



Urgencias en Pediatría

*Ana María Goicoechea Castaño
Miriam García García*

CS Sárdoma 14-12-18

Recursos

DosisPedia
La App Móvil para médicos
pediatras

Disponible en el
App Store

DISPONIBLE EN
Google play

Recomendar Tweet Compartir



Recursos



[Inicio](#) → [Publicaciones](#) → [Publicaciones de los GT](#) → [Hojas informativas padres](#)

HOJAS INFORMATIVAS PARA PADRES

- ▶ **8 ACCIONES** que **NO** hay que hacer ante un paciente pediátrico que ha contactado con una sustancia potencialmente tóxica
- ▶ Accidentes Infantiles. Normas sobre cómo actuar
- ▶ Analgesia o tratamiento del dolor en los niños
- ▶ Bronquiolitis
- ▶ Catarro de vías altas
- ▶ Cefalea
- ▶ Cólico del lactante
- ▶ ¿Cómo se evalúa el dolor en los niños?
- ▶ Convulsión febril

Recursos

HOJAS INFORMATIVAS TRADUCIDAS AL ÁRABE, CHINO Y RUMANO

- ▶ Bronquiolitis (árabe, chino, rumano)
- ▶ Catarro de vías altas (árabe, chino, rumano)
- ▶ Cefalea (árabe, chino, rumano)
- ▶ Cólico del lactante (árabe, chino, rumano)
- ▶ Convulsión febril (árabe, chino, rumano)
- ▶ Crisis asmática (árabe, chino, rumano)
- ▶ Dolor abdominal (árabe, chino, rumano)
- ▶ Espasmos del sollozo (árabe, chino, rumano)
- ▶ Estreñimiento (árabe, chino, rumano)
- ▶ Fiebre (árabe, chino, rumano)
- ▶ Gastroenteritis aguda (árabe, chino, rumano)
- ▶ Laringitis (árabe, chino, rumano)
- ▶ Meningitis aséptica (árabe, chino)
- ▶ Neumonía (árabe, chino, rumano)
- ▶ Otitis media aguda (árabe, chino)
- ▶ Síncope (árabe, chino, rumano)
- ▶ Traumatismo craneoencefálico (árabe, chino, rumano)
- ▶ Urticaria (árabe, chino, rumano)
- ▶ Varicela (árabe, chino)
- ▶ Vómitos (árabe, chino)

Triángulo de evaluación pediátrica

- Los 3 componentes del TEP, en conjunto, reflejan el estado fisiológico global del niño:
 - Oxigenación
 - Ventilación
 - Perfusión
 - Función cerebral



Triángulo de evaluación pediátrica

Se realiza en el triaje. No proporciona un diagnóstico, pero sí una evaluación del estado fisiológico del paciente y sus necesidades urgentes.

TRABAJO RESPIRATORIO

- Retracciones
- Aleteo nasal
- Ruidos respiratorios anormales
- Posición para respirar

CIRCULACIÓN

Se valora el aspecto de la piel:

- Palidez
- Piel moteada
- Cianosis

APARIENCIA

- Aspecto
- Tono
- Actividad
- Conexión/Consolable
- Mirada
- Llanto /palabras
- Somnolencia

SIN MANOS



Apariencia

Tono
Reactividad
Consuelo
Mirada
Lenguaje/llanto
Somnolencia



Trabajo respiratorio

- Ruidos patológicos
- Signos visuales:
 - Tiraje, retracciones
 - Aleteo nasal
 - Cabeceo
 - Taquipnea
 - Disociación toracoabdominal
 - Posición anómala



CIRCULACIÓN

Se valora el aspecto de la piel:

- Palidez
- Piel moteada
- Cianosis

Circulación

Triángulo de
evaluación
pediátrica

Tabla I. Estados fisiológicos según la alteración de los lados del TEP y sus causas más comunes

<i>Apariencia</i>	<i>Trabajo respiratorio</i>	<i>Circulación cutánea</i>	<i>Estado fisiológico</i>	<i>Causas</i>
NORM	NORM	NORM	Normal	
ALT	NORM	NORM	Disfunción SNC	Hipoglucemia Lesión cerebral Intoxicación Sepsis
NORM	ALT	NORM	Dificultad respiratoria	Broncoespasmo Laringitis Neumonía Aspiración de cuerpo extraño
ALT	ALT	NORM	Fallo respiratorio	Broncoespasmo severo Laringitis severa Trauma tórax penetrante
NORM	NORM	ALT	Shock compensado	Hemorragia Deshidratación leve
ALT	NORM	ALT	Shock descompensado	Hemorragia grave Deshidratación grave Sepsis Quemadura grave Trauma abdominal penetrante
ALT	ALT	ALT	Fallo cardiopulmonar	Parada cardiorrespiratoria

Paciente de 2 años que acude a urgencias acompañada de su madre, que la trae en brazos. La madre nos cuenta que tiene febrícula, vómitos y diarrea desde ayer y que como no comió mucho desde entonces la niña se cae hacia los lados cuando camina.

Neurología



INFECCIONES



TRAUMATISMOS
CRANEALES



CEFALEA



CONVULSIONES

Encefalitis

En la encefalitis existe disfunción neurológica, variable según el área del SNC afectada

Tabla 1. Virus causantes de encefalitis, manifestaciones típicas y áreas del SNC afectadas ^(1-5,9-10,13,16)			
Agente etiológico	Manifestaciones sistémicas típicas o específicas	Manifestaciones neurológicas típicas	Área del SNC típicamente afectada
Enterovirus	Conjuntivitis, faringitis, exantema, herpangina , enfermedad mano-boca , pleurodinia, miopericarditis	Ataxia, disfagia, disartria , baboo, somnolencia , parálisis flácida	Mesencéfalo, romboencefalo y medula espinal
Virus Herpes Simplex	Vesículas mucocutáneas (habitualmente, aparecen antes que los signos y síntomas neurológicos), lesiones orales , sepsis, plaquetopenia, hepatomegalia o ascitis (estos cuatro últimos más en neonatos) Puede no aparecer sintomatología dermatológica	Convulsiones , alteración del lenguaje, memoria o alucinaciones olfatorias. Afectación de pares craneales	Lóbulos temporales y frontal inferior (edema y hemorragia), sistema límbico e hipotálamo
Virus Varicella Zoster	Vesículas mucocutáneas de aparición progresiva, en distintos estadios, generalizadas o localizadas en dermatomas, herpes craneofacial Puede no aparecer sintomatología dermatológica (hasta en el 55% de los casos)	Cerebelitis (ataxia cerebelar)	Córtex cerebral, sustancia blanca subcortical, ganglios basales, sistema límbico o cerebelo Suele asociar lesiones neurovasculares (arteritis, lesiones isquémicas, hemorragia o infarto), áreas de desmielinización y ventriculitis
Paraechovirus tipo 3 (neonatos y lactantes)	Fiebre, diarrea, sepsis, eritema palmoplantar	Irritabilidad, hipoactividad, apnea	Lesiones en sustancia blanca



RASH- EARLY STAGES



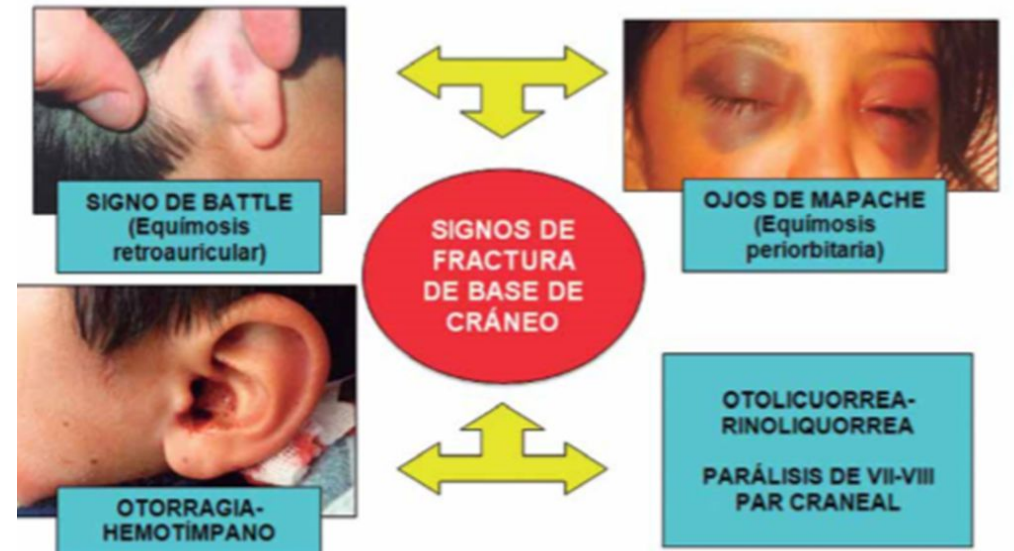
RASH- FINAL STAGES

Meningitis

Ceftriaxona o cefotaxima

Traumatismo craneoencefálico

- Historia clínica:
 - Edad
 - Mecanismo de traumatismo
 - Síntomas asociados
 - Localización
 - Historia incongruente
- Exploración física
 - Focalidad neurológica
 - Signo de fractura de base de cráneo
 - Exploración cuero cabelludo



Traumatismo craneal

Tabla V. Criterios de derivación hospitalaria de un paciente con TCE

Criterios de derivación hospitalaria

- Pérdida de conciencia en cualquier momento desde el traumatismo
- Amnesia para sucesos anteriores y/o posteriores al traumatismo
- Cualquier signo de focalidad neurológica desde el traumatismo
- Cuando el mecanismo causal sea sugerente de alta energía
- Sospecha o evidencia de fractura craneal o traumatismo penetrante
- Sospecha de maltrato
- Cefalea y/o vómitos persistentes
- Crisis convulsiva
- Irritabilidad o alteración del comportamiento, principalmente en niños menores de 5 años
- Dudas diagnósticas tras una primera valoración
- Comorbilidad asociada (discrasia sanguínea, válvula de derivación ventricular...)
- Factores sociales adversos (no garantía de una correcta observación por sospecha de escasa competencia de los cuidadores)

Criterios de observación domiciliaria

- El paciente está asintomático
- La exploración física y neurológica son normales
- El mecanismo causal ha sido de baja energía
- Existen garantías de observación por adultos durante 48 horas
- En todos estos casos, se debe entregar hoja informativa con las recomendaciones y los signos de alarma

Traumatismo craneoencefálico

Tabla VI. Recomendaciones para el alta y observación domiciliar de paciente con TCE (Sociedad Española de Urgencias de Pediatría)

¿Qué es un traumatismo craneoencefálico?

Es un traumatismo en la cabeza. En este momento su hijo presenta una exploración neurológica normal, por lo que no precisa ingreso.

¿Qué debe hacer en casa?

- Observe al niño durante las 24 horas siguientes, por si aparece algún problema. Manténgalo en un ambiente tranquilo bajo la supervisión de un adulto.
- Si el niño tiene sueño puede dejarle dormir, pero despertándole cada 4 horas, aproximadamente, para observar sus reacciones. Debe mantener un comportamiento adecuado.
- Si presenta dolor de cabeza puede tomar paracetamol o ibuprofeno a dosis habituales.
- Transcurridas 2 horas sin vómitos, ofrézcale una dieta blanda.
- A las 24 horas del traumatismo, se puede reiniciar el ritmo normal de vida.

¿Cuándo debe consultar de nuevo en un servicio de urgencias?

- Si el niño vomita de nuevo en casa.
- Si presenta dolor de cabeza intenso o progresivo.
- Si su hijo está confuso, somnoliento, irritable o cuesta mucho despertarlo.
- Si el niño comienza con movimientos anormales, debilidad u hormigueo de extremidades, tiene dificultad para caminar, habla o ve mal, o tiene las pupilas de diferente tamaño.
- Si observa salida de líquido claro o sangre por la nariz o los oídos.
- En general, cualquier síntoma que le resulte extraño o le preocupe.

Cuestiones importantes

- La mayoría de los traumatismos en la cabeza son leves y no producen daños. Con golpes mínimos es muy raro que se produzcan lesiones.
- Es normal que en las primeras horas su hijo esté asustado, no recuerde el momento del traumatismo, tenga dolor de cabeza o presente algún vómito.
- En la mayoría de los casos no es necesario realizar ninguna radiografía.

Traumatismo craneoencefálico

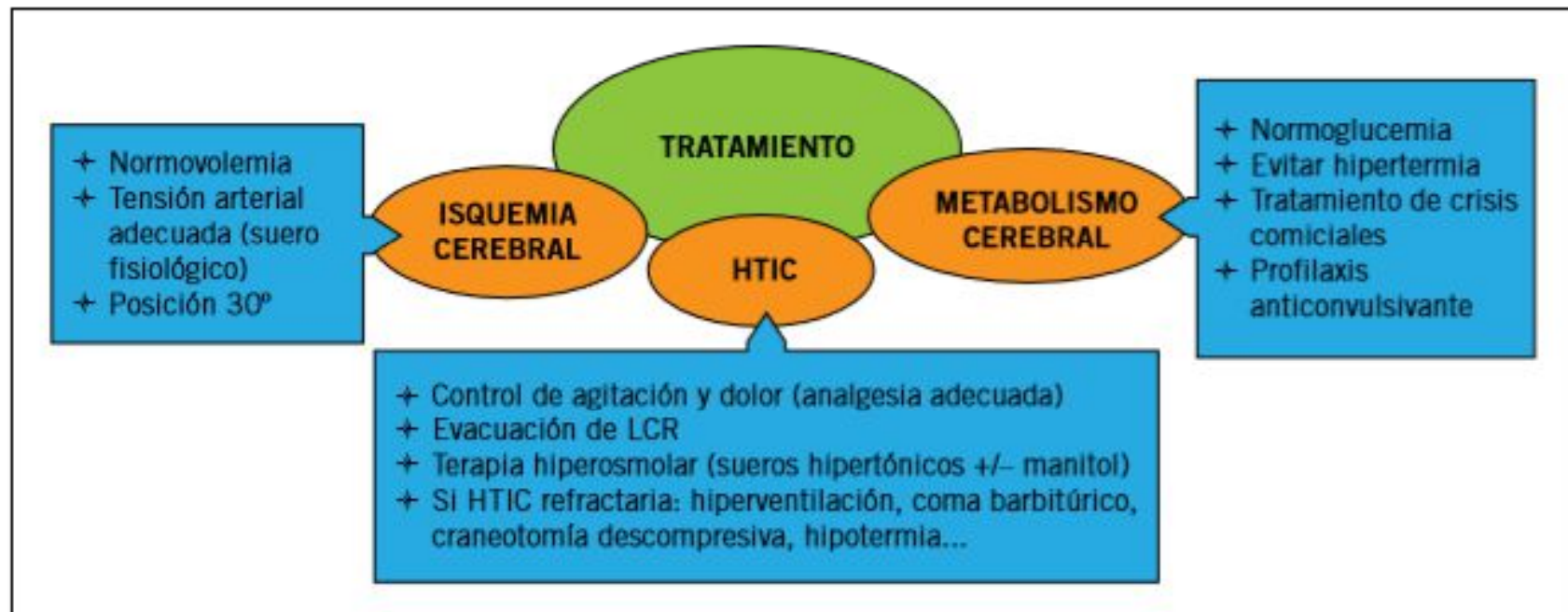



Figura 6. Pilares del tratamiento del traumatismo craneoencefálico: evitar la isquemia cerebral, la hipertensión intracraneal (HTIC) y el aumento de consumo metabólico cerebral.



Anamnesis y exploración
física

Los tumores cerebrales
muestran a menudo
cefalea, pero casi
siempre acompañada de
síntomas y signos de
sospecha.

Diazepam

Midazolam

Convulsión

Bibliografía

- Triángulo de Evaluación Pediátrica. R. Velasco Zúñiga. *Pediatr Integral* 2014; XVIII(5): 320-323
- Meningoencefalitis viral. A. Justo Ranera, P. Soler-Palacín, M.G. Codina, C.R. Gonzalo de Liria. *Pediatr Integral* 2018; XXII (6): 282 – 293
- Curso de Infectología Pediátrica 2018. Sociedad Española de Infectología Pediátrica
- Traumatismos craneoencefálicos. N. Silva Higuero, A. García Ruano. *Pediatr Integral* 2014; XVIII(4): 207-218
- Cefalea en el niño y adolescente. R. Cancho Candela, A. Hedrera Fernández. *Pediatr Integral* 2015; XIX (9): 632 – 639
- Convulsión febril. M.L. Padilla Esteban, C. García Rebollar, S. Foullerat Cañada. *Pediatr Integral* 2015; XIX (9): 600 – 608