

EVALUACIÓN PEDIÁTRICA PRIMARIA: ABCDE

TEP:

- A:** Apariencia
- R:** trabajo Respiratorio
- C:** Circulación



VALORACIÓN TEP

Si inestable: monitorizar FC, FR, valorar O₂, acceso vascular (IV/IO) y glucemia capilar

TELÉFONOS EMERGENTZIAK:

Araba: 945 244 444

Bizkaia: 944 100 000

Gipuzkoa: 943 461 111

ABCDE (Inicial y reevaluación continua)

Evaluación rápida de la función cardiopulmonar y neurológica para identificar problemas que suponen amenaza vital e instaurar medidas terapéuticas oportunas
 Incluye determinación de constantes y SatO₂, interpretando todo en conjunto. En paciente crítico también glucemia capilar

A = VÍA AÉREA

B = RESPIRACIÓN/VENTILACIÓN

FR / SatO₂ / CO₂ espirado
 Auscultación Pulmonar / Retracciones

C = CIRCULACIÓN

FC / Pulso / Relleno capilar / T^a /
 TA / Auscultación cardíaca

D = DISCAPACIDAD

Alteración neurológica
 Glucemia capilar

E = EXPOSICIÓN

Exploración completa

- Posición confort
- Incorporar cabecero
- Aspiración de secreciones
- Apertura vía aérea:
 - Manual: frente-mentón o triple maniobra
 - Instrumental: cánula orofaríngea, mascarilla laringea, intubación
- Aspiración **cuerpo extraño** y paciente **consciente**:
 - <1 año → Golpes espalda-compresiones torácicas
 - >1 año → Golpes espalda-Compresiones abdominales
 - Pinzas de Magill
- Aspiración **cuerpo extraño** y paciente **inconsciente**: iniciar RCP

- Frecuencia respiratoria (FR)
- Disminución de la amplitud de la respiración
- Trabajo respiratorio (retracciones)
- Auscultación pulmonar patológica
- Coloración alterada
- SatO₂ (objetivo mínimo ≥94%)
- Forma onda de CO₂ (capnografía)

- Frecuencia cardíaca (FC):
- Pulso:
 - Centrales y periféricos
 - Si periféricos fuertes probablemente no haya hipotensión
- Relleno capilar: Normal < 2-3 s
- TA

- Nivel de consciencia : (Corteza cerebral)
 - Escala AVPU (AVDN)^a
 - Escala Glasgow^b
- Respuesta y tamaño pupilar: (tronco encefálico)
- Convulsiones ([Protocolo CONVULSIONES](#))
- Actividad motora: Movimientos simétricos, postura, flacidez
- Valoración del dolor: Escalas del dolor ([Protocolo ANALGESIA](#))

- Valorar oxígeno
- Si no mejora oxigenación y/o ventilación >>> Ventilación manual con **bolsa -mascarilla** con FiO₂ al 100%
- Si no mejora >>> **Intubación**
- Sibilancias sugiere broncospasmo ([Protocolo ASMA](#))
- Estridor sugiere laringitis ([Protocolo LARINGITIS](#))

- Obtener acceso vascular (IV/IO) para administrar líquidos y fármacos
- SSF o Ringer lactato IV/IO 10 ml/kg
- Pulso central ausente >>> [Protocolo RCP](#)

- Tratar hipoglucemia ([Protocolo HIPOGLUCEMIA](#))
- Anticomiciales si necesarios
- Analgesia si dolor
- CO₂ espirado

- Evitar hipotermia
- Orientar causas:
 - Petequias sugiere sepsis ([Protocolo SEPSIS](#))
 - Urticaria sugiere anafilaxia ([Protocolo ANAFILAXIA](#))

EVALUACIÓN PEDIÁTRICA PRIMARIA: ABCDE

Edad	FC (lpm)	FR (rpm)	PAS mínima (mm Hg)
0-1 año	100-160	30-60	60
1-3 años	90-150	24-40	70
3-5 años (Preescolar)	80-140	22-34	75
6-11 años (Escolar)	70-120	18-30	80
12-14 años (Adolescente)	60-100	12-16	90
NOTAS	<p>Taquicardia es signo precoz de shock. Si >200 lpm considerar TPSV</p> <p>Bradicardia: < 60/lpm en niños y <100/lpm en neonatos indica hipoxia y/o isquemia</p>	<p>Signos de alarma: FR > 60 rpm</p> <p>FR < 20 rpm en < 6 años FR < 12 rpm en 6-15 años</p>	

b ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):

	PUNTUACIÓN	MAYOR 1 AÑO	MENOR 1 AÑO	<2 AÑOS
APERTURA OCULAR	4	Espontánea	Espontánea	
	3	Respuesta a órdenes	Respuesta a la voz	
	2	Respuesta al dolor	Respuesta al dolor	
	1	Sin respuesta	Sin respuesta	
RESPUESTA MOTORA	6	Obedece órdenes	Movimientos espontáneos	
	5	Localiza el dolor	Se retira al contacto	
	4	Retira al dolor	Se retira al dolor	
	3	Flexión al dolor	Flexión al dolor	
	2	Extensión al dolor	Extensión al dolor	
	1	Sin respuesta	Sin respuesta	
RESPUESTA VERBAL	PUNTUACIÓN	MAYOR 5 AÑOS	2-5 AÑOS	<2 AÑOS
	5	Orientado	Palabras adecuadas	Sonríe, balbucea
	4	Confuso	Palabras inadecuadas	Llanto consolable
	3	Palabras inadecuadas	Llora o grita	Llora al dolor
	2	Sonidos incomprensibles	Gruñe	Se queja al dolor
	1	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta

VALORACIÓN RÁPIDA DE TA EN PACIENTE CON SHOCK

Estimación de la PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (PAS):

- Pulso periféricos (radial y pedio) palpables : 90mm Hg
- Pulso central (femoral) palpables pero no los periféricos: 50-90 mmHg
- Pulso central no palpables: < 50 mm Hg

Cifras de PAS consideradas como hipotensión según la edad:

- Neonatos < 60 mmHg
 - Lactantes < 70 mmHg
 - Niños 1-10 años:
 - P_5 (límite inferior de presión arterial sistólica) = $70 \text{ mmHg} + (2 \times \text{edad en años})$
 - P_{50} de presión arterial sistólica = $90 \text{ mm Hg} + (2 \times \text{edad en años})$
 - Niños > 10 años: < 90 mmHg
- La hipotensión es un **signo tardío** de shock descompensado.

Peso para calcular medicaciones de urgencia:

- Preguntar a los padres
- Métodos basados en la talla (cinta Bilbao 2019...) [LINK](#)
- Método basado en la edad:

Peso en kg = $2 \times (\text{edad en años} + 4)$



App GIDEP-WEST QR



ANDROID

IPHONE

a ESCALA AVPU (AVDN)

A - (Alert - Alerta) - A: paciente Alerta

V - (Verbal - Verbal) - V: paciente responde a estímulos Verbales

P - (Painful - Dolor) - D: paciente responde a estímulos Dolorosos

U - (Unresponsive - No responde) - N: paciente No responde (coma)

$\text{SatO}_2 \geq 94\%$ indica que la oxigenación es probablemente adecuada, pero interpretarla siempre junto con la FR y trabajo respiratorio.

CO₂ espirado debería ser utilizado si disponible en ETS en cualquier paciente con riesgo de desarrollar fallo respiratorio. Es particularmente útil en aquellos pacientes con oxigenoterapia que pueden sufrir hipovenitilación sin alterarse la SatO₂, como son la alteración del nivel de conciencia y la convulsión.

EVALUACIÓN PEDIÁTRICA PRIMARIA: ABCDE

JUSTIFICACIÓN PARA EL CAMBIO

- Revisión de bibliografía y actualización por haber pasado 4 años desde la anterior versión del protocolo
- Incluir en la estimación de peso los métodos basados en la talla/longitud y mencionar la App GIDEP-WEST

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ronald A. Dieckmann, Dena Brownstein and Marianne Gausche-Hill. The Pediatric Assessment Triangle. A Novel Approach for the Rapid Evaluation of Children. *Pediatr Emerg Care* 2010; 26: 312-315.
2. López O, Benito J. Estabilización inicial. El triángulo de evaluación pediátrica. En: Benito J, Mintegi S, Azkunaga B, Gómez B. Urgencias pediátricas. Guía de actuación. ED: Editorial Médica Panamericana. Madrid 2015. 258-264.
3. Fernandez A, Benito J, Mintegi S. Is this child sick? Usefulness of the Pediatric Assessment Triangle in emergency settings. *J Pediatr (Rio J)*. 2017 Nov-Dec;93 Suppl 1:60-67. doi: 10.1016/j.jped.2017.07.002. Epub 2017 Aug 25. PMID: 28846853.
4. Fuchs S. Initial assessment and stabilization of children with respiratory or circulatory compromise. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/initial-assessment-and-stabilization-of-children-with-respiratory-or-circulatory-compromise> [accedido el 3 de octubre de 2022].
5. American Academy of Pediatrics (AAP), American College of Emergency Physicians (ACEP). APLS: The Pediatric Emergency Medicine Resource. 5.^a edición. Jones and Bartlett Publisher; 2018.



ANDROID



PHONE