

LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

PRESENTACIÓN

Primero quiero agradecer a la Academia de Enfermería su amable gesto de invitarme a dar esta charla y también, como no, a los que estáis aquí presentes, por vuestro interés y espero no defraudaros.

Quiero pedir permiso para hablar en femenino ya que mayoritariamente somos mujeres y deseo que los hombres os integréis plenamente en todo.

La razón por la que acepté la invitación fue porque me considero veterana, pues soy Enfermera Especialista en Pediatría desde hace 30 años y he tenido la suerte de ejercer en ese ámbito casi toda mi vida profesional (4 años en la Unidad Neonatal de Cruces y 25 años en A.P. de Rekalde), en las consultas de Pediatría, compaginando con las tareas de E. Comunitaria.

Lo que quiero compartir hoy aquí es, fundamentalmente, mi experiencia en el trabajo cotidiano y también una visión de la Especialidad, que no será la mejor ni la peor, sino una entre muchas, y puede servir de reflexión para todos los que nos interesa este tema.

Es también una invitación para encontrar un espacio común en el que podamos analizar nuestra situación general (las diferentes condiciones de trabajo), qué otras alternativas hay y comunicarnos entre nosotras, aunar criterios, escoger objetivos comunes, apoyarnos y no acomodarnos a lo que “nos viene dado”, participar en la creación de Centros Docentes de la Especialidad y Tutorías y, finalmente, pedir el reconocimiento profesional como especialistas que somos.

INTRODUCCIÓN

- ¿Quién es una enfermera pediátrica?
- ¿Dónde nos encontramos en la actualidad?
- ¿A qué podemos aspirar?
- ¿Cómo aunar esfuerzos para un objetivo común?

Estas y otras muchas preguntas me hago a mi misma y os las quiero hacer a todos hoy porque con cada una de vuestras respuestas nos vamos a enriquecer todos.

En Atención Primaria uno de los objetivos primordiales es la Prevención. Esto es más relevante en Pediatría y la meta de la Pediatría Preventiva es promover el funcionamiento óptimo del individuo, no sólo durante la infancia sino también durante la vida adulta.

En Pediatría es donde más se ha trabajado, con diferencia, en la promoción de la salud.

La enfermería conoce bien los factores que contribuyen a muchos problemas de salud en el adulto. Hábitos de vida nocivos, factores de riesgo:

- alimentación inadecuada, por exceso o defecto

- consumo de tabaco, alcohol y otras drogas
- actividad física escasa
- etc.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERA PEDIÁTRICA

Ante todo somos Enfermeras Generalistas; ya sabemos que las Especialidades han estado paralizadas durante años y Sanidad nunca ha reconocido, ni requerido, ni retribuido el hecho de que existieran especialistas.

Compartimos actividades con Enfermería de Adultos en todos los Centros.

Trabajamos específicamente orientadas a la Salud y enfocadas a la familia, y tenemos gran relevancia dentro de Atención Primaria porque trabajamos con la población más vulnerable (niños hasta los 14 años)

Somos informadoras y educadoras. Los padres son los verdaderos administradores del cuidado de los hijos y deben estar lo más informados posible.

Dominio de los conocimientos propios:

Crecimiento y desarrollo del niño.

Conocimiento de la patología más frecuente.

Habilidades de comunicación verbal y no verbal (preguntar sin juzgar, evitar el uso del lenguaje técnico, tener en cuenta las características personales del niño y familiares, integrar y hacer participe al niño en su salud, etc.)

¿Qué hace la enfermera pediátrica?

1 – Establece un vínculo de confianza mutua con la familia y una relación continua y estrecha, desde el nacimiento del niño.

2 – Trata de realizar, durante la infancia, aquello que promueve la salud para toda la vida.

3 – Trabajamos en mantener y mejorar la salud a través de cambios saludables de estilos de vida (promoción de hábitos en alimentación, higiene, prevención de accidentes domésticos, etc.)

4 – Realiza la prevención de enfermedades específicas a través de las vacunaciones.

5 – Detección de defectos de agudeza visual, problemas de comportamiento, actitudes nocivas, etc.

6 – Detección de pacientes de riesgo.

7 – Aplica todos los cuidados y tratamientos que el niño necesita, así como las pruebas diagnósticas y técnicas que son de su competencia (en consulta de alta resolución = sin tiempos de espera, sin volantes)

Mantiene una estrecha colaboración con otros profesionales, fundamentalmente con las Pediatras, trabajamos en equipo.

El modelo en el que nos encontramos hoy en día es:

Enfermería basada en la evidencia
asumir la etapa de la adolescencia, cada vez con más contenidos
propulsar la cultura humanística en las edades pediátricas (ser global en el contexto del grupo familiar)

En el futuro trabajar con Diagnósticos de Enfermería.

Aquí voy a hablar de los nuevos tipos de familia, para comprender parte de las necesidades actuales de nuestra población.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ACTUAL

Pocos hijos, o uno sólo, edades tardías, madres trabajadoras, inicio temprano en guarderías, aumento de familias monoparentales.

Menos apoyo social tradicional (abuelas, hermanas, vecinas) empiezan desde los 4 meses en las guarderías (aumento de la patología, aumento de consultas pediátricas y hospitalarias y aumento del uso de antibióticos) Conviene tener en cuenta que la guardería antes de los 2 años, es una necesidad de los padres, NO de los hijos.

Menos experiencia en la paternidad, más desconocimiento del “mundo infantil” y mayor inseguridad con lo que presentan más dependencia.

Demandas a Sanidad cada vez mayores por parte de las familias y no siempre razonables, o fuera de nuestros recursos (por ejemplo, se delega la responsabilidad de la salud personal, o del niño, en el equipo sanitario).

Más información que nunca “extra-sanitaria”, TV, revistas, consumo, propaganda, etc., sin confrontar.

Importante incremento de niños inmigrantes (hasta un 20/30% del total de los cupos) en los últimos años y sigue aumentando:

- Problemas con el idioma
- Diversidad de países de procedencia
- Mujeres jóvenes con mayor índice de maternidad
- Otras culturas y valores (diferentes concepciones de la alimentación, higiene, horarios, importancia de los hijos, ...)
- Coberturas vacunales a veces inexistentes o desconocidas.
- Problemas sociales graves (faltas de documentación o trabajo, pobreza, sin apoyos familiares, desenraizados, etc.)

En general hay que dedicarles más tiempo y esfuerzo.

NECESIDADES DE LOS PADRES

La manera en que los padres se juzgan a sí mismos es determinante para la maduración y el desarrollo de sus hijos.

Ellos necesitan comprenderse y tener buena imagen de sí mismos, para criar a sus hijos.

Examinar sus sentimientos y expectativas como padres, y examinar la conducta de sus hijos siempre en evolución.

Que se les reconozcan sus preocupaciones y se les preste la atención profesional competente.

Comprender las diferencias entre los niños, todos son distintos y únicos.

Comprender las diferentes etapas, lactancia, infancia, adolescencia, y salir al paso de los posibles problemas.

Comprobar que no se equivocan en la crianza de su hijo.

Seguir un método de cuidar y resolver problemas, con la supervisión de un equipo profesional que les preste la atención, apoyo y asesoramiento que necesiten.

CONSULTA PROGRAMADA DE ENFERMERÍA (PEDIATRÍA)

Nosotros trabajamos en Rekalde con dos características fundamentales:

1 – Asistencia sistematizada (actividades protocolizadas y carácter multidisciplinar) sirve para aumentar las actividades preventivas en A.P.

2 – Con Guías Anticipatorias que mejoran el seguimiento del desarrollo y permiten prevenir la patología prevalente.

Esto es lo que llamamos Programa del Niño Sano, y tenemos un sistema de registro unificado. En él se establece de forma sistemática una serie de apartados en cada revisión de salud de manera que, además de supervisar el desarrollo, la alimentación y el calendario vacunal, se llevan a cabo actividades preventivas sobre cuya relevancia hay evidencia clínica.

Estas actividades se realizan tanto en la entrevista dirigida como en la exploración física y en las recomendaciones que se dan a la familia y, finalmente, las preguntas abiertas (hay algo que os preocupe) para detectar posibles problemas

EL P.A.P.S., O PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS RECOMENDADAS

Establece las actividades mínimas para la mayoría de los equipos.

Están fundamentados en la evidencia científica y está demostrada su validez:

A – Buena evidencia para recomendar la actividad (estudios incluyendo metaanálisis y revisiones sistemáticas que cumplen todos los criterios de diseño correctos)

B – Nivel de evidencia aceptable (estudios que no cumplen, al menos, uno de los criterios específicos de diseño, pero que no tienen error crítico conocido)

CRIBADO: Es una prueba, o test, que se aplica a toda la población general sana con el fin de seleccionar a los individuos que tienen un alto riesgo de padecer determinadas enfermedades.

Se aplican a la detección precoz de cuatro tipos de trastornos infantiles:

- problemas de conducta o alteraciones del comportamiento (para esto hay cuestionarios) (*)
- alteraciones del desarrollo. En la CAV el test de HAIZEA, que es el que está validado para los niños que vemos (social, adaptativa, sensorial y motora)
- alteraciones sensoriales: audición, visión
- problemas físicos: para la detección precoz de enfermedades, tratarlas y evitar sus manifestaciones clínicas, test de metabopatías, exploración de abducción de caderas, el mal descenso testicular, la escoliosis, etc. (son alteraciones ya establecidas, y el diagnóstico precoz evita el agravamiento o las secuelas)

(*) Problemas de conducta más frecuentes: Desobediencia, irresponsabilidad, carácter destructivo, impertinencia, negativismo, carácter distraído, peleón, falta de atención, rabieta, hiperactividad, irritabilidad, etc. En menores de 6 años es difícil diferenciar las conductas anómalas de las que son evolutivas y forman parte de las variaciones normales en el comportamiento infantil.

La detección precoz merece la pena por dos motivos: 1º por la estrecha relación del trastorno con una posterior enfermedad psíquica, y 2º por los beneficios que se obtienen del asesoramiento a los padres para el manejo de ese problema (versión española del Eyberg Child)

A – Cribado neonatal del hipotiroidismo y la fenilcetonuria (metabopatías) No lo hacemos nosotros, exige mecanismos sanitarios y legales ya establecidos y obligatoriedad

A - Test de Otoemisiones acústicas (se comprueba)

A – Prevención de la muerte súbita del lactante (primera causa de muerte infantil postneonatal entre el mes y el año de vida) La postura en prono durante el sueño está asociada con mayor riesgo. En los países donde la prevalencia de esta postura ha disminuido dramáticamente la tasa de SMSL ha descendido entre el 30% y el 50%.

A – Promoción de la lactancia materna y supervisión de la alimentación durante el primer año de vida. (En España, sólo entre un 7% y un 30% de las madres continúan lactando a sus hijos a los 6 meses de edad. Sin embargo la leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de vida, para todos los niños, incluidos los prematuros y los enfermos, salvo raras excepciones)

A – Profilaxis antirraquítica (vitamina D3)

A - Supervisión del desarrollo y crecimiento (somatometría y PC, percentiles)

B – Detección temprana del retraso psicomotor

B – Detección de trastornos del lenguaje.

B - Detección de trastornos del aprendizaje (rendimiento escolar a partir de los 6 años, dislexia, hiperactividad)

Cribado de la HTA (toma TA entre 3-6 y 11-14 años).

Cribado de la escoliosis (entre los 11-14 años): Lo hace también el Servicio de Salud Escolar, y la diferencia es que, en nuestro medio, con la ventaja de la continuidad que tenemos, además de la sospecha podemos realizar la misma prueba un tiempo después,

ocupándonos del seguimiento, del tratamiento, de las consecuencias, derivación al especialista, etc.

A - Promoción de la salud bucodental (higiene dental, prevención caries, fluor, Programa Dental Infantil)

A – Cribado de anomalías oculares (desde los 3 años con optotipos para detectar ambliopía, es la causa más común de pérdida de visión prevenible en los países desarrollados y se produce en cerca del 2 - 5% de la población general) Las Peditras lo exploran en los lactantes.

A - Vacunaciones:

Llevan un gran peso de las actividades de Enfermería. Requieren dominio y destreza técnica y un amplio abanico de conocimientos específicos, hasta el punto de que no es fácil ser sustituidos por otros profesionales generalistas (BCG, simultanear dosis, etc.).

Servimos de referencia a otros profesionales, para consultas respecto a inmunizaciones. Hay una responsable del Programa de Vacunaciones (suministro, registro, conservación, etc.) del Centro. Para que os hagáis una idea, en nuestro Centro tenemos 7 neveras para un total de 3.900 dosis infantiles administradas en 2008, sin contar Rotavirus ni Neumococo.

A – Prevención de accidentes infantiles - Programa ZAINBIDE: Estamos entrenadas en realizar el consejo preventivo, registro del cambio conductual y refuerzo de conductas (distribuimos las Guías de Seguridad Infantil para los 0, 6, 12 meses) Se hacen 8 intervenciones en los 2 primeros años.

(ACLARACIÓN) : El programa Zainbide es el Consejo Pediátrico a padres de niños de 0 a 4 años para concienciarles de los accidentes infantiles e informarles de las medidas que pueden realizar para prevenirlos, puesto en marcha por iniciativa de la Dirección de Sanidad del Gob^o Vasco.

Extensión y gravedad del problema: Cada año un 10% de los niños de 4 años sufre algún accidente. El 43% de ellos en el hogar y el 29% en espacios públicos. Son la primera causa de muerte en niños de 3 a 4 años (8 por cada 100.000) y la segunda causa de muerte en los de 1 a 2 años (24 por cada 100.000). El orden de frecuencia son: accidentes de tráfico, asfixias (sobre todo en el primer año), caídas y quemaduras.

Prevención del tabaquismo pasivo y activo (consejo antitabaco desde el primer control de salud y para evitar MSDL))

Prevención del abuso del alcohol (en nuestro país es un problema sanitario de primer orden y las nuevas generaciones consumen a edades cada vez más tempranas)

Prevención del cáncer de piel (cada vez tiene más incidencia)

Prevención de la hipercolesterolemia (también ha aumentado en la población infantil)

A – Detección de malos tratos o falta de cuidados del niño. Se ha convertido en una actividad obligada en los programas preventivos para la infancia. Es nuestra obligación intentar detectar los signos de maltrato y saber qué actitud tomar ante los riesgos.

Durante los años que llevamos trabajando la evolución ha sido pasar, de un Sistema en que la alimentación, el calendario vacunal y el desarrollo somático eran lo más importante, a comprobar qué otras actividades son más efectivas, como la prevención de accidentes, riesgo de maltrato, etc.

PROGRAMA DEL NIÑO SANO

Las actividades preventivas recomendadas las realizamos dentro de las revisiones periódicas del niño sano y son los exámenes de salud.

***** OBJETIVOS DEL EXAMEN DE SALUD**

Los objetivos de los exámenes de salud son la prevención, identificación, corrección de problemas y ayuda específica.

Una característica es que se realizan coincidiendo con el calendario de vacunas y las modificaciones en la alimentación.

Son llevados a cabo por distintos profesionales en diferentes apartados y se utiliza un registro común que mejora la asistencia integral. En la misma cita son vistos por la Enfermera y la Pediatra, y cada una hace su intervención.

La supervisión “sistematizada” de la salud, favorece el crecimiento físico intelectual, emocional y social del niño.

Da servicio directo a niños y a familias mediante un enfoque comunicativo integral:

conocer y comprender los sentimientos de la familia, deseos y escalas de valores
animar a la paternidad responsable
facilitar conocimiento para la crianza física, emocional y social
dar soporte, estímulos, confianza y apoyo a los padres
identificar problemas de salud y factores de riesgo. Estos pueden ser:

- esperanzas no realistas de los padres sobre la conducta del niño de acuerdo a su edad, por exceso o por defecto (tiende a producir conflictos en las relaciones). (Comer todo pasado con 2 años, que jueguen solos con 1 año)
- falta de experiencia y desconocimiento de las necesidades psicológicas, emocionales y físicas del niño (que obedezcan con 2 años)
- impacto del papel de padres por tener que prestar toda la atención a un lactante desvalido
- el temperamento del niño, los sucesos familiares, etc.

No me cansaré de resaltar la importancia de la dedicación en las primeras visitas del RN. El tiempo que se dedica es una inversión de futuro para establecer las bases de una confianza mutua entre padres y equipo pediátrico, tiempo que no queda recogido ni valorado adecuadamente, hoy por hoy.

Otra aspecto importante es la capacidad de valorar lo que se debe hacer en cada revisión y ver si es el momento, o no, de realizarlo, adaptándonos a las necesidades más urgentes de la familia y en función del tiempo del que disponemos.

DINÁMICA DEL EXAMEN DE SALUD

A) Abrir, completar y seguimiento de la Historia Clínica y Social y de la Cartilla Infantil.

Es un proceso acumulativo que depende del propósito de la visita y de las inquietudes de los padres.

Obtenerla completa en la primera visita lleva tiempo.

La base de los datos es amplia y varía según la edad del niño.

Comprende cuestiones estables que no cambian: historia de salud de la familia, clínica y hechos importantes del desarrollo.

Gestación, historia del nacimiento, período neonatal, inmunizaciones, alimentación, alergias, enfermedades, escolarización.

- B) Registrar información sobre hábitos de alimentación, sueño, vitaminas, respuestas de los padres ante las necesidades a problemas del niño, etc.
- C) Somatometría (P.C. hasta los dos años). Registro en los DBP (Datos Básicos del Paciente) y valoración de los percentiles.
- D) Valoración del desarrollo psicomotor en sus cuatro áreas: social, adaptativa, sensorial y motora. Escala HAIZEA – LLEVANT que es el validado para nuestra población
- E) Exploración física: Screening y despistaje de anomalías (abd. de caderas, seguimiento vista, agudeza visual, columna, etc.)
- F) Educación Sanitaria adaptada a cada edad: Es el punto más detallado de cada visita y tiene como objetivo que los padres desarrollen una serie de pautas de conducta en: alimentación, crecimiento, sueño, prevención de accidentes, caries, escolarización, etc. Les proporcionamos información escrita. A veces no es lo que más interesa a los padres y cuidadores.

ESTABLECIMIENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, lo que pretendemos es:

Hacer autónomas a las familias en el cuidado de la salud de los hijos.

Importancia de la higiene dental correcta, alimentación pobre en grasas saturadas, sodio, azúcares refinados, ...

Importancia de que los cambios de vida en la familia se logran a través de los padres y más en los niños pequeños.

Conocer y comprender los sentimientos de la familia, deseos y escala de valores.

Educamos a los niños para que asuman la responsabilidad sobre su propia salud y fomentamos actitudes que les lleven a valerse por sí mismos.

- G) Se ofrecen las guías anticipatorias que corresponden con cada edad.

GUÍAS ANTICIPATORIAS: ¿Qué son?

Es la orientación anticipatoria sobre comportamientos normales en ciertas etapas del desarrollo, pero que no son vividos así por la familia. Sirven para mejorar el seguimiento del desarrollo y además prevenir la patología prevalente:

- estornudos o esfuerzos del RN en la defecación (identificados como catarro, estreñimiento)
- descenso del apetito a partir del 3º trimestre en consonancia con la disminución de la velocidad del crecimiento (origen de verdaderos problemas de interrelación madre-hijo centrados en la alimentación)
- crisis de rebeldía en la fase de afirmación de la personalidad durante el 2º año de vida

- infecciones respiratorias de repetición al inicio de la guardería o escuela
- capacidad motora progresiva del niño en relación a los accidentes (sofocación, gateo, quemaduras)

Al final no dejan de ser recomendaciones para evitar los problemas más frecuentes de salud. No es promoción de la Salud sino prevención (surgen del trabajo realizado por varios Pediatras y son hojas informativas para los padres)

CÓLICO DE LACTANTE 15 días

PROBLEMAS DE SUEÑO 4 a 6 meses

DISCIPLINA PARA NIÑOS 9 meses a 2 años

DIEZ PRINCIPIOS PARA VIVIR CON NIÑOS a partir de 12 meses

PROBLEMAS EN LA COMIDA entre 12 y 18 meses

CONTROL DE ESFÍNTERES 18 meses

PROBLEMAS PARA VESTIRSE 2 – 3 años

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE CONDUCTA EN EL PREESCOLAR
Eyberg modificado

H) Inmunizaciones según el calendario vacunal y otras. Información de vacunas, reacciones adversas, cuidados. Registro.

I) Cita para la siguiente revisión:

(RN, 15días, 1 – 2 – 4 – 6 – 12 meses, 2 – 3 – 4 – 6 – 8 – 10 – 12 – 14 años) Es un proceso que mejora sustancialmente la calidad de la atención sin esperas y optimiza la organización de la consulta, posibilita crear citas programas en tiempos de espontánea, adecuación en períodos conflictivos (puentes, vacaciones, días no lectivos, sobresaturación, etc.)

Para cada una de las visitas existe un protocolo que recoge exhaustivamente las actividades y contenidos de la actuación de Enfermería (no siempre se corresponde con el PAPS).

PROGRAMA DEL LACTANTE

Incluye: 7 visitas el primer año
2 visitas el segundo año

Para cada una de estas visitas disponemos de un protocolo que recoge exhaustivamente las tareas y contenidos de la actuación enfermera.

PROGRAMA DEL PREESCOLAR (3 A 6 AÑOS)

Un reconocimiento anual a los 3, 4 y 6 años.

PROGRAMA DEL NIÑO SANO (6 A 14 AÑOS)

Un reconocimiento a los 6, 8, 10, 12 y 14 años.

PROMOCIÓN LACTANCIA MATERNA

CONSULTA DE OBESIDAD

Según la OMS un 10% de niñas/os en edad escolar padecen sobrepeso u obesidad, y la situación va a peor.

Antes este problema sólo afectaba a países ricos, pero las estimaciones de la OMS muestran que el sobrepeso y obesidad está aumentando de forma espectacular en los países de bajos y medianos ingresos, por lo cual es muy preocupante.

El Departamento de Sanidad de Gobierno Vasco realizó una encuesta de nutrición en el año 2005 a la población con edades comprendidas entre los 4 y los 18 años en la CAPV. Según los datos de esta encuesta,

El 28,1% de la población de entre 4 y 18 años tienen un peso corporal excesivo, siendo la prevalencia de obesidad del 12'2% y la de sobrepeso del 15'9%.

La obesidad es más elevada en niños y el sobrepeso en niñas.

Se observa también que los grupos sociales más desfavorecidos presentan unos niveles superiores de obesidad.

CONSULTA DE ENURESIS

ACTIVIDADES EN LA CONSULTA A DEMANDA

1 – APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA

2 – PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y SCREENING:

Peso, talla, Tº, T.Art., agudeza visual, Test de Estreptococo.
Obtención de muestras (frotis nasales, faríngeos, Gram., urocultivo, ...)

3 – APLICACIÓN DE TTOS:

Mascarillas de inhalación, broncodilatadores.
Administración de antitérmicos, curas, inmovilizaciones, inyecciones, ...
Dudas sobre tratamientos, etc.
Fisioterapia

4 – EDUCACIÓN SANITARIA:

Asesoramiento sobre hábitos de higiene, actividades, reposo, eliminación, hábitos alimenticios, cuidados para favorecer la salud.

Información sobre inmunizaciones, comportamiento, etc.

5 – CONSULTA TELEFÓNICA:

Hacemos filtro de llamadas telefónicas, para garantizar la calidad global del servicio y optimizar la consulta del pediatra que tiene muchos indemostrables.

Es un hecho demostrado que en Pediatría el uso del teléfono es el triple que en otras consultas, y hay varias razones para ello:

- Los padres con lactantes necesitan orientación y que se les tranquilice, pues tienen un alto nivel de ansiedad.
- Piden información sobre cuestiones específicas: alimentación, comportamiento, problemas con la administración de medicamentos, resultados analítica, etc.
- Llamamos para decir los síntomas que presentan los niños y la necesidad, o no, de que se les vea con urgencia, cómo esperar y qué hacer cuando no es urgente.
- Información sobre el tratamiento de enfermedades banales.

Es importante que los padres hablen con su enfermera de referencia, pues es en quien más confían.

Hay que valorar la distancia y dificultades que tienen para llegar al Centro de Salud.

¿Cuál es la edad del niño? Recién nacidos y lactantes es preferible que acudan al Centro.

Valorar si los síntomas han aparecido en horas, o llevan días, y cuál es el motivo de la urgencia.

Es difícil evaluar el estado físico del niño con las indicaciones que nos dan por teléfono “erupciones, granos por todo el cuerpo, catarro que no se quita”, etc. Ante la duda, o la insistencia de los padres, siempre es mejor verlos en consulta.

En situaciones de epidemia, gripe, varicela, etc., las consultas telefónicas se disparan.

También aumentan considerablemente, en casos de alarma social (meningitis en un centro educativo, vacuna del papiloma, etc.), aparición de nuevas vacunas en el mercado, etc.

=====

Con esto termino de daros una visión general. Desde hace 25 años Rekalde es Unidad Docente de Enfermería Extrahospitalaria. Los R4 hacen su rotación por nuestro servicio, así como los residentes de Medicina de Familia y los alumnos en Prácticas de la Escuela de Enfermería.

Hemos participado en trabajos de investigación, ponencias, guías y cartillas infantiles. Esperamos que una vez que se organice la Licenciatura de Enfermería y se desarrollen las Especialidades, cuenten con nosotros para acreditarnos como Unidad Docente de Enfermería Pediátrica en las Prácticas.

En la Comarca Bilbao disponemos de una herramienta que es la página Web: Gestión del Conocimiento, donde compartimos mucha información.

Existe la necesidad de crear un Foro de Enfermería Pediátrica en el que podamos aunar esfuerzos a través de equipos permanentes de trabajo e impulsar la Especialidad y mejorar la calidad de nuestros cuidados, así como propiciar la investigación en los temas que nos competen.

Para todo esto quedo a vuestra disposición.

Muchas gracias por vuestra amable atención.

GUIÓN

Una experiencia.
Charla + coloquio (3 horas)

Presentación: ¿Quién soy yo?
¿Por qué del título?

Pasado, Presente y Futuro de la Especialidad.
Evolución de la práctica de Rekalde y en los planes nacionales de Especialidad y Carrera Profesional.

¿De qué voy a hablar?

- Mi experiencia en el trabajo cotidiano,
- análisis de la situación en general (diferencias y condiciones de trabajo)
- qué otras alternativas hay (aunar criterios, comunicarnos entre nosotros, escoger diagnósticos de Enfermería)
- ¿qué nos interesa trabajar? y hacerlo grupalmente
- Comité para nuestro trabajo específico
- “nos viene todo dado”
- creación de Centros Docentes y tutores
- reconocimiento profesional como Especialidad

Fortalezas y Debilidades.

Características de la población actual.

Nuestros clientes ¿qué demandan?

Nuevos tipos de familia

Oferta de Servicios

- ¿Qué ofrece el Servicio Vasco de Salud?
- ¿Qué ofrece el profesional de Enfermería?

Necesidades NO son carencias sino requisitos.

Hablar de:

Rekalde U.Docente de Pediatría Extrahospitalaria y Escuela de Enfermería
Evidencia científica
Consultas de alta resolución
Formación continuada
Cursos de calidad
“LA PUERICULTURA SCREENING”
Los PAPS y su evolución
Vacunas y su evolución
Implantación de Osabide

Retos:

Diagnósticos de Enfermería
Mejorar Osabide – Registro vacunas (eliminar rosas)
Uso de la Plataforma de Gestión del conocimiento
Crear Unidades Docentes de Enfermería Pediátrica para la formación de nuevos profesionales

BIBLIOGRAFIA

“La promoción de la Salud, algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de las intervenciones sobre los estilos de vida” – Dpto. Sanidad del G.V. 2008

“Apuntes sobre desarrollo infantil” – I. Gabriel Saitua

“Asistencia integral al lactante – Revisión Crítica” – L Sánchez Santos

“Versión española del ECBI (Eyberg) Medida de validez” – R Fernández de Pinedo, E. Ojembarrena y otros (Atención Primaria, volumen 21 núm 2 – 15 Feb 98)

“Prevención de los problemas de conducta en el preescolar” – Hojas informativas para los padres – E.Ojembarrena y otros.

Direcciones de interés

PrevInfad / PAPPs (Actividades preventivas y de Promoción de la Salud) Recomendadas para la infancia y la adolescencia : www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm

www.semfyec.es/es/enciclopedia/guia-practica-salud/ : Ir a Guía Práctica de la Salud (la barra aparece cuando se pica “tu Centro de Salud” y después se hace clic en acceso Web (inicio, unidades, la unidad 1, ...)) Es una página de la guía general dedicada a la infancia.

SEUP (Sociedad Española de Urgencias de Pediatría)

www.seup.org/seup/index.html (Ir a publicaciones)

Hay hojas informativas para padres, también traducidas en rumano, árabe y chino, y una página de Enfermería SEUP con muchas direcciones de interés.

¿A QUÉ LLAMAMOS CRIBADO?

Es una prueba, o test, que se aplica a toda la población general sana con el fin de seleccionar a los individuos que tienen un alto riesgo de padecer determinadas enfermedades. Por ejemplo, el que se hace a todos los RN para detectar enfermedades metabólicas (la prueba del talón).

Algunos exigen mecanismos sanitarios y legales ya establecidos y obligatoriedad.

Lo hace también el Servicio de Salud Escolar, y la diferencia es que, en nuestro medio, con la ventaja de la continuidad que tenemos, además de la sospecha podemos realizar la misma prueba un tiempo después, ocupándonos del seguimiento, del tratamiento, de las consecuencias, derivación al especialista, etc.

Estas pruebas son una actividad diaria en la consulta. Sin embargo, no todas tienen la misma aplicabilidad; algunas de ellas se aceptan de forma general (A.V.) y otras están más discutidas (colesterol)

- Para hacer un Cribado, el problema de salud debe ser definible e importante, y debe existir un tratamiento disponible y eficaz.
- La precocidad del diagnóstico y el tratamiento deben ser claramente ventajosos y evitar los problemas que se producirían en el caso de que la enfermedad siguiera su curso.
- El problema debe ser prevalente.
- El Cribado no debe ser perjudicial.
- Los beneficios deben sobrepasar los costes.
- Debe distinguir, los sujetos con mayor probabilidad de padecer una enfermedad, de aquellos que no la tengan.

Criterios para medir la efectividad:

- SEGURIDAD que no sea perjudicial
- FIABILIDAD que se pueda reproducir, precisa, estable
- SENSIBILIDAD detectar el máximo de positivos verdaderos.
- ESPECIFICIDAD porcentaje de personas no enfermas en las que el test resulta negativo
- VALOR PREDICTIVO POSITIVO
- BUENA RELACIÓN COSTE – BENEFICIO

Se aplican a la detección precoz de cuatro tipos de trastornos infantiles:

- problemas de conducta o alteraciones del comportamiento (para esto hay cuestionarios) (*)
- alteraciones del desarrollo. En la CAV el test de HAIZEA, que es el que está validado para los niños que vemos (social, adaptativa, sensorial y motora)
- alteraciones sensoriales: audición, visión
- problemas físicos: para la detección precoz de enfermedades, tratarlas y evitar sus manifestaciones clínicas, test de metabolopatías, exploración de abducción de caderas, el mal descenso testicular, la escoliosis, etc. (son alteraciones ya establecidas, y el diagnóstico precoz evita el agravamiento o las secuelas)

(*) Problemas de conducta más frecuentes: Desobediencia, irresponsabilidad, carácter destructivo, impertinencia, negativismo, carácter distraído, peleón, falta de atención, rabieta, hiperactividad, irritabilidad, etc. En menores de 6 años es difícil diferenciar las conductas anómalas de las que son evolutivas y forman parte de las variaciones normales en el comportamiento infantil.

La detección precoz merece la pena por dos motivos: 1º por la estrecha relación del trastorno con una posterior enfermedad psíquica, y 2º por los beneficios que se obtienen del asesoramiento a los padres para el manejo de ese problema (versión española del Eyberg Child)

TRIAJE EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Begoña Galarraga



8 diciembre 2008, 17 horas. 48 niños esperando en la sala para ser vistos

➤ Niño de 2 años que ha sufrido una convulsión febril de corta duración en casa. En este momento se encuentra consciente y tiene buen color.



➤ Niño de 10 años, consulta por traumatismo en tobillo hace 12 horas. Llega andando, cojea y tiene una ligera inflamación de la articulación.

➤ Niña de 10 meses que acude por catarro y febrícula de 4 días de evolución. Llega sonriendo y no tiene dificultad respiratoria.

➤ Niña de 8 años que consulta por traumatismo facial tras caerse de la bicicleta. Tiene la nariz hinchada, sangre en la boca y trae 2 dientes en la mano.

¿QUE HACEMOS?

- ¿Les decimos que esperen en la sala?
- ¿Les atendemos al momento de llegada?
- ¿Les asignamos el orden que nos parezca?

HACEMOS TRIAJE



- 1) ¿Qué es?
- 2) ¿Por qué?
- 3) ¿Quién?
- 4) ¿Dónde?
- 5) ¿Para que?
- 6) ¿Cómo?



1.¿Qué es?

ELEGIR, CLASIFICAR a los pacientes para tratamiento en situaciones de relativa escasez de recursos en relación a la demanda

TRIAJE EN URGENCIAS

Proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de Urgencias.

INICIO

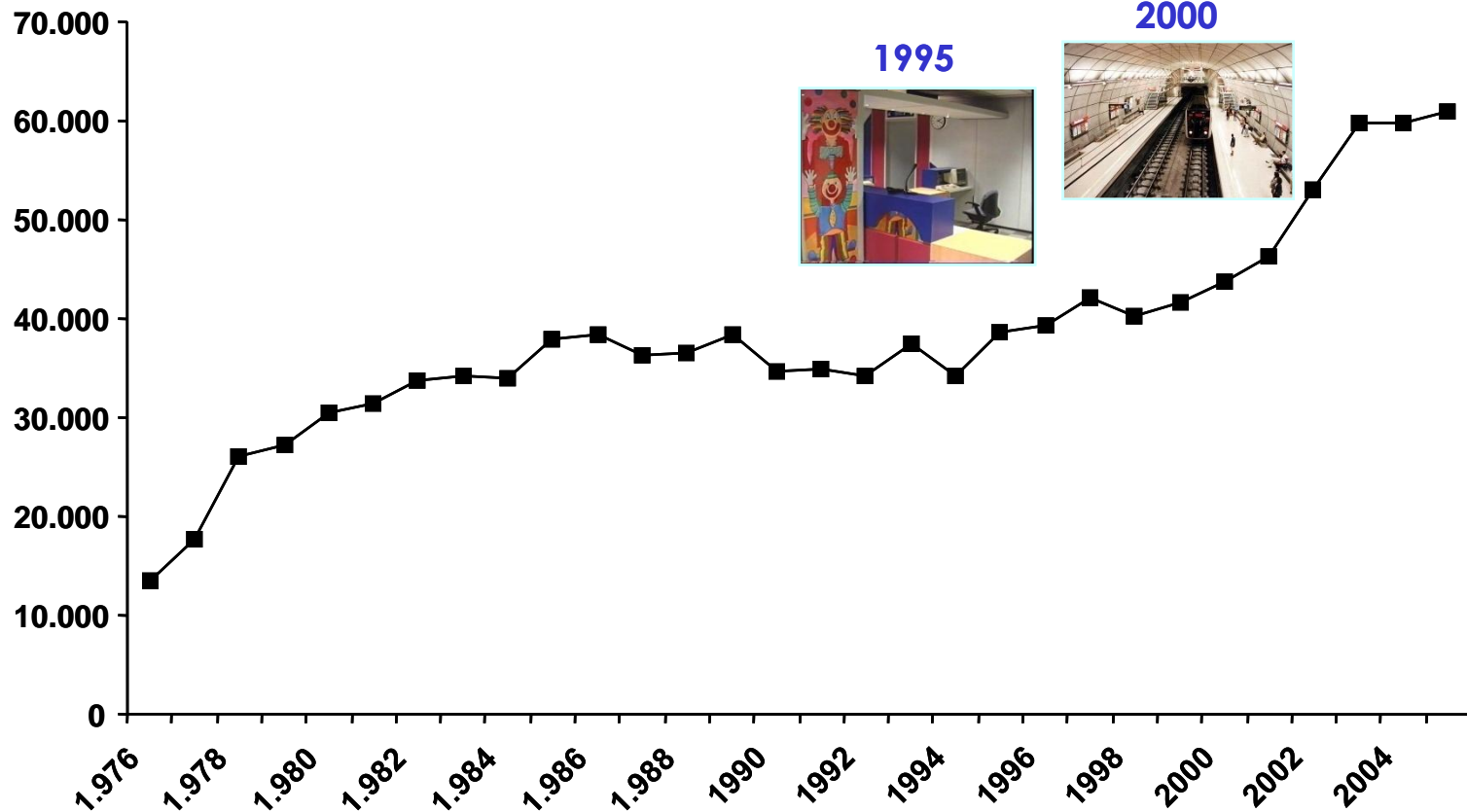
Llegada a urgencias

FIN

Visita médica

2. ¿Por qué?

•Masificación de las Urgencias Pediátricas



3.¿Quién?

Personal sanitario con experiencia en triaje y pediatría
Enfermería/Médicos

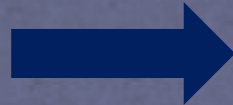
Recibir

Clasificar

Ubicar

Informar

Reevaluar



**Control del flujo de pacientes
del servicio**

PUESTO FUNDAMENTAL

4. ¿Dónde?



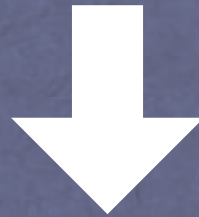
- Espacio identificado
- Dimensiones adecuadas
- Bien dotado de material
- Visibilidad de la entrada y sala de espera
- Cerca del box del área de críticos

5.¿Para que?

- Para tener un sistema de atención más justo.
- Para tener una mayor seguridad y control de los niños en la sala de espera.
- Para que el usuario se sienta mejor atendido

6. ¿Cómo?

- Grado de urgencia
- Riesgo de deterioro



Factor tiempo
¿Con cuanta rapidez debe de ser visto?

¿COMO HA DE SER?

Fiabilidad :Alto nivel de concordancia inter-observador

Utilidad: Relaciona el grado de urgencia con la gravedad y complejidad real del paciente

Validez-Relevancia: Asigna el nivel de prioridad a los pacientes que realmente están en ese nivel. (los clasifica correctamente)

Escala de 3 niveles

VS

Escala de 5 niveles

Escala Canadiense De Triage

<u>Nivel de gravedad</u>	<u>Asistencia médica</u>	<u>Respuesta fractil recomendada</u>
Nivel I	Inmediato	98%
Nivel II	15 min	95%
Nivel III	30 min	90%
Nivel IV	60 min	85%
Nivel V	120 min	80%

CPTAS, 2001 (versión pediátrica de CTAS 1995)

ESCALA CANDIENSE DE TRIAJE

Prioridad viene dada por:

- 1. TEP**
- 2. Motivo de consulta principal**
- 3. Valoración fisiológica**

1. TEP

- 1ª impresión del paciente que tenemos delante
 - Ver y escuchar... sin tocar. 30-60 segundos
 - Sin constantes
 - Evalúa situación fisiológica general
- Independientemente del motivo de consulta

Apariencia

Respiración

Circulación

6.¿Cómo?

LOS NIÑOS NO SON ADULTOS PEQUEÑOS



Conocerlos:

- Comportamiento: normal/anormal
- Son ruidosos: buen síntoma.

Aproximación:

- Adecuada
- A su altura
- En su idioma
- Jugando
- Comunicación no verbal

No separarles de sus padres, de sus juguetes

LOS NIÑOS NO SON ADULTOS PEQUEÑOS

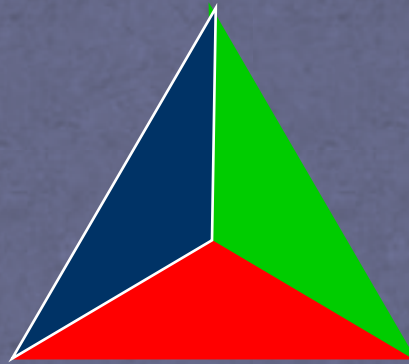
Más susceptibles a:

- Hipoxia: Mayor necesidad de O₂.
- Hipotensión
- Hipotermia
- Hipoglucemia
- Esqueleto elástico: -Fracturas.
-Politraumatismos.



Triángulo de Evaluación Pediátrica

Apariencia



VALORACIÓN INICIAL RÁPIDA

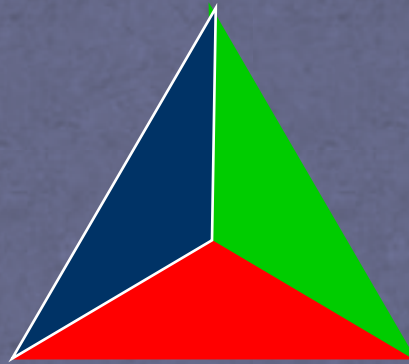
APARIENCIA

Tono
Actividad
Consolable
Mirada
Llanto



Desarrollo psicomotor

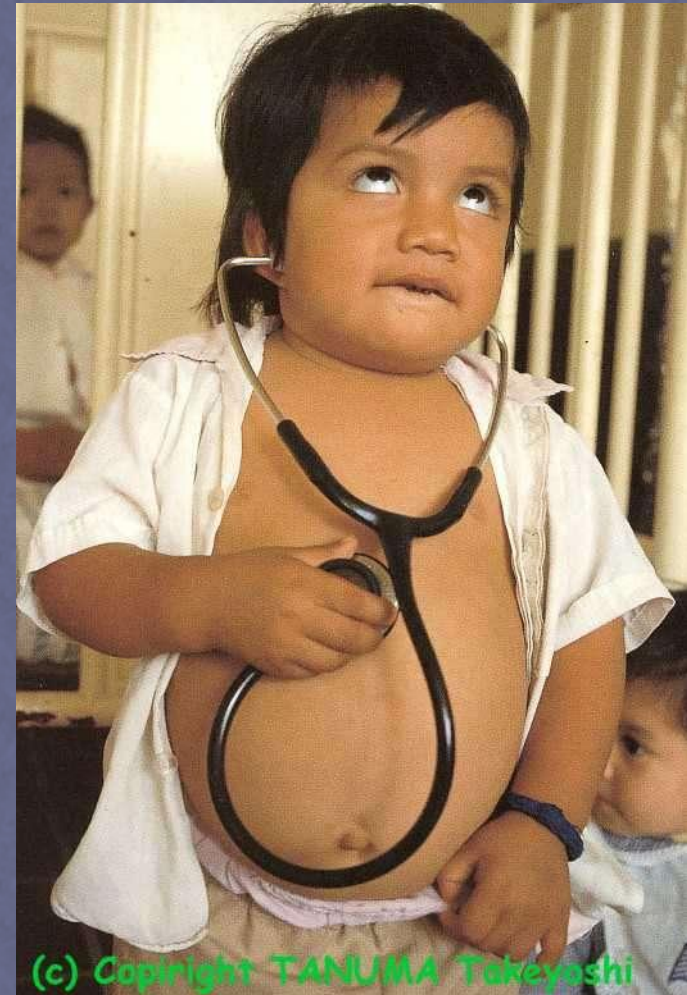
Triángulo de Evaluación Pediátrica



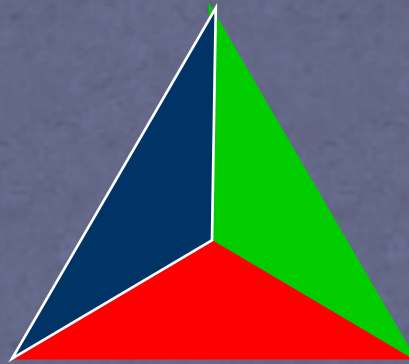
Respiración

Esfuerzo Respiratorio

Ruidos respiratorios
anormales
Posición anormal
Retracciones
Aleteo Nasal
Cabeceo



Triángulo de Evaluación Pediátrica



Circulación

Circulación

- Palidez
- Piel moteada
- Cianosis
- Relleno capilar



- Perfusión de la piel.
- NO Petequias

Ningún lado alterado: **Normal**

1 o más lados alterados : **Anormal**

Ningún lado alterado: **niveles IV-V**

Alteración de **1** lado del triángulo: **nivel III**

Alteración de **2** lados del triángulo: **nivel II**

Alteración de **3** lados del triángulo: **nivel I**

TEP



NORMAL: Puede esperar →

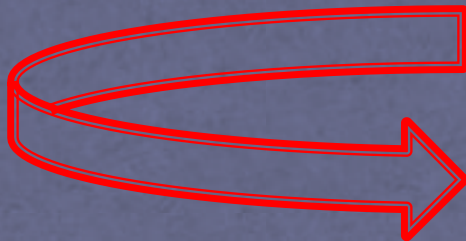
ESTABLE

ANORMAL: Requiere mayor evaluación
(constantes, exploración...)



Inicio de tratamiento

NO ESTABLE



**CORREMOS: ÁREA DE
CRÍTICOS**



Impresión General: TEP anormal

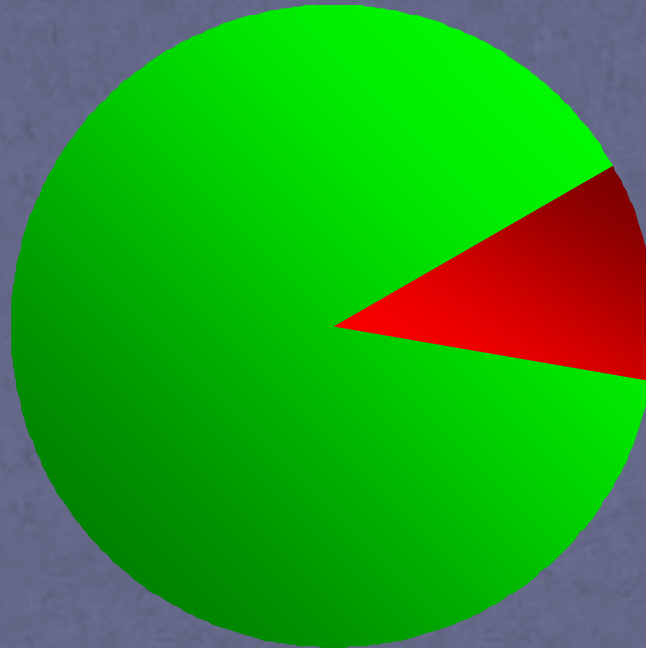
- **La enfermedad ya le está afectando**
(se le nota que está enfermo)
- **Requiere más actuaciones:**
 - ✓ **tomar constantes, Dx**
 - ✓ **valoración en una zona diferente**
 - ✓ **avisar enfermería de zona y pediatra**
 - ✓ **iniciar tratamiento: O2, vía, suero....**
- **Independiente del diagnóstico**

	Apariencia	Respiración	Circulación
Dificultad respiratoria			
Disfunción SNC			
Shock compensado			
Shock descompensado			
Fallo respiratorio			
Fallo / PCR			

TEP

Estable:

- Ingreso 1,7%
- Observación 3%



No estable

- Ingreso 6,7%
- Observación 15,7%

■ normal ■ anormal

Trimestre sept-nov 2008

ESCALA CANDIENSE DE TRIAJE

Prioridad viene dada por:

1. TEP
2. Motivo de consulta principal
3. Valoración fisiológica

2. Motivo de consulta

GRUPO DE PROBLEMA PRINCIPAL/CATEGORÍA SINTOMÁTICA

Infección

Neurológico/SNC

Músculo esquelético

Digestivo

ORL

Hematología inmunología

Intoxicación/Psiquiátrico

Abuso/Maltrato

Respiratorio

Cardiovascular/Circulación

Dermatología

Genitourinario/Ginecológico

Oftalmología

Endocrino-metabólico

Alteración comportamiento

Dolor

2. Motivo de consulta

MISMO SÍNTOMA EN DIFERENTES NIVELES SEGÚN:

- Edad: Recién nacido, fiebre <3 meses, <3 años.
- Situación inmunológica: inmunodeprimidos.
- Prioridad por enfermedad de base: cardiopatías, diabetes, enf. metabólicas.
- Prioridad por motivo de consulta concreto: avulsión diente definitivo, parafimosis, sospecha de intoxicación.



Ambulancia Medicalizada

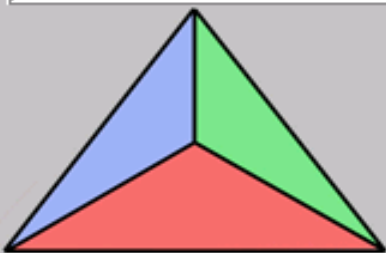


Nº Historia: 1231430

Paciente: [Nombre y apellidos

Edad: 2

Tiempo: 0:07



Apariencia	Esfuerzo Respiratorio	Circulación en Piel
Tono	Ruidos respir. anormales	Palidez
Actividad	Posición anormal	Piel moteada
No consolable	Retracciones	Cianosis
Mirada		
Llanto		

Prioridad Baja

Nivel Gravedad IV-V

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA PRINCIPAL

- ORL
- Dolor
- Neurológico/SNC
- Dermatología**
- Musculoesquelético
- Genitourinario/Gine

I - RESUCITACIÓN

Quemadura > 25% SCQ o afecta vía aérea

II - EMERGENCIA

Quemadura > 10% SCQ

Quemadura cara, mano, pie

Quemadura eléctrica/química

Sistema purúrico potencial

III - URGENTE

Quemadura < 10% SCQ

Congelación

Herida complicada: profunda/genitales/vasos/tend

Celulitis/fiebre/molestada

IV - POCO URGENTE

Lesión por frío menor

Celulitis local

Herida superficial < 10cm

V - NO URGENTE

Quemadura superficial

Abrasión, contusión, erosión (no precisa sutura)

Dermatitis o exantema localizado

Picadura de insecto

Ubicación Datos Previos

Tipo de Urgencia

URGENCIAS DE PEDIATRIA

Área

Ambulatoria

Sala:

Nivel de Gravedad

V

Especialidad

Actuaciones para Enfermería

Médico Responsable



Primera Toma de Constantes

	P.A.	F.C.	F.R.	Tª.	Tipo	Peso	Talla	P.V.C.	SO2	Glucosa
→										

ESCALA CANDIENSE DE TRIAJE

Prioridad viene dada por:

1. TEP
2. Motivo de consulta principal
3. Valoración fisiológica

3. Constantes vitales

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

Normales

Discretamente alteradas (< 1 DS)

Por encima o debajo de 1 desviación estándar

Por encima o debajo de 2 desviaciones estándar

Niveles IV-V

Nivel III

Nivel II

Nivel I



Primera Toma de Constantes

	P.A.	F.C.	F.R.	Tª.	Tipo	Peso	Talla	P.V.C.	SO2	Glucosa	
→											

Apariencia

Esfuerzo Respiratorio

Cardiovascular

I - RESUCITACIÓN	I - RESUCITACIÓN	I - RESUCITACIÓN
Arreactivo	FR <> FRNormal +/- 2 DS Respiración ineficaz Dificultad respiratoria severa	FC <> FC normal +/- 2 DS Parada cardiaca Shock, cianosis
II - EMERGENCIA	II - EMERGENCIA	II - EMERGENCIA
Alteración nivel consciencia. Letargia	RR <> FRNorma +/- 1 DS Estridor severo Dificultad respiratoria moderada	FC <> FC normal +/- 1 SD Relleno capilar > 4 seg
III - URGENTE	III - URGENTE	III - URGENTE
Lactante inconsolable; rechazo de tomas Irritable; alteración comportamiento	FR fuera del rango normal para la edad Estridor Dificultad respiratoria leve	FC fuera de rango normal para edad Relleno capilar > 2 seg
IV - POCO URGENTE	IV - POCO URGENTE	IV - POCO URGENTE
Lactante consolable Historia de alteración comportamiento	FR normal para edad	FC normal para edad
V - NO URGENTE	V - NO URGENTE	V - NO URGENTE
No historia de alteración del comportamiento No cambios en signos vitales	FR normal para edad	FC normal para edad

Edad	FRECUENCIA RESPIRATORIA (FR)			FRECUENCIA CARDIACA (FC)		
	+/- 2	+/- 1	Rango Normal (RN)	+/- 2	+/- 1	Rango Normal (RN)
0 - 3 meses	10 - 80	20 - 70	30 - 60	40 - 230	65 - 205	90 - 180
3 meses - 6 meses	10 - 80	20 - 70	30 - 60	40 - 210	63 - 180	80 - 160
6 meses - 1 año	10 - 60	17 - 55	25 - 45	40 - 180	60 - 160	80 - 140
1 año - 3 años	10 - 40	15 - 35	20 - 30	40 - 165	58 - 145	75 - 130
6 años	8 - 32	12 - 28	16 - 24	40 - 140	55 - 125	70 - 110
10 años	8 - 26	10 - 24	14 - 20	30 - 120	45 - 105	60 - 90

TRIAJE AVANZADO

- Acciones terapéuticas antes de la valoración médica
- Protocolizadas
- El sistema informático genera aviso automático
- Destinadas a aumentar el confort de los pacientes mientras esperan

- ✓ Administrar antitérmico en paciente con fiebre
- ✓ Administrar SRO en paciente con diarrea
- ✓ Administrar analgésico menor en paciente con dolor por patología menor: dolor de oído, dolor dental, dolor de garganta,
- ✓ Administrar O2 en paciente con dificultad respiratoria severa
- ✓ Monitorización, O2 y conseguir acceso venoso en paciente grave.

➤ Niño de 2 años que ha sufrido una convulsión febril de corta duración en casa. En este momento se encuentra consciente y tiene buen color.



➤ Niña de 10 meses que acude por catarro y febrícula de 4 días de evolución. Llega sonriendo y no tiene dificultad respiratoria.

➤ Niño de 10 años, consulta por traumatismo en tobillo hace 12 horas. Llega andando, cojea y tiene una ligera inflamación de la articulación.

➤ Niña de 10 años que consulta por traumatismo facial tras caerse de la bicicleta. Tiene la nariz hinchada, sangre en la boca y trae 2 dientes en la mano.

➤ Niño de 2 años que ha sufrido una convulsión febril de corta duración en casa. En este momento se encuentra consciente y tiene buen color.



➤ Niña de 10 meses que acude por catarro y febrícula de 4 días de evolución. Llega sonriendo y no tiene dificultad respiratoria.

➤ Niño de 10 años, consulta por traumatismo en tobillo hace 12 horas. Llega andando, cojea y tiene una ligera inflamación de la articulación.

➤ Niña de 10 años que consulta por traumatismo facial tras caerse de la bicicleta. Tiene la nariz hinchada, sangre en la boca y **trae 2 dientes en la mano.**

Lunes de Pascua, 20 horas. 38 niños esperando en la sala.
Niño de 3 años que acude por fiebre de 8 horas de evolución.
En ese momento TEP normal, buen estado general aunque febril.
Tra Ax 39,7° C. Administro antitérmico.
Sala de espera.

Tras 2 horas de espera la madre nos avisa porque le nota raro.

Le pasamos a un box y vemos que está pálido, decaído y al retirarle la ropa vemos que le ha aparecido un exantema petequial.
Área de críticos: monitorización, O₂, vía venosa, analítica, antibiótico y expansión.
22.30: Ingreso en UCIP
Diagnóstico: **Sepsis Meningocócica**



¿Qué ha fallado?



Reevaluación

- *El triaje es un proceso dinámico*
- *Los pacientes pueden mejorar o empeorar durante su espera tras la clasificación inicial*

Nivel I

Continuo

Nivel II

Cada 15 minutos

Nivel III

Cada 30 minutos

Nivel IV

Cada 60 minutos

Nivel V

Cada 120 minutos

RESUMIENDO

- Siempre que haya un número de pacientes superior al que se puede ver de forma simultánea hay que hacer Triage.
- Para reconocer niños enfermos hay que conocer niños sanos.
- Cuando llega un niño lo primero que hacemos es mirar su aspecto- TEP: informa de la repercusión de su enfermedad.
- Todos los pacientes con TEP anormal requieren una mayor valoración.



ESKERRIK ASKO