

Fundamentos de las rutas de cuidados en el paciente pediátrico

Foundations of the routes of care in the pediatric patient

Lic. Niurka Milán Dobson

Facultad de Tecnología de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

RESUMEN

Objetivos: exponer los fundamentos de las rutas de cuidados en la atención al paciente pediátrico, y describir los que se pueden llevar a cabo en una unidad de hospitalización reflejando todo el saber de los profesionales basados en la experiencia a través de evidencias.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. A partir de este análisis se corroboró la validez que tienen los cuidados independientes en la profesión y su contribución a mejorar la salud humana con un enfoque holístico.

Resultados: se tuvo como referente teórico el modelo de adaptación de Callista Roy y la teoría del proceso de enfermería de Ida Jean Orlando.

Conclusiones: en pediatría se deben asegurar los cuidados físicos específicos que precisa el niño en cada momento, identificando las necesidades, para establecer el periplo de esos cuidados, proporcionándole seguridad, afecto e información, incluyendo a los cuidadores, lo que favorece el éxito de los procedimientos.

Palabras clave: ruta, cuidados, pediatría, enfermería.

ABSTRACT

Objectives: to present the foundations of the routes of care in the attention to the pediatric patient, and to describe those that can be carried out in a hospital unit reflecting all the knowledge of professionals based on the experience through evidences.

Methods: a descriptive study of cross section was made. From this analysis it was confirmed the validity that has the independent care in the profession and its contribution to improve human health with a holistic approach.

Results: there was as theoretical reference the model of adaption of Callista Roy and the theory of the nursing process of Ida Jean Orlando.

Conclusions: in pediatric should be ensured the specific physical cares required by the child at each time, identifying the needs, to set the trip of those cares, providing to the child confidence, caress and information, including caregivers, which favors the success of proceedings.

Keywords: route, care, pediatrics, nursing.

INTRODUCCIÓN

La disciplina de enfermería ha evolucionado con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han sucedido a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia.

Desde hace algunos años las enfermeras/os han intentado desarrollar la práctica autónoma de la profesión, quizás como ningún otro grupo ha deseado convertir la especialidad en una disciplina científica, pocos no han sido los esfuerzos para delimitar un área particular de pensamiento que guíe la práctica, la investigación, la formación y la gestión en enfermería. Esta actividad a través de la historia se ha relacionado con la mujer, caracterizada por el temperamento maternal, idiosincrasia propia y muchas veces impuesta por diferentes sociedades.¹

Tanto desde el punto de vista formal como sociológico, la enfermería es hoy muy distinta a como se practicaba hace cincuenta años. Distintos factores son los que han intervenido en esta profesionalización. Han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar.

Así mismo, en el campo asistencial los cambios acaecidos han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), y la formulación de diagnósticos enfermeros. Ambos elementos significan la epistemología de la profesión entendida como los fundamentos, (modelos de cuidados) y métodos (procesos de atención de enfermería) del conocimiento de enfermería. Estos dos componentes adquieren sus verdaderos sentidos cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso. Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados de enfermería y contribuyen al desarrollo y avance de la profesión, lo que quiere decir en otras palabras "Garantizar que todos los enfermeros compartan una misma

concepción de persona, salud, entorno y rol profesional, y un mismo lenguaje en la orientación de los cuidados."^{2,3}

Mediante modelos teóricos que permiten comprender, aplicar y explicar la práctica y el cuidado de enfermería, los que ayudan a organizar, analizar e interpretar los datos del paciente y así facilitar la toma de decisiones y favorecer la planificación, ejecución y evaluación del cuidado. Con los modelos teóricos, la profesión garantiza un lenguaje común entre sus profesionales y mejora las concepciones respecto a los supuestos principales, que son: la persona, la salud, el entorno y la enfermería.⁴

Como ejemplo de lo anteriormente expuesto podemos mencionar a la Señora Sor Callista Roy con su modelo de adaptación, el cual parte de un sistema conceptual precisamente de adaptación, para desarrollar un modelo paso a paso que puede aplicar el personal de enfermería en la labor asistencial favoreciendo la armonía del hombre en situaciones de salud y de enfermedad, y empleando el PAE por etapas la enfermera/ro, puede valorar, evaluar los estímulos, realizar un diagnóstico, fijarse metas, aplicar intervenciones y por último evaluar el cumplimiento de los objetivos de la adaptación. Por su experiencia en el campo de la enfermería pediátrica, Roy conoció bien la gran flexibilidad que poseen los niños y la capacidad de adaptación a los cambios físicos y fisiológicos importantes.

Fitzpatrick planteó que el modelo de Roy tenía gran utilidad en la valoración psicológica de la familia, donde la enfermera como agente de cambio del entorno, podría mejorar un sistema familiar inadaptado. Por supuesto en la atención pediátrica la familia es el eslabón fundamental que permite garantizar la pronta recuperación del paciente.

Otra teórica que ha aportado una contribución de primera magnitud al desarrollo de la enfermería es Ida Jean Orlando, con la teoría del proceso de enfermería, la cual demostró que una vez identificados los aspectos negativos en los pacientes, la aplicación del PAE constituía un medio eficaz para obtener resultados positivos. Esto permite valorar al paciente desde una perspectiva de enfermería, más que desde la orientación médica de las enfermedades. Entre ambas se puede establecer una relación por el carácter inductivo de sus propuestas.^{5,6,7}

Este trabajo tiene como objetivos exponer los fundamentos de las rutas de cuidados en la atención al paciente pediátrico, y describir los que se pueden llevar a cabo en una unidad de hospitalización reflejando todo el saber de los profesionales basados en la experiencia a través de evidencias.

DESARROLLO

Según el diccionario de la Real Academia Española en su tercera acepción, una ruta es un camino o dirección que se toma para un propósito, luego al hablar de «Rutas de Cuidados» se hace explícito el propósito de ese camino o dirección: el cuidado. En esa misma búsqueda, el diccionario señala un término relacionado con el anterior, «hoja de ruta», que dice ser un documento en el que constan las instrucciones e incidencias de un viaje o transporte de personas o mercancías. Siguiendo esta línea de razonamiento parece obvio que esas hojas de rutas sean, un recopilatorio donde consten las instrucciones (guías de actuación, protocolos, historia clínica), e incidencias de un viaje (un proceso de salud) de una persona, que en este caso es: un niño.

El viaje en que se embarca el niño y sus cuidadores cuando acuden a un hospital por cualquier problema de salud transcurre en un medio totalmente extraño para ellos, y no solo eso, en la mayoría de las ocasiones este medio se compone de varios escenarios, es decir, de diferentes unidades de hospitalización. Aunque el proceso de salud es único para el niño y sus cuidadores, la atención recibida se fragmenta según la especialidad que se consulta y esto implica la pérdida de la visión integral del proceso de salud del paciente, a menos que quede constancia de una «Ruta de Cuidados», donde se recojan todas las incidencias, cuidados y aspectos relevantes del proceso.

Del mismo modo que, desde la perspectiva del paciente, esta falta de continuidad en la atención de su proceso le transmite inseguridad sobre la atención que recibe; desde la perspectiva de los profesionales responsables del cuidado, (los enfermeros), también supone dificultad para garantizar una atención de calidad el desconocer los cuidados que ya se han realizado, respuesta del paciente y de los cuidadores a los mismos, problema de salud o dolencia que le llevó a demandar atención sanitaria (que puede ser diferente al diagnóstico médico por el que ingresa).

Los pacientes pediátricos durante su estancia en el hospital, pueden pasar por los diferentes servicios del mismo: urgencias, unidades de cuidados críticos, neonatología, consultas externas, hospitalización...Es más aunque un elevado número de ellos solo visita la urgencia o la maternidad al nacer, y posteriormente regresa a su casa o es derivado a su médico de familia, existe un grupo que pueden llegar a visitar más de dos de los anteriormente citados servicios, partiendo en la mayoría de las ocasiones del servicio de urgencias.

Desde su llegada a la «puerta del hospital», a la urgencia, es el personal de enfermería el que primero recibe al paciente (área de triage), el cual garantiza la categorización del mismo según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan y prioriza la asistencia, garantizando que los valorados como más urgentes sean visitados prioritariamente. Al igual que durante su estancia en los diferentes servicios, los enfermeros son los que las 24 horas del día acompañan al pequeño y su familia en su proceso; por esto, la mayoría de la información que reciben los pacientes les llega de la mano de nuestro colectivo de profesionales. Pero, a pesar de que a nivel funcional los servicios del hospital son unidades diferentes y con personal diferente, estos no pueden funcionar como compartimentos estancos porque el proceso del paciente es único, y para tal fin existen los diferentes registros y gráficas de enfermería que recogen los cuidados realizados en las distintas unidades del hospital y que sirven de vía de comunicación entre el personal de enfermería. Sin embargo, en ocasiones, como ocurre con la mayoría de los canales de comunicación, esta llega con interferencias y los profesionales de enfermería desconocen como se funciona en el resto de los servicios a pesar de estar tan íntimamente ligados a ellos.

Todo esto puede originar a veces inseguridad en nuestros pacientes y en los cuidadores, puesto que la información les llega fragmentada, o les preguntamos lo mismo una y otra vez en cada servicio, o incluso las pautas de cuidados al alta de un ingreso parecen contradictorias con lo que han entendido en otras ocasiones. Aunque cierto es que, en general, existe una unidad de criterios entre los cuidados que ofrecen la mayoría de los profesionales, pues el personal de nueva incorporación, aprende por imitación de los compañeros de más experiencia, que conocen el funcionamiento de todo el hospital.

Una disciplina científica como la enfermería no puede basar su trabajo solo en la experiencia de los compañeros (enfermería basada en la eminencia), sino que ha

de valerse de una metodología de actuación basada en las evidencias consensuadas por la comunidad científica (enfermería basada en la evidencia) y que garantice por tanto una estandarización de los cuidados, permitiendo una atención de calidad, real y percibida por nuestros usuarios. Sin embargo la mayoría de las evidencias publicadas en la bibliografía o bien emanan de otras disciplinas diferentes a la enfermería, o bien su aplicación y puesta en práctica en un contexto real choca directamente con las dinámicas de trabajo del personal de enfermería, por lo que la implantación de estas mejores prácticas no puede lograrse, y por tanto el personal de nueva incorporación como el personal estable, opta por seguir basando sus cuidados en las experiencias de la unidad de hospitalización.

Las Rutas de Cuidados de Enfermería deben perseguir dos objetivos: primero reflejar todo el saber que los profesionales llevan practicando durante años en el hospital, basadas en la experiencia a través de evidencias y segundo describir no solo los cuidados del paciente en una unidad de hospitalización, sino el devenir de los mismos en las diferentes unidades, con el propósito de plasmar la continuidad de cuidados en todo ese recorrido.

Es oportuno señalar que el punto de partida de esta ruta de cuidados no es el diagnóstico médico, ni la presunción diagnóstica sino el motivo que ha originado la demanda asistencial, el motivo de consulta del propio paciente, a partir del cual se hace una valoración y se planifican unos cuidados que deben tener continuidad en toda la estructura hospitalaria.^{8,9}

Lo planteado no es algo nuevo, ni ajeno al quehacer diario de los profesionales de la enfermería, sino que permite reflejar todo ese trabajo relacionado con el cuidado, y no solo la ejecución de técnicas. Es decir puede constituir una herramienta de trabajo práctica y útil, basada en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), para la valoración del paciente según el motivo de consulta o de ingreso.

Por tanto parece evidente que un modelo de trabajo basado en guías de prácticas clínicas o de cuidados, consensuado por las/los enfermeros, facilitará una mejor incorporación del personal de nuevo ingreso, permitirá la investigación para la mejora de los cuidados a la población infantil, mejorará la calidad de la atención percibida por los pacientes y sus familiares y además supondrá visibilizar el trabajo y el producto enfermero.

El resultado debe ser una guía de cuidados para la práctica asistencial de las/los enfermeros pediátricos.^{10,11}

A continuación se expondrá a manera de ejemplo una ruta de cuidados según el motivo de consulta, la actuación del personal de enfermería y la educación sanitaria que se le debe ofrecer al paciente, tanto si se va a hospitalizar como si se va para su domicilio.

Motivo de consulta: Fiebre

Actuación de Enfermería

- Valorar estado general del paciente, según la edad
- Aplicación de medidas antitérmicas, controlando las constantes vitales
- Aplicación del tratamiento médico

- Colaboración en la toma de muestras, como hemocultivo, punción lumbar, recogida de orina

Educación sanitaria

- Manejo de la fiebre (orientar a la familia), en casa mantener al niño en ambiente relajado, temperatura ambiental suave, ligero de ropas, medir la temperatura preferiblemente en la axila, aplicar medidas físicas (paños húmedos, baños de agua fresca), administrar los antitérmicos según indicación médica, administrar abundantes líquidos.
- Identificación de signos de riesgo (orientar a los padres sobre ¿Cuándo volver al hospital?), se les informará de la necesidad de volver si notan signos de decaimiento o irritabilidad en el niño, aparición de manchitas por el cuerpo, si la fiebre no cede (no disminuye un grado con las medidas antitérmicas).

Motivo de consulta: Procesos infecciosos (Neumonía)

Actuación de Enfermería

El personal de enfermería debe conocer los signos y síntomas que orientan a una buena valoración del grado de compromiso respiratorio del paciente, mediante:

1. La recogida de información a través de los padres o cuidadores
 2. Observación directa del niño
- Signos y síntomas de dificultad respiratoria
 - Presencia e intensidad de la tos según la edad, pues en los lactantes es más significativa y en los niños mayores se acompaña de expectoración
 - Aparición de dolor de localización torácica, o aumento del ya existente
 - Toma del estado neurológico: irritabilidad, nerviosismo o letargo
 - Presencia de herpes labial (típico de neumonía neumocócica)
3. Auscultación de ruidos respiratorios (patológicos o no)
 4. Vigilar posibles complicaciones (signos gastrointestinales y todos los cuidados que lleva esta afección, empiema, derrame pleural)
 5. Orientar reposo, como medida para reducir las demandas de oxígeno y disminuir el dolor
 6. Mantener la temperatura y humedad adecuadas en la habitación para favorecer la expectoración y mantener libres las vías aéreas
 7. Fisioterapia respiratoria si está indicada, nunca en la fase aguda y drenaje postural
 8. Realizar lavados e instilación de gotas nasales, aspiración de secreciones sobre todo en lactantes y aprovechar para toma de muestras de esputo

9. Canalizar vena periférica por si precisa sueroterapia o medicación intravenosa

10. Control de la alimentación e hidratación

De esta manera se puede establecer una ruta de cuidados ante los principales motivos de consultas de los pacientes pediátricos, siempre teniendo presente que los niños no son adultos pequeños, que es preciso tener en cuenta las especificidades anatomofisiológicas de estos, que les diferencian de los adultos, y cómo estas, inciden en la realización de los diferentes procedimientos, los cuales en ocasiones resultan altamente estresantes, incluso para el propio profesional. De una adecuada evaluación pueden derivarse las rutas de cuidados como algoritmos de decisión clínica, en los que se plasma el razonamiento de valoración del personal y puede resultar mucho más útil y práctico como herramienta de trabajo para el proceso de cuidados en la atención de enfermería. No obstante, el algoritmo de decisión también garantiza el aprendizaje a los cuidadores en el entorno del hogar cuando el paciente no requiere de hospitalización.

Espacio aparte merece el cuidado en la comunicación según las edades y etapas evolutivas, así como la relación con la familia, algunos autores recomiendan interrogar a los padres sobre el comportamiento habitual de los infantes para adaptar las estrategias de intervención de forma individualizada.^{12,13}

No consideramos concluido el tema, todo lo contrario, éste resultará un nuevo espacio para tratar más profundamente.

Después de todo lo expuesto se concluye que el profesional de enfermería debe asegurar los cuidados físicos específicos que precisa el niño en cada momento, identificando las necesidades, para establecer la ruta de esos cuidados de una forma organizada y proporcionándole a la vez seguridad, afecto e información, incluyendo a los cuidadores, para favorecer el éxito de los procedimientos.

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

Conseguir la adaptación del paciente y/o familia al medio hospitalario en el menor tiempo posible con un trato personalizado y humano, para seguir la actual política de derivación temprana del niño a su hogar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno ME. Necesidad de un marco epistemológico para la práctica de enfermería. Conferencia presentada en el taller precoloquio del XVI Coloquio de Investigación. Manizales: Universidad de Caldas, ACOFAEN, octubre de 2003.
2. García Martín-Caro C, Sellán Soto C. Fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería. Madrid. Lebosend, 1995.
3. Urbina O, Pérez A, Delgado J. El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista. Rev Educ Med Super 2003; 17(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_3_03/ems02303.htm

4. Sánchez B. Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002; 13-30.
5. Marrineer Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Ediciones Harcourt; S.A.1999:250-256, 355-359.
6. Facultad de Enfermería. Aplicación del Modelo de Adaptación en el Ciclo Vital Humano, 1ª ed. Chía: Universidad de La Sabana; 2002.
7. Grupo de Estudio sobre el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Análisis de los conceptos del Modelo de Adaptación de Callista Roy. Aquichan 2002; 2 (2): 19-23.
8. Amézcuca Sánchez A, Villaseñor Roa África L, Menéndez Suso José J, Borges Valiente Javier J, Moreno Móstoles B, Montes Buen Teresa M, et al. Rutas de Cuidados al paciente pediátrico. Editorial Enfo Ediciones para FUDEN. Feb, 2009. Madrid.
9. Benito Fernández J. Tratado de urgencias en pediatría. Majadahonda. Madrid. Ergón, 2005.
10. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona. Masson, 2004. 424 p.
11. Edo Gual M, Giró Sanabria I, March Genma V, Querol Gil M. Universitat autònoma de Barcelona. Manual de procedimientos y técnicas en enfermería en pediatría. Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de publicacions. Bellaterra, 2010.
12. Colectivo de autores. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Unidad de docencia, Calidad e Investigación de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. 2001.
13. Tazon Ansola M, García Campayo J. Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000: 48-50.

Recibido: 12 de enero de 2012.

Aprobado: 13 de febrero de 2012.

Lic. Niurka Milán Dobson. Facultad de Tecnología de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. E mail: niurkamilan@informed.sld.cu