

31

GUÍA OPERATIVA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS





VERSIÓN 2024

Las disposiciones, lineamientos y recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y podrán ser modificadas de acuerdo con la evolución de la situación epidemiológica, a las pautas de prevención, aislamiento, protección o terapéuticas según las evidencias de las que se disponga. Versiones posteriores especificarán las modificaciones, páginas y comentarios.

VERSIÓN	MODIFICACIÓN	PÁGINA	COMENTARIO
1	31/07/2024		





INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Mtra. Bertha María Alcalde Luján

Directora General

DIRECCIÓN MÉDICA

Dr. Ramiro López Elizalde

Director Médico

Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguía

Subdirectora de Prevención y Protección a la Salud

Dr. Miguel Ángel Nakamura López

Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria

Mtra. Laura Minerva Hernández Herrera

Subcoordinadora de la Dirección Médica

Dra. Lucía Amelia Ledesma Torres

Jefa de Servicios de Enseñanza e Investigación

Dra. Eréndira Vicencio Rosas

Enc. De la Jefatura de Servicios de Programas de
Prevención y Atención de Enfermedades Crónico-
Degenerativas





GRUPO TÉCNICO

Dra. Lucía Amelia Ledesma Torres

Asesora Técnica del Programa Integral de Salud Mental

Mtra. Cecilia Flores Mendieta

Psicóloga Clínica y Neuropsicóloga, adscrita al Hospital Regional "1° de Octubre"

Dra. Martha Georgina Ochoa Madrigal

Jefa del Servicio de Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Psicología y Neuropsicología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

Dr. José Luis Pozos Saldívar

Médico Paidopsiquiatra adscrito al Hospital Regional "1° de Octubre"

Dr. José Alberto Téllez Martínez

Jefe del Servicio de Salud Mental del Hospital General "Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua", Tláhuac

Dra. Eréndira Vicencio Rosas

Coordinadora Nacional del Programa Institucional de Atención Paliativa

Dra. Karla Cristina Barrera Marín

Médica Psiquiatra adscrita a la Dirección Médica

Lic. María Guadalupe Copado Figueroa

Trabajadora Social adscrita a la Dirección Médica



Psic. Janninne Sánchez Carbajal

Psicóloga Clínica adscrita a la Dirección Médica

Mtra. Maricela Sandoval Olivares

Psicóloga y Neuropsicóloga Clínica adscrita
a la Dirección Médica

Dra. Cristina Aguillón Solís

Psicóloga y Neuropsicóloga Clínica
adscrita a la Dirección Médica

Psic. Alfredo Cabrera Contla

Psicólogo Clínico adscrito a la Dirección Médica

Mtra. Sharon Anahí Paredes Chávez

Psicóloga y Neuropsicóloga Clínica
adscrita a la Dirección Médica

Psic. Pamela Maricruz Altamirano Raygadas

Psicóloga y Neuropsicóloga Clínica
adscrita a la Dirección Médica

Mtra. Jacqueline Donato Hernández

Psicóloga y Neuropsicóloga Clínica
adscrita a la Dirección Médica

Psic. Luis Héctor Palacios Hernández

Psicólogo Adscrito a la Dirección Médica





Contenido

1. Introducción.....	7
2. Marco normativo.....	9
3. Objetivos	12
3.1 Objetivo específico	12
4. Conceptos básicos.....	13
5. Preparación y manejo psicológico pre y post quirúrgico en el paciente pediátrico.....	14
5.1 PreparaciónPrequirúrgica	16
5.2 Evaluación y manejo de la ansiedad en fase pre e intraquirúrgica..	20
5.3 Manejo postquirúrgico.....	20
6. Implementación de medidas de seguridad emocional con los padres.	21
6.1 Identificación de estresores.....	21
6.2 Medidas de manejo y contención con los padres y/o tutores.....	22
7. Información que deben tener los padres.....	23
8. Consideraciones en neurocirugía despierto.....	25
8.1 Evaluación psicológica.....	25
8.2 Manejo clínico durante diferentes etapas de la operación.....	28
9 Referencias	29
Anexo 1. Escala de Evaluación de ansiedad preoperatoria.	33



1. Introducción

Actualmente, se reconoce que tanto la hospitalización infantil como la realización de una intervención quirúrgica conlleva a un malestar psicológico, especialmente en pacientes pediátricos (Rosselló, 2019); donde los factores como la edad, estructura emocional y familiar del infante regulan en buena medida la ansiedad y el dolor que pueden presentar, de igual forma, se reconoce que hay repercusiones afectivas, emocionales y comportamentales negativas tanto en el paciente pediátrico como en la familia y los padres que no reciben un adecuado apoyo psicológico (Ramírez et al., 2014).

Bajo dicho antecedente, resulta imprescindible que el equipo clínico esté constituido por diferentes profesionales de la salud capacitados para atender e introducir estrategias que den respuesta a los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales por los cuales pasa el paciente pediátrico y su familia en un evento quirúrgico, considerando las características propias de cada familia y contexto social (Celma, 2009).

Este enfoque debe estar en consonancia con el principio de interés superior de niñas, niños y adolescentes, establecido en el **artículo 4º Constitucional**, que garantiza plenamente su derecho a satisfacer sus necesidades, incluyendo aquellas relacionadas con su salud y bienestar físico y psicológico. De este modo, cualquier intervención debe centrarse en asegurar el mayor beneficio posible para protegerlos y promover su desarrollo integral en todas las áreas.

Además, este enfoque se alinea con los principios establecidos en la **Declaración de los Derechos del Niño** que subraya la importancia de garantizar el bienestar y desarrollo de los menores en todas las circunstancias. Dado que las niñas, niños y adolescentes constituyen una población particularmente vulnerable, es crucial implementar medidas que reduzcan el riesgo de experimentar estrés, ansiedad y otros padecimientos relacionados con la Salud Mental.



La intervención para el acompañamiento psicológico en intervenciones quirúrgicas debe ser implementada en diferentes fases, desde que se toma la decisión sobre una intervención quirúrgica hasta su manejo postquirúrgico. La evidencia señala que la preparación psicológica en niños y adolescentes tiene repercusiones que se mantienen y repercuten en la recuperación postquirúrgica, en indicadores como mejores patrones de sueño y alimentación, menor número de veces que llaman a las enfermeras, menor dosis de calmante, menor comportamiento disruptivo y reducción de agitación postquirúrgica (Quiles et al., 1998; Jerez-Molina, 2015).

Asimismo, la vinculación con la familia durante la hospitalización reduce la percepción del evento estresante, mejora el entendimiento de las explicaciones de maniobras médicas y en consecuencia, la toma de decisiones médicas que involucran al infante son tomados desde el mejor marco posible (Ramírez, 2014).

Es por ello, que el **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (ISSSTE)**, ha implementado estrategias enfocadas al cuidado de la salud física y mental, a través del **Programa Integral de Salud Mental**, aprobado por la Junta Directiva el 25 de marzo del 2021 en donde plantean la importancia de fortalecer la atención integral y biopsicosocial en los tres niveles de atención de nuestros derechohabientes y trabajadores del ISSSTE, buscando mantener la salud mental y reducir el impacto psicológico en contextos hospitalarios y quirúrgicos.



2. Marco normativo

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, art 4º, párrafo cuarto.
- **Declaración de los Derechos del Niño**, Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959.
- **Ley General de Salud**, cap. VII, art. 72-76; publicada en el D.O.F. el 16 de mayo de 2022.
- **Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes**, art. 2, 17 y 18; publicada en el D.O.F el 4 de diciembre de 2014.
- **Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024.**
- **Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014**, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023**, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005**, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018**, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014**, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.





- **Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009**, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, Art. 3 fracc. I, Art. 27, Art. 28 primer párrafo, Art. 34 fracc. X y XI y Art. 35.
- Decreto por el que se reforman por el cual se reforma, adiciona y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones. **DOF:Reforma 16/05/2022.**
- **Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.**
- **Programa Sectorial de Salud 2020-2024.**
- **Programa Integral de Salud Mental y Adicciones del ISSSTE.**
- **Programa de acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024.**
- **Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, Art. 8, 46, 51 y 87.
- **Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, Objetivo 1, Estrategia 1.1., Acción 1.11, Estrategia 1.6 y Acción 1.6.5.
- **Programa Integral de Salud Mental y Adicciones 2021.** Dirección Médica. ISSSTE.
- **Manual de Organización General del Instituto y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.**



- **Guía 14 Regreso a la Escuela, Haciendo ECOS en mi Escuela:** Mente Sana en Cuerpo Sano. Dirección Médica
- **Guía Operativa no. 20 Manejo Integral de Urgencias en Salud Mental y Adicciones. Código Morado.** Dirección Médica. Jefatura Nacional de Salud Mental y Adicciones. ISSSTE.
- **Guía Operativa no. 32 para el Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental en los Tres Niveles de Atención.** Dirección Médica. Jefatura Nacional de Salud Mental y Adicciones. ISSSTE.





3. Objetivos

3.1 General

- Proporcionar al personal de salud, una guía de actuación para el acompañamiento psicológico del paciente pediátrico en intervenciones quirúrgicas.

3.2 Objetivos específicos

- Brindar contención y acompañamiento psicológico al menor y a su red de apoyo, Reduciendo los niveles de malestar psicológico tanto en niños, niñas y adolescentes que se someten a un proceso quirúrgico.



4. Conceptos básicos

A continuación, se presentan una serie de conceptos útiles para el manejo efectivo de la guía, teniendo un marco conceptual unificado, que le permita ampliar la comunicación en un ambiente hospitalario:

Fase prequirúrgica: abarca desde la valoración preanestésica, definición de plan anestésico e ingreso al área quirúrgica, hasta el inicio de la inducción anestésica (Miller & Pardo, 2011).

Fase intraquirúrgica: incluye el inicio de la inducción anestésica, la canalización de los accesos vasculares, la monitorización y la realización del procedimiento quirúrgico. La inducción anestésica es el momento en el que se genera pérdida de la conciencia en el paciente mediante la administración de agentes hipnóticos ya sea por vía intravenosa o por vía inhalatoria (Miller & Pardo, 2011).

Fase postquirúrgica: va desde la finalización del procedimiento quirúrgico hasta el alta hospitalaria y el seguimiento según sea el caso. (Miller & Pardo, 2011).

Estrés: estado transitorio y adaptativo que permite responder a las demandas del ambiente, cuya función es movilizar para reducir el malestar, dolor o dificultades que pueden conducir a un riesgo. El estrés funciona como una alarma ante una señal de peligro (Thierry Steimer, 2002).

Ansiedad: es un estado emocional cognitivo aversivo producido por la percepción de amenaza imaginaria o distorsionada, generando un miedo excesivo y pensamientos asociados a posibles amenazas futuras y otros acontecimientos potencialmente negativos, que conllevan a una serie de manifestaciones fisiológicas como taquicardia, sudoración, dolor de estómago y conductuales como huida, escape o inmovilización/bloqueo (Thierry Steimer, 2002).

Psicoeducación: es parte de la aproximación terapéutica, en el cual se proporciona al paciente y a sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología, para mejorar la actitud y comportamiento ante la enfermedad, generando una adherencia a tratamiento, la promoción de conductas saludables y reducir daños potenciales (Godoy et al., 2020).

5. Preparación y manejo psicológico pre y post quirúrgico en el paciente pediátrico

El paciente pediátrico cuenta con diferentes recursos en la cognición y razonamiento, que les permiten hacer frente a los acontecimientos traumáticos de forma diferenciada que un adulto, esto depende en buena medida del tipo de contención que se brinde y el tipo de enfermedad por la cual este cursando.

En la preparación del infante, se deberá considerar la presencia de trastornos paido-psiquiátricos, como consecuencia o reacción psicológica adaptativa ante la enfermedad, por lo cual se deberá evaluar cuando la enfermedad es crónica o aguda; asimismo, no se debe descartar la presencia de alteraciones neuropsicológicas ante secuelas de tratamiento de radioterapia o tumores (Celma, 2009).

5.1 Preparación prequirúrgica

La preparación psicológica desde la hospitalización quirúrgica pediátrica se centra en que el niño posea la información adecuada de la experiencia quirúrgica y las estrategias necesarias para adaptarse a ésta con el menor impacto psicológico posible.

Las estrategias utilizadas para minimizar el estrés prequirúrgico son múltiples, desde la medicación ansiolítica, utilización de payasos en el hospital, acompañamiento canino, musicoterapia, manejo psicológico cognitivo- conductual, etc. (Manyande et al., 2015).

Proporcionar información adecuada para su edad

La primera estrategia por excelencia es el transmitir información: El infante necesita estar informado sobre lo que va a pasar y de las sensaciones que va a tener, será importante evitar que los padres engañen, toda la información debe ser adaptada a su edad, es importante instruir a los padres de que información deben proporcionar y la forma de transmitirla.

El personal de salud puede indagar la información que tiene el menor haciendo preguntas como ¿A qué has venido al hospital? (Moix et al., 1996; Jerez Molina, 2015).

Juego médico y modelado

En esta técnica, el niño juega con material médico del hospital. El niño se familiariza con él y aprende para que sirve o para que se va a utilizar. Se resalta el uso de la mascarilla facial, se modela cómo se coloca, el niño se familiariza con el material y cómo se debe soplar a través de la mascarilla (Jones et al., 2021).

Dibujo

El dibujo ayuda a que los niños expresen su imaginación. A través de sus dibujos nos podemos hacer también una idea clara de qué información poseen y conseguir modificar sus ideas erróneas (Moix et al., 1996; Jerez – Molina, 2015).

Entrenamiento por afrontamiento

Una de las estrategias con mejores resultados es el **entrenamiento por afrontamiento**, siendo una serie de técnicas con mayor evidencia científica sobre otros métodos de psicoeducación y contención emocional, como la presentación de videos y audios. Dicho entrenamiento sigue las siguientes etapas (Quiles et al., 1998):

- ✓ **Relajación muscular y respiración profunda:** se instruye al niño para que relaje conjuntamente todos los músculos de la cara (frente, ojos, nariz, boca y mandíbula), del cuello, pecho, abdomen, brazos y piernas.
- ✓ **Auto verbalizaciones:** tras una breve introducción sobre la técnica y algunos ejemplos (“todo va a salir bien”, “relájate y respira tranquilo”, “pronto habrá pasado todo”, “me voy a poner bien”), se anima al niño a que invente sus propias frases y a que las repita mentalmente cuando sienta temor o ansiedad.

- ✓ **Imaginación/distracción:** inicia el aprendizaje con una breve introducción y ejemplos ilustrativos como “imagínate como si realmente fuera verdad que estás tumbado en una playa en un día soleado oyendo el manso rumor de las olas” o “en un prado escuchando el trinar de los pájaros y el murmullo de un riachuelo”. Después se invita al niño a que elija una escena agradable y relajante para él, y que con los ojos cerrados la describa con detalle.

Adicionalmente, Rosello (2019), propone que, en el elemento de distracción, se introduzcan actividades basadas en juegos, ya sean de mesa o electrónicos, así como espacios que promuevan el uso de humor, risas, utilización de libros, revistas, cómics o material de lectura que le sea agradable al niño.

Integrarlos activamente

También será importante brindarles la oportunidad de tomar parte activa en las decisiones que puedan manejar, como la elección de la cama y el color de diferentes artefactos; aumentando así, la comodidad en el hospital. Al participar en su tratamiento, suelen estar menos pasivos, deprimidos o asustados, además de que disminuye la rebeldía, lo que permite canalizar mejor su energía hacia la recuperación (Celma, 2009).

5.2 Evaluación y manejo de la ansiedad en fase pre e intraquirúrgica

Es importante considerar que los mayores estresores a los que se va a someter el paciente pediátrico serán en la sala de espera mientras lo preparan para la cirugía, pasando por un proceso de admisión, extracción de sangre y administración de medicamentos mediante inyecciones (Dreger et al., 2006).

Concretamente en el quirófano el niño puede verbalizar el miedo, requerir información del proceso, pedir marchar a casa, retraerse sobre sí mismo, intentos de escapar o chillar. El comportamiento más habitual es la resistencia no verbal, como intentar quitarse la mascarilla facial de la cara,

debido a que los niveles más altos de ansiedad se presentan durante la aplicación de la mascarilla (Dreger et al., 2006; Jerez-Molina, 2015; Manyande et al., 2015).

Evaluación de ansiedad

Los esfuerzos por parte del equipo de salud se deben centrar en disminuir la ansiedad prequirúrgica en la sala de espera, para conseguir que durante la inducción de la anestesia el infante se muestre cooperativo (McCann & Kain, 2001).

El personal de salud, en la evaluación de la ansiedad, puede valerse del instrumento “Yale Preoperative Anxiety Scale” (Kain et al., 1995), siendo la escala más utilizada a nivel hospitalario en paciente pediátrico; cuya traducción y validación al español, recibe el nombre de “Modified Yale Preoperative Anxiety Scale (mYPAS; Jerez Molina; 2015), es una herramienta que permite estimar la ansiedad prequirúrgica pediátrica, en niños de 2 a 12 años (Kain et al., 1997; Jenkins et al., 2014; Jerez-Molina, 2015; Jerez et al., 2016).

Dicha escala observacional puede ser aplicada por el personal de salud, de acuerdo con la observación e interacción con el infante en la fase prequirúrgica e intraquirúrgica; es importante considerar que los reactivos cuentan con la información necesaria para cada momento, por lo que el aplicador deberá seleccionar la descripción que corresponda al momento de evaluación (Jerez et al., 2016).

En tiempo de llenado y calificación es entre 3 a 5 minutos, con 18 reactivos, distribuidos en cuatro categorías **“actividad, expresividad emocional, estado de aparente excitación y vocalización”**, su validez de constructo se evaluó en tres momentos: **periquirúrgicos** (entrada en sala de espera, sala de inducción y antes de la mascarilla facial). El punto de corte en la fase **prequirúrgica** es >36 puntos y en la fase **intraquirúrgica** de >41 puntos para catalogar al niño con ansiedad (Jerez et al., 2016).

En el **Anexo 1, se visualiza la prueba y su calificación.**

Reducción de la ansiedad en el paciente pediátrico

Si se identifica al paciente pediátrico con altos niveles de ansiedad, será necesario hacer una serie de maniobras que permitan calmar al infante.

Las intervenciones para manejar la ansiedad se categorizan en tres líneas de actuación (Jerez – Molina, 2015):

1. Administración de medicación sedativa antes de la intervención quirúrgica.
2. Entrada de padres durante la inducción de la anestesia.
3. Intervención no farmacológica

También es importante considerar el:

1. Permitir al menor un "objeto de acompañamiento afectivo" (cobija, peluche, muñeca, almohada, etc.) durante su estancia en área de hospitalización, siguiendo las medidas de bioseguridad indicadas por el personal médico.
2. Para los niños de estancia prolongada o media, gestionar clases intrahospitalarias, con el objetivo de reducir la preocupación o estrés de los menores y padres de perder clases; y pueda haber una pérdida del ciclo escolar. También ayudará a los niños con terapia ocupacional en realizar tareas, trabajos escolares o regularizar sus clases. Se recomienda la implementación de una Ludoteca.

1. La primera línea de actuación compete a la línea médica, considerando la disposición de los fármacos en la unidad.

2. Entrada de padres durante la inducción de la anestesia.

La presencia de los padres y/o cuidadores, asesorados y preparados con actitudes y aptitudes correctas, pueden apoyar en la modulación del inicio

del proceso quirúrgico del niño, de forma que éste sea un capítulo más de su infancia y su proceso de curación, y no crear así en el niño una secuela traumática (Kain et al., 1996; Rosselló, 2019). Esta intervención deberá realizarse con las medidas de bioseguridad adecuadas, garantizando un entorno seguro tanto para el paciente pediátrico como para el personal de salud. Además, es esencial que los padres reciban psicoeducación clara y específica sobre como proporcionar apoyo emocional de manera efectiva y contribuya a reducir el estrés y ansiedad del menor.

En el proceso de anestesia, el equipo de salud deberá seleccionar al padre o familiar que cumpla con los siguientes criterios (Huguet et al., 2019):

- a. Es un padre cooperador, tiene comprensión del procedimiento propuesto.
- b. Tiene la capacidad emocional para manejar cualquier situación con motivación activa de participar
- c. Provee de confianza al paciente pediátrico y puede comunicarse efectivamente con su familia

En este procedimiento, se busca que el padre y/o tutor fortalezca su rol de cuidador y brinde contención necesaria al niño, es importante que el padre tenga claramente establecido el protocolo a seguir, incluyendo las medidas sanitarias, de vestimenta y comportamentales dentro de un quirófano.

Por lo tanto, el padre y/o tutor únicamente puede brindar asistencia en la inducción de la anestesia y después aguardar en zona de espera (Kain et al., 2007). En la Figura 1, se expone de manera explícita la participación del padre en el proceso quirúrgico.

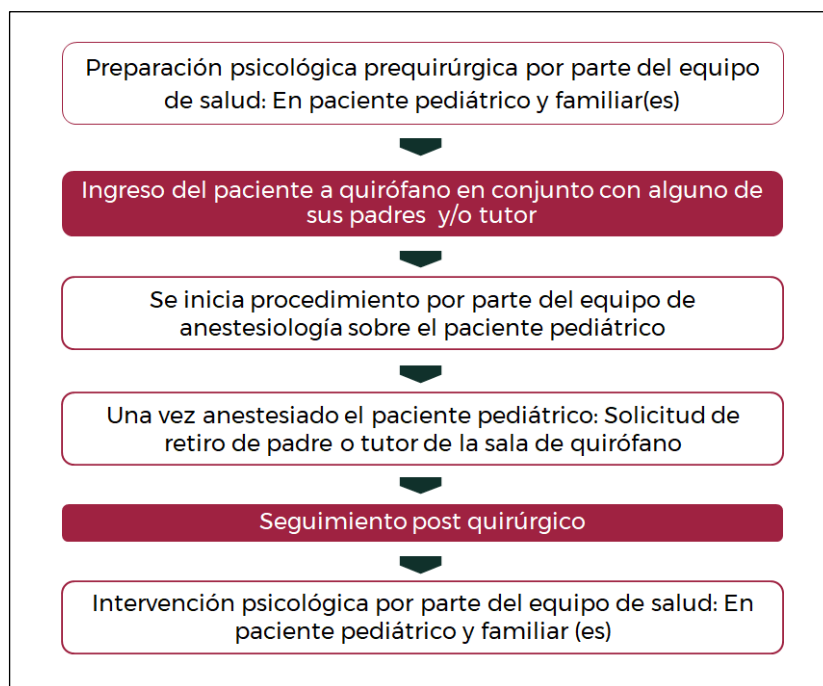


Figura 1: Flujograma en la actuación del padre y/o tutor en la intervención quirúrgica.

3. Intervención no farmacológica

Se deberá hacer uso de las estrategias previamente empleadas con el infante, recordarle que ya se habían preparado para el momento de la cirugía, el personal médico y/o padres deberán iniciar con:

1. Entrenamiento de respiración diafragmática
2. Recordarle al niño el modelado que se hizo previamente en el uso de la máscara y que el padre estará ahí hasta que se quede dormido.
3. Aplicar la imaginación/distracción que previamente se entrenó, se pueden recordar las auto verbalizaciones o la imagería para llevar al niño a su “espacio seguro”

5.3 Manejo postquirúrgico

Una vez concluida la cirugía, viene el momento del despertar de la anestesia, el fin de la cirugía con sedación puede ser cuando se presentan los primeros signos de malestar, angustia y dolor, por lo que son situaciones donde se debe poner atención para la reducción de incertidumbre o estrés en el niño (Rosselló, 2019).

El equipo de salud debe estar preparado para cualquier efecto negativo posterior a la operación, dentro de los más probables son despersonalización, ansiedad y depresión (Huguet et al., 2020).

6. Implementación de medidas de seguridad emocional con los padres

El rol de los padres es elemental para el manejo emocional y psicológico del infante, tomando en cuenta que la población pediátrica tiene una reacción de afrontamiento en función de cómo observan que los padres manejan la situación, así como el vínculo previo que se tiene con el infante, por lo tanto, su participación en el proceso quirúrgico debe ser establecido junto con el equipo de salud.

6.1 Identificación de estresores

El proceso de hospitalización e intervención quirúrgica de un paciente pediátrico conlleva a una serie de modificaciones en la dinámica familiar, como cambios en los horarios de trabajo, intercambio de roles en el hogar, cambio en la alimentación y disponibilidad de tiempo para otras responsabilidades; ello puede provocar cansancio, culpa, frustración, ansiedad, ira, miedo o rebeldía. Estos sentimientos pueden llevar a los padres a desarrollar estrés y depresión debido a la dificultad para afrontar la situación con eficacia.

Adicional a ello, el personal de salud deberá contemplar que hay otros estresores relacionados con la enfermedad que pueden afectar la salud mental de los padres o familiares. Dentro de los principales se encuentra el tipo de enfermedad que padece el paciente pediátrico, la realización de múltiples procesos invasivos, la aparición de dolor e incomodidad o los posibles eventuales riesgos posquirúrgicos.

En la Tabla 1, se describen a detalle los principales estresores que deben evaluarse para brindar contención psicológica necesaria (Ramírez et al., 2014).

Tabla 1: *Estresores asociados al proceso quirúrgico que presentan los padres.*

Parámetro	Estresores
Estado clínico y apariencia física del niño	<ul style="list-style-type: none">• Que el niño este rodeado de diferentes equipos y dispositivos “tubos” durante la hospitalización.• Que el niño sea expuesto innumerables veces a agujas.
Comportamiento del niño, sedación, inmovilidad y eventual dolor	<ul style="list-style-type: none">• Los niños críticamente enfermos que encuentran sedados e inmovilizados, el suponer lo que les causa dolor o incomodidad.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• La gravedad del diagnóstico es uno de los estresores las importantes.
Separación y pérdida del rol parental	<ul style="list-style-type: none">• La pérdida del rol parental se relaciona con la separación de su hijo y con la incapacidad de cuidarlo, ya que se debe delegar el cuidado del equipo clínico.
Baja comunicación con el equipo profesional	<ul style="list-style-type: none">• Se describen como estresores las explicaciones demasiado rápidas, empleo de palabras técnicas y apreciaciones contradictorias respecto al niño.• No conocer al equipo médico responsable y su bajo acceso al mismo

Basado en Ramírez, 2014.

6.2 Medidas de manejo y contención con los padres y/o tutores

El equipo de salud deberá incluir a los padres y/o tutores en todo el proceso, con el objetivo de salvaguardar la salud mental del infante y su familia; por lo cual, se exponen las siguientes medidas que se deberán seguir con los padres.

7. Información que deben tener los padres y/o tutores

El personal de salud deberá brindar un espacio de psicoeducación a los padres, de forma comprensiva, con una escucha activa y compartirles que en buena medida la ansiedad de sus hijos dependerá de su comportamiento y por ello, será necesario considerar los siguientes aspectos (Moix et al., 1998):

1. Cuando los padres brinden información sobre el procedimiento médico, eviten palabras como “dolor, inyectar, etc.”.
2. En ningún momento deberán engañar a su hijo, ni hacerle falsas promesas como: “Te juro que no te dolerá”, con el objetivo de que o pierda la confianza. Por tanto, será muy importante valorar este punto en adolescentes, cuya renuencia puede aumentar cuando se le oculta información.
3. Evitar brindar más información que el infante no está solicitando.
4. Promover que el infante exprese libremente sus emociones y evitar usar frases como: “Los valientes no lloran”.
5. Resaltar al niño la importancia y aspectos positivos de la intervención quirúrgica.
6. Acompañar a su hijo el mayor tiempo posible. En caso de separación, deberá transmitir confianza de forma natural, evitar abrazos y besos fuertes, ya que el niño puede sentir una reacción muy estresante.

Relación de confianza con el equipo médico

Una de las medidas que reducen considerablemente el estrés, es

mantener una relación de confianza con el equipo clínico, ser informados tanto del procedimiento que se implementará, así como de la evolución de su hijo. La información cercana y brindada desde un espacio de calidez, minimiza el potencial conflicto con el personal médico (Ramírez, 2014).

Cómo reaccionar con su hijo

Es de vital importancia trabajar con la percepción de la enfermedad, con la finalidad de que se le haga saber al paciente pediátrico que a pesar de su enfermedad, sigue teniendo responsabilidades que se elaborarán con él de manera explícita; ya que al dejarlo sin estructura o liberándolo de compromisos, es una invitación a considerar la enfermedad como una forma de evitar las responsabilidades de su conducta; los niños consentidos, tienen una probabilidad mayor a tener problemas emocionales serios (Celma, 2009).

Se deberá instruir al padre que debe tratar tan normalmente como sea posible al niño y adolescente. Si los padres tienen reacciones exageradas ante el pronóstico o posterior a la intervención, él niño puede iniciar un proceso de ansiedad. Es vital que los padres puedan tolerar la incertidumbre. Y si no, deben pedir ayuda profesional antes de asistir con el infante (Celma, 2011).

Participación de los padres en el cuidado del menor

El equipo clínico debe ofrecer a los padres estrategias prácticas y simples para participar en el cuidado de sus hijos durante la hospitalización, como cambiar el pañal, colaborar en el momento del baño o aplicar vaselina en los labios (Ramírez, 2014), estos cuidados son fáciles de enseñar a los padres y son un espacio para promover el fortalecimiento del rol parental.

8. Consideraciones en neurocirugía despierto

La **Cirugía Cerebral Despierto (CCD)**, tiene una serie de beneficios sobre el manejo y control de las funciones cognitivas adquiridas en adultos, lo que ha impulsado que su uso sea más común en población pediátrica (Huguet et al., 2020) y con ello hay una serie de aspectos psicológicos que se deben de considerar para una implementación eficaz:

- Para ser candidato, los niños y adolescentes deben ser evaluados desde un punto de vista neurológico, en función de los resultados con una confirmación de lesión supratentorial y dentro de un área funcional.
- Se le debe proponer el abordaje quirúrgico tanto al paciente como a su familia y en caso de acceso, se deberá realizar una evaluación psicológica al paciente.

8.1 Evaluación psicológica

La evaluación psicológica y preparación se debe hacer con un psicólogo certificado, debe asegurarse que tanto el paciente pediátrico y su familia comprendan el procedimiento y las implicaciones psicológicas del mismo (Huguet et al., 2020).

En la reunión prequirúrgica con el paciente, debe hacerse un análisis psicológico estructurado, manejar la anticipación de emociones, preocupaciones y preguntas del paciente, el número de sesiones prequirúrgicas varía y se adopta de acuerdo con las necesidades del paciente (Riquin, et al., 2017).

Criterios psicológicos que deben ser evaluados (Klimek et al., 2004; Huguet et al., 2019):

- Comprensión del procedimiento a realizar y capacidad de

cooperación.

- Ausencia de indicadores de impulsividad o contra respuesta que pueda alterar y poner en riesgo el curso de la intervención.
- Madurez respecto a su edad.
- Confianza en su familia y profesional.

Es de suma importancia que señales de inquietud y falta de cooperación observada en la evaluación prequirúrgica no sean subestimadas, debido a que pueden resultar conductas peligrosas durante la CDD. Por su parte, la edad, no es un criterio condicionante, de acuerdo con diferentes investigaciones, el parámetro para ser candidato radica en la capacidad de comprensión y cooperación, por lo que se propone que la edad no sea un parámetro, sino el nivel de desarrollo individual del niño para determinar la idoneidad y aceptación (Klimek et al., 2004; Riquin et al., 2017)

En caso de que se detecte algún síntoma ansioso o depresivo en los niños, no es un parámetro para contraindicar la cirugía despierta (Riquin, et al., 2017), se deberá trabajar en función de estrategias de restructuración cognitiva y dialogo de auto calma. Dentro de los síntomas que se pueden encontrar son falta de confianza en sí mismo y ansiedad de ejecución.

Para aumentar la confianza, se le muestra al paciente algunas imágenes y video que describe la atmosfera del quirófano y previo a su cirugía se le invita a visitarlo para conocer al grupo de anestesiología y cirujanos (Riquin, et al., 2017).

Lo que refiere el infante	La resolución propuesta
“Tengo miedo de que me duela”	“Es comprensible que tengas miedo al dolor, pero vas a tener medicamento que hará que no tengas ningún dolor y estaré acompañándote en cualquier momento”.
“Tengo miedo a tener nuevos síntomas por el	“Entonces la cirugía va a ser un acontecimiento que te ayude a que no presentes más síntomas”.

tumor”	
---------------	--

En trabajos recientes, al paciente pediátrico se le ha brindado la oportunidad de reunirse con niños que han sido operados por craneotomía o en procedimiento despierto, con el objetivo de que le comparta la experiencia (Riquin, et al., 2017).

Evaluación psicológica y cognitiva en el contexto de intervenciones neuroquirúrgicas

La evaluación cognitiva es elemental para reconocer el estado cognitivo previo a la cirugía. La evaluación cognitiva debe realizarse a los 3 y 6 meses después de la cirugía (Riquin, et al., 2017).

Evaluación cognitiva prequirúrgica

La evaluación cognitiva previa a la cirugía es fundamental para obtener una línea base del estado cognitivo, emocional y comportamental del paciente pediátrico, permite entender el funcionamiento antes de la intervención quirúrgica, facilitar la identificación de posibles cambios posteriores a la cirugía y riesgos potenciales y beneficios de la cirugía (Scotti-Degnan, et al., 2024).

Evaluación cognitiva postquirúrgica

La evaluación cognitiva en periodos de 3 y 6 meses después de la cirugía permite observar el impacto de la intervención en el estado cognitivo del paciente, pueden realizarse reevaluaciones con pruebas similares a las utilizadas prequirúrgicamente y llevar a cabo un seguimiento mediante intervenciones cognitivas para optimizar el bienestar y una recuperación exitosa

8.2 Manejo clínico durante diferentes etapas de la operación

Intraquirúrgico

El objetivo es recrear un ambiente relajante tanto durante la inducción de la anestesia como durante el proceso de despertar. Al centrar la atención del niño en situaciones agradables, se facilita la experiencia psicológica y el curso de la operación (Riquin, et al., 2017).

El psicólogo clínico que realizó la evaluación debe ser el mismo que se encuentre en la sala de operación, con el objetivo de que sea un espacio conocido y manejable para el infante. Uno de los padres puede acompañar el proceso quirúrgico.

Post quirúrgico

El paciente pediátrico deberá tener un seguimiento inmediato después de la cirugía con el psiquiatra infantil y tres meses después, los datos que deben ser recopilados, son la percepción y recuerdos de la cirugía, su experiencia de vida y la identificación de síntomas de estrés agudo o de Trastorno por estrés postraumático (Riquin, et al., 2017).

El riesgo de desarrollar Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en los niños está relacionado con la gravedad del suceso, la edad del niño y la angustia de los padres, este último factor es uno de los más relevantes, los padres que no gestionan adecuadamente el manejo pueden convertirse en agentes de una experiencia traumática (Riquin, et al., 2017).

9. Referencias

1. Celma, A. (2009). Psicooncología infantil y adolescente. *Psicooncología*, 6(2), 285-290.
2. Dreger, V. A., & Tremback, T. F. (2006). Management of preoperative anxiety in children. *AORN journal*, 84(5), 777-804.
3. García, A. V. (2017). Valoración de la ansiedad perioperatoria en niños sometidos a cirugía mayor ambulatoria (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
4. Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.
5. Huguet, L., Lohkamp, L. N., Beuriat, P. A., Desmurget, M., Baptiste, L., Szathmari, A., ... & Di Rocco, F. (2020). Psychological aspects of awake brain surgery in children—interests and risks. *Child's Nervous System*, 36(2), 273-279.
6. Jenkins, B. N., Fortier, M. A., Kaplan, S. H., Mayes, L. C., & Kain, Z. N. (2014). Development of a short version of the modified Yale Preoperative Anxiety Scale. *Anesthesia & Analgesia*, 119(3), 643-650.
7. Jerez Molina, C. (2015). Evaluación de la ansiedad preoperatoria en el niño: adaptación y validación al español de las escalas "Induction Compliance Checklist" (ICC) y "modified Yale Preoperative Anxiety Scale" (mYPAS). Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
8. Jerez, C., Lázaro, J. J., & Ullán, A. M. (2016). Evaluación de las escalas empleadas para determinar la ansiedad y el comportamiento del niño durante la inducción de la anestesia. Revisión de la literatura. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 63(2), 101-107.
9. Jerez, C., Ullán, A. M., & Lázaro, J. J. (2016). Reliability and validity of the Spanish version of the modified Yale Preoperative Anxiety Scale. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*, 63(6), 320-326.
10. Jones, M. T., Kirkendall, M., Grissim, L., Daniels, S., & Boles, J. C. (2021).

Exploration of the relationship between a group medical play intervention and children's preoperative fear and anxiety. *Journal of Pediatric Health Care*, 35(1), 74-83.

11. Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Mayes, L. C., Weinberg, M. E., Wang, S. M., MacLaren, J. E., & Blount, R. L. (2007). Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 106(1), 65-74.
12. Kain, Z. N., Mayes, L. C., Cicchetti, D. V., Bagnall, A. L., Finley, J. D., & Hofstadter, M. B. (1997). The Yale Preoperative Anxiety Scale: how does it compare with a "gold standard"? *Anesthesia & Analgesia*, 85(4), 783-788.
13. Klimek, M., Verbrugge, S. J. C., Roubos, S., Van Der Most, E., Vincent, A. J., & Klein, J. (2004). Awake craniotomy for glioblastoma in a 9-year-old child. *Anaesthesia*, 59(6), 607-609.
14. Manyande, A., Cyna, A. M., Yip, P., Chooi, C., & Middleton, P. (2015). Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
15. McCann, M. E., & Kain, Z. N. (2001). The management of preoperative anxiety in children: an update. *Anesthesia & Analgesia*, 93(1), 98-105.
16. Miller R, Pardo M. (2011). Perioperative anxiety in children. In Fortier MA, Del Rosario AM, Martin SR, Kain ZN. *Basics of Anesthesia*. 6ta. Elsevier Health Sciences.
17. Quiles, J. O., Carrillo, F. M., & Torcal, F. V. (1998). Repercusión de la preparación psicológica a la cirugía pediátrica sobre la recuperación postquirúrgica. *An Esp Pediatr*, 49, 369-374.
18. Ramírez, M., Pino, P., Springmuller, D., & Clavería, C. (2014). Estrés en padres de niños operados de cardiopatías congénitas. *Archivos argentinos de pediatría*, 112(3), 263-267.
19. Riquin, E., Dinomais, M., Malka, J., Lehoussé, T., Duverger, P., Menei, P., & Delion, M. (2017). Psychiatric and psychologic impact of surgery while awake in children for resection of brain tumors. *World Neurosurgery*, 102, 400-405.



20. Rosselló Trobat, M. (2019). ¿Qué beneficios tiene el contacto paterno en el manejo de la ansiedad y el dolor en el niño durante el posoperatorio? [*Tesis para obtener el grado de enfermería*]. Universitat de les Illes Balears. España.
21. Scotti-Degnan, C., Riisen, A. & Flynn, T. (2024). The role of psychology and neuropsychology in pediatric epileptic surgery evaluation. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 10
22. Thierry Steimer (2002) The biology of fear- and anxiety-related behaviors, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4:3, 231-249





GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

DIRECCIÓN MÉDICA

ANEXOS



GOBIERNO DE
MÉXICO



Anexo 1. Escala de Evaluación de ansiedad preoperatoria

A. Actividad						
1. Mirando de un lado a otro, curioso, juega con los juguetes, lee (u otros comportamientos apropiados para su edad); se mueve alrededor de la sala de espera o de tratamiento para alcanzar juguetes o para ir con sus padres; puede irse hacia el equipo de la sala de operaciones. Sopla a través de la mascarilla facial siguiendo las indicaciones.						
2. No explora ni juega, puede mirar hacia abajo, mueve inquieto las manos o se chupa el pulgar (o una manta); puede sentarse cerca de sus padres mientras espera, o su juego tiene un carácter definitivamente maniaco.						
3. Pasa los juguetes a sus padres de una manera descentrada (dispersa); movimientos no derivados de la actividad; juegos o movimientos frenéticos/enloquecidos; se retuerce, moviéndose en la camilla (puede alejar la mascarilla facial o aferrarse a sus padres).						
4. Intenta escaparse activamente, empuja con los pies y los brazos, puede mover todo el cuerpo; en la sala de espera, corre alrededor descentrado, sin mirar los juguetes, no se separa de sus padres y se aferra a ellos desesperado.						
B. Vocalizaciones						
1. Hace preguntas, realiza comentarios, balbucea, ríe, responde con facilidad a preguntas aunque puede estar generalmente silencioso; niños demasiado pequeños para hablar en situaciones sociales o demasiado ensimismados en jugar/soplar para responder.						
2. Responde a los adultos con susurros, "habla de bebé", o solamente asintiendo con la cabeza. Parloteo (no adecuado a la actividad)						
3. Callado, no hace ruido y no responde a los adultos.						
4. Solloza, gime, quejoso o llora silenciosamente.						
5. Lloro o puede gritar "no".						
6. Lloro, grita en alto, de manera prolongada (y audible a través de la mascarilla facial).						
C. Expresividad emocional						
1. Manifiestamente feliz, sonriendo						
2. Neutro, sin expresión visible en la cara.						
3. Desde preocupado (triste) hasta asustado, triste, preocupado, o con los ojos llorosos.						
4. Angustiado, llorando, muy alterado, puede tener los ojos muy abiertos.						
D. Estado de excitación aparente						
1. Alerta, mira alrededor ocasionalmente, nota o mira lo que el anestesiólogo hace (podría estar relajado).						
2. Retraído, sentado tranquilo, acostado. Puede chuparse el pulgar o volver la cara hacia el adulto.						
3. Vigilante, mira rápidamente alrededor, se sobresalta con los sonidos, los ojos muy abiertos, el cuerpo tenso.						
4. Llorando con miedo, aterrado, empuja a los adultos apartándolos o rechazándolos.						
Actividad	Vocalizaciones	Expresividad emocional	E. excitación aparente	R. Parcial	Algoritmo	Total
___/4 =	___/6 =	___/4 =	___/4 =	___	X 100/4	___

Adaptación española Jerez, C., Ullán, A. M., & Lázaro, J. J. (2016). Reliability and validity of the Spanish version of the modified Yale Preoperative Anxiety Scale. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* (English Edition), 63(6), 320-326.
Versión original en inglés : Kain, Z. N., Mayes, L. C., Cicchetti, D. V., Bagnall, A. L., Finley, J. D., & Hofstadter, M. B. (1997). The Yale Preoperative Anxiety Scale: how does it compare with a "gold standard"? *Anesthesia & Analgesia*, 85(4), 783-788.

Calificación

1. Se tacha en qué categoría el número que corresponda a la observación conductual más cercana a lo que sucede con el infante.
2. Se vacía la “puntuación provisional” en la tabla de abajo y se realiza la operación correspondiente por categoría
3. Se obtiene la puntuación parcial, se realiza el algoritmo y se obtiene la puntuación total.

Puntaje

Momento	Presencia de ansiedad
Fase preoperatoria	>36 puntos
Fase intraoperatoria	>41 puntos

Ejemplo

Fase intraoperatoria. Presencia de ansiedad.

Actividad	.Vocalizaciones	Expresividad emocional	E. excitación aparente	R. Parcial	Algoritmo	Total
4/4 =1	4/6=.66	2/4=.5	3/ 4= .75	2.91	X 100/4	72.75

