



# **Autogestión familiar de procesos banales en la etapa infantil e infanto-juvenil**

GRADO EN ENFERMERÍA

Autora: Sandra del Villar Aristu  
Tutora: Ana Ariztegui Echenique  
Curso académico: 2018-2019  
Universidad Pública de Navarra  
Convocatoria de defensa: 29 de mayo de 2019



## RESUMEN

El presente trabajo propone distintas líneas de actuación dirigidas al empoderamiento de las familias en autocuidados en los principales procesos banales o autolimitados que acontecen en la etapa infantil e infanto-juvenil.

Uno de los principales problemas radica en la hiperfrecuentación de los servicios de urgencias pediátricas por procesos banales. Esto no solo genera un gasto sanitario desproporcionado, sino que evidencia una falta de habilidades y conocimientos respecto al autocuidado y a los distintos circuitos de asistencia sanitaria disponibles.

Para abordar el problema, se plantean tres líneas estratégicas de acción. La primera se centra en la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades psicomotoras, sociales y personales por parte de los padres para mejorar los cuidados que otorgan a sus hijos. Para ello, se elabora un tríptico con información sobre cuatro procesos banales típicos en la infancia y se propone el consejo breve adaptado en las consultas de atención primaria como medio principal para realizar educación sanitaria.

La segunda intervención se dirige a los profesionales de enfermería comunitaria pediátrica, debido a que son los principales encargados de la educación sanitaria. El objetivo consiste en reforzar y desarrollar sus capacidades formativas y educativas en procesos banales, para lo cual se ha desarrollado un taller específico.

Finalmente, se plantea una propuesta de mejora de la herramienta enfermera ATENEA, para que incluya de forma explícita la formación en procesos banales durante las revisiones del niño sano.

Con estas intervenciones, lo que se persigue es una mejora de la capacidad resolutoria de los padres ante los procesos banales que padecen sus hijos, y como consecuencia posiblemente la hiperfrecuentación de los servicios de urgencias pediátricos se vea reducida.

Palabras clave: hiperfrecuentación, urgencias pediátricas, autocuidado y proceso banal o proceso autolimitado.

Número de palabras del documento: 14.490

## ABSTRACT

The present work proposes different lines of action to enable families in self-care related to acute diseases that could be solve by themselves in the infant and youth stage.

One of the main problems is the hyperfrequency of paediatric emergency services due to acute diseases that should be managed in primary care. This is not only a disproportionate health expenditure, but also evidence a lack of skills and knowledge about self-care and the availability of different health care circuits.

On the one hand, parents must acquire knowledge, attitudes and psychomotor, social and personal skills to learn how to deal with different acute diseases their children may suffer. In order to achieve this goal, a brochure has been elaborated. It articulates information about how to deal with four typical illness in childhood. The brochure should be given by nurses in health consultations, as well as brief health advices.

On the other hand, a specific course has been developed for professionals of paediatric nursing, who are mainly responsible of health education, to advance their educational capacities.

Finally, a proposal to improve the nurse tool ATENEA has been elaborated, so that it includes training in acute diseases during healthy child examinations.

These proposals improve the ability of parents to resolve acute diseases relating to their children, and possibly reduces the excessive use of paediatric emergency services.

Keywords: hyperusers, paediatric emergency, self-care and acute diseases.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1.1. Epidemiología</b> .....	1
<b>1.2. Presupuestos Generales de Navarra</b> .....	4
<b>1.3. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad</b> .....	5
<b>1.4. Plan de Salud de Navarra</b> .....	5
<b>1.5. Herramientas sanitarias para promoción de la salud</b> .....	6
<b>1.6. Plan de mejora de la Atención Primaria</b> .....	7
<b>1.7. Hiperfrecuentación de los servicios de urgencias</b> .....	8
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	11
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	14
<b>Objetivo principal:</b> .....	14
<b>Objetivos secundarios:</b> .....	14
<b>4. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	14
<b>5. RESULTADOS-PROPUESTA TEÓRICA DEL TRABAJO</b> .....	22
<b>5.1. Procesos banales en etapa infantil e infanto-juvenil</b> .....	22
<b>5.2. Taller para profesionales</b> .....	25
<b>5.2.1. Grupo diana</b> .....	25
<b>5.2.2. Objetivos del taller</b> .....	26
<b>5.2.3. Metodología</b> .....	26
<b>5.2.4. Cronograma</b> .....	41
<b>5.2.5. Lugar</b> .....	42
<b>5.2.6. Agentes de salud</b> .....	42
<b>5.2.7. Recursos</b> .....	42
<b>5.2.8. Evaluación</b> .....	45
<b>5.3. Tríptico para padres</b> .....	48
<b>5.3.1. Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) para padres</b> .....	48
<b>5.3.2. Autocuidados en procesos banales</b> .....	49
<b>5.4. Propuesta mejora herramienta de enfermería ATENEA</b> .....	51
<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	52
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	56
<b>8. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> .....	57
<b>9. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	58
<b>10. ANEXOS</b> .....	62
<b>Anexo 1</b> .....	62
<b>Anexo 2</b> .....	63

<b>Anexo 3</b> .....	64
<b>Anexo 4</b> .....	65
<b>Anexo 5</b> .....	66

### **Lista de figuras**

- Figura 1.** Utilización del servicio de urgencias y hospitalizaciones en los últimos 12 meses
- Figura 2.** Tipo de servicio de urgencias utilizado según sexo y grupo de edad.
- Figura 3.** Presupuestos Generales de Navarra.
- Figura 4:** Modelo de autocuidado procesos banales de Gerencia de Atención Primaria.
- Figura 5.** Folleto Urgencias extrahospitalarias de Navarra.
- Figura 6.** Circuitos asistenciales pediátricos en Pamplona y alrededores.
- Figura 7.** Rejilla.
- Figura 8.** Ejercicio cuestionario.
- Figura 9.** Ejercicio vídeos.
- Figura 10.** Guion exposición.
- Figura 11.** Ejercicio discusión exposición.
- Figura 12.** Guion exposición.
- Figura 13.** Ejercicios consulta individual y grupal.
- Figura 14.** Ejercicios casos.
- Figura 15.** Ejercicio análisis de texto.
- Figura 16.** Guion role playing.
- Figura 17.** Cuestionario evaluación pacientes.
- Figura 18.** Guion evaluación docentes.

### **Lista de tablas**

- Tabla 1.** Motores de búsqueda.
- Tabla 2.** Sesiones del taller. Metodología y contenido.
- Tabla 3.** Sesiones del taller. Agentes de salud, cronograma, lugar y recursos materiales.
- Tabla 4.** Evaluación del taller.

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Epidemiología**

Los procesos banales o autolimitados son *“enfermedades agudas que tienden a la resolución espontánea, aplicando un modelo de autocuidado”* (Gerencia de Atención Primaria, 2018a)

Los motivos de consulta en atención primaria (AP) de pediatría son muy diversos. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) y sus síntomas principales como fiebre y tos son el primer motivo de consulta seguido de afecciones gastrointestinales como vómitos, diarrea y estreñimiento. (Medina Romero, Pardo Galiano, & Serrano, Martínez, 2010)

El Instituto Nacional de Estadística (INE) realiza una Encuesta Nacional de Salud cada 5 años. En el subapartado de asistencia sanitaria encontramos diversos datos de gran interés en relación con el tema objeto de estudio.

En primer lugar, de los 2.131.400 niños de 0 a 4 años, 1.080.000 utilizaron los servicios de urgencias en los últimos 12 meses, es decir, el 50,7%. De estos 2.131.400 niños de 0 a 4 años encuestados, solo 138.500 han sido hospitalizados en los últimos 12 meses, es decir el 6,5%. (Instituto Nacional de Estadística; INE, 2017a)

Por otro lado, de los 4.842.600 niños de 5 a 14 años, 1.546.700 utilizaron los servicios de urgencias en los últimos 12 meses, es decir, el 31,9%. De estos 4.842.600 niños de 5 a 14 años encuestados, solo 125.100 han sido hospitalizados en los últimos 12 meses, es decir el 2,6%. (Instituto Nacional de Estadística; INE, 2017a)

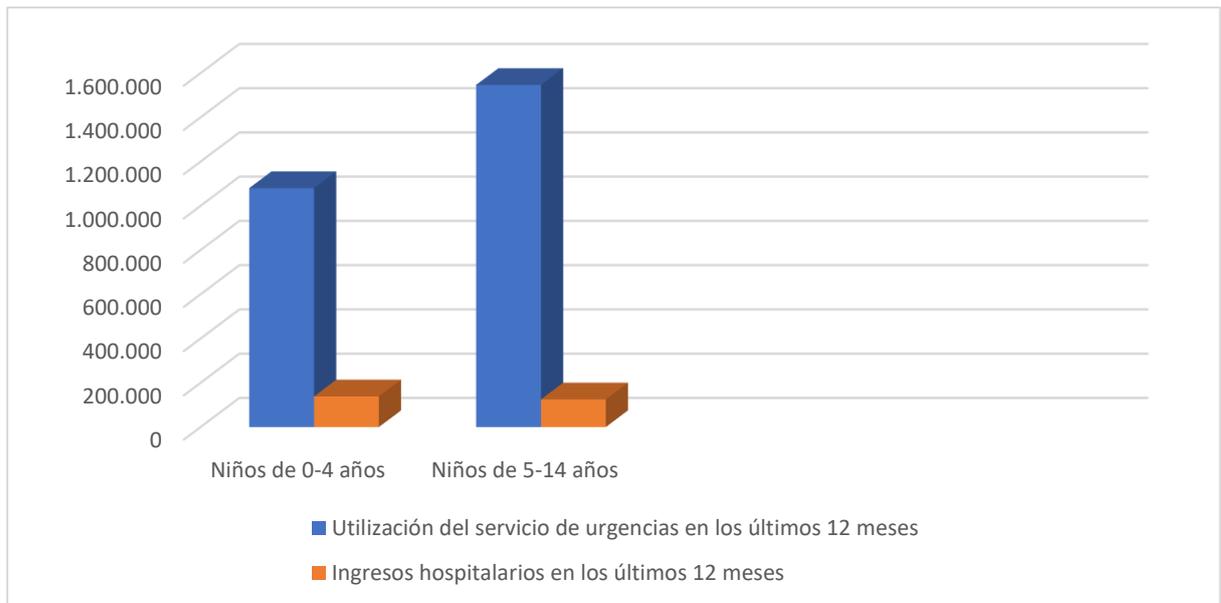


Figura 1: elaboración propia. Obtención de datos INE.

Como bien se puede apreciar, el porcentaje de visitas a urgencias es bastante elevado entre nuestros jóvenes, especialmente cuanto menor es la edad. Sin embargo, el número de hospitalizaciones no sigue la misma dirección y presenta un porcentaje bastante bajo para el grupo etario de 0 a 14, esto puede deberse a que muchos de los procesos que acuden a este servicio no son realmente una urgencia y pueden tratarse en los centros de salud, o incluso que una gran mayoría de ellos sean procesos autolimitados que no precisen la búsqueda de asistencia sanitaria.

En el instituto de estadística de Navarra se encuentran recogidos ciertos indicadores de salud, cuyos datos se obtienen de la Encuesta Nacional de Salud del INE. Los últimos datos recogidos son del 2011-2012.

Uno de los indicadores es la utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses. En este informe, encontramos que de las 98.687 personas entre 0-14 años de Navarra, 22090 acudieron a urgencias alguna vez en el último año, es decir, el 22,4%. (Instituto de Estadística de Navarra, 2012)

Los datos acerca de la hospitalización en los últimos 12 meses son escasos y por tanto su fiabilidad no es suficiente para su utilización. (Instituto de Estadística de Navarra, 2012)

Otro dato que nos proporciona el INE en su Encuesta Nacional de Salud es que el 49,5% de los niños entre 0 a 4 años han acudido a una consulta con el pediatra (no

incluidas las urgencias) en las últimas 4 semanas. Respecto a los niños entre 5 y 14 años, han acudido el 24,3%. (Instituto Nacional de Estadística; INE, 2017c)

De estos 49,5 % de niños entre 0 y 4 años que acuden a su pediatra en las últimas 4 semanas, el 46,1% lo hace para una revisión incluida en el programa del niño sano, y el 37,4% lo hace debido a un problema de salud. (Instituto Nacional de Estadística; INE, 2017b)

Los niños entre 0 y 4 años son el grupo poblacional que más ha acudido al médico de familia en las últimas 4 semanas, incluso en una proporción ligeramente mayor que las personas de 85 y más años (44,8%). (Instituto Nacional de Estadística; INE, 2017c)

Cabe destacar que de los 2.626.700 niños de 0 a 14 años que acudieron a un servicio de urgencias en España 2.203.300 lo hicieron a través de la sanidad pública, 402.500 acudieron a un centro privado y 12.800 a otro tipo de centro, es decir, el 83.9% acudió a un servicio público. (Instituto Nacional de Estadística; INE, 2017d)

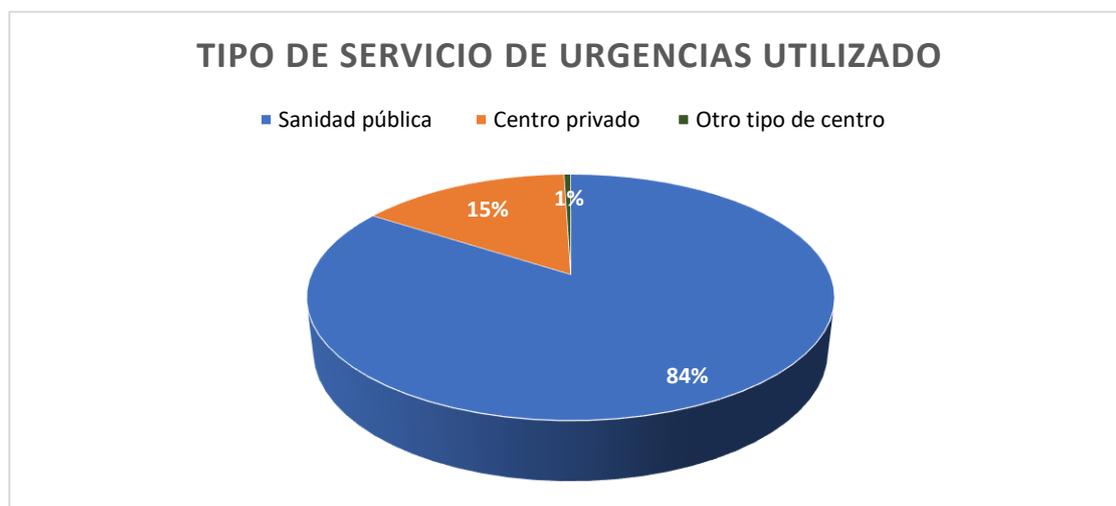


Figura 2: elaboración propia. Obtención de datos INE.

Por último, el número de consultas en AP de enfermería continúa siendo considerablemente menor que las de medicina (2:1). Sin embargo, en los últimos años ha aumentado la actividad en las consultas de enfermería, mientras que las consultas médicas han mantenido más o menos sus cifras. (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017)

## 1.2. Presupuestos Generales de Navarra

Los Presupuestos Generales de Navarra de 2018 destinan al Departamento de Salud 1.059.987.884 € lo que supone el 25,5% del presupuesto total. De este presupuesto, AP recibe 116.220.856 €, es decir, el 10,96%. Para promoción de la salud comunitaria se destina 3.193.653 €, lo que corresponde al 0,3% del presupuesto. Por el contrario, atención especializada (Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital de Tudela y Hospital de Estella) recibe 587.167.320 € de los presupuestos generales de Navarra, es decir, el 55,4%. (Departamento de Hacienda y Política Financiera, 2018)

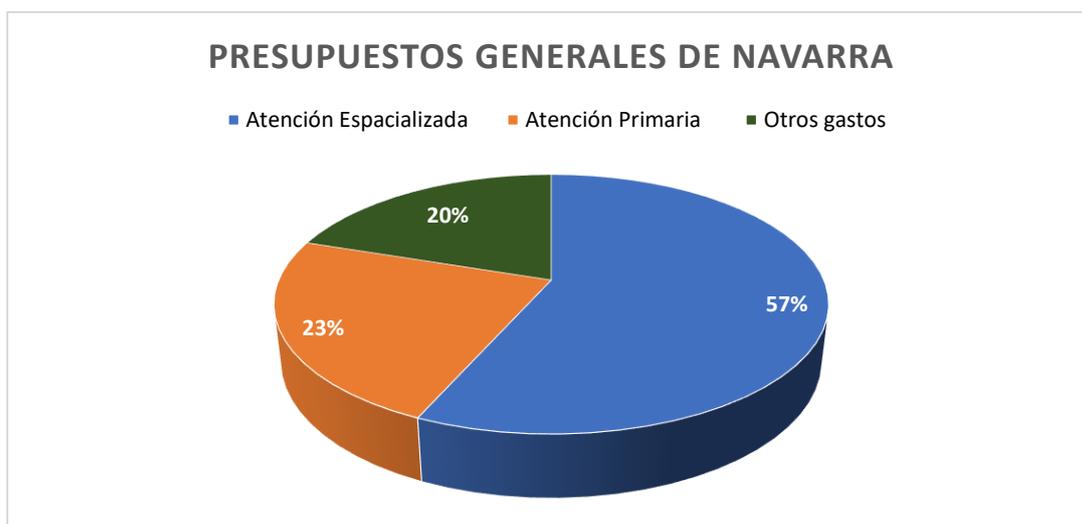


Figura 3: elaboración propia. Obtención de datos Departamento de Hacienda y Política Financiera de Navarra.

Como se puede apreciar, la cantidad destinada a AP es significativamente inferior a la destinada a atención especializada. Además, la promoción de la salud comunitaria recibe tan solo el 0,3% del presupuesto. (Departamento de Hacienda y Política Financiera, 2018)

El principal determinante de la salud son los estilos de vida, seguidos de la biología y genética humana, el medio ambiente y el sistema sanitario. En este caso, el sistema sanitario, recibe la mayor parte del presupuesto a pesar de que es el determinante de la salud que menos influye. Por el contrario, a los estilos de vida se destina una cantidad mucho inferior del presupuesto, aun cuando son el determinante de la salud que más influye. (Mazarrasa Alvear, 2003)(Departamento de Hacienda y Política Financiera, 2018)

### **1.3. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró en 2012 una estrategia denominada Salud 2020, en la cual se realiza un análisis de los principales problemas de salud que afectan a la población en la actualidad, estableciendo unos objetivos y proponiendo una serie de medidas para su consecución.

En esta estrategia se le otorga un papel muy importante a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad para mantener la salud y el bienestar de las personas. Para alcanzar esta meta, propone como primera medida el empoderamiento a través de acciones como la alfabetización sanitaria. (WHO Regional Committee Europe, 2012)

En la estrategia de promoción de la salud y prevención del Sistema Nacional de Salud (SNS) del 2013 se recoge como una de sus múltiples líneas estratégicas, el empoderamiento de la población favoreciendo la adquisición de habilidades individuales y grupales. (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

Uno de los grupos de población diana de esta estrategia son los menores de 15 años. La estrategia se centra en general en la atención a la cronicidad y en el caso de los menores hace un especial hincapié en promover estilos de vida saludables, relacionados con la actividad física y la alimentación saludable, dejando de lado hábitos nocivos como el alcohol y el tabaco. Además, trata de favorecer la prevención de lesiones en la infancia y el bienestar emocional durante esta etapa. (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

Más adelante se explicará la importancia de realizar también un empoderamiento de la población pediátrica en temas relacionados con los principales procesos banales, centrándose en la prevención de complicaciones y los autocuidados necesarios para su resolución.

### **1.4. Plan de Salud de Navarra**

El Plan de Salud de Navarra 2014-2020 contempla como uno de sus objetivos promover el empoderamiento y el autocuidado y propone reducir un 10% las urgencias y las consultas en los centros de salud relacionadas con procesos banales. Para cumplir con este objetivo plantea una línea de acción basada en “autocuidados en procesos

agudos autoresolubles” y crea un “portal de salud orientado al autocuidado”. (Lasanta Sáez et al., 2014b)

El Plan de Salud de Navarra abarca diversas estrategias. Entre ellas se encuentra la prevención y la promoción en la infancia y en la adolescencia. Uno de sus objetivos, consisten en “fomentar el empoderamiento y el autocuidado en salud” y concretamente propone incrementar el número de padres y madres que reciben formación acerca de los cuidados dirigidos a la infancia y la adolescencia. Con el fin de lograr los objetivos establece un programa comunitario dirigido a la promoción de la salud, en el cual se contempla la educación en diversos autocuidados a través por ejemplo de la escuela para padres y madres.(Lasanta Sáez et al., 2014a)

Sin embargo, entre los indicadores de resultado del seguimiento y evaluación de la estrategia no encontramos ninguno relacionado con procesos autolimitados y como se puede observar la gran mayoría de los autocuidados se orientan a procesos crónicos. (Lasanta Sáez et al., 2014a)

Además, la escuela para padres y madres actualmente no posee ningún programa o taller destinado a formación en procesos autolimitados de resolución espontánea.(Gobierno de Navarra, 2018)

En la actualidad se ha iniciado el desarrollo de talleres formativos a cargo de los profesionales de enfermería, dirigidos a los padres y cuya participación es voluntaria. No obstante, no se realizan en todos los centros, ni se le otorga la importancia o la periodicidad que puede llegar a precisar.

### **1.5. Herramientas sanitarias para promoción de la salud**

ATENEA es un programa informático que ayuda a organizar y registrar el trabajo de los profesionales de enfermería en los centros de salud. Contiene numerosos protocolos o tapices de recogida de datos y presenta información sanitaria imprimible para los pacientes.

La formación en procesos banales a los padres se realiza cuando piden cita y acuden a la consulta por un problema de salud agudo, utilizando por ejemplo los protocolos de “pediatría: autocuidados fiebre” (**anexo 1**), “pediatría: autocuidados de síntomas catarrales” o “pediatría: autocuidados diarrea”.

No obstante, los tapices relacionados con las revisiones del niño sano como son “básicos de pediatría”, “salud infantil de 0 a 5 años” (**anexo 2**) y “salud infanto-juvenil de 6 a 15 años” (**anexo 3**), no contemplan la educación sanitaria sistematizada en procesos agudos banales y, por tanto, queda a criterio de la enfermera llevarla a cabo.

Una gran iniciativa llevada a cabo por el servicio de urgencias de pediatría de Osasunbidea es proporcionar a los padres de los pacientes pediátricos una serie de información acerca del tipo de proceso banal que padece su hijo, su curso típico, los cuidados que precisan y las complicaciones, síntomas y signos que pueden requerir la búsqueda de asistencia sanitaria de manera inmediata (**anexo 4**).

### **1.6. Plan de mejora de la Atención Primaria**

El plan de mejora de la AP recoge entre las actividades de la enfermera del centro de salud la atención en procesos agudos autolimitados en personas entre 7 y 70 años. (Gerencia de Atención Primaria, 2018a)

Atendiendo a este plan de mejora, corresponde a la enfermera detectar complicaciones de procesos agudos que requieran una consulta médica. De igual manera, debe encargarse de la formación al paciente en autocuidados dirigidos a procesos banales y en detección precoz de signos y síntomas de alarma que precisen la nueva búsqueda de atención sanitaria. Por último, es necesario que entregue la información al paciente por escrito. Estos tres pasos forman parte del modelo de autocuidado descrito en el plan. (Gerencia de Atención Primaria, 2018a)

#### **MODELO DE AUTOCUIDADO ENFERMERÍA EN PROCESOS BANALES**



Figura 4: elaboración propia. Obtención de datos de informe plan de mejora de AP de Gerencia de Atención Primaria 2018.

Una de las propuestas realizadas en la “Jornada de retorno del proceso de participación de la Estrategia de Atención Primaria” es que la atención a los pacientes pediátricos con procesos banales sea por parte del personal de enfermería. Por otro lado, propone que se utilicen algoritmos de citación por parte del personal de admisión, para que sepan cuándo deben citar a los pacientes con el pediatra o con la enfermera. También destaca la necesidad de “potenciar los autocuidados: a nivel comunitario, individual o grupal” en lo referente a procesos agudos banales durante la infancia. (Gerencia de Atención Primaria, 2018b)

### **1.7. Hiperfrecuentación de los servicios de urgencias**

En primer lugar, hay que destacar que no existe consenso acerca de la definición de paciente hiperfrecuentador. Según Fernández et al. (2018) el paciente hiperfrecuentador es aquel que genera más de 10 visitas anuales al servicio de urgencias. (Fernández Alonso et al., 2018)

En la revista de pediatría de atención primaria (PAP), a cargo de la asociación española de pediatría (AEP), se ha publicado un artículo relacionado con el uso excesivo de las urgencias pediátricas en el Hospital General de Villalba, el motivo y la posible solución. Se trata de un estudio retrospectivo que analiza aquellos pacientes de menos de 14 años que han realizado más de 10 visitas a urgencias durante un año (2015). En el estudio se analizó el informe médico realizado en el servicio y las pruebas complementarias. Para completar la información, se llevó a cabo una encuesta telefónica, con una serie de preguntas acerca del servicio de urgencias y, en la cual se planteaban unos casos a los padres de los pacientes y éstos debían responder si creían necesario o no acudir al servicio de urgencias pediátricas. (Piñeiro Pérez et al., 2017)

La muestra estaba compuesta por 21 niños que cumplían las condiciones previamente expuestas, y que realizaron un total de 246 visitas al servicio a lo largo de un año. Uno de los resultados más llamativos fue que prácticamente en el 40% de los sujetos de la muestra la relación entre el número de consultas en el centro de salud (excluyendo revisiones infantiles) y el número de consultas en urgencias pediátricas era menor que 1. Es decir, que el número de visitas a urgencias pediátricas es mayor que las consultas en los centros de salud, donde se encuentran los profesionales de referencia pediátricos del niño. (Piñeiro Pérez et al., 2017)

Otro resultado a tener en cuenta es que tan solo se consideró una emergencia el 3,65% de las visitas y una urgencia sin posibilidad de resolverse en el centro de salud el 30,1% de los casos. (Piñeiro Pérez et al., 2017)

El diagnóstico principal fue infección respiratoria de vías altas en niños apiréticos y sin esfuerzo respiratorio, seguido de cerca por fiebre sin foco de escasas horas de evolución, en niños con buena apariencia general. (Piñeiro Pérez et al., 2017)

Cabe destacar que el 28% de las visitas al servicio de urgencias se produjeron en menos de 24 horas tras una valoración previa por otro facultativo, y que en ninguno de los casos se realizó ningún cambio respecto al diagnóstico o régimen terapéutico prescrito. (Piñeiro Pérez et al., 2017)

Respecto a la encuesta telefónica destacar que el 93,75% de los participantes contestó que acuden a urgencias porque “se atiende más rápido y mejor que en los centros de salud” y que el 56,25% reconoce que su familia realiza un uso abusivo del servicio de urgencias. (Piñeiro Pérez et al., 2017)

Este artículo estima que el coste de una consulta en el centro de salud varía entre 30-70 €. En cambio, en urgencias oscila entre 140-400 €. (Piñeiro Pérez et al., 2017)

Otro estudio realizado en Italia acerca de la utilización del servicio de urgencias pediátricas reveló que el principal diagnóstico entre los niños mayores de seis años y los adolescentes son los traumatismos, mientras que en los niños menores de seis años y los lactantes eran las IRA. Este estudio también comenta que el 79% (533.037) de las visitas a su servicio de urgencias fue catalogado como “no urgente”. (Riva et al., 2018)

La media de edad de los pacientes con visitas recurrentes fue de 16-24 meses y realizaron mayor uso los varones que las mujeres (índice hombre/mujer fue de 1,3). (Riva et al., 2018)

Otro de los estudios relevantes en este ámbito, estableció como uno de sus objetivos identificar el grado de hiperfrecuentación de los servicios de urgencias de pediatría y sus causas en varios hospitales universitarios españoles de alta, media y baja complejidad. Los resultados revelaron un claro predominio entre los varones menores de 2 años en cuanto al número de visitas al servicio. (Rivas Garcia et al., 2017)

Atendiendo a los resultados de uno de los hospitales participantes en el estudio, el Hospital Doce de Octubre, se realizaron 53.569 visitas, de estas, el 37,74% fueron realizadas por pacientes frequentadores (2-9 visitas/año) y el 0,59% por pacientes hiperfrequentadores (+ de 10 visitas/año). La mayoría de las visitas se clasificaron como no urgentes y el diagnóstico más realizado fue IRA. (Rivas Garcia et al., 2017)

Cabe destacar que la mayoría de visitas a urgencias pediátricas no requieren de pruebas complementarias u otra intervención. Un estudio realizado en un servicio de urgencias pediátricas de Canadá durante un período de un año, reflejó que el 45% de las consultas no requirió ninguna intervención en el servicio, el 44% precisó una prueba complementaria o intervención que se podía realizar en otros servicios (ej: radiografía, urocultivo o medicación oral) y tan solo el 11% requirió una intervención que solo podía ser desarrollada en un hospital (ej: sutura, análisis sanguíneos o sondajes). (Farion et al., 2015)

Por otro lado, también ha sido motivo de estudio la influencia de la etnia y el nivel socioeconómico o de estudios a la hora de realizar visitas recurrentes y catalogadas como “inadecuadas”. En un estudio realizado por la Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria, se entregó un cuestionario a cumplimentar, por el médico pediatra, con cada paciente de su cupo durante un año. (Aretio Romero & García Tartas, 2008)

En el estudio, el 62% de las consultas fueron “inadecuadas” (no fueron remitidos por otro profesional o acudiendo por voluntad propia no fueron ingresados o no recibieron tratamiento inmediato). Se pudo observar que los pacientes con nivel socioeconómico bajo, con menor nivel de estudios y situaciones laborales más complejas, generaban mayores visitas a los servicios de urgencias pediátricos con motivos catalogados como “inadecuados”. En el caso de los inmigrantes no se identificó un mayor número de visitas que los españoles nativos. (Aretio Romero & García Tartas, 2008)

Los estudios previamente comentados identifican que características, como la menor edad del paciente, el sexo (varón) y el bajo nivel socioeconómico o de estudios de los padres, aumenta las visitas recurrentes a los servicios de urgencias pediátricas.

Uno de los artículos, publicado en la revista Emergencias basado en los datos de la Encuesta Nacional de Salud, refleja entre sus resultados que las familias de clase social alta y con nivel de estudios superior realiza una mayor utilización del servicio de urgencias, no obstante, comentan que en la mayoría de artículos la relación entre la clase social o el nivel de estudios y la utilización del servicio de urgencias es inversa. Exponen como posible explicación que quizás las personas que responden a la Encuesta Nacional de Salud pertenecen a clases sociales altas y con niveles de estudios superiores. (Expósito-Ruiz, Sánchez-López, Ruiz-Bailén, & Rodríguez-del Águila, 2017)

Otro aspecto interesante pueden ser las diferencias de utilización del servicio de urgencias entre comunidades autónomas. Según un artículo publicado en la revista Emergencias, Cataluña (aprox. 42,5%) es la comunidad autónoma con mayores tasas de utilización del servicio de urgencias pediátricas, seguida de Murcia y Castilla y León. Navarra se encuentra en última posición (aprox. 23%), es decir, la utilización del servicio de urgencias en esta comunidad es menor que en el resto de España. (Expósito-Ruiz et al., 2017)

## **2. JUSTIFICACIÓN**

En los últimos años el uso adecuado de los servicios de urgencias está cobrando una gran importancia y trascendencia. Se han puesto en marcha campañas de concienciación en relación con el uso correcto de estos servicios, se han ido creando nuevos recursos comunitarios como las urgencias extrahospitalarias o teléfonos de asistencia sanitaria y se ha fomentado su divulgación.

No obstante, es necesario seguir trabajando en esta línea y plantear nuevos enfoques de acción. Los estudios y las principales estrategias se dirigen a las personas adultas y a los pacientes crónicos, sin embargo, la hiperfrecuentación es un problema muy común en el área pediátrica, como se refleja en la encuesta nacional de salud del INE y en numerosos artículos científicos, algunos de ellos enunciados previamente.

Durante las prácticas de enfermería en el centro de salud de Azpilagaña tuve la oportunidad de realizar una rotación por pediatría. En ese período, con mi enfermera de referencia, comprobábamos diariamente los pacientes del cupo que habían acudido

al servicio de urgencias pediátricas el día anterior, el motivo de la consulta, el diagnóstico y el tratamiento pautado. Identifiqué un posible problema, la mayoría de los diagnósticos eran procesos banales, que no requirieron pruebas complementarias ni produjeron un ingreso hospitalario.

En numerosas ocasiones, la enfermera me comentó que eran pacientes recurrentes del servicio de urgencias, algunos de ellos también eran habituales frequentadores de las consultas de AP y otros recurrían directamente a urgencias sin consultar antes con sus profesionales de referencia del centro de salud.

Por otro lado, durante las prácticas, pude comprobar que la educación sanitaria en procesos banales se realizaba en momentos puntuales, generalmente durante las consultas por estos motivos y que no se tenía en cuenta en las revisiones del niño sano como se realiza con otros aspectos educacionales como alimentación, ejercicio, redes sociales, hábito tabáquico, alcohol...

Es posible que el uso incorrecto de los servicios de urgencias se vea motivado por diversas razones como, por ejemplo, el desconocimiento de los diversos circuitos del sistema sanitario, la falta de conocimientos en autocuidados, habilidades o recursos necesarios, ideas preconcebidas acerca del carácter resolutivo de cada servicio, costumbres... Son muchas las posibles causas y de igual manera las posibles soluciones.

La mayoría de los artículos relacionados con el tema expuestos anteriormente, reflejan la existencia de pacientes hiperfrecuentadores del servicio de urgencias pediátricas y sus principales características, no obstante, no es sencillo encontrar artículos que expongan soluciones analizadas ni desarrolladas, sobre todo dirigidas a procesos agudos banales, lo más común es que a modo de conclusión identifiquen una posible propuesta para llevar a cabo en futuros estudios.

La educación para la salud tiene como objetivo capacitar a las personas mediante la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades, para que tomen sus propias decisiones en lo referente a su salud. (Mazarrasa Alvear, 2003)

Por lo tanto, la educación sanitaria, no solo debe estar dirigida a aquellos padres hiperfrecuentadores, como proponen algunos artículos, sino a todos los padres

para que los autocuidados en procesos banales sean de calidad, fomentando de esta manera la prevención de complicaciones y mejorando la utilización de los recursos existentes de nuestro sistema sanitario.

Es por todo ello, que el objetivo principal de este trabajo es fomentar el autocuidado familiar en los principales procesos banales en la etapa infantil. Empoderar a los pacientes para favorecer su autonomía, respaldados en todo momento por sus profesionales de referencia de AP.

Esta educación sanitaria puede favorecer a su vez una disminución de la frecuentación del servicio de urgencias y de las consultas de pediatría de AP, creando un beneficio añadido, sin embargo, el objetivo de este trabajo es mejorar la salud de los pacientes promoviendo su autocuidado.

Sería recomendable la participación de un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, trabajadores sociales...) para llevar a cabo una intervención comunitaria de esta magnitud.

No obstante, un papel fundamental de la enfermera comunitaria es promover el autocuidado, también en procesos agudos autolimitados, mediante una adecuada alfabetización sanitaria, como bien se refleja en el plan de mejora de la AP en Navarra. Así mismo, las diversas áreas de actuación de la enfermería le otorgan una gran ventaja a la hora de gestionar y organizar programas de educación para la salud. (Gerencia de Atención Primaria, 2018a) (Mazarrasa Alvear, 2003)

Además, durante la etapa infantil existe un gran número de revisiones y visitas con el pediatra y la enfermera en las que se puede aprovechar para otorgar consejos breves en procesos autolimitados. (Duelo Marcos et al., 2009)

Consecuentemente, la figura de la enfermera podría ser la más indicada para comenzar desde la etapa infantil a concienciar acerca del adecuado uso de los servicios de urgencias y a capacitar a las familias en los autocuidados dirigidos a procesos agudos que tienden a la autoresolución.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo principal:**

- Fomentar la autogestión familiar en los procesos banales más frecuentes en la etapa infantil e infantojuvenil.

#### **Objetivos secundarios:**

- Identificar los procesos banales más frecuentes en la etapa infantil e infantojuvenil y los diversos circuitos de acceso al sistema sanitario para la población pediátrica
- Capacitar al personal de enfermería pediátrica de atención primaria para realizar educación sanitaria sistemática en procesos banales durante las revisiones del niño sano y a aquellos pacientes con déficit de autocuidados en consulta individual o grupal.
- Promover la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades sociales, personales y psicomotoras de los padres en relación con los procesos banales más frecuentes en la etapa infantil e infantojuvenil mediante la elaboración de un tríptico y el consejo breve en la consulta.
- Incluir consejos sistemáticos imprimibles en los procesos banales más frecuentes en la etapa infantil e infantojuvenil en los tapices de recogida de datos e intervención de “salud infantil de 0 a 5 años”, “salud infanto-juvenil de 6 a 15 años” y “básicos de pediatría”, de la de la herramienta enfermera ATENEA.

### **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

El presente trabajo consta de varias partes:

- Revisión bibliográfica acerca de la hiperfrecuentación de los servicios de urgencias pediátricas.
- Formación en estrategias educativas en procesos banales dirigida para profesionales de enfermería.
- Plan de educación sanitaria en procesos autolimitados dirigido a las familias que incluye la elaboración de un tríptico y el consejo breve en la consulta.
- Propuesta de mejora de la herramienta informática Atenea para que incluya consejos breves sistematizado en procesos autolimitados.

La metodología empleada será mixta, cuantitativa para la contextualización epidemiológica y en el desarrollo del trabajo primará una metodología cualitativa.

**Motores de búsqueda:**

	<b>Palabras claves</b>	<b>Filtro</b>	<b>Nº de resultados</b>	<b>Artículos seleccionados</b>
<b>OMS</b>	Salud 2020			<i>Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.</i>
<b>INE e Instituto de Estadística de Navarra</b>	<p><u>INE</u>: Encuesta Nacional de salud 2017: asistencia sanitaria. Cifras absolutas: hospitalizacion es y servicios de urgencias</p> <p><u>Instituto de Estadística de Navarra</u>: Información estadística: población y demografía: indicadores de población:</p>			<p><i>Motivo de la última consulta médica en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad</i></p> <p><i>Hospitalización en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad.</i></p> <p>Tiempo transcurrido desde la última consulta con el médico de familia o pediatra según sexo y grupo de edad.</p> <p><i>Tipo de servicio de urgencias utilizado la última vez según sexo y grupo de edad.</i></p> <p><i>Utilización servicio de urgencias en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad.</i></p> <p>Hospitalizaciones y Urgencias</p>

	indicadores de género: salud			
<b>Navarra.es</b>	<p>-Presupuestos Generales De Navarra 2018</p> <p>- Estrategia/ Autocuidados/ procesos banales- agudos- autolimitados</p> <p>-Escuela de padres y madres</p> <p>-Plan Salud Navarra</p>			<p><i>Presupuestos Generales De Navarra 2018.</i></p> <p><i>Bases de la estrategia de atención primaria de salud de Navarra 2017-2019. Pamplona.</i></p> <p><i>Jornada de retorno del proceso de participación de la Estrategia de Atención Primaria.</i></p> <p>Escuela de padres y madres- Actividades programadas en 2018.</p> <p><i>Informe de seguimiento plan de Salud de Navarra 2014-2020.</i></p> <p><i>Plan de Salud de Navarra 2014-2020.</i></p>
<b>Ayuntamiento de Pamplona</b>	-Enfermera de consejo telefónico			<i>Servicio de Atención Sanitaria Telefónica y On Line</i>

<b>Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social</b>	-Sanidad Profesionales Salud pública Promoción y Prevención			<i>Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS.</i>
<b>Gobierno de Navarra</b>	-Urgencias extrahospitalarias			<i>Horarios de la red de urgencias extrahospitalarias de Navarra.</i>
<b>Asociación Española de Pediatría (AEP)</b>	-Calendario de Vacunaciones AEP 2019  -Revisiones infantiles  -Triángulo de evaluación pediatría AEP			<i>Calendario de vacunaciones AEP 2019</i>  <i>Programa de salud infantil: organización y actividades por grupos.</i>  <i>Unidad 1. Aspectos generales de la urgencia pediátrica.</i>
<b>Scopus</b>	Visit* AND emerg* AND pediat*	“Open 17ccess”  Fecha publicación 2009-2019	41	2  <i>Decreasing Low Acuity Pediatric Emergency Room Visits with Increased Clinic Access and Improved Parent</i>  <i>Understanding low-acuity visits to the pediatric emergency department.</i>

<b>Pubmed</b>	Emergency department use	“Free full text” 5 years	162	1 <i>Emergency department use by paediatric patients in Lombardy Region, Italy: a population study.</i>
	(Frequent-user* [Title]) AND (child* OR parent*)		16	1 <i>Frequent users in paediatric emergency departments. Who are they? Why do they consult?</i>
<b>Dialnet</b>	Hiperfrecuen* Y Urgen* Y Pediatr*	Texto completo 2010- 2019	9	1 <i>Hiperfrecuentadores en Urgencias Pediátricas: ¿es toda la culpa de los padres?</i>
	Utilización servicio urgencias	Texto completo Ciencias de la salud Pediatria 2010- 2019	8	1 <i>¿Es adecuada la utilización del servicio de urgencias en el periodo neonatal?</i>
	Factor* Cultura*	Texto completo	4	1

	Urgen* Pediatr*			<i>Influencia del grupo étnico en el uso de los servicios</i>
	Motivos consulta urgencias pediátricas	Texto completo Ciencias de la salud 2010-2019	24	1 <i>Estudio piloto de consulta telefónica pediátrica.</i>
	Motivo Consulta Urgencia	Artículo de revista Texto completo Ciencias de la salud	131	1 <i>Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general.</i>
	Motivo Consulta	Artículo de revista Texto completo Ciencias de la salud Pediatria	126	1 <i>Triage telefónico en Atención Primaria. Análisis de la implantación de un modelo.</i>

	Utilización Servicio Urgencias	Artículo de revista Texto completo Ciencias de la salud 2010-2019	64	1 <i>Factores relacionados con la utilización de los servicios de urgencias en población pediátrica española. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud</i>
	Educación en salud Atención primaria	Artículo de revista Texto completo 2010-2019 Ciencias de la salud Pediatria	6	1 <i>Experiencia en la implementación del programa de educación para la salud. Si es urgente para ti, ¿es urgente para mí?</i>
<b>Science direct</b>	Hiperfrecuentación Servicio Urgencias	Open access	25	1 <i>Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias</i>

	Pediatría Atención Primaria	Open Access  2010- 2019  Title, abstract, keywords	95	1  <i>La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012</i>
<b>Scielo</b>	Principios Bioética	2009- 2019	11	1  <i>Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural</i>

Tabla 1: elaboración propia

Se han introducido diversos operadores booleanos como: Y/AND, O/OR, NO/NOT para realizar una búsqueda más específica y asteriscos para ampliar la información encontrada con palabras de la misma raíz semántica

## **5. RESULTADOS-PROPUESTA TEÓRICA DEL TRABAJO**

### **5.1. Procesos banales en etapa infantil e infanto-juvenil**

En este apartado, se busca definir en qué consiste un proceso banal, mostrar cuáles son los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias y consultas de AP de pediatría y desarrollar los distintos circuitos asistenciales existentes hoy en día en el Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea.

Los procesos banales o autolimitados son “enfermedades agudas que tienden a la resolución espontánea, aplicando un modelo de autocuidado” (Gerencia de Atención Primaria, 2018a)

Los motivos de consulta en AP de pediatría son muy diversos. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) y sus síntomas principales como fiebre y tos son el primer motivo de consulta seguido de afecciones gastrointestinales como vómitos, diarrea y estreñimiento. (Medina Romero et al., 2010)

El resfriado común es el diagnóstico más frecuente tanto en los centros de salud como en los servicios de urgencias, aunque en ocasiones se utilizan otras denominaciones como IRA, rinofaringitis, catarro... (i Marquillas & de la flor i Brú, 2005)

En un estudio realizado sobre la implantación de un triaje telefónico de enfermería en AP en un centro de salud de Guipúzcoa se pudo observar que la fiebre fue el primer motivo de consulta (34%). La tos (22%), la odinofagia (13%) y el dolor abdominal (11%) también produjeron un gran número de llamadas. (Mendiola Ruiz et al., 2014)

En otro estudio relacionado con las consultas telefónicas urgentes en pediatría realizado en un centro de salud de Valladolid se pudo observar que el motivo principal de consulta por parte de los pacientes fue la fiebre (23,5%), seguido de los síntomas digestivos (23,2%). A continuación, encontramos los problemas otorrinolaringológicos (10,5%), los respiratorios (8,9%) y los dermatológicos (7,3%). (García Ribera et al., 2010)

Respecto a los motivos de consulta en los servicios de urgencias pediátricos, un estudio realizado en el hospital general de Huelva revela que en primer lugar se

encuentran los síntomas respiratorios (30,7%), seguido de fiebre (25,3%) y síntomas gastrointestinales (22,6%). (Cabeza et al., 2007)

En otro estudio realizado en las urgencias pediátricas del Hospital Marina Salud de Denia, los lactantes presentaban como principal motivo de consulta los vómitos o regurgitaciones del recién nacido (10,2%) seguido de los cólicos del lactante (9,6%) y problemas de alimentación (9%). En cuarto lugar, se sitúan las IRA superiores (7,8%). (Fornes Vivas, Mustienes Bellor, Navarro Juanes, Robledo Díaz, & Carvajal Roca, 2017)

Como se puede apreciar, los motivos de consulta no varían mucho dependiendo del circuito asistencial utilizado, salvo en el caso de los lactantes o neonatos.

Es posible que en muchas ocasiones la gente desconozca los diversos circuitos de asistencia sanitaria que posee el Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea.

La puerta de entrada al sistema sanitario debe ser la AP, concretamente los profesionales de referencia de la UBA (unidad básica de asistencia), formada por un médico y una enfermera en el centro de salud. (Domínguez Aurrecoechea & Valdivia Jiménez, 2012)

Si se trata de una situación que no permite demora en el tiempo, el paciente debe recibir cita en el mismo día. En caso de que la agenda médica se encuentre completa, se puede asignar la cita con los profesionales de enfermería que identificarán la atención más correcta, resolviendo el problema si se encuentra dentro de sus competencias y capacidades o derivando a la consulta médica, siempre bajo la premisa de la eficiencia y efectividad.

En el medio urbano, cuando el centro de salud está cerrado el fin de semana, es festivo o si el problema sucede fuera del horario establecido, y debido al motivo de consulta no se puede esperar a la apertura del mismo, se deberá acudir al servicio de urgencias extrahospitalarias, es decir, al ambulatorio San Martín o al centro de salud de Buztintxuri. En el caso de urgencias pediátricas, tan solo el ambulatorio San Martín posee este servicio, en un horario de lunes a viernes de 15:00 a 20:00 y fines de semana y festivos de 8:00 a 20:00. (Gobierno de Navarra, 2019)

**Si usted sufre una urgencia médica, acuda a su centro de salud**

**Si es fuera del horario ordinario de su centro de salud, acuda a uno de los dos servicios de urgencias extrahospitalarias:**

**CENTRO BUZTINTXURI**  
 · Urgencia de adultos

**CENTRO DOCTOR SAN MARTÍN**  
 · Urgencias de adultos  
 · Urgencias pediátricas

**Días laborables**  
 15:00 a 20:00 horas  
**Sábados, domingos y festivos**  
 8:00 a 20:00 horas

**Días laborables**  
 15:00 a 8:00 horas del día siguiente  
**Sábados, domingos y festivos**  
 24 horas

**En caso de urgencia vital llame al 112**

L.O. DL. NA. 2006/2018

Figura 5: Folleto Urgencias extrahospitalarias de Navarra. Fuente: Salud Navarra: [https://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Actualidad/Campanas/CS+Buntintxuri.htm](https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Actualidad/Campanas/CS+Buntintxuri.htm)

En el medio rural, son atendidos en los Puntos de Atención Continuada, por médicos de familia y enfermeras en horario de 15:00 a 8h de lunes a viernes, Los sábados, domingos y festivos atienden las 24 horas.

Se debe tener en cuenta también la existencia de un servicio telefónico y on-line de asistencia sanitaria en horario de lunes a viernes de 14:30 a 21:30 y en horario de fines de semana y festivos de 8:00 a 22:00 atendido por enfermeras de consejo, que en caso necesario derivarán la consulta al centro correspondiente. (Ayuntamiento de Pamplona, 2019)

Tan solo en el caso de no poder recurrir a estos servicios, debido a que se trate una urgencia vital o a una urgencia no vital, pero que requiere ser valorada por un facultativo con premura durante el horario de 20:00 a 8:00, se deberá acudir al servicio de urgencias de pediatría del Hospital Virgen del Camino. (Gobierno de Navarra, 2019)

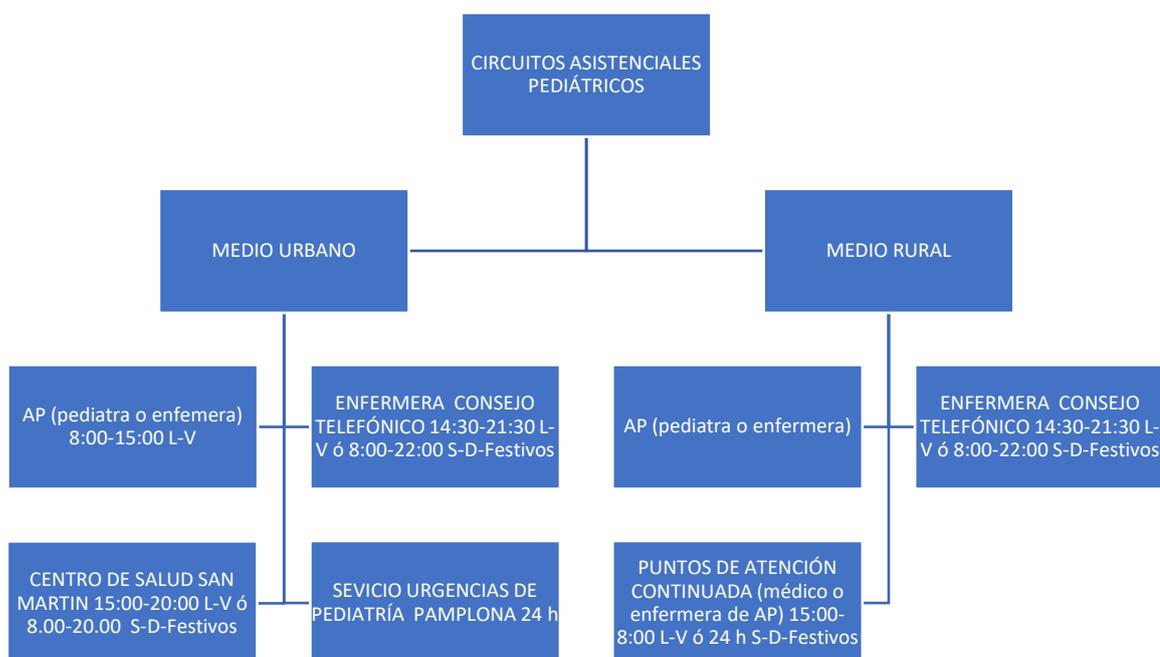


Figura 6: elaboración propia. Obtención de datos del Ayuntamiento de Pamplona-Navarra.es

## 5.2. Taller para profesionales

### 5.2.1. Grupo diana

El grupo diana al que va dirigido el taller, son las enfermeras de pediatría del área de salud de Pamplona. El objetivo es hacerlo extensivo posteriormente al resto de áreas de salud (Tudela y Estella).

El número máximo de participantes por taller es de 20, no ejecutándose cuando el grupo esté constituido por menos de 12 miembros.

Se trata de una actividad teórico-práctica, cuya dinámica requiere el trabajo en grupos, constituyéndolos del siguiente modo:

- Parejas: 2 participantes
- Grupo pequeño (GP): 4 participantes
- Grupo mediano (GM): 6-7 participantes
- Grupo grande (GG): 20 participantes

Es importante, que una intervención de este tipo se realice para todo el personal sanitario (médicos, enfermeras, trabajadores sociales...), no obstante, este

taller está orientado a los profesionales de la enfermería por las características y competencias de su profesión.

La figura de la enfermera es idónea para realizar educación para la salud en procesos banales, como bien se refleja en el plan de mejora de la AP en Navarra. Las diversas áreas de actuación de la enfermería le otorgan una gran ventaja a la hora de gestionar y organizar programas de educación para la salud.(Gerencia de Atención Primaria, 2018a)

Además, durante la etapa infantil un gran número de revisiones y visitas (vacunaciones, datos antropométricos...) se realizan solo con los profesionales de enfermería.(Duelo Marcos et al., 2009)

### **5.2.2. Objetivos del taller**

#### **Objetivo principal:**

- Reforzar y desarrollar la capacidad del personal de enfermería pediátrica de AP para realizar educación sanitaria sistemática en procesos banales durante las revisiones del niño sano.

#### **Objetivos secundarios:**

- Capacitar al personal de enfermería para identificar en la consulta los principales procesos banales en la etapa infantil e infantojuvenil y sus principales líneas de tratamiento. (Área cognitiva)
- Crear una visión crítica y una actitud proactiva en el personal de enfermería acerca de la hiperfrecuentación de los servicios de urgencias, sus principales causas y sus posibles soluciones. (Área emocional)
- Favorecer la adquisición de habilidades sociales, personales y psicomotoras por parte del personal de enfermería para empoderar a las familias en procesos banales. (Área de las habilidades)

### **5.2.3. Metodología**

Con el fin de capacitar al personal de enfermería pediátrica en base a los objetivos enunciados se ha diseñado un taller educativo con contenido teórico-práctico.

El taller se organiza en dos sesiones de 7 horas de duración cada una, siguiendo el siguiente esquema:

- Primera sesión: centrada en favorecer la adquisición de conocimientos básicos en relación con los principales procesos banales en la etapa infantil e

infantojuvenil y sus autocuidados. Así mismo, abarca el área emocional, creando una visión crítica y una actitud proactiva en los profesionales.

- Segunda sesión: dirigida al trabajo del área emocional y a promover habilidades personales, sociales y psicomotoras por parte de los profesionales.

## SESIÓN 1

### 8:00 a 8:20 “Acogida y Ronda de presentación”

- Instructor/Formador: enfermera pediátrica
- Duración: 20 minutos

### 8:20 a 8:40 “Conceptualización de los procesos banales en la infancia”

- Objetivo: establecer una primera toma de contacto con el tema a abordar.
- Técnica: **Phillips 66.** Es un método de investigación que favorece la expresión de situaciones, experiencias y conocimiento previo sobre un tema.
- Trabajo en grupos: pequeños (4 personas).
- Materiales: lápices y folios
- Instructor/Formador: enfermera pediátrica
- Planteamiento del ejercicio:  
Creación de grupos pequeños (4 personas). Proposición de un tema (proceso banal) y debate acerca de las ideas que van surgiendo en relación con él (6 minutos). Puesta en común en el grupo grande (20 personas, 6 minutos) y resumen final a los profesionales por parte del docente (8 minutos).
- Duración: 20 minutos

### 8:40 a 9:30 “Identificación del paciente hiperfrecuentador”

- Objetivo: definir al paciente hiperfrecuentador de AP y de urgencias y expresar experiencias o situaciones vividas en las consultas en relación con el tema.
- Técnica: **Rejilla.** Es un método de investigación que favorece la expresión de situaciones, experiencias y conocimiento previo sobre un tema.
- Trabajo en grupos: pequeños (4 personas).

- Materiales: lápices y folios con la rejilla.

No existe consenso acerca de la definición de paciente hiperfrecuentador. Algunos catalogan el paciente hiperfrecuentador como aquel que genera más de 10 visitas anuales al servicio de urgencias.

Según el INE el 50,7% de los niños entre 0 y 4 años ha utilizado el servicio de urgencias en los últimos 12 meses. No obstante, solo el 6,5% ha sido hospitalizado. (Instituto Nacional de Estadística; INE, 2017a)

Por otro lado, el 31,9% de los niños entre 5 y 14 años ha utilizado el servicio de urgencias en los últimos 12 meses y solo el 2,6 % ha sido hospitalizado.

Actividad: a continuación, reflexionad acerca de las experiencias y vivencias producidas en vuestras consultas en relación con la hiperfrecuentación, no solo en los servicios de urgencias, sino también en AP. Utilizad como guía el texto si resulta de ayuda.

Figura 7: elaboración propia

- Instructor/Formador: enfermera pediátrica
- Planteamiento del ejercicio:  
Distribución de los participantes en grupos pequeños. Lectura del enunciado y reflexión o debate (30 minutos). Puesta en común en el grupo grande (10 minutos). Resumen de lo tratado por parte del docente a los participantes (8 minutos).
- Duración: 50 minutos.

### 9:30 a 10:30 “Motivos de consulta de procesos banales”

- Objetivo: conocer las experiencias y la opinión de las enfermeras comunitarias de pediatría sobre la inclusión de educación sanitaria en procesos banales en sus consultas.
- Técnica: **cuestionario con discusión.** Es un método de investigación que recoge preguntas abiertas y cerradas y que favorece la expresión de situaciones, experiencias y conocimiento previo sobre un tema.
- Trabajo en grupos: individualmente y grupos medianos (6-7 personas).
- Materiales: folios con ejercicio de cuestionario y lápices.

Actividad: responded las siguientes cuestiones.

- ¿Qué es un proceso banal?
- ¿Cuáles son los principales procesos banales en vuestras consultas?
- ¿Consideráis necesaria una mayor formación sobre procesos banales y sus autocuidados a los pacientes?
- ¿Hacéis educación sanitaria en procesos banales en la consulta? En caso afirmativo, ¿Qué momento aprovecháis? ¿Solo a pacientes hiperfrecuentadores o a todos los pacientes?
- ¿Quién consideráis que es la figura idónea para realizar esta educación? ¿Médico, enfermera o ambos?
- ¿Habéis identificado en vuestras consultas complicaciones graves de procesos banales debido a déficits en los autocuidados?
- Según vuestro criterio profesional, ¿recoge el programa Atenea la educación sanitaria en procesos banales de forma adecuada y suficiente? ¿Qué mejoras se podrían realizar?

Figura 8: elaboración propia

- Instructor/Formador: enfermera pediátrica
- Planteamiento del ejercicio:  
Realización del cuestionario individualmente (25 minutos). Puesta en común en grupos medianos (6-7 personas, 20 minutos) y discusión en grupo grande (10 minutos). Por último, resumen de lo tratado por parte del docente a los participantes. (6 minutos).
- Duración: 60 minutos.

### 10:30 a 11:40 “Listas de espera y sanciones”

- Objetivo: crear una visión crítica sobre el uso de los servicios de urgencias y del resto de circuitos asistenciales disponibles.
- Técnica: **vídeo con discusión.** Es una técnica expositiva, por lo tanto, aumenta, reorganiza la información y favorece la discusión y la visión crítica sobre un tema.
- Trabajo en grupos: pequeños (4 personas).
- Materiales: ordenador, conexión a internet y USB con vídeos, proyector, lápices y folios con las preguntas.

**Actividad:** visualizad los videos y responded las siguientes cuestiones:

**Vídeo:** *El mal uso de las urgencias acarreará multas a los pacientes.* (2018). España.

Retrieved from <http://udmfycofradelicias.blogspot.com/2018/01/el-mal-uso-de-las-urgencias-acarrear.html>

1. ¿Creéis que resultaría efectivo instaurar multas o castigos a los pacientes que realizan un uso abusivo del servicio de urgencias? ¿Por qué?

**Vídeo:** *Los médicos cargan contra el mal uso que los pacientes hacen del Servicio de Urgencias.* (n.d.). España. Retrieved from

<https://www.publico.es/videos/650072/los-medicos-cargan-contr-el-mal-uso-que-los-pacientes-hacen-del-servicio-de-urgencias>

Un Señor comenta en el vídeo: “hay que ir a tu médico de cabecera, aunque haya mucha lista de espera” y otro reclama: “no nos atienden cuando nos deben atender en las consultas”

- ¿Deben esperar varios días vuestros pacientes para acudir al centro de salud?
- ¿Qué opináis al respecto? ¿Debería haber “lista de espera” para ir al centro de salud? ¿Por qué?

Por otro lado, el vídeo se titula: “*los médicos cargan contra el mal uso que hacen los pacientes del servicio de urgencias*”.

- ¿Quién creéis que tiene la culpa de la hiperfrecuentación? ¿Los pacientes, el sistema sanitario o el profesional sanitario? ¿Por qué?

**Vídeo:** *El colapso de Urgencias no se puede soportar solo a base de la vocación.* (2018).

España. Retrieved from <https://www.redaccionmedica.com/secciones/gestion/el-colapso-de-urgencias-no-se-puede-soportar-solo-a-base-de-la-vocacion-6860>

**(Visualización del minuto 8:22 a 15:20)**

- ¿Qué opináis sobre derivar al paciente al centro de salud una vez ha sido triado en la urgencia hospitalaria?
- Reflexionad acerca de la siguiente opinión de uno de los tertulianos:

“Cuando oímos en los medios de comunicación que los pacientes acuden por cosas que son banales, eso hay que verlo. Los profesionales que trabajamos en Urgencias no estamos de acuerdo con esos mensajes de que el paciente utiliza mal los servicios de Urgencias. El paciente va a Urgencias, y desde luego no es el culpable de la saturación de los servicios de Urgencias, para nada, y ese es nuestro trabajo”.

¿En qué medida estáis de acuerdo con lo que dice?

Figura 9: elaboración propia

- Instructor/Formador: enfermera pediátrica
- Planteamiento del ejercicio:  
Visualización de los vídeos (25 minutos), coloquio sobre las preguntas planteadas en grupos pequeños (25-30 minutos) y posterior puesta en común con el grupo grande (10 minutos). Por último, resumen por parte del docente acerca de los aspectos tratados al grupo (6 minutos).
- Duración: 70 minutos

#### **11:40 a 13:10 “Procesos banales, circuitos asistenciales y uso y registro de ATENEA”**

- Objetivo: informar a los participantes sobre los principales procesos banales durante la infancia (incidencia, manifestaciones clínicas, complicaciones y cuidados), los diversos circuitos asistenciales existentes y la propuesta de mejora de ATENEA.
- Técnica: **exposición con discusión**. Es un método expositivo que aumenta y reorganiza la información.
- Trabajo en grupos: pequeños (4 personas).

- Materiales: ordenador, USB con la presentación, proyector, lápices y folios con las preguntas.

*Guion de la exposición para los docentes*

- Definición proceso banal
- Principales procesos
- Infecciones del tracto respiratorio superior (IRA)
  - Incidencia
  - Signos y síntomas
  - Complicaciones
  - Cuidados en el domicilio
- Infecciones gastrointestinales
  - Incidencia
  - Signos y síntomas
  - Complicaciones
  - Cuidados en el domicilio
- Afecciones dermatológicas (prurito, rash, dermatitis...)
  - Incidencia
  - Signos y síntomas
  - Complicaciones
  - Cuidados en el domicilio
- Faringoamigdalitis
  - Incidencia
  - Signos y síntomas
  - Complicaciones
  - Cuidados en el domicilio
- Circuitos asistenciales disponibles
  - AP
  - Urgencias extrahospitalarias (Centro San Martín)
  - Enfermera de consejo telefónico
  - Urgencias pediátricas
- Consejo breve en la consulta
  - ¿A quién? / ¿Consulta individual o grupal?
  - ¿Cómo? Técnicas y métodos de educación sanitaria
  - ¿Cuándo? Momentos adecuados para la educación
- Atenea
  - Inclusión de casillas sobre educación en procesos banales en tapices “salud infantil 0-5 años” y “salud infanto-juvenil 6-15 años”
  - Tríptico imprimible (TEP y procesos banales)

Figura 10: elaboración propia

Actividad: responded las siguientes cuestiones.

- ¿Cómo definiríais con vuestras palabras “proceso banal”?
- ¿Cuáles son los principales procesos banales en la etapa infantil e infanto-juvenil?
- ¿Qué complicaciones o signos y síntomas de gravedad deben vigilar los padres? ¿Y los profesionales?
- ¿Qué cuidados en el domicilio deben realizar los padres cuando el niño padece...?
  - Fiebre
  - Vómitos
  - Diarrea
  - IRA
- ¿Qué consideráis más efectivo, la consulta individual o un taller grupal? ¿Por qué?
- ¿Os veis capaces de atender una consulta sobre un proceso banal?
- ¿Os veis capaces de realizar educación en procesos banales en la consulta?

Figura 11: elaboración propia

- Instructor/Formador: enfermera pediátrica/médico pediatra
- Planteamiento del ejercicio:  
Exposición acerca de los procesos banales (45 minutos) y posterior debate en grupos pequeños sobre el tema, mediante unas preguntas estructuradas (20 minutos). Tiempo de dudas y puesta en común de las percepciones surgidas en el debate en grupo grande (20 minutos). Por último, resumen por parte del docente al grupo (6 minutos).
- Duración: 90 minutos

### **13:10 a 14:30 “Educación para la salud (EPs): consulta individual y talleres grupales”**

- Objetivo: enseñar a los participantes a realizar consultas educativas individuales y talleres grupales sobre procesos banales.
- Técnica: **exposición con ejercicio.** Se trata de una técnica expositiva que favorece el aumento de conocimiento y la reorganización de la información. El ejercicio ayuda en el desarrollo de habilidades.
- Trabajo en grupos: medianos (6-7 personas).

- Materiales: ordenador, USB con la presentación, proyector, lápices y folios con los ejercicios.

1. Exposición:

Consejos para talleres grupales:

- Contenido del taller
- Grupo diana
- Ejemplos de técnicas y métodos que se pueden utilizar en el taller
  - Investigación
  - Análisis
  - Exposición
  - Desarrollo de habilidades
- Cronograma
- Evaluación
  - Métodos para evaluar

Consejos para consultas individuales:

- ¿A quién? Y ¿Cuándo?
  - Antes del parto
  - Revisiones del niño sano 12-18 meses, 3 años y a los 6 años
  - Padres con falta de conocimientos en autocuidados
  - Padres hiperfrecuentadores
- ¿Cómo? Técnicas y métodos
  - Expresión
  - Información
  - Análisis
  - Desarrollo habilidades
- Cronograma
- Evaluación

Figura 12: elaboración propia

2. Actividad 1:

Se propone la realización de un taller sobre procesos banales para los padres de los pacientes de vuestro cupo. Desarrollad los siguientes apartados del taller de forma resumida:

- Contenido del taller y sesiones
- Grupo diana
- Técnicas y métodos
- Cronograma
- Evaluación
  - Con qué método
  - Cómo
  - Cuándo

Figura 13: elaboración propia

### 3. Actividad 2:

Se propone la realización de unas sesiones en consulta individual sobre procesos banales para una familia de vuestro cupo. Desarrollad los siguientes apartados de las sesiones de forma resumida:

- Contenido del taller y sesiones
- Grupo diana
- Técnicas y métodos
- Cronograma
- Evaluación
  - Con qué método
  - Cómo
  - Cuándo

Figura 13: elaboración propia

- Instructor/Formador: enfermera pediátrica
- Planteamiento del ejercicio:  
Exposición con consejos acerca de la preparación de talleres y consultas individuales sobre procesos banales (25 minutos). Posterior realización de los ejercicios propuestos (30 minutos). Finalmente, puesta en común de los ejercicios en grupo grande (10 minutos) y resumen por parte del docente (6 minutos).
- Duración: 70-75 minutos

### 14:30 a 15:00 “Cierre: resumen de los aspectos más relevantes e introducción de la próxima sesión”

- Instructor/Formador: enfermera pediátrica
- Duración: 30 minutos

## SESIÓN 2

### 8:00 a 10:30 “Trabajo de casos”

- Objetivo: analizar y debatir los diversos casos entre los participantes para que creen una visión crítica sobre el tema y establezcan por sí mismos la mejor manera de actuar en esas situaciones.
- Técnica: **lectura de casos y discusión.** Es una técnica de análisis que como su propio nombre indica permite analizar y reflexionar sobre un tema.
- Trabajo en grupos: pequeños (4 personas).

- Materiales: lápices, folios con caso y preguntas y guion de cada caso para el docente.

### Caso 1

Una madre acude con su hijo a nuestra consulta. Está enfadada porque ha pedido cita con el médico, pero no había ninguna consulta libre para ese día. En la recepción, al tratarse de un proceso aparentemente banal (fiebre y tos desde el día anterior) le han ofrecido la posibilidad de una consulta con la enfermera de pediatría.

Nada más sentarse la madre comenta: “creo que lo mejor es que el próximo día me vaya a urgencias, allí te atiende un médico más fácil y rápido que en centro de salud y además son más resolutivos, siempre te recetan algo”.

- ¿Qué es lo primero que haríais? Explorar al niño, conversar con la madre, avisar al médico...
- ¿Cómo intentaríais cambiar la percepción de la madre sobre la atención en el centro de salud y en el servicio de urgencias?
- Si exige ver al médico, ¿Cómo actuaríais?
- ¿Habéis vivido alguna situación similar en vuestras consultas? ¿Mejoraríais algo de vuestra actuación?

Figura 14: elaboración propia

### Caso 2:

Observamos una mañana que uno de los pacientes de nuestro cupo acudió ayer a urgencias. Al leer el informe médico, evidenciamos que el diagnóstico fue infección respiratoria de vías altas de probable causa viral, no se le realizaron pruebas complementarias y el tratamiento se basó en analgésicos/antipiréticos y medidas de confort.

Se trata de un paciente que acude en numerosas ocasiones a la consulta médica del centro de salud y al servicio de urgencias y casi siempre el motivo es un proceso banal.

- ¿Cuál es vuestra actitud como profesionales? Llamar a la familia y acordar una consulta para tratar el tema, esperar a que acudan a vuestra consulta (revisión, vacunas...) o no es la enfermera, sino el médico quien debe hacerse cargo del problema.
- ¿Cómo iniciaríais una conversación relacionada con el tema con esta familia? ¿Cómo intentaríais que comprendiesen que están realizando un uso inadecuado de los servicios del sistema sanitario? ¿Cuál sería vuestra actitud durante la consulta?
- Si continúan acudiendo al servicio de urgencias con consultas relacionadas con procesos banales, ¿Qué más podríais hacer vosotras?
- ¿Habéis lidiado con alguna situación similar en vuestras consultas? ¿Mejoraríais algo de vuestra actuación?

### Caso 3:

Un paciente de 8 años y sus padres acuden a vuestra consulta porque ha vomitado unas 3 o 4 veces desde ayer, aunque no ha sido gran cantidad. Refieren también un par de deposiciones diarreicas.

Tras la exploración física no se evidencia un abdomen defendido, ni existe dolor abdominal a la palpación. Las mucosas orales están ligeramente deshidratadas, pero el niño tiene un aspecto saludable.

Los padres comentan que está un poco alicaído y que no le apetece salir, prefiere estar tumbado en el sofá, pero sigue con ganas de jugar a la consola. Refieren que presenta dolor cuando necesita ir al baño, pero que el resto del tiempo desaparece.

Los padres expresan una gran preocupación porque cenó muy poco (tortilla) y prácticamente no ha desayunado (vaso de leche).

Cuando el niño bebía agua la vomitaba, por lo que no le han dado más que algún sorbo pequeño de coca cola "porque ayuda a mejorar la tripa". No han administrado ningún fármaco al niño.

- ¿Es necesario derivar el caso al médico o enfermería tiene las competencias y las capacidades para encargarse de la consulta?
- ¿Qué consejos breves daríais a esta familia?
- ¿Abordarías solo el motivo de la consulta? ¿Acordaríais una nueva consulta para tratar otros procesos banales o lo haríais en la misma?
- ¿Habéis manejado alguna consulta de este tipo? ¿Mejoraríais algo de vuestra actuación?

Figura 14: elaboración propia

#### Caso 4:

Unos padres primerizos acuden a la revisión infantil de los 18 meses. La enfermera debe explorar las habilidades psicomotrices del niño, el lenguaje, la alimentación, el descanso... Además, debe dar una gran cantidad de información relacionada con la alimentación, la prevención de caídas, estimulación sensorial del niño...

- ¿Crees que es posible añadir en la revisión educación en los principales procesos banales infantiles? ¿Sería mejor realizarla en una consulta individual o grupal fuera de las revisiones infantiles?
- ¿Cuánto tiempo invertiríais en realizar la educación aproximadamente? ¿Qué consejos daríais a las familias?
- ¿Abordaríais la educación sanitaria solo con los padres primerizos o con todos? ¿Solo a los hiperfrecuentadores o a todas las familias?
- ¿Habéis realizado alguna educación de este tipo en las consultas? En caso afirmativo, ¿Habéis comprobado su efectividad? ¿Mejoraríais algo de vuestra actuación?

#### Caso 5:

Acude a nuestra consulta un padre con su hijo de 12 meses. Lleva 6 días con fiebre de 39-40 que disminuye con antitérmicos, pero no cede por completo.

El aspecto general del niño se encuentra deteriorado. Está aletargado, pero responde a estímulos.

El niño presenta dificultad respiratoria evidente (tiraje, aleteo nasal y ruidos inspiratorios) y a la auscultación se aprecian sibilancias.

La frecuencia cardíaca está ligeramente elevada, pero el pulso es rítmico. La frecuencia respiratoria está acelerada y presenta una ligera hipotensión. Tiene una SatO<sub>2</sub> 93%.

El padre comenta que al tener mocos y fiebre creía que era un catarro y que cedería con el paso de los días, por ello no le habían dado mayor importancia. No obstante, se encuentra peor desde antes de ayer y por eso ha decidido traerlo al médico hoy.

Le han controlado la temperatura tres veces al día más o menos y le han administrado los antitérmicos que suele recetarles el médico.

El niño no tenía ganas de comer ni de beber por lo que tampoco le han forzado. Sus ingestas han sido escasas estos días.

- ¿El diagnóstico y tratamiento de este caso se encuentra dentro de las competencias de enfermería? ¿Sería necesario avisar al pediatra?
- ¿Se evidencia falta de conocimientos en la actuación del padre?
- ¿Creéis necesaria una intervención de enfermería para educación en esta familia?
- ¿Qué consejos proponéis que pueden ser de ayuda para este padre?
- ¿Habéis realizado alguna educación de este tipo en las consultas? En caso afirmativo, ¿Habéis comprobado su efectividad? ¿Mejoraríais algo de vuestra actuación?

Figura 14: elaboración propia

- Instructor/Formador: enfermera pediátrica
- Planteamiento del ejercicio:  
La actividad consiste en la lectura, análisis y puesta en común de los casos, utilizando las preguntas planteadas por grupos pequeños (50 minutos).  
Posteriormente, exposición de cada caso en grupo grande (10 minutos por caso), y debate (8 minutos por caso). Por último, resumen por parte del docente al grupo. (8 minutos).
- Duración: 150 minutos

### 10:30 a 11:50 “Uso de internet como herramienta sanitaria y experiencia de estrategia del SACYL”

- Objetivo: crear una visión crítica sobre la búsqueda de información de salud en internet por parte de los pacientes y sobre la enfermera de consejo exclusiva para consultas pediátricas.
- Técnica: **análisis de texto**. Es una técnica de análisis que permite analizar y reflexionar sobre un tema.
- Trabajo en grupos: individualmente y en grupos pequeños (4 personas).
- Materiales: folios con las páginas web y lápices.

Actividad: responded las siguientes cuestiones.

Muñoz, L. (2014). ¿Cuándo llevar a tu hijo a urgencias? Retrieved from <https://www.efesalud.com/cuando-llevar-a-tu-hijo-a-urgencias/>

- ¿Os parece importante que los pacientes busquen información por su cuenta?
- ¿Creéis que es una página fiable? ¿En qué datos os fijáis para valorar la confiabilidad de una página?
- ¿Según vuestro criterio, es adecuada la información que dan?
- ¿Recomendáis alguna página web a vuestros pacientes? ¿Cuáles?

Junta de Castilla y León. (2018). Plan de atención pediátrica telefónica. Retrieved from <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-atencion-pediatica-telefonica>

La junta de Castilla y León propone un número de teléfono exclusivo para consultas pediátricas.

- ¿Te parece útil la existencia de un teléfono de consulta sanitaria exclusivo para pediatría?
- ¿Consideras que resultaría viable su aplicación a Navarra?
- ¿Qué opinas sobre la propuesta de que los padres llamen al teléfono antes de acudir a urgencias?

Figura 15: elaboración propia

- Instructor/Formador: enfermera pediátrica
- Planteamiento del ejercicio:  
Lectura individual de los consejos en procesos banales de una página web “aparentemente fiable” (20 minutos) y la información de un teléfono de consulta de la Junta de Castilla y León (8 minutos). Desarrollo de un debate mediante unas preguntas planteadas por grupos pequeños (30-40 minutos). Por último, puesta en común con el grupo grande y resumen por parte del docente (15 minutos).
- Duración: 80 minutos

### 11:50 a 13:30 “Desarrollo de habilidades para educar en salud”

- Objetivo: capacitar a los participantes para realizar educación sanitaria en procesos banales a las familias en la consulta.
- Técnica: **role playing**. Es una técnica de desarrollo de habilidades que se utiliza para el entrenamiento de las habilidades sociales, psicomotoras y personales.
- Trabajo en grupos: parejas (2 personas).
- Materiales: guion sobre consejos para realizar educación sanitaria.

#### *Guion para la exposición de los docentes*

- Educación sanitaria en consulta. Revisión 18 meses. Preguntas e información a utilizar en la consulta:
  - ¿Cuál es el proceso agudo que más sufre su hijo? ¿Suele tener fiebre, catarro, anginas, diarreas, vómitos...?
  - ¿Cómo actuáis cuando tiene catarro (tos/mocos/fiebre, sin dificultad respiratoria)?
  - ¿Soléis pedir cita con el pediatra o con la enfermera del centro de salud o preferís acudir a urgencias?
  - Explicar autocuidados en el domicilio (consejos breves)
  - ¿Sabéis cuáles son los signos o síntomas de gravedad o complicaciones de este proceso?
  - Explicar complicaciones y signos y síntomas de gravedad. (consejos breves)
- Acordar una cita más adelante para tratar otros procesos y para realizar un feedback sobre beneficios o complicaciones en la puesta en marcha de los consejos.

Figura 16: elaboración propia

- Instructor/Formador: enfermera pediátrica.
- Planteamiento del ejercicio:  
Exposición acerca de consejos para realizar una educación sanitaria. (20 minutos)  
Role playing por parte de una pareja voluntaria, sobre una educación sanitaria en procesos banales en una revisión de enfermería a un paciente de seis años y sus padres. (35 minutos)

Análisis de la escenografía por parte del resto de compañeros y puesta en común de aciertos y los fallos del ejercicio. (10-15 minutos)

Por último, ejercicio de role playing por parejas (todos los participantes) bajo la supervisión de los docentes. (30 minutos)

- Duración: 100 minutos

### **13:30 a 14:10 “Resumen de los aspectos más relevantes, aclaración de dudas y emisión de sugerencias”**

- Instructor/Formador: enfermera pediátrica
- Duración: 40 minutos

### **14:10 a 14:50 “Cuestionario de evaluación”**

- Materiales: folios con cuestionario de evaluación y lápices.  
El cuestionario para participantes se encuentra desarrollado más adelante en el apartado destinado a la evaluación del taller.
- Planteamiento del ejercicio:  
Cumplimentación del cuestionario de evaluación individualmente.
- Duración: 40 minutos.

#### **5.2.4. Cronograma**

Con el fin de limitar los problemas logísticos, de horarios o las posibles ausencias, la aceptación en el curso será notificada con suficiente antelación. El curso será en horario de 8:00 a 15:00, martes y miércoles.

El número de enfermeras de AP se sitúa en torno a las 450, de las cuales aproximadamente 100 serán enfermeras de pediatría. Como el número máximo es de 20 participantes, será necesario impartir el taller 5 o 6 semanas consecutivas para que pueda acceder la totalidad de las enfermeras comunitarias de pediatría.

Con el objetivo de conseguir la mayor participación posible, se ha planteado su realización durante el horario de trabajo, ya que ciertas personas pueden ser reticentes a realizarlo en su tiempo libre.

Así mismo, se contempla desarrollar otro taller en horario de tarde por si alguna enfermera prefiere acudir fuera de su jornada laboral.

### **5.2.5. Lugar**

El lugar idóneo sería un aula para docencia en la Gerencia de Atención Primaria (GAP) (Plaza de la Paz, Pamplona), debido a que se trata de un lugar de referencia para los profesionales sanitarios de AP.

### **5.2.6. Agentes de salud**

Las docentes principales serán dos enfermeras pediátricas formadas previamente en procesos banales. Contarán así mismo, con la colaboración de un pediatra que ayudará en la elaboración de algunos materiales para las sesiones, centrándose principalmente en la valoración y tratamiento de los distintos procesos.

### **5.2.7. Recursos**

La puesta en práctica de esta iniciativa requiere de recursos materiales, económicos y humanos:

- Recursos humanos: dos enfermeras para la elaboración y desarrollo del taller. Y la colaboración de un pediatra.
- Recursos económicos: línea presupuestaria de AP, teniendo en cuenta el sueldo de los instructores y los materiales para el desarrollo del taller.
- Recursos materiales: se describen en la tabla 3.

SESIÓN 1				SESIÓN 2			
CONTENIDO	METODOLOGÍA	DURACIÓN	GRUPO	CONTENIDO	METODOLOGÍA	DURACIÓN	GRUPO
<b>Conceptualización de los procesos banales en la infancia</b>	- Phillips 66	20'	GP	<b>Trabajo de casos</b>	- Lectura casos y discusión	150'	GP
<b>Identificación del paciente hiperfrecuentador</b>	-Rejilla	50'	GP	<b>Uso de internet como herramienta de salud y experiencia de la estrategia SACYL</b>	- Análisis de texto	80'	IN/GP
<b>Motivos de consulta de procesos banales</b>	- Cuestionario	60'	IN/GP	<b>Desarrollo de habilidades para educar en salud</b>	-Role playing	100'	P
<b>Listas de espera y sanciones</b>	-Video con discusión	70'	GP	<b>Cuestionario de evaluación</b>	-Cuestionario de evaluación	40'	IN
<b>Procesos banales, circuitos asistenciales y uso y registro de ATENEA</b>	-Exposición con discusión	90'	GP				
<b>Educación para la salud (EPS): consulta individual y taller grupal</b>	-Exposición con ejercicio	70'-75'	GM				

Tabla 2: elaboración Propia. GP= Grupo Pequeño, GM= Grupo Mediano, IN= Individualmente, P=Parejas

	<b>SESIÓN 1</b>	<b>SESIÓN 2</b>
<b>AGENTES DE SALUD</b>	Enfermera especializada en pediatría y médico pediatra	Enfermera especializada en pediatría.
<b>CRONOGRAMA</b>	Martes 8:00- 15:00	Miércoles 8:00-15:00
<b>LUGAR</b>	Gerencia de Atención Primaria (GAP) (Plaza de la Paz, Pamplona)	Gerencia de Atención Primaria (GAP) (Plaza de la Paz, Pamplona)
<b>RECURSOS MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordenador</li> <li>• Conexión a internet</li> <li>• USB con vídeos</li> <li>• Proyector</li> <li>• Lápices</li> <li>• Folios</li> <li>• Rejilla</li> <li>• Cuestionario</li> <li>• Actividad de preguntas sobre vídeo</li> <li>• Actividad de preguntas sobre exposición</li> <li>• Actividad sobre consultas individuales y talleres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápices</li> <li>• Folios</li> <li>• Casos y preguntas relacionadas</li> <li>• Guion de cada caso para el docente.</li> <li>• Actividad análisis de texto</li> <li>• Guion sobre consejos para realizar educación sanitaria (para el role playing)</li> <li>• Cuestionario de evaluación</li> </ul>

Tabla 3: elaboración propia

### 5.2.8. Evaluación

EVALUACIÓN	
<b>QUIÉN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes</li> <li>• Docentes</li> <li>• Observador externo</li> </ul>
<b>QUÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura del programa: recursos materiales, técnicos y humanos.</li> <li>• Proceso de desarrollo: participación de los profesionales, la intervención de los docentes, desarrollo de las actividades y su adecuación</li> <li>• Resultado: indicadores de resultado (aumento de la EPS en las consultas, mejora de autocuidados por parte de las familias y disminución de las visitas al servicio de urgencias)</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes: mediante un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas.</li> <li>• Personal docente: mediante un guion planificado previo al desarrollo del taller.</li> <li>• Observador externo: mediante un guion propio.</li> </ul>
<b>CUÁNDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes: al finalizar la segunda sesión cumplimentarán el cuestionario.</li> <li>• Docentes: al finalizar cada sesión del taller.</li> <li>• Observador externo: durante la realización del taller y al finalizar el mismo.</li> </ul>

Tabla 4: elaboración propia

**Cuestionario para pacientes:**

**Puntúa de 1 a 5 las siguientes afirmaciones. 1 (Muy en desacuerdo) 2 (en desacuerdo) 3 (neutral) 4 (de acuerdo) 5 (muy de acuerdo):**

- El taller te ha resultado útil para identificar los principales procesos banales.

1            2            3            4            5

- El taller te ha resultado útil para aprender técnicas de educación sanitaria en la consulta dirigida a autocuidados.

1            2            3            4            5

- El taller ha estado bien estructurado (orden de los ejercicios, tiempo para su realización, puesta en común...)

1            2            3            4            5

Sugerencias:

- El taller te ha resultado ameno y dinámico.

1            2            3            4            5

Sugerencias:

- Te ha parecido adecuada la intervención de las tres figuras profesionales (médico, enfermera y psicólogo)

1            2            3            4            5

Sugerencias:

- Valoras como suficiente el tiempo dedicado al taller en general.

1            2            3            4            5

Sugerencias:

1. ¿Qué ha sido lo que más te ha gustado del taller?

2. ¿Qué ha sido lo que menos te ha gustado?

3. ¿Has echado algo en falta en el taller? ¿Te gustaría abordar otro tema?

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the respondent to provide an answer to question 3.

4. Observaciones/Comentarios adicionales:

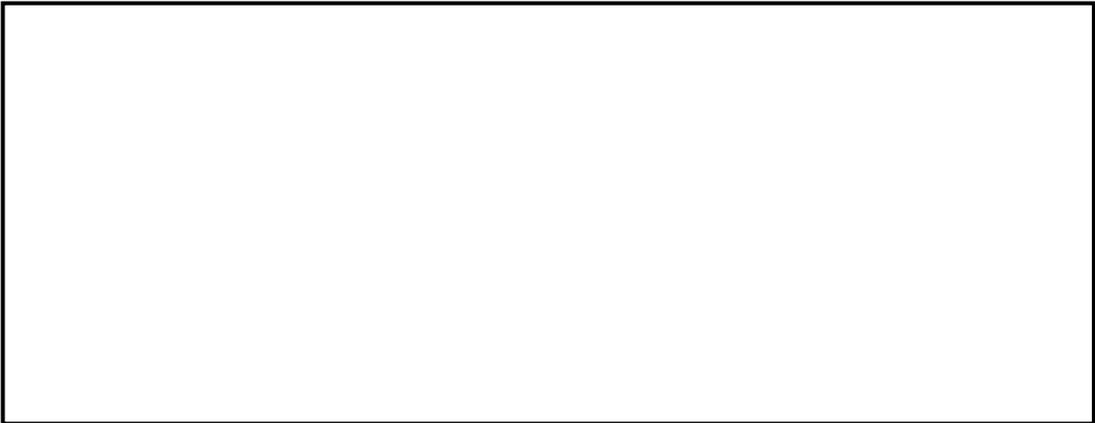
A large, empty rectangular box with a black border, intended for the respondent to provide additional observations or comments.

Figura 17: elaboración propia

<p><b>Guion de evaluación para docentes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estructura: <ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿El tiempo la sesión en general ha sido el suficiente?</li> <li>● ¿El tiempo de cada actividad ha resultado suficiente?</li> <li>● ¿Las actividades se han desarrollado en el orden idóneo en la sesión?</li> <li>● ¿Los materiales han resultado suficientes para el desarrollo de la sesión? ¿Ha faltado algo?</li> </ul> </li> <li>○ Contenido <ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Se ha conseguido desarrollar todos los contenidos didácticos propuestos antes del comienzo de la sesión?</li> <li>● ¿Se han cumplido los objetivos propuestos?</li> <li>● ¿Las intervenciones de los profesionales han resultado ser de calidad en cuanto a contenido y dinamismo se refiere?</li> <li>● ¿El contenido de la sesión ha resultado ser adecuado para que los participantes adquieran los conocimientos y las habilidades necesarias para mejorar la calidad de sus consultas relacionadas con procesos banales?</li> </ul> </li> <li>○ Participación <ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿El grado de asistencia ha sido el esperado?</li> <li>● ¿Se ha conseguido que el grupo participe activamente en las actividades propuestas?</li> <li>● ¿Las intervenciones de los grupos han sido consecuentes con el contenido expuesto?</li> <li>● ¿Se ha percibido que el taller haya resultado demasiado espeso o liviano para los participantes? o ¿Por el contrario, se ha percibido una respuesta satisfactoria de los mismos?</li> </ul> </li> </ul>
--

Figura 18: elaboración propia

### 5.3. Tríptico para padres

El tríptico realizado consta de dos partes: un triángulo de evaluación pediátrica adaptado a los padres (**anexo 5**) y consejos en autocuidados para procesos banales.

#### 5.3.1 Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) para padres

Resultaría de interés que una parte de la educación sanitaria en procesos banales se centre en capacitar a los padres para que realicen una valoración sencilla del estado de salud general del niño y el tipo de atención sanitaria requerida en cada caso.

Los conocimientos y competencias de gran complejidad se reservan para los profesionales sanitarios. El objetivo de la educación sanitaria para los padres es que sean capaces de diferenciar, de una forma simple, la necesidad de asistencia sanitaria urgente de aquella que no lo es y que puede tratarse a través de sus profesionales de referencia de AP.

Para realizar la valoración del estado de salud general del niño se puede educar a los padres a través de un triángulo de evaluación pediátrica (TEP) adaptado. El triángulo de evaluación pediátrica se utiliza en pediatría, principalmente en urgencias, para valorar de una manera rápida y a primera vista, el estado de salud del niño. No requiere ningún instrumento de valoración adicional y se realiza en unos 30-60 segundos. Los aspectos valorados en el TEP son: la apariencia, el trabajo respiratorio y la circulación. (Míguez Navarro & Fernández Álvarez, n.d.)

Estos tres aspectos son los que se reflejan en el TEP adaptado. Dentro de cada apartado hay varios ítems que valoran la gravedad del estado de salud del niño y pueden indicar si existe necesidad o no de acudir a un servicio de urgencias.

No obstante, es complicado crear una especie de algoritmos de actuación objetivos para los padres. Es posible que la interpretación de cada ítem varíe en función de experiencias vividas, nivel sociocultural, personalidad, estrategias de afrontamiento...

Por ello, pese a que se trata de una herramienta interesante requiere una explicación adecuada por parte de los profesionales sanitarios y una adaptación del contenido a las necesidades y requerimientos de cada familia.

### **5.3.2 Autocuidados en procesos banales**

En el tríptico además de explicar el proceso de valoración a seguir para determinar el grado de necesidad de asistencia (mediante el TEP adaptado), se recogen los autocuidados y principales complicaciones potenciales de procesos agudos banales como infecciones del tracto respiratorio superior, infecciones gastrointestinales, alteraciones cutáneas (exantema, urticaria...) y faringoamigdalitis.

El principal objetivo de este apartado del tríptico es capacitar a los padres. Informar y formar para que sean capaces de manejar diversas situaciones, reconocer

las principales complicaciones potencialmente graves y sobre todo para que provean a sus hijos los cuidados básicos necesarios para la resolución del proceso.

Para poder asentar los conocimientos será necesario abordar el tema en varias consultas. Es importante ir resolviendo las dudas que planteen los padres en cada consulta de forma individual. Respecto a la educación sanitaria sistematizada en procesos banales podría comenzarse en la visita de los 18 meses que se realiza con el personal de enfermería, continuar en la revisión de los 3-4 años también con la enfermera y finalmente reforzar lo aprendido y ampliar los conocimientos en la revisión de los 6 años, conjunta con el pediatra y la enfermera. (Duelo Marcos et al., 2009)

A los 12-18 meses muchos niños comienzan la guardería y aparecen diversas infecciones agudas y procesos banales para los cuales los padres deben tener conocimientos básicos en autocuidados. La revisión de los 18 meses es una buena oportunidad, porque se dispone de más tiempo, debido a que no se administran vacunas. (Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, 2019)

A los 3-4 años se debería comprobar los conocimientos adquiridos, si se ponen en práctica y reforzar la información aprendida.

Por último, como bien se identifica en la propuesta de mejora de AP, el mayor peso en educación sanitaria en procesos banales por parte de enfermería será a partir de los 7 años. Como no existe una revisión infantil a esa edad, podría realizarse en la revisión de los 6 años. (Gerencia de Atención Primaria, 2018a)

No obstante, aunque se plantea el comienzo de la educación sanitaria sistematizada a los 12-18 meses es importante que desde el inicio de las revisiones o consultas con el personal de enfermería se introduzca el consejo breve adaptado en diversos procesos agudos autoresolubles. Si además se identifica hiperfrecuentación de los servicios de urgencias o de AP o desconocimiento de autocuidados básicos la educación sanitaria deberá reforzarse y desarrollarse en consultas más extensas tratando el tema de manera más específica.

#### **5.4. Propuesta mejora herramienta de enfermería ATENEA**

Como bien se ha comentado anteriormente, ATENEA es el programa utilizado en AP como herramienta de registro, buscador de información, almacenamiento de protocolos...En lo referente a la atención pediátrica existen varios tapices de recogida de datos e intervención como son “básicos de pediatría”, “salud infantil de 0 a 5 años” (**anexo 2**) o “salud infanto-juvenil de 6 a 15 años” (**anexo 3**) que sirven de guía para el personal de enfermería acerca de qué datos debe recoger de los pacientes y qué formación y consejos debe otorgar.

Así mismo, el programa presenta unos tapices dirigidos a aquellas consultas por procesos agudos de carácter autolimitado como por ejemplo “pediatría: autocuidados fiebre” (**anexo 1**), “pediatría: autocuidados de síntomas catarrales” o “pediatría: autocuidados diarrea”. No obstante, estos protocolos solo se utilizan cuando la familia realiza una consulta de este tipo y no se llevan a cabo a modo de prevención y autocuidado como ocurre con otros temas como prevención de accidentes, nutrición adecuada, descanso, higiene...

Los tapices de recogida de datos e intervención de “salud infantil de 0 a 5 años” y “salud infanto-juvenil de 6 a 15 años” presentan una pestaña dirigida a consejos y actividades preventivas que los profesionales deben llevar a cabo con la familia (consejos higiénicos, en exposición solar, dirigidos a prevención de accidentes, tabaquismo pasivo...). Sin embargo, ATENEA no recoge de manera sistematizada la formación a los padres en procesos autolimitados, por lo tanto, queda a decisión de la enfermera realizar una educación a los padres en los principales procesos, sus síntomas, sus complicaciones y su tratamiento.

Por otro lado, como bien se ha expuesto con anterioridad, el servicio de urgencias pediátricas de Pamplona otorga a los padres un resumen del proceso por el cual acude el paciente, que recoge los cuidados básicos que se deben tener en cuenta o las complicaciones que pueden surgir y que pueden requerir una nueva visita al servicio de urgencias.

No obstante, y aunque se trata de un buen método disuasorio de una demanda excesiva del servicio de urgencias, es necesaria una formación en distintos procesos

autolimitados frecuentes y no solo en aquel que padece el niño actualmente. Además, convendría realizar una formación a nivel comunitario, antes de que se produzca la demanda de asistencia urgente.

Por todo ello, se realiza una propuesta de mejora de la herramienta enfermera Atenea, que en líneas generales consiste en incluir dentro de los tapices “básicos de pediatría”, “salud infantil de 0 a 5 años” y “salud infanto-juvenil de 6 a 15 años”, utilizados durante las revisiones infantiles, consejos breves sistematizados a todos los pacientes en autocuidados dirigidos a procesos agudos banales.

En primer lugar, se podrían añadir cuatro casillas sobre procesos banales:

- Infecciones del tracto respiratorio alto (IRA)
- Infecciones gastrointestinales
- Afecciones dermatológicas (prurito, rash, dermatitis...)
- Faringoamigdalitis

La enfermera debe “clickar” cada casilla cuando otorgue a los pacientes consejos breves sobre ese proceso.

Por otro lado, junto a esas casillas se puede ubicar un apartado llamado “consejos en procesos banales” que, de acceso al tríptico imprimible (**anexo 5**) anteriormente desarrollado, que puede servir a la enfermera como guía en el proceso de educación sanitaria.

## **6. DISCUSIÓN**

La propuesta teórica del trabajo se basa en un tríptico y educación en las consultas en procesos banales, un taller dirigido a las enfermeras pediátricas de AP y una propuesta de mejora de ATENEA.

Estas intervenciones favorecen la consecución del objetivo principal planteado: fomentar la autogestión familiar en los procesos banales más frecuentes en la etapa infantil e infantojuvenil.

### Acuerdos y desacuerdos con otros estudios

Los artículos revisados en apartados anteriores muestran la conformidad de los diversos estudios respecto a la hiperfrecuentación de los servicios de urgencias

pediátricas y la necesidad de una solución factible. Sin embargo, es en la búsqueda de esta solución donde surgen mayores discrepancias.

Un artículo de la asociación española de pediatría comenta que existen diversas líneas de acción para tratar el problema de la hiperfrecuentación como *“intervenciones de educación sanitaria, coordinación asistencial, sistemas de triaje, consulta y mensajes por vía telefónica, aplicaciones para móviles y otras modalidades de tecnologías de la información y de la comunicación (webs, blogs, etc.)”*. Sin embargo, es difícil comprobar la eficacia de cada una de ellas. (Vázquez Fernández et al., 2018)

En el artículo se propone un taller de educación sanitaria destinado a los padres antes del parto, porque en el estudio realizado se evidencia una clara falta de conocimientos. Los participantes otorgaron una nota de 9/10 a 5 de las 6 sesiones, es decir, la satisfacción fue muy alta. (Vázquez Fernández et al., 2018)

Otro artículo publicado en el Journal of the American Board of Family Medicine cuyo objetivo principal consiste en reducir las visitas de bajo nivel de urgencia en los servicios de emergencia pediátricos, realizan una encuesta a los padres relacionada con el motivo de consulta y posibles factores asociados, (Davis, Meyer, Beste, & Batish, 2018)

En la encuesta que realizaron, la mayoría de los padres (48%) comentó que desconocía que existiesen otros circuitos de acceso y un 40% comentó que era más “sencillo” utilizar las urgencias que otros servicios. (Davis et al., 2018)

El artículo se proponen dos líneas de acción, por un lado, mejorar la accesibilidad a los diversos circuitos sanitarios que existen por ejemplo aumentando los horarios de las consultas o los números telefónicos de asistencia sanitaria. También plantea la necesidad de promover la educación a los pacientes y a sus padres mediante pósteres, folletos y un aumento del tiempo para realizar educación sanitaria. (Davis et al., 2018)

En el estudio se constató que a raíz de realizar una mayor educación sanitaria acerca de la adecuada utilización del servicio de urgencias y de los distintos circuitos de acceso a la sanidad, así como al mejorar la accesibilidad a otros servicios sanitarios, se redujeron las visitas a urgencias pediátricas. El número de visitas continuó

reduciéndose en los siguientes 12 meses, lo que supuso también un ahorro para el sistema sanitario. (Davis et al., 2018)

En otro de los artículos mencionados anteriormente, que consiste en un estudio retrospectivo realizado en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital General de Villalba, se propone la identificación de los pacientes hiperfrecuentadores del servicio de urgencias y la educación sanitaria individualizada para cada uno de ellos dirigida al motivo de consulta más frecuente (ej.: fiebre, cuadros respiratorios...).(Piñeiro Pérez et al., 2017)

Los artículos encontrados en general orientan sus soluciones hacia la reducción de las visitas a urgencias. De hecho, en un primer momento la hiperfrecuentación fue lo que motivó el presente trabajo. No obstante, el principal objetivo debe ser empoderar a los padres para mejorar la salud de los niños, y en consecuencia se desencadenará presumiblemente una reducción de la frecuentación del servicio de urgencias.

Por ello, parte de la propuesta teórica del trabajo se dirige a educar a los pacientes en procesos banales y en mostrarles los distintos circuitos asistenciales trabajando con los profesionales de enfermería comunitaria de AP y con las herramientas a su alcance (ATENEA).

#### Fortalezas y debilidades

Una de sus principales fortalezas radica en el objetivo principal del trabajo, es decir el empoderamiento de la población infantil e infanto-juvenil en autocuidados en procesos banales. De hecho, el Plan de Salud de Navarra 2014-2020 contempla como uno de sus objetivos promover el empoderamiento y el autocuidado y propone reducir un 10% las urgencias y las consultas en los centros de salud relacionadas con procesos banales. (Lasanta Sáez et al., 2014b)

Esto último se puede considerar otra de sus fortalezas, el presente trabajo favorece la eficiencia del sistema sanitario. Como bien se ha explicado anteriormente, la hiperfrecuentación de los servicios de urgencias pediátricas por procesos banales supone una inversión económica excesiva.

El empoderamiento de la población garantiza una mayor autogestión familiar de los procesos limitando presumiblemente la utilización del servicio de urgencias.

Es importante también que para realizar una educación sanitaria adecuada los profesionales se encuentren bien formados, y uno de los objetivos de este trabajo radica en la capacitación de los profesionales, lo que puede suponer una gran fortaleza respecto a otros estudios y artículos analizados.

No obstante, el trabajo también presenta debilidades. Una de ellas podría radicar en el TEP adaptado incluido en el tríptico, debido a que puede generar cierta incertidumbre a los padres. Se ha procurado objetivar al máximo posible cada ítem de la valoración.

Sin embargo, resulta complicado que todos los padres interpreten de igual manera el contenido, partiendo de la base que no todos tienen el mismo nivel educativo ni cultural y asumiendo que no existe una clasificación universal de “cuando es necesario acudir a urgencias”, ya que depende no solo de la clínica, sino también de antecedentes previos y otros factores.

Es decir, el tríptico interpretado o leído de manera aislada por los padres puede no generar beneficios. Por ende, será necesaria una lectura conjunta con los profesionales de enfermería pediátrica de su centro de salud, quienes no solo deben explicar el contenido, sino adaptarlo a las circunstancias y necesidades especiales de cada familia.

Otra de las debilidades puede deberse a una actitud de rechazo o desinterés de nuevas técnicas de trabajo. Es posible que no todas las enfermeras comunitarias de pediatría deseen realizar el taller o acepten abordar el tema de los procesos banales en sus consultas. Es decir, la desmotivación puede suponer una traba a la hora de desarrollar el taller y conseguir los objetivos.

Así mismo, si no se realiza el taller por todos los profesionales, se puede generar una distribución desigual del empoderamiento en autocuidados en procesos banales dependiendo de la zona y del centro de salud. Es decir, unos pacientes pueden tener mayores conocimientos y herramientas resolutivas que aquellos que no tienen acceso debido a una escasa formación de los profesionales.

Por último, la heterogeneidad del grupo diana puede ser otra de las debilidades. El taller está planteado para que accedan todas las enfermeras comunitarias de pediatría que seguramente varíen en cuanto a sexo, edad, experiencia o conocimiento teórico entre otros factores. Por lo tanto, resulta complicado adaptar el taller y se debe desarrollar de una manera más general, evitando una gran especificidad.

### Límites del trabajo y líneas de mejora

Las principales líneas de mejora se deben centrar en estimar adecuadamente el número de participantes del taller, ya que resulta complicado realizarlo teóricamente y también en mejorar o clarificar, en la medida de lo posible, los ítems del TEP adaptado propuesto en el tríptico.

En el futuro, sería importante desarrollar el taller en otras zonas básicas de salud (ZBS) y también resultaría interesante realizar un taller adaptado a las necesidades de los profesionales de enfermería pediátrica de atención especializada. Es conveniente que todos los profesionales conozcan en qué consiste un proceso banal y que sus consejos se unifiquen en la medida de lo posible.

También se podrían desarrollar más talleres grupales formativos en procesos banales para familias, y mejorar su difusión. Es cierto que en algunos centros de salud se llevan a cabo, pero todavía hoy en día, no tienen un gran éxito.

## **7. CONCLUSIONES**

1. La propuesta teórica del trabajo garantiza el empoderamiento de las familias en autocuidados dirigidos a procesos banales durante la etapa infantil e infanto-juvenil, mejorando con ello su salud y su calidad de vida.
2. El taller desarrollado favorece que los profesionales refuercen sus conocimientos, actitudes y habilidades para realizar una adecuada alfabetización sanitaria en procesos banales en sus consultas.
3. El hecho de empoderar a los pacientes no solo mejorará el autocuidado, sino que presumiblemente ayudará a reducir la hiperfrecuentación del servicio de urgencias pediátricas.
4. En futuros trabajos relacionados con el tema de estudio, resultaría de interés poder validar el TEP adaptado. Para ello, convendría mejorar los ítems o realizar algún algoritmo de actuación mediante un estudio o una investigación exhaustiva.

## **8. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En el desarrollo del trabajo se han tenido en cuenta los cuatro principios de la bioética propuestos por Tom Beauchamp y James Childress: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. (Siurana Aparisi, 2010)

Las propuestas teóricas del trabajo tienen como fin el empoderamiento de los pacientes para que sean capaces de desarrollar sus autocuidados. Por lo tanto, se cumple con el principio de autonomía.

De igual manera, se ha contemplado el principio de no maleficencia y el de beneficencia, porque todas las acciones e intervenciones propuestas están encaminadas no solo a reducir las malas prácticas, sino a fomentar nuevas líneas de trabajo que ayudan a que los pacientes, a través de su empoderamiento, ganen salud.

Por último, la intención es que las intervenciones desarrolladas en el trabajo se pongan en marcha en toda el área de salud de Pamplona, es decir, que todos los profesionales de enfermería comunitaria pediátricos y con ello los pacientes de su cupo tengan un acceso homogéneo al conocimiento aquí planteado. Sería recomendable que en un futuro el taller se haga extensivo a las otras dos ZBS.

Además, la propuesta es que no solo se empodere a los pacientes hiperfrecuentadores del servicio de urgencias, sino que todos los pacientes reciban la misma información y herramientas adaptadas a cada situación, para que no existan diferencias a la hora de mejorar los autocuidados que realizan.

Con todo ello, se pretende cumplir con el principio de justicia. No obstante, pueden surgir las dificultades típicas en el acceso al sistema sanitario de ciertos sectores de la población.

Por último, durante la realización del trabajo se ha procurado evitar los sesgos de cualquier tipo. Se han plasmado los datos epidemiológicos encontrados y los acuerdos y desacuerdos respecto a otros estudios y autores.

Igualmente, se han referenciado todas aquellas fundamentaciones teóricas propuestas por otros autores.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- Aretio Romero, A., & García Tartas, A. (2008). Influencia del grupo étnico en el uso de los servicios. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 10(37), 17–29. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2662450&orden=160319&info=link%5Cn>  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2662450>
- Ayuntamiento de Pamplona. (2019). Servicio de Atención Sanitaria Telefónica y On Line. Retrieved from <https://www.pamplona.es/ayuntamiento/varios/servicio-de-atencion-sanitaria-telefonica-y-line>
- Cabeza, J. J. M., Quintero, B. D., Sánchez, J. M., Álvarez, B. G., Romero, S. T., Morales, E. R., ... Uelva, J. I. H. (2007). Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. *Emergencias*, 19, 70–76.
- Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. (2019). Calendario de Vacunaciones AEP 2019.
- Davis, T., Meyer, A., Beste, J., & Batish, S. (2018). Decreasing Low Acuity Pediatric Emergency Room Visits with Increased Clinic Access and Improved Parent Education. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 31(4), 550–557.  
<https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.04.170474>
- Departamento de Hacienda y Política Financiera. (2018). *Presupuestos Generales De Navarra 2018*. Pamplona.
- Domínguez Aurrecochea, B., & Valdivia Jiménez, C. (2012). La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(SUPPL.1), 82–87. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.004>
- Duelo Marcos, M., Escribano Ceruelo, E., Fernández Rodríguez, M., Hijano Bandera, F., Martínez Rubio, A., & Soriano Faura, J. (2009). *Programa de salud infantil: organización y actividades por grupos*. Retrieved from <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil/organizacion-y-actividades-por-grupos-de-edad>
- Expósito-Ruiz, M., Sánchez-López, J., Ruiz-Bailén, M., & Rodríguez-del Águila, M. M. (2017). Factores relacionados con la utilización de los servicios de urgencias en población pediátrica española. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud. *Emergencias*, 29(2), 121–171. Retrieved from <https://medes.com/publication/120049>
- Farion, K. J., Wright, M., Zemek, R., Neto, G., Karwowska, A., Tse, S., ... Barrowman, N. (2015).

- Understanding low-acuity visits to the pediatric emergency department. *PLoS ONE*, *10*(6), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128927>
- Fernández Alonso, C., Aguilar Mulet, J. M., Romero Pareja, R., Rivas García, A., Fuentes Ferrer, M. E., & González Armengol, J. J. (2018). Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias. *Atención Primaria*, *50*(4), 222–227.
- Fornes Vivas, R., Mustienes Bellor, R., Navarro Juanes, A., Robledo Díaz, L., & Carvajal Roca, E. (2017). ¿Es adecuada la utilización del servicio de urgencias en el periodo neonatal? *Revista de Pediatría En Atención Primaria*, *19*, 301–309.
- García Ribera, M., Vázquez Fernández, M., Bachiller Luque, M., Barrio Alonso, M., Muñoz Moreno, M., Posadas Alfonso, J., ... Hernández Velázquez, P. (2010). Estudio piloto de consulta telefónica pediátrica. *Revista de Pediatría En Atención Primaria*, *12*, 413–424. <https://doi.org/10.4321/S1139-76322010000400004>
- Gerencia de Atención Primaria. (2018a). *Bases de la estrategia de atención primaria de salud de Navarra 2017-2019*. Pamplona.
- Gerencia de Atención Primaria. (2018b). *Jornada de retorno del proceso de participación de la Estrategia de Atención Primaria*.
- Gobierno de Navarra. (2018). Navarra.es: Escuela de padres y madres- Actividades programadas en 2018. Retrieved December 6, 2018, from [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Escuela+de+Salud/Escuela+de+Madres+y+Padres/Actividades.htm](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Escuela+de+Salud/Escuela+de+Madres+y+Padres/Actividades.htm)
- Gobierno de Navarra. (2019). Horarios de la red de urgencias extrahospitalarias de Navarra. Retrieved from [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Me+cuido/Controlo+mi+salud/horarios.htm](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Me+cuido/Controlo+mi+salud/horarios.htm)
- i Marquillas, J. B., & de la flor i Brú, J. E. (2005). *Pediatría en Atención Primaria* (2ª). Barcelona: Elsevier Masson.
- Instituto de Estadística de Navarra. (2012). Hospitalizaciones y Urgencias. Retrieved January 7, 2019, from <https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/informacionestadistica.aspx?R=1&E=1>
- Instituto Nacional de Estadística; INE. (2017a). *Hospitalización en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad*. Retrieved from

- <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2017/p02/I0/&file=03001.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística; INE. (2017b). *Motivo de la última consulta médica en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad*. Retrieved from <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2017/p05/I0/&file=01036.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística; INE. (2017c). *Tiempo transcurrido desde la última consulta con el médico de familia o pediatra según sexo y grupo de edad*. Retrieved from <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2017/p05/I0/&file=01007.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística; INE. (2017d). *Tipo de servicio de urgencias utilizado la última vez según sexo y grupo de edad*. Retrieved from <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2017/p02/I0/&file=04018.px&L=0>
- Lasanta Sáez, M. J., Sobejano Tornos, I., Saenz de Pipaón Martínez de Virgala, I., Gorricho Mendivil, J., Mugarra Bidea, I., & Gabilondo Pujol, L. (2014a). *Informe de seguimiento plan de Salud de Navarra 2014-2020*. Pamplona.
- Lasanta Sáez, M. J., Sobejano Tornos, I., Saenz de Pipaón Martínez de Virgala, I., Gorricho Mendivil, J., Mugarra Bidea, I., & Gabilondo Pujol, L. (2014b). *Plan de Salud de Navarra 2014-2020*. Pamplona.
- Mazarrasa Alvear, L. (2003). Educación para la salud. Concepto actual en el marco de la promoción de la salud. Ámbitos de aplicación. In *Salud pública y enfermería comunitaria* (2ª). Madrid: McGraw Hill.
- Medina Romero, M. D., Pardo Galiano, A., & Serrano, Martínez, J. (2010). Síntomas y motivos de consulta más frecuentes en atención primaria. In *Cuidados de enfermería y atención en pediatría* (3ª, pp. 115–116). Formación Continuada Loggos.
- Mendiola Ruiz, R., Gondra Sangroniz, L., Ormaechea Goiri, V., Martínez Eizaguirre, J. ., Tadeo Múgica, A., Bretos Paternain, C., & Daza Asumendi, P. (2014). Triage telefónico en Atención Primaria. Análisis de la implantación de un modelo. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 16, 205–210.
- Míguez Navarro, M. C., & Fernández Álvarez, R. (n.d.). *Unidad 1. Aspectos generales de la urgencia pediátrica*. Asociación Española de Pediatría. Retrieved from [http://continuum.aeped.es/files/guias/Material\\_descarga\\_unidad\\_1\\_urgencias\\_estivales.pdf](http://continuum.aeped.es/files/guias/Material_descarga_unidad_1_urgencias_estivales.pdf)
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. (2017). *Utilización de las consultas de medicina y enfermería de AP en el último año*.

- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*. <https://doi.org/660-14-018-4>
- Piñeiro Pérez, R., Muñoz Archidona, C., Parte Cancho, M. de la, Mora Sitjà, M., Hernández Martín, D., Casado Verrier, E., & Carabaño Aguado, I. (2017). Hiperfrecuentadores en Urgencias Pediátricas: ¿es toda la culpa de los padres? *Pediatría Atención Primaria*, *19*(74), 137–145. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322017000200006&lang=pt%0Ahttp://scielo.isciii.es/pdf/pap/v19n74/1139-7632-pap-19-74-00137.pdf](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000200006&lang=pt%0Ahttp://scielo.isciii.es/pdf/pap/v19n74/1139-7632-pap-19-74-00137.pdf)
- Riva, B., Clavenna, A., Cartabia, M., Bortolotti, A., Fortino, I., Merlino, L., ... Bonati, M. (2018). Emergency department use by paediatric patients in Lombardy Region, Italy: a population study. *BMJ Paediatrics Open*, *2*(1). <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000247>
- Rivas García, A., Manrique Martín, G., Butragueno Laiseca, L., Mesa García, S., Campos Segura, A., Fernández Iglesia, V., & Moreno Sanches, Ruben Aguilar Mulet, J. (2017). Frequent users in paediatric emergency departments . Who are they? Why do they consult? *Anales de Pediatría*, *86*(2), 67–75.
- Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, *22*, 121–157. Retrieved from [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-92732010000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006)
- Vázquez Fernández, M. E., Sanz Almazán, M., Ruiz Labarga, C., Palencia Ercilla, T., Tríguez García, M., & García Sanz, S. (2018). Experiencia en la implementación del programa de educación para la salud. Si es urgente para ti, ¿es urgente para mí? *Rev Pediatr Aten Primaria*, *20*, 5–14. Retrieved from <https://pap.es/articulo/12605/experiencia-en-la-implementacion-del-programa-de-educacion-para-la-salud-si-es-urgente-para-ti-es-urgente-para-mi>
- WHO Regional Committee Europe. (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Malta.

# 10. ANEXOS

## Anexo 1

**VOMITOS**

**MOTIVO DE CONSULTA: VOMITOS**

Si alguno de los siguientes campos es "SI", derivar a Consulta médica

Edad < 6 meses	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
vómitos biliosos, proyectivos	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
vómito dolor abdominal	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
vómito exantemas	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
vómito fiebre > 38.5°C vómito persistente	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
vómito patología crónica	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No

SI  No  
 SI  No  
 SI  No  
 SI  No  
 SI  No

Observaciones

PROBLEMA: VOMITOS SUSCEPTIBLE DE SOLUCION CON AUTOCUIDADOS

Posibles Diagnósticos de Enfermedad (DE) o intervenciones (NIC):

DE: (Código I26) Conocimiento deficiente por parte de la familia

Enseñanza proceso de enfermedad

DE: (Código E6) Abandono relativo por parte de la familia

Facilitar la autoresponsabilidad

Autocuidados vómitos

Aceptar

Cancelar

**PROTOCOLO: . SALUD INFANTIL 0-5 A - 11/10/2018**

Paciente:  
Episodio:

PRUEBA PRUEBA, NIÑO (8 Años)

**ACTIV. PREVENTIVAS**

Realizac. vacunación  SI  No  
Sólo en grupos de riesgo  Matribux

Motivo   
Resultado

**CONSEJOS ALIMENTACIÓN**

- C. Lactancia Materna
- C. Lactancia Artificial
- C. No Gluten <6 meses
- C. No Leche Vacca <12m
- C. No Golosinas
- C. No Frutos Secos
- Horarios
- Variedad
- Lácteos
- Azúcares refinados

**CONSEJOS HIGIENE**

- Prevención Plagioscfaia
- C. sueño
- C. Higiene Corporal
- C. Higiene Ambiental
- C. Higiene Dental
- Chupete, tetina, dedos
- Consejo convivencia animales

**CONSEJ. PREV. ACCIDENTES**

- Prev muerte súbita
- C. Seguridad Cuna
- C. CorManipulación
- Prev intoxicaciones
- Prev caídas
- Prev quemaduras
- SeguridadAutomovil
- Oprenenc ahogamiento

**TABAQUISMO PASIVO**

- Consejo Exposición Solar
- Consejo vit d

**PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO**

- Vínculo afectivo
- Parentalidad positiva
- Estilos educativos en familia

**TIEMPO LIBRE (>3 años)**

- Pantalla/TV
- Juegos

Observaciones

Servicio Navarro de Salud - Casasubidea

**PROTOCOLO: . SALUD INFANTO-JUVENIL 6-15 - 11/10/2018**

Paciente: PRUEBA PRUEBA, NIÑO (8 Años)

Episodio:

CONSEJOS/ACT. PREVENTIVAS

Realizac. Vacunación  SI  NO

Mantoux

Motivo

Resultado

ALIMENTACION

(Lácteos, variedad, horarios, dieta sin control, azúcares refinados, desayuno)

HIGIENE

- Higiene corporal
- Higiene ambiental
- Higiene suelo
- Tabaquismo pasivo

PREVENCIÓN ACCIDENTES

- Coche, moto, bici
- Atresamiento
- Quemaduras
- Caídas
- Intoxicaciones étlicas

CONVIVENCIA ANIMALES

EXPOSICIÓN SOLAR

HABITOS POSTURALES (mochilas, sentado)

TIEMPO LIBRE

- Extraescolares
- Pantalla, TV, ordenador...
- Ejercicio deporte

BUCCODENTAL

- Cepillado
- Flúor
- PADI
- Control glucosinas/ azúcares

HABITOS TOXICOS

- Tabaco
- Alcohol
- Drogas

SEXUALIDAD

- Prev. ETS y embarazo
- Prev. abuso sexual

Observaciones

Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea

## FIEBRE

- No decida que su hijo tiene fiebre poniéndole la mano sobre la frente, use el termómetro.
- Mantenga una temperatura ambiental agradable. No ponga mucha ropa al niño.
- Ofrezca abundantes líquidos, sin forzarle.
- No es necesario bajar la fiebre en todas las circunstancias, sólo si el niño está molesto. Esto ocurre, generalmente, a partir de 38-38,5°C.
- Utilice las dosis de antitérmicos recomendadas por su pediatra respetando los intervalos entre las mismas aunque la fiebre reaparezca antes. Siempre que sea posible adminístrelos por la boca, no por vía rectal.
- Los baños con agua templada disminuyen poco la fiebre. Puede usarlos para ayudar a los antitérmicos. No utilice compresas de alcohol, ni de agua fría.
- Los antitérmicos no curan la infección, sólo ayudan a que el niño se sienta mejor.
- Procure emplear un solo tipo de antitérmico. No siempre es necesario alternar medicamentos para tratar la fiebre.
- No utilice antibióticos si no se los ha indicado un médico

### DEBE VIGILAR

- El estado general del niño (es relativamente normal que coincidiendo con el pico febril pueda estar más afectado)
- El color y la apariencia de la piel: no debe estar excesivamente pálida ni moteada ni presentar manchas.
- Si aparecen nuevos síntomas o empeoran los síntomas que acompañan a la fiebre

### DEBE ACUDIR A UN SERVICIO DE URGENCIAS

- Si su hijo está adormilado, decaído o, por el contrario, muy irritable o quejoso.
  - Si ha tenido por primera vez una convulsión.
  - Si se queja de dolor de cabeza intenso y vomita varias veces.
  - Si el niño respira con dificultad.
  - Si aparecen manchas en la piel, especialmente si éstas no desaparecen al presionarla.
- Control: Será controlada por su Pediatra del Centro de Salud quien introducirá las modificaciones que considere oportunas.

## VÓMITOS

### ¿QUÉ SON LOS VÓMITOS?

Los vómitos consisten en la expulsión por la boca del contenido del aparato digestivo (alimentos, jugo gástrico, bilis).

Son muy frecuentes en las enfermedades infantiles: gastroenteritis, catarro, otitis, anginas.

### ¿QUÉ DEBE HACER EN CASA?

- Hay que evitar la deshidratación ofreciéndole líquidos azucarados (zumos, agua) en cantidades pequeñas, aproximadamente, una cucharada cada 5 minutos.
- Si se acompaña de diarrea es preferible utilizar soluciones de rehidratación de venta en farmacias. No use soluciones caseras (limonada alcalina), ni refrescos comerciales.
- Observe la aceptación por parte del niño. Si los líquidos son bien tolerados puede aumentar la frecuencia paulatinamente.
- Cuando tome bien los líquidos ofrézcale comida - nunca forzándole - en pequeñas cantidades.

### ¿CUÁNDO DEBE CONSULTAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS?

- Si el niño es menor de 3 meses y ha vomitado dos o más tomas.
- Si el niño vomita mucho, no tolera sólidos, ni líquidos o vomita aunque no tome nada.
- Si los vómitos son verdosos, contienen sangre o parecen posos de café.
- Si el niño presenta alguno de los siguientes síntomas: está adormilado, decaído, tiene mucha sed, los ojos hundidos, llora sin lágrimas u orina poco.
- Si cursan con mucho dolor abdominal o de cabeza.

### CUESTIONES IMPORTANTES

- El peligro de deshidratación es mayor cuanto más pequeño es el niño.
  - Es normal que los niños menores de 6 meses expulsen pequeñas cantidades de leche después de comer - REGURGITACIÓN -.
- Control: Será controlado por su Pediatra del Centro de Salud quien introducirá las modificaciones que considere oportunas.

## Anexo 5

Tríptico para padres en las páginas siguientes.

# PROCESOS BANALES EN NIÑOS

PROCESO BANAL: AQUEL QUE TIENDEN A LA RESOLUCIÓN APLICANDO MEDIDAS DE AUTOCUIDADO DIRIGIDAS A PALIAR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE SE PRODUCEN<sup>1</sup>



## ALTERACIONES CUTÁNEAS (EXANTEMAS, URTICARIA...)

-Favorecer la ingesta de líquidos al niño, a poder ser mediante soluciones de rehidratación oral (SRO) de baja osmolaridad adecuadas a cada edad. En el caso de los lactantes no cesar la lactancia materna. Si la lactancia es artificial alternar SRO y biberones para evitar la pérdida de líquidos y sales.<sup>3,4</sup>

-Sería recomendable comenzar con la alimentación lo antes posible.<sup>3,4</sup>

- **Diarrea:** en general 6 horas después de la rehidratación. Los alimentos deben ser astringentes (arroz, pollo cocido, pescados a la plancha, plátano maduro, manzana...).<sup>4</sup>
- **Vómitos:** se comenzará con la alimentación cuando cesen los vómitos. Los alimentos deben ser de fácil digestión (tortillas, jamón cocido, sopa...).<sup>4</sup>

Vigilar aparición de complicaciones 

En los siguientes casos se debe acudir al servicio de Urgencias:

En niños menores de 3 meses que vomitan varias tomas o niños mayores que no toleran líquidos y los vómitos no cesan en unas horas.<sup>3,4</sup>

Diarreas persistentes en niños con mucho dolor abdominal que no toleran líquidos.<sup>3</sup>

Si los niños presentan somnolencia, llanto sin lágrimas, con mucho dolor en el abdomen, vómitos verdosos, o con “posos de café” o vómitos o diarrea sanguinolientos.<sup>3</sup>

-Evitar que el niño se arrasque porque pueden producirse lesiones. Para aliviar picor aplicar medidas de confort (distracciones, hidratación, toques en la piel...)<sup>4</sup>

-Secar muy bien la piel tras la ducha. A toques, sin arrastrar. Hidratar la piel con crema habitual.<sup>3,4</sup>

-Administrar pomadas solo en caso de pauta médico/enfermera.<sup>3,4</sup>

Vigilar la aparición de complicaciones: 

La fiebre puede ser indicativo de un proceso infeccioso en vez de dermatológico. Por otro lado, si se produce tras la ingesta de ciertos alimentos, contacto con animales, tejidos... puede tratarse de un problema alérgico. Consultar con los profesionales del centro de salud la causa de la aparición de estas alteraciones cutáneas.<sup>3</sup>

En caso de dificultad respiratoria asociada acudir al servicio de urgencias de pediatría.<sup>3</sup>

## FARINGOAMIGDALITIS

-Aplicar medidas de confort: evitar alimentos duros, favorecer ingesta de líquidos (ni muy fríos ni muy calientes).<sup>4</sup>

-Administrar analgésicos recomendados por su médico/enfermera.<sup>4</sup>

En caso de aparecer dificultad respiratoria acudir al servicio de urgencias.<sup>4</sup> 

5

6

1

### Bibliografía:

1. Gerencia de Atención Primaria. (2018). *Bases de la estrategia de atención primaria de salud de Navarra 2017-2019*. Pamplona, 2. Míguez Navarro, M. C., & Fernández Álvarez, R. (n.d.). *Unidad 1. Aspectos generales de la urgencia pediátrica*. Asociación Española de Pediatría. Retrieved from [http://continuum.aeped.es/files/guias/Material\\_descarga\\_unidad\\_1\\_urgencias\\_estivales.pdf](http://continuum.aeped.es/files/guias/Material_descarga_unidad_1_urgencias_estivales.pdf), 3. Recomendaciones Servicio Urgencias Pediátricas para procesos banales, 4. Cassas S, R., Campos S, M. C., & Jaimovich P, S. (2010). Capítulo V. Prevención y cuidados de algunas enfermedades infantiles. In *Cuidados básicos del niño sano y del enfermo*

## TRIANGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA (TEP) PARA PADRES



Fuente: Asociación Española Pediatría (AEP)

### Apariencia:

- No se mueve<sup>2</sup>
- No juega/interactúa<sup>2</sup>
- Presenta lloro inconsolable<sup>2</sup>
- No emite sonidos o no habla<sup>2</sup>
- Mirada: no se fija en objetos, perdida<sup>2</sup>

Si la apariencia está alterada, puede deberse a un proceso más grave.

### Trabajo respiratorio:

- Presenta ruidos extraños al respirar (ronquidos/silbidos...)<sup>2</sup>
- Posición: no quiere tumbarse/ incorporado hacia adelante<sup>2</sup>

# 2

-Aleteo (movimientos) a cada lado de la nariz<sup>2</sup>

-Tiraje: hundimiento de los músculos de debajo del cuello, costillas (se marcan) o abdomen, con cada respiración<sup>2</sup>

Si se escuchan ruidos anormales, tiene aleteo, tiraje o adopta posiciones extrañas puede deberse a un proceso de mayor gravedad.

### Circulación:

- Palidez<sup>2</sup>
- Color azulado (generalizado o en manos/dedos)<sup>2</sup>

El hecho de presentar una coloración anormal puede indicarnos que se trata de un proceso más grave.

Si el niño presenta alguno de estos signos o síntomas: ponerse en contacto con sus profesionales de referencia en el centro de salud (8 a 15h), llamar al número de consejo sanitario: **948290290** (de lunes a viernes 14:30-21:30. Fines de semana y festivos 9 a 21h) o acudir al centro de salud San Martín.

### INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR (IRA)

-Lavado de manos frecuente.<sup>3,4</sup>

-Aumentar ingesta de líquidos (o lactancia) para favorecer la eliminación de secreciones. Poca cantidad, varias veces. No forzar a comer.<sup>3,4</sup>

-No utilizar fármacos antitusivos, mucolíticos o antibióticos (no curan los catarros) salvo prescripción.<sup>3</sup>

# 3

-Proporcionar descanso al niño. Ambiente húmedo y libre de humo.<sup>4</sup>

-Lavados nasales frecuentes con suero. No realizar en menores de dos años.<sup>4</sup>

-No abrigar en exceso porque puede aumentar la Tª corporal.<sup>3</sup>

-Controlar Tª tres veces al día.

Fiebre: + de 37,5°C axilar o + de 38°C rectal.

Administrar antipiréticos y analgésicos habituales recomendados por su médico/enfermera.<sup>3,4</sup>

-Vigilar aparición de complicaciones:



- o Dificultad para respirar (tiraje, aleteo, ruidos respiratorios...), cambios en la coloración de la piel o somnolencia (no se le puede despertar). Si el niño presenta fiebre y es menor de 3 meses. En estos casos acudir al servicio de Urgencias.<sup>3</sup>
- o En caso de prolongación de la fiebre (no cede con antipiréticos, se prolonga más de una semana...). O si los síntomas en general se prolongan debe acudir al centro de salud para valoración.<sup>3</sup>

### INFECCIONES GASTROINTESTINALES (VÓMITOS, DIARREA, DOLOR ABDOMINAL...)

-Si el niño presenta vómitos asegurar una **posición adecuada** (incorporado y no tumbado) para evitar que aspire el contenido.<sup>3,4</sup>

# 4

#### Bibliografía:

1. Gerencia de Atención Primaria. (2018). *Bases de la estrategia de atención primaria de salud de Navarra 2017-2019*. Pamplona, 2. Míguez Navarro, M. C., & Fernández Álvarez, R. (n.d.). *Unidad 1. Aspectos generales de la urgencia pediátrica*. Asociación Española de Pediatría. Retrieved from [http://continuum.aeped.es/files/guias/Material\\_descarga\\_unidad\\_1\\_urgencias\\_estivales.pdf](http://continuum.aeped.es/files/guias/Material_descarga_unidad_1_urgencias_estivales.pdf), 3. Recomendaciones Servicio Urgencias Pediátricas para procesos banales, 4. Cassas S, R., Campos S, M. C., & Jaimovich P, S. (2010). Capítulo V. Prevención y cuidados de algunas enfermedades infantiles. In *Cuidados básicos del niño sano y del enfermo*