

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
ANTONIO LUACES IRAOLA

**Control de la Respuesta Psicológica en el Paciente Quirúrgico Pediátrico.
Control of the Psychological Response in the Pediatric Surgical Patient.**

Carmen Barredo Garcés (1), Volfredo Camacho Assef (2)

RESUMEN

La preparación preoperatoria de los niños ha sido ampliamente defendida en la literatura médica y psicológica, se estima que alrededor de un 78% de los principales Hospitales Pediátricos del mundo ofrecen programas de preparación para los niños y sus padres. De manera similar, muchos estudios sugieren que la preparación de los niños que recibirán anestesia para algún tipo de cirugía reduce considerablemente la ansiedad e incrementa la cooperación. Estos programas pueden proporcionar información narrada, visitas de orientación en la Unidad Quirúrgica de manera directa o indirectamente a través de videos didácticos y educativos, juegos de roles usando muñecos, show de títeres para preparar la conducta del niño, así como clases para desarrollar la habilidad de relajación en los niños y sus padres, entre otros métodos. Muchos estudios sugieren que la preparación de los niños que recibirán anestesia para algún tipo de cirugía reduce considerablemente la ansiedad e incrementa su cooperación. La consideración del evento quirúrgico y anestésico, como una crisis vital dentro de la psicología, hace necesario reflexionar sobre el tema y sus implicaciones éticas y sociales, especialmente al tratarse de los niños que se someten a la cirugía.

Palabras Claves: Preparación preoperatoria, respuesta psicológica, trauma quirúrgico y anestésico.

1. Especialista de Segundo Grado en Anestesiología y Reanimación. Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Asistente.
2. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Auxiliar

INTRODUCCIÓN

Con cada experiencia vivida los niños, que están en el proceso de ser, van modelando su forma definitiva. Aquellos profesionales que se encuentran cotidianamente enfrentados con los nuevos retos en el campo del cuidado de la salud, perciben su impacto en diferentes formas. Los niños sienten orgullo de lo que son y es, por lo tanto, esencial que reciban ayuda para enfrentar efectivamente dichas experiencias. La ansiedad en niños que se van a someter a cirugía se expresa de varias formas: sentimientos subjetivos de tensión, aprensión, nerviosismo y temor. Comportamiento postoperatorio de mal adaptación tales como enuresis, dificultades en la alimentación, apatía y encierro, además de alteraciones del sueño que pueden ser la resultante de la ansiedad preoperatoria (1). Algunos estudios indican que hasta un 60% de todos los niños que requieren cirugía presentan cambios conductuales las dos primeras semanas del postoperatorio.

Junto a las manifestaciones de cambio de comportamiento, la ansiedad gatilla la respuesta de estrés que se caracteriza por aumento del cortisol plasmático, epinefrina y actividad del factor de necrosis

tumoral. Los principales componentes de la respuesta de estrés son la hormona liberadora de corticotropina y los sistemas autonómicos y sus efectores, el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y las ramas del sistema autonómico. Hay también evidencias de comunicación bidireccional entre el sistema neuroendocrino y el sistema inmunológico con alteraciones en este último y mayor susceptibilidad a las infecciones y a las neoplasias.

Como un indicador de la importancia de la ansiedad preoperatoria, un panel de 72 anestesiólogos clasificó varios eventos anestésicos con baja morbilidad, basados en frecuencia e importancia. Los cinco eventos con los más altos puntajes fueron dolor a la incisión, náusea, vómito, ansiedad perioperatoria y malestar en la punción venosa. Por lo tanto, existe consenso entre los anestesiólogos a escala mundial en tratar la ansiedad preoperatoria.

Otro importante aspecto es la separación de los padres en la Unidad Quirúrgica. Aprender a separarse de los padres es una necesidad en el normal desarrollo de los niños. Este es un proceso evolutivo que reconoce varias etapas. Desde las primeras semanas de vida es posible discriminar, pero se acepta ser cuidado y confortado por adultos que no sean sus padres. Luego los lactantes comienzan a sonreír más a personas que le son familiares. La ansiedad por separación comienza alrededor de los 7-8 meses y adquiere su nivel más alto hacia el año de edad. Luego la intensidad de la ansiedad comienza a disminuir debido principalmente al aumento en la capacidad de memoria y las habilidades cognitivas, pero este aumento no inmuniza a los lactantes y a los preescolares contra el estrés de la separación(2).

La intensidad de la separación está modulada por distintos factores que reflejan el desarrollo individual del niño tales como cuidados por los padres, dotación genética, personalidad, experiencias previas y el medio ambiente. En los niños con una gran sensibilidad a las novedades y las transiciones, aun en separaciones esperadas, éstas pueden imponer un grado mayor de estrés que en niños menos sensibles. Los padres también modulan las respuestas de los niños. Padres ansiosos están limitados en atenuar esta respuesta. El cuidado de los niños en el hogar hasta el momento de la separación también es un factor que modula la respuesta, niños sin la adecuada atención en la casa tienen riesgo aumentado al estrés por separación de los padres(2).

Es importante poder identificar los factores de riesgo que inciden en la aparición de la ansiedad preoperatoria, para así poder desviar más recursos hacia los pacientes más vulnerables. El temperamento del paciente, tal como se mencionó, es un predictor independiente de ansiedad. Niños entre 1 a 5 años de edad están en riesgo mayor para desarrollar ansiedad extrema. Niños que son tímidos o inhibidos o que tienen un alto grado de inteligencia y carecen de buenas capacidades adaptativas tienen riesgo aumentado. Los pacientes sobre 6 años pueden anticipar que van a sentir dolor y/o que se van a dormir de lo cual pueden no despertar. Quizá lo relacionen a alguna mascota a la cual se la puso a "dormir". Los niños mayores tienen otras estrategias de enfrentamiento que incluyen extensos cuestionarios al anestesiólogo, tanto en relación al proceso anestésico-quirúrgico como a las tecnologías usadas, programas de computación en comparación a monitores o pretender que son "capos" en la materia y que son usados como mediadores de la ansiedad(3).

La mayoría de los estudios sobre ansiedad preoperatoria usan sofisticados y complicados tests que deben ser realizados por especialistas que tienen un alto costo en tiempo y dinero, los cuales no son posibles de aplicar en forma masiva a toda la población pediátrica. Por lo tanto, son los anestesiólogos los que deben depender de su propia percepción del temperamento del niño, adaptación social y nivel de ansiedad de los padres, para cualificar y cuantificar la ansiedad preoperatoria.

Tomando en cuenta esto, podemos definir como situación de crisis a la intervención quirúrgica. Desde 1961, existen trabajos efectuados al respecto, como experiencia preventiva, donde se

tomaron registros posquirúrgicos, en los que se encontraron síntomas fóbicos, insomnio, pesadillas nocturnas, enuresis diurna y nocturna, entre otros. También se pudo observar dificultad para tragar en las amigdalectomías(3).

La preparación preoperatoria de los niños ha sido ampliamente defendida en la literatura médica y psicológica, se estima que alrededor de un 78% de los principales Hospitales Pediátricos del mundo ofrecen programas de preparación para los niños y sus padres. De manera similar, muchos estudios sugieren que la preparación de los niños que recibirán anestesia para algún tipo de cirugía reduce considerablemente la ansiedad e incrementa la cooperación.

Los programas más usados, son aquellos que proporcionan información narrada, visitas de orientación, en la Unidad Quirúrgica de manera directa o indirectamente a través de videos didácticos y educativos, juegos de roles usando muñecos, shows de títeres para preparar la conducta del niño, así como clases para desarrollar la habilidad de relajación en los niños y sus padres, entre otros métodos(4). Estos son lógicamente paquetes que se venden en los hospitales públicos y privados del mundo como un elemento más dentro del resto de las ofertas que el hospital hace a sus clientes que serán intervenidos quirúrgicamente.

Nuestro sistema social no usa la medicina con fines mercantilistas, es uno de los muchos logros de la revolución cubana, a los que no se ha renunciado ni aún en las más precarias condiciones económicas, por lo que el empleo sistematizado de técnicas de preparación para niños y sus padres puede ser una realidad en nuestro país.

Con esta revisión pretendemos evaluar la historia de los derechos de los niños en el ámbito de la anestesia y la cirugía, teniendo en cuenta su importancia, así como destacar el valor de la psicoprofilaxis quirúrgica como técnica de preparación preoperatoria.

DESARROLLO

Coincidiendo con las declaraciones sobre los derechos del niño(5), referenciadas en la introducción, surge en el ámbito de todas las ramas de la ciencias, la preocupación por preservar la salud mental de los niños, y por no perjudicar, con su accionar, la integridad física y mental de los grupos poblacionales más desprotegidos (minusválidos, pacientes con patologías mentales y niños). La aplicación de la anestesia a la población pediátrica no es ajena a esta tendencia de respeto de los principios de la bioética y se toma especial interés en considerar que aquellos niños que son sometidos a algún procedimiento de la ciencia y la tecnología, como ocurre en los eventos quirúrgicos y anestésicos deben ser especialmente atendidos en todas las esferas, lo que incluye la esfera psicológica.

Los programas de preparación conductual han evolucionado significativamente en las décadas recientes. En la década del '60, los programas estaban orientados a proveer una orientación tanto a los padres como a sus hijos de las facilidades hospitalarias, ya fuera por medio de folletos o un tour explicativos, lo que facilitaba la confianza entre el futuro paciente y el personal hospitalario. En la década siguiente se desarrollaron técnicas con modelos, muñecos, o con videos explicativos donde los niños experimentaban en forma indirecta el curso peri operatorio. Estas técnicas aumentaron en la década del '80 con la enseñanza de técnicas de enfrentamiento (coping). Actualmente el desarrollo de técnicas de enfrentamiento es considerado el mejor método de preparación preoperatoria seguido por modelaje, tour del quirófano y entrega de material impreso.

A pesar de los más de 50 años transcurridos desde la llamada de atención hacia los derechos del niño, y los derechos de aquellos que son sometidos a procedimientos de la ciencia y la técnica, como la anestesia y la cirugía, su autonomía e integridad mental en relación a estos, solo se tienen en cuenta de manera sistematizada en muy pocos casos (primer mundo y grupos de élite).

La situación actual en nuestro país, no obstante su lugar de vanguardia en el desarrollo integral de las ciencias médica y la visión eminentemente preventiva de la misma, no es alentadora pues los aspectos de la profilaxis de los daños psicológicos debidos al trauma que representa el evento quirúrgico y anestésico, no han sido debidamente atendidos en nuestras unidades asistenciales.

La hospitalización, y en especial la necesidad de una intervención quirúrgica puede resultar una experiencia perturbadora tanto para el infante como para los demás miembros de la familia. La identificación de los temores comunes que el niño puede experimentar en cada etapa de su crecimiento y desarrollo permitirán prepararlo para afrontar dicha experiencia y de esta manera reducir la repercusión negativa posterior que esto puede tener en su comportamiento social y en su desarrollo teniendo en cuenta su edad y nivel de desarrollo. Compete a la familia, a los padres, formar parte de este proceso para poder desplegar con éxito las anteriores técnicas(6).

En contraste de la edad adulta, donde no existen grandes diferencias, los niños muestran significativas particularidades de acuerdo con su edad, en cuanto a sus necesidades, intereses y preocupaciones, por lo que se hace necesario particularizar la atención con relación a ello.

La Psiquiatría o Psicología Preventiva el cuerpo de conocimientos profesionales teórico-prácticos que pueden anticiparse para desarrollar programas que se propongan, por ejemplo, reducir la prevalencia de los trastornos mentales de todo tipo en una comunidad.

Estaríamos hablando entonces de Prevención Primaria; en donde incluiríamos a la Psicoprofilaxis Quirúrgica, ya que la podemos encarar en el Marco de la Promoción de la Salud, es decir, el aumento del Nivel Basal de Salud Mental de la Comunidad mediante la disminución del riesgo de enfermedad psicológica.

En esta tarea, es importante tener claro el concepto de "Crisis Vital"; estaríamos refiriéndonos a episodios de alteración psicológica de carácter agudo y duración limitada que se presentan como un obstáculo que el individuo no puede resolver ni evitar con recursos habituales. Las intervenciones quirúrgicas son un ejemplo de ello.

Tomando en cuenta esto, definiremos como situación de crisis a la intervención quirúrgica y, como método para atenuar el impacto psicológico potencialmente traumático a la Psicoprofilaxis Quirúrgica. Desde 1961, existen trabajos efectuados como experiencia preventiva en donde se tomaron registros posquirúrgicos, como síntomas fóbicos, insomnio, pesadillas nocturnas, enuresis diurna y nocturna, entre otros(7). También se pudo observar dificultad para tragar en las amigdalectomías

La Psicoprofilaxis Quirúrgica es una Técnica Psicológica, ubicada dentro de las terapias breves, ya que sólo se trabaja focalizando la situación de crisis. Se puede aplicar a partir de los 2 años. La finalidad es brindar información real, adaptada y dosificada de la intervención, según el paciente. Si debemos definir qué es la Psicoprofilaxis Quirúrgica, diríamos que es similar a la Psicoprofilaxis Obstétrica. La evaluación y la capacitación del paciente y su grupo familiar, es necesaria para la colaboración con la realización exitosa del acto quirúrgico y su recuperación.

Sirve como control en situaciones de urgencias, descompensación psiquiátrica, operaciones mutiladoras, desborde del paciente y/o familia, falta de colaboración con el equipo médico, ausencia del grupo familiar.

Nuestro trabajo consiste en colaborar con el paciente y la familia para esclarecer fantasías y ansiedades relacionadas con la enfermedad y el acto quirúrgico. Cuando se trata de niños, se deben distinguir tres componentes principales por considerar, cuyos factores a su vez interactúan: 1) el desarrollo psicológico del niño al comienzo de la enfermedad; 2) la localización y el tipo de enfermedad y 3) la relación madre-hijo y las condiciones socioeconómicas del niño y su familia.

El objetivo principal de la Psicoprofilaxis Quirúrgica es permitir una reacción de miedo adecuada a la situación real, diferente, por un lado, del sometimiento y, por el otro, del pánico o negación. Para poder comprender esto, debemos tener en cuenta a autores, como Rado, que definen al miedo como un estado de alerta frente al peligro, caracterizado por un contenido intelectual, pues sabemos a qué le tenemos miedo, un estado emocional específico y ausencia de alteraciones motoras, pues el miedo paraliza. En cambio, la ansiedad está desprovista de un contenido intelectual, un estado emocional específico y alteraciones motoras periféricas, más notoriamente la brusca dificultad para respirar y la taquicardia.

Tanto la ansiedad como el dolor son un recurso de emergencia para prevenir al YO que debe tomar medidas para protegerse contra la fuerza que lo amenaza.

Otro punto para tener en cuenta se relaciona con el dolor y debemos tener claro qué ocurre con el dolor en la enfermedad. Los niños reaccionan de distinta manera: lo que uno experimenta como algo insoportable, otro apenas lo siente; la diferencia no está en la experiencia dolorosa propiamente dicha, sino en el grado en el que al dolor físico se superpone una significación psíquica. Esto tiene que ver con la historia del sujeto y su etapa evolutiva.

El niño experimenta sus dolores como consecuencia de un ataque y, por lo tanto, se siente agredido, en peligro y amenazado. Según su significación psíquica de la experiencia dolorosa, el niño reaccionará no sólo con ansiedad, sino también con rabia, enojo y eventualmente también con sometimiento, que es interpretado, a veces, equivocadamente como adaptación(8). Asimismo, es importante considerar las fantasías y ansiedades que tiene el niño respecto a la operación; para ello debemos esclarecer y verbalizar las fantasías y ansiedades pre, intra y postoperatorias relacionadas no sólo con la anestesia, sino también con la enfermedad y la situación quirúrgica. Esto se deduce del material verbal y no verbal, como el material lúdico y gráfico en los más pequeños. Las fantasías más comunes que hallamos son ¿qué pasa si no me duermo? Esta fantasía está relacionada directamente con el dolor; el temor está directamente relacionado con ser operado estando aún despierto. Otra de las fantasías es ¿qué pasa si no me despierto? Esta fantasía como podemos ver está relacionada directamente con la fantasía de la muerte.

También temen despertarse durante la cirugía, otra fantasía relacionada al dolor. Ahora bien, las ansiedades frente a un acto quirúrgico funcionan como señal de alarma, debemos tener en cuenta que todo acto quirúrgico constituye un trauma psíquico que genera habitualmente un cuadro de ansiedad preoperatoria, cuyos componentes son el temor a la muerte y al dolor físico. Además hay que considerar que todas estas fantasías y miedos están vinculados con la realidad objetiva de la operación y también, con las características individuales del paciente y de su propia historia.

El objetivo principal de la preparación del niño es que comprenda cómo será la intervención, qué le ocurrirá antes y después, y principalmente, que viva la operación como un hecho que lo llevará a un mejor estado de salud y que logre estar relativamente tranquilo. Finalmente, se puede afirmar que la Psicoprofilaxis Quirúrgica es una técnica para el alivio de las ansiedades. Además de elaborar toda sintomatología desarrollada a partir de la situación traumática. La rápida intervención en situaciones de desorganización, como un acto quirúrgico, evita que esta se transforme en una organización Patológica.

CONCLUSIONES

1. Todos los miembros de la sociedad incluidos los niños han de recibir una información general, adecuada y accesible sobre la utilización de los avances científicos, las biotecnologías y sus productos de acuerdo con su edad.
2. Todos los niños tienen derecho a la mejor asistencia médica posible. El paciente y su médico deben establecer conjuntamente el marco del tratamiento. El niño deberá expresar su consentimiento libre. De acuerdo a su edad y a su nivel cognitivo después de haber sido informado de forma adecuada.

3. El debate ético sobre los derechos de los niños en el escenario de la anestesia y la cirugía debe proseguir, con el fin de profundizar en el análisis de las diferentes concepciones éticas y culturales en éste ámbito y analizar las vías para su armonización.
4. La preparación psicológica del niño que se somete a un procedimiento quirúrgico y anestésico, reduce considerablemente el impacto negativo y aumenta su cooperación.
5. La Psicoprofilaxis Quirúrgica es una Técnica Psicológica, ubicada dentro de las terapias breves que resulta de gran utilidad en el control de situaciones de urgencias, descompensación e intervenciones quirúrgicas.

ABSTRACT

The preoperative preparation of children has been widely published in the medical and psychological literature, it is estimated that about (78 %) of the major Pediatric Hospitals the world over, offer preparation programs for the children and their parents. In like manner, many studies suggest that anxiety is reduced and cooperation is increased in the preparation of children who have previously been anesthetized. These programs may supply narrated information, orientation visits at the Surgical Units in a direct fashion or indirectly by means of didactic and educative videos, role play using dolls, puppet shows in order to prepare the child's behavior, as well as classes in order to develop relaxation skills in both children and parents; among other methods, Many studies suggest that the preparation of children who have previously been anesthetized for some kind of surgical procedure considerably reduce anxiety and increase cooperation. The consideration of the surgical and anesthetic event as a vital crisis within psychology renders necessary to think over the topic and its ethical and social implications, esp. when dealing with children to undergo surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Coté CJ. Preoperative preparation of the pediatric patient. American Society of Anesthesiologist (ASA) 1996 Annual Refresher Course Lectures. October 12-23, 1996. New Orleans: Edit Lippincott-Raven; 1996;232.
2. Kain ZN, Mayes LC. Preoperative anxiety in children: Predictors and outcomes. Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150:1238-45.
3. Kain Z, Mayes LC, Caramico L. Distress during induction of anesthesia and postoperative behavioral outcomes. Anesth & Analg 1999;88:1042-7.
4. Cassady JF, Wysocki TT, Miller KM. Use of a preanesthetic video for facilitation of parental education and anxiolysis before pediatric ambulatory surgery. Anesth & Analg 1999;88:246-50.
5. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos Ginebra, Suiza © Copyright 1996 - 2002
6. Kain Z, Mayes LC, Caramico L. Parental presence during induction of anesthesia: a randomized controlled trial. Anesthesiology 1996;84:1060
7. Kain Z, Mayes L, Wang S. Parental presence and a sedative premedicant for children undergoing surgery: a hierarchical study. Anesthesiology 2000;92:939-46.
8. Social adaptability and other personality characteristics as predictors for children's reaction to surgery. J Clin Anesth 2001;12:549-53.
9. McCann ME, Zeev NK. The management of preoperative anxiety in children: An update. Anesth & Analg 2001;93(1):98-105.
10. Alexander NG, Graham S. Gastroesophageal reflux and aspiration of gastric contents in anesthesia practice. Anesth & Analg 2001;93(2):494-513.
11. Emerson BM, Wrigley SR, Newton M. Preoperative fasting in paediatric anaesthesia: a survey of current practice. Anaesthesia 1998;53:326-30.

12. American Society of Anesthesiology Task Force on Preoperative Fasting. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. *Anesthesiology* 1999;79:482-5.
13. Sethi AK, Chatterji C, Bhargava SK. Safe preoperative fasting times after milk or clear fluids in children. *Anaesthesia* 1999;54:51-85.
14. Splinter WM. Preoperative fasting in children. *Anesth Analg* 1999;89:80-9.
15. Soreide E, Raeder JC. Changing preoperative fasting policies: impact of a national consensus. *Acta Anesthesiol Scand* 1998;42:1188-91.
16. Brodsky JB, Brock-utne AJ. Pulmonary aspiration of a milk/cream mixture. *Anesthesiology* 1999;84:1386-91.
17. www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol74_4_02/ped10402.htm - 26k
18. www.socanestesia.cl/rev_anestesia/0202/pacientequirurgico.asp - 56k
19. www.medens.com/encuentro/TEMAS/evaluacion_pediatria_articulo.htm - 72k
20. www.filosofia.org/filomat/
21. Declaración de Mónaco COLOQUIO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA Y DERECHOS DEL NIÑO (MÓNACO, 28 - 30 ABRIL 2000)
22. Wilson J, Goldenberger J. Children in the process of becoming. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150: 1234-5.
23. McCann ME, Kain Z. The management of preoperative anxiety in children: an up date. *Anesth Analg* 2001; 93: 98-105.
24. Kain Z, Mayes L, Weisman S, Hofstadter M. Social adaptability, cognitive abilities and other predictors for children's reaction to surgery. *J Clin Anesth* 2000; 12: 549-54
25. Bauchner H, Vinci R, Waring C. Experience and reason-briefly recorded. *Pediatrics* 1989; 84: 907-8.
26. Kain Z. Premedication and parenteral presence revisited. *Current Opinion in Anaesthesiology* 2001; 14: 331-7.