

TEMA 4

COMUNICACIÓN EN PEDIATRÍA. PREPARACIÓN PARA LA EXPLORACIÓN.

María Dolores Medina Romero. Laura Martínez Olivares

LA COMUNICACIÓN CON LAS FAMILIAS.

La comunicación es una herramienta fundamental que disponemos los profesionales de la salud para realizar nuestro trabajo. La entrevista clínica es de gran utilidad en todos los ámbitos asistenciales, fundamentalmente en los centros de salud (atención primaria), donde los profesionales de la salud deben recoger una gran cantidad de información para poder trabajar de forma individualizada y continuada con las familias. Generalmente la entrevista la realizará el médico y/o el diplomado en enfermería, no obstante, el personal auxiliar de enfermería debe conocer la técnica a seguir, así como las normas básicas de comunicación con el niño y su familia. Esto le será de gran utilidad cuando se enfrente a su trabajo diario con pacientes pediátricos.

El niño no goza de autonomía propia encontrándose en el seno de una familia que actúa de intermediaria entre él mismo y el mundo exterior. Son los responsables de esta familia los encargados del cuidado del niño y también los que deciden establecer relación con el sistema sanitario.

En las unidades de atención al niño se trabaja con las familias de forma longitudinal, es decir, continuada en el tiempo, muchas veces desde antes del nacimiento hasta la adolescencia. El objetivo de los sanitarios es dar una atención integral al niño controlando su desarrollo físico psíquico, así como que su entorno sea adecuado. Este proceso de atención continuada en el tiempo sitúa a los médicos y al personal de enfermería (diplomados y auxiliares) de la asistencia primaria (centros de salud) en una situación privilegiada para la crianza de sus hijos, entendiéndose por “familia competente” aquella en que sus miembros pueden crecer y desarrollarse tanto física como mentalmente. Para conseguir todo esto es fundamental establecer una relación adecuada y una comunicación eficaz en los sucesivos encuentros entre el personal sanitario y las familias, tanto en situación de enfermedad del niño como en los controles del niño sano.

En los últimos tiempos en que se ha ampliado más el concepto de salud y se da una atención más centrada en las familias, ha aumentado la sensibilidad de los profesionales hacia estos temas y se está viviendo un cambio en la relación médico/paciente, sobretodo en el ámbito de la asistencia primaria.

PECULIARIDADES DE LA COMUNICACIÓN EN PEDIATRÍA.

Los niños no son autónomos, dependen de sus padres o tutores, que son los encargados de decidir por ellos. En las consultas de pediatría el núcleo de atención es el niño, pero la comunicación se realiza a través de intermediarios. Esto complica la entrevista que puede ser con dos, tres o más componentes.

Habitualmente se trata de entrevistas familiares, con múltiples demandas, más de un demandante y en ocasiones más de un paciente.

EL NIÑO, protagonista, adopta un papel más bien pasivo, aunque puede estar en oposición o colaborar. La mayoría de las veces el niño es llevado a la fuerza a la consulta.

La angustia de los padres puede ser excesiva y presentar como enfermo a un niño sano. También puede suceder al contrario, padres muy tranquilos pueden mostrarnos un niño enfermo al que consideren sano.

La atención pediátrica se inicia ya en el período prenatal, pasando por los distintas períodos evolutivos del niño: neonatal, lactancia, etapa preescolar, escolar y adolescencia. La actitud del profesional debe adecuarse en cada niño según la edad y maduración. En cada entrevista tanto a la hora de recoger datos como en la exploración física, como en el momento de informar de los resultados, se requieren conocimientos del comportamiento infantil para adecuarse a la edad del niño. También se requieren conocimientos de abordaje familiar para entrevistar a dos, tres o más componentes (padres, abuelos, niño,...) dando la importancia que se merece cada uno de ellos.

El auxiliar de enfermería no debe olvidar la comunicación no verbal, que tiene una importancia muy relevante. La mayoría de los niños entienden antes un gesto, una mirada, un determinado tono de voz, que el mensaje de las palabras.

TÉCNICA.

Los principales objetivos de una adecuada técnica son:

- 1.- Establecer una relación cordial con las familias.
- 2.- Conocer a la familia: composición, actividad de sus miembros, entorno social, funcionamiento, creencias, preocupaciones, ansiedades,...
- 3.- Recoger datos de interés para la prevención y/o el diagnóstico de los principales problemas de salud en la infancia, tanto a corto como a largo plazo.

- 4.- Informar y educar a las familias de forma adecuada a su realidad personalizando tanto la información como las recomendaciones y tratamientos para cada familia en el momento oportuno.
- 5.- Aumentar la satisfacción tanto de los profesionales como de la familia atendida.
- 6.- Mejorar el cumplimiento de los tratamientos y el seguimiento de las recomendaciones preventivas.

A pesar de la importancia que tienen las habilidades comunicacionales para realizar asistencia, los profesionales no reciben información en los estudios de pregrado ni después. Es con la práctica cotidiana como van adquiriendo estas habilidades. Los profesionales con la sensibilidad adquirida de su práctica diaria adquieren estrategias y habilidades particulares, que en ocasiones no son suficientes. Un buen entrevistador no nace sino que se hace. Es conveniente adoptar una actitud autocrítica que permita avanzar en este terreno.

Existen distintos métodos de entrevistar. Desde la entrevista libre, donde el sanitario se limita a escuchar al paciente, a la entrevista dirigida totalmente por el sanitario.

La entrevista SEMIESTRUCTURADA es la considerada más adecuada en la asistencia primaria, se trata de una entrevista dirigida parcialmente por el profesional, que deja espacios de libre expresión al interlocutor. Se pueden distinguir en ella varias etapas:

- a) Comienza con el inicio de la relación (saludo cordial,...).
- b) Sigue la parte exploratoria donde habla el demandante, en el caso de la entrevista en pediatría lo harían los familiares del niño y el profesional se limita a la escucha reflexiva, facilitando la narración.
- c) Obtención de la información: esta etapa sirve para centrar el motivo de la visita y obtener información clara y específica.
- d) Etapa de exploración propiamente dicha.
- e) Etapa resolutoria de la entrevista: es el momento de dar una información referente a un diagnóstico, educativa o terapéutica en función de cada caso. Es el momento de adecuar la información a cada familia y negociar en caso de desacuerdo.

En las consultas pediátricas cada una de estas fases tendrá dos vertientes: la comunicación con el demandante y la comunicación con el protagonista.

REGLAS BÁSICAS PARA COMUNICARSE CON EL NIÑO Y SU FAMILIA.

Debemos seguir unos esquemas para establecer la relación terapéutica. El primer punto a tener en cuenta es el nivel de ansiedad o aprensión por parte del niño. Una

comunicación eficaz ayudará a disminuir el malestar del niño y por tanto optimizará la calidad de la información a obtener.

Debemos tener en cuenta la edad del niño para seguir unas pautas de actuación u otras. Además, obtendremos de los padres una serie de datos importantes acerca del comportamiento de su hijo en situaciones similares y sus posibles reacciones. La comunicación con los padres es fundamental, sobre todo cuando su hijo es pequeño. Hay que dejar a los padres que se expresen libremente, escuchando con atención y percibiendo el ambiente general de cuidados del niño. Reforzaremos positivamente su capacidad de cuidado evitando bombardearles con excesiva información. Les animaremos a que participen en la toma de decisiones e impulsaremos los apoyos sociofamiliares. Les transmitiremos toda la atención y el ánimo escuchando activamente y daremos igual importancia a las exposiciones de uno y otro, demostrando total imparcialidad para favorecer el clima de confianza.

Es fundamental ante cualquier contacto con el niño y sus padres que el auxiliar de enfermería, así como el resto del equipo de salud, se presente y pregunte los nombres o los mire en la historia para dirigirse a cada uno de ellos. Una vez presentados, el siguiente paso es explicar el objetivo del encuentro para facilitar su colaboración. Escucharemos con atención su exposición, asintiendo con la cabeza, y preguntaremos al niño cuando sea posible. El adolescente puede preferir hablar sin la presencia de sus padres.

Observando al niño detectaremos si está o no dispuesto a participar. Si lo está, hará preguntas, inspeccionará la sala tocando los equipos, hablará de otras experiencias. Le animaremos a que pregunte todo lo que quiera y le contestaremos con un lenguaje adecuado a su edad y a sus conocimientos, evitando términos técnicos. Es importante no mentirle sobre las técnicas que se le van a realizar diciéndole que no son molestas o dolorosas. Es mejor ser sinceros y recompensarle por su buen comportamiento.

Con los bebés la mejor forma de relación es el contacto físico, que debe ser suave y firme. Si es posible, mejor que lo tengan en brazos sus padres y tenga cerca sus objetos personales como chupetes o mordedores. Hasta los 3 años no suelen tener capacidad de comunicación verbal eficaz. Por tanto, a los niños de este intervalo de edad será útil explicarles los procedimientos con muñecos, dejarles tocar el instrumental y familiarizarse con él.

El preescolar (hasta 6 años) tiene más capacidad verbal y preguntará más sobre lo que se le va a hacer, le permitiremos familiarizarse con los equipos y salvaguardaremos al máximo su intimidad, ya que a esta edad son muy pudorosos.

El escolar (hasta 12 años) se comportará de un modo u otro en función de que sus experiencias pasadas hayan sido positivas o negativas. Les interesa el funcionamiento de su cuerpo y el por qué de las alteraciones que padecen, lo cual intentaremos explicar de modo claro y sencillo.

A partir de los 12 años nos enfrentamos a los adolescentes. Ante comportamientos negativos no responderemos con actitud de condena. Estableceremos la relación hablando de temas banales y le explicaremos el motivo de la evaluación. Además, le informaremos en la medida de lo posible de los resultados obtenidos y le garantiremos la confidencialidad de los datos, ya que esto les suele preocupar mucho.

1. Inicio de la relación.

Los primeros minutos de la visita son fundamentales para hacer sentir a la familia cómoda y deben demostrar verdadero interés. La presentación con saludo cordial a todos (acompañantes y niño), mirar a todos, dar la mano, nombrar al niño por su nombre o apodo, hacer un comentario agradable, sonreírle o guiñar el ojo, puede ser el primer paso facilitador para la relación posterior con él. Conviene dar un saludo adecuado con la edad del niño.

2. Parte exploratoria.

Es de utilidad, pasado el saludo empezar por una pregunta abierta para recoger el máximo de información del demandante, observando al mismo tiempo el resto de acompañantes y al niño. En esta etapa pueden salir las creencias, el grado de autocuidado, la angustia asociada, los desacuerdos familiares, etc.

Para recoger la máxima información se ha de implicar al resto de acompañantes y también al propio niño. La escucha por parte del profesional ha de ser reflexiva, con pocas intervenciones y demostrando verdadero interés. Conviene que el profesional sepa estar en sintonía emocional con el demandante pero demostrando que lo comprende (empatía). A veces es necesario facilitar la narración con un gesto, una mirada, una repetición de la última palabra, frase, etc.

Una vez que el profesional se ha hecho una idea de la demanda principal, ha de pasar a obtener información más precisa, sin olvidar considerar las sospechas de los padres (suelen tener razón). La primera regla básica e importante, al recoger una historia clínica es: la madre tiene razón, mientras no se demuestre lo contrario. Las madres son sin la menor duda, excelentes observadoras de sus hijos y cuando estos enferman resultan buenos interpretes de sus problemas.

Ha de realizarse un adecuado interrogatorio clínico, efectuando aclaraciones de términos utilizados por los padres que pudieran ser confusos. No se debe banalizar, quitando importancia a un síntoma antes de haberlo explorado en su totalidad. Se ha de escuchar también al niño con verdadero interés. No debe perderse de vista



el abordaje psicosocial de la demanda siendo conveniente en alguna ocasión resaltar la emoción de los padres y del propio niño.

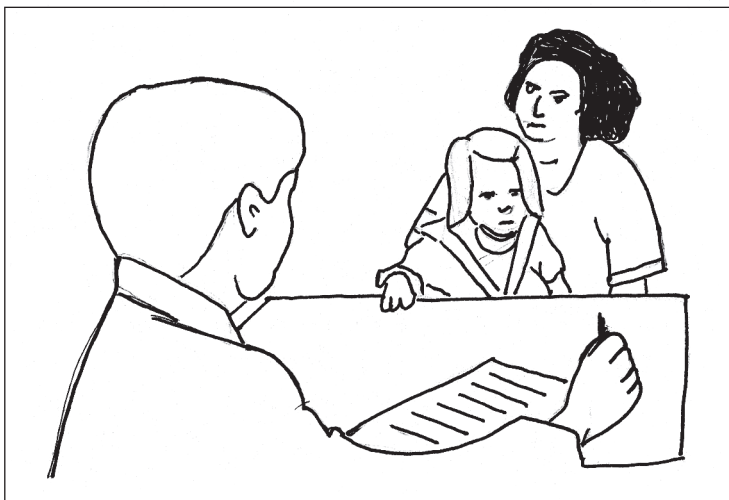
Antes de pasar a la exploración conviene preguntar si hay más demandas, hecho frecuente en pediatría, que podrían producir incomodidad al salir en fases más avanzadas de la entrevista clínica. También es necesario explicar al niño y a la familia lo que vamos a hacer, así como la ropa que deben quitarle y donde debe colocarse.

3. Exploración.

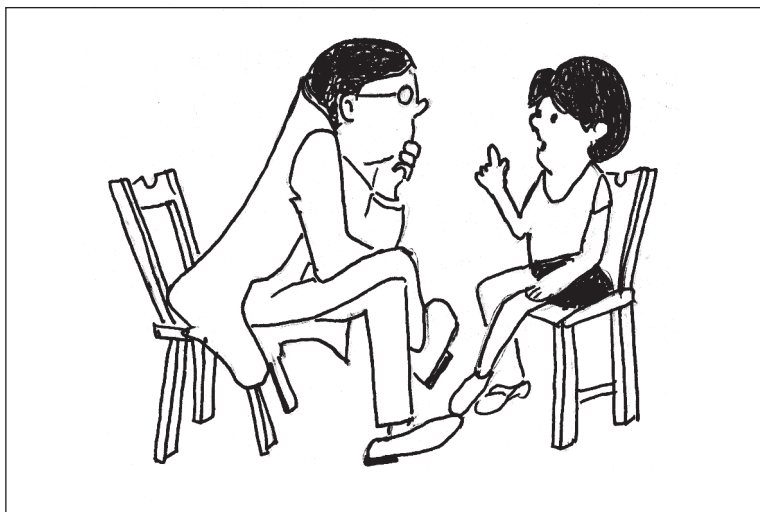
Es un momento decisivo en la visita pediátrica. El profesional ha de acercarse al niño y mantener un contacto físico con él. Será de gran importancia la relación previa profesional / niño, tanto el recuerdo de anteriores consultas como la relación establecida en el contacto actual.

Ha de explorarse en función de la edad del paciente, respetando la proximidad padres/niño en los más pequeños y la intimidad en los adolescentes. Conviene seguir una sistemática de exploración dejando las maniobras más desagradables para el final. Es útil distraer a los niños creando un ambiente relajado y de juego explicando con tranquilidad lo que les vamos a hacer. Puede utilizarse este momento para reinterrogar al niño respecto al sintoma que nos ocupa. En función de la angustia percibida en los padres puede ser necesario ir avanzando el resultado de las exploraciones realizadas.

La forma de realizar la exploración tiene un valor muy importante que puede ser terapéutico a los ojos de los padres: baja su ansiedad al ver que su hijo es reconocido, observan el trato dado por el profesional al niño y observan la relación del niño con el profesional.



Escucharemos atentamente a la madre



Debemos dejar hablar a los niños

4. Etapa resolutiveva.

Una vez que el profesional cree suficientemente explorada la demanda o ya se haya realizado la actividad preventiva acordada para aquella visita, puede pasarse a la parte informativa de la visita. Es el momento de dar un diagnóstico o consejo del facultativo, que ha de ser comprendido por los padres, indicar un tratamiento o actitud a seguir, explicar la evolución normal del proceso e indicar las desviaciones de la normalidad que requerirán una nueva valoración, así como ofrecer el apoyo necesario para el seguimiento.

Antes de empezar a informar conviene volver a acomodar a la familia. Es de utilidad hablar breve y conciso. Usar frases cortas y evitar palabras que puedan tener un alto contenido emocional (p.ej. crónico, cáncer, SIDA, etc.). Debe utilizarse un lenguaje sencillo evitando palabras técnicas incomprensibles para los padres. La dicción y entonación han de ser adecuadas no deben darse muchos conceptos juntos ni hablar muy deprisa.

La información debe ser apropiada para cada situación concreta y cada familia. Es importante ser muy sensibles a las reacciones de los interlocutores a medida que vamos facilitando la información, para percatarnos de los desacuerdos o dificultades que pueden existir. El profesional debe informar dejando espacios para la respuesta de los interlocutores. Este es el concepto de comunicación al conocido con el nombre de “bidireccional”. No debe olvidarse informar también al niño en función de su edad, conocimiento y maduración.

La información dada a las familias no siempre es comprendida y los conceptos y tratamientos recomendados en muchas ocasiones no son seguidos. Para cambiar

actitudes y conductas no sólo es necesario informar de forma unidireccional, sino también ha de verse la repercusión que tiene ese cambio en cada familia, cómo lo ven, cómo van a afrontarlo, quién lo hará, cómo lo ve el niño, etc.

Es muy importante demostrar respeto y orientar sin sancionar, han de considerarse las soluciones encontradas en el seno familiar, que serán más fácilmente seguidas que los impuestos por los sanitarios. En caso de desacuerdo, antes de justificar o bien imponer la opinión del sanitario es conveniente evaluar el motivo de la discordia: explorar creencias, experiencias previas traumáticas, dificultades, desconfianzas, etc. Sin este paso es difícil poder avanzar para una negociación, siendo nuestros consejos y recomendaciones útiles.

Una vez llegado a un acuerdo (no siempre el deseado por los sanitarios), se ha de ofrecer un seguimiento posterior para tranquilidad de la familia y de los sanitarios, para poder ir trabajando el caso y buscar los momentos más oportunos para poder intervenir de forma positiva en la salud del niño sin olvidar que está inmerso en una familia y en una sociedad.

La ventaja de la asistencia primaria está en la posibilidad de seguimiento continuado en el tiempo, y la tarea principal de los sanitarios sería la de saber priorizar y abordar los problemas en el momento más oportuno sin perder de vista que el objetivo principal es la salud del niño.

Tener conocimientos básicos de entrevista clínica y motivacional pueden servir de ayuda a los profesionales para realizar este trabajo de forma más eficiente y gratificante.

Tipos de entrevista en atención primaria pediátrica.

1.- Según el entorno:

- En la consulta del centro de salud.
- En el domicilio del paciente.

2.- Según el canal de comunicación:

- Cara a cara.
- Por teléfono.

3.- Según los objetivos de la entrevista:

- Operativa. Los objetivos han sido acordados previamente.
- Diagnóstico o de escucha. La finalidad de la entrevista no ha sido acordada previamente.

4.- Según el receptor de los cuidados de salud:

- Dual. El profesional entrevista a un solo paciente.
- Múltiple. Se producen en la misma consulta visitas a distintos pacientes.
- Grupal y/o familiar. Un colectivo de personas es objeto de una entrevista.

- Para terceros: El consultante lo hace en nombre de otra persona.

El modelo de entrevista semiestructurada puede ser adaptado a cada una de las situaciones mencionadas.

5.- Según el método de entrevistar:

- Libre. Libertad total del entrevistado para escoger los contenidos a explicar.
- Dirigida/estructurada. Contenidos totalmente predeterminados por el sanitario, con espacio para la libre narración del paciente. Este modelo es el más adecuado.

En la práctica, los distintos tipos de entrevista se entremezclan convirtiéndose en muchas ocasiones una entrevista operativa en una diagnóstica o de escucha. Los profesionales han de ser flexibles y acatar estos cambios.

En las consultas pediátricas, la mayoría de entrevistas son de tipo grupal o familiar o entrevistas para terceros, encontrándose la mayoría de las veces el tercero presente (niño). En determinados casos se efectúa la entrevista dual con el niño, ya porque el profesional así lo considera oportuno, recomendando a los familiares que se retiren, o también puede darse el caso de que acuda el niño sólo a la consulta. Esta última solución suele ocurrir ya en adolescentes.

La entrevista con el adolescente merece atención especial dada la complejidad existente. En muchas ocasiones existen desacuerdos familiares entre padres/hijos que dificultan la entrevista y el seguimiento posterior del adolescente. Es importante que los profesionales den el trato adecuado que requiere el adolescente según su edad y maduración. Debe evitarse caer en el error de tomar partido, tanto aliándose con los padres como con el hijo. Es en este grupo de edad cuando es necesario realizar una entrevista familiar seguida de una entrevista a solas con el adolescente, para acercarnos a él con respeto y asegurarle confidencialidad.

Características de un buen entrevistador: EMPATÍA, CALIDEZ, RESPETO Y CONCRECIÓN.

1.- EMPATÍA.- Es la capacidad del entrevistador para comprender los pensamientos y emociones del paciente. Pero no basta comprender al paciente si el entrevistador no es capaz de transmitirlo. Por consiguiente hay dos momentos inseparables; un primer instante en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del paciente y un segundo instante en el que el entrevistador le da a entender al paciente esta comprensión.

La empatía tiene una doble formulación: VERBAL Y NO VERBAL. De hecho es nuestra actitud comprensiva la que se manifiesta con una sonrisa oportuna o una mirada amistosa. La empatía requiere intensa concentración por parte del entrevistador. Debe atender no sólo a lo que dice el paciente, sino también a cómo lo dice y a las emociones encubiertas o explícitas que puedan encerrar sus palabras.

Escala de empatía:

El nivel 4 expresa la puntuación más alta de empatía. A partir de dicho nivel decrece hasta su ausencia.

NIVEL 4.- El profesional demuestra tener una completa comprensión de las emociones o preocupaciones del paciente.

NIVEL 3.- Emociones y preocupaciones quedan reflejadas en la intervención del sanitario, aunque su comprensión no es explícita.

NIVEL 2.- Existe una repetición de palabras por parte del sanitario ya sea por una preocupación o sentimiento, pero sin que quede implícito el hecho de entenderlo o compartirlo.

NIVEL 1.- La intervención del sanitario no hace mención a las preocupaciones o emociones manifestadas por el paciente. Hay un rechazo de las mismas explícita o implícitamente.

2.- CALIDEZ.- Proximidad afectiva entre paciente y entrevistador. A diferencia de la empatía, que podría expresarse tanto a nivel verbal como no verbal; la calidez es esencialmente NO VERBAL. Se podría decir que es el clima que rodea un encuentro. Muchos factores influyen en ello:

- a) Una mirada franca y directa, con una sonrisa en el momento oportuno.
- b) Una cierta proximidad física al paciente, por ejemplo al recibirle y al despedirle.
- c) Una posición corporal del entrevistador que expresa abertura y relajación.
- d) Una expresión facial igualmente relajada.
- e) Control del habla, que debe ser sosegada y modulada al mismo tiempo, alejada de la monotonía propia del aburrimiento como del nerviosismo.
- f) Atender a lo que dice el paciente no sólo con atención sino de forma personalizada e implícitamente cariñosa.

La calidez no implica una pérdida de la “distancia terapéutica” cada paciente puede precisar diferentes modulaciones de nuestra calidez, con el fin de no perder esta distancia terapéutica.

3.- CONCRECIÓN.- Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, logrando que ésta se desarrolle en términos comprensibles para ambos y de forma bidireccional.

Escala de concreción:

NIVEL 4.- El profesional responde con un lenguaje propio del paciente a sus preocupaciones específicas. Insiste en clarificar y concretar las intervenciones abstractas o confusas del paciente.

NIVEL 3.- El profesional evita términos científicos y modela las especificaciones del paciente.

NIVEL 2.- El profesional utiliza un lenguaje por lo general comprensible por el paciente y/o en ocasiones hace que concrete.

NIVEL 1.- El profesional contesta con términos abstractos y permite generalizaciones o intervenciones oscuras.

El término definido de esta forma, sería equivalente al de “comunicación eficaz”. Tanto el entrevistador como el paciente saben de lo que hablan y lo que hacen con palabras de significado preciso y claro, de manera equilibrada en la sucesión de turnos.

El paciente percibe que el entrevistador es “concreto” cuando tiene la impresión de que habla en un lenguaje comprensible para él. Ello no implica que el entrevistador comporta o acepte los contenidos expuestos por el paciente (desde la perspectiva ética o ideológica).

4.- RESPETO O ASERTIVIDAD.- Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe y que se preocupe por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos

Escala de respeto:

NIVEL 4.- El profesional realiza alguna intervención en la que aparece vulnerada frente al paciente. Actitud de arriesgar la relación asistencial implicándose personalmente y favoreciendo la percepción de realidad por parte del paciente.

NIVEL 3.- Respuestas que expresan confianza en el paciente valorando sus ideas o actitudes sin entrar en juicios de valor.

NIVEL 2.- El profesional acepta las percepciones del paciente pero evita aquellas que pueden ser problemáticas y que deberían ser abordadas.

NIVEL 1.- Respuestas faltas de respeto que imponen el punto de vista del profesional. Indican a menudo disconformidad o tensión por parte de éste.

PREPARACIÓN PARA LA EXPLORACIÓN.

Reglas básicas para las distintas técnicas exploratorias.

La exploración pediátrica es una herramienta muy frecuente que realizan el médico y/o la enfermera. El auxiliar de enfermería debe conocer las características y peculiaridades de las distintas técnicas exploratorias para colaborar en la preparación del equipo y el material, del entorno y del niño.

Al igual que para la comunicación, para la exploración también se establecen diferencias según la edad del paciente.

Cada niño es único, por lo que resultará complicado predecir cómo reaccionará basándonos sólo en la edad, no obstante, nos ayudará el conocer las características comunes a las distintas etapas de desarrollo para la preparación del paciente.

Como norma general, antes de comenzar la exploración:

- Se hablará al niño y se observará su respuesta.
- Lavado de manos del examinador y personal que vaya a manipular al niño.
- Calentarse las manos y el instrumental antes de entrar en contacto con el niño.
- Permitir a los padres que desnuden a su hijo, lo cual reducirá su ansiedad.

Durante la exploración:

- Hablaremos al niño con tono amable, le diremos firmemente lo que tiene que hacer, en lugar de pedirle que nos ayude. Haremos primero una demostración práctica de lo que ha de hacer y le diremos que lo haga.
- Permitiremos al niño que toque el material y que experimente con él (podemos dejarle que ausculte su propio corazón)
- Nunca dejaremos al niño desatendido en la camilla.

El tórax y el abdomen son objeto de valoración aun en las exploraciones de rutina. Su evaluación comprende las siguientes técnicas: inspección, palpación, percusión y auscultación. El examinador ha de ser paciente y tener práctica.

La inspección es la técnica más sencilla y se emplea para evaluar la totalidad del cuerpo del niño (color, forma, simetrías, olor, etc.). Utilizaremos la vista, el oído y el olfato al inspeccionar al paciente. Debemos garantizar una buena iluminación en la sala donde se vaya a llevar a cabo la inspección.

La palpación nos sirve para detectar cambios en la temperatura corporal, hidratación, forma, dolor, etc. El explorador ha de calentarse las manos y llevar las uñas cortas. La temperatura corporal se palpa con el dorso de la mano.

Es útil hablarle al niño para relajarlo durante la palpación. Podemos implicarlo haciendo que coloque sus manos sobre las del explorador durante el examen.

La percusión consiste en golpear el cuerpo con uno o dos dedos, bien directamente (percusión directa), o bien poniendo el dedo medio de la mano no dominante sobre el cuerpo y golpeando rápidamente sobre él con el dedo medio de la mano dominante (percusión indirecta).

Las ondas que generan los golpecitos reproducirán unos sonidos que según sus características nos indicarán el estado del órgano o región corporal que se quiere explorar. Por ejemplo, cuando el intestino está lleno de aire el sonido será timpánico, similar a un tambor.

La auscultación consiste en la escucha de los sonidos corporales. Para ello utilizamos el estetoscopio o fonendoscopio, cuyas olivas se introducen en los pabellones auriculares del examinador. Debemos calentar el diafragma del fonendoscopio antes de colocarlo sobre la piel del paciente.

PREPARACIÓN DEL ENTORNO Y EL EQUIPO.

A menudo el profesional auxiliar de enfermería se encarga de preparar la sala y el material necesario para la exploración.

Las salas de exploración deben estar decoradas con motivos alegres, juguetes y pósters que resulten agradables al niño.

Debe haber una temperatura ambiente tibia y suave, de manera que cuando desnudemos al niño no perciba frío ni se sienta molesto. Las ventanas se cerrarán para evitar corrientes de aire. La luz natural es mejor que la iluminación artificial, se puede colocar la camilla cerca de una fuente de luz natural.

Los ruidos deben ser mínimos para evitar interferir en la comunicación o en la auscultación.

La camilla, la báscula, el pesabebés, etc. deben estar limpios y vestidos con ropa limpia para evitar el contacto con bordes fríos. A los pies de la camilla colocaremos otra sábana por si hubiese que cubrir al paciente. Se comprobará el calibrado de los pesos y balanzas, del esfigmomanómetro para medir la tensión arterial, el funcionamiento de la luz del otoscopio, oftalmoscopio, rinoscopio y de la linterna.

Retiraremos el instrumental punzante o extraño de la vista del niño antes de empezar el examen. Revisaremos y repondremos el material más frecuentemente utilizado en una exploración pediátrica: termómetros, cinta métrica, fonendoscopio, manguitos de T.A. de distintos tamaños, depresores linguales, martillo de reflejos, bastoncillos de algodón, toallitas, guantes, lubricante, ropa.

Antes de entrar en contacto con el niño nos calentaremos las manos. El instrumental, podemos calentarlo sumergiéndolo en agua caliente.

NORMAS GENERALES DE VALORACIÓN EN RELACIÓN CON LA EDAD.

* Lactantes e infantes hasta 3 años:

- Acercarse lentamente y manteniendo poco contacto con él hasta que se familiarice.
- Permanecerá en el regazo de sus padres o junto a ellos.
- Pedir a los padres que lo desnuden y que lo vistan tras la exploración. Es aconsejable no mantenerlo desnudo durante mucho rato para reducir su ansiedad.
- Utilizar juguetes para acercarse al niño.
- Felicitarle tras el examen por su colaboración.

* Preescolar (hasta 6 años):

- Le dejaremos que elija el lugar donde quiere sentarse. Permitirle estar cerca de sus padres si lo desea.

- Dejaremos al niño que se desnude él mismo y que conserve su ropa interior siempre que sea posible.
 - Utilizar juegos y explicaciones para conseguir su colaboración, por ejemplo, permitirle escuchar su corazón con el estetoscopio. Bromear acerca de lo que puede ver o escuchar con los distintos instrumentos (por ejemplo, decirle que le va a mirar el oído con el otoscopio para ver si tiene algún dinosaurio dentro).
- * Escolar (hasta 12 años):
- Preguntarle si quiere que sus padres se queden en la sala.
 - Permitirle que se desnude él mismo, y proporcionarle una camisa o bata.
 - Enseñarle el instrumental y explicarle para qué sirve y el procedimiento. Son útiles las demostraciones con muñecos o con sus padres.
 - Reforzar positivamente su colaboración.
- * Adolescente (hasta 18 años):
- Preguntarle si quiere que sus padres se queden.
 - Dejarle que permanezca sentado.
 - Explicarle los procedimientos y la finalidad del examen y animarle a que haga preguntas.
 - Permitirle desnudarse en privado y proporcionarle una bata.
 - Comentar que todo parece normal durante el examen para tranquilizarle.
 - Informarle sobre los resultados de la valoración y enseñarle los puntos básicos sobre sus cambios corporales y su cuidado diario.

BIBLIOGRAFÍA

- Roger Neighbour. La consulta de interior. J&C . Ediciones Médicas SL 1999
- Baber B. Compassion in medicine: toward new definitions and new institutions. N Engl J Med 1976
- F. Borrell i Carrió. Manual de entrevista clínica. Doyma 1993
- Brown JL Pediatría por teléfono. Prous. Barcelona. 1995
- Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde atención primaria. Doyma. Barcelona 1988
- Sharon I. Hostetler. Atención centrada en la familia. Clin. Pediatrics North Am. 1991
- Martín Zurro A. Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos de organización y práctica clínica. 3ª edición . Mosby/Doyma. 1994.
- Perry, Potter. Exploración en pediatría. Guía Clínica de Enfermería. Mosby/Doyma, 1995.

Lowdermilk, Perry, Boback. Enfermería Materno-Infantil. Mosby Doyma, 1998.
L. Hayman. Manual de Enfermería Pediátrica. Interamericana/Mc Graw-Hill.