



Urgencias metabólicas

19ª Reunión de la SEUP

Dra. Raquel Corripio Collado

Dr. Jacobo Pérez Sánchez

Unidad Endocrinología Pediátrica. Servicio de Pediatría.

Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí.

Profesora Asociada de Pediatría de UAB

Bellaterra 3 y 4 de abril de 2014

Índice

1. Hipoglucemia
2. Hiperglucemia
3. Enfermedad intercurrente en diabético
4. Nueva tecnología en diabetes

Caso clínico 1

- Paciente varón de 14 meses que acude a urgencias por deterioro del sensorio.
- La glucemia capilar es LOW
- Primera pregunta que se hacen

Caso 1

- El paciente NO es diabético
- Antecedentes familiares: no relevantes
- Gestación, período neonatal normal
- ¿Qué datos de la historia le interesan?
- ¿Cuál es la actitud inicial?
- ¿Qué información de la exploración física es relevante?

Caso 1

- ¿Qué dato analítico escogería como el inicial más relevante?
- En presencia de cetosis, ¿sería útil el uso de glucagón para remontar la hipoglucemia?
- ¿Qué muestras habría que procesar para filiar la hipoglucemia?

Estudio a realizar en hipoglucemia no filiada (< 40 mg/dL)

Neonatos

Sangre: (4 cc con EDTA):

Glucemia, cortisol, insulina, GH, β -OH butírico, AGLP

Orina: (guardar orina **4h posthipoglucemia** para mirar cuerpos cetónicos)

Ácidos orgánicos, aminoácidos

Otras edades

Sangre: (10 cc con EDTA y 10 cc sin aditivos):

Glucemia, insulina, ACTH, cortisol, GH, AGLP, β -OH butírico, alanina

Orina: (guardar orina 4h posthipoglucemia para mirar cuerpos cetónicos)

Ácidos orgánicos, aminoácidos

Etiología de hipoglucemia por orden de frecuencia

1^a- **Hipoglucemia "cetósica"**

2^a- Hiperinsulinismo

3^a- Déficit ACTH y/o cortisol

4^a- Glucogenosis

5^a- Hepatopatías, intoxicaciones

6^a- Otras metabolopatías

- Alteraciones β -oxidación
- Alteraciones neoglucogénesis

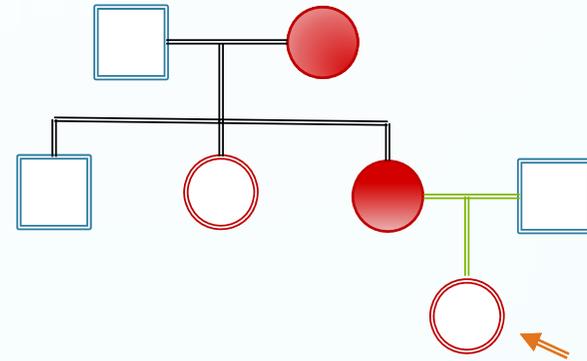
Caso clínico 2

Niña de 10 años derivada por el pediatra por glucemia capilar al azar de 207 mg/dl. Sospecha de debut diabético.

Hiperglucemia

G = 207 mg/dl

- Antecedentes familiares
Diabetes mellitus tipo 2
- Antecedentes personales
 - Nada a destacar
- Enfermedad actual
 - Glucosuria detectada en sde. miccional
 - Control de glicemia capilar
 - No poliuria, no polidipsia, no pérdida de peso



Hipergluceemia

- ¿Es un debut diabético?

Table 2—Criteria for the diagnosis of diabetes

A1C $\geq 6.5\%$. The test should be performed in a laboratory using a method that is NGSP certified and standardized to the DCCT assay.*

OR

FPG ≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L). Fasting is defined as no caloric intake for at least 8 h.*

OR

Two-hour PG ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) during an OGTT. The test should be performed as described by the WHO, using a glucose load containing the equivalent of 75 g anhydrous glucose dissolved in water.*

OR

In a patient with classic symptoms of hyperglycemia or hyperglycemic crisis, a random plasma glucose ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L).

*In the absence of unequivocal hyperglycemia, result should be confirmed by repeat testing.

Hiperglucemia

- ¿Es un debut diabético?

Confirmación:

- FPG: Analítica en ayunas
- HbA1c: Analítica rutina
- 2h OGGT: Test de tolerancia oral a la glucosa

Comprobar! Analítica: glucosa, HbA1c, EAB,
iones...

Hiperglucemia

Niña de 10 años... analítica:

- Glucosa: 195 mg/dl
 - EAB normal, ionograma normal.
 - HbA1c: 8%
-
- OD: Diabetes Mellitus?
 - Ingreso?
 - Derivación urgente a Endocrinología, analítica en ayunas.

Hiperglucemia

Situación 2: Glucemia al límite: PREDIABETES

Table 3—Categories of increased risk for diabetes (prediabetes)*	
FPG 100 mg/dL (5.6 mmol/L) to 125 mg/dL (6.9 mmol/L) (IFG)	
OR	
2-h PG in the 75-g OGTT 140 mg/dL (7.8 mmol/L) to 199 mg/dL (11.0 mmol/L) (IGT)	
OR	
A1C 5.7–6.4%	
<hr/>	
*For all three tests, risk is continuous, extending below the lower limit of the range and becoming disproportionately greater at higher ends of the range.	

- Derivación no urgente para ampliar estudio

Hiperglucemia

Situación 3: Si la paciente tiene FIEBRE

- HIPERGLUCEMIA DE ESTRÉS

Hiperglucemia

Hiperglucemia de Estrés

- **Saz**. Stress hyperglycemia in febrile children: relationship to prediabetes. Minerva Endocrinol. 2011. **22 pacientes**.
- **Weiss**. Extreme stress hyperglycemia during acute illness in a pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care. 2010. **72 pacientes**.
- **Gupta**. Transient hyperglycemia in acute childhood illnesses: to attend or ignore?. Indian J Pediatr. 1997. **36 pacientes**.
- **Bhisitkul**. Prediabetic markers in children with stress hyperglycemia. Arch Pediatr Adolesc Med. 1996. **30 pacientes**.
- **Bhisitkul**. Prevalence of stress hyperglycemia among patients attending a pediatric emergency department. J Pediatr. 1994. **35 pacientes**.

Ninguno desarrolló diabetes...

Hiperglucemia

Hiperglucemia de Estrés

- **Herskowitz-Dumont** . Distinction between transient hyperglycemia and early insulin-dependent diabetes mellitus in childhood: a prospective study of incidence and prognostic factors. J Pediatr. 1993 Sep; 123(3):347-54.

- 63 niños
- Mayor prevalencia de diabetes en hiperglucemias detectadas en la ausencia de enfermedad importante.

Hiperglucemia

Hiperglucemia de Estrés

- HbA1c?

Stress Hyperglycemia: A Sign of Familial Diabetes in Children
Tal Oron, Galia Gat-Yablonski, Liora Lazar, Moshe Phillip and Yael Gozlan
Pediatrics 2011;128:e1614; originally published online November 7, 2011;
DOI: 10.1542/peds.2010-3193

- Casos con antecedentes familiares
- Hiperglucemia persistente

Hiperglucemia

- Diabetes mellitus clínica
 - Ingreso y tratamiento
- Diabetes mellitus sin clínica
 - Estudio y tratamiento
- Hiperglucemia sin estrés
 - Completar diagnostico de manera urgente
- Prediabetes
 - Derivar para estudio

Hiperglucemia

- Hiperglucemia de estrés

Estudiar si:

- Antecedentes familiares sugerentes
- No resolución de la hiperglucemia
- Discordancia entre grado de enfermedad y hiperglucemia

Caso clínico 3

Niña de 11 años diagnosticada de DM tipo 1 hace 7 meses.

- Consulta a media tarde por dolor abdominal desde la mañana.
- Explica que sus controles habituales están entre 110 y 170 mg/dl.
- Sigue una pauta basal-bolus (Novorapid 5-4-4U + Lantus 12U a la noche).

Caso clínico 3

- Constantes:
 - Peso: 35 Kg, TA: 116/69mmHg, Temp: 36.8°C
 - Glucemia capilar 375mg/dl
 - Cetonemia: 5.6mmol/l

Caso 3

MES	DESAYUNO			COMIDA			CENA		
Día	Antes	Después	Insulina	Antes	Después	Insulina	Antes	Después	Insulina
1	145	140	5	130	135	4	130	135	4
2	105	115	5	90	100	4	150	165	4
3	125	110	5	170	160	4	105	100	4
4	130	135	5	85	98	4	135	165	4
5	165	142	5	125	110	4	160	155	4
6	170	160	5	130	135	4	170	160	4
7	90	100	5	278					

- Refiere haber desayunado un croissant de chocolate por la mañana, por ser domingo.

Caso 3



- Hiperglucemia en paciente diabético

DM e Hiperglucemia

- Sobre todo en adolescentes...
- REVISAR MEDIDOR
- La cetonemia aparece con insulinopenia prolongada en MDI...

DM e Hiperglucemia

- Tratamiento de la hiperglucemia: Insulina
- Analizar últimos controles y insulina administrada
- Valorar insulina activa

Ketones		Blood glucose				
Blood ketones mmol/l	Urine ketones	< 5.5 mmol/l < 100 mg/dl	5.5- 10 mmol/l 100-180 mg/dl	10-14 mmol/l 180-250 mg/dl	14-22 mmol/l 250-400 mg/dl	> 22 mmol/l > 400 mg/dl
< 0.6	Negative or trace	Do not give extra insulin. May need to consider mini-doses of glucagon (see Table 1 if <4mmol (70 mg/dl)	No need to worry.	Increase dose of insulin for next meal if BG is still elevated	Give extra 5% of TDD or 0.05 U/kg	Give extra 10% of TDD or 0.1 U/kg. Repeat if needed.
		Check BG and ketones again in two hours.				
0.6-0.9	Trace or small	Starvation ketones. Extra carbohydrates and fluid are needed.	Starvation ketones. Extra carbohydrates and fluid are needed.	Give extra 5% of TDD or 0.05 U/kg	Give extra 5-10% of TDD or 0.05-0.1 U/kg.	Give extra 10% of TDD or 0.1 U/kg Repeat if needed.
1.0-1.4	Small or Moderate	Starvation ketones. Extra carbohydrates and fluid are needed.	Starvation ketones. Extra carbohydrates and fluid are needed. Give ordinary bolus dose.	Extra carbohydrates and fluid are needed. Give 5-10% of TDD or 0.05-0.1 U/kg.	Give extra 10% of TDD or 0.1 U/kg	Give extra 10% of TDD or 0.1 U/kg.
1.5-2.9	Moderate or large	High levels of starvation ketones. Check BG meter. Recheck BG and ketones Extra carbohydrates and fluid are needed.	High levels of starvation ketones. Extra carbohydrates and fluid are needed. Give 5% of TDD or 0.05 U/kg. Repeat when blood glucose has risen.	Extra carbohydrates and fluid are needed. Give 10% of TDD or 0.1 U/kg.	Give extra 10-20% of TDD or 0.1 U/kg. Repeat dose after 2 hours if ketones do not decrease.	
		May need IV glucose if child cannot eat or drink. Risk of developing ketoacidosis! Check BG and ketones every hour.				
≥ 3.0	Large	Very high levels of starvation ketones. Check BG meter. Recheck BG and ketones Extra carbohydrates and fluid are needed. "	Very high levels of starvation ketones. Extra carbohydrates and fluid are needed. Give 5% of TDD or 0.05 U/kg. Repeat when blood glucose has risen. "	Extra carbohydrates and fluid are needed. Give 10% of TDD or 0.1 U/kg.	Give extra 10-20% of TDD or 0.1 U/kg. Repeat dose after 2 hours if ketones do not decrease.	
		There is an immediate risk of ketoacidosis if the blood ketone level is ≥ 3.0 mmol/l. Insulin treatment is needed urgently! Consider evaluation of patient at emergency department.				

Caso 3

- Bolos insulina rápida: mejoría de controles y cetonemia.
- 21:00 - Persiste el dolor abdominal, sigue sin querer comer...

Caso 3

- EF: abdomen doloroso, de predominio en FID, defensa localizada, Blumberg positivo...
- Valoración por cirugía, ECO abdominal, analítica...
- APENDICITIS AGUDA

DM y Cirugía

1. Alimentación: ayuno

- Ayuno corto (6-8h): no aportes de glucosa ev, no dar bolus de insulina rápida
- Ayuno prolongado: SG 5% o 10% en función de edad.
 - Si glucemia < 100mg/dl, SG10%.
 - Si glucemia > 250mg/dl: SF.

DM y Cirugía

2. Insulina:

- a) Suspender pauta habitual, pautar bomba de insulina

Glucemia	Insulina
< 150 mg/dl	0,025 UI/Kg/h
150-200 mg/dl	0,05 UI/Kg/h
200-270 mg/dl	0,075 UI/Kg/h
> 270 mg/dl	0,1 UI/Kg/h

DM y Cirugía

b) Mantener basal

- Repartir los bolus en una bomba para 24h
- Mantener glucosa entre 90 y 180 mg/dl

Total Novorapid: 13 U

-G < 150 mg/dl = 0,5 U/h

-G 150-200 mg/dl = 1 U/h

-G 200-250 mg/dl = 1,5 U/h

-G > 250 mg/dl = 2 U/h

DM y Cirugía

c) Mantener basal

- Poner bolus de rápida (máximo cada 2-4horas):
 - 5% Dosis total diaria si $G > 250\text{mg/dl}$
 - 10% Dosis total diaria si $G > 400\text{mg/dl}$

DM y Cirugía

- Inicio tolerancia
 - Parar bomba de insulina y perfusión SG 1 h después de iniciar la basal
 - Poner bolus de rápida cuando se compruebe tolerancia oral completa
 - Si tolerancia oral parcial, permitir hiperglucemia y corregir con pequeños bolos (5-10% DT)

Caso clínico 4

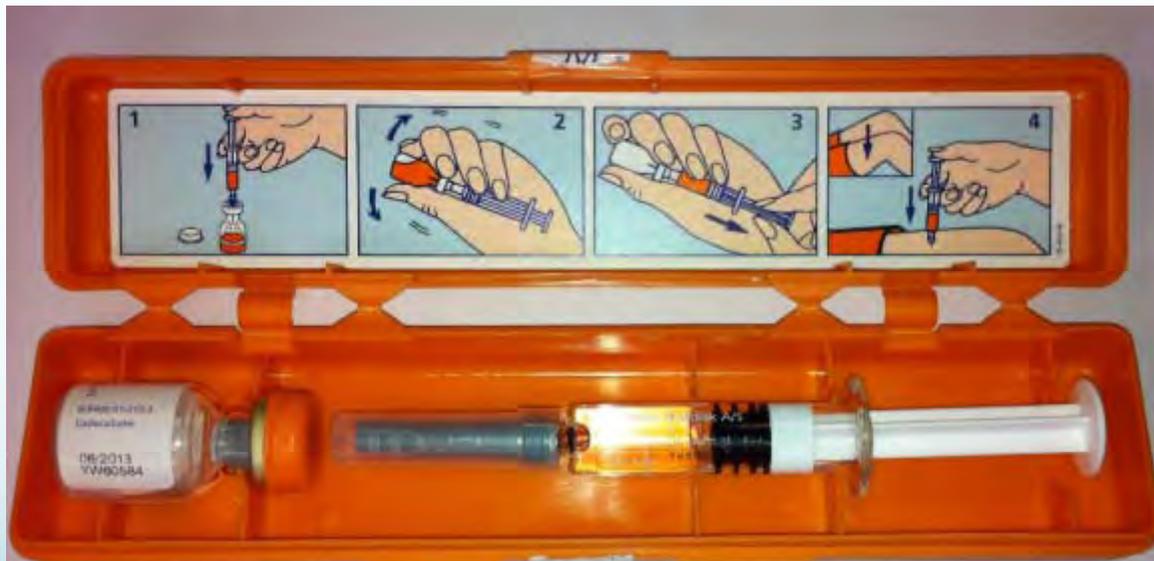
Niño de 4 años diabético desde los 2 años.

Portador de ISCI.

Se ha levantado por la mañana vomitando, no ha desayunado, no se ha puesto bolo de insulina.

G: 48mg/dl. La madre le da 80 ml de zumo, lo vomita y a los pocos minutos está a 39 mg/dl. Nos llama por teléfono desde casa.

Caso clínico 4



Caso clínico 4

- Mini dosis de Glucagón:



DM e Hipoglucemia

- Mini dosis de glucagón:
 - Dosis: 1U por año de vida (edad)
 - Mínimo 2U – máximo 15U
 - Aumento de glucemia 20-30 mg/dl durante 30-60 minutos
 - Se puede repetir una segunda dosis = hospital
 - Hay que tener una jeringa de insulina

DM y enfermedad intercurrente

- Recupera hipoglucemia (73 mg/dl)
- Acude a Hospital
- Último vómito hace una hora

DM y enfermedad intercurrente

- Pauta de insulina

hora	Basal (U/h)	Índice I:H	Raciones
0:00 -5:00	0,2		
5:00-12:00	0,4	1,6:1	4
12:00-15:00	0,3	0,8:1	3
15:00-20:00	0,5	0,5:1	1
20:00-24:00	0,2	0,8:1	3

- Dosis Total

- Basal: $0,2 \times 5 + 0,4 \times 7 + 0,3 \times 3 + 0,5 \times 5 + 0,2 \times 4 = 8U$
- Bolus: $1,6 \times 4 + 0,8 \times 3 + 0,5 + 0,8 \times 3 = 11,7U$
- DTD: **19,7U**. FSI = $1800 / 19,7 = 90\text{mg/dl}$

DM y enfermedad intercurrente

- Insulina
 - No suspender insulina basal
 - Ajustar -20 o 30% de insulina si GEA
 - Administrar bolos si hay ingesta (si no es seguro dar el bolo después)
 - Si no ingestas grandes, pero va tolerando, se puede poner bolo para corregir hiperglucemias

DM y enfermedad intercurrente

- Alimentación
 - Inicio tolerancia progresivo
 - Añadir un sobre de azúcar por cada 200 ml de SRO (2g/100ml → 6g/100ml)
 - Si no tolera: valorar vía

DM y enfermedad intercurrente

- Controles
 - Glucemia cada 1h-2h-4h... cada 20 minutos (hipo)
 - Cetonemia si persisten vómitos y glucemia elevada.

Caso clínico 5

- Paciente varón de 14 años de edad con diabetes mellitus tipo 1 de 4 años de evolución.
- HbA1c media el último año: 8,2% (VN:4-6)

Pauta insulina y dieta

	Hora	Raciones HC	Aspártica	Glargina
Desayuno	7:30	8	12	
2º desayuno	10:30	2	-	
Comida	13:30	10	11	
Merienda	17:30	4	6	
Cena	21:30	10	10 (8)	24 (20)

Controles

							MADRUGADA
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	
	130		110	60	100		
L	165	98	159		137		
	130	+pa	130	80	120		
M	183		247	301	225		
	120		110	60	100		
X	122	157	112	138	185		
	120		120 textos	80	120		
J	149	158	140	221	303	285	
	120		120	60	80		Futbol
V	159		185	139	175	156	
	120	xurras	140	90	100		
S	90*		276	285	197		
	120		110	60+	110		
D	118		137	185	195	208	

Semana del _____ al _____ de _____

Calculadora de bolos: conceptos clave

- **Bolo prandial**
 - Nivel de glicemia preprandial
 - Raciones de hidratos de carbono
 - Ratio I/HC
 - Unidades de intercambio de grasas y proteínas
- **Bolo corrector**
 - FSI
 - Remanente de insulina



Ratio Insulina/Hidrato

Nº de raciones que cubre 1 UI de insulina

Dosis de insulina calculada para bolos/nº total de raciones de CH al día

~~Regla del 500:
 500/dosis total de insulina~~

Factor de Sensibilidad a la insulina (ISI)

Cuanto desciende la glucemia con
1 UI de insulina

- Regla del 1800 :
1800/dosis total de insulina

Bolo corrector

1. Corrección hiperglucemia interprandial
2. Ajustar glucemias preprandiales

Glucemia real-glucemia objetivo/FSI

Bolo prandial

Bolo corrector

Ejercicio

Enfermedad

Estrés

Variaciones circadianas

Parámetros disponibles Accu-Chek Aviva Expert

- Bloques de tiempo
 - Objetivos de glucemia
 - Ratio I:CH
 - FSI
- Aumento tras la comida
- Tiempo de Retardo
- Tiempo de Acción
- Eventos de salud
- Alarmas y Avisos

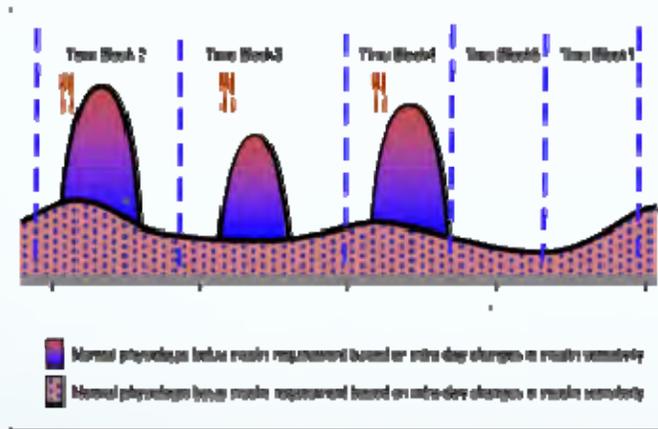


Bloques de tiempo

Permiten fijar parámetros

(Target Range, I:H, FSI)

Hasta 8 bloques de tiempo por día



Bloques de tiempo

0:00 - 5:30

Intervalo ideal
70 mg/dL - 140 mg/dL

Cancelar Guardar

Bloques de tiempo

Intervalo ideal
70 mg/dL - 140 mg/dL

Relación de carbohidratos
1 U para 10 g

Sensibilidad de insulina
1 U para 40 mg/dL

Cancelar Guardar

- La Recomendación de Bolo tiene en cuenta todos estos parámetros en cada uno de los bloques de tiempo.

Eventos de Salud

Los **Eventos de Salud** ayudan a ajustar la dosis del bolo en situaciones con requerimientos especiales de insulina.



Eventos de salud	
Ejercicio 1	-10%
Ejercicio 2	-20%
Estrés	0%
Enfermedad	20%
Premenstrual	0%

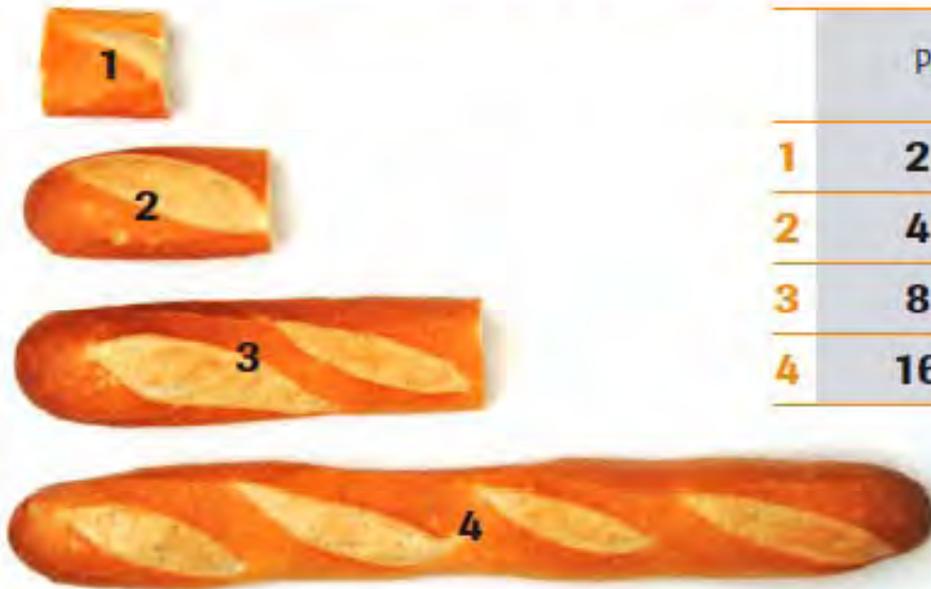
Atrás Siguiete

Permiten un porcentaje para cada evento de salud.

El porcentaje programado se suma o se resta del bolo calculado cuando se selecciona uno de los Eventos de Salud.

1 ración= 10 gramos hidrato de carbono

Bodegón pan blanco (Barra de 1/4)



	PESO	HIDRATOS DE CARBONO	RACIÓN HIDRATOS DE CARBONO
1	20 g	10 g	1 R
2	40 g	20 g	2 R
3	80 g	40 g	4 R
4	160 g	80 g	8 R

Farináceos

¿Qué configuración inicial
estableceríamos en nuestro
paciente?

Pauta insulina y dieta

	Hora	Raciones HC	Aspártica	Glargina
Desayuno	7:30	8	12	
2º desayuno	10:30	2	-	
Comida	13:30	10	11	
Merienda	17:30	4	6	
Cena	21:30	10	10 (8)	24 (20)

Controles

							MADRUGADA
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	
	130		110	60	100		
L	165	98	159		137		
	130	+pa	130	80	120		
M	183		247	301	225		
	120		110	60	100		
X	122	157	112	138	185		
	120		120 textos	80	120		
J	149	158	140	221	303	285	
	120		120	60	80		Futbol
V	159		185	139	175	156	
	120	xurros	140	90	100		
S	90*		276	285	197		
	120		110	60+	110		
D	118		137	185	195	208	

Semana del _____ al _____ de _____

Controles

	☀		🌞		🌙		MADRUGADA
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	
☺	130		110	60	100		
L	165	98	159		137		
☺	130	+pa	130	80	120		
M	183						
☺	120		110	60	100		
X	122	157	112	138	185		
☺	120		120 +textos	80	120		
J	149	158	140				
☺	120		120	60	80		Futbol
V	159		185	139	175	156	
☺	120		140	90	100		
S	90 [*]	xurros					
☺	120		110	60 ⁺	110		
D	118		137	185			

Semana del _____ al _____ de _____

Problemas

- Hiperglucemias postprandiales para preprandiales elevadas
- Variabilidad en la ingesta

Puntos esperados de mejoría

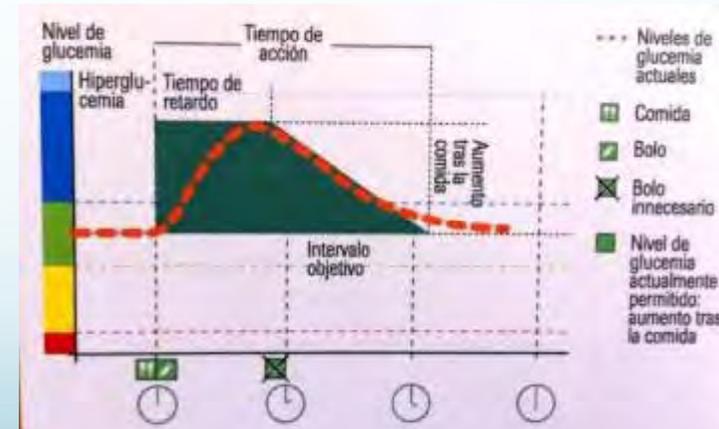
- Sensibilidad de insulina (ISI)
- Relación de Carbohidratos (I/H)

Nuestra propuesta

- Intervalos tiempo

Hora	I/H	ISI
0:00-7:00	1	30
7:00-12:00	1.5	30
12:00-16:00	1.1	30
16:00-20:00	1.5	30
20:00-0:00	1	30

- Aumento tras comida: 50mg/dl
- Aperitivo: 1.5KE
- Duración insulina: 3 horas
- Tiempo de retardo: 45 minutos
- Objetivos: 90-130mg/dL (ADA)



Problema I: ejercicio

- El paciente restaba 2U de ultrarápida cena y 4 glargina si ejercicio por la tarde pero...no siempre misma ingesta

En este caso usamos dos funciones del Expert:

-evento de salud: ejercicio -20%

-al tener en cuenta el I/H puede variar la ingesta y la máquina le propondrá la dosis que corresponda sin que lo tenga que calcular "a ojo"

Bibliografía

514

Diabetes Care Volume 37, Supplement 1, January 2014

Standards of Medical Care in
Diabetes—2014

American Diabetes Association

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2011

GLOBAL IDF/ISPAD GUIDELINE FOR
DIABETES IN **CHILDHOOD**
AND **ADOLESCENCE**



URGENCIAS ONCOHEMATOLÓGICAS



- SEHOP SERVICIO ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA HUVH
- SEUP SERVICIO URGENCIAS HUVH
- CCEE HEMATOLOGÍA NO ONCOLÓGICA VHIR

PABLO VELASCO

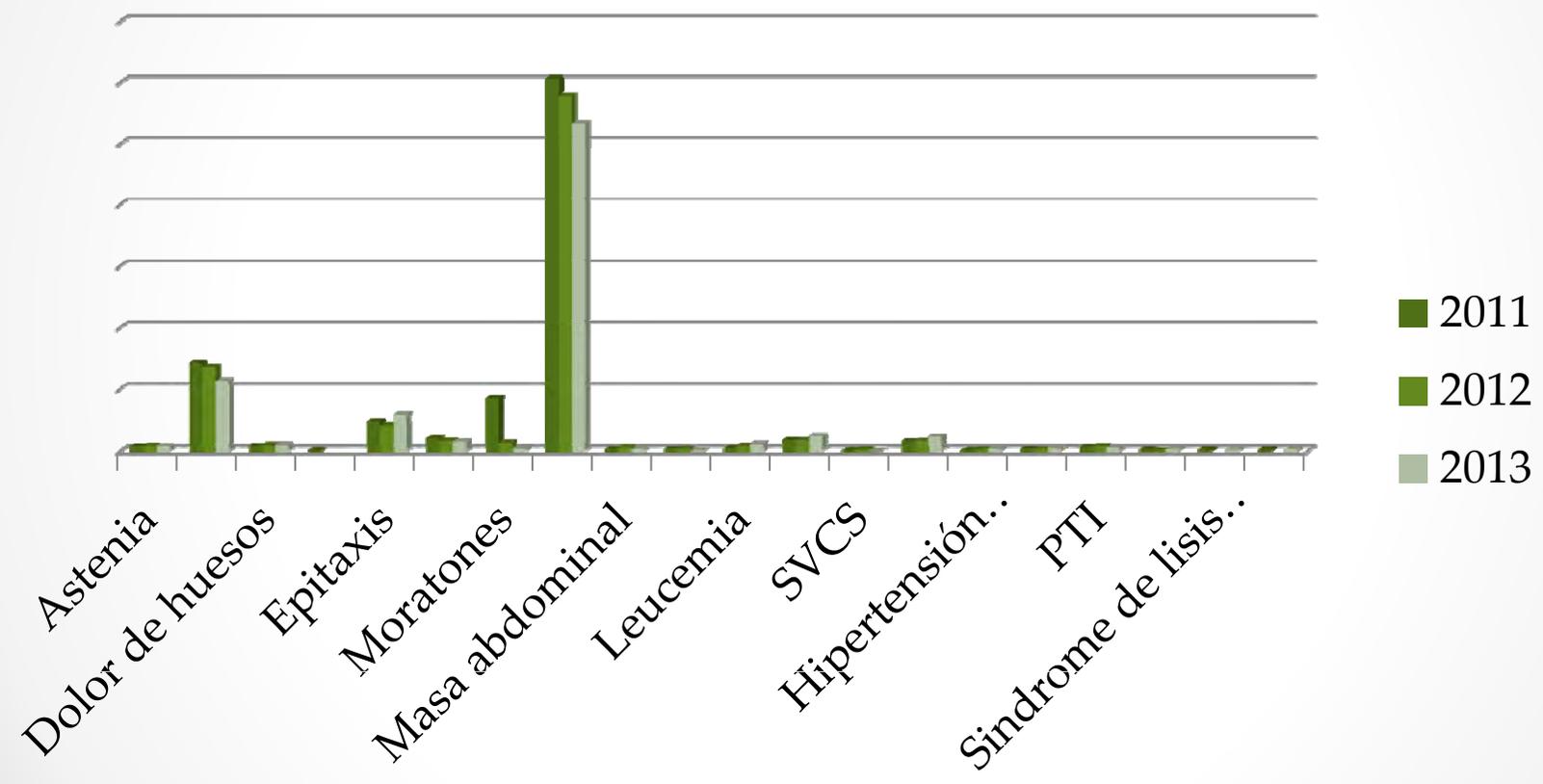
COORDINADOR DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON





EPIDEMIOLOGÍA

MOTIVOS DE CONSULTA

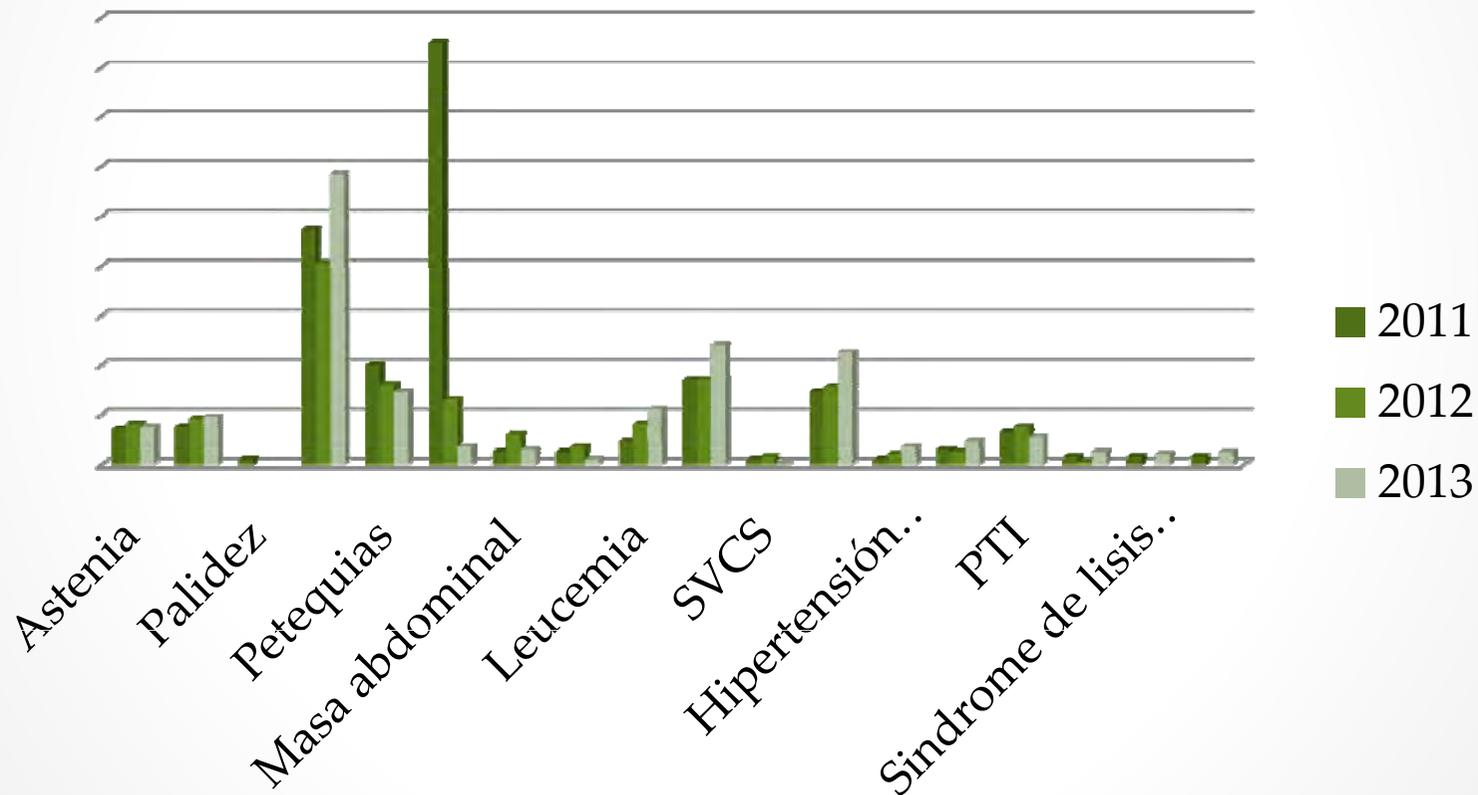




EPIDEMIOLOGÍA

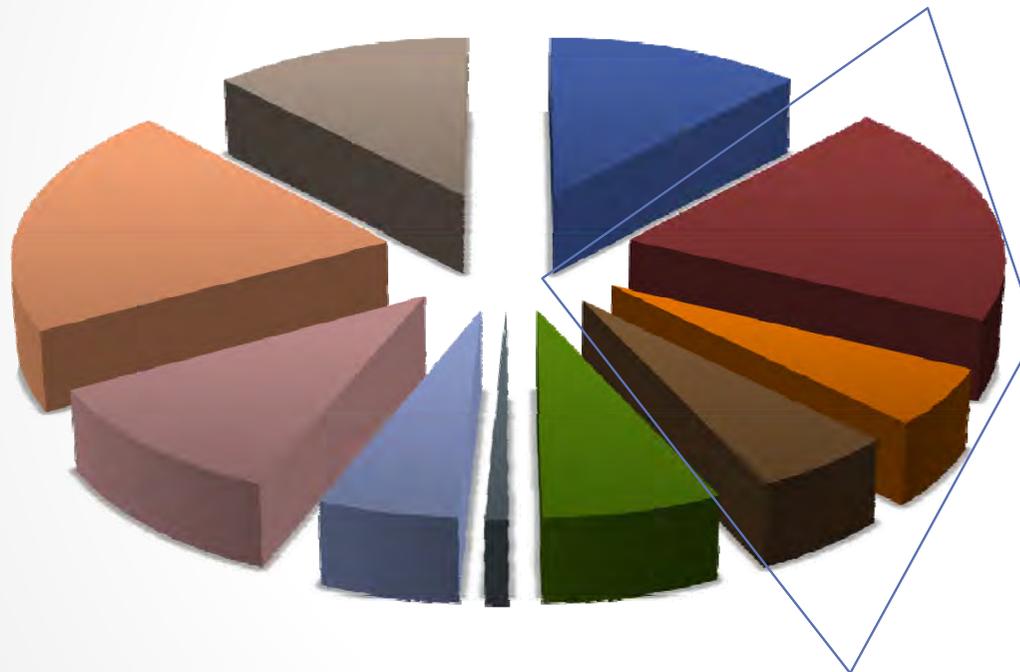
MOTIVOS DE CONSULTA

(eliminando cefalea y dolor abdominal)





EPIDEMIOLOGÍA DIAGNÓSTICO

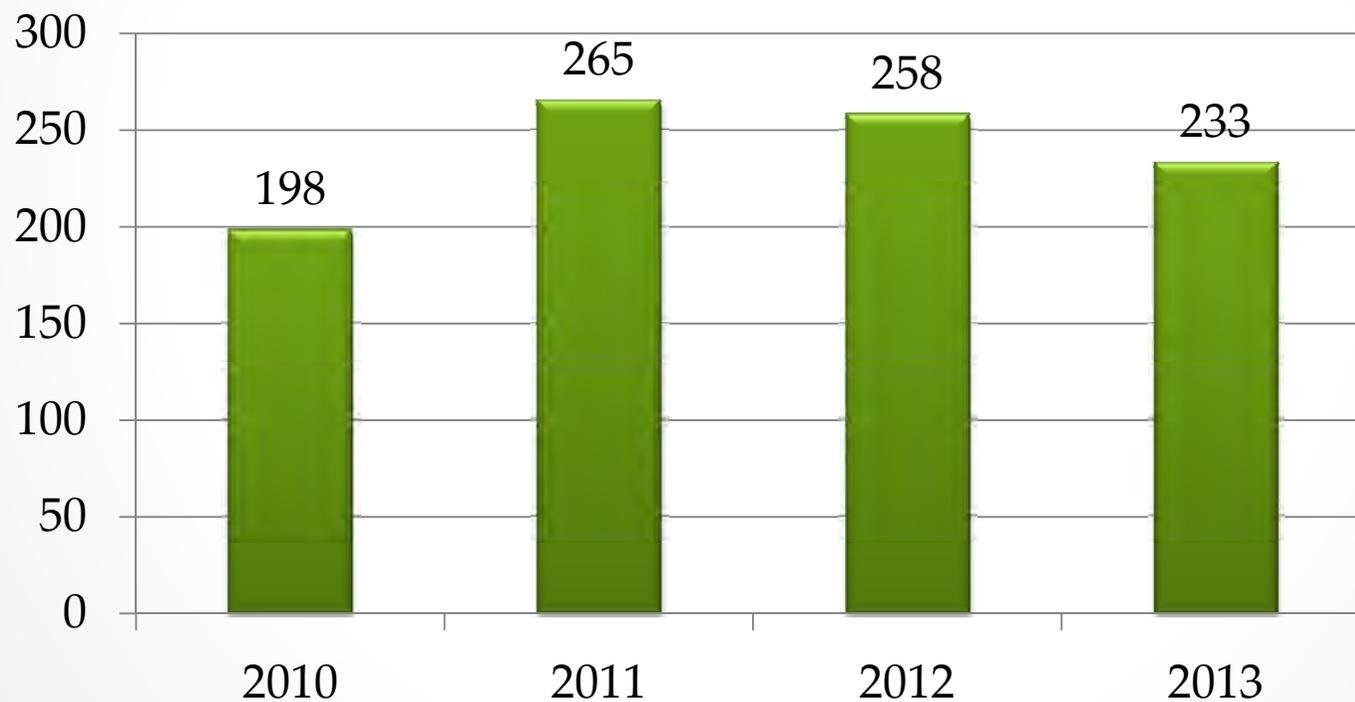


- ANEMIA
- EPISTAXIS
- EQUIMOSIS/PÚRPURA
- PLAQUETOPENIA.PTI
- NEUTROPENIA
- PANCITOPENIA
- LEUCOSIS
- TUMOR SÓLIDO
- ADENOPATIAS
- MASAS



EPIDEMIOLOGÍA

INGRESOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA DESDE URGENCIAS





CASO CLÍNICO:

PÚRPURA

SI

NO





MOTIVO DE CONSULTA

- Niña de 3 años que acude a urgencias pediátricas derivado de EAP de zona por fiebre de 3 días de evolución y exántema purpúrico de pocas horas de evolución





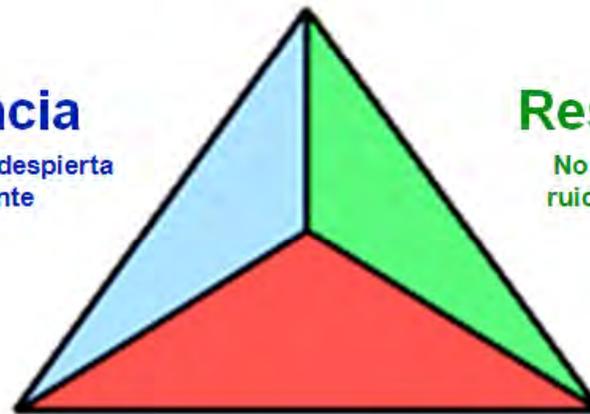
TEP

Triángulo de Evaluación Pediátrica

Gurud
Hos

Apariencia
Dormida pero se despierta
fácilmente

Respiración
No hay esfuerzo ni
ruidos respiratorios



Circulación
Piel sonrosada





ANÁMNESIS

- RNAT sin antecedentes obstétricos, perinatales ni personales de interés hasta la fecha
- Correctamente vacunada, incluido prevenir
- NAMC
- Presenta fiebre de 3 días de evolución (máx 38,5°) en contexto de vómitos y diarreas. Hermano con la misma clínica hace 1 semana. Epistaxis recurrentes desde hace 2 días. Desde hace 12 horas presenta como golpes por todo el cuerpo y la notan algo más fatigada





EXPLORACIÓN FÍSICA

- Peso 15 kg. FC 140 FR 30 TA 100/60
- Buen estado general
- Palidez mucocutánea, NH, lesiones purpúricas no palpables de distinto tamaño en EEII, espalda y torax , todas ellas de color morado
- ORL : sangre fresca en orofaringe, adenopatías laterocervicales pequeñas y rodaderas
- ACR : BEAB, sin ruidos sobreañadidos, tonos rítmicos , sin soplos
- Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias
- No meningismo, NRL normal





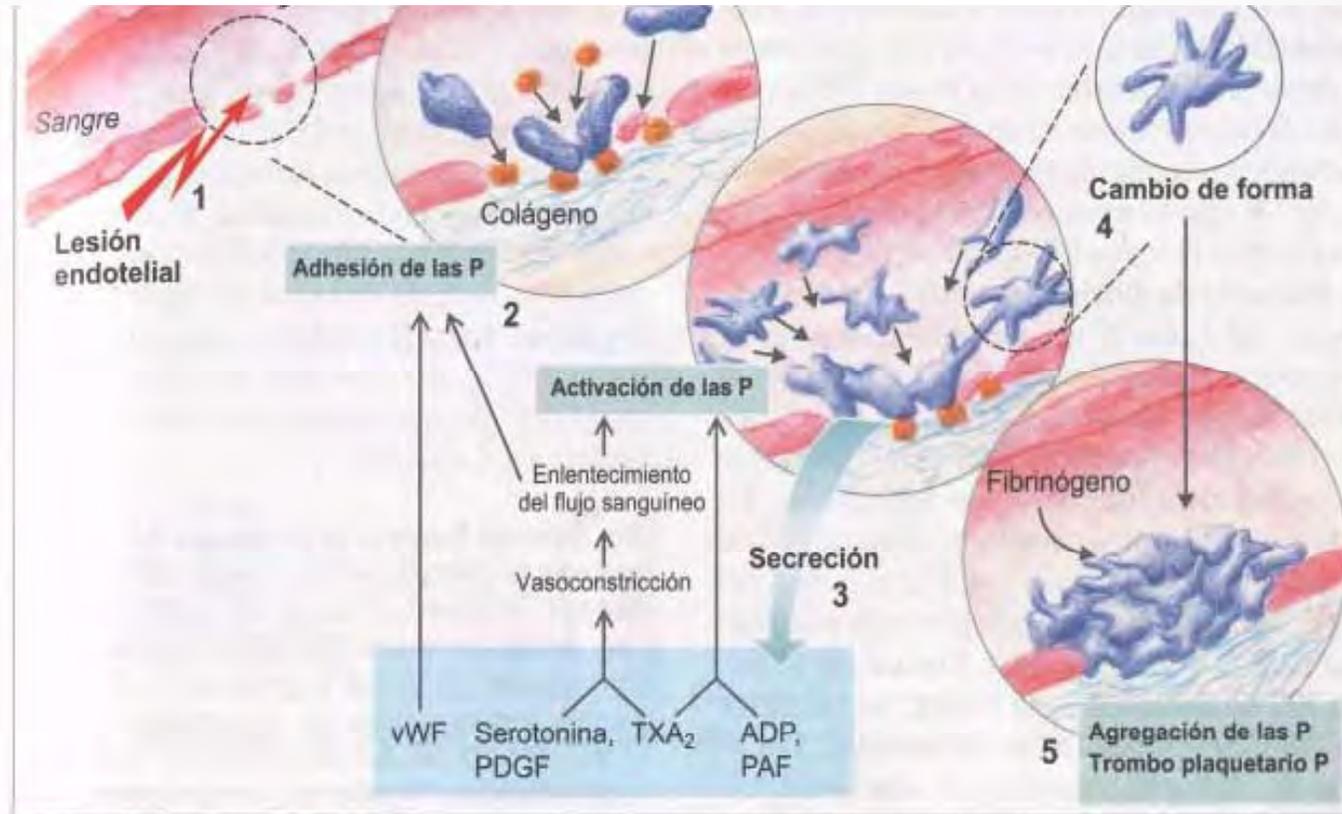
OD INICIAL



- A. ~~Púrpura de Henoch-Schönlein~~
- B. SHU
- C. P trombótica trombocitopénica
- D. PTI
- E. ~~Kawasaki~~
- F. Maltrato
- G. ~~Hemofilia~~
- H. ~~Meningococemia~~
- I. Sd Linfoproliferativo



HEMOSTASIA PRIMARIA



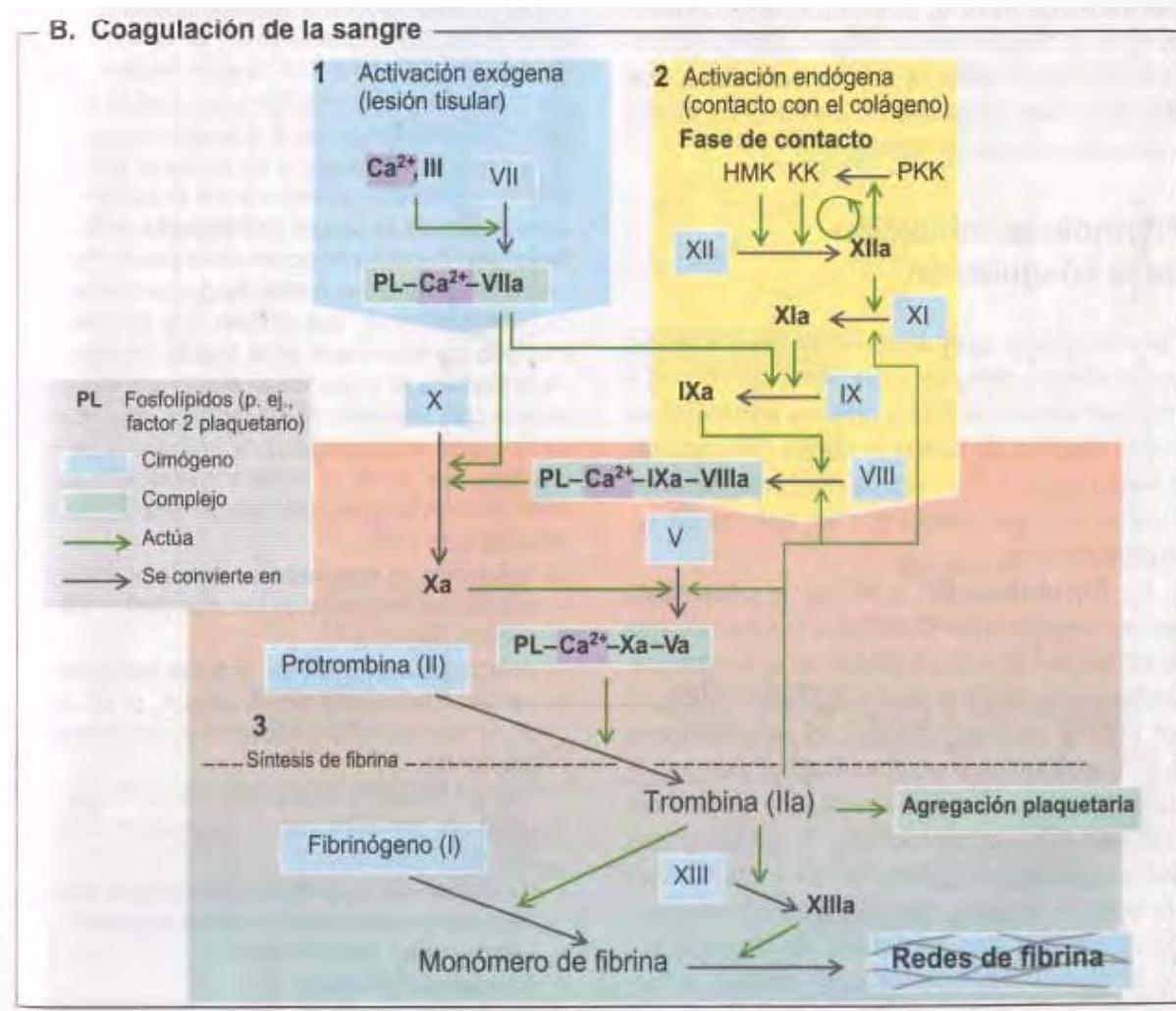
B. Coagulación de la sangre

1 Activación exógena (lesión tisular)

2 Activación endógena (contacto con el colágeno)
Fase de contacto



HEMOSTASIA SECUNDARIA





VASCULOPATÍAS

VASCULITIS

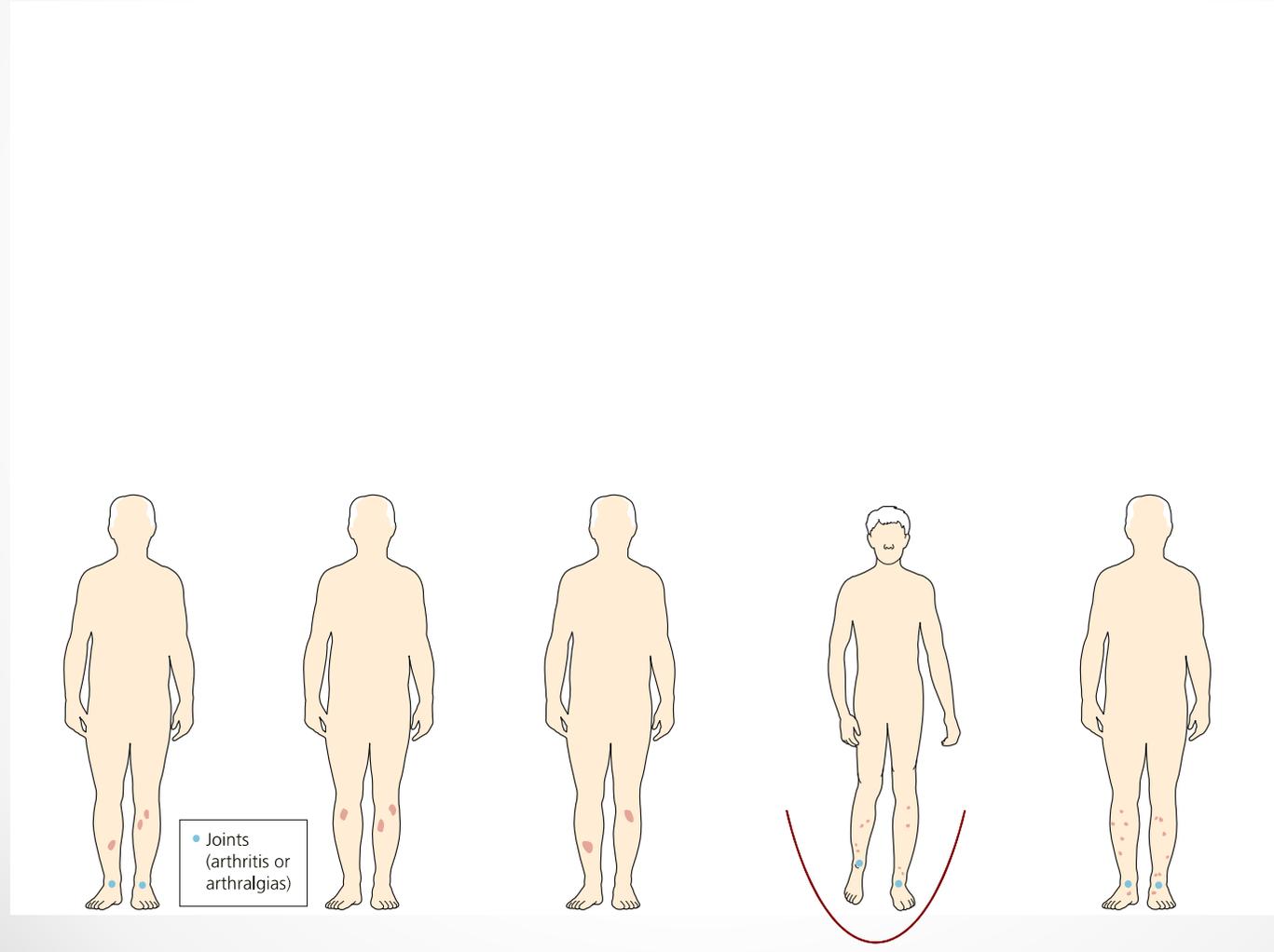




VASCULOPATÍAS

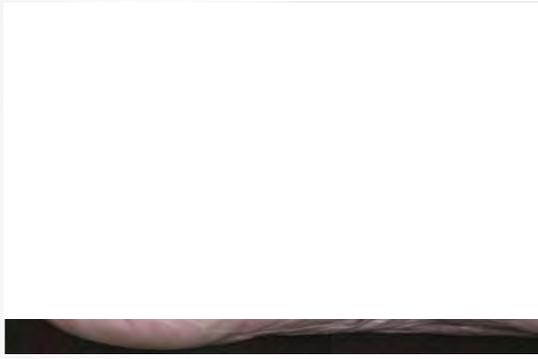
VASCULITIS

VASCULITIC SYNDROMES





VASCULITIS -PSH





EXÁMENES



COMPLEMENTARIOS

- ¿Cuáles pedirías de entrada?
 1. Hemograma
 2. Reticulocitos
 3. Grupo sanguíneo, Rh
 4. Test de Coombs
 5. VSG
 6. Bioquímica completa
 7. LDH
 8. Serologías víricas
 9. Frotis de sangre periférica
 10. Radiografía de torax
 11. Sedimento de orina
 12. Hemocultivo
 13. Coagulación





FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA



5





RESULTADOS

- Hemograma : 6,8 g/dl ; VCM 68 fl; ADE 16%; 2% reticulocitos; 20000 leucocitos/mcl (90%L, 10%N, 5%M) ; 2000 plaquetas/mcl. VPM 12 fl
- Coagulación y bioquímica normales
- Sedimento de orina normal





ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- A. LEUCEMIA AGUDA
- B. PTI
- C. LEISHMANIASIS
- D. SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO
- E. SHU
- F. PTT
- G. TODAS SON POSIBLES
- H. NINGUNA





HEMOSTASIA PRIMARIA

- TROMBOCITOPATÍA
 - Congenita, muy raro (Glazman, Bernard Soulier, Chediak Higashi...)
 - Adquirida: la más frecuente: Aas, AINEs (ibuprofeno;ii)
- TROMBOCITOPENIA
 - SHU, PTT: insuficiencia renal, LDH, esquistocitos
 - CID
 - Infiltración MO: leucemia (>>NBL).
 - Plaquetopenias neonatales : alloimmune, congenita (amegacariocítica, TAR, WAS, Bernard Soulier, Sd MYH9)
 - Fármacos: destrucción periférica o central
 - Secuestro: Esplenomegalia, Kassabach-Merrit (normalmente plaquetas>40.000/mcl)





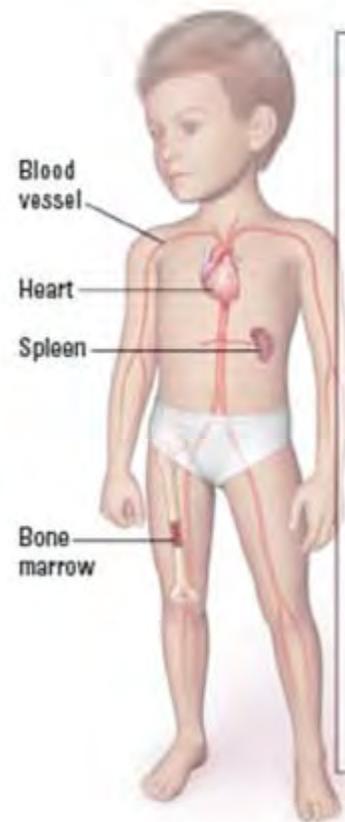
HEMOSTASIA SECUNDARIA

- Déficits de factores de la coagulación: Normalmente historia familiar y antecedentes de sangrados de mucosas. Equimosis >>petequias
 - Enf de VW: 1% de la población . Es la enf hemorrágica congénita más frecuente. Raramente hemorragia espontánea.
 - Hemofilia: es la enfermedad hemorrágica congénita severa más frecuente . Coagulación alterada
 - Def vK , hepatopatía: alteración de la coagulación básica
 - CID

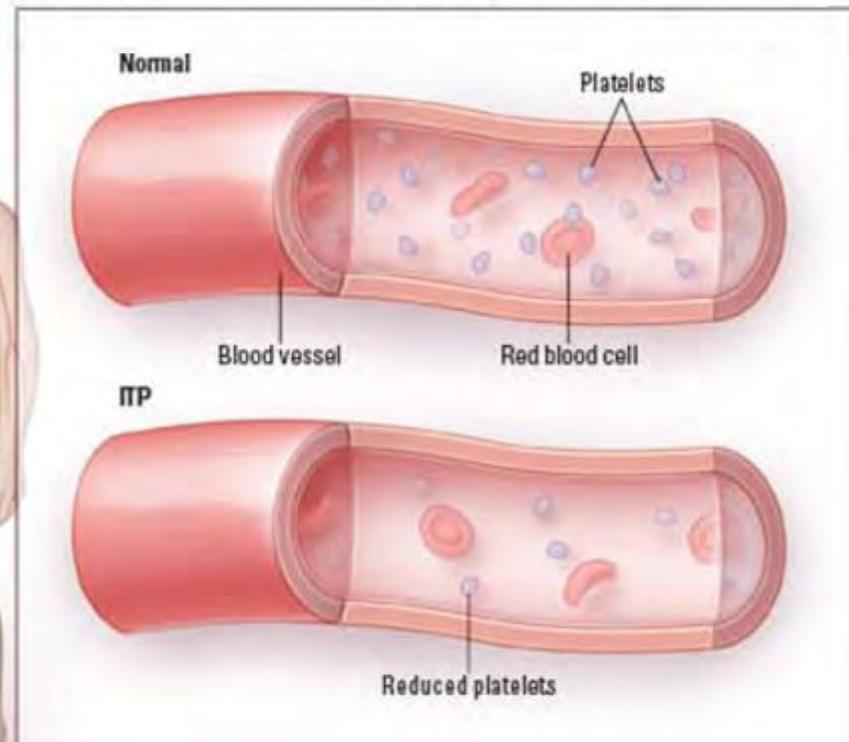


PTI

- Plaquetas <100.000 /mcl
- 1-4 semanas
- Invierno-Primavera
- 1-4 años
- Destrucción
- Producción



Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP)



- PROTOCOLO ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA PTI SEHOP 2010 •



PTI CLÍNICA.

- CUTÁNEA
- CUTANEO-MUCOSA
- SANGRADO ACTIVO
 - Epistaxis que precisa taponamiento
 - Hematuria
 - Hemorragia digestiva macroscópica
 - Menorragia
 - Gingivorragia importante
 - Cualquier hemorragia con riesgo de precisar Tx de hematíes

BEG

NO AF

NO AP





PTI DIAGNÓSTICO

- Exclusión
- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
 - Hemograma, reticulocitos
 - Frotis de sangre periférica por hematólogo pediátrico
 - Bioquímica con LDH
 - Coagulación
 - Coombs, grupo sanguíneo
 - Ig
 - Ser: CMV, VEB, parvoB19, VHS, VH6, VIH, VHB, VHC
 - Sedimento de orina





CASO CLÍNICO TRATAMIENTO

- A. GGIV a 0,8 g/kg 1 dosis
- B. GGIV a 400 mg/kg 1 dosis
- C. Urbason a 2 mg/kg/ días 4 días
- D. Transfusión de plaquetas
- E. Tx de plaquetas premedicadas con urbason
- F. Esplenectomía
- G. Urbason a 4 mg/kg/día durante 4 días y después dosis descendiente



¿ALGO MÁS ?

SI

NO



PTI TRATAMIENTO

- Objetivo: prevenir o tratar hemorragias de relevancia clínica
- Ingreso : Sangrado activo; plaquetas < 20.000/mcl; FR hemorrágico añadidos
- Evitar inyecciones IM, accesos venosos profundos, AINES, aas, caídas (cinturón)..





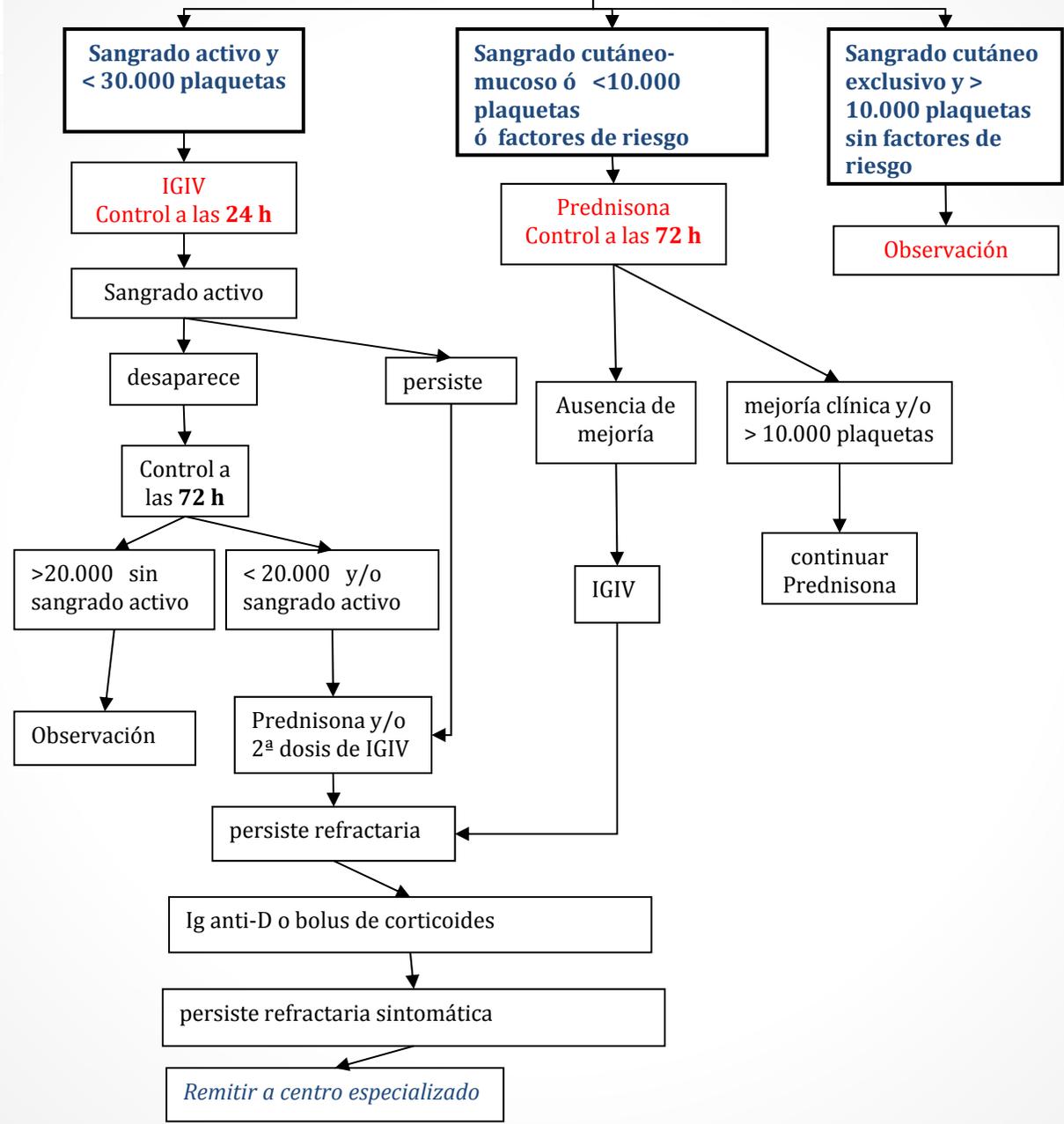
PTI TTO- HERRAMIENTAS

- **GGIV** : 0,8-1 g/kg/dosis en 6 horas ev.
 - V: rápido
 - DV: Hemoderivado
- **CORTICOIDES** (prednisona vo / metilprednisolona ev) :
4 mg/kg/d (max diario 180mg) c/8h x 4 d, después 2 mg/kg/d x 3 dias y stop
 - V : no hemoderivado
 - DV: más lento, asegurarse de no malignidad
- 2ª linea : Ig anti D, bolus de corticoides 30mg/kg/dx4d;
dexa 0,6mg/kg/dx4d, esplenectomía





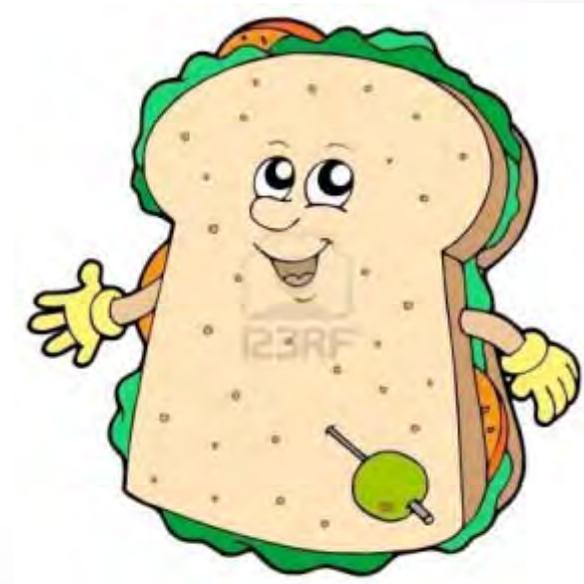
PTI DE DIAGNÓSTICO RECIENTE





PTI DE RIESGO VITAL

- Hemorragia que comprometa la vida del paciente, Hm SNC
 1. Urbason 10mg/kg -GGIV 400mg/kg
 2. Tx plaquetas (1 U/5-10kg)
 3. GGIV 400mg/kg
 4. +/-esplenectomía urgente





PTI DE RIESGO ESPECIAL

- TCE, AITP, Cirugía urgente
 - Plaquetas <50.000/mcl: GGIV 0,8- 1g/kg
 - Plaquetas < 10.000/mcl: GGIV + Tx plaquetas
- Cirugía programada con riesgo hemorragico:
 - Plaquetas <50.000/mcl: GGIV 0,8-1g/kg
- Esplenectomía programada
 - Plaquetas <20.000/mcl: GGIV 0,8-1g/kg





EVOLUCIÓN

- Se infundieron las GGIV sin incidencias
- Tras el tratamiento con la GGIV a las 24 horas comenzaron a subir las plaquetas , dándose de alta a las 48 horas con recuento plaquetar de 54.000/mcl
- Se citó a la semana en CCEE de hematología no oncológica comprobando plaquetas de 120.000/mcl
- A los 6 meses, acude a urgencias por hematomas, con plaquetas de 2000/mcl





¿COMO HA SIDO LA RESPUESTA?



- A. Respuesta completa , pero ha tenido una recaída así que es una PTI persistente
- B. Respuesta completa , pero ha tenido una recaída así que es una PTI crónica
- C. Respuesta parcial, así que es una PTI persistente
- D. Ausencia de respuesta
- E. No es una PTI
- F. Todas son falsas





PTI EVOLUCIÓN

- SEGÚN RPTA AL TRATAMIENTO
 - REMISION COMPLETA $> 100.000/\text{mcl} \times > 6 \text{ s}$ sin Tto
 - REMISIÓN PARCIAL $30.000-100.000 \times > 6 \text{ s}$ sin Tto
 - AUSENCIA DE RPTA

 - RESPUESTA TRANSITORIA < 30.000 antes de las 6 s sin Tto
 - RECAÍDA, < 30.000 tras haber alcanzado RC oRP
- SEGÚN EVOLUCIÓN
 - PTI RECIENTE DIAGNOSTICO : $< 3 \text{ m}$
 - PTI PERSISTENTE 3-12 m
 - PTI CRÓNICA $> 12\text{m}$





PTI TRATAMIENTO 3ª LÍNEA

- ESPLENECTOMÍA.
 - Indicaciones : Urgencia vital, PC > 2 años de evolución
 - Profilaxis
- Agonistas del receptor de Trombopoyetina:
 - Romiplostin SC /semanal
 - Eltrombopag vo
- AC monoclonal antiCD20 (Rituximab).
 - Rpta 30-60%.Riesgo infeccioso y alérgico
- Otros : MMF, ..





CASO CLÍNICO:

ASTENIA





MOTIVO DE CONSULTA

- Niña de 3 años que acude a urgencias pediátricas por fiebre, astenia y dolor óseo de 1 semana de evolución.





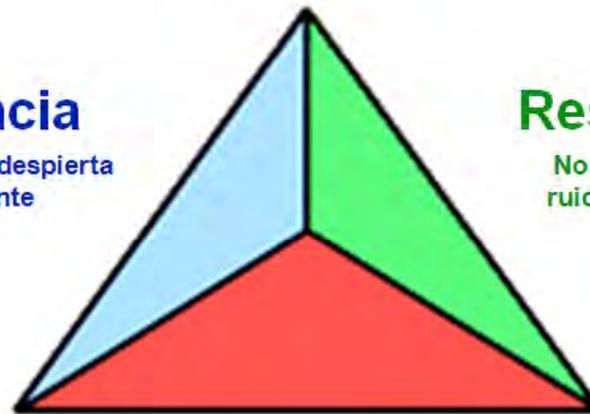
TEP

Triángulo de Evaluación Pediátrica

Gurud
Hos

Apariencia
Dormida pero se despierta
fácilmente

Respiración
No hay esfuerzo ni
ruidos respiratorios



Circulación
Piel sonrosada





ANÁMNESIS

- RNAT sin antecedentes obstétricos, perinatales ni personales de interés hasta la fecha
- Correctamente vacunada, incluido prevenirar
- NAMC
- Presenta febrícula-fiebre de 4 días de evolución (máx 38,5º) en contexto de cuadro catarral y dolor de EEII.





EXPLORACIÓN FÍSICA

- Peso 15 kg. FC 140 FR 30 TA 100/60 t^a38,5°
- Buen estado general
- Palidez mucocutánea, NH, alguna petequia aislada en tronco
- ORL : orofaringe correcta, adenopatías laterocervicales , supraclaviculares e inguinales
- ACR : BEAB, sin ruidos sobreañadidos, tonos rítmicos , sin soplos
- Abdomen blando y depresible con hepato esplenomegalia de 2 cm
- No meningismo, NRL normal
- Buena movilidad de extremidades, dolor sordo de EEII, sin bloqueo articular





OD INICIAL

- A. Viriasis
- B. Drepanocitosis
- C. Síndrome hemofagocítico
- D. PTI
- E. Kawasaki
- F. Sd linfoproliferativo
- G. Leishmaniasis
- H. Meningococemia
- I. Todas las anteriores



SI

NO



EXÁMENES

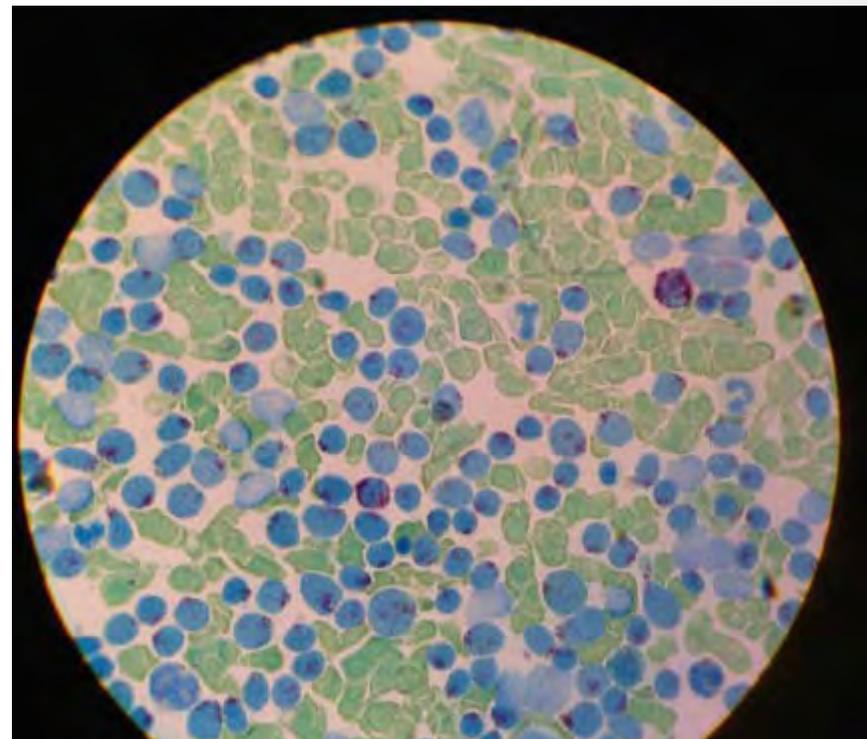
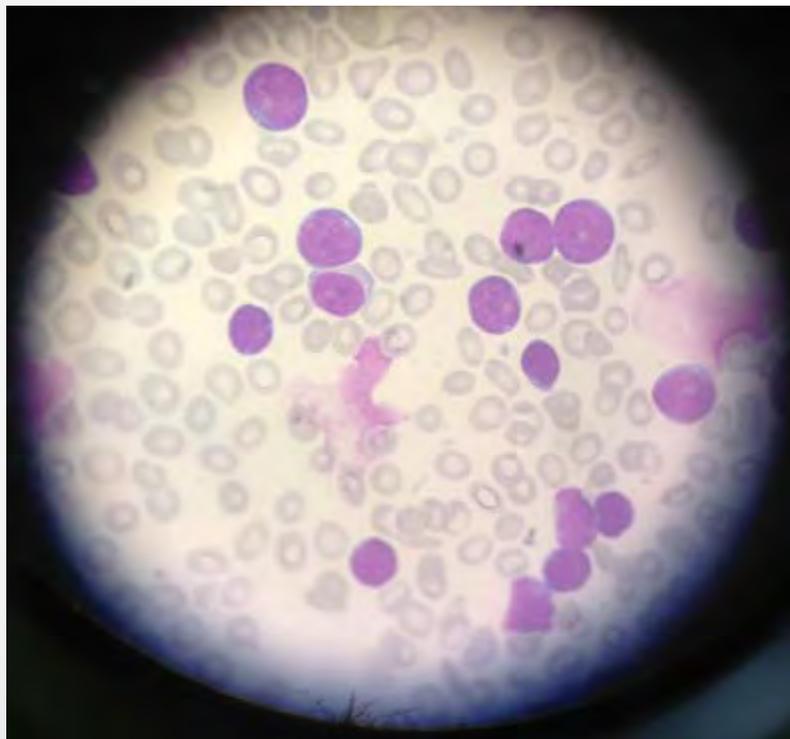


COMPLEMENTARIOS

- ¿Cuál no pedirías de entrada?
 1. Hemograma
 2. Reticulocitos
 3. VSG
 4. Pruebas cruzadas
 5. Bioquímica completa
 6. Coagulación. D-d?
 7. Serologías víricas y de Lesihmania
 8. Frotis de sangre periférica
 9. Radiografía de torax
 10. Hemocultivo
 11. EAB



FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA





RESULTADOS

- Hemograma : 6,8 g/dl ; VCM 85 fl; ADE 13%; 0,1% reticulocitos; 20000 leucocitos/mcl (90%L, 10%N, 5%M) ; 20000 plaquetas/mcl. VPM 9fl
- EAB y bioquimica : Destaca urato 7 mg/dl, K 5 mmol/L; P 9 mg/dl; Ca 8 mg/dl, LDH 1000 UI/L
- Radiografía de torax

LAL T





LEUCEMIA AGUDA

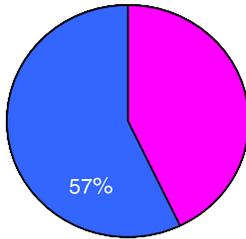
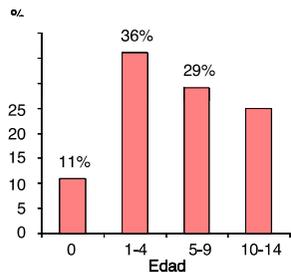
Total casos registrados
1980-2012 = 24.639

1980-2012 (excluyendo no clasificables)
 0-19 años = 22.938
 0-14 años = 21.912
 15-19 años = 1.026
 >19 años = 36

Seguimiento medio a 5 años, 1980-2006
 Incluidos en supervivencia: 95,6%
 Cohorte 2005-06: 94,6%

Cobertura media 2000-12, 0-14 años: 86,2%

VM, 0-14 años: 88,5%

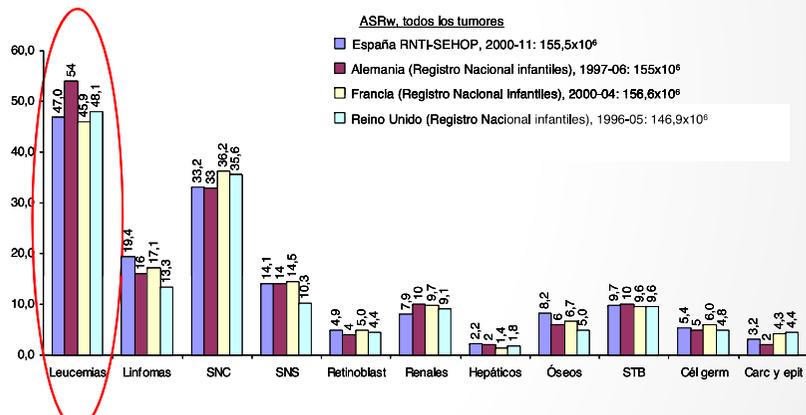



Edad	Supervivencia (%)
0	11%
1-4	36%
5-9	29%
10-14	25%

INCIDENCIA DEL CÁNCER INFANTIL EN España (RNTI-SEHOP) y países europeos

ASRw, todos los tumores

- España RNTI-SEHOP, 2000-11: 155,5x10⁶
- Alemania (Registro Nacional infantiles), 1997-08: 155x10⁶
- Francia (Registro Nacional Infantes), 2000-04: 156,6x10⁶
- Reino Unido (Registro Nacional infantiles), 1996-05: 146,9x10⁶



Tumor	España RNTI-SEHOP, 2000-11	Alemania (Registro Nacional infantiles), 1997-08	Francia (Registro Nacional Infantes), 2000-04	Reino Unido (Registro Nacional infantiles), 1996-05
Leucemias	47,0	54	45,8	46,1
Linfomas	18,4	16	17,1	13,3
SNC	33,2	33	32,2	35,6
SNS	14,1	14	14,5	10,3
Retinoblast	4,9	1,5	4,4	4,4
Renales	7,9	10	9,7	9,1
Hepáticos	2,2	2	1,4	1,8
Oseos	6,2	6,7	5,0	6,2
STB	9,7	10	9,6	9,6
Cél germ	5,4	6	6,0	4,8
Carc y epit	3,2	2	4,3	4,4

Fuentes:
 España RNTI-SEHOP: área de base poblacional: Aragón, Catalunya, Euskadi, Madrid y Navarra
 Alemania: Kaatsch P, Spix C. Annual Report 2006/07 (1980-2006). German Childhood Cancer Registry, Mainz: Gutenberg Universität, IMBEI. 2008
 Francia: B Lacour, et al. Incidence of childhood cancer in France: National Children Cancer Registries, 2000-04. Eur J Cancer Prev 2010; 19:173-81
 Reino Unido: http://info.cancerresearchuk.org/prod_consump/groups/cr_common/nre/@sta/documents/generalcontent/cr_078887.pdf



LEUCEMIA AGUDA

Tabla 9.- RNTI-SEHOP. Casos registrados por grupo diagnóstico y subgrupo y por edad. 0-14 a 1990-2012. Excluidos no clasificables en la ICC3-3.

Nombres completos de los grupos diagnósticos en Tabla-A, pág-XV

Grupos diagnósticos	N	%	Grupos de edad			
			0	1-4	5-9	10-14
I Leucemias, enf mielopro y mielodisp	4.514	26,9	271	2.021	1.326	896
Ia L linfoblásticas agudas (LLA)	3.570	79,1	145	1.710	1.084	631
Ib L mieloides agudas (LMA)	748	16,6	94	253	191	210
Ic Enf crónicas mielopro	71	1,6	7	12	20	32
Id Síndrome mielodisp y otras mielopro	69	1,5	16	31	14	8
Ie Leucemias no esp y otras	56	1,2	9	15	17	15
II Linfomas y neo reticuloendotel	2.167	12,9	20	375	760	1.012
IIa Hodgkin (LH)	790	36,5	2	46	206	536
IIb No Hodgkin (no Burkitt) (LNH (no LB))	715	33,0	6	142	264	303
IIc Burkitt (LB)	613	28,3	2	168	276	167
IId Miscelánea neo linforeticulares	42	1,9	9	19	10	4
IIe Linf no esp	7	0,3	1	0	4	2



CASO CLÍNICO

MANEJO



¿Cuáles son falsas?

- A. MCR
- B. Tx de hematies
- C. Tx de plaquetas
- D. SG5% 3000ml/m² + Na₃ + K₂
- E. Balance hidrico
- F. Furosemida
- G. GCSF
- H. Antibiótico
- I. Bicarbonato
- J. Alopurinol
- K. Rasburicasa
- L. Sevelamero





SD.LISIS TUMORAL



Tabla 18.1.3. Factores de riesgo de Síndrome de Lisis Tumoral

Características	Factor de Riesgo
Tipo de Tumor	Linfoma de Burkitt Linfoma Linfoblástico Linfoma Difuso de Células grandes B Leucemia Aguda Linfoblástica Tumor sólido con elevada proliferación y rápida respuesta al tratamiento
Carga Tumoral/Extensión de la enfermedad	Tamaño (> 10 cm) Elevada LDH (> 2x límite superior normal) Elevada cifra de leucocitos(> 25.000/ μ l)
Función renal	Fallo renal preexistente Oligúria
Nivel basal de ácido úrico	> 450 μ mol/l (7,5 mg/dl)
Tratamiento citorreductor efectivo y rápido	Tratamiento específico de la enfermedad, varía de acuerdo al tipo de tumor

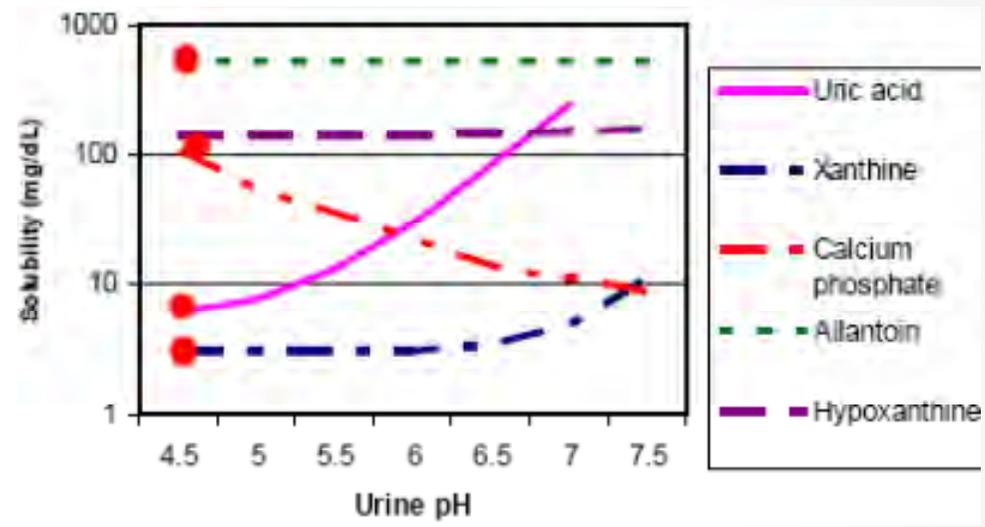
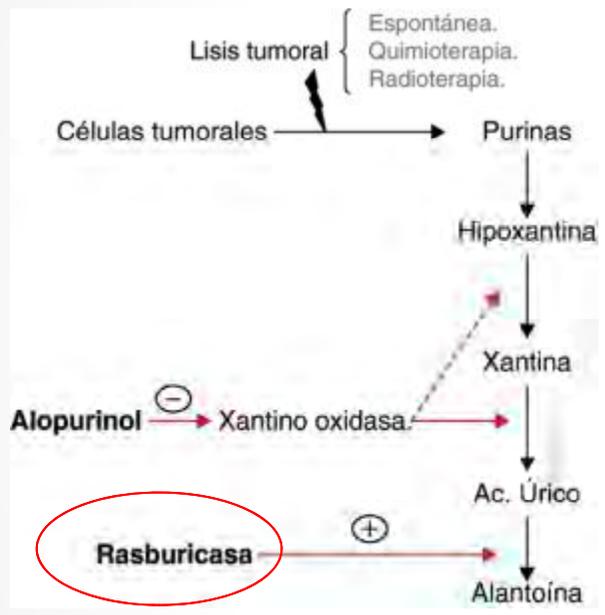


Tabla 18.1.1. Criterios de laboratorio de Cairo y Bishop para definir el síndrome de lisis tumoral

Elemento	Valor	Cambio del basal
Ácido úrico	$\geq 476 \mu\text{mol/l}$ o 8 mg/dl	Incremento del 25 %
Potasio	$\geq 6,0 \mu\text{mol/l}$ o 6 mg/dl	Incremento del 25 %
Fósforo	$\geq 2,1 \mu\text{mol/l}$ para niños o $\geq 1,45 \mu\text{mol/l}$ para adultos	Incremento del 25 %



SD.LISIS TUMORAL HIPERURICEMIA





SD.LISIS TUMORAL



DISELECTROLITEMIAS

K
>6

- Evitar el K
- ECG
- Insulina + Glu
- **HCO3Na**
- Gluconato **Ca**
- Furosemida
- Salbutamol

P
>7

- Quelantes
 - **CaCO2**
 - AlOH
- Sevelamero

Ca
<0,7

Gluconato **Ca**

AG/6H



HEMODIALISIS



HIPERLEUCOCITOSIS

- Incidencia: 6 -18%
- <1 año y adolescentes
- Leucocitos >100.000/mcl

CID

SD LISIS TUMORAL

LEUCOSTASIS

Obstrucción vascular

- SNC : confusión, vertigos, cefalea, ..
 - TC y FO . Hemorragias, infartos
- Pulmón: Hipoxemia, disnea
 - Rx torax: patrón intersticial
- Trombosis, isquemia de EE, renal, ...

CITORREDUCCIÓN

- QT : PREDNISONA
- LEUCAFERESIS
- EXANGUINEOTRANFUSIÓN





LEUCEMIA AGUDA DIAGNÓSTICO

AMO

LEUCEMIA

LAL T



PL

RI

MO

CG

CF

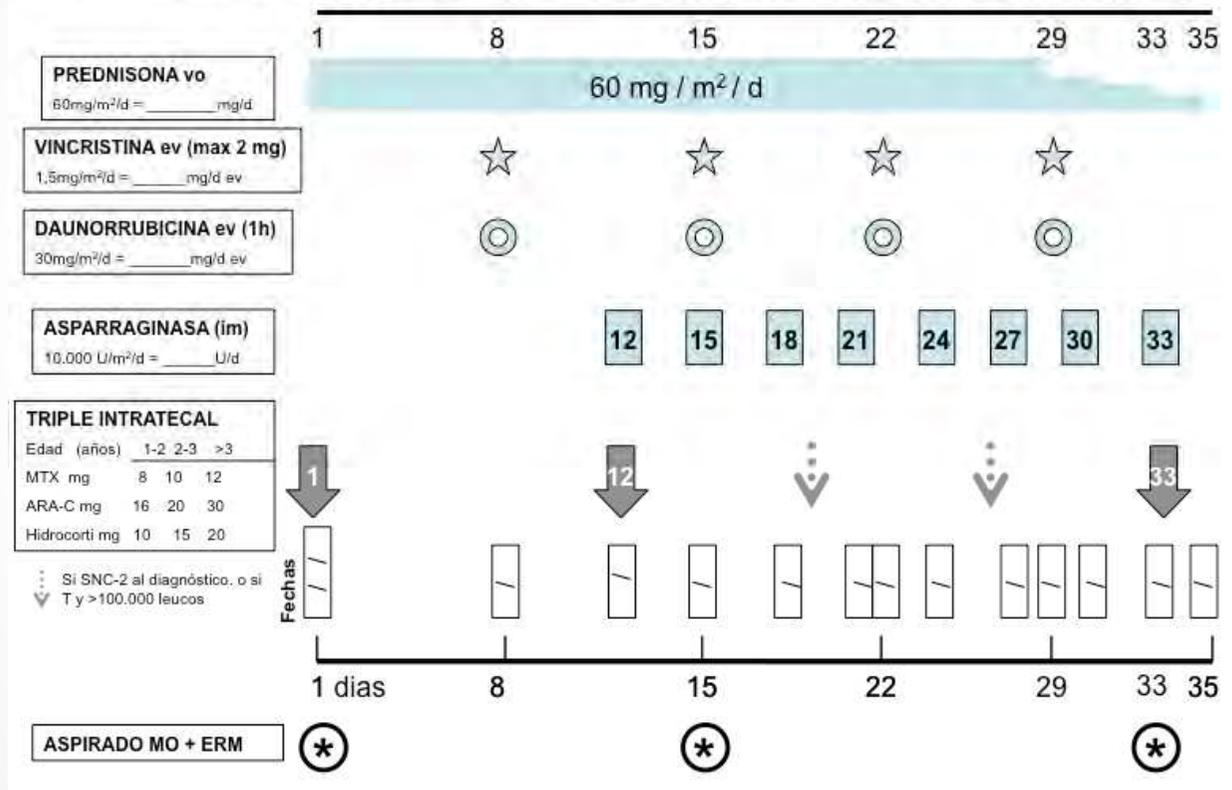
PCR



LEUCEMIA AGUDA DIAGNÓSTICO



LAL SEHOP-PETHEMA 2013 (Riesgo Intermedio) INDUCCIÓN IA





EVOLUCIÓN

- Completó la inducción IA sin incidencias
- Tras el tratamiento, se dió el alta con Hb 9,5 g/dl; retis 0,3%; 3000 linfocitos /mcl; 1500 neutrofilos/mcl; 100.000 plaquetas/mcl, en discreto descenso respecto a analítica previa
- Se citó en 72 horas en CCEE de para control
- Acude a las 48 horas del alta con fiebre de 39,5° y buen estado general





CASO CLÍNICO:

PACIENTE
ONCOLÓGICO CON
FIEBRE





MOTIVO DE CONSULTA

- La misma niña de 3 años tras 4 semanas de ingreso se decide dar de alta al finalizar el tratamiento de inducción.
- Acude a las 48 horas del alta por fiebre de pocas horas de evolución, en contexto de astenia, hiporexia y dolor abdominal





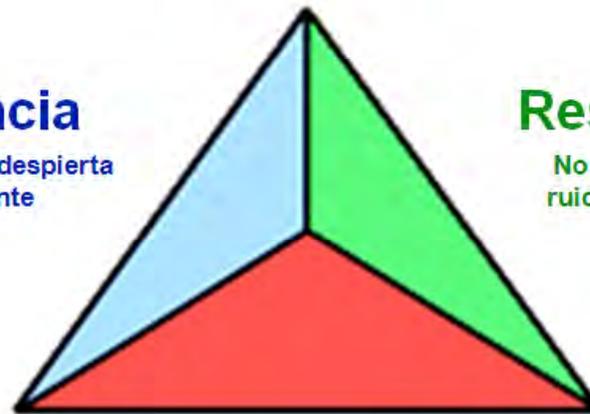
TEP

Triángulo de Evaluación Pediátrica

Gurud
Hos

Apariencia
Dormida pero se despierta
fácilmente

Respiración
No hay esfuerzo ni
ruidos respiratorios



Circulación
Piel sonrosada





EXPLORACIÓN FÍSICA



- Peso 15 kg. FC 160 FR 30 TA 90/60. T^a39,5°
- Buen estado general
- Palidez mucocutánea, NH, lesiones purpúricas no palpables de distinto tamaño en EEII, espalda y torax
- ORL : Llagas en la mucosa yugal, lengua depapilada
- ACR : BEAB, sin ruidos sobreañadidos, tonos rítmicos , sin soplos
- Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias
- No meningismo, NRL normal





ACTUACIÓN INICIAL

Antitermia- analgesia
Suero Mantenimiento
Control de constante habituales
Control Analítico en 12-24 horas
GCSF?

ANA-SELLADO PAC

- ANALISIS: sepsis, sospecha de
en HC, clinica de cateter infectado (celulitis de PAC), celulitis,
COIONIZACION MAKSA, mucositis grave .
- Para la mucositis leve no es necesaria porque tazocel o cefepime cubren bien los s. viridans
 - En varios metanálisis no disminuye la duración de la fiebre ni la mortalidad por la introducción precoz de vancomicina, ya que el SPCN aunque frecuente es poco agresivo
 - Hay que evitarla ya que su uso empírico ha llevado a aumento de resistencias de S aures y enterococos

Biomarcadores

Table 3 Bivariate estimates of diagnostic precision of various biomarkers and outcomes

Marker	Outcome	Cut-off	Sensitivity (95% CI)	Specificity (95% CI)
CRP (7 studies, 731 episodes)	Documented infection	> 50 mg/dl	0.65 (0.41 to 0.84)	0.73 (0.63 to 0.82)
PCT (3 studies, 216 episodes)	Documented infection	> 0.2 mg/ml	0.96 (0.05 to 0.99)	0.85 (0.53 to 0.97)
IL6 (3 studies, 457 episodes)	Documented infection	> 235 pg/ml	0.68 (0.15 to 0.96)	0.94 (0.84 to 0.98)
IL6 (2 studies, 166 episodes)	Gram negative bacteremia	> 1,000 pg/ml	0.78 (0.57 to 0.91)	0.96 (0.92 to 0.99)

Phillips RS. Systematic review and meta-analysis of the value of initial biomarkers in predicting adverse outcome in febrile neutropenic episodes in children and young people with cancer. BMC Med. 2012;10:6.



Bibliografía

- Freifeld AG, et al. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2011
- Meckler G. Emerg Med Clin North Am. 2009
- Lehrnbecher . J Clin Oncol Off 2012
- Yahav D. Lancet Infect Dis. 2007
- Adderson EE. J Pediatr. 2010
- Wade JC. Cancer Treat Rev. 2004
- Paul M. J Antimicrob Chemother. 2005
- Gafter-Gvili . Ann Intern Med. 2005
- Barone A. Pediatr Rep. 2011
- Castagnola E. Pediatr Infect Dis J. 2003
- Ke Z-Y. Pediatr Infect Dis J. 2010
- Castagnola E. J Pediatr Hematol Oncol. 2011
- Volpe D. Pediatrics. 2012





CASO CLÍNICO:

DOLOR





MOTIVO DE CONSULTA

- Niña de 3 años que acude a urgencias pediátricas por fiebre, astenia y dolor óseo de 48 horas de evolución





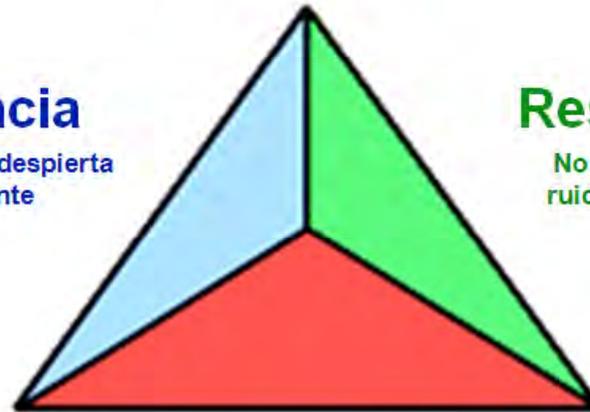
TEP

Triángulo de Evaluación Pediátrica

Gurud
Hos

Apariencia
Dormida pero se despierta
fácilmente

Respiración
No hay esfuerzo ni
ruidos respiratorios



Circulación
Piel sonrosada





ANÁMNESIS

- Originaria de Senegal, RNAT sin antecedentes obstétricos, perinatales ni personales de interés hasta la fecha
- No antecedentes familiares de interés
- Correctamente vacunada, incluido prevenar
- NAMC
- Presenta fiebre de 3 días de evolución (máx 40,2º) sin foco aparente.
- Desde hace 2 días cojera derecha , el dolor le despierta por la noche y no mejora con ibuprofeno por lo que acude a nuestro centro





EXPLORACIÓN FÍSICA

- Peso 15 kg. FC 160 FR 30 TA 100/60. T^a 39,5°
- Buen estado general
- Palidez mucocutánea, tinte subicterico, NH, no lesiones cutáneas agudas
- ORL : normal
- ACR : BEAB, sin ruidos sobreañadidos, tonos rítmicos , sin soplos
- Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias
- No meningismo, NRL normal
- No bloqueo en la cadera, ni dolor en la movilización pasiva o activa de las EE.
- Dolor al presionar la diafisis femoral derecha , que se encuentra algo tumefacta. La niña refiere dolor en el pie del mismo lado que está tumefacto. Dolor y tumefacción de mano contralateral



OD INICIAL

- A. Sinovitis transitoria
- B. Osteomielitis
- C. Maltrato
- D. Artritis idiopática Juvenil
- E. Kawasaki
- F. Cuadro gripal
- G. Miositis
- H. Leucemia
- I. Hemoglobinopatía





EXÁMENES

COMPLEMENTARIOS

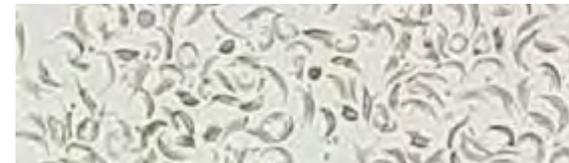


- ¿Cuál no pedirías dentrada?
 1. Hemograma
 2. Reticulocitos
 3. Radiografía de EIS y mano izquierda
 4. VSG
 5. Bioquímica completa
 6. LDH
 7. Frotis de sangre periférica
 8. Radiografía de torax
 9. Hemocultivo
 10. EAB
 11. Gammagrafía ósea





FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA





RESULTADOS

- Hemograma : 7,5 g/dl ; VCM 85 fl; ADE 18%; 10% reticulocitos; 35000 leucocitos/mcl (90%N, 10%L, 5%M) ; 520000 plaquetas/mcl.
- EAB y bioquímica : Destaca BNC 2 mg/dl, PCR 12 mg/dl, LDH 1000 UI/L



ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES

- Incidencia: 0,14 casos de drepanocitosis por 1000 RN vivos (x 10 en población inmigrante, Nigeria y Rep Dominicana)
- Supervivencia 5^a-6^a década



Fiebre
Deshidratación
Altura

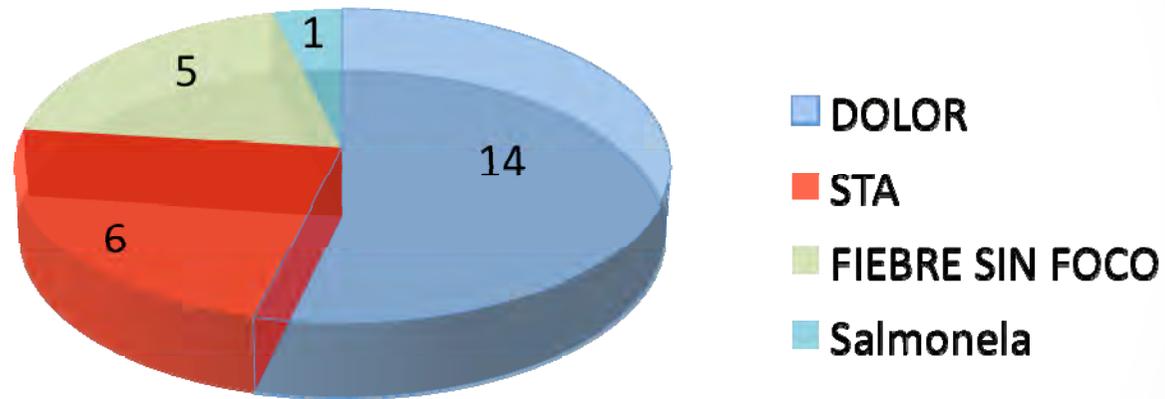


Hb SS, Hb SC, HsB0



COMPLICACIONES AGUDAS

HOSPITALIZACIONES



García Arias MB, Cantalejo López MA, Cela de Julián ME, Bravo Clouzet R, Galarón García P, Beléndez Bieler C. [Sickle cell disease: registry of the Spanish Society of Pediatric Hematology]. An Pediatr (Barc). 2006 ene;64(1):78–84.



CASO CLÍNICO

TRATAMIENTO



¿Qué no estaría indicado?

- A. Cefotaxima previo hemocultivo
- B. Hidratación con SG 1/5 2250 ml/m² + CLK
- C. Control de diuresis
- D. Monitorización cardiorrespiratoria
- E. Transfusión de concentrado de hematíes
- F. Analgesia pautada con nolotil y perfalgan ev
- G. Rescates de morfina (0,1 mg/kg/dosis)
- H. Ácido Fólico
- I. Hidroxiurea
- J. Coagulación, cultivos
- K. Rx de Tórax
- L. Oxigeno



3000 ml/m²





FIEBRE ECF

CRITERIOS DE ATB EV

- Aspecto séptico
- $T^a > 40^\circ$
- Menores de 1 año
- Infiltrado en Rx tórax o Saturación de O₂ anormal
- Leucocitos $> 30 \times 10^9/L$ o $< 5 \times 10^9/L$
- Plaquetas $< 100 \times 10^9/L$
- Antecedentes de sepsis
- Esplenectomizados

Cefotaxima 200 mg/kg/d

CRITERIOS ATB AMBULATORIO

- Hb sin cambios
- Plaquetas normales
- Estables tras 3 horas de admon de atb
- Familiares responsables
- Reevaluación a las 24 horas
- Correctamente vacunados frente a encapsulados .
VACUNACION NEUMOCOCO,
- Profilaxis con penicilinas

Ceftriaxona 75 mg/kg
Amoxi-clav 100mg/kg/d x 7 días





EVOLUCIÓN

- Se dió de alta a los 3 días con HC negativo y buen estado general
- EN CCEE se confirmó Hb SS con persistencia de Hb F
- Actualmente con ácido fólico y penicilina profiláctica
- Actualización del calendario vacunal. NEUMOCOCO
- Padres en estudio





CONCLUSIONES

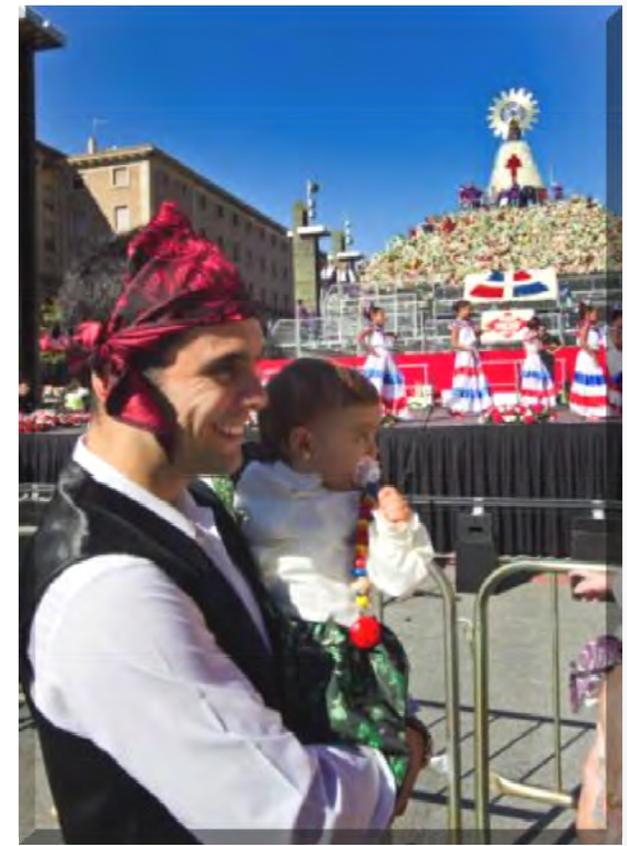


- Las exploraciones complementarias han de ir orientadas por una correcta anámnesis y exploración física
- Petequias con BEG y una exploración física normal, plaquetas muy bajas, retis normales—**PTI**
- Anemia, con hematomas, dolor de huesos, adenopatias, hepatoesplenomegalia, pérdida de peso, retis bajos, linfocitosis, plaquetopenia moderada---**LA**
- Origen endémico, con dolor localizado en distintos huesos, tinte subicterico, anemia con retis altos, trombocitosis---**ECF**
- Importancia del hemograma y frotis de sangre periférica, 2 cc de sangre, barato (5E) y rápido
- En **neutropenia febril** muy importante la antibioterapia empírica precoz





¡¡GRACIAS!!



19^a Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Taller comunicación

La comunicación con la familia

F. Codina Garcia X. Codina Puig



Corporació de Salut del
Maresme i la Selva



Hospital General de
Granollers

OBJETIVOS



Objetivos

- No la mera adquisición de conocimientos
- No para hablar de empatía, asertividad
- No ayudar a evitar conflictos
- No desarrollar un taller de comunicación
- No al conocimiento de unas técnicas ...
- No al desarrollo de las emociones presentes en todo acto médico

Objetivos

Sensibilizar sobre la importancia de la
COMUNICACIÓN como COMPETENCIA
ESENCIAL para los profesionales de la salud
Estimular el interés para el aprendizaje reglado
de estas habilidades

Consecuencias negativas de una MALA comunicación médico-paciente

- Reclamaciones, denuncias
- Insatisfacción del paciente
- Incumplimiento del tratamiento
- No conocer todas las preocupaciones de los pacientes/ familiares (padres)
 - Los médicos interrumpen después de que se haya expuesto la 1ª. preocupación. Como si solo tuviera una y la primera fuese la más importante.
- No estar de acuerdo en cual es el principal motivo de consulta
- Incomprensión por parte del paciente por abuso de un argot médico

... yo no tengo
tiempo para
esas excelencias



Aspectos positivos de una BUENA comunicación médico-paciente

- Mejor comprensión de las preocupaciones del paciente/familiar.
 - Se logra con preguntas abiertas y con una escucha atenta.
- Mejor comprensión de la información.
 - Si el paciente/familiar puede hacer preguntas
- Descubrir y entender las necesidades del paciente aumenta la satisfacción de ambos.
- La comunicación no verbal, adecuada, aumenta la satisfacción del paciente/familiar.
- Los profesionales con habilidad para la comunicación **REDUCEN EL TIEMPO GLOBAL DE ATENCIÓN.**

19ª Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



SEUP

Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Taller comunicación



índice



19ª Reunión anual de la Sociedad Española
de **Urgencias de Pediatría**



Taller comunicación

PRIMER PRINCIPIO DE LA COMUNICACIÓN

Ejercicio
2 voluntarios
2 observadores

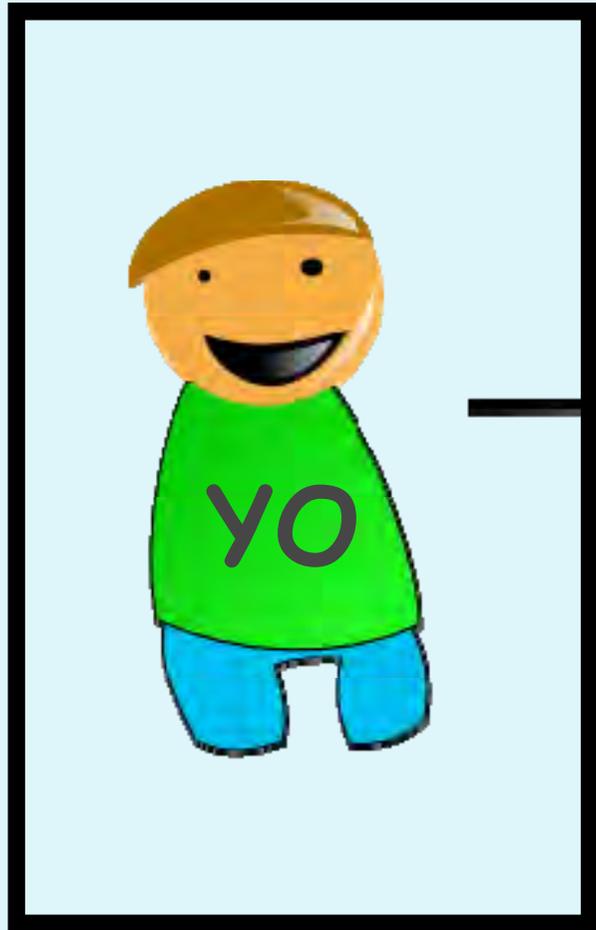
Prueba para los
voluntarios:
Durante 1
minuto
NCN

COMENTARIOS

Principios de la teoría de la comunicación humana

- 1.- Imposibilidad de no comunicar
 - Toda conducta verbal y no verbal es comunicación.
 - No existe la ausencia de conducta
 - *A pesar de que lo intentemos, no podemos evitar el comunicar.*
- 2.- Hay un nivel de contenido y otro del contexto.
 - *el qué i el como*

Observo que sois muy puntuales
¡Eres muy listo tu!



índice



COMO APRENDEMOS COMUNICACIÓN



¿Nos
presentamos?

¿Como lo aprendemos?



Copiando
de un
modelo

¿Como lo aprendemos?

- Técnicas, procedimientos y habilidades
"primero míralo, después hazlo y finalmente enséñalo"
- La competencia en comunicación se aprende
"mirando, haciendo, estudiando y enseñando"
- La competencia en comunicación se puede y deber:
"aprender, enseñar y evaluar"

DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL

Algunos aspectos

- Cognitiva
 - Conocimientos básicos
 - Habilidades examen físico
 - Aplicación del conocimiento
- Técnicas
- Integrativas
 - Interrelación de conocimientos
- Contextual
 - Manejo adecuado de...
 - Manejo adecuado de...
- Relacional
 - **Habilidades comunicativas**
 - **Manejo de conflictos**
 - Trabajo en equipo
 - Enseñar a otros
- Afectiva moral
 - Responsabilidad ante los pacientes y la sociedad
- Hábitos mentales
 - Voluntad de reconocer y admitir errores

**HABILIDADES
COMUNICATIVAS**
Más allá de las buenas
maneras y de la
educación... es una
competencia más!!!

Accreditation Council for graduate medical Education. <http://www.acgme.org>

Competències de professions sanitàries. Barcelona IES.



índice



19ª Reunión anual de la Sociedad Española
de **Urgencias de Pediatría**



SEUP

Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Taller comunicación

DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN

La mera EMISIÓN Y
RECEPCIÓN de un
mensaje

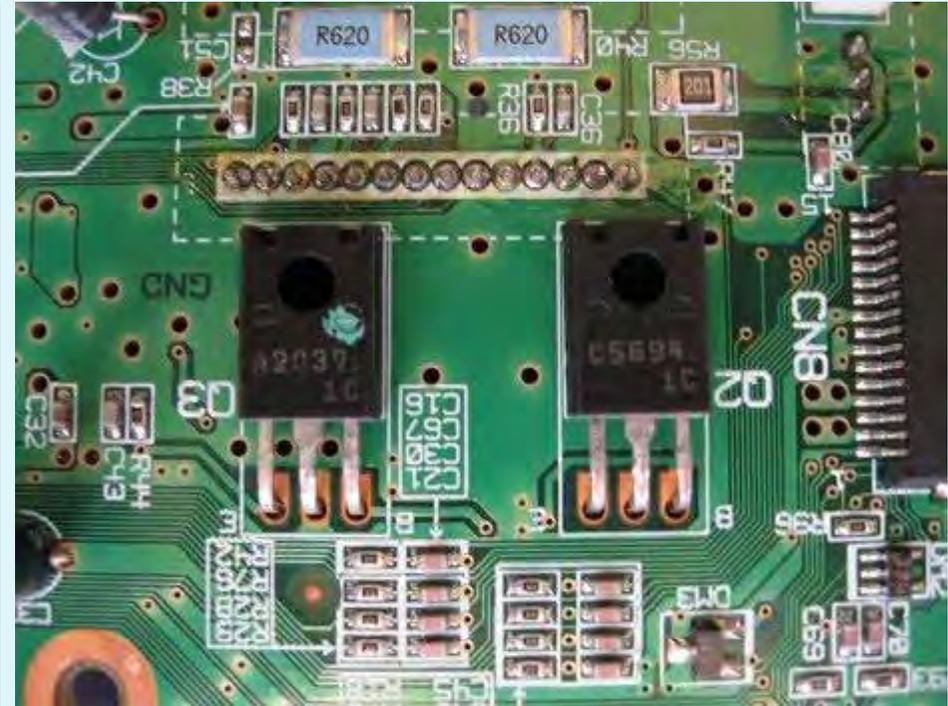
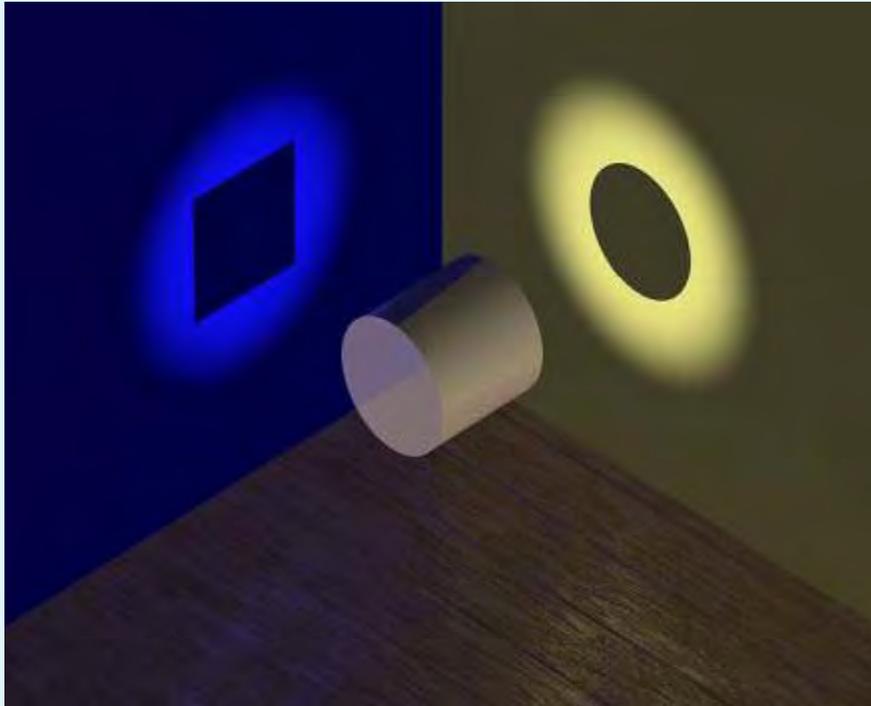
No garantiza
LA RETENCIÓN

NI LA COMPRENSIÓN

Ejercicio



Ejercicio retención



- La **mecánica cuántica** es una de las ramas principales de la **física** y uno de los más grandes avances del siglo XX en el conocimiento humano.
- Explica el comportamiento de la **materia y de la energía**.
- Su aplicación ha hecho posible el descubrimiento y desarrollo de muchas tecnologías:
 - Ejemplo: los transistores, componentes ampliamente utilizados en casi todos los aparatos que tengan alguna parte de electrónica.
- La mecánica cuántica describe como en **cualquier sistema físico**, y por tanto en todo el universo, existe una **diversa multiplicidad de estados**, los cuales habiendo sido descritos mediante ecuaciones matemáticas por los físicos, son denominados estados cuánticos
- **Más información:**
 - wikipedia.org/wiki/Portada
 - <http://freelancescience.wordpress.com/2008/05/08/introduccion-a-la-mecanica-cuantica/>

“Lo que te cuentan se olvida,
lo que ves lo recuerdas,
solo sabes lo que haces”

Confucio

Filósofo chino 551 AC-478 AC.

"No retienes lo que no
entiendes"

Codina and Codina
Pediatras 2014

**CASOS CLÍNICOS
CON PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN
Y ...**

Caso clínico

Consulta Obstétrica

Paciente de 24 años, magrebí, primigesta en semana 12.

- Médico: Tiene Vd. una primoinfección por toxoplasma y deberá hacer un tratamiento.
- Paciente (en un mal castellano): ¿Qué?
- Médico: Que deberá tomar estas pastillas una cada 12 horas durante 15 días y seguir unos controles en el hospital.

La paciente no hizo el tratamiento. El recién nacido padece una toxoplasmosis congénita con importantes secuelas

Nombre del paciente

MA MÂ DOU

Síntomas

NO KO MI

Signos detectados

NO ASE CACA

Ruego / Preocupación

LABARIGA

ASUBIDO

TENE KEMIRA BIYE

Comentar / Describir casos vividos

1.- Problema de comunicación

2.- Problema en la atención sanitaria vivido como paciente o familiar de paciente



índice



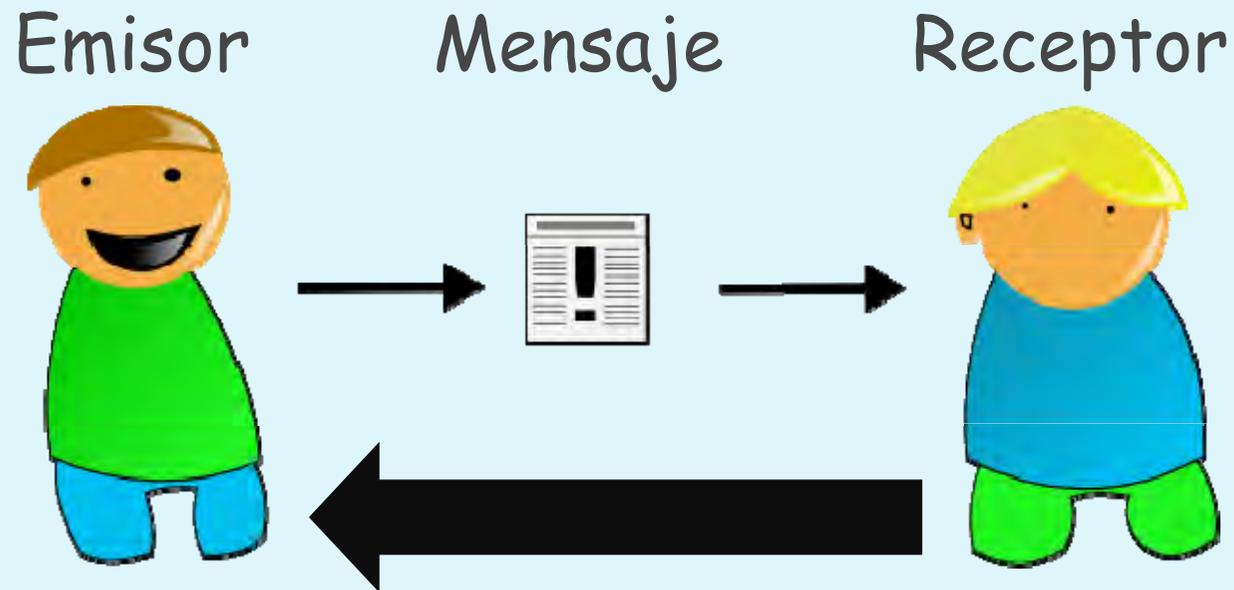
19ª Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Taller comunicación

**¿CÓMO SE PRODUCE
EL PROCESO DE LA
COMUNICACIÓN?**

Feed-back

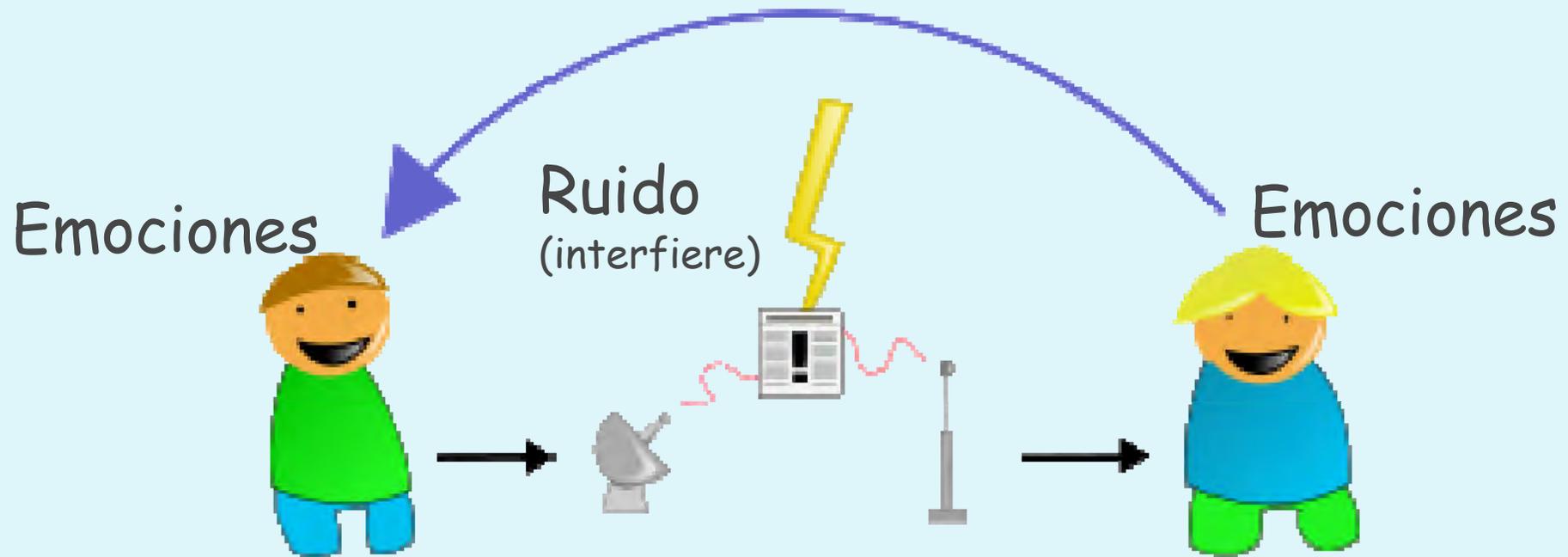


La conducta de unos influye en la de los otros en una retroalimentación permanente

Models conceptuales de comunicación

Teoría de la comunicación humana

Feed-back



Emisor

Mensaje
No solo verbal

Receptor o
Perceptor

Además tiene en cuenta las emociones y el contexto

La mera transmisión de la información no siempre resulta suficiente

Debemos considerar siempre el papel de LAS EMOCIONES

TEORÍA DE LOS
CONSTRUCTOS
PERSONALES

LAS PERSONAS
CREAMOS NUESTRAS
PROPIAS VERSIONES
DE LA REALIDAD

Pone énfasis en como la persona
PERCIBE, INTERPRETA Y CONCEPTUALIZA
los acontecimientos, relaciones y el medio ambiente

TEORÍA DE LOS
CONSTRUCTOS
PERSONALES

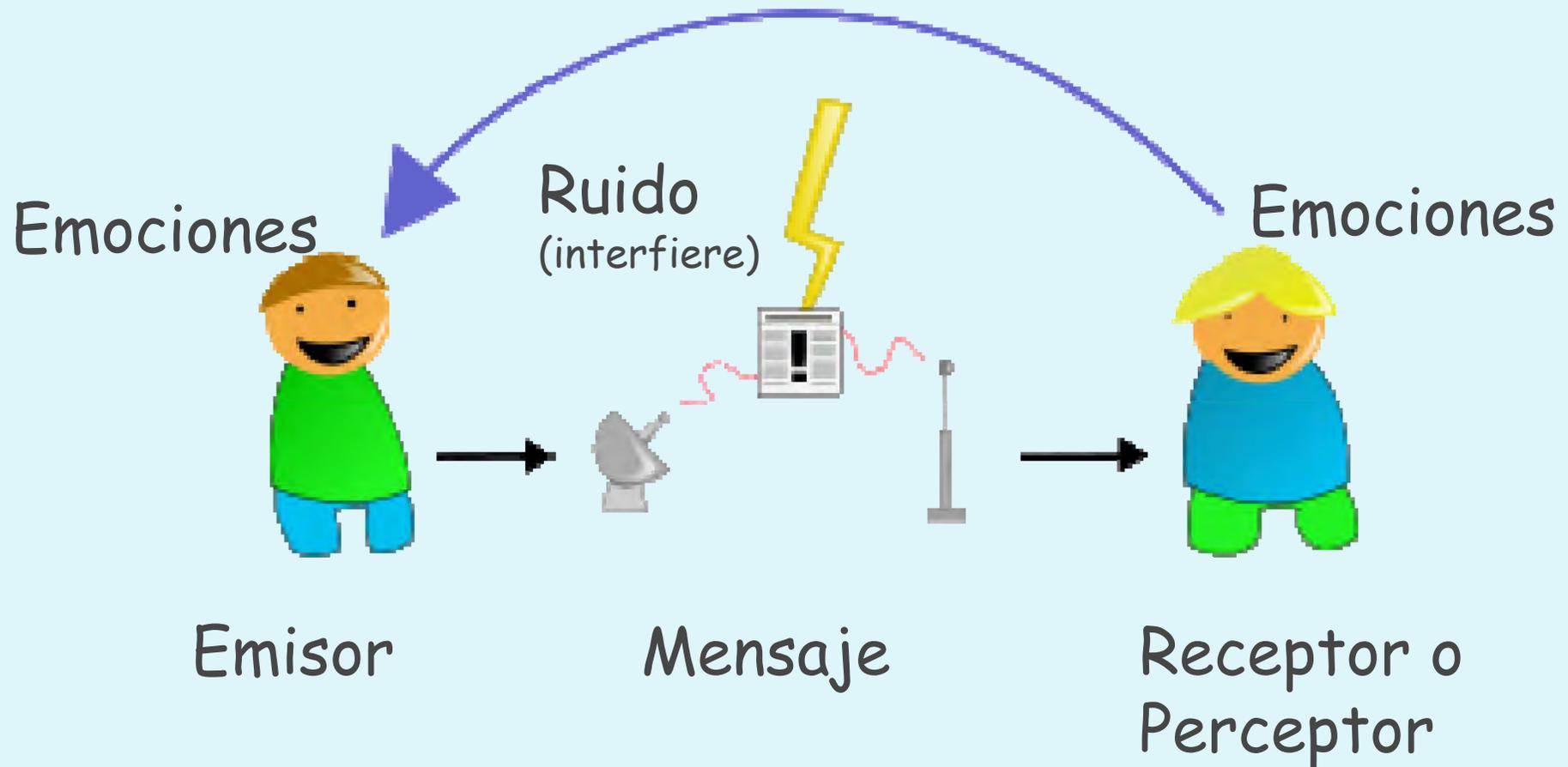
Ejemplos:
VIVENCIA DEMORAS
UCIAS ...

Pone énfasis en como la persona
PERCIBE, INTERPRETA Y CONCEPTUALIZA
los acontecimientos, relaciones y el medio ambiente

Modelos conceptuales de comunicación

Teoría de los constructos personales

Feed-back



Además tiene en cuenta las emociones y el contexto

índice



EJERCICIO DICTADO

Ejercicio Dictado

1 voluntario EMISOR
(de espaldas)

Resto (RECEPTORES):

Papel y lápiz

En total silencio

Sin copiar

NO PREGUNTAS

NO INTERRUPCIONES

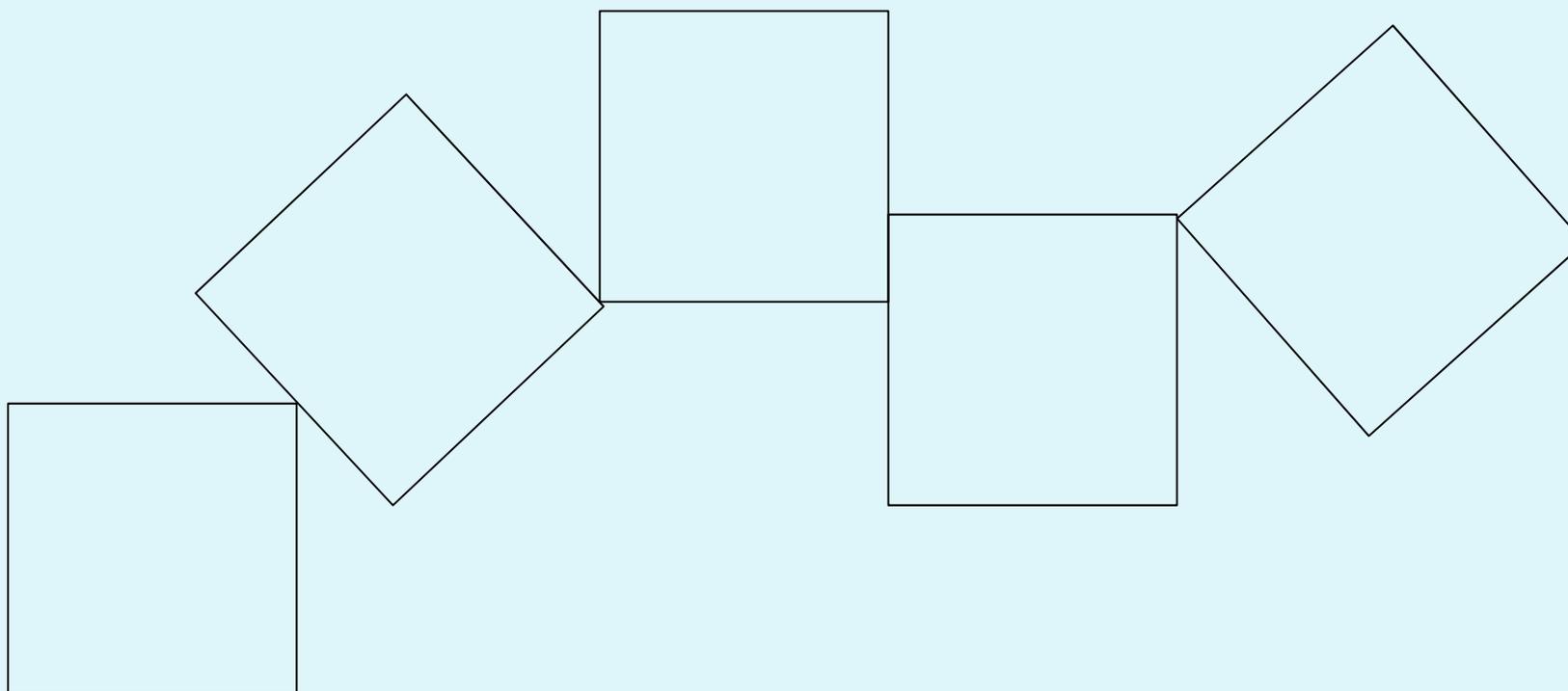
Ejercicio Dictado

Segundo intento

De cara

Puede responder a las preguntas

Puede hacer aclaraciones



Cuenta el número de cuadrados correctamente orientados (0-5)
Cuenta el número de puntos de contacto correctos (4)



Ejercicio Dictado

Comentarios del "voluntario"

Comentarios de los "oyentes"

Mejor con feed-back

Mejor con entreno

Mejor y más rápido con "guión"

Mejor...

Información para los dibujantes

Se trata de dibujar 5 cuadrados, de igual tamaño, uno al lado de otro, tocándose, pero en posiciones diferentes y dibujados a veces como un cuadrado y otras como un rombo.

Con la hoja apaisada los dibujaremos de izquierda a derecha.

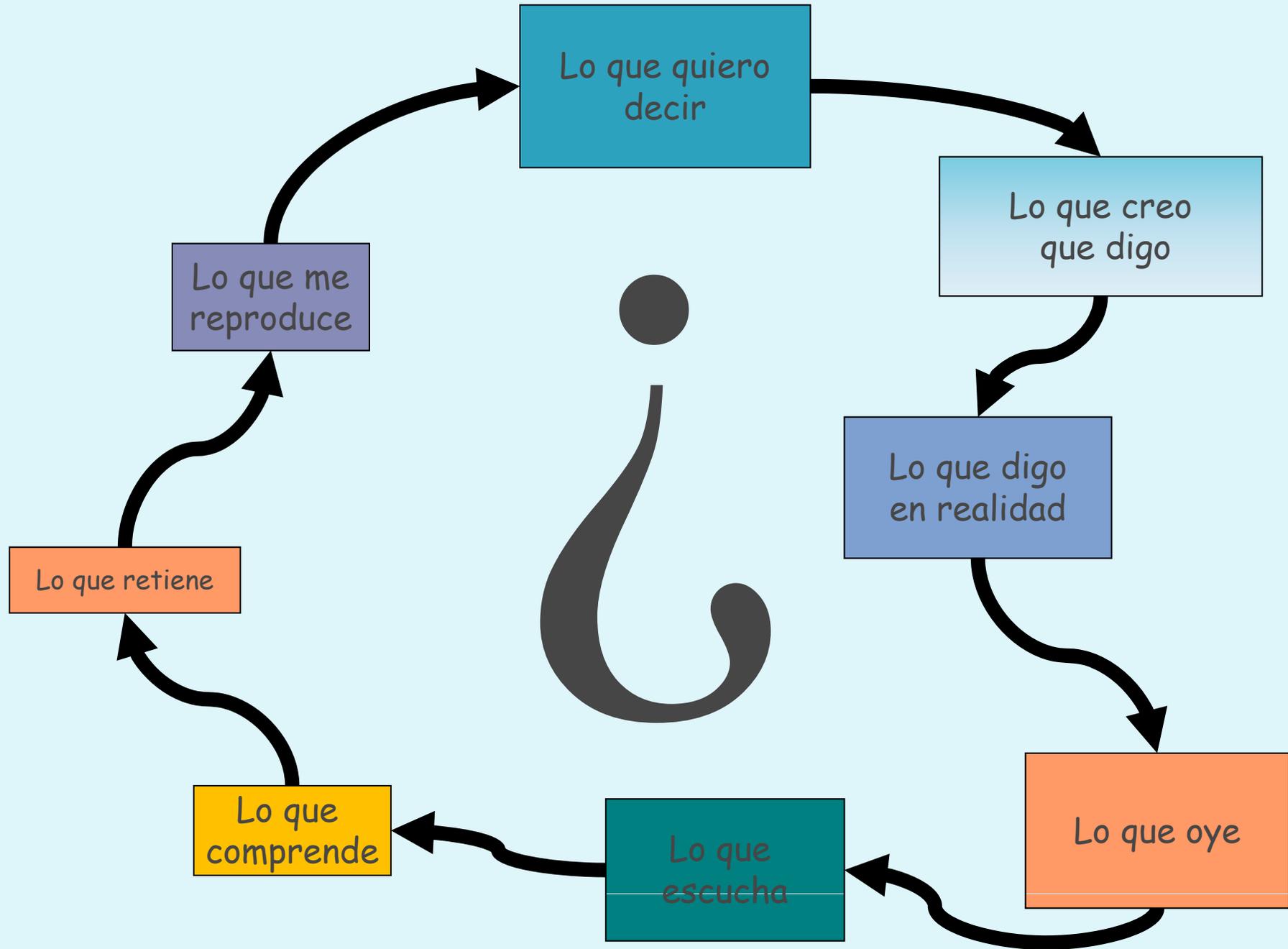
Dibujamos el primer cuadrado de unos 3 centímetros de lado

El 2º. del mismo tamaño pero dispuesto como un rombo. Tiene que contactar uno de sus lados con el vértice superior derecho.

El tercero, pintado como un cuadrado, contactará su vértice inferior izquierdo con el vértice derecho del 2º. Cuadrado

Contiguo al tercero otro cuadrado, no rombo, pero algo más bajo de manera que su lado izquierdo solo contacta con el lado dcho del tercero una parte.

El quinto, en forma de rombo, contacta su vértice izquierdo, con el borde superior derecho del cuarto



"Feed-back"

- Aumenta la certeza de la transmisión y la comprensión de los mensajes.
- Aumenta el sentimiento de confianza en el Emisor y en los Receptores
- Favorece la experiencia y recursos del Emisor
- **Exige más tiempo al inicio**
- La ausencia de "feed-back":
 - Genera dudas en el Emisor
 - Engendra hostilidades de los Receptores contra el Emisor.



índice

A large, stylized question mark graphic is positioned behind the word 'índice'. The question mark is filled with a fine grid pattern and is rendered in a dark teal color. The word 'índice' is written in a dark teal, sans-serif font, centered horizontally and partially overlapping the top of the question mark.

19ª Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Taller comunicación

SEGURIDAD DEL PROFESIONAL (JOVEN)

Fases de la visita

Fase exploratoria

- Es la primera
- Es fácil
- Solo somos receptores de la información
 - Que nos facilitan
 - Que demandamos

Fase resolutiva

- Más difícil
- Requiere más experiencia
- Más importante
- Crucial para la adherencia al tratamiento.
- La credibilidad depende del emisor no del mensaje
- Requiere
ENTRENAMIENTO

FASE EXPLORATORIA

DELIMITAR LA DEMANDA

- Crear un clima de confidencialidad
- Preguntas abiertas
- Silencios y las pausas
- Repetición
- Clarificación



DELIMITAR LA DEMANDA

- Preguntas abiertas o cerradas



1

Preguntas c



2

Preguntas a



índice



Preguntas abiertas

- Abiertas
 - ¿qué le pasa?
 - ¿en qué puedo ayudarle?
 - ¿cómo es este dolor?
- Cerradas
 - Utilizar preguntas cerradas cuando un paciente no es capaz de contestar una p. abierta
 - *¿...diría que el dolor dura minutos, segundos o horas...?*
 - Cuando claramente queremos dirigir al paciente a un opción determinada



No utilizar preguntas muy dirigidas

- Preguntas que induzcan al paciente a dar respuestas determinadas
 - *¿le duele el brazo izquierdo?*
 - *¿había sangre en las deposiciones?*
 - *¿duerme bien por las noches?*
 - *¿no le come nada?*

DELIMITAR LA DEMANDA

• Silencios y las pausas

Silencio funcional: especialmente en situaciones en que se manifiestan estado muy emotivos, mediante una actitud

- de interés
- escucha activa



DELIMITAR LA DEMANDA

• Repetición

- Repetir las palabras del paciente/familiar inmediatamente, sobre como se siente o como vive la enfermedad, para remarcar este aspecto...

- *"El tto no le mejora nada"*
- *"Está Vd. preocupada"*
- *"Vd está deprimido"*



DELIMITAR LA DEMANDA

- Clarificación

- Indagar sentimientos que parecen escondidos o se hayan manifestado de forma no verbal.

- *déjeme ver si puedo entender bien lo que siente.... lo que le pasa.. tiene miedo de que...*



Repetición y clarificación

- Repetición
- Clarificación





índice





¿y si se enrollan mucho?

Técnica para redirigir (interrumpir) al paciente

- Pacientes/ familiares que hablan demasiado con un discurso excesivo y sin contenido.
- Es necesario interrumpir y redirigir
- Aplicarlo adecuadamente para evitar parecer desinterés o rechazo



Técnica para redirigir (interrumpir) al paciente

Procedimiento



- Detectar la situación y decidir interrumpir.
- Disculparse (tono de voz más alto) acompañándose de una expresión no verbal correspondiente y añadiendo un: ¡disculpe!
- Expresar gran interés en un aspecto concreto:
 - "Ahora me interesaría mucho que me explique.....".
- Pedir un aclaramiento o formular una pregunta específica sobre el problema:
 - "¿Como es este dolor de espalda?".
- Repetir el procedimiento con pequeñas variaciones las veces que sea necesario.

Delimitar la demanda

- En ocasiones el motivo de consulta y la preocupación es la misma pero en ocasiones no es así.
- ¿Y algo más?
- Verbalizar la preocupación. En ciertas ocasiones no sirve el todo es normal

"todo es normal y la petequias son por los vómitos y no tienen nada que ver con la meningitis".

DELIMITAR LA DEMANDA

- Crear un clima de confidencialidad
- Preguntas abiertas
- Silencios y las pausas
- Repetición
- Clarificación



índice



19ª Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



SEUP

Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Taller comunicación

FASE RESOLUTIVA

- Video Informa residente
- Video Informa adjunto

EJERCICIO
INFORMAR A LOS PADRES DE
UNA ENFERMEDAD

Ejercicio información padres
Informa a unos padres (ambos
administrativos).

Su hijo de 5 años padece una:
Purpura de Schönlein-Henoch



Explicar:

El motivo de una visita reiterada
Porque varias personas observan
una lesión, radiografía o
procedimiento.



¡¡¡debe ser muy raro o grave para que ya hayan venido 4 pediatras a ver al niño!!!



índice



19ª Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Taller comunicación

¿QUÉ LE PASA VS QUÉ...?

Visita/ Video

Visita completa



Comentarios a la visita

- Favorables
- Desfavorables

PREGUNTAS

- ¿Utiliza la relación de culpa?
- ¿Hay una buena empatía?
- ¿Delimita la demanda?
- ¿Sabe lo que le preocupa?
- ¿Sabe informar?
- ¿Interrupciones?... Teléfono.

índice



19ª Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



SEUP

Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Taller comunicación

COMUNICACIÓN NO VERBAL

Comunicación no verbal



Es normal la radiografía ... eh!

... es normal



no tiene
nada



¿no tiene nada?



Comunicación no verbal

- La comunicación no verbal supone una parte muy importante del contenido del proceso.
- Preferimos creer lo no verbal porque parece representa mejor la opinión de nuestro interlocutor
- El lenguaje verbal es más consciente que el no verbal.
- Todo lo que sucede en el "BOX"/Habitación/Consultorio es interpretado por el paciente o acompañantes.



índice



CONFLICTOS

*"Cualquiera puede enfadarse, eso es algo sencillo.
Pero enfadarse
con la persona adecuada,
en el grado exacto,
en el momento oportuno,
con propósito justo
y del modo correcto,
eso, ciertamente, no resulta tan sencillo "*

Videos conflictos

Conflicto
VIDEO 1



Conflicto
VIDEO 2



- Conflicto VIDEO 1
- Conflicto VIDEO 2

índice



Identificar conflictos

- Identificar diferentes situaciones de conflicto en tu vida laboral



Identificar tus conflictos

- Tipo de situaciones que frecuentemente te ocasionan un conflicto

- Tipo de usuario, de compañero, de jefe... que te ocasiona un conflicto



índice



Casos conflicto

- Están muy enfadados por la demora (3horas) y el niño no para de llorar. Han tenido ya unas palabras con el celador (que es también un poco chulo y "empatiza" fatal). Y han sido mal evaluados en el triage.

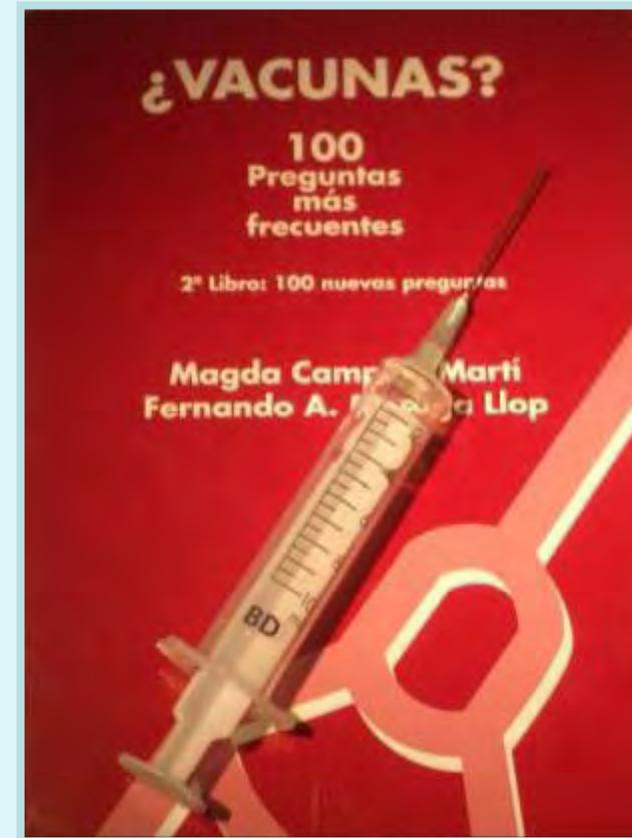
- Paciente enfadado por la habitación que le ha correspondido.
- Quiere una individual como la del 313.
- No está de acuerdo con compartirla con un "MORO"

Para estudiar un conflicto

1. ¿qué pasó?
2. ¿qué intereses tenías tu?
3. ¿qué quería la otra parte?
4. ¿qué intereses tuyos eran incompatibles con los del otro?
5. ¿qué emociones sentiste entonces y ahora?
6. ¿qué emociones sintieron por la otra parte?
7. ¿qué hiciste para resolver el conflicto?
8. Cual crees que habría podido ser la solución
9. ¿Por qué crees que se llegó o no a la solución?
10. ENSAYAR

RESOLVIENDO CONFLICTOS

prevenir



- Si conocemos que hay muchas quejas por la demora...
- Anunciar el tiempo de espera aproximado. La frustración siempre depende de las expectativas y estas se forman, también, con la información que les ofrecemos.

- El paciente comenta murmurando a su acompañante:

“La tía esta de ucias no tiene ni idea... es más tonta...”

- “la médico jovencita debe ser una residente no tiene ni idea...”

RESOLVIENDO CONFLICTOS

Ignorar (especialmente si es de tipo irónico)



RESOLVIENDO CONFLICTOS

señalar
vaciar



Parece que está enfadado....



RESOLVIENDO CONFLICTOS

*reconocer el error
sí lo hay*



RESOLVIENDO CONFLICTOS

*contrabalanceo
emocional*



evitar la espiral de agresividad



RESOLVIENDO CONFLICTOS

reconducir



nueva propuesta de relación



Estrategias para afrontar la agresividad del paciente Decálogo

1. Prevenirla

- velar por el buen funcionamiento del centro
- extemar el trato cordial

2. Ignorarla

- Especialmente las de tipo irónico

3. Señalarla

- Poner de evidencia lo que percibimos: "veo que está molesto"
- Después de señalar permitir expresar y mostrar una actitud de escucha y de interés

4. Evitarla

- Contrabalanceo emocional. Mostrarse de manera opuesta a la que manifiesta la persona agresiva. (actitud de escucha, voz pausada)
- Difícil principalmente si nos insultan.

5. Admitirla

- Con frecuencia detrás de una queja agresiva hay motivos que fácilmente lo explican. (deficiencias del sistema o de la organización)

Estrategias para afrontar la agresividad del paciente

6. Reconducirla

- A veces el ansia por quejarse esconde la finalidad últimas de la propia queja.
 - Ante una queja por espera. No insistir en el tiempo que ha esperado sino que ya estamos en disposición de atenderlo.

7. Pararla

- Manifestando asertivamente que no puede continuar con una determinada conducta.
 - Si grita desaforadamente. "Necesito que hablemos normalmente, sin gritar... "Ahora no les puedo atender, espere un momento y les avisaré"

8. Pedir ayuda

- Cuando no podemos o no estamos en condiciones para afrontar la situación de agresividad.

9. Reflexionar

- A posteriori analizar las limitaciones y circunstancias

10. Entrenamiento

*"Los pacientes y sus familias no
vienen al hospital a discutir
sino para resolver un problema
que les preocupa"*



*"Tu eres un profesional de la sanidad...
...pero él no es un paciente o
acompañante de paciente profesional"*



Sería deseable tratar con padres amables, educados y emocionalmente estables.

Ante la dificultad de un taller y escuela de padres para 50.000:

"preferimos formar a los pediatras que deberán atenderlos"

Codina and Codina



índice



19ª Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Taller comunicación

MALAS NOTICIAS

Video Dando malas noticias en emergencias

DAR MALAS NOTICIAS



escoger el momento y el lugar



DAR MALAS NOTICIAS



no anunciar

El lenguaje no verbal ya lo anuncia



DAR MALAS NOTICIAS

sin rodeos



Debemos evitar el:


"Tranquilos ya verán
como no será nada"

DAR MALAS NOTICIAS

informar a los niños



DAR MALAS NOTICIAS

"El duelo de los niños depende de los padres"



¿Por qué lo
preguntas?

¿me voy a morir?



¿y de qué le operaron?

Pués a mi abuelo lo operaron y se murió



DAR MALAS NOTICIAS

no huir



acompañar en el duelo



DAR MALAS NOTICIAS



acompañar en el duelo



DAR MALAS NOTICIAS

~~se como se siente,
YO también... bla
bla...~~



la presencia física y el silencio
son muchas veces suficiente



DAR MALAS NOTICIAS

- Escoger el momento
- No anunciar
- Transmitir seguridad
- Sin rodeos
- Informar a los niños
- Contestar las dudas
- Permitir el vaciado. No se puede huir
- Acompañar en el duelo
- El duelo de los niños depende de los padres



Dándo malas noticias

EVITAR

1. Hacerlo en salas de espera, pasillos de pié. Ni HUIR
2. Utilizar palabras de alto contenido emocional (cáncer...)
3. El lenguaje técnico
4. Culpabilizar (si hubiese venido antes...)
5. Utilizando seguridades prematuras (todo ira bien..., tranquilo)
6. Contagiarse emocionalmente del paciente (está muy ansioso y emotivo)
7. Mintiendo deliberadamente (después de la quimio se pondrá bien...)
8. Expresar un exceso de objetividad en la información
9. La gran emotividad de los padres delante de sus hijos
10. IMPROVISAR

PROCURAR

1. Espacio íntimo, despacho, sentados
2. Palabras neutras (tumor...)
3. Lenguaje inteligible y sin rodeos
4. Conteniendo las emociones
5. Informando sobre la atención que se puede dar (ahora podemos empezar un tto)
6. Mostrándose empático y acompañando
7. Explorando como va evolucionando el proceso del paciente y familia
8. Facilitando información por etapas
9. Que puedan expresar sus emociones y dudas sin la presencia del hijo
10. ENSAYAR

¿Cuanto tiempo nos queda?



índice



$$E = c + a^2$$

Exito = conocimientos + actitud²

“Los conocimientos suman y la
actitud multiplica”

APTITUD + ACTITUD

"Es más fácil adquirir conocimientos
que modificar actitudes"

Decálogo para una buena comunicación

1. Permite una comunicación bidireccional
2. Observa la comunicación no verbal
3. Escucha el significado más que las palabras
4. Facilita el discurso con sus actitudes verbales y no verbales
5. Busca tanto el porque consultan como que le preocupa
6. Mantén tus opiniones con total firmeza y máxima flexibilidad
7. Asegúrate que las informaciones son entendidas y aceptadas
8. Entrega instrucciones por escrito
9. Modifica actitudes conflictivas señalando para vaciar y proponiendo una nueva relación
10. Entrénate en todo esto.

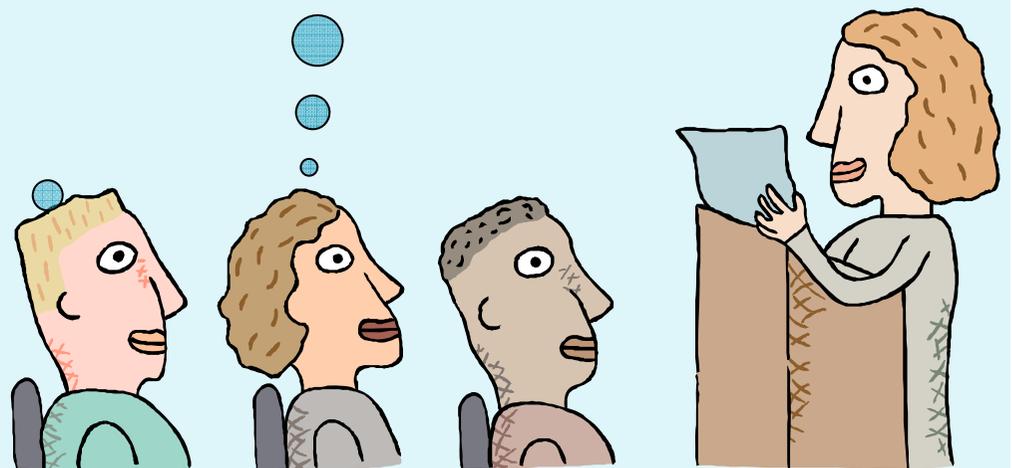
Objetivo

Sensibilizar sobre la importancia de la **COMUNICACIÓN** como **COMPETENCIA ESENCIAL** para los profesionales de la salud

Moltes gràcies

iii por fin... !!!
es interesante
pero tengo que
irme a otro taller

yo ésto ya lo
sabía. i Mira que
lo complican...!



19^a Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Muchas gracias

La comunicación con la familia

F. Codina Garcia fcodina@salutms.cat

X. Codina Puig xcodina@fhag.es



Corporació de Salut del
Maresme i la Selva



Hospital General de
Granollers



Indice

- Objetivos
- Primer principio de la comunicación
- Como aprendemos a comunicar.
- Dificultades en la comunicación.
- Seguridad del profesional.
 - Fase exploratoria
 - Fase resolutive
- Que pasa vs que...
- Comunicación no verbal.
- Los conflictos son inevitables.
- Malas noticias
- The end



Videos

- Conflicto 1
- Conflicto 2
- Comunicación no verbal
- Preguntas cerradas
- Preguntas abiertas
- Visita completa
- Informando con paciente grave
- Video EMPATÍA

Y
QUE
VIVA LA
LA BUENA VIDA

Y

QUE

VIVA LA

LA BUENA VIDA

Pendiente

- Tener en papel
 - Guión
 - Test cuadrados
 - Física cuantica

Plan B. Diapositivas en papel
Altavoces de plan B.

OTROS

19ª Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



SEUP

Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Taller comunicación

EMPATIA

EMPATIA



Ciencia y caridad.
1897

Museo Picasso,
Barcelona

es la capacidad de entender al otro



- Video EMPATÍA

EMPATIA

....es escuchar mas que oír

*Se oyen las palabras y se escucha a las personas
Hay que ejercitar la paciencia para entender*



EMPATIA



ser justo sin ser juez



EMPATIA

- Habilidad para:
 1. Entender las experiencias emocionales del paciente / acompañante (no compartir)
 2. Comunicarle que se le entiende
 3. Revertirlo en beneficio del proceso terapéutico
- Empatía
 - Demostrar empatía no es cuestión de la manera de ser de uno.
 - Se puede adquirir, enseñar y aprender como herramienta comunicativa



EMPATIA

Cualquier situación externa nos genera un sentimiento:

Positivo = pensamiento y acción positiva
a favor del otro

Negativo= pensamiento y acción negativa
en contra del otro

Debemos tener un CONTROL

NO sobre las acciones

SI SOBRE LOS SENTIMIENTOS

Pasos a seguir para practicar una empatía efectiva

- Reconocer la presencia de emociones intensas en el marco asistencial
 - miedo, cólera, desengaños...
- Imaginar como se puede sentir el paciente
- Transmitir nuestra percepción respecto a los sentimientos del paciente/acompañante.
 - "me imagino que tiene que ser duro para usted..."
 - "parece como si estuviera disgustado"
- Legitimar lo que siente el paciente
- Respetar el esfuerzo que realiza el paciente para afrontar el problema
- Ofrecer apoyo
 - "estoy dispuesto a colaborar con usted para resolver su problema"
 - "a ver qué podemos hacer conjuntamente"

Platt FW. Empathy: can it be taught? Ann Intern Med. 1992; 117:70-1

Tipos de situaciones empáticas en la práctica médica

- Oportunidad empática
 - cuando el paciente describe una emoción de manera explícita y directa
- Respuesta empática
 - cuando el profesional explícitamente expresa y reconoce una emoción emitida por el paciente.
- Oportunidad empática abortada
 - Cuando la intervención del profesional que sigue inmediatamente a una oportunidad empática se encuentra alejada de la emoción indicada por el paciente.
- Oportunidad empática perdida
 - No se aprovecha una oportunidad empática
- Oportunidad empática potencial
 - El paciente se expresa de una manera que puede dar pie al profesional a inferir y enfatizar una emoción que no ha sido explícitamente expresada.

Ejemplos:

- Celador:
 - Pasa dos fichas:
 - En el Box 7 "un dolor de rodilla"
 - En el Box 8 "una cefalea".

Julián vestido de ciclista ha caído de su bicicleta

María, mujer de 60 años, con los ojos hichados de llorar, lleva un distintivo de acompañante.

Ejemplos:

- Celador:
 - Pasa dos fichas:
 - En el Box 7 "un dolor de rodilla"
 - En el Box 8 "una cefalea".

Julián vestido de ciclista ha caído de su bicicleta el día antes de ir a su primer TOUR DE FRANCIA.

María, mujer de 60 años, con los ojos hichados de llorar, lleva un distintivo de acompañante. *"Mi marido está en la UCI desde ayer"*

19ª Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Taller comunicación

ASERTIVIDAD

Consulta de urgencias por una lesión cutánea de 6 semanas de evolución

paso de decirle nada...
acabaremos antes



pasivo

no es adecuado
que vengan de
urgencias por
problemas que no
lo son para
poder...

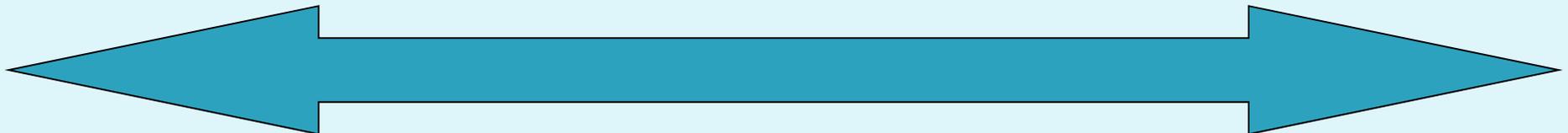


asertivo

(cabreado) Les he
dicho mil veces que
no ME vengan por
cosas no urgentes



agresivo



Asertividad

Se define como conducta asertiva la **expresión adecuada de las emociones** en las relaciones sociales, sin que se produzca ansiedad ni agresividad.

La asertividad **es una conducta**, no una característica de la personalidad. Podemos hablar de la asertividad como una habilidad en el conjunto de las habilidades sociales

No asertivo

Relacionado con baja autoestima

Personas con miedo a molestar a otras

No saben afrontar un rechazo o negativa

ASERTIVO

La asertividad no resuelve el conflicto "per se".

Contribuye a que las personas se sientan satisfechas de cómo afrontan la situación

No asertivo

Consigue los objetivos a corto plazo. Pero genera resentimiento y odio.

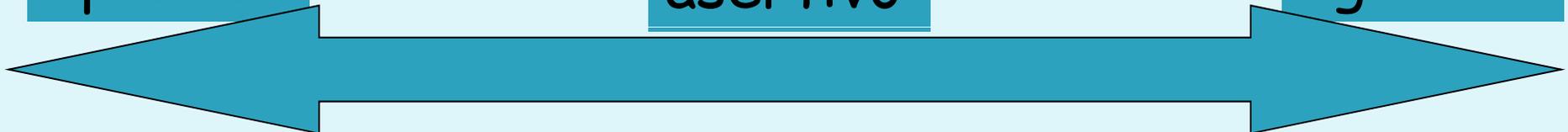
Las personas suelen evitar el contacto social con el agresivo.



pasivo

asertivo

agresivo



No asertivo

HUIDA

Genera:
FRUSTRACION

ASERTIVO

RAZONAR

Implica utilizar el lenguaje, el sentido común la inteligencia y el pacto para resolver los conflictos.

Genera: BIENESTAR y no afecta a la AUTOESTIMA

No asertivo

LUCHAR

Implica utilizar la violencia física o verbal.

Genera: odio y malestar tanto si se gana como si se pierde



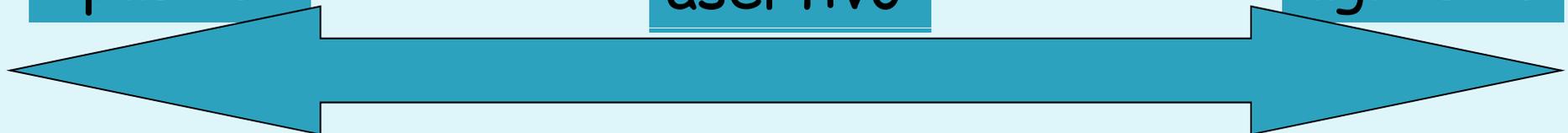
pasivo



asertivo



agresivo



TECNICAS ASERTIVAS

TECNICAS ASERTIVAS

Disco rallado



si, pero....

si, lo sé pero mi punto de vista es....

estoy de acuerdo, pero.....

TECNICAS ASERTIVAS

Claudicación simulada



Si, podríamos hacerle un TAC,..... pero....

teniendo en cuenta la radiación para el niño, la necesidad de sedación y el estado actual no es aconsejable

Quizás no debería mostrarme tan duro, pero...

TECNICAS ASERTIVAS

Quebrantamiento



Respuestas monosilábicas:

Si...

No...

Quizás....

Mi hijo no me come
nada y desde que
nació me lo vomita
todo.
No cree que es
preocupante

NO



TECNICAS ASERTIVAS



Disco rallado



Claudicación simulada



Ignorar



Quebrantamiento

Asertividad

- **Asertividad**
 - Expresión de los sentimientos opiniones y pensamientos de manera eficaz
 - Respeto de los derechos de los demás
 - Aceptación de si mismo y respeto por parte de los demás
 - Aparecen sentimientos de satisfacción
 - Se incrementa la probabilidad de alcanzar acuerdos satisfactorios

- **Pasividad**
 - Incapacidad para expresar sentimientos, opiniones, pensamientos
 - Dificultad para entender los propios derechos como persona
 - Aparición de sentimientos de inseguridad
 - Tendencia a que los demás no te respeten
 - Puede desembocar en agresividad sin causa aparente.

- **Agresividad**
 - Manifestación de comportamientos agresivos: lucha amenazas...
 - No se respetan los derechos de los demás
 - Incapacidad para autocontrol
 - Surgen sentimientos de insatisfacción.

Comentarios

- Las habilidades comunicativas forman parte de las competencias profesionales que debería asumir cualquier profesional de la salud
- La buena comunicación no tiene nada que ver con el servilismo, favorece nuestro trabajo y disminuye el stress .
- La empatía es obligatorias y la simpatía aconsejable.
- Fundamental el trabajo del área relacional:
 - Habilidades comunicativas
 - Manejo de conflictos
 - Trabajo en equipo.