

Proyecto de Humanización

Área Temática 2: Procesos Sociosanitarios enfocados a la persona

Humanización de la cirugía pediátrica

- La ansiedad de los niños/as y progenitores en el proceso de una intervención de Cirugía Menor -

ÍNDICE:

I.- Introducción/Justificación.....	Pág. 2
II.- Objetivos	Pág. 6
III.- Material y Métodos/Desarrollo y Ejecución/Despliegue.....	Pág. 6
IV.- Cronograma/Enfoque	Pág.11
V.- Resultados/Planificación	Pág.12
VI.- Discusión/Evaluación/Revisión	Pág.13
VII.- Conclusiones/Carácter Innovador/Divulgación/Nive de Aplicabilidad	Pág.15

I.- INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

El Hospital “Santa Bárbara” de Puertollano ha apostado por llevar su **política de humanización** de los cuidados también a la cirugía pediátrica. Por este motivo, una vez superado el pico de la epidemia de la COVID-19 y con el **retorno de la actividad quirúrgica habitual**, se ha puesto en marcha una nueva iniciativa que permite a la madre o al padre de los niños/as que tienen que ser operados, acompañarlos hasta el quirófano, niños/a que, además, van motorizados al volante de un “Bentley Continental” o de un “Mercedes SL”. De esta manera, se consigue **reducir la angustia** y el estrés del paciente y de las familias, así como minimizar la necesidad de sedación previa de los pequeños.

En Pediatría, **la humanización** de la atención pretende proporcionar un servicio enfocado, no solo en el niño/a como paciente, sino también en toda la familia que participa en las fases de recepción, diagnóstico, tratamiento del hospital y en los procesos físicos y psicosociales.(1).

Humanizar está en relación con la dignidad humana, con la libertad de las personas. También con la autonomía del paciente para tomar sus propias decisiones en salud. Atender a niños/as es una labor especialmente compleja que precisa, si cabe, de una mayor humanidad y una mayor sensibilidad, ya que su nivel cognitivo y sus características psicosociales así lo requieren. El miedo, el desconocimiento y la sensación de vulnerabilidad en las consultas o ante los procedimientos diagnósticos y terapéuticos son mucho más frecuentes durante la infancia.(2).

Crear una nueva área quirúrgica mucho más adaptada a las necesidades de los niños que tienen que pasar por una cirugía es un reto que debemos perseguir. Los cambios no solamente han de estar relacionados con la decoración, la optimización de los espacios o la modernización de las instalaciones. También con unos nuevos procedimientos y

circuitos que permitan que los niños vayan al quirófano (un sitio desconocido para ellos) más tranquilos y confiados. Tranquilidad y confianza que se transmite así también a los padres, madres y familiares que les acompañan.(3).

Para el niño/a la experiencia hospitalaria es generadora de gran ansiedad. Su inmadurez y su limitada capacidad de adaptación a la situación quirúrgica es generadora de una tensión emocional que pocas veces puede controlar.

El momento más crítico del proceso prequirúrgico en el paciente pediátrico es el de la separación de sus padres.

A veces sucede que los pacientes pediátricos experimentan sentimientos de indefensión y desorientación, sobre todo si no conocen la necesidad de la hospitalización y la intervención quirúrgica. La ansiedad prequirúrgica es la respuesta mas común ante situaciones estresantes como son someterse a procedimientos invasivos o separarse de los padres al dirigirse a quirófano. Los miedos más frecuentes entre niños/as, sobre todo de 7 a 14 años son:

- la implantación de la mascarilla si la anestesia es por inhalación, o, en su caso,
- la implantación de la vía,
- la separación de los padres y
- el miedo a despertar de la anestesia durante el acto quirúrgico. (4).

Uno de los momentos más tensos emocionalmente para los niños/as que van a someterse a una intervención quirúrgica es el de la separación de sus padres, cuando es recogido por unos desconocidos vestidos de azul o verde, que, en contra de su voluntad casi siempre, los separan de sus progenitores en dirección a lo desconocido. Se describen llantos, terrores nocturnos, pesadillas, ansiedad de separación, miedos extremos, fobias y otras alteraciones del comportamientos en las semanas siguientes a una intervención quirúrgica pediátrica. La frecuencia e intensidad de estos síntomas varía mucho según las edades y el grado de ansiedad preoperatoria, pudiendo persistir incluso más de un año en algunos niños. (5).

Para disminuir esta tensión emocional, se ha recurrido a diferentes estrategias: cuentos educativos explicativos, premedicación farmacológica, juegos en la sala de espera, ropas divertidas, etc....

Unas más eficaces que otras, no excluyentes, y no siempre exentas de riesgos o efectos secundarios.

Una de las estrategias más efectivas y sin efectos secundarios ni otros riesgos consiste en que uno de los progenitores, el que la familia decida, acompañe al niño/a al quirófano hasta que este comience a dormirse, durante la inducción anestésica.

Existen trabajos que demuestran los beneficios de esta práctica sobre el postoperatorio. (6).

Aprovechando que la inducción anestésica pediátrica suele realizarse con gas, el padre o la madre pueden permanecer junto al/a pequeño/a, o hasta colocar la mascarilla facial con los gases suministrados por el anestesista hasta el momento en el que el niño/a comienza a dormirse, cuando ya no es consciente de todo el resto del procedimiento. En ese instante, el progenitor es acompañado al exterior del quirófano, hasta el área de espera de los familiares donde permanecerá hasta que finalice la intervención y vuelva a acompañar al niño durante su recuperación. (7).

En este sentido, "QUIRÓN SALUD SUR", en su apuesta por la "**humanización sanitaria**", su servicio de Cirugía Pediátrica, en colaboración con el de Anestesia, la Unidad de Enfermería y T.C.A.E. del bloque quirúrgico y el servicio de Atención al Paciente, ha puesto en marcha un procedimiento denominado "**Humanización de la Cirugía Pediátrica**" que ofrece a los padres de los pacientes pediátricos, la posibilidad de acompañar a sus hijos/as al interior del quirófano hasta el momento en que el/a menor se "duerme" para la intervención quirúrgica prevista. (8).

Si, a las medidas anteriores se añaden otras que nosotros, en el Centro Hospitalario donde prestamos servicio, (Hospital “Santa Bárbara” de Puertollano), hemos aplicado, como aquellas encaminadas a que los niños ingresados que necesiten someterse a una intervención quirúrgica o a alguna prueba diagnóstica vayan “motorizados a los quirófanos”, en compañía de sus padres, hacen que esas ventajas y beneficios a que nos referíamos anteriormente, no solo se vean aumentadas considerablemente, sino que, además, se consiga que el estado anímico, no solo de los/as niños/as, sino el de los padres, no se vean alterados, sino, más bien al contrario.

Y es que los/as pequeños/as que hasta ahora eran desplazados en dichos Centros sanitarios en camilla o silla de ruedas, ya van al volante de un “Bentley Continental” o de un “Mercedes SL”, gracias, en este caso, a la solidaridad de la comunidad educativa de la población donde se halla enclavado el Hospital. (Imagen 1)



- Imagen 1

II. OBJETIVOS

General:

Evaluar la **ansiedad preoperatorio de los niños/as** asociada a la **ansiedad de los padres** sometidos a cirugía ambulatoria, mediante el comportamiento, la interacción padre/madre-niño/a en el entorno quirúrgico.

Disponer de un protocolo enfocado a que el paciente pediátrico reduzca, junto a sus padres, los niveles de **ansiedad y tensión emocional** justo en la inducción anestésica. Este proceder, además de disminuir el stress del niño/a, también lo hace en los progenitores.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la comunicación y la información que se proporciona a los pacientes y su entorno durante su asistencia sanitaria perioperatoria.
2. Mejorar la seguridad de los pacientes, al aportar información escrita detallada sobre todos los pasos a seguir y las medidas preparatorias ante una intervención quirúrgica (indicaciones sobre dieta, ayuno, fases del proceso e información de contacto).
3. Generar un ambiente quirúrgico más acogedor y aumentar así el nivel de satisfacción de los usuarios.

III. MATERIAL Y MÉTODOS/DESARROLLO Y EJECUCIÓN/DESPLIEGUE

III.1. Criterios de exclusión

Se han seguido a este respecto, por considerarlos idóneos, los mismos criterios de exclusión, que los tenidos en cuenta por el Comité de Anestesia Pediátrica y otros colectivos sanitarios, como, por ejemplo, entre otros, el Servicio de Anestesiología Pediátrica del Hospital Infantil “Sabará” de Sau Paulo”,- Brasil -. (9)



- niños de 0 a 14 años,
- con déficit neuropsicomotor,
- uso de fármacos psicoactivos,
- discapacidad auditiva y/o visual,
- intervención quirúrgica anterior.

Responsables: enfermedad o trastorno mental reconocido clínicamente; falta de condición de decidir sobre la participación del niño en el estudio; negativa a participar.

III.2. Criterios de inclusión



- resto de niños, de ambos sexos,
- ✓ de 0 a 14 años
- ✓ no comprendidos en los criterios de exclusión,
- ✓ sometidos a intervenciones programadas de cirugía menor,
- ✓ con ingreso hospitalario en la Unidad de Otorrinolaringología.

III.3. USO DEL COCHE ELÉCTRICO: Todo niño/a que vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica programada en el Hospital “Santa Bárbara” de Puertollano, que no supere los 30 kilos de peso y no tenga inconveniente clínico para su uso (por ejemplo, portador de tracciones o escayolas), siempre y cuando esté disponible.

III.4. ENTREGA DEL CUENTO: Niños y progenitores/tutores legales, - Consulta de anestesia; preoperatorio -.

III.5. Protocolos y test

En el presente trabajo ha sido aplicado el protocolo en niños/as menores de 14 años, ASA I-II programados para cirugía otorrinolaringológica con inducción inhalatoria con Sevofluorano.

Asimismo, al utilizar la “Escala Observacional” se diseñan 2 Hojas/tests:

- Test de Hamilton (padres) y
- Test sobre Escala Observacional (niños/as) para conocer si existe contagio emocional progenitores niños/as.

Utilizadas medidas estadísticas de tendencia central y de dispersión habituales, - análisis estadístico descriptivo univariable -.

Diseñada hoja de trabajo por paciente pediátrico donde se anotan las variables: peso, talla, IMC, TA, alergias, medicamentos que se halle tomando, problemas respiratorios, enfermedades recientes, si con anterioridad ha tenido algún tipo de problemas con la anestesia como consecuencia, en su caso, de otra intervención quirúrgica que pudiera haber sufrido, medidas dietéticas, entre las que se encuentran las de celiaquias, etc.

Diseñado, para su entrega a los progenitores de los/as menores, cuento infantil y folleto informativo, relacionados con la intervención a la que van a ser sometidos, con la finalidad de aumentar el conocimiento y la satisfacción y de reducir la **ansiedad de los responsables** como una estrategia no farmacológica, con el objetivo principal de reducir, asimismo, la **ansiedad del niño/a** al momento de la inducción anestésica. Dicha entrega es llevada a efecto en el momento de acudir a la consulta de anestesia, (preoperatorio).

III.6. Otras consideraciones

En la mayoría de los casos, los progenitores al ser informados sobre el tipo de anestesia que se va a aplicar a su hijo/a, preguntan y/o quieren conocer de forma clara que es el

Sevofluorano, informándoles al respecto, de manera sencilla para su comprensión, que se trata “de un gas anestésico utilizado comúnmente en los niños, debido a que puede inhalarse a través de una mascarilla facial y funciona muy rápidamente para hacer dormir a los niños. El Sevofluorano se administra de forma continua durante una cirugía para mantener al niño/a dormido, y se retira cuando es hora de que el niño se despierte. Es un agente no irritante que produce una suave y rápida pérdida de conocimiento durante la inducción a la anestesia así como una rápida recuperación cuando se interrumpe la administración”. (10).

Los menores respecto de los cuales ha sido realizado el presente estudio/trabajo han sido aquellos que fueron sometidos a una Cirugía Menor: Unidad de Otorrinolaringología.

Se evalúa, asimismo, la información preoperatorio que recibieron los padres del niño/a en cuanto a contenidos, medios, oportunidad, lugar e informante.

De igual forma, si los progenitores, - alguno de ellos -, ha manifestado su deseo de estar presentes al comienzo de la anestesia, suelen preguntar al anestesiólogo, con antelación, lo que pueda anticipar y como podrían sus hijos/as reaccionar. Saber lo que va a pasar les hará sentirse mas tranquilos, ya que ver a su hijo/a ser anestesiado puede ser y/o resultar difícil para los mismos.

Informados los padres de todo ello y consensuado con los mismos, se les explica el protocolo y, previa autorización de estos, se procede a su desarrollo.

Desde la llegada del niño/a al hospital estará acompañado de sus padres, y es ya en el área quirúrgica donde uno de los padres, entrará en el quirófano y aplicará la mascarilla facial hasta que el niño/a comienza a dormirse. Es, en ese momento, cuando el padre o madre abandona la zona quirúrgica.

III.7. Intervenciones. Protocolo de Actuación.

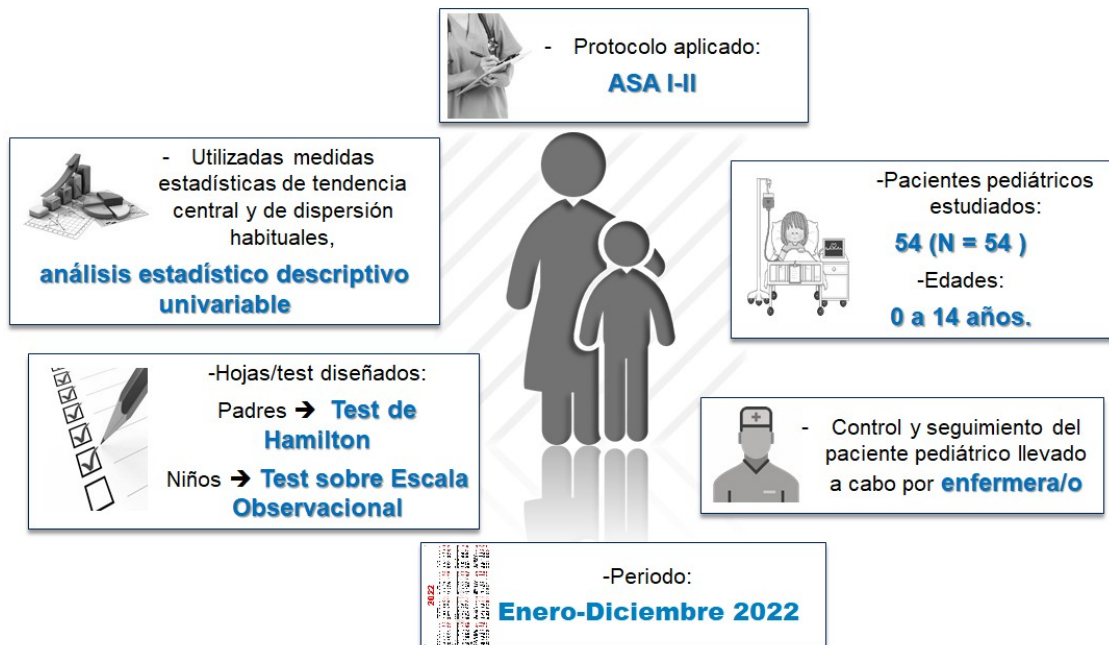
- El niño/a es trasladado desde la planta al bloque quirúrgico junto a sus padres.

- El niño/a y padres permanecen en la esclusa en la zona de “limpio” donde se les explica todo el protocolo.
- Se comprueba consentimientos informados y se añade autorización firmada del padre y/o madre que expresa el deseo de acompañar al niño/a en la inducción anestésica.
- Se informa a los padres la vestimenta quirúrgica que se les va a proporcionar, - pijama, calzas, mascarilla y gorro, además del lavado de manos que realizaremos con él, como medidas imprescindibles antes de entrar en quirófano.
- Se les explica, de forma detallada, - paso por paso -, donde va a colocarse el padre o madre, cual va a ser su papel y subrayar que, en todo momento, tiene que obedecer cualquier indicación que se le haga por parte del personal del quirófano. Incluso si se le dice que abandone el quirófano, tiene que hacerlo de forma tranquila y sosegada, pero ágil. Igualmente, se le hace saber que el anestesista puede en cualquier momento decidir que es mejor que no pase. Todas estas indicaciones deben estar firmadas en la autorización previa.
- En compañía de sus padres y junto a un celador/a, el niño/a es conducido al quirófano en alguno de los coches motorizados para niños/as existentes para dichos fines en el Hospital, (“Bentley Continental” o “Mercedes SL”).
- Cuando llega el momento de entrar al quirófano, el padre o madre se coloca al lado del niño/a y del anestesista y con sus manos sujeta la mascarilla facial para comenzar la inducción anestésica con gases.
- En el momento que el niño/a comienza a dormirse, se le indica al progenitor presente que debe abandonar la zona quirúrgica, y, acompañado del Celador sale de la misma hasta que finalice la intervención.
- Los padres pueden esperar en el servicio y/o zona de Reanimación para acompañar al niño/a en el proceso postquirúrgico.

- Finalizada la intervención, será la Enfermera de la Unidad de Otorrinolaringología, bajo la Supervisión del Jefe de dicha Unidad, la que se encargará del control y seguimiento del paciente pediátrico.

- Dado de alta el/a niño/a, se hace entrega a los progenitores de encuesta de satisfacción y una vez rellena en todos sus apartados, la misma se hará llegar a la **Responsable de Humanización** para posibles mejoras.

IV.- CRONOGRAMA/ENFOQUE



V. RESULTADOS/PLANIFICACIÓN

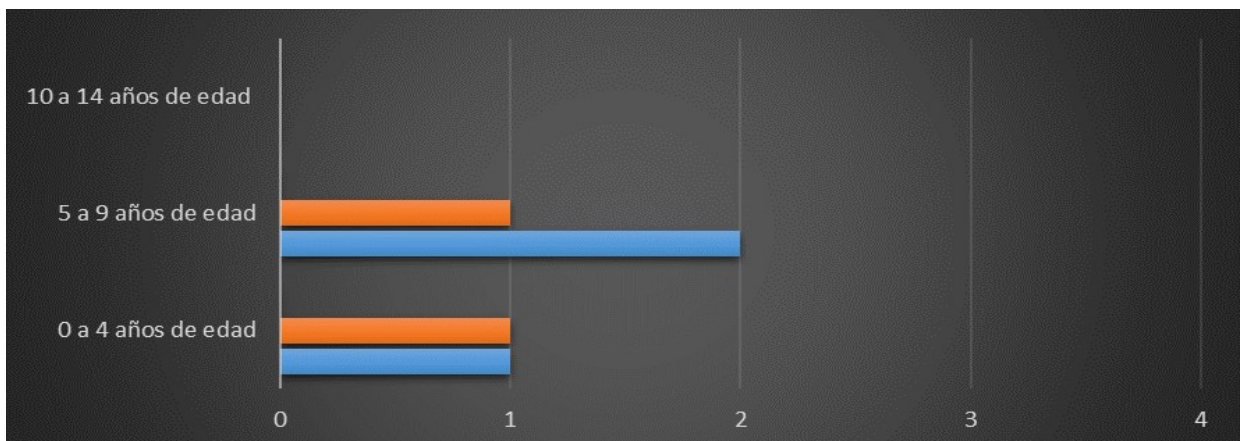
Durante los 12 meses que ha durado el presente trabajo, (Enero/Diciembre/2.022):



El número total de niños que fueron acompañados por sus padres hasta inducción anestésica, fueron **46**



Los niños que utilizaron alguno de los dos coches motorizados, fueron **21**



■ Niños que experimentaron algún tipo de fobia, (ansiedad, nerviosismo, etc.) momentos antes de la inducción anestésica: **3**

■ Niños con alteraciones al despertar de la anestesia: **2** (laringoespasmos)

■ Niños con algún tipo de stress preoperatorio y otras alteraciones en su comportamiento tras la intervención quirúrgica, y que pasaron acompañados de sus madres: **0**

A los resultados anteriores, cabe añadir:

Apenas hubo diferencias en los datos referidos a edades de los niños/as sujetos a estudio. El nivel de **ansiedad en los/as menores** no presentó ninguna diferencia estadística significativas en los grupos.

En cuanto a **los padres**, tampoco el **nivel de ansiedad** presentó diferencias reseñables. No obstante, encontramos que la ansiedad preoperatoria es una sensación muy común en los padres.

Por último: Los padres que fueron encuestados durante el tiempo en el que se llevó a cabo el presente trabajo de investigación, - doce meses -, la totalidad de los mismos, no solo quisieron recibir información sobre la anestesia, sino que requirieron, además, información sobre la cirugía pediátrica, complicaciones anestésicas y de todo aquello que guardaba relación con la intervención quirúrgica a la que iban a ser sometidos sus hijos/as.

VI. DISCUSIÓN/EVALUACIÓN/REVISIÓN

Este estudio y/o trabajo de investigación muestra que el 100% de los padres de los niños operados efectivamente en nuestro hospital desean información preoperatoria sobre todos los contenidos encuestados, no solo de forma verbal sino, en casi todos los casos, de forma escrita días antes de la intervención en consulta.

De igual forma no nos cabe la menor duda, con los resultados obtenidos, que la influencia de los padres junto con otras medidas complementarias puede considerarse como un instrumento útil y eficaz durante la inducción anestésica de niños/as en edad pediátrica.

En los últimos meses de la realización del presente trabajo, observamos una mayor permisividad con relación a la presencia de los parientes durante la hospitalización y los procedimientos bajo anestesia. En el Centro Hospitalario en el cual este estudio se hizo,

observamos que no siempre solo la presencia de los padres era suficiente para controlar o reducir la **ansiedad de los niños** en Quirófano en el momento de la inducción anestésica. De ahí que se optase complementar la formula relativa al acompañamiento de los menores con alguno de sus progenitores con el traslado de los mismos a quirófano en vehículos “motorizados”.

El uso del cuento infantil y folleto informativo con la finalidad de aumentar el conocimiento y la satisfacción y de reducir la **ansiedad** de los responsables se propuso en este trabajo, como una estrategia no farmacológica, con el objetivo principal de reducir **la ansiedad del niño al momento** de la inducción anestésica. (11).

En este sentido, en diversos trabajos realizados sobre este mismo tema, se llegan a la conclusión de “que utilizar material pedagógico o material de lectura, incluso con informaciones básicas, es eficiente para promover la educación y el conocimiento a los padres sobre los cuidados preoperatorios de sus hijos”. (12).

En el presente trabajo de investigación, el cuento infantil y folleto informativo que se entregó a los progenitores, con la suficiente antelación a la intervención de sus hijos/as, lo fue para que tuviesen tiempo suficiente de leer las informaciones y orientar a los niños en cuanto al procedimiento anestésico antes de la entrada o momento de la inducción anestésica. En cuanto al momento de la entrega del material informativo, no existe un consenso en la literatura actual sobre cuál es el momento ideal para informar a los responsables. Si unas horas antes de la intervención o con días de antelación a ésta (13).

Se buscó, además, evaluar la relación entre **la ansiedad de los padres y la ansiedad de los niños/as**, en un intento de verificar si los responsables que recibieron informaciones escritas, ejercieron alguna influencia en el comportamiento de la ansiedad en los niños cuando se les comparó con los responsables que recibieron solamente las informaciones verbales convencionales, aunque, a decir verdad, la mayoría de padres optaron por la información escrita.

Al observar críticamente este estudio, la autora del presente trabajo observó que en casi todos los grupos la mayoría llegaron tranquilos. Además, la entrega del folleto y la evaluación inicial de la ansiedad en los niños y en sus responsables, podría ocurrir fuera del ambiente quirúrgico. Sin embargo, en muchos de los casos, tanto la entrega del folleto como el momento de la primera evaluación de la ansiedad no fueron posibles antes de la entrada de los pacientes en el ambiente quirúrgico a causa de las rutinas institucionales. (14)

VII. CONCLUSIONES/CARÁCTER INNOVADOR/DIVULGACIÓN/NIVEL DE APLICABILIDAD.

El impacto emocional prequirúrgico en el niño/a, se relaciona con llantos, fobias y miedos extremos, incluso en algunos casos, hasta un año después de la intervención. La implantación de este protocolo quirúrgico, ayuda al niño/a a afrontar la situación de stress emocional que genera el momento de la inducción anestésica, junto a sus padres. Este protocolo de actuación prequirúrgico es clave como herramienta en el proceso de **humanización** de la Cirugía Pediátrica.

Se ha observado que los niños/as entre 1 año y 7 años de edad, son el grupo de edad más vulnerable con mayor stress preoperatorio y mas incidencias de alteraciones en el comportamiento tras la intervención quirúrgica. Por eso, es precisamente en este grupo de edad donde las ventajas y beneficios de estas medidas son mayores. (15).

Asimismo, los padres necesitan y, en todos los casos, solicitan, información preoperatoria completa de la anestesia, no solo de forma verbal, sino en la mayoría de los casos, esa información la quieren por escrito.

La presencia de los progenitores, debidamente instruidos, y, otras medidas complementarias, como las apuntadas a lo largo del presente estudio/trabajo, es una herramienta indispensable si queremos reducir la ansiedad y otros síntomas en el niño/a que va a ser sometido a intervención. Diferentes estudios, como, por ejemplo, el llevado a cabo por la Doctora doña Alicia Sánchez del Departamento de Anestesiología del Hospital de Sagunto, en la reunión Euroanaesthesia de 2.014, han demostrado que

esta presencia de los progenitores durante la inducción anestésica, mejora la calidad de la anestesia.

De igual forma, los progenitores al ser informados que distintos estudios han demostrado que el tipo de anestesia que se va a aplicar a su hijo/a no solo es la idónea, sino que, además, mejora la calidad de la anestesia, han mostrado su conformidad, sin poner ningún tipo de objeción.

Este estudio prospectivo, que evaluó, además, **la ansiedad** en los niños/as en el preoperatorio, permite concluir que, independientemente de la calidad de la información ofrecida a los responsables en la sala de espera del Circuito Quirúrgico, el nivel y la prevalencia de **ansiedad de los niños/as** aumentaron de forma significativa en el momento en que ellos entraron en el quirófano. Así, la calidad de la información “convencional + folleto + cuento infantil” para los responsables, no fue superior a la información ofrecida de forma “convencional” verbal.(16)

Nuestra impresión es que instaurar una Consulta de Enfermería, - dado el protagonismo tenido durante todo el proceso por este colectivo -, sería un instrumento útil y eficaz en el tratamiento educativo de los progenitores de pacientes pediátricos que van a ser sometidos a intervención quirúrgica, - Cirugía Menor -. Solamente la Enfermería, en este caso de la consulta de Otorrinolaringología, perfectamente instruida y con unos conocimientos amplios en la materia, sería capaz de realizar una buena labor educativa sanitaria. Asimismo, a nuestro juicio, la enfermería debería colaborar, como de hecho sucede en muchos casos, en la valoración del paciente pediátrico e intervenir en los cuidados de asistencia preoperatorio.

