



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"LA RESPUESTA DEL DOLOR POSTOPERATORIO DE LOS PACIENTES PREESCOLARES CON EL ENFOQUE DEL MODELO DE LOOMIS Y WOOD EN UN HOSPITAL INFANTIL PRIVADO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N:
MONICA ESQUIVEL ANTUNEZ
RAMIRO ENRIQUES SOTELO

ASESOR: MTRA. LILIANA GONZALEZ JUÁREZ





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES

Por su amor sin límites, por su comprensión
y apoyo incondicionados, porque se
que siempre están conmigo.

P A P A

Cuando platico contigo y te miro a los Ojos, veo la intensidad de tu mirada y me espanta tu grandeza, tu cordura, tu sabiduría, todo el amor y la esperanza que despositas en mi y precisamente por esa esperanza es que me alentaste durante estos años a superarme y esforzarme por alcanzar mis más caros anhelos y aquí estoy ofreciéndoselos porque a ti te pertenece.

Gracias, te quiero mucho.

M A M A

Porque cuando me sentía desfallecer me ofreciste tus brazos para sostenerme tus labios para alentarme, tu mirada para darme confianza y tu corazón para envolverme.

Te ofrezco mi trabajo y mi esfuerzo depositado en esta tesis como muestra de orgullo que siento por tener a mi mejor amiga, a mi confidente y al mejor ejemplo fundidos en mi madre.

Gracias, te amo.

MONY Y RAMIRO

AGRADECIMIENTO

A la Maestra. Liliana González Juárez, por que gracias a su conocimiento, apoyo, paciencia y comprensión logramos la culminación de nuestra tesis.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México por el espacio brindado para culminar una carrera y afrontar el futuro con una preparación profesional.

Al Hospital Infantil Privado por brindarnos la oportunidad de realizar la tesis.

A todo el personal de enfermería y académicos del Hospital Infantil Privado que nos apoyaron para el desarrollo de la investigación

DEDICATORIA

A nuestros padres, por que gracias a su esfuerzo por educarnos y al amor incondicional que nos han manifestado lograron hacer de nosotros personas de bien capaces de retribuir con nuestro trabajo el sacrificio realizado.

A nuestras hermanas, (os) y amigos, que con su amor, apoyo y comprensión lograron que este sueño profesional se convirtiera en realidad.

A quienes con su ayuda desinteresada colaboraron en la realización de esta tesis.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción y planteamiento del problema	7
1.2 Objetivos.	8
1.3 Importancia de Estudio.	9
1.4 Definición de variables.	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes de estudios sobre el dolor.	11
2.2 Modelos de respuestas Humanas de Loomis y Wood.	13
2.3 Fisiopatología del dolor.	18
2.3.1 Fisiología del dolor.	18
2.3.2 Clasificación del dolor.	19
2.3.3 Receptores del dolor.	19
2.3.4 Patogenia del dolor.	21
2.4 Respuesta psicológica ante la presencia del dolor.	24
2.5 Factores que afectan el dolor.	26
2.6 Intervención de Enfermería ante la presencia del dolor.	27
2.6.1 Valoración.	27
2.6.2 Diagnóstico.	29
2.6.3 Planeación	29
2.6.4 Ejecución.	30
2.6.5 Evaluación.	33

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la investigación.	35
3.2 Universo.	35
3.3 Plan de Muestra y Muestreo.	35
3.4 Material.	38
3.5 Procedimiento.	38
3.6 Ética de Estudio.	39

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1	Datos descriptivos.	43
4.2	Conclusiones	58
4.3	Sugerencias.	60

REFERENCIAS

APÉNDICE

APÉNDICE A: INSTRUMENTO DE TRABAJO: La respuesta al dolor que desencadena el paciente pediátrico de uno a seis años de edad posterior a una intervención quirúrgica basado en el modelo de enfermería de Loomis y Wood en la sala de recuperación del Hospital Infantil Privado.

APÉNDICE B: GUÍA DE OBSERVACIONES: Escala de medición del dolor basado en el modelo de Loomis y Wood.

GLOSARIO

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realiza para identificar la respuesta al dolor que presenta el paciente pediátrico de 1 a 6 años de edad posterior a una intervención quirúrgica, en un Hospital Infantil Privado en la sala de recuperación a fin de planificar los cuidados de enfermería idóneos para este tipo de pacientes.

El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, la muestra fue probabilística de (n-364) pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.

Para llevar a cabo la presente investigación se toma como enfoque el modelo de atención de enfermería de respuestas humanas de Loomis y Wood, propone que todo individuo responde de acuerdo a las respuestas humanas dimensionadas, expresadas y clasificadas en diferentes áreas física, emocional, familiar, cognoscitiva, social y cultural.

Lo cual orienta al personal de enfermería en el estudio del dolor en el niño para la toma de decisiones en la práctica clínica, facilitando valorar el diagnóstico, intervención y evaluación de los cuidados proporcionados en el paciente de 1 a 6 años de edad con dolor. Este estudio solo abordará las dimensiones emocional y física del dolor, en este grupo.

El estudio consta de cuatro capítulos, en el primero de ellos, se aborda la descripción y planteamiento del problema, se describen los objetivos, importancia del estudio y la definición de variables.

El segundo capítulo, incluye el marco teórico-conceptual donde se describen los principales conceptos del modelo de enfermería de Loomis y Wood de respuestas humanas, la fisiopatología, la respuesta psicológica y socioantropológica del dolor así como las intervenciones de enfermería ante la presencia de pacientes con dolor.

En el tercer capítulo se aborda la metodología del estudio; diseño, muestra y muestreo, materiales, procedimientos y ética de estudio.

Finalmente se presentan los resultados a través de tablas, figuras y conclusiones.

CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del problema

El proyecto de investigación se enfoca a identificar la respuesta al dolor posterior a una intervención quirúrgica que presenta el paciente pediátrico de uno a seis años de edad después de enfrentarse a situaciones desconocidas separándolo de sus familiares y seres queridos que manifiesta con llanto, tristeza, angustia y temor.

El dolor es una manifestación característica como la respuesta humana a lo desconocido y a situaciones desagradables, sin importar la necesidad a la que sea sometido el individuo, ya que los factores que lo desencadenan suelen ser de tipo emocional o físico, produciendo una respuesta del organismo y desencadene una reacción.

Mediante la utilización de las estadísticas elaboradas en el Hospital Infantil Privado nos permitió determinar los procedimientos terapéuticos que se aplicaron con mayor frecuencia, siendo éstos las intervenciones de amígdalas y de hernias umbilical e inguinal; así como procedimientos menores que en su mayoría prevalecen durante los periodos vacacionales, los cuales requieren de corta estancia hospitalaria (tipo ambulatorio), lo que disminuye la agresión que percibe el paciente al estar hospitalizado ya que puede integrarse a su ambiente familiar y realizar sus actividades cotidianas.

Para los profesionales de enfermería, resulta importante planear cuidados acordes con las necesidades de cada grupo poblacional, además la enfermera es con quien el paciente tiene el primer contacto, por lo que ocupa un papel esencial para el control del dolor y mantener en observación las funciones vitales y fisiológicas a fin de evitar posibles complicaciones, considerando que ante la manifestación del dolor el organismo libera sustancias como la serotonina y norepinefrina, ocasionando alteración y variación en las constantes vitales logrando que sea valorado y tomado en cuenta para brindar una atención integral estableciendo medidas terapéuticas y de apoyo emocional, ya que es indispensable establecer un vínculo más estrecho entre el paciente y la enfermera, dentro del entorno

propio del paciente sin perder de vista la importancia de las bases científicas que guían la práctica de los cuidados (Hernández, 1995).

Por tal motivo, las enfermeras se encuentran en la búsqueda de mejorar los procesos de cuidados y se preocupan por establecer intervenciones basadas en conocimientos científicos y en la utilización de métodos sistemáticos (Kerovac, 1996), resultados de estudios de investigaciones que las lleven a describir los fenómenos de interés para la profesión, como el proceso de cuidados del paciente pediátrico con dolor. Por lo tanto, se plantea la pregunta siguiente: *¿Cuál es la respuesta al dolor que desencadena el paciente pediátrico de uno a seis años de edad en la sala de recuperación del Hospital Infantil Privado.?*

1.2 Objetivo

Objetivo General:

- Identificar la respuesta al dolor del paciente de 1 a 6 años de edad posterior a una intervención quirúrgica en la sala de recuperación en un Hospital Infantil Privado de la Ciudad de México.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características físicas que manifiesta el paciente pediátrico de 1 a 6 años de edad ante la presencia de dolor post-quirúrgico.
- Identificar las características emocionales relacionadas con el dolor que presenta el paciente pediátrico de 1 a 6 años de edad posterior a una intervención quirúrgica en la sala de recuperación.
- Conocer el género y etapa de desarrollo en que se encuentra el paciente que va a ser intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Infantil Privado.

- Conocer si la asistencia a la guardería facilita el proceso de comunicación entre la enfermera y el niño.

1.3 Importancia de Estudio

Mediante este estudio se identificó la respuesta física y emocional al dolor que desencadena el paciente pediátrico de 1 a 6 años de edad posterior a la intervención quirúrgica observando las características del paciente a fin de mejorar la intervención de enfermería en la sala de recuperación, para establecer medidas terapéuticas y proporcionar cuidados integrales logrando una relación enfermera paciente.

Los resultados de este estudio permitieron al personal de enfermería y equipo multidisciplinario mejorar el manejo y seguimiento del paciente que presenta dolor posterior a una intervención quirúrgica. Los resultados permitieron plantear intervenciones de enfermería independientes e interdependientes, con otros profesionales de la salud para establecer un manejo del dolor de acorde a las manifestaciones que presenta el paciente pediátrico.

1.4 Definición de Variables

Desencadenar: Acción que provoca un choque o crisis cuando se pone en contacto el organismo a un estímulo extraño.

Dolor: Es la sensación percibida por la persona y localizado en un punto correspondiente a un órgano enfermo que se manifiesta a la agresión física o química, al organismo referido por malestar.

Intervención quirúrgica: Se le denomina al acto operatorio donde el individuo es sometido a un determinado procedimiento donde se manipula al organismo, tejido, órgano, procedimiento que ocasiona una mejoría o una funcionalidad.

Paciente pediátrico: Individuo menor de edad (1 a 6 años) que acude a solicitar atención médica, terapéutica o psicológica que se encuentra en la primera etapa de su vida.

Respuesta: Acción que toma todo individuo a lo desconocido, a la agresión o estímulo en el organismo capaz de actuar y producir un cambio.

CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes de estudios sobre el dolor

Para sustentar el presente estudio de investigación es necesario contar con un marco teórico que explique científicamente la posición donde se encuentra el problema, la respuesta al dolor que desencadena el paciente pediátrico de uno a seis años de edad después de una intervención quirúrgica, basado en el modelo de enfermería de Loomis/Wood de respuestas humanas en la sala de recuperación; posteriormente, se mencionarán aspectos relacionados con la presencia del dolor y las intervenciones de enfermería en el campo operativo.

Según los estudios realizados por Ramírez (1992) sobre el dolor agudo postoperatorio, se menciona que es un problema al que se le da poca importancia por lo que es mal manejado y requiere mayor educación para los pacientes y enseñanza a médicos y enfermeras para su control.¹

Sin embargo, el dolor es un síntoma característico de la agresión física a que es sometido el paciente, en donde la enfermera debe valorar la utilización de medidas terapéuticas como lo menciona Aguirre (1996) en su estudio realizado sobre la efectividad en la aplicación de calor húmedo y local en los pacientes postoperados, observando alivio del dolor y de las molestias generales durante el periodo postoperatorio.²

Es importante considerar que durante la presencia de dolor se liberan sustancias como la serotonina y la norepinefrina, por lo que los signos vitales del paciente varían, y de acuerdo con el tipo de intervención a que fue sometido el paciente, se puede encontrar relajado y disminuidas sus funciones fisiológicas por lo que valoran respuestas ante el dolor, y el personal de enfermería debe mantenerse al cuidado de las respuestas físicas y emocionales que desencadene el paciente al recuperarse de los efectos de la anestesia.

Según Barber D. (1997), la enfermera debe conocer la fisiología del dolor y farmacología, opina que su participación en el manejo del dolor postquirúrgico son indispensables para la

¹ RAMÍREZ, et. al. "Dolor postoperatorio". Rev. Méx. Anestesiol 15 (1): 14.7 enero-marzo 1992.

² AGUIRRE, Sandra, et al Efectividad del calor húmedo local. CD R 26/133786 19/32 lilac.

enfermería en el manejo del dolor postquirúrgico y en esencial para prevenir complicaciones y proporcionarle al paciente comodidad.³

Al paciente pediátrico le es difícil mencionar las características y forma en que se está presentando el dolor, por lo que la enfermera debe apoyarlo con comprensión, explicándole el mecanismo y el medio para mejorar el dolor disminuyendo signos de ansiedad y angustia, ya que debe iniciar la aplicación medicamentosa después de una valoración de los signos vitales, como lo plantea Stannard (1996) quien menciona que existe una asociación entre criterios clínicos para el manejo del dolor postoperatorio y las necesidades de los pacientes sobre analgésicos que se les suministró una vez, valorando el estado de conciencia, la hemodinámica y la respuesta a estímulos, logrando un mejor manejo y comunicación entre enfermera, el paciente y la familia.⁴

Todo individuo presenta diversas respuestas de acuerdo con el problema que está enfrentando, el dolor es un síntoma característico de la agresión o alteración física, por lo que es de gran importancia resaltar su manejo con el establecimiento de medidas terapéuticas que le permiten al personal de enfermería tener control idóneo sobre este síntoma. Al respecto, Boughtong (1996) menciona el impacto de la investigación del dolor y sus consecuencias, cuyos resultados del estudio refuerzan los hallazgos de la literatura en donde se observa que no hay un manejo efectivo del dolor en niños y hay una alta necesidad de mejorar la práctica de enfermería, lo que permite brindar una mejor calidad humana y compartir sus experiencias.⁵

El papel de la enfermería es lograr un impulso sobre la investigación y permitir que este campo sea enriquecido a fin de cubrir las necesidades de los pacientes y de la comunidad en general.

El profesional de enfermería debe ser capacitado y debe innovar nuevos programas encaminados a solucionar problemas como el dolor, que se enfrentan en el área clínica

³ BARBER D.. "La psicología y farmacología del dolor". *J. Perianesth Nurse*, 1997; apr, 12 (2).

⁴ STANNARD et al "Criterio clínico y manejo del dolor postoperatorio en pacientes en estado crítico" *AM-JN* 1996 nov 5 (6) 433-41.

⁵ BOUGHTON K. et al "Impacto de la investigación del dolor y sus consecuencias" *Pediatric Nursing* 24 (1): 31-5, 62, ene-feb 98.

logrando estandarizar las medidas terapéuticas y la intervención de enfermería así como lo menciona Franck en su estudio (1997) que realizó sobre los efectos de un programa de Educación continua en la práctica del manejo del dolor en enfermería, menciona que enfermas quirúrgicas de cinco hospitales generales estuvieron en dicho programa logrando un incremento en la realización de actividades relevantes a la historia clínica del dolor por lo que se requiere que se amplíen a otras instituciones, y se estandarice un programa de educación continua sobre el dolor.⁶

Sin embargo el dolor en la sociedad juega un papel sumamente complejo debido a que culturalmente en México las mujeres se les permite expresar su dolor y en los hombres es un tanto reprimido, siendo de gran relevancia la actitud que toma el paciente a situaciones desconocidas y desagradables como es el dolor y solo va a responder si no es controlado, la enfermera siempre debe de hablar con el paciente para conocer sus temores y angustias a lo desconocido, hablándole con la verdad y proporcionándole confianza para que el paciente exprese sus temores y desagrados para cubrir sus necesidades y lograr su pronta recuperación.

2.2 Modelo de Respuestas Humanas de Loomis y Wood

El modelo de Loomis y Wood pretende estandarizar la forma ideal para realizar una investigación de la problemática existente en el campo de la Enfermería, basándose en la Declaración de la Política Social de la Asociación Norteamericana de Enfermería (A. N. A 1980).

Según lo expresado en el concepto de enfermería establecido por la Asociación Norteamericana de Enfermería en 1980 menciona que: “La enfermería es el diagnóstico y tratamiento a la respuesta humana de los problemas de salud real o potencial, de un individuo o grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede disponer sus intervenciones definitivas para mantener el estado de salud”⁷

⁶ FRANCKE et al “J-Pain symptom-mannager” 1997 febrero 13/2-90-7.

⁷ JOAN Aplicación del modelo de Loomis/Wood 1983. pp.3 Cáp. 3

Las respuestas humanas son representadas como un conjunto de sistemas lineales en los cuales un problema de salud real o potencial procede de las respuestas humanas, siendo la enfermera un profesional de la salud, quien tiene contacto directo con el paciente y le permite identificar datos de información respecto al tratamiento y diagnóstico que son los inicios de los cuidados de enfermería, para restaurar y lograr su pronta recuperación e integrarse a su entorno social.

El modelo de Loomis y Wood es un marco de trabajo que determina múltiples variables en donde todos se interactúan en un sistema de respuestas humanas a las cuales se puede aplicar una toma de decisiones en el campo operativo de enfermería.

Este modelo se caracteriza por tres ejes esenciales representados en cubos, dos de éstos son los ejes de contenido y el tercero es de proceso, el eje de contenido representa los problemas reales o potenciales de salud que son clasificados como: (Ver figura No. 1).

Cambios de desarrollo, desviaciones agudas de la salud, desviaciones crónicas de la salud o estresores inducidos por la cultura y ambientales, el eje de contenido horizontal abarca el sistema de respuestas humanas que incluye: lo físico, emocional, cognoscitivo, familiar, social y cultural, el eje restante es de proceso que estipula la enfermería como parte del modelo que corresponde a la toma de decisiones en la clínica. Tomando el modelo de Loomis y Wood donde la clínica implica varios pasos que permite realizar una recolección de datos para la evaluación de un tratamiento, planeación, diagnóstico y rehabilitación, que responde a las necesidades de las Respuestas Humanas, que desencadena cada individuo en su entorno social, formando parte elemental de una sociedad que logra identificar con sus ideales y cubrir sus necesidades fisiológicas y de atención a su salud.⁸

Dentro de los aspectos de problemas reales o potenciales se mencionan los cambios de vida por el desarrollo, las desviaciones agudas y crónicas de la salud, los cambios de desarrollo son problemas o procesos transicionales relacionados con el crecimiento, la maduración o cambios en el estilo de vida relacionados con su edad, que según el modelo de Loomis y Wood contempla eventos como la pubertad, adolescencia, el matrimonio, el embarazo, el

⁸ U.N.A. de León Joan Aplicación del modelo de LOOMIS/WOOD 1983. pp. 4.

divorcio, la jubilación abarca los episodios similares que cada evento de la vida representa significativamente problemas reales o potenciales.

Dentro de los aspectos de problemas reales o potenciales se mencionan:

Las desviaciones agudas de la salud son las lesiones o enfermedades, organismos invasivos. Las desviaciones crónicas de la salud son un alejamiento prolongado del funcionamiento normal resultado de la influencia de los estresores culturales o ambientales, estos son fuerzas externas que requieren un cambio o modificación en el funcionamiento, tales fuerzas suelen ser factores económicos, legales, organizacionales, políticos, religiosos o por naturaleza.⁹

Desde esta perspectiva las Respuestas Humanas tienen las siguientes dimensiones:

Físicas: Se refiere a los aspectos materiales, las ciencias naturales del cuerpo.

Emocional: son los aspectos afectivos como los sentimientos, llanto, enojo, rechazo, angustia, sudación.

Cognoscitiva: Se refiere al conocimiento, percepción, razón, intuición o pensamiento.

Familiar: Son las respuestas que refleja la participación con familiares y pareja.

Social: Pertenece a las relaciones con organizaciones informales y formales dentro de la sociedad.

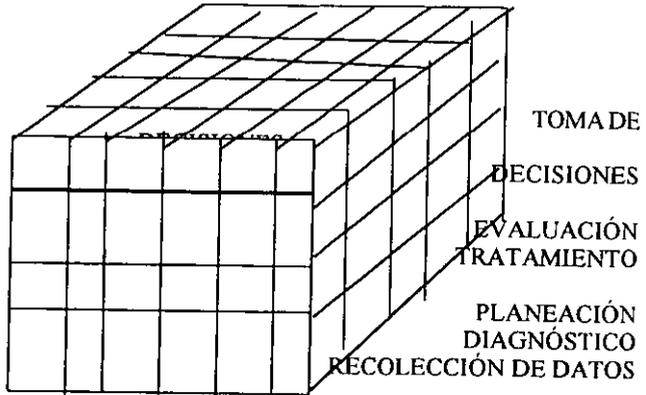
Cultural: Incluye lo espiritual, pertenece a los patrones de conducta normativa, valores y costumbres.

⁹ U.N.E.C. Aplicación del Modelo de Loomiss/Wood. Facultad 1984 pp. 2913.

FIGURA No. 1
MODELO PARA EL ESTUDIO DE ENFERMERÍA CLÍNICA
(LOOMIS/WOOD).

PROBLEMAS DE SALUD
 REAL O POTENCIAL

Cambios de vida por el
 desarrollo.
 Desviaciones agudas de la
 Salud
 Desviaciones
 crónicas de la salud
 Estresores culturales y
 Ambientales



F E C F S C
 I M O A O U
 S O G M C L
 I C N I I T
 C I O L A U
 O O C I L R
 N I A R A
 A T R A
 L I V L
 O O

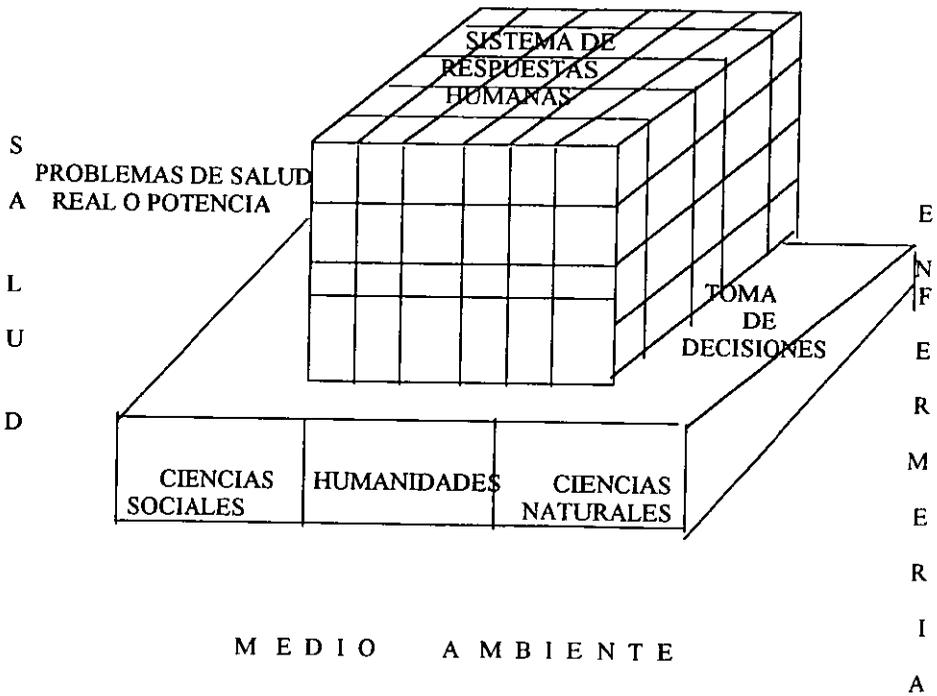
SISTEMA DE RESPUESTAS HUMANAS.

FIGURA No 2

CONCEPTO DE METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA
COMO LÍMITE DEL DOMINIO DEL MODELO DE
LOOMIS./WOOD.

S E R E S

H U M A N O S



2.3 Fisiopatología del dolor

2.3.1 Fisiología del dolor.

El dolor es un síntoma subjetivo en el que el paciente presenta una sensación de sufrimiento causado por la estimulación de algunas terminaciones nerviosas, suele indicar que está comenzando a dañarse el tejido o se ha dañado como resultado de una cirugía.

El dolor es un mecanismo protector del cuerpo que aparece siempre cuando el tejido está siendo lesionado y obliga a que el individuo reaccione al recibir el estímulo doloroso.

2.3.2 Clasificación del dolor

El dolor se clasifica en dos tipos fundamentales como el dolor rápido y lento:

El dolor rápido aparece en menos de una décima de segundo cuando se aplica un estímulo doloroso, encontrándose varios nombres como son: cortante, punzante, dolor agudo, dolor eléctrico, por lo que se siente cuando se realiza una punción y se pincha la piel con un objeto punzo cortante o se somete a una descarga eléctrica, este dolor no se percibe en los tejidos superficiales del cuerpo que se transmite a través de las fibras alfa y beta del dolor.

Mientras que el dolor lento se produce después de unos segundos o más, también tiene otros nombres como son: dolor abrasador, dolor sordo, dolor punzante, dolor nauseoso o dolor crónico ya que suele ir acompañado de destrucción tisular, puede ser muy intenso y producir sufrimiento prolongado e imposible de soportar, aparece tanto en la piel como en todo el órgano o tejido profundo, se transmite por el resultado de la estimulación de fibras tipo C más primitivas.

2.3.2 Receptores del dolor

Todos los receptores del dolor y su estímulo son terminaciones nerviosas libres que se encuentran repartidas por capas superficiales de la piel, así como determinados tejidos nerviosos internos como el periostio, las paredes arteriales, las superficies articulares y el haz, la tienda de la bóveda craneana.

Hay tres diferentes estímulos que excitan a los receptores del dolor ya sea mecánico, térmico y químico, la mayoría de las fibras del dolor suelen excitarse por numerosos tipos de estímulos, sin embargo, algunas fibras responden al estiramiento mecánico excesivo como el calor o el frío y otras sustancias químicas que actúan sobre los tejidos.

Las transmisiones de las señales del dolor hacia el sistema nervioso central son transmitidas por terminaciones nerviosas libres que utilizan 2 vías para transmitir el impulso del dolor, una de las vías es el dolor agudo y crónico.

Las señales del dolor agudo se transmite por nervios periféricos hasta la medula espinal por medio de las fibras pequeñas del tipo alfa y delta a una velocidad entre 6 y 30 m/s, sin embargo, el dolor lento crónico se transmite por fibras de tipo C, a una velocidad entre .5 a 2 m/s cuando se bloquean las fibras de tipo alfa y delta sin bloquear las terminaciones C mediante una compresión moderada del tronco nervioso el dolor rápido agudo desaparece.

Por el contrario cuando se bloquean las fibras de tipo C sin bloquear las fibras alfa y delta mediante concentraciones de anestésico local, desaparece el tipo de dolor lento crónico sordo.

Debido a la inervación dolorosa el comienzo súbito del estímulo doloroso da lugar a una sensación de dolor, un dolor agudo, seguido posterior mente de un dolor lento, ardiente que alerta a la persona a la presencia de este estímulo.

Al entrar en la medula espinal procedente de las raíces dorsales, las fibras del dolor ascienden o descienden de uno a 3 segundos por el Haz de Lissauer situado detrás del asta

dorsal de la sustancia gris medular, las vías del dolor en la medula espinal y el tallo cerebral se origina por dos vías que son el haz neuroespinotalámico y el haz paleoespinotalámico ¹⁰

Las fibras del haz neuroespinotalámico terminan en las raíces de las áreas reticulares del tallo cerebral y la mayoría sigue las áreas del tálamo acabando en el complejo ventral basal.

Las vías paleoespinotalámicas es el área donde se transmite el dolor lento, que se produce en las fibras periféricas del tipo C que terminan por completo en las laminas II y III de las astas dorsales (sustancia gris gelatinosa) que casi todas las señales pasan por varias neuronas adicionales cortas de las propias astas dorsales antes de entrar a la lamina IV.

El sistema de analgesia es el mecanismo mediante el cual el individuo reacciona al dolor, siendo que consta de 3 pasos principales que son el área gris periacueductal, el mesencefalo y la parte superior de la protuberancia que rodea el acueducto de Silvio que envía señales al núcleo magno del Rafe, un nucleón delgado de la lamina situado en la parte inferior de la protuberancia y en la parte superior del bulbo de donde se transmiten las señales del dolor hasta el complejo inhibitor del dolor situado en las astas dorsales de la medula espinal. Este transmite el dolor visceral en donde actúan los estímulos de distensión, espasmos, hipoxia y los de origen químico.

El dolor referido es la sensación dolorosa que se inicia en uno de los órganos viscerales y se refiere a un área de la superficie del cuerpo. El mecanismo del dolor referido se realiza por medio de la sinapsis originándose en la medula espinal, que cuando se estimula la fibra del dolor visceral hay señales de dolor, el dolor visceral procede de los diferentes órganos viscerales del abdomen y del tórax que se produce por isquemia, estímulos químicos que en ocasiones suelen salir del tubo digestivo, sustancias lesivas que penetran la cavidad abdominal, el espasmo de vísceras y distensión abdominal son mecanismos propios del cuerpo.

La molestia que transmiten las fibras sensoriales del sistema autónomo (simpático y parasimpático) y las sensaciones son referidas a las áreas superficiales del cuerpo

¹⁰ GUYTÓN Tratado de Fisiología Médica pp. 870 1992.

conducida a los nervios raquídeo locales desde el peritoneo parietal, la pleura y el pericardio son las zonas que ocasionalmente muestran molestia de dolor, al transmitirse los impulsos nerviosos.

2.3.3 Patogenia del dolor

El dolor se transmite por inervaciones sensoriales del sistema cerebro espinal y neurovegetativa, la pared abdominal, el peritoneo parietal y las raíces mesentéricas contienen fibras nerviosas capaces de transmitir sensaciones dolorosas a los centros superficiales cortocorticales.¹¹

Las fibras nerviosas del nervio frenico conducen el dolor procedente del diafragma y las de serosas del hígado, vesícula biliar y estomago. Los estímulos mecánicos, térmicos, químicos y osmóticos producidos a ese nivel producen dolor somático que es de carácter agudo, penetrante o de difícil localización.¹²

El peritoneo visceral, las vísceras huecas y los vasos sanguíneos reciben fibras sinápticas y parasimpáticos y es precisamente este sistema que transmite el dolor visceral en donde actúan los estímulos de distensión, hipoxia y los de origen químico.

Los dolores procedentes de estos órganos son de origen sordo, difuso y de difícil localización por lo que se trata de un dolor vegetativo que a menudo se acompaña de otras sensaciones como intranquilidad, sudación, palidez, náuseas y vómito.

El dolor referido o irradiado se caracteriza porque en algunos segmentos hay interconexiones entre las fibras intra abdominales y las fibras sensitivas de la piel por los arcos de reflejo que llegan a irradiarse los dolores viscerales a las zonas cutáneas.

Algunas de las causas del dolor en el lactante son: Neumonía lobar inferior derecha, reflujo, rotura de fémur, quiste mesentérico, pielonefritis, neuroblastoma de Willms, apendicitis, enterocolitis bacteriana y en el escolar son: Pielonefritis, traumatismo

¹¹ ROMERO, S. Rodríguez et al Urgencia en pediatría. Pp. 42 1996.

¹² IBIDEM. pp. 43

esplénico, gastroenteritis, estreñimiento, divertículo de Meckert, apendicitis.

Para identificar el dolor se debe de considerar lo siguiente:

- a) Que el dolor se presenta a la aparición de un agente extraño exterior nocivo que impide la realización de algunos actos y nos conduce a suspender el contacto con los estímulos.¹³
- b) La sensibilidad del dolor se produce por la disminución del nivel de estado de conciencia y por la elevación del umbral del sufrimiento ya que el dolor muy intenso puede desbordar los límites de la tolerancia al sufrimiento del sujeto, haciéndolo creer y caer en un estado de estupor e inconsciencia, una especie de parálisis de conciencia donde la sensibilidad representa un papel muy importante ya que el sexo femenino es más tolerable que el masculino. Los sujetos más sensibles al dolor suelen tener una personalidad muy diferenciada y un disminuido nivel intelectual.
- c) La sensibilidad al dolor depende de múltiples factores que son: los de personalidad, inteligencia, medio socioeconómico, estado emocional y cultural.

Incidencia:

El dolor es uno de los síntomas que se manifiesta por el paciente al recobrar la conciencia, por lo regular el dolor postoperatorio se presenta entre las 12 y 38 horas posterior a la intervención quirúrgica y suele desaparecer a las 48 horas del procedimiento.

Los agentes anestésicos se eliminan con lentitud y por lo tanto se controla el dolor por un mayor tiempo que los insolubles ya que produce una recuperación rápida pero el paciente esta inquieto y se queja de dolor.

¹³ IBIDEM pp. 715.

Manifestaciones:

1. **Autónomas:** Secreción de adrenalina, elevación de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca y del pulso, respiración rápida e irregular, aumento de la transpiración.
2. **Músculo esqueléticos:** Hay aumento de la tensión o la actividad muscular.
3. **Psicológicas:** Aumento de la irritabilidad, aumento de la aprensión, aumento de la ansiedad, aumenta la percepción del dolor.

Bases para el diagnóstico:

En el niño es difícil identificar el tipo de dolor que presenta y por lo regular siempre el padecimiento requiere una intervención quirúrgica siendo un factor desfavorable para proporcionarle un cuidado específico para disminuir el dolor.

También se debe de realizar una exploración metódica realizando una inspección general observando la posición, la facia, la coloración, el estado de hidratación y patrón respiratorio, determinando el estado neurológico, exploración cardiológico, pulmonar, así como una detallada búsqueda de elementos para manifestar el dolor.

2.4 Respuesta psicológica ante la presencia de dolor

La reacción del niño a la hospitalización se debe considerar a la vivencia de la enfermedad, entre los adultos ocasiona agresión, evasión, agresividad y rechazo, según Freud A. (1992) describe que en los niños hay pautas de regresión que los conduce a anteriores estadios evolutivos que acaban de salir y en los niños mayores hay manifestaciones de agresividad siendo un factor perturbador que ocasiona falta de movimiento por los cuidados propios de enfermería.¹⁴

¹⁴ ALONSO, et. al. Psicología social y médica pp. 367 1992. 367 1992.

Las reacciones del niño dependen del grado de confianza, la oportunidad que se de para explicarle el procedimiento o acciones reales y racionales para disminuir el dolor, los miedos infantiles, la edad del niño, el ambiente familiar, los cuidados del marco hospitalario, son factores desencadenantes para que el niño tenga un trauma severo, la integración familiar representa un papel importante para la adaptación al medio hospitalario así como apoderándose en las relaciones interpersonales que establezca con el personal interdisciplinario.

Para un niño la separación de sus familiares y de su hogar implica un “grave reto”, la gravedad de aceptarlo o evitarlo depende de la edad del paciente o cliente. El trauma que recibe el niño durante la lactancia especialmente entre los siete primeros meses según Shaffer y Callender (1992) refieren que el niño muestra señales de inquietud al ingresar al hospital, acepta muy bien los cuidados que le proporcionan personas extrañas o ajenas a su ámbito familiar, al reincorporarse al medio familiar suele pasar de 1 a 3 días se encuentra demasiado tranquilo y callado con una mirada muy observadora y fijándose en todo lo que le rodea.¹⁵

Por lo que para disminuir el trauma y el objeto de la estancia del lactante menor de 6 meses, le resulta satisfactorio que se debe de realizar lo siguiente:

Que una sola persona su madre, enfermera, empleado del hospital asuma el rol de su madre manteniendo una relación de palabras y juegos continuos con el paciente.

Que se le proporcione estímulos sensoriales suficientes (cambio de posición en la cuna, juegos que despierten su interés) visitas de hermanos y familiares.

En caso de que la función materna sea sustituida por otra persona se debe de cultivar la visita continua y frecuente de la madre.

Entre la edad de los 7 meses de edad y a los 5 años de edad el trauma de la separación de su madre y la incorporación a un ambiente desconocido toma una prolongada resonancia muy

¹⁵ IBIDEM. pp. 369

desfavorable sobre el desarrollo psíquico del paciente siendo la edad en que el niño protesta de los hospitales con una intensa manifestación de llanto, desesperación y actos activos realizando una mezcla de pánico y cólera.¹⁶

El desequilibrio emocional puede mantenerse después de concluir la hospitalización durante algún tiempo indefinido ocasionando un mayor impacto traumatizante en los niños de 2 a 4 años de edad. Cuando los niños son acompañados por sus familiares toleran el trauma de la hospitalización sintiendo seguridad y tranquilidad haciendo creer que la presencia de la madre o padre lo libera de toda la amenaza existente en un ambiente desconocido para él.

Durante la intervención quirúrgica el niño expresa que el tiempo de estancia sea corto o la cirugía sea ambulatoria por lo que disminuye el trauma, pero si después de la intervención quirúrgica se requiere de la hospitalización deberá permanecer la madre con el niño haciendo el papel de enfermera auxiliar, cuando es posible se debe de conseguir la visita frecuente y prolongadas de la madre o familiares cercanos, a partir de la segunda infancia el niño dispone de hábitos para enfrentar situaciones desconocidas para él por lo que se debe de realizar una preparación psicológica.

El dolor y el sufrimiento toman en el campo psicológico formas diversas de manifestarlo o de desaparecer, pero nunca se le olvida haberlo sufrido.

El dolor corporal se puede vivir como un enigma psicológico planteándose preguntas de por qué a mí, sintiendo impotencia, ocasionándole protesta y rebeldía contra un fenómeno corporal mortificante que no entiende él porque se manifiesta.

¹⁶ ALFONSO, et. al. Psicología Social y Médica pp. 369 1989.

2.4 Factores que afectan el dolor

Los factores que pueden afectar la percepción de dolor y reacción del individuo al dolor son: Valores ético-culturales, los ambientales, emocionales, expectativas presencia de otra persona y experiencias pasadas.

Los valores ético-culturales: En este aspecto el individuo toma la presencia del dolor como castigo por las malas acciones, motivo por el cual el individuo tiene que tolerar sin queja alguna, considerando el dolor como motivo de duelo o tristeza, siendo que en otros grupos se le considera como ritual o culto en sus ceremonias religiosas y al tolerarlo le mostraba mayor fortaleza y potencia hacia sus dioses.

Como lo manifiesta Chapman y Jones (1994), Flanney (1981), que se han dedicado al estudio de la percepción y manifestación del dolor en diversas culturas concluyen que la respuesta al dolor va desde un repudio total a la declaración del abandono social, otras son expresiones emocionales como el llanto, grito y muecas signos de dolor.¹⁷

En su entorno el individuo evade el dolor estando presente con otras personas que no le den confianza por lo que lo hacen poco insensible a la presencia del dolor pero posteriormente al estar solo (a) el dolor se hace mas presente e incluso llegas al llanto y desesperación.

En las emociones: esta incluye a individuos muy ansiosos que son fáciles de ser envueltos en la desesperación ante la presencia del dolor presentando mayor dolor.

Las expectativas ante la presencia del dolor: Suelen afectar a percibir el dolor en otras situaciones se le permite expresarlo, pero en la mujer es mas libre de hacerlo por lo que el papel familiar afecta el modo de cómo la persona percibe el dolor, la presencia de los familiares hacen más sensible al paciente lo que le da confianza y seguridad.

¹⁷ Kozzier, et. al. 1995 pp. 1341.

2.6 Intervención de enfermería ante la presencia de dolor

En la intervención del personal de enfermería se deben realizar un plan de cuidados que comprende la **valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación** específico para cada paciente que presente dolor posquirúrgico:

2.6.1 Valoración

Se debe de realizar tomando en cuenta una historia del dolor, examen físico, enfocados a respuestas psicológicas y conductivas del paciente.

En la historia del dolor se contempla la localización, intensidad, calidad, patrón que toma el dolor, factores que desencadenan el dolor, factores que lo alivian, síntomas asociados, experiencias pasadas y la manera de controlar el dolor, se debe de considerar la localización del dolor en donde el individuo expresa con exactitud el dolor que percibe, utilizando el personal de enfermería medios para determinar en que lugar le duele, manejando términos apropiados que le permitan al paciente entenderlos y auxiliándose de los familiares que conocen las expresiones del niño para poder interpretar la presencia del dolor.¹⁸

Intensidad: El dolor se puede clasificar en leve, moderado y severo determinado de acuerdo a la capacidad y necesidad del paciente para poder expresar la presencia, en pacientes adultos desorientados pueden distorsionar la intensidad del dolor y no se puede minimizarlo para evitar su ingreso al hospital y enfrentarse a situaciones desagradables y desconocidas para el, adminístrale tranquilizantes para disminuir la ansiedad.

Patrón: Se debe de considerar el patrón del dolor incluyendo el momento que comenzó, duración, persistencia o intervalos siendo la enfermera la que determina cuando empezó el dolor, si se revierte y cuando fue la última vez que ocurrió, por lo que se debe de indagar que otros factores hacen presente el dolor, el factor ambiental esta presente y puede aumentar el dolor el frío o la humedad intensa.

¹⁸Kozzier, et. al. 1995 p.p. 1339

Examen físico: La enfermera valora los signos vitales del paciente y observa buscando cambios de coloración de piel, sequedad de la piel, diaforesis, la expresión facial, los gestos del cuerpo que reflejan molestias o ansiedad, esto nos da información sobre la severidad del dolor y como el paciente lucha para disminuirlo.

Las respuestas fisiológicas van de acuerdo al tipo de dolor; el dolor agudo estimula al sistema nervioso simpático, resultando un aumento de la tensión arterial, aumento del ritmo cardiaco y la frecuencia respiratoria, palidez, diaforesis y dilatación de la pupila, en cuanto al dolor crónico se observan signos de estimulación del sistema nervioso parasimpático produciendo disminución de las funciones vitales, contracción de la pupila, piel caliente y seca.

Las respuestas conductuales, los pacientes confusos o desorientados nunca comunican sus expresiones del dolor solo muestran gestos de desagrado en la cara, siendo un síntoma característico de la presencia del dolor aunado a esto se encuentran otros síntomas como son el apretar los dientes, cerrar los ojos o abrirlos excesivamente, morderse los labios, en pacientes pediátricos un signo característico es que toman la posición fetal ante la presencia de dolor.¹⁹

Son aspectos que el personal de enfermería toma en cuenta para llevar a cabo una buena valoración logrando que sea verdadera y fidedigna para elaborar un plan a seguir.

2.6.2 Diagnóstico

En este apartado el personal de enfermería realizó una descripción ordenada sobre el tipo de dolor que esta presentando el paciente mencionando la intensidad, factores que lo agravan o disminuyen el dolor, factores lesivos, biológicos, físicos, químicos, psicológicos, los agentes físicos, mencionan el trauma y la temperatura extrema, los agentes biológicos hacen referencia a la enfermedad, inflamación e izquemia que está sufriendo el organismo; los agentes químicos se refieren a los agentes nocivos, citotóxicos, equilibrio electrolítico y

¹⁹ Kozzier, et. al. 1995 p.p. 1350

disfunción endocrina y por ultimo los factores psicológicos se refieren a la ansiedad, miedo, estrés y tensión a que se enfrenta el paciente a situaciones agresivas.

2.6.3 Planeación

La enfermera identifica las actuaciones que ayude al paciente al logro de todas sus metas de prevención, modificación o eliminación del dolor para que sea capaz de luchar con mayor aceptación contra la experiencia del dolor.

En los pacientes postoperados se requiere que se le prevenga la presencia del dolor ministrándole analgésicos, establecer medidas de prevención de enfermería logrando que el paciente se recupera con mas prontitud, identificando las actividades que le aumentan el dolor o se lo disminuyen, distraer al paciente neutralizar estímulos (presión, masaje, calor o frío) técnicas de relajación e inmovilización y descanso.

2.6.4 Ejecución

Se realizan acciones que le permitan al personal de enfermería llevar un manejo del dolor ya sea acciones dependientes o independientes, utilizando una combinación de estrategias que se tomen en cuenta hasta que el paciente logre su recuperación como son:

- a) Conocimiento verbal sobre la presencia de dolor ¿ Cómo sigue el dolor?
- b) Escuchando atentamente sobre la experiencia al dolor que manifiesta el paciente.
- c) Mencionar que sé esta llevando acabo una valoración del dolor que nos permite actuar.
- d) Atender las necesidades del paciente con prontitud.

El papel de enfermería es proporcionarle información exacta sobre el dolor permitiéndoles planear sus reacciones emocionales, brindándoles masaje con pequeños golpecitos suaves y gentiles para disminuir el dolor.

Mediante estas medidas el personal de enfermería actuará para cubrir las necesidades del paciente:

1. Reducir las malas interpretaciones sobre el dolor explicándole al paciente que el dolor es una experiencia fundamental e individual y que sólo el paciente es quien lo experimenta.
2. Aplicación de calor o frío: Siempre se realiza bajo una prescripción médica ya que su uso afecta el sistema vascular y muscular del organismo así como la producción de serotonina que ayuda al paciente a sentirse confiado, seguro y sereno. El calor puede aplicarse como baños, compresas o paños y el frío estimula la producción de norepinefrina que causa en el paciente sensación de poder, control, confianza y excitación, sin embargo en pacientes con niveles bajos de serotonina y norepinefrina demuestran depresión, violencia y pueden verse agravados por los narcóticos, los cuales bloquean los receptores de norepinefrina y serotonina situados en el sistema nervioso central.²⁰
3. Reducción del dolor y la ansiedad: Es importante ayudar a disminuir la respuesta emocional (ansiedad o miedo asociados con el dolor) cuando el paciente no expresa su dolor y miedo aumenta la intensidad y se incrementa el dolor, por lo que se le pide comparta con el personal de enfermería sus miedos y preocupaciones sobre el manejo del dolor.
4. Utilizando Técnicas de distracción: Permite apartar el dolor, disminuyendo su percepción. Explicándole al paciente el mecanismo mediante el cual se transmite el dolor del cerebro al sitio de molestia, utilizando la teoría de la puerta de control mencionándole que la medula espinal y las células receptoras que reciben el impulso doloroso son inhibidos por otras fibras nerviosas periféricas que transportan los diversos estímulos diferentes al dolor, logrando que los mensajes dolorosos vayan más lentos que los mensajes de distracción por lo que la puerta de control del dolor percibe en menor cantidad la presencia del dolor.²¹
5. Utilizar técnicas de respiración: La enfermera necesita ayudar a disminuir los estímulos dolorosos por medio de una respiración rítmica lenta que consiste en

²⁰ Kozzier, Fundamentos de enfermería. 1995 pp. 1042

²¹ Cumming, 1981 Pág. 62.

tomar como punto visual un objeto que inhale lentamente a través de la nariz mientras cuenta del 1 al 4 y exhalando lentamente a través de la boca.

6. Un masaje y una respiración rítmica lenta que se le debe de enseñar al paciente a realizarlo y al mismo tiempo dándose masaje en la parte del cuerpo afectada frotándose o realizando movimientos circulares, cantar o dar aplausos rítmicamente escuchar activamente y tener una imaginación dirigida en donde el paciente se concentre en otro objeto que le sea agradable minimizando la presencia del dolor.
7. Usando técnicas de relajación: Son efectivas en el dolor crónico y aporta muchos beneficios en donde el paciente reduce la ansiedad que produce el dolor, logrando conciliar el sueño, descanso y reposo al combinarla con otras estrategias se obtienen mas beneficios por lo que el paciente se debe de mantener en una postura correcta, un ambiente tranquilo y relajado.
8. Producción de estímulos cutáneos: Reduce la intensidad del dolor, utilizando una estimulación táctil, para distraer al paciente mediante la aplicación de cremas y ungüentos para favorecer la relajación.
9. Cubrir sus necesidades básicas: Al paciente se le debe de proporcionar lo necesario para que se mantenga tranquilo, el proporcionarle líquidos necesarios para evitar la sensación de sed, permitiendo establecer comunicación directa con el personal de enfermería y si es posible proporcionarle bebidas de su agrado siempre y cuando sean indicadas por el medico.

Así como los ingresos son importantes en un paciente postoperado también los son los egresos ya que la presencia de la orina nos manifiesta la funcionalidad orgánica, considerando que al utilizar anestésicos hay una relajación y contracción de los músculos, también es importante que este presente las evacuaciones lo que nos indica la presencia de la movilidad intestinal y evita la distensión abdominal y se va haciendo con mayor frecuencia después de la deambulación y la movilización,

Mantener al paciente seco, cómodo y limpio permite disminuir la ansiedad y malestar que ocasiona la presencia del dolor.

Siempre se debe de considerar la utilización de analgésicos por indicación médica, valorando los signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura y saturación de oxígeno), estado de conciencia, en la mayoría de los pacientes operados de cirugías de abdomen y tórax requieren de medicamentos narcóticos que les mitiguen el dolor evitando movilizaciones bruscas, siendo que las funciones vitales como el respirar propicia contracciones de los músculos ocasionado dolor e incomodidad, siempre se debe de considerar la ministración de medicamentos depresores del sistema nervioso central y de los centros respiratorios ya que profundizan la respiración y tiende a producir contracciones musculares de los bronquios y aumentar la secreción traqueobronquial lo que desencadena la formación de atelectasias, bronco aspiración y neumotórax.²²

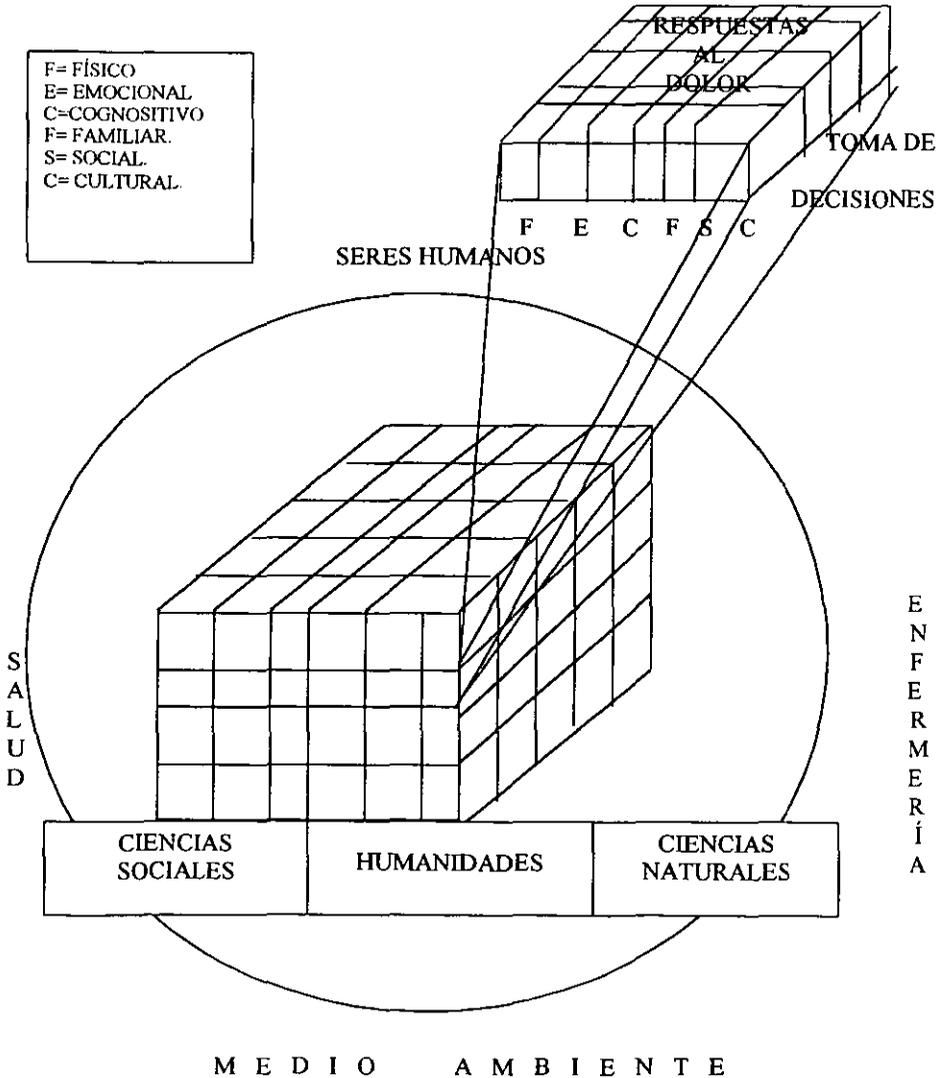
2.6.5 Evaluación

Para llevarla cabo la enfermera debe recoger datos pertenecientes a los criterios de resultados obtenidos debido a que el dolor es una experiencia subjetiva individual, la mayoría de los datos se obtienen preguntándole al paciente el nivel de comodidad, nivel de energía, el patrón con que cursa el dolor, patrón de sueño y los cambios de actividades de enfermería o el uso de estrategias no invasivas le fueron de ayuda , datos subjetivos como signos vitales, postura, gestos conductuales, aumento o disminución del dolor considerando las medidas de prevención y ejecución de enfermería ante la presencia del dolor.

²² Lilian, et. al. Manual de la Enfermera pp 160, 1991.

FIGURA # 3

ADAPTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LOOMIS/WOOD AL ESTUDIO DE RESPUESTAS HUMANAS AL DOLOR POSTOPERATORIO DE LOS PREESCOLARES EN UN HOSPITAL INFANTIL PRIVADO MÓNICA/RAMIRO 1998.



CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue descriptivo, observacional, transversal.(Pólit y Hungler, 1997).

3.2 Universo

La población de estudio son los pacientes pediátricos de uno a seis años de edad que son intervenidos quirúrgicamente en un hospital infantil privado de la ciudad de México, con la unidad de muestreo los pacientes pediátricos que son intervenidos quirúrgicamente siendo el tamaño de la muestra de $n= 364$ pacientes en 1998.²³Se trabajo con un nivel de confianza del 95 por ciento, con un rango de error de .5

3.3 Plan de muestra y muestreo

El marco muestral está conformado por pacientes de uno a seis años de edad que son intervenidos quirúrgicamente tomando como referencia las tablas de programación quirúrgica en un lapso de 6 meses dentro del hospital Infantil Privado.

El tipo de muestreo es probabilística aleatorio simple: Los pacientes que se encuentran en la sala de recuperación posterior a la intervención quirúrgica, sobre la base de las características generadas por el dolor en los pacientes lactante, preescolar y escolar postoperatorio se elabora una lista y será el objeto de estudio.

²³ Tablas de programación quirúrgica en el H.I.P. de Enero a Julio 1998.

La selección del sujeto se toma en cuenta los pacientes de uno a seis años de edad que son intervenidos quirúrgicamente ya sea en una cirugía de tipo ambulatorio o que requiere una hospitalización, en el Hospital Infantil Privado.

Se toma en cuenta todos los pacientes que se someten a cirugía en los diversos turnos (matutino, vespertino y nocturno) en las salas quirúrgicas del Hospital Infantil privado de la Ciudad de México.

Donde es:

$$n = \frac{Z^2 P Q}{d^2}$$

n= Es la muestra.

Z= Es el parámetro del nivel de confianza.

P= Es la proporción de las características de estudio.

Q= Es el complemento de la proporción.

d= Es el rango de error.

Marco Muestral.

$$n = \frac{(1.96)^2 (.5)(0.05)}{(5)^2}$$

$$n = \frac{3.84 (2.5) + 9.6}{2 + .25} = \frac{38.4}{2.25} = 170.66$$

Siendo una población total de 1400 pacientes que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos en el Hospital Infantil Privado en un lapso de 6 meses que comprende de enero a junio de 1997.

Por tal motivo se realiza la siguiente operación sobre la base de la fórmula que utiliza la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

$$1400 \text{ pacientes} \times 100$$

Muestra de estudio: -----=364 pacientes.

$$384$$

Seleccionado el sujeto, se confirmó los siguientes criterios de solución:

Criterios de inclusión:

Pacientes pediátricos de 1 a 6 años de edad que se somete a una intervención quirúrgica en el Hospital Infantil Privado, pacientes de 1 a 6 años de edad capaz de responder en la sala de recuperación posquirúrgica, paciente que exprese dolor posterior a la intervención quirúrgica.

- Que no esté bajo efectos de anestesia.
- Posterior a las 3 horas del postoperatorio inmediato.

Se toma en cuenta los criterios de exclusión.

Pacientes de 1 a 6 años de edad que no pasen por la sala de recuperación quirúrgica, paciente que no se encuentra orientado en sus tres esferas bio-psico-social, todos recién

nacido, todo paciente que fue intervenido quirúrgicamente y que a su egreso del área quirúrgica sale a unidades de cuidados críticos e intensivos.

3.4 Material

Los instrumentos utilizados en la presente investigación son dos; siendo elaborados por los investigadores basándose en la operacionalización de las variables y tomando una escala de medición para la estimación del dolor contemplada en la guía de observación.

El instrumento de la respuesta al dolor del paciente pediátrico de 1 a 6 años de edad posterior a una intervención quirúrgica basado en el modelo de enfermería de Loomis y Wood consta de 9 reactivos en donde se incluyen aspectos como edad, sexo, asistencia a la guardería, tipo de cirugía practicada, intensidad del dolor posquirúrgico, terapéutica para disminuir el dolor, respuesta física ante la presencia del dolor, estado de conciencia, tipo de incisión quirúrgica practicada, confort y comodidad del paciente en la sala de recuperación postoperatoria.

La guía de observación se elabora para determinar la respuesta al dolor del paciente pediátrico de 1 a 6 años de edad posterior a la intervención quirúrgica en la sala de recuperación, tomando en cuenta las características y facias que presenta el paciente pediátrico de 1 a 6 años de edad tomando como referencia una escala visual análoga de medición para estimar el dolor como es: llanto, quejido, irritabilidad, ausencia del habla, náusea, vómito.

3.5 Procedimiento para recolectar la Información

Para iniciar con el estudio se solicitó la autorización del hospital donde se realizó la investigación.

Se realizó una prueba piloto para conocer la comprensión y tiempo para la aplicación del instrumento en 30 pacientes lactantes, preescolar y escolar que fueron sometidos a intervención quirúrgica.

Tomando en cuenta todos los pacientes capaces de expresar la respuesta al dolor, sobre la base de las características que presente el paciente pediátrico lactante, preescolar y escolar posterior a la intervención quirúrgica se elaboró una guía de observación que nos permitió estimar la respuesta al dolor que manifiesta el paciente pediátrico en el Hospital Infantil Privado de la Ciudad de México, en la sala de recuperación, posterior a la elaboración del estudio se elabora texto informativo para el personal de enfermería y un plan de medidas terapéuticas para disminuir el dolor.

En la aplicación del instrumento participaron dos pasantes de la licenciatura en enfermería y el personal de la institución donde se realizó el estudio, se capacitó con respecto a la manera de hacer el llenado de la guía de observación y el instrumento, se tiene la supervisión directa de los autores de la investigación.

Para realizar el llenado de los instrumentos de trabajo se tomaron en cuenta los pacientes fueron sean operados en el turno matutino, vespertino y nocturno de ambas guardias.

Al término de cada aplicación de instrumento y la guía de observación los investigadores revisaron el completo llenado.

Se realizó el vaciamiento de los datos obtenidos, los resultados se presentaron en tablas de contingencia y figuras de acuerdo a frecuencia y porcentaje.

3.6 Ética del Estudio

La siguiente investigación pretende respetar los derechos humanos de cada individuo por lo que de acuerdo al **Reglamento de la Ley General de Salud, La Comisión Nacional de los Derechos Humanos para la Salud** se completan en los siguientes artículos.

Los derechos se encuentran en relación directa con enfermería por tratarse de seres humanos, tomando en cuenta lo mencionado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que todo individuo tiene el derecho al cuidado y atención a su salud sin haber distinción alguna de raza, sexo, religión, establecido en el artículo 4to y regulado por la Ley General de Salud.

El personal de enfermería representa un papel importante que tiene a su cargo el cuidado, orientación, información, restauración de la salud del individuo y la pronta integración a su ámbito social y cultural.

Por lo que respecta a los derechos del individuo establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, nos menciona que todo ser humano tienen el derecho a la vida, protección, confidencialidad, intimidad, a la libertad, a la información, a nacionalidad, a un trato digno, a una atención de calidad, por lo que en la presente investigación se toma en cuenta todos estos derechos:

El derecho a la autonomía.

El individuo tiene el derecho de decidir y tomar sus propias decisiones las cuales deben de ser respetadas por el profesional de la salud.

El artículo 14 Capítulo I: Nos menciona que todo tipo de investigación que se realice debe someterse a lo siguiente:

1. Principios científicos y éticos que la justifiquen.

2. Se realizará sólo con el consentimiento proporcionado ya que no se puede obtener por otros medios.
3. Siempre se tomará en cuenta los riesgos y beneficios que ocasiona esta investigación.

Así mismo se tomará en cuenta el consentimiento legal o representativo, de acuerdo al artículo 16, 17 se protegerá la privacidad del individuo, del sujeto de estudio y no permitirá que sufra algún daño ya que sólo es una investigación documental, empleando métodos y técnicas de investigación documental. Que se realizará un estudio retrospectivo y no se hará intervención en variables fisiológicas, psicológicas y sociales del sujeto de estudio.

Según el artículo 29, capítulo segundo nos menciona que con respecto a la investigación dentro de la comunidad, toda investigación se someterá a una autorización y aprobación por las autoridades correspondientes. Permitiendo que la población de estudio participe con la aportación de nuevos conocimientos para la formación del profesional de la salud.

El derecho a la información.

Todo individuo tiene el derecho de manifestarse y poder tomar decisiones con respecto a la información proporcionada al profesional de la salud y así mismo la información que le dé sea en forma sencilla, clara, concisa y entendible.

El derecho a la verdad.

Por medio de este derecho todo individuo exige que se le hable con la verdad y en forma discreta, buscando el lugar y momento apropiado para comunicárselo.

El derecho a la confidencialidad.

El paciente tiene el derecho de manifestar que la información que proporcione sea en forma confidencial tomando en cuenta lo acordado en el "Secreto Profesional".

En el Título segundo nos menciona lo referente a la investigación en seres humanos:

Según el Artículo 13 Capítulo Primero, nos menciona que en todas las investigaciones que se encuentre de por medio el ser humano y sea el sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, protección a sus derechos humanos y el bienestar propio.²⁴

²⁴ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 1987.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Datos Descriptivos

En el siguiente capítulo se dan a conocer los datos obtenidos de la investigación de la respuesta al dolor que desencadena el paciente pediátrico de 1 a 6 años de edad posterior a la intervención quirúrgica basado en el modelo de atención de enfermería de Loomis-Wood que incluyen: género, edad, asistencia a la guardería, tipo de intervención y tipo de incisión realizada al paciente pediátrico, la intensidad del dolor, medidas terapéuticas que disminuyen el dolor, lugar donde se intensifica el dolor, como clasifica el dolor, respuesta emocional al dolor, síntomas y estado de conciencia que muestra el paciente pediátrico posterior a la intervención quirúrgica.

Posteriormente se presentan tablas y figuras que reportan la frecuencia y el porcentaje de cada una de los reactivos del instrumento utilizado que van en relación con la variable de estudio.

Por último se realiza un análisis de los resultados obtenidos para conformar las conclusiones que se obtuvieron al finalizar la investigación.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Tabla # 1

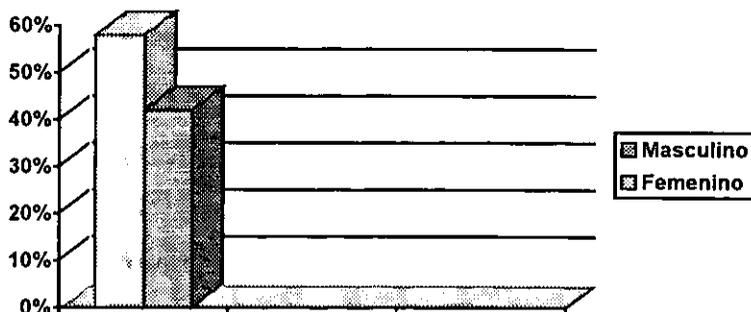
Género de pacientes encuestados en el Hospital Infantil Privado en la sala de recuperación.
Diciembre de 1998.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	210	58 %
Femenino	154	42 %
TOTAL	364	100 %

Fuente: Encuestas aplicadas en Diciembre de 1998, en el Hospital Infantil Privado en la sala de recuperación.

Figura # 1

Género de pacientes intervenidos en el Hospital Infantil Privado en la sala de recuperación.
Diciembre de 1998.



Observación El 58% es de sexo masculino y el 42% de sexo femenino.
Fuente: Misma del cuadro #1.

Tabla # 2

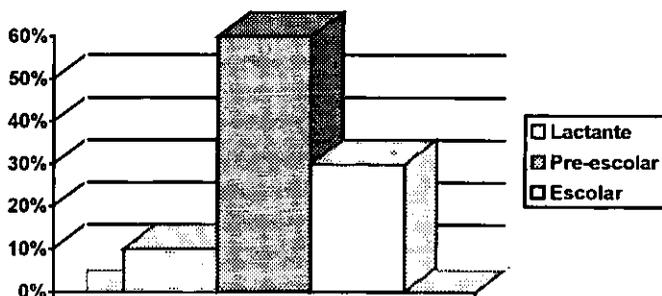
**Edad del paciente que fue intervenido quirúrgicamente en el Hospital Infantil Privado.
Diciembre de 1998.**

PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 2 años	36	10 %
3 a 4 años	220	60 %
5 a 6 años	108	30%
TOTAL	364	100%

Fuente: Misma del cuadro # 1

Figura # 2.

**Edad del paciente que fue intervenido quirúrgicamente en el Hospital Infantil Privado
Diciembre 1998.**



Observación: El 10% corresponde a la etapa lactante, el 60 % a la etapa pre-escolar y el 30% a la escolar.

Fuente: Misma del cuadro #1

Tabla # 3

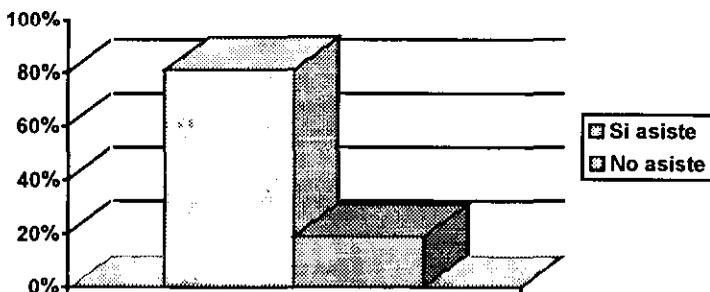
**La asistencia a guarderías de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.
Diciembre 1998.**

GUARDERIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si asiste	296	81 %
No asiste	68	19%
TOTAL	364 Pacientes	100%

Fuente: Misma del cuadro #1

Figura # 3

**La asistencia a guarderías de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.
Diciembre 1998.**



Observación: El 81 % corresponde que si asisten a guardería y el 19% no asisten.

Fuente: Misma del cuadro # 1.

Tabla # 4

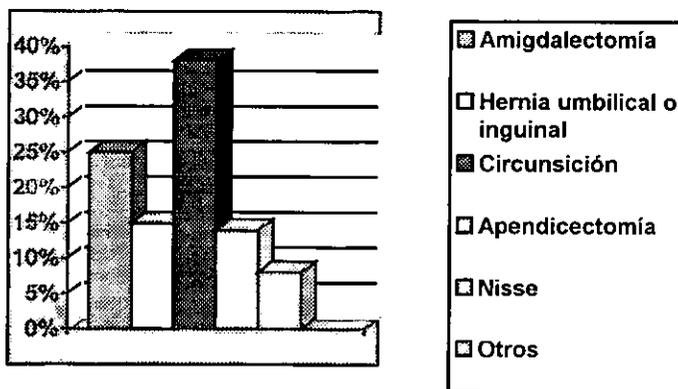
**Tipo de intervención quirúrgica que se le realizó a los pacientes en el Hospital Infantil Privado.
Diciembre de 1998.**

TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cx de Amígdalas	90	25%
Hernia Umbilical, Inguinal	54	15%
Circuncisión	140	38%
Apendicectomía	50	14%
Funduplicatura Nissen	30	8%
TOTAL	364	100

Fuente: Misma del cuadro # 1.

Figura # 4.

**Tipo de intervención quirúrgica que fué realizada a los pacientes en el Hospital Infantil Privado.
Diciembre 1998.**



Observación: El 38% corresponde a cirugías de circuncisión, el 25% a cirugías de amígdalas, 15% a hernioplastias, el 14% a apendicectomías y el 8% a otros procedimientos menores.

Fuente: misma del cuadro # 1

Tabla # 5

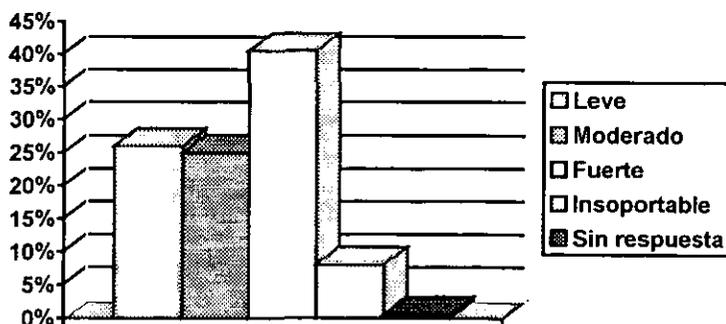
**Intensidad del dolor que manifiesta el paciente intervenido quirúrgicamente.
Diciembre de 1998.**

INTENSIDAD DEL DOLOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	94	26%
Moderado	90	25%
Fuerte	148	40.5%
Insoportable	30	8%
Sin respuesta	2	.5%
TOTAL	364	100 %

Fuente: Misma del Cuadro #1

Figura # 5

**Intensidad del dolor que manifiesta el paciente intervenido quirúrgicamente.
Diciembre 1998.**



Observación: Se obtuvo que el 40.5% presentan un dolor fuerte, el 26% leve, un 25 % moderado, un 8 % insoportable y solo un,5% sin respuesta alguna.

Fuente: Misma del cuadro # 1

Tabla #6.

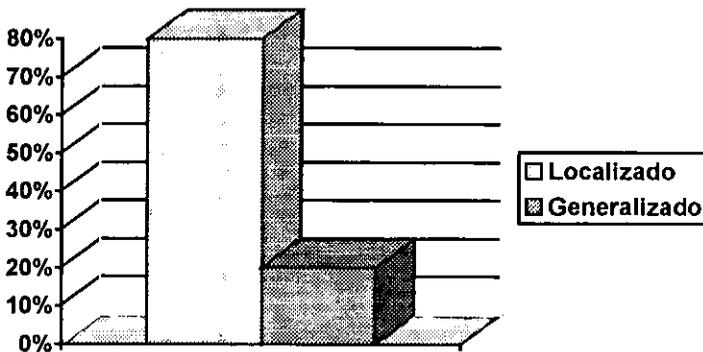
**Clasificación del dolor posterior a la intervención quirúrgica en la sala de recuperación.
Diciembre de 1998.**

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Localizado	290	80%
Generalizado	74	20%
TOTAL	364	100 %

Fuente: Misma del cuadro #1

Figura # 6

**Clasificación del dolor de los pacientes posterior a la intervención quirúrgica en la sala de recuperación.
Diciembre 1998.**



Observación: Se obtuvo que el 80% de los pacientes clasificó el dolor en forma localizada y el 20% en forma generalizada.

Fuente: Misma del cuadro # 1.

Tabla # 7

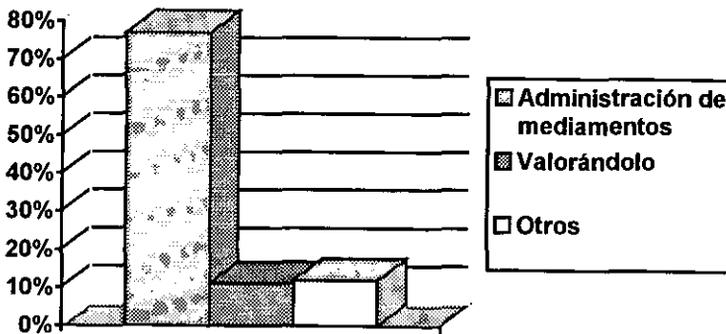
Como se le disminuye el dolor postquirúrgico inicialmente en la sala de recuperación.
Diciembre de 1998.

COMO DISMINUYE EL DOLOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Administración de medicamentos	280	77%
Valorándolo	40	11%
Otros	44	12%
TOTAL	364	100%

Fuente: Misma del cuadro #1

Figura # 7

Cómo se le disminuye el dolor postquirúrgico inicialmente el paciente en la sala de recuperación.
Diciembre 1998.



Observación: Se obtuvo que el 77% disminuye el dolor al ministrarle medicamento, el 12% otras medidas terapéuticas y el 11% valorándolo.

Fuente: Misma del cuadro # 1.

Tabla # 8

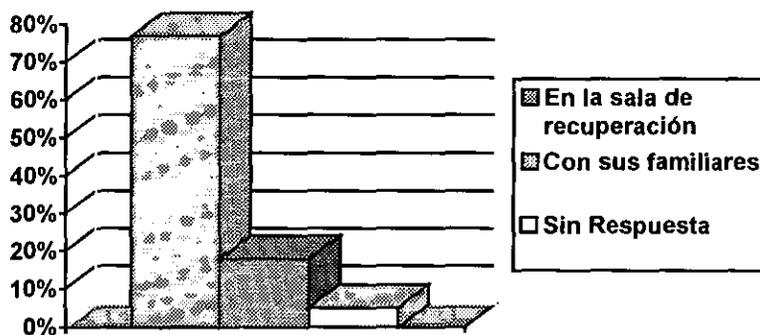
**Lugar donde se intensifica el dolor postquirúrgico al paciente pediátrico.
Diciembre de 1998.**

MAYOR DOLOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Premedicación. (Estando con sus familiares)	64	18
Estando en la sala de recuperación.	282	77%
Sin respuesta	18	5%
TOTAL	364	100%

Fuente: Misma del cuadro #1

Figura # 8

**Lugar donde se intensifica el dolor postquirúrgico al paciente pediátrico.
Diciembre 1998.**



Observación el 77% mostró mayor dolor al estar en la sala de recuperación, un 18% al estar con sus familiares y un 5 % sin respuesta.

Fuente: Misma del cuadro #1

Tabla # 9

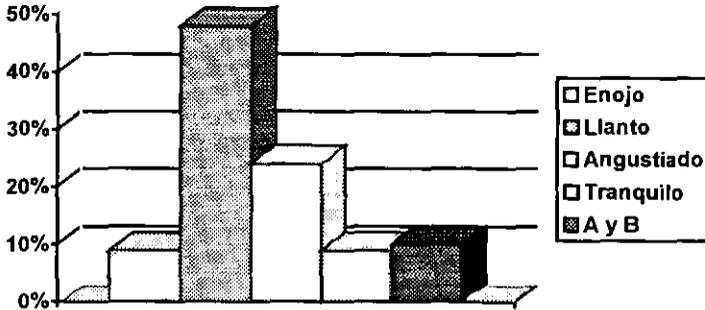
**La respuesta emocional que muestra el paciente posterior a la intervención quirúrgica.
Diciembre de 1998.**

RESPUESTA EMOCIONAL AL DOLOR.	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
Enojo	32	9%
Llanto	176	48 %
Angustia	86	24%
Tranquilo	34	9%
A y B	36	10%
TOTAL	364	100 %

Fuente: Misma del cuadro #1

Figura # 9

**La respuesta emocional que muestra el paciente al dolor posterior a la intervención quirúrgica.
Diciembre 1998.**



Observación: Se obtuvo que el 9% mostró enojo, el 48% llanto, el 24% angustiado, un 9% tranquilo y un 10% mostró enojo y llanto.

Fuente: Misma del cuadro # 1

Tabla # 10

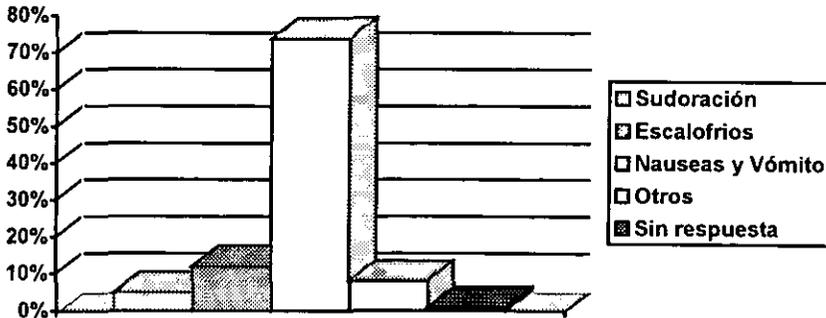
**Síntomas que muestra el paciente posterior a la intervención quirúrgica.
Diciembre de 1998.**

SÍNTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diaforesis	18	5%
Escalofríos	44	12%
Nauseas y Vómito	270	74%
Otros	28	8%
Sin respuesta	4	1%
TOTAL	364	100%

Fuente: Misma del cuadro #1

Figura # 10

**Los síntomas que presenta el paciente posterior a la intervención quirúrgica.
Diciembre 1998.**



Observación: Se obtuvo que el 74% presentó náuseas y vómito posterior a la cirugía, un 12% con escalofríos, un 8% otros síntomas, 5% con sudoración y 1% sin respuesta.

Fuente: Misma del cuadro # 1

Tabla # 11

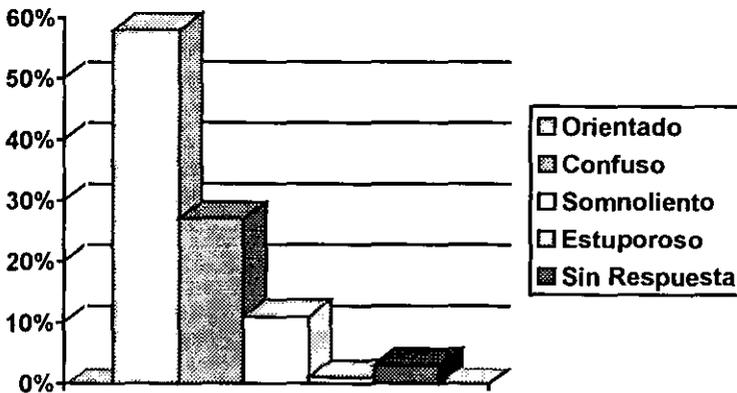
**Estado de conciencia del paciente posterior a la intervención quirúrgica a los 20 minutos.
Diciembre de 1998**

ESTADO DE CONCIENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Orientado	210	58%
Confuso	98	27%
Somnoliento	40	11%
Estuporoso	4	1%
Sin respuesta	12	3%
TOTAL	364 Pacientes	100 %

Fuente: Misma del cuadro # 1

Figura # 11

**Estado de conciencia del paciente a la intervención quirúrgica a los 20 minutos posterior a
la cirugía
Diciembre 1998,**



Observación: Se obtuvo que el 58% se encontró orientado a los 20 minutos, el 27% se mantuvo confuso, el 11% se encontró somnoliento, el 3 % no se obtuvo respuesta y el 1% en estado estuporoso

Fuente: Misma del cuadro #1

Tabla # 12

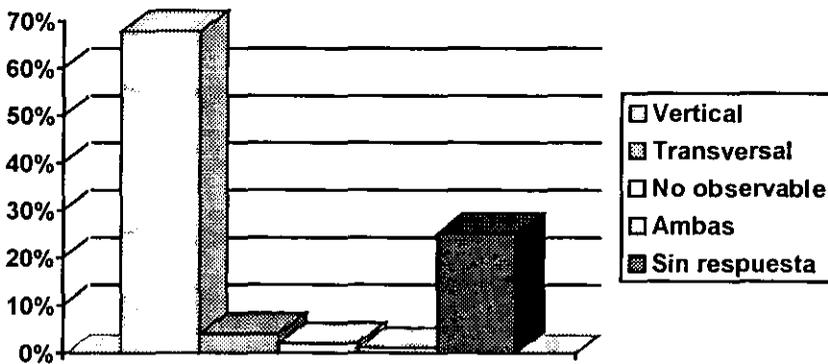
**Tipo de incisión que se realizó durante la intervención quirúrgica.
Diciembre de 1998.**

TIPO DE INCISIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vertical	246	68%
Transversa	14	4%
No Observable	8	2%
Ambas	4	1%
Sin respuesta	92	25%
TOTAL	364	100%

Fuente: Misma del cuadro #1

Figura # 12

**Tipo de incisión que se le realizó durante la intervención quirúrgica.
Diciembre 1998.**



Observación: Se obtuvo que el 68% se le realizó una incisión vertical, un 25% no se tuvo respuesta, un 4% de incisión transversal, un 2 % no fue observada y un 1% ambos tipos de incisión.

Fuente: Misma del cuadro # 1

Tabla # 13

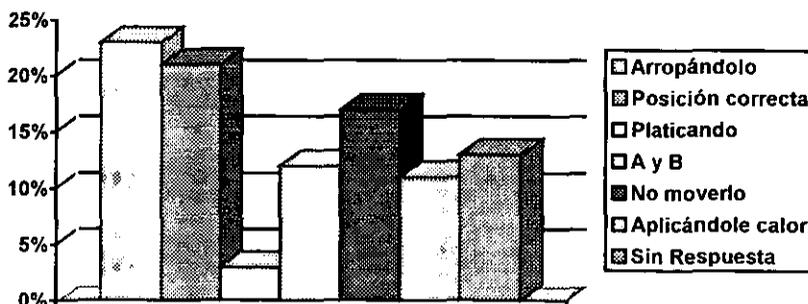
**Que le ofrece mayor comodidad al paciente posterior a la intervención en la sala de recuperación.
Diciembre de 1998.**

COMODIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Arropándolo	84	23%
Posición correcta	78	21%
Esblecer comunicación	12	3%
A y B	42	12%
No movilizarlo	62	17%
Aplicándole calor	40	11%
Sin respuesta	46	13%
TOTAL	364	100%

Fuente: Misma del cuadro #1

Figura # 13

**Que le ofrece mayor comodidad al paciente posterior a una intervención quirúrgica en la sala de recuperación.
Diciembre 1998.**



Observación: El 23% presentó mayor comodidad al arroparlo, el 21% al colocarlo en posición correcta y solo el 3 % platicando con él.

Fuente: Misma del cuadro #1.

Tabla # 14

**En que momento se inicia la terapéutica medicamentosa posterior a la intervención quirúrgica en la sala de recuperación.
Diciembre de 1998.**

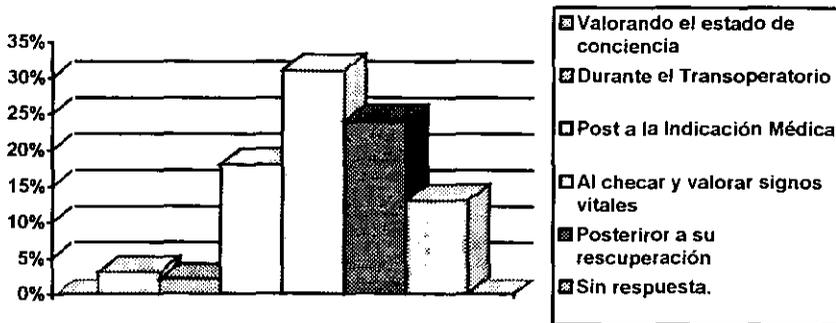
Terapéutica medicamentosa	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Posterior a la Intv. Qx.	10	3%
Valorando su Edo de Con.	8	2%
Durante el Trans-operatorio	30	8%
Posterior a Ind. Medica	66	18%
Al checar y valorar sig. Vit.	114	32%
Post- a su recuperación	88	24%
Sin respuesta	48	13%
TOTAL	364	100%

Fuente: Misma del cuadro # 1.

Figura # 14

Resultados acuerdo a en que momento se decide iniciar la terapéutica medicamentosa posterior a la intervención quirúrgica en la sala de recuperación.

Diciembre 1998.



Observación: Se obtuvo que el 32% de la muestra de estudio se le inició la terapéutica medicamentosa posterior a checar signos vitales, seguido de un 24% que fue posterior a su recuperación y solo valorando estado de conciencia.

Fuente: Misma del cuadro # 1.

4.2 Conclusiones:

De acuerdo con los resultados obtenidos sobre la investigación de la respuesta al dolor que presenta el paciente de 1 a 6 años de edad después de la intervención quirúrgica, basados en el modelo de atención de enfermería de Loomis-Wood en la sala de recuperación del Hospital Infantil Privado, se observó lo siguiente:

De acuerdo con el modelo de atención de enfermería de respuestas humanas de Loomis-Wood, se identificó que todo paciente o individuo responde de acuerdo con sus características físicas, su ámbito social, cultural y económico lo que permite mostrar diferentes actitudes ante la presencia de una agresión en este caso nos referimos al dolor.

Logrando identificar que en las tablas y figuras se observó que la población total de estudio que fue sometida a la investigación, se obtuvo que un gran porcentaje de los pacientes intervenidos correspondieron al sexo masculino y se encontraban entre los 3 y 4 años de edad, lo cual de acuerdo al tipo de investigación es de gran importancia ya que en esta edad el paciente es capaz de expresar su malestar con la ayuda de sus familiares, permitiendo establecer un mejor vínculo enfermera-paciente debido a que están en constante cambio y se acoplan a ambientes sociales diversos, ya que en un gran porcentaje asisten a guarderías.

También en la población de estudio de los pacientes que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos se observó gran número con cirugías de circuncisión seguido de cirugías de amígdalas, procedimientos que requieren menor estancia en el hospital, debido a que el paciente pediátrico le da temor estar aislado de su ambiente social, familiar y enfrentarse a situaciones desagradables, como lo comenta Freud A. (1992) el cual menciona que los niños presentan pautas de regresión que los conduce a estadios evolutivos que se relacionan con un factor que ocasiona falta de movimiento por los cuidados propios de enfermería, permitiendo que la enfermera retome la importancia de la presencia e intensidad del dolor de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, en donde la mayoría indicó tener un dolor fuerte; por lo cual el personal de enfermería se auxilió de las características que mostró el paciente al realizar una valoración general de la posición, la expresión de la cara, la coloración, el estado de hidratación y el patrón respiratorio fueron de gran ayuda, considerando que en ocasiones estuvo presente el llanto al no poder controlar el dolor

debido a que se trató un área muy sensible. Al localizar el dolor le corresponde al personal de enfermería llevar a cabo la aplicación de medidas terapéuticas y de apoyo emocional aunque a la minoría se le disminuyó el dolor aplicándole medicamento. Como lo comenta Romero (1996), todo dolor es transmitido por las raíces que se encuentran inervadas por el sistema nervioso y que son capaces de transmitir la molestia hacia los centros superficiales, por lo que de acuerdo con las reacciones del niño, depende el grado de confianza y la oportunidad de explicarle el procedimiento para minimizar el trauma infantil, aunque en los pacientes se intensifica su dolor estando en la sala de recuperación además, en el niño, al separarse de sus familiares y de su hogar, implica un grave riesgo psíquico y los cuidados proporcionados por personas extrañas o ajenas a su ámbito familiar le causan cierto grado de angustia, inquietud e incluso desagrado, manteniendo mayor concentración en la percepción del dolor. Al proporcionarle medidas de distracción que le permitan evadir y acoplarse al medio desconocido, le va a disminuir la presencia de dolor, como lo comenta el modelo de atención de Loomis-Wood que todo individuo responde de acuerdo con las respuestas humanas, de acuerdo al problema de salud ya sea real o potencial, como se observó en la población que mostró llanto por el dolor, así como la angustia, que pueden disminuir de acuerdo al grado de confianza que se le de; además, el familiar juega un papel muy importante ya que hace más fácil la participación de enfermería para establecer los cuidados y mitigar el dolor. El desequilibrio que sufre el paciente en este tipo de situaciones varía de 3 a más días para estar tranquilo y callado a fin de aceptar la situación por la que acaba de pasar.

Otro de los síntomas ante la presencia del dolor son las náuseas y el vómito, ya que se presentaron en la población de estudio, seguido de otros como escalofríos, los cuales no deben pasar desapercibidos en la valoración de enfermería y que de acuerdo al estado de conciencia en que se encuentra el paciente pueden salir orientados, disminuyendo los riesgos de complicaciones que son muy frecuentes en pacientes confusos, por lo que es necesario que las intervenciones de enfermería sean aplicadas con prontitud e integrarlo al ambiente familiar y minimizar el dolor. En la población se observó que algunos no permitieron la movilización en el área quirúrgica, esto nos lleva a que la terapéutica inicial a seguir es la de poner al paciente cómodo, arropado y administrar medicamentos al checar

signos vitales, lo cual lo realiza el personal al ingresar a la sala de recuperación, y otros al valorar el estado de conciencia después de la indicación médica .

El papel de la enfermería es el de brindar al paciente pediátrico un ambiente parecido al familiar, entablando los roles que juega el padre, similar con la enfermera que le permita un vínculo enfermera-paciente-familia, y que en su campo operativo y social sea capaz de proporcionarle medidas terapéuticas más directas que relacionadas con el dolor cubran sus necesidades fisiológicas; sin embargo, cabe mencionar que todo individuo responde de acuerdo con sus propias respuestas, ya sean físicas o emocionales, que le permiten aceptar o rechazar la realización de algún procedimiento por mínimo que sea.

4.3 Sugerencias:

- Todos los estudios enfocados a signos y síntomas que presente el paciente en donde la intervención de enfermería sea importante, se debe utilizar un medio de comunicación para que todo el personal operativo e interinstitucional se sensibilice y se estandaricen medidas terapéuticas de enfermería.
- Se debe sensibilizar a todo el personal de enfermería sobre el manejo inmediato y adecuado de las respuestas humanas que todo paciente experimenta al enfrentarse a situaciones desconocidas para su salud y bienestar.
- Todo el personal operativo de enfermería en los diversos servicios se sensibilice sobre el manejo inmediato y oportuno de la respuesta al dolor que desencadena el paciente pediátrico después de cualquier intervención o procedimiento quirúrgico por mínimo que sea.
- Estandarizar en que momento es más efectiva la terapéutica medicamentosa entre médico-enfermera, para minimizar la presencia del dolor en el paciente pediátrico.
- Establecer un vínculo enfermera-paciente-médico para llevar a cabo una valoración en beneficio propio del paciente.
- Fomentar el vínculo familiar en el área de recuperación proporcionándole un ambiente parecido al familiar permitiendo la participación de padres y familiares para maximizar la participación de enfermería y minimizar el dolor.

REFERENCIAS.

- Alonso Francisco et. al. (1989), Psicología Social y Médica Barcelona España, Quinta Edición.
- Aguirre Sandra, Ballesteros Miryam, Ortiz Adriana et. al. (1997), Efectividad de calor húmedo local en pacientes postoperados, Lilacs/ CD ROM 26ª Edición p.p. 19-36.
- Barber D. (1997). Abril 12 (2) La psicología y farmacología del dolor, Perianestesia-Enfermera, p.p. 95-99.
- Barber Kozier G erb Rita Oliver (1995) Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica, cuarta edición, México DF.
- Barquín C. Manuel et. al. (1994) Socio medicina "Salud Pública Medicina Social" Méndez, México D.F.
- Bruner. (1992) Manual Médico Quirúrgico, Interamericana, México DF.
- Boughthon, K. Blowere. Chartrand C. Et al. (1998). Enfermería Pediátrica, Impacto de la Investigación, en pacientes con dolor, evaluación y su consecuencia 24 (1) 31-5. Enero-febrero pág. 31-65.
- Dabout E. et al (1997) Diccionario de Medicina. Época. México DF.
- Guyton C. Arthur. (1992). Tratado de Fisiología Médica, Interamericana, México DF.
- Franker-AJ, Luiken-J.B. de Schepper.-AM, et al. (1997) febrero "Simposio de manejo del dolor. Un programa de educación continua en la práctica del manejo del dolor en enfermería, 13 (2) p.p. 90-97.
- Guevara Henríquez M. (1997). Auto-cuidado en adolescentes embarazadas en una área urbana de Apodaca Nuevo León, pág. 105.
- Hospital Infantil Privado (1998). Tablas de programación y concentración quirúrgica. Enero-Julio México DF:

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1998) Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. México DF.

Joan (1983). Aplicación del Modelo de Loomis/Wood.

Lilian Shualtia B. et al, (1991) Manual de la Enfermera, México DF. Tomo I.

Mayer S.A.(1996). Clin-Issues, Casos estudiados: Que hace la diferencia de enfermeras 3 casos. Noviembre 6 (4) 576-587.

OPS.(1997). Atención de Urgencia, Ambientales y Ocupacionales, S.S.A. Epidemiología, México DF.

Polit F. Dense, Hungler. (1988) Investigación científica en ciencias de la salud. Méx. D.F. Interamericana.

Ramírez (1992). et al, Dolor Agudo postoperatorio su frecuencia y manejo Revista Mexicana de Anestesiología. Enero-marzo 15 (1).

Raulí Poudevido A. (1997). Diccionario Porrúa, México DF. pp. 849.

Ruby L. Wesley Rn Ph D et al. (1997). Teorías y Modelos de Enfermería. México D.F. Interamericana.

Romero S. Rodríguez Suárez et al,(1996). Urgencias en Pediatría, Interamericana, México DF.

Sinddhu F (1996) J. Adv-Nurs, Intervención de enfermería en el manejo del dolor. Diciembre 1152-1159 (6) 24.

Stannard et al (1996).Criterio clínico y Manejo del Dolor Postoperatorio en pacientes en estado crítico, J. Crit Care.Noviembre 433-444).

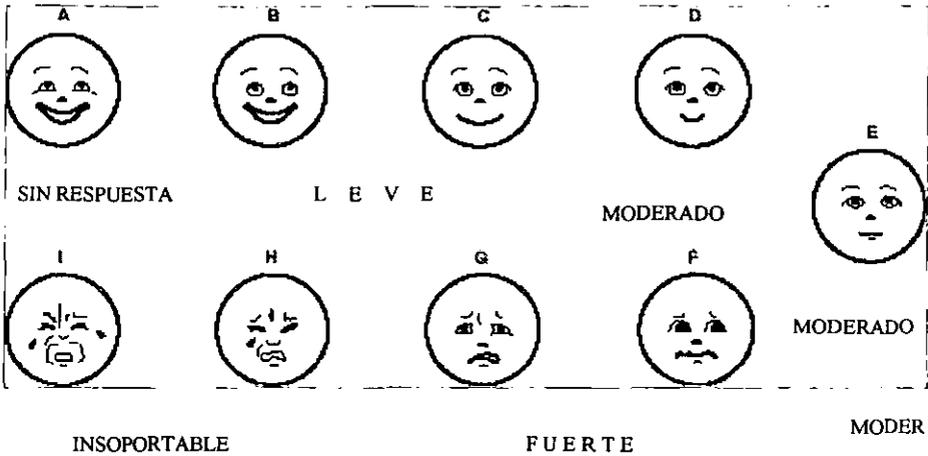
Wayne W. Daniel (1998). Bioestadística Bases para el análisis de las ciencias de la salud, Méx D.F. 1998, Limusa.

APÉNDICE B.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Escala de medición del dolor basado en el modelo de atención de enfermería de Loomis/Wood tomado como referencia la escala del dolor del Childrens.



1.- ¿ Qué tipo de incisión quirúrgica se le realizó al paciente pediátrico de 1 a 6 años ?.

R= _____

2.- ¿ Cómo se le ofrece mayor comodidad al paciente en la sala de recuperación posterior a la intervención quirúrgica?.

R= _____

3.- ¿En qué momento se decide iniciar la terapéutica medicamentosa posterior a la intervención quirúrgica?.

R= _____

G r a c i a s

GLOSARIO.

Agente: Es un elemento, sustancia o fuerza animada o inanimada cuya presencia o ausencia seguida del contacto efectivo con un huésped susceptible bajo condiciones ambientales apropiadas sirve como estímulo para iniciar o perpetuar una enfermedad.

Agresión: Acción o efecto de agredir o causar algún daño.

Alta: Comprende las circunstancias en que el paciente intervenido se retira vivo del establecimiento por alguna de las siguientes razones: Alta médica, transferencia definitiva o traslado.

Análisis: Estudio de evaluación histórica de las variables identificadas como trazadores de impacto.

Atención Integral: Desarrollo equilibrado y armónico de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud individual, familiar o comunitaria.

Comunicación: Es el proceso por el cual los seres humanos condicionan recíprocamente su conducta en la relación interpersonal que se compone de un emisor, mensaje, receptor, código, medio y recursos.

Confiabilidad: Es la prueba que se refiere a la exactitud con la cual coinciden las observaciones repetidas sobre un mismo material u objeto.

Consulta Médica: Es la atención brindada por el médico a un paciente ambulatorio u hospitalizado.

Cirugía: Arte de tratar las enfermedades pertenecientes a la patología externa por medio de operaciones en la que las habilidades manuales es una de las casualidades más necesarias.

Daño: Es el indicador negativo de cómo se objetiviza el nivel de salud y de seguro social de la población.

Descriptivo: Es aquella en la que el fenómeno es estudiado sin establecer comparaciones.

Dolor: Es la sensación percibida por el organismo localizado en un punto correspondiente a un órgano enfermo que se manifiesta a la agresión física o química al organismo referido por molestias.

Egreso: Es la salida del establecimiento de un paciente internado que implica la conclusión del período de intervención y la desocupación de una cama de hospital ya sea por alta o defunción.

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico en una parte del cuerpo.

Escolar: Paciente comprendido entre los 6 y 12 años de edad

Función: Es una facultad establecida que se debe cumplir a través de la prestación de servicios para satisfacer las necesidades de una comunidad, individuo o familia.

Gastos: Es el desembolso financiero que hay que realizar para adquirir una mercancía o un servicio particular o realizar un trámite.

Hospital: Es un establecimiento que brinda servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a personas que padecen o sospechan de padecer alguna enfermedad o lesión a su salud y estabilidad.

Intervención Quirúrgica: Se le denomina al acto operatorio donde el individuo es sometido a un determinado procedimiento donde se manipula al organismo, tejido, órgano, procedimiento que ocasiona una mejoría o una funcionalidad.

Lactante: Se considera al paciente comprendido entre el primer día de nacimiento hasta los 3 años de edad.

Modelo: Es la representación esquemática o gráfica que por medio de indicadores establecen situaciones de la salud determinada.

Modelo Loomis-Wood: Es la estandarización para realizar una investigación en la problemática existencial en el campo de la enfermería.

Paciente: Es toda persona que recibe servicios médicos o de enfermería en base a su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, tanto de índole curativo como preventivo.

Preescolar: se le considera al paciente comprendido entre los 3 y 6 años de edad.

Respuesta: Acción que toma toda indicación a lo desconocido de una agresión o estímulo en el organismo capaz de actuar y producir un cambio.

Recursos Financieros: Se le refiere al total monetario con que cuenta el sector de acuerdo al origen de la fuente financiadora.

Recursos Humanos: Se refiere al inventario de personas vinculadas al sector clasificados en profesionistas técnicos o auxiliares.

Recursos Materiales: Es la existencia de instalaciones físicas, equipo, instrumental y suministros.

Riesgo: Probabilidad de enfermarse o morir en una comunidad.

Salud: Es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de daño o enfermedad.

Sistema: Conjunto de partes interdependientes o interactuadas cuyas relaciones entre sí o sus atributos determinan un todo unitario que realiza un determinado efecto, función u objetivo.

Toma de decisiones: Es la selección de una o varias opciones de acciones para lograr un propósito.