sola.

Este aumento rápido de la temperatura corporal altera la transmisión normal de las señales dentro del sistema nervioso central, lo que se traduce en una descarga caótica de impulsos nerviosos que se manifiesta como una crisis comicial.

Las convulsiones se pueden clasificar en:

PARCIALES:

Simples: No pérdida de conciencia, signos motores...

Complejas: pérdida de conciencia.

GENERALIZADAS

Convulsivas: Síntoma motor predominante, mioclonías, tónicas, tónica-clónicas.

No convulsivas: No motor, crisis de ausencia, ausencia atípica.

INDETERMINADAS

Motoras o no motoras que no pueden ser incluidas correctamente en otro grupo por datos inadecuados o incompletos

Datos que se deben valorar:

- ✓ Control de la temperatura **cada ½ hora** hasta que ceda la fiebre y posteriormente cada hora.
- ✓ Mantener monitorización, FC, TA y saturación de oxígeno.
- ✓ Explorar pupilas y Glasgow.
- ✓ Vigilar aparición de sintomatología.
- ✓ Dejar registrada en la historia clínica del paciente las nuevas constantes y la nueva valoración que le has realizado a través de una evolución enfermera.

VÓMITOS Y DIARREA

Los vómitos son frecuentes en la edad pediátrica y pueden presentarse como síntoma principal o acompañando a diversas patologías.

El vómito es la expulsión brusca del contenido gástrico por la boca por contracción de la musculatura abdominal. El vómito es un síntoma inespecífico y muy frecuente en la infancia que acompaña a muchas enfermedades, es autolimitado en la mayoría de los casos y guarda relación con la enfermedad causal, por lo que desaparecerá con ella, pero también puede ser el síntoma de un proceso grave que hay que diagnosticar.

Recién nacido: En el recién nacido, las más frecuentes son las malformaciones del aparato digestivo o extradigestivo.

De 3 semanas a 4 años: Las causas más frecuentes de obstrucción en este grupo son la invaginación intestinal y la estenosis hipertrófica de píloro

Mayores de 4 años: La causa más frecuente de patología quirúrgica a esta edad es la apendicitis

En la mayoría de los casos, los vómitos acompañan a enfermedades infecciosas; la más frecuente es la gastroenteritis aguda. Otra entidad frecuente que cursa con vómitos es el reflujo gastroesofágico.

El cuadro clínico se caracteriza por malestar, fiebre, dolor abdominal, vómitos y diarreas.

Datos que se deben valorar:

- Hay que controlar la frecuencia, cantidad y características de las deposiciones (consistencia y color...) así como la presencia de sangre o moco y dejar registrado en la historia clínica del paciente.
- Evaluar el estado general del paciente, nivel de conciencia y color de la piel **cada hora**.
- Controlar la aparición de signos de deshidratación: sequedad de piel y mucosas, diuresis, existencia de lágrimas
- Control de constantes **cada hora**, dependiendo del estado general del paciente. (Glucemia, TA....)
- Informar al familiar de que el paciente no debe de tomar nada. (debe mantenerse en ayunas).
- Controlar el inicio de la tolerancia y su adecuada cumplimentación por la familia, cuando se indique y dejarlo registrado en la historia digital.
- Registrar los vómitos o deposiciones del paciente.

TOS

La tos es uno de los motivos de consulta más frecuente en la práctica pediátrica que genera gran ansiedad en los padres.

La tos es un mecanismo importante para la movilización de las secreciones, cuerpos extraños y factores irritantes para el tracto respiratorio.

Tipos de tos:

Aguda: la más frecuente en el niño. El síntoma dura menos de 3 semanas. La causa más frecuente es el resfriado común.

Crónica: de más de 3 semanas de duración. Más frecuente en el adulto, aunque presente en el niño como síntoma de la hiperreactividad bronquial (bronquitis, asma, etc.) o debido a reflujo gastroesofágico.

Seca no productiva: es la tos «inútil», de tipo irritativo, que no se acompaña de expectoración.

Tipo de Tos y signos acompañantes

- Faríngea: seca grave (odinofagia)
- Laríngea: estridor (disfonía)
- Traqueal: aguda, metálica (dolor retro-esternal)
- Quintosa o convulsiva: paroxística (cianosis-emesis)
- Psicógena: grave, ronca, intensa (vigilia)
- Bitonal: grave + aguda (alteraciones de la voz)
- Pleurítica: seca, corta (puntada de costado)
- Neumonítica: seca, aguda, en salva (sibilancias?)
- Tos-asma equivalente (sibilancias/espирación prolongada)

Datos que se deben valorar:

- ✓ Controlar la posible aparición de la fiebre.
- ✓ Control de la saturación de oxígeno.
- ✓ Control de inicio de dificultad respiratoria.
- ✓ Control de la persistencia o desaparición de la tos

TCE

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es frecuente en niños y un motivo de consulta común en los servicios de Urgencias pediátricos. La mayoría de los TCE son leves (escala de Glasgow 14 o 15) con muy bajo riesgo de lesión traumática clínicamente importante.

La evaluación inicial de niño con TCE debe incluir una valoración neurológica breve que incluya la escala de coma de Glasgow, reactividad pupilar y función motora.

El cuadro clínico es el de un niño que acude tras un traumatismo a nivel cerebral, dependerá de la intensidad del mismo.

Datos que se deben valorar:

- Valorar nivel de conciencia, decaimiento, respuesta a estímulos.
- Valorar pupilas y registrar **cada ½ hora**.
- Control de la TA, FC y Saturación de oxígeno **cada hora**.
- Vigilar aparición de convulsión.
- Vigilar la aparición de vómitos y cefalea.
- Control del dolor
- Informar al acompañante de los signos y síntomas a detectar y comunicar es caso de que aparezcan.
- Controlar los vómitos.
- La tríada de Cushing, bradicardia, hipertensión arterial y respiración irregular, indica aumento de la presión intracraneal (PIC).

INTOXICACIÓN

Consiste en la exposición de un niño a una o a varias sustancias que son tóxicas o que pueden serlo en determinadas condiciones. La forma más frecuente de intoxicación es la vía oral, pero también pueden producirse por inhalación (gases), contacto dérmico (pesticidas), ocular o por la vía parenteral (errores en la dosificación de medicamentos)

Los fármacos son los tóxicos más frecuentemente implicados en las intoxicaciones accidentales, seguidos por los productos del hogar. Dentro de los medicamentos el paracetamol es el más frecuente (15% del total de las intoxicaciones) , aunque en algunas series recientes es superado por los psicofármacos (benzodiacepinas) y los anticatarrales

El cuadro clínico se puede presentar de distintas maneras y puede variar dependiendo del tipo de intoxicación y por la sustancia la cual sea ingerida.

Datos que se deben valorar:

- Controlar los vómitos.
- Controlar el estado de conciencia.
- Controlar color de la piel.
- Controlar la FC, TA, glucemia.
- Controlar signos y síntomas de dificultad respiratoria.

LLANTO E IRRITABILIDAD

Todos los lactantes y niños pequeños lloran como una forma de comunicación; es el único medio que tienen para expresar una necesidad. Por lo tanto, la mayor parte del llanto responde a hambre, molestias (p. ej., un pañal húmedo) o separación, y cesa cuando se satisfacen las necesidades (p. ej., alimentándolo, cambiándolo o abrazándolo). Este llanto es normal y tiende a disminuir de duración y frecuencia después de los 3 meses de edad. Sin embargo, el llanto que persiste tras los intentos de satisfacer las necesidades de rutina y de los esfuerzos por consolar al niño o que es más prolongado que el habitual debe investigarse para identificar una causa específica.

Datos que se deben valorar:

- Revisión de los signos vitales, en particular para detectar fiebre y taquipnea.
- La observación inicial evalúa signos de letargo o compromiso del lactante o el niño.
- Valorar dificultad respiratoria y temperatura corporal.
- Inspección de la piel para determinar hinchazón, hematomas y abrasiones.
- Examinar los miembros para investigar signos de fractura o luxación.

Signos de alarma

Los siguientes hallazgos son de particular importancia:

- Dificultad respiratoria
- Hematomas y abrasiones
- Irritabilidad extrema
- Fiebre y llanto inconsolable
- Fiebre en un lactante ≤ 8 semanas de edad

TRAUMATISMO

Un traumatismo es una situación con daño físico al cuerpo.

Datos que se deben valorar:

- Inmovilizar la zona
- Valorar el dolor, registro de la EVA.
- Coloración de la piel.
- Valorar el estado general del paciente.
- Vigilar la aparición de nuevos signos o síntomas.

DOLOR

El dolor es una experiencia sensorial (objetiva) y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso.

Datos que se deben valorar.

- En el lactante necesariamente es indirecta.
- Desde los 6 meses ocurre la conducta anticipatoria manifestada por la postura y el movimiento protector de la extremidad.
- Los preescolares de 3 a 7 años son capaces de describir algunos aspectos de la localización, intensidad y calidad del dolor.
- Los niños de 8 años o más pueden utilizar las escalas analógicas visuales estándar de color.

OBSERVACIONES

Pasos a seguir tras la aparición de nuevos signos o síntomas:

1. Informar al DUE de pediatría de la nueva situación del paciente.
2. Realizarán nueva valoración por parte de enfermería y nueva toma de constantes.
3. Registro en su historia clínica a través de una Evolución de lo ocurrido y de la nueva situación incluyendo constantes.
4. Comunicación al médico responsable del paciente.

DIFUSIÓN

1. Existirá una copia accesible en el control de enfermería de la sala de espera de pacientes.
2. Se podrá acceder a él a través de la intranet en guías y procedimientos.

RESPONSABILIDAD

Será responsabilidad de la Coordinación del SCCU, la evaluación del cumplimiento de este protocolo y del personal asistencial la aplicación correcta de él.

Actualización

El presente documento deberá revisarse bianualmente. Será el Coordinador de Enfermería del área el responsable de dicha revisión. De no realizarse esta, se entenderá prorrogado.

GLOSARIO / DEFINICIONES

Fiebre: es un aumento en la temperatura corporal por encima de lo que se considera normal. La temperatura normal del cuerpo humano es de 37 °C (98,6° F).

Convulsión: un síntoma transitorio caracterizado por actividad neuronal en el cerebro que conlleva a hallazgos físicos peculiares como la contracción y distensión repetida y temblorosa de uno o varios músculos de forma brusca y generalmente violenta, [] así como de alteraciones del estado mental del sujeto y trastornos psíquicos. Una convulsión que persiste por varios minutos (20-30) se conoce como status epiléptico, mientras que la epilepsia es la recurrencia de crisis epilépticas de manera crónica. Usualmente afecta a diversas partes del cuerpo, con lo que recibe el nombre de ataque convulsivo.

Vómito: es la expulsión violenta y espasmódica del contenido del estómago a través de la boca

Diarrea: es una alteración de las heces en cuanto a volumen, fluidez o frecuencia en relación anormal a la fisiológica,[] lo cual conlleva una baja absorción de líquidos y nutrientes, pudiendo estar acompañada de dolor, fiebre, náuseas, vómito, debilidad o pérdida del apetito

TCE: es toda lesión orgánica o funcional del contenido craneal provocada por una violencia exterior. Puede ir acompañada de lesiones de contenido craneal.

Intoxicación: toda exposición a una sustancia que conlleva una acción lesiva sobre el organismo humano, independientemente de la vía de entrada.

Disnea: es la dificultad respiratoria o falta de aire.

Tos: es contracción espasmódica repentina y a veces repetitiva de la cavidad torácica que da como resultado una liberación violenta del aire de los pulmones, lo que produce un sonido característico.

Llanto: es la primera forma de comunicación del bebé. Es la forma más poderosa y eficaz para conseguir la atención de sus padres.

- Fiebre en pediatría” 2010, Revista Mexicana De Pediatría, 77, pp. S3-S8, Academic Search Premier, EBSCOhost, visitada 15 septiembre 2019.
- Ruiz Contreras J, Albañil Ballesteros MR. Abordaje del niño con fiebre sin foco. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 31-8.
- Almazan Avila M. Proceso fisiológico y molecular del síndrome febril, Revista de medicina e investigación. México: Elseiver; 2014
- Chiappini E, et al. Management of Fever in Children. J Pediatr. 2017.
- Mercadé Cerdá JM, Toledo Argani M, Mauri Llerda JA, López Gonzalez FJ, Salas Puig X, Sancho Rieger J. Guía oficial de la Sociedad Española de Neurología de práctica clínica en epilepsia. Neurologia [Internet]. 2016 [citado 6 de septiembre de 2022];31(2):121-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-guia-oficial-sociedad-espanolaneurologia-S0213485314000103>
- González Hermosa A. Estado epiléptico [Internet]. Aeped.es. Sección Urgencias de Pediatría del Hospital Basurto. 2020;1:119- 140 [citado el 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_estatus_epileptico.pdf
- Ruiz Chércoles E, Cerezo del Olmo Y. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Vómitos. AEPap. 2016 (en línea).
- Zonfrillo MR, MSCE, Topf S. Head Trauma. En: Fleisher G, Ludwig S. Textbook of pediatric emergency medicine. 7.ª ed. Filadelfia: Lippincott Williams and Wilkins; 2016. p. 595-9.
- Molina Cabañero JC. Intoxicaciones agudas. En: Casado Flores J, Serrano A (eds.). Urgencias y tratamiento del niño grave. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2015. p. 959-64.