

TEP:

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



VALORACIÓN TEP

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

TELÉFONOS EMERENTZIAK:

Araba: 945 244 444
Bizkaia: 944 100 000
Gipuzkoa: 943 461 111

ABCDE (Inicial y reevaluación continua)

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

A = VÍA AÉREA

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

B = RESPIRACIÓN/VENTILACIÓN

FR / SatO₂ / CO₂ espirado
Auscultación Pulmonar / Retracciones

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

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

C = CIRCULACIÓN

FC / Pulsos / Relleno capilar / T^a / TA / Auscultación cardiaca

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

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

D = DISCAPACIDAD

Alteración neurológica
Glucemia capilar

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

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

E = EXPOSICIÓN

Exploración completa

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

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

VALORACIÓN RÁPIDA DE TA EN PACIENTE CON SHOCK

Estimación de la **PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (PAS):**

- Pulsos **periféricos** (radial y pedio) palpables : 90mm Hg
- Pulsos **centrales** (femoral) **palpables** pero no los periféricos: 50-90 mmHg
- Pulsos **centrales no palpables:** < 50 mm Hg

Cifras de PAS consideradas como hipotensión según la edad:

- Neonatos < 60 mmHg
- Lactantes < 70 mmHg
- Niños 1-10 años:
 - P5 (límite inferior de presión arterial sistólica) = 70 mmHg + (2 × edad en años)
 - P50 de presión arterial sistólica = 90 mm Hg + (2 × edad en años)
- Niños > 10 años: < 90 mmHg

La hipoTA es un **signo tardío** de shock descompensado.

^b ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):

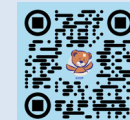
	PUNTUACIÓN	MAYOR 1 AÑO	MENOR 1 AÑO	<2 AÑOS
APERTURA OCULAR	4	Espontánea	Espontánea	
	3	Respuesta a órdenes	Respuesta a la voz	
	2	Respuesta al dolor	Respuesta al dolor	
	1	Sin respuesta	Sin respuesta	
RESPUESTA MOTORA	6	Obedece órdenes	Movimientos espontáneos	
	5	Localiza el dolor	Se retira al contacto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

Peso para calcular medicaciones de urgencia:

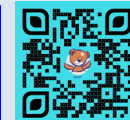
- Preguntar a los padres
- Métodos **basados en la talla** (cinta Bilbao 2019...) [LINK](#)
- Método **basado en la edad:**

Peso en kg = 2 x (edad en años + 4)

App GIDEP-WEST QR



ANDROID



IPHONE

^a ESCALA AVPU (AVDN)

- A** - (Alert - Alerta) - **A:** paciente Alerta
- V** - (Verbal - Verbal) - **V:** paciente responde a estímulos Verbales
- P** - (Painful - Dolor) - **D:** paciente responde a estímulos Dolorosos
- U** - (Unresponsive - No responde) - **N:** paciente No responde (coma)

SatO₂ ≥94% indica que la oxigenación es probablemente adecuada, pero interpretarla siempre junto con la FR y trabajo respiratorio.

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

JUSTIFICACIÓN PARA EL CAMBIO

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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