
CUANDO NUESTRA PEQUEÑA HIJA ES LA PACIENTE

Nohora Isabel Toro Vargas*

A través de este artículo, quiero describir la experiencia que como madre, de una pequeña de seis meses de edad y Enfermera viví a través del tratamiento ortopédico que hubo necesidad de practicarle. Primero la angustia al recibir la información de una Pediatra de confianza, a quien se le llevó a control para verificar el estado de salud.

La niña había sido valorada anteriormente, desde recién nacida, por diferentes pediatras pero ninguno había detectado el problema. El pediatra que finalmente detectó la alteración sugirió que era importante la opinión de un Ortopedista, pues la niña debía haber recibido el tratamiento desde recién nacida. Por la edad de la niña se le debía practicar todo rápidamente; por tanto se hacen las gestiones necesarias en este caso, para evitar complicaciones futuras en la bebé.

La decisión; ¿a qué especialista llevarla? ¿a quién buscar? se suma a otros tantos interrogantes y contradicciones que surgen alrededor de la familia. La afirmación del médico ortopeda conocido, sobre "una posible cirugía" aumenta la angustia porque aunque es necesario el tratamiento para la niña se pone en peligro la integridad por el riesgo que implica una intervención quirúrgica.

Para algunas personas dicha cirugía es un procedimiento simple, pero cuando es nuestro bebé es diferente, cuando no existe un lazo afectivo todo se decide sin ningún problema; sin embargo cuando es

una persona cercana como en este caso es más difícil tomar la decisión.

Se empieza a recorrer un camino de aproximadamente un año. En sus inicios parece largo el trayecto, pero a medida que avanza el tratamiento se sube un peldaño más para llegar a la meta final, siendo esta la recuperación completa de la bebé.

Se ordenan radiografías de cadera para confrontar lo encontrado en el examen físico, se lleva al Ortopedista, quien le hace examen físico y maniobras diferentes que son molestas y dolorosas para la bebé.

Se compara con la radiografía tomada. A pesar de todo lo que pasa por nuestras mentes el médico da una voz de aliento, una voz tranquilizadora y propone un plan a seguir. Como parte del tratamiento inmediato; colocar a la bebé una tracción cutánea durante quince días (día y noche), practicar una intervención quirúrgica (tenotomía) y poner una espica de yeso durante un mes y medio o dos meses; para facilitar la abducción, al retirar la espica de yeso se coloca una férula de Mc Grill con el objeto de mantener la abducción bilateral.

En el primer paso con el fin de evitar la hospitalización se da la opción de conseguir los elementos necesarios, e iniciar el tratamiento en casa. Estos eran los ganchos de buck, pesas de ½, 1 y 2 kilos, además el kid de tracción cutánea para bebés. Se inicia el tratamiento en casa, el médico coloca la tracción y explica sobre como colocar las poleas, los ganchos, hace énfasis en que la niña permanezca todo el tiempo con la tracción retirándola solamente para lactarla, cambiarla de ropa y asearla.

* Profesor Asistente Facultad de Enfermería.

En este momento consideré que no bastaba con la explicación general por parte del médico y mis conocimientos respecto al manejo de tracción, necesitaba contar con una persona capacitada que colaborara en el cuidado de la bebé mientras cumplía con mi responsabilidad laboral; esta persona debía entender la importancia del tratamiento y usar correctamente las pesas, identificar los signos de lesión en la piel durante los cambios de pañal, verificar la postura de las vendas elásticas, el alineamiento de la tracción; estar atenta a cualquier cambio de comportamiento: llanto, molestia, irritabilidad, aún teniendo satisfechas otras necesidades (alimento, sueño, descanso y limpieza).

Se decide colocar unos tacos de madera en la parte inferior de la cuna para ofrecer contra fuerza y evitar así que la bebé fuese arrastrada por las pesas hacia el borde de la misma con el riesgo de lesionarse la piel, golpearse los pies y perder la funcionalidad de la tracción. Además de lo anterior se utiliza un cargador de tela para poder fijarla a la cama con el fin de evitar el arrastre hacia la parte inferior de la cuna.

Una vez más es importante la participación y colaboración de quienes están alrededor del bebé para que todo funcione correctamente.

Los hábitos higiénicos variaron ante la contraindicación de realizar baño en tina a diario como era usual, por cuanto el hecho de retirar diariamente el adhesivo de tensoplast podría poner en riesgo la resistencia de la piel de la bebé, producir irritación constante y aumentar el presupuesto debido a los costos del material.

Durante la primera semana de tratamiento la niña permanece, con la tracción pero al final de ésta la niña se torna irritable y no la tolera por mucho tiempo. Se avisa al médico quien hace una visita y previa valoración decide retirar los vendajes elástico y adhesivo; se encuentra la piel lesionada con abrasivos y ampollas pequeñas, quemadura por el tensoplast y la tracción. Se deja descansar por un día se hace baño en tina lubricándole la piel con un protector cutáneo, en los sitios de abrasión y quemadura se coloca tegaderm para poder fijar nuevamente la tracción observando tolerancia al tratamiento.

Era de vital importancia conservar la integridad de la piel y recuperarla en donde se había perdido, puesto que después permanecería con una espica de yeso por un mes y medio a dos meses. Se requería valorar la postura del vendaje elástico, evitar dobleces que ejercieran efecto de torniquete impidiendo la circulación, colocar el vendaje con la pierna un poco elevada de la parte distal a la proximal, valorar coloración de la piel, llenado capilar y pulsos. Pasados quince días se completa el tiempo programado para la primera etapa de tratamiento y sin

demora se programa la cirugía para el día siguiente a la suspensión de la tracción.

Este paso, produce más angustia en el papá, el hermanito, los abuelos y en mí como madre. El procedimiento demora más o menos hora y media. Antes de llevarla a cirugía le toman una placa de Rayos X, luego viene la Enfermera Jefe, la lleva la escuchamos llorar cerca de media hora y al preguntar ¿por qué? sólo nos contestan “no se porque llora, porque no se le está haciendo nada”, la angustia aumentaba y el tiempo parecía demasiado largo. Se hizo la intervención bajo anestesia general inhalatoria con máscara. Después de un tiempo, el anestesiólogo me llama a recuperación, la niña estaba bajo efectos anestésicos con cianosis, escalofrío, hipotermia, llorando y se quejaba; al alzarla abre sus ojitos, me reconoce y después de llorar un poco se duerme quedando tranquila, pasando un tiempo prudencial hasta darle de alta.

Se lleva a casa luego de recibir las instrucciones generales del Ortopedista, se inicia un nuevo período de adaptación para la bebé. El dolor de las incisiones y la incomodidad de la espica que va desde las tetillas cubriendo los miembros inferiores hasta los tobillos (se deja una ventana en los genitales), es intenso.

Se continua con la planeación y ejecución del cuidado, se da prioridad a la piel circundante con los bordes del yeso bien sea el tórax, cerca a los tobillos y genitales área importante, puesto que al hacerle el aseo era indispensable retirarle la materia fecal que podía contaminar el yeso, se opta por utilizar pañales desechables. Una forma de protección era cubrir los bordes del yeso con algodón laminado para así evitar la lesión de la piel por el roce constante.

Se hace necesario buscar una posición adecuada para el descanso y el sueño. En este caso se hacía semisentada, al alzar o sentar a la bebé era importante adoptar una posición cómoda y segura para evitar accidentes.

En esta fase, se cuentan los días, y se pide a Dios, que con su ayuda y los cuidados, la niña pudiera tolerar el tiempo límite para estos casos con la espica (mes y medio o dos meses), las dos últimas semanas fueron críticas, el yeso se tornaba vidrioso (el yeso usado era sintético), por dentro en algunos sitios se palpaban abultamientos, en otros se zafaban hebras en los bordes, que era necesario ir recortando, en resumen ya no lo toleraba de ninguna forma (es necesario recordar que la bebé estaba creciendo, por lo cual la espica quedaba pequeña).

Al mes y medio se programa para el retiro del yeso; en este momento era necesario tener la férula de Mc Grill, ya que no era conveniente variar la posición dada en la cirugía. Se piensa siempre en someter a

la niña lo menos posible a situaciones agresivas, se pensó en retirar la espica bajo anestesia, en días anteriores cuando se tuvo que ampliar la ventana dejada en los genitales, el ruido de la sierra la angustió mucho.

El anestesiólogo recomendó no usar anestesia. Se consulta al Pediatra quien prescribe un sedante para tranquilizarla un poco. Al retirar la espica de yeso se observa nuevamente abrasiones en piel dada por la posición en abducción lo cual propicia la unión de dos superficies, una de más o menos seis centímetros de larga y otra pequeña dada por la vibración de la sierra en el momento de quitar el yeso. Fue un verdadero descanso para la bebé; al llegar a la casa fue una gran fiesta, se prepara su baño en tina, buena lubricación, período de descanso y vestido apropiado.

Se continúa con el uso de la férula, y aunque tiene que continuar en abducción que permite cambiar, asear y sentar a la bebé apoyada con almohadas; además le facilita el movimiento de miembros inferiores. Inicialmente se observa flacidez en las piernas que disminuye con el tiempo.

El médico Ortopedista, aconseja no realizar ningún tipo de ejercicios para recuperar la fuerza muscular, afirma que esta se recupera en la medida en que la niña movilice las piernas. Con esta férula debe permanecer otro tiempo más, hasta completar el tratamiento y esperar que la recuperación sea satisfactoria y efectiva y que no se presenten complicaciones.

Al describir esta experiencia paso a paso, como madre sólo quiero dejar un mensaje, debemos ser fuertes, unidos en familia, optimistas para apoyarnos en todo momento; y como Enfermera, seguir siendo humanos al dar cuidado, colocarnos en la situación del paciente o de sus familiares, sin olvidar que ante todo son personas, así sea un niño, un anciano, un adolescente, un adulto y que tiene sus propias necesidades.

Que bueno es llegar a una institución de salud y recibir un trato como seres humanos, con individualidad y no como un número; a través de este camino recorrido con el tratamiento de mi hija, he tenido buenas, malas y regulares experiencias en la atención proporcionada por el personal hospitalario: auxiliares de Enfermería, técnicos de Rayos X, profesionales de Enfermería y Médicos. Se recibió una atención deshumanizada que se justifica por la cantidad de pacientes. Sin embargo mi percepción es otra; al personal de enfermería le interesa terminar rápido el turno sin detenerse a pensar en la preocupación de los padres por sus hijos, no propor-

ciona una explicación oportuna y convincente, no son cálidos con los niños, se realizan las cosas en forma rutinaria y se tratan a los pacientes como objetos.

Quando veía esto, pensaba: *“tal vez no tenemos conciencia de la importancia de nuestro trabajo, nada cuesta dialogar con el paciente o con la familia del paciente, no es regañar a todo el que llegue a solicitar un servicio, no es tratar en forma displicente. La respuesta que se espera del profesional de Enfermería debe estar a la altura de lo que implica ser profesional de la salud, es ser cálido, además de científico, es buscar la forma de que el paciente a quien se le brinda cuidado esté seguro. Se deben cambiar las rutinas; permitir que un familiar esté cerca, debemos hacerlo más si se trata de un niño, ¿por qué no dar una información apropiada?, ¿por qué no permitir la entrada de la madre al quirófano, mientras inducen al bebé? La experiencia de trabajo en el quirófano, me ha enseñado que esto no perturba el procedimiento, lo facilita, le da seguridad al niño y un despertar igualmente tranquilo”*.

El comentario anterior pretende que quienes lean este artículo reflexionen sobre la relación que se debe tener con los usuarios de las instituciones de la salud. La responsabilidad que se tiene como agentes de salud, la necesidad de entender la situación que vive cada ser humano, cuando alguien se le enferma, o se le somete a una intervención quirúrgica, siempre se niega la posibilidad de que seamos los protagonistas, nos parece simple y sin razón la preocupación, sin embargo es necesario recordar que cada persona interpreta y da la importancia que tiene de acuerdo al lazo afectivo. Dejar de ser fríos al dar cuidado, en la relación con el usuario de salud, debe ser el reto de Enfermería.

Como docente me he preguntado, muchas veces, si en las facultades se insiste en la humanización, en la calidez, en el cuidado. ¿Por qué si el estudiante es humano y sensible al dolor ajeno, cuando es profesional no lo es?

La calidad de la atención no debe estar influenciada por el simple hecho de conocer a alguien, a todo el mundo se debe atender con igualdad.

Por último es importante insistir en la comunicación efectiva con el médico tratante, y el apoyo por parte de enfermería hacia la familia, la cual en la mayoría de los casos está ávida de explicaciones que redundarán en beneficio del paciente cualquier sea el área del desempeño profesional.

Es importante ser científico, ser idóneo en lo que hacemos, pero también ser humanos, ser cálidos.