



Facultad de Medicina
Unidad Docente de Vitoria-Gasteiz

Prácticas de Pediatría
Alumnos 6º curso

Profesor coordinador docente

Dr.I.Díez López

Las prácticas de Pediatría se realizan en la OSI Araba, tanto en el Hospital de Universitario de Alava, sede Txagorritxu, Servicio de Pediatría, y en los diferentes Centros de Salud de la OSI (Organización sanitaria Integrada) Araba, áreas de pediatría de atención primaria; dentro del calendario y horario establecidos por el Departamento de Pediatría de la Universidad

Debido a que son prácticas en contacto con pacientes reales se aconsejan unas normas básicas de conducta y actitud:

Vestimenta adecuada al contexto hospitalario y de cara a los pacientes

Bata, fonendoscopio si se quiere, identificación **VISIBLE** que acredita como alumno de la Universidad, bolígrafos y cuaderno de notas

Lenguaje amable y adecuado con sus compañeros, los pacientes, familiares y personal sanitario

Se debe seguir la **DIRECTRIZ** de OSAKIDETZA 01/2017 que rige las relaciones del personal en Formación y los pacientes

Cada jornada, el profesor colaborador asignado asignará una tarea determinada que se deberá realizar en conjunto a su compañero de prácticas o de forma individualizada según se indique.

Al finalizar la misma, de nuevo, para exponer los resultados y dificultades en realizar la tarea.

Cuando se finalice el periodo de prácticas se procederá a la evaluación de cada alumno considerando el cumplimiento o no de los objetivos establecidos.

ACUDIR A LA PRÁCTICAS EN TODO MOMENTO PORTANDO ESTE CUADERNILLO PRÁCTICO

Índice

- Objetivos generales..... Página 4
- Evaluación..... Página 6
- PRÁCTICAS - GENERALIDADES..... Página 10
- PRÁCTICAS EN URGENCIAS..... Página 14
- PRÁCTICAS EN HOSPITALIZACIÓN..... Página 22
- PRÁCTICAS EN NEONATOLOGÍA..... Página 26
- PRÁCTICAS EN CCEE..... Página 31
- PRÁCTICAS EN AP..... Página 32
- PRÁCTICAS (caso clínico avanzado, anexos).....
Página 37
- Bibliografía..... Página 45

OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PLAN ROTATORIO:

- El alumno de 6º debe ser considerado como un pre-MIR "R0"
- Asistir a todas las actividades propias del Servicio
- Acompañar a la actividad diaria del profesor colaborador y asistirle dentro de la actividad sanitaria en aquello que lo considere oportuno
- Afianzar los conocimientos prácticos adquiridos en 5º curso
- De esta rotación el alumno puede hacerse una idea de la realidad asistencial de la Especialidad en Pediatría de cara a su elección MIR futura

La evaluación es por asistencia, hoja de evaluación del colaborador docente y posible EXAMEN ROTARIO PRACTICO

ADEMÁS se debe considerar la existencia del EXAMEN tipo ECOE a realizar en MAYO – JUNIO, el cual es eminentemente práctico

AREAS DE CONOCIMIENTO PRÁCTICO en el SERVICIO DE PEDIATRÍA OSI ARABA (HUA y MAP)

A efectos prácticos se ha procedido a distribuir a los alumnos en AREAS FUNCIONALES, según esta diseñado actualmente el SERVICIO

En cada AREA FUNCIONAL de SERVICIO existirá uno ó varios puestos para los alumnos con el ánimo de NO interferir con la docencia MIR y que cada alumno y solo uno quede asignado a un FEA correspondiente

AREAS DE CONOCIMIENTO PRÁCTICO en el SERVICIO DE PEDIATRÍA (HUA)

A efectos prácticos se ha procedido a distribuir a los alumnos en AREAS FUNCIONALES, según esta diseñado actualmente el SERVICIO

En cada AREA FUNCIONAL de SERVICIO existirá uno ó varios puestos para los alumnos con el ánimo de NO interferir con la docencia MIR y que cada alumno y solo uno quede asignado a un FEA correspondiente

DISTRIBUCION AREA FUNCIONAL ===== > Puestos funcionales (alumnos en prácticas)

- **NEONATOLOGIA ===== > 1 puesto de practicas**
- **MATERNIDAD ===== > 1 puesto de practicas**
- **PLANTA DE HOSPITALIZACION ===== > 1 puesto de prácticas**
- **URGENCIAS ===== > 1 puestos de práctica**
- **AREA de CCEE ===== > 6 puestos de prácticas (SECCIONES Nefrología, Respiratorio, Neurología, Digestivo, Cardiología, Endocrinología)**
- **AREA de asistencia a MAP =====> 9 puestos de prácticas distribuidos por los C. de Salud de la OSI**
- **La asistencia es OBLIGATORIA de al menos el 80%**

HORAS prácticas 120 h distribuidas en 4 semanas lectivas

EVALUACION

OBJETIVOS GENERALES:

El alumno/a deberá adquirir a nivel básico los conocimientos, habilidades y actitudes para solucionar correctamente los problemas que le planteen en un futuro la Promoción de la Salud Infantil y el Cuidado del Niño/a Enfermo/a.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Saber realizar una historia clínica pediátrica. Conocer la metodología para optimizar la entrevista clínica.
 2. Reconocer la importancia de las diferentes edades pediátricas en la fisiología y patología infantil.
 3. Realizar de forma estructurada una exploración física completa.
 4. Manejar e interpretar adecuadamente las exploraciones diagnósticas claves.
 5. Reconocer las patologías pediátricas más frecuentes y su tratamiento.
 6. Saber valorar el crecimiento del niño/a mediante el uso de gráficas de percentiles.
 8. Elaborar un informe clínico abreviado sobre los casos clínicos seguidos y los historiales.
 9. Comunicar oralmente a los padres o tutores, y al niño/a las observaciones de su exploración, proporcionándole la información pertinente.
 10. Exponer oralmente en sesiones abiertas las historias clínicas o seguimientos.
 11. Realizar búsquedas bibliográficas por internet en bases de datos médicas.
-

CHECK-LIST OPCIONAL DE EVALUACIÓN:

ANAMNESIS

1. Antecedentes personales:
 - *Embarazo
 - *Perinatales, alimentación...
 - *Calendario vacunal actualizado, vacunas optativas
 - *Enfermedades previas, ingresos
 - *Alergias medicamentosas/alimentarias

- * Toma de medicación habitual
- 2. Antecedentes familiares
- 3. Motivo de consulta:
 - * Cronología y tiempo de evolución, síntomas y tratamiento recibido
 - * Respuesta al tratamiento
- 4. Características del cuadro

EXPLORACION FÍSICA

- 5. Triángulo de Evaluación Pediátrico
 - * Apariencia, Respiración, Circulación
 - * FC, FR y TA en las distintas edades pediátricas, Sat O2 basal, Tª, peso
- 6. Auscultación cardiopulmonar
 - * Técnica adecuada, focos cardíacos
- 7. Exploración ORL:
 - * Otoscopia: técnica adecuada
- 8. Exploración abdominal: palpación, peristaltismo, masas/megalias
- 9. Exploración neurológica/signos meníngeos. Desarrollo psicomotor

HABILIDADES TÉCNICAS, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- 10. Interpretar una Rx tórax simple
- 11. Interpretar una analítica pediátrica básica
- 12. Interpretar las gráficas de percentiles de peso, talla e IMC

RELACIONES INTERPROFESIONALES

- 13. Solicitud de Interconsultas, consultas telefónicas con otros Profesionales

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

- 14. Diagnóstico diferencial y definitivo
 - * Es capaz de integrar datos de anamnesis, EF y PC
- 15. Tratamiento adecuado
 - * Es capaz de elegir el tratamiento más adecuado entre las distintas opciones terapéuticas

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

- 16. Presentación
 - * Adecuada, cordial y respetuoso con la familia
- 17. Lenguaje
 - * Adapta el lenguaje corporal y verbal a la edad del paciente
- 18. Información
 - * Explica de forma adecuada el diagnóstico
 - * Explica de forma adecuada el tratamiento y pronóstico
 - * Comprueba que entienden lo explicado
 - * Pregunta acerca de posibles dudas u otras cuestiones

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

- 19. Prevención
 - * Recomienda medidas preventivas para evitar futuros episodios
- 20. Promoción de salud
 - * Recuerda las revisiones de salud y controles en el Pediatra de CS

ASPECTOS ÉTICOS, LEGALES Y PROFESIONALISMO

21. Seguridad del paciente

*Conoce los documentos médico-legales más habituales en Pediatría: Consentimiento Informado de las distintas técnicas empleadas en Pediatría

MEMORIA FINAL

Al finalizar el rotatorio el/la alumno/a debe entregar una Memoria que incluya:

- Caso clínico desarrollado y supervisado durante el rotatorio.
- Evaluación general de la rotación.

EVALUACIÓN

Constará de 4 apartados:

- Conocimiento y habilidades (nivel de conocimientos adquiridos, capacidad de aprendizaje, habilidad en el enfoque diagnóstico, habilidades de comunicación oral y escrita, calidad de las historias clínicas) → Valorado con 4 puntos.
- Actitudes (motivación, iniciativa, asistencia, puntualidad, relaciones con el equipo de trabajo) → Valorado con 4 puntos.
- Evaluación del caso clínico (a añadir detrás de la Memoria) → Valorado con 2 puntos (siendo opcional realizar una breve presentación en la Unidad de Prácticas).

Profesor Dr. I. Díez López

Contacto: consulta número 9 de pediatría. Planta baja del Edificio de CCEE del HUA

Telf. desde el ext. 945 00 70 00 ext. 812136

Email: ignacio.diezlopez@osakidetza.eus

 <p>Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea The University of the Basque Country</p>	 <p>Osakidetza</p> <p>Hospital Universitario Araba</p>	
---	--	--

27301 - Practicas Tuteladas Rotatorio

EVALUACIÓN ROTACION

Apellidos	Nombre	
Servicio	Sección (si procede)	
Tutor	Fecha inicio	Fecha fin

EVALUACIÓN CONTINUADA

A.- CONOCIMIENTO Y HABILIDADES (Puntuar de 0-3 cada item)	CALIFICACIÓN
Nivel de conocimientos adquiridos	
Capacidad de aprendizaje	
Habilidad en el enfoque diagnóstico	
Habilidades de comunicación	
Calidad de las historias	
MEDIA	
B.- ACTITUDES (Puntuar de 0-3 cada item)	CALIFICACIÓN
Motivación	
Creatividad e Iniciativa	
Puntualidad/Asistencia	
Relaciones equipo de trabajo	
MEDIA	
C.- Evaluación caso clínico/historia clínica (Puntuar de 0-3)	
D.- Evaluación Memoria del alumno (Puntuar de 0-1)	
Calificación global de la rotación (A + B+ C+ D)	

PRÁCTICAS EN LA SECCION DE PEDIATRIA/NEONATAL/URGENCIAS y CCEE

Que es y para qué sirve una Historia clínica

LUGAR de trabajo:

Sala de sesiones del Servicio de Pediatría.

⇒ El profesor colaborador te proporcionará una HISTORIA CLINICA para su valoración

- Objetivo primero conocer que es una Historia clínica
- Primer documento para la asistencia a un paciente y la elaboración del informe de alta
- De su correcta elaboración va a depender en muchas ocasiones la correcta orientación diagnóstica y terapéutica
- Hospital docente a los residentes, que deben aprender desde su comienzo esta herramienta de trabajo
- Indispensable para la **Seguridad del paciente**
- Herramienta para el Control de calidad del servicio

El principal documento de la historia clínica pediátrica de nuestro Hospital es un documento de doble hoja tipo cartulina de papel blanco-amarillento.

PARTES DE LAS QUE COSTA:

- Anamnesis: fundamental una buena recogida de datos y su origen: no es lo mismo una cuidadora que sus padres (en estos puede haber más interés y a veces menos objetividad)
 - Motivo de consulta
 - Enfermedad actual: cronología y tiempo de evolución, síntomas tratamientos recibidos etc...
 - Antecedentes familiares: a veces hay que reorientarlos según la sospecha diagnóstica
 - Antecedentes personales: perinatal, alimentación etc...
- Exploración física: constantes, por aparatos (sistemática habitual)
- Orientación diagnóstica: diagnósticos diferenciales
- Pruebas complementarias: solicitadas
- Tratamiento indicado

ACTUAL historia electrónica – pedir imprimir una copia de la historia a estudio

OsabideGlobal - 2.25.2 - PRO -

Mujer: 4 meses 18 días Historia: 796817 25/08/15
Días de estancia: 1 Pto.Atención: AMBPE

Informe de alta (Provisional) Med. Resp.: I

Datos Generales del Paciente

Motivo de Consulta
Digestivo: escasa ganancia ponderal (p10)

Alertas
01/01/0001 Alergias no consultadas

Antecedentes Familiares y Personales

Diagnósticos de Episodios Previos 1

Tratamiento habitual.

Sin Evolución (Anamnesis y Exploración física)

Informe de alta (Provisional)
RODRIGUEZ QUINTANA, ARRATE 25/08/2015

</-ANTECEDENTES PERSONALES:--//>
- Vacunación correcta para su edad
- NAMC
- No antecedentes medico-quirurgicos de interes

Embarazo y periodo neonatal sin alteraciones

</-ENFERMEDAD ACTUAL:--//>
Niña de 4 meses que acude derivada por su peditra por disminucion de ganancia de peso tras la introduccion de cereales en el biberon hace 15 dias (10/8/2015 5590Kg, 25/08/2015 5670Kg). No irritabilidad o sensacion de hambre tras las tomas. Ganancia ponderal previa a la introduccion de cereales normal. Prueban biberon sin cereales hoy y lo toma sin alteracion. Deposiciones mas blandas de lo habitual los dos primeros dias de la ingesta de cereales.

Refieren regurgitacion desde los 7 dias de vida, con episodios de pausas de respiracion de unos 5 segundos de duracion en los que se pone rigida y con coloracion rojiza hasta que espontaneamente expulsa pequena cantidad de leche.

Impresión Diagnóstica / Motivo de Ingreso

Guardar
Mostrar Gadgets Definitivo

Otros documentos de que consta:

- Hoja de control de pruebas a cumplimentar por todos (médicos y enfermeras)
- Hoja de problemas con sus diagnósticos y tratamientos
- Percentiles: maternidad
- Graficas evolutivas diarias.

Plan de asistencia en el evolutivo por el médico responsable, que orienta la guardia y unifica criterios. Deben ser respetados en términos generales

- Objetivo segundo:

Proceder a la lectura de la historia clínica asignada

Realizar un resumen en 2-3 líneas de lo que le pasaba al paciente, su diagnóstico y tratamiento.

A esto se le denomina EPICRISIS de la Hta. clínica

SI UNA HISTORIA CLÍNICA NO TE HA PERMITIDO TENER UNA REPRESENTACIÓN VISUAL E IMAGINARIA DE LO QUE LE PASA AL PACIENTE, DESDE CUANDO, COMO HA SIDO Y COMO EVOLUCIONA **NO ESTA BIEN HECHA.**

- Objetivo tercero:

Elabora una historia clínica (por escrito) siguiendo los pasos previos del último proceso patológico que haya tenido tu compañero de prácticas

PRÁCTICAS EN LA SECCION DE URGENCIAS

La entrada del Hospital.

LUGAR de trabajo:

Sala de Urgencias de Pediatría y sala de reuniones

Responsable Dra. M.Pereira – alternativa Dra. S. Torrus

Se accede por la puerta principal del NUEVO edificio de SERVICIOS del HUA-TXAGORRITXU. Planta -1

Seguir el camino VERDE del suelo hasta la URGENCIA de PEDIATRIA

Allí presentaros como ALUMNOS y preguntar por el facultativo responsable de la jornada

Actuareis de observadores, ya que la Urgencia es un lugar donde se debe actuar con celeridad si es posible.

- Objetivo primero: el Triage

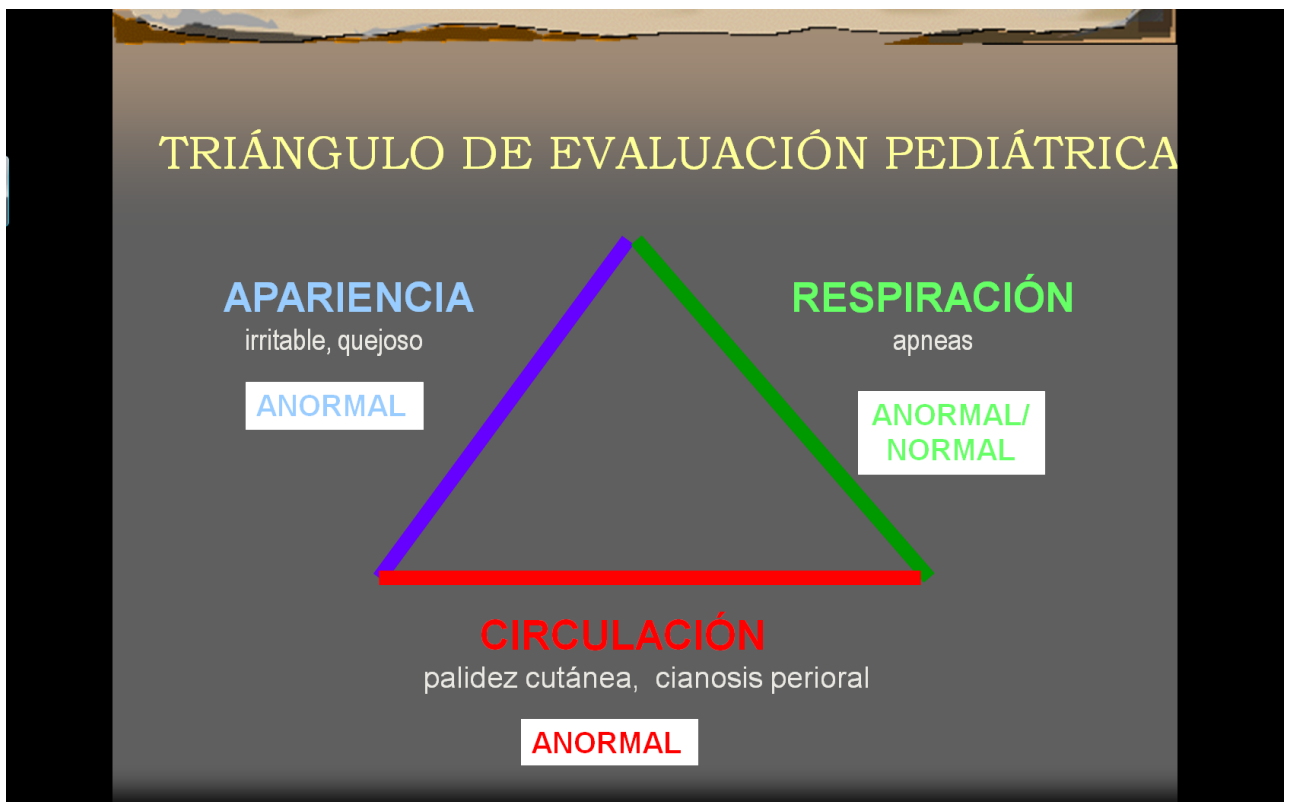
Pedir permiso a enfermería para acompañarla en las preguntas que se realizan en la recepción del paciente.

Esta zona permite clasificar a los pacientes según su categoría de gravedad.

Intenta con el siguiente esquema realizarlo tú según lo que contesta la familia y ves al niño.

Se denomina TRIAGE a la clasificación del paciente según su gravedad

Estos niveles determinan la gravedad, la urgencia real y la actitud inicial a tomar con el paciente



0 niveles → NO es una patología para acudir a la Urgencia de un Hospital

- 1 nivel afecto leve
- 2 niveles menos grave
- 3 niveles muy grave, pre shock

- Proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia / gravedad, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de Urgencias.
- Lleva implícita la clasificación de los pacientes en diferentes niveles de urgencia y prioriza su asistencia según estos niveles.
- Clasifica los pacientes según su nivel de urgencia, no su severidad.
 - ¿con cuánta rapidez necesita ser visto este paciente?
 - No ¿cuán enfermo está este paciente?
- Su objetivo fundamental es que los pacientes de gravedad severa y con mayor riesgo de deterioro si se demora el tratamiento, sean atendidos lo antes posible.
- No tiene por objetivo el establecer un diagnóstico.
- El triage tiene además como objetivo mantener un adecuado flujo de pacientes en el servicio, evitando congestiones, mediante:
 - ubicación de los pacientes clasificados en el área correspondiente
 - control de los tiempos de espera
 - control de salas y espacios del servicio de urgencias.
- Debe funcionar como herramienta que permita un mayor conocimiento de la realidad asistencial del servicio, en relación al nivel de urgencia de los pacientes asistidos y su complejidad, como medida de su casuística y de las cargas de trabajo y consumo de recursos. Permite una gestión más eficiente de los recursos.

PROCESO DE TRIAGE:

- A su llegada a la urgencia y cuando se procede a ubicar a un paciente, se accede a la pantalla de triage o clasificación inicial (ver anexo II).
- La clasificación total se realiza en 3 pasos, y será automática (el programa da el nivel que corresponde):
 - Impresión inicial: triángulo de evaluación pediátrica (TEP): valoración visual rápida del comportamiento (nivel de actividad y conciencia); esfuerzo respiratorio; circulación (color)
 - Motivo de consulta principal
 - Valoración según constantes fisiológicas en relación a la edad
- Los pacientes serán asignados siempre al nivel de gravedad mayor que aparezca en las diferentes valoraciones.
- Ubicación según niveles:

Nivel I Estabilización. Muy grave

Nivel II a V de mayor gravedad a mas leve

- 1º paso: TEP:
 - Alteración de 3 lados del triángulo: nivel I
 - Alteración de 2 lados del triángulo: nivel II
 - Alteración de 1 lado del triángulo: nivel III
 - Ningún lado alterado: niveles IV-V

- Los pacientes de niveles I-II son derivados al área correspondiente de tratamiento tras la evaluación de la impresión inicial (TEP); el resto de la evaluación la realizará el personal del área de tratamiento.

- 2º paso: motivo de consulta: entrevista de 2-3 minutos
 - Breve historia relatada por la familia o el niño
 - Recogida de datos como: alergias, medicaciones, vacunación, enfermedades importantes
 - La asignación a determinado problema es el resultado de la interpretación de lo referido por la familia, más la valoración por parte del personal de triage.

- El mismo síntoma o conjunto de síntomas (vómitos y diarrea, fiebre...) puede aparecer en diferentes niveles de triage en función de factores como la edad, situación inmunológica... Los pacientes serán asignados a grupos de problemas (respiratorio, digestivo...) y a un nivel; no aparecerá el motivo de consulta.

- En el caso de presencia de dolor, éste deberá ser evaluado mediante una adecuada escala de dolor, apropiada para la edad del paciente (ver anexo I) Esta evaluación será utilizada junto con la del motivo de consulta para asignar pacientes con problemas similares a diferentes niveles de gravedad. En el caso de patologías no graves (dolor de oído, dolor dental...) con dolor intenso, podrán ser evaluadas en zona ambulatoria, pero debe administrarse un analgésico de forma precoz.

- 3º paso: Constantes vitales: el personal de triage debe conocer los rangos de normalidad de los signos vitales pediátricos y el significado de sus valores por encima o debajo (en la pantalla de constantes vitales aparecen los valores de referencia, ver anexo II).

Se evalúa:

- FC, el relleno capilar, presencia de cianosis,
- FR y presencia de signos de dificultad respiratoria (estridor, tiraje)
- Situación neurológica: nivel de conciencia, irritabilidad

Constantes normales	Niveles IV-V
Constantes discretamente alteradas	Nivel III
Por encima o debajo de 1 desviación estándar	Nivel II
Por encima o debajo de 2 desviaciones estándar	Nivel I

- Existen determinados motivos de consulta en los que automáticamente se solicitará la realización de determinadas pruebas complementarias:
 - Cefalea: TA
 - Disminución del nivel de conciencia: Dx
 - Paciente diabético: DX

Hemorragia ORL: TA, FC relleno capilar

<u>ÍTEM</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>
<u>Llanto o voz</u>	No llora ni se queja	Consolable. Llora pero responde a mimos	Inconsolable Llora insistentemente
<u>Expresión facial</u>	Normal, calmado, relajado	Menos marcado, intermitente Corta mueca de disgusto	Marcado constantemente Larga mueca de disgusto
<u>Postura</u> (comportamiento del niño en relación a zona dolorosa)	Normal, ninguna, indiferente	Piernas y muslos flexionados. Tocándose, friccionándose comedidamente	Agarrado a la zona de dolor. A la defensiva, tenso.
<u>Movimiento</u> (cómo mueve todo el cuerpo)	Normal	Reducido o inquieto Agitación moderada o actividad disminuida	Inmóvil o derrotado Agitación incesante o ninguna actividad
<u>Color</u>	Normal	Pálido	Muy pálido

⇒ PREGUNTA DE EVALUACIÓN

¿De los pacientes clasificados con cada categoría, en que diagnósticos finales han quedado?

- Objetivo segundo; patología consultadas

Realizar un pequeño informe en la sala de Reuniones de la 1º planta de las diferentes patologías que han consultado en la Urgencia. Son estacionales. Que gravedad tenían. Han requerido ingreso. Que diagnósticos diferenciales te planteas. Y tratamiento.

HERRAMIENTAS de AYUDA

RECOMENDAMOS bajar, instalar y usar la APP mientras este en URGENCIAS o A.PRIMARIA

<https://apps.apple.com/es/app/urgencias-pediatr%C3%ADa-gidep-west/id1550091200>

Tambien disponible en ANDROID

Urgencias Pediátricas GIDEP-WEST

App para asistir a los profesionales sanitarios en una urgencia pediátrica. La app tiene protocolos de actuación y calculadoras de dosis de medicamentos por peso/edad.



PRÁCTICAS EN LA SECCION DE HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA

Se accede por las escaleras del Hospital Txagorritxu (edificio principal) hasta el 1º piso, allí se debe dirigirse hacia el pasillo con el encabezado (escolares/lactantes). Avanzar hasta el control de enfermería a mitad del pasillo.

Preguntar por la Dra. C.Salado/Dra. L Aguirre/Dra. M.Garmendia.

Procedencia de los pacientes

- Unidad de Urgencias Pediátricas (UP), incluyendo Hospital de Corta Estancia (HCE)
- Consulta Externa
- Hospital de Día Pediátrico
- Traslado interhospitalario o intrahospitalario
- Domicilio (ingresos programados)

Todos los pacientes se identifican a la llegada al hospital con su correspondiente pulsera.

Criterios de ingreso adecuado

- Monitorización estrecha o telemetría
- Administración de medicación intravenosa o reposición de fluidos

- ⇒ Procedimientos quirúrgicos o diagnósticos intervencionistas que requieran anestesia general o equipamiento disponible sólo a través de ingreso hospitalario
- Observaciones de reacción adversa a medicación

Criterios de ingreso inadecuado

- Agilizar estudios diagnósticos que puedan realizarse de forma ambulatoria
- Por complacencia o ingreso prematuro
- Problemas sociales salvo situaciones de riesgo para el niño (malos tratos)
- Medicina defensiva
- Patologías crónicas que precisan atención sanitaria institucionalizada no hospitalaria aguda

Edad de los pacientes

A partir del primer mes de vida y hasta que cumplen los 14 años, momento en el que su asistencia ya no corresponde al Pediatría.

Excepcionalmente,

- Recién nacidos menores de 1 mes (Según algunas patologías o circunstancias)
- Pacientes mayores de 14 años con enfermedades crónicas, controlados por las unidades de CCEE del Servicio de Pediatría

ingresan por pruebas o diversas circunstancias y hasta la edad de los 16 años con patología característicamente pediátrica y exista un número suficiente de camas disponibles. A cargo de adultos.

⇒ El objetivo es familiarizarse con la patología que más frecuentemente suele ingresar en la planta de Pediatría

Enfrentarse a un caso real

LUGAR de trabajo:

Sala de Hospitalización de Pediatría y sala de reuniones

Responsable: Dra. C. Salado

Solicitar permiso para ver que paciente (1 cada uno) podéis visitar de los actualmente ingresados

NOTA: respetar el trabajo de la planta. Ser respetuosos con los sanitarios, familiares y pacientes.

- Objetivo primero realizar una Historia clínica

Cada alumno tendrá asignado un caso

Entrar en la habitación, identificaros como alumnos y pedir permiso a los familiares para realizar la historia clínica

Realizarla, estando atento a las preguntas que hace el compañero, no corregirle delante de la familia.

Rellenar todos los campos que ya hemos aprendido. No hace falta explorar, de hacerlo en presencia del MIR/colaborador docente

No rellenar datos de nombre del paciente para que sea anónimo, solo habitación y cama.

Posteriormente se pasa de nuevo por el control de enfermería e indicáis que habéis finalizado.

- Objetivo segundo realizar una Historia clínica

Regresar a la sala de reuniones de ayer

En voz alta leer al compañero de prácticas lo que habéis escrito

¿Te deja una idea clara de las preguntas qué, desde cuándo, de qué modo, por qué, quién más lo padece y cómo ha evolucionado.....?

Discutir y realizar con los apuntes de ayer una lectura crítica y como mejorarías la historia de tu compañero.

PRÁCTICAS EN LA SECCION DE HOSPITALIZACION NEONATAL/MATERNIDAD

Se accede por las escaleras del Hospital hasta el 1º piso, allí se debe dirigirse hacia el pasillo con el encabezado (maternidad – 1A/ o hacia paritorio neonatal).

Si hay timbres de para acceso a la UNIDAD utilizarlos.
No pasar de la última puerta y ACCEDER solo cuando se os autorice una vez identificados como alumnos de practicas



LA NOENATAL está situada en el 1º piso del NUEVO EDIFICIO pero tiene acceso desde el edificio antiguo

Responsables jefe de sección Dra. A. Euba

Profesora B. Lodoso

EN LA PLANTA de MATERNIDAD

Se acoge al RN sano y a su madre

Los recién nacidos sanos, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de cuidados y procedimientos más o menos rutinarios, y una valoración cuidadosa de su estado general y de la correcta instauración de la alimentación

Un recién nacido puede considerarse aparentemente sano cuando es a término (≥ 37 semanas de gestación) y su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), su examen físico y su adaptación lo garanticen.

PLAN GENERAL DE LOS CUIDADOS INICIALES A LOS RECIÉN NACIDOS



El período neonatal inmediato es crítico para la supervivencia de los recién nacidos. La compleja transición de la vida intrauterina a la extrauterina puede verse dificultada por múltiples factores como la patología perinatal, la prematuridad, la postmadurez, la hipotermia o las malformaciones congénitas. En conjunto, todos estos problemas fueron causantes de una elevada morbimortalidad antes del establecimiento de los cuidados perinatales modernos.

Durante las primeras horas de vida pueden ponerse de manifiesto los primeros síntomas de situaciones amenazantes para la vida como infecciones, alteraciones metabólicas o malformaciones congénitas.

Inicialmente estos síntomas pueden ser difíciles de objetivar y poco específicos, pero su detección precoz marcará definitivamente el pronóstico en muchos casos.

Hay dos aspectos que merecen mención especial.

El primero es el aumento de la prematuridad y las gestaciones múltiples, que han producido un incremento del número de niños entre 34 y 36 semanas de gestación y de niños con menos de 2.500 gramos que se atienden en las plantas de la Maternidad. El segundo es el desarrollo del diagnóstico prenatal, que muchas veces permite el diagnóstico precoz en niños asintomáticos, pero que requiere confirmación postnatal o ampliación de los estudios diagnósticos. Aunque la utilidad del diagnóstico prenatal es innegable en muchos casos, hay que evitar el exceso de confianza. Ni todos los defectos congénitos graves se detectan ni todos los diagnósticos son precisos e incluso correctos. Por ello es fundamental mantener la alerta clínica sobre estos problemas congénitos, que pueden afectar a más del 3% de los recién nacidos.

Objetivos:

1. Detectar precozmente los problemas en la adaptación a la vida extrauterina y los problemas médicos que precisen intervención inmediata o diferida.
2. Comprobar el tiempo de gestación, el estado de nutrición y el crecimiento del recién nacido.
3. Valorar la capacidad del recién nacido para alimentarse y ganar peso adecuadamente.

4. Informar a los padres de la situación clínica del recién nacido, responder a sus demandas de información, apoyar la lactancia materna y hacer promoción de la salud.

PLANTA DE PUÉRPERAS

Ingreso MADRE-NIÑO: Recepción en planta. Pasar la historia del RN a su carpeta. Comprobar su identidad.
Ingreso MADRE SIN NIÑO: Recepción constatando y anotando el MOTIVO. Seguimiento del problema.
Ingreso NIÑO SIN MADRE: Ubicación en el Área de Observación de RN normal (NIDO) y anotando el MOTIVO.

Situaciones del recién nacido (RN)

PENDIENTES CERTIFICADO NEONATAL 1-RECEPCION: (madre-niño) instrucciones INDIVIDUALIZADAS a partir de la información materna, sobre: -Intención de lactancia -Problemas / dudas. SIEMPRE INFORMAR SOBRE: -Colocación del niño y acceso al mismo (cama o cuna) -Recursos de la habitación -Cómo avisar para pedir ayuda 2-COLOCAR DOCUMENTACIÓN del niño en la carpeta correspondiente y revisar observaciones e indicaciones previas. 3-APROVECHAR primer cambio para valorar y enseñar a la madre cómo manejar al niño.	CERTIFICACIÓN NEONATAL A PARTIR DE LAS 18 HORAS Y ANTES DE LAS 40 (idealmente a las 24) se realizará EXPLORACIÓN PEDIÁTRICA COMPLETA cumplimentando la hoja correspondiente, anotando la edad del RN en horas y el nombre de quién realiza la exploración. INCLUIRÁ: 1- Peticiones que se requieran (RX, ecografías, consultas, análisis, etc.) 2- Indicaciones INDIVIDUALIZADAS según se precisen. 3-INFORMACIÓN a los padres. Estos pueden presenciar, si lo desean, la exploración del RN total o parcialmente.	ESTANCIA 1- Valorar peso / tomas diario 2- Apoyo y estímulo a la lactancia materna. Adiestramiento y control de la técnica de lactar. 3- Ayuda a la correcta lactancia en la lactancia artificial. 4- Seguimiento INDIVIDUALIZADO de los problemas pendientes (RX, análisis, consultas, citas, etc) para completar antes de la salida. SALIDA -Verificar % de pérdida de peso -Comprobar ausencia de problemas: ictericia, signos de infección, tomas mal, tono-motricidad, etc. -Comprobar si se han dado las citas precisas. -Extraer muestras Diagnóstico Precoz de Metabolopatías. -Dar 2 mg Vit.K oral ** -Firmar la SALIDA (Pediatria)
---	---	---

** Se aplicará a los que reciban profilaxis por vía oral (ver texto)

Procedimientos:

1. Recién nacidos que ingresan directamente del paritorio:

- Exploración médica reglada, entre las 4 y las 24 horas de vida habitualmente.

2. Recién nacidos que ingresan desde el Servicio de Neonatología:

- Exploración al alta o según prescripción médica.

3. Otras exploraciones en situaciones de riesgo médico.

- Prematuridad o peso inferior a 2.500 gramos.

- Pérdida excesiva de peso o problemas con la alimentación.
- Ictericia.
- Problemas detectados que requieran especial vigilancia médica.

OBJETIVOS

Asistir al MIR o al colaborador docente en sus actividades diarias de la MATERNIDAD y/o NEONATAL

Realizar o repasar una HISTORIA NEONATAL

Posibilidad de asistir a PARITORIO a las llamadas del Pediatra

⇒ EVALUACION: Cuales han sido las patologías más frecuentes y relevantes que has podido asistir

PRÁCTICAS EN LA SECCION DE CCEE

Planta baja del edificio de CCEE – diferentes salas de la planta 0, pasillo derecho

- **Objetivo primero**

Asistir al trabajo rutinario de una consulta externa de pediatría

- **Objetivo segundo**

Anotar y seguir la sistemática para

- Casos nuevos: motivo de consulta, anamnesis, historia, exploración, diagnóstico diferencial y pruebas específicas

Casos revisión: sistemática de evolutivo, somatometría del niño y seguimiento específico

Responsable de las prácticas de esta sección Profesor I.Diez

Alternativas profesores E.Vera, Z. Garcia

PRÁCTICAS EN PEDIATRÍA de MAP – OSI ARABA

La distribución se realizará en los siguientes C de Salud, acreditados para la docencia pre y post grado y con un tutor de apoyo. Se han asignado varias UNIDADES FUNCIONALES de AP

En cada UF hay más de un C de Salud

Se informará que centro exactamente debe acudir el alumno. En el mismo se le asignará un PEDIATRA de AP para las prácticas

- **Objetivo primero**

Asistir al trabajo rutinario de una consulta de MAP de pediatría

- **Objetivo segundo**

Anotar y seguir la sistemática para

- Casos nuevos: motivo de consulta, anamnesis, historia, exploración, diagnóstico diferencial y pruebas específicas

Casos revisión: sistemática de evolutivo, somatometría del niño y seguimiento específico.

ACERCAMIENTO al PROGRAMA de SALUD INFANTIL.

----- COMUN A TODAS LAS SECCIONES -----

Las gráficas de crecimiento ayudan a comprobar el crecimiento de los niños.

Los percentiles reflejan comparaciones con los niños de la misma edad

Cada niño crece a su propio ritmo. En una misma clase podemos ver individuos altos, bajos, grandes y pequeños. Existe una gran variabilidad de pesos y tamaños entre los niños sanos y normales.



El crecimiento depende, sobre todo, del potencial genético de cada individuo y del sexo, aunque también influyen otros factores

como la nutrición, la actividad física o la existencia de problemas de salud. Es un reflejo del estado global de salud y de nutrición. Se valora comparando, en una gráfica de crecimiento, las medidas de un niño concreto frente a los de su misma edad.

¿Qué se mide?

Hasta los dos años se miden el peso, la longitud (la medida de pies a cabeza con el niño tumbado) y el perímetro cefálico (tamaño de la cabeza en redondo).

A partir de los dos años y hasta el final de crecimiento se miden el peso y la talla (la medida de pies a cabeza estando de pie). También es útil conocer el índice de masa corporal (IMC), que se obtiene dividiendo el peso por la talla al cuadrado (peso/talla²).

¿Cómo se elaboran las curvas de crecimiento?

Las curvas o gráficas de crecimiento se elaboran con los datos obtenidos de medir a grupos amplios de niños de distintas edades (estudios transversales) o midiendo de forma seriada a un grupo de niños desde que nacen hasta que llegan al final de la adolescencia y dejan de crecer (estudios longitudinales).

Los datos obtenidos de estos estudios se someten a diversos procedimientos estadísticos, a partir de los cuales se obtienen las gráficas y los percentiles. Su uso se ha popularizado en los últimos años hasta el punto de producir, en ocasiones, una preocupación excesiva por el percentil de peso o talla en el que se encuentra un niño.

¿Qué son los percentiles?

Cuanto mayor sea el número de percentil, más grande será el niño respecto a los de su misma edad y, cuanto menor número de percentil, menor tamaño tendrá. Si un niño está en el percentil 50 de peso significa que, comparado con los de su edad, hay un 50 % de los niños que pesan más y otro 50 que pesan menos. Dicho de otra forma, si toda la población de los nacidos el mismo día se representara con 100 niños y los colocáramos por orden de lo que estemos midiendo: peso, talla o tamaño de la cabeza, el del percentil 50 estaría en medio, con 50 midiendo más que él y 50 midiendo menos; el del percentil 3 solo tendría 3 que medirían menos que él y 97 que medirían más; y el del 97, pues al contrario.

Conviene tener en cuenta que esto del percentil es solo un dato estadístico cuya interpretación requiere conocimiento y experiencia en el crecimiento normal, sus variaciones normales y las que sugieren problemas.

¿Para qué sirven los percentiles?

Conocer cómo es el patrón normal de crecimiento y sus desviaciones, permite detectar, de forma precoz, la aparición de determinados problemas, pero también contribuye a evitar intervenciones o estudios innecesarios en niños que tienen variaciones normales del crecimiento.

Por sí solos, los percentiles de crecimiento no indican el estado de salud de un niño. Es sólo una comparación. El percentil concreto de un niño, como dato aislado, no tiene demasiado valor. Las curvas de crecimiento no deben utilizarse como instrumento único para tomar decisiones, aunque los datos que proporcionan contribuyen a formar una impresión global del niño. El crecimiento debe valorarse en un contexto amplio y requiere considerar otros factores, como la talla de la familia o el ambiente.

¿Cuál es el percentil normal de un niño?

Aunque, en general, se considera que el rango “normal” oscila entre el percentil 3 y el percentil 97, lo cierto es que también hay niños sanos que crecen por debajo del percentil 3, sin que eso indique que tienen algún problema. Estar en un percentil alto o bajo no significa necesariamente que un niño esté más o menos sano o que tenga un problema de crecimiento. Supongamos que un niño está en el percentil 3 de crecimiento; si sus padres tienen poca talla y el niño por lo demás es normal y crece a buen ritmo, lo más probable es que sea un niño normal y no haya razón para preocuparse, aunque sea más pequeño que la media de los de su edad. Un niño que crezca de forma mantenida en el percentil 10 puede estar tan sano como otro que crece en el percentil 90. El percentil 50 no es el percentil ideal, solo refleja que la mitad de los niños pesan o miden más y la otra mitad menos.

¿Qué es la curva de crecimiento?

Además del percentil en un momento concreto, también es útil conocer la velocidad de aumento del peso y de la talla. Las gráficas de crecimiento tienen más utilidad para realizar un seguimiento a lo largo del tiempo. Ver la variación del crecimiento a distintas edades y conocer cómo es la curva particular de un niño concreto es más importante que un valor aislado. Si un niño crece siguiendo un cierto patrón y en un momento dado cambia

ese patrón y empieza a crecer más despacio, podemos estar ante un problema de salud y descubrirlo observando su curva de crecimiento. Aunque en determinados periodos, como entre los 6 y 18 meses o en la adolescencia, algunos niños normales pueden cambiar de percentil.

⇒ **EVALUACION:** Cuales han sido las patologías más frecuentes y relevantes que has podido asistir

PRACTICAS - CASOS CLINICOS AVANZADOS

(En proceso de incorporación en el recorrido curricular de 6º)

Responsable profesora B. Lodoso

1º) Una situación de Urgencia

La parada cardio-pulmonar en Pediatría y su RCP

LUGAR de trabajo:

Sala del Hospital Virtual - Unidad Docente

Sala de reuniones del Servicio de Pediatría – HUA

Se indicará oportunamente

Se presentará una serie de presentaciones sobre la PCR y la RCP básica y avanzada en Pediatría

Se deberá tomar notas, pueden ser objeto de pregunta en el examen teórico.

Se debe contestar al test siguiente al final de todas las sesiones

ANEXO

Preguntas y respuestas sobre RCP

- ¿Cuál es la principal causa de PCR en el niño?
- Describa diferencias entre RCP básica y avanzada
- ¿Qué es el ABC?
- ¿Cuál es la secuencia de reanimación?
- ¿Qué medicación se deben utilizar a partir de los 10' de parada?

De los siguientes enunciados marque el correcto.

1) Durante la atención y tratamiento iniciales de un politraumatizado, ¿cuál es el orden correcto de las acciones?

A: Ventilación oxigenación-control de columna cervical con vía aérea permeable-circulación con control de sangrados externos-evaluación del déficit neurológico.

B: Vía aérea permeable con control de columna cervical-ventilación oxigenación-circulación con control de sangrados externos- evaluación del déficit neurológico.

C: Ventilación oxigenación-circulación con control de sangrados externos-control de columna cervical con vía aérea permeable.

D: evaluación del déficit neurológico- control de columna cervical con vía aérea permeable- ventilación oxigenación- circulación con control de sangrados externos

2)Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los efectos de la adrenalina en la reanimación es verdadera

A: la adrenalina disminuye la resistencia vascular periférica y disminuye la post carga miocárdica por lo que las contracciones miocárdicas son más eficaces.

B: la adrenalina puede mejorar la presión de perfusión miocárdica y estimular las contracciones

C: la adrenalina no es útil en la fibrilación ventricular porque aumenta la irritabilidad miocárdica.

D: la adrenalina disminuye el consumo miocárdico de oxígeno.

3) Llega a la emergencia niña de 4 años con depresión de conciencia y fiebre ⁽⁸⁾.

Cursando varicela desde hace 5 días; en las últimas 48 horas las tumefacciones se han vuelto rojas y tumefactas. Al examen: obnubilada,

respuesta a la estimulación dolorosa, FC 175 cpm, FR 60 rpm, temperatura axilar 39°C, PA 90/30 mmHg. PP s/p. Extremidades calientes y rojas, pulso periférico palpable, lesiones cutáneas de abdomen rojas y dolorosas.

A: Su primer gesto terapéutico es extraer muestras para cultivos e iniciar antibióticos intravenosos.

B: Su diagnóstico es shock séptico descompensado.

C: Debe obtener acceso vascular e iniciar suero fisiológico 20 ml/kg.

D: Luego de obtener acceso vascular inicia suero fisiológico e inotrópico.

4) En cuanto al manejo del paciente con insuficiencia respiratoria, marque la opción correcta.

Usted está evaluando a un lactante de 4 meses con antecedentes de apnea. Al examen está cianótico, y no responde a la estimulación. Le abre la vía aérea con extensión de la cabeza y elevación del mentón y advierte que la respiración es lenta e irregular, con FR de 6 rpm.

Asumiendo que dispone de un equipo de reanimación completo, ¿qué debe hacer a continuación?

A: Procede a intubar la vía aérea y ventilar con bolsa-tubo.

B: Verifica el pulso braquial.

C: Administra oxígeno pero no realiza ventilación asistida.

D: Corre a pedir ayuda.

5) Niño de 6 años que se atora con un trozo de caramelo duro. Trata de toser, pero no puede, tampoco hablar ni respirar eficazmente. La maniobra de Heimlich no fue eficaz y el niño pierde el conocimiento y cae al suelo sin esfuerzo respiratorio. Después de abrir la vía aérea ¿cuál de las siguientes acciones debe efectuar?

A: Un barrido a ciegas con el dedo.

B: Verificar si hay cuerpo extraño y si lo ve extraerlo con maniobra de barrido.

C: Aplicar golpes en la espalda y efectuar compresiones con golpes secos en el tórax.

D: Corre a pedir ayuda.

6) Usted trabaja en una emergencia móvil y recibe un llamado por una niña asmática con gran dificultad respiratoria. Cuando llega a domicilio la niña de 6 años está pálida inconsciente y apneica con frecuencia cardíaca de 110 cpm. Luego de ventilar con bolsa mascarilla, se decide IOT .

Marque lo correcto.

A: El tubo traqueal con manguito es el apropiado para este paciente dado que es menor de 8 años.

B: Utiliza laringoscopio con pala recta para una mejor visualización de la glotis.

C: Utiliza un TT sin manguito cuyo diámetro estimará en base a la siguiente fórmula: $\text{Edad (años)}/4+4$.

D: Los intentos de intubación no deben exceder los 10 segundos.

7) Usted está trabajando en una emergencia móvil. En domicilio asiste a un lactante de 6 meses en paro cardiorrespiratorio, con livideces y rigor mortis. ¿Cuál sería su conducta?

A: Inicia RCP.

B: Hace el diagnóstico de muerte y firma el certificado de defunción.

C: Traslada al niño al centro asistencial más próximo.

D: Habla con los familiares y le comunica el diagnóstico de muerte.

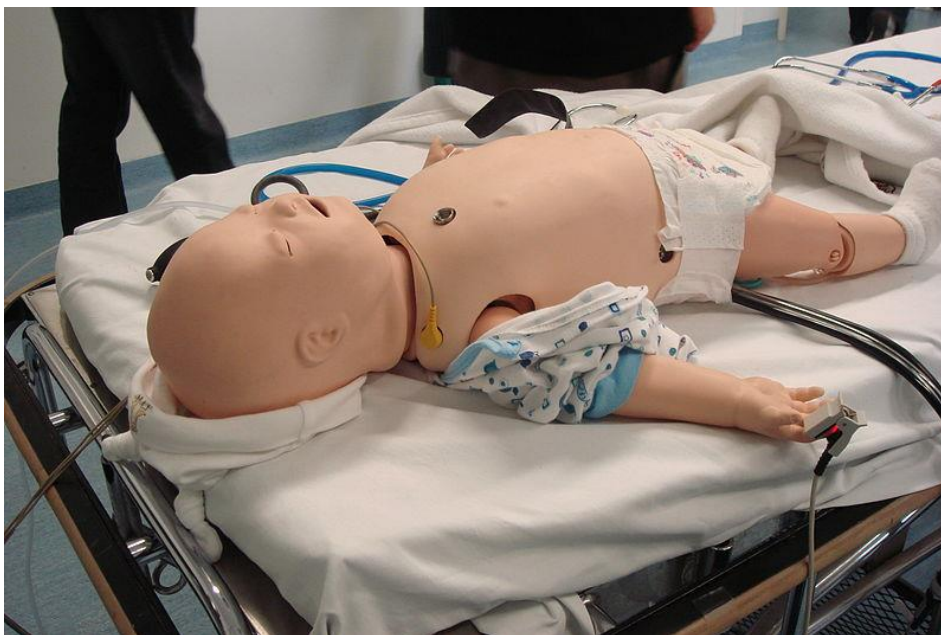
2º) El muñeco virtual – sim baby

LUGAR de trabajo:

Sala del Hospital Virtual

Unidad Docente

Se llevará a cabo en la Unidad Docente y sobre el muñeco de simulación, sobre el cual el profesor asociado presentará una serie de simulaciones de posibles situaciones clínicas

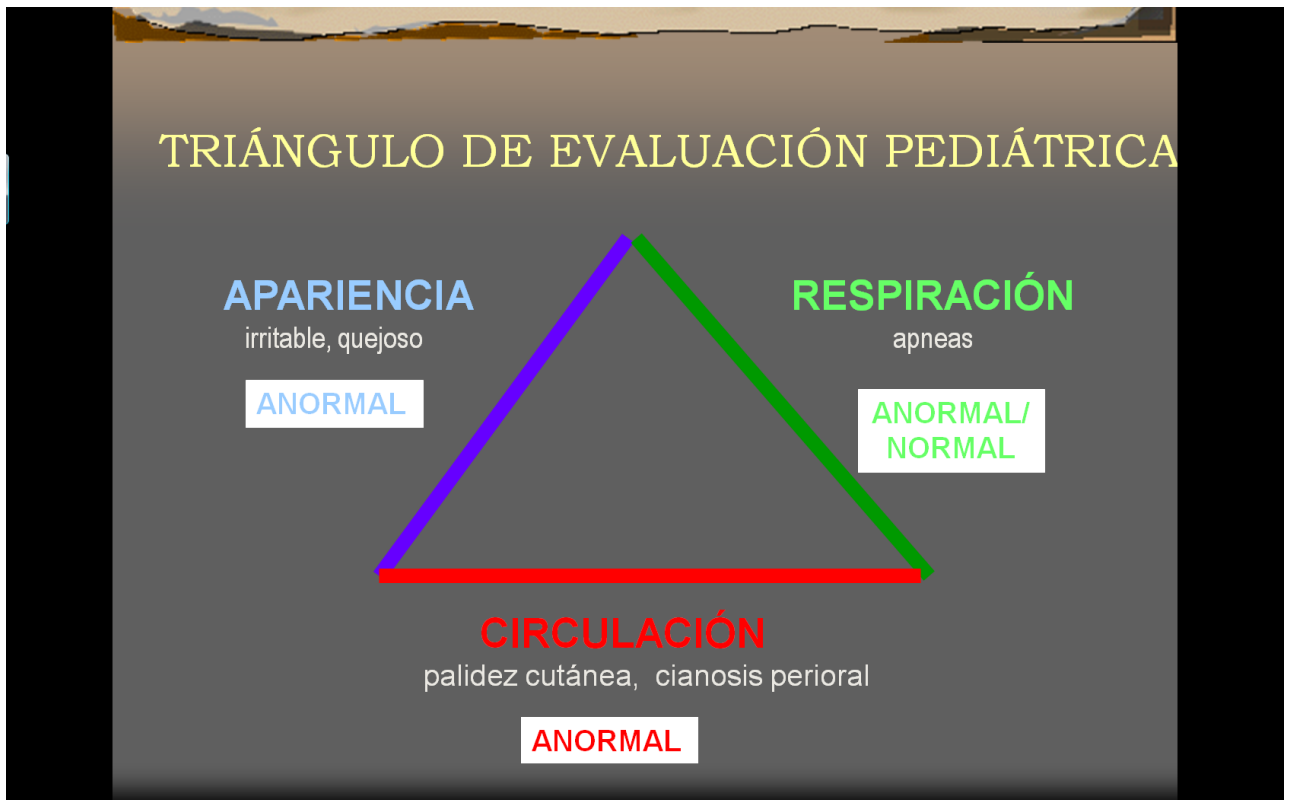


El horario puede diferir del inicialmente establecido debido a ajustes de la Unidad Docente y de la propia actividad asistencial

- Objetivo primero Triage

Esto permite clasificar a los pacientes según su categoría de gravedad.

Intenta con el siguiente esquema realizarlo tú según lo que contesta la familia y ves al niño.



0 niveles → NO es una patología para acudir a la Urgencia de un Hospital

4 nivel afecto leve

5 niveles menos grave

Niveles muy grave, pre shock

Objetivo segundo → interpretación de signos y síntomas (respiración, circulación, piel, pulso, vías, ORL, fontanela....)

BIBLIOGRAFÍA

1. Keefer C. Cuidados del recién nacido sano. JP. Cloherthy , AR. Stark (eds). Manual de Cuidados Neonatales. Masson S.A. Barcelona. 1999; pp 71-78.
2. Sielski LA. Initial routine management of the newborn. UpToDate 15.3. 2007
3. Doménech E, Rodríguez-Alarcón J, González N. Cuidados generales del recién nacido a término sano. En De Guardia en Neonatología: Protocolos Y Procedimientos de los Cuidados Neonatales. M. Moro y M. Vento (eds). 2ª edición ERGON. Madrid. 2008: pp 139-146.
4. Nelson. Tratado de pediatría + ExpertConsult + acceso WEB en español. Edited by Robert M. Kliegman, MD, Bonita M.D. Stanton, MD, Joseph St. Geme, MD, Nina F Schor, MD, PhD and Richard E. Behrman, MD
Editorial:Elsevier – 19 edición ISBN:9788480869591Fecha de publicación: 21/09/2012
5. TRATADO DE URGENCIAS EN PEDIATRIA (En papel). F. J. ET AL. BENITO FERNANDEZ , ERGON, 2004 ISBN 9788484733126
6. MANUAL del MIR en PEDIATRIA. 1ª Edición: Junio 2010. ©AEPap, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Edita: Exlibris Ediciones, S.L.
7. GUIAS de la AEP en especialidades
<http://www.aeped.es/protocolos>
- 8 GUIAS de la AVPAP en MAP
<https://www.aepap.org/biblioteca/guias>
<https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/educacion para la salud def.pdf>

9. PEDIATRIA EN ATENCION PRIMARIA (2ª ED.) (En papel) ISBN
9788445815007 JOSEP BRAS I MARQUILLAS; JOSEP E. DE LA FLOR I BRU ,
MASSON, 2005

eman ta zabal zazu



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

AUTOR: Dr. Ignacio Díez López

Profesor Coordinador Docente – UDC de Vitoria

UPV-EHU

Edición septiembre 2023

EVALUACION CONSENSUADA en el DEPARTAMENTO de PEDIATRÍA

UPV-EHU