

CUIDADOS POSTOPERATORIOS DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Dra. Ana Julia Vargas

**Médica de Planta de Terapia Intermedia del
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez**



Que pacientes necesitan cuidados PO

- Pacientes con co morbilidad asociada
- Pacientes sometidos a grandes cirugías que pueden afectar significativamente la reserva funcional.
- Pacientes que presenten eventos intra o postoperatorios no programados.
- Manejo del dolor PO
- Tratamiento de nauseas y vómitos PO
- Continuación de tratamiento
- Necesidad de observación y problemas sociales

Respuesta metabólica al estrés quirúrgico

- Estrés quirúrgico: se genera antes, durante o después de un procedimiento quirúrgico , o por cualquier evento que altere la homeostasis de un paciente (quemaduras, traumas cerrados o penetrantes, etc.)
- La respuesta fisiológica al estrés quirúrgico abarca la suma de respuesta fisiológicas, psicológicas y metabólicas a la injuria.
- El grado de respuesta esta directamente relacionado con la magnitud de la lesión, pudiendo ser exagerada y por ende dañina con el organismo.

- ↑ Cortisol
- ↑ Catecolaminas
- ↑ Hormonas del estrés

- ↑ FC, ↑ TA, ↓ Flujo Sanguíneo regional, Alteración de la respuesta inmune, ↑ Glucemia, Lipólisis y Balance nitrogenado negativo.

OBJETIVOS

- Mantener la homeostasis y los parámetros fisiológicos dentro de los rangos de la normalidad para facilitar la recuperación de los tejidos lesionados o reparados
- Manejo de la vía aérea
- Evitar el dolor y la agitación
- Control de náuseas y vómitos
- Hidratar y Nutrir al paciente
- Profilaxis ATB
- Prevenir las complicaciones o tratarlas cuando no fuera posible evitarlas.

CUIDADOS GENERALES

- Temperatura
- Líquidos y Electrolitos
- Hematológicos
- Antibióticos
- Medicación de base
- Analgesia- Sedación

Cuidados generales: temperatura

Un paciente hipotérmico y mal perfundido puede ser mal interpretado como hipovolémico

RN y lactante pequeño: necesidad de ambiente con neutralidad térmica (servo cuna o incubadora)

Lactantes mayores normonutridos: ausencia de corrientes de aire, abrigados.

Lactantes de bajo peso, niños en coma, en shock o sedados: fuente adicional de calor.



Cuidados generales: líquidos y electrolitos

- Ingreso: necesidades basales o 2/3 de ellas ante balance positivo en quirófano.
- Modificar según los balances, considerando perdidas por hemorragia, tercer espacio, aumento de las perdidas insensibles y drenajes.
- Alto porcentaje de pacientes tiene SIHAD en el postoperatorio con disminución en los volúmenes urinarios y orina concentrada con alta osmolaridad: **OJO!! NO INTERPRETAR COMO HIPOVOLEMIA.** Considerar restricción hídrica y adecuado calculo de líquidos.

Cuidados generales: problemas hematológicos

- La indicación de transfundir debe basarse en el estado clínico y en el índice del aporte de oxígeno adecuado a los tejidos y no en el hematocrito aislado.
- No esta indicada la transfusión profiláctica o como sustituto de volemia en pacientes sin anemia.
- Administrar concentrado de hematíes y no sangre entera. Dosis 10-15 ml/kg en 2 horas o mas rápidamente con control de PVC si hay alteraciones hemodinámicas por la anemia.
- La transfusión masiva rápida (mas de 1,5 volemias) por shock hemorrágico puede producir: hipocalcemia, hipokalemia, hipotermia, coagulopatía dilucional , acidosis, alcalosis.



Cuidados generales: Problemas hematológicos

- Transfundir plaquetas con recuento inferior a 50000 y sangrado.
- Considerar transfusión profiláctica con valores inferiores a 50000 en pacientes quirúrgicos. 1U/c/5-10 kg de peso con máximo de 5 unidades.
- Plasma fresco: sangrado por déficit en los factores de coagulación, hepatopatías o transfusiones masivas. 10-15 ml/kg en 1 hora, inmediatamente después de descongelarlo.
- Factor VII activado: Hemorragias masivas sin posibilidad de hemostasia quirúrgica.

Cuidados generales: profilaxis ATB

- Indicada en aquellos procedimientos que conllevan riesgo de infección postoperatoria o cuando las consecuencias de la infección son mayores habiendo evidencia que avale que la administración de ATB profiláctico reduce el riesgo de infección del sitio quirúrgico (ISQ)
- Elegir el ATB mas seguro, menos costoso, preferentemente bactericida y que cubra los microorganismos mas comunes causantes de ISQ en la población de pacientes (mejor espectro)
- Administrar el ATB de manera de obtener concentración bactericida del mismo en suero y tejidos al momento de realizar la incisión (60 min. antes o 120 min en caso de vancomicina)

- Mantener adecuados niveles (terapéuticos) hasta el cierre de la incisión. Basándose en la vida media de la droga repetir dosis si la cirugía se prolonga (2 vidas medias) o ante pérdida de sangre importante (adultos 1500ml)
- No hay datos que avalen el uso prolongado de ATB profiláctico. Discontinuar ATB profiláctico dentro de las 24 hs de finalizada la cirugía.
- Staphylococci y Streptococci son los organismos mas frecuentes en la mayoría de los procedimientos. Anaerobios y Enterobacterias en caso de tracto gastrointestinal.
- -Seguir normas adecuadas a los patrones de sensibilidad locales.

Profilaxis Antibiótica

Clasificación del tipo de cirugía

- Cirugía Limpia (2 %)
- Limpia contaminada (5 – 10 %)
- Contaminadas (10 – 20%)
- Sucia (20%)

Cuidados generales medicación de mantenimiento previa a la cirugía

- **Corticoides:** administrar hidrocortisona endovenosa cada 6 hs en el perioperatorio 4-5 veces sus necesidades basales, si el paciente recibía tratamiento mayor a 5 días, dosis altas o presenta aspecto Cushing.
- **Tiroxina:** 80% de la dosis endovenosa o IM solo cuando se prevea que la administración oral no es posible por 5-7 días.
- **Antiepilépticos:** administrar DFH o FB o Ac valproico endovenoso hasta poder reinstituir medicación de base. Pacientes con poco riesgo de convulsión o ayuno esperable menos de 48 hs se puede observar e reinstituir tratamiento apenas sea positivo el tránsito.
- **Protectores gástricos:** continuar tratamiento endovenoso, ya que el estrés quirúrgico aumenta el riesgo de úlcera y hemorragia gástrica.

Cuidados generales: de náuseas y vómitos

- Raros antes de los 2 años, aparecen entre los 3 años y la pubertad.
- Mas frecuente en cirugía de estrabismo, hernio rafia, orquidopexia, cirugía del pene, adenoamigdalectomías.
- Adultos: mas frecuentes en cirugía de larga duración, sexo femenino y uso de anestésicos volátiles y opioides intra y postquirúrgicos.
- Pueden provocar HTA, hemorragias, dehiscencia de suturas, neumonía aspirativa y gran malestar.
- Tratamiento y prevención: metoclopramida (0,1-0,2 mg/kg/dosis cada 6-8 hs), ondansentron (0,15-0,5 mg/kg/día), clorpromazina (0,25-1 mg/kg/dosis cada 6 hs)

Cuidados generales: analgesia y sedación

El dolor postoperatorio mal tratado o sin tratamiento va a producir efectos deletéreos en el paciente a nivel respiratorio, cardiovascular y sistema neuroendocrino.

QUE SIENTA DOLOR ES NORMAL



ANALGESIA MULTIMODAL

Combinación de dos o más fármacos y/o métodos analgésicos con el fin de potenciar la analgesia y disminuir los efectos colaterales.

Tipos de analgesia multimodal

- Aine + Bloqueos nerviosos perisferico y de plexos
- Opioides EV con sistema de PCA + AINE y/o Bloqueos
- Peridural c/bomba de infusión o en bolo + AINE
- AINE y opioides EV
- Epidural donde se combinan anestésicos locales y adyuvantes como opioides, ketamina, Bz, dexmedetomedina, entre otros
- Infiltración de campo con anestésicos locales + AINES y/o opioides.

Consejos para el manejo no farmacológico del dolor-ansiedad

- Padres: permitir que acompañen al niño. Estimular el contacto físico, visual y verbal.
- Entorno del niño: permitir acceso a objetos familiares y de entretenimiento
- Preservar el ritmo sueño-vigilia. Disminuir iluminación, actividad y ruidos.
- Máximo confort: temperatura agradable, inmovilización no traumática, vaciado del globo vesical, cambios posturales, ropa adecuada e higiene postural
- Disminuir agresividades técnicas: extracciones estrictamente necesarias, usar vías ya canalizadas, etc

Cuidados generales analgesia y sedación

- Cada paciente debe tener un plan de analgesia personalizado que debe revisarse con regularidad
- Se recomienda el uso de opiodes en goteo continuo para el tratamiento del dolor severo.
- El uso de anti inflamatorios no esteroides o paracetamol puede utilizarse como adyuvante de los opioides en grupos seleccionados de pacientes
- La evaluación del dolor debe realizarse con regularidad usando una escala apropiada de acuerdo a la edad del paciente. En los pacientes que no pueden comunicarse evaluar la presencia de dolor según comportamientos e indicadores fisiológicos del mismo.

«El tratamiento del dolor postoperatorio debe ser precoz, eficaz y mantenerse los días que sean necesarios acorde al tipo de cirugía y al umbral del dolor de cada paciente»

Manejo de la vía aérea

- Evaluar si existe obstrucción de la vía aérea y /o espasmos laríngeos.
- Se presentan en alrededor del 2% de las cirugías pediátricas.

Recepción del paciente postquirúrgico

1-Monitorización: FC-FR-TA-T°- Sat.

2- Informarse con cirujano y anestesista de:

- Tipo de cirugía que se ha realizado
- Complicaciones ocurridas durante la intervención
- Evolución esperada, cuidados específico
- Tipo de sedantes y analgésicos recibidos, tiempo de la ultima dosis
- Balance de líquidos intraoperatorio, laborarios
- Administración de hemoderivados y antibióticos

Recepción del paciente postquirúrgico

- 3-** Registrar diuresis presente en sonda vesical y cantidad de débito presente en drenajes al ingreso
- 4-** Extracción de sangre para hemograma, electrolitos, urea, glucemia y gasometria
- 5-** Radiología de torax u otras solicitadas por el especialista.

«El éxito del tratamiento quirúrgico esta basado en la conjunción de los cuidados preoperatorios, del acto quirúrgico y en los cuidados posoperatorios».



¡MUCHAS GRACIAS!

