

Cuidados operatorios en pediatría: un riesgo, un reto. La atención de enfermería para la preparación prequirúrgica del niño

M.T. Romá Ferri

Cuando hablamos de la población infantil lo primero que podemos evocar es que hay niños que andan y otros que todavía no pueden hacerlo; hay niños que tan sólo están en silencio o lloran y otros que pronuncian vocablos sueltos e inconexos; también, hay niños con los que se puede mantener una conversación con interpretación y simbolismo de situaciones concretas (el fútbol, los deberes de clase) o situaciones abstractas (la solidaridad, la tolerancia). Lo que nos lleva a plantear la primera cuestión: ¿cuándo usamos el termino ‘niño’ de quién estamos hablando?. El vocablo ‘niño’ es un término impreciso que enmascara una gran variabilidad. En nuestra sociedad ‘el niño’ es un equivalente de criatura emocionalmente frágil y fácilmente lesionable. En cambio, la palabra ‘niño’ más bien se refiere a un período de la vida que incluye un proceso continuo de crecimiento y desarrollo. Es precisamente este hecho, el que destierra la idea arcaica de ver al niño como una miniatura del adulto. Dicho de otra manera y utilizando el modelo de Virginia Henderson, cuando hablamos del ‘niño’ estamos hablando de una situación dinámica que pasa por unos niveles de máxima dependencia, por la imposibilidad de hacer por sí mismo, hasta llegar al más alto de los niveles de independencia, habiendo pasado previamente por situaciones de autosuficiencia vigilada.

Para establecer una orientación, básica, de los distintos tipos de niños con los que interactuamos social y específicamente en el ámbito profesional, es conveniente enumerar las etapas y las características más destacadas la infancia. Si bien, sólo voy a incidir en las etapas del desarrollo que se cubren por el sistema asistencial dentro de los servicios adscritos a pediatría, es decir, desde el nacimiento hasta los 10 ó 14 años. Aunque si que es verdad, que la infancia o el proceso de desarrollo no termina en esta edad cronológica y seguimos atendiendo a esta población infantil en servicios de adultos, pero sólo ello ya sería tema de otra ponencia. Como indicaba, las etapas y características mas destacadas son:

<i>Lactante Pequeño:</i> (Del nacimiento a los 12/18 meses)	A partir de los 4-6 meses se produce la fijación del lazo afectivo y la figura materna es la base de su relación y la que le proporciona la seguridad sobre el entorno
<i>Lactante Grande:</i> (De los 12/18 meses a los 3 años)	Adquiere la base del lenguaje y del movimiento, aunque limitado. La curiosidad por el entorno es el estímulo para seguir aprendiendo y diferenciándose. Lucha por lograr una independencia en la realización de pequeñas tareas y ser autónomo, lo logra a través de rituales. Su pensamiento es egocéntrico, aunque su nivel de comprensión es mayor que el de expresión.

<i>Preescolar:</i> (De los 3 a los 6 años)	Son sumamente autosuficientes para las actividades cotidianas. Hay un mayor nivel de comprensión y de expresión, que facilita la comunicación. Sus conductas son egocéntricas y su lógica es limitada (de lo particular a lo particular) con un pensamiento mágico que produce frecuentes interpretaciones erróneas. No tienen conciencia del tiempo, salvo por las rutinas diarias.
<i>Escolar:</i> (De los 6 a los 10/12 años)	Se produce un desarrollo intelectual y social rápido. Su pensamiento se hace más concreto. Han adquirido normas y valores sociales, así como, conciencia de identidad sexual. Se precisa de la figura de los padres pero se soporta con menor tensión su separación si existe una explicación.

Estas características del desarrollo del niño proporcionan información y orientación a los profesionales de enfermería para conocer qué deben esperar del niño a una edad concreta. Aunque, los límites son arbitrarios y no pueden aplicarse de forma inflexible a todos los niños, pues, no toman en cuenta las diferencias individuales. Pero si que es verdad que su proceso de evolución influye directamente en cómo el niño interpreta la situación de pérdida de salud, la hospitalización y el someterse a una intervención quirúrgica.

Pero, en este período de la vida son los padres los que reciben el primer impacto de la información, como adultos y responsables del niño. Los adultos reaccionan (e incluso los profesionales que como sujetos sociales tan sólo nos situamos con los que poseen mayor información) con diversos niveles de ansiedad y estrés que suelen incapacitar para solicitar información más puntual sobre: el pronóstico, las posibles complicaciones, en qué consistirá en sí la intervención, qué se sentirá, quién se encargará, etc. Además, la hospitalización, en términos generales, supone enfrentarse a un contexto extraño y limitativo para la toma de decisiones y movimiento; impone relacionarse con desconocidos que no se identifican y de los que se desconoce su nivel de participación o responsabilidad en el proceso de la propia hospitalización y tratamiento; exposición a procedimientos médicos muchas veces desconocidos o erróneamente interiorizados, e incluso, desagradables por la invasión de la intimidad o por la invasión traumática de la integridad física.

Toda esta carga emocional es también transmitida al niño por los padres. Por ello la atención, al menos de enfermería, debe siempre dirigirse a minimizar el estrés y a evitar que su proceso de desarrollo quede obstaculizado. No sólo se debe garantizar la recuperación de su enfermedad sino que no existan desequilibrios emocionales que mermen su estado de salud posterior. Principalmente, desde la década de los 70 en los países de habla inglesa se han ido produciendo recomendaciones que en principio eran intuitivas y que después dieron paso a investigaciones para desarrollar intervenciones preparatorias. Las intervenciones preparatorias

M.T. Romá Ferri. Cuidados operatorios en pediatría: un riesgo, un reto. La atención de enfermería para la preparación prequirúrgica del niño. Ponencia. IV Jornadas de Enfermería Quirúrgica de la Comunidad Valenciana. Asociación de Enfermería Quirúrgica de la Comunidad Valenciana. Alicante 6, 7 y 8 de Mayo de 1999.

van dirigidas a aliviar y reducir el impacto de las intervenciones biomédicas en general y específicamente para los procedimientos quirúrgicos, tanto estrategias para los niños como para sus padres. Aunque no sería justo no nombrar la experiencia del Hospital de 'San Juan de Dios' de Barcelona que ya en 1980 desarrollaba un programa de preparación para la admisión y alta del niño enfermo en el hospital (Rol de Enfermería.1980; 24(Jun): 28-40.)

Las bases racionales de la preparación son por término general: 1) el temor a lo desconocido (fantasía) supera al temor a lo conocido y que 2) los niños y los padres pueden aprender respuestas de adaptación a las situaciones de estrés inherentes a la experiencia de la hospitalización por la pérdida de salud. Cuando el niño debe someterse a una intervención quirúrgica, se le han identificado seis momentos especialmente estresantes:

- C El ingreso.
- C Los análisis de sangre.
- C La tarde de la víspera de la operación.
- C Las inyecciones de medicación preoperatoria.
- C Antes y durante el traslado al quirófano.
- C El regreso desde reanimación o sala de despertar.

Los procesos de preparación que han sido publicados para hacer frente a dichas situaciones son muy variados. En síntesis, las características de diseño de estos programas para la preparación de los niños y sus familias para la hospitalización e intervención quirúrgica, incluyen:

- C La inclusión de, al menos, uno de los padres. Aunque se prefiere que ambos posean una base de información.
- C Hay programas que ofrecen información por separado a padres y niño, hasta los que tienen diversas sesiones tanto separadas como conjuntas.
- C La preparación de los padres va dirigida en dos aspectos: a) al acontecimiento que van a experimentar ellos y su hijo, y b) cómo deben responder a sus demandas o dudas.
- C La información es verbal inicialmente y se refuerza con folletos, libros infantiles o videos realizados en el propio hospital que se llevan a casa. El material complementario puede darse por separado o conjuntamente.
- C La información es descriptiva y se controlan las expresiones, para evitar ambigüedades, así como los términos técnicos.
- C Hay sesiones programadas de retroalimentación para trabajar sobre las dudas; hacer visitas por los servicios por donde estará el niño y; entrenar y reforzar conductas positivas. Las sesiones se desarrollan individualmente o en pequeños grupos.
- C Hay programas que se complementan con servicios de consulta abiertos a demanda, hasta el momento del ingreso.
- C El tiempo que se dedica a la preparación es muy variable, así como, la duración de las sesiones. Éstas se establecen por los tiempos máximos de atención del niño.
- C Según la etapa de desarrollo en la que se encuentra el niño se establece el inicio de su información y preparación:
 - Con niños de 5 a 8 años suele bastar aproximadamente 1 semana antes, para que asimilen la información y les dé tiempo a plantear preguntas. Con los mayores se precisa algo más de tiempo. En cambio, con los pequeños, 1 ó 2 días antes del ingreso es

M.T. Romá Ferri. Cuidados operatorios en pediatría: un riesgo, un reto. La atención de enfermería para la preparación prequirúrgica del niño. Ponencia. IV Jornadas de Enfermería Quirúrgica de la Comunidad Valenciana. Asociación de Enfermería Quirúrgica de la Comunidad Valenciana. Alicante 6, 7 y 8 de Mayo de 1999.

suficiente, ya que son propensos a fantasear acerca de lo que han podido observar.

Los resultados de los trabajos publicados indican que son más eficaces los programas de preparación que cuenta con una fase previa que incluye ensayos de las situaciones que van a ser experimentadas, y a su vez, cuenta con apoyo en cada uno de los procedimientos a los que se va a someter al niño; se logra menor eficacia si los de programas de preparación se han diseñado en una sola sesión (los cuales son los más habituales) y, se logra mínima eficacia cuando sólo se cuenta con atención de apoyo durante los procedimientos sin preparación ni ensayo previo. Asimismo, los niños pequeños responden mejor a los materiales de juego y los mayores obtienen más provecho de las películas en las que actúan niños de edades similares a la suya. La mayoría de las investigaciones se han centrado en población infantil a partir de los 4 años.

Uno de los aspectos que suele preocupar con más intensidad, a los adultos, cuando se habla de intervención quirúrgica es el momento de la inducción de la anestesia. Pero, este aspecto parece que preocupa poco a los niños, si en cambio les suele provocar más miedo la inyección y la mascarilla en la cara. Son varios los trabajos que analizan el papel de los padres durante la inducción y sus resultados todavía no son concluyentes. Si que es verdad que los niños suelen cooperar con mayor facilidad en el procedimiento, si tienen el apoyo colaborativo de sus padres. No obstante, son pocos los centros que lo aprueban. La principal motivación a este rechazo es que los padres se ponen nerviosos, se emocionan visiblemente por la rápida sucesión de las fases de la inducción, al observar que su hijo se queda flácido y en manos de extraños. Aunque los centros que si lo realizan poseen programas de preparación interdisciplinar en los que intervienen tanto los profesionales de enfermería, como los anestesiistas, cirujanos y psicólogos. En estos programas se ha valorado inicialmente el deseo de los padres por estar presentes, el control emocional que poseen y se les entrena al proceso colaborativo sobre lo que van a ver y lo que se espera de ellos en cada momento.

En los casos donde no se ha programado este tipo de estrategia o los padres eligen no presenciar el procedimiento, se ha demostrado beneficioso que el niño sea trasladado y acompañado por un profesional que halla conocido previamente. Este profesional debe conocer las necesidades y las respuestas de los niños según su etapa de desarrollo; debe ser capaz de comunicarse con el niño, utilizando un lenguaje adaptado a su nivel de comprensión. Asimismo, se demuestra beneficioso que durante su traslado y tiempo de espera en la antesala quirúrgica el niño pueda ir con algún objeto de vinculación afectiva (puede ser muy variado desde un osito hasta una simple toquilla o almohada) y que se mantenga en contacto hasta el mismo momento del sueño.

En síntesis, ésta es la información publicada y que puede recuperarse de las bases de datos internacionales (MEDLINE, con la estrategia: preparation preoperative children. Se localizan 487 publicaciones tanto en revistas profesionales de enfermería como en revistas profesionales de pediatría, anestesiología, cirugía y psicología. El primer artículo indexado corresponde a 1968 y el último a febrero de 1999), pero en el ámbito nacional las publicaciones son escasas por no decir casi nulas. Ello no quiere decir que no existan experiencias, pero todavía hay una gran carencia de difusión y de incorporación de los resultados a la práctica cotidiana desde el aspecto puramente disciplinar como interdisciplinar.

Un problema que existe, y que no es exclusivo de la enfermería, es el escaso impacto de

M.T. Romá Ferri. Cuidados operatorios en pediatría: un riesgo, un reto. La atención de enfermería para la preparación prequirúrgica del niño. Ponencia. IV Jornadas de Enfermería Quirúrgica de la Comunidad Valenciana. Asociación de Enfermería Quirúrgica de la Comunidad Valenciana. Alicante 6, 7 y 8 de Mayo de 1999.

los resultados de la investigación en la modificación de la práctica clínica. Aunque, si que es verdad que Uds. Pueden realizar la siguiente pregunta: Bien pero si actualmente nos encontramos con una gran presión asistencial, una escasa motivación actual, con una falta de reconocimiento social y profesional, y con en un número importante de situaciones con gran escasez de recursos humanos ¿Cómo podemos los profesionales de enfermería del área quirúrgica, modificar estas situaciones para que nuestro trabajo cotidiano con niños sea menos estresante para ellos y nosotros?.

La verdad es que no tengo la receta mágica que dé la respuesta definitiva. Pues, su situación dentro del proceso del tratamiento y diagnóstico que lleva consigo una intervención quirúrgica es compleja. Me explico, la información inicial de que se precisa una intervención de cirugía se da en consultas externas; la asistencial sanitaria pública actual que precisa de la atención de servicios dentro de un centro hospitalario se desarrolla a través de listas de espera que dependiendo de la especialidad su tiempo para la intervención es muy variable; el proceso de admisión, recepción y preparación inicial prequirúrgica se desarrolla en las plantas de hospitalización infantil y por último, están Vds. Estos factores indican a priori, que existen tres aspectos básicos a considerar:

- C La necesidad de organizar un sistema de coordinación complejo entre distintos servicios asistenciales dentro del centro hospitalario.
- C Establecer un diseño de intervención.
- C Lograr el apoyo de los responsables de política asistencial del centro, como mínimo del Director de Enfermería y de los Jefes de Servicio de Cirugía y Anestesia.

Comencemos por este último aspecto, lograr el apoyo de los responsables puede ser más o menos complejo, y sobre todo si no se adopta una estrategia de mercado coincidente con las líneas generales de las políticas asistenciales. Actualmente, son: 1) la reducción de los gastos asistenciales y dentro de este requisito cuánto supone el coste de la intervención de enfermería en la recuperación de la salud y 2) Incrementar los resultados de calidad asistencial y satisfacción de los pacientes con los servicios recibidos. Las investigaciones publicadas indican que los costes asistenciales disminuyen pues se reducen: el uso de medicaciones, tiempos de demandas de intervención de enfermería durante la hospitalización y el proceso de recuperación con alta temprana se incrementa. Estos pueden ser buenos argumentos iniciales para la justificación de programas de preparación sistemáticos.

Los diseños de intervención, como ya hemos indicado, son variables. Pero pueden desarrollarse programas de intervención preparatorios sencillos y que han demostrado niveles de eficacia satisfactoria. Incluso estos podrían desarrollarse con la intervención de los niños que actualmente se someten a las intervenciones. Se podrían hacer concursos de dibujos o cuentos dónde los niños expresasen su experiencia. Asimismo, se podría invitar a participar a los centros escolares donde el hospital tiene influencia por la recepción de éstos. Con dicho material se podrían crear los primeros folletos informativos.

En cuanto al último aspecto, la necesidad de organizar un sistema de coordinación entre distintos servicios asistenciales dentro del centro hospitalario, indudablemente, como mínimo debería existir una comunicación con el servicio de hospitalización pediátrica. Conjuntamente el equipo de enfermería de la unidad de hospitalización y el equipo de enfermería perioperatoria

M.T. Romá Ferri. Cuidados operatorios en pediatría: un riesgo, un reto. La atención de enfermería para la preparación prequirúrgica del niño. Ponencia. IV Jornadas de Enfermería Quirúrgica de la Comunidad Valenciana. Asociación de Enfermería Quirúrgica de la Comunidad Valenciana. Alicante 6, 7 y 8 de Mayo de 1999.

debería establecer un protocolo o plan de cuidados estandarizado para el día del ingreso. Incluso se podrían incorporar en él a los voluntarios, que en diversos hospitales participan de actividades lúdicas para los niños. Este plan de intervención, orientativamente, debería de abordar un diseño de juegos para la preparación a los acontecimientos del siguiente día: Como disfrazarse con un gorro, bata y mascarilla para mirarse en un espejo y acostumbrarlos a los cambios de la imagen que se producen. Hacer una visita a un quirófano o al menos a la antesala, e incluso encima de una camilla o cama (de la forma más similar a cómo se producirá realmente al día siguiente) y al menos, facilitar el contacto con una de las enfermeras perioperatorias del servicio que reforzara positivamente los acontecimientos por los que pasarán al día siguiente. Indagar sobre lo que los padres han dicho al niño y lo que éste sabe realmente. Valorar las conductas de participación activa positiva de los padres para hacerlos partícipes de la distracción y consuelo del niño en cada uno de los procedimientos estresantes del proceso prequirúrgico que se mencionaron anteriormente.

Para el día de la intervención se debería establecer, como mínimo, una dinámica que permitiera a un profesional de enfermería perioperatoria contactar con antelación con el niño, acompañar en el traslado y estar con él durante el tiempo de espera previo a la inducción de la anestesia. Los padres podrían acompañar hasta la entrada y el niño podría ir con su objeto favorito.

No obstante, debo ser sincera y reconocer que no es nada fácil que los cambios de dinámica asistencial se produzcan si no se logra que los cargos directivos hagan suyas estas estrategias. Ya que, al hacerlas suyas van a disponer de los recursos humanos y materiales, así como del control de que estas estrategias se realicen y de los logros que se alcanzan. De no existir estos motivadores el inicio como el mantenimiento son algo oscuros.