

Atención en Urgencias a los Niños con Necesidades Especiales

¿Hasta dónde puede llegar el pediatra de urgencias?

Victoria López Corominas
Hospital Universitario Son Espases
Palma de Mallorca

Capacidad de respuesta en urgencias

¿Hasta dónde puede llegar el pediatra de urgencias?

Dependerá...

- Las características del paciente
- El motivo de consulta
- El nivel asistencial
- Disponibilidad de especialistas 24 horas
- Organización del equipo de guardia

Pero TENEMOS que solucionar el problema...

Atención en urgencias a NPCC

Para los pediatras de Urgencias suponen un reto:

- **Poca experiencia personal acumulada** (enf. “raras”)
- **Poca evidencia científica** sobre su manejo
- **Mayor número de eventos adversos**
 - Polimedicación: Existencia de interacciones...
 - Medicación de uso poco habitual
 - Uso de tecnología
- Exigen manejo y comunicación **interdisciplinar**
- **Cuidadores “expertos”** pero en ocasiones **sobrecargados**

Dewan T, Cohen E. Children with medical complexity in Canada. Paediatr Child Health. 2013;18:518---22.

Motivos de consulta en Urgencias

- Por procesos intercurrentes
- Por descompensación de su patología de base
- Por problemas técnicos de los equipos y dispositivos
- Por precisar material (sondas, tubos...)
- Otras: cansancio, saturación, angustia familiar... (claudicación)

Adrián

- Niño de 2 años que acude porque la madre “no le ve bien”, esta más quejoso.
- Cree que “le duele algo”.
- Esta mañana ha realizado un vómito.
- Afebril
- Portador de válvula de derivación ventrículo peritoneal

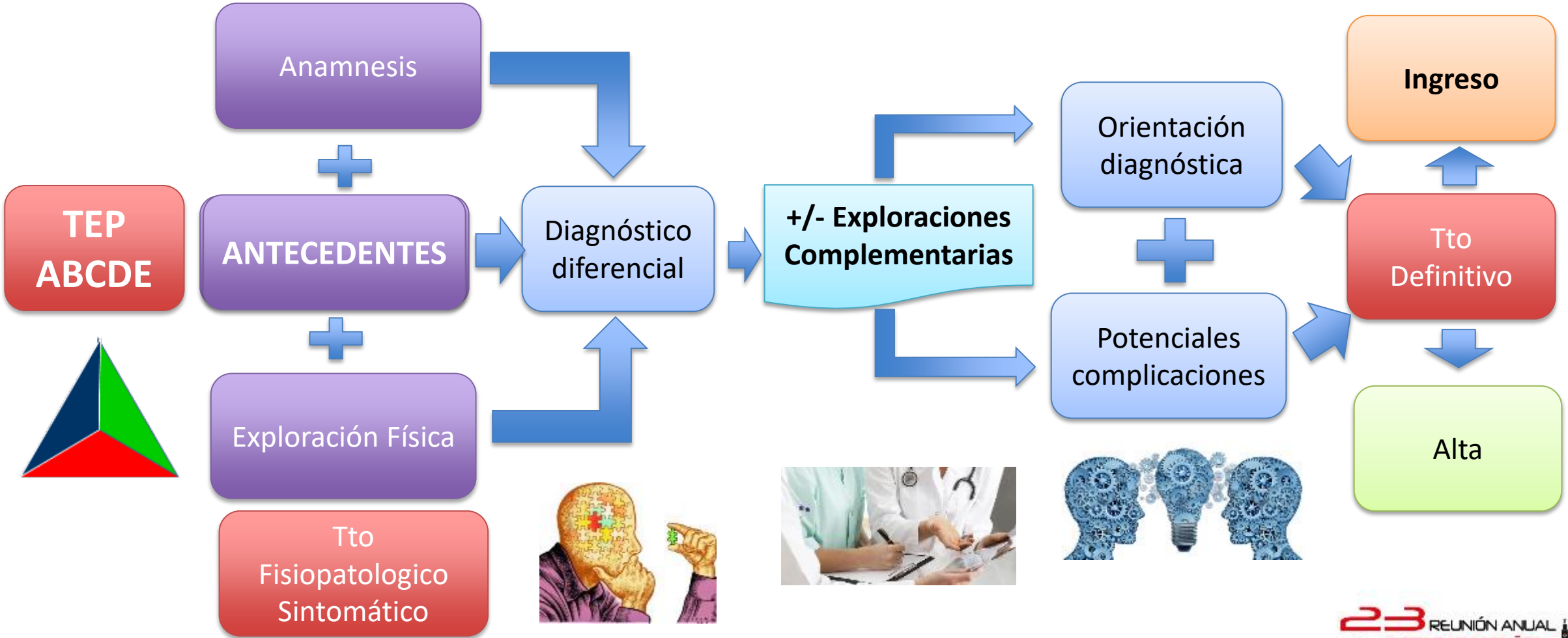


Evaluar al niño
GLOBALMENTE

Proceso actual relación con su patología
de base o no

Padres

REEVALUACION CONTINUA

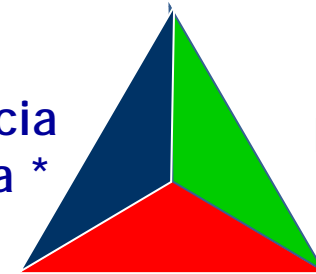


Adrian. Evaluación inicial

TEP:

- Aspecto **anormal** , similar a la **situación basal**
- Respiración normal
- Circulación normal

Apariencia
Alterada *



Respiración
normal

Circulación:
normal

Signos vitales: Tª 38.5°C. TA 120/80mmHg. FC 160 lpm. FR 20. Sat 96%

Diagnóstico Fisiopatológico:

Estable



Adrián. Manejo inicial



- Niño portador de VDVP con sospecha de disfunción valvular:
 - Complicación posible → Monitorización
 - Dieta absoluta → Sueroterapia NB
 - Sx neurológica → Elevación cabecero
 - Fiebre → Antitérmico

REEVALUACION CONTINUA

Adrián. Antecedentes Personales

- Historia clínica con >100 visitas a urgencias
- 10 ingresos previos, aparte del de Neonatos
- Múltiples visitas en CCEE de:

- Neuropediatría
- Neurocirugía
- Neumología
- Oftalmología
- ORL
- Rehabilitación...

Antecedentes personales Resumen de UCIN



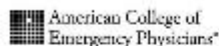
- RNPT PAEG (29+1, 1.295 g.)
- Corioamnionitis materna por listeria monocytogenes
- Enfermedad de membrana hialina. Preciso V.M, intubación endotraqueal y surfactante.
- Sepsis-meningitis por listeria monocytogenes. Meningitis *citrobacter freundii*
- Ductus persistente. Indometacina
- HIV III izquierda y III-IV derecha. Hidrocefalia posthemorrágica. Hematoma epidural postcirugía. Intervenida en varias ocasiones:
 - implantación de reservorio intraventricular
 - cambio de reservorio intraventricular,
 - implantación **válvula ventrículo-peritoneal**
 - evacuación hematoma epidural.
- Anemia multifactorial. Plaquetopenia
- Hipertensión arterial transitoria
- Diselectrolitemia
- Hiperbilirrubinemia no inmune
- Retraso en evacuación de meconio
- Ectasia piélica grado I bilateral (resuelta)
- Hipercalciuria + nefrolitiasis
- Canalización arteria y vena umbilical. Canalización epicutáneos centrales (2)
- Nutrición parenteral y enteral por sonda nasogástrica
- Transfusión hemoderivados (plaquetas y hematíes)
- Punción lumbar y punción reservorio intraventricular
- Fototerapia

Antecedentes

- Difícil “seleccionar” la información relevante.
- Historias clínicas complejas:
 - Información **poco accesible**
 - Información **fraccionada**
 - Información **no actualizada**
- Ausencia de HCE unificada y **accesible** desde cualquier CCAA
- Medicación de base:
 - Polimedicación
 - Posibilidad de efectos secundarios
 - Interacciones
 - Interacciones con tto de proceso agudo
 - Fármacos “raros” , “nuevos”
 - Conciliación: SEGURIDAD
 - Descompensación si no se administra



Emergency Information Form for Children With Special Needs



Date form completed
By Whom

Revised

Initials

Last name:

Name:		Birth date:	Nickname:
Home Address:		Home/Work Phone:	
Parent/Guardian:		Emergency Contact Names & Relationship:	
Signature/Consent*:			
Primary Language:		Phone Number(s):	
Physicians:			
Primary care physician:		Emergency Phone:	
		Fax:	
Current Specialty physician: Specialty:		Emergency Phone:	
		Fax:	
Current Specialty physician: Specialty:		Emergency Phone:	
		Fax:	
Anticipated Primary ED:		Pharmacy:	
Anticipated Tertiary Care Center:			

Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam:	
1. _____	Baseline physical findings:
2. _____	_____
3. _____	Baseline vital signs:
4. _____	_____
Synopsis:	

Baseline neurological status:	

*Consent for release of this form to health care providers

Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam continued:	
Medications:	Significant baseline ancillary findings (lab, x-ray, ECG):
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	Prostheses/Implants/Advanced Technology Devices:
5. _____	_____
6. _____	_____

Management Data:	
Allergies: Medications/Foods to be avoided and why:	
1. _____	
2. _____	
3. _____	
Procedures to be avoided and why:	
1. _____	
2. _____	
3. _____	

Immunizations											
Dates								Dates			
DPT								Hep B			
OPV								Varicella			
MMR								TB status			
HIB								Other			
Antibiotic prophylaxis:						Indication:			Medication and dose:		

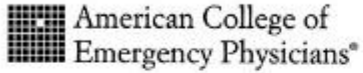
Common Presenting Problems/Findings With Specific Suggested Managements		
Problem	Suggested Diagnostic Studies	Treatment Considerations

Comments on child, family, or other specific medical issues:	
Physician/Provider Signature:	Print Name:

© American College of Emergency Physicians and American Academy of Pediatrics. Permission to reprint granted with acknowledgment.



Emergency Information Form for Children With Special Needs



American Academy of Pediatrics



Date form completed	Revised	Initials
By Whom	Revised	Initials

Name:	Birth date:	Nickname:
Home Address:	Home/Work Phone:	
Parent/Guardian:	Emergency Contact Names & Relationship:	
Signature/Consent*:		
Primary Language:	Phone Number(s):	

DATOS DE AFILIACION

- Del niño
- Del Pediatra de AP
- De Especialistas

Physicians:	
Primary care physician:	Emergency Phone:
	Fax:
Current Specialty physician:	Emergency Phone:
Specialty:	Fax:
Current Specialty physician:	Emergency Phone:
Specialty:	Fax:
Anticipated Primary ED:	Pharmacy:
Anticipated Tertiary Care Center:	

DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS PREVIOS/EXAMEN FISICO

1.	Exploración física en situación basal
2.	
3.	Signos vitales en situación basal
4.	
Synopsis:	Situación neurológica basal

DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS PREVIOS/EXAMEN FISICO

Medicaciones	Hallazgos significativos en exploraciones complementarias (Rx, EKG, Gasometría...)
1.	
2.	
3.	
4.	Prótesis, dispositivos..
5.	
6.	

*Consent for release of this form to health care providers.

Committee on Pediatric Emergency
 Medicine Pediatrics 1999;104:e53 ©1999
 by American Academy of Pediatrics



Last name:

Management Data:	
Allergies: Medications/Foods to be avoided	and why:
1.	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; display: inline-block;"> Alergias farmacológicas, alimentarias y procedimientos contraindicados </div>
2.	
3.	
Procedures to be avoided	
and why:	
1.	
2.	
3.	

Immunizations									
Dates						Dates			
DPT									
OPV									
MMR									
HIB									
						Other			

Vacunaciones

Antibiotic prophylaxis:

Indication:

Medication and dose:

PROBLEMAS FRECUENTES ESPERABLES/HALLAZGOS Y SUGERENCIAS ESPECÍFICAS DE MANEJO

Problem

Estudios diagnósticos sugeridos

Tratamiento y consideraciones

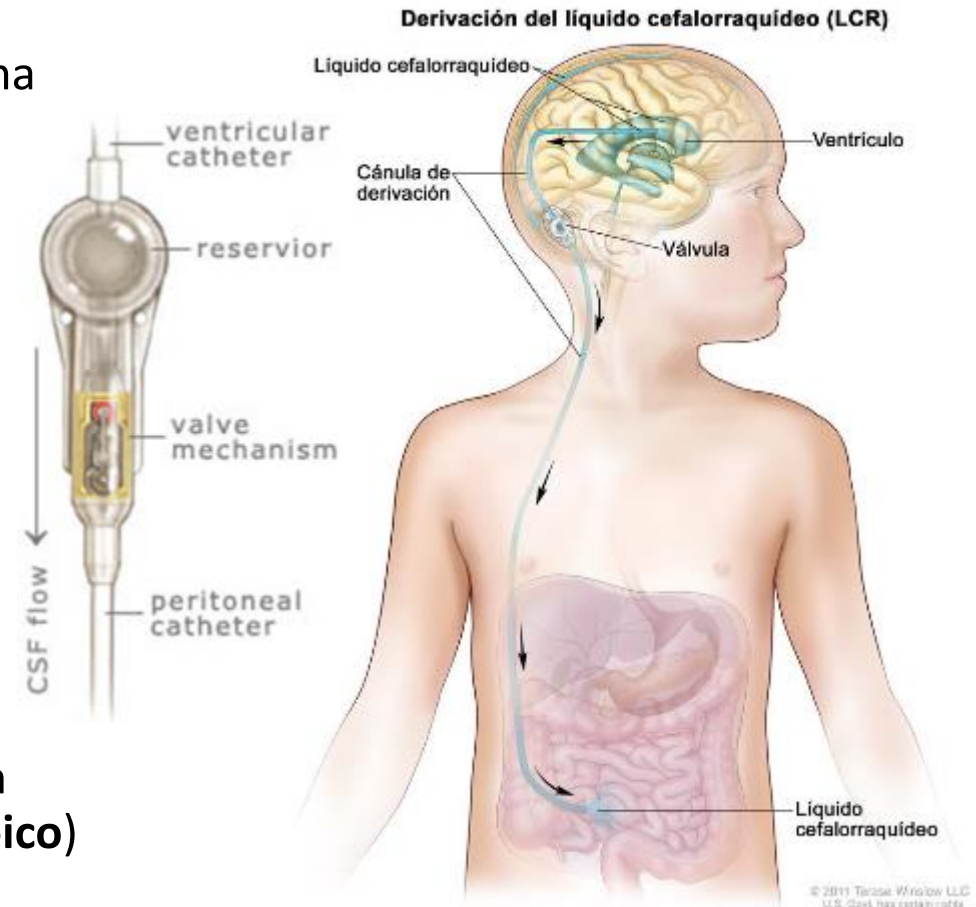
Comments on child, family, or other specific medical issues:

Physician/Provider Signature:

Print Name:

© American College of Emergency Physicians and American Academy of Pediatrics. Permission to reprint granted with acknowledgement.

- **Meningitis** por listeria y por citrobacter
- **HIV bilateral III-IV. Hidrocefalia posthemorrágica.** Hematoma epidural postcirugía
- Intervenido en varias ocasiones:
 - implantación de reservorio intraventricular
 - cambio de reservorio intraventricular,
 - implantación **válvula ventrículo-peritoneal**
 - evacuación hematoma epidural.
 - **Sustitución de válvula** en 2 ocasiones anteriores por disfunción-desconexión (ultima hace 3 meses)
- **Secuelas neurológicas severas**
 - Sonríe . No lenguaje. No deambulación
 - **Hemiparesia derecha**
 - **Epilepsia focal** con generalización secundaria en tto con **Levetiracetam** (antecedente de **pancreatitis con Valproico**)



Anamnesis

- Interrogatorio dirigido
- ESCUCHAR A LOS PADRES iiiiii



Proceso actual relación
con su patología de
base

Proceso
intercurrente no
relacionado

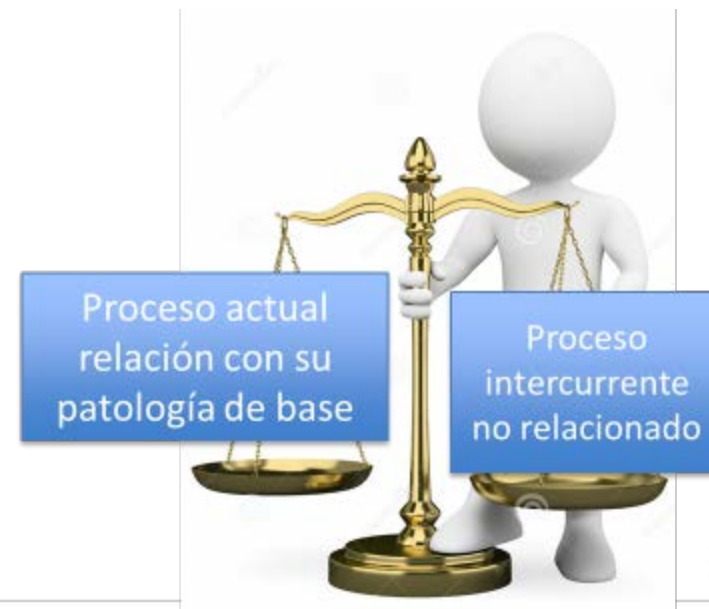
Madres, padres y cuidadores

- Son nuestros **aliados** en el cuidado de estos niños
- Ellos son **EXPERTOS** en **su hijo**:
 - La enfermedad de base de su hijo
 - Su **situación basal** y el estado actual de salud
 - Son capaces de interpretar **signos y síntomas sutiles** que para nosotros pueden pasar desapercibidos.
- Conocen el manejo de las complicaciones habituales, en muchas ocasiones mejor que un “pediatra general”
- **Experiencias previas** de complicaciones pasadas



Exploración Física

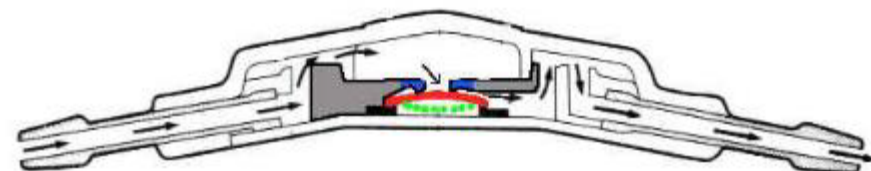
- **General:** Descartar causas no relacionadas con patología de base
 - Constantes
 - Por aparatos
 - Completa
- **Centrada en determinadas áreas** en función del motivo de consulta
- **De los Dispositivos**
 - Funcionamiento correcto
 - Ajustes adecuados
 - Signos de complicaciones





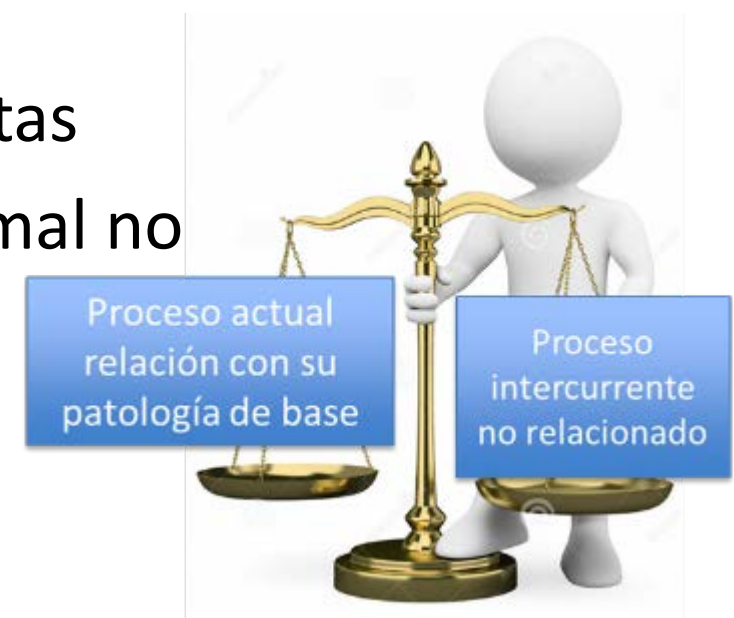
Adrián. Exploración Física

- Tomar constantes TA y FC
- Exploración General
- Exploración Neurológica exhaustiva:
 - Referido a su situación basal
 - Pupilas y Pares craneales
 - Fontanelas. Perímetro Cefálico
- Exploración de la derivación :
PALPACION DE TODO EL TRAYECTO
 - Inspección y palpación del trayecto
 - Examinar reservorio:
 - Llenado lento o depresión central permanente: Proximal.
 - Vaciado lento: Distal.
 - Sensación de clic o chasquido: Reservorio



Exploraciones Complementarias

- Individualizar
- Solicitar solo lo **justo y necesario**
 - No “aplicar el protocolo” por sistema
 - Aplicarlo siempre en situaciones concretas
- A veces, exploración complementaria normal no descarta patología



Adrián. Exploraciones complementarias

- Analítica
 - Hemograma, coagulación, bioquímica con marcadores de EBG
 - Pruebas cruzadas (por si precisa Cirugía)
 - Hemocultivo
 - Si sospecha Infección SNC: LCR Preferible de Reservorio: Neurocirugía
- Rx simple de todo el trayecto
- TAC (comparar previos)/ Preferible RMN
- +/- Ecografía abdominal/SNC
- +/- Fondo de ojo



*Un TAC sin cambios no
excluye HTIC ni
disfunción de válvula*

Adrián. Evolución

- El niño se mantiene estable con FC y TA mantenidas
- Rx sin desconexiones. TAC sin cambios
- Analítica sin alteraciones significativas
- Sin embargo los padres refieren que no está bien , que la clínica es similar a otros episodios de obstrucción/disfunción valvular.

➤ **Traslado a Centro con NCR**



Anticipación

- ANTICIPACION

- Preparación por si complicaciones

- Material y medicación de soporte de vía aérea
- Medicación

- para ↓PIC: SSH al 3-6% / Manitol

- anticonvulsivante: MDZ/DZP. NO VPT

- TRABAJO EN EQUIPO Preaviso a

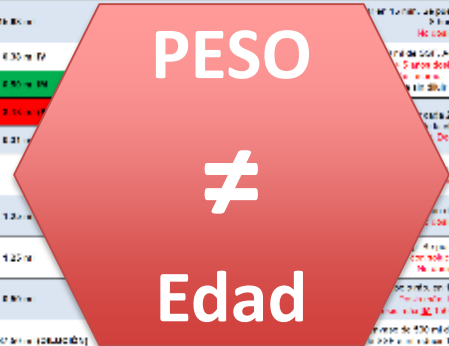
- Neurocirugía
- Anestesia
- UCIP

Quilmes

12,5 KG / 2 años

CARDS MEDICACIÓN EMERGENCIAS

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Observaciones
Ureol	10 mg	1 vez	
Medicación (Vía IV)	0.30 mg	1 vez	
Sereno (TABACOPTE)	0.30 mg	1 vez	
Neostigmina	0.30 mg	1 vez	
Atropina	0.30 mg	1 vez	
Midazolam	0.30 mg	1 vez	
Propofol	0.30 mg	1 vez	
Manitol	1.20 mg	1 vez	
Sedación (Fentanyl)	0.30 mg	1 vez	
Sedación (Propofol)	0.30 mg	1 vez	
Propofol	0.30 mg	1 vez	

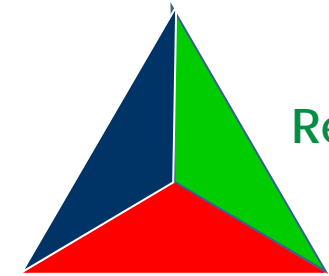


Adrián. Reevaluación a su llegada

TEP:

- Aspecto **anormal con respecto a su situación basal**
- Respiración normal
- Circulación normal

Apariencia alterada



Respiración normal

Circulación: normal

Signos vitales: Tª 36,3°C. TA 120/90mmHg. FC 75 lpm. FR 25. Sat 97%

Diagto Fisiopatológico:

Disfunción neurológica

Disfunción neurológica

Adrián. Evolución

- Tras estabilización, se traslada a quirófano
- Se revisa VDVP que estaba obstruida
- Se toman muestras para cultivo en Q . (+) *Staph. Aureus*
- Retirada de catéter. Externalización de drenaje
- Ingreso en UCIP con cobertura antibiótica
- Recolocación de válvula
- Buena evolución posterior



Manejo del niño con NE/PCC en urgencias

- Manejo inicial
 - TEP y constantes (modificado a situación basal)
 - Estabilización ABCDE
- Formularios para atención urgente facilita la asistencia
- Conocimiento básico de los principales dispositivos, sus complicaciones habituales y el manejo de éstas.

Manejo del niño con NE/PCC en urgencias

- Trabajo interdisciplinar y contacto con otros especialistas
- La exploración física debe ser completa y sistemática
incluyendo la revisión de los dispositivos
- Las exploraciones complementarias han de individualizarse
- Fundamental el papel de los padres en todo momento,
incluyéndolos en la toma de decisiones.

iGracias!



RARAS PERO

NO INVISIBLES