

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN AMIGDALECTOMIA Y  
ADENOIDECTOMIA. RECUPERACIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL  
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2010-3013**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
TÍTULO SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERIA  
PEDIÁTRICA**

**FLORA FLABIA PANIAGUA ARCOCCAULLA**

**Callao, 2016  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA PRESIDENTE
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN SECRETARIA
- DRA. JUANA GLADYS MEDINA MANDUJANO VOCAL

### ASESORA: MG. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 077

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 30/11/2016

Resolución Decanato N° 1632-2016-D/FCS de fecha 28 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

	PÁG.
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	
PROBLEMÁTICA.....	3
1.2 OBJETIVO.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	5
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>7</b>
2.1 ANTECEDENTES .....	7
2.2 MARCO CONCEPTUAL .....	11
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	23
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL .....</b>	<b>24</b>
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	24
3.3 PROCESOS REALIZADOS .....	25
<b>PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES</b>	
<b>CUIDADOS REALIZADOS EN BASE AL PAE.....</b>	<b>26</b>
a) FASE DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
b) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA ENFOCADOS A LAS	
RESPUESTAS HUMANAS IDENTIFICADOS EN EL PACIENTE,	
SEGÚN TAXONOMÍA NANDA.....	29
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>48</b>
<b>VI. RECOMENDACIÓN.....</b>	<b>49</b>
<b>VII. REFERENCIALES.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS</b>	

## INTRODUCCIÓN

Los niños siempre están propensos de sufrir una enfermedad, ya que recién se están enfrentando a un mundo de bacterias y virus. Pueden sufrir diversas enfermedades, algunas comunes y otras no tan comunes, lo importante es que sea detectada a tiempo y así poder apaliarla o sanarla. Ahora que estamos en invierno en Lima, los niños suelen padecer de enfermedades respiratorias, las cuales al principio no pueden llamar mucho la atención; pero nunca debemos bajar la guardia y tomarlo con menor importancia y menos cuando es recurrente la enfermedad. Una de las enfermedades muy frecuentes en los niños es la amigdalitis y adenoiditis cuyo tratamiento médico es la extirpación quirúrgica llamada Adenoidectomía y Amigdalectomía. Operaciones practicadas desde épocas antiguas y que ha ido evolucionando hasta lo que es ahora. El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins recepciona pacientes pediátricos de todo el país, en este caso hablaremos uno de los problemas de salud y como el personal de enfermería atiende al paciente pediátrico para que de esta manera el niño pueda vivir cómodamente y disfrutar de su infancia sin tener molestias de este tipo. La amigdalitis debe ser tratada con mucho cuidado y dar la orden de extirpación en caso fuera necesario ya que algunas veces se opera innecesariamente al paciente, cuando solo es una pequeña inflamación de las amígdalas. La ciencia sigue avanzando y con ello también los Cuidados de Enfermería Pediátrica, especialmente en la atención a pacientes pediátricos post operados de amigdalectomía y adenoidectomía, cuyos conocimientos son basados en la disciplina siguiendo las Teorías de Enfermería y puedo narrarles sobre mi Perfil de Enfermería y mi experiencia laboral en esta área. A continuación, veremos más sobre este tema.

# I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Descripción de la situación problemática

La enfermería pediátrica es una de las especialidades importantes y dentro de ella la asistencia post operatoria, la descripción de la experiencia laboral fueron de los años 2010 al 2013, etapas de mi vida donde gracias al entusiasmo y empeño profesional fui adquiriendo destrezas y habilidades para el manejo oportuno en forma integral del paciente pediátrico post operado.

"A nivel internacional tenemos que en EEUU se practican cerca de 340000 casos de amigdalectomía por año"<sup>1</sup>.

"En Perú en el año 2010, en San Juan de Lurigancho, distrito más poblado de Lima se operaron 200 pacientes pediátricos de adenoidectomía y 200 de amigdalectomía"<sup>2</sup>.

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) en el servicio de sala de operaciones de pediatría está formado por 3 quirófanos, donde se operan todas las especialidades tanto de pacientes hospitalizados como ambulatorios. El equipo de sala de operaciones de pediatría (SOP) está conformado por una enfermera instrumentista, una enfermera circulante, un técnico, la jefa de enfermería, un anestesiólogo, 2 cirujanos de la especialidad, junto al quirófano se encuentra la Sala de Recuperación de Pediatría que a su vez cuenta con 2 ambientes, uno donde mantenemos monitorizado al niño y la otra, alojamiento conjunto con sus padres cuando ya despiertan de la anestesia.

La Sala de Recuperación de Pediatría presenta 6 monitores para el control de funciones vitales, 11 tomas de oxígeno empotrado, un coche de paro y todos los aditamentos necesarios en caso de una urgencia, los turnos de las enfermeras son mañana o tarde, pocas veces nos

acompaña un anestesiólogo; generalmente el alta del paciente es dado por el anestesiólogo de SOP que dio el anestésico al paciente. Las operaciones son de lunes a viernes. Los martes se operan pacientes de otorrinolaringología. Aquí la enfermera debe ser sumamente cuidadosa porque la atención no es solamente al paciente pediátrico; sino también hacia los padres de familia. Las operaciones que más me llamo la atención fue sobre la especialidad de otorrinolaringología, en particular las operaciones de amigdalectomía y adenoidectomía; pacientes que al despertar post operados en la Sala de Recuperación de Pediátrica lo hacían llorando, presentan tos exigente, llegando al vómito, eliminando restos de sangre digerida, luego cuando estos niños eran conducidos juntos con sus padres, estos últimos se mostraban asustados.

“En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ,según el departamento de estadística del año 2010 al 2013 se operaron un total de 209 pacientes pediátricos representando un 70% (amigdalectomía), 18% (adenoamigdalectomía) y el 12% (adenoidectomía)”<sup>3</sup>.

Uno de los momentos más espantosos en la vida de un padre es cuando tiene que separarse de un hijo ante la puerta de un quirófano, de ahí que la preparación del niño para la intervención quirúrgica es necesaria. (Ver anexo 1).

La recepción en la sala de recuperación pediátrica de pacientes amigdalectomizados o adenoidectomizados post operados inmediatos es como se explica a continuación, los pacientes llegan acompañados por el anestesiólogo y la enfermera circulante, colocamos inmediatamente los protectores alrededor de toda la cama del paciente porque muchas veces su despertar es súbito y se pueden lastimar. El anestesiólogo y la enfermera dan el reporte respectivo, simultáneamente se coloca al paciente en posición adecuada para facilitar la ventilación, monitorizamos y aplicamos la puntuación de Aldrete al inicio y realizamos la valoración mediante la observación minuciosa, luego el examen físico aplicando la ficha de Recuperación Post Anestésica. (Ver anexo 2, 3, 9 y 10).

Y de hecho realizamos el plan de Cuidados de Enfermería al final. Para valorar el dolor en el paciente aplicamos la escala de EVA.

Todo este bagaje de cuidados lo realizamos de un modo maternal por lo que me estimulo a realizar este informe cuyo título es “Cuidados de Enfermería en Amigdalectomía y Adenoidectomía. Recuperación de Pediatría. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2010-2013”.

## **1.2 Objetivo**

Describir mi experiencia profesional sobre los cuidados de enfermería en Amigdalectomía y Adenoidectomía de la Sala de Recuperación de Pediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del año 2010 al 2013.

## **1.3 Justificación**

Los pacientes pediátricos requieren de una atención sumamente cuidadosa y responsable por parte de enfermería más aun por su grado de dependencia y por su poca colaboración con los procedimientos. La enfermera debe contar con un entrenamiento y un perfil altamente calificado para brindar atención de calidad en forma integral al paciente pediátrico y su familia ò lo que es necesario describir los cuidados de enfermería sometidos a una amigdalectomia y adenoidectomia y más como dice el siguiente autor a citar:

Como dice Zeev Kain<sup>4</sup>, experto internacional en el manejo clínico del miedo, la ansiedad preoperatoria y tratamiento de los niños sometidos a procedimiento quirúrgico, indica que en el 2002 hasta un 60 % de estos niños experimentan ansiedad significativa en el periodo preoperatorio y durante la inducción de la anestesia por lo que es importante preparar previamente a la intervención quirúrgica, la información necesaria y comprensible en relación a todo el proceso , la cual puede materializarse de diversas maneras. Como por ejemplo: libros, guías, trípticos, cuentos, visitas al quirófano, folletos, etc.

En el Hospital Edgardo Rebagliati Martins la enfermera de recuperación educa a los padres y pacientes antes del ingreso de estos últimos a la SOP.

“El post operatorio inmediato de un enfermo sometido a un proceso quirúrgico bajo anestesia general, local-regional y/o sedación se caracteriza por la pronta recuperación inicial del estrés de la anestesia y la cirugía, durante las primeras horas siguientes a la intervención. En este periodo crítico es donde pueden sobrevenir complicaciones, alguna de ellas predecibles. La mayoría de problemas anestésicos suelen suceder en el postoperatorio inmediato”<sup>5</sup>.

“El dolor y el sangrado post operatorio son dos causas principales de morbilidad en las adenoamigdalectomías. La hemorragia trans y post operatoria, sobre todo esta última”<sup>6</sup>.

El presente informe acerca de la experiencia profesional nos permitirá tener un panorama acerca de los cuidados de enfermería en pacientes amigdalectomizados y adenoidectomizados; de esta manera permitirá al profesional de enfermería a acrecentar, confrontar y/o mejorar los cuidados post operatorios y así aumentar la satisfacción tanto del paciente pediátrico como la de sus familiares.



## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Reyes Concepción D., Rodríguez Agramonte J., (2013), "Consideraciones clínicas epidemiológicas sobre la adenoamigdalitis crónica en la infancia: El objetivo del presente trabajo es describir el comportamiento clínico epidemiológico de la adenoamigdalitis crónica infantil. Fundamentos: La adenoamigdalitis crónica en la infancia es una enfermedad frecuente en Cuba ocupa el tercer lugar en la mortalidad quirúrgica en la especialidad de otorrinolaringología pediátrica. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal con un muestreo no probabilístico 191 niños con adenoamigdalitis crónica. Conclusiones: La adenoamigdalitis crónica se reportó con mayor frecuencia entre los 2 y 4 años de edad. Enfermaron ligeramente más Varones que Hembra. La principal forma de presentación clínica fue la amigdalitis recurrente con obstrucción nasal. Los factores de riesgo más frecuente fueron la ausencia de disminución de la lactancia materna, la exposición involuntaria al humo del tabaco y asistir al círculo infantil. Las enfermedades que se asociaron con mayor frecuencia en los padres y enfermos fueron la alergia respiratoria y el asma. Recomendaciones: Que a nivel mundial se tome la importancia de la educación continua sobre las medidas de prevención y control de infecciones recurrentes respiratorias"<sup>7</sup>.

Ruiz Castañeda J. (2002), "Comparación de la Recurrencia de faringitis de niños de 3 a 12 años, quienes han sido sometidos a amigdalectomía o adenoamigdalectomía. El objetivo: Comparar la recurrencia de faringitis en niños sometidos a amigdalectomía versus adenoamigdalectomía. Metodología: es un estudio descriptivo, retrolectivo; fueron revisados expedientes de niños entre 3 y 12 años sometidos a amigdalectomía y adenoamigdalectomía entre 1998 y diciembre del 2001 que resultaron por

alguna complicación quirúrgica o por faringitis recurrente en un periodo de un año posterior a la cirugía. Conclusiones 1. En el estudio realizado se observó que en 102 pacientes la recurrencia de la faringitis es mayor con amigdalectomía (15.4%) que con adenoamigdalectomía (1.12%) 2. La adenoamigdalectomía se realizó en la mayoría de los casos en niños entre 3 y 8 años de edad. 3. La amigdalectomía se realizó en la mayoría de los casos en niño entre 9 y 13 años de edad. La causa más común del problema obstructivo, así como la indicación quirúrgica más común en adenoamigdalectomía es hipertrofia de amígdalas y adenoides. La indicación quirúrgica más común en la amigdalectomía es la amigdalitis recurrente. Las complicaciones de postoperatorios encontradas son las hemorragia, náuseas y vómitos cefalea y recuperación lenta de la anestesia. Recomendaciones: A los pacientes que se les hizo cultivo faríngeo preoperatorio; y este fue positivo, sería recomendable realizarles cultivos faríngeos cada 3 meses en el post-operatorio, durante 4 veces, para llevar un mejor control de ellos, y tener una estadística fundamentada. Implementar métodos para dar seguimiento más constante a los pacientes por medio de un plan educacional, en él se le brinde al paciente post operado una lista de los cuidados que deben tener la importancia que tiene para regrese a sus citas, etc"<sup>8</sup>.

Brunetto B., Castilla A., Sacaluga F., (1992), "La adenoamigdalectomía como un procedimiento ambulatorio. El objetivo del presente trabajo es demostrar que la cirugía adenoamigdalina, en ciertas condiciones, puede ser realizada en forma ambulatoria sin aumentar riesgo del paciente en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Dr. José J. Aguirre desde enero de 1987 a Junio de 1991, obteniéndose un total de 857 de fichas clínicas. De estos 352 (41%) pertenece al grupo de ambulatorio y 505 a los hospitalizados. Se considera ambulatorio al paciente que permanece 8 Horas Hospitalizados después del acto Quirúrgico. Se analizaron las complicaciones de las

muestra total observándose 17 que Significa (2%) hemorragias y 2 (0.2 %) hiperémesis.

Ninguno de estas fueron observadas en el grupo que, seleccionado previamente fue sometidos a cirugía operatorio. Se concluye que la adenoamigdalectomia puede ser un procedimiento ambulatorio siempre que tenga en consideración los requisitos establecidos, sin aumentar los riesgos al paciente, observando beneficios tanto para el niño como a sus padres”<sup>9</sup>.

Moyano D, González R, Peirano E, Berneo J, Narváez C, Smith A,(2013), “La cirugía más frecuente en otorrinolaringología es la adenoamigdalina. En nuestro país, se plantea que en un servicio de otorrinolaringología, el 56.3% corresponde a cirugías del anillo de Waldeyer y el 27.5% de las cirugías corresponden a adenoamigdalectomias. Con este preámbulo hemos visto por estudiar “Resultados en cirugía mayor ambulatoria en otorrinolaringología en un hospital de bajo complejidad, siendo objetivo: Conocer los resultados de la cirugía mayor ambulatoria en otorrinolaringología en un hospital de baja complejidad. Métodos: estudio descriptivo retrospectivo realizados en los pacientes sometidos a cirugía de la especialidad de otorrinolaringología en el hospital Santo Tomas de Limache-Chile entre junio de 2004 y diciembre del 2006, y entre julio 2008 y julio de 2009. Es importante mencionar el manejo preoperatorio; posterior a la cirugía los pacientes fueron controlados en la recuperación post operatoria por un periodo de una hora con monitorización de signos vitales, control por anestesista, cirujano y personal paramédico en el caso de los niños se permitió la compañía de un familiar. Si la evolución fue favorable se dejaron en la sala de observación, en la sala común por un periodo promedio de 6 horas. El alta fue dada por el medico tratamiento si el paciente estaba consciente y orientado, con signos vitales normales,

sin dolor o de baja intensidad, sin sangrado de la región operatoria, con vía aérea permeable y sin signos de obstrucción, vía oral re establecida y movilidad conservada. Al momento del alta, se educó a los pacientes o a sus cuidadores sobre la evolución de la recuperación y cómo actuar ante las posibles complicaciones, además de los cuidados básicos a seguir relativos a la dieta, medicamentos y motivos de consulta precoz. Resultados: Se incorporó 815 pacientes el 58% fue de sexo masculino con edad promedio de 8.4 +/- 6.2 años, la adenoamigdalectomía sola o asociada a otras cirugías se efectuó en 54% de los casos, la tasa de complicaciones post operatorias fue 1.22% la mitad de ella la hemorragia. Conclusiones: En este estudio el porcentaje de complicaciones es mínimo sustentado en una buena selección de pacientes, en contar con un equipo médico y de enfermería con experiencia en el procedimiento y en sus cuidados post operatorios, además de la educación entregada al paciente y familia, sobre el manejo domiciliario posterior al alta y consulta precoz en caso necesario. Al contar con estos recursos e intervenciones los riesgos se minimizan al máximo. Podemos afirmar que el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria con una baja tasa de complicaciones en hospital de baja complejidad, es un hecho posible. Recomendaciones: Si realmente se cuenta con un equipo eficiente, técnico y humano es una alternativa cada vez más la cirugía mayor ambulatoria, genera una mayor relación costo – beneficio tanto para el hospital como para el equipo y los usuarios del sistema”<sup>10</sup>.

## 2.2 Marco Conceptual

### Anatomía de las Amígdalas

Las amígdalas son formaciones de tejido linfoepitelial que constituye el denominado Anillo de Waldeyer. En dicho anillo se puede distinguir diferentes amígdalas:

- a) La amígdala faríngea (amígdala de Luschka), impar localizada en el techo y pared posterior de la rinofaringe
- b) Las amígdalas tubaricas (amígdalas de Gellé), par colocadas alrededor del ostium tubarico y positas de Rosemüller.
- c) Amígdalas palatinas, par entre los pilares anterior y posterior del velo paladar.
- d) Amígdala lingual, impar localizada en la base de la lengua.
- e) Cordones laterales faríngeos, dispuesta en forma particular en la confluencia de las paredes posterior y lateral de oro y nasofaringe.
- f) Acumulaciones linfoepiteliales en los ventrículos, laringios de Morgani. (Ver anexo 4).

Las amígdalas palatinas son los órganos linfoides más importantes de este conjunto. En general son ovoides localizados en las paredes de la oro faríngea.

Las amígdalas son órganos conformados principalmente por linfas tipo B y su función principal está en relación con la inducción de la inmunidad secretora y la producción de inmunoglobulinas (anticuerpos); principalmente del tipo Ig A, Ig G, Ig M e Ig D. Las amígdalas histológicamente están rodeadas por una capsula recubiertas por un epitelio escamoso estratificado, no queratinizado. Forman así las llamadas "criptas", estas son cubiertas de células especiales rodeadas de vasos linfáticos y nódulos linfáticos con sus correspondientes centros germinales, situados para atrapar material extraño y transportarlo hacia

los folículos linfoides (sitios donde se concentran las células o linfocitos B) para así crear los anticuerpo específicos a estos agentes extraños.

En el caso de las infecciones recurrentes se presentan cambios anatómicos que modifican la función, la inflamación recurrente destruye estos canales o criptas fusionándose varios de ellos, dando la apariencia de una cripta única de gran tamaño, donde el material extraño, incluido el alimento, queda atrapado, lo que favorece la proliferación de las bacterias y la infección recurrente, esto es frecuente observado como puntos blancos sobre la superficie de las anginas. Estos cambios en la estructura de la angina alteran su función inmunológica, disminuyendo la generación de los anticuerpos por lo que en una infección crónica perdería su funcionalidad inmunológica.

### **Amigdalectomia**

Es el acto quirúrgico de extirpar las amígdalas palatinas. Indicaciones a lo largo de la historia se indicaban como prevención de las complicaciones infecciosas amigdalares, como lo son glomerulonefritis pos estreptocócica y la fiebre reumática con sus complicaciones, una de la más temidas la cardiopatía neumática.

Como ya ante se mencionó sobre como en los 1970 se llegaban a operar 1,400 millones al año, en estos 20 años se ha reducido en base a la utilización adecuada de tratamiento de antibióticos

Indicaciones absolutas:

- Cáncer amigdalares
- Obstrucción grave de la vía aérea en la orofaringe por hipertrofia amigdalares
- Hemorragia amigdalares persistente.
- Amigdalitis aguda recidivante:
- 7 o más episodio en el último año

- 5 al año en los últimos 2 años
- 3 al año en los últimos 3 años

Cada episodio debe cumplir al menos uno de estos criterios. Exudado purulento, fiebre mayor de 38 grados, linfa adenopatías anteriores, cultivo positivo para estreptococo beta –hemolítico del grupo A.

- Amigdalitis crónica, signo de síntomas que persisten más de 3 meses pese al tratamiento médico adecuado.

### **Técnica de operación de Amigdalectomía**

Durante la amigdalectomía, los cirujanos extirpan la amígdala en el quirófano utilizando anestesia general. En la amigdalectomía tradicional se extirpan por completo. Ahora hay una nueva técnica “amigdalectomía intracapsular (parcial), que en muchos casos funcionan también como la amigdalectomía total. Consiste en extirpar el tejido inflamado de las amígdalas, dejando una capa fina de tejido a fin de proteger los músculos de la garganta, la recuperación del paciente es más rápida y sienten menos dolor y no se experimentan tantas molestia al comer o beber, comentan que el resto que se dejó se pueden infectar, pero el riesgo es sumamente bajo. Una vez terminada la intervención el paciente permanece entre 5 o 10 horas siendo dadas de alta ambulatoriamente: pero algunos pacientes con múltiples diagnóstico anexados pasaran la noche en el Hospital. El periodo de recuperación es aproximadamente una semana más la garganta estará dolorida, lo que puede hacer que resulte molesto y comer y beber existen también otros procedimientos quirúrgicos alternativos: electrocirugía, amigdalectomía con microdedridador, la disección con láser, el bisturí armónico, coagulación con plasma de argón.

### **Complicaciones Post amigdalectomía**

Veamos según revisando varios autores bibliográfico comparando con la intervención que se realiza en el Hospital Rebagliati seguiremos el orden.

## Complicaciones Inmediatas

-Las complicaciones anestésicas son las más graves: paradas cardio respiratorias, lesiones neurológicas por anoxia, laríngeo espasmos, anafilaxia, etc. Las tasas de muerte por estas causas varían mucho según las estadísticas (1/10,000).

En recuperación de pediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, se aplica la escala de ADRETE entrevistando a los anesthesiólogos pediátricos mencionan que los anestésicos más utilizados son en forma vaporización es el sevoflurano. Y refieren que los efectos adversos son muy pocos.

-Hemorragias es la complicación más frecuente y considerada la más grave debido a las alteraciones de la coagulación sanguínea, amigdalectomía incompletas, estiramiento de algún punto no bien suturado, malformaciones vasculares y administración de fármacos anticoagulante antes o después de la intervención.

-Hemorragia inmediata se produce en el acto operatorio.

- Hemorragia secundaria cuando se produce en las primeras horas del post operatorio, manifestándose como vómitos de sangre siendo más frecuente en el niño que se va tragando la sangre sin observar la hemorragia; y tardías cuando se producen a los 5 y 7 días al desprenderse la escara de la herida quirúrgica.

Ante una hemorragia pos amigdalectomía se realiza 3 posturas: observación, re intervención quirúrgica y transfusión sanguínea; paciente requiere monitoreo constante.

-Dolor, el cual puede manifestarse en llanto profuso más en niños pequeños, es importante su control. En niños y adolescentes se aplica la escala de EVA para evaluar la intensidad de dolor.



## **Anatomía de los Adenoides**

Veamos la anatomía de los adenoides, son masas triangulares de tejido linfoide localizado en la parte posterior del nasofaringe, tiene varias funciones: sirve como conducto para el aire inspirado y para el drenaje de secreciones nasales hacia la oro faringe, con una caja de resonancia para le habla, y como área de drenaje para la trompa de Eustaquio. Los adenoides se forman durante el tercer al Séptimo mes del embriogénesis están presentes en el nacimiento y se coloniza con bacteria en las primeras semana de vida. Las anginas y adenoides son más activas inmunológicamente entre los cuatro y diez años, a partir de entonces pueden sufrir un proceso de involución tanto en tamaño como en función. Su agrandamiento se observa durante la niñez temprana y medio.

Los adenoides se desarrollan por la presencia y reconocimiento de antígenos. Su crecimiento no es uniforme, fase:

- 1- Crecimiento rápido: entre 0 y 6 meses
- 2- Crecimiento lento: entre los 6 meses y los 2 años
- 3- Crecimiento acelerado: a partir de los 2 años
- 4- Piso de máximo crecimiento: alrededor de los 5 años.
- 5- Disminución: a partir de los 10 años
- 6- Residual: poca importancia a partir de la adolescencia.

## **Adenoidectomía**

La adenoidectomía es la extirpación quirúrgica de los adenoides está indicada como alternativa final para poder controlar la inflamación. Está indicada en:

- Adenoiditis purulenta, hipertrofia adenoidea asociada a: otitis media crónica, con derrame, otitis media aguda recurrente, otitis media crónica con perforación de membrana timpánica, otorragia crónica.

- Adenoiditis de tipo obstructivo asociado a ronquidos excesivos y respiración oral crónica, apnea del sueño o alteraciones del sueño.
- Hipertrofia adenoidea asociada con deficiencia de crecimiento, alteraciones de lenguaje, alteraciones de desarrollo craneofacial, oclusión dental.
- Rinosinusitis crónica
- En caso de neoplasia.

### **Técnica de operación de Adenoidectomía**

La adenoidectomía es más peligrosa que la amigdalectomía, hay que afrontarla con todo rigor. Es la intervención más frecuente que se realiza, ya sea sola o combinada (amígdalas o drenajes). Los pasos previos que se debe tener en cuenta para una adenoidectomía son los estudios preparatorios (analítica general y en particular de coagulación y consulta con el anestesista) que nos permita minimizar al máximo los riesgos de la operación.

La adenoidectomía se realiza bajo anestesia general, con el paciente con intubación orotraqueal, en decúbito supino con hiperextensión del cuello. Esto se puede realizar con la técnica clásica utilizando Curetas de Beckman y similares para eliminar la parte más voluminosa de la misma. Es importante hacer una buena limpieza tanto de la zona central como de las laterales del cavum. Tras el legrado adenoideo, se realiza hemostasia del lecho quirúrgico por comprensión con gasas introducidas a través de la boca en el cavum. Finalizado la operación se debe aspirar el lecho quirúrgico y del estómago del paciente, ante la probabilidad de ingesta de sangre durante la operación. Otras técnicas de operación pueden ser con radiofrecuencia o el láser.

## **Complicaciones de la post adenoidectomía:**

Post operatorio inmediato:

- Pulmonares, por aspiración.
- Hemorragia primaria (primeras 24 horas), principalmente intraoperatoria o el post operatorio inmediato. Se le estima una frecuencia entre el 3% y 5 %. Su causa más frecuente es el exceso de fuerza de legrado o una exeresis incompleta de los adenoides. Su tratamiento es hemostasia por compresión, en sangrados más graves, la hemostasia es con puntos de sutura, pinza bipolar o cauterio.
- Heridas o laceraciones en paladar o úvula.
- Post operatorio tardío:
  - Hemorragias tardías, se debe a un legrado incompleto de los adenoides.
  - Infecciones, las cuales se previenen mediante antibioterapia postoperatoria.
  - Insuficiencia velopalatina, esto se da en paladar hendido o úvula bífida.
  - Dolor de oído
  - Fibrosis local, esto implica ser cuidadoso a nivel de la trompa de Eustaquio.

## **Tratamiento farmacológico en pacientes post operados de amigdalectomía y adenoidectomía**

Según en la Sala de Recuperación Pediátrica, los fármacos más prescritos por los médicos son:

- Control del dolor: Los cirujanos de otorrinolaringología prescriben para el dolor en el periodo inmediato: Metamizol 25mg. Por kg. De peso (por vía endovenosa). Los glucocorticoides como dexametasonas y

metilprednisolona también son utilizados por sus propiedades antiinflamatorias. Paracetamol, indicada para el manejo en el hogar.

- Control de náuseas y vómitos. Dexametasona versus dimenhidrinato utilizado como profilaxis de las náuseas y vómitos post operatorias, más aun si el paciente durante el acto quirúrgico ha tragado sangre y cuando al despertar presenta náuseas muchas veces llegando al vómito.
- Control de hemorragias: Los otorrinolaringólogos prescriben siempre la administración de vitamina K (Fitomenadiona) de 10 a 20 mg. Para favorecer la coagulación y evitar la hemorragia.
- Control de infecciones: El medico prescribe cefalosporinas como Stat, la antibioterapia post operatoria está indicada para prevención de las complicaciones inefectivas locales y control de la bacteriemia transitoria post operatoria, la cual en algunos casos puede producirse; también se continua con dosis cefalosporinas en jarabes y cápsulas como tratamiento por una semana.

### **Uso de escalas de medición de riesgos post operatorios**

El uso e interpretación de las escalas nos facilita el trabajo y brinda cuidado inmediato hacia el paciente:

La enfermera debe tener conocimiento sobre el informe de la hoja de ANESTÉSICO, esto sirve como un antecedente para saber en qué condiciones ha sido la intervención quirúrgica, así se deberá saber la escala ASA (Escala de Estado Físico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos).

Clase 1. Individuo sano normal.

Clase 2. Paciente con enfermedad leve.

Clase 3. Paciente con enfermedad sistémica grave que no es incapacitante.

Clase 4. Paciente con enfermedad sistémica incapacitante que pone en peligro la vida en forma constante.

Clase 5. Paciente mobiliario, el cual no se espera que sobreviva 24 horas con cirugía o sin ella.

También la enfermera tendrá conocimiento del grado de riesgo quirúrgico (RQ) del paciente, de este modo la enfermera de la unidad de recuperación exige que tenga conocimiento de electrocardiograma y su interpretación para dar la voz de alerta o actuar de inmediato.

Uno de las escalas para evaluar la intensidad del dolor es la Escala Visual Análoga (EVA), la cual se aplica en recuperación pediátrica a niños pre escolares hasta los 15 años, quienes se comunican verbalizando permitiendo evaluar el dolor y sus formas de tratamiento, es una prueba muy sencilla en la que el paciente manifiesta de 1 a 10, marcando la intensidad del síntoma que se le propone. Los estudios realizados demuestran que el valor de la escala refleja de forma posible la intensidad del dolor y su evolución y depende de la numeración para que el paciente sea dado de alta. Vemos que la capacidad cognitiva en el niño es más por medios audiovisuales empleando para esta evaluación dibujos. (Ver anexo 5).

Otra evaluación importante es la escala de Aldrete, necesaria para evaluar al paciente post anestésico. El doctor Antonio Aldrete, médico graduado en 1960 creó esta escala que vino a ser lo análogo a la escala de Apgar para valorar a los neonatos, en 1970 publica como puntaje de recuperación post anestésica (PRP). Esta escala se aplica al paciente post anestésico cada 5 minutos durante los primeros 15 minutos, luego 10 minutos durante los siguientes 15 minutos y después cada 15 minutos durante la siguiente media hora. (Ver anexo 6).

## **Sala de recuperación de pediatría**

“Elemento esencial del área quirúrgica del hospital en el que se lleva a cabo la vigilancia de los pacientes durante el periodo postoperatorio inmediato, y que debe contar con toma de gases, dispositivo de aspiración, punto de luz, monitores de saturación arterial de oxígeno, frecuencia cardíaca y presión arterial. Asimismo, deben estar disponibles un desfibrilador, un electrocardiograma y drogas de resucitación”<sup>11</sup>.

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), la sala de recuperación pediátrica cuenta con todo lo mencionado anteriormente, los horarios de enfermería son mañana y tarde para lo cual cuenta con un flujograma establecido por el servicio. (Ver anexo 7 y 8). Se cuenta a veces con un anestesiólogo y la mayoría de las veces se trabaja sin ningún médico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la presencia de una enfermera por cada 3 camillas de recuperación; un anestesiólogo responsable de toda la unidad, quien también da el alta y en el segundo de los casos si no hubiera este, sería el propio anestesiólogo que dio el anestésico al paciente, quien dará el alta.

En el HNERM como hay 3 salas de operaciones de diferentes especialidades la atención es de lunes a viernes de 7:30 am a 8 pm siendo los días martes, días de operaciones otorrinolaringológicas; generalmente los pacientes salen cada hora después del intervento quirúrgico y la congestión de pacientes se agudiza. Además, se elabora sin la presencia del anestesiólogo, el cual permanece más en la sala quirúrgica.

## **Educación sanitaria para manejo en el hogar del paciente post operado**

### **-Dieta:**

- No tomar líquidos con pitillo por 2 semanas, únicamente con cuchara.
- Después de la cirugía, debe tenerse en la nevera un buen abastecimiento de agua, hielo, picado, paletas, helados, raspado, gatorade, bon ice, jugos no ácidos y similares..
- El paciente poco a poco ira asimilando alimentos de más consistencia, como sopas, caldos, etc. Su consumo debe ser estimulado lo antes posible.
- EL paciente típicamente no recibirá alimentos sólidos sino hasta 1 semanas después. Esto no debe generar alarma en os padres.
- Debe evitarse el consumo de alimentos crocantes durante 3 semanas después de la cirugía.

### **-Actividad física:**

- La actividad física debe ser controlada. Durante la primera semana, se recomienda que el paciente no salga de casa, pero tampoco debe permanecer en cama todo el tiempo. El ejercicio físico debe ser restringido durante el primer mes, de modo que debe prohibírsela clase de educación física, natación, deportes de contacto, etc.
- La incapacidad escolar usualmente es 7 días, pero cada caso es distinto.
- El niño nunca debe ser dejado solo, durante las dos semanas siguientes.

### **-Dolor:**

- La cirugía puede llegar a ser muy dolorosa pudiendo aparecer en diferentes grados en cada paciente, por lo que debe ser puntual y exacto en la dosis, el dolor típicamente aumenta entre el 4to y 5to día post operatorio y tiende a desaparecer por completo al final de la

segunda semana, el dolor de garganta es la razón por la que varios pacientes dejan de comer por bastante días. Es necesario insistir al paciente para que tome líquidos abundantes, para evitar la deshidratación.

- Envolver hielo picado en una toalla y colocarlo en el cuello del paciente puede ayudar a disminuir la inflamación de la garganta.

### **Teorías de enfermería**

Para laborar en la sala de recuperación pediátrica tomo como ejemplo a Florencia Nightingale, quien es pionera en la formación de la sala de recuperación, importante para el seguimiento del paciente post operado, teniendo en cuenta siempre el entorno como cuidado principal; lo que siempre aplicamos en bioseguridad, requisito indispensable para la pronta recuperación y prevención de enfermedades sobre agregadas en el paciente, donde podemos visualizar esto: en el lavado de manos que realizamos antes y después de cada procedimiento en el paciente pediátrico.

La otra teoría que tendremos en cuenta para este trabajo es la de Jean Watson. Hoy en día hay mucha deshumanización global, no se quiere al ser humano en todo su ámbito y que decir de ese ser tan pequeñito e indefenso que necesita de amor y más aún por estar en pleno desarrollo y crecimiento donde capta todo nuestro cuidado de enfermería, el cual debe ser humanizado con un amor incondicional siendo esencial para su recuperación. En esta teoría la enfermera adopta en forma armónica la planificación y ejecución de los cuidados.

También otra teoría que me ayudo a la elaboración que me ayudo es la de Hildegard Peplau centrado en el cuidado de las relaciones interpersonales entre la enfermera y el paciente; me hizo tomar al paciente y familia como eje principal en el aspecto psicosocial, por qué digo esto?, porque cuando son muy pequeñitos, los infantes no expresan



con facilidad sus pensamientos muchas veces lo hacen llorando y no comprenden lo que está pasando, de esta al interrelacionarme con el paciente y la familia es más fácil la atención, tal es así que durante la charla se les oriento sobre cómo deberían colaborar para el intervento quirúrgico; luego cuando ellos preguntan si sus hijos iban a ser dormidos para cirugía para esto llame al anesthesiólogo, quien les dio informe sobre los efectos anestésicos. Ya más calmados se les coloca la bata y son conducidos al quirófano y durante el alta se les educa sobre los cuidados post operatorios sobre adenoamigdalectomia estando en casa.

### 2.3 Definición De Términos

- **Cuidado de Enfermería.** Rol que cumple la enfermera para satisfacer las necesidades y problemas suscitados en el paciente.
- **Paciente pediátrico.** Comprende todo niño de 0 a 15 años de edad
- **Amigdalotomía.** Procedimiento quirúrgico de extirpación de las amígdalas
- **Adenoidectomia.** Procedimiento quirúrgico de extirpación de los adenoides

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

- Para la recolección de datos se pidió mediante una solicitud al centro de operaciones estadísticas del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, datos numéricos de la incidencia de pacientes que han sido sometidos en amigdalotomía, adenoidectomía y adenoamigdalectomía del año 2010 al 2013.
- Para la elaboración del informe de experiencia laboral se revisó las historias clínicas específicamente de un caso de adenoamigdalectomía por supuesto pidiéndole permiso a la licenciada de enfermería, jefa de sala de operaciones de pediatría.
- Se pidió permiso también a los familiares y personal que labora en el servicio para la toma de las fotos. (Ver anexos 11, 12 y 13).

#### **3.2 Experiencia profesional**

Mi primera labor como profesional fue en Pampas – Tayacaja, provincia del departamento de Huancavelica. Como serumista era un trabajo multifuncional porque aparte de ser enfermera, también ejercía de jefa del centro asistencial, dicen que la enfermería es un arte, vaya que si lo es. Mi segunda experiencia fue en el hospital Guillermo Almenara del año 1995 a 1997 en el servicio de emergencia de adultos, pacientes con diferentes patologías, en dicho nosocomio se laboraba 220 horas mensuales por lo que postule al hospital 2 de Mayo para el nombramiento y cogí el concurso que era solamente para 2 vacantes por fin ya laboraba 150 horas mensuales, aprendí en este hospital a valorar más al ser humano, por el que siempre velamos. Después quise experimentar ya más actividades complejas y postule al hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins laborando desde 1998 hasta 2010 –octubre en el servicio de cuidados intermedios de adultos (7B) que fue inaugurado con

varias colegas. Concurse en el 2003 a nivel nacional para viajar al extranjero y realizar el intercambio de experiencia laboral, el cual gane y fui de viaje a Italia al hospital de Hesperia- Modena durante un año, experiencia muy hermosa; no hay duda que el nivel académico, teórico y práctico de enfermería en el Perú es alto, pudiendo de esta manera demostrar la atención de calidad hacia el paciente; luego seguí laborando en 7B Unidades de Cuidados Intermedios de adultos. Por motivos de salud en 2010-octubre pido transferencia al área de pediatría, lugar donde fue un reto para mí por ser primera vez que laboro con niños y que ahora puede decir estar satisfecha porque con 18 años de experiencia laboral en el HNERM, se puede decir que como enfermera realmente me siento realizada ya que el perfil profesional a lo largo de la carrera se ve en los efectos deseados porque se da una atención de calidad humana, siempre se está dispuesta al servicio de la persona brindándole una atención integral. Considerando al humano en toda su esfera biopsicosocial y más aun teniendo en cuenta la bioética profesional. Además, velamos por la promoción de salud en todos los niveles previniendo riesgos sobre agregados a la enfermedad fomentando el autocuidado. ¿Cómo? Haciendo que participe en el cuidado de sí mismo (educación).

Comencemos a hablar de los cuidados de enfermería en los pacientes post operados de Amigdalectomía y Adenoidectomía. (Ver anexo 9).

### **3.3 Procesos realizados**

- En una ocasión cuando el paciente post operado de adenoamigdalectomía, despertaba inconsolablemente sollozando y me di cuenta que lo única que quería ver era a su madre, yo siempre les decía “Vamos a ver a la mamá”, frase que fue repitiéndose por todo el personal en forma habitual.
- Muchas veces vestía la mamá con la bata blanca, gorro, mascarilla y botas para que esté lista en el momento de despertar del bebe.

- Cuando ya era el alta del paciente se brindaba las charlas sobre los cuidados en casa, el cual era en forma individualizada de mamá en mamá.

### **Proceso de atención de enfermería en pacientes pediátricos adenoamigdalectomizados**

#### **a) Fase de recolección de datos**

Se trató de un caso específicamente de un niño post operado de adenoamigdalectomía que a continuación se presenta.

#### **Valoración**

##### **Datos Generales obtenidos de la Historia Clínica.**

Fecha de Ingreso al Servicio : 10/10/2014  
Nombre del paciente : NN  
N° de Seguro : 201220101-000  
Etapa de la vida : Pre escolar.  
Edad : 5 años.  
Lugar de Nacimiento : Hosp. Nac. Edgardo Rebagliati  
Peso : 25 kg.  
Persona encargada : NN  
Grado de Instrucción : Superior Técnica.  
Ocupación : Secretaria.  
N° de Hijos : 3 hijos vivos.

##### **Antecedentes Patológicos:**

- Adenoamigdalitis 3 veces al año por 2 años.
- Prematuridad, bajo peso.
- Vacuna incompleta.

##### **Diagnóstico Médico Preoperatorio:**

- Adenoamigdalitis crónica.

##### **Diagnóstico Médico postoperatorio:**

- Adenoamigdalectomía.

**- Datos antes del Intervento Quirúrgico:**

(Durante la charla educativa hacia los pacientes y padres)

Es día martes (día de la especialidad de Otorrinolaringología). En la sala de espera (sala de recibimiento de madre – niño), ingresan todos los niños programados ambulatoriamente, se les saluda, presentándome: Buenos días, soy la Enfermera de Recuperación Pediátrica quien atenderá y cuidará a su niño, llama la atención Toño niño de 5 años de edad, a quien se le observa apegado a su madre, con ojos llorosos, refiere “que me van hacer”; madre pregunta ¿Señorita a mi hijo lo van hacer dormir? A la entrevista a la madre se le pregunta ¿De qué va hacer intervenido su hijo? Menciona: “Lo van operar de las amígdalas”.

**Datos Post operatorios de pacientes con Adenoamigdolectomizado.**

Datos Objetivos cuando el paciente ingresa a Sala de Recuperación Pediátrica dormido, post anestésico, acompañado de anesthesiólogo y enfermera circulante:

Escala de Ransey: 2

Valoración de Aldrete: 6

Examen Físico durante la anestesia:

- Piel: rosado íntegro.
- No se evidencia hemorragia.
- Respiratorio: FR: 50x' ST<sub>O</sub>2 90%.
- Cardiovascular: Taquicárdico FC = 120 x'
- Ocular: Normales
- Urinario: aun no orina.
- Motora: músculos respiratorios con elevaciones semiplanas.

Datos Objetivos cuando el Paciente despierta post anestésico:

- Despierta súbitamente, se desprende del tubo de mayo, se sienta, quiere levantarse, pregunta por su mamá, llora inconsolablemente.
- Presenta arcadas.

- Paciente refiere "me duele la garganta"

Datos Objetivos en la Sala Conjunto – Familiar.

- Mamá pregunta "porqué mi hijo no puede hablar bien"; se le observa temblorosa.
- Paciente llega a vomitar restos de sangre digerida.

Datos Obtenidos de Hoja Anestésica:

- Anestesia: General.
- Volumen infundido: 400 cc.
- Tiempo de Operación: 30'

#### **Intervención interdependiente.**

#### **Laboratorio:**

- Grupo sanguíneo: O
- Factor Rh: positivo
- Hemograma:
  - Hematocrito: 36.4
  - Hemoglobina: 12 %
- Perfil de coagulación: 11.2
- Glucosa: 80 mg/dl
- Urea: 2
- Creatinina: 0.5

#### **Tratamiento médico:**

- Cefalotina 250 mg x EV Stat.
- Vitamina K 1amp. x EV Stat.
- Dexametasona 2 mg. x EV
- Metamizol 350 mg. x EV
- Dimihidrinato 20 mg x EV
- Metoclorpramida 2 mg. x EV
- Control de Funciones Vitales + Diuresis.

Ver Anexo 12.

**b) Diagnóstico de enfermería enfocada a las respuestas humanas identificados en el paciente, según taxonomía Nanda.**

**Dominio 11: seguridad / protección**

- Confusión aguda r/c efectos secundarios de fármacos anestésicos m/p creciente agitación e intranquilidad.
- Riesgo de aspiración r/c alteración del estudio de conciencia.
- Riesgo de caídas r/c efectos de fármacos anestésicos.
- Riesgo de infección f/r herida operatoria.

**Dominio 12: confort**

- Dolor agudo r/c agentes lesivos.
- Náuseas y vómitos f/r distensión gástrica debido al retraso en el vaciado gástrico m/p sangre digerida.

**Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés.**

- Ansiedad r/c el estado de salud.
- Temor m/p llanto, negatividad hacia la intervención quirúrgica.

**Dominio 5: percepción / cognición**

- Conocimientos deficientes r/c la poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

**Objetivos:**

- Prevenir junto con el equipo multidisciplinario las complicaciones de la intervención quirúrgica.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas derivados de la intervención quirúrgica.
- Evitar riesgos de aspiración.
- Evitar caídas en el paciente.
- Disminuir riesgo de infección.
- Calmar el dolor agudo.
- Disminuir la ansiedad y temor.
- Educar al paciente y a la familia en todo lo relacionado al proceso quirúrgico y los cuidados en casa.





DIAGNÓSTICO NANDA	DEFINICIÓN	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
<p><b><u>DOMINIO 11:</u></b> <b>Protección / Seguridad</b> <b>00155</b> Riesgo de caídas r/c efectos de fármacos anestésicos.</p>	<p>Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico, un factor de riesgo es la medicación: inhibidores de las enzimas conversora de la angiotensina (IECA), consumo de alcohol, ansiolíticos, agentes antidepresivos, diuréticos, hipnóticos, narcóticos, tranquilizantes..</p>	<p><b>6486.</b> Manejo Ambiental: Seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observación constante.</li> <li>- Evaluar las camillas, cunas.</li> <li>- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuada.</li> <li>- Colocación de colchonetas.</li> <li>- Cuando despierte orientarlo con la realidad.</li> <li>- Permitir que un familiar se quede con el paciente.</li> </ul>	<p><b>1828</b> Conocimiento sobre prevención de caídas.</p> <p><b>1909</b> Conducta de prevención de caídas.</p>

DIAGNÓSTICO NANDA	DEFINICIÓN	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
<b><u>DOMINIO 12: Confort</u></b> <b>00132</b> Dolor agudo r/c agentes lesivos.	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial adscrita en tales términos.	<b>1400</b> Manejo de dolor.  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar dolor con la escala de EVA.</li> <li>-</li> </ul> <b>2210</b> Administración de Analgésicos.  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración de metamizol 350 mg x EV.</li> </ul>	<b>2012</b> Nivel de dolor.  <b>2301</b> Respuesta a la medicación.  <b>1605</b> Control del dolor.

DIAGNÓSTICO NANDA	DEFINICIÓN	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
<p><b><u>DOMINIO 11:</u></b></p> <p><b>Protección / Seguridad</b></p> <p><b>00039</b> Riesgo de aspiración r/c alteración del estado de conciencia.</p>	<p>Riesgo de que penetren en el árbol traqueo bronquial las secreciones gastrointestinales oro faríngeas, sólidos o líquidos.</p>	<p><b>3320</b> Oxigenoterapia control de su eficacia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar la cabecera del paciente a 45° a 90°.</li> <li>- Observe y valore las características de la ventilación.</li> <li>- Observe y valore el aporte de O<sub>2</sub> y la saturación.</li> </ul> <p><b>3200</b> Precauciones para evitar la aspiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coloque la cabecera del paciente a 45°C o 90°C.</li> <li>- Conservar el tubo oro faríngeo respectivo.</li> <li>- Mantenga la vía aérea permeable mantener el equipo de aspiración disponible.</li> <li>- Coche de paro equipado.</li> </ul>	<p><b>0403</b> Estado respiratorio: Ventilación.</p> <p><b>1918</b> Prevención de la aspiración.</p> <p><b>0410</b> Estado respiratorio permeabilidad de las vías respiratorias.</p>

DIAGNÓSTICO NANDA	DEFINICIÓN	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
<p><b>DOMINIO 12: Confort</b></p> <p><b>00134</b> Náuseas y vómitos r/c distensión gástrica debido al retraso en el vaciado gástrico m/p sangre digerida..</p>	<p>Sensación subjetiva desagradable como oleados en la parte posterior de la garganta, epigástrico o abdomen que pueda provocar la urgencia o necesidad de vomitar.</p>	<p><b>1450</b> Manejo de las náuseas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distraer al paciente.</li> <li>- Proporcionarle un algodón empapado de alcohol.</li> </ul> <p><b>1570</b> Manejo de vómito.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar la cabecera del paciente a 45°C a 90°C.</li> <li>- Colocar cubeta para eliminación de la secreción.</li> <li>- Enjuague con agua estéril frío.</li> </ul> <p><b>2314</b> Administrar medicación intravenosa según prescripción médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimihidrinato 20 mg x EV.</li> <li>- Metoclorpramida 2 mg x EV.</li> </ul>	<p><b>1618</b> Control náuseas y vómitos.</p>

DIAGNOSTICO NANDA	DEFINICION	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
<p><b><u>DOMINIO 11:</u></b> <b>Protección / Seguridad</b> <b>00004</b> Riesgo de infección f/r herida operatoria.</p>	<p>Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.</p>	<p><b>6540</b> control de Infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de temperatura.</li> <li>- Mantener medidas de bioseguridad.</li> </ul> <p><b>6680</b> Monitorización de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de PA, FC, T°, FR.</li> </ul> <p><b>2440</b> Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar en todo momento medidas de bioseguridad.</li> </ul> <p><b>2314</b> Administrar medicamento intravenoso según prescripción médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefalotina 250 mg x EV Stat.</li> </ul>	<p><b>1094</b> Controla riesgo: Infección.</p>

DIAGNÓSTICO NANDA	DEFINICIÓN	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
<p><b><u>DOMINIO 5:</u></b></p> <p><b>Percepción y cognición.</b></p> <p><b>00126</b> Conocimientos deficientes r/c la poca familiaridad con los recursos para obtener la información.</p>	<p>Carencia o deficiencia de información cognitiva, relacionado con un tema específico.</p>	<p><b>7040</b> apoyo al cuidador principal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suministrar información necesaria, recomendar y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de los cuidados.</li> </ul> <p><b>5619</b> Enseñanza: Dieta prescrita.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta blanda, semisólida durante 4 o 5 días.</li> <li>- Helados.</li> <li>- Líquidos fríos después de 4 horas.</li> </ul> <p><b>1710</b> Mantenimiento de Salud bucal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enjuague con agua hervida fría.</li> </ul> <p><b>1850</b> Mejora el sueño.</p>	<p><b>1824</b> conocimiento: cuidado en la enfermedad.</p> <p><b>1812</b> Enseñanza dieta.</p> <p><b>1100</b> Higiene bucal.</p> <p><b>0004</b> Sueño.</p> <p><b>0003</b> Descanso.</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Acomodar al niño semifowler (semisentado).</li><li>- Dormitorio en penumbra.</li><li>- Vigilia del paciente.</li></ul> <p><b>6650</b> Vigilancia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Si hay dolor, sangrado que impidieran la deglución (mencionarle que es momentáneo); y que sí, se agrava acudir a Emergencia pediátrica.</li><li>- Aplicar collar de hielo en el cuello según tolerancia del paciente.</li></ul>	<p><b>1010</b> Estado de deglución.</p>
--	--	---	---

DIAGNÓSTICO NANDA	DEFINICIÓN	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
<p><b><u>DOMINIO 9:</u></b></p> <p><b>Afrontamiento / tolerancia al Estrés.</b></p> <p><b>000146</b> Ansiedad r/c estado de salud..</p>	<p>Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma cuyo origen con frecuencia es desconocida para el individuo, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.</p>	<p><b>5270</b> Apoyo Emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencionarle al niño palabras dulces.</li> <li>- Tratarlo en forma maternal.</li> <li>- Facilitar el acompañamiento familiar.</li> </ul>	<p><b>1211</b> Nivel de Ansiedad.</p> <p><b>1311</b> Adaptación del niño a la hospitalización.</p>



DIAGNÓSTICO NANDA	DEFINICIÓN	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
<p><b><u>DOMINIO 9:</u></b></p> <p><b>Afrontamiento / tolerancia al Estrés.</b></p> <p><b>000148</b> Temor m/p llanto, negatividad hacia el intervento quirúrgico.</p>	<p>Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.</p>	<p><b>5380</b> Potenciación de la Seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencionar al paciente que está con una persona que velará, lo cuidará en todo momento.</li> </ul> <p><b>5460</b> Contacto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cogerlo de la mano, una palmadita, ganarse su confianza.</li> </ul>	<p><b>1213</b> Nivel de Miedo: infantil.</p>

## IV. RESULTADOS

**Tabla N° 4.1**

Operaciones realizadas en pacientes de 0-15 años, según cirugía del año 2010:

Tipo de cirugía	Edad															Total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15
Adenoidectomía				1	1					2							4
Amigdalectomía	1	1	3	5	4	8	4	7	5	1	2	1	3	2	1	1	49
Adenoamigdalectomía					2	2	1	1									4
Total	1	1	3	6	7	10	5	8	5	3	2	1	3	2	1	1	57

Fuente: Unidad de Estadística, Oficina de Gestión y Desarrollo.  
ESSALUD. HNERM.

Interpretación: En la tabla N° 4.1 tenemos que en el año 2010 de un total de 57(100% ) a niños entre 0 a 15 años de edad, llama la atención que en su mayoría son 49(85%) niños que se operaron de amigdalectomía; 4 (7%) de adenoidectomía y 4 (7%) de adenoamigdalectomía.

**Tabla N° 4.2**

Operaciones realizadas en pacientes de 0-15 años, según cirugía del año 2011:

Tipo de cirugía	Edad																Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Adenoidectomía			1	2	1	2	1	1									8
Amigdalectomía			2	6	5	4	7	5	5	3	3	3	2	1			46
Adenoamigdalectomía					1	2	5										8
<b>Total</b>	0	0	3	8	7	8	13	6	5	3	3	3	2	1	0	0	62

Fuente: Unidad de Estadística, Oficina de Gestión y Desarrollo.  
ESSALUD. HNERM.

Interpretación: En la tabla N° 4.2 operaciones 2011 vemos que del total de 62 (100%) niños de 0 a 15 años también en su mayoría representan el 46 (44%) que se operaron de amigdalectomía; siendo el 8(12%) de adenoidectomía y 8(12%) de adenoamigdalectomía.

**Tabla N° 4.3**

Operaciones realizadas en pacientes de 0-15 años, según cirugía del año 2012:

Tipo de cirugía	Edad																Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Adenoidectomía				2			1		1					1			5
Amigdalectomía			1	3	2	2	2	5		3	1	1			2		22
Adenoamigdalectomía					3	5	3										11
Total	0	0	1	5	5	7	6	5	1	3	1	1	0	1	2	0	38

Fuente: Unidad de Estadística, Oficina de Gestión y Desarrollo.  
ESSALUD. HNERM.

Interpretación: En esta tabla N° 4.3 de operaciones realizadas en pacientes de 0 a 15 años de edad del año 2012, vemos que del total de 38(100%) la mayoría son operaciones de amigdalotomía siendo el 22(58%); que luego sigue el 11(29%) de adenoamigdalectomía y 5(13%) de adenoidectomía.

**Tabla N° 4.4**

Operaciones realizadas en pacientes de 0-15 años, según cirugía del año 2013:

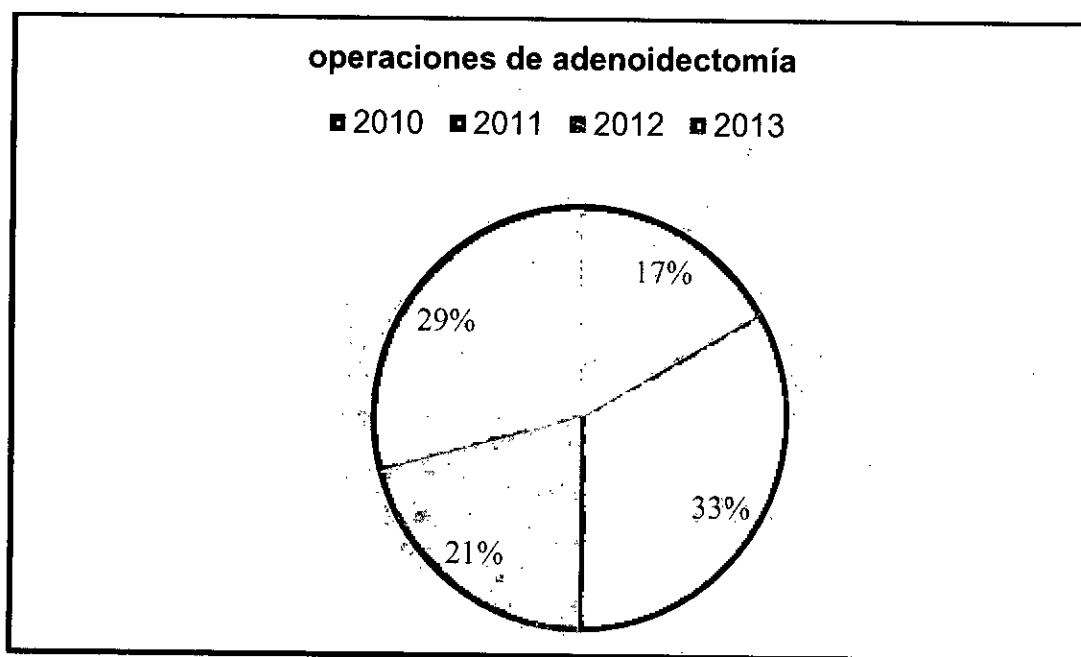
Tipo de cirugía	Edad																Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Adenoidectomía				1	2	2			1			1					7
Amigdalectomía		1	1	4	4	5	2	4	3		1	2	2			1	30
Adenoamigdalectomía					3	2	1	8	1								15
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>52</b>

Fuente: Unidad de Estadística, Oficina de Gestión y Desarrollo.  
ESSALUD. HNERM.

Interpretación: En esta última tabla N° 4.4 de operaciones realizadas en pacientes de 0 a 15 años de edad del año 2013; visualizamos que del total de 52(100%); que el porcentaje mayor son de operaciones de amigdalectomía representando el 30 58%), 15(29%) de adenoamigdalectomía y 7(13%) de adenoidectomía.

### Gráfico N° 4.1

Total de operaciones de adenoidectomía del año 2010 hasta el año 2013 realizadas en pacientes de 0-15 años:

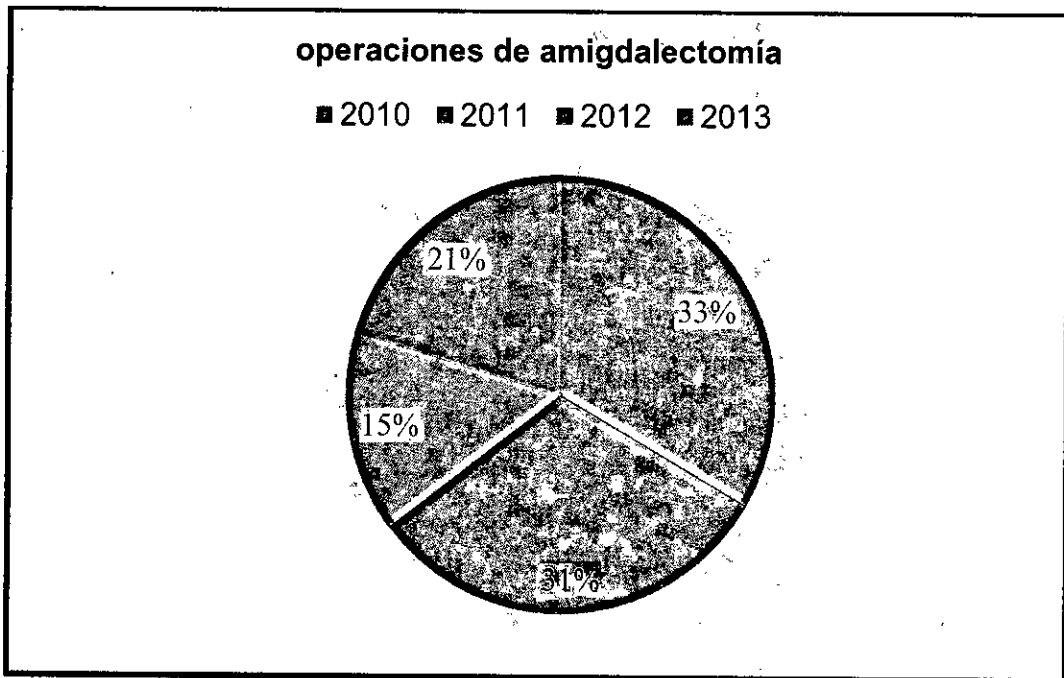


Fuente: Unidad de Estadística, Oficina de Gestión y Desarrollo. ESSALUD. HNERM.

Interpretación: En el gráfico N° 4.1 vemos que el total de operaciones de adenoidectomía del año 2010 hasta el año 2013 realizadas en pacientes de de 0 a 15 años de edad, tenemos que el 33% se operaron en el 2011; 29% en el 2013, 21% en el año 2012 y 17% en el año 2010.

**Gráfico N° 4.2**

Total de operaciones de amigdalotomía del año 2010 hasta el año 2013 realizadas en pacientes de 0-15 años:

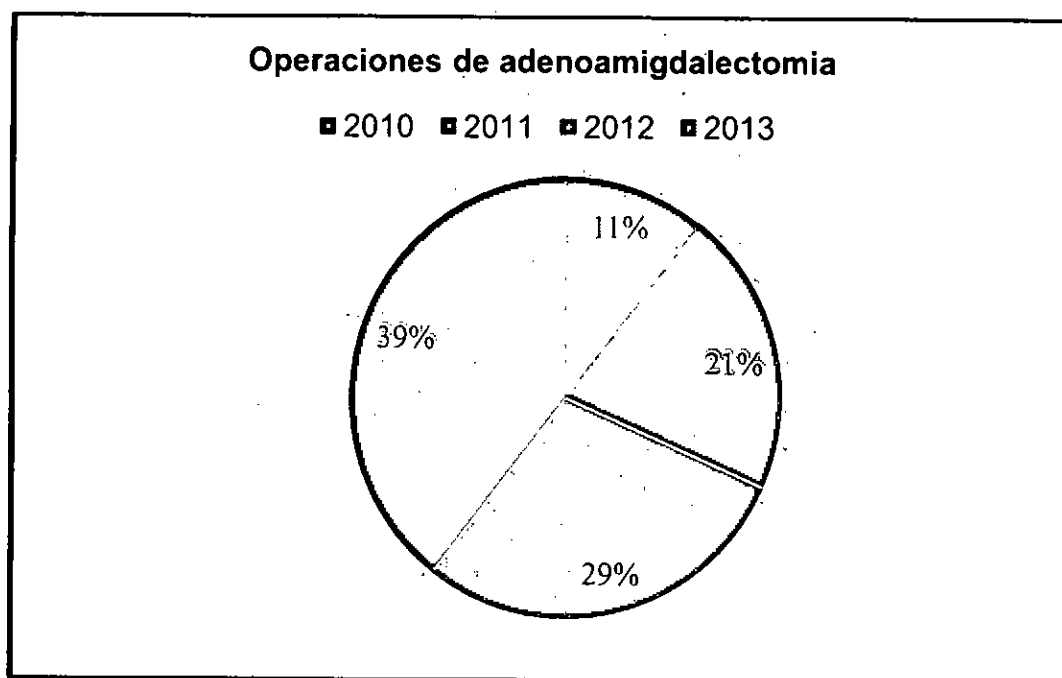


Fuente: Unidad de Estadística, Oficina de Gestión y Desarrollo.  
ESSALUD. HNERM.

Interpretación: En el gráfico N° 4.2 tenemos que en el año 2013 un 33 % de niños de 0 a 15 años de edad se operaron de amigdalotomía, continua con un 31% de operaciones de amigdalotomía en el año 2011, un 21% de operaciones de amigdalotomía en el año 2012 y solamente un 15% en el año 2010.

### Gráfico N° 4.3

Total de operaciones de adenoamigdalectomía del año 2010 hasta el año 2013 realizadas en pacientes de 0-15 años:



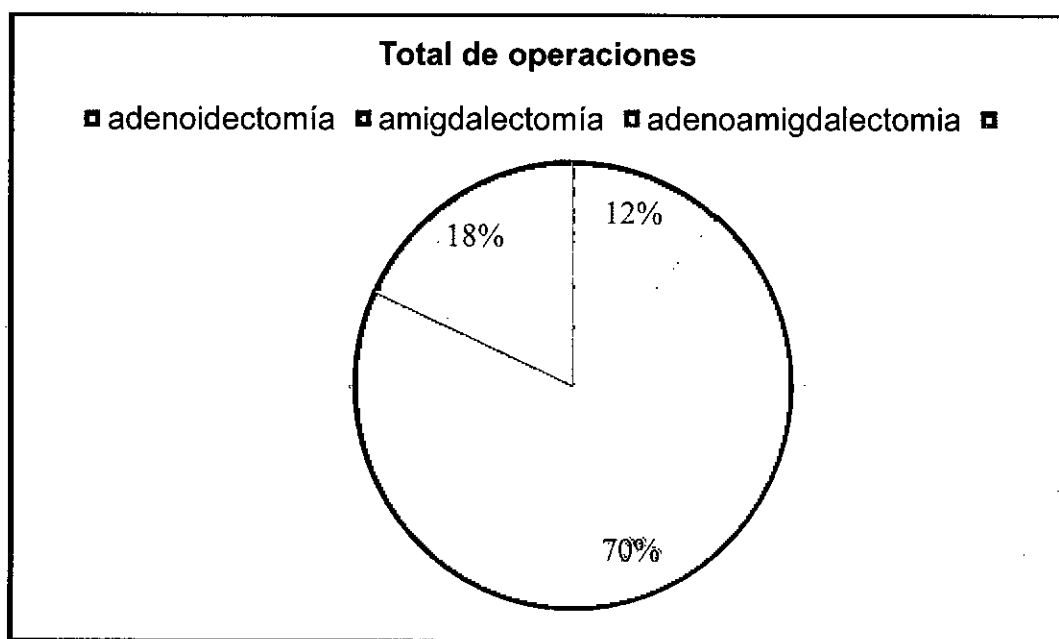
Fuente: Unidad de Estadística, Oficina de Gestión y Desarrollo.  
ESSALUD. HNERM.

Interpretación: En la gráfica N° 4.3 del total 100 % de operaciones de adenoamigdalectomía de pacientes de 0 a 15 años de edad se observa un creciente porcentaje año tras año de esta enfermedad, vemos que en el 2013 se presenta un 39%, en 2012 un 29%, en 2011 un 21% y 2010 un 11%.



#### Gráfico N° 4.4

Total de operaciones realizadas desde el 2010 hasta el 2013.



Fuente: Unidad de Estadística, Oficina de Gestión y Desarrollo.  
ESSALUD. HNERM.

Interpretación: En el gráfico N° 4.4 del total de operaciones realizadas en pacientes de 0 a 15 años de edad entre el 2010 y 2013, cabe resaltar que el 70% son operaciones de amigdalotomía, seguido en un 18% de adenoamigdalectomía y un 12% de adenoidectomía.

## V. CONCLUSIONES

- a) El escribir mi experiencia laboral sobre los cuidados de enfermería en amigdalectomía y adenoidectomía me ha dado una satisfacción como profesional, brindando siempre mi atención en forma humanizada y maternal, donde implemente el acompañamiento de la madre hasta el momento en que el niño ingrese al quirófano.
- b) Describir los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos adenoamigdalectomizados mencionados en este informe ha servido para hacer el efecto multiplicador en todo el personal del servicio.
- c) Las operaciones que más predominan son de amigdalectomía frente a adenoidectomía y de adenoamigdalectomía en pacientes de 0 a 15 años de edad de los años 2010 al 2013.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Los anestesiólogos deberían seguir el proceso establecido en el flujograma propuesto (anexo 8)
  
- b) Fomentar la elaboración de folletos, donde la educación sanitaria sea más del tipo audiovisual y debería ser entregado días antes del intervento quirúrgico a los padres de familia.
  
- c) Que se lleve a cabo lo que recomienda la OMS (Organización Mundial de la Salud) acerca de la dotación de enfermera según grado de dependencia, el cual está establecido a una razón de una enfermera para 3 pacientes, porque el despertar de los pacientes pediátricos post anestésicos es sumamente riesgoso.

## VII. REFERENCIALES

1. CRUZ, C., Motta, H. Amigdalectomía. Cirugía General. Guatemala Documents.mx [internet]. [actualizado 15 junio 2015, citado 10 julio 2016]. Disponible en: <http://documents.mx/documents/amigdalectomia-558468bf23ded.html>
2. MINISTERIO DE SALUD. DISA IV Lima – Este. San Juan de Lurigancho. Perú: [actualizado 20 enero 2010, citado 10 julio 2016]. Disponible en: <http://www.hospitalsjl.gob.pe/Archivos/Descarga/Tarifario/Tarifario2010.pdf>
3. ESSALUD-Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Unidad de Estadística, Oficina de Gestión y Desarrollo. Operaciones realizadas del año 2010 al 2013 en amigdalectomía, adenoidectomía y adenoamigdalectomías en pacientes de 0 a 15 años de edad. 2015.
4. ESTRADA, Arellano, Martínez, Castañeda. Cuernavaca: Trujillo. 2015 [internet]., [actualizado 10 dic 2015, citado 11 julio 2016]. Disponible en: <http://www.otorrinocuerna.com/?s=4-j>.
5. KAIN, Z. Preparación psicológica de los niños y de sus padres antes de pasar por el quirófano. España: Med. 2002. pp.1238-1245.
6. HIDALGO, M., Miranda, N. 1,2,3...a dormir. La historia de operación de Nery. 2016. An Pediatr [Internet]. [citado 11 julio 2016]. 1era ed. Disponible en: <http://www.quironsalud.es/es/comunicacion/notas-prensa/reducir-ansiedad-ninos-intervencion-favorece-proceso-quirur>.
7. PEREA Barena Carmen. Hospital Universitario Virgen de La Victoria. Enferm Docente. Plan de cuidados en el postoperatorio inmediato. [Página principal en Internet]. España: [actualizada 16 febrero 2003; consultado 8 julio 2016]. Disponible en:

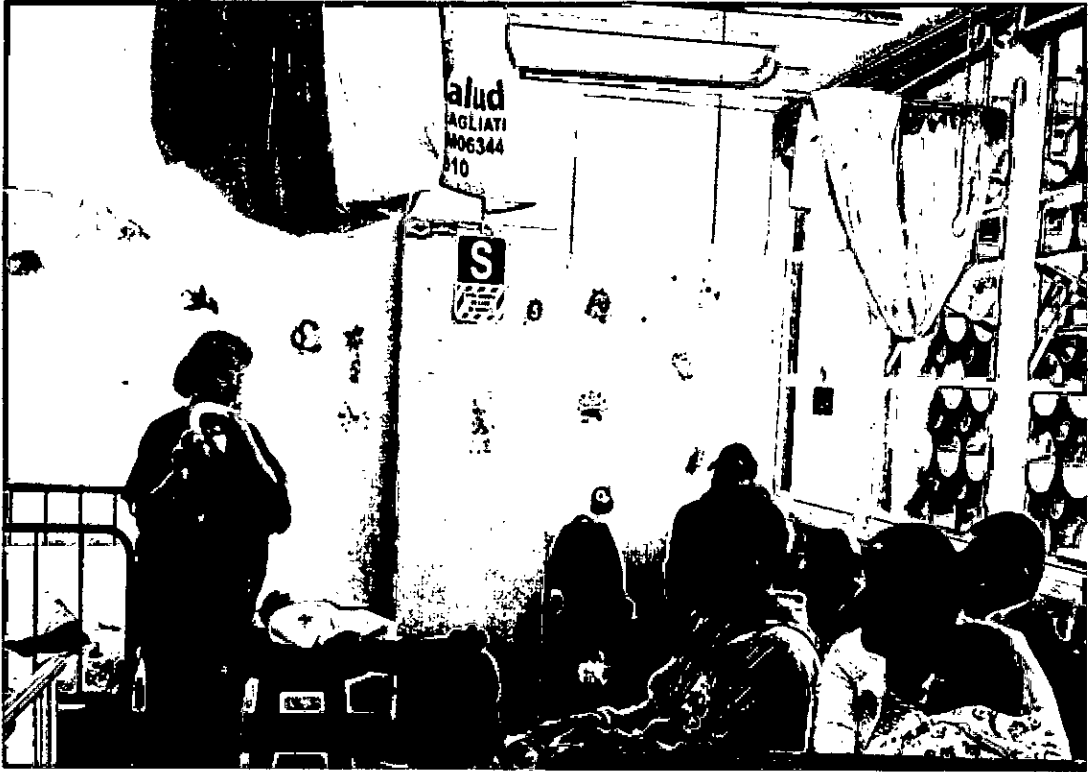
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-79-09.pdf>

8. FIGUEROA Morales, Marco Antonio & otros. Amigdalectomía en niños. Secretaria de Salud. México. 2012. An Pediatr [Internet]. 2012. [citado 12 julio 2016]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/361\\_GPC\\_Amigdalectomiaenninos/361GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/361_GPC_Amigdalectomiaenninos/361GER.pdf).
9. REYES D, Rodríguez J. Consideraciones clínico- epidemiológicos sobre la adenoamigdalitis crónica en la infancia. Cuba. 2013. AMC. [Revista en línea]. 2013.(citado 14 julio 2016);17(1):31-40. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552013000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000100007).
10. RUIZ, A. Comparación de la recurrencia de faringitis en niños de 3 a 12 años, quienes han sido sometidos a amigdalectomia o adenoidectomia. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 2002. [Tesis doctoral].
11. BRUNETTO B, Castilla A, Sacaluga F. Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. LILACS. [Revista en línea]. 1992.(citado 18 julio 2016); 52 (3): 167-71. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=131692&indexSearch=ID>.
12. MOYANO D, González R, Peirano E, Bermeo J, Narvaez C, Smith A. Resultados en cirugía mayor ambulatoria en otorrinolaringología en un hospital de baja complejidad. LILACS. [Revista en línea]. 2013.(citado 26 julio 2016. 73(1). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48162013000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162013000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
13. MACAYA MARTÍNEZ, Ana, Arruti González, Ignacio. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Amigdalectomia y adenoidectomia Indicaciones, técnicas y

- complicaciones. España: Elsevier. 2014. Libro virtual de formación en ORL. [Libro electrónico]. 6a ed. España: SEORL. 2008. pp. 1-14. [citado 15 julio 2016]. Disponible en: <http://seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/079%20-%20AMIGDALECTOM%C3%8DA%20Y%20ADENOIDECTOM%C3%8DA%20INDICACIONES,%20T%C3%89CNICAS%20Y%20COMPLICACIONES.pdf>.
14. RAILE M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 8va ed. España: Elsevier. 2014.
  15. NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. En: Heather, PhD, RN, editores. España: Elsevier. 2014.
  16. GARCÍA, María Serafina. Guía de Práctica Clínica en Otorrinolaringología. [Página principal en Internet]. España: Universidad de Oviedo; 2010. (Actualizado 20 julio 2010, citado 10 julio 2016). Disponible en: [http://www10.uniovi.es/SOS-PDA/online/valNorm/valoresNormales2\\_8.html](http://www10.uniovi.es/SOS-PDA/online/valNorm/valoresNormales2_8.html).
  17. ABOUT Kids Health; Cirugía de amígdalas y adenoides: cuidado del niño después de la operación. España. 2008.( Actualizado 11 octubre 2008, citado 2 julio 2016). Disponible en: <http://www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/Multilingual/es/Pages/Tonsil-Surgery-or-Tonsil-and-Adenoid-Surgery-Caring-For-Your-Child-After-the-Operation.aspx>.
  18. CINTERO G, Nietto F. Perfil Pediátrico. En: Servicio de Salud Dirección General de Asistencia Sanitaria(SES). Planes de cuidado de enfermería en atención especializada: Estandarización en Extremadura. [Libro electrónico]. España; 2011. [citado 13 julio 2016]. Disponible en: [http://respir20.diba.cat/sites/respir20.diba.cat/files/libro\\_planes\\_cuidados\\_especializada.pdf](http://respir20.diba.cat/sites/respir20.diba.cat/files/libro_planes_cuidados_especializada.pdf).

# **ANEXOS**

## ANEXO 1



Charla hacia los padres y pacientes sobre los procedimientos de la intervención quirúrgica.





### ANEXO 3

#### 4.- BALANCE HÍDRICO

		INGRESOS				EGRESOS					BALANCE
FECHA:											FECHA:
TIPO SOL.	CL NA 9%	DEXT. 5%	SANGRE	PLASMEX		DURESIS	DRENAJE	VÓMITOS	OTROS	P. INSER.	INGRESO:
EN S. OP.											EGRESO:
EN RECUP.											BALANCE:
TOTALES											

#### 5.- TERAPÉUTICO PROPORCIONADO

FECHA							
HORA	VÍA	MEDICACIÓN		MÉDICO	HORA	VÍA	MEDICACIÓN

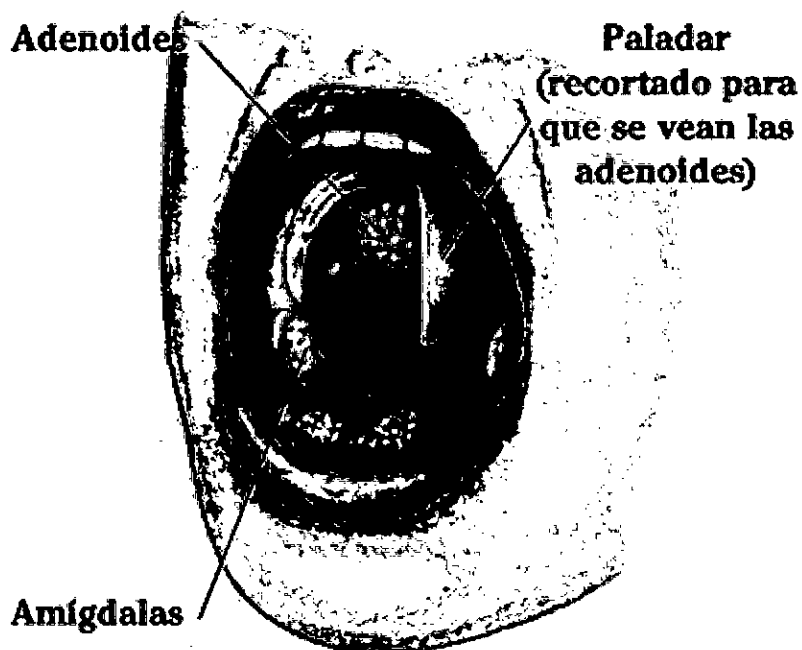
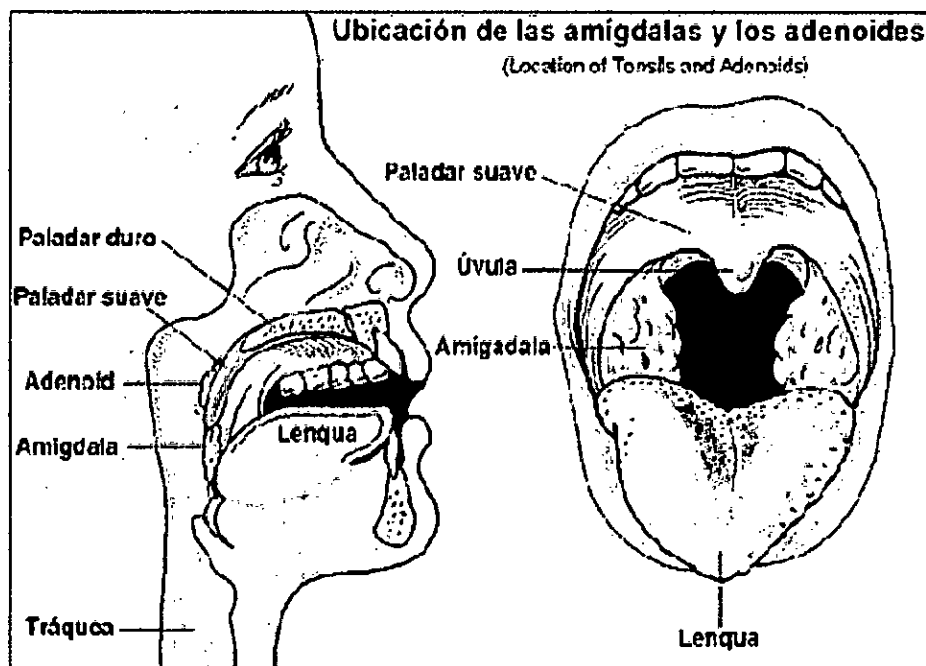
#### 6.- EVALUACIÓN A SU EGRESO

HORA				DESTINO			
RÉCORD				EX. AUXILIARES			
PARÁMETROS				RESULTADOS			
	1	2	3	PENDIENTES			
				COMPLICACIONES			
				INDICACIONES ESPECIALES:			

.....  
ANESTESIÓLOGO

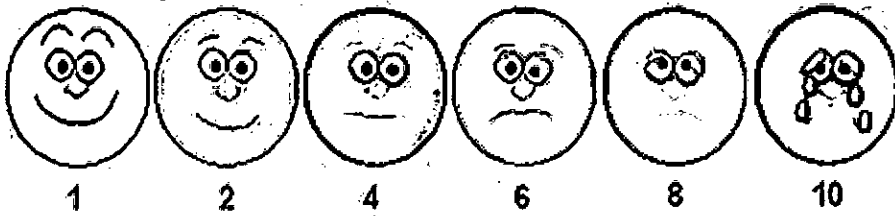
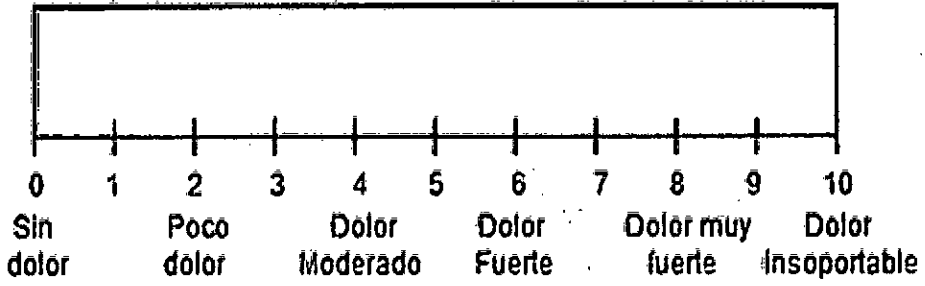
.....  
ENFERMERA

## ANEXO 4



ANEXO 5

# Escalas de dolor EVA



## ANEXO 6

<b>Características de la escala de Aldrete</b>		<b>Puntaje</b>
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente a órdenes	2
	Mueve dos extremidades voluntariamente o a ordenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	Respira profundamente y tose fácil	2
	Respiración disneica, superficial o limitada	1
	Apnea	0
Circulación	PA $\pm$ 20 % de lo normal	2
	PA $\pm$ 20 – 50 % de lo normal	1
	PA $>$ $\pm$ 50 % de lo normal	0
Conciencia	Bien despierto	2
	Despierto al estimularlo	1
	No responde	0
Oxigenación	SpO <sub>2</sub> $>$ 92% con aire ambiental	2
	SpO <sub>2</sub> $>$ 90% con oxígeno	1
	SpO <sub>2</sub> $<$ 90% con oxígeno	0

## ANEXO 7

### FLUJOGRAMA DE INGRESO DE PACIENTE A RECUPERACIÓN DE PEDIATRÍA



Ingreso de familia y paciente quirúrgico pediátrico al servicio de recuperación



Charla educativa al familiar y paciente dictada por la enfermera de recuperación (educación de los procedimientos que se realizarán al paciente)

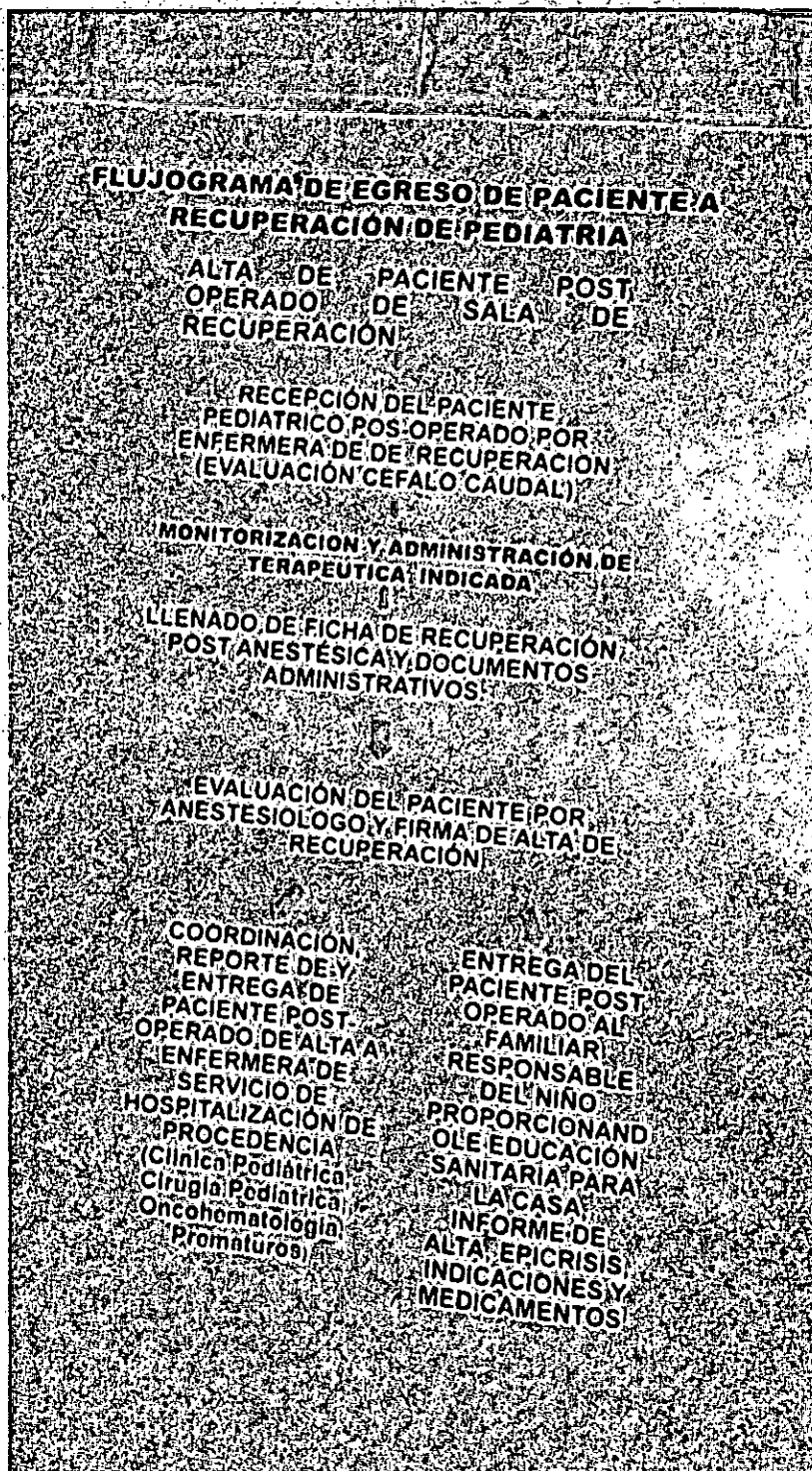


Entrevista al familiar y colocación del brazalete de identificación



Traslado del paciente a sala de operaciones por la enfermera circulante del quirófano

ANEXO 8



## ANEXO 9



Entrega del paciente quirúrgico pediátrico por los anestesiólogos a las enfermeras de recuperación y evaluación aplicando la hojas de monitoreo de recuperación.



ANEXO 10



Evaluación cefalocaudal del paciente pediátrico y monitorización.

## ANEXO 11



Enfermeras de recuperación pediátrica de turno mañana y tarde y vemos la escala del dolor en el escritorio usado en la sala de recuperación de pediatría.

## ANEXO 12



Educación sanitaria a los padres de familia sobre los cuidados del paciente en el hogar.

## ANEXO 13



Vemos la satisfacción del paciente expresado en su sonrisa por la atención integral brindada en forma maternal.