

18^a Reunión de la Sociedad Española
de Urgencias de Pediatría

Granada
2013

 **SEUP**
Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Palacio de Congresos y Exposiciones de Granada

25 al 27 de abril

INTERACCIÓN ENTRE EL NIÑO Y LA FAMILIA

Paco Martínez Arasa

Hospital de Sant Pau. Barcelona

Concepto de Interacción

- **Acción recíproca entre dos o más personas**

Familia

- **Elemento natural**
- **Universal**
- **Fundamental de la
Sociedad**

Lazos Familiares

- Vínculos de afinidad
- Vínculos de consanguinidad

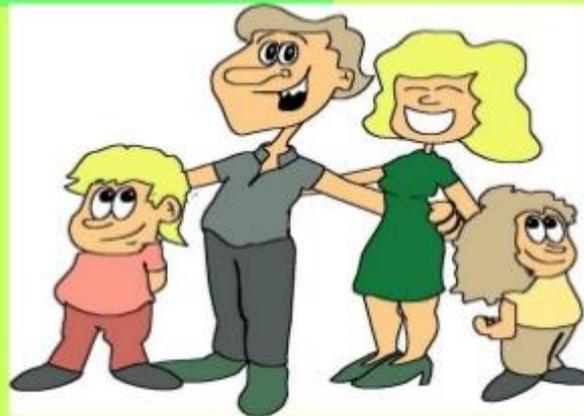
Formas de vida familiar

- Factores sociales
- Factores culturales
- Factores económicos
- Factores afectivos

Tipos de familia

TIPOS DE FAMILIAS:

- **FAMILIA NUCLEAR O ELEMENTAL:** unidad familiar básica que se compone de padres, madres e hijos. →
- **FAMILIA EXTENSA O CONSANGUÍNEA:** se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos → de sangre.



- **FAMILIA MONOPARENTAL:**
se constituye por uno de los padres y sus hijos.



- **FAMILIA SINGULARIZADA:**
integrada por una pareja heterosexual que ha tomado la decisión de no tener hijos.



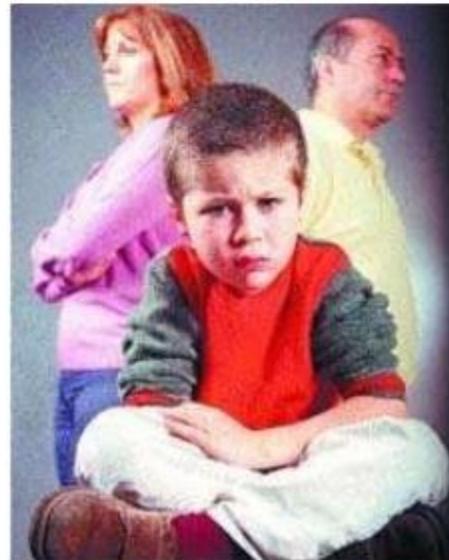
- **FAMILIA DE MADRE SOLTERA:**

familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as.



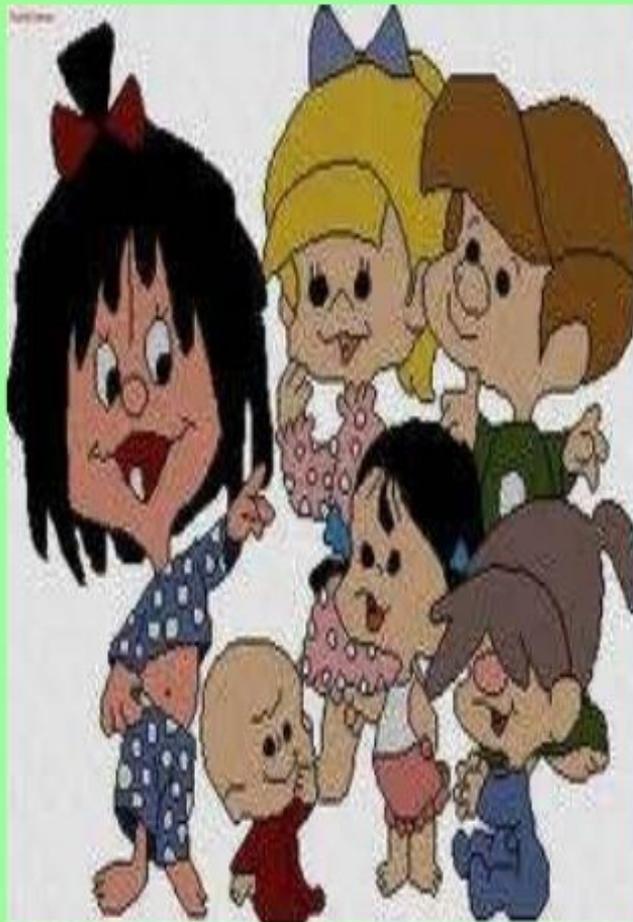
- **FAMILIA DE PADRES SEPARADOS:**

los padres, por los motivos que sean deciden no vivir juntos.



- **FAMILIA SIMULTÁNEA:**

conformada por parejas que han tenido uniones anteriores que han concluido en ruptura. A esta familia un cónyuge aporta hijos de uniones anteriores. Se dividen en simple padrastral (cuando es la mujer la que aporta hijos) o simple madrastral (a la inversa de la anterior).



- **FAMILIA COMPUESTA:** conformada por parejas que han tenido uniones anteriores rotas y aportan hijos a la nueva unión. Las de tipo mixto. Además de aportar cada cónyugue hijos a la nueva unión, tienen hijos en común.



La interacción : 3 niveles

- **No verbal** (sensorial o gestual)
- **Emocional** (amor/desamor. Aceptación/rechazo)
- **Intelectual o verbal** (o racional de los sentimientos, ideas juicios o valoraciones)

¿Cómo influye la interacción familiar en la formación de la personalidad infantil?

- Seguridad física
- Seguridad psicológica
- Seguridad afectiva

- La seguridad básica establece los fundamentos de una personalidad sana

¿Qué aspectos se desarrollan en virtud de la influencia de la familia?

- **El lenguaje** (herramienta que permite la comunicación. El niño adquiere recursos para enfrentarse a la vida)
- **Los hábitos** (repetición de ciertos actos para actuar siempre en el mismo sentido)

Valores familiares

- Pertenencia
- Flexibilidad
- Respeto
- Honestidad
- Perdón
- Generosidad
- Comunicación



- La relación con la familia es mediadora entre el profesional y el paciente y por lo tanto tiene consecuencias en el diagnóstico, tto, prevención y cuidados.
- Importe construir alianzas con la familia.



Jean-Honoré Fragonard - Visita a la enfermera

Caso 1. “Fibrosis quística con orden de NR

- Nos llega al SU niña de 7 años con fibrosis quística, mediante SEM, el que ha sido alertado por la abuela de la niña .Al ingreso la niña está en asistolia, con ventilación mecánica y no responde. Los servicios pre hospitalarios la recogieron del domicilio en asistolia, cianótica y sin respuesta a estímulos. Lograron revertir el cuadro pero durante el traslado se ha parado varias veces. La niña es acompañada por la abuela.
- En ese momento llega la madre de la niña al SU y confirma que ella no desea que su hija sea reanimada. Le entrega una orden de No Reanimar firmada y le dice que la niña tiene fibrosis quística y estaba en fase “terminal”, pero no esperaba que muriera hoy y el Pediatra de guardia apoya la decisión de no iniciar tratamiento .

Intervenciones

- **Facilite apoyo psicosocial y asistencia para el duelo.**
- **Decir a los padres que la niña está muerta, evitando frases : “La niña ha pasado a mejor vida” o “su bebe se ha ido”. Hayque dejar claro que ningún tratamiento médico podría revivir a la niña.**
- **Comunicarse con empatía y reconozca la perdida a la familia, sin lamentar decir : “Lo siento mucho”.**

Intervenciones

- **Utilice el nombre de la niña y úselo. Al llamarla por el nombre la reconocemos como persona, no simplemente como un paciente o un cuerpo sin vida. Usar el tiempo presente al referirse a ella, recordando que sus padres aún no han tomado consciencia de su muerte.**
- **Intentar tomar antecedentes breves, determinando la secuencia de los acontecimientos.**

Intervenciones

- **Hacer saber a los padres que las necesidades de su familia son su prioridad ahora.**
- **Sentarse cuando se hable con los padres. Hablar calma y evita cualquier comentario que pueda ser malinterpretado como un reproche.**
- **Preguntar si necesitan que llamemos a alguien para que les acompañe.**
- **Permitamos que los padres puedan abrazar a su hija. Es su oportunidad de despedirse.**



¿Qué es lo realmente importante?

- La muerte de un niño en el SU requiere aptitudes de comunicación expertas.
- Expresar empatía, reconociendo al niño como individuo especial y permitiendo que los padres elaboren el duelo es el único tratamiento que debemos ofrecer.
- Una muerte está cargada de emociones tanto para nosotros como para la familia.

- Las palabras que usemos con ellos pueden ser recordadas durante años.
- El fracaso de una reanimación nos puede conducir a dudar de nosotros y de nuestra capacidad profesional.
- La muerte de un niño con edad similar a nuestros hijos pueden desencadenar sentimientos de ansiedad y vulnerabilidad.

- El conocimiento sobre la interacción familiar constituye un importante aspecto a tener en cuenta sobre nuestra práctica clínica.

¡Gracias!



Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido

OMS 2012

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido

Cuidados inmediatos tras el nacimiento

1. En recién nacidos a término o pretérmino que no requieran ventilación por presión positiva, el cordón no debe pinzarse antes del minuto de vida.

Cuando se requiere ventilación por presión positiva, el cordón debe ser pinzado y cortado para permitir una ventilación efectiva.

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



2. Recién Nacidos que no respiren de forma espontánea tras haber sido secados deben ser estimulados frotándoles la espalda de 2-3 veces antes de pinzar el cordón e iniciar la ventilación por presión positiva.

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido

3. En neonatos nacidos con líquido amniótico claro y empiezan a respirar de forma espontánea no debe succionarse ni la nariz ni la boca.

Sólo se hará si el neonato no empieza la respiración de forma espontánea tras el secado y frotado de las espaldas y la boca o nariz está llena de secreciones.

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido

4. En la presencia de meconio, la aspiración de la boca y nariz no se recomiendan debido a la baja evidencia de beneficios o daños en el resultado final y el riesgo potencial envuelto.

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



5. En neonatos con líquido amniótico meconial que empiezan a respirar de forma espontánea no se debe realizar la succión traqueal, ni en boca ni nariz.

Si no empiezan a respirar espontáneamente se deberá aspirar tráquea, boca y nariz antes de iniciar la ventilación.

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



6. En situaciones donde el equipo mecánico que genera presión negativa para aspirar no estuviera disponible y el neonato necesitara ser aspirado, se utilizaría una pera de succión de un solo uso.

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido

7. En neonatos que no han comenzado la respiración espontánea a pesar de haber sido estimulados y secados se deberá proceder al inicio de la ventilación por presión positiva después de un un minuto.

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido
Ventilación por presión positiva

8. En neonatos o prematuros de más de 32/40 la ventilación por presión positiva deberá ser comenzada con aire.

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido

9. En recién nacidos que requieran ventilación por presión positiva, ésta se realizará utilizando una mascarilla y bolsa de autoinflado.

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



10. En recién nacidos que requieran ventilación por presión positiva, ésta debe ser iniciada utilizando mascarilla.

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



11. En neonatos que requieran la ventilación por presión positiva, se deberá asesorar la adecuada ventilación midiendo la frecuencia cardíaca después de 60 s de ventilación con movimientos en el pecho.

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



12. En neonatos que no empiezan la respiración espontánea entre el primer minuto de vida, la prioridad se dará a aportar una adecuada ventilación antes que a las compresiones.

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



13. En neonatos que sin respiración espontánea y que no se detecte frecuencia cardíaca después de 10 minutos de ventilación eficaz, la reanimación deberá ser parada.

En neonatos que continúan con una frecuencia cardíaca menor a 60 lpm sin respiración espontánea después de 20 min de reanimación, ésta se deberá detener.

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido

Dudas y preguntas.



Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido

Muchísimas gracias por vuestro
tiempo!

Lirios Tudela Botí
Matrona

Guía de Reanimación Básica en el Recién Nacido



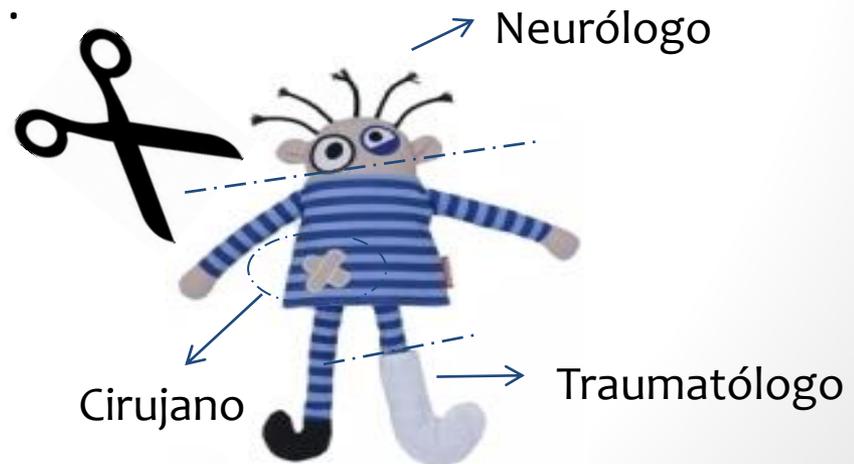
CUIDADOS ENFERMEROS EN EL NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES Y SU FAMILIA EN URGENCIAS

Vanessa Sánchez Longares. DUE Servicio Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.



NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES (NCNE)

“ Padecen o tienen un alto riesgo de padecer un trastorno físico, del desarrollo, del comportamiento o estado emocional crónico y que además requieren atención médica y de servicios cualitativa o cuantitativamente distinta de la que necesitan los niños en general ”.



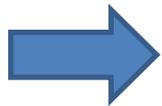
AVANCES MÉDICO-QUIRÚRGICOS/CUIDADOS/ALTA TECNIFICACIÓN



PATOLOGÍA CRÓNICA



SUPERVIVENCIA



DEPENDENCIA DE LA
TECNOLOGÍA



PREVALENCIA

Al menos 10 de cada 10.000 niños de entre 0 y 19 años sufren enfermedades que limitan o amenazan su vida.

➔ ENFERMEDADES RARAS

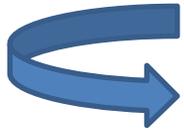
➔ PLURIPATOLOGÍA

➔ CARACTERÍSTICAS ESPECIALES

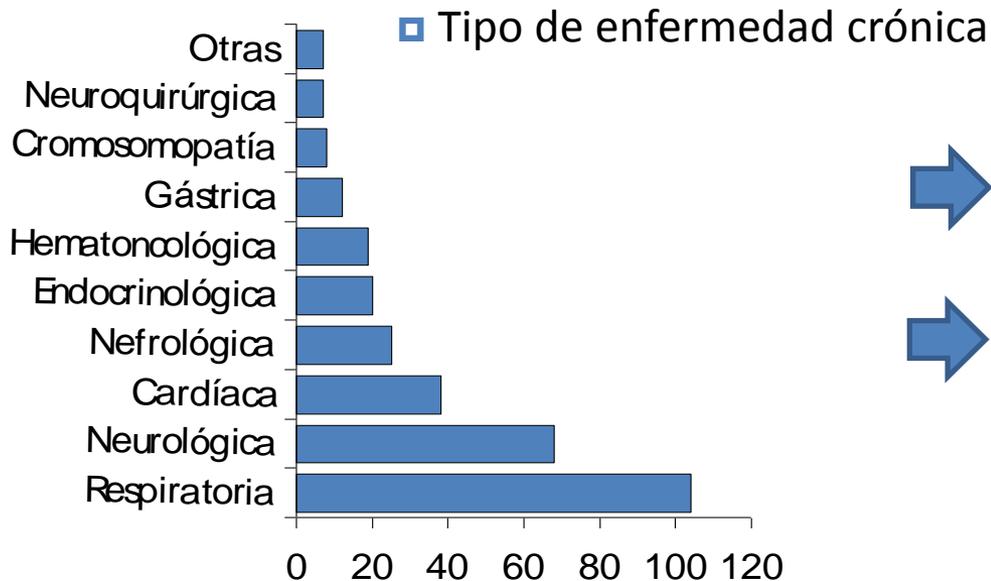
FAMILIA

HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU, 2010

278 CASOS (265 pacientes) de 2826 episodios de urgencias



PREVALENCIA 9.8% (IC95% 8.8-10.9%)

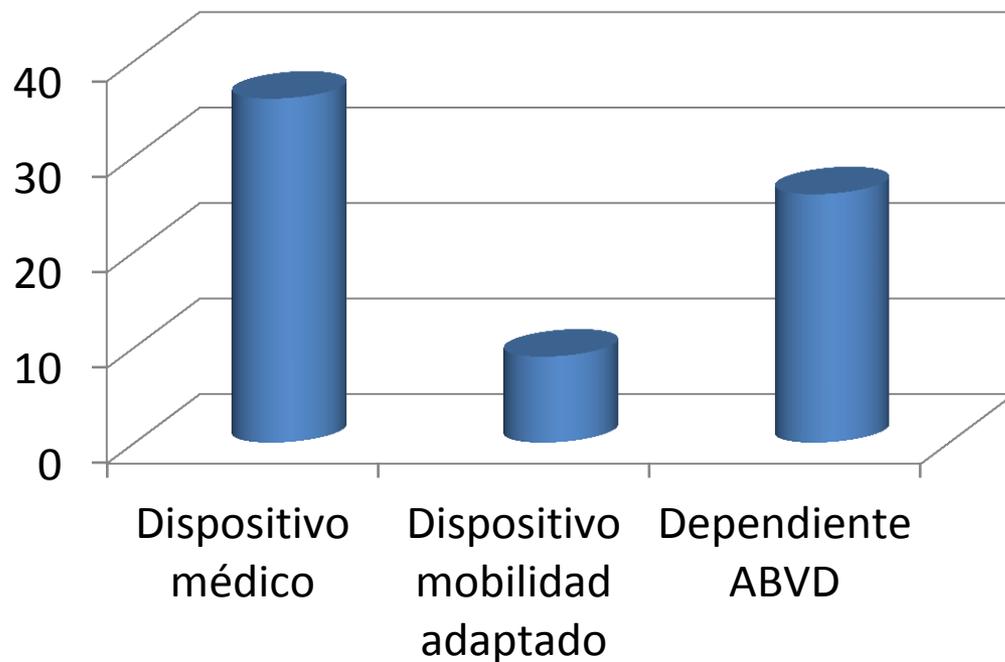


18.2% pluripatología



28.8% de los diagnósticos
estaban relacionados con su
enfermedad crónica.

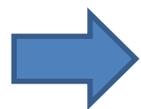
REVISIÓN DEL ESTUDIO



36 (13,5%) DEPENDENCIA TECNOLÓGICA

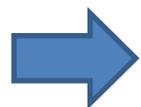
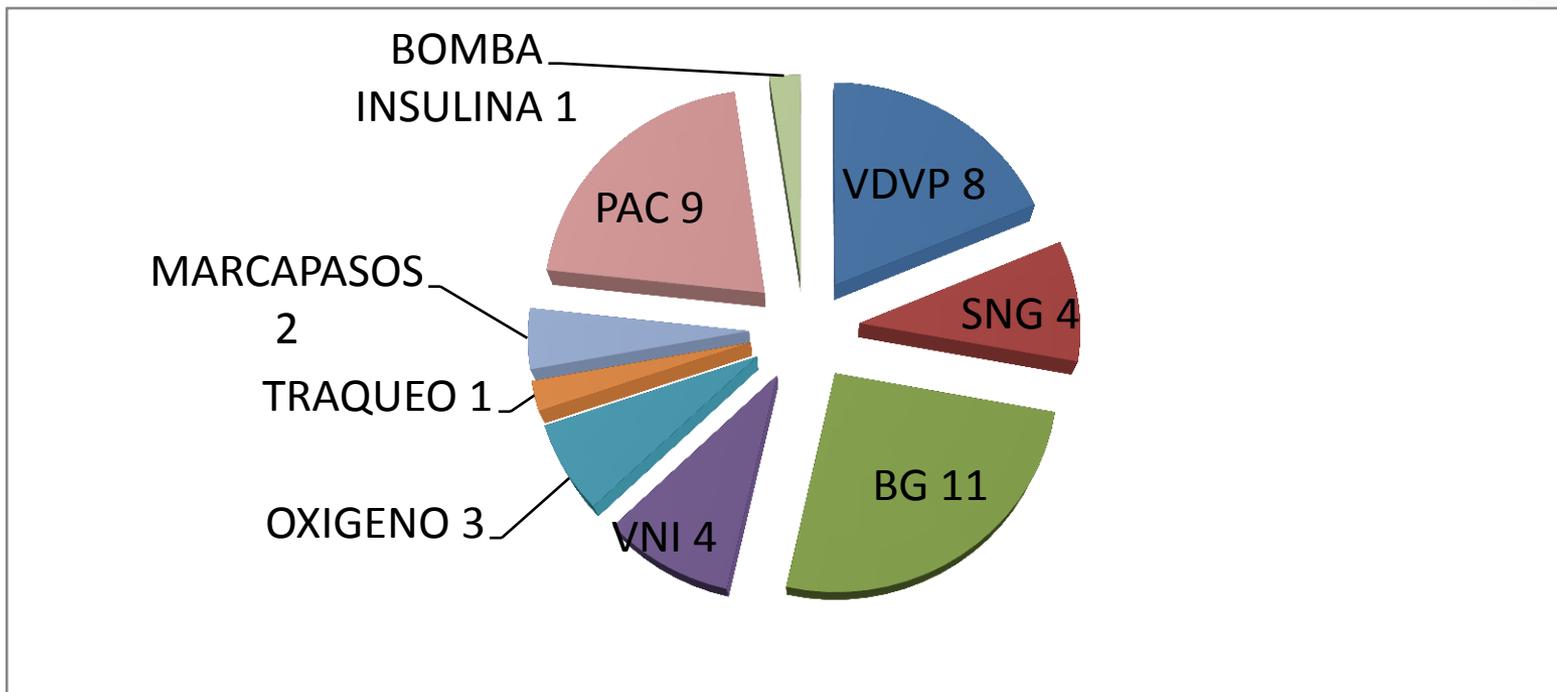
9 (3,3%) DISPOSITIVO MOVILIDAD ADAPTADO

26 (9,8%) TOTALMENTE DEPENDIENTES PARA ABVD



55,5 % SEGUIMIENTO POR 3 O MÁS ESPECIALISTAS

INTRAHOSPITALARIOS



25 (9,43%) DISPOSITIVO MANIPULACIÓN EXTERNA

REALIDAD

- ➔ NÚMERO IMPORTANTE DE LAS VISITAS DE URGENCIAS
- ➔ MOTIVOS COMPLEJOS DE NATURALEZA MUY VARIADA
- ➔ DELICADO EQUILIBRIO FISIOLÓGICO
- ➔ VARIEDAD DE DISPOSITIVOS MÉDICOS



VALORACIÓN Y CUIDADOS
ESPECÍFICOS

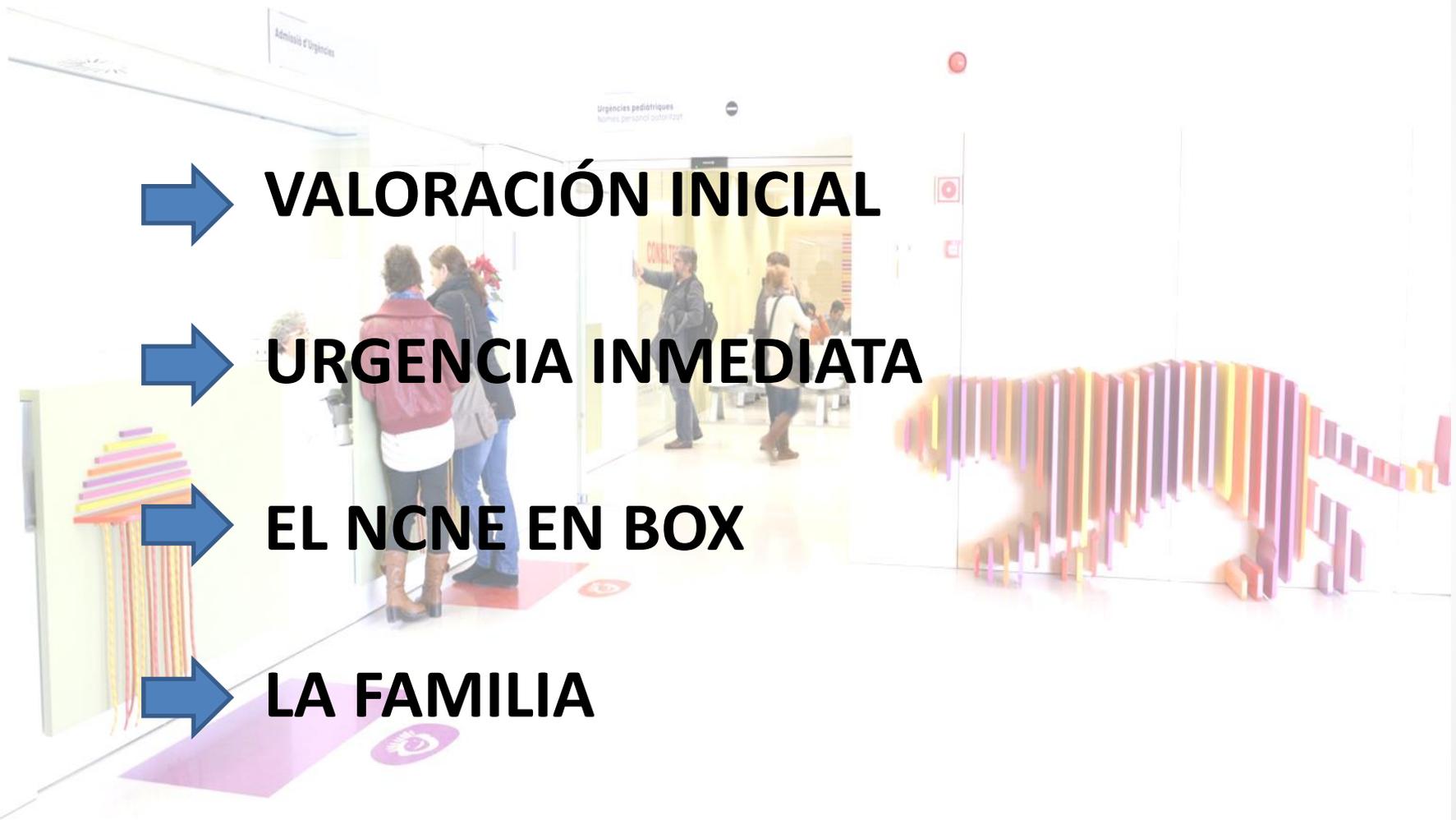
EL PASO POR URGENCIAS

➔ **VALORACIÓN INICIAL**

➔ **URGENCIA INMEDIATA**

➔ **EL NCNE EN BOX**

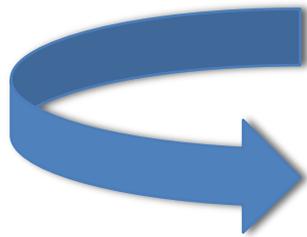
➔ **LA FAMILIA**



VALORACIÓN INICIAL DEL NCNE

➔ PUEDE PRECISAR MAYOR TIEMPO DE TRIAJE

➔ IDENTIFICAR SITUACIONES DE URGENCIA INMEDIATA

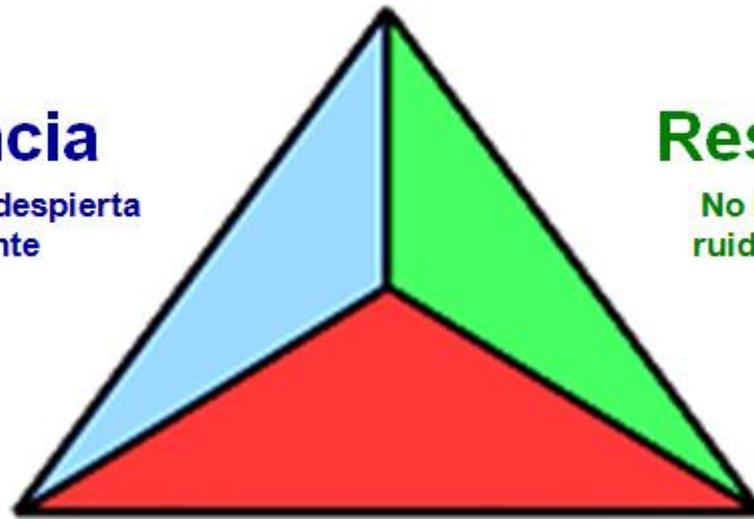


PATOLOGÍA DE BASE

DISPOSITIVO

TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA

Apariencia
Dormida pero se despierta
fácilmente



Respiración
No hay esfuerzo ni
ruidos respiratorios

Circulación
Piel sonrosada

TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA EN NCNE



FAMILIA/CUIDADOR
PRINCIPAL



URGENCIA INMEDIATA

2 SITUACIONES:

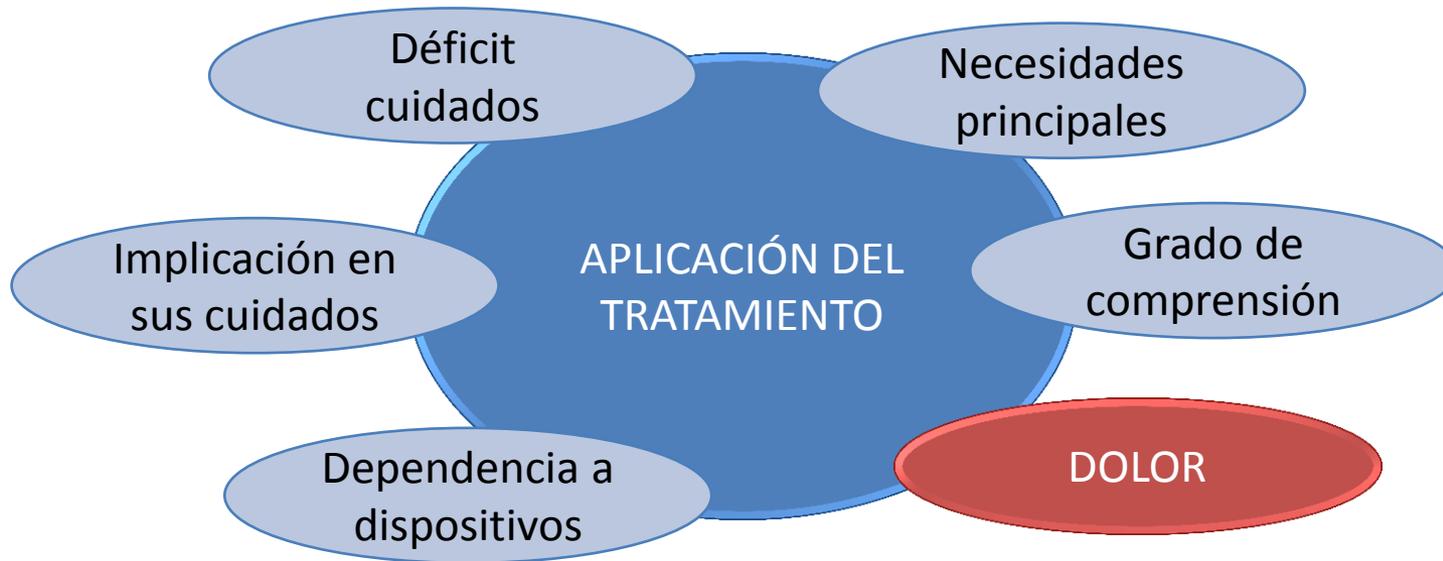
SERVICIO EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

LLEGADA AL SERVICIO SIN PREVIO AVISO

- ➔ INFORMACIÓN FAMILIA
- ➔ VALORACIÓN SEGÚN EDAD MADURATIVA
- ➔ CENTRAR LA ATENCIÓN EN EL PACIENTE (NO EN LOS DISPOSITIVOS)
- ➔ LIMITACIONES SEGÚN PATOLOGÍA DE BASE

ABCDE = TODOS PACIENTES

NCNE EN BOX



VALORACIÓN
INDIRECTA
FAMILIA

FAMILIA



SER OBJETIVO → CADA FAMILIA ES ÚNICA

SITUACIONES DE RIESGO/DISFUNCIÓN FAMILIAR

ASUMEN IMPORTANTES RESPONSABILIDADES

CONOCIMIENTO DE LA PATOLOGÍA

URGENCIAS: PERSONAL DESCONOCIDO

BUENA COMUNICACIÓN

EXPERIENCIA DEL CUIDADOR



ENFERMERÍA

ATENCIÓN POR PROCESOS ENFERMEROS

FORMACIÓN

CONOCIMIENTO RECURSOS



RECURSOS

➔ SISTEMA INFORMÁTICO DE HISTORIA CLÍNICA



The image shows the cover of a brochure for the PRINCEP program. At the top right is the logo for 'Sant Joan de Déu' with the text 'HOSPITAL MATERNOINFANTIL UNIVERSITAT DE BARCELONA'. The main title is 'Programa PRINCEP' in red, followed by 'Programa de Resposta Integral als Nens amb malaltia Crònica i Elevada de Dependència'. Below the text is a colorful illustration of a child with wings flying over a landscape. At the bottom, it says 'Novembre 2012'.

Sant Joan de Déu
HOSPITAL MATERNOINFANTIL
UNIVERSITAT DE BARCELONA

Programa PRINCEP
Programa de Resposta
Integral als Nens amb
malaltia Crònica i Elevada
de Dependència

Novembre 2012

➔ PTI (Plan Terapèutic Individual)



VISIÓN HOLÍSTICA



ASEGURAR
CONTINUIDAD
CUIDADOS

ATENCIÓN
INTEGRAL

GRACIAS

