



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

**PERCEPCIÓN DE LA COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO
DE ENFERMERÍA DEL NIÑO DE 5 A 8 AÑOS
HOSPITALIZADO.
SERVICIO HEMATO-ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL
PEREIRA ROSSELL.
9 AL 13 DE ABRIL DE 2001**

AUTORES:

Br. Alonzo, Ana Laura
Br. de León, Marisol
Br. Peirano, Ana Paula
Br. Rodríguez, Milagros
Vicente, Pilar

TUTOR:

Lic. Enf. Meliá, Silvia

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, [2001]

INDICE

-Introducción.....	Pág. 1
-Síntesis diagnóstica del Marco Teórico.	Pág. 2
-Metodología:.....	Pág. 11
-Problema	
-Objetivos .	
-Elección del diseño de investigación	
-Sujetos de estudio	
-Selección de la población	
-Criterios de inclusión	
-Metodología de la recabación de los datos	
-Guía para el desarrollo del juego	
-Metodología del análisis de datos.....	Pág15
-Análisis de los datos obtenidos.....	Pág.16
-Conclusiones	Pág. 33
-Sugerencias	Pág. 34
-Anexos:	
-Instrumento	
-Protocolo	

Agradecimientos

A todas aquellas personas que de una forma u otra colaboraron con nuestro trabajo de investigación para que este pudiera llevarse a cabo, planteándonos desafíos y críticas que nos permitieron cuestionarnos ciertos aspectos para así lograr mejorar la calidad de nuestro trabajo día a día.

Cada uno de ellos saben quienes son, a todos gracias.

INTRODUCCION

En el presente informe final se presentan los resultados del trabajo de investigación sobre la percepción de la comunicación que los niños oncológicos hospitalizados entre 5 y 8 años tienen del equipo de enfermería ; pertenecientes al servicio Hemato Oncológico del Hospital Pereira Rosell, afiliados ala Fundación Peluffo Giguens.

Se tomo como criterio de inclusión a los niños sin limitaciones en el lenguaje, motrices, visuales, auditivas y sin alteraciones fisiológicas.

Nuestro universo es el 100% de los niños hospitalizados (un total de 6) en el periodo comprendido del 9 al 13 de Abril del 2001.

El mismo fue realizado por cinco estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería, las cuales fueron incentivadas luego de haber asistido a dos seminarios realizados por la Fundación Peluffo Giguens, en los cuales se demostró a través de actividades teórico prácticas la importancia de la comunicación para el niño y el equipo de enfermería, así como también el desarrollo lúdico en él.

Enfermería es la disciplina científica que comparte con el niño hospitalizado mas cantidad de tiempo, en realidad las veinticuatro horas del día. Esto permite detectar precozmente posibles complicaciones, establecer un vinculo de confiabilidad y lograr así que el niño y su familia sean participe de su proceso salud-enfermedad.

Estos niños se encuentran en la etapa intermedia de la niñez, la cual se caracteriza por la organización perceptual que tiene el niño del medio que lo rodea.

Es un estudio descriptivo de tipo transversal.

Como objetivo general nos plantamos conocer la percepción que los niños oncológicos hospitalizados tienen de la comunicación con el equipo de enfermería, y como objetivos específicos primero caracterizar a la población objeto de estudio mediante un instrumento y segundo lograr captar a través de la actividad lúdica creada por las investigadoras dicha percepción.

Nuestra aspiración es motivar a otros investigadores en la profundización del tema debido a que este es complejo y de relevante importancia en la dimensión bio-psico-social del niño.

Del análisis de los datos surge que la mayoría de ellos, cuatro niños (66%) presenta una percepción positiva de la comunicación con el equipo de enfermería, un niño (17%) presenta una percepción intermedia y el porcentaje restante (17%) una percepción negativa.

Una de nuestras conclusiones más relevante es que cuando el tiempo de permanencia del niño en el servicio es prolongado el vinculo de enfermería con este se fortalece y la percepción de comunicación con el equipo de enfermería se ve beneficiada. Las restantes conclusiones se presentan a posteriori.

SINTESIS DEL MARCO TEORICO

Según Piaget la *etapa de la niñez* se caracteriza por el hecho de la organización perceptual que tiene el niño del medio que lo rodea, adquiere estabilidad, coherencia y permite que el mismo parezca más racional con una mayor referencia conceptual y orden para interpretar el mundo que lo rodea. Se manifiesta a través de expresiones, como la expresión mentalizada; la cual consiste que frente a un suceso se puede hacer uso mediante la evocación de diversas percepciones anteriores y del correlativo afectivo a ellas ligado.

Realizando así un rico juego asociativo que va dando lugar a pensamientos e ideas que posibilitan entonces la reflexión interior. De este modo tienen lugar una elaboración desencadenada por el suceso, que es la vida misma y sus vicisitudes y nuestra relación con los demás; lo cual da lugar constantemente a la necesidad de este proceso.

Esta expresión se manifiesta a través del lenguaje, el sueño, la actividad lúdica, los síntomas psíquicos, etc.

Freud sostiene que un *niño juega* no solo para repetir situaciones placenteras, sino también para elaborar las que le resultaron dolorosas o traumáticas.

Al jugar el niño desplaza al exterior sus miedos, angustias y problemas internos; dominándolos mediante la acción.

A través del juego el niño se manifiesta como el adulto a través de la palabra.

En él hay reconocimiento de sí mismo y una exploración del mundo circundante, es un compromiso activo. Por ser este un elemento absolutamente desinhibidor se logra una comunicación real, auténtica. En el niño es la forma de comunicación permanente.

En el *juego* puede elaborar sus propias reglas y por ende adquirir responsabilidad en situaciones abiertas y libres.

Gracias al juego el niño se vuelve menos subjetivo, reconoce objetivamente el exterior, facilitando una evolución muy importante.

Cuando el niño comienza la escuela cambia profundamente el mundo de los juegos, las letras y los números se convierten en juguetes.

Con el *aprendizaje escolar* aparecen nuevos juegos en los que se combinan las capacidades intelectuales con el azar.

Para cualquier individuo de este planeta, especialmente en el niño, siendo éste más vulnerable; es imprescindible el soporte social. Entendiendo por *soporte social* la percepción

que tiene la persona de su inserción en una red social, su percepción de que es cuidado, amado, valorado y estimado, del apoyo que siente que recibe frente a una situación dada.

Es la familia el principal sostén del niño y esta es la que puede brindarle el apoyo que necesita para afrontar diferentes situaciones.

El término *familia* se ha definido de muchas formas y con diferentes propósitos, según el marco de referencia individual, juicio de valor o disciplina desde el que haga la definición.

Consideramos *familia* a aquellas personas que están vinculadas por lazos de sangre o afectivamente y conviven bajo un mismo techo. Los miembros de la familia comparten un sentido de pertenencia a la unidad familiar, que afecta profundamente a sus vidas.

Algunas familias tienen dificultades para ayudar a sus hijos a aprender como arreglárselas con el mundo externo, como comunicarse y como experimentar los matices de su propia vida afectiva. Existe en ellos inestabilidad e impredecibilidad, muchas veces dada por la existencia de figuras de crianza múltiples y erráticas.

En las familias donde hay comunicación verbal e intercambio de información se desarrolla un conjunto implícito de normas y se determina así " el como de las comunicaciones"; en cambio el estilo de comunicación de otras se caracteriza porque nadie espera ser escuchado y donde cada quien se afirma gritando no existiendo intercambio verbal.

Muchas veces la familia y el entorno habitual de los individuos se ve alterado por múltiples factores, uno de ellos es la incorporación al *medio hospitalario*.

El recurso de la hospitalización es y será siempre en algunos casos la única decisión pertinente, ya sea por la gravedad del estado del paciente que exige tal recurso o cuando la naturaleza de los tratamientos y/o exámenes necesarios requieren una infraestructura que solo ofrece el hospital.

Algunos autores han destacado la necesidad de preparar al niño para la hospitalización.

Haller (1967) citado por Rheault, sostiene " si el periodo antes de la admisión no es utilizado para preparar al niño, la hospitalización se vuelve una sorpresa desagradable de la cual los padres son cómplices y eso puede debilitar seriamente el clima de confianza existente entre padres y niño".

El *medio hospitalario* señala Rheault proyecta una imagen misteriosa o al menos inquietante que engendra desde la infancia un temor en el individuo, que caracteriza más tarde toda su actitud frente a la salud.

La emergencia de síntomas emocionales, durante o a posteriori de la hospitalización, como ser problemas alimentarios, perturbaciones del sueño, regresión esfinteriana, estados

depresivos o trastornos del comportamiento, variarían de acuerdo al grado de información que el niño tiene sobre la hospitalización. Además, de la actitud del personal hacia él, de su edad, la duración de la hospitalización, la personalidad del niño, de la relación padres- niños y de cómo estos vivencian el diagnóstico y la relación con el equipo de salud.

Durante la estancia hospitalaria surge la aparición de los *mecanismos de defensa*, los cuales constituyen técnicas de las que se sirve el yo para mantener a raya impulsos y/o afectos, como la agresión, la angustia, culpa, entre otras.

La existencia de conflictos entre la persona y la realidad exterior y dentro de la misma persona no es en sí patológico, como tampoco el uso de mecanismos de defensa. Pero la intensidad del conflicto o sus características pueden conducir al individuo al uso de defensas patológicas que insumen un esfuerzo psíquico considerable y traen consecuencias patológicas para su funcionamiento mental y su relación con la realidad exterior.

Existen una amplia gama de mecanismos de defensa; éstos reciben diversos nombres técnicos: negación, regresión, defensas obsesivas, identificación con el agresor, formación reactiva, evitación, entre otros. Como factores vinculados a los mecanismos de defensa tenemos: el *miedo* y el *dolor*. El miedo es una emoción desagradable con componentes cognitivos, conductuales y psicológicos. Esto aparece en respuesta a una fuente de peligro reconocida, ya sea real o imaginaria.

El miedo importante puede reflejar una valoración precisa de una situación verdaderamente lesiva o representar un desplazamiento de sentimientos de otro factor agresor ambiental. El miedo cambia, evoluciona a medida que el desarrollo cognitivo se hace más sofisticado.

El dolor es definido por la Asociación Internacional para el estudio del dolor como: "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a la lesión de los tejidos real o potencial o descrita en los términos de tal lesión".

Para la mayoría de los niños el dolor puede valorarse mediante una cuidadosa observación o, simplemente preguntando al niño cuánto le duele.

Como ya mencionamos anteriormente, en el medio hospitalario son estos mecanismos observados con frecuencia y el equipo multidisciplinario debe tener los conocimientos para manejarlos, el *equipo de Enfermería* por permanecer las veinticuatro horas con el paciente juega un rol importante en este aspecto como en otros tantos.

Los objetivos del departamento de Enfermería son contribuir a los objetivos de la Institución, brindar atención de Enfermería en cantidad y calidad suficiente mediante la

administración adecuada de las actividades, procurando el perfeccionamiento y la capacitación permanente del personal.

Tiene como fin la prestación de servicios a la comunidad, el individuo, la familia, valorando al individuo como un ser bio-psico-socio-cultural con derecho a recibir una atención integral que incluya la promoción, prevención, protección, asistencia, tratamiento y rehabilitación. Así como brindar información que posibilite al niño y su familia rescatar aspectos positivos de la hospitalización, que le permitan ver a otros niños y familias en igual situación. Establecer nuevos lazos afectivos, desarrollar actos de solidaridad y si la comunicación equipo-familia fue adecuada, reintegrarse al medio habitual con información interesante para ellos.

La *comunicación* forma parte de todas las facetas de nuestras actividades, relaciones humanas y en el proceso educativo de la salud. Una buena comunicación solo es posible entre personas situadas en el campo de la comprensión y una mutua participación de las ideas, sentimientos y experiencias.

En *el proceso comunicativo* es importante la percepción que cada individuo tenga ya que el mensaje puede dar lugar a varias interpretaciones dependiendo de las características personales del emisor, el receptor y los códigos por ellos establecidos.

Percibir es recibir impresiones por los sentidos. La percepción constituye un caso particular de las actividades senso-motoras. Pero su característica particular consiste en que depende del aspecto figurativo del conocimiento de lo real, mientras que la acción en su conjunto es esencialmente operativa y transforma lo real.

Las actividades perceptivas se desarrollan con la edad, hasta poder plegarse a las directrices que les sugiere la inteligencia en sus progresos operativos.

La *percepción* que cada individuo tiene en el *proceso comunicativo* es única e individual esto está relacionado a que cada ser a través de sus cinco sentidos, vivencia y manifiesta experiencias y sensaciones diferentes, las cuales están íntimamente involucradas con su ser, la cultura que posee, experiencias previas, el rol que esté ejerciendo en ese momento, entre otros.

En nuestro trabajo investigamos la percepción que tienen los niños que padecen una enfermedad oncológica respecto a la comunicación con el equipo de Enfermería que los asisten en el servicio donde se encuentran hospitalizados.

A continuación daremos ejemplos de las manifestaciones perceptivas de mayor prevalencia durante la hospitalización en el paciente pediátrico.

-A nivel visual los sentimientos que la vestimenta de color blanco provoca en el niño son de rechazo, también el hecho de observar procedimientos realizados a otro paciente genera miedo a la agresión.

-En el plano auditivo, los diversos ruidos del hospital resultan molestos, causando disturbios en el sueño, los cuales repercuten a nivel general.

-Un claro ejemplo de la percepción olfativa son las sensaciones o fantasías que el "olor a hospital" provoca a los individuos.

-El gusto muchas veces se ve afectado por la patología de base, en otros casos puede haber disconformidad relativa a las diferentes preferencias personales.

-En lo relativo al tacto o la posibilidad de un abrazo es desde el punto de vista del afecto fundamental para brindarle seguridad, las limitaciones en la dinámica corporal afectan la instancia del juego hecho primordial para el niño (tacto con los juguetes).

El **cáncer** afecta a niños de cualquier raza, clase social, en países de primer o tercer mundo y constituye la primer causa de muerte por enfermedad en los niños. Los tipos de cáncer más frecuentes son las leucemias, los tumores del Sistema Nervioso Central y los localizados en los ganglios linfáticos. Usando la *Leucemia Aguda Linfoblástica* (L.L.A) como prototipo de la Leucemia Aguda en el niño, los síntomas y signos de ella reflejan la fisiopatología de la enfermedad basada en el reemplazo en la médula ósea de los elementos progenitores de las células sanguíneas por células leucémicas.

También reflejan la infiltración de otros órganos y sistemas como las meninges, los testículos y los riñones.

Generalmente el niño que lo padece presenta una historia de cierto compromiso del estado general más o menos reciente frecuentemente con algún grado de fiebre.

Destacan en forma variable la letargia y la impotencia y así mismo la palidez, las petequias, los dolores óseos y articulares que están frecuentemente presentes en la historia al igual que la anemia.

El diagnóstico de Leucemia Aguda es a menudo confirmado por la existencia de blastos en la sangre periférica.

Los Linfomas son la tercera neoplasia más común en los niños, después de la Leucemia Aguda y los Tumores del Sistema Nervioso Central, existiendo dos tipos diferentes: la *Enfermedad de Hodgkin* y los *Linfomas no Hodgkin* (estos últimos más frecuentes).

Los tumores se originan en el tejido linfático constituyendo entidades diferentes tanto en los hallazgos histológicos como su evolución clínica, tratamiento y pronóstico.

En niños a diferencia de lo que ocurre en adultos, la mayoría de los LNII son difusos altamente malignos y muy agresivos, mostrando poca diferenciación de la célula primitiva.

Es una enfermedad sistémica semejante a una Leucemia Linfoblástica Aguda, los LNH derivan en su mayoría del linaje B (*linfoma Burkitt* y de células grandes); un 30 % deriva de la línea T (linfoma linfoblástico).

El abdomen es el sitio más común de manifestación inicial de los LNII B; mientras que el mediastino anterior es el sitio de ubicación primario para los LNH T de mayor incidencia en varones sobre los diez años.

Los síntomas generales son fiebre, náuseas, vómitos y pérdida de peso.

Los tratamientos aplicados a los individuos que presentan la enfermedad oncológica serán detallados a continuación:

La Quimioterapia: significa tratamiento químico y consiste en usar agentes químicos-medicamentos- para el tratamiento de enfermedades neoplásicas malignas.

La mayor ventaja de este tratamiento, es que las drogas puedan atacar a las células del cáncer donde sea que estén, lamentablemente estas drogas se distribuyen en casi todo el cuerpo, afectando también a las células normales. Afortunadamente, estas células normales tienen una gran capacidad de reponerse, por lo que la mayoría de los efectos secundarios son pasajeros.

En general luego de una primera etapa de internación larga, la mayoría de los pacientes reciben tratamiento ambulatorio. Estas drogas son administradas por inyecciones, cápsulas o tabletas; aunque la mayoría se hace por vía venosa. El plan de tratamiento (protocolo) varía con cada paciente.

Los efectos sobre el aparato digestivo son múltiples ocurren dolor, ulceraciones en la boca que pueden presentarse una o dos semanas después del tratamiento. Se debe aconsejar a las madres evitar alimentos condimentados y calientes, darle al niño una dieta blanda o suave y mantener una buena higiene bucal. Otros efectos que se observan frecuentemente son las náuseas, vómitos, pérdida de apetito, diarrea y estreñimiento.

Un efecto muy común es la pérdida y/o cambio en la textura del pelo, de la cabeza y el resto del cuerpo.

Siempre se debe aclarar tanto a los niños como a las madres que este es un efecto pasajero y que el cabello volverá a crecer.

Los efectos sobre los glóbulos blancos son destacables, ya que el número de estos disminuye y la función de los mismos de prevenir infecciones se ve afectada por esto la madre debe evitar

que el niño esté en contacto con personas que tengan gripe, resfriado, enfermedades infectocontagiosas: como varicela, sarampión.

El niño debe mantener un correcto asco personal y es importante que se mantenga alerta a cualquier signo de infección, fiebre, escalofríos, ardor al orinar, fatiga, diarrea, ardor o inflamación de la garganta, tos, etc.

Las plaquetas ayudan a la coagulación de la sangre, previniendo las hemorragias, al reducirse su número, por el tratamiento puede notarse una tendencia a sangrar fácilmente por las encías o por la nariz, pueden romperse vasos sanguíneos pequeños bajo la piel, lo que resultará en petequias, moretones y heridas que sangran más de lo normal ;son signos que deben atenderse.

Otros efectos secundarios menos frecuentes son el cambio de color de piel, en el color de las uñas de manos y pies, alteración de la función cardíaca, de la función reproductiva, presencia de hematuria, alteración de la función respiratoria y otras alteraciones endocrinas.

Como la *enfermedad crónica* es una situación de crisis para la familia y una conmoción brusca en la vida del niño; provoca en este reacciones psicológicas que inciden sobre él y sus relaciones con el medio.

Interrumpe las experiencias normales de la vida que contribuyen al desarrollo del niño ,para éste el impacto de la cronicidad depende de la calidad de la afección, su pronóstico y su tratamiento; pero esencialmente de la edad en que ello ocurre y la personalidad de cada uno.

La necesidad de separarse de los padres, la hospitalización, el riesgo inminente de muerte, la inasistencia a la escuela, la carencia de juegos, la inmovilización, el aislamiento y otras restricciones son algunas de las múltiples variables que imprimen a cada caso las características propias.

La enfermedad altera su vida social habitual, sus relaciones con los otros y la imagen del propio cuerpo que él había ido integrando con sus percepciones subjetivas y las reacciones de los principales personajes de su entorno ante su cuerpo y funcionamiento.

Cuando el niño toma conciencia de que es un enfermo crónico sabe que ya no es más como los otros. Ser distinto despierta siempre resentimientos y culpabilidad.

Se han distinguido tres etapas que a veces se intrincan por las que pasan los enfermos crónicos:

- 1- Lucha contra el mal físico
- 2- Sensación de caos e impotencia

3- Finalmente la fase de defensa con la negación de la irreversibilidad del mal o la aceptación de la invalidez con elaboración del duelo, depresión y agresividad.

La agresividad de los enfermos crónicos se comporta siempre como una acusación hacia sí mismo o hacia los otros.

La privación del placer del cuerpo significa la pérdida de un objeto de amor, con el consiguiente duelo.

La aceptación definitiva del estado de salud equivale no solo a renunciar a algo de lo que antes se disfrutaba sino a mucho de lo que se esperaba de la vida. Algunos de los niños se adaptan negando la enfermedad incluso usándola y buscando beneficios secundarios como la atención, el afecto, la protección de los demás.

Los hay definitivamente que se adaptan bien encontrando caminos para compensar sus sentimientos de pérdida.

La enfermedad es para el niño un conjunto indisoluble compuesto de un mal físico de origen interno y agresiones externas ligadas a los procedimientos médicos, cuya utilidad él no puede comprender.

Cuanto mayor confianza tiene el niño en sus padres y en el equipo de salud mayor es su disposición para información y comunicación directa con el equipo de salud, aún cuando el pronóstico es ominoso, pero están dispuestos a confiarle las decisiones terapéuticas excepto los del periodo terminal.

Estos hallazgos son similares a los de los primeros estudios realizados en adultos y compatibles con las investigaciones actuales que indican que los pacientes se benefician más del contacto y la comunicación inherentes a las intervenciones, que de su contenido.

En general los padres desean proteger al niño de las informaciones penosas. Sin embargo la revisión detallada de los resultados revela la sorprendente sabiduría y practicidad de los niños. Igual que los adultos los niños enfermos intuyen el estado en que se encuentran y la comunicación abierta los alivia.

Pero la información debe ser acorde con la edad y proporcionarla es doloroso, dado la vulnerabilidad de los adultos ante el sufrimiento de los más jóvenes.

En consecuencia, en los adultos prevalece la negación a la que los niños responden con síntomas de conducta y en el peor de los casos retrayéndose.

Es imposible no comentar el diagnóstico con un niño que debe concurrir con regularidad al centro médico, recibir series de quimioterapia que tiene síntomas tan evidentes como la caída del cabello y sobre todo, observa a otros niños enfermos.

Por lo tanto la información que se brinda al niño sobre su patología debe adaptarse a su edad, seguir sus directivas detectando y respondiendo a su ansiedad ; tranquilizándolo sobre la asistencia y bienestar que gozarían aún cuando esto no se aplique a los resultados.

METODOLOGIA

♦ PROBLEMA:

¿Cómo percibe el niño de 5 a 8 años hospitalizado en el Servicio Hemato-oncológico del Hospital Pereira Rossell, la comunicación con el equipo de Enfermería tratante?

♦ OBJETIVOS:

⇒ *General:*

-Conocer la percepción que los niños oncológicos hospitalizados tienen de la comunicación con el equipo de Enfermería.

⇒ *Específicos:*

-Caracterizar a la población objeto de estudio, mediante el instrumento.

-Lograr captar a través de una actividad lúdica incluida en el instrumento la percepción del niño de la comunicación establecida entre él y el equipo de Enfermería.

♦ ELECCION DEL DISEÑO DE INVESTIGACION:

El trabajo de investigación es un estudio descriptivo transversal, debido a que la población objeto de estudio es captada durante un momento estático cuando se aplica el instrumento.

♦ VARIABLES :

Consideramos como variables de estudio centrales y de carácter importante para la investigación: percepción y comunicación.

Se abordaron otras variables con el fin de recopilar información pertinente para nuestra investigación, agrupándolas en cualitativas y cuantitativas:

Variables cualitativas nominales:

Sexo, procedencia, diagnóstico médico, presencia de acompañante, preferencias lúdicas, composición del núcleo familiar, orientación al servicio, entendimiento del niño a lo expresado por Enfermería, entendimiento de Enfermería a lo expresado por el niño, confianza, percepción visual y vínculo táctil.

Variables cualitativas ordinales:

Dedicación temporal, Grado escolar

Variables cuantitativas continuas:

Edad, tiempo transcurrido desde el inicio de la patología, días de internación.

♦ **SUJETOS DE ESTUDIO:**

Nuestro universo son los niños de 5 a 8 años que se asisten en el Hospital Pereira Rossell internados en el Servicio Hemato-oncológico de dicha institución, que se determina con los criterios de inclusión que se nombran a posteriori.

♦ **SELECCIÓN DE LA POBLACION:**

Se selecciona esta franja etárea (5 a 8 años) debido a que presentan características psicológicas muy similares, y a que es significativa su prevalencia en el servicio Hemato-oncológico.

El abordaje de los niños en esta edad es adecuado y redituable hacerlo a través de un juego; ya que en la etapa escolar adquiere relevancia el desarrollo lúdico y es además según Piaget (" Psicología del niño", Madrid 1984) la etapa que se caracteriza por la organización perceptual que tiene el niño del mundo que lo rodea. Al jugar el niño desplaza al exterior miedos, angustias y problemas internos, dominándolos mediante la acción.

Se selecciona el 100% de los niños oncológicos de 5 a 8 años hospitalizados en ese momento, que poseen los criterios de inclusión.

♦ **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Se aplica el instrumento a niños que no presenten limitaciones auditivas, verbales, visuales, motrices y/o alteraciones fisiológicas (dolor, pirexia, taquicardia, bradicardia, polipnea, bradipnea).

♦ **METODOLOGIA DE RECABACION DE DATOS:**

Se utiliza un instrumento previamente estructurado por las investigadoras, el mismo es el resultado de modificaciones aplicadas al instrumento inicial luego de realizar un plan piloto a dos niños de 5 y 8 años. Dicho instrumento incluye ítems que caracterizan a la población objeto de estudio: datos patronímicos, datos sobre la patología del niño, soporte social, valoración física, adaptación a la hospitalización, preferencias lúdicas; incluye finalmente una actividad lúdica cuyo objetivo es lograr la obtención de datos referente a la percepción del niño

hospitalizado sobre el proceso de comunicación con el equipo de Enfermería. Específicamente intenta lograr la atención del niño y brindarle un momento de recreación.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica, del personal de enfermería del Servicio y del contacto directo con el niño a través de la entrevista, la valoración física y el juego.

GUÍA PARA EL DESARROLLO DEL JUEGO.

OBJETIVO GENERAL:

- Lograr la obtención de datos referentes a la percepción del niño hospitalizado sobre el proceso de comunicación con el equipo de enfermería, mediante una actividad lúdica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Mantener la atención del niño mediante la realización de la actividad.
- Brindar al niño a través de la actividad lúdica un momento de recreación.

INSTRUCCIONES DEL JUEGO:

En la actividad participarán 2 a 4 integrantes dentro de la misma franja etárea, tutorados por un estudiante cuyo rol será el de coordinador de la actividad pudiendo también ser un jugador más. Registrará las respuestas brindadas por los participantes.

ELEMENTOS DEL JUEGO:

Para llevar a cabo la actividad se utilizará como modelo un tablero de ludo tradicional al cual se le anexarán a lo largo del tramo a recorrer figuras que indican recurrir a las tarjetas que contienen las diferentes preguntas establecidas para el instrumento. Se requerirá además un dado, un vasito y dos fichas por participante.

GUÍA DEL JUEGO:

- Cada participante elegirá el color de su ficha (en caso de disyuntivas se realizará un sorteo).
- Los jugadores tirarán el dado y comenzará el juego el que saque el N° más alto.
- Cada jugador avanzará con su ficha el N° de casilleros indicado por el dado.
- En caso de encontrarse en un casillero que contenga una pregunta (figura) o pasar sobre él, ésta será respondida por este participante, seguido luego por los restantes.
- A continuación jugará el que está sentado a la derecha del que comenzó, y así sucesivamente.
- Se dará por finalizado el juego cuando los participantes lleguen al final del recorrido, siendo vencedor el primero en llegar.
- Duración estimada: 20 minutos.

METODOLOGIA DEL ANALISIS DE DATOS

El proyecto se ejecutó de lunes a viernes durante una semana en el turno de la tarde (12 a 18 horas), con un promedio de una hora diaria por cada usuario.

Se escogió este turno debido a que en este horario no se cuenta con la visita médica, baños diarios, ni con la realización de la mayoría de los procedimientos.

La recopilación de datos obtenidos a través del instrumento el cual caracteriza a la población de estudio y permite obtener datos sobre la percepción que los niños oncológicos hospitalizados tienen de la comunicación con el equipo de enfermería, se pondera y analiza de la siguiente manera.

El juego consta de diez preguntas, existiendo entre ellas dos clasificaciones: unas abiertas y las otras se responden a través de tres categorías.

Las preguntas N° 1, 2,3,4,5,6 y 7 presentan en cada caso tres categorías.

Las preguntas N° 8,9 y 10 son abiertas y se describen a través de frecuencias porcentuales.

En las preguntas N° 1,2,3,4 y 7 las categorías son: Si, A veces,No; ponderándose con 3 puntos el Si, 2 puntos el A veces y 1 punto el No.

En la pregunta N° 5 las categorías corresponde a: Siempre: 3 puntos, La mayoría de las veces:2 puntos y Pocas veces: 1 punto.

En la pregunta N° 6 las categorías corresponde a: Alegría: 3 puntos, Indiferencia: 2 puntos y Antipatía: 1 punto.

Se utiliza un método proporcional en el análisis, el cual consiste en ponderar con iguales valores a siete preguntas del juego (N° 1,2,3,4,5,6 y 7).

Estos valores se agrupan en tres categorías, otorgándose un máximo de 3 puntos por cada una y un mínimo de 1 punto.

A los valores obtenidos entre 7 y 11 puntos se los considera una Percepción negativa, entre 12 y 16 Percepción intermedia y a los valores entre 17 y 21 Percepción positiva.

En la pregunta sobre ítems de Adaptación a la hospitalización se analiza específicamente cada uno de ellos, observando cuales son los de mayor recurrencia.

Finalizando se analiza si existe asociación entre la variable Adaptación a la hospitalización y el tipo de Percepción que tiene el niño sobre la comunicación con el Equipo de Enfermería y Percepción-Tiempo de internación.

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

TABLA N°1: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO

Sexo	F.A	F.R%
Femenino	3	50
Masculino	3	50
	6	100

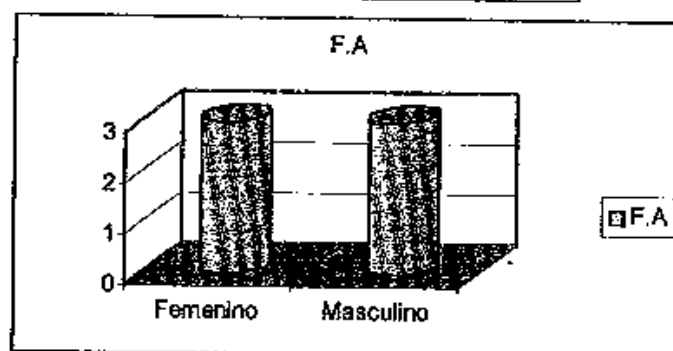


TABLA N°2: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD

EDAD	F.A	F.R%
5 AÑOS	3	50
6 AÑOS	2	33
8 AÑOS	1	17
	6	100

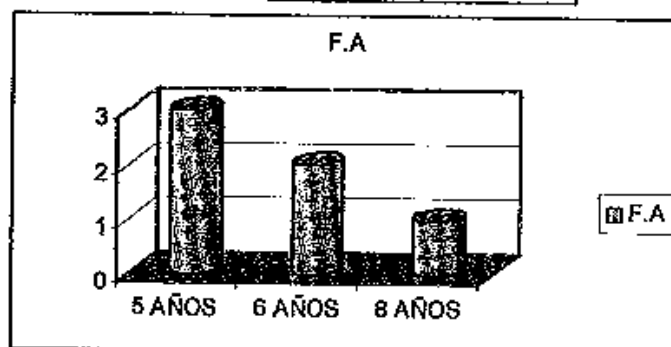
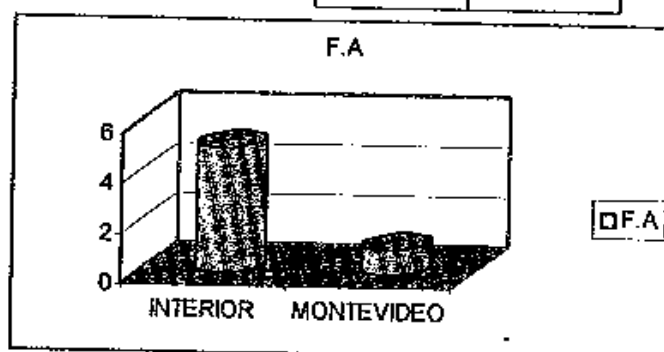


TABLA Nº3: DISTRIBUCION SEGÚN LA PROCEDENCIA

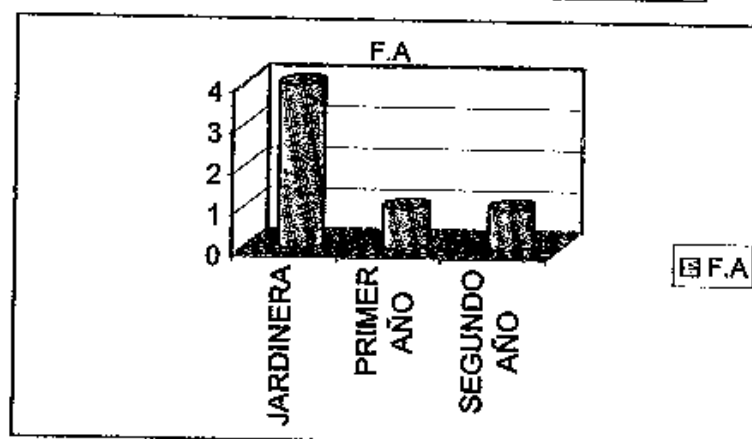
PROCEDENCIA	F.A	F.R%
INTERIOR	5	83
MONTEVIDEO	1	17
	6	100



La mayoría de los niños provienen del interior del país lo cual implica múltiples alteraciones para el niño y su familia; del punto de vista laboral, económico y social.

TABLA Nº4: DISTRIBUCION SEGÚN EL GRADO ESCOLAR

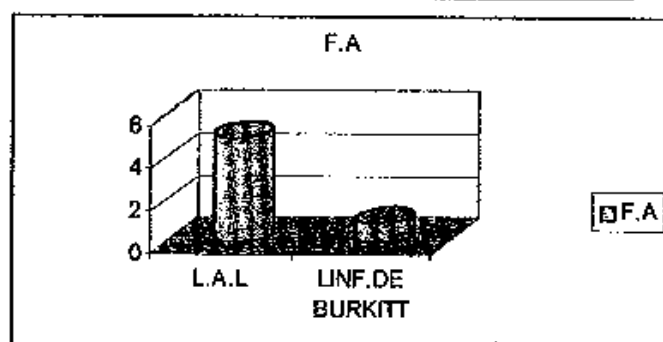
GRADO ESCOLAR	F.A	F.R%
JARDINERA	4	66
PRIMER AÑO	1	17
SEGUNDO AÑO	1	17
	6	100



Es de destacar que la mayor parte de los niños de nuestro universo se encuentran cursando jardínera; iniciando su etapa escolar.

TABLA N°5: DISTRIBUCION SEGÚN DIAGNOSTICO MEDICO

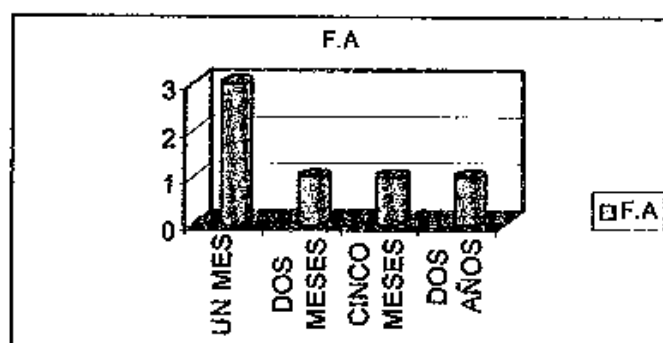
DX. MEDICO	F.A	F.R%
L.A.L	5	83
LINF.DE BURKITT	1	17
	6	100



El diagnostico medico de mayor prevalencia es la leucemia aguda linfoblastica.

TABLA N°6: DISTRIBUCION SEGÚN TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INICIO DE LA PATOLOGIA.

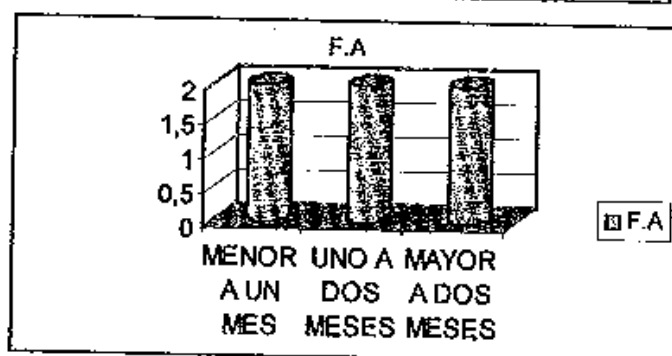
TIEMPO	F.A	F.R%
UN MES	3	50
DOS MESES	1	17
CINCO MESES	1	17
DOS AÑOS	1	17
	6	100



Respecto al tiempo de inicio de la patología cabe destacar que de las cuatro categorías existentes la mayor cantidad de niños se ubica en la primera, la cual corresponde a un mes

TABLA N°7: DISTRIBUCION SEGÚN DIAS DE INTERNACION

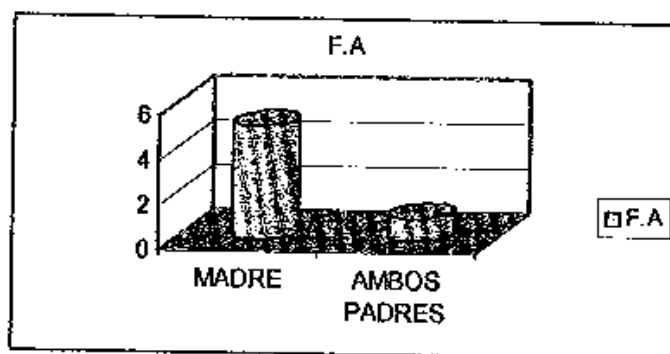
D.DE INTERNACION	F.A	F.R%
MENOR A UN MES	2	33,33
UNO A DOS MESES	2	33,33
MAYOR A DOS MESES	2	33,33
	6	100



Se destaca la equidad de distribución en las tres categorías respecto a los días de internación que los niños presentan.

TABLA N°8: DISTRIBUCION SEGÚN PRESENCIA DE ACOMPAÑANTE.

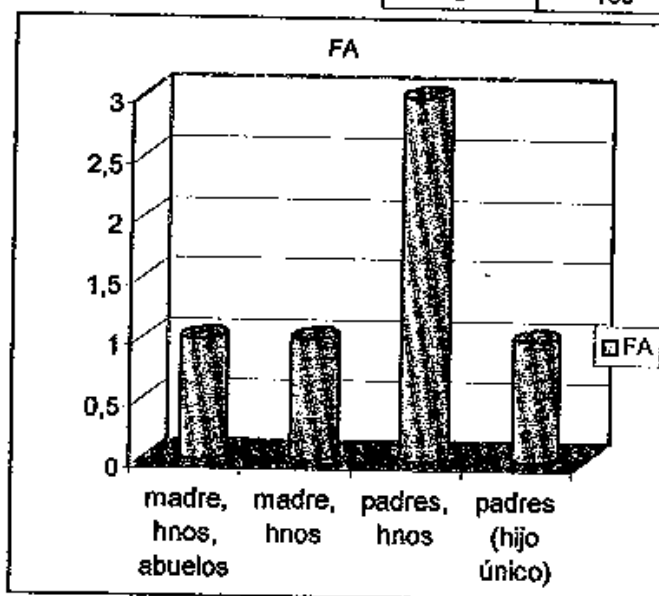
PRES. ACOMPAÑANTE	F.A	F.R%
MADRE	5	83
AMBOS PADRES	1	17
	6	100



De los datos obtenidos se desprende que la totalidad de los niños se encuentran acompañados. Siendo mayoritariamente los que están con su madre, presencia fundamental para el soporte psicológico y social del niño, ya que la vulnerabilidad del mismo se ve acentuada por la hospitalización y la cronicidad de su enfermedad.

TABLA N° 9: DISTRIBUCION SEGÚN LA COMPOSICION DEL NUCLEO FAMILIAR

Comp. Núcleo fliar	FA	FR%
madre, hnos, abuelos	1	17
madre, hnos	1	17
padres, hnos	3	50
padres (hijo único)	1	17
	6	100



Los niños que tienen hermanos viven en todos los casos con ellos. En la mayor parte de los hogares el núcleo está compuesto por ambos padres.

N° 10: PRESENTACION DE LOS COMPONENTES DE LA PRIMERA IMPRESIÓN CON SUS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES.

- POSTURA: 100% Reposo
- MOTILIDAD ESPONTANEA: 100% SI con motilidad espontanea
- EXPRESION FACIAL: Mirada atenta: 83% (FA: 5)
 Mirada distante: 17% (FA: 1)
 Gestos de interés: 83% (FA:5)
 Gestos de desinterés: 17% (FA: 1)
- ALOPECIA: 50% Presenta
- COLORACION: Normocoloreada: 66% (FA:4)
 Hipocoloreada: 34% (FA: 2)

- HIGIENE: Fancras, Ropa de cama, Vestimenta → 100% limpias
- Sudoración → 100% No presenta
- EXISTENCIA DE INTEGRIDAD CUTÁNEA: 100% No presenta

En el momento de la primera impresión la totalidad de los niños se encuentran en reposo, este reposo no determina la pérdida de sus movimientos, la posibilidad de jugar, sino hace que éstos y su entorno se adapten a la situación. A su vez todos ellos presentan motilidad espontánea factor favorecedor para su accionar.

En la primera impresión un factor de peso es la expresión facial, los datos revelan que la mayoría de los niños presentan gestos de interés y mirada atenta ante nuestra presencia.

La mitad de la población presenta alopecia, esto afecta su imagen corporal, repercutiendo en su relacionamiento con los demás.

Son destacables las buenas condiciones de higiene, tanto en el niño como en su ropa de cama lo que refleja el cumplimiento de las normas establecidas para evitar infecciones. Son estos niños propensos a padecer infecciones debido a la alteración en su sistema inmunológico y a las múltiples puertas de entrada (el total de los niños presenta inexistencia de integridad cutánea).

Nº 11: PRESENTACION DE LOS COMPONENTES DE LA ADAPTACION A LA HOSPITALIZACION CON SUS RESPECTIVAS FRECUENCIAS

Perturbación en el Sueño	FA	FR%
SI	3	50
NO	3	50
	6	100

Problemas alimenticios	FA	FR%
SI	4	66
No	2	34
	6	100

Regresión esfinteriana	FA	FR%
Si	1	17
No	5	83
	6	100

Trastornos en el comportamiento	FA	FR%
Si	2	34
No	4	66
	6	100

Estados depresivos	FA	FR%
Si	2	34
No	4	66
	6	100

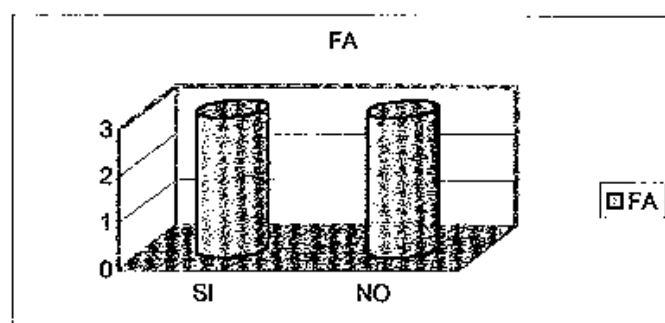
Adaptación	FA	FR%
Si	4	67
No	2	33
	6	100

Los puntos dentro de la adaptación a la hospitalización que tuvieron mayor peso en la falta de la misma son perturbación en el sueño y problemas alimenticios.

Se obtiene como resultado del análisis de los componentes referentes a la existencia de adaptación a hospitalización, que la misma está presente en la mayoría de la población

Nº 12: DISTRIBUCION SEGÚN LA ORIENTACION AL SERVICIO

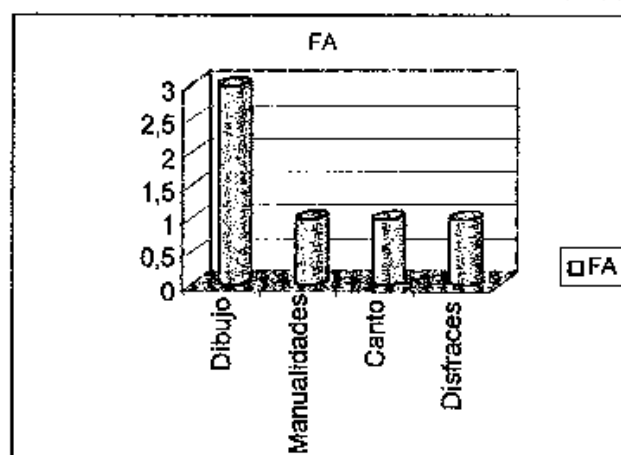
RECIBIO ORIENTACION	FA	FR%
SI	3	50
NO	3	50
	6	100



Es destacable que la mitad de la población no recibió orientación del servicio.

Nº 13: DISTRIBUCION SEGÚN LA PREFERENCIA LUDICA

Preferencia lúdica	FA	FR%
Dibujo	3	50
Manualidades	1	17
Canto	1	17
Disfraces	1	17
	6	100



La mayoría de los niños prefieren dibujar, esto puede estar vinculado a su situación de hospitalización, se da a su vez por la etapa escolar que cursan donde es el dibujo su medio de expresión.

INTRODUCCION A LOS CRITERIOS DE PONDERACION DE LA ACTIVIDAD LUDICA

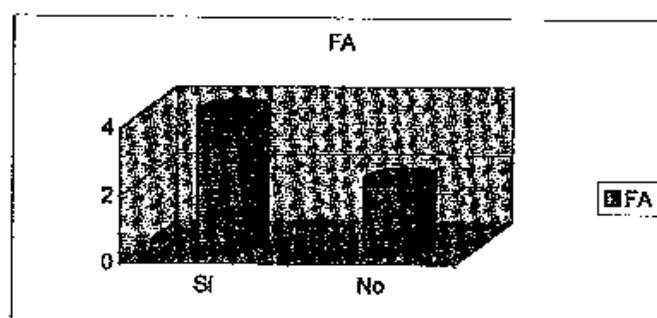
A las respuestas se les asignan los valores 1, 2 y 3. Otorgándose el máximo valor a las respuestas positivas y el mínimo a las negativas.

Nº1: ESTIMULACION LUDICA:

El total de los casos (FA=6) presenta estimulación lúdica por parte del equipo de enfermería.

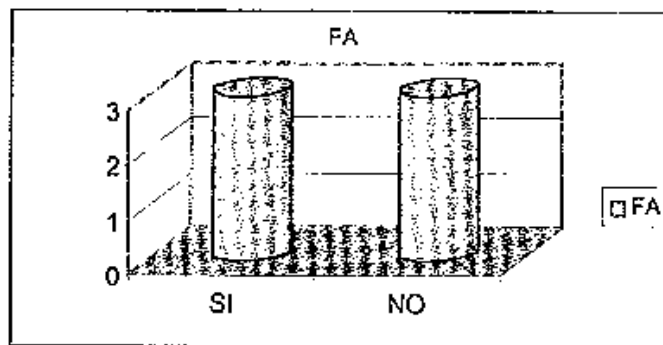
Nº2: ENTENDIMIENTO DEL NIÑO A LO EXPRESADO POR ENFERMERÍA

Entendimiento del niño	FA	FR%
SI	4	66
NO	2	34
	6	100



Nº 3: ENTENDIMIENTO DE ENFERMERÍA A LO EXPRESADO POR EL NIÑO

Entendimiento de enfermería	FA	FR%
SI	3	50
NO	3	50
	6	100

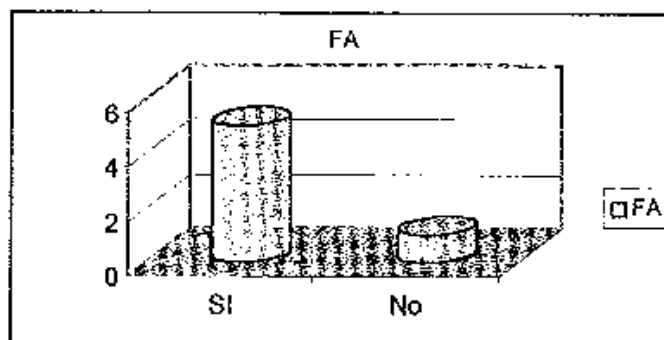


La mayoría de los niños logran tener un entendimiento a lo expresado por enfermería.

A su vez el número de niños que considera que enfermería no entiende lo que ellos expresan es comparativamente menor, los mismos utilizan como intermediario a su madre; este dato se obtiene cuando el niño contesta a la pregunta con un No; entonces se le interroga: ¿Por qué, que debería hacer para que entiendas?

Nº 4: CONFIANZA

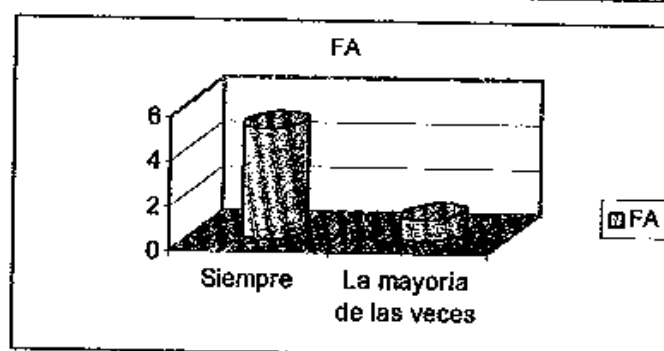
Confianza	FA	FR%
SI	5	83
No	1	17
	6	100



La mayoría de la población tienen confianza en el equipo de Enfermería.

Nº 5: DEDICACION TEMPORAL

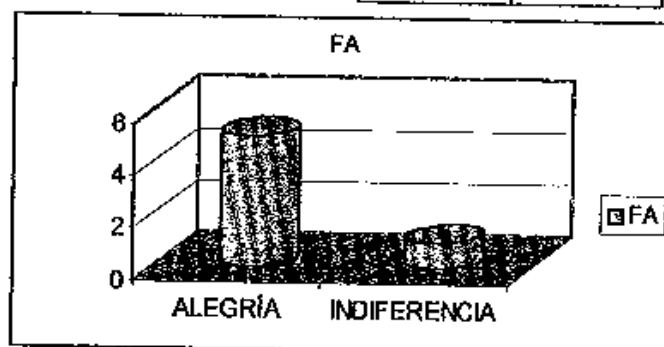
Dedicación temporal	FA	FR%
Siempre	5	83
La mayoría de las veces	1	17
	6	100



Los niños refieren que siempre o la mayoría de las veces enfermería les dedica la atención que necesitan.

Nº 6 : PERCEPCION VISUAL

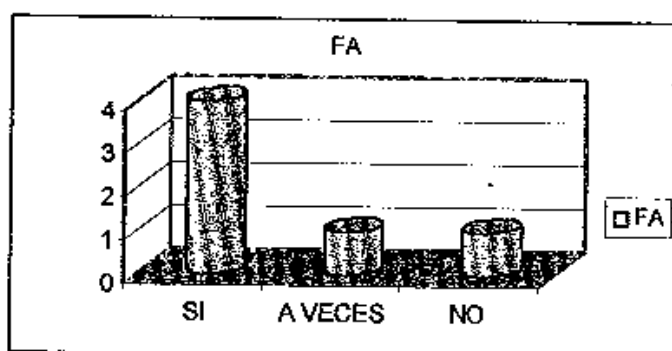
PERCEPCION VISUAL	FA	FR%
ALEGRÍA	5	83
INDIFERENCIA	1	17
	6	100



Solo se plantea un caso en el que Enfermería muestra "cara" de indiferencia, el resto percibe rostros de alegría.

Nº 7:VINCULO TACTIL

VINCULO TACTIL	FA	FR
SI	4	66
A VECES	1	17
NO	1	17
	6	100



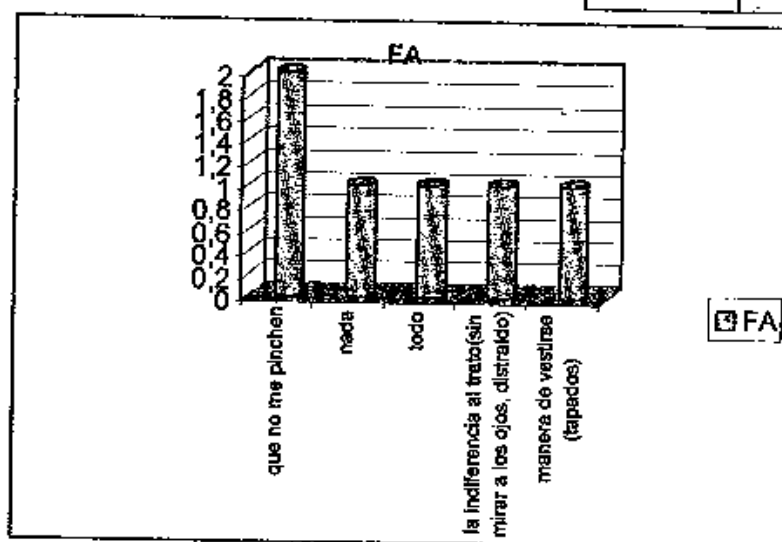
*Respuesta:

Si: te agrada? El 100% si te agrada que Enfermería lo haga.

No: te gustaría que lo hiciera? El 100% si. le gustaría que lo hicieran.

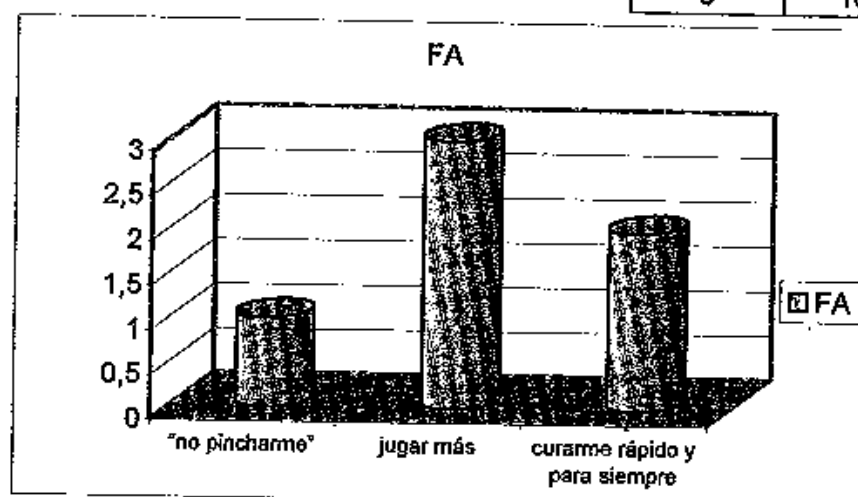
A continuación se presentan las respuestas obtenidas de las interrogantes (n° 8,9 y 10) que *conceptualiza la atención brindada por el equipo de Enfermería.*

Cambios sugeridos por el niño para Enfermería	FA	FR%
que no me pinchen	2	34
nada	1	17
todo	1	17
la indiferencia al trato(sin mirar a los ojos, distraído)	1	17
manera de vestirse (tapados)	1	17
	6	100



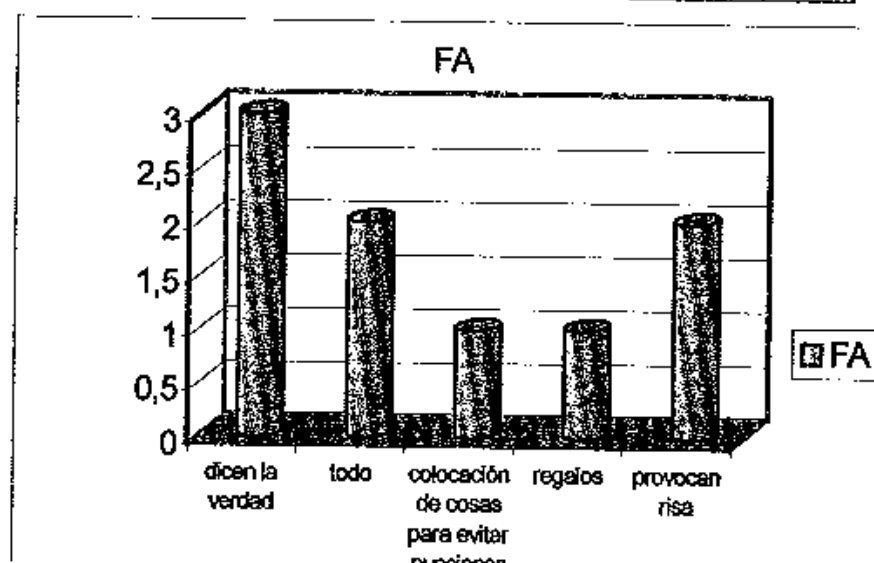
En el porcentaje más alto (34%) refiere como cambios sugerido el evitar "pinchazos". Se tiene presente que un caso (17%) plantea que es necesario cambiar todo, indicando esto un grado de disconformidad total.

sugerencias para un mayor bienestar (según el niño)	FA	FR%
"no pincharme"	1	17
jugar más	3	50
curarme rápido y para siempre	2	34
	6	100



ASPECTOS COMPLACIENTES DE LA ATENCION BRINDADA.

Aspectos.....	FA	FR%
dicen la verdad	3	50
todo	2	34
colocación de cosas para evitar punciones	1	17
regalos	1	17
provocan risa	2	34
	6	100



El cambio sugerido que se presenta en forma predominante es el evitar “pinchazos”. Aspecto que se reitera con diferentes expresiones en las preguntas 9 y 10 (“no pincharme” y “colocar cosas para pincharme menos”) lo que le da mayor relevancia.

Existe un caso que plantea deseos de cambiar todo en lo referente a enfermería, a pesar de ser el único, se considera necesario tener este dato presente ya que indica un importante grado de disconformidad. Esta respuesta puede estar vinculada al reciente diagnóstico y hospitalización del niño.

Respecto a las sugerencias para lograr el mayor bienestar del niño, la mitad solicita que el equipo de Enfermería juegue más con ellos, esto respalda nuestra forma de abordaje y a su vez corrobora lo expresado en nuestra fundamentación y marco teórico.

Referente a los aspectos en que enfermería complace a los niños cabe destacar la presencia de dos casos (FR% 34) que indican estar complacidos en todo lo relacionado al trato que brinda Enfermería en su atención. Es de destacar que la mitad de los niños se ven complacidos por Enfermería cuando le dicen la verdad al momento de realizarle diferentes técnicas y procedimientos. Se destaca también la existencia de dos respuestas que revelan complacencia por la provocación de risa que Enfermería logra en ellos; una actividad que asegura la risa es un “juego entretenido”.

- ♦ Analizamos la **percepción** a cada uno de los niños según los criterios establecidos, observándose los siguientes resultados de la ponderación de los datos.

	Puntaje total	Tipo de percepción
caso 1	21	positiva*
caso 2	21	positiva*
caso 3	21	positiva*
caso 4	19	positiva*
caso 5	16	intermedia**
caso 6	11	negativa***

* 17-21 Puntos ** 12-16 Puntos *** 7-11 Puntos

Como **resultado** de esta información surge que la percepción positiva de la comunicación con el equipo de Enfermería presenta la frecuencia relativa porcentual mas alta (66%), la distribución de frecuencia es equitativa para las percepciones intermedias y negativa (17% correspondiendo a un caso para cada una de estas percepciones).

Con el fin de indagar la existencia de relación entre las variables realizaremos las siguientes **asociaciones de variables**:

- Tipo de percepción- tiempo de internación.
- Tipo de percepción- adaptación a la hospitalización.

Tabla N° 1 PERCEPCION- TIEMPO DE INTERNACION.

Tiempo	Percepción positiva	Percepción intermedia	Percepción negativa	
< 1 mes	1	1		2
1-2meses	1		1	2
>2 meses	2			2
	4	1	1	6

Obtenemos que a mayor tiempo de internación la percepción que tiene el niño de la comunicación con el equipo de enfermería se torna positiva.

Tabla N° 2 PERCEPCIÓN – ADAPTACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN.

Adaptación	Percepción positiva	Percepción intermedia	Percepción negativa	
SI	3	1		4
NO	1		1	2
	4	1	1	6

En la mayoría de los niños que existe percepción positiva se corresponde con la existencia de adaptación a la hospitalización.

CONCLUSIONES

Concluimos que cuando el tiempo de permanencia del niño en el servicio es prolongado el vínculo de enfermería con este se fortalece y la percepción de comunicación con el equipo de enfermería se ve beneficiada.

Cuando existe adaptación a la hospitalización la percepción que tiene el niño de la comunicación con el equipo de enfermería tratante es positiva. Esto puede estar vinculado con la capacitación del recurso humano en el área Hemato-oncológico que se relaciona con estos niños, favoreciendo así la fluidez en la comunicación entre niños-padres y equipo de enfermería.

Los niños se ven complacidos cuando enfermería los aborda con la verdad, este aspecto es de vital importancia para ellos ya que frente a la realidad de su enfermedad y de su tratamiento les permite ser participe de su proceso salud-enfermedad.

Surge la necesidad en ellos de "jugar mas", porque crean una ruptura de la realidad y se sitúan fuera de la lógica de las preocupaciones que los encadenan constantemente, convirtiéndose en un momento de libertad y de encuentro. Debido a que el equipo de enfermería es el recurso humano que permanece las 24 horas del día con ellos, es el personal idóneo para fomentar esta instancia.

Otro aspecto concluyente es el sentimiento de agresión que surge en los niños frente a procedimientos invasivos como punciones, de aquí la importancia que enfermería informe de forma comprensible para el niño sobre el carácter imprescindible de estos procedimientos para su tratamiento, mejoría y/o curación.

SUGERENCIAS

- ♦ Debido a que tuvimos la experiencia de abordar a los niños en el área asistencial, podemos afirmar ampliamente que la actividad lúdica es de primordial relevancia en este grupo etareo, consideramos que el equipo de enfermería debería fomentar la instancia del juego al máximo.
- ♦ Motivar permanentemente al equipo multidisciplinario que asiste a esta población a incrementar y actualizar sus conocimientos en el área ,con el fin de aumentar la calidad de la asistencia brindada.
- ♦ Profundizar el tema investigado desde el punto de vista de enfermería en forma conjunta con otras áreas que conforman el equipo multidisciplinario.

ANEXOS

INSTRUMENTO .

Datos filiatorios:

- Nombre
- Sexo
- Edad
- Procedencia: Montevideo..... Interior.....
- Grado escolar: Jardinera 1º año..... 2º año.....
- Diagnóstico médico

Tiempo transcurrido desde el inicio de la patología:

- Días de internación: <1 mes.....
 1-2 meses
 >2 meses
- Acompañante Solo ☐ Acompañado ☐
 Quién?.....

Dimensión social:

- Composición del núcleo familiar :

Valoración:

- Primera Impresión:

Postura:

Motilidad espontánea:

Expresión facial: Mirada: - Distante

- Perdida

- Atenta

Gestos: - Interés

- Desinterés

- Conformidad

- Disconformidad

Alopecia Sí..... No.....

Condiciones generales de la piel:

*pigmentación

*higiene

*existencia de integridad cutánea: Sí..... No.....

Trastornos gastrointestinales:

VEA: Sí..... No.....

• Dolor Sí ☐ No ☐

(El dolor se mide según escala Anexo:)

• Temperatura..... °C

• Pulso..... p / minuto

• Respiración..... r / minuto

• Dificultad en el lenguaje Sí..... No.....

• Limitación motriz: Sí..... No.....

• Limitación auditiva Sí..... No.....

• Limitación visual Sí..... No.....

• **Adaptación a la hospitalización:**

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Perturbación en el sueño | Si ☐ | No ☐ |
| 2. Problemas alimenticios | Si ☐ | No ☐ |
| 3. Regresión esfinteriana | Si ☐ | No ☐ |
| 4. Trastornos en el comportamiento | Si ☐ | No ☐ |
| 5. Estados depresivos | Si ☐ | No ☐ |

< 3 ítems : Adaptación

☐

> 3 ítems : No hay adaptación

☐

- Recibió orientación al servicio:
- | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Si | ☐ | No | ☐ |
|----|--------------------------|----|--------------------------|

- **Preferencias lúdicas :**
- | | |
|-----------------|--------------------------|
| Obras de teatro | ☐ |
| Dibujo | ☐ |
| Manualidades | ☐ |
| Otros | ☐ |

Considerando los fundamentos teórico-práctico creemos conveniente obtener las respuestas para realizar nuestra investigación mediante un juego de nuestra autororía, aplicando en los niños habilitados por los ya mencionados criterios de inclusión. Aposteriori se presentan las 10 interrogantes que componen el mismo.

JUEGO.

1-Los/las enfermeras te dejan jugar, te invitan a que lo hagas, juegan contigo?

Si ☐ A veces ☐ No ☐

2- Cuando los/las enfermeras se dirigen a ti, entiendes lo que te quieren decir?

Si ☐ A veces ☐ No ☐

*Si la respuesta es : No

Porqué , qué deberían hacer para lograr que entiendas? _____

* Si la respuesta es: A veces

Porqué? _____

3- Cuando tú desas decirle algo a los / las enfermeras, te escuchan, o no te escuchan ,te entienden, o sentís que no te entienden?

Si ☐ A veces ☐ No ☐

Dime por qué?_____

4 -Le cuentas o no a los / las enfermeras todo lo que te pasa?

*En base a lo que el niño responda, se completará el casillero correspondiente.

Sí ☐ A veces ☐ No ☐

Porqué?_____

5 -Consideras que los / las enfermeras te dedican el tiempo que tú necesitas o no ?

Siempre ☐ La mayoría de las veces ☐ Pocas veces ☐

* Si el niño responde pocas veces se le preguntará: Porqué?_____

6-Cuando los / las enfermeras te atienden, la mayoría con qué cara lo hacen?



Alegria



Indiferencia



Antipatia

7 -Cuando los / las enfermeras están contigo, te dan la mano, te acarician, te abrazan, te demuestran cariño? Si ☐ A veces ☐ No ☐

*Si la respuesta es : Si, se le preguntará Si le agrada?_____

*Si la respuesta es: No, se le preguntará Si le agradaría que lo hicieran?_____

8- Las cosas que cambiaria de los/ las enfermeras en el trato conmigo son:-----

9- Los/ las enfermeras deberían-----

-----para que yo me sienta mejor.

10-Lo que me gusta de los/ las enfermeras en el trato conmigo es-----

**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA.
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL.**

**Protocolo de investigación
Percepción de la comunicación con el equipo de Enfermería del niño
de 5 a 8 años hospitalizado.
Servicio Hemato-oncológico del Hospital Pereira Rossell.
9 al 13 de abril de 2001.**

Autores:	Alonzo Ana Laura	Nº 95018
	de León Marisol	Nº 94012
	Peirano Ana Paula	Nº 94184
	Rodríguez Milagros	Nº 95161
	Vicente Pilar	Nº 94131

Docente: Prof. Silvia Melia

INDICE

- Introducción	1
- Marco Teórico	2
- Marco Referencial.....	14
- Definición y Fundamentación del problema.....	16
- Objetivos de la Investigación.....	18
- Diseño metodológico.....	19
- Recursos necesarios.....	21
- Cronograma de actividades.....	22
- Conceptualización y operacionalización de variables.....	24
- Instrumentos.....	28
- Guía para el desarrollo del juego.....	33
- Consentimiento informado.....	34
- Ponderación de las variables.....	35
- Plan de análisis.....	37
- Factores externos condicionantes.....	38
- Bibliografía.....	39
- Anexos :	
- I - Antecedentes.	
- II - Reseña histórica del Hospital Pereira Rossell y de la Fundación Peluffo Giguens.	
- III- Niveles de dependencia.	
- IV- Representación gráfica del dolor	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación pretende cumplir con las exigencias curriculares del último módulo de la Licenciatura en Enfermería, el mismo es realizado por cinco estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería (I.N.D.E).

Se investiga sobre la percepción de la comunicación de los niños oncológicos entre 5 y 8 años hospitalizados y el equipo de Enfermería tratante del Servicio Hemato-Oncológico en el Hospital Pereira Rossell, afiliados a la Fundación Peluffo Giguens; en un periodo de una semana. La población de estudio se encuentra en la etapa intermedia de la niñez, que se caracteriza por la organización perceptual que tiene el niño del medio que lo rodea.

La iniciativa surge luego de haber asistido a dos seminarios realizados por la Fundación Peluffo Giguens, en los cuales se demostró a través de actividades teórico-prácticas la importancia de la comunicación para el niño y el equipo de Enfermería; otro factor decisivo fue la información encontrada durante la búsqueda de datos sobre el tema a investigar fue insuficiente a pesar de la considerable prevalencia de la patología oncológica en Pediatría.

Se plantea como objetivo general conocer la percepción que los niños oncológicos hospitalizados tienen de la comunicación con el equipo de Enfermería.

Como objetivos específicos lograr captar a través de la actividad lúdica la percepción de la comunicación establecida entre el niño y el equipo de Enfermería. El otro objetivo específico del instrumento consiste en caracterizar la población objeto de estudio.

Nuestra aspiración es motivar a otros investigadores en la profundización del tema.

MARCO TEORICO

Según Piaget la etapa de la niñez se caracteriza por el hecho de la organización perceptual que tiene el niño del medio que lo rodea, adquiere estabilidad, coherencia y permite que el mismo parezca más racional con una mayor referencia conceptual y orden para interpretar el mundo que lo rodea. Se manifiesta a través de expresiones, como la expresión mentalizada; la cual consiste que frente a un suceso se puede hacer uso mediante la evocación de diversas percepciones anteriores y del correlativo afectivo a ellas ligado.

Realizando así un rico juego asociativo que va dando lugar a pensamientos e ideas que posibilitan entonces la reflexión interior. De este modo tienen lugar una elaboración desencadenada por el suceso, que es la vida misma y sus vicisitudes y nuestra relación con los demás; lo cual da lugar constantemente a la necesidad de este proceso.

Esta expresión se manifiesta a través del lenguaje, el sueño, la actividad lúdica, los síntomas psíquicos, etc. En definitiva las características del funcionamiento mental de las personas.

Existen diferencias individuales en lo que respecta a la posibilidad de poder hacer uso de este proceso y de la riqueza y alcance del mismo, también diferentes posibilidades para un mismo individuo en diferentes condiciones y/o etapas de vida; cuando este proceso se ve entorpecido existe al parecer mayor riesgo de no poder elaborar mentalmente las emociones y que estas busquen su vida de expresión a nivel somático.

Freud sostiene que un niño juega no solo para repetir situaciones placenteras, sino también para elaborar las que le resultaron dolorosas o traumáticas.

Al jugar el niño desplaza al exterior sus miedos, angustias y problemas internos; dominándolos mediante la acción.

Repetir en el juego todas las situaciones excesivas para su yo débil le permite, por su dominio sobre objetos externos y a su alcance; hacer activo lo que sufrió pasivamente, cambiar un final que le fue penoso, tolerar papeles y situaciones que en la vida real le serían prohibidas y también repetir a su voluntad situaciones placenteras.

A través del juego el niño se manifiesta como el adulto a través de la palabra.

Cuando el niño comienza la escuela cambia profundamente el mundo de los juegos.

Las letras y los números se convierten en juguetes. La curiosidad por el conocimiento es la continuación que sintieron por el mundo circundante hasta los 5 o 6 años.

Con el aprendizaje escolar aparecen nuevos juegos en los que se combinan las capacidades intelectuales con el azar.

La expresión comportamental, hace referencia a cuando el individuo se expresa en el plano del comportamiento.

Para cualquier individuo de este planeta, especialmente en el niño, siendo éste más vulnerable; es imprescindible el soporte social. Entendiendo por soporte social la percepción que tiene la persona de su inserción en una red social, su percepción de que es cuidado, amado, valorado y estimado, del apoyo que siente que recibe frente a una situación dada.

Es la familia el principal sostén del niño y esta es la que puede brindarle el apoyo que necesita para afrontar diferentes situaciones.

El término familia se ha definido de muchas formas y con diferentes propósitos, según el marco de referencia individual, juicio de valor o disciplina desde el que haga la definición.

Consideramos familia a aquellas personas que están vinculadas por lazos de sangre o afectivamente y conviven bajo un mismo techo. Los miembros de la familia comparten un sentido de pertenencia a la unidad familiar, que afecta profundamente a sus vidas.

Algunas familias tienen dificultades para ayudar a sus hijos a aprender como arreglárselas con el mundo externo, como comunicarse y como experimentar los matices de su propia vida afectiva. Existe en ellos inestabilidad e impredecibilidad, muchas veces dada por la existencia de figuras de crianza múltiples y erráticas.

En las familias marginales la privacia casi no existe, las familias son grandes y hay pocas oportunidades. El lenguaje utilizado es pobre y no favorece la elaboración verbal de los significados. Así el niño marginado solo puede atender una pequeña parte del espectro de estímulos potenciales disponibles. Los padres no atienden las necesidades de los niños a nivel individual y los niños se resignan a no ser escuchados.

En las familias donde hay comunicación verbal e intercambio de información se desarrolla un conjunto implícito de normas y se determina así "el como de las comunicaciones"; en cambio el estilo de comunicación de otras se caracteriza porque nadie espera ser escuchado y donde cada quien se afirma gritando no hay intercambio verbal.

Muchas veces la familia y el entorno habitual de los individuos se ve alterado por múltiples factores, uno de ellos es la incorporación al medio hospitalario.

Aunque hoy en día se procura poner énfasis en la promoción y prevención de salud y en la resolución de los problemas del individuo en su medio, en lo posible sin apartarlo de la naturalidad de su vida cotidiana; el recurso de la hospitalización es y será siempre en algunos

casos la única decisión pertinente. Ya sea por la gravedad del estado del paciente que exige tal recurso o cuando la naturaleza de los tratamientos y/o exámenes necesarios requieren una infraestructura que solo ofrece el hospital.

La hospitalización, recurso pues a veces imprescindible no es sin embargo de carácter onodizo para la emocionalidad del paciente y su familia. Algunos autores han destacado la necesidad de preparar al niño para la hospitalización.

Haller (1967) citado por Rheault, sostiene " si el período antes de la admisión no es utilizado para preparar al niño, la hospitalización se vuelve una sorpresa desagradable de la cual los padres son cómplices y eso puede debilitar seriamente el clima de confianza existente entre padres y niño".

El medio hospitalario señala Rheault proyecta una imagen misteriosa o al menos inquietante que engendra desde la infancia un temor en el individuo, que caracteriza más tarde toda su actitud frente a la salud.

La emergencia de síntomas emocionales, durante o a posteriori de la hospitalización ,como ser problemas alimentarios, perturbaciones del sueño, regresión esfinteriana, estados depresivos o trastornos del comportamiento, variarían de acuerdo al grado de información que el niño tiene sobre la hospitalización. Además, de la actitud del personal hacia él, de su edad, la duración de la hospitalización, la personalidad del niño, de la relación padres- niños y de cómo estos vivencian el diagnóstico y la relación con el equipo de salud.

Durante la instancia hospitalaria surge la aparición de los mecanismos de defensa, los cuales constituyen técnicas de las que se sirve el yo para mantener a raya impulsos y/o afectos, como la agresión, la angustia, culpa, entre otras. Pueden clasificarse en defensas exitosas cuando dan lugar a la cesación de lo que se rechaza, o a defensas ineficaces; las cuales obligan a una repetición del proceso de rechazo para evitar la irrupción de lo rechazado que se manifiesta igual a pesar de los intentos de la defensa.

La existencia de conflictos entre la persona y la realidad exterior y dentro de la misma persona no es en si patológico, como tampoco el uso de mecanismos de defensa. Pero la intensidad del conflicto o sus características pueden conducir al individuo al uso de defensas patológicas que insumen un esfuerzo psíquico considerable y traen consecuencias patológicas para su funcionamiento mental y su relación con la realidad exterior. Es así que ante sucesos movilizados de la afectividad del individuo, este puede desplegar recursos defensivos que le permitirán una resolución adecuada frente a la situación de su funcionamiento mental.

Existen una amplia gama de mecanismos de defensa, algunos de los cuales son frecuentemente identificados en clínicas de niños: negación de una realidad psíquica dolorosa, una actitud regresiva frente al nacimiento de hermanos, rituales obsesivos para conjurar peligros a los que se cree expuestos a los padres, identificarse con aquel que se vive como agresor tienen la actitud diametralmente opuesta a aquella que se desea realmente, evitar la situación temerosa, etc. Estos reciben diversos nombres técnicos: negación, regresión, defensas obsesivas, identificación con el agresor, formación reactiva, evitación, entre otros. Como factores vinculados a los mecanismos de defensa tenemos: el miedo y el dolor. El miedo es una emoción desagradable con componentes cognitivos, conductuales y psicológicos. Esto aparece en respuesta a una fuente de peligro reconocida, ya sea real o imaginaria.

El miedo importante puede reflejar una valoración precisa de una situación verdaderamente lesiva o representar un desplazamiento de sentimientos de otro factor agresor ambiental. El miedo cambia, evoluciona a medida que el desarrollo cognitivo se hace más sofisticado.

El dolor es definido por la Asociación Internacional (para el estudio del dolor) como: "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a la lesión de los tejidos real o potencial o descrita en los términos de tal lesión".

Para la mayoría de los niños el dolor puede valorarse mediante una cuidadosa observación o, simplemente preguntando al niño cuánto le duele.

Como ya mencionamos anteriormente, en el medio hospitalario son estos mecanismos observados con frecuencia y el equipo multidisciplinario debe tener los conocimientos para manejarlos, el equipo de Enfermería por permanecer las veinticuatro horas con el paciente juega un rol importante en este aspecto como en otros tantos. Este equipo es regido por el Departamento de Enfermería, el cual es el servicio técnico, administrativo responsable de la organización y administración de las actividades y comprende a todo el personal auxiliar que se encuentre en el área de la internación y/o se atiendan pacientes enfermos. Es una unidad de servicio en el cual la dirección delega la administración y dirección de los servicios de Enfermería.

Los objetivos del departamento de Enfermería son contribuir a los objetivos de la Institución, brindar atención de Enfermería en cantidad y calidad suficiente mediante la administración adecuada de las actividades, procurando el perfeccionamiento y la capacitación permanente del personal.

Tiene como fin la prestación de servicios a la comunidad, el individuo, la familia, valorando al individuo como un ser bio-psico-socio-cultural con derecho a recibir una atención integral

que incluya la promoción, prevención, protección, asistencia, tratamiento y rehabilitación. Así como brindar información que posibilite al niño y su familia rescatar aspectos positivos de la hospitalización, que le permitan ver a otros niños y familias en igual situación. Establecer nuevos lazos afectivos, desarrollar actos de solidaridad y si la comunicación equipo-familia fue adecuada, reintegrarse al medio habitual con información interesante para ellos.

La comunicación forma parte de todas las facetas de nuestras actividades, relaciones humanas y en el proceso educativo de la salud. Una buena comunicación solo es posible entre personas situadas en el campo de la comprensión y una mutua participación de las ideas, sentimientos y experiencias.

La comunicación es un proceso complejo, ya que cada persona es única, con experiencias y propósitos, ocupada de crear su mundo propio y solamente compartir algunas características con los demás. Al hablar de comunicación debemos conocer que existen diferentes tipos de comunicación: *Intrapersonal, la cual constituye un ordenamiento interno algo así como un diálogo interior antes de actuar, por lo tanto una autoevaluación. Es una interacción entre dos o más personas, cara a cara, que intentan compartir en el marco de la comprensión, ideas, sentimientos y experiencias por medio de un sistema de símbolos verbales y no verbales.

*Grupal: es una red de interacción entre varias personas, constituye un proceso de comprensión, reflexión, coordinación y madurez.

Para que se pueda establecer una comunicación existen elementos básicos que no pueden faltar como lo son:

*Emisor: es un ser humano y el único que puede elaborar ideas en base a conocimientos, experiencias o recopilación de información en base a un objetivo común con quien quiera compartir en el proceso de la comunicación (verbal- visual).

*Mensaje: es la idea o la experiencia estructurada y representada por un conjunto de signos verbales y no verbales cuyo significado pretende compartir con otra o varias personas el mensaje.

*Canal o medio: es el vínculo del proceso de la comunicación, corrientemente por medio de la palabra y otros diversos medios (impresos, proyectados, vivenciales, etc.).

*Receptor o destinatario: es la persona o conjunto de personas que interpretan el mensaje codificado por el emisor y éste ,el receptor a su vez decodifica el mensaje tomando en cuenta las percepciones.

Procede a desempeñar el rol de emisor y codifica el mensaje para compartir con el emisor en su rol de receptor una mutua participación.

La retroalimentación es la regulación de la comunicación, la ida y vuelta del mensaje e base a las respuestas compartidas.

En el proceso comunicativo es importante la percepción que cada individuo tenga ya que el mensaje puede dar lugar a varias interpretaciones dependiendo de las características personales del emisor, el receptor y los códigos por ellos establecidos.

Percibir es recibir impresiones por los sentidos. La percepción constituye un caso particular de las actividades senso-motrices. Pero su característica particular consiste en que depende de aspecto figurativo del conocimiento de lo real, mientras que la acción en su conjunto es esencialmente operativa y transforma lo real.

Las actividades perceptivas se desarrollan con la edad, hasta poder plegarse a las directrices que les sugiere la inteligencia en sus progresos operativos.

La percepción que cada individuo tiene en el proceso comunicativo es única e individual esto está relacionado a que cada ser a través de sus cinco sentidos, vivencia y manifiesta experiencias y sensaciones diferentes, las cuales están íntimamente involucradas con su ser, la cultura que posee, experiencias previas, el rol que esté ejerciendo en ese momento, entre otros.

En nuestro trabajo investigamos la percepción que tienen los niños que padecen una enfermedad oncológica respecto a la comunicación con el equipo de Enfermería que los asisten en el servicio donde se encuentran hospitalizados.

A continuación daremos ejemplos de las manifestaciones perceptivas de mayor prevalencia durante la hospitalización en el paciente pediátrico.

-A nivel visual los sentimientos que la vestimenta de color blanco provoca en el niño son de rechazo, también el hecho de observar procedimientos realizados a otro paciente genera miedo a la agresión.

-En el plano auditivo, los diversos ruidos del hospital resultan molestos, causando disturbios en el sueño, los cuales repercuten a nivel general.

-Un claro ejemplo de la percepción olfativa son las sensaciones o fantasías que el "olor de hospital" provoca a los individuos.

-El gusto muchas veces se ve afectado por la patología de base, en otros casos puede haber disconformidad relativa a las diferentes preferencias personales.

-En lo relativo al tacto o la posibilidad de un abrazo es desde el punto de vista del afecto fundamental para brindarle seguridad, las limitaciones en la dinámica corporal afectan la instancia del juego hecho primordial para el niño (tacto con los juguetes).

El cáncer afecta a niños de cualquier raza, clase social, en países de primer o tercer mundo constituye la primer causa de muerte por enfermedad en los niños. Los tipos de cáncer más frecuentes son las leucemias, los tumores del Sistema Nervioso Central y los localizados en los ganglios linfáticos. Usando la Leucemia Aguda Linfoblástica (LLA) como prototipo de la Leucemia Aguda en el niño, los síntomas y signos de ella reflejan la fisiopatología de la enfermedad basada en el reemplazo en la médula ósea de los elementos progenitores de las células sanguíneas por células leucémicas.

También reflejan la infiltración de otros órganos y sistemas como las meninges, los testículos y los riñones.

Generalmente el niño que lo padece presenta una historia de cierto compromiso del estado general más o menos reciente frecuentemente con algún grado de fiebre.

Destacan en forma variable la letargia y la impotencia y así mismo la palidez, las petequias, los dolores óseos y articulares que están frecuentemente presentes en la historia al igual que la anemia.

El diagnóstico de Leucemia Aguda es a menudo confirmado por la existencia de blastos en la sangre periférica.

Los Linfomas son la tercera neoplasia más común en los niños, después de la Leucemia Aguda y los Tumores del Sistema Nervioso Central, existiendo dos tipos diferentes: la Enfermedad de Hodgkin y los Linfomas no Hodgkin (estos últimos más frecuentes).

Los tumores se originan en el tejido linfático constituyendo entidades diferentes tanto en los hallazgos histológicos como su evolución clínica, tratamiento y pronóstico.

La Enfermedad de Hodgkin es rara antes de los cinco años de edad y más frecuente en varones. La causa de este tumor es desconocida, existiendo alguna evidencia indirecta a cerca de su origen infeccioso.

El signo de presentación inicial más frecuente es una adenopatía indolora en la región cervical. En la historia de estos niños puede consignarse anorexia, malestar general, pérdida de peso, fiebre intermitente, prurito y sudoración nocturna.

El Linfoma no Hodgkin (LNII) es también una neoplasia originada en el tejido linfático que difiere en varios aspectos con la Enfermedad de Hodgkin. En niños a diferencia de lo que ocurre en adultos, la mayoría de los LNII son difusos altamente malignos y muy agresivos, mostrando poca diferenciación de la célula primitiva.

Es una enfermedad sistémica semejante a una Leucemia Linfoblástica Aguda, los LNII derivan en su mayoría del linaje B (linfoma Burkitt y de células grandes); un 30 % deriva de la línea T

(linfoma linfoblástico).

El abdomen es el sitio más común de manifestación inicial de los LNH B; mientras que el mediastino anterior es el sitio de ubicación primario para los LNII T de mayor incidencia en varones sobre los diez años.

Los síntomas generales son fiebre, náuseas, vómitos y pérdida de peso.

El Tumor de Wilms es un neoplasma relativamente común en el niño. La edad usual de presentación fluctúa entre los dos y seis años. Es uno de los tumores sólidos más frecuentes en niños después de los linfomas y los tumores cerebrales.

El signo principal es una masa abdominal que comúnmente es unilateral y crece con rapidez.

El Neuroblastoma es uno de los tumores extracraneales más comunes en los niños y sigue en frecuencia al Tumor de Wilms. Se presenta comúnmente como masa abdominal de flanco. Puede presentarse en otras localizaciones siguiendo la distribución anatómica del tejido simpático, entre ellos la localización torácica, tóracoabdominal y cervical ,al examen abdominal se comprueba que cruza la línea media del abdomen. Rabdomiosarcoma; este tumor es otra de las más frecuentes neoplasias extracraneales de la edad infantil, después del Neuroblastoma y el Tumor de Wilms. Este tumor puede aparecer en diferentes sitios y las manifestaciones clínicas están determinadas por los efectos regionales del crecimiento tumoral. Evidencia con frecuencia compromiso del estado general ya en la etapa inicial y muchas veces cuando se diagnostica ya es una enfermedad en fase diseminada.

Los tumores óseos más frecuentes son el Osteosarcoma y el Sarcoma de Ewing.

Los osteosarcomas derivan de las células óseas mesenquimáticas primitivas , afecta preferentemente huesos largos, a nivel metafisiario de extremidades inferiores y en las tres cuartas partes de los casos se ubica alrededor de la rodilla. Tiende a ocurrir mayoritariamente en adolescentes coincidiendo con una mayor velocidad de crecimiento.

El Sarcoma de Ewing presumiblemente de origen endotelial tiende a presentarse principalmente en la adolescencia temprana (10-15 años) y muestra síntomas iniciales semejantes al Osteosarcoma, pero su ubicación difiere de él, pues este se localiza preferentemente en las diáfisis de los huesos largos o en los huesos planos como escápula o costillas.

El cáncer de testículos es poco común en niños, pero es esencial el diagnóstico y tratamiento temprano. Los tumores testiculares malignos aparecen más frecuentemente en los niños con testículos no descendidos.

Los tumores de ovario aún cuando son relativamente raros son los tumores genitales más frecuentes en niñas y adolescentes. Dentro del grupo de los tumores y quistes son los Teratomas los más frecuentes. Los Teratomas benignos habitualmente quísticos forman cerca de la mitad de todos los neoplasmas ováricos de la niñez y adolescencia siendo muy raros los Teratomas malignos.

El cuadro clínico de la mayor parte de los tumores del ovario no muestran síntomas específicos.

Los tratamientos aplicados a los individuos que presentan la enfermedad oncológica serán detallados a continuación:

La Quimioterapia : significa tratamiento químico y consiste en usar agentes químicos-medicamentos- para el tratamiento de enfermedades neoplásicas malignas.

La mayor ventaja de este tratamiento, es que las drogas puedan atacar a las células del cáncer donde sea que estén, lamentablemente estas drogas se distribuyen en casi todo el cuerpo, afectando también a las células normales. Afortunadamente, estas células normales tienen una gran capacidad de reponerse, por lo que la mayoría de los efectos secundarios son pasajeros.

En general luego de una primera etapa de internación larga, la mayoría de los pacientes reciben tratamiento ambulatorio. Estas drogas son administradas por inyecciones, cápsulas o tabletas; aunque la mayoría se hace por vía venosa. El plan de tratamiento (protocolo) varía con cada paciente.

Los efectos sobre el aparato digestivo son múltiples ocurren dolor, ulceraciones en la boca que pueden presentarse una o dos semanas después del tratamiento. Se debe aconsejar a las madres evitar alimentos condimentados y calientes, darle al niño una dieta blanda o suave y mantener una buena higiene bucal. Otros efectos que se observan frecuentemente son las náuseas, vómitos, pérdida de apetito, diarrea y estreñimiento.

Un efecto muy común es la pérdida y/o cambio en la textura del pelo, de la cabeza y el resto del cuerpo.

Siempre se debe aclarar tanto a los niños como a las madres que este es un efecto pasajero y que el cabello volverá a crecer.

Los efectos sobre los glóbulos blancos son destacables, ya que el número de estos disminuye y la función de los mismos de prevenir infecciones se ve afectada por esto la madre debe evitar que el niño esté en contacto con personas que tengan gripe, resfriado, enfermedades infectocontagiosas: como varicela, sarampión.

El niño debe mantener un correcto aseo personal y es importante que se mantenga alerta a cualquier signo de infección, fiebre, escalofríos, ardor al orinar, fatiga, diarrea, ardor o inflamación de la garganta, tos, etc.

Las plaquetas ayudan a la coagulación de la sangre, previniendo las hemorragias, al reducirse su número, por el tratamiento puede notarse una tendencia a sangrar fácilmente por las encías o por la nariz, pueden romperse vasos sanguíneos pequeños bajo la piel, lo que resultará en petequias, moretones y heridas que sangran más de lo normal ;son signos que deben atenderse.

Otros efectos secundarios menos frecuentes son el cambio de color de piel, en el color de las uñas de manos y pies, alteración de la función cardíaca, de la función reproductiva, presencia de hematuria, alteración de la función respiratoria y otras alteraciones endocrinas.

La radioterapia: es un tipo de tratamiento en el cual se utilizan distintas fuentes radioactivas con el fin de eliminar las células cancerosas, también puede dañar a las células normales. Antes de empezar al niño se le trazarán líneas rojas en la piel para marcar el área donde se le aplicará la radioterapia.

En algunos de los casos cuando el niño es muy pequeño y por la necesidad de mantenerlo inmóvil, se le aplicará sedación o anestesia general. Esto no causa ningún dolor o malestar.

La radioterapia puede provocar efectos secundarios, generalmente en los tejidos del área bajo tratamiento.

Como las células cancerosas que se destruyen con radiación deben eliminarse del cuerpo, es muy importante que el niño beba abundante líquido diariamente.

También es muy importante no eliminar las líneas que indican. Las áreas en las que se aplicó la radioterapia, no deben lavarse con jabón, ni aplicarse cremas.

Debe mantener una buena higiene personal y puede usar agua y jabón en cualquier área que no sea afectada.

De ninguna manera deberá exponer las áreas radiadas al sol intenso, rayos ultravioletas, ni tampoco aplicar hielo en la piel de esta zona.

La tasa de mortalidad por cáncer en la edad pediátrica es del 3.5 al 3.8 por cien mil habitantes, hoy en día estas cifras siguen mejorando, lo que convierte a una enfermedad que antes conducía en poco tiempo a un trágico final, en un proceso crónico, con todas sus implicaciones clínicas y psicosociales.

La enfermedad crónica es una situación de crisis para la familia y una conmoción brusca en la vida del niño; provoca en este reacciones psicológicas que inciden sobre él y sus relaciones con el medio.

Interrumpe las experiencias normales de la vida que contribuyen al desarrollo del niño ,para éste el impacto de la cronicidad depende de la calidad de la afección, su pronóstico y su tratamiento; pero esencialmente de la edad en que ello ocurre y la personalidad de cada uno.

La necesidad de separarse de los padres, la hospitalización, el riesgo inminente de muerte, la inasistencia a la escuela, la carencia de juegos, la inmovilización, el aislamiento y otras restricciones son algunas de las múltiples variables que imprimen a cada caso las características propias.

La enfermedad altera su vida social habitual, sus relaciones con los otros y la imagen del propio cuerpo que él había ido integrando con sus percepciones subjetivas y las reacciones de los principales personajes de su entorno ante su cuerpo y funcionamiento.

Cuando el niño toma conciencia de que es un enfermo crónico sabe que ya no es más como los otros. Ser distinto despierta siempre resentimientos y culpabilidad.

Se han distinguido tres etapas que a veces se intrincan por las que pasan los enfermos crónicos:

- 1- Lucha contra el mal físico
- 2- Sensación de caos e impotencia
- 3- Finalmente la fase de defensa con la negación de la irreversibilidad del mal o la aceptación de la invalidez con elaboración del duelo, depresión y agresividad.

La agresividad de los enfermos crónicos se comporta siempre como una acusación hacia si mismo o hacia los otros.

La privación del placer del cuerpo significa la pérdida de un objeto de amor, con el consiguiente duelo.

La aceptación definitiva del estado de salud equivale no solo a renunciar a algo de lo que antes se disfrutaba sino a mucho de lo que se esperaba de la vida. Algunos de los niños se adaptan negando la enfermedad incluso usándola y buscando beneficios secundarios como la atención , el afecto, la protección de los demás.

Los hay definitivamente que se adaptan bien encontrando caminos para compensar sus sentimientos de pérdida.

La enfermedad es para el niño un conjunto indisociable compuesto de un mal físico de origen interno y agresiones externas ligadas a los procedimientos médicos, cuya utilidad él no puede comprender.

Cuanto mayor confianza tiene el niño en sus padres y en el equipo de salud mayor es su disposición para información y comunicación directa con el equipo de salud, aún cuando el pronóstico es ominoso, pero están dispuestos a confiarle las decisiones terapéuticas excepto los del periodo terminal.

Estos hallazgos son similares a los de los primeros estudios realizados en adultos y compatibles con las investigaciones actuales que indican que los pacientes se benefician más del contacto y la comunicación inherentes a las intervenciones, que de su contenido.

En general los padres desean proteger al niño de las informaciones penosas. Sin embargo la revisión detallada de los resultados revela la sorprendente sabiduría y practicidad de los niños. Igual que los adultos los niños enfermos intuyen el estado en que se encuentran y la comunicación abierta los alivia.

Pero la información debe ser acorde con la edad y proporcionarla es doloroso, dado la vulnerabilidad de los adultos ante el sufrimiento de los más jóvenes.

En consecuencia, en los adultos prevalece la negación a la que los niños responden con síntomas de conducta y en el peor de los casos retrayéndose.

Es imposible no comentar el diagnóstico con un niño que debe concurrir con regularidad al centro médico, recibir series de quimioterapia que tiene síntomas tan evidentes como la caída del cabello y sobre todo, observa a otros niños enfermos.

Por lo tanto la información que se brinda al niño sobre su patología debe adaptarse a su edad, seguir sus directivas detectando y respondiendo a su ansiedad ; tranquilizándolo sobre la asistencia y bienestar que gozarían aún cuando esto no se aplique a los resultados.

MARCO REFERENCIAL.

El matrimonio compuesto por don Alejo Rossell y Ruis y doña Dolores Pereira donaron una cierta cantidad de terrenos, con el objetivo de levantar en la ciudad de Montevideo un hospital para niños cuya existencia en aquel momento era imprescindible.

En 1930 se llamó por primera vez a concurso de proyectos para la construcción del edificio destinado a la sección niños del "Pereira Rossell" y del Instituto de Pediatría y Puericultura.

Actualmente encontramos estos terrenos ubicado en el mismo lugar donde está edificado el centro asistencial: Hospital Pereira Rossell, perteneciente al Ministerio de Salud Pública.

En 1961 se propuso la formación de un equipo Hemato-oncológico Pediátrico para estudiar y tratar enfermedades malignas de la infancia.

Relacionado al número de casos de Leucemia en la población infantil se creó en el año 1988 un Centro Oncológico Pediátrico, con una base económica: Fundación Peluffo Giguens; quien apoya al Servicio Hemato-oncológico del Hospital Pereira Rossell en su nueva área inaugurada en diciembre de 1996, en el llamado Hospital del Día.

Cuyo objetivo es el avance de la Hematología Oncológica Pediátrica y la búsqueda de los recursos técnicos, humanos y financieros que lo posibilitan.

La Fundación Peluffo Giguens trabaja por mantener en constante funcionamiento y progreso del Centro Hemato-oncológico Pediátrico.

A continuación se presenta un marco referencial del Servicio Hemato-oncológico del Hospital Pereira Rossell, espacio físico del trabajo de investigación.

-Con respecto al usuario:

El 80% procede del interior del país. Las edades de prevalencia son los grupos etáreos de 2 a 4 años y de 5 a 8 años.

Siendo estos altamente dependientes de los cuidados provenientes de Enfermería, poseen un nivel de dependencia 3 en el 100% de los casos (Anexo 3).

La patología oncológica más frecuente es la hemato-oncológica.

El tiempo de internación en el servicio es como mínimo de 35 días. El servicio deriva usuarios diariamente al Hospital Español debido a que no son suficientes las camas para la internación.

-Con respecto a los recursos humanos:

Cuenta con 8 auxiliares de enfermería del sexo femenino para los cuatro turnos(dos por turno), 2 licenciadas en enfermería, una en la mañana y otra en el turno de la tarde.
El 60% aproximadamente posee especialización en el área.

-Con respecto al área física:

Tiene capacidad para 10 camas distribuidas en 3 salas: dos salas de 3 unidades y 1 sala de 4 unidades.

El índice ocupacional es el 100%.

Se cuenta con una enfermería limpia, un vestuario, una cocina para los padres y/o acompañantes, cuatro ascensores: dos de uso técnico y dos de uso para los usuarios.

Encontramos un pasillo central en el área de internación.

Con respecto a la iluminación artificial es buena y la natural también; ya que posee ventanales amplios para este tipo de iluminación.

Cada unidad del usuario cuenta con juguetes y con una decoración acorde a la edad.

DEFINICIÓN Y FUNDAMENTOS DEL PROBLEMA.

Definición del problema:

¿Cómo percibe el niño de 5 a 8 años hospitalizado en el Servicio Hemato- Oncológico del Hospital Pereira Rossell, la comunicación con el equipo de Enfermería tratante en un periodo de una semana?.

Fundamentación:

El grupo fue motivado luego de haber asistido a dos seminarios realizados por la Fundación Peluffo Giguens.

En los cuales nos demostraron a través de actividades teórico-prácticas la importancia de la comunicación para el niño y el equipo de Enfermería, ya sea en forma verbal o por medio de diferentes estrategias como lo son actividades lúdicas, el "juego"; las cuales son vitales para el niño y por medio de estas se puede detectar como vive su enfermedad.(Anexo 1: Antecedentes)

Consideramos que el tema a investigar elegido por el grupo es fundamental para el desarrollo del tratamiento en el niño hospitalizado cursando una patología oncológica, debido a que la comunicación con el equipo de Enfermería posibilita detectar cualquier inconveniente o situación que afecte al niño, su familia y/o su entorno.

Cuando se interna un niño en el hospital, el equipo interdisciplinario que lo atiende durante este proceso debe asumir tareas que están más allá de la función curativa.

La Enfermera Pediátrica debe conocer el crecimiento y desarrollo normal incluyendo una comprensión del proceso cognitivo del niño y del significado que tiene la hospitalización para estos niños con enfermedad crónica, con el fin de cubrir las necesidades de los niños hospitalizados.

La hospitalización es una experiencia traumática a cualquier edad, la enfermedad no solo interrumpe la secuencia del crecimiento sino que precipita ciertas dificultades que son inherentes a determinadas etapas evolutivas. Puede significar: separación, movilidad reducida, dependencia obligada, cosas y ambientes desconocidos con pérdida del control sobre la situación y aumento de la tensión y el dolor.

El niño de 5 a 8 años se encuentra en la etapa escolar, etapa en la que se adquiere relevancia el desarrollo lúdico, se selecciona a estos niños como muestra en nuestra investigación debido

a que presentan similares características psicológicas y a que es significativa su prevalencia en el Servicio de Hemato-Oncología.

Los niños en edad escolar se basan menos en lo que ven y más en lo que saben cuando se enfrentan a un nuevo problema o a una nueva situación, desean explicaciones para todo. Quieren saber el por qué, para qué, como funciona y que se busca. Necesitan saber lo que va pasar y porque se les hace a ellos concretamente. Si se permite a los niños que planteen preguntas acerca de lo que les ocurre y se mantiene un clima permisivo se facilita la comunicación, por ende las relaciones.

Al realizar la búsqueda de investigaciones previas sobre el tema seleccionado en los siguientes lugares: Hospital Pereira Rossell, Fundación Peluffo Giguens, Biblioteca de Apia, Internet, Biblioteca y Departamentos del Instituto Nacional de Enfermería, profesionales vinculados con el tema, Biblioteca Interamericana, solamente se pudo obtener información específica sobre el tema Percepción de la Comunicación en el libro Kaplan, Harold I, "Tratado de Psiquiatría", 3ª Edición, Editorial Sagitario S.A, México 1985.

Se pudo obtener bibliografía, la cual nos aportó información sobre temas referentes a la comunicación, aspectos psicológicos adecuados e inadecuados a la situación enfermedad, las limitaciones físicas del niño, la enfermedad crónica; siendo estos los pilares para la elaboración de nuestro marco teórico.

Consideramos que el tema no ha sido suficientemente priorizado en el área de la investigación a pesar del importante número de niños que se asisten anualmente (120 a 150 de 0 a 14 años, datos estadísticos obtenidos por la Fundación Peluffo Giguens) y tratándose de la comunicación como un hecho fundamental para su tratamiento; surge en nosotras la iniciativa de trabajo.

Debido a la complejidad que el tema comunicación ofrece, consideramos nuestra investigación como punto de partida para próximas investigaciones.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo general:

*Conocer la percepción que los niños oncológicos hospitalizados tienen de la comunicación con el equipo de Enfermería.

Objetivos específicos :

*Caracterizar a la población objeto de estudio, mediante el instrumento.

* Lograr captar a través de una actividad lúdica la percepción del niño de la comunicación establecida entre él y el equipo de Enfermería.

DISEÑO METODOLOGICO.

El trabajo de investigación es un estudio descriptivo transversal debido a que la población objeto de estudio es captada durante un momento estático cuando se aplica el instrumento.

El diseño de corte transversal consiste en recopilar datos en un punto de tiempo o momento particular.

Se utilizan un instrumento previamente estructurado por las investigadoras. El instrumento incluye ítems de: datos patronímicos, datos sobre la patología del niño, soporte social, valoración física, se indaga sobre: adaptación a la hospitalización y sobre preferencias lúdicas (caracterización del usuario), este finalmente incluye la actividad lúdica.

Estos datos se obtienen de la historia clínica y del contacto directo con el niño a través de la entrevista, de la valoración física y del juego.

Se consideran como criterios de inclusión para iniciar el juego: niños sin limitaciones auditivas, verbales, visuales, motrices y/o fisiológicas (dolor, pirexia, taquicardia, bradicardia, polipnea, bradipnea).

La actividad lúdica, tiene por objetivos lograr la obtención de datos referentes a la percepción del niño hospitalizado sobre el proceso de comunicación con el equipo de Enfermería. Específicamente se intenta lograr la atención del niño y brindarle un momento de recreación.

Las variables cualitativas que dan cumplimiento a los objetivos son: estimulación lúdica, entendimiento del niño a lo expresado por Enfermería, entendimiento de Enfermería a lo expresado por el niño, confianza, percepción visual, vínculo táctil, dedicación temporal y conceptualización de la atención brindada por el equipo de Enfermería.

Las ventajas de la utilización de este instrumento es que nos permite recoger información sistematizada y concreta de la percepción de comunicación en la población de estudio, facilitando así la cuantificación e interpretación de datos.

El universo son los niños de 5 a 8 años que se asisten en el Hospital Pereira Rosell internados en el Servicio Hemato-Oncológico de dicha Institución, que se determina con los criterios de inclusión mencionados anteriormente.

Se selecciona esta franja etárea debido a que presentan características psicológicas similares, y a que es significativa su prevalencia en el Servicio Hemato-Oncológico. Estos niños se encuentran en la etapa escolar en la cual adquiere relevancia el desarrollo lúdico; es

además según Piaget (Bib: "Psicología del Niño", Madrid 1984.) la etapa que se caracteriza por la organización perceptual que tiene el niño del mundo que lo rodea. Al jugar el niño desplaza al exterior sus miedos, angustias y problemas internos, dominándolo mediante la acción.

Se selecciona el 100% de los niños oncológicos de 5 a 8 años hospitalizados en ese momento que posean los criterios de inclusión.

Se aplica un plan piloto, luego de incorporadas las modificaciones de éste se procede a realizar la ejecución final.

La tabulación y el procesamiento de datos se realiza a través de tablas de frecuencia y gráficos de barra.

RECURSOS HUMANOS (RR.HH) :

Cinco estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería autoras de la Investigación.

RECURSOS MATERIALES (RR.MM) :

Fungibles: Papel, lápices, lapiceras, lápices de colores, cartulina, papel de colores, tijeras, cascola, hojas, cartuchos de impresora, diskettes.

No fungibles: Espacio físico para reuniones grupales, Unidad del usuario en el Hospital Pereira Rossell, sillas, mesas, computadora e impresora.

RECURSOS FINANCIEROS (RR.FF) :

Fondo común proveniente de las autoras de la Investigación, 1000 pesos.

➤ *Cronograma de actividades*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	sem.	sem.	sem.	sem.	sem.	sem.	sem.	sem.	sem.	sem.	sem.	sem.	sem.	sem.	sem.	sem.
Reunión grupal para establecer pautas sobre el método de trabajo																
Revisión bibliográfica																
Elaboración del marco teórico																
Entrevistas con expertos en el tema																
Instancias grupales destinadas a la elaboración del protocolo con tutorías periódicas																
Diagnóstico de situación del lugar de la ejecución																
Presentación del protocolo al departamento de ENSAME y para su aprobación																

[illegible]

➤ **CONCEPTUALIZACION Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

SEXO: Condición orgánica que distingue el macho de la hembra.

Variable Cualitativa nominal Categorías: Femenino Masculino

EDAD: Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.

Variable Cuantitativa continua

PROCEDENCIA: Departamento de la República Oriental del Uruguay donde reside el usuario.

Variable Cualitativa nominal Categorías: Interior Montevideo

GRADO ESCOLAR: Grado de enseñanza formal cursado hasta el momento.

Variable Cualitativa ordinal Categorías: Jardínera Primer año Segundo año

DIAGNOSTICO MEDICO: Descripción de la agrupación de signos y síntomas que definen la patología del usuario.

Variable Cualitativa nominal

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INICIO DE LA PATOLOGÍA: Tiempo transcurrido desde el descubrimiento y respectivo diagnóstico de la enfermedad, hasta el momento.

Variable Cuantitativa continua

DIAS DE INTERNACION: Cantidad de días que el usuario se encuentra dentro del sistema.

Variable Cuantitativa continua Categorías: < 1mes 1-2 meses y > 2meses

PRESENCIA DE ACOMPAÑANTE: Persona que está a cargo del cuidado y apoyo emocional del usuario.

Variable Cualitativa nominal Categorías: Solo Acompañado

PRIMERA IMPRESIÓN: Conjunto de datos obtenidos mediante la observación en el primer contacto con el paciente. Los cuales son: Postura, Motilidad espontanea, expresión facial:

mirada y gestos, alopecia, condiciones generales de la piel: pigmentación, higiene(faneras,ropa de cama, vestimenta, sudoración),existencia de integridad cutánea, trastornos gastrointestinales, ventila espontáneamente al aire.

DOLOR: Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a la lesión de los tejidos, real o potencial o descripta en los términos de tal lesión.

Variable Cualitativa ordinal

Categorías: Se mide según escala.

Sin dolor algo dolorido dolorido muy dolorido dolor insoportable
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

TEMPERATURA: Es un signo vital que representa el equilibrio entre el calor producido por metabolismo, actividad muscular y otros factores, y el que se pierde a través de la piel, pulmones y excretas corporales.

Variable Cuantitativa continua

Categorías: Pirexia Apirexia

PULSO: Vibración de las paredes de la arteria producida por el pasaje de sangre bombcada por la contracción ventricular; se palpa en los puntos donde la arteria está situada encima de un hueso o tejido firme.

Variable Cuantitativa discreta

Categorías: Taquicardia Bradicardia Normal

FRECUENCIA RESPIRATORIA: Es el número de ciclos (inspiración y espiración) por minuto.

Variable Cuantitativa discreta

Categorías: Polipneico Eupneico Bradipneico

DIFICULTAD EN EL LENGUAJE: Hace referencia a los trastornos en el modo de expresión e incluye trastornos auditivos.

Variable Cualitativa nominal

LIMITACION MOTRIZ: Incapacidad funcional que presenta un individuo en las estructuras anatómicas relacionadas al movimiento e interfiriendo en su proceso salud enfermedad.

Variable: Cualitativa nominal

INASISTENCIA ESCOLAR: Ausencia por parte del niño al medio escolar, en el último año lectivo.

Variable Cuantitativa continua

Categorías: < 0 = 1 mes 1-2 meses > 0 = 2 meses

ADAPTACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN: Se define por la aparición o no de signos tales como:

- 1-perturbación en el sueño
- 2-problemas alimenticios
- 3-regresión esfinteriana
- 4-trastornos en el comportamiento
- 5- estados depresivos.

Variable Cualitativa nominal

Categorías: < 3 ítems hay adaptación > 0 = 3 ítems no hay adaptación

PREFERENCIAS LUDICAS: Se refiere a los juegos con los cuales los niños de la etapa etárea estudiada se sienten más identificados.

Variable cualitativa nominal Categorías: -Obras de teatro -dibujo -manualidades -otros

➤ **CONCEPTUALIZACION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DEL JUEGO.**

ESTIMULACIÓN LUDICA: Consiste en la realización de aportes de materiales y/o ideas que estimulen al niño a jugar, desarrollando su creatividad, destrezas y habilidades.

Variable Cualitativa nominal

ENTENDIMIENTO DEL NIÑO A LO EXPRESADO POR ENFERMERIA:

Variable Cualitativa nominal

ENTENDIMIENTO DE ENFERMERIA A LO EXPRESADO POR EL NIÑO, SEGÚN ESTE:

Variable Cualitativa Nominal.

CONFIANZA: Se refiere a la apertura que el niño demuestra hacia el personal de enfermería, dicha apertura es lograda por vínculos de empatía, generación de canales emocionales adecuados en los diferentes momentos de la internación.

Variable Cualitativa nominal

PERCEPCIÓN VISUAL: Hace referencia a los gestos observados por el niño en el equipo de enfermería.

Categorías: -Alegria -Indiferencia -Antipatía

Variable Cualitativa ordinal

VINCULO TÁCTIL: El tacto es el sentido que reside en la piel por lo que se perciben las sensaciones mecánicas y térmicas de los cuerpos externos; en el establecimiento de vínculos comunicativos dicho sentido adquiere importancia ya que es frecuente suceda algún tipo de contacto físico (caricia, apretón de manos, palmada en la espalda, etc).

Variable Cualitativa nominal

DEDICACIÓN TEMPORAL: Tiempo brindado a la atención del usuario .

Categorías: -Siempre -La mayoría de las veces -Pocas veces

Variable Cualitativa ordinal

CONCEPTUALIZACION DE LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL EQUIPO DE ENFERMERIA:

Esta variable se mide a través de tres frases que el niño debe completar las cuales incluyen aspectos inherentes al área de enfermería que desea cambiar, aspectos que le gustan y sugiere lo que debería hacer para que el se sienta mejor.

Variable Cualitativa nominal.

INSTRUMENTO .

Datos filiatorios:

- Nombre
- Sexo
- Edad
- Procedencia: Montevideo..... Interior.....
- Grado escolar: Jardinera 1º año..... 2º año.....
- Diagnóstico médico

Tiempo transcurrido desde el inicio de la patología:

- Días de internación: <1 mes.....
 1-2 meses
 >2 meses
- Acompañante Solo ☐ Acompañado ☐
 Quién?.....

Dimensión social:

- Composición del núcleo familiar :

Valoración:

- Primera Impresión:

Postura:

Motilidad espontánea:

Expresión facial: Mirada: - Distante

- Pérdida

- Atenta

Gestos: - Interés

- Desinterés

- Conformidad

- Disconformidad

Alopecia Sí..... No.....

Condiciones generales de la piel:

*pigmentación

*higiene

*existencia de integridad cutánea: Sí..... No.....

Trastornos gastrointestinales:

VEA: Sí..... No.....

- Dolor Sí ☐ No ☐

(El dolor se mide según escala Anexo:)

- Temperatura..... °C

- Pulso..... p / minuto

- Respiración..... r / minuto

- Dificultad en el lenguaje Sí No.....

- Limitación motriz: Sí No.....

- Limitación auditiva Sí No.....

- Limitación visual Sí..... No.....

• **Adaptación a la hospitalización:**

- | | | | | |
|------------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. Perturbación en el sueño | Si | ☐ | No | ☐ |
| 2. Problemas alimenticios | Si | ☐ | No | ☐ |
| 3. Regresión esfinteriana | Si | ☐ | No | ☐ |
| 4. Trastornos en el comportamiento | Si | ☐ | No | ☐ |
| 5. Estados depresivos | Si | ☐ | No | ☐ |

< 3 ítems : Adaptación

☐

> 3 ítems : No hay adaptación

☐

- Recibió orientación al servicio: Si ☐ No ☐

- **Preferencias lúdicas :**
- | | |
|-----------------|--------------------------|
| Obras de teatro | ☐ |
| Dibujo | ☐ |
| Manualidades | ☐ |
| Otros | ☐ |

Considerando los fundamentos teórico-práctico creemos conveniente obtener las respuestas para realizar nuestra investigación mediante un juego de nuestra autoría, aplicando en los niños habilitados por los ya mencionados criterios de inclusión. Aposteriori se presentan las 10 interrogantes que componen el mismo.

JUEGO.

1-Los/las enfermeras te dejan jugar, te invitan a que lo hagas, juegan contigo?

Si ☐ A veces ☐ No ☐

2- Cuando los/las enfermeras se dirigen a tí, entiendes lo que te quieren decir?

Sí ☐ A veces ☐ No ☐

*Si la respuesta es : No

Porqué , qué deberían hacer para lograr que entiendas? -----

* Si la respuesta es: A veces

Porqué? -----

3- Cuando tú descas decirle algo a los / las enfermeras, te escuchan, o no te escuchan ,te entienden, o sentís que no te entienden?

Si A veces No

☐☐☐

Dime por qué?-----

4 -Le cuentas o no a los / las enfermeras todo lo que te pasa?

*En base a lo que el niño responda, se completará el casillero correspondiente.

Sí ☐

A veces ☐

No ☐

Porqué?-----

5 -Consideras que los / las enfermeras te dedican el tiempo que tú necesitas o no ?

Siempre ☐

La mayoría de las veces ☐

Pocas veces ☐

* Si el niño responde pocas veces se le preguntará: Porqué?-----

6-Cuándo los / las enfermeras te atienden, la mayoría con qué cara lo hacen?



Alegria



Indiferencia



Antipatia

7 -Cuándo los / las enfermeras están contigo, te dan la mano, te acarician, te abrazan, te demuestran cariño? Si ☐ A veces ☐ No ☐

*Si la respuesta es : Si, se le preguntará Si le agrada?-----

*Si la respuesta es: No, se le preguntará Si le agradaría que lo hicieran?-----

8- Las cosas que cambiaria de los/ las enfermeras en el trato conmigo son:-----

9- Los/ las enfermeras deberían-----

-----para que yo me sienta mejor.

10-Lo que me gusta de los/ las enfermeras en el trato conmigo es-----

GUIA PARA EL DESARROLLO DEL JUEGO.

OBJETIVO GENERAL:

- Lograr la obtención de datos referentes a la percepción del niño hospitalizado sobre el proceso de comunicación con el equipo de enfermería, mediante una actividad lúdica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Mantener la atención del niño mediante la realización de la actividad.
- Brindar al niño a través de la actividad lúdica un momento de recreación.

INSTRUCCIONES DEL JUEGO:

En la actividad participarán 2 a 4 integrantes dentro de la misma franja etárea, tutorados por un estudiante cuyo rol será el de coordinador de la actividad pudiendo también ser un jugador más. Registrará las respuestas brindadas por los participantes.

ELEMENTOS DEL JUEGO:

Para llevar a cabo la actividad se utilizará como modelo un tablero de ludo tradicional al cual se le anexarán a lo largo del tramo a recorrer figuras que indican recurrir a las tarjetas que contienen las diferentes preguntas establecidas para el instrumento. Se requerirá además un dado, un vasito y dos fichas por participante.

GUÍA DEL JUEGO:

- Cada participante elegirá el color de su ficha (en caso de disyuntivas se realizará un sorteo).
- Los jugadores tirarán el dado y comenzará el juego el que saque el N° más alto.
- Cada jugador avanzará con su ficha el N° de casilleros indicado por el dado.
- En caso de encontrarse en un casillero que contenga una pregunta (figura) o pasar sobre él, ésta será respondida por este participante, seguido luego por los restantes.
- A continuación jugará el que está sentado a la derecha del que comenzó, y así sucesivamente.
- Se dará por finalizado el juego cuando los participantes lleguen al final del recorrido, siendo vencedor el primero en llegar.
- Duración estimada: 20 minutos.

HOSPITAL PEREIRA ROSSELL.
SERVICIO HEMATO-ONCOLÓGICO.
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA (I.N.D.E).

FECHA:---/---/---

YO: PADRE, MADRE O TUTOR AUTORIZO A MI HIJO/A A PARTICIPAR EN UNA INSTANCIA LÚDICA (JUEGO), LA CUAL TIENE COMO FIN CONOCER LA PERCEPCIÓN QUE TIENE EL NIÑO/A SOBRE LA COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO DE ENFERMERÍA.

FIRMA:-----

PONDERACIÓN DE LAS VARIABLES.

1- ESTIMULACIÓN LÚDICA POR PARTE DE ENFERMERÍA:

*Si la respuesta es Si se otorga 3 puntos, si es A veces 2 puntos y si es No 1 punto

2-ENTENDIMIENTO DEL NIÑO A LO EXPRESADO POR ENFERMERÍA:

*Según las respuestas obtenidas de las categorías anteriormente definidas se otorgan los puntajes:

Categorías:

Si → 3 puntos

A veces → 2 puntos

No → 1 punto

3-ENTENDIMIENTO DE ENFERMERÍA A LO EXPRESADO POR EL NIÑO:

*Si la respuesta es Si se otorga 3 puntos, si es A veces 2 puntos y si es No 1 punto.

4-CONFIANZA:

*Según las respuestas obtenidas de las categorías anteriormente definidas se otorgan los puntajes:

Categorías:

Si → 3 puntos

A veces → 2 puntos

No → 1 punto

5-DEDICACIÓN TEMPORAL ACORDE A LAS NECESIDADES DEL NIÑO:

*Según las respuestas obtenidas de las categorías anteriormente definidas se otorgan los puntajes:

Categorías:

Siempre → 3 puntos

La mayoría de las veces → 2 puntos

Pocas veces → 1 punto

6- PERCEPCIÓN VISUAL.

Categorías:

Alegría → 3 puntos

Indiferencia → 2 puntos

Antipatía → 1 punto

7-VÍNCULO TÁCTIL.

Categorías:

Sí → 3 puntos

A veces → 2 puntos

No → 1 punto

PLAN DE ANALISIS

El proyecto se ejecutará de lunes a viernes durante una semana en el turno de la tarde (12 a 18 horas), con un promedio de una hora diaria por cada usuario.

Se escogió este turno debido a que en este horario no se cuenta con la visita médica, baños diarios, ni con la realización de la mayoría de los procedimientos.

La recopilación de datos obtenidos a través del instrumento el cual caracteriza a la población de estudio y permite obtener datos sobre la percepción que los niños oncológicos hospitalizados tienen de la comunicación con el equipo de enfermería, será ponderados y analizados de la siguiente manera.

El juego consta de diez preguntas, existiendo entre ellas dos clasificaciones: unas abiertas y las otras se responden a través de tres categorías.

Las preguntas N° 1, 2,3,4,5,6 y 7 presentan en cada caso tres categorías.

Las preguntas N° 8,9 y 10 son abiertas y se describirán a través de frecuencias porcentuales.

En las preguntas N° 1,2,3,4 y 7 las categorías son: Sí, A veces, No; ponderándose con 3 puntos el Sí, 2 puntos el A veces y 1 punto el No.

En la pregunta N° 5 las categorías corresponde a: Siempre: 3 puntos, La mayoría de las veces: 2 puntos y Pocas veces: 1 punto.

En la pregunta N° 6 las categorías corresponde a: Alegría: 3 puntos, Indiferencia: 2 puntos y Antipatía: 1 punto.

Se utiliza un método proporcional en el análisis, el cual consta en ponderar con iguales valores a siete preguntas del juego (N° 1,2,3,4,5,6 y 7).

Estos valores se agrupan en tres categorías, otorgándose un máximo de 3 puntos por cada una y un mínimo de 1 punto.

A los valores obtenidos entre 7 y 11 puntos se los considerará una Percepción negativa, entre 12 y 16 Percepción intermedia y a los valores entre 17 y 21 Percepción positiva.

En la pregunta sobre ítems de Adaptación a la hospitalización se analizará específicamente cada uno de ellos, observando cuales son los de mayor recurrencia.

Finalizando se analizarán si existe asociación entre la variable Adaptación a la hospitalización y el tipo de Percepción que tiene el niño sobre la comunicación con el Equipo de Enfermería; Percepción-Tiempo de internación; Tiempo de inicio de la patología- Adaptación a la hospitalización.

FACTORES EXTERNOS CONDICIONANTES O PREREQUISITOS

- ♦ Autorización de la institución donde se realiza el proyecto de investigación.
- ♦ Predisposición del RR. HH. de la Institución al momento de la aplicación del instrumento.
- ♦ Aplicar el instrumento a niños que no presenten limitaciones auditivas, verbales y/o visuales, debido a que desde el punto de vista asistencial y educativo plantean características particulares.

LIMITANTES

- ♦ Limitaciones físicas del niño.
- ♦ Privacidad al momento de aplicar el instrumento con el niño.
- ♦ Rechazo por parte del paciente y/o negativa por parte de su familia.
- ♦ Alteraciones fisiológicas: dolor, piroxia, taquicardia, bradicardia, polipnea, bradipnea.

BIBLIOGRAFÍA REFERENTE.

- ♦ Canales, Francisca; "Metodología de la Investigación", Manual para el desarrollo del personal de la Salud, O.P.S- O.M.S, Editorial LIMUSA, México 1994.
- ♦ Revista Rol de Enfermería; N°152: Págs. 11 a 26; "Protocolo de Investigación", ICART ISERN, M. Tereza, CAJA López, Carmen.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

- ♦ Ajuriaguerra, J. de, Marcelli D, "Manual de Psicopatología del niño", 2° edición, Editorial Masson, S. A. Barcelona 1987.
- ♦ Arberastury, Arminda. "El niño y sus juegos". Ediciones Paidós. Bs. As. 1986.
- ♦ Baraibar, Raquel. Compiladora. "Enfoques en Pediatría Aspectos Psicosociales", Universidad de la República, Facultad de Medicina, Departamento de Psicología Médica, 1° edición, Oficina del libro AEM, Montevideo, setiembre de 1996.
- ♦ Broadnbb, Violet, "Enfermería Pediátrica", 3° edición, Editorial Sagitario. S.A., México, 1985.
- ♦ Costabel Miriana Compiladora; "Valoración en Enfermería", Primera Edición, Oficina del Libro AEM, Montevideo, 1997.
- ♦ Kaplan, Harold I, "Tratado de Psiquiatría", 6° Edición. Volumen 3. Editorial Inter Médica.
- ♦ Material de Relación Asistencial: N° 140 a 146 "La comunicación con el paciente o enfermo de cáncer". N° 84 a 90 "El niño, la enfermedad y la limitación física". N° 194 a 198 "Hospitalización en Pediatría". N° 9 a 11 "La muerte del niño, Reacciones Psíquicas adecuadas e inadecuadas a la situación de enfermedad".
- ♦ Metodología Científica; "Guía para elaboración de proyecto y anteproyecto, Departamento Salud del Niño y Adolescente, I.N.D.E, 1999.
- ♦ Paredel, "Manual de Biocladística", Editorial Masson, 1986.
- ♦ Piaget Y. Ynheldur B. "Psicología del niño". Ediciones Marotta. S. A. Madrid 1984.
- ♦ Pineda, E.B y otros, "Metodología de la Investigación", OPS, OMS, 2° Edición, 1994
- ♦ Polit, D. Y Hungler, B, "Investigación científica en ciencias de la salud", 5° Edición, Editorial Interamericana, México, 1997.
- ♦ Psicología Médica, publicación de la Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial temáticas II, Montevideo, Uruguay, Octubre 1996, Editora Beatriz Capezzutto.
- ♦ Revista "ASCOL. Septiembre 1999", N° 6. Asociación Contra la Leucemia y Enfermedades de la Sangre, Junta de Castilla y León. Salamanca.
- ♦ Silver, Henry R y otros, "Manual de Pediatría", 12° edición, Editorial El Manual Moderno, S.A., México, 1988.
- ♦ Tesis Departamento de ENSAMF; "Factores que influyen en la adaptación a la hospitalización del niño en edad escolar Centro Hospitalario Pereira Rossell, Servicio de Pediatría, Febrero-Noviembre 1999.
- ♦ Whaley y Wong, "Enfermería Pediátrica", 4° Edición, Editorial Mosby-Doyma, Madrid, 1995.

ANEXOS

ANTECEDENTES

El seminario al cual concurrimos fue brindado por un grupo de personas que trabaja hace un año con niños que cursan una hospitalización prolongada. Dicho grupo se llama "Ser" (salud, entretenimiento, recreación).

El mismo es una entidad independiente que lleva a cabo su proyecto en el Hospital Pereira Rossell, en forma honoraria y recibiendo total apoyo por parte de éste.

Dicho grupo lo integran payasos, titiriteros, artistas prácticos careciendo de profesionales de la salud.

Sus objetivos son elevar el estado anímico del niño, conocer sus intereses incentivarlos a la movilización, a que se exprese y comunique mediante dibujos, juegos, plástica.

Tratan de hacer que el hospital sea para el niño un ámbito agradable que esté en función de él.

Crean juguetes con material descartable que utilizan para la propia rehabilitación (tubuladuras, jeringas, guantes).

Se mantiene siempre presentes la creatividad y la fantasía.

Una de las últimas tareas realizadas por el grupo fue la reproducción de dibujos creados por niños hospitalizados por parte de artistas plásticos en paredes de este hospital.

El motivo por el cual este grupo efectuó el seminario en la Fundación Peluffo Giguens, fue mostrar el trabajo que se lleva a cabo en el Hospital Pereira Rossell. También buscaban informar a padres y familiares de niños hospitalizados así como sensibilizar a profesionales de la salud.

El grupo planteó el deseo de que profesionales se incorporen a él demostrando así su apertura.

RESEÑA HISTÓRICA DE LA FUNDACION

PELUFFO GIGUENS

En 1961 se propuso la formación de un equipo hemato-oncológico pediátrico para estudiar y tratar las enfermedades malignas de la infancia.

Hace 30 años la leucemia era incurable y solo un 10 % de los casos de tumores sólidos lograban una recuperación total. Hoy gracias a los adelantos científicos, la cifra de curados alcanza un 70 a un 75 % de los pacientes.

Este progreso alentó la creación en 1988 de un centro oncológico pediátrico, con una base económica: la Fundación Peluffo Giguens honra a dos médicos pediátricos pioneros en el tema, el Dr. Euclides Peluffo y el Dr. Washington Giguens.

El objetivo de la misma es el avance de la hematología oncológica pediátrica y la búsqueda de los recursos técnicos, humanos y financieros que lo posibilitan. La base económica de la fundación es a través de donaciones las cuales pueden ser de instituciones o personales y de eventos como Mc. Día Feliz y Domingo Amigo.

La F.P.G. apoya al servicio de hemato oncología pediátrica del Hospital Pereira Rossell en su nueva área, inaugurada en diciembre de 1996, en el llamado Hospital de Día se realizan tratamientos ambulatorios y chequeos. Internaciones exclusivas para niños con enfermedades de la sangre y cáncer de todo el país que se asisten en Salud Pública.

Actualmente la Fundación trabaja por mantener en constante funcionamiento y progreso el Centro Hemato Oncológico Pediátrico, apuntando a ser un centro de referencia nacional con su nueva área dedicada a la atención ambulatoria de los pequeños laboratorios, consultorios, archivo, administración y sede de la Fundación.

RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL PEREYRA ROSSELL.

HOSPITAL DEL NIÑO EN EL URUGUAY

Un hecho al que hay que hacer mención, es el legado que el matrimonio compuesto por don Alejo Rossell y Ruis y doña Dolores Pereyra, hicieron con el específico objeto de levantar un hospital para niños, cuya falta se hacía sentir cada vez más.

Esta donación consistió en 45 mil metros de terreno en el mismo lugar en que ahora se levanta el centro asistencial "Pereyra Rossell" y que debería ser ocupado por el Servicio que dirigía el profesor Morquio.

Segunda época de la Cátedra de Niños corresponde al período 1905-1930, está enmarcado por la fundación de nuevas construcciones en hospital Pereyra Rossell y la creación por ley del Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura.

Este lapso es el de la definitiva consagración de Morquio como eminente especialista en las enfermedades de la infancia.

El primer establecimiento consagrado para la atención de los menores (Casa Expósitos) inaugurada en 1818 "La Casa Cuna".

En lo que se relaciona con el niño enfermo, nuestro país durante años estuvo en un verdadero déficit asistencial, al requerir internación el niño se hacía en salas comunes junto con los pacientes mayores.

En los últimos decenios del siglo pasado este fue subsanado en que se destinará primero la Enf. del Asilo de Expósito y Huérfanos (hoy Inst. Larrañaga) y más tarde la pequeña sala San Luis del Hosp. de Caridad, como lugar para el tratamiento de las afecciones de la infancia.

Como la capacidad de este pequeño Servicio no alcanzaba para poder brindar el mínimo de comodidades a los niños enfermos y se encaró la necesidad urgente que existía de construir un hospital dedicado para la atención de las dolencias infantiles.

Siendo paliado con el legado en el año 1900, hicieron los esposos Rossell y Ruis y Pereyra con el fin de levantar el futuro hospital de niños.

Donación del mencionado matrimonio 45 mil metros de terreno, más tarde la cesión de todos los bienes, especificándose que con los intereses, que alcanzaban alrededor de \$70.000 anuales, se debían atender los gastos de conservación de los edificios y ampliación de los mismos, en caso de ser esto último necesario.

El Poder Ejecutivo al aceptar el ofrecimiento designa una Comisión de Señoras, las cuales llevarán tareas a buen término y a la brevedad posible la inauguración del establecimiento, en el cual pasarán a desempeñar sus tareas de asistencia y enseñanza la Clínica de Niños de la Facultad de Medicina.

El día 6 de setiembre de 1900 se instala una Comisión de Damas por parte del Ministro de Fomento Gregorio Rodríguez. Al comienzo se denominó "Hospital Pereyra Rossell y Ruis" (Establecimiento de Caridad para Niños).

En 1901 –Acto de la colocación de la Piedra fundamental, e inicio de la obra al haberse conseguido los recursos necesarios para ello.

Las colectas populares y sobre todo a la donación realizada por los esposos Beisso Parma, que supranaron el costo de un pabellón, que fue designado en recuerdo de sus generosos donantes con el nombre de "Desiderata Parma de Beisso", el cual prestó servicios hasta hace muy poco años, en que fuera demolido para construir el nuevo hospital de niños.

Este Pabellón está formado por dos salas, una para niños y otra para niñas con una capacidad de 16 camas por sala cada una con cuatro boxes destinados para el debido aislamiento de los internados, las dos salas se encontraban separadas por una repartición central; en la cual se habían distribuido cuatro habitaciones destinadas a sala de examen, laboratorio, despacho del Director y archivo y una cuarta para despensa.

Hospitalizaciones a afectados de enfermedades infecto contagiosas se le asignaba una sala con divisiones en boxes.

Posteriormente, nuevas reformas, desalojándose el pabellón de la Administración y las Policlínicas para construir los Servicios de Lactantes y Cirugía, siendo necesario el encare de la construcción de un nuevo hospital.

En 1922 el Consejo Directivo de la Asistencia Pública Nacional programó la edificación de nuevos pabellones destinados a los niños enfermos, el cual por el elevado costo de la obra impidió que este proyecto fuera llevado a cabo.

En 1926 el Poder Legislativo al considerar el presupuesto de la Asistencia Pública Nacional incluye los proventos de la donación de Rossell y Ruis, alrededor de \$70.000 anuales, como recursos del pago del referido presupuesto, quedando diferida la construcción de las ampliaciones proyectadas.

En 1930 se llamó por primera vez a concurso de proyectos para la construcción del Edificio destinado a la Sección Niños del "Pereyra Rossell" y del Instituto de Pediatría y Puericultura. En 1937 y 1939 se llevaron a efectos dos nuevos estudios, destinados al mismo fin, no pudo concretarse a los altos costos de las obras.

Años más tarde con el generoso aporte de Don Alejo Beisso pudo encararse la edificación y habilitación de lo que en la actualidad constituye el sector destinado a la Dirección y Administración del Hospital y de las policlínicas infantiles y posteriormente Don J. Américo Beisso, hijo del anterior donó los efectivos utilizados en la construcción del local destinado para la Farmacia y otras ampliaciones dentro del mismo sector.

El día 10 de diciembre de 1948, la Redacción "Ministerio Salud Pública, Ministerio de Obras Públicas, Ministerio de Hacienda", a la Asamblea General para someter el proyecto según el cual se construirá en el Departamento de Montevideo en el predio ya existente del hospital "Pereira Rossell", un hospital de niños cuya capacidad será de 500 camas.

Todo este conjunto de sucesivas leyes que se han transcrito, y que no son otra cosa que el reflejo de una intranquilidad general por dotar a nuestro país de una obra de impostergable necesidad, tienen en el momento presente su etapa de concreción al estar realizándose los trabajos que permitirán, esperando que en un futuro cercano, poder contar con un moderno y funcional establecimiento que reunirá todos los adelantos y comodidades imprescindible para una mejor hospitalización y asistencia del niño enfermo.

Posteriormente nuevas reformas, desalojándose el pabellón de la Administración de nuevos pabellones destinados a los niños enfermos, el cual por el elevado costo de las obras impidió que este proyecto fuera llevado a cabo.

En 1926 el Poder Legislativo al considerar el presupuesto de la Asistencia Pública Nacional incluye los proventos de la donación de Rossell y Ruis, alrededor de \$70000 anuales, como recursos del pago del referido presupuesto, quedando diferida la construcción de las ampliaciones proyectadas.

En 1930 se llamó por primera vez a concurso de proyectos para la construcción del edificio destinado a la Sección Niños del "Pereyra Rossell" y del Instituto de Pediatría y Puericultura.

CUIDADOS DE ENFERMERIA A USUARIOS SEGUN NIVEL
DE DEPENDENCIA

NIVEL I : Usuario mínimamente dependiente.

Alimentación:

Pesar y tallar al usuario al ingreso, y hacerlo diariamente.

Vigilar que el usuario reciba el aporte de alimento y líquidos según requerimientos e indicación médica.

Valorar la satisfacción del usuario y familia en relación a la dieta, e informar a la nutricionista.

Controlar que el alimento llegue en óptimas condiciones de temperatura y con la consistencia acorde al usuario.

Vigilar, informar y registrar tolerancia del usuario a los alimentos (aparición de náuseas, vómitos, etc).

Coordinar con nutricionista cambios necesarios en la dieta.

Oxigenación:

Asegurar y promover una oxigenación adecuada.

Conservar el aire del ambiente libre de humos y partículas.

Valorar frecuencia respiratoria, permeabilidad de la vía aérea y patrón respiratorio. Realizar los registros de enfermería pertinentes.

Eliminación:

Valorar y asegurar que el usuario mantenga una eliminación intestinal y vesical acorde a su patrón habitual.

Realizar cuidados de la piel que tiene contacto con el pañal.

Movilización:

Estimular los movimientos del lactante.

Realizar movilización pasiva y/o activa de los miembros SS e II.

Estimular la deambulación. Ayudar al niño en la misma tomando las precauciones necesarias para prevenir accidentes.

En niños pequeños estimular la realización de movimientos de los 4 miembros y la adopción de posturas como por ejemplo: sentarse, gatear, pararse si la edad y condición lo permite.

Valorar las características de los movimientos del niño.

Tratamiento:

Valorar el caudal venoso para una posible venopunción posterior.

Medicación:

Asegurarse que el usuario reciba la medicación que le corresponda en la dosis y horas indicadas.

Verificar que la toma en nuestra presencia.

Valorar tolerancia y efectos adversos, así como respuesta.

Controles de Enfermería:

Realizar valoración por parte de Enfermería una vez en cada turno.
Realizar control de signos vitales una vez por turno.
Se valoran los riesgos de vida reales y/o potenciales del usuario y se tienen en cuenta al realizar el plan de cuidados.

Nivel de Conciencia:

Valorar la reactividad del niño con el fin de detectar variaciones: llanto, respuestas positivas, orientación temporoespacial.

Vínculo Madre-hijo:

Valorar el vínculo madre-hijo.
Estimular la comunicación entre ambos.
Estimular el apego.
Proporcionar la información adecuada a la madre acerca de los cuidados y afecto que necesita el niño en relación al padecimiento de su patología.

Colaboración:

Integrar a la madre y familia en el plan de cuidados.
Estimular a la madre y la familia para que intervengan colaborando en el proceso de atención de enfermería y resaltar la importancia desde el punto de vista afectivo.

NIVEL II : Usuario semidependiente.

Alimentación:

Pesar y tallar al usuario al ingreso, y hacerlo diariamente.
Vigilar que el usuario reciba el aporte de alimentos y líquidos indicados según requerimientos e indicación médica.
Realizar balance hídrico si se considera necesario o está indicado.
Incentivar a la madre a que ofrezca líquidos al niño cada 2 hs (si no existe contraindicación).
Valorar la satisfacción del usuario y familia en relación a la dieta e informar a la nutricionista.
Controlar que el alimento llegue en óptimas condiciones de temperatura y en la consistencia acorde al usuario.
Vigilar, informar y registrar tolerancia del usuario a los alimentos (aparición de náuseas, vómitos, etc.)

Oxigenación:

Asegurar y promover una oxigenación adecuada.
Conservar el ambiente libre de humo y partículas.
Valorar la frecuencia respiratoria, permeabilidad de la vía aérea y patrón respiratorio. Realizar los registros de enfermería pertinentes.
Si el usuario está con mascarilla o catéter nasal con oxígeno (intermitente o a permanencia), vigilar y controlar el flujo indicado y la tolerancia del niño al mismo.

Eliminación:

Valorar y asegurar que el usuario mantenga una eliminación intestinal y vesical acorde a su patrón habitual.
Si el usuario presenta alterada su eliminación intestinal, controlar el número de deposiciones así como sus características una vez en el turno.
Realizar los cuidados de la piel que tome contacto con el pañal.

Movilización:

Estimular los movimientos del lactante.
Realizar movilización pasiva y/o activa de los 4 MM.
Estimular la deambulación. Ayudar al niño en la misma, tomando precauciones necesarias para prevenir accidentes.
Valorar las características de los movimientos del usuario y su tolerancia.

Tratamiento:

Realizar los cuidados del CCH o VVP, con curación diaria del lugar de punción con alcohol al 70% y vigilar la permeabilidad y aparición de signos de inflamación y/o infección.

Medicación:

Asegurar que el usuario reciba la medicación que le corresponda en las horas indicadas.

Verificar que efectivamente tome la medicación en nuestra presencia.
Controlar en cada turno la aparición de efectos adversos y tolerancia de la medicación.

Realizar la administración de la medicación i/v con técnica aséptica y según protocolos.

Controles de Enfermería:

Realizar valoración de Enfermería cada 2 horas según lo requiera el usuario en cada turno, enfocando a su patología y antecedentes.

Controlar signos vitales cada 2 horas.

Valorar el riesgo de vida real y/o potencial del usuario, teniendo en cuenta esto al realizar el plan de cuidados.

Nivel de conciencia:

Valorar la reactividad del niño con el fin de detectar variaciones llanto, respuestas positivas, orientación temporoespacial.

Vínculo Madre-hijo:

Valorar el vínculo madre-hijo.

Estimular la comunicación entre ambos.

Estimular el apego.

Proporcionar la información adecuada a la madre acerca de los cuidados y afecto que necesita el niño en relación al padecimiento.

Colaboración:

Integrar a la madre y familia en el plan de cuidados.

Estimular a la madre y la familia para que intervengan colaborando en el proceso de atención de enfermería y resaltar la importancia desde el punto de vista afectivo.

NIVEL III: Usuario dependiente.

Nivel de Conciencia:

Valorar el nivel de conciencia cada 1 hora, poniendo especial atención ante variaciones de la misma.

Estimular verbal y físicamente al niño.

Realizar los registros correspondientes.

Alimentación:

Ofrecer líquidos fraccionados cada 2 horas.

Educar a la madre para que lo haga, explicando la importancia de una adecuada hidratación.

Realizar balance hídrico si se considera necesario o está indicado.

Vigilar que el usuario reciba el aporte de alimentos y líquidos según requerimientos e indicación médica.

Estimular a que el usuario se alimente por sí solo.

En caso de alimentación totalmente asistida se debe controlar: cantidad, dosis, tipo de alimentación, tolerancia, reacciones así como también la programación de la bomba de infusión, estado de la vía (permeabilidad y condiciones).

Si el niño presenta gastroclisis: verificar que la colocación de la sonda sea correcta, mantener la sonda permeable con una correcta fijación, correcta higiene de la cavidad bucal y nasal.

Debe ser estricto el control del goteo de los planes de alimentación y la rotulación adecuada de los mismos.

Oxigenación:

Realización de oxigenoterapia según indicación médica, cuidando siempre que el oxígeno esté humidificado, así como que se administra con el dispositivo adecuado y a los litros/minuto indicados. Valorar la tolerancia, reacciones al tratamiento con O₂.

Realizar los registros de enfermería pertinentes.

Verificar las conexiones, corroborando que no existan fugas por el sistema.

Realizar los cuidados pertinentes según el tipo de dispositivo utilizado (según protocolo).

Eliminación:

Valorar y asegurar que el usuario mantenga una eliminación intestinal y vesical acorde a su patrón habitual.

Realizar cuidado de zona perineal, cambio de pañal con previa higiene tantas veces como el usuario lo requiera.

Valorar y registrar frecuencia y características de las materias y de la orina en la historia clínica.

Educar sobre la importancia de una adecuada hidratación, ingesta de fibras y movilidad para mantener una buena eliminación intestinal.

Movilización:

- Valorar el grado de movilidad del niño, identificando movimientos y actividades que este no puede realizar por sí mismo.
- Planificar la ayuda que enfermería le prestará así como la colaboración que deberá recibir de su madre y/o flia., estimulando la participación de estos en la movilización del niño.
- Estimular al niño a que realice todas aquellas actividades que puede realizar por sí mismo, planificando los momentos de reposo y actividad.
- Mantener el cuerpo del niño en una posición fisiológica y alineada.
- Fomentar la movilización frecuente en cama: cambios de posición cada 2 hs. como mínimo, ejercicios activos de miembros inferiores (dorsiflexión del pie), 2 veces en cada turno como mínimo. Se movilizarán todas las articulaciones (ejercicios de amplitud de movimientos) 2 veces en el día, si no pudiera realizar por sí solo los ejercicios, entonces se le harán ejercicios de amplitud de movimientos pasivos 3 veces al día.
- Registrar la valoración de la capacidad de movilización del usuario, los ejercicios realizados y su tolerancia.

Tratamiento:

- Realizar los cuidados de VVP o CCH con curación diaria del lugar de punción con alcohol al 70% y vigilancia de la permeabilidad y aparición de signos de inflamación y/o infección. Si el niño presenta VVC realizar curación cada 24 hs., con técnica estéril, dejando la zona de punción con gasa estéril.

Medicación:

- Asegurarse que el usuario recibe la medicación que le corresponde, en las horas indicadas.
- Verificar que efectivamente la tome en nuestra presencia.
- Controlar en cada turno la aparición de efectos secundarios de la medicación y tolerancia.
- Realizar la administración de medicación según protocolos.

Controles de Enfermería:

- Realizar valoración de enfermería cada 1 hora, 30 minutos o menos según lo requiera el usuario en cada turno. Enfocado a su patología y antecedentes.
- Controlar los signos vitales cada 1 hora, 30 min. o menos.
- Valorar el riesgo de vida real y/o potencial del usuario y se tendrán en cuenta al realizar el plan de cuidados.

Drenajes:

Realizar valoración del usuario con drenajes cada 2 horas y valorar los mismos.

Mantener estricta asepsia al manipular el sistema de drenaje.

Vigilar que los conductos de drenaje permanezcan permeables.

Vínculo madre-hijo:

Realizar valoración del vínculo madre-hijo.

Estimular la comunicación madre-hijo y el apego.

Proporcionar la información adecuada a la madre acerca de los cuidados y afectos que necesita el niño en relación con el proceso de hospitalización.

Colaboración:

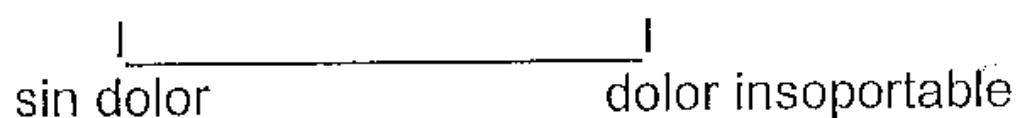
Integrar a la madre y familia en el plan de cuidados.

Estimular a la madre y al familiar a que continúen colaborando en el proceso de atención y resaltar la importancia desde el punto de vista afectivo.

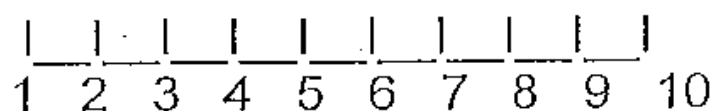
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RECUPERACION POST ANESTESICA

ESCALAS DE AUTOEVALUACION

****Escala Analoga Visual (EAV)**



****Puntuacion Numerica**



****Escala de Estimacion Grafica**

