

S.O.S PROTOCOLO PEDIÁTRICO



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

ESTEFANÍA AMAYA GIRÓN

MARTHA LUCÍA URÁN URÁN

MARÍA ADELAIDA VÉLEZ ESCOBAR

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

CUARTO SEMESTRE

MEDELLÍN – ANTIOQUIA

2020

S.O.S PROTOCOLO PEDIÁTRICO

(METODOLOGÍA E INVESTIGACIÓN)

CONTENIDO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIÓN	5
PREGUNTA PROBLEMATIZADORA	6
MARCO TEÓRICO	7
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
METODOLOGÍA	17
TIPO DE ENFOQUE	17
TIPO DE ESTUDIO	17
POBLACIÓN	17
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	17
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	18
DISEÑO MUESTRAL	18
TABLA DE VARIABLES	18
FUENTE DE INFORMACIÓN	19
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	19
PROCESOS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	19
PRUEBA PILOTO	20
RESULTADOS	21
ESQUEMA DE ENTREVISTA PARA PSICÓLOGOS Y TERAPEUTAS:	22
ESQUEMA DE ENTREVISTA PARA MÉDICOS:	26
ESQUEMA DE ENTREVISTA PARA APH:	30
PROPUESTA DE PROTOCOLO	31
CONCLUSIONES	32
DISCUSIÓN	33
INFORMACIÓN DE PROTOCOLOS PARA APH SOBRE ESTE TEMA	34
CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS	38

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se conoce desde lo aplicado y aprendido diariamente en el ámbito profesional de los tecnólogos en atención prehospitalaria que el abordaje de pacientes pediátricos tiene un grado alto de complejidad porque desde los 0 meses hasta aproximadamente los 5 años de edad estos sujetos todavía no han desarrollado una buena habilidad para comunicarse y aun si así lo fuese, utilizan más el lenguaje no verbal (1), lo que ocasiona cierta dificultad y limitaciones al momento de la atención y la evaluación por medio de los profesionales. Teniendo en cuenta lo mencionado, se puede evidenciar que desde el área no hospitalaria existen falentes en cuanto al cómo poder entender la situación en la que se encuentra cada pediátrico.

Si bien se sabe que las enfermedades afectan la vida de las personas que la padecen en el orden de lo físico y lo psicológico y además, en los ámbitos en los cuales se desempeñan como el escolar, familiar, social y/o laboral, influyendo en su calidad de vida (2).

Una afección o enfermedad no solamente afecta al que la padece, lo dicho, puede presentarse de forma variable dependiendo de las características propias de cada uno de los padecimientos, además de la personalidad y rasgos particulares de cada individuo, los cuales van a ser determinados desde su infancia y las capacidades que este logre desarrollar tanto cognitivas como motrices con el paso de su crecimiento.

Hay enfermedades catastróficas que demandan una atención mucho más pertinente y exacta, como lo son todas aquellas que comprometen el sistema nervioso central, la capacidad neurológica y motriz. Estas poseen un alto conflicto a la hora de realizar un examen físico, una anamnesis o un tratamiento previo.

Juntando todo lo anteriormente mencionado, cabe expresar que los pediátricos reflejan un gran reto cuando poseen una enfermedad de base que les impide tener un desarrollo normal de la motricidad fina, gruesa, psicomotora, motricidad relacionar, expresión corporal, expresión dinámica y la cognitividad, porque para estas condiciones especiales no existen artículos, guías, protocolos y demás herramientas con gran especificidad que tengan bases lo suficientemente coherentes y especializadas que revelen como realizar un excelente abordaje y manejo de circunstancias tan complejas en el campo prehospitalario, donde se cuentan con recursos netamente limitados, evidencias variables por el déficit, hallazgos inexactos y un sin número de preguntas sin respuestas.

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto se crea con la finalidad de proporcionar adecuada, especializada y enfocada a pacientes pediátricos con afecciones mentales como el autismo. Teniendo en cuenta la alta calidad de la atención y el abordaje de los pacientes antes mencionados, implementando una valoración ordenada y concisa que permita dar solución a los diferentes conflictos que hay a la hora de evaluar a un individuo que no permite tener una comunicación asertiva tanto verbal como no verbal como consecuencia de su déficit.

Con lo anterior se basará en las experiencias y conocimientos de los diferentes profesionales especialistas en el tema, tales como: neurólogos, psiquiatras (paidopsiquiatras), psicólogos, profesores de educación especial, terapeutas y pediatras.

Para concluir cabe enunciar que, si se obtienen los resultados esperados con dicho trabajo, se esperaría un impacto positivo ya que se tiene como objetivo hacer una exploración sobre una propuesta de protocolo en atención prehospitalaria dirigida a pacientes pediátricos con déficit neurológico como en el caso del autismo para así poder llegar a un planteamiento sólido que pueda ser proporcionado para su aplicación en el ámbito extra hospitalario para el personal de salud que labore en él, pero vale aclarar que para cumplir con dichos objetivos se necesitaría compromiso, dedicación y aplicabilidad por parte del personal de atención prehospitalaria. Esto sería con el fin de mejorar la calidad y especificidad del servicio, contribuyendo al bienestar de los niños con condiciones especiales.

PREGUNTA PROBLEMATIZADORA

¿Cómo estaría establecido un protocolo de atención pediátrica para los tecnólogos en atención pre hospitalaria dirigido a niños con déficit neurológico como lo es el autismo?

MARCO TEÓRICO

POLITRAUMATISMOS PEDIÁTRICOS

Los traumatismos graves provocan un tercio de la mortalidad infantil. El 30% de los fallecimientos por esta causa, que se consideran evitables, se produce pocas horas después del accidente (1).

Etiología

En < 4 años: caídas accidentales, intoxicaciones, quemaduras y maltrato (2).

En 4-10 años: atropellos y accidentes con bicicleta, precipitados (2).

Adolescentes: ocupantes vehículos o motocicletas, deportes de riesgo (2).

Particularidades Pediátricas

1. Menor masa corporal que absorba la energía del impacto
2. Mayor concentración de órganos por unidad de superficie
3. Elasticidad y flexibilidad de los tejidos (daño visceral sin lesiones externas)
4. Mayor frecuencia de TCE
5. Mayor riesgo de hipotermia
6. Fácil de mover y trasladar (2).

La atención médica comienza en la etapa prehospitalaria con la búsqueda, la valoración y el tratamiento de las dificultades vitales inmediatas. Continúa en un centro hospitalario infantil preparado para la atención de niños politraumatizados, en el que se evalúan las lesiones según un orden cronológico de gravedad decreciente. Por último, se emprende el tratamiento de todas las lesiones (1).

Los traumatismos son menos frecuentes en el niño que en el adulto. Además, el número de niños politraumatizados ha disminuido gracias a las medidas de prevención en materia de seguridad vial. Esto genera una disminución progresiva del entrenamiento y de la práctica por parte de todos los profesionales de la salud que intervienen en estos casos. Sin embargo, una conducta terapéutica óptima en las primeras horas es fundamental para el pronóstico vital y funcional (1).

Los traumatismos graves provocan un tercio de la mortalidad infantil [2] y son la primera causa de muerte después del primer año de vida. Sin embargo, el índice de mortalidad infantil sería más bajo que en el adulto debido a un menor riesgo de insuficiencia multivisceral (1).

La mortalidad vinculada al politraumatismo se distribuye en mortalidad inmediata, precoz y tardía. La mortalidad inmediata representa la mitad de los fallecimientos. Se produce en el lugar del accidente y la mayoría de las veces es secundaria a lesiones cerebrales y/o cardiovasculares de suma gravedad. La mortalidad precoz representa el 30% de los fallecimientos, ocurre algunas horas después del accidente e incluye las muertes que se califican como evitables. Esta categoría es la más propicia para una conducta terapéutica óptima, a efectos de detectar con la mayor rapidez las dificultades que puedan comprometer el pronóstico vital (1).

Niño politraumatizado en la etapa prehospitalaria

La atención médica prehospitalaria de un niño politraumatizado debe estar a cargo de un equipo especializado a efectos de optimizar la búsqueda, la valoración y el tratamiento de posibles dificultades vitales inmediatas. Después se sigue un protocolo bien establecido, el protocolo ABCDE de los anglosajones (1).

Airway: vías respiratorias Se trata de despejar las vías respiratorias. Desde un punto de vista anatómico, la lengua ocupa proporcionalmente más espacio en la boca del niño que en la del adulto. Esto, sumado a una orofaringe estrecha, hace que el riesgo de obstrucción de las vías respiratorias sea más elevado en el niño que en el adulto. Así, después de la liberación manual de las vías respiratorias, la intubación orotraqueal es la indicación más usual en el niño (1).

Además se debe asegurar que la vía aérea permanezca permeable y comprobar la dinámica respiratoria (2):

1. Tracción mandibular anterior
2. Aspiración secreciones
3. Cánula orofaríngea (pacientes inconscientes)

Existen una serie de situaciones que indican asegurar la vía aérea, de forma definitiva, mediante intubación orotraqueal urgente (2):

1. Parada cardiorespiratoria
2. Vía aérea no sostenible espontáneamente: Hemorragia masiva orofaringe, cuerpo extraño, apnea, traumatismo traqueal, quemaduras graves de la vía aérea, fracturas faciales con vía aérea no permeable, claudicación respiratoria, respiración irregular
3. Compromiso circulatorio
4. Afectación neurológica: Glasgow (GCS)

Breathing: ventilación Se trata de la búsqueda, la valoración y el tratamiento de la dificultad ventilatoria que, tras la liberación de las vías respiratorias mediante intubación orotraqueal, en el niño necesita de forma casi sistemática la colocación de una sonda nasogástrica, pues la distensión del estómago puede provocar fácilmente una dificultad respiratoria (1).

Todo niño traumático debe recibir oxígeno con FIO₂ altas de forma precoz, ya sea a través de mascarilla de alta concentración, bolsa autoinflable o ventilación mecánica, manteniéndose normoventilado (2).

Circulación: Se trata de la búsqueda, la valoración y el tratamiento de una dificultad circulatoria. La hemorragia provoca una vasoconstricción intensa, que en el niño va a mantener la presión arterial aun con pérdidas de hasta el 30% de la masa sanguínea, mientras que en el adulto la presión arterial puede mantenerse hasta una pérdida de alrededor del 20% solamente. En cambio, si sobreviene una descompensación, ésta es más difícil de controlar que en el adulto. Entonces, para anticiparse a la descompensación, hay que estar muy atento a la taquicardia, que es el primer signo de descompensación hemodinámica en el niño (1).

Se debe identificar si paciente se encuentra en situación de shock valorando FC, TA, pulsos periféricos y centrales, perfusión cutánea, renal y cerebral (2).

Así encontramos paciente en shock con (2):

Signos precoces: taquicardia y alteración perfusión periférica (2).

Signos tardíos: disminución pulsos periféricos y centrales, hipotensión arterial, disfunción SNC y oliguria (2).

Por eso, es fundamental controlar las hemorragias exteriorizadas antes de indicar pruebas complementarias. El ejemplo más típico es la herida del cuero cabelludo, que puede ser muy hemorrágica y que debe suturarse, incluso toscamente, antes de realizar una TC cerebral (1).

Cuando es necesario efectuar una expansión vascular de urgencia, debe contarse con dos vías venosas periféricas de buen calibre. Esto no siempre es fácil en los niños, con más razón en los más pequeños. Así, la perfusión intraósea es una buena alternativa en pediatría. El sitio habitual es la cara anterointerna de la metafisis tibial proximal, pero sólo debe ser una solución provisional en espera de poder colocar una vía de acceso vascular más convencional (1).

Dificultad neurológica: Se trata de la búsqueda, la valoración y el tratamiento de la dificultad neurológica. La valoración consiste en la búsqueda de signos de focalización y en la evaluación de la reactividad pupilar y los reflejos del tronco, así como en el cálculo de la Glasgow Coma Scale (GCS). Aun cuando el valor pronóstico de esta escala es menor en el niño que en el adulto, una puntuación GCS inferior o igual a 8 corresponde a un traumatismo craneal grave y debe conducir a la indicación de una intubación (1).

Escala de Glasgow modificada (niños)		
PRUEBA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
APERTURA DE OJOS	Espontanea	4
	A órdenes	3
	Al estímulo doloroso	2
	Nula	1
LLANTO COMO RESPUESTA VERBAL	• Palabras apropiadas y sonrisas, fija la mirada y sigue los objetos.	5
	• Tiene llanto, pero consolable.	4
	• Persistente e irritable	3
	• Agitado.	2
	• Sin respuesta.	1
RESPUESTA MOTORA	Obedece ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada ante el dolor	4
	Flexión inapropiada	3
	Extensión	2
	Nula	1

Ilustración 1: UCIP Hospital Sabadell. NEUROLÓGICO (miniexamen neurológico: MEN) [Internet]. 2009 [citado 12 mayo 2021]. Disponible en: https://www.tauli.cat/hospital/images/SubSites/ServeiUrgencies/documents/PautesActuacio/Emergencies/emergencies_Protocol_pacient_Politraumatic_Pediatric.pdf

Frente a una dificultad neurológica, hay que mantener una presión sanguínea con un nivel suficiente para obtener una buena presión de perfusión cerebral. En la práctica, el objetivo es mantener la presión sistólica por encima de un valor igual a $70 + \text{edad en años} \times 2$ mmHg. Además, hay que mantener la normocapnia y la normoxia (1).

Exposición: Se debe realizar un primer examen físico del paciente sin ropa, rápido, de reconocimiento general con el objetivo de detectar lesiones evidentes como amputaciones, deformidades groseras de extremidades, evisceraciones, etc...) Se debe prevenir la hipotermia, siendo obligatorio cubrir al paciente con mantas calientes o con dispositivos externos de calentamiento, manteniendolo en un ambiente cálido controlado y calentar los gases inhalados y sueros ev si precisa (2).

Exploración física

Se trata de la búsqueda y la valoración de otras lesiones, en particulares abdominales y ortopédicos (1).

Desde el punto de vista abdominal, es fundamental palpar el abdomen antes de efectuar una sedación, pues a menudo es la única exploración inicial que puede informar al equipo médico sobre la presencia o no de una defensa (1).

Desde un punto de vista ortopédico, un niño inconsciente o que presenta dolor cervical o un déficit motor debe considerarse como afectado por una lesión cervical hasta que se demuestre lo contrario. Es fundamental acomodar el cuello y la columna vertebral en posición neutra, fijándolos con una contención rígida acorde a la edad del niño. Así, teniendo en cuenta el considerable volumen cefálico con relación al resto del cuerpo, en el niño menor de 8 años hay que elevar el tórax con un pequeño cojín colocado debajo de la espalda a fin de evitar una hiperflexión de la columna cervical (1).

El resto de la exploración ortopédica debe ser rápida, sin dejar de tranquilizar al niño, en busca de:

- Deformaciones traumáticas de los miembros, que deben ser inmovilizadas con una férula;
- Una hemorragia exteriorizada, que debe comprimirse;
- Una disminución de los pulsos arteriales o incluso su abolición distalmente a una lesión traumática con deformación;
- Un déficit neurológico periférico (1).

La inmovilización de las lesiones ejerce un considerable efecto analgésico mecánico y debe formar parte del tratamiento global del dolor, que puede necesitar una sedación farmacológica (1).

El objetivo de la atención médica en la etapa prehospitalaria es hacer una valoración lo más completa posible en un mínimo de tiempo. La conducta debe basarse pues en protocolos establecidos, lo cual requiere formación y experiencia (1).

Es necesario conocer las circunstancias del accidente y hacer una buena exploración física inicial para poder establecer un pronóstico lo antes posible. Entre las puntuaciones, se encuentran la GCS y la Pediatric Trauma Score (PTS) La PTS es una escala de seis parámetros, evaluados como +2, +1 o -1. La puntuación final se sitúa entre -6 y +12. Una PTS inferior o igual a 7 indica un traumatismo potencialmente grave. Sin embargo, cabe señalar que una PTS estrictamente superior a 8 es correlaciona con una supervivencia del 100% de los pacientes (1).

↖	Parámetros	+2	+1	-1
	Peso	>20 kg	10-20 kg	<10 kg
	Libertad de las vías respiratorias	Normal	Mantenida	No mantenida
	Presión arterial sistólica	>90 mmHg	50-90 mmHg	<50 mmHg
	Estado neurológico	Despierto	Obnubilado	Comatoso
	Herida	Ninguna	Mínima	Mayor
	Fractura	Ninguna	Cerrada	Abierta

Ilustración 2 UCIP Hospital Sabadell. TRIAJE [Internet]. 2009 [citado 12 mayo 2021]. Disponible en: https://www.tauli.cat/hospital/images/SubSites/ServeiUrgencies/documents/PautesActuacio/Emergencies/emergencies_Protocol_pacient_Politraumatic_Pediatric.pdf

Por último, hay que coordinar el traslado del niño. Debe decidirse su derivación hacia el hospital más cercano o, de entrada, hacia el hospital regional de pediatría en función de la edad del niño, de su estabilidad y de los recursos humanos y técnicos disponibles. Luego de tomar esta decisión, debe ponerse sobre aviso a los equipos que van a estar a cargo a fin de optimizar la atención en el momento del ingreso. Así, es posible programar la práctica de una TC de cuerpo entero tras el ingreso, siempre que los parámetros vitales hayan sido suficientemente estabilizados durante la atención médica prehospitalaria (1).

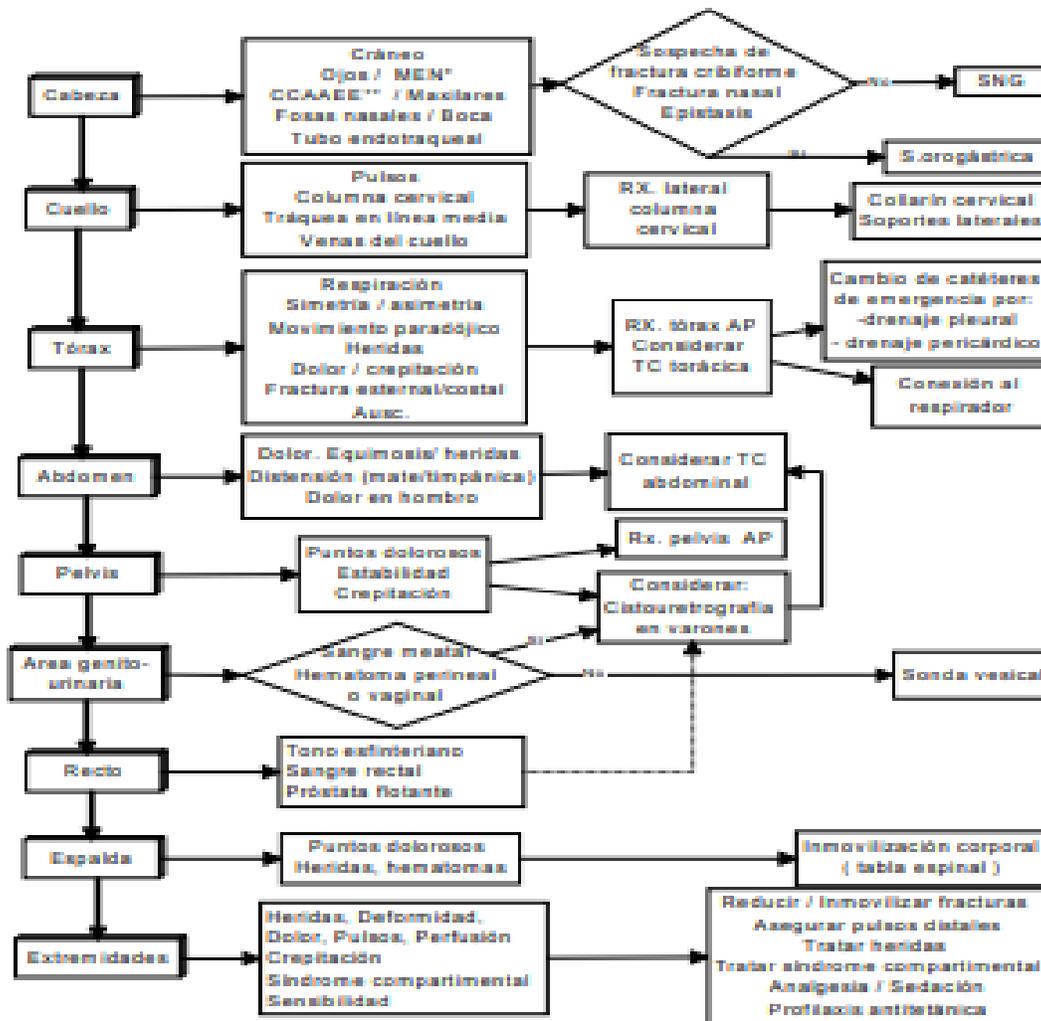


Ilustración 3UCIP Hospital Sabadell. SEGUNDO EXAMEN FISICO [Internet]. 2009 [citado 12 mayo 2021]. Disponible en: https://www.tauli.cat/hospital/images/SubSites/ServeiUrgencies/documents/PautesActuacio/Emergencies/emergencies_Protocol_pacient_Politraumatic_Pediatric.pdf

COMPROMISO PSICOFISICO EN CUIDADORES DE NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

Introducción

La parálisis cerebral (PC) es un trastorno del tono y del movimiento secundario a una lesión no progresiva en un cerebro inmaduro. La salud psicofísica del cuidador puede verse comprometida. Nuestro objetivo fue valorar calidad de vida, estrés percibido, lumbalgia y sobrecarga del cuidador de niños con PC y relacionarlo con ciertas características de la enfermedad (3).

Métodos

Estudio observacional transversal que incluyó cuidadores de pacientes con PC, que concurrieron a nuestro centro entre septiembre de 2017 y febrero de 2018. Se evaluó a cada paciente con el Sistema de la Función Motora Gruesa y al cuidador con: escala de estrés percibido, escala Zarit de sobrecarga, escala analógica de dolor (lumbalgia), y WHO-QoL BREF (calidad de vida) (3).

Resultados

Participaron 37 cuidadores de niños entre 2 y 15 años. La media de edad de los cuidadores fue 36 años. El tiempo de evolución de enfermedad ($X = 7,08$ años) se correlacionó significativamente de forma negativa con escala de estrés percibido y con Zarit ($p < 0,05$). La media del Sistema de la Función Motora Gruesa (3,06) presentó una correlación significativa con lumbalgia ($p < 0,01$), Zarit ($p < 0,05$) y negativa con calidad vida ($p < 0,05$) (3).

Conclusión

En nuestro estudio determinamos que a mayor compromiso motor del paciente, mayor sobrecarga, lumbalgia y menor calidad de vida en cuidadores. El estrés fue menor a mayor tiempo de evolución de la PC (sin relación con compromiso motor), lo que podría interpretarse como una adaptación al cuadro. La intervención sobre cuidadores debería formar parte de las estrategias del equipo de rehabilitación (3).

PROBLEMAS DE LENGUAJE EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

Resumen

La parálisis cerebral es una lesión no progresiva en las estructuras cerebrales que genera un trastorno del movimiento y de la postura. Estas lesiones también pueden afectar otras áreas responsables del desarrollo del lenguaje, tales como el sistema del habla, el sistema lingüístico o el procesamiento léxico, además de conllevar otras comorbilidades en diversas áreas (4).

Parálisis cerebral (en adelante, PC) es un término amplio que describe un grupo de condiciones asociadas con grandes discapacidades físicas y otros déficits que aparecen en las etapas tempranas del desarrollo cerebral. Aunque una función motora limitada es la característica más llamativa en los síndromes de PC, muchos niños además experimentan limitaciones sensoriales, comunicativas e intelectuales, y pueden tener impedimentos severos en las actividades de autocuidado, como son comer, vestirse, bañarse o caminar (Basaran y cols., 2013). También se distinguen como características de la PC las discapacidades físicas, limitaciones en actividades y problemas que afectan a las sensaciones, percepción, cognición, comunicación y comportamiento, además de efectos músculoesqueléticos secundarios (5).

La PC es la causa más frecuente de discapacidad física pediátrica, con una prevalencia mundial de entre uno y cinco casos por cada 1 000 habitantes, y es la causa más común de restricciones de movilidad para las actividades de la vida diaria en la infancia, con una incidencia estimada de dos casos por cada 1000 nacimientos (5).

Problemas en el cuidado: Debemos considerar que los niños con una enfermedad discapacitante pueden tener algunas limitaciones que requieran cuidados durante un periodo largo, que excede por mucho el tiempo de cuidado que necesitaría un niño normal (Basaran y cols., 2013). Ya que los cuidadores de niños con PC deben solucionar las complicaciones y dificultades que se derivan de la enfermedad, son incapaces de atender sus propias necesidades, por lo que tienen una menor satisfacción con la vida. El estrés puede presentarse cuando el equilibrio entre las demandas del ambiente exterior y la percepción de su habilidad interna para responder a éstas no es adecuado, y cuando la situación demandante impide perseguir otros objetivos vitales. De esta forma, se llegan a sufrir problemas psicosociales severos (idem) (5).

En la literatura se ha estudiado ampliamente que los cuidadores de niños con discapacidades muchas veces experimentan mayor estrés y tienen peor salud mental que otros progenitores; sobre todo se ha relacionado un mayor detrimento con el nivel de discapacidad del niño: hay un mayor riesgo de deterioro de la calidad de vida y salud mental de los cuidadores de niños discapacitados menos funcionales (5).

Objetivo

Constatar el desarrollo del sistema lingüístico mediante la longitud media de los enunciados verbales y analizar el desempeño del procesamiento léxico que presentaron 142 niños mexicanos con parálisis cerebral cuyas edades comprendían de los 7 a los 13 años (6).

Material y métodos

¿Mediante una licitación de datos controlados las poblaciones debían nombrar 107 entidades clasificadas en 12 campos semánticos y contar el cuento Frog, Where are you? («Dónde está la ranita») siguiendo las imágenes de la historia para comprobar su longitud media de los enunciados verbales (6).

Resultados

Solo el 16.9% de estos niños lograron nombrar más de 50 imágenes y contar el cuento que se les había mostrado. La longitud media de los enunciados verbales solo correspondió con la edad cronológica de un solo niño; el resto estuvo por debajo de lo esperado. El 83.1% de los 142 niños con parálisis cerebral evaluados no lograron emitir más de 10 palabras en ambas felicitaciones (6).

OBJETIVO GENERAL

Proponer un protocolo al abordaje de pacientes pediátricos con patologías que generen en ellos alguna deficiencia neurológica, tal como el autismo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Explorar las experiencias de diferentes profesionales en el proceso de atención de pacientes pediátricos con deficiencias neurológicas o cognitivas.
2. Identificar las dificultades en el proceso de atención inicial a pacientes pediátricos con autismo
3. Determinar la forma de atención prehospitalaria a pacientes pediátricos con deficiencias neurológicas, como el autismo.

METODOLOGÍA

TIPO DE ENFOQUE

Cualitativo: el proyecto tuvo como finalidad establecer estándares de comportamiento, conociendo las experiencias de un grupo de individuos, en este caso la atención primaria que se le estaba proporcionando a los pacientes pediátricos y con lo recolectado se hizo un análisis mediante el cual establecimos un patrón a trabajar para poder caracterizar toda la información con el fin de consolidar lo obtenido y finalizar la investigación proponiendo un protocolo de atención partiendo de la población de estudio.

TIPO DE ESTUDIO

Delphi: este proyecto hizo una selección de expertos a los cuales se les aplicó la entrevista con la finalidad de llegar a un consenso mediante las respuestas personales que cada uno proporcionó con previa autonomía, teniendo como ventaja la promoción de la libertad de expresión evitando conflictos entre expertos, permitiendo condensar la información por medio de la creación del protocolo.

POBLACIÓN

Referencia: personal que prestara servicios de salud en el contexto prehospitalario o en urgencias

Estudio: personal que prestara atención a niños con condiciones especiales.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Personal de salud que ejerciera actualmente.
2. Profesionales que brindaran atención pediátrica especializada en el conocimiento y manejo de patologías que presenten déficit neurológico y cognitivo.
3. Profesionales que se desarrollen en el campo prehospitalario, pediátrico, neurológico, psiquiátrico (paidopsiquitrico), psicológico, educación especial y terapéutico.
4. Personal que tuviera un rango de experiencia relativamente confortable de mínimo 1 año.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Tiempo de experiencia.
2. Tipos de experiencia.
3. Situaciones con cada uno de los tipos de paciente.
4. Enfoque personal que cada profesional le dé a la atención pediátrica.
5. Autonomía de los participantes para acceder al estudio, quien no autorice su participación en el proyecto.
6. Profesionales que trabajaran con niños, pero no con estas patologías neurológicas y/o cognitivas,
7. Disponibilidad del tiempo de los profesionales involucrados en el estudio.

DISEÑO MUESTRAL

Conveniencia: muestra mediante la disponibilidad de los profesionales y sus conocidos que puedan aportar al estudio. Se hizo una elección por proximidad, siendo mucho más fácil tener acceso a las diferentes opiniones de los entrevistados.

TABLA DE VARIABLES

Variable	Naturaleza	Nivel de medición	Codificación
Edad	Cuantitativa	Continua	Número
Sexo	Cualitativa	Nominal	Hombre, mujer
Grado académico	Cualitativa	Ordinal	Licenciado, Magister y Dotorado
Título profesional	Cualitativa	Nominal	Especializaciones
Lugar de trabajo	Cualitativa	Nominal	Instituciones, hospitales y clínicas
Rol que ocupa en su lugar de trabajo	Cualitativa	Ordinal	Director, jefe o empleado
Años de experiencia	Cuantitativa	Continua	Número
Tiempo laborado en el campo	Cuantitativa	Continua	Número
Estudios previos en neurología	Cualitativa	Nominal	Sí, no
Estudios previos en pediatría	Cualitativa	Nominal	Sí, no
Experiencias pediátricas que influyan en el comportamiento	Cualitativa	Nominal	Negativo, positivo

FUENTE DE INFORMACIÓN

Primaria: se toma esta fuente como referencia porque de ahí se escogió el análisis, puesto que el proyecto fue más enfocado hacia información específica que brindarán los profesionales en salud y datos que no se hallaron previamente en el sistema o que se encontraran con disponibilidad de fundamentos existente sobre el enfoque que se tomó.

Entrevista: por medio de esta se buscó recolectar información de cada uno de los profesionales, basada en vivencias propias frente a las circunstancias a las cuales se enfocó el proyecto, con el fin de crear por medio de un juicio de expertos un protocolo, guía o herramienta como resultado final de lo obtenido en dichos conversatorios.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Instrumentos electrónicos: estos nos permiten guardar más fácilmente la información en la nube y aparte de ello, poder grabar la entrevista para realizar un análisis mucho más profundo que la toma de nota.

Las entrevistas se realizaron por medio de salas de zoom que fueron reservadas con anterioridad y agendadas por medio de correos electrónicos para cada uno de los profesionales con los que se tuvo contacto.

PROCESOS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

1. Clarificar muy bien los objetivos.
2. Realizar un buen planteamiento de entrevista con conceptos claves a preguntar y enfatizar.
3. Capacitar al encuestador sobre la entrevista para que, de un buen manejo y direccionamiento de esta, siendo un buen orador.
4. Obtener información clara y concisa por parte de los profesionales que permitan plantear posibles resultados.

PRUEBA PILOTO

Cronograma: se estipulará un tiempo promedio aproximadamente entre 30 a 40 minutos, entre los cuales se obtengan buenos datos, pero con precisión. A demás por la población escogida, se podrían presentar variaciones en cuanto al tiempo que se empleará a la semana puesto que se cuenta con la disponibilidad de los encuestados.

Encuestados: Pediatra.

Análisis: con ella se validó la coherencia y relevancia de cada una de las preguntas que se habían estipulado tanto para su profesión como para el resto a entrevistar, también se verificó la redacción de las mismas, su profundidad en el tema, la comprensión y claridad sin importar los diferentes puntos de vista, el tiempo de respuesta que tomaba cada una y el conversatorio en general.

Asimismo, se analizaron las conexiones cronológicas o secuenciales que relacionaban cada interrogante y se escatimó la posibilidad que de estos pudieran salir temas relevantes a abordar.

RESULTADOS

ENTREVISTA

Un cordial saludo para usted

Nosotras somos Martha Lucia Urán Urán, María Adelaida Vélez Escobar y Estefania Amaya Girón, estudiantes actualmente de Atención prehospitalaria quienes están desarrollando el proyecto llamado “S.O.S Protocolo pediátrico”, en el cual usted participara por medio de esta entrevista.

La información obtenida mediante la misma, basada en las experiencias vividas en su ámbito profesional servirá para proponer un protocolo dirigido al abordaje de pacientes pediátricos con patologías que generen en ellos alguna deficiencia neurológica o cognitiva. Logrando impactar en la vida de los afectados de manera positiva por medio de una atención especializada a sus requerimientos.

Cabe aclarar que todos los datos personales, privados, públicos y generales obtenidos durante todo el proceso de investigación mediante los participantes serán protegidos por medio de un protocolo que vela por los derechos a la intimidad y seguridad de los mismos, por ende solo revelaremos la profesión del entrevistado y pedimos su consentimiento para ser grabado.

Le agradecemos por su cooperación en esta investigación.

ESQUEMA DE ENTREVISTA PARA PSICÓLOGOS Y TERAPEUTAS:

1. ¿Qué tan frecuente es que vea este tipo de pacientes?

El 80% de los niños sufre alguna patología durante su desarrollo. En etapas del ciclo vital (infancia y adolescencia) se consulta porque se es muy conductual no se verbaliza.

La mayoría de los pacientes ya tiene instaurada una especificidad o un problema generalizado en el desarrollo.

2. ¿Qué patologías neurológicas son las que más se presentan en los niños?

Manual diagnóstico de patologías neurológicas:

1. Déficit de atención con hiperactividad (falla orgánica): es la más común
2. Trastornos de conducta: negativista desafiante (base neuroanatomica mas un ambiente patológico)
3. Comorbilidad de ambos
4. Aprendizaje: discapacidad intelectual, bajo coeficiente intelectual...
5. Emocional: depresión y ansiedad
6. Otros: autismo, parálisis cerebral, ansiedad...
7. Tics: motores

8. ¿Cuál es el abordaje inicial en estos niños?

Tamiz: se hace un breve sondeo de síntomas

Pruebas diagnosticas

Fuentes de información variadas: conducta del niño, mamá, cuidador, profesores, consultorio...

Rutas de intervención: remisiones

Recomendaciones generales: adecuaciones curriculares y pautas de crianza

Empatía:

1. No bata
2. En pacientes autistas: dibujos y pictogramas
3. Fichas de emociones
4. Historias
5. Atenciones: nivel horizontal
6. Asa cerrado: que repita lo que entendió
7. Hablar con la verdad y ante todo, ser visuales

Inmovilización: abrazo a presión pero solo cuando se presenta la autolesión o lesión a su alrededor

Hiporreactividad: el autismo tiene un alto umbral del dolor

Pataleta: se extingue

8. ¿Cómo se realiza la anamnesis en ellos?

Se procede con los padres. “la información que el papá pueda proporcionar desde el embarazo”.

Con el niño se procede mediante el dibujo y preguntar desde tercera persona y por medio de historias.

9. ¿Qué complicaciones se pueden presentar en la atención de estos niños?

Nivel ético: puerta abierta, no comentar a los padres

1. Pataleta
2. Relaciones conflictivas
3. Dificultades en la comunicación: mentiras
4. Fobias
5. Dificultad para el acercamiento

6. En la atención que usted brinda ¿Ha vivido alguna complicación? En caso de que la respuesta sea no ¿Se siente preparado para una situación de estas? Y si la respuesta es afirmativa ¿qué fue lo que pasó?

Si, intento de suicidio y situaciones de crisis del espectro autista.

“Siempre que hay un comportamiento repetitivo es porque hay ansiedad, por ende hay que hacer respiración y control del pensamiento”

7. ¿Cómo hace frente al manejo de las complicaciones que se puedan presentar, ya sean alteraciones emocionales o de la enfermedad?

“Hay que negociar con los niños” que “el mismo proponga como cambiar la conducta”

En el traslado:

1. Retirar los elementos con los que se pueda lesionar
2. Desviar la atención (flash)
3. Realizarle preguntas sobre lo que le guste
4. Buscar un objeto que pueda presionar para contener la emoción

5. Manejar debidamente a los padres: hablarles
6. Evitar la ansiedad por separación
7. Cuando el padre no permite la atención: hay que conformar un equipo el cual pueda intervenir a los padres mientras el resto actúa sobre el niño
8. ¿Qué direccionamiento físico le daría a una complicación de acuerdo a la preparación que tenga?

Primero llamar a los contactos de emergencia y mientras estos llegan se realizan los primeros auxilios mediante conocimientos básicos y previos

9. Ante un evento de estos ¿Qué cree usted que se debe de tener en cuenta para que se dé una atención prehospitalaria adecuada a estas situaciones?
 1. Historia clínica
 2. Estar preparados prehospitalariamente
 3. Contar con guías
 4. Capacitaciones no solo ante primeros auxilios psicológicos, sino ante orgánicos también.
 5. Equipo especializado para estos niños: aph (informado), pediatra, neurólogo, psicólogo y/o psiquiatra
6. ¿Qué herramientas conoce usted para la atención? En caso de que conozca ¿Cuáles son?
 1. Pruebas psicológicas infantiles
 2. Juguetes de roles
 3. Cuentos temáticos
 4. Videos
 5. Podcast
 6. Guías MGAP
 7. DSM4
 8. Guías y protocolos de los principales trastornos personales: guías de remisiones
9. En caso de que no conozca ¿Cuáles cree usted que son las herramientas que se deben de disponer para la atención? ¿Cree usted que se brindan herramientas? ¿Cuáles?

Hay muchos manuales y guías de intervención (TIPS) pero no hay una unificación

10. Desde lo que usted conoce ¿Qué aspectos se deberían tener en cuenta?

Ellas cuentan con técnicas para el manejo conductual pero no patológicos. No hay una ruta esclarecida de intervención y es algo necesario porque se sabría cómo proceder

11. ¿Qué aspectos cambiaría usted ante la atención que se le brinda a estos pacientes? (parta de que se cuentan con todos los recursos necesarios para esto, desde infraestructura, normatividad, disponibilidad de servicios, entre otros)

Infraestructura: una unidad pediátrica sin paredes, más bien colchones que genere un ambiente agradable y seguro. Quitar la imagen del centro hospitalario para no generar traumas.

Equipo interdisciplinario: que evalúe el diagnóstico tipo carrusel. “valoración= intervención”

1. Seguimiento
2. Escuela de padres y desarrollo
3. Líneas y programas divididos por alteraciones

4. ¿Cree que la implementación de un protocolo para dichas personas y sus complicaciones direccionaría más fácil la atención y la mejoraría? ¿por qué?

Sí, porque permite estar preparados ya que aporta conocimiento y ayuda al profesional de salud a volverse hábil entendiendo el lenguaje del niño.

ESQUEMA DE ENTREVISTA PARA MÉDICOS:

1. ¿Qué tan frecuente es que vea este tipo de pacientes?

El 30% de la población infantil tiene dificultades en el aprendizaje, del 15% al 18% de las mismas comprometen su vida plena y están subdiagnosticadas

Del 90% de población infantil que se encuentra en el servicio de urgencias, <10% están diagnosticados, como secuela de daño en los pares cerebrales, obstrucciones de grandes vasos e infecciones.

Cuando se hace referencia a la diversidad (cognitiva, visual, auditiva, conductual, entre otras) se dice que consultan por otras causas de las cuales su enfermedad no es el motivo principal de la asistencia a la atención.

2. ¿Qué patologías neurológicas son las que más se presentan en los niños?

Recién nacido: sepsis tardías y neuroinfecciones

Lactante: convulsiones febriles, neuroinfecciones, errores innatos del metabolismo y tec

Preescolares: epilepsias, reumatológicos y traumas

Adolescentes: farmacodependencia y enfermedades psiquiátricas

3. ¿Cuál es el abordaje inicial a estos niños?

“Lo más importante son los antecedentes” y luego de esto el examen físico

Es importante realizar una buena anamnesis por medio de la mamá y realizar estrategias distractoras para buscar si el paciente diverso tiene signos y síntomas de independencia familiar o maltrato.

4. ¿Quiénes interfieren?

“Principalmente la mamá”. Luego la falta de comunicación o diversas creencias que puedan tener

Por ello es importante si hay presencia de historia clínica, papelería o Registro Nacional (vacunas) es importante obtener información que ellos puedan brindar.

Es importante “ver la confiabilidad de la mamá” ya que ella es la mayor fuente de datos porque los niños “no localizan bien el dolor o lo omiten porque les da miedo”

tg

5. ¿Cómo es el direccionamiento del examen físico en estos niños?

Antes que nada se genera EMPATÍA

1. Anamnesis
2. Observación: se hace una idea de la zona específica a tratar
3. Examen físico: céfalo caudal
4. Nunca perder el “objeto de transición” (ya sea la mama o el objeto que le dé seguridad)
5. Evaluar el dolor
6. Con los preescolares: las palabras de apoyo funcionan
7. Buscar diferentes formas de socialización
8. Con los pacientes ciegos: importante el contacto físico que dé seguridad

9. ¿Qué complicaciones se pueden presentar en la atención de estos niños?

Problemas neurológicos orgánicos y comportamentales

1. En los pacientes que padecen desintegración neurosensorial hay más riesgo de oposiciones desafiantes o déficit de atención
2. Dificultades en el lenguaje o la masticación (trastornos de dislexia)
3. SIMOC: síndrome de insuficiencia motora de origen central (bajo coeficiente cognitivo)
4. No se deja revisar “entre más diverso el niño, menos se deja revisar”
5. Localización del dolor
6. Asumir la enfermedad (en los preescolares)
7. Cooperación del paciente: inmovilización o la mamá que no deja realizar la atención

8. ¿Qué tan preparado está para una situación de estas?

Los trastornos se remiten al psicólogo aunque son del pediatra, los cuales no saben manejar bien trastornos comportamentales.

“El pediatra sabe mucho de diversidades orgánicas, mas no de diversidades comportamentales”

9. ¿Cómo hace frente al manejo de las complicaciones que se puedan presentar?

Con un **grupo multidisciplinario** compuesto por:

1. Fonodólogo
2. Fisioterapeuta
3. Psicólogo (proactivo): mamá e hijo

Una institución de segundo y tercer nivel de complejidad

4. ¿Sabe usted si hay un direccionamiento específico a seguir para estos casos?

Existen protocolos para las enfermedades pero no para el manejo.

5. ¿Hay alguna patología que pueda presentar más complicaciones que otra a la hora de una exacerbación?

Las neurológicas pre existenciales y si la diversidad orgánica es grande, así será la complicación.

6. ¿Qué aspectos se deberían tener en cuenta en la atención prehospitalaria antes de que usted vea el paciente?

1. Información sobre la diversidad
2. El entorno

3. ¿Qué herramientas conoce que hay en el ámbito prehospitalario para la atención de niños con dichas patologías?

1. Cinta de peso aproximado
2. Escala de coma de Glasgow
3. Escala de dolor (visual)

En el ámbito hospitalario hay:

1. Ludotecas
2. Voluntarios
3. Salas de observación especializadas

4. ¿Qué aspectos cambiaría usted ante la atención que se le brinda a estos pacientes? (parta de que se cuentan con todos los recursos necesarios para esto, desde infraestructura, normatividad, disponibilidad de servicios, entre otros)

Infraestructura: mejorar el ambiente externo, es decir, un lugar donde el niño se sienta bien, en una temperatura agradable.

Empatía: que el personal de salud entienda que “el niño y la mamá son un combo” y a ambos hay que entenderlos. Por ende se pueden desarrollar herramientas de trabajo para el acompañante.

Conocer más sobre la diversidad infantil: qué es, en qué consiste, cómo actuar...

Un niño que se evalúa por un motivo de consulta y posee diversidad, qué más como personal de salud se le puede tratar para darle la atención correcta y completa.

Profesionales:

1. Protocolo para pacientes
2. Pediátricos expertos en diversidad (servicios y equipo)
3. Neurólogo infantil (urgencias)
4. Neuropsicología (urgencias)
5. Pediatra (tripulando)
6. Terapeuta ocupacional

“AUMENTAR LAS HORAS DE SERVICIO Y NO TRABAJAR POR DISPONIBILIDAD”

7. ¿Cree que la implementación de un protocolo para dichas personas y sus complicaciones direccionaría más fácil la atención y la mejoraría? ¿por qué?

Si, los protocolos son líneas a seguir siempre y cuando exista un conocimiento previo de lo que se va a intervenir

ESQUEMA DE ENTREVISTA PARA APH:

1. ¿Qué tan frecuente es que vea este tipo de pacientes?
2. ¿Qué patologías son las que más se presentan en los niños?
3. ¿Cómo se realiza la atención primaria y el triage a ellos?
4. ¿Cómo es el direccionamiento de la evaluación y examen físico en estos niños?
5. ¿Qué complicaciones se pueden presentar en la atención de estos niños?
6. ¿Cómo hace frente al manejo de las complicaciones que se puedan presentar?
7. ¿Hay alguna patología que pueda presentar más complicaciones que otra a la hora de una exacerbación?
8. ¿Qué aspectos tiene usted en cuenta en la atención para estabilizar al paciente?
9. ¿Qué herramientas hay en el ámbito prehospitario para la atención de niños con dichas patologías?
10. ¿Qué aspectos cambiaría usted ante la atención que se le brinda a estos pacientes? (parta de que se cuentan con todos los recursos necesarios para esto, desde infraestructura, normatividad, disponibilidad de servicios, entre otros)
11. ¿Cree que la implementación de un protocolo para dichas personas y sus complicaciones direccionaría más fácil la atención y la mejoraría? ¿por qué?

PROPUESTA DE PROTOCOLO

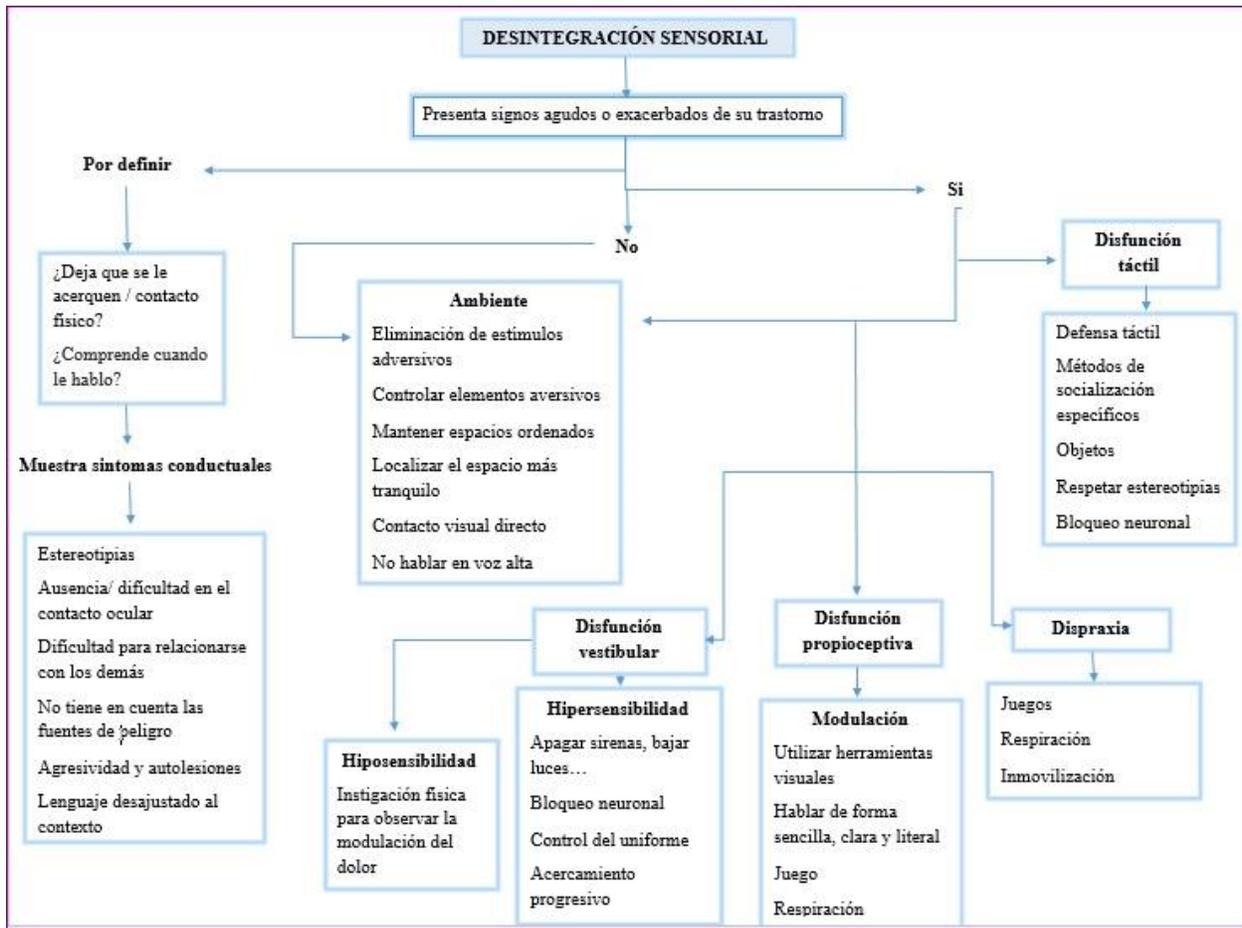


Ilustración 4 Fuente: Elaboración propia

- a) Verificar los antecedentes
- b) Tener al alcance estrategias distractoras
- c) Verificar si el paciente presenta conducta de apego, en caso de que esté presente tratar dicha conducta
- d) Nunca perder la empatía
- e) Dejar un tiempo de respuesta
- f) Reconfirmar con el paciente cada actividad a realizar
- g) No utilizar argot, tecnicismos ni anglicismos
- h) Comunicarle en todo momento lo que se está haciendo, donde estamos, a dónde vamos, entre otros.
- i) Dar las instrucciones sencillas, fáciles de comprender y utilizar reforzadores
- j) Utilizar expresiones fáciles que permiten saber si hay comprensión mutua

Ilustración 5 Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

- El TEA ha ido creciendo en importancia y reconocimiento en los últimos años, es un trastorno que todas las personas deberíamos conocer y dejar atrás los mitos acerca de este.
- Aunque la prevalencia del TEA y demás enfermedades de desintegración sensorial en la atención prehospitalaria no es tan alta es de suma importancia conocer acerca de este y sobre todo estar preparados para la atención de dicho paciente.
- Ya que el TEA en la mayoría de casos no está diagnosticado o los familiares omiten la presencia de este como prestadores de atención prehospitalaria debemos conocer algunos signos que nos lleven a pensar que este paciente cursa con dicho trastorno.
- La cualidad más importante a la hora de atender pacientes pediátricos tanto con TEA o sin él, es la EMPATIA.
- Los pacientes con TEA son todos muy diferentes es importante eliminar prototipos acerca de dichos pacientes.

DISCUSIÓN

A la hora de la realización de este protocolo, se evidenció aspectos muy importantes, como lo es la falta de información acerca de esta enfermedad enfocada en la atención prehospitalaria, también nos dimos cuenta que el trastorno del espectro del autismo es demasiado amplio y cada paciente tiene sus cualidades y diferencias; a medida que íbamos construyendo este protocolo tomaba más fuerza la idea de que la integración de este protocolo en el aérea prehospitalaria es de suma importancia y necesidad por lo mencionado anteriormente, es decir, ya que se cuenta con muy poca información y porque el TEA ha crecido en importancia y con esto en diagnósticos.

Con la construcción de este proyecto hemos aprendido demasiadas cosas, ha sido una oportunidad de crecimiento académico, hemos aprendido tips para la hora de atender pacientes pediátricos con o sin patologías que nos dificulten dicha atención.

INFORMACIÓN DE PROTOCOLOS PARA APH SOBRE ESTE TEMA

Se encontraron unas guías especializadas planteadas por el GRUPO GEDES en el 2013 para la atención del primer respondiente de llamadas de emergencias en situaciones especiales como lo son: la discapacidad intelectual, discapacidad física: parálisis cerebral, TEA y crisis aguda en personas con trastornos mentales graves. Sin embargo, en estas protocolos no se evidencia atención específica y clara de acuerdo a la sintomatología que se pueda presentar en cada acontecimiento.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL ©GRUPO GEDES 2013		
CARACTERÍSTICAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL		
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades para prestar atención y distinguir los aspectos relevantes de emergencia y en la resolución de la misma. - Dificultades para memorizar o recordar algo nuevo. - Dificultades de comprensión y expresión del lenguaje. - Dificultades para saber qué hacer, en qué orden, por qué y para iniciar la acción. - Dificultades en la anticipación y sentido de peligro en situaciones no habituales. - Presentan dificultades en habilidades de la vida diaria: identificar síntomas de enfermedad, tratamiento y prevención de accidentes, buscar ayuda en casos necesarios, desplazamientos. 		
ENCUENTRO O LLAMADA DE EMERGENCIA		
<p>DISPONIBLE PERSONA DE REFERENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de que intervenga: Comunicar siempre a través de ella. - No hay posibilidad de intervención: Recabar INFORMACIÓN: * ¿Comprende lo que le hablo? * ¿Qué puedo ofrecerle o decirle para que venga conmigo? 	<p>NO DISPONIBLE GUÍA/PERSONA DE REFERENCIA PERO SABEMOS QUE ES UNA PERSONA CON TEA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asignar en el traslado un Profesional de emergencias de REFERENTE. - Evaluación de la INFORMACIÓN: gustos/intereses. 	<p>NO SABEMOS NADA</p> <p>Atender a los síntomas conductuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene en cuenta fuentes de peligro. - Dificultades para comunicarse (comprensión órdenes complejas, expresión dolencias, necesidades, formular y responder a preguntas, etc.). - En las situaciones de emergencia, falta de iniciativa o autonomía, impulsividad, falta de autocontrol. Lentitud en las respuestas.
PAUTAS DE INTERVENCIÓN		
<p style="text-align: center;">AMBIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eliminación de estímulos ambientales aversivos: apagar sirenas, galbo, etc. - Controlar la acumulación de personas. - Mantener los espacios ordenados. - Localizar un espacio seguro más tranquilo. 	<p style="text-align: center;">PROFESIONAL DE EMERGENCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar instrucciones sencillas, frases cortas y utilizando vocabulario concreto referido a objetos y acciones. - Utilizar gestos, fotos o dibujos. - Indicar paso a paso lo que vamos a hacer y reforzar cada paso mediante reforzadores (apoyo afectivo-gestual y un elogio "bien"). - Ejercer de modelo lo que queremos que haga. - Pequeña instigación física para iniciar la acción. 	
DISCAPACIDAD FÍSICA: PARÁLISIS CEREBRAL ©GRUPO GEDES 2013		
CARACTERÍSTICAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA: PARÁLISIS CEREBRAL		
<ul style="list-style-type: none"> - Limitación en la movilidad y la manipulación. - Bajo nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria. Dependencia en las actividades de la vida cotidiana de aquellas personas más habituales. - Labilidad emocional. - Escaso interés por interaccionar. - Dificultades en las habilidades sociales. 		
ENCUENTRO O LLAMADA DE EMERGENCIA		
<p>DISPONIBLE PERSONA DE REFERENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de que intervenga: Comunicar siempre a través de ella. - No hay posibilidad de intervención: Recabar INFORMACIÓN: * ¿Comprende lo que le hablo? * ¿Qué puedo ofrecerle o decirle para favorecer la interacción? 	<p>NO DISPONIBLE GUÍA/PERSONA DE REFERENCIA PERO SABEMOS QUE ES UNA PERSONA CON TEA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asignar en el traslado un Profesional de emergencias de REFERENTE. - Evaluación de la INFORMACIÓN: gustos/intereses. 	<p>NO SABEMOS NADA</p> <p>Discriminar si sólo presenta la persona una discapacidad física o va acompañada de parálisis cerebral observando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si comprende lo que le decimos. - Su nivel de expresión. - Su sistema de comunicación
PAUTAS DE INTERVENCIÓN		
<p style="text-align: center;">AMBIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar todos los obstáculos que puedan dificultar el acceso y/o salida de la persona con discapacidad física. - Tratar a la persona de forma individualizada. - Identificar los medios técnicos específicos y personales necesarios para movilizarlo. 	<p style="text-align: center;">PROFESIONAL DE EMERGENCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anuncie su presencia y ofrezca su ayuda, pero deje que la persona explique qué necesita. - Diríjase a la persona sin gritar, hablando de forma natural y directa al individuo. - Describa por adelantado la maniobra que va a ejecutar y recuerde mencionar escaleras, puertas, pasillos estrechos, rampas y cualesquiera otros obstáculos presentes en el recorrido. 	

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

©GRUPO GEDES 2013

CARACTERÍSTICAS PERSONAS CON TEA

- Dificultades sensoriales y de identificación del dolor y el peligro.
- Dificultades de comprensión del lenguaje y de la intención de las demás personas.
- Dificultades para saber qué hacer, en qué orden, por qué y para iniciar la acción.
- Realizar la estereotipia puede darle tranquilidad.
- Puede que necesite algo de tiempo desde que recibe la indicación, la procesa y la inicia.
- Dificultades de atención, **mejor con elementos visuales.**

ENCUENTRO O LLAMADA DE EMERGENCIA

DISPONIBLE PERSONA DE REFERENCIA

- Posibilidad de que intervenga: Comunicar siempre a través de ella.
- No hay posibilidad de intervención: Recabar INFORMACIÓN:
 - ¿Qué le puedo ofrecer para que venga conmigo?
 - ¿Deja que se le acerquen/contacto físico?
 - ¿Comprende cuando le hablo?

NO DISPONIBLE GUÍA/PERSONA DE REFERENCIA PERO SABEMOS QUE ES UNA PERSONA CON TEA

- Asignar en el traslado un Profesional de emergencias de REFERENTE.
- Evaluación de la INFORMACIÓN: gustos/intereses.

NO SABEMOS NADA

- Atender a los síntomas conductuales:
 - Estereotipias (movimientos repetitivos sin finalidad aparente).
 - Ausencia/dificultad en el contacto ocular.
 - Dificultad para relacionarse con los demás.
 - No tiene en cuenta fuentes de peligro.
 - Agresividad o autolesiones.
 - Lenguaje desajustado al contexto (repetitivo, ausencia, extraño).

PAUTAS DE INTERVENCIÓN

AMBIENTE

- Eliminación de estímulos aversivos: Apagar sirenas, gallo, etc.
- Controlar los elementos potencialmente aversivos: material médico, objetos brillantes, etc.
- Mantener los espacios ordenados.
- Localizar un espacio seguro más tranquilo.

PROFESIONAL DE EMERGENCIAS

- Control del uniforme (gorra, casco, gallo...).
- Acercamiento progresivo a la persona (sin aprietos ni gritos)
- Hablar de forma sencilla, clara y literal (frases cortas o palabras sueltas).
- Actitud serena y tranquila.
- Anticipar paso a paso y de forma visual si es posible, lo que vamos a hacer.
- Utilizar herramientas visuales (mostrar objetos, fotos, señales, etc.)
- Ejercer de modelo de lo que queremos que haga. Mostrar reforzadores.
- Si lo vemos necesario: **Pequeña insistencia física para iniciar la acción.**
- Respetar las estereotipias.
- Dejar un tiempo de respuesta (esperar unos segundos antes de repetir la orden/pregunta).

Crisis aguda en personas con Trastornos Mentales Graves

©GRUPO GEDES 2013

ENCUENTRO O LLAMADA DE URGENCIA

Se puede desarrollar pánico agudo. La persona puede presentar una conducta "rara", hostil o difícil de controlar. Esta muy asustado por los síntomas que experimenta: pueden sentirse perseguidos, amenazados o controlados. Pueden ver u oír cosas no reales, están desorientados, con dificultad para pensar, deprimidos, o con un estado de ánimo exaltado. Pueden presentar ansiedad, pánico y conductas agresivas o suicidas.

INFORMACIÓN: Se debe preguntar a la persona, familiar o allegado cuándo comenzó este estado, si ha ocurrido algún episodio anterior y si existen datos de cualquier trastorno previo o actual.
Se necesita recabar información sobre antecedentes de diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, consumo de tóxicos y enfermedades orgánicas. Es importante conocer si han existido episodios previos de violencia.

La descompensación de una persona con un trastorno mental es una emergencia que requiere atención sanitaria.

Una vez identificadas, estas personas deben ser abordadas por los servicios de salud mental y evitar, en lo posible, su entrada en el sistema judicial.

En ocasiones estas emergencias con llevan **agitación y agresividad**, la agresividad, no es exclusiva de la enfermedad mental, puede darse por causas orgánicas, traumáticas o por abuso en el ámbito familiar.
En las personas con trastornos mentales graves, las conductas violentas pueden aumentar cuando existe delirio persecutorio y de control por una fuerza exterior.

FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTA AGRESIVA

- Factores demográficos:
 - Varón joven
 - Bajo nivel socioeconómico (desfavorecidos, falta de apoyo social, problemas de empleo, inseguridad vital)
- Maltrato y trastornos de la conducta en la infancia
- Primer acto de violencia a edad temprana. Historia de criminalidad no violenta
- Historia clínica:
 - Psicopatía. Abuso de sustancias
 - Trastorno de la personalidad. Esquizofrenia
 - No cumplimiento con el tratamiento
- Factores psicológicos y psicosociales:
 - Impulsividad. Ira excesiva. Celos patológicos
 - Asociaciones de órdenes
- Contexto Actual:
 - Amenazas de violencia. Disponibilidad de armas

PREVENCIÓN

Es necesario identificar precozmente posibles descompensaciones de funcionamiento. A veces pueden presentarse síntomas premonitores. Las conductas agresivas se pueden predecir por la presencia de amenazas o acciones accionadas y por la elaboración de un plan de agresión.
Signos de violencia inminente son: irritabilidad, amenazas, mirada fija desafiante, aumento de la actividad, actitud tensa, presencia de miradas a personas involucradas y agresión a objetos.

COMUNICACIÓN

La persona en situación de descompensación aguda, puede tener el pensamiento bloqueado (como la mente en blanco), el lenguaje empobrecido, con repeticiones para responder y con dificultades para mantener la atención y la concentración.

Debemos comunicarnos con mensajes breves, concisos, claros, sin recurrir a metáforas, abordando una sola idea, acordando las convenciones y señalando áreas de lo que se está diciendo.

Una persona en situación de descompensación puede tener ideas delirantes, de las que está convencido y le confiere su conducta, lo más habitual es que piense que le persiguen, que todo se refiere a él, que quiere hacerle daño.

Debemos intentar:

- Ayudarle a cambiar de tema, de forma respetuosa y serena
- No le siga la corriente. No profundar en la conversación o corroborar de forma brusca y radical. Mantener que personas de otra forma, se discuten las razones. Puede dar resultado cambiar de "tema" e iniciar otra conversación. Tratar de comprender por el paciente qué piensa al respecto.

CONSULTA Y DERIVACIÓN: Debe procurarse una valoración sanitaria con inmediata. Puede requerirse un ingreso en una unidad de salud mental de un hospital general.

Deben conocerse los pasos para solicitar la atención de los servicios sanitarios de urgencias. La información a los profesionales sanitarios debe describir lo que hace o dice la persona afectada.
La Resolución 201/2002, de 26 de diciembre, de la Dirección General del SAC regula la Atención de Urgencias, traslado e ingresos de pacientes psiquiátricos, así como el requerimiento de auxilio a los cuerpos y fuerzas de seguridad.

EN CASOS DE TRASTORNOS DE CONDUCTA

Usar y el paciente debería estar en una posición que les permita llegar a la puerta con facilidad, esta debe estar abierta.

- El entorno debe ser seguro, sin objetos potencialmente peligrosos.

- Mantenga la distancia, no se acerque demasiado. El paciente violento necesita más espacio que los demás. Nunca se aproxime al paciente por detrás, ni de manera brusca.

- Nunca de la espalda al paciente.

- No busque la confrontación, no mire a los ojos, intente bajar la mirada y un tono de voz neutro. Sigue una postura corporal relajada, evita posturas como brazos cruzados o manos detrás de la espalda.

- El paciente no debe quedar solo.

- Si hay otras personas que podrían desencadenar la violencia del paciente, díjales que se vayan de escena.

- Aporte información y apoyo a los familiares y personas cercanas.

Estrategia verbal:

- Posicionarse y hablar lo que se oye:

- Hablar palabras sencillas, frases cortas y claras, y hablar de forma tranquila.

- Ayudar al paciente a recuperar su orientación.

- Resque, por lo menos al principio, preguntas dirigidas a establecer una alianza y al poco a poco dirigidas los temas más delicados.

- Establezca límites de conducta aceptable y explique al paciente que se le permitirán las violaciones de los.

- Cuando tenga que comunicar su decisión, hágalo de forma clara y sencilla.

No se debe esperar hasta el último momento para intervenir:

Lo primero es asegurar la salud integridad y garantizar la presencia y seguridad de las personas.

Pautas de intervención en situaciones de emergencia

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al estudio que se realizó, se pudo diferir que la investigación es sin riesgo, puesto que se hizo abordaje e intervención a una población que no presentaba vulnerabilidad alguna, como lo fueron los profesionales en prestación de servicios de salud, con el fin de obtener datos mediante procedimientos no invasivos, en los cuales no se manipularán conductas, ni se indagaron aspectos sensibles de variables fisiológicas y mentales pertenecientes la población atendida por los expertos participantes de la muestra, cumpliendo con la Resolución 8430 de 1993 artículo 11.

Con el estudio se buscó obtener resultados importantes que tengan un gran aporte en la sociedad, siempre y cuando se cumplan los principios básicos de bioética como lo son: la beneficencia, esta se vio reflejada mientras avanzaba la entrevista pues se le fue explicando al profesional cómo este proyecto tendría un impacto positivo, mejorando la calidad de vida y la atención ante las diversas afecciones que se puedan presentar a lo largo de la vida del paciente evaluado, se otorgó el derecho a la autonomía y asentimiento, para que los participantes pudiesen tomar la decisión de estar en el estudio o no, contar sus experiencias personales, también si en algún momento deseaban retirarse, que no se vieran obligados a seguir participando de este. De acuerdo con lo anterior, el mayor objetivo fue hacer un bien al paciente y a quienes lo rodean de forma indirecta, por ello las personas que pudiesen aplicar este protocolo lo deberían conocer bien para evitar al máximo los posibles riesgos que se pueda presentar, recordando que todo se realizó con no maleficencia. La idea también fue tener en cuenta la opinión de personas especializadas en este tema sin importar su campo laboral, por eso nos basamos de ellos para realizar el protocolo lo más acertado, implicando a todos los personajes, ya sea profesionales de los diferentes ámbitos de estudio con igualdad, brindándoles los mismos derechos y el apoyo correspondiente, cumpliendo con el principio de justicia.

Todos los datos personales, privados, públicos y generales obtenidos durante todo el proceso de investigación mediante los participantes fueron protegidos por medio de un protocolo que vela por los derechos a la intimidad y seguridad de los mismos, también se verán sujetos a permisos para ser utilizados o no por medio de un consentimiento informado.

RECOMENDACIONES

Surge la necesidad de conocer y empatizar más con las diversidades, como TAPH debemos estar informados y sobre todo tener una formación no solo académica si no ética para atender dichos pacientes, que a medida que pasan los años dichas patologías se van dando a conocer más y con ellos los diagnósticos aumentan.

“Desde la amabilidad es posible cambiar el mundo”

“Las personas con autismo ven el mundo bajo una luz diferente, De formas que muchos nunca podrían imaginar”

- Tina. J. Richardson

REFERENCIAS

Launay F. Aparato locomotor. 2nd ed. Elsevier Masson SAS; 2012.

Sánchez S, Gili T. PROTOCOLO POLITRAUMA PEDIÁTRICO [Internet]. UCIP Hospital Sabadell.; 2009. Disponible en: https://www.tauli.cat/hospital/images/SubSites/ServeiUrgencies/documents/PautesActuacio/Emergencies/emergencies_Protocol_pacient_Politraumatic_Pediatric.pdf

Musazzi M del M, Aladro I, Catoira NP, Vidal AF, Aguiló AF, Viale L. Compromiso psicofísico en cuidadores de niños con parálisis cerebral [Internet]. Vol. 12. Argentina : Elsevier; 2020 [citado 12 de mayo de 2021]. 194-199 p. Disponible en: <https://s100.copyright.com/AppDispatchServlet?publisherName=ELS&orderBeanReset=true&orderSource=ClinicalKey&contentID=S1853002820300227>

Rivera R, Hawayek A, Román R, Méndez I, Rodríguez L. Problemas del lenguaje en niños con parálisis cerebral. Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología. junio de 2017;37:63-9.

García S, Martínez J, Castellanos V. Los retos del cuidador del niño con parálisis cerebral. Rciencia. junio de 2017;68:76-83.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), n Sense Internacional (Latinoamérica, INCI, INSOR, Habilitat, la Fundación Niñez y Desarrollo, et al. ORIENTACIONES PEDAGÓGICAS PARA LA ATENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LA INCLUSIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL [Internet].[consultado 2021 mayo 12]- Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/cartilla-cerebral-6.pdf>

Pandolfi AM, Herrera MO. COMUNICACIÓN NO VERBAL EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS. Revista Latinoamericana de Psicología. 1992;24(3):357-72.

Pino Gómez K, Gómez KP, Hurtado MM, Bedoya LFS. Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia. Poiésis. 9 de abril de 2019;0(36):126-46.

Pautas de intervención en situaciones de emergencia, fichas gedas [Internet]. calameo.com. [citado 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.calameo.com/read/001057006a676b4b0ddfb>

