UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUIRÚRGICOS, ÁREA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS.

SARITA DOMINGA ROMAN TAQUIRI

Callao, 2017
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA — PRESIDENTA
- DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN — SECRETARIA
- MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO — VOCAL

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 014-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 17/08/2017

Resolución Decanato N° 1820-2017-D/FCS de fecha 04 de Agosto del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

INDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN. 3

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 4

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA. 4

1.2. OBJETIVO. 6

1.3. JUSTIFICACIÓN. 6

II. MARCO TEÓRICO. 8

2.1. ANTECEDENTES. 8

A. Antecedentes Internacionales. 8

B. Antecedentes Nacionales. 10

2.2. MARCO CONCEPTUAL. 12

2.2.1. Enfermera. 12

2.2.2. Paciente pediátrico hospitalizado. 12

2.2.3. Cuidados quirúrgicos en pacientes hospitalizados. 14

a. Cuidado de enfermería en la fase pre-operatoria. 14

b. Cuidado de enfermería en la fase postoperatoria. 16

2.2.4. Teoría del Cuidado Humanizado Jean Watson. 23

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS. 24

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL. 25

3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS. 25

3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL. 25

3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME. . . .29

3.3.1. Cuidado de enfermería, período pre-operatorio. 29

3.3.2. Cuidado de enfermería, período post-operatorio. 33

IV. RESULTADOS. 40

V. CONCLUSIONES. 53

VI. RECOMENDACIONES. 54

VII. REFERENCIALES. 55

ANEXOS. 58

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional titulado "Cuidados de Enfermería a Pacientes Quirúrgicos, Área de Cirugía Pediátrica", tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes quirúrgicos. La enfermera cuida al paciente las 24 horas del día, valorando, identificando y comunicando oportunamente los signos de alarma que requieren la intervención oportuna del equipo de salud, debido que las intervenciones quirúrgicas generan riesgos de diferente complejidad según el tipo de cirugía; asimismo existen otros componentes intrínsecos de cada paciente, como la edad, estado nutricional, emocional, antecedentes patológicos y otros factores importantes que generan riesgos durante o después de un acto quirúrgico que determinaran el pronóstico del usuario pediátrico; destacando aquí la capacidad de la enfermera especialista, con suficientes elementos teóricos y habilidades clínicas para identificar oportunamente las complicaciones post-quirúrgicas, los que pueden derivar en disminuir la estancia hospitalaria, el reingreso, la mortalidad y asimismo generar menor coste institucional.

El informe esta constituida por el planteamiento del problema, marco teórico, experiencia profesional, donde se puntualiza la descripción del tema en referencia; los resultados en gráficos estadísticos, las conclusiones, recomendaciones, referenciales y finalmente los anexos que permiten evidenciar las experiencias de los cuidados a pacientes pediátricos quirúrgicos.

I . PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática.

La intervención quirúrgica constituye la posibilidad de riesgo de infección y alteraciones metabólicas, también generan crisis situacional para los niños y sus padres.

EL paciente pediátrico no comprende el significado del ayuno pre-quirúrgico; asimismo la edad y peso para las dosificaciones, son factores que demandan cuidados específicos en el preoperatorio, transoperatorio y en el posoperatorio.

No existe una experiencia de atención rutinaria, puesto que esta es única para cada persona. El desafío de la enfermería consiste en identificar, planear y proporcionar una asistencia que cubra las necesidades específicas de cada paciente, no se puede estandarizar el trabajo de la enfermera.

Durante el año 2015 en ESSALUD se realizó 324,000 intervenciones quirúrgicas (1).
En el servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, se brinda cuidados de enfermería a un promedio de 119 pacientes mensualmente (2); entre los pacientes que requieren cuidados de enfermería ocupando en primer lugar los pacientes de la especialidad de cirugía general (apendicitis, obstrucción intestinal, malformación ano-rectal) seguido por los pacientes de la especialidad de neurocirugía (hidrocefalia + ventriculitis, tumor cerebral, espina bífida).

El cuidado de enfermería está orientado al paciente de 29 días a 14 años de edad, que se encuentran hospitalizados, para una intervención quirúrgica o destinada a pacientes post-operados.
Las intervenciones quirúrgicas conllevan a múltiples cuidados de enfermería en las etapas del preoperatorio, trans-operatorio y post-operatorios.

Los pacientes pediátricos quirúrgicos programados y que requieren una preparación previa a la cirugía, se hospitalizan con anticipación al día operatorio, para recibir evaluaciones de otras especialidades médicas y cuidados correspondientes de enfermería tales como cuidados psicológicos, físicos (preparación de la piel, colocación de enemas por estomas de colostomía y rectal, etc.), charlas educativas al paciente escolar y a los padres de familia de los pacientes pediátricos; asimismo la gestión administrativa de las interconsultas, de las solicitudes de sala de operaciones, etc.

Los pacientes pediátricos post-operados, que proceden de recuperación, fueron intervenidos quirúrgicamente de forma urgente por patologías como apendicitis, obstrucción intestinal, traumatismos diversos.

En la etapa del post-operatorio se presentan complicaciones y la atención de enfermería será igualmente acorde a la magnitud de las mismas.

Entre las posibles complicaciones identificadas por la Enfermera del Servicio de Cirugía Pediátrica HNERM, en el momento del cuidado al paciente pediátrico post-quirúrgico inmediato están los problemas respiratorios, hemorragia en la zona intervenida quirúrgica y el dolor. Los problemas en el post- quirúrgico mediato están relacionados con la dehiscencia de la herida, dolor de la herida, acumulación de suero, hemorragia, infección de la herida y las eventraciones; estas

complicaciones y la existencia de factores sistémicos tales como el estado hídrico y nutricional, factores estresantes, presencia de enfermedades crónicas, mayor tiempo en el acto quirúrgico y estado inmune, principalmente, prolongan la estancia hospitalaria de los pacientes pediátricos.

Po lo expuesto las intervenciones de enfermería tienen un impacto de manera objetiva o subjetiva en el equilibrio biopsicosocial del paciente pediátrico quirúrgico; además podemos referir que la calidad de los cuidados de la enfermera a través de la valoración continua y oportuna de los signos de alarma favorecen la tranquilidad y la participación de los padres de familia de los niños hospitalizados en el Servicio de Cirugía Pediátrica HNERM.

1.2. Objetivo General.

Describir la experiencia profesional de los cuidados a pacientes quirúrgicos en el Servicio de Cirugía Pediátrica HNERM 2016.

1.3. Justificación.

El paciente hospitalizado en el Servicio de Cirugía Pediátrica con perfiles de complejidad asistencial y una comorbilidad asociado a ellos requieren la atención especializada del equipo de salud; esto implica la participación activa de la Enfermera Especialista con competencias clínicas y del equipo de salud.

Los cuidados especializados de enfermería, según los grados de complejidad asistencial, en relación a las necesidades específicas de la intervención quirúrgica y respecto a los cuidados específicos de sus antecedentes de salud; ameritan una respuesta adecuada a sus necesidades, demandan mayor organización y requieren la adecuada gestión asistencial en base a los análisis entre lo teórico y

las experiencias asistenciales con pacientes pediátricos quirúrgicos. Los pacientes pediátricos quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía Pediátrica, son de diferentes especialidades quirúrgicas. La atención al paciente pediátrico hospitalizado consta de las fases pre - operatoria y post- operatoria. Los cuidados preoperatorios están enfocados en identificar al paciente, preservar sus derechos e iniciar con la valoración y la preparación física; así como la identificación de signos y/o síntomas que pudieran complicar el acto quirúrgico o el post-operatorio; respecto a la preparación psicológica y educación al niño y adolescente será a través de estrategias de comunicación de componente no verbal en especial en niños menores de tres años y con retardo mental y una real comunicación con el paciente pediátrico, para ayudar a entender y a colaborar en un momento en donde el niño se siente físicamente mal y ante procedimientos que pueden ser invasivos y causantes de dolor; asimismo considerando las particularidades del niño y adolescente es necesario que el personal de enfermería establezca vigilancia continua de las constantes vitales y del mantenimiento "in situ" de los aditamentos quirúrgicos, que al ser retirados accidentalmente ponen en riesgo la efectividad del procedimiento quirúrgico, por lo que es importante la presencia y supervisión de la enfermera en el periodo post-operatorio.

Descrita la importancia de los cuidados del paciente pediátrico quirúrgico por la enfermera especialista que ejerce el liderazgo en el suministro de cuidados, valora y estratifica las necesidades de los pacientes y es la referente para la toma de decisiones del equipo de cuidados en el servicio de cirugía pediátrica, se realiza el presente informe a fin de describir la experiencia profesional de los cuidados a los pacientes quirúrgicos en el Servicio de Cirugía Pediátrica HNERM 2016.

II . MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

a) Antecedentes Internacionales

. SARTORI, Josefina (Chile 2016). ¿Qué información preoperatoria desean los padres de niños que serán operados? . Estudio descriptivo a fin de determinar las necesidades de información preoperatoria de los padres de niños que serán operados electivamente. Se aplicó una encuesta a 113 padres. Los resultados evidencian que el 80% de ellos desean recibir información preoperatoria sobre la anestesia, la cirugía, el ayuno previo, los medicamentos y las complicaciones anestésicas, la monitorización, el manejo de la vía venosa, el manejo del dolor, la alimentación postoperatoria, el control de ansiedad, la sala de hospitalización y la de recuperación. La mayoría desea ser informado verbalmente, 1 a 2 semanas antes y no el día de la cirugía; que el informante sea el cirujano en su consulta. Además, desean información a través de folletos, vídeos o talleres de simulación. El estudio sugiere desarrollar material informativo o programas de educación preoperatoria en cirugía pediátrica (3).

. HENAO BURITICA Adiela (Armenia 2016). Manejo de las heridas quirúrgicas: compromiso del cuidado humanizado. El objetivo fue conocer con detalle la técnica o técnicas, y los procesos utilizados en el procedimiento, materiales, pasos, asepsia, entre otros. La investigación fue de tipo descriptiva-transversal, con enfoque cuantitativo. La muestra se obtuvo a través de un muestreo intencional; pacientes con herida quirúrgica, hospitalizados en los servicios quirúrgicos, en una Institución Prestadora de Salud –IPS- de tercer nivel de atención de Armenia. La técnica para la recolección de la información fue a través de la filmación del procedimiento. Posteriormente los datos fueron ingresados a Bases de

Datos construidas y procesadas en SPSS. Los resultados muestran que el 33.3% del personal de salud establecen una adecuada relación, mientras que el 66.7% no lo hace. De igual forma respecto a la privacidad se encontró que el 17.6% sí realizan acciones para propender por la intimidad y el 82.4%, no. Según protocolo institucional de lavado de manos antes y después del procedimiento se evidenció el cumplimiento en un 19.6% y el no cumplimiento con 80.4%, lo que constituye un riesgo potencial de infecciones cruzadas. El estudio concluye que las técnicas y procesos desarrollados para el cuidado de las heridas son realizados dependiendo de las personas que ejecutan el procedimiento; no obstante la existencia de protocolos institucionales. No existe un proceso estructurado de valoración integral de la herida que permita realizar una selección racional de los materiales e insumos requeridos según características particulares de la misma. El aporte del estudio estriba en desarrollar procesos de seguimiento y control que permitan monitorizar la adherencia a los protocolos institucionales y la práctica profesional de enfermería de forma idónea. Propender por el establecimiento de contextos de cuidado de las personas de forma más humanizada y acorde con las necesidades de los usuarios (4).

. **MARCOS Miriam VÁZQUEZ CAMPO Miriam y TIZÓN BOUZA Eva (2014). ¿Es efectiva la aplicación de apósitos en las heridas quirúrgicas que cierran por primera intención para prevenir la infección?.** El objetivo fue evaluar el efecto de los diferentes tipos de apósitos sobre la prevención de la infección en heridas quirúrgicas que cicatrizan por primera intención. Se hicieron búsquedas en el Registro Especializado del Grupo Cochrane de Heridas, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL. Concluye este estudio mencionando que no hubo diferencias en las tasas de infección entre las heridas quirúrgicas cubiertas con algún apósito y las que quedaban al descubierto. No se observaron diferencias en el dolor, cicatrización o aceptación del apósito.

Referente al aporte sobre aplicar un apósito en la herida se deben basar en los costos del apósito y en las propiedades para el control de los exudados (5).

. **PAUTA CASTRO Paola. SAGUAY CABRERA Marcos (2013). Valoración del dolor postquirúrgico en niños/niñas de 2 – 10 años en la sala de recuperación postoperatoria y hospitalización en el hospital Vicente Corral Moscoso.** Estudio descriptivo transversal, en el que se valoró el dolor postquirúrgico en niños entre 2 y 10 años según la escala análoga visual (EVA) y la escala de OUCHER (menores de 3 años). Del total de 264 casos, el 44.3% prevalecen con dolor postquirúrgico importante a pesar de la terapia utilizada para el dolor. Del grupo entre 8 y 10 años, el sexo femenino y las cirugías por trauma y quemaduras son las que presentan menor tolerancia al dolor. El analgésico más usado son los AINEs con 57.5%, seguido de los Opioides como el Tramadol con 33.5%. La terapia analgésica combinada fue de 44.7%. Conclusiones: Existe alta prevalencia de dolor postquirúrgico pediátrico. (6).

b) Antecedentes Nacionales

. **NICHO CHÁVEZ Carlos. (Perú 2015). Factores que se asocian a infección de sitio operatorio en pacientes post operados por apendicectomía convencional en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.** El objetivo fue conocer los factores de riesgo o variables clínica quirúrgicas asociados a la Infección de sitio operatorio en pacientes post-operados por apendicectomía convencional. La población objeto de estudio estuvo comprendida por 444 pacientes. El 64.3 % de los pacientes cuenta con un sobrepeso en diferentes niveles y factor de riesgo que incide en la presencia de presentar infección de sitio operatorio en una cirugía. En el 2.9% de los casos el tiempo de la cirugía fue hasta 30 minutos. El 70.3% de los casos fue entre los 31 a 60 minutos. El 26.8% de los casos fue de más de 60 minutos. Esto también tiene relación con la

prolongación de la evolución de la apendicitis aguda y el tipo de herida en este caso contaminada y sucia para la aparición de infección de sitio operatorio. El estudio sugiere educar a la población para que conozcan los síntomas de la presencia de apendicitis y evitar o minimizar el riesgo de infecciones (7).

. **TOMAS H. (Perú 2011). Incidencia del síndrome adherencial en pacientes pediátricos con apendicitis aguda complicada operados por vía laparoscópica vs la vía abierta en el Hospital Edgardo Rebagliati.** Estudio de cohorte retrospectivo y analítico. La población estudiada fue de 310 pacientes operados de apendicetomía por Apendicitis complicada. Se incluyeron a todos los pacientes pediátricos de 2 a 14 años. Los resultados muestran que la distribución por sexo en el grupo de cirugía laparoscópica es de 60.16% de sexo masculino y 38.84% de sexo femenino y en el grupo de cirugía convencional se encontró 38 pacientes 64.41% de sexo masculino y 35.59% de sexo femenino, prevaleciendo en ambos grupos el sexo masculino. La distribución de casos según la edad, mostró que el 4, 83% correspondió a niños entre 2 a 4 años, 29,03% correspondió a niños entre 5 a 7 años, 34,83% correspondió a niños entre 8 a 11 años de edad y 31,20% correspondió a niños entre 12 a 14 años de edad. Donde prevalecieron los casos de apendicitis en el grupo de 8 a 11 años. El tiempo quirúrgico en el grupo de cirugía convencional fue en promedio de 71.64 minutos. En cuanto a la estancia hospitalaria de cirugía convencional fue en promedio de 7.31 días. El aporte está en orientar a los padres de familia respecto a la apendicitis y sus complicaciones cuando no es identificado oportunamente (1).

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Enfermera(o)

"Es enfermera la persona que ha terminado los estudios básicos de enfermería y está capacitada y autorizada para asumir en su país la responsabilidad de los servicios de enfermería que exigen el fenómeno de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos."

2.2.2. Paciente pediátrico quirúrgico hospitalizado.

Es el niño o adolescente enfermo que ocupa una cama en el servicio de pediatría. La enfermedad se acompaña de pérdida de bienestar físico, psicológico, y alteran la vida de la persona y su ambiente a corto, mediano y largo plazo.

En el caso de pediatría esta situación se acentúa, puesto que el niño se encuentra en crecimiento y el manejo que realice la familia y el equipo asistencial frente a las experiencias de enfermedad e internación, marcará el desarrollo del niño.

Particularidades del paciente pediátrico: La niñez y la adolescencia se caracteriza por una mayor vulnerabilidad somática, psicoafectiva y social, producto del propio desarrollo humano. Desde el punto de vista social el niño y adolescente se encuentran en un momento en el cual, respectivamente, deben aprender o ejercitar las habilidades para la inserción social. La necesidad de hospitalización, sea para diagnóstico o para tratamiento, es un hecho que eventualmente aumenta su vulnerabilidad. Es entonces la tarea del equipo asistencial, brindar una adecuada información al niño sobre su estado y hospitalización.

Para establecer una comunicación efectiva, es preciso conocer las características del pensamiento de niño: El niño mide el tiempo de manera diferente al adulto, pensamiento de tipo concreto, egocentrismo y el pensamiento mágico; también se debe conocer las características

individuales de cada niño: capacidad intelectual y de las características de personalidad.

. **Características del niño hospitalizado:** La hospitalización para el niño implica la separación de su entorno familiar y la entrada a un ambiente desconocido, con personas extrañas que tocan su cuerpo, hablan con palabras que no entiende y realizan procedimientos que en muchas ocasiones le provocan malestar y/o dolor, todo ello le genera temor. El propio proceso de enfermedad, el temor provocado por el medio extraño y la percepción de ansiedad en su referente vincular, hace que el niño presente regresiones. La regresión en el niño la podemos observar en el lenguaje, los hábitos higiénicos, los hábitos alimenticios y las relaciones vinculares. La enfermedad generalmente implica pérdida de control de nosotros mismos, sobre nuestro cuerpo, el movimiento y las actividades. En el caso del niño, esto se ve acentuado por el hecho de que en general, al niño no se le permite que mantenga el control de ningún aspecto, puesto que mayoritariamente opinan y deciden los adultos. La diferencia es que el niño va logrando con mucho esfuerzo el control de las diferentes funciones corporales y mentales y se resiste a perderlo. También debemos tener presente que la enfermedad y la hospitalización repercute sobre la autoestima del niño. Los niños son muy perceptivos y se dan cuenta si sus padres están preocupados o angustiados y frente a la hospitalización, no hay padres que no lo estén, por lo tanto el niño siente la preocupación y también se preocupa por su estado, por su enfermedad y hasta por su pronóstico. También es frecuente encontrar que el niño se preocupa por sus padres y busca protegerlos.

La familia y sus características: La hospitalización de un hijo es un hecho inesperado. Para los padres es una situación estresante que se manifiesta en reacciones como ansiedad, miedo, depresión, confusión, disminución del rendimiento, alteraciones del sueño y pensamientos intrusivos. La intervención del equipo asistencial debe dirigirse al niño y a

sus padres, puesto que la ansiedad de los padres provoca malestar en los niños.

El equipo asistencial y sus dinámicas: Las dinámicas de los equipos tienen una repercusión directa sobre las características de la hospitalización en pediatría, la propia dependencia que el niño tiene frente a cualquier adulto. Debemos recordar que el personal de salud en el área pediátrica, debe relacionarse con el niño y con los padres, sin dejar de lado al resto de los integrantes del núcleo familiar.

2.2.3. Cuidados quirúrgicos en pacientes hospitalizados:

a. Cuidados de enfermería en la fase preoperatoria:

. En esta fase la Enfermera realiza acciones previas a la intervención quirúrgica, destinadas al paciente, a fin de valorar el estado biopsicosocial que pudieran alterar la capacidad de tolerancia al acto quirúrgico. Los parámetros a valorar para identificar posibles alteraciones son los siguientes: Sistema cardiovascular, respiratorio, neurológico, eliminación, piel y tegumentos, musculo-esquelético, estado nutricional, estado emocional comodidad y bienestar (8).

. En el preoperatorio se incluye al niño y a su familia donde la comunicación y la participación del personal de enfermería son claves.

. Algunos aspectos difieren si se trata de una cirugía electiva o de urgencia.

En caso de cirugía electiva la preparación preoperatoria es particularmente importante y se inicia en forma ideal en la consulta ambulatoria y en el área de hospitalización.

El ayuno preoperatorio ha sido objeto de interés en los últimos años y se han establecido nuevas recomendaciones en cuanto a la administración de leche materna, de fórmula, alimentos sólidos y líquidos claros. Se

considerará en cada caso la edad del niño y la alimentación que recibe. Esta recomendación se aplica a la cirugía programada. El objetivo del ayuno es disminuir el riesgo de aspiración de contenido gástrico en la inducción anestésica, pero un ayuno prolongado no garantiza un estómago vacío y por el contrario puede aumentar el residual gástrico así como generar malestar en el niño y aumenta el riesgo de hipovolemia e hipoglicemia. El ingerir líquidos claros con carbohidratos en el preoperatorio es sumamente beneficioso ya que disminuye el residual gástrico y el pH del mismo, previene de hipovolemia y brinda bienestar en el niño al disminuir la sed y hambre, así como previene la resistencia a la insulina en el postoperatorio. Son líquidos claros: agua, bebidas carbonatadas, jugos de frutas sin pulpa, helados de agua, y caldos claros, no existe limitación en el volumen a administrar. Se deben evitar chicles y caramelos 2 horas antes de la intervención. El vaciamiento gástrico de la leche materna es más rápido comparado con la leche de fórmula por lo cual alcanza un ayuno de 3-4 horas en los lactantes alimentados a pecho. Si el niño estuviera con alimentación enteral gástrica la misma debe suspenderse 8 horas previas al procedimiento anestésico, si la sonda de alimentación estuviera transpilórica se recomienda suspender la misma 4 horas antes. Si existe la certeza que la sonda es yeyunal no es necesario suspender la misma. En procedimientos anestésicos que han ingerido contraste oral para el estudio se recomienda esperar 3 horas para el mismo

En caso de cirugía de urgencia forma parte de la preparación la corrección de toda alteración detectada, se iniciará y si es posible se completará en el tiempo que se disponga previo al ingreso a block quirúrgico. Se informará cual es la cirugía propuesta, el tiempo estimado, el tipo de anestesia, y el riesgo asociado, contemplando otras interrogantes planteadas por el paciente y/o la familia. De tratarse de una patología infecciosa o con riesgo elevado de infección se iniciará en el preoperatorio el plan de antibiótico adecuado en cada caso. Si es posible

en cirugía de urgencia se respetara las pautas de ayuno recomendadas para cirugía programada. Se deben evitar la administración de soluciones hipotónicas en el período preoperatorio, por el riesgo de hiponatremia en el postoperatorio. Se sugiere utilizar sueros con contenido de sodio no menor a 75 mEq/L.

Algunos procedimientos requieren una preparación especial; cirugía colónica, endoscopía digestiva o urológica, etc. La misma deberá ser indicada por el especialista responsable del procedimiento y claramente registrada o adjuntada si se trata de material impreso en la historia clínica al ingreso. (9)

. La enfermera realizará un programa específico de enseñanza dirigido a los padres de familia referente a las medidas para evitar caídas, cambios posturales cada 2 horas, a levantarse de su unidad, lavado de manos, en relación a las molestias postoperatorias y respecto a los cuidados de los aditamentos quirúrgicos.

. Se informará al paciente y a sus familiares respecto a la fecha y hora de la intervención quirúrgica.

. La enfermera verificará en la historia la firma en el consentimiento informado, los resultados de laboratorio y de los procedimientos especiales, asimismo verificará la necesidad de rasurado, la colocación de enemas

. El paciente llevará la pulsera de identificación, y de alergias si procede.

. Administrar la medicación previa a la cirugía.

. Comprobar que el paciente se ha colocado las prendas de vestir según protocolo.

b. Cuidados de enfermería en la fase postoperatoria.

- **Recepción del paciente en la sala de recuperación**

  Para el traslado a la sala de recuperación postanestésica, el paciente debe ir acompañado por personal de anestesia y por la

enfermera (o) circulante. La enfermera que recibe al paciente debe valorar los aspectos importantes como serían:

- Valoración de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, etc. Observa si existe reflejo nauseoso.
- Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.
- Información sobre el periodo trans-operatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales.
- Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.
- Fármacos administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos).
- Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
- Localización de catéteres, drenajes y apósitos.
- Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica.
- Revisión del expediente clínico.
- Antecedentes patológicos: Cardiacos, alergia a medicamentos, etc.

❖ **Cuidados de enfermería en las unidades de hospitalización:**

En esta etapa los cuidados de enfermería tienen como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones post-operatorias. Además de cubrir sus necesidades y/o problemas hasta lograr su recuperación de la anestesia. El lugar destinado para el paciente está arreglado de acuerdo con las normas generales de la enfermería pediátrica o con indicaciones especiales de ambiente húmedo oxigenado para fluidificar las secreciones.

. **Los signos vitales** se monitorizan y registran hasta su completa estabilización; ante la sospecha de atelectasia y la aspiración; los cambios de posición resultan de extrema ayuda. La temperatura

debe regularse, sobre todo en los niños con historial de convulsiones.

. **Valorar y registrar los cuidados relacionados con drenajes, catéteres y otros dispositivos:**

Drenajes: tipo permeabilidad y fijación de los mismos, así como la cantidad y el aspecto del líquido drenado.

Catéteres: permeabilidad, tipo, calibre, localización y fijación.

Sondas, tallas vesicales, catéteres de nefrostomía, sondas rectales y nasogástricas, valorar y registrar, cantidad y el aspecto del líquido drenado.

Ostomías: tipo, localización, coloración y unión mucocutánea.

Vendajes, yesos y férulas de inmovilización; tipo, localización y posición correcta del paciente en la cama. Valorar coloración, temperatura, movilidad y sensibilidad de las zonas dístales.

Tracciones; tipo, peso y colocación correcta en la cama. (10)

El drenaje de la sonda nasogástrica o gastrostomía se emplea durante horas o días en la mayor parte de los casos de cirugía abdominal pediátrica; ésta se retirará después de que haya cedido la parálisis intestinal, lo que se manifestará por la presencia clínica de peristaltismo intestinal a la auscultación del abdomen del niño menor, por la seguridad de la expulsión de gases por el ano y, en el niño mayor, por la decoloración del líquido extraído por succión o por la franca disminución del mismo. Cuando la distensión abdominal persista, la dureza parietal continúe o la extracción de líquido verdoso persista, habremos de suponer una complicación infecciosa o mecánica que requerirá seguramente nueva intervención exploradora (11).

. **El cuidado de la fluidoterapia** continuará durante horas o incluso días y no se retirará hasta que el niño acepte los alimentos por vía digestiva (oral o por gastroclisis). (11)

En los últimos años se ha generado mucho debate sobre cuál es el tipo de fluidoterapia de mantenimiento más adecuado en la edad pediátrica. Tradicionalmente, basándose en el estudio de Holliday y Segar, se han empleado fluidos hipotónicos con una concentración de sodio muy inferior a la plasmática. Estas recomendaciones se basan en el gasto energético de los niños sanos y la composición de la leche humana y de vaca, por lo que pueden no ser adecuados para los pacientes hospitalizados. Los niños críticos y postoperados presentan mayor riesgo de desarrollar este desequilibrio electrolítico, no solo por el aumento de la ADH, sino también por la existencia de alteraciones de la volemia secundarias a insuficiencia cardiaca o renal, pérdida de líquidos extrarrenal (diarrea, quemaduras, edema intersticial) o uso excesivo de diuréticos. Por otra parte, los fluidos hipotónicos contienen un mayor porcentaje de agua libre que los isotónicos, favoreciendo la retención hídrica en los niños· La suma de estos factores puede conducir al desarrollo de hiponatremia, y como consecuencia, edema cerebral, que puede llegar a producir diversas alteraciones neurológicas, coma y muerte (12).

. **La administración de antibióticos** estará sujeta a lo séptico que haya resultado la intervención o a las complicaciones infecciosas concomitantes.

. **En cirugía pediátrica el dolor** debe ser considerado como el quinto signo vital, de modo que su evaluación debe ser periódica y debe registrarse en la historia clínica del paciente. La mayoría de los niños no van a ser capaces de comunicarnos la cantidad y calidad de su dolor; por otra parte, la intensidad del dolor no siempre guarda

relación directa con la cantidad del daño orgánico que lo provoca. No todos los métodos de medición del dolor de los que disponemos sirven para todos los niños ni para todas las situaciones (11). Nuestra labor de "cuidador y observador activo", es conseguir el mayor grado de confort para el paciente, en ausencia de complicaciones y con la mayor seguridad. Uno de los factores que el paciente "refiere" como calidad asistencial, en el curso de su intervención, es la ausencia de dolor postoperatorio y este parámetro será uno de los objetivos que debemos tratar de una forma especial, ya que es un derecho del paciente. Dada la variabilidad de procedimientos y la diversidad de pacientes, nuestra aportación será adecuar el tratamiento a cada paciente de forma individualizada, considerando, todos los factores personales, incluso los sociales - ambientales que puedan interferir (13).

. **Cuidados de la herida quirúrgica,** las heridas quirúrgicas con cierre por primera intención:

No levantar el apósito de la herida quirúrgica durante las primeras 24-48 horas, siempre que sea posible. Si es preciso levantar el apósito, realizar la cura de la herida con suero fisiológico.

Después de 48 horas, no es necesario cubrir la herida.

No deben aplicarse antisépticos ni antibióticos tópicos en la herida quirúrgica.

Como norma general, los pacientes pueden ducharse a partir de las 48 horas tras la cirugía, limpiando la herida con agua y jabón

Si hubiera signos de sangrado, rotular el área del apósito que esté impregnada de sangre para posteriores valoraciones (10).

Siempre que se rompe la integridad del tejido debido a la disección, el paciente es vulnerable a la infección y sus complicaciones. Aun cuando el equipo quirúrgico siga escrupulosamente el procedimiento adecuado pueden ocurrir complicaciones en algunos pacientes, que

retrasan la recuperación. Los dos problemas mayores son la infección y separación de la herida.

Infección. Ésta continúa siendo una de las complicaciones más severa que afecta a los pacientes quirúrgicos. Una infección proviene de la introducción de microorganismos virulentos en una herida susceptible. Si no se trata, puede dar lugar a una enfermedad prolongada, gangrena o inclusive la muerte. La clave del tratamiento eficaz es la rápida identificación de los patógenos responsables. Un número considerable de infecciones es de origen bacteriano mixto. Tan pronto como se hace aparente una infección, se debe analizar la secreción purulenta o cultivar el tejido para identificar los microorganismos responsables. Se debe iniciar inmediatamente tratamiento con antibióticos para la celulitis y fascitis de acuerdo con los resultados de los cultivos. Sin embargo, ningún tratamiento tiene éxito a menos que primero se practique incisión y drenaje adecuado con debridación del tejido necrótico, si es necesario. Este tratamiento no se requiere en las infecciones de heridas superficiales. También pueden ocurrir infecciones virales y micóticas. Su incidencia ha aumentado con la administración clínica de esteroides, inmunodepresores, y antibióticos múltiples.

. **Separación de la herida** (dehiscencia) - La separación de la herida se presenta con mayor frecuencia en pacientes de edades avanzadas o debilitadas, pero puede ocurrir a cualquier edad. Parece afectar más a los pacientes de sexo masculino y ocurre con mayor frecuencia entre el quinto y el doceavo día después de la operación.

El término dehiscencia significa "separación". La dehiscencia de la herida es la separación parcial o total de las capas de tejido después de haberse cerrado. La dehiscencia puede ser causada por tensión excesiva sobre el tejido recientemente suturado, por una técnica

inadecuada de sutura, o por el uso de materiales de sutura inadecuados. En la gran mayoría, la causa es una falla del tejido más que una falla de la sutura. Cuando ocurre dehiscencia, la herida puede o no volverse a cerrar, dependiendo de la extensión de la separación y de la valoración del cirujano. No hay diferencia en la tasa de dehiscencia de las incisiones verticales versus transversales. La incidencia más elevada ocurre después de la cirugía gástrica, biliar, y por cáncer intraabdominal. En tanto que el cáncer no predispone a dehiscencia de la herida, puede ocasionar debilidad e hipoproteinemia, que contribuyen a la cicatrización deficiente con la consecuente dehiscencia.

. **La "evisceración"** indica protrusión del intestino a través de los bordes separados de una herida abdominal. La distensión, náusea y tos después de la cirugía aumentan la presión abdominal y a su vez incrementan la tensión sobre la herida.

. **Eliminación de orina:** la diuresis total después de la intervención es pequeña por la pérdida de líquidos corporales, por la pérdida insensible de líquidos, por vómitos y secreción elevada de hormona antidiurética. El equilibrio hidroelectrolítico es normal a las 48 horas. Intervenciones de enfermería: Controlar la diuresis hasta que esté igual a la ingesta de líquidos. Si el paciente no orina lo suficiente, especialmente a las 6-8 horas después de la operación hay que valorar si hay retención de orina. Si el paciente orina muchas veces y con escozor habría que valorar y evaluar si hay infección de orina en la cual se le podían hacer las siguientes pruebas: toma de temperatura, cultivo de orina y un antibiograma. Si existe retención urinaria habrá que poner en marcha medidas para facilitar la micción (ejm. sondaje vesical) (14).

. **En niños mayores la movilización precoz** después de la cirugía se ha propuesto como una posible manera de contrarrestar la resistencia a la insulina por inmovilización y de reducir las complicaciones respiratorias. Otro aspecto tiene que ver con la necesidad de que el paciente se encuentre en un entorno de cuidados que faciliten la movilización precoz. Para ello son necesarios una analgesia óptima, el uso limitado de sondas y drenajes y la coordinación del personal de enfermería (15)

2.2.4. Cuidado Humanizado Jean Watson. En su "Teoría del Cuidado Humano", sostiene que "ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería". (16)

El Cuidado Humanizado de Enfermería es esencial, con mayor conocimiento, sensibilidad y aplicando estrategias para el buen trato al binomio madre-niño lo que facilitará la adecuada comunicación y el apoyo mutuo en el Servicio de Cirugía Pediátrica HNERM.

Watson propone la teoría del cuidado humano, en la que el rasgo humano se aprecia como una característica universal que hace parte de la sociedad y por tanto se considera necesario para la supervivencia humana. Hace énfasis en las experiencias mutuas, recíprocas e interactivas, dirigidas hacia la perseverancia de la humanidad. De la misma manera, el imperativo moral es considerado como una "virtud moral" y su eje es la preocupación por el bien, la dignidad y el respeto por la persona (17)

2.3. Definición de términos:

a) Cuidados de enfermería.- Constituido por el conjunto de intervenciones fundamentadas en el conocimiento científico, técnico e integrando la dimensión humana en el cuidado del usuario a fin de recuperar la salud, prevenir la enfermedad y beneficiar la calidad de vida de quienes participan recíprocamente en esta relación de proximidad.

b) Servicios de enfermería.- Área destinado a brindar los cuidados de la profesional de enfermería, según los grados de dependencia del paciente pediátrico, durante las 24 horas del día.

c) Pacientes pediátricos quirúrgicos: Niños y adolescentes cuyas edades fluctúan entre 29 días de vida a 14 años de edad, hospitalizados con fines de estudio médico, pre- quirúrgicos y post-operados en el servicio de cirugía pediátrica Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

III . EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos.

Para la elaboración del presente informe de experiencia profesional, se revisó las historias clínicas de los niños hospitalizados, asimismo se obtiene los datos de los registros de enfermería tales como las notas de enfermería, de los registros de ingresos y egresos de los pacientes del Servicio de Cirugía Pediátrica, HNERM.

La información recolectada fue procesada a través de tabulaciones, y los datos fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticas.

Asimismo, para la elaboración del marco teórico del presente informe, se recurre a la búsqueda de libros de enfermería y a la pesquisa de la información en google académico vía internet.

3.2. Experiencia profesional.

a) Recuento de la experiencia profesional.

Mi experiencia profesional inicia el año 1992 - 1993 desempeñando funciones educativas e impartiendo clases de la asignatura de Primeros Auxilios en el Colegio Secundario María Parado de Bellido - Cerro de Pasco.

Durante el año 1994, también realice funciones educativas de primeros auxilios dirigidas a estudiantes del CEO Julio C. Tello. Cerro de Pasco.

Entre los años 1995 - 1997, trabaje en el área preventivo promocional, en el Puesto de Salud San Juan de Milpo - Cerro de Pasco.

En el período de enero a noviembre de 1998, realice funciones asistenciales en el Hospital Dos de Mayo.

El 16 de noviembre de 1998, inicie con la experiencia profesional realizando las funciones asistenciales, administrativas y educativas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Aproximadamente durante año y medio estuve de reten laborando en forma rotativa en los diversos servicios de hospitalización. Posteriormente desde Junio del 2000 hasta la fecha laboró en el Servicio de Cirugía Pediátrica, cumpliendo un horario de 150 horas desarrolladas en turnos rotativos.

b) Descripción del área laboral.

El Servicio de Cirugía Pediátrica inicialmente estuvo fusionado con la Unidad de Prematuros, actualmente UCI de Neonatología. El Servicio de Cirugía Pediátrica hace 34 años viene funcionando de manera independiente en el segundo piso de la planta física del Block G.

El servicio de hospitalización de cirugía pediátrica y especialidades cuenta con 30 camas, disponibles para los pacientes de las especialidades de cirugía general, cirugía plástica, cirugía cardiovascular, cirugía ortopédica, cirugía de cabeza y cuello, neuroquirúrgica, cirugía urológica, cirugía de ojos, cirugía dental, cirugía de otorrino. De las 30 camas: 07 cunas son para los lactantes (30 días de vida a 23 meses), 08 cunas para pre-escolares (2 - 5 años) y 15 camas para escolares (6-14 años de edad). Los pacientes hospitalizados corresponden a la Red Rebagliati y transferidos a nivel nacional, pacientes de condición socio-económica y cultural variado, que demandan cuidados de enfermería diversificados y personalizados enfocados al paciente hospitalizado quirúrgico con o sin antecedentes patologías crónicas; asimismo el familiar acompañante requiere conocer respecto a medidas de bioseguridad, cuidados de los aditamentos quirúrgicos, etc. A medida que los usuarios se

empoderan de sus deberes y derechos; también aumentan las exigencias de un servicio de calidad y de otro lado las enfermeras no ajenas a estas demandas socializan estrategias a través de los comités científico y de calidad.

El Servicio de Cirugía Pediátrica cuenta con dieciocho enfermeras: una Enfermera Jefe, dos sub-jefas, 10 enfermeras especialistas y 05 enfermeras generales que trabajan las 24 horas del día; implicando que enfermería se organice en tres turnos labores mañana, tarde y noche. En los turnos de mañana y tarde, de lunes a sábado, la gestión recae en la enfermera administrativa; excepto, los sábados en la tarde, los feriados, y en los turnos de noche, en cada servicio de hospitalización la coordinación está a cargo de la líder del equipo de trabajo.

La coordinación en los servicios hospitalarios los sábados en la tarde, los días feriados y en el turno noche es en forma rotativa de modo que cada enfermera desarrolla las habilidades de gestora y líder del equipo de enfermería.

En la unidad de pacientes hospitalizados se gestionan el cuidado de enfermería en forma individualizada y cohesiva, la acción constituye y se le considera lo más valioso, donde el paciente es el eje de los cuidados que provee la enfermera, según los grados de complejidad de salud. También es donde se requiere que el líder organice, planifique, supervisa y controla la gestión del cuidado de enfermería con participación multidisciplinaria e interacción con el paciente y su familia; lo cual implica que las enfermeras en base a sus conocimientos, experiencias adquiridas como gestoras y según sus cualidades, habilidades y competencias como líder programen en la práctica diaria diversas estrategias de gestión del talento humano, con participación del equipo interdisciplinario - multidisciplinario de salud y por el compromiso que se tiene con el

usuario a fin de proveer un cuidado de calidad para garantizar la mejor atención posible.

Funciones desempeñadas como Enfermera en el Servicio de Cirugía Pediátrica:

- **Función administrativa.**
- Supervisar y evaluar las acciones del personal de enfermería.
- Planificar, coordinar y supervisar las actividades asistenciales, administrativas y educativas.
- Organizar y controlar el uso y suministro de materiales y medicamentos.
- Llevar el control de pacientes y tratamientos.
- Supervisar el mantenimiento preventivo de los equipos médicos.
- Identificar y reportar necesidades de los materiales y medicamentos
- Realizar las historias clínicas de los pacientes que ingresan y egresan al servicio de cirugía pediátrica; asimismo registrar los ingresos, altas y transferencias en los registros de censo diario y en los cuadernos de registro de enfermería.
- Aplicar instrumentos para valorar el grado de satisfacción del usuario.
- Participar en la visita médica, informando los problemas y necesidades del usuario
- Planifica y ejecuta programas de educación y orientación.
- Elaborar informes de los grados de complejidad de los pacientes (Anexo N° 13)

- **Función asistencial.**

- Identificar, valorar y priorizar las necesidades y/o problemas del paciente (Anexo N° 03- 04).
- Planifica, organiza y evalúa los planes de cuidados de los pacientes.

- Ejecutar procedimientos de enfermería según guía establecida.
- Administrar los tratamientos médicos según los indicadores correctos
- Registrar las notas de enfermería según SOAPIE.

❖ **Función educativa.**

- Capacitar al personal respecto a los procedimientos de enfermería y respecto al mantenimiento de los aditamentos quirúrgicos.
- Desarrollar charlas educativas a los familiares de los pacientes.
- Educar a los padres de familia y a sus familiares del paciente pediátrico en relación a la alimentación, higiene, visita y respecto a las medidas de seguridad. (Anexo N° 02).

3.3. Procesos realizados.

En el Servicio de Cirugía Pediátrica, los pacientes quirúrgicos, con edades que oscilan entre 01 mes de vida hasta 14 años reciben los cuidados quirúrgicos de enfermería en la fase preoperatoria y postoperatoria.

3.3.1 Cuidados de enfermería al paciente pediátrico hospitalizado en el periodo preoperatorio.

a. El cuidado de enfermería comienza cuando el paciente ingresa al servicio de cirugía pediátrica, procedentes de los consultorios externos, y/o del servicio de emergencia pediátrica en la fase preoperatoria. (Anexo N° 01).

b. El equipo multidisciplinario contacta al paciente y familiares, previa identificación del paciente, diagnóstico, especialidad a la que pertenece y verifica la fecha de intervención quirúrgica. Asimismo explicándoles los requerimientos para la intervención quirúrgica y respecto a las características del cuidado post-operatorio.

c. Los paciente que ingresan al servicio reciben valoración de las constantes vitales, control de peso y talla, se realiza la evaluación de los riesgos de caída (Anexo N° 04), valoración del riesgo de UPP (Anexo N° 04), es necesario el conocimiento de los antecedentes patológicos y de las alergias a alimentos y/o medicamentos.

d. La evaluación pre-quirúrgica (Anexo N° 05). La valoración antes de un procedimiento quirúrgico, se da con la participación del cirujano, anestesista y pediatra lo que permite definir la "oportunidad operatoria", el riesgo anestésico y la eventual necesidad de solicitar exámenes complementarios y/o la participación de otros especialistas.

En situaciones de urgencia la evaluación pre-operatoria se adecua al paciente y a la situación clínica.

e. La preparación psicológica en la etapa preoperatoria. Dirigido a pacientes pediátricos y a sus familiares que ingresan al servicio de cirugía pediátrica a través de la consulta externa. La etapa previa a una cirugía, habitualmente, produce miedo y ansiedad en los padres de niños que serán operados electivamente; sentimientos que pueden dificultar la capacidad de colaboración de los padres y pueden ser percibidos por los niños generándoles inseguridad. La preparación psicológica en nuestra experiencia clínica incluye al niño y a su familia; donde la comunicación es importante a fin de disminuir la ansiedad, propiciar el entendimiento y permitir a los padres de familia estar mejor preparados para involucrarse en las distintas etapas del cuidado quirúrgico de sus hijos.

f. Gestión administrativa en el preoperatorio. A fin de completar con el pre-quirúrgico del paciente con cirugía electiva; se gestiona las órdenes de laboratorio, las interconsultas, la solicitud de intervención quirúrgica antes de las 13hrs, del día anterior a la fecha de la intervención quirúrgica. De igual manera se tramita la solicitud para el préstamo de la historia antigua de pacientes continuadores.

Respecto al pre-quirúrgico del paciente que requiere intervención quirúrgica de urgencia, se gestionará de forma inmediata.

g. Ayuno en el preoperatorio. El ayuno en pacientes con cirugía programada no ingiere alimentos y/o líquidos entre 6 a 8hrs. previas a la intervención quirúrgica. El objetivo del ayuno es disminuir el riesgo de aspiración del contenido gástrico en la inducción anestésica. Si el niño estuviera con alimentación enteral gástrica la misma debe suspenderse 6 horas previas al procedimiento anestésico. Horas precedentes a la intervención quirúrgica se canaliza un acceso venoso periférico para la administración de dextrosa al 5% con hipersodio y kalium con el registro respectivo en la hoja de balance hídrico los ingresos y egresos.

h. Preparaciones especificas según especialidad. Respecto a las situaciones especiales como en la preparación de cirugía colónica (Mal formación Ano Rectal) y en pacientes neuroquirúrgicos

. Cirugía colónica. Los pacientes con diagnóstico Mal Formación Ano Rectal, portadores de colostomía, ingresan al servicio entre 18 horas a 24 horas previas a la intervención quirúrgica. Los pacientes reciben infusión de Polietilglicol por gastroclisis, seguido por 4 horas a través de una bomba infusora. También reciben los enemas evacuantes por estomas de colostomía, la primera enema evacuante es administrada antes de iniciar la infusión de polietilglicol, y las siguientes enemas evacuantes son administradas al concluir el polietilglicol, la frecuencia de los enemas evacuantes puede ser cada 3 horas o cada 4 horas, según el caso y hasta que se observa la salida de líquido amarillo claro.

. **Cirugía Neuroquirúrgica.** Los pacientes neuroquirúrgicos reciben lavado de cabello con isodine 12 horas previas a la intervención quirúrgica, también los pacientes con diagnóstico de Malformación Arterio-venosa programados para procedimientos, se les realiza rasurado perineal (escolares).

i. Antibióticoterapia en algunas intervenciones quirúrgicas. Los pacientes pediátricos de la especialidad de cirugía general, urología y cirugía de tórax reciben antibióticoterapia profiláctica que es el uso de antibióticos en ausencia de infección, para prevenirla; La administración de antibióticos es entre 30 a 60 minutos precedentes al acto quirúrgico, esta acción está fundamentada en la necesidad de 2 a 4 horas para que el nivel del antibiótico llegue a los tejidos. Concha M. et. al., coincide con el tiempo de administración, 30 a 60 min antes del procedimiento (18).

Respecto a los antibióticos administrados a los pacientes post-operados en el servicio de cirugía pediátrica, lo establecen los cirujanos de cada especialidad; entre los antibióticos frecuentemente empleados están el amikin, clindamicina, ciprofloxacino, ceftriaxona, metronidazol, vacomicina e imipenem.

j. Consideraciones generales antes de conducir al paciente al centro quirúrgico. Antes de conducir al paciente al centro quirúrgico se procede con la verificación del expediente clínico completo, incluyendo los resultados de laboratorio, sobres radiológicos y la hoja de consentimiento Informado para el acto quirúrgico, se realiza las anotaciones de enfermería, consignando la administración de los antibióticos pre-quirúrgicos. El paciente es conducido a SOP en camilla, vestido con una bata hospitalaria, lleva un brazalete de identificación y en compañía de un familiar. En el centro quirúrgico el paciente es recibido por la enfermera y por el anestesiólogo, quienes verifican la conformidad de los requisitos pre-quirúrgicos.

3.3.2 Cuidados de enfermería al paciente pediátrico hospitalizado en el periodo post quirúrgico.

El cuidado post operatorio, inicia desde el momento de la coordinación entre los servicios de Cirugía Pediátrica y la Unidad de Recuperación. La Enfermera de la Unidad de Recuperación comunica el estado de salud y los requerimientos para el traslado del paciente postoperado.

La enfermera de la Unidad de Recuperación reporta respecto al procedimiento quirúrgico y en relación a la recuperación postanestésica.

Al culminar las dos primeras horas del posoperatorio en la Unidad de Recuperación, el paciente será trasladado en camilla al Servicio de Cirugía Pediátrica. La enfermera de Cirugía Pediátrica previo al traslado considera los siguientes (Anexo N° 14):

- Identificación del paciente, que coincida con el registro del brazalete de identificación, así como en la historia clínica.
- Valoración de las constantes vitales. Enfocando la atención en el aparato respiratorio, la evaluación se basa en los datos de la saturación y la valoración de las características de la respiración, con el objetivo de conservar el equilibrio hemodinámico del paciente pediátrico
- Se evalúa el estado de conciencia para lo cual se puede aplicar la escala de Aldrette, Stewart.
- Solicita el informe respecto a la técnica, duración, fármacos administrados, anestesia utilizada, datos de sangrado, etc.
- Evalúa la herida quirúrgica, apósito, drenajes externos y otros aditamentos quirúrgicos (Anexo N° 10)
- Verifica la permeabilidad del acceso venoso periférico y/o central, y la administración de las soluciones como dextrosas o cloruros con sus respectivos electrolitos.

En el servicio de hospitalización - Cirugía Pediátrica. El paciente pediátrico post operado es instalado en su unidad donde recibirá los cuidados de enfermería correspondiente a un paciente quirúrgico en la fase postoperatoria inmediata y mediata.

a. Cuidados de enfermería en el periodo post quirúrgico inmediato. Periodo comprendido entre las primeras 24 horas al postoperatorio.

- **Valoración de las constantes vitales.** Se controla los signos vitales cada dos o cuatro horas, vigilando la posibilidad de hipertermia, taquicardia, taquipnea e hipertensión arterial. A la evidencia de desaturación el paciente pediátrico recibe oxígeno por máscara de reservorio y es monitoreado hasta su estabilización por efectos anestésicos. Se vigilará las posibles complicaciones respiratorias como obstrucción faríngea, espasmo laríngeo o broncoespasmo. El paciente es ubicado en posición semi-fowler. Excepto indicaciones contrarias, por el riesgo de aspiración y desaturación. Algunos pacientes cursan con hipotermia y escalofríos, debido a los efectos colaterales de la anestesia recibida.
- **Valoración del dolor.** De gran importancia a considerar en la etapa post-operatoria inmediata, es evaluar el grado de dolor debido a la limitación o el impedimento del niño para expresar, transmitir o precisar la localización, intensidad y las características del dolor es aún más complejo cuanto menor es la edad del paciente pediátrico, por lo cual empleamos la escala (Anexo 06) que nos permitirá valorar el grado de intensidad del dolor a fin de administrar un analgésico que le será de mayor beneficio; así como los cambios posturales pueden ayudar a disminuir el dolor.

- **Valoración de las molestias post-operatorias.** Las molestias post-operatorias experimentadas por el paciente pediátrico frecuentemente son: Náuseas, vómitos, inquietud, sed, dolor y disuria. Los pacientes pediátricos postoperados que presentaron emesis fueron intervenidos de una cirugía abdominal; según la literatura se debe a tales como: Por administración de los anestésicos inhalados, los cuales pueden irritar el recubrimiento del estómago y estimular el centro del vómito en el cerebro, entre otras causas también se debe a la distensión abdominal consecutiva a la manipulación de órganos en el abdomen. Puede ser un efecto secundario a la administración de narcóticos o tal vez por la acumulación de líquidos o alimentos en el estómago antes de que se reanude el peristaltismo. Entre las medidas que se realiza es la colocación de sonda nasogástrica, mantener la cabeza del paciente lateralizada para evitar la broncoaspiración.
- **Valoración de la herida operatoria.** La evaluación es en forma permanente a fin de evidenciar los posibles riesgos de hemorragia, dehiscencia de herida operatoria. En presencia de secreción sero-hemático en poca cantidad en las gasas que cubre la herida operatoria. Se refuerza colocando gasas estériles. Cuando están húmedos, la gasa o apósito que cubre un Dren Penrose (colocado en la contrabertura de la herida quirúrgica), se procede al cambio de la misma, aplicando medidas asépticas.
- **Cuidado de los aditamentos quirúrgicos.** Se vigila la zona de inserción y la posición de los drenajes: Hemovack, Jackson, derivación ventrículo externo, drenajes torácicos y otros como las líneas arteriales. Asimismo se valora los signos y síntomas indicativos de complicaciones postoperatorios (Anexo 09).
- **Administración de medicamentos.** El tratamiento farmacológico es responsabilidad de la enfermera asignada para el cuidado del paciente; previamente al tratamiento se ha de considerar la

identificación del paciente, el medicamento correcto y la fecha de vencimiento, obtener datos de alergia medicamentosa, no confundir los equivalentes y la dosis, mantener la esterilidad del sistema intravenoso, etiquetar el volutrol con la medicación y verificar la permeabilidad de la vía, administrar la medicación a la velocidad adecuada, valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación por el riesgo de los efectos adversos y también vigilar si se produce extravasación o flebitis. Los antibióticos por vía endovenosa se administran lentamente y diluidos, por lo que se emplea volutrol o microgotero.

b. Cuidados de enfermería en el periodo post quirúrgico mediato. Después de las 24 horas, Periodo en la que se promueve la movilización, deambulación e ingesta alimentaria (Anexo N° 07).

- **Movilización.** Al día siguiente de la operación los pacientes pediátricos post operados de apendilap se sientan en la silla y pueden trasladarse por sus propios medios, es necesario la compañía del personal de enfermería o de sus padres, por la posibilidad de una lipotimia.

  Los pacientes post- operados de una Laparatomía Exploratoria, Colecistectomia y otras cirugías se movilizan se levantan a la silla y deambularan en forma progresiva.

  Los pacientes portadores de drenaje torácico o pacientes con derivación ventrículo externo, están con la indicación de reposo, hasta el retiro de los referidos aditamentos quirúrgicos.

- **Nutrición.** Para brindar apoyo nutricional al paciente quirúrgico pediátrico se considera que el niño está en crecimiento y desarrollo y que al mismo tiempo se recupera de una intervención quirúrgica. La característica estriba en que al cuarto mes el niño duplicará su

peso de recién nacido, de modo que a los diez años su peso aumenta casi veinte veces más. El reinicio de la ingesta oral es acorde al tipo de cirugía y según la evolución del paciente. Los pacientes post- operados de colocación de drenajes ventriculares externos o peritoneales, por lo general inician entre las 6 horas a las 12 horas del post operatorio. Los pacientes de la especialidad de cirugía general post intervención de una apendicectomía laparascópica sin dren, reinicia con la ingesta de la vía oral, líquidos restringidos y/o líquido amplio a las 24 horas, de modo que al segundo día ´post-operatorio reciben una dieta blanda e incluso algunos pacientes salen de alta a su casa.

Los pacientes de la especialidad de oftalmología y traumatología inician la vía oral entre las 4 a 6 horas del post- operatorio.

La nutrición enteral por sonda nasogástrica, está indicado para pacientes con compromiso de conciencia, con deterioro de la succión y/o deglución. Las sondas nasogástricas de mayor calibre están contraindicados para fines de nutrición, por el riesgo de aspiración y por qué dañan las mucosas nasofaríngeas. La posición de la sonda se verifica antes de cada alimentación intermitente y en caso de alimentación continua. Asimismo se valora la función respiratoria (tos, distres respiratorio) por el riesgo de desplazamiento de la sonda nasogástrica.

La nutrición enteral por sonda de gastrostomía y la nutrición parenteral por un acceso venoso periférico a través del catéter venoso central se reinicia a las 12 horas de la intervención quirúrgica. La nutrición parenteral total no debe detenerse precipitadamente, por el riesgo de hipoglicemia. También se verifica la permeabilidad del catéter y el área circundante a la inserción a fin de identificar flebitis, edema y dolor.

- **Heridas operatorias**. En relación a los cuidados de enfermería de las heridas postoperatorias. Normalmente estas heridas suelen seguir un proceso secuencial de cicatrización, sin destrucción ni pérdida de tejidos, ni presencia de cuerpos extraños debido a la realización de forma aséptica y siguiendo la ordenada distribución de las capas de la piel y además porque se suturan con materiales como hilo o grapas. De otra parte debido a factores exógenos y endógenos se presentan complicaciones de las heridas quirúrgicas como la infección, dehiscencia, evisceración y las adherencias. Los cuidados están dados a través de un accionar conjunto (equipo de salud) a fin de evitar de que esta evolucione en el peor de los casos a una sepsis o respuesta inflamatoria sistémica debida a una infección grave. (Anexo N° 10-11).

- **Aditamentos quirúrgicos.** Los cuidados de los aditamentos quirúrgicos como los catéteres centrales, los catéteres epicutáneos, sondas nasogástrica, Foley, drenaje torácico, etc., se emplea la aséptica y los pasos secuenciales para su cuidado. (Anexos: 07-08).

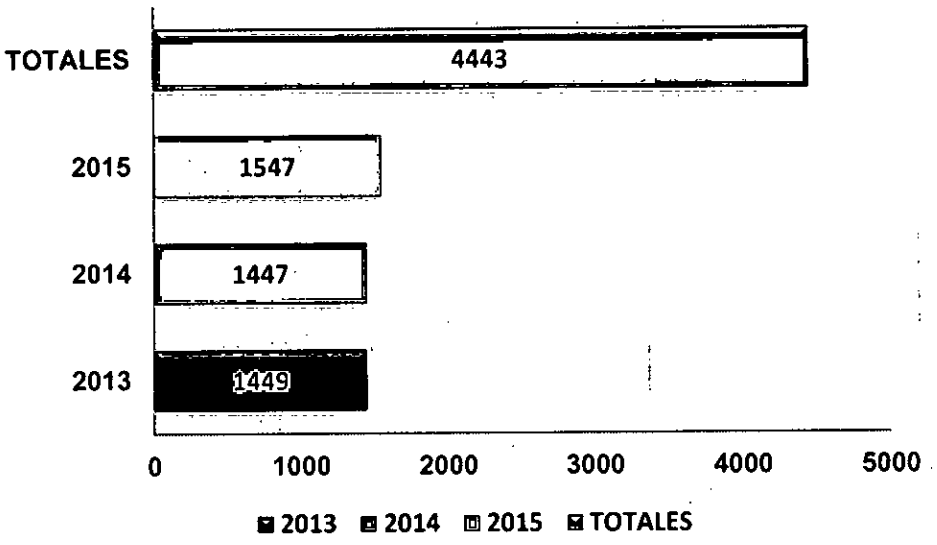
  En el servicio de cirugía pediátrica las indicaciones para la colocación de un catéter venoso central incluyen: incapacidad para establecer otra vía venosa. Los catéteres venoso central presentan beneficios en la terapéutica, ya que son utilizados para diagnósticos y tratamientos especializados, monitorización hemodinámica, administración de nutrición parenteral, infusión de sangre y hemocomponentes, y antibiótico en terapia prolongada. Para a prevenir las infecciones se emplean las barreras máxima estéril (gorro, máscara, delantal estéril, guantes y campos estériles), antisepsia cutánea con clorhexidina al 2% en el área de inserción del catéter venoso central; asimismo se efectúan programas educacionales para el equipo de la salud.

La permanencia de la inserción de los catéteres periféricos no debe ser por más de 72 horas en la misma vena, por el riesgo de flebitis o infección; por lo cual es obligatorio el registro de la fecha y hora de colocación del catéter periférico.

IV. RESULTADOS

GRAFICO N° 4.1

NUMERO DE PACIENTES POST-OPERADOS, CIRUGÍA PEDIÁTRICA, HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. 2013 – 2015

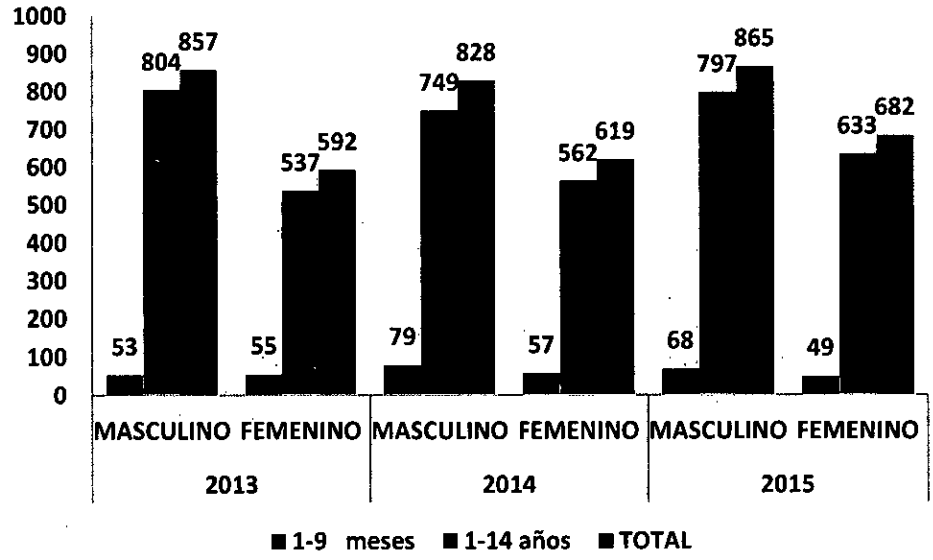


Fuente: Registros de ingresos del Servicio de Cirugía Pediátrica. HNERM

El gráfico en referencia muestra el número total de pacientes post-operados de las diferentes especialidades quirúrgicas hospitalizados en el servicio de Cirugía Pediátrica, durante los años 2013 al 2015. Observando que hay un número mayor de pacientes post-operados en el año 2015.

GRAFICO N° 4.2

NUMERO DE PACIENTES SEGÚN GRUPO ETARIO Y SEXO HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA HNERM. 2013 - 2015



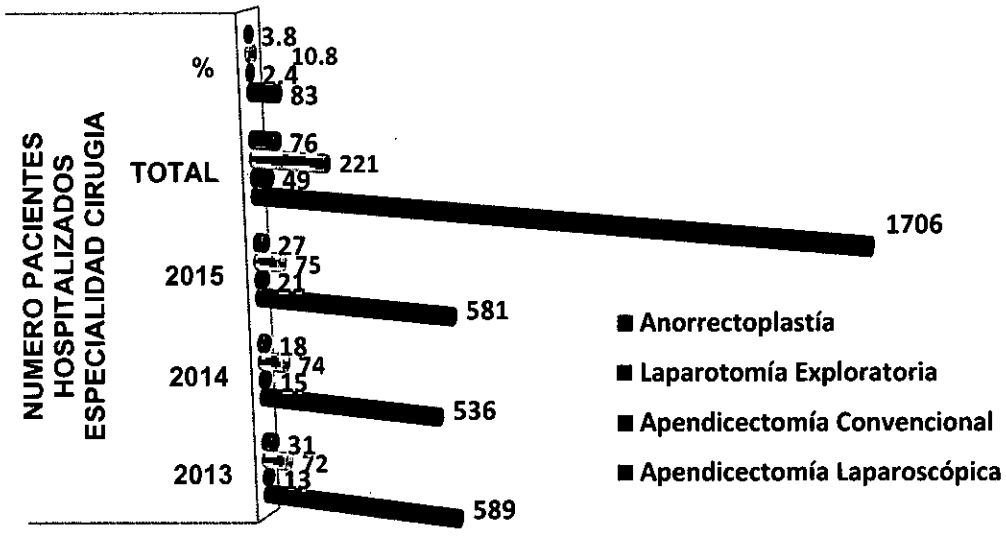
Fuente: División Estadística e Informática –ESSALUD

El gráfico muestra el número de pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía Pediátrico. Del total de las hospitalizaciones el mayor número (79) corresponde a niños del sexo masculino entre uno a nueve meses, durante el año 2014 y el menor número pertenece a 53 niños del sexo masculino entre uno a nueve meses, hospitalizados en el 2013.

Respecto a los pacientes de entre uno y catorce años de edad, el mayor número concierne a 804 pacientes, seguido de 797 pacientes del sexo masculino en el 2013 y 2015 respectivamente. Asimismo el menor número con 537 pacientes de sexo femenino pertenecen al año 2013.

GRAFICO N° 4.3

PACIENTES PEDIÁTRICOS POST-OPERADOS, ESPECIALIDAD CIRUGÍA GENERAL. HNERM. 2013 - 2015



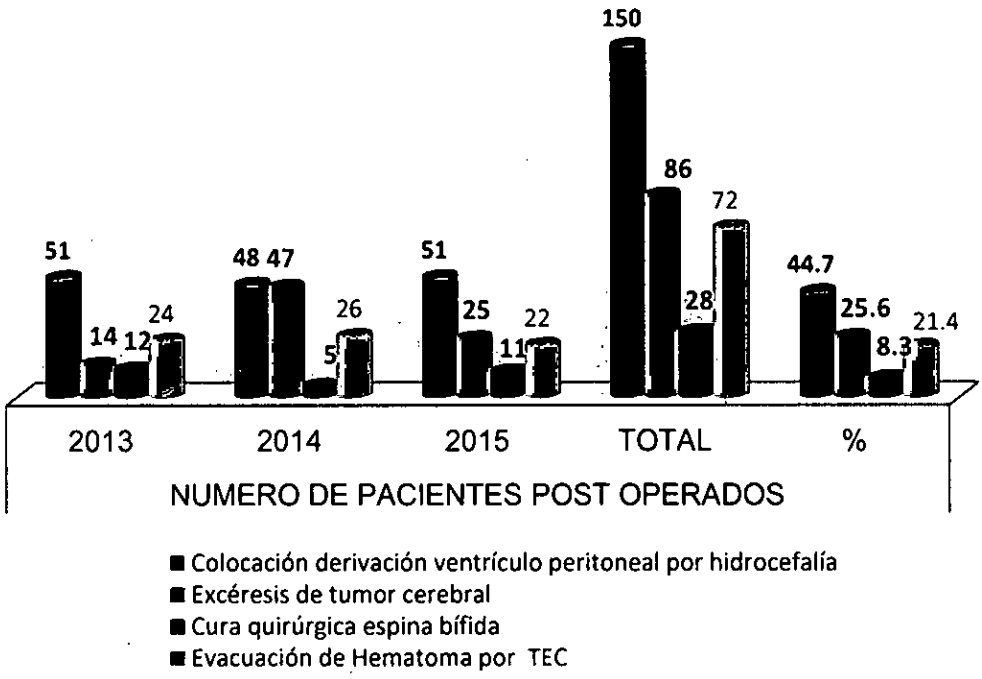
Fuente: Unidad de Estadística e Informática –ESSALUD

El gráfico muestra el número de los pacientes pediátricos hospitalizados por la especialidad de cirugía general, en mayor porcentaje en los tres últimos años corresponden a pacientes post-operados de apendicectomía laparoscópica con 83%, seguido por pacientes post-operados de laparotomía exploratoria con 10.8% y el menor porcentaje, 2.4% pertenecen a pacientes post-operados de apendicectomía convencional.

La incidencia elevada de apendicitis que demandaron atención quirúrgica de emergencia en el HNERM, no dista de otras realidades como refiere Altrudi en los Estados Unidos, la apendicitis aguda afecta a 250.000 individuos anualmente (19). Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática y Ministerio de Salud en el Perú el año 2013, la tasa de apendicitis fue 9,6 x 10 000 habitantes (20).

GRAFICO N° 4.4

PACIENTES PEDIÁTRICOS POST-OPERADOS, ESPECIALIDAD NEUROCIRUGÍA. HNERM. 2013 - 2015



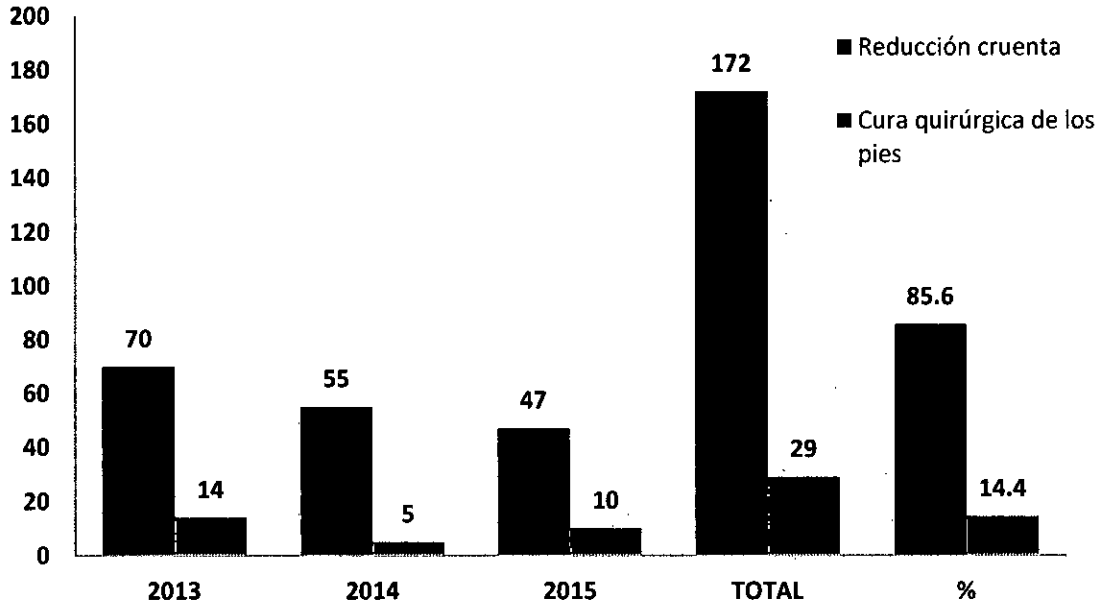
Fuente: Unidad de Estadística e Informática –ESSALUD

El gráfico en referencia presenta el número de pacientes pediátricos quirúrgicos post-operados por la especialidad de neurocirugía, del total de los pacientes el mayor porcentaje 44.7% corresponde a los pacientes post-operados de colocación de derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia, seguido del 25.6% de pacientes post-operados de excéresis de tumor cerebral; igualmente se puede visualizar el menor porcentaje con 8.3% a pacientes post-operados de cura quirúrgica de espina bífida que estuvieron hospitalizados en el servicio de Cirugía Pediátrica. HNERM, durante los años 2013-2015.

GRAFICO N° 4.5

PACIENTES POST-OPERADOS, ESPECIALIDAD TRAUMATOLOGÍA.

HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. 2013 – 2015



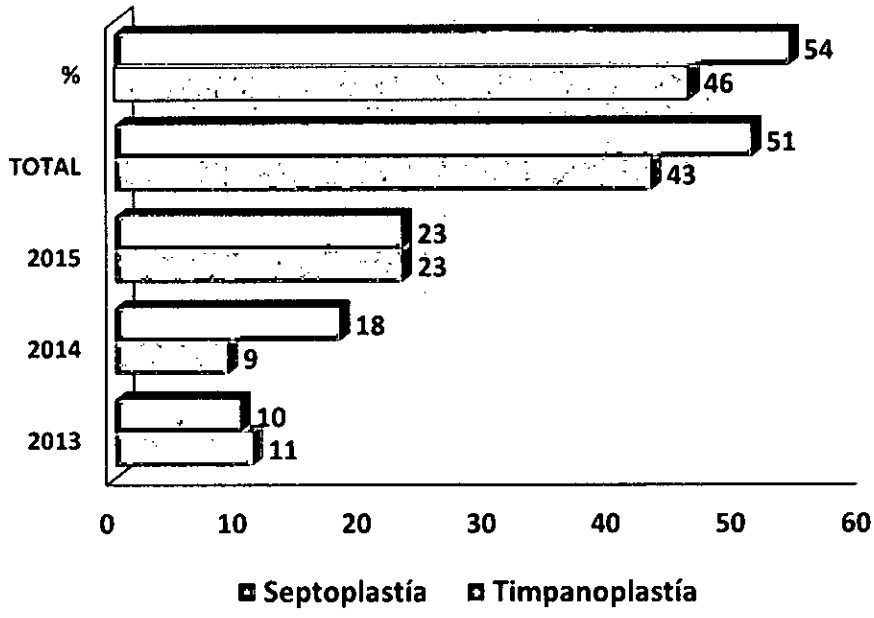
Fuente: Unidad de Estadística e Informática –ESSALUD

El gráfico presenta el número total de pacientes pediátricos post-operados por la especialidad de traumatología en el servicio de Cirugía Pediátrica. HNERM, entre los años 2013 -2015, perteneciendo el mayor porcentaje, 85.6% de pacientes post-operados de reducción cruenta más osteosíntesis por fractura hombro, brazo, fémur y de cadera; de igual manera el menor porcentaje 14.4% de los pacientes están relacionados con cura quirúrgica de los pies.

GRAFICO N° 4.6

PACIENTES POST-OPERADOS DE LA ESPECIALIDAD DE OTORRINO.

HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. 2013 – 2015

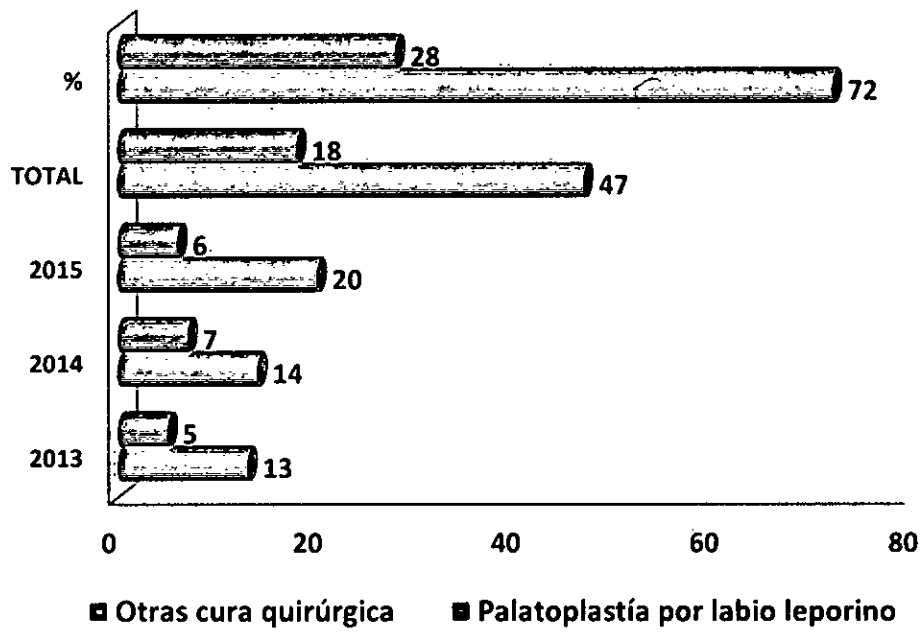


Fuente: Unidad de Estadística e Informática –ESSALUD

El gráfico relacionado a los pacientes pediátricos post-operados por la especialidad de otorrino, que estuvieron hospitalizados en el servicio de Cirugía Pediátrica. HNERM, durante el 2013 – 2015, evidencia que el 54% fueron intervenidos de septoplastía y el 46% de los pacientes fueron operados de timpanoplastía.

GRAFICO N° 4.7

PACIENTES POST-OPERADOS, ESPECIALIDAD CIRUGÍA PLÁSTICA. HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. 2013 - 2015

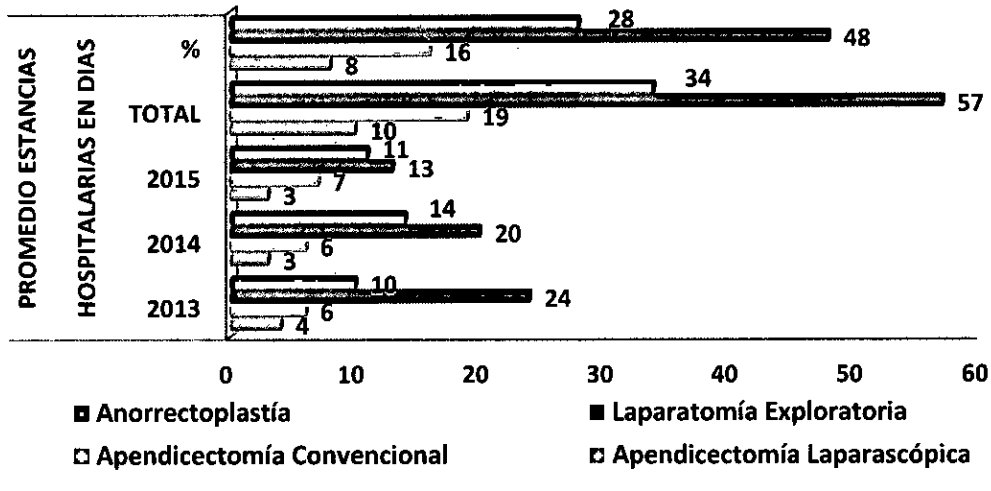


Fuente: Unidad de Estadística e Informática –ESSALUD

El gráfico en referencia evidencia el 100% de los pacientes pediátricos post-operados de la especialidad de cirugía plástica, del cual el 72% fueron intervenidos quirúrgicamente de palaloplastía por labio leporino y el 28% corresponden a otras curas quirúrgicas.

GRAFICO N° 4.8

ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS POST-OPERADOS, ESPECIALIDAD CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. 2013 – 2015

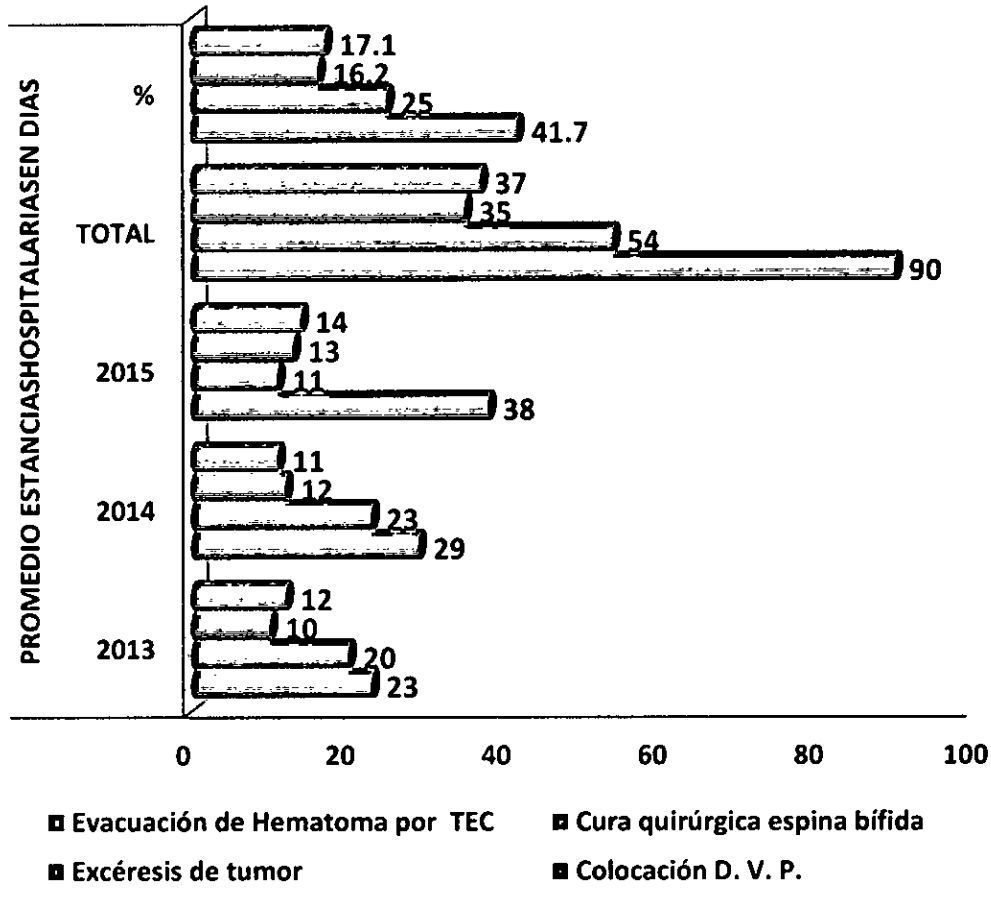


Fuente: Unidad de Estadística e Informática –ESSALUD

El gráfico muestra el número de estancia hospitalaria de la especialidad de Cirugía General. Del 100% del promedio de estancia hospitalaria, el mayor porcentaje con 48% están relacionados a las laparatomía exploratoria, seguido por las anorrectoplastías con un 28% y en menor porcentaje con un 8% corresponden a las apendicectomía laparascópica. Los datos recopilados respecto al menor porcentaje de estancia hospitalaria de la Apendicectomía Laparascópica son similares a los hallazgos del estudio realizado por Thomas, quien refiere que la Apendicectomía Laparascópica tiene menor impacto funcional sobre la pared abdominal porque la máxima longitud de la incisión es de 1 cm. el riesgo de evisceración o de hernia incisional es ínfimo. Tiene menor íleo, lo que permite una alimentación temprana; minimiza el desarrollo de adherencias intestinales bajando el riesgo de oclusión intestinal y dolor abdominal crónico; por lo que todas estas ventajas en la morbilidad determinan una estadía hospitalaria más corta, menos reingreso hospitalario y el reintegro más rápido del niño a su medio familiar, a sus actividades escolares.

GRAFICO N° 4.9

ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS POST-OPERADOS, ESPECIALIDAD NEUROCIRUGÍA. HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2013 – 2015

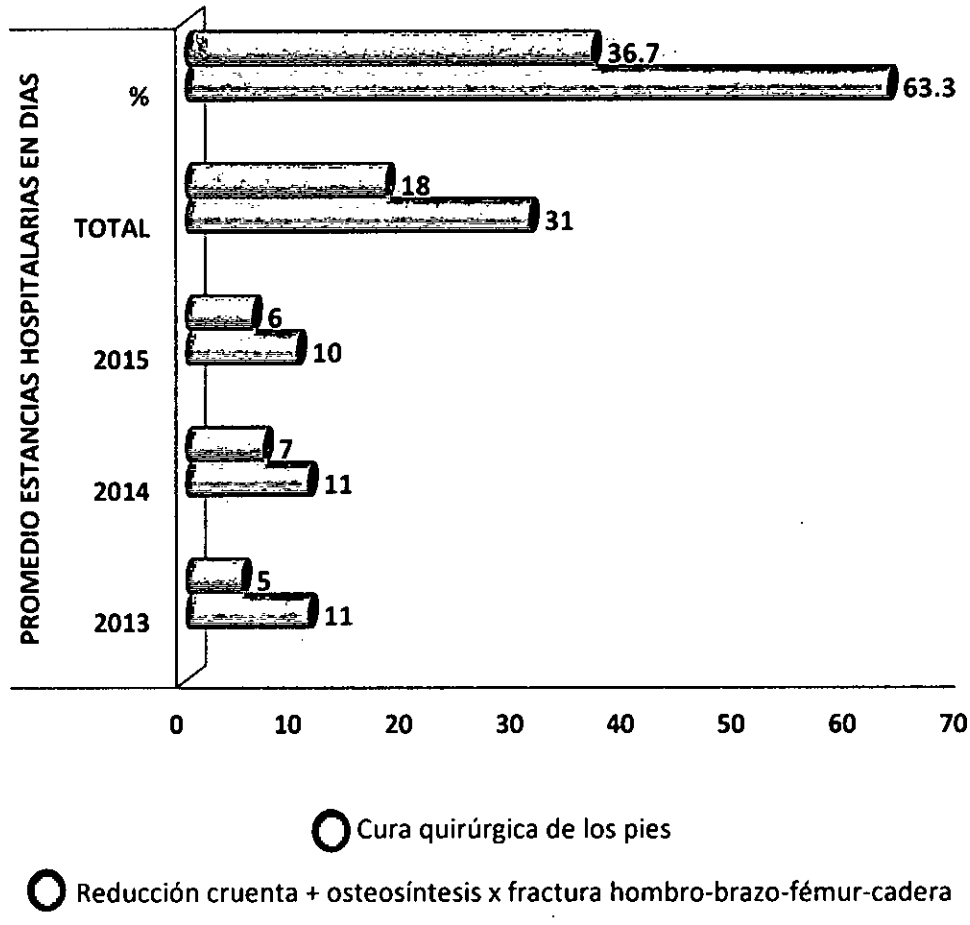


Fuente: Unidad de Estadística e Informática –ESSALUD

El gráfico muestra el número de estancia hospitalaria de la especialidad de Neurocirugía. Del 100% de estancia hospitalaria, el mayor porcentaje con 41.7% corresponde a la colocación de Derivación Ventrículo Peritoneal, seguido por un 25% perteneciendo a la excéresis de tumor y en menor porcentaje con 16.2% están relacionados con la cura quirúrgica de espina bífida.

GRAFICO N° 4.10

ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS POST-OPERADOS, ESPECIALIDAD TRAUMATOLOGÍA. HNERM. 2013 – 2015

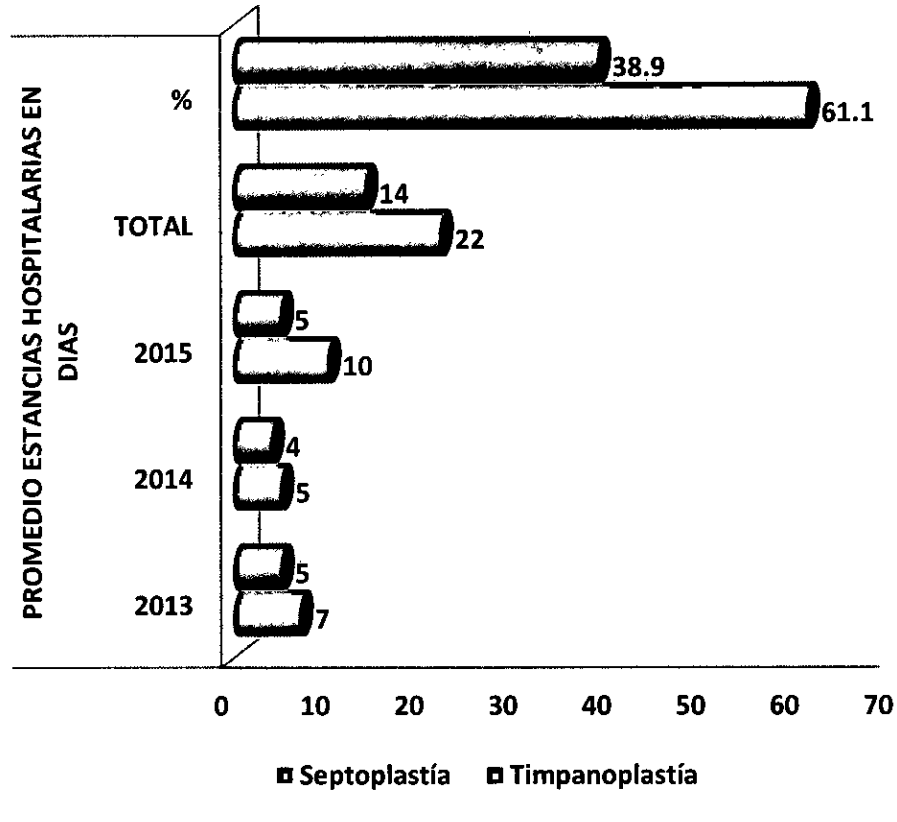


Fuente: Unidad de Estadística e Informática –ESSALUD

En el gráfico se observa el promedio de la estancia hospitalaria de la especialidad de Traumatología, el mayor porcentaje con el 63.3 % corresponde a la estancia hospitalaria de los niños intervenidos quirúrgicamente de reducción cruenta más osteosíntesis por fractura hombro-brazo-fémur-cadera; seguido por el 36. 7% concerniente a la intervención de la cura quirúrgica de los pies.

GRAFICO N° 4.11

ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS POST-OPERADOS, ESPECIALIDAD OTORRINO. HNERM. 2013 – 2015

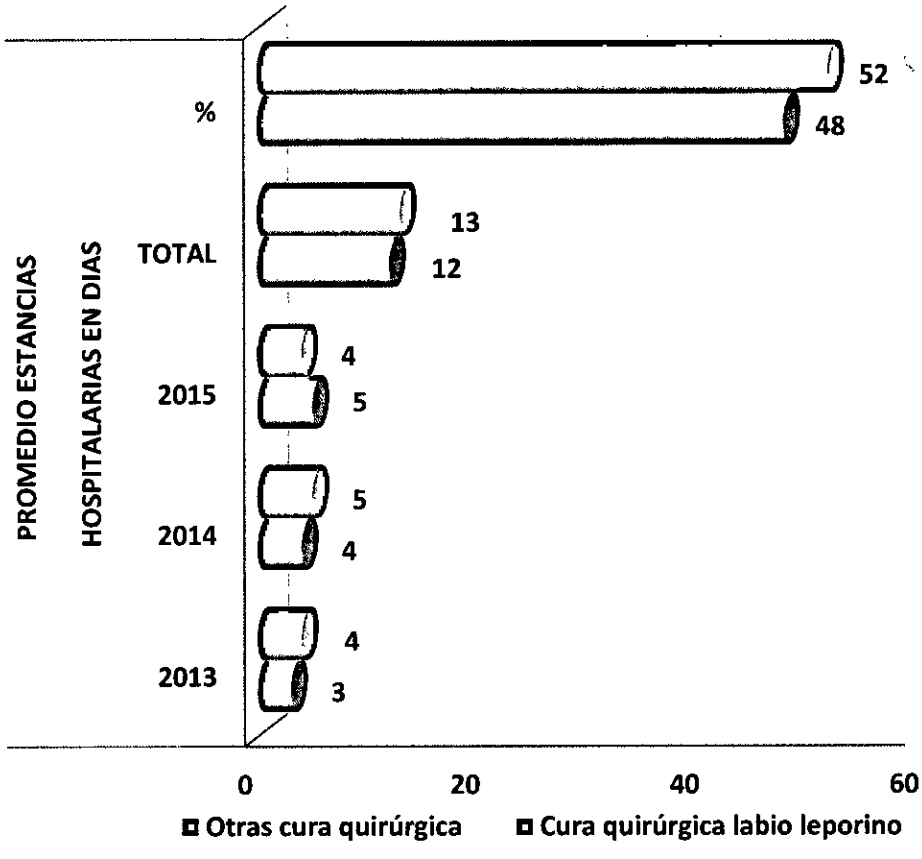


Fuente: Unidad de Estadística e Informática –ESSALUD

En el gráfico se observa el promedio de la estancia hospitalaria de los pacientes pediátricos post-operados de la especialidad de Otorrino. El mayor porcentaje con 61.1% corresponde a los procedimientos quirúrgicos de timpanoplastía, seguido por el 38.9% perteneciendo a las intervenciones quirúrgicas de septoplastía.

GRAFICO N° 4.12

ESTANCIA HOSPITALARIA PACIENTES POST-OPERADOS, ESPECIALIDAD CIRUGÍA PLÁSTICA. HNERM. 2013 - 2015

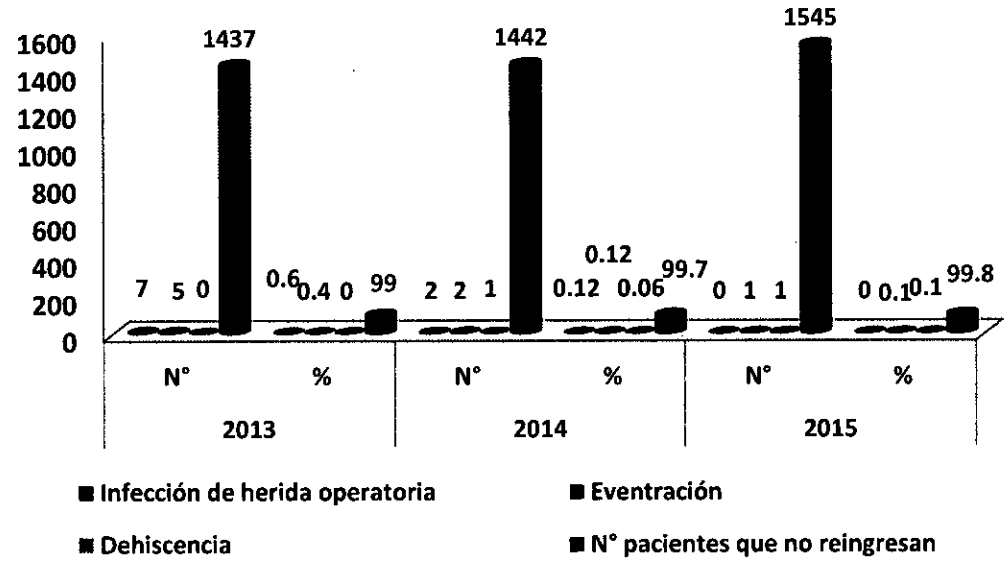


Fuente: Unidad de Estadística e Informática –ESSALUD

En el gráfico se observa el total de estancia hospitalaria de los pacientes pediátricos post-operados de la especialidad de Cirugía Plástica, el 52% conciernen a otras curas quirúrgicas y el 48% pertenecen a la cura quirúrgica de labio leporino.

GRAFICO N° 4.13

NUMERO DE REINGRESOS POR COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS SERVICIO CIRUGÍA PEDIÁTRICA. HNERM. 2013 – 2015



Fuente: Registros de ingresos del Servicio de Cirugía Pediátrica. HNERM

En el gráfico se observa los porcentajes de reingresos de los pacientes pediátricos por complicaciones post- quirúrgicos; dentro de los treinta días de la intervención quirúrgica.

Las complicaciones post-quirúrgicas, respecto a las infecciones de las heridas operatorias para los años 2013 y 2015 son en un número de siete casos y un número de dos casos para el año del 2014.

En el gráfico también se observa que el mayor número (5) de eventración post-quirúrgica, corresponden al año 2013, seguido por (2) eventraciones post-quirúrgicas para los años 2014 y 2015 respectivamente.

Henao A. en el estudio titulado manejo de las heridas quirúrgicas refiere que el 2% se complica con fístula; el 2% con absceso (4). Los datos para el presente informe no especifican las características de las infecciones de las heridas operatorias.

V. CONCLUSIONES

a. Durante mi experiencia profesional en los años 2013 – 2015, la mayor demanda de patologías fueron la Apendicitis e Hidrocefalia; por lo cual se requiere actualizar las guías de atención para los pacientes con los diagnósticos en referencia.

b. El Servicio de Cirugía Pediátrica no cuenta con un ambiente destinado a la realización de procedimientos como colocación de sondas, canalización de accesos periféricos y otros.

c. El Servicio de Cirugía Pediátrica por su naturaleza, requiere enfermeras especialistas en cuidados quirúrgicos pediátricos.

VI. RECOMENDACIONES

a. Actualizar las guías de atención a pacientes postoperados con diagnósticos: Apendicitis e Hidrocefalia.

b. Gestionar a las autoridades correspondientes para asignar un ambiente adecuado, donde se puede realizar los procedimientos de enfermería.

c. Motivar a las enfermeras para estudiar la especialidad en cuidados quirúrgicos, lo que optimizará a los cuidados de enfermería con calidad y calidez.

VII. REFERENCIALES

1. Estadística institucional. ESSALUD. Disponible: http://www.essalud.gob.pe/estadística-institucional/

2. Registros de ingreso al servicio de cirugía pediátrica (2015)

3. SARTORI Josefina, ESPINOZA Pilar, DÍAZ María Soledad, FERDINAND Constanza, LACASSIE Héctor J, GONZÁLEZ Alejandro. (2015). ¿Qué información preoperatoria desean los padres de niños que serán operados?. Rev. chil. pediatr. Dic [citado 2016 Oct 16] ; 86(6). Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-4

4. HENAO et. (2016). Manejo de las heridas quirúrgicas: compromiso del cuidado Humanizado. Armendia. Ubicado en: ex.php/libroseditorialunimar/article/viewFile/1004/970

5. HELCOS. (2014). Evidencias para la práctica. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n2/08_helcos4.pdf

6. PAUTA CASTRO Paola. SAGUAY CABRERA Marcos. (2013). Valoración del dolor postquirúrgico en niños/niñas de 2 – 10 años en la sala de recuperación postoperatoria y hospitalización en el hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5491/1/Valoracion%2

7. NICHO CHÁVEZ Carlos. (2015). Factores que se asocian a infección de sitio operatorio en pacientes post operados por apendicetomía convencional en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima Perú. Ubicado: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/URPU_d26f597553

8. ANGIE V. (2015). Ubicado: https://prezi.com/uuqzimo98lxm/cuidados-de-enfermeria-en-el-pre-trans-y-postoperatorio/

9. http://anestesiauruguay.com/wp-content/uploads/2016/01/Evaluaci%

10. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Cuidados postoperatorios en hospitalización. Madrid (2012). Ubicado: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername+1=Content-

11. STRAFFON OSORNO Andrés (2010) Pediatría Médico Quirúrgico. México. Ubicado: http://dcs.uqroo.mx/paginas/atlaspediatria/index.html

12. SOLANA MJ, URBANO J. (2015). Fluidoterapia de mantenimiento en la edad pediátrica. ¿Son los líquidos hipotónicos una opción? Evid Pediatr. España. Ubicado: http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgz

13. LÓPEZ ÁLVAREZ S., LÓPEZ GUTIÉRREZ A. y ZABALLOS GARCÍA M. (2012). Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. España. http://www.asecma.org/Documentos/Blog/Guia_DAP.pdf

14. PUENTES SALLAGO N., IBÁÑEZ VIDAL C. y FARROUH ALES S. (2013). Guía rápida de enfermería en cuidados al paciente quirúrgico y postquirúrgico. España. Ubicado: http://documents.mx/documents/enfermeria-en-cuidados-al-paciente-quirurgico-y-postquirurgico.html

15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal (2016). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); España. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_555_CMA_IACS_compl.pdf

16. https://es.wikipedia.org/wiki/Jean_Watson

17. ARIZA OLARTE Claudia. DAZA DE CABALLERO Rosita. (2008). Calidad del Cuidado de Enfermería al Paciente Hospitalizado. Bogotá. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. https://books.google.com.pe/books?id=L0T4LiRF-UQC&pg=PA14&dq=

18. CONCHA et. al. (2016). Actualización en técnica aséptica y uso de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos ambulatorios que comprometan piel y mucosas. Rev Med Chile; 144: 1038-1043

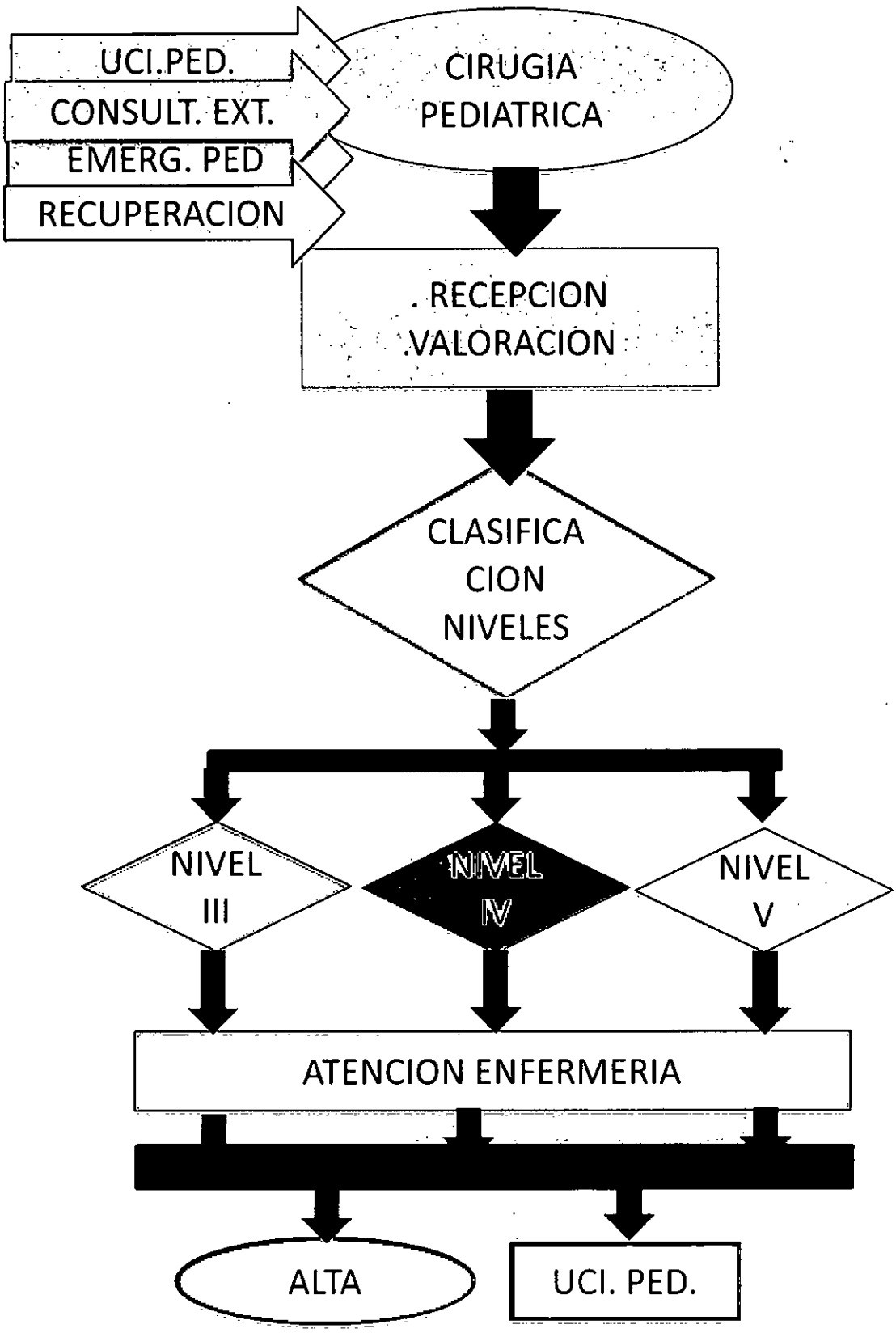
19. ALTRUDI R. (2011) Apendicitis complicada: infección de la herida. http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=88408

20. TEJADA J, MELGAREJO G. (2015). Incidencia de apendicitis aguda y su relación con factores ambientales, Perú, An Fac Med. Disponible: http://www.redalyc.org/pdf/379/37942607005.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 01

FLUJOGRAMA DE INGRESO Y EGRESO CIRUGIA PEDIATRICA



ANEXO N° 02

CARTILLA DE INFORMACIÓN Y/O NORMAS INTERNAS DEL SERVICIO CX. PEDIATRICA

SEÑORES PADRES DE FAMILIA:

El médico Jefe del Departamento De Cirugía Pediátrica Dr. Miguel Hermoza. El Jefe **de Cirugía Pediátrica** General Dr. Luis Ormeño, El jefe de Especialidades Qx Pediátrica Dr. German Posadas, y la Jefe de Enfermeras Lic. Enfermera Rosa Gamboa Bonilla, y todo el personal de cirugía Pediátrica y Especialidades Quirúrgicas les damos la ¡BIENVENIDA!

Nuestro deseo es ofrecer a los pacientes que ingresan a nuestro servicio una atención de calidad, cada vez mejor, es por eso que le pedimos su colaboración en el cumplimiento de las normas ya que el incumplimiento de ellas podría ir en prejuicio de su niño así como de los otros niños. En cada sala se encuentra una Enfermera y una Técnica de Enfermería que atienden a su niño.

1. Al ingreso del paciente, Ud. Deberá traer lo siguiente: Pijama, toalla de baño, jabón, cepillo dental, Shampoo peine, papel higiénico, y sandalias para levantarse, y un vaso de plástico rotulado con su nombre. El baño del paciente es diario y a primera hora de la mañana, por lo que deberá dejarle una muda de ropa diariamente y llevarse la sucia.
2. **ES OBLIGATORIO el LAVADO DE MANOS al ingreso antes de acercarse a su niño.**
3. Si su niño no controla esfínteres traerle pañales descartables.
4. Algunas operaciones requieren rasurado de zona operatoria para lo cual se le solicitará una máquina de afeitar descartable.
5. El horario de visita a los pacientes es de 3 a 5 pm, debiendo los familiares ingresar de uno en uno. La patria potestad del niño está por ley asignada únicamente a los padres, por lo anterior solo a los padres de los pacientes se les brindara un pase firmado por el medico Jefe del Servicio, el que le permitirá estar al lado de su niño, **DEBIENDO RETIRARSE EN LA VISITA MEDICA (07am hasta 10am), reporte de enfermería (12:50pm hasta 13:20pm y 06:50pm hasta 07:20pm) asi como en los procedimientos Médicos y de Enfermería que se realizan a los pacientes. Así mismo se les recuerda que el ingreso en la noche es hasta las 10 de la noche, El pase lo recabara en el Estar de enfermeras del Servicio de lunes a domingo al ingreso del paciente.**
6. Está **PROHIBIDO** el ingreso de familiares **MENORES DE 18 AÑOS.**
7. Ud. Debe saber que si su niño se opera, quedará en ayunas 6 a 8 hrs, antes de la operación, por lo que los familiares solo ingresaran cuando el personal se lo autorice en función de las indicaciones médicas.
8. **ESTA PROHIBIDO EL INGRESO DE ALIMENTOS (FRUTAS, GASEOSAS, NÉCTARES, YOGURT, DULCES, ENTRE OTROS). A LOS PACIENTES, ELLOS SÓLO DEBEN RECIBIR LA DIETA INDICADA POR EL MÉDICO, ÉSTA FORMA PARTE DEL TRATAMIENTO QUE RECIBE SU PACIENTE, SU INCUMPLIMIENTO REDUNDARÁ EN LA RECUPERACIÓN ADECUADA Y/O SUSPENDER EL ACTO QUIRÚRGICO O EL PROCEDIMIENTO PROGRAMADO.**
9. Es importante que sepa Ud. que antes de ofrecer algún alimento a su niño o eliminar la orina y otra excreta de su niño debe informar al personal que lo atiende porque hay pacientes con control de ingresos (ingesta), y egresos (eliminaciones: orina, heces, drenajes y otros) por eso que encontrará algunos letreros en la cama de su niño.
10. **El familiar que esté cuidando al paciente, al retirarse de la sala, y en la noche NO dejar las barandas bajas de la cama y/o cuna sin antes comunicar a la Enfermera o Técnica de Enfermería de su ambiente para tomar las precauciones del caso y evitar accidentes.**
11. La visita médica se inicia a las 8 am por lo que el informe médico a los padres sobre el estado de salud de su niño se dará aproximadamente a partir desde las 11 hrs. hasta las 12 hrs.
12. **ESTA PROHIBIDO dejar a los niños teléfonos celulares, menos aún cargarlos en el Servicio por orden de la Gerencia General del hospital de igual manera el ingreso de maletines, termos, juguetes, DVD PORTATILES, u objetos de valor, por lo anterior EL SERVICIO NO SE RESPONSABILIZA POR LAS PÉRDIDAS O DETERIOROS DE LOS MISMOS.**
13. Así mismo está prohibido traer muñecos de peluche, porque acumula gérmenes y por ende las complicaciones intrahospitalarias.
14. Las intervenciones Quirúrgicas se realizan desde las 8am. hasta las 19 hrs. de manera ordenada y continua de acuerdo a programación quirúrgica, no habiendo una hora exacta para cada una.
15. Las altas son dadas de lunes a domingo en el transcurso de la mañana, debiendo los pacientes ser retirados del servicio por el familiar responsable que los hospitalizó. En lo posible se les comunicará el día anterior. Si existe alguna restricción judicial deberá ser comunicada por escrito a la jefatura para implementar las medidas pertinentes.
16. **Si firmo** el ingreso por emergencia **PAGARÉ, regularizarlo lo antes posible** para no tener dificultades al sacar las citas o cualquier examen que necesitara el paciente.
17. Si tiene alguna pregunta o duda hágalo saber al personal médico o de enfermería del servicio que atiende a su niño.

"SU COLABORACION ES MUY IMPORTANTE PARA LA RECUPERACION DE SU NIÑO"

ANEXO N° 03

VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO

DATOS GENERALES

Nombre del paciente.....Fecha de Nac.....Edad.....dirección.....
Fecha de ingreso al servicio.....Hora.....Persona de referencia.....teléfono.....
Procedencia: Admisión ( ) Emergencia ( ) Otro hospital ( ) Otro ( )
Forma de llegada: Ambulatorio ( ) Silla de ruedas ( ) Camilla ( ) Otro ( )
Peso:..... Estatura:..... PA:..... FC:..... FR:..... T°:.....
Fuente de Información: Paciente:( ) Familiar ( ) Otro ( )

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES QUIRURGICAS

HTA ( ) DM ( ) gastritis/ulcera ( ) asma ( ) TBC ( ) Otros.....Ciruglas Si ( ) No ( )
Especifique.....Fecha..... Alergias y otras reacciones: Fármacos ( ) Alimentos ( )
Signos y Síntomas.....Otros.....Dx Médico.....

VALORACION DE ENFERMERIA POR DOMINIOS

DOMINIO 1 : PROMOCIÓN DE LA SALUD

¿Qué sabe usted de su enfermedad?
.....
¿Qué necesita saber de su enfermedad?
.....
Estilos de vida/Hábitos
USO DE TABACO USO DE ALCOHOL
SI ( ) NO( ) SI( ) NO( )
Cant./ Frec. _____ Cant/Frec. _____
Comentarios.....
Consumo de medicamentos con o sin indicación:
¿Qué toma actualmente dosis/frec. Ultima dosis
_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____
Motivo de incumplimiento de indicaciones medicas en la Familia y comunidad.....
Estado de higiene:
Corporal.....
Hogar.....
Comunidad.....
Estilo de alimentación.....
Coment. Adición.....

DOMINIO 2 : NUTRICION

Cambio de peso durante los últimos 6 meses si ( ) no ( )
Apetito: Normal ( ) Anorexia ( ) Bulimia ( )
Dificult. Para deglutir: si ( ) no ( ) motivo.....
Nauseas ( ) Pirosis ( ) vómitos ( ) Cant.....
SNG No ( ) Si ( ) Alimentación ( ) Drenaje ( )
Abdomen: Normal ( ) Distendido ( ) Dolorosos ( )
Ruidos hidroaereos: Aumentad ( ) Disminu.( ) Ausent ( )
Drenaje No ( ) Si ( ) Especificar.....
Hidratación: piel seca ( ) Turgente ( ) Otro.....
Edema No ( ) Si ( ) Localización.....
Coment. Adic.....
Alimentación del niño: Lactancia No ( ) motivo.....
Si ( ) frecuencia..... Exclusiva ( ) Mixta ( ) Otro ( )
Alimentación complementaria si( ) frecuencia.....
¿Qué come frecuentemente su niño?.....
Coment. Adic.....

DOMINIO 3 : ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales: Número de deposiciones/día.....
Estreñimiento ( ) Diarrea ( ) Incontinencia ( ) Ostomia ( )
Comentarios adicionales.....
Hábitos vesicales: Frecuencia:.....Disuria ( )
Retención ( ) Incontinencia 8) Otros.....
Presencia de edema no ( ) si ( ) localización.....
Sistema de ayuda si ( ) no ( ) Pañal ( )
Sonda ( ) Fecha coloc..... Colector ( ) Fecha coloc.....
Hábitos alimentarios..... cons. Liqui.....
Comentario adicional.....
Ruidos respiratorios claros ( ) sibilantes ( ) estertores ( )
Secreciones traqueo bronquiales ( ) disnea ( )
Palidez ( ) otros ( )
Comentarios adicionales.....

DOMINIO 4 : ACTIVIDAD/ REPOSO

SUEÑO-DESCANSO
Horas de sueño.....problemas para dormir Si ( ) No ( )
Toma algo para dormir si ( ) no ( )
Padece de insomnio ( ) pesadilla ( )
Comentarios adicionales.....
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO:
0= Independiente ( ) 1=Ayuda de otros ( )
2=Ayuda del personal ( ) 3=Dependiente incapaz ( )

ACTIVIDADES	0	1	2	3
MOVILIZA EN CAMA				
DEAMBULA				
IR A BAÑO/BAÑARSE				
TOMAR ALIMENTOS				
VESTIRSE				

Aparatos de ayuda: ninguna ( ) muletas ( ) andador ( )
Silla de ruedas ( ) bastón ( ) otros ( )
Movilidad de miembros:
Contracturas ( ) flacidez ( ) parálisis ( )
Fuerza muscular: conservada ( ) disminuida ( )
Fatiga si ( ) no ( ) Otros motivos de déficit de auto cuidado
.....

ACTIVIDAD CIRCULATORIA
Pulso: regular ( ) irregular ( )
Pulso periférico: Pedio ( ) ( ).....( ) ( )
Popliteo ( ) ( ).....( ) ( )

0 = AUSENCIA
+1 = DISMINUCION NOTABLE
+2 = DISMINUCION MODERADA
+3 = DISMINUCIÓN LEVE
+4 = PULSACIÓN NORMAL

Edema si ( ) no ( ) localización.....
Riesgo periférico
Extremidad superior Normal ( ) cianosis ( ) fría ( )
Extremidad inferior Normal ( ) cianosis ( ) fría ( )
Presencia de líneas invasivas.....

ACTIVIDAD RESPIRATORIA
Respiración: regular ( ) Irregular ( ) disnea ( ) cianosis ( ) fatiga ( ) otro ( )
Gasometría.....Comen.adic.....
Ayuda respiratoria: oximetría.....
Ayuda endotraqueal / VM.....
Traqueotomía.....
Oximetría de pulso.....
Perfusión tisular.....
Perfusión tisular renal hematuria ( ) oliguria ( ) anuria ( )
Perfusión tisular cerebral: anomalías del habla ( ) parálisis ( )

DOMINIO 5 : PERCEPCION / COGNICIÓN
ESTRÉS NIVEL DE CONCIENCIA –ESCALA DE GASGLOW

TURA OCULAR	RESPUESTA VERBAL	RESPUESTA MOTORA
EXPONTANEA A LA VOZ AL DOLOR NO PONDE	( ) 5 ORIENTADO MANTIENE CONVERSACIÓN ( ) 4 CONFUSO ( ) 3 PALABRAS INAPROPIADAS ( ) 2 SONIDOS INCOMPRENSIBLES ( ) 1 NO RESPONDE	( ) 6 OBEDECE OREDENES ( ) 5 LOCALIZA EL DOLOR ( ) 4 SE RETIRA ( ) 3 FLEXION ANORMAL ( ) 2 EXTENSION ANORMAL ( ) 1 NO RESPON

Orientado: tiempo ( ) espacio ( ) persona ( )
Lagunas mentales frecuentes ( ) espaciados ( )
Alteración en el proceso del pensamiento: si ( ) no ( )
Alteraciones sensoriales: visuales ( ) auditiva ( ) cenestésica ( )
Gustativa ( ) táctil ( ) olfatoria ( ) otros ( )....
COUNICACION:
Alteración del habla ( ) Lenguaje ( )
Barreras: Nivel de conciencia ( ) edad ( ) Física ( )
Diferenc. Cultural ( ) medicamentos ( ) autoestima ( )
Barrera psicológica ( ) alteración de la percepción ( )

DOMINIO 6 : AUTOPERCEPCION
Concepto de si mismo....
Sensación de fracaso: familia ( ) trabajo ( ) otro ( )
Especifique....tiempo....
Cuidado de su persona:
Corporal....
Vestimenta....
Alimentación....
Aceptación en la familia y comunidad si ( ) no ( )
Motivo....
Reacción frente a ciruglas o enfermedades graves: ansiedad ( )
Indiferencia ( ) desesperanza ( ) rechazo ( )
Comentarios
....
....

DOMINIO 7 : ROL / RELACIONES
Estado civil....Profesión/ ocupación....
Con quien vive: Solo ( ) Con su familia ( ) Otros ( )
Fuentes de apoyo: Familia ( ) amigos ( ) Otros ( )
Cuidado personal y familiar en caso de enfermedades o de niños
Desinterés ( ) negligencia ( ) Desconocimiento ( )
Cansancio ( ) Otros....
Composición familiar:
Divorcio ( ) muerte ( ) nacimiento de un nuevo ser ( )
Reacción individual y de la familia frente a estos acontecimientos
....
Conflictos familiares si ( ) no ( )
Especifique....
Problemas: alcoholismo ( ) drogadicción ( ) pandillaje ( )
....

CUIDADO DEL RECIEN NACIDO: efectiva ( ) inefectiva ( )
Motivo....
Relación familiar entorno del recién nacido: Buena ( ) Mala ( )
Especifique....
Cuidados del recién nacido: inadecuado....
Lact. Matema Buena ( ) Mala ( )....

DOMINIO 8 : SEXUALIDAD
Problemas de identidad sexual si ( ) no ( )
Problemas en actividad sexual con su pareja: si ( ) no ( )
Especifique....
Motivo de disfunción sexual: enfermedad biológica ( ) ....
Edad ( ) enfermedad psicológica ( ) Otros ( )
Comentarios....

DOMINIO 9 : AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS
Cambio de vivienda familiar en los últimos años Si ( ) No ( )
Especifique motivos....

VIOLENCIA SEXUAL Si ( ) no ( ) fecha....
Conducta psicológica frente al hecho....
Comentarios....
Reacción frente a enfermedades y muerte:
Preocupación ( ) ansiedad ( ) indiferencia ( ) temor ( )
Desesperanza ( ) tristeza ( ) negación ( ) otro ( )
Comentarios....

SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO: Normal ( ) Problemas ( )
Signos: palidez ( ) brad. O taquicardia ( ) hipertensión paroxística ( ) diaforesis ( ) manchas ( ) otros....
Lesiones medulares: no ( ) si ( )....
Conducta del lactante: normal ( ) inadecuada ( )
Signos: irritabilidad ( ) nervioso ( ) inquieto ( ) flacidez ( )
Movimientos descoordinados ( ) otros ....

DOMINIO 10 : PRINCIPIOS VITALES
Religión....Restrc. Religiosa....
Solicita visita de capellán....
Comentarios....
Dificultad para tomar decisiones en....

DOMINIO 11 : SEGURIDAD PROTECCION
Evol. Herida quirúrgica: buena ( ) regular ( ) mala ( )
Integridad cutánea: intacta ( ) lesiones ( ) otros....
Estado de mucosa oral ....
Estado de inconciencia: no ( ) si ( ) tiempo....
Incapacidades: invalidez ( ) ceguera ( ) demencia ( )
Factores de riesgo del lactante:
Posición dormir: decúbito prono y lateral ( ) niño descuidado ( )
Muy abrigado ( ) clima ( ) otros ( )
VIOLENCIA FAMILIAR: física ( ) psicológica ( )
Intento de suicidio si ( ) motivo ....
Dentición: completa ( ) incompleta ( ) ausente ( ) prótesis ( )
Vías aéreas permeables: si ( ) no ( ) secreciones ( ) otros ( )
Alergias: látex ( ) otros ( )....
Termorregulación : inefectiva ( ) motivo....
Hipertermia ( ) hipotermia ( )
Presencia de lesión en cornea no ( ) si ( )....

DOMINIO 12 : CONFORT
Dolor / molestias no ( ) si ( ) crónica ( ) aguda ( )
Especificar intensidad tiempo y frecuencia....
....
Nauseas: no ( ) si ( ) motivo....
Fobias: no ( ) si ( )....
Relación social y familiar....

DOMINIO 13 : CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DIAGNOSTICOS NUTRICIONALES: Normal ( )
Desnutrición global: Leve ( ) moderada ( ) severa ( )
Desnutrición crónica ( ) aguda ( ) crónica reaguda ( )
Riesgos nutricionales....
Obesidad ( )
DIAGNOSTICO DE DESARROLLO: normal ( ) riesgo ( )
Retrazo ( ) en:
Motricidad gruesa ( ) fina ( ) lenguaje ( ) coordinación ( )
Social ( )
Comentarios....
FACTORES DE RIESGO: nutricional ( ) ceguera ( )
Pobreza ( ) lesión cerebral ( ) enfermedad mental ( )
ADULTO:
Nutrición: Índice de masa corporal normal ( ) desnutrido ( )
Obeso ( )
Desarrollo: signos de incapacidad para mantener su desarrollo
Anorexia ( ) fatiga ( ) deshidratación ( )
Dificultad para razonar ( ) otros ( )

ANEXO N° 04

EVALUACION DE RIESGO DE CAIDA DE PACIENTE PEDIATRICO (ESCALA DE MACDEMS)

SERVICIO: CIRUGIA PEDITRICA

APELLIDOS Y NOMBRES

VARIABLES		INGRESO	FECHA DE REEVALUACION			
		Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
EDAD	Recien Nacido	2				
	Lactante Menor	2				
	Lactante Mayor	3				
	Preescolar	3				
	Escolar	1				
ANTECEDENTES DE CAIDAS PREVIAS	Si	1				
	No	0				
ANTECEDENTES	Hiperactividad	1				
	Problemas neuromuscul	1				
	Sindrome convulsivo	1				
	Daño organico cerebral	1				
	Otros	1				
	Sin antecedentes	0				
COMPROMISO DE CONCIENCIA	Si	1				
	No	0				
PUNTAJE TOTAL						

INTERPRETACION DEL PUNTAJE

4 a 6 = alto riesgo

2 a 3 = mediano riesgo

0 a 1 = bajo riesgo

HOJA DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERA POR PRESION (ESCALA DE NORTON)

CAMA.:

N° AUTOGENERADO O H.C.L.

VARIABLES		FECHAS DE EVALUACIONES				
		Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
a) Condicion fisi	Buena	4				
	Regular	3				
	Pobre	2				
	Muy mala	1				
b) Estado menta	Orientado	4				
	Apatico	3				
	Confuso	2				
	Inconsciente	1				
c) Actividad	Deambula	4				
	Deambula con ayuda	3				
	Cama / silla	2				
	Encamado	1				
d) Movilidad	Total	4				
	Disminuida	3				
	Muy limitada	2				
	Inmovil	1				
e) Incontinencia	Control	4				
	Incontinencia ocasio	3				
	Urinaria	2				
	Urinaria - fecal	1				
Puntaje Obtenido						
FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA						

NTERPRETACION DEL PUNTAJE DEL NIVEL DE RIESGO DE UPI

1	Alto	5-11
2	Evidente Riesgo de Ulcera en posible formac	12-14
3	Bajo	15-20

ANEXO N° 05

MONITOREO DE PACIENTE PRE QUIRURGICO
SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

PACIENTE PRE OPERATORIO INMEDIATO	FECHA	SI	NO
• RIESGO QUIRURGICO			
• RAYOS X DE TORAX			
• PERFIL DE COAGULACION Y SANGRIA			
• HEMOPGRAMA COMPLETO			
• GRUPO SANGUINEO Y FACTOR			
• CONSENTIMIENTO INFORMADO (Firmado por el médico y familiar directo del paciente)			
• TAC DE LA ESPECIALIDAD			
• RADIOGRAFIA DE LA ESPECIALIDAD			
• FRASCOS DE DRENAJE DE TORAX			
• TUBOS PARA LCR			
• CATETER VENOSO CENTRAL			
• VENDAS ELASTICAS			
• VENDAS DE YESO			
• PACIENTE EN AYUNAS			
• HISTORIA CLINICA ANTIGUA			
• NOTA DE INGRESO MEDICA			
• HISTORIA CLINICA MEDICA			

OBSERVACIONES:.....
PACIENTE.....
CAMA.....N° DE SEGURO.....

ANEXO N° 06

1 mes - 3 años y en pacientes no colaboradores

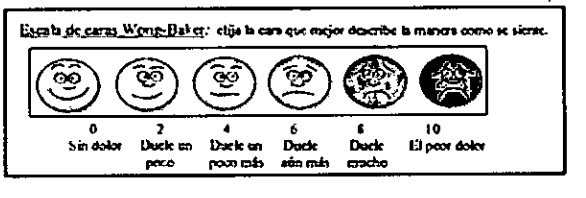
FLACC

Calificación del dolor de 0 al 10. (El 0 equivale a no dolor y el 10 al máximo dolor imaginable)

	0	1	2
Cara	Cara relajada Expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
Piernas	Relajadas	Inquietas	Golpea con los pies
Actividad	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	Rígido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para consolarlo

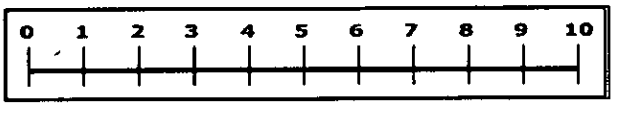
0: no dolor; 1-2: Dolor leve ; 3-5: dolor moderado ; 6-8: dolor intenso; 9-10 : máximo dolor imaginable

3 a 7 años colaboradores: Escala de caras de Wong-Baker

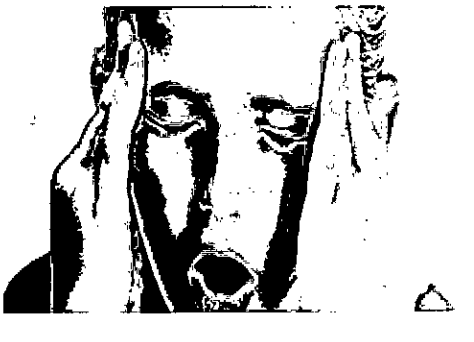


0: no dolor; 2: Dolor leve; 4-6 :Dolor moderado; 8: Dolor intenso; 10: máximo dolor imaginable

> 8 años colaboradores: Escala numérica



0: no dolor; 1-2: dolor leve; 3-6: dolor moderado; 7-8 : dolor intenso; 9-10: máximo dolor imaginable



PUNTUACIÓN DE LA INTENSIDAD

En todas las edades y escalas:

INTENSIDAD	PUNTUACIÓN
Leve	0 - 3
Moderado	4 - 7
Intenso	8 - 10

ANEXO N° 07

ADITAMENTOS QUIRURGICOS

ANEXO N° 08

ADITAMENTOS QUIRURGICOS

ANEXO N° 09

ANEXO N° 10

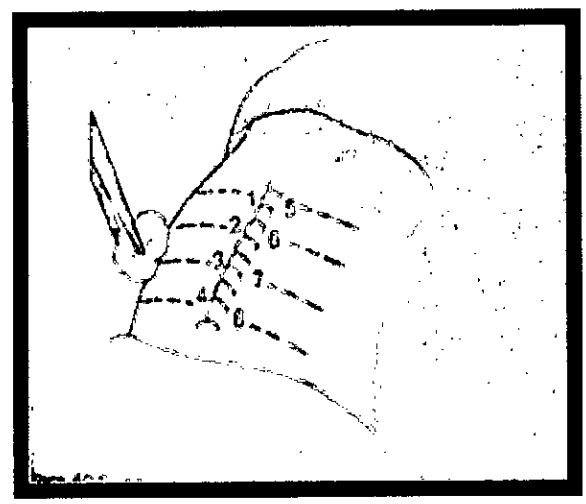
ANEXO N° 11

CUIDADOS DE ENFERMERIA: HERIDAS QUIRURGICAS

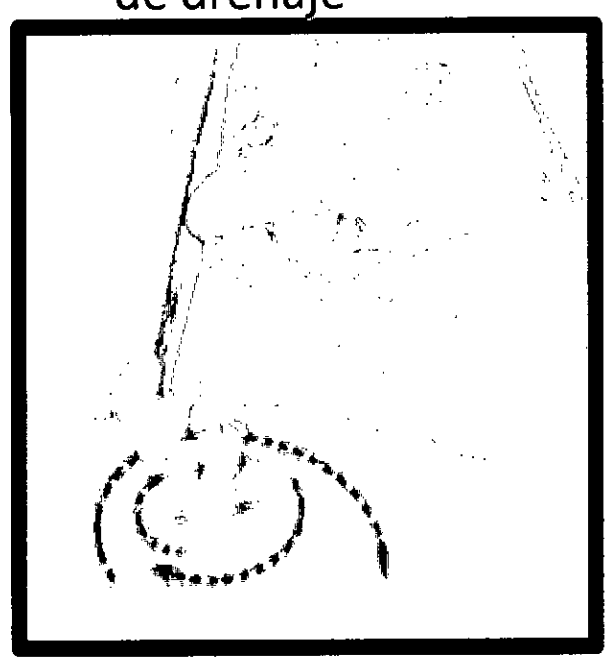
5.2. PROCEDIMIENTO:

- ❖ Preparación psicológica.
- ❖ Administración de analgésico:
- ❖ 30 . 45 antes.
- ❖ Posición adecuada del paciente
- ❖ Asepsia médica-
- ❖ Limpieza de herida operatoria:
- Método del área de la línea de sutura.
- Limpieza en la zona de drenaje
- ❖ Colocar gasa y/o apósito.
- ❖ Retiro de puntos.

Método del área de la línea de sutura



- Limpieza en la zona de drenaje



ANEXO N° 12

INFORME DIARIO DE ENFERMERIA

SERVICIO: **CIRUGIA PEDIATRICA**

FECHA: 26-04-16 **TURNO:** MAÑANA

I.- PERSONAL:

MAÑANA:	ENF.:05	TEC. ENF.:02	RESP.:
TARDE:	ENF.:04	TEC.ENF.:02	RESP.:
NOCHE :	ENF.:03	TEC.ENF.:02	RESP.:

II.- MOVIMIENTO DE PACIENTES:

RECIBIDOS	QUEDAN	GRADO V	GRADO IV	GRADO III	SENILES	UPP	R.UPP	R. CAIDAS	POSTRADOS
25	22	-	15	7	-	1	3	22	3

-INGRESOS: CONSULTA EXTERNA: 109 OTRL,121 CX TX
RECUPERACION 2B; 115
RECUPERACION 2G: 118 OTRL
OTROS:

-ALTAS: 118-119-121-122-128

-FALLECIDOS: 0

ALTAS NO PROGRAMADAS	ALTAS PROGRAMADAS	ALTAS EFECTIVAS	ALTAS PENDIENTES
5	0	3	2

-TRANSFERENCIAS EXTERNAS: 0
-TRANSFERENCIAS A CLINICA: 0
-TRANSFERENCIAS INTERNAS: 0

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

VM	SONDA FOLEY	CVC	TQT	TET
0	02	04	0	0

-PASES A PACIENTES VULNERABLES

PASES PERMANENTES	PASES TEMPORALES
22	0

-PACIENTES DE INFECTO

HIV	TBC	PSEUDOMONA	ACINETOBACTER B.	
0	0	0	0	

-PACIENTES CON BRAZALETE DE IDENTIFICACION: 22

III.- VISITA MEDICA: **HORA DE INICIO:** 08am **HORA TERMINO:** 12pm

CIRUGIA GENERAL: DR. CIRUGIA ESP. DR.

IV.- ESTADO Y ACTIVIDAD DE LOS PACIENTES:

PACIENTES GRADO V: 0

PACIENTES DE GRADO IV

LADO A:

102,- DE LA CRUZ: DX SEPSIS PORTADOR DE ILEOSTOMIA FUNCIONANTE MONITORIZADO CON CVC PARA NPT INICIA SUERO GLUCOSADO POR VÍA ORAL, CON ATB Y BHE

103,- MEJIA: PO DE PROCESO EXPANSIVO SILLAR MEG MONITORIZADO FEBRIL CON SNG PARA ALIMENTACION ENTERAL CON CVC PARA HIDRATACION Y TTO CON SONDA FOLEY QUE SE ROTA PARA CONTROL DE DIURESIS CON UPP GRADO II CON ZONA DE PRESION EN OCCIPITAL PARTE SUPERIOR CON CAMBIOS POSTURAL ES EN BLOQUE CON DESMOPRESINA COND A OLIGURIA MARCADA Y VALORES DE ELECTROLITOS PEND RX DE TX ACUDE A TAC QUEDA PEND.PAQUETE GLOBULAR CONTROLES DE LAB EN HORARIO.

104,- ARRIARAN: DX PROLAPSO DE ILEOSTOMIA CON EV PARA HIDRATACION Y TTO DE DIFICIL ACCESO VENOSO. QUEDA CON EV VENCIDA EN MANO DERECHA ACUDE A RX DE TRANSITO Y CONTROL EVALUA PEDIATRIA DIFIERE RQ NO TIENE RX DE TX EVALUA NEFROLOGIA CON SNGA A GRAVEDAD SECRESION BILIOSA FAMILIARES MUY ANSIOSOS DEMANDANTES DE ATENCION INMEDIATA POR EL MEDICO ANTE CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE PRESENTE EL PACIENTE.

106,- MARCELO: DX VENTRICULITIS + POM DE COLOCACION DVE LLAVE ABIERTA LCR CETRINO POI DE COLOCACION DE CVC EN OBSERVACION POR CONVULSIONES

108,- CORTEZ: PO DE PLASTIA DE LIPOMIELOMENINGOCELE CON SONDA FEEDING A DOBLE PAÑAL INICIA VO QUE TOLERA EN REPOSO ABSOLUTO DE PREFERENCIA DECUBITO VENTRAL O LATERALIZADO EN OBSERVACION

LADO B:

112,- VARGAS: DX TEC GRAVE PO DE CRANEOTOMIA PARIETAL DERECHO + EVACUACION DE HEMATOMA EPIDURAL LUCIDA ORIENTADA CON EQUIMOSIS EN PARPADOS CON EV PARA TTO TOLERA DIETA CON DRENAJE POPENS EN LECHO OPERATORIO EN OBSERVACION NEUROLOGICA

113,- GALVAN : DX HIDROCEFALIA VENTRICULITIS POI DE COLOCACION DE DVP AFEBRIL CON TOS MOVILIZA SECRECIONES CON CVC PARA TTO EN OBSERVACION

114,- BARRIOS: PO DE APENDILAP INICIA DIETA LIQUIDA HIDRATACION COMPLEMENTARIA BH + ATB EN OBSERVACION

116.- GONZALES: POI DE APENDILAP CON DPR A BOLSA SECRECION SEROPURULENTA TOLERANDO POCO LIQUIDOS EN OBSERVACION POR EMESIS

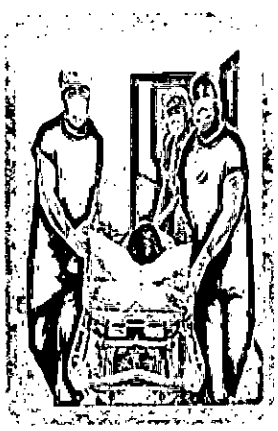
ANEXO N° 13

FLUJOGRAMA DE CUIDADOS EN EL TRASLADO DEL PACIENTE QUIRURGICO

CIRUGIA
PEDIATRICA
HNERM-ESSALUD

- Identificación: Pulsera,
- HC: Autorización firmado.
  Riego quirúrgico,
- Llevar: Rx. TAC. Medicamentos.
- Reportar: Depósito de sangre.
  Antecedentes patológicos. Alergias
  Ayuno. Hidratación. BHE.
- Adm. Tratamiento pre-quirúrgico.

SALA DE
OPERACIONES
HNERM-ESSALUD



- .Identificación: Pulsera, HC.
- .Valoración: CFV. Sensorio.
- Valoración Cardio-respiratorio..
- .Datos de la cg.: Hoja monitoreo anestesia.
  Registro de enfermería. Reporte operatorio
  Hoja de tratamiento.
- Reporte: Sangrado, Adm. Analgésico, ,Antibiótico.
  Hidratación, colocación de aditamentos quirúrgicos

RECUPERACION
HNERM-ESSALUD

- Identificación: Pulsera, HC.
- .Valoración: CFV. Sensorio.
- Valoración Carrdio-respiratorio..
- .Datos de la cg.: Hoja monitoreo anestesia. Registro de enfermería. Reporte operatorio
  Hoja de tratamiento. Adm. Analgesico, ,Antibiótico
- Reporte: Sangrado, micción
- Hidratación, BHE.
- Verificar: HO, gasa, apósito, aditamentos quirúrgicos