

The background of the cover is a blurred, close-up photograph of a child's face. The colors are predominantly blue and purple, with some yellow and green highlights, suggesting a soft, out-of-focus light source. The child's eyes and nose are faintly visible through the blur.

# SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO CON SINDROME FEBRIL

DAVID REDONDO COLLADO

# II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

## "Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

### SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO CON SINDROME FEBRIL

**Autor principal** DAVID REDONDO COLLADO

**CoAutor 1**

**CoAutor 2**

**Área Temática** CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Palabras clave** síndrome febril                      autocuidado                      triangulo de evaluacion                      fiebre sin foco  
pediátrica

#### » Resumen

Uno de los objetivos de la calidad en la asistencia sanitaria es minimizar los riesgos relacionados con la práctica sanitaria para con los pacientes. Según el estudio APEAS el 25,7% de los efectos adversos están relacionados con los cuidados, siendo dos de sus factores causales el manejo inadecuado del paciente (13,7%) y el inadecuado manejo de los signos de alerta (8,9%).

La enfermera/o especialista en pediatría debe ser capaz de identificar áreas de cuidados, así como contribuir a la adquisición de habilidades de autocuidado, en concordancia con la concepción de Dorothea Orem de la enfermería como un servicio de ayuda, que proporciona a la persona y/o grupo la asistencia necesaria para lograr su autocuidado.

Es preciso establecer un sistema de clasificación rápido y basado en criterios científicos de la demanda del niño con síndrome febril, que la distribuya según su nivel de prioridad y sintomatología. De tal forma que, una demora en la atención debido a la saturación de pacientes en la consulta médica del Centro de Salud, no suponga la falta de un correcto tratamiento de los pacientes potencialmente graves o una cascada de pruebas y tratamientos hospitalarios ineficaces (en procesos poco evolucionados), al tiempo que nos permita detectar procesos banales.

En última instancia, hay que redefinir el perfil del profesional enfermero del siglo XXI, en un profesional que sepa transmitir su conocimiento y garantizar unos cuidados de calidad a la vez que contribuya a la contención del gasto sanitario

#### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La atención primaria es el nivel asistencial donde se plantean la mayoría de los problemas de salud de los niños y por tanto un caldo de cultivo perfecto para llevar a cabo la utilización de un sistema de clasificación de pacientes en cuanto al síndrome febril, que permita su adecuado manejo y refleje todo el trabajo de valoración y cuidado enfermero y no solo el de ejecución de técnicas.

Esta experiencia se llevó a cabo en la consulta de enfermería pediátrica de un Centro de Salud y surgió en respuesta a las nuevas competencias enfermeras y al constante aumento de demanda de asistencia en relación al síndrome febril en pediatría mediante consultas indemorables y/o espontáneas, dando lugar a una masificación en época de gripe y tras la alarma social creada por la Gripe A.

#### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Está demostrado que la mayoría de las consultas realizadas a las distintas áreas de urgencias en todos los ámbitos se refieren a patologías banales. La fiebre es el motivo de consulta mas frecuente en las consultas de pediatría de Atención Primaria, siendo su causa principal en niños la infección vírica autolimitada. Esto unido a la escasa evolución del proceso con la que acuden (menos de 6 horas de evolución), da lugar a que sea difícil o casi imposible establecer su etiología, por lo que la implantación de un sistema de clasificación (valoración enfermera) en el Centro de Salud se hace necesaria para responder a dicha problemática.

La etiología de la masificación y sobreutilización de los servicios sanitarios por síndrome febril es multicausal, relacionándose en su origen factores como la angustia familiar, la mayor información sanitaria (a veces desinformación), la accesibilidad al medio sanitario.

El profesional enfermero que asiste al niño, llevó a cabo una valoración clínica-clasificación continua y teniendo especial cuidado con los menores de 3 meses (debido a su mayor incidencia de infección bacteriana PS y su clínica poco florida), basándose en tres pasos:

1. Impresión general; mediante la aplicación del triangulo de evaluación pediátrica, es decir, una valoración visual rápida del comportamiento (nivel de actividad y conciencia), esfuerzo respiratorio y circulación (color) del paciente.
2. Anamnesis (edad, estado vacunal) y el motivo de consulta (síndrome febril)
3. Valoración de constantes fisiológicas en relación a la edad (Tª, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria)

#### » Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Los pacientes se dividieron en base a cuatro niveles de prioridad;

1. Los que presentaban fiebre y alguna alteración de algún lado del triangulo, que fueron remitidos para valoración a su pediatra de forma inmediata, por encontrarnos ante un acto indemorable justificado
2. Los niños/as < 3 meses con temperatura igual o superior a 38º C, los niños/as de 3 a 12 meses con temperatura > 38,5 ºC, los niños/as de 1 a 3 años con temperatura > 39º C, los niños/as > 3 años con temperatura > 39,5 º C. La intervención enfermera, fue colocarles la bolsa de orina a los niños < 12 meses y las niñas < de 2 años, que presentaron fiebre sin foco > 39ºC y posteriormente se remitieron a su pediatra.
3. Los niños/as que a pesar de presentar fiebre, no entraban dentro de este segundo grupo y tampoco presentaban criterios de gravedad (alteración de algún lado del triangulo). La solución fue la educación sanitaria y la observación domiciliaria, con cita para el siguiente día.
4. Los que tras conocer el motivo de consulta y termometrarlos no presentaban fiebre (el concepto de fiebre no es igual transcultural y/o socialmente) y su estado general era bueno derivándolos a su domicilio. La intervención enfermera fue la educación sanitaria, fomentando el uso racional de la asistencia sanitaria, implicando a los consultores en los cuidados del niño/a (autocuidado-empoderamiento), enseñándoles a tomar la temperatura adecuadamente, desmitificando la fiebre (su gravedad depende de la causa y no de su intensidad) y aclarando la forma

de tratarla.

Los efectos de dichas intervenciones fueron la agilización de la consulta pediátrica masificada en época de gripe y tras la alarma social creada por la gripe A y la prevención de un potencial sobretratamiento en otro nivel asistencial al que acudirían por dicha masificación, dando lugar a un uso racional del sistema sanitario y por tanto un aumento de la seguridad del paciente

#### » Barreras detectadas durante el desarrollo.

1. Resistencia natural al cambio del sistema de trabajo por parte los distintos colectivos de profesionales sanitarios.
2. Déficit de intervenciones formativas que unifiquen los criterios del manejo del niño con síndrome febril

#### » Oportunidad de participación del paciente y familia.

El contexto social y económico actual nos plantea la necesidad de pasar de una tendencia intervencionista por parte de los profesionales del cuidado, a una tendencia del empoderamiento de las personas, es decir, hay que integrar al paciente y/o a los padres/consultores en el proceso de atención del continuum Salud-Enfermedad (autocuidado). Se necesita incluirlos para alcanzar el diagnóstico correcto, decidir el tratamiento adecuado, tratar los riesgos y asegurar la correcta administración, supervisión y cumplimiento del tratamiento.

La fiebre requiere vigilancia y control, así como el tratamiento de los síntomas que se relacionan con ella para favorecer la comodidad del niño en todos sus aspectos, por lo que, habrá que administrar unas instrucciones de manejo a los padres/consultores (empoderándolos).

Podemos basarnos en la iniciativa SPEAK UP:

S (Speak Up): aclararemos sus inquietudes y los aspectos que no entienda

P (Pay Attention): enseñaremos el manejo de la administración de antitérmicos, las medidas físicas a aplicar, la manera de termometrar al niño y los riesgos potenciales.

E (Educate): sabrán como tratar la fiebre y responder a ella

A (Ask): Preguntaran sus dudas y recordaran las respuestas.

K (Know): Conocerán el manejo de la medicación antipirética y de los signos de riesgo

U (Understand): Conocerán y entenderán todo el proceso y el funcionamiento de la consulta.

P (Participate): Participaran de las decisiones que afectan al tratamiento

No obstante, los padres deberán acudir al centro de salud para que le niño sea reevaluado ante la presencia de signos de riesgo, resultando útil el acrónimo ICPAE;

I; los síntomas siguen siendo iguales

C; los síntomas son cambiantes o nuevos

P: hay empeoramiento

A; presenta síntomas generadores de ansiedad

E; síntomas específicos de la enfermedad del niño

#### » Propuestas de líneas de investigación.

Es este estudio se proponen estudios cualitativos en las siguientes áreas:

1. El desarrollo del papel de la enfermera pediátrica como instrumento de distribución de la demanda asistencial en el Centro de Salud adecuado a sus nuevas competencias
2. El refuerzo del programa de salud infantil por parte de la enfermera pediátrica, con intervenciones específicas desarrolladas con diagnósticos de enfermería, aplicando procedimientos y prácticas efectivos.
3. El desarrollo de una metodología de actuación basada en la evidencia (algoritmos de decisión clínica), que garantice una estandarización de los cuidados y una atención de calidad, al tiempo que se adecuan a las dinámicas de trabajo del personal sanitario.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Benito Fernández J, Mintegi S, Sanchez Etxaniz J. Diagnóstico y tratamiento de Urgencias Pediátricas: Urgencias de Pediatría Hospital de Cruces. 4ª ed. 2006
2. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Planes de cuidados de enfermería en Atención Primaria. Guías para la práctica en pediatría. Osakidetza/Servicio vasco de salud; 2005.
3. Diaz Chicano J. La enfermera de recepción, acogida y clasificación. Nurses working on the reception desk: registering and classification in the emergency department. Enfermería Global (revista en Internet). 2005(acceso 26 de Febrero de 2011); 4(6). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/issue/view/61>
4. Amescua a, África L, Menendez J. et al. Directores. Manual de Rutas de cuidados al paciente pediátrico. Vol. 1. ed. enfoediciones.2010.
5. Fernández A. Nuevo sistema de triaje de la unidad de urgencias de pediatría del hospital de cruces. (Internet).Bilbao : Hospital de Cruces ; 2006( acceso 26 de Febrero de 2011) Disponible en: <http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/DOCUMENTO%20PR%C3%81CTICO.doc>