



TRABAJO FINAL

“INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO Y EL INGRESO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO AL QUIRÓFANO”

Tutor: Lic. Prof. María Laura González

Carrera: Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica

Alumna: Pérez, Natalia Lorena

Año: Agosto de 2023

RESUMEN

Por medio de este trabajo de investigación se buscó conocer en primera instancia al paciente pediátrico y su ingreso al quirófano, sus ansiedades y sufrimientos ante cualquier situación desconocida, pero más aún, respecto de los impactos que podría provocarle una situación tan estresante como lo es una intervención quirúrgica.

Investigar a diferentes profesionales que se vinculen con ellos respecto al manejo que tienen y lo que pueden brindarles para hacer más amena esta situación. También indagar los diferentes nosocomios de salud tanto en el ámbito privado y público, descubrir qué instalaciones edilicias poseen, y demás ítems sumamente importantes para el cuidado y resguardo de estos niños, como es la formación y capacitaciones que se manejan para brindar lo mejor a los pacientes pediátricos y sus familiares que son quienes acompañan este proceso, por eso se utilizó una encuesta virtual, como herramienta de recolección de datos donde participaron profesionales de la salud del área quirúrgica que tienen contacto directo con pacientes pediátricos de 0 a 18 años de edad.

Palabras Clave: Paciente pediátrico, psicoprofilaxis, nosocomio, rango etario, quirófano.

TABLA DECONTENIDO

Tabla de contenido

Tutor: Lic. Prof. María Laura González	1
RESUMEN.....	2
TABLA DECONTENIDO	3
INTRODUCCIÓN.....	4
Planteo del problema.....	5
Pregunta problema	5
Hipótesis.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos	5
Justificación.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
DISEÑO METODOLÓGICO	18
Enfoque de la investigación.....	18
Población de estudio	20
Criterios de inclusión	20
Criterios de exclusión.....	20
Área de estudio	20
Variables simples	20
Variables Complejas	21
Herramienta de recolección de datos.....	25
ANÁLISIS DE RESULTADOS	28
CONCLUSIÓN	34
PROPUESTA DE MEJORA.....	35
ANEXOS	36
Modelo de encuesta.....	38
BIBLIOGRAFÍA	40

INTRODUCCIÓN

Según Fernández, Gabriela del Departamento de Psicología Médica Área Materno Infantil Facultad de Medicina. UDELA...Hace unos años, en la primera mitad del siglo XX, el paciente pediátrico hospitalizado se lo observaba y trataba como algo de aspecto biológico nada más, hoy en día y en plena evolución Psicológica, ya se toma en cuenta la parte psicoafectiva, buscando datos sobre las necesidades como repercusiones emocionales y el manejo del dolor de los pacientes. La patología está acompañada de pérdida de bienestar físico, pero también, psicológico, y alteran la vida de los niños y su ambiente a corto, mediano y largo plazo, puesto que el niño se encuentra en crecimiento y el manejo que realicen los familiares y el equipo de salud frente a las experiencias de enfermedad e intervenciones quirúrgicas, marcará el desarrollo de este. Existen muchas investigaciones sobre los efectos psicológicos negativos producidos por las intervenciones pediátricas. Estas investigaciones muestran que la internación es un hecho estresante, que le genera al niño alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras.

De la calidad de nuestra intervención, por tanto, van a depender los efectos en el niño durante y a posteriori de la hospitalización.

...” La ansiedad es una reacción muy común en los pacientes pediátricos que van a ser sometidos a una intervención, siendo un fenómeno multidimensional caracterizado por aspectos biológicos y psicológicos. El niño debe ser tratado y atendido de forma individual y holística, teniendo en cuenta la fase del desarrollo en que se encuentra...” (Gómez Recio, X 2022)

Se investigó que, la organización y el aspecto físico que existen en los quirófanos son consideraciones humanizadas a tener en cuenta (Serradas, M 2022)

...” estudios realizados fuera de nuestro país han demostrado que la visualización de un audiovisual acerca de la hospitalización y el proceso quirúrgico es una técnica eficaz para ayudar a los niños y a sus progenitores a afrontar dicha situación...” (Moix, J., Basset, J., Caelles, RM 1998)

....” Certeramente, la ansiedad que padecen los niños antes de la intervención quirúrgica marca y denota una peor adaptación post hospitalaria provocando la aparición de

trastornos del sueño, de la alimentación, conductas regresivas, etc....” (Silvente, C., Moix, J., Sanz, A.2000).

Planteo del problema

El ingreso a la planta quirúrgica, el aspecto ambiental, la camilla, el quirófano en sí, sus sonidos, sala de recuperación, la indumentaria de los trabajadores de salud, todo aquello que aplique en su mente y pueda traumatizarlos. ¿Qué impacto causa sobre los pacientes pediátricos? ¿Cómo intervienen los instrumentadores quirúrgicos? ¿Se puede minimizar el impacto?

Pregunta problema

¿Los instrumentadores quirúrgicos pueden gestionar una mejora en el ingreso a la planta quirúrgica con respecto a los pacientes pediátricos?

Hipótesis

Los pacientes pediátricos que son sometidos a intervenciones quirúrgicas presentan trastornos postquirúrgicos, ansiedad y demora en su evolución, producto de la falta de humanización en cuanto al trato, aspecto físico y ambiental y demás cuidados que se presentan en algunas instituciones de salud.

Objetivo general

Investigar el ingreso del paciente pediátrico a quirófano, y el impacto que produce.

Objetivos específicos

Verificar el trato que les brindan a los pacientes pediátricos al llegar a la planta quirúrgica.

Investigar qué cuidados tienen con respecto al ambiente. Conocer cómo impacta los factores edilicios e interpersonales.

Justificación

Este trabajo de investigación plantea una mejora para el ingreso del paciente pediátrico a la planta quirúrgica para ser intervenido, el medio ambiente que los rodea, como así también el trato, las palabras que se utilizan, con quien ingresa, en qué estado lo hacen, tanto ellos como sus familiares, ya que impacta en la psiquis del niño.

Si han tenido un adecuado apoyo prequirúrgico psicológico, en el caso de cirugías programadas y de lo contrario, qué medidas se toman en los casos de urgencia para que ese recuerdo no sea más que una herramienta de crecimiento que en algún momento le permita crear valor en su vida.

Este trabajo de investigación comienza con una introducción, que deriva en el planteamiento del problema y los objetivos que se van a investigar. Cuenta con una estructura de 5 apartados, el primero de los mencionados es el marco teórico que desarrolla conceptos diversos, el siguiente describe la metodología de trabajo en donde se podrán observar, variables, población e instrumentos de recolección de datos. Continuando con el análisis e interpretación del material relevado (los resultados), pudiendo observar supuestos, categorías y evidencia. Al final se realiza la conclusión y una propuesta de mejora que busca brindar un aporte desde la perspectiva de nuestro trabajo en sí.

MARCO TEÓRICO

Anteriormente según Psi. Fernández G., los aspectos socioafectivos no eran tenidos en cuenta, pero la evolución en la psicología y las ciencias sociales ha permitido conocer datos de las necesidades psicoafectiva de los niños para su óptimo desarrollo evolutivo, tomándose en cuenta lo que repercute emocionalmente la hospitalización en sí. La hospitalización como la conocemos hoy es muy diferente a lo que era hace varios años atrás. Estudios realizados permitieron descubrir el Apego, por eso se implementó la hospitalización conjunta; como así también el cuidado del dolor y la calidad brindada en la intervención. En el caso del paciente pediátrico que se encuentra en crecimiento, esto marcará el desarrollo del niño. Existen numerosas investigaciones sobre los efectos psicológicos negativos producidos por la internación pediátrica y de la calidad de nuestra intervención. Estas investigaciones denotan los traumas que le provocan a los niños como alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras. Sabemos que las enfermedades en la infancia son más frecuentes dada la fragilidad psicosomática, pero son más fáciles de enfrentar en su entorno familiar. La necesidad de internación sea para diagnóstico o para tratamiento, es un hecho que eventualmente aumenta su vulnerabilidad.

... ()” El ingreso a un piso de internación implica un corte en la vida cotidiana, entrar a un mundo desconocido, en un momento en donde el niño se siente físicamente mal y se enfrenta a procedimientos que pueden ser invasivos y causantes de dolor, no comprendiendo la mayoría de las veces la causa o necesidad de los mismos, así como de la hospitalización. Todo ello genera en el niño una experiencia estresante que, unido a la facilidad natural de incorporar conocimientos y situaciones nuevas, puede generar efectos psicológicos negativos a largo plazo. Además, la mayoría de las veces los padres o las personas que cuidan al niño, frente a la angustia que les genera la enfermedad del mismo y la inminente internación no logra dar la información necesaria al niño, viviendo éste, toda la situación de manera muy pasiva. Es entonces tarea del equipo asistencial, brindar una adecuada información al niño sobre su estado y sobre la internación. Para poder establecer una real comunicación con el paciente pediátrico y brindarle la información apropiada, es preciso conocer las características del pensamiento del niño...” () (G. Fernández 2010)

Si consideramos que el dolor como lo describen (Simone et.al., 2018) no es sólo el resultado de una herida, sino que es percepción, sufrimiento y comportamiento, que se produce, entonces entendemos que es subjetivo y variable para cada persona. El dolor varía algo de persona a persona, dependiendo de su educación, aprendizaje, dónde lo siente y su capacidad para expresarlo. Por lo tanto, los equipos de salud deben considerar que cuando ocurre el dolor, está ahí. Según la edad del niño, hay diferentes formas de entender la enfermedad y la muerte. Un niño de 5 años apenas entiende lo que pasa en su cuerpo, le preocupan más los procedimientos y los daños que le causan los tratamientos y varias hospitalizaciones.

La comprensión y el miedo a la posibilidad del dolor o de la muerte, como un hecho en sí mismo, aparece sólo a la edad de 9 a 10 años, a partir de esta edad entienden que ellos también pueden morir y esto les provoca un dolor terrible, que debe ser abordado por el equipo para estudiar y tratar su patología.

De Simone, cita un estudio obtenido y en la observación que se realizó fue con una muestra de 16 pacientes, 10 de los cuales eran hombres (62,50%), que ingresaron a quirófano en los servicios de traumatología y cirugía general con un 50% cada uno la edad promedio fue de 7 años y la educación obligatoria. El promedio fue de 6 años. El 56,25% de la muestra obtenida estudiaba en primaria, y el 25% en preescolar. Por otro lado, para la variable restricción emocional pudimos observar que el 50% de los participantes reportaron que su madre era quien los calmaba cuando estaban nerviosos; Para el 43,75% la madre es con quien les gustaría estar antes de la operación. La combinación de resultados obtenidos superó los valores mínimos de referencia para la medición del estrés preoperatorio, resultando en un nivel de estrés de un 80% en nuestro tamaño de muestra. Por lo que concluimos que el estrés preoperatorio es una realidad para los niños del estudio, indicando que la cirugía es un factor estresante para los niños.

En la revista de Estudios Psicológicos la autora Marian Serradas relata que en general, los entornos hospitalarios centran sus actividades en satisfacer las necesidades médicas del niño y, a menudo, ignoran la necesidad del niño de jugar, aprender, explorar e interactuar con otras personas. Asimismo, la enfermedad y la hospitalización crean una situación de desamparo para el paciente y también para su entorno familiar y social que lo hace sentir desamparado y por lo tanto, según Gutiérrez (2017), se necesita un sistema lo más humano posible. En línea con lo anterior, en los últimos años se han

buscado estrategias que ayuden a mitigar los efectos negativos en los niños hospitalizados. Aspectos como el diseño de las habitaciones, los colores, el uso de la luz o la presencia de jardines son fundamentales para dotar al hospital de la calidez y humanidad suficiente para hacer agradable la estancia tanto del paciente como de sus acompañantes. como el trabajo del personal sanitario, más fácil y agradable.

Articula la humanización, sintetiza todas las actividades, medidas y comportamientos que deben crearse para garantizar la seguridad y dignidad de cada persona como usuariode un establecimiento de salud.

Al respecto, Butrageño, argumenta que la humanización significa tratar a la persona como un ser integral que merece ayuda más allá de la atención médica e incluye áreas más subjetivas como lo social, emocional, espiritual y relacional, incluyendo todas las necesidades del paciente. De igual manera, Mejía expresa que su significado está íntimamente relacionado con la calidad y consiste en tratar las necesidades de los pacientes y sus familias de manera holística, a partir de valores, para hacer su estancia más cercana y humana. En este pensamiento, Ullán y Hernández argumentan quecuando hablamos de cuidado humanizado, nos referimos al cuidado que satisface las necesidades de sus destinatarios, como personas, no solo pacientes o enfermos.

...()”La humanización del cuidado como elemento primordial en la atención que se brinda al paciente hospitalizado y su familia debe ofrecerse permanentemente en el ejercicio profesional de la enfermera, en especial si la atención va dirigida a grupos hospitalizados vulnerables. Este es el caso de pacientes pediátricos, que dada su edad no saben o no se atreven a expresar sus inquietudes relacionadas con la forma como son cuidados. Sin embargo, la aplicación del cuidado humanizado en el escenario laboral de las enfermeras puede estar expuesta por la coexistencia de múltiples factores relacionados con el incremento en el uso de tecnologías biomédicas. Entre estas se encuentran la telemedicina y la nano medicina, que, a pesar de prometer grandes avances en los tratamientos de enfermedades graves y de difícil acceso, pueden alejar alprofesional de la salud del paciente, centrando su atención en los aspectos técnicos y científicos de los procedimientos. Por otro lado, las altas cargas de actividades a las quenormalmente responden pueden incidir de forma negativa en la atención humanizada, beneficiando el factor de economía del servicio. La humanización del cuidado es un elemento diferenciador en los profesionales de enfermería, lo que fundamenta la propuesta de incluir con mayor rigor la formación humanística en la profesión. El

cuidado integral dirigido al paciente y a la familia incluye entonces una alta dosis de humanización, por lo que las escuelas de enfermería, además de sus planes de estudios con asignaturas que orienten el desarrollo de un pensamiento filosófico y humanístico, pueden aprovechar las disciplinas antropológicas y sociales para orientar el accionar desde la praxis, a través de un modelo convergente en el que interactúen enfermeras, antropólogos, sociólogos y otras ciencias sociales, como elementos inter y multidisciplinarios en la formación profesional. Este modelo puede llevarse a cabo a través de la práctica formativa de los estudiantes, que incluya como indicador fundamental la interacción humanística en etapas avanzadas de sus carreras. González-Ruiz (2013).

Acerca de lo mencionado anteriormente Ortigosa Quiles, cuenta que cuando la internación es además acompañada de una intervención quirúrgica, comienzan los malestares emocionales y psicológicos para los pacientes pediátricos y su familia. Y con el objetivo de minimizar estos trastornos y diferentes efectos, se viene investigando hace varios años ya, diferentes maneras de contrarrestar. Es así que en este campo emergieron los payasos y su labor para minimizar de alguna manera esta experiencia, utilizando, el humor la magia el juego, distracción, creatividad y apoyo emocional. El trabajo centrado en el efecto de la presencia de un payaso en la ansiedad preoperatoria del niño arrojó resultados positivos en la antesala quirúrgica. Otros estudios arrojan resultados positivos conductuales post cirugía, siempre que el paciente fue acompañado por payasos en la previa a esta.

En más investigaciones encontramos trabajos efectivos como lo relata Moix, J, donde dice que tanto en Estados Unidos de América como en Canadá, a los pacientes pediátricos y a su familia, les comparten un video que muestra a otros niños pasando y viviendo las diferentes etapas de internación, pudiendo así conocer, las instalaciones, el lugar, el paso hacia el quirófano, la salida de él, las inyecciones que se le suministrarán y demás procesos, claramente no se le muestran cosas, que le puedan causar miedo o impresión. Se conoce por diferentes estudios que en estos países tuvo grandes resultados, aunque aún están investigando en otros hospitales del mundo.

También el juego es de gran ayuda psicoafectiva para el paciente pediátrico, donde según dice Serrada Fonseca, el juego brinda a los niños la oportunidad de materializar sus pensamientos y expresar sus sentimientos en un marco lúdico sin los límites de la realidad, que les permite aceptar nuevas situaciones y experiencias. Por lo tanto, como

señala Erikson, el juego tiene dos funciones: lúdica y terapéutica, ayudando al niño a desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas tanto en contextos cotidianos como en situaciones estresantes como la hospitalización.

....”() El juego aparece como un elemento fundamental de estos cuidados, tanto por su capacidad para promover un desarrollo equilibrado de los niños, como por las posibilidades terapéuticas que ofrece para mejorar la autoestima y la autoeficacia, aprender recursos de control y expresión emocional, o mejorar las relaciones entre los niños enfermos y su entorno. Para hacer efectivos los “derechos de los niños hospitalizados”, reconocidos por diversos documentos y legislaciones, es EDUCERE • Artículos Arbitrados • ISSN: 1316 - 4910 • Año 11, N° 39 • Octubre - Noviembre - Diciembre, 2007 • 639 - 646. 642 Artículos necesarios para ofrecer espacios propicios al juego y materiales de juego adaptados a las condiciones particulares de los niños en los hospitales. Se considera que a través de las actividades lúdicas manifiestan las preocupaciones, el nivel cognitivo, la habilidad para imitar e interactuar con el entorno social, etc. Asimismo, mediante estas actividades, el niño(a) explora y experimenta en su entorno aprendiendo sobre sí mismo y lo que lo rodea (objetos, personas, etc.), además de desarrollar el sentido de la competencia (Palomo del Blanco, 1995). Existe acuerdo entre los especialistas al considerar que el juego aporta múltiples beneficios al niño(a), y que ante situaciones especiales como la hospitalización se convierte en un instrumento esencial para reducir su ansiedad y el estrés, y el de los padres, así como para facilitar la elaboración y aprendizaje de estrategias de afrontamiento eficaces (Palomo del Blanco, 1995). En algunos casos la hospitalización infantil puede convertirse en una situación altamente estresante, en este sentido, el juego puede cumplir una función terapéutica esencial al favorecer la continuidad en el desarrollo del niño(a) y aminorar los efectos negativos de la hospitalización (Valdés y Flórez, 1995; Sweeney, 1997)...()” (Serrada Fonseca, M.2007)

Hoy en día, muchos juguetes y materiales se utilizan para ayudar a los niños a lidiar con diversos eventos, como la hospitalización. Algunos de estos son videojuegos, juegos de mesa, pintura, plastilina, muñecos, actividades de entretenimiento y ocio, música y combinaciones posibles entre ellos. Para hacer una adecuada selección de material de juego para ser incluido en el contexto hospitalario, se debe proporcionar una selección

suficiente de tipos de juguetes para satisfacer las necesidades del niño hospitalizado. En otras palabras, el material del juego debe adaptarse a las preferencias de los niños, la edad de desarrollo de los usuarios, los objetivos psicopedagógicos alcanzables, condiciones ambientales, etc. Según Sadler, los juguetes ideales deben ser de tamaño mediano, colores vivos, duraderos y funcionales, es decir, que pueda estimular el espíritu del niño, pero no abrumarlos. Los materiales de juego y juguetes deben seleccionarse teniendo en cuenta la edad y necesidades especiales del niño en el hospital, teniendo en cuenta la incapacidad laboral actual del paciente y satisfaciendo las necesidades de juego. En todo caso, las actividades recreativas deben tener también una finalidad educativa. Los niños necesitan la compañía de otros niños, pero también necesitan la compañía de adultos que sepan tratarlos, guiarlos en juegos y utilizar correctamente los materiales de entretenimiento. Los padres y los profesionales de la salud pueden participar en la lección de juego si sus actividades se limitan a facilitar la comunicación entre los niños, la libre expresión de sentimientos y el uso flexible de los materiales (Lizasoáin, 2000).

En definitiva, la técnica del juego es una manera muy útil de introducir al niño en las experiencias amenazantes que se pueden encontrar en el ambiente hospitalario, para lograr control y autonomía. En el hospital es importante fomentar las actividades lúdicas, y en este sentido los juguetes se convierten en un referente estimulante para el juego, que se convierte en un elemento que hace dinámica las relaciones de los niños con sus padres y hermanos, así como con el resto de asistentes que participan en el hospital.

Al elegir juguetes para uso hospitalario, es importante tener en cuenta varias características principales, como los estándares de seguridad y limpieza, el tamaño y la elección de los juguetes en cuanto a los requisitos de seguridad, es importante recalcar que se debe evitar juguetes que puedan ser peligrosos para el niño, que tengan puntas afiladas o que estén hechos de materiales tóxicos o pinturas. Los juguetes con piezas pequeñas también pueden ser peligrosos para los niños pequeños. La limpieza e higiene se consideran importantes para prevenir posibles contagios. Tévar, Costa, González y Benavides, señalaron que la higiene del juguete requiere la consideración de reglas básicas, tales como: cambio frecuente del tipo de desinfectante y demás detalles de Bioseguridad.

...” () Cuando un niño está ingresado tiene miedo, se encuentra desorientado y no tiene estímulos, su imaginación, su vitalidad quedan mermadas, deja de hablar, deja de jugar, deja de sonreír... En este sentido, el juego dentro del contexto hospitalario se convierte en un instrumento que le permite explicar y descubrir el mundo y descubrirse a sí mismo, expresarse, encontrar satisfacción, aprender a vivir. Cuando el niño se introduce en el juego o en cualquier actividad obtiene placer y aumenta su autoestima. Esto contribuye a darle recursos para mejorar su calidad de vida, favorecer su desarrollo global y soportar las incomodidades de los tratamientos...” (Serrada Fonseca., 2007)

Cabe destacar que según la Ley de Instrumentación Quirúrgica LEY 14865

PODER LEGISLATIVO PROVINCIAL (P.L.P.) Ejercicio de la profesión del Instrumentador/a Quirúrgico/a en la Provincia de Buenos Aires.

Sanción: 24/11/2016; Promulgación: 27/12/2016; Boletín Oficial 09/01/2017. En

el Artículo 2° de la antes mencionada, una de las tareas fundamentales es:

El ejercicio profesional del Instrumentador/a Quirúrgico/a, comprende las funciones de: asistir, controlar, supervisar, evaluar y coordinar en lo que atañe a su tarea específica, el proceso de atención del paciente desde su ingreso a las áreas de actividad quirúrgica hasta su egreso de la sala de recuperación post-anestésica, realizadas con autonomía técnica, dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias del título habilitante. Está preparado para otras tareas que se relacionan con acciones sanitarias, comunitarias y de índole jurídico pericial en el marco de la garantía de calidad, ética y responsabilidad profesional. Asimismo, será considerado ejercicio del Instrumentador/a Quirúrgico/a la docencia, investigación y asesoramiento sobre los temas de su incumbencia y la organización, administración, dirección, supervisión y control de calidad y asesoramiento de los servicios de actividad quirúrgica.

Un artículo de investigación publicado en la revista de la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO), resume de manera concreta y expresa lo que se podría lograr evolucionar en el tema.

...() “ La desadaptación al ambiente hospitalario es debido a que los Pacientes Pediátricos se enfrentan a lo desconocido, no poseen suficiente información ni preparación previa, sienten miedo al dolor y a la pérdida de integridad corporal,

pensamientos de castración y muerte, desconfianza en la anestesia, desesperación por la separación de los padres y culpabilidad por su proceso de Enfermedad; sin olvidar que, para los pacientes, el quirófano (Qx) es un entorno Tecnificado, frío y hostil. Generalmente la información que se proporciona en cuanto al proceso de hospitalización e intervención quirúrgica está destinada a los padres únicamente, más que a los Pacientes Pediátricos. A pesar de ello, en muchas ocasiones los padres no pueden brindarles a sus hijos todo el apoyo e información que desearían, pues ellos no son suficientemente conocedores del proceso quirúrgico como consecuencia de una información escasa o excesivamente técnica. El cuidado por parte de los padres a los Pacientes Pediátricos durante el proceso y la posterior recuperación no siempre es obvio, y por ello, en ocasiones es necesario suspender la intervención por una preparación preoperatoria equivocada. En la década de los 70 ya se intentó paliar esta problemática, iniciando intervenciones basadas en la reproducción previa de películas como preparación psicológica de los Pacientes Pediátricos. Actualmente, se prioriza la creación de hospitales pediátricos junto con la creación de programas específicos encaminados a humanizar la atención sanitaria al Paciente Pediátrico siguiendo la Carta de Derechos del Niño Hospitalizado. En esta línea surge el concepto de psicoprofilaxis quirúrgica, que se define como el conjunto de estrategias psicoterapéuticas utilizadas en el campo de la psicología pediátrica, aunque dentro de un equipo interdisciplinar, con el fin de preparar psicológicamente a los Pacientes Pediátricos y sus familias frente a una intervención quirúrgica con el mínimo daño psicológico y físico posible; simultáneamente, la persona se empodera y adquiere un rol activo en el proceso quirúrgico. La Psicoprofilaxis presenta efectos positivos, como son el control de la ansiedad y el temor de los Pacientes Pediátricos, aumento de comportamientos positivos (sonreír, comunicarse) durante el período preoperatorio, mayor control del dolor postoperatorio con reducción del consumo de analgesia, un mejor descanso durante la noche, mayor colaboración postquirúrgica, mejor respuesta inmunológica en el postoperatorio y disminución del tiempo de estancia hospitalaria. (Rodrigo, D. 2020)

Carta de la EACH de los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados (1988)

Redactada por la Asociación Europea de Niños y Niñas Hospitalizados (EACH) en la I Conferencia sobre Niños Hospitalizados.

Es un resumen de los 10 puntos fundamentales de la Carta Europea de los Niños y las Niñas Hospitalizados.

- Todos los niños y las niñas enfermos tienen derecho a recibir tratamiento en su casa o en un centro de salud.
- Solo ingresarán en el hospital si no pueden recibir los cuidados necesarios en el ámbito ambulatorio.
- La estancia en el hospital será lo más breve y rápida posible.
- Cualquier niño o niña que esté ingresado en el hospital tiene derecho: A estar hospitalizado/a de forma gratuita. A estar acompañado/a de su padre, su madre o de las personas cuidadoras.
- Estas personas podrán participar de la estancia hospitalaria, sin que les comporte costes adicionales ni obstaculice el tratamiento del niño o de la niña.
- A recibir información sobre su enfermedad y su tratamiento, de una forma que pueda comprenderla con facilidad.
- A recibir una atención individualizada, siempre con el mismo profesional de referencia.
- A negarse a que lo/la sometan a pruebas para investigar o estudiar su enfermedad, si la intención no es curarlo/la.

El documento original utiliza la denominación “los padres” para referirse a los progenitores de la niña o del niño hospitalizado. El interés por no hacer un uso sexista del lenguaje nos lleva a utilizar los términos “padre y madre”, aunque en una sociedad diversa y compleja como la nuestra, la composición de las familias es muy variada y la realidad puede no corresponderse con esta denominación.

- A que su padre, su madre o las personas autorizadas:
 - Reciban toda la información sobre la enfermedad y el bienestar de su hijo o hija, siempre y cuando se respete el derecho a la intimidad del menor.
 - Expresen su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño o a la niña.

- A que su padre, su madre o las personas cuidadoras reciban ayuda psicológica o social por parte de personal cualificado.
- A rechazar medicamentos y tratamientos experimentales.
- Solo los padres y las madres o los tutores legales podrán autorizar la utilización y la retirada de estos tratamientos, conociendo sus riesgos y ventajas.
- A estar protegidos por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial cuando reciban tratamientos experimentales.
- A no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.
- A contactar con su padre, su madre o las personas cuidadoras en momentos de tensión.
- A ser tratado/a con tacto, educación y comprensión, y a que se respete su intimidad.
- A ser atendido/a por personal cualificado que conozca sus necesidades físicas y emocionales.
- A ser hospitalizado/a junto a otros niños y niñas.
- A disponer de estancias en el hospital que cumplan con las normas de seguridad, y estén equipadas con el material necesario para que los niños y las niñas puedan ser atendidos y educados y puedan jugar.
- A seguir estudiando durante su permanencia en el hospital, y a contar con el material didáctico necesario que aporte su colegio, sobre todo si la hospitalización es larga. El estudio no debe perjudicar el bienestar del niño o de la niña ni obstaculizar su tratamiento médico.
- A seguir estudiando cuando la hospitalización es parcial (solo durante el día) o la convalecencia se realiza en su casa. A disponer de juguetes, libros y medios audiovisuales adecuados a su edad.
- A recibir los cuidados que necesita si su padre, su madre o las personas autorizadas se los niegan por razones religiosas, de diferencia cultural, de prejuicios o no están en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia.
- A recibir ayuda económica y psicosocial cuando los exámenes y/o tratamientos se tienen que hacer en el extranjero.

- A que su padre, su madre o las personas cuidadoras pidan la aplicación de esta carta en cualquier país, aunque no forme parte de la Comunidad Europea.

DISEÑO METODOLÓGICO

Enfoque de la investigación

Este estudio presenta un enfoque cuantitativo. Según Sampieri en su libro “Metodología de la investigación” describe el enfoque cuantitativo como el uso de recolección de datos para probar una hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. El planteamiento del problema de estudio delimitado y concreto, y sus preguntas de investigación hablan sobre cuestiones específicas.

Se sometió a prueba la hipótesis mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Si los resultados corroboraran las hipótesis o son congruentes a éstas, se aportara evidencia en su favor. Si se refutan, se descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis. Al apoyar las hipótesis se genera confianza en la teoría que las sustenta. Si no fuera así, se descartarían las hipótesis y, eventualmente, la teoría. Este enfoque utiliza la lógica o razonamiento deductivo, que comienza con la teoría y de ésta se derivan expresiones lógicas denominadas hipótesis que el investigador busca someter a prueba.

Se ha recabado literatura en Google Académico y Scielo haciendo una exhaustiva revisión, luego se construyó el marco teórico pertinente, que guio el estudio, sometió a prueba la hipótesis con el uso de los diseños de investigación precisos, corroborando la congruencia de la misma y dando resultados a favor,

Para la obtención de estos resultados se recolectaron datos numéricos de los participantes, donde se estudiaron y analizaron mediante procedimientos estadísticos.

La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible. Los fenómenos que se observan y/o miden no deben ser afectados de ninguna forma por el investigador, este debe evitar que sus temores, creencias, deseos y tendencias, influyan en los resultados del estudio o interfieran en los procesos y que tampoco sean alterados por las tendencias de otros, es decir, se busca minimizar las preferencias personales.

Sigue un patrón predecible y estructurado (el proceso) y se debe tener en cuenta que las decisiones críticas son efectuadas antes de recolectar los datos.

Se pretende generalizar los resultados encontrados en un grupo (muestra) a una colectividad mayor (universo o población). También se busca que los estudios efectuados puedan replicarse.

Con los estudios cuantitativos se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Esto significa que la meta principal es la construcción y demostración de teorías que expliquen y predigan.

Si se sigue rigurosamente el proceso y, de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimiento.

Es tipo retrospectivo. Como menciona Canales una investigación realizada con hechos ocurridos en el pasado, la información que se registra continúa según los sucesos van sucediendo.

La clasificación según el periodo y secuencia del estudio es transversal, puesto que se han estudiado diferentes variables en simultáneo en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo, en los que, los datos son extraídos de la realidad, estos nos permitirán descubrir los conocimientos que tienen los profesionales entrevistados en relación del ingreso y reingreso al quirófano de los pacientes pediátricos.

Si evaluamos el análisis y el alcance de los resultados, este trabajo es de tipo descriptivo porque define la situación de las variables que se estudian dentro de la población que en este caso son Anestesiólogos, Licenciados en Instrumentación Quirúrgica y Técnicos en Instrumentación Quirúrgica.

En este tipo de estudio descriptivo, nos responderemos acerca de que se ha investigado, las características de la población, factores asociados al problema, condiciones de salud y vida de la población, eventos sociológicos y administrativos. Descubriendo sus características, qué es un primer nivel de la investigación, puesto que presenta los hechos o fenómenos, pero no los explica. Además, el diseño no va enfocado a comprobación de hipótesis, aun cuando se basan en hipótesis generales implícitas.

Población de estudio

La población que se hace partícipe del estudio es Técnicos en Instrumentación quirúrgica, Licenciados en instrumentación quirúrgica y Anestesiólogos pediátricos.

Criterios de inclusión

Técnicos en instrumentación quirúrgica, Licenciados en Instrumentación Quirúrgica que participen en cirugías pediátricas y Anestesiólogos Pediátricos.

Que pertenezcan al Hospital de Alta Complejidad el Cruce Néstor Kirchner. Que trabajen en el Hospital Garrahan, como así también en clínicas y sanatorios privados.

Criterios de exclusión

Técnicos en instrumentación quirúrgica, Licenciados en Instrumentación quirúrgica y anestesiólogos que no ejerzan en el ámbito pediátrico.

Personal que tenga menos de dos años ejerciendo en los nosocomios.

Área de estudio

El área de estudio está definida por el personal que se dedica a desarrollarse en las tareas de Técnicos en Instrumentación Quirúrgica, Licenciados en Instrumentación Quirúrgica y Anestesiólogos Pediátricos.

Variables simples

VARIABLE	TIPO	VALOR LIMITE
Sexo	Cualitativa independiente dicotómica nominal	a) Femenino b) Masculino
Profesión	Cualitativa, independiente, nominal	a) Instrumentador/a quirúrgico b) Lic. instrumentación quirúrgica c) Anestesiólogos Pediátricos
Antigüedad laboral	Cualitativa Independiente continua	a) 2 - 4 años

		c) 4 - 6 años d) 6 - 8 años e) Más de 8 años
Institución	Cualitativa dicotómica, Independiente	a) Privada b) Público c) Ambos

Variables Complejas

VARIABLE	TIPO	DIMENSIÓN	INDICADOR
Paciente pediátrico	Dependiente, cuantitativa, de razón	Edad	¿Cuál es el rango etario del paciente pediátrico? a) De 0 a 9 años b) De 0 a 4 años c) De 0 a 18 años d) De 0 a 16 años
	Cualitativa, Nominal	Rango etario	¿Usted conoce la clasificación de los pacientes pediátricos? a) Si b) No c) No sabe
	Cualitativa, dicotómica	Protocolo	¿En su lugar de trabajo hay un protocolo escrito para ingreso de paciente pediátrico?

			a. No b. Si c. Esta en proceso d. Si pero no se le da importancia e. No le damos importancia a la diferencia entre pacientes adultos y pediátricos
	Cualitativa, dicotómica	Protocolo	Si la respuesta anterior fue si, ¿Usted conoce el protocolo a seguir? a. Si b. No
Ingreso de paciente pediátrico a quirófano	Cuantitativa, continua.	Capacitación	¿Cuánto hace que recibió una capacitación referida al trato del paciente pediátrico? a. 6 meses b. 6 meses – 1 año c. 1 año – 5 años d. no existió
	Cualitativa, dicotómica	Edificio	En la institución que usted trabaja, ¿Tiene un quirófano pediátrico con decoración infantil? a. Si b. No

Cualitativa, Nominal	Protocolo	¿El ingreso del paciente pediátrico es con su madre, padre o tutor? a. Si, ingresa acompañado hasta ser dormido permanece esa persona b. No, ingresa solo
-------------------------	-----------	---

			c. Depende, si hay tiempo, hacemos cambiar al padre, madre o tutor e ingresa.
	Cualitativa, Nominal	Material lúdico	En su lugar de trabajo, ¿Cuentan con juguetes para que el paciente pediátrico esté entretenido hasta lograr la inducción anestésica? a. si, pero no se los damos siempre, depende del tiempo b. no c. si, y los utilizamos
	Cualitativa, Nominal	Psicoprofilaxis	En el reingreso del paciente pediátrico, (esto en el caso que usted haya estado con el mismo paciente varias veces) ¿Noto cambio de actitud en los posteriores reingresos? a. nunca presté atención a eso b. si, lo noté mucho más asustado c. si, noté una profunda angustia d. si, estaba más tranquilo
	Cualitativa, Nominal	Psicoprofilaxis	En el ingreso del paciente pediátrico mayor a cuatro años ¿Busca interactuar para simpatizarle? a. si b. no c. prefiero no estar con pacientes pediátricos

	Cualitativa, dicotómica	Objeción de conciencia	Usted, si pudiera elegir, ¿Elegiría trabajar con pacientes pediátricos? a. si b. no
	Cualitativa, Nominal	Objeción de conciencia	Si su respuesta anterior fue no, seleccione uno de los motivos: a. me impresionan b. no tengo paciencia c. me angustia d. no me gustan los niños
	Cualitativa, Nominal	Material lúdico	El ingreso del paciente pediátrico desde la puerta principal hasta el quirófano en sí, lo hacen en: a. sillas de rueda b. camilla c. autito d. algún móvil tipo juguete infantil.

Herramienta de recolección de datos

Sampieri describe que la recolección de datos se fundamenta en la medición de variables o conceptos contenidos en la hipótesis. Esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica, para que sea creíble y aceptada por otros investigadores.

En esta investigación se utilizó un instrumento de recolección de datos basado en un cuestionario, el que consiste en preguntas cerradas, las que se definen por contener categorías u opciones de respuestas que han sido delimitadas, y se presentan a los participantes las posibilidades de respuesta. Pueden ser dicotómicas, por tener dos posibilidades de respuestas, o tener varias opciones.

Como herramienta de recolección de datos se utilizó una encuesta cerrada, que cuenta con 17 preguntas. Se realizó un cuestionario interactivo que se distribuyó entre Licenciados de instrumentación quirúrgica, Técnicos en Instrumentación Quirúrgica y Anestesiólogos Pediátricos que trabajan en el Hospital Garrahan, Hospital del Cruce, Sanatorio Modelo de Quilmes.

Cuatro de estas son preguntas demográficas, el resto de ellas indaga, en principio, sobre el conocimiento en sí mismo del rango etario de los pacientes pediátricos y su clasificación según la edad.

Se trató de profundizar más sobre el conocimiento y capacitación específica que se pudiera haber recibido en las diferentes especialidades encuestadas, buscando en estas respuestas, despejar dudas sobre si, las instituciones de salud tanto en el ámbito privado como público, le dan importancia a la capacitación de su personal con respecto a tan delicada edad con su trato pertinente, y demás cuestiones necesarias para el abordaje de los mismos en situaciones claves como una intervención quirúrgica, y encontramos respuestas claras en una de estas preguntas. Se incluyó también una pregunta que nos denoto el tiempo que llevaban sin capacitarse al respecto, o si jamás lo habían hecho.

Siguiendo el cuestionario buscamos descubrir si existen protocolos de manejo de ingreso a la planta quirúrgica del paciente pediátrico, y si fuera así, saber si este se aplicaba de manera correcta y constante.

Con respecto a lo edilicio recolectamos información con una pregunta que apunto directamente a la decoración o no, que podían tener en un quirófano exclusivo dedicado a recibir a los pacientes pediátricos.

Y como era de suma importancia para este trabajo de investigación, en la encuesta, se preguntó de qué manera ingresaban los antes mencionados, si acompañados o solos, midiendo los tiempos laborales y qué importancia se le daba a esto.

Era necesario saber si en las instituciones de salud tanto privadas como públicas, contaban con juguetes que colaboran con el bienestar psicofísico, al ingreso de la planta quirúrgica, por lo que se sumó una pregunta de esta índole.

Se hizo hincapié en la percepción de nuestros profesionales de la salud con respecto al estado de ánimo de los niños en tanto hayan reingresado varias veces al centro quirúrgico y se haya dado la posibilidad de que el mismo profesional tomara contacto con el mismo paciente.

En una de las ultimas preguntas y como era de total relevancia se dejó saber si, a los encuestados, les gusta o no trabajar con pacientes pediátricos, subsiguiendo con él porque de esto, y si pudieran elegir que decidirían, finalizando esta encuesta con el conocimiento a través de las respuestas de si, en dichas instituciones, los pacientes pediátricos hacen su ingreso como un adulto, o tienen para ofrecer algún medio de transporte seguro higiénico y lúdico a la vez.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este trabajo de investigación el total de personas encuestadas fue de 62.

El 74, 2 % fueron mujeres, el 25,8 % hombres, los cuales el 56, 5% eran Licenciados en Instrumentación Quirúrgica, 29% Técnicos en Instrumentación Quirúrgica y 14,5 % Anestesiólogos pediátricos.

La siguiente tabla revela el total de personas encuestadas y especifica la especialidad de cada uno de ellos, demostrando la frecuencia absoluta y la frecuencia relativa.

Destacando que la frecuencia absoluta fue del 56% con la especialidad de Licenciados en Instrumentación Quirúrgica

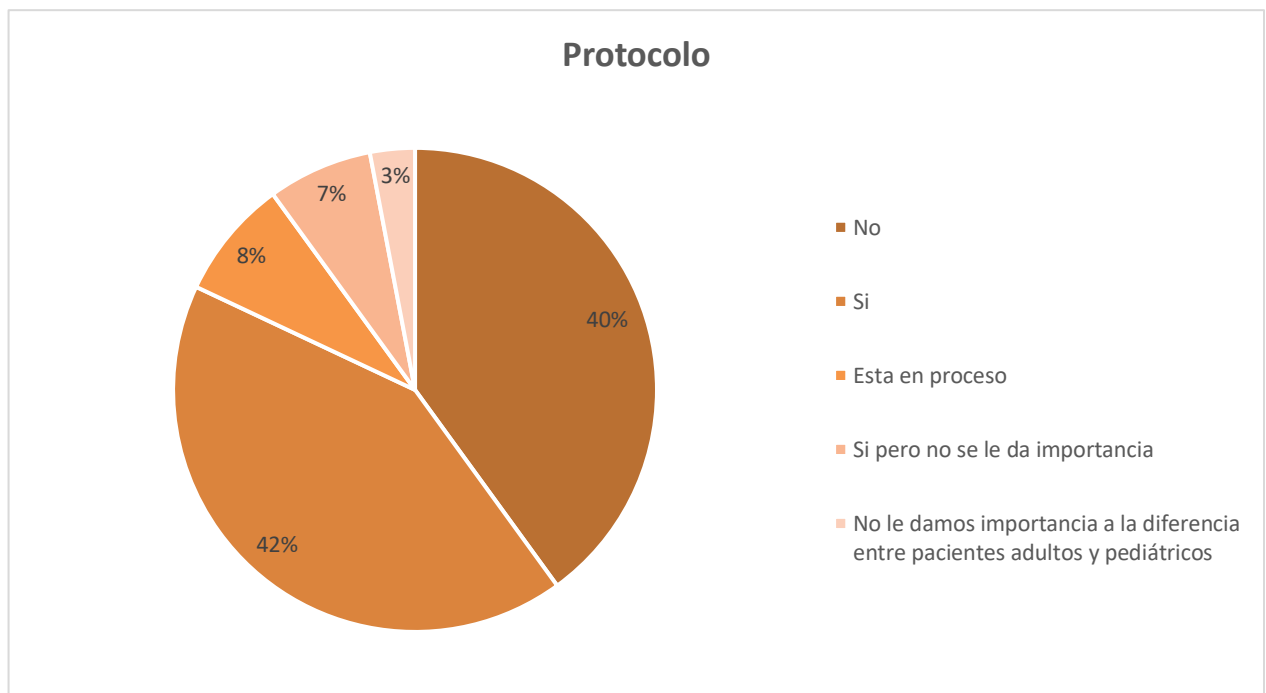
Especialidad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	%
Anestesiólogo Pediátrico	9	0,15	15%
Licenciado en Instrumentación Quirúrgica	35	0,56	56%
Técnico en Instrumentación Quirúrgica	18	0,29	29%
Total General	62	1	100%

El 80 % llevaba más de 8 años trabajando y el 16,1 % entre 2 a 4 años.

El 70% de los encuestados se desarrollan en el ámbito público, el 12,9% en el privado y el resto en ambas instituciones. Eran profesionales de una antigüedad laboral de más de 8 años el 79% de los encuestados, 16, 1 % de la muestra llevaba de 2 a 4 años ejerciendo y la minoría con un 4,8% de 4 a 6 años, en la siguiente pregunta vimos que existe una confusión en lo que respecta al rango etario del paciente pediátrico en sí mismo, debido a que el 82, 3 % de los encuestados respondieron que la opción correcta era de 0 a 16 años, y el 11, 3% de 0 a 18 años, siendo un 6, 4% de respuestas de 0 a 4 años y de 0 a 9 años. Queriendo profundizar un poco más respecto de este tema, buscamos preguntar si conocían además la clasificación según la edad, el 88, 7 % dijo saberla, y el 11, 3 % respondió no estar seguro.

En el siguiente grafico se ve en detalle las respuestas de los encuestados donde vemos si en las instituciones a las que pertenecen cuentan con Protocolos a seguir con respecto al manejo del paciente pediátrico y su ingreso al centro quirúrgico.

Gráfico n°1

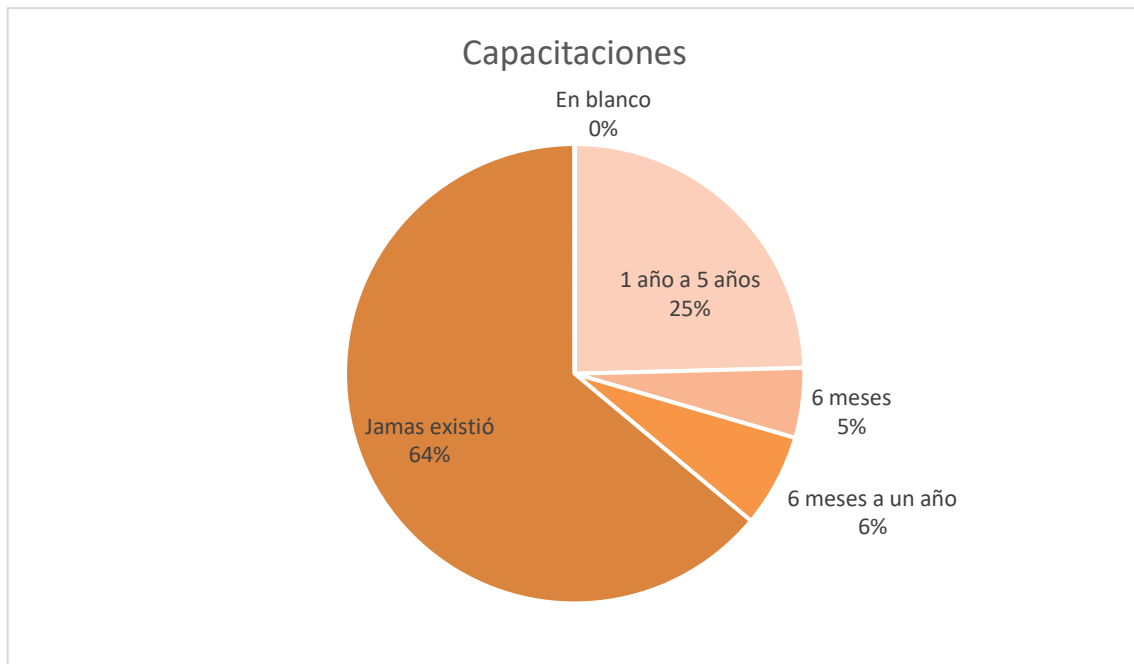


Fuente de elaboración propia, año 2022.

Por supuesto preguntamos si conocían el Protocolo sobre el ingreso del paciente pediátrico al quirófano y las respuestas obtenidas fueron, que, el 42% de los encuestados lo conocía, y el 40% No. El 8% respondió que el protocolo se encontraba en proceso, el 7% cuentan con protocolo pero no le dan importancia al momento de vincularse con el paciente pediátrico y por último el 3% no le da relevancia a la diferencia entre pacientes adultos y pediátricos.

Era importante recabar información sobre las capacitaciones que hayan recibido los profesionales de la salud de esta encuesta, respecto del manejo hacia el paciente pediátrico, por eso presentamos el gráfico que sigue, dando muestra del tiempo que llevan sin capacitarse o si jamás lo hicieron. La mayor relevancia fue que jamás ha existido en su experiencia laboral una capacitación específica de este tema, dando un total de 63,93% a esta respuesta. En un período de un año a cinco años fue del 24,59% de personas encuestadas, seis meses a un año 6,56%, seis meses 4,92% y solo una persona dejó en blanco esta respuesta del total de los encuestados por eso encontramos el 0,01% en el gráfico presentado.

Gráfico N° 2

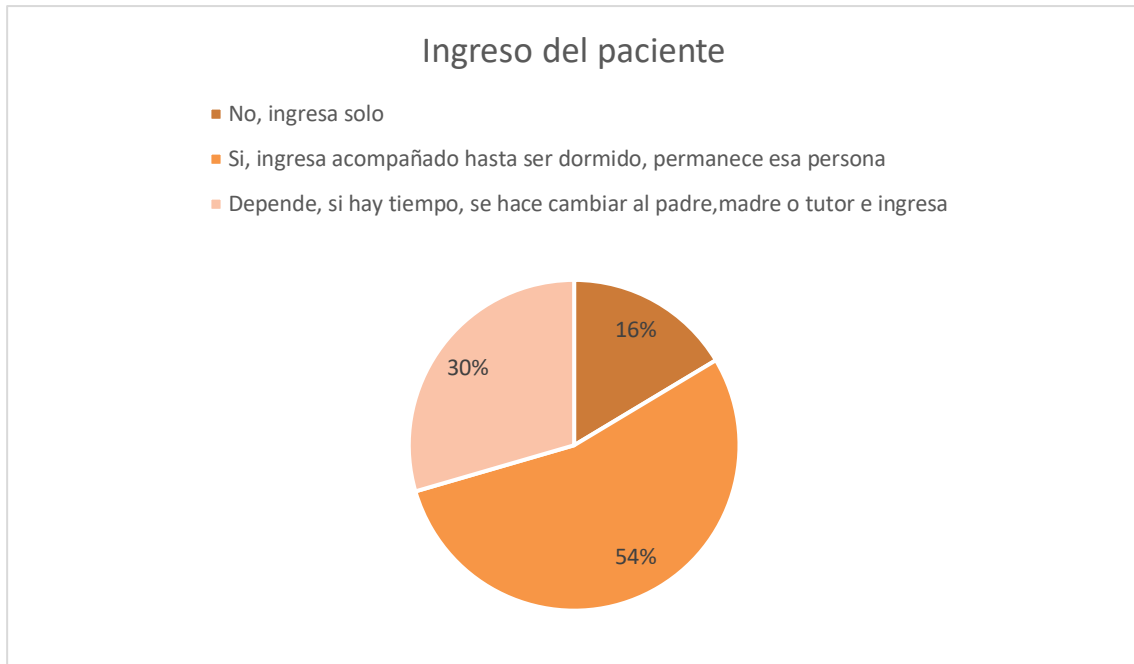


Fuente de elaboración propia, año 2022.

Un dato relevante de este trabajo de investigación era saber si en las diferentes instituciones contaban con un quirófano ambientado con decoración que colabore con el impacto psicoafectivo de los pacientes pediátricos y las respuestas fueron muy precisas donde el 96, 8 % de los lugares no contaban con un quirófano decorado y el 3,2% si contaban con ello.

Buscamos conocer además, el manejo interno de cada lugar, para profundizar un poco más, y ahondar en la forma de ingreso de estos pacientes, el 54, 1% respondió que ingresan con su padre, madre o tutor, y estos últimos permanecen allí hasta que las drogas anestésicas hacen efecto en el niño, el 16, 4% dejó claro que el ingreso es solo con el personal de salud, y el 29, 5 % ha dado como respuesta, que depende del tiempo que se dispone, se permite que los responsables del menor se cambien y acompañen al mismo.

Presentamos grafico N° 3



Fuente de elaboración propia, año 2022.

Como pudimos observar en el marco teórico, era de importante relevancia, contar con juguetes para aminorar la ansiedad en el paciente, y la muestra evidencia que en la mayoría de las instituciones cuentan con ellos, el 41,9% los tienen y utilizan, el 35, 5% no poseen juguetes, y el 22, 6 % cuentan con estos elementos didácticos, pero nuevamente, dependen de los tiempos de la planta para poder suministrárselos, en el momento del ingreso.

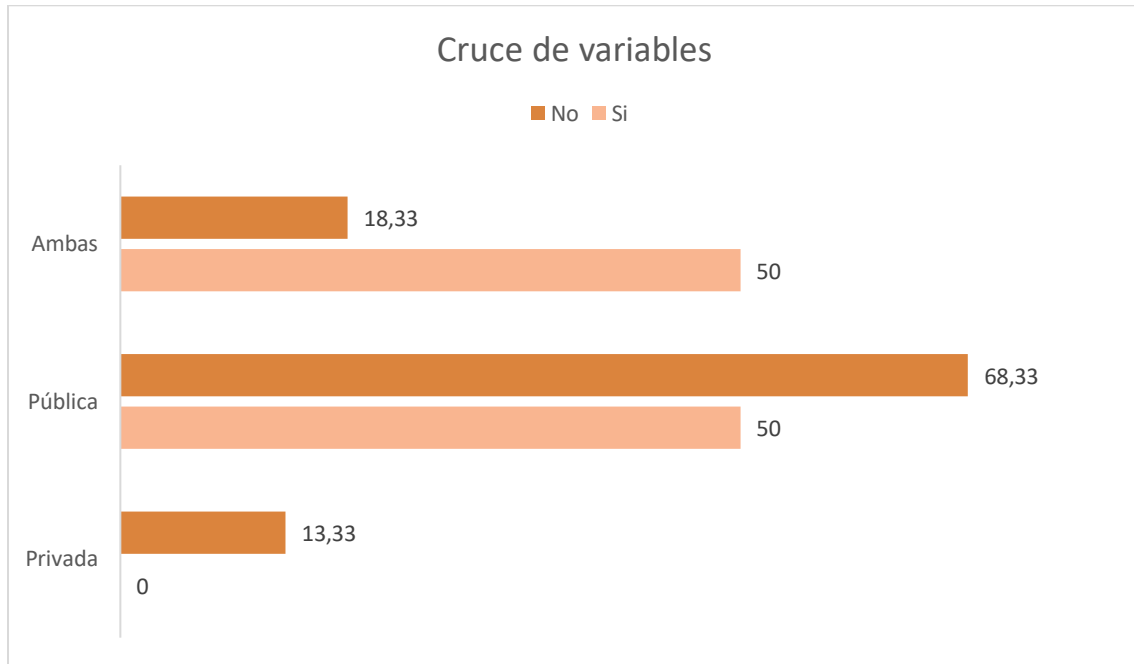
Durante la investigación fue importante también conocer que muchos pacientes reingresan varias veces a quirófano, ya que sus patologías ameritan reiteradas intervenciones, por eso, descubrir también la visión y percepción de los diferentes profesionales que interactúan con el niño era importante, y en la siguiente pregunta descubrimos que el 42, 4% de los pacientes que reingresan estaban más tranquilos, el 25, 4 % de la muestra respondió que nunca presto atención a dicha inquietud, el 18, 6% los noto más asustado y el 13, 6 % más angustiado.

Debido que la relación profesional-paciente es pura reciprocidad también se consultó si los miembros del equipo quirúrgico buscaban interactuar y simpatizarle al paciente pediátrico de más de 4 años que son los que habitualmente vinculan más. Las respuestas fueron que el 95,1% respondió de manera afirmativa, el 3,3% respondió No, y el resto,

preferirían no trabajar con pacientes pediátricos, por lo que se continuo la investigación queriendo conocer si les gusta el trabajo con ellos o no, el 66, 1% dio respuesta afirmativa y el 33, 9% negativa, y ahondando más aun, buscamos conocer el por qué Notrabajar con niños, y el 95, 2% de la muestra manifestó que le provoca angustia, y el 4,8% restante le causa impresión.

Como último detalle buscamos verificar de qué manera ingresan los pacientes pediátricos a la planta, siendo relevante en lo que se brinda como institución y aporta al cuidado de las emociones del paciente, por eso detallamos una serie de posibilidades de medios de ingreso, y en la mayoría de la muestra vimos que los pacientes ingresan en camilla, con el resultado arrojado de un 78, 7%, 13, 1% en un auto de juguete, 6,6 % algún juguete vehicular, y el resto en sillas de ruedas.

El grafico N° 4, representa el cruce de variables recolectadas, donde los trabajadores de salud que colaboraron con esta investigación e hicieron posible conocer si los quirófanos están decorados como antes mencionamos, con el fin de mejorar respecto de la importancia de psicoprofilaxis infantil frente a las intervenciones quirúrgicas, en el ámbito público, privado y ambos. Los datos arrojados revelan que las personas encuestadas que trabajan en instituciones públicas el 50% cuenta con un quirófano decorado, el 68,33% no. En el ámbito privado no cuentan con quirófanos decorados. Quienes trabajan en ambas instituciones respondieron el 50% que si cuentan con decoración infantil, y el 18,33% dio respuesta negativa.



Fuente de elaboración propia, año 2022.

CONCLUSIÓN

En base a la pregunta problema de este trabajo de investigación y conociendo en mayor profundidad los temas referidos a los objetivos a tratar, constatamos que la hipótesis aquí planteada es certera y real, siendo que toda la información recabada, muestra que, hay mucho por investigar en mayor medida, para poder desarrollar protocolos de alta competencia y formación constante para las instituciones de salud, y los trabajadores que allí se desempeñan para mejorar el trato brindado hacia los pacientes pediátricos y sus familiares, siendo estos conocimientos los que brindan ciertos detalles que puedan mejorar la evolución del niño luego de una intervención y previa a esta.

Se logró conocer que falta afianzar conocimientos, como así también la posibilidad de elección en el desarrollo de tareas desempeñadas, de manera que los recursos humanos que si elijan realizar su trabajo con pacientes pediátricos busquen capacitarse permanentemente para una mejora constante, y que las instituciones se comprometan en brindar los medios necesarios para hacer posible esto. De esta manera se logrará disminuir la ansiedad y recuperación del paciente, este trabajo de investigación deja en claro, la importancia de incluir la parte lúdica en cada etapa que deba vivir el niño.

Por eso el trabajo interdisciplinario con las diferentes áreas de los nosocomios de salud, juegan un papel fundamental en la salud y psicoprofilaxis del paciente, más allá de que no sea un lugar pediátrico en general, las condiciones edilicias, deberían ser tenidas en cuenta, puesto que contribuyen en esto. Las áreas de quirófano son sectores donde los pacientes, sienten mucha vulnerabilidad y desconsuelo, por eso la capacitación específica en cada área, es necesaria, como así también prevalecer la preparación física y psíquica en este caso de los pacientes pediátricos. Por eso lo interdisciplinario es fundamental para la obtención de buenos resultados

Muchas situaciones ciertamente dependen de la economía que se maneje en ese lugar, pero las propuestas y modelos de otros lugares demuestran que los beneficios son incontables.

PROPUESTA DE MEJORA

Este trabajo de investigación pretende lograr un aporte para los trabajadores de la salud en general, puesto que el abordaje que amerita el paciente pediátrico es totalmente delicado, se busca lograr el desarrollo de un programa de capacitaciones interdisciplinarias permanentes y controles de calidad, donde las diferentes especialidades vinculadas al trato y manejo del paciente pediátrico, puedan aportar sus conocimientos, enriqueciendo así, otras especialidades de manera recíproca y con un fin altruista en común.

Lograr un protocolo único para el ingreso del paciente pediátrico, donde queden claras todas las instancias, ya sean, intervenciones de urgencia o programadas. Prevaler el cuidado psicológico para poder dar un trato integrador, no solo del paciente, sino de quien lo acompaña, buscando disminuir su impacto negativo post quirúrgico y favorecer a su pronta recuperación.

Unificar criterios y conocimientos que logren a través de este protocolo dar lo que necesitan siempre, lograr que esté al alcance de todos los nosocomios de salud, tanto privados como públicos, los medios necesarios para la efectividad de este.

Que cada institución de salud cuente con al menos un quirófano con decoración infantil, para evitar un mal impacto visual para el paciente pediátrico, incorporar jugoso juguetes que colaboren con la causa.

Reflexionar al respecto y como profesionales de la salud hacer cumplir esto, más allá de los tiempos que apremien y la economía, no olvidando que un niño es frágil tanto física como psíquicamente por lo que amerita un cuidado de mayor detalle, totalmente diferente del que pueda necesitar un paciente adulto.

ANEXOS



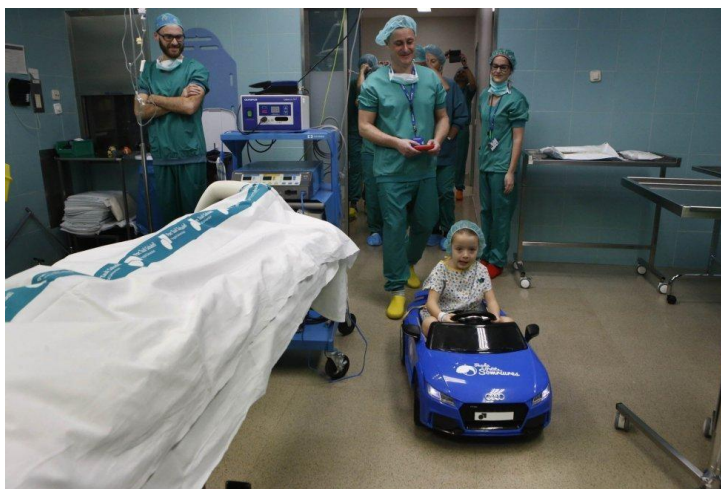
Figura n°1 pacientes pediátricos ingresando a quirófano en automóviles a batería.



Figura n° 2 niña que ingresa acompañada del personal de salud a quirófano, con un auto de la institución



Figura nº 3 Madre que acompaña a su hijo a espera de efectos anestésicos y posterior retirada



Modelo de encuesta

<https://forms.gle/Uvw5NFjvi2K4GG926>

1. ¿Cuál es su sexo?
 - a) Femenino
 - b) Masculino
2. ¿Cuál es su especialidad?
 - a) Anestesiólogo Pediátrico
 - b) Licenciado en Instrumentación Quirúrgica
 - c) Técnico en Instrumentación Quirúrgica
3. ¿Cuál es su antigüedad laboral?
 - a) De 2 a 4 años
 - b) De 4 a 6 años
 - c) De 6 a 8 años
 - d) Más de 8 años
4. ¿En qué tipo de institución trabaja?
 - a) Privada
 - b) Pública
 - c) Ambas
5. ¿Cuál es el rango etario del paciente pediátrico?
 - a) De 0 a 9 años
 - b) De 0 a 4 años
 - c) De 0 a 18 años
 - d) De 0 a 16 años
6. ¿Usted conoce la clasificación del paciente pediátrico? Que comprende en, NEONATO, NIÑO, ADOLESCENTE.
 - a) Si
 - b) No
 - c) No estoy seguro
7. En su lugar de trabajo, ¿Hay un protocolo escrito para el ingreso de paciente pediátrico?
 - a) No
 - b) Sí
 - c) Está en proceso
 - d) Si, pero no se le da importancia
 - e) No le damos importancia a la diferencia entre pacientes adultos y pediátricos
8. ¿Si en la respuesta anterior respondió si, Usted conoce el protocolo a seguir?
 - a) Si
 - b) No
9. ¿Cuánto hace que recibió una capacitación referida al trato del paciente pediátrico?
 - a) 6 meses
 - b) 6 meses a 1 año
 - c) 1 año a 5 años
 - d) Jamás existió
10. En la institución que usted trabaja, ¿Tienen un quirófano pediátrico con decoración infantil?
 - a) Si
 - b) No

11. ¿El ingreso del paciente pediátrico es con su padre/ madre o tutor?
 - a) Si, ingresa acompañado hasta ser dormido permanece esa persona
 - b) No, ingresa solo
 - c) Depende, si hay tiempo, hacemos cambiar al padre, madre o tutor e ingresa
12. En su lugar de trabajo, ¿Cuentan con juguetes para que el paciente pediátrico este entretenido hasta lograr la inducción anestésica?
 - a) Sí, pero no se los damos siempre, depende del tiempo
 - b) No
 - c) Sí, y los utilizamos
13. En el reingreso de pacientes pediátricos, (esto en el caso que usted haya estado con el mismo paciente varias veces), ¿ Noto cambio de actitud en los posteriores re ingresos?
 - a) Nunca preste atención a eso
 - b) Si, lo note mucho más asustado
 - c) Si, note una profunda angustia
 - d) Si, estaba más tranquilo
14. En el ingreso del paciente pediátrico mayor a 4 años. ¿busca interactuar para simpatizarle?
 - a) Si
 - b) No
 - c) Prefiero no estar con pacientes pediátricos
15. Usted, si pudiera elegir, ¿elegiría trabajar con pacientes pediátricos?
 - a) Si
 - b) No
16. Si su respuesta anterior fue NO, seleccione uno de los motivos
 - a) Me impresionan
 - b) No tengo paciencia
 - c) Me angustia
 - d) No me gustan los niños
17. El ingreso del paciente pediátrico desde la puerta principal hasta el quirófano en sí, lo hace en:
 - a) Sillas de ruedas
 - b) Camilla
 - c) Autito
 - d) Algún móvil tipo juguete infantil

BIBLIOGRAFÍA

Gómez Recio, X. (2022). Ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos de 2 a 12 años: una revisión sistemática.

Serradas, M. (2022). Hacia la humanización de la atención de niños en hospitales. *Revista Estudios Psicológicos*, 2(4), 99-108.

Moix, J., Bassets, J. y Caelles, RM (1998). Efectividad de un audiovisual como preparación para la cirugía en pacientes pediátricos. *Cirugía Pediátrica*, 11 , 25-9.

Fernández, G. (2010). Paciente pediátrico hospitalizado. Departamento de psicología médica. Área Materno Infantil Facultad de Medicina. UDELAR. Recuperado de: [http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/ Disciplinas% 20 Asociadas/PACIENTE% 20 PEDIÁTRICO% 20 HOSPITALIZADO](http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/ Disciplinas%20Asociadas/PACIENTE%20PEDIÁTRICO%20HOSPITALIZADO).

Serrada Fonseca, M. (2007). Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. *Educere*, 11(39), 639-646.

Silvente, C., Moix, J. y Sanz, A. (2000). Reducción de la ansiedad en la antesala del quirófano en pacientes pediátricos. *Cir Pediatr*, 13, 30-34.

De Simone, MF, Mancuso, NM, Miranda, JA, Sambueza, AV, Franco, JVA, Esteban, S. (2020). Medición del estrés prequirúrgico en niños y preadolescentes que ingresan para cirugías de urgencia en el Hospital de Niños Sor María Ludovica de la Plata: estudio descriptivo. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 40 (4), 164-170

F. H de Canales, E. L de Alvarado, E. B. Pineda (1994). *Metodología de la Investigación – Manual para el desarrollo del personal de salud – segunda edición*.

R. H. Sampieri, C. F. Collado, P. B. Lucio (2006). *Metodología de la Investigación – cuarta edición*.

Carta Europea de los derechos de los niños y niñas hospitalizados - 13 de mayo de 1983 del Parlamento Europeo.