



PEDIATRIAKO LARRIALDIAK: OSPITALERATU AURREKO ARRETA-PROTOKOLOAK

AURKIBIDEA

- ▶ SARRERA
- ▶ EBALUAZIO PEDIATRIKOAREN TRIANGELUA
- ▶ ERIZAINZAKO TRIAJE EDO SAILKAPENA
- ▶ LEKUALDAKETAKO SCOREA
- ▶ PROTOKOLOAK
- ▶ Adibidea: ASMA-KRISIA
- ▶ PEDIATRIAKO LARRIALDIETAKO MATERIALA ETA MEDIKAZIOA

Haur batek izan ditzakeen larrialdi-egoeretan berehalako eta goi-mailako kalitatezko arreta eman behar izaten da, sortzen den ingurunean bertan: lehen mailako arreta zentroan, emergentzietako osasun-garraioan edo ospitaleko nahiz beste osasun-zentro batzuetako larrialdietan.

Larrialdiko pediatria-asistentziaren kalitatea hobetzeko oinarritzko neurri bat jarduketak estandarizatzeko da; izan ere, jarduketak estandarizatuz gero, praktika klinikoaren aldakortasuna murrizten da, mailen arteko komunikazioa hobetzen da eta baliabideak eta pazientearen segurtasuna optimizatzen dira.

Horrexegatik, 2012. urtearen amaieran, **Pediatria Larrialdietako Diziplinarteko Taldea (PLDT)** sortu zen Euskadin, honako helburu hauekin:

- Zentro sanitarioen eta emergentzia-sarearen arteko komunikazio-zirkuitua hobetzea.
- Haurra lekualdatzeko protokoloa prestatzea, eskatu beharreko garraio motari buruzko erabakiak har-tzea ahalbidetzeko, betiere paziente bakoitzaren bizi-euskarriko premien arabera.
- Asistentzia-prozesuak eta hainbat prozedura eta patologiariko dagozkien protokoloak eguneratzea eta estandarizatzea ospitaleratu aurreko eremuan.
- Protokoloak etengabe eguneratzea eta hedatzea.
- Pediatriako larrialdiez arduratzen diren langileak prestatzea eta eguneratzea.
- Prozesuaren etengabeko ebaluazioa egiteko erreferentziatzat hartuko diren adierazleak ezartzea.

PLDT taldeko kideak urgentzia edo emergentzia pediatrikoak artatzen dituzten edo egoera horretan izan daitezkeen Osakidetzako hainbat asistentzia-eremutako profesionalak dira (Lehen Mailako Arreta, Emergentziak eta Osasun Garraioa, eta Ospitaleko Larrialdiak).

INFAC buletin honen helburua zera da, PLDT taldeak egindako pediatriako larrialdi-protokoloak eta larrialdi pediatrikoetako medikazioa EAEko osasun-zentroetan ezagutaraztea.

PEDIATRIAKO LARRIALDIETAKO ARRETAKE JARDUNBIDE KLINIKO EGOKIAREN ARAUAK OSPITALERATU AURREKO EREMUAN (PLDT)

1. Osasun-zentro guztietan egongo da pediatriako larrialdietan arreta emateko medikazioa eta materiala. Material hori larrialdi-orga batean egongo da, bai eta poltsa edo maleta-txoetan ere, larrialdi batengatik zentrotik kanpo joan behar izanez gero ere.
2. Larrialdietako materiala eta medikazioa berraztertzeke protokolo edo prozesu bat egongo da, eta zentro bakoitzean horretaz arduratuko den pertsona zehaztu behar da.
3. Larrialdietako medikazioa eta materiala adostua eta bateratua egongo da, zerbitzuen antolamenduaren arabera eta aplikazio-eremua aintzat hartuta: Larrialdiak eta Osasun Garraioa, Lehen Mailako Arreta eta Etengabeko Arreta Guneak (EAG).
4. Lehen mailako arretako zentroetan eta Etengabeko Arreta Guneetan, asistentzia urgentea edo berehalakoa eskatzen duten pazienteak sailkatzeko sistema eraginkor bat egongo da, arreta larritasunarekiko denbora proportzionalan emango dela bermatzeko eta irisgarritasuna hobetzeko.
5. Komunikatzeko bide egokiak egongo dira asistentziaren maila guztien artean, pazienteari arreta emateko, paziente lekualdatzeko eta pazienteari harrera egiteko, betiere paziente lehengo asistentzia ematen den osasun-zentro edo tokitik xede-zentrorera eraman behar denean. Gainera, paziente lekualdatzeko baliabide motarik egokiena zein den erabakitzeke tresna bat erabiltzea bultzatu behar da.
6. Patologiaren araberako protokoloak egongo dira, adostutakoak, eguneratutakoak eta aldizka berraztertutakoak, asistentzia estandarizatzeko asistentzia-maila guztien artean. Pro-

tokolo horiek argiak eta zehatzak izango dira, osasun-arloko profesionalarentzat baliagarri izan daitezten erabakiak hartu behar dituzten.

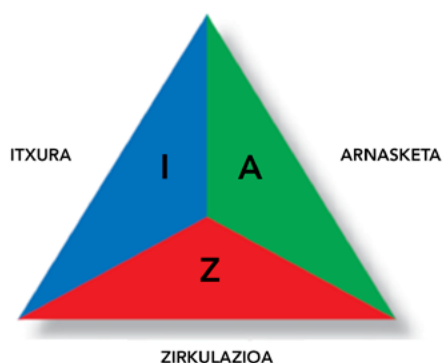
7. Larrialdia kudeatzeko behar izango den dokumentazioa (osasun-arretaren eskema protokolizatuak, lekualdatzeko eta osasun-baliabide motaren scorea egiteko dokumentuak, eta abar), oso erraz hartzeko moduko tokian egongo da: kopia bat larrialdi-organ, eta sarbide informatiko bat haur bakoitzaren historia klinikoan bertan.
8. Inplikaturako langileek –osasun-arlokoek eta beste arloetakoak– etengabeko prestakuntza jasoko dute eskura dauden arreta-protokoloei buruz eta protokolo horien eguneratzei buruz, bai eta aplikatu beharreko teknikei buruz ere: Bihotz Biriketako Berpiztea (BBB) –oinarrizkoa eta aurreratua–, desfibriladore erdiautomatikoak (DEEA), zain-bideak lortzea, hezur barneko bidea, eta abar.
9. Medikazioa larrialdi-egoeretan erabiltzeko baldintzei buruzko dokumentazioa egongo da, ahalik eta segurtasun handienarekin prestatzeko moduan, akatsak minimizatu eta pazientearen segurtasuna bermatzearen.
10. Larrialdiko arreta behar duten haur eta nerabeei senitarteko edo arduradun batekin egoteko eskubidea dute arreta ematen zaien bitartean eta beharrezko prozedurak egiten zai-zkien bitartean; senitarteko edo arduradun horrek, gainera, ahalik eta anamnesi zehatzena lortzeko informazioa eman dezake.

EBALUAZIO PEDIATRIKOAREN TRIANGELUA

PLDTaren larrialdi-protokoloetan hasierako balorazio pediatrikoa txertatu da; balorazio hori egiteko, hauek aplikatuko dira: **Ebaluazio pediatrikoaren triangelua (EPT)** eta **ABCDE ebaluazioa** (A: arnasbidea; B: aireztatzea; C: zirkulazioa; D: egoera neurologikoa; E: esposizioa).

EPTa tresna erraza eta azkarra da (30-60 segundoan egiten da), eta pazientearen ebaluazioa ikusmenaren eta entzumenaren bidez egiten da, paziente bera ukitu ere egin gabe. Ez da jarduketa klinikorik egin behar. Ezegonkortasun klinikoan dauden pazienteak identifikatzea du helburu, eta bizi-euskarriko neurriak azkar hartzeko aukera ematen du.

Hiru elementu baloratu behar dira (ikus irudia):



- **Itxura edo egoera orokorra:** alderdirik garrantzitsuena da, oxigenazio-egoera eta garun-perfusioa adierazten baititu. Honako alderdi hauek baloratzen dira: tonua, interakzioa, kontsolagarria ote den, mintzaira edo negarra, eta begirada.
- **Arnasketa:** arnasketa-lanaren seinalerik ba ote dagoen aztertzen da bisualki, eta arnas-zarata anormalik ba ote dagoen entzun.
- **Zirkulazioa:** azalaren kolorea baloratzen da (zur-biltasuna, azal pikardatua, zianosia) perfusio desegokiaren eta shockaren adierazgarritzat.

EPTaren hiru osagaien bitartez, oxigenazioaren, perfusioaren eta garuneko funtzioaren mailari buruzko informazioa lortzen da. Helburua ez da diagnostiko espezifikoa egitea, baizik eta hauraren egoera fisiopatologikoa sailkatzea, hau da, egoera egonkorrean ote dagoen (EPTaren hiru aldeak normalak direnean), edo arnasa hartzeko zailtasuna, shocka edo nerbio-sistema zentralaren disfunczioa ote dagoen. Hortaz, hasierako balorazioan erabakiak azkar hartzeko balio du eta badu abantaila bat: esperientzia handirik ez duten profesionalen paziente larriak segundo gutxian detektatzeko aukera ematen die (ikus 1. taula).

1. taula: Pazientearen egoera EPTaren aldean alterazioaren arabera

I	A	Z	EGOERA FISIOPATOLOGIKOA
Anormala	Normala	Normala	Lehen mailako garun-disfuntzioa
Normala	Anormala	Normala	Arnasa hartzeko zailtasuna
Normala	Normala	Anormala	Shock konpentsatua
Anormala	Normala	Anormala	Shock deskompentsatua
Anormala	Anormala	Normala	Biriketako geldialdia
Anormala	Anormala	Anormala	Bihotz-biriketako geldialdia

EPTaren ondoren, ABCDE ebaluazioa egin behar da, hau da, konstanteak zehaztu eta pultsuaren oximetria. Gluzemia kapilarra ere zehaztu behar da paziente kritikoaren hasierako ebaluazioa egitean.

EPTan ez da egin behar jarduketa klinikorik, baina, ABCDE ebaluazioa egitean, egonkortzeko neurriak aplikatu behar dira, ebaluatutako sistemetan aurkikuntza patologikorik eginez gero, eta, noski, pazientearekin kontaktu fisikoa izan behar da, bai ebaluazioan, bai egonkortzean. Ebaluazioa egiteko ordena zorrotz bati jarraitu behar zaio; oso garrantzitsua da ordena horri jarraitzea eta hurrengo mailara ez igarotzea identifikatutako arazoak konpondu arte.

ERIZAINZAKO TRIAJE EDO SAILKAPENA

Pediatriako larrialdien eskaria areagotzen ari da arian-arian, dela ospitale-eremuan, dela ospitalez kanpoko eremuan, eta nazioarteko fenomeno dela esan dezakegu; horregatik, pazienteen fluxuaren handitze hori eraginkortasunez kudeatzeko estrategiak garatu dira. Erronketako bat zera da, masifikazioaren ondorioz larritasun potentzialeko prozesua duen haurren asistentzia ez berandutzea; horregatik dira hain garrantzitsuak sailkapen-sistemak, pazienteak iritsi ahala erraz eta modu sinplean sailkatzeko aukera ematen dutelako, larritasunaren arabera, eta horri esker asistentzia modu eraginkorrean antolatu eta kudeatu daiteke.

Osasun-zentroetan ere, eskari horrek ahalegin handia egitea eskatzen die pediatriako profesionali, eguneroko gainerako jarduerarekin batera egin behar izaten baitute; horregatik, arreta pediatrikoa antolatzeko sistema bat bilatu behar da, epidemia-garaian edo une jakin batean nahiz ohiko moduan eskari handia duten pediatriako kontsultetan batik bat. Lehen mailako arretan, atzerapenik gabe artatu beharreko pazienteak (edo hitzordua dutenak baina denbora luzez itxaron beharko dutenak) sailkatzearen helburuak bi dira: alde batetik, **benetako urgentzia bereiztea**, larri dauden haurren asistentzia berandutu ez dadin, eta, bestetik, **gurasoei segurtasuna ematea**, horrela antsietatea murrizten baitzaie eta gustura geratzen baitira aurretiazko arreta berehala jasotzen dutelako. Horren bidez, gainera, heziketa-neurriak hartu ahal dira erabiltzaileei begira, eta, bestetik, Pediatriako profesionalen gogobetetasuna areagotu daiteke.

Erizainek lehen mailako arretan sailkapen edo triaje pediatrikoa egitea proposatu da PLDTaren protokoloan, eta triaje-sistema hori "The Canadian Paediatric E.D. Triage and Acuity Scale" eskala gurrera egokituta lortu da; bost larritasun-maila ezartzen ditu, eta maila bakoitzak arreta medikoa jaso arteko itxaronaldi bat du atxikia. Triajeak hiru urrats ditu: EPTa aplikatzea, kontsultaren arrazoi nagusia baloratzea, eta konstanteak hartu eta min-eskalak aplikatzea.

"Erizainen pediatriako TRIAJEA edo SAILKAPENA" eskura dago, gaur egun [formulario moduan Osabide Globalen](#).

Lekualdaketa scorea izan da taldea sortzea eragin zuen hasierako dokumentua, eta horixe argitaratu zen lehena (2013ko urrian). Haurra lekualdatzeko baliabiderik egokiena zein den larrialdietako mediku koordina-tzailearekin erabakitzeke eta adosteko balio du. Pazientearen egoera fisiopatologikoa eta haren bizi-euskarriko premiak adierazten dituzten parametro eta konstanteen balorazio objektiboari erreparatuta egiten da. Gaur egun eskura dago [formulario moduan Osabide Globalen](#).

Scoreko itemak betetzeko garaian, ez dira aintzat hartu behar haurra lekualdatu aurretik aplikatu direnak soilik, baizik eta lekualdatzean egitea komeni direnak ere bai, hala nola intubazio orotrakeala edo zain-bide bat. Alderdi hori garrantzitsua da larrialdiko mediku koordinatzailearekin harremanetan jartzeko unerako, haurra Lehen Mailako Arretako zentro batetik edo Etengabeko Arreta Gune batetik lekualdatzeko garraio motarik egokiena zein den zehaztu ahal izateko.

PROTOKOLOAK

PLDTaren helburuen artean dago protokoloak etengabe eguneratzea; horretarako, 2-3 urtean behin bertsio berriak argitaratzen dira, nahiz eta gomendioetan aldaketa garrantzitsurik ez izan, erreferentzia bibliografikoak berraztertu eta eguneratu ahal izateko eta, hartara, emandako gomendioak baliagarriak direla ziurtatzeko.

Orain arte honako protokolo hauek egin dira (edo prestatzen ari dira):

- Pediatriako larrialdietako arretako jardunbide kliniko egokiaren arauak lehen mailako arretan
- Lekualdaketa pediatrikorako galde-sorta (euskaraz eta gaztelaniaz)
- Lekualdaketarako zer baliabide mota behar den aurreikusteko scorea: OBE, EBE, BEA (euskaraz eta gaztelaniaz)
- Triajea lehen mailako arretako pediatrian
- Pediatriako pazientearen hasierako ebaluazioa: ebaluazio pediatrikoaren triangela (EPT)
- Ebaluazio pediatrikoa: ABCDE
- Mina eta analgesia
- Larrialdietarako orgako materiala lehen mailako arretan
- Larrialdietako medikazio carda (prestatzen ari da)
- Hezur barneko bidea
- Bihotz-biriketako geldialdia: BBB pediatrikoa + DEEA
- Gorputz arrotz batek arnasbideetan eragindako buxadura (OVACE)
- Takikardia suprabentrikularra
- Intoxikazioak
- Shocka
- Sepsis-susmoa
- Anafilaxia
- Konbultsioak
- Hipogluzemia
- Traumatismo kraneoentzefalikoa (TKE)
- Abdomeneko min akutua
- Asma akutua
- Bronkiolitisa
- Laringitisa

PLDTak sortutako dokumentazio guztia eskuragarri dago, honako esteka hauen bitartez:

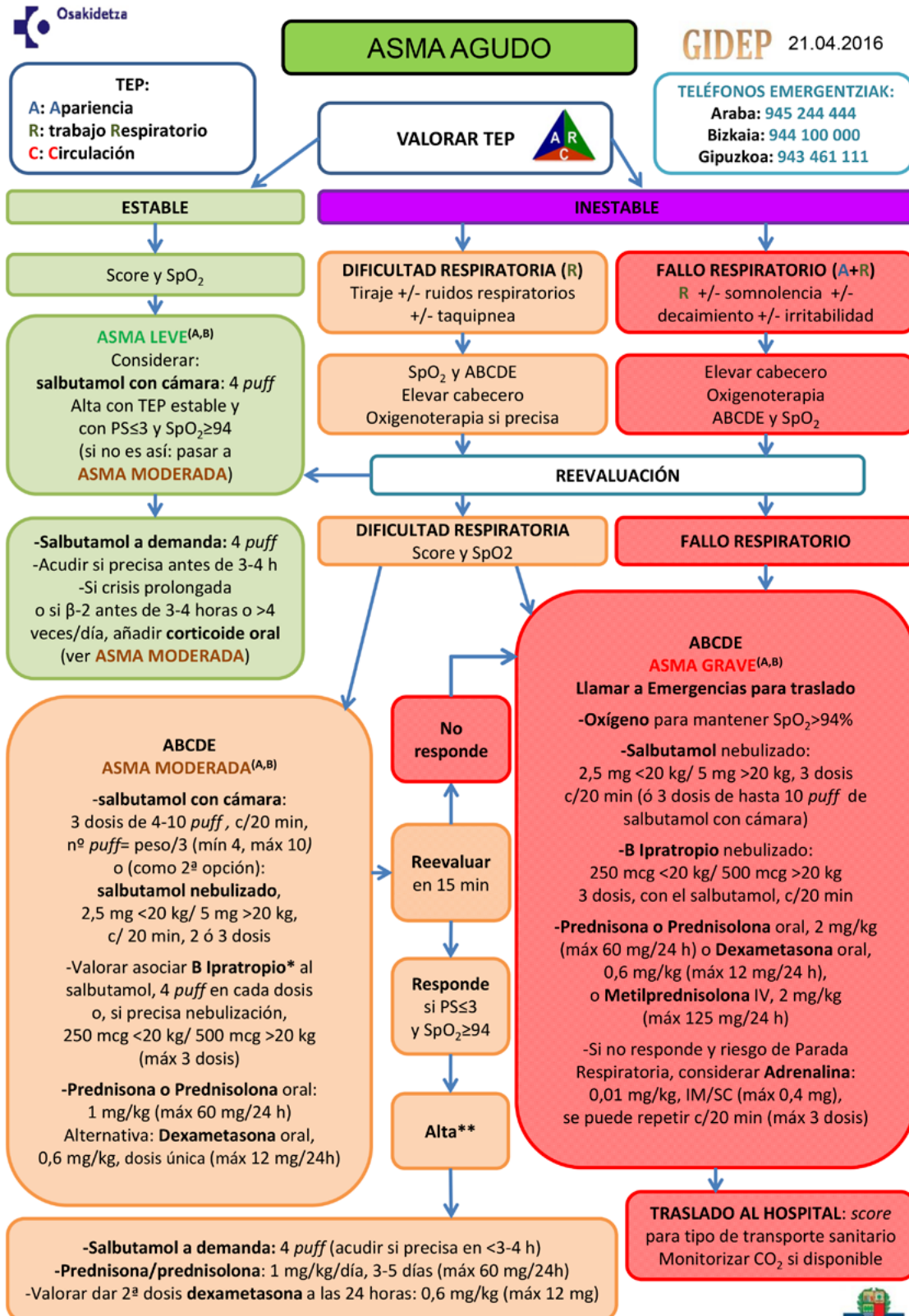
<https://osagune.osakidetza.eus/423/Documentos%20de%20Grupo/Forms/AllItems.aspx>

https://www.dropbox.com/sh/2d6yo8mn4eh1blj/AADJpdHHBPSGW_AX5fOa9UvVa?dl=0

Protokolo guztiek antzeko diseinua dute, algoritmoetan kolore-kode bat dutela: berdea, laranja edo gorria, larritasun- edo urgentzia-mailaren arabera; horia Bizi Euskarri Aurreratua duten osasun-garraioetan egin beharreko jarduketan kasuan soilik erabiltzen da, lehen mailako arretako zentroetan ez dauden baliabideak baitituzte.

Adibidea: ASMA-KRISIA

Gaia oso zabala denez, ezinezkoa da buletin honetan protokolo guztien edukia aipatzea; beraz, adibide moduan, berriki eguneratu den ASMA-KRISIARI dagokion protokoloa aurkeztuko dugu (ikus irudia).



Valoración clínica de la gravedad del episodio: Pulmonary Score (PS) (Adaptado de Smith, Baty & Hodge)

Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Musculatura accesoria
	<6 años	>6años		
0	<30	<20	No	No
1	31-45	21-35	Final de la espiración (con estetoscopio)	Dudoso incremento
2	46-60	36-50	Toda la espiración (con estetoscopio)	Incremento evidente
3	>60	>50	Inspiración y espiración (sin estetoscopio) ^(#)	Actividad máxima

^(#)Si no hay sibilantes y las retracciones son evidentes, puntuar 3

(A) Valoración de la gravedad del episodio según la puntuación obtenida mediante el PS

Leve	Moderada	Grave
0-3 puntos	4-6 puntos	7-9 puntos

(B) Valoración de la gravedad del episodio según la SpO₂

Leve	Moderada	Grave
SpO ₂ >94%	SpO ₂ entre 91-94%	SpO ₂ <91%

En caso de discordancia entre PS y SpO₂, clasificar según el de mayor gravedad

***BROMURO DE IPRATROPIO EN LOS EPISODIOS DE ASMA MODERADOS SI:**

- Pulmonary Score (PS) ≥5
- PS ≥4, pero no mejoran con salbutamol con cámara
- PS ≥4 con FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN**

****CONSIDERAR ANTES DEL ALTA OTROS POSIBLES FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN:**

asma persistente grave; ingresos en UCIP o múltiples ingresos por asma; mal control del asma; factores sociales o de acceso al hospital; enfermedades asociadas con riesgo respiratorio

-En las INHALACIONES CON CÁMARA aprovechar para comprobar la TÉCNICA DE INHALACIÓN:

- 1º/ nunca MDI sin cámara; 2º/ probar cámara sin mascarilla facial en los ≥3años; 3º/ agitar el MDI;
- 4º/administrar los *puff* de uno en uno; 5º/ hacer 5 respiraciones profundas por cada *puff*
- Para las NEBULIZACIONES, preparar la DILUCIÓN añadiendo SSF hasta completar 5 ml de volumen total y pasarlas con FLUJO DE O₂ de 6-8 L/min


PEDIATRIAKO LARRIALDIETAKO MATERIALA ETA MEDIKAZIOA

EPLDTak, halaber, gomendioak prestatu ditu osasun-zentroetako orga eta poltsa edo maletatxoetan nahitaez egon beharreko arreta pediatrikoa emateko materialari eta medikazioari buruz. Medikazio eta material hori oinarritzotzat jotzen da maizen gertatzen diren pediatriako larrialdietan arreta emateko, besteak beste asistentziaren kalitatea eta uniformetasuna bermatzearren, baliabideen optimizazioa alde batera utzi gabe.

Dokumentuan, oinarriko gomendioak eta gomendio orientagarriak ematen dira, eta zerbitzu-erakunde eta osasun-zentro bakoitzak dagokion jarduketa-eremuaren arabera egokitu beharko ditu, artatzen duen populazioaren arabera, hurbilen dagoen ospitalearekiko distantzia kontuan hartuta, pediatriako zenbait pazienteren premia bereziak ahaztu gabe eta osasun-zentroaren ezaugarri arkitektonikoak ere aintzat hartuta.

Honako ohar hauek egin dira orga eta poltsetako materialari dagokionez:

- Kontuan izan behar da **intubatzea** ez dela lehentasuneko trebetasuna hurrekin lan egiten duten osasun-arloko profesional guztientzat eta, beraz, ongi trebatuta dauden eta teknika horrekin esperientzia dutenek soilik egin beharko lukete. Horregatik, PLDTak gomendatzen du material egokia eduki behar dela **poltsa eta maskara bidezko aireztapen-teknikarako**. Teknika hori behar bezala ezagutu behar dute umeekin lan egiten duten profesional guztiak. Alabaina, lehen ere esan dugunez, zerbitzu-erakunde bakoitzak, baita osasun-zentro bakoitzak ere, lehen aipatutako irizpideen arabera edo profesionalen esperientziaren arabera, airebidea maneiatzeko eta aireztapeneko material osagarria ere behar ote duen erabaki dezake.
- **Hezur barneko bidea** izaten da aukera bihotz-biriketako geldialdiaren eta shock deskonpentsatuaren kasuan, eta hezur barneko bidea kanalizatzea gomendatzen da baldin eta minutu batean ez bada lortzen bide periferiko bat kanalizatzea. Orga eta poltsa guztietan hezur barneko sarbidea irekitzeko beharrezkoa den materiala egongo da, nahitaez. PLDTak **BIG (Bone Injection Gun)** sistema proposatzen du, baina beste sistema batzuk ere baliagarri izan daitezke; zerbitzu-erakunde bakoitzak erabaki dezake bat ala beste komeni ote den.

Taldeak beste alderdi batzuk ere nabarmendu nahi ditu; hona hemen:

- PLDTak egindako protokoloak aldizka eguneratzen dira, eskura dagoen ebidentziaren arabera, eta, beraz, orgetako edukiari buruzko gomendioak aldatu egin daitezke eguneratze horiekin.
- Protokoloak ospitaleratu aurreko arretarako ere badira, eta baliteke Larrialdiak eta Osasun Garraioaren eremuarekin lotura handiagoa duten teknika edo farmakoak agertzea. Horren adibide dira, esaterako, hipogluzemiaren protokoloaren kasuan, glukosaren infusio-ponpa bat erabiltzea, edo kardiobertsioa erabiltzea takikardiaren protokoloaren kasuan; horiek ez dira agertzen gomendioetan, logikoa denez. Zenbait farmakoren kasuan –hala nola fenitoina edo balproato sodikoa konbultsioaren protokoloan–, ez da gomendatzen orga eta poltsetan nahitaez sartzea, baina zerbitzu-erakunde bakoitzak erabaki dezake horiek izatea komeni dela.
- **Immobilizazio zerbikalerako materiala.** Immobilizazio zerbikala oso garrantzitsua da lesio zerbikala eta garuneko traumatismoa izateko susmopean dagoen pazientearen lehen azterketa egiteko. Batzuetan, osasun-arloko profesionalik ez dagoelako, ezinezkoa izaten da eskuz immobilizazio zerbikal egokia egitea; beraz, PLDTak posizio anitzeko immobilizatzeko lepokoak izatea gomendatzen du (lepoko berak hainbat tamaina izaten ditu).
- **Beste teknika batzuk egiteko materiala:** Tentsio-pneumotoraxa ziztatzeko materiala izateko aukera proposatzen du PLDTak egoki irizten dioten erakundeetan, eta 14 Gko kateter bat izatea gomendatzen du.

Gomendatutako materialaren zerrenda ikus daiteke [hemen](#):

SUEROAK	
Fisiologikoa 10 ml	Glukosatua % 5 (100 ml)
Fisiologikoa 100 ml	Glukosatua % 5 (500 ml)
Fisiologikoa 500 ml (Poltsa)*	Glukosatua % 10 (500 ml)**

* poltsa ezinbestekoa da hezur barneko bidetik hartu behar denean; ** hipogluzemia tratatzeko

MEDIKAZIOA	PLDTaren argibideak
Adenosina 6 mg/2 ml, bialak (Adenocor®)	Takikardia suprabentrikularra
Adrenalina 1 mg/1 ml, anpoilak	BBB, anafilaxia, asma akutua, laringitisa, bronkiolitisa
Adrenalina 1 mg/1 ml, aurrekargatutako xiringak	BBB, anafilaxia
Amiodarona 150 mg/3 ml, anpoilak (Trangorex®)	BBB, takikardia suprabentrikularra
Atropina 1 mg/1 ml, anpoilak	Intoxikazioak
Balproato sodikoa 400 mg, biala + disolbatzailea 4 ml *	Konbultsioak
Bikarbonatoa 1M, 840 mg/10 ml, anpoilak	Intoxikazioak; tanponatzeko lidokaina anestesiko lokal moduan
Biperidenoa 5 mg/1 ml, anpoilak (Akineton®)	Intoxikazioak
Dexametasona 1 mg/1 ml ahotik hartzeko suspentsioa FM	Laringitis, asma akutua
Dexklorfeniramina 5 mg/1 ml, anpoilak	Anafilaxia
Diazepam 10 mg/2 ml, anpoilak (Valium®)	Konbultsioak
Diazepam ondestekoa 10 mg/2,5 ml, mikroenemak (Stesolid®)	Konbultsioak
Diazepam ondestekoa 5 mg/2,5 ml, mikroenemak (Stesolid®)	Konbultsioak
EMLA (prilokaina/lidokaina) 25/25 mg/g, krema 30 g	Mina eta analgesia
Fenitoina 250 mg/5 ml, anpoilak*	Konbultsioak
Fenobarbitala 200 mg/1 ml, anpoilak (Luminal®) + Ura injektatzeko	Konbultsioak (jaioberrien kasuan)
Flumazeniloa 0,5 mg/5 ml, anpoilak	Intoxikazioak
Gel LAT 3 ml, miniplaskoak FM (bide topikoa)	Mina eta analgesia
Glukagoia 1 mg/1 ml, biala+xiringa (Glucagen Hypokit®)	Hipogluzemia
Ibuprofenoa 20 mg/ml, ahotik hartzeko suspentsioa	Mina eta analgesia
Ikatz aktibatua, 50 g granulatu, flaskoa (Carbón Ultra adsorbente Lainco®)	Intoxikazioak
Ipratropio bromuroa 20 mcg/puls, 200 dosiko aerosola (Atrovent®)	Asma akutua
Ipratropio bromuroa 500 mcg/2 ml, arnasteko disoluzioa (Atrovent Monodosis®)	Asma akutua
Mepibakaina % 2, 40 mg/2 ml, anpoilak (Scandinibsa®)	Mina eta analgesia. Alternatiba: lidokaina %5
Metamizola 2 g/5 ml anpoilak (Nolotil®)	Mina eta analgesia
Metamizola 500 mg/ml ahotik hartzeko tantak, 20 ml-ko disoluzioa (Metalgial®)	Mina eta analgesia
Metilprednisolona 40 mg/2 ml, anpoilak (Urbason®)	Anafilaxia, asma akutua
Midazolama 5 mg/ml, anpoilak (hainbat aurkezpen)**	Konbultsioak
Morfina % 1 (Kloruro morfikoa) 10 mg/1 ml, anpoilak	Mina eta analgesia
Naloxona 0,4 mg/1 ml, anpoilak	Intoxikazioak
Paracetamola 100 mg/ml, ahotik hartzeko disoluzioa	Mina eta analgesia
Paracetamola 250-300 mg, haurrentzako supositorioak (hainbat aurkezpen)	Mina eta analgesia
Paracetamola 150 mg bularreko umeentzako supositorioak	Analgesia (maletatxoetan eta emergentzia-aretoan)
Prednisolona 13,3 mg/ml, ahotik hartzeko tantak 10 ml-ko suspentsioa (Estilsona®)	Asma akutua (emergentzia-aretoan)
Prednisona 30 mg, konprimatuak	Asma akutua (maletatxoetan eta emergentzia-aretoan)
Salbutamola 100 mcg/puls 200 dosiko aerosola (+ arnasteko ganbera)	Asma akutua
Salbutamola 2,5 mg/2,5 ml, arnasteko disoluzioa (Salbuair®)	Asma akutua, bronkiolitisa, anafilaxia
Zefotaxima 2 g/10 ml, anpoilak	Sepsi-susmoa

*ESI/LMAUak erabakiko du eskuragarritasuna (ikus oharrak testuan); **Badira 1mg/ml-ko aurkezpenak; FM: formula magistrala

FUNTSEZKO IDEIAK

1. Prozesu larria duen haur bat lehen mailako arretatik edo etengabeko arreta-gune batetik ospitalera osasun-garraioaren bitartez eraman behar bada, diziplina anitzeko arreta-prozesu bat abiarazi behar da, eta prozesu hori adostu eta protokolizatzea komeni da.
2. Ebaluazio sistematikoa EPTaren eta ABCDE ebaluazioaren bitartez egitea lagungarri izaten da haur bakoitzaren egonkortze-premiak eta larritasun-maila bereizteko, betiere haurren egoera fisiopatologikoaren arabera.
3. Lekualdaketa-scorea egitea komeni da haur bakoitzak lekualdatzeko osasun-garraioko zer baliabide behar duen zehazteko eta adosteko.
4. Pediatriako larrialdietan arreta ematen duten langileen prestakuntza eta birziklatzea oinarri-oinarrizko elementuak dira, egoera horietan kalitatezko asistentzia lortu nahi badugu.

ESKER ONAK

Eskerrak eman nahi dizkiogu Emilio Aparicio jaunari –Bilbo-Basurtuko ESko Etxaniz Suhiltzailea Osasun Zentroko pediatra eta PLDT taldeko koordinatzailea da–, testua berrikusteagatik, bai eta iruzkin eta gomendio bikainak emateagatik.

BIBLIOGRAFIA

- Protocolos de GIDEP. Disponibles en:
<https://osagune.osakidetza.eus/423/Documentos%20de%20Grupo/Forms/AllItems.aspx>
https://www.dropbox.com/sh/2d6yo8mn4eh1blj/AADJpdHHBPSGW_AX5fOa9UvVa?dl=0
- Storch de Gracia Calvo P. Valoración inicial del niño grave en Atención Primaria. Form Act Pediatr Aten Prim.2014;7(4):169-75.
- Fernández A, Pijoan JI, Ares MI, Mintegi S, Benito FJ. Evaluación de la escala canadiense de triaje pediátrico en un servicio de urgencias de pediatría europeo. Emergencias. 2010;22:355-60.

Berrikuspen bibliografikoaren data: 2016ko abendua

Mendikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetza intranetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPSen interneteko <https://www.notificaRAM.es>


Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure erakundeko farmazialaria edo MIEZ - tel. 945 01 92 66 - e-maila: cevime-san@euskadi.eus

Idazkuntza Batzordea: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Olloquegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



<http://www.osakidetza.euskadi.eus/cevime>
Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.eus>

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

 Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea